

RESI SALUTO



Abschlussbericht

**Resilienzförderung zur Vermeidung unerwünschter
Ereignisse und zur Stärkung von Gesundheit und Wohlbefin-
den der Menschen in der stationären Langzeitpflege**

Abschlussbericht

RESI SALUTO - Resilienzförderung zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und zur Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der stationären Langzeitpflege

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
1. Vorwort	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2. Zusammenfassung.....	5
3. Einleitung.....	6
4. Projektverlauf.....	9
4.1 Konzeption	9
4.1.1 Definition zentraler Begriffe.....	9
4.1.2 Möglichkeiten der positiven Einflussnahme	15
4.1.3 Projektmaster für einrichtungsbezogene Projekte	18
4.1.4 Grundlagen der Workshops	19
4.1.5 Erstellung des Onlinematerials	26
4.2 Akquisition der Projekteinrichtungen	30
4.3 Flankierende Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit	33
5. Evaluation.....	36
5.1 Methodologischer Hintergrund	36
5.2 Quantitative Erhebung.....	37
5.3 Qualitative Erhebung	40
6. Ergebnisse	43
6.1 Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen AVEM und OPQoL-brief.....	43
6.2 Ergebnisse aus den Workshop-Reflexionen	48
6.2.1 Mehr Resilienz im persönlichen Alltag.....	48
6.2.2 Stärkung der Resilienz mit Blick auf die Bewohnerschaft.....	49
6.2.3 Förderung der Resilienz im Team und durchs Team.....	51
6.2.4 Wirkung von Themen der Workshops	51

6.2.5	Nachhaltigkeit in der Organisation	52
6.3	Einschätzungen der Mitarbeitenden	53
6.3.1	Erleben der Projektteilnahme	54
6.3.2	Wirkungen der Workshops	55
6.3.3	Integration von RESI SALUTO in den Arbeitsalltag.....	56
6.3.4	Nutzung der Onlinematerialien.....	57
6.4	Einschätzungen der Projektverantwortlichen	58
6.4.1	Effekte von Resi Saluto.....	58
6.4.2	Treiber in der Umsetzung.....	59
6.4.3	Barrieren in der Umsetzung	60
7.	Diskussion.....	60
8.	Fazit und Abschlusstagung	66
	Literaturverzeichnis.....	69

Im Auftrag des
vdek Rheinland-Pfalz/ Saarland

Ausführung durch
Dienstleitung, Innovation,
Pflegeforschung GmbH (DIP-GmbH)
Hülchrather Str. 15
50670 Köln

Redaktion
Susanne Sachs, Daniel Tucman, Frank Weidner

Zitationsvorschlag

Sachs, S.; Tucman, D.; Weidner, F. (2025): Abschlussbericht RESI SALUTO - Resilienzförderung zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und zur Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der stationären Langzeitpflege. Im Auftrag des vdek Rheinland-Pfalz und Saarland. Mainz, Saarbrücken, Köln (online verfügbar) URL (folgt)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektübersicht	10
Abbildung 2: RESI-SALUTO-Homepage.....	26
Abbildung 3: Struktur des Interna-Bereiches der RESI-SALUTO-Homepage.....	29
Abbildung 4: Auswertung AVEM	45
Abbildung 5: Auswertung OPQoL-brief	48
Abbildung 6: Ulrike Pernack beim Vortrag auf der RESI-SALUTO-Abschlusstagung	67
Abbildung 7: World-Café-Beitrag auf der RESI-SALUTO-Abschlusstagung	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Säulen der Stärkung von Resilienz und Kohärenzgefühl	18
Tabelle 2: Teilkompetenzziele der Workshops.....	21
Tabelle 3: Icon-Übersicht Onlinematerial.....	28
Tabelle 4: Ausgewählte und teilnehmende Projekteinrichtungen	32
Tabelle 5: Untersuchte Personengruppen und Enpunkte	37
Tabelle 6: Deskriptive Statistik AVEM	43
Tabelle 7: AVEM ANOVA-Ergebnisse	44
Tabelle 8: Deskriptive Statistik OPQoL-brief	46
Tabelle 9: OPQoL-brief ANOVA-Ergebnisse.....	47

1. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt Hintergründe, Vorgehensweise und Ergebnisse des Projekts RESI SALUTO, das von der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP-GmbH) im Auftrag des vdek Rheinland-Pfalz und Saarland entwickelt und durchgeführt wurde. Es handelt sich dabei um ein Interventionsprojekt mit einer Laufzeit von drei Jahren, an dem sechs stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz (4) und im Saarland (2) teilnahmen. Ziel des Projekts war es, die Resilienz und das Kohärenzgefühl der Mitarbeitenden sowie der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken. Für die Bewohnerschaft sollte zudem eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden. Um diese Ziele zu verwirklichen, wurden Interventionen entwickelt, die primär auf die Mitarbeitenden abzielten und sekundär durch diese auch den Bewohnerinnen und Bewohner zugutekommen sollten.

Die Intervention basierte auf eigens konzipierten Schulungsmaßnahmen, die in der ersten, über 14 Monate verlaufenden Phase des Projekts entwickelt wurden. Sie umfassten u.a. drei Workshops für die Mitarbeitenden sowie Schulungs- und Übungsmaterialien zu verschiedenen Aspekten der Gesundheits- und Resilienzförderung, die über die eigens entwickelte Projekt-Website www.resi-saluto.de bereitgestellt wurden. Die Interventionen wurden innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in den sechs Projekteinrichtungen umgesetzt. Insgesamt nahmen rund 130 Pflege(fach)personen, Leitungskräfte und Mitarbeitende aus der sozialen Betreuung an den Workshops teil. Rund 270 Bewohnerinnen und Bewohner waren darüber mittelbar über die inkludierten Wohn- und Pflegebereiche involviert.

Das Projekt wurde begleitend evaluiert, wobei standardisierte und qualitative Evaluationsmethoden zum Einsatz kamen. Die in Frage kommenden Mitarbeitenden wurden einen Monat vor Beginn der Intervention mit dem Instrument zur Messung von *Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern* (AVEM) befragt. Ebenso wurden die in Frage kommenden Bewohnerinnen und Bewohner der involvierten Wohnbereiche mittels des Kurzfragebogens *Older People's Quality of Life Questionnaire* (OPQoL-brief) hinsichtlich ihrer Lebensqualität befragt. Eine zweite Befragungswelle wurde einen Monat nach Abschluss des dritten Workshops durchgeführt. Zusätzlich wurden nach Abschluss der Schulungen leitfadengestützte Interviews mit der Leitungsebene (interne Projektleitungen, Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen) sowie den in RESI SALUTO geschulten Mitarbeitenden durchgeführt.

Die Ergebnisse der Erhebungen zeigen in einigen Bereichen signifikante positive Effekte der Interventionen auf die psychische Widerstandskraft der geschulten Mitarbeitenden sowie eine durchgängige Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerschaft. Die qualitativen Ergebnisse stützen die standardisierten Befunde und beschreiben Veränderungen in verschiedenen Bereichen der Projekteinrichtungen. Die Pflegenden integrierten die gesundheitsförderlichen Inhalte und Übungen der Workshops in ihr Pflegeverständnis und ihre Kompetenzen. Die Atmosphäre in den Einrichtungen wurde sowohl innerhalb der Mitarbeiterschaft als auch

zwischen den Mitarbeitenden und der Bewohnerschaft als deutlich positiver, gelöster und vertrauensvoller beschrieben. Zudem wurden während und nach dem Ende der Interventionen weniger Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Angehörigen registriert. Die Pflegenden nahmen sich gezielt mehr Zeit für intensive und vertrauensbildende Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse kann das Projekt nachweislich als erfolgreich, zielführend und effektiv bewertet werden.

2. Einleitung

In Deutschland steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung erfreulicherweise stetig an. Die Zunahme des hochaltrigen Teils der Bevölkerung geht einher mit einer ebenfalls steigenden Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf. Im Dezember 2021 waren laut Pflegestatistik 4,96 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Das Statistische Bundesamt (Destatis) rechnet in Deutschland bis 2055 mit einer Zunahme pflegebedürftiger Personen um 37 Prozent¹.

So rücken Fragen zur Sicherstellung, aber auch Ausgestaltung der Versorgung alter und hochaltriger Menschen mit Pflegebedarf zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit als auch in den fachlichen und gesundheitspolitischen Diskussionen. Insbesondere die Frage nach Wegen zur Unterstützung eines gesunden Alterns sind hierbei von Bedeutung. Eine Antwort auf diese Herausforderung lieferte die Bundesregierung mit dem im Jahr 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG), das die Weichen für eine nachhaltige Verbesserung der Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen stellt und das neben der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung auch die Soziale Pflegeversicherung sowie die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einbindet. In der Nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger in diesem Sinne unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie der Sozialpartner seither gemeinsame Präventionsziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen zur Erreichung dieser².

Mit dem § 5 SGB XI sollen Angebote und Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb der Lebenswelt Pflegeheim entwickelt und umgesetzt werden. Hierzu sollen auf der Grundlage des „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes in der aktuellen Fassung vom 28.09.2023 Präventions-

¹ Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023.

² Bundestag 24.07.2015; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2023.

programme und -projekte durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert werden. Der Leitfaden definiert hierbei in erster Linie Kriterien für die Ausgestaltung der angestrebten Leistungen, aber auch zu Inhalt, Methode und Qualität der wissenschaftlichen Evaluation. Die Ergebnisse der erfolgreichen Erprobungen und Evaluationen sollen demnach als oberstes Ziel innovative Ansätze zur Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale aller Organisationsebenen von Pflegeeinrichtungen liefern und nach einer Projektphase allen Pflegeeinrichtungen ebenfalls zugänglich gemacht werden³.

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) kommt diesem rechtlichen Auftrag nach, in dem er u.a. insbesondere unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“ facettenreiche Forschungs- und Entwicklungsprojekte auf Bundes- und Landesebene zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen initiiert und dabei auf eine gezielte Verzahnung von Praxis und Wissenschaft setzt. In diesem Sinne beauftragte der vdek die Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP-GmbH) mit der Entwicklung von RESI SALUTO, dessen Ziele die Konzeption, Durchführung und wissenschaftliche Evaluation einer Intervention zur Resilienzförderung sowie der Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen, die in der stationären Langzeitpflege leben und arbeiten, umfasste. Die gesundheitsförderlichen Interventionen sollten in sechs Einrichtungen der stationären Langzeitpflege umgesetzt und evaluiert werden – in der Umsetzung waren es schließlich zwei Projekteinrichtungen aus dem Saarland und vier Projekteinrichtungen aus Rheinland-Pfalz.

Die Laufzeit von „RESI SALUTO - Resilienzförderung zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und zur Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der stationären Langzeitpflege“ wurde auf 36 Monate festgelegt. Das Projekt begann im Januar 2022 und endete im Januar 2025.

Das Modellprojekt RESI SALUTO ist dadurch gekennzeichnet, dass es mehrere Handlungsfelder integriert und vorrangig die Implementation grundlegenden Wissens sowie Maßnahmen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit und der Prävention von unerwünschten Ereignissen verfolgt. In dem Projekt wurden die folgenden, konkreten Ziele vereinbart:

- Das Grundverständnis sowie Ansätze und Konkretisierungen der Resilienzförderung sollen in der stationären Langzeitpflege eingeführt, weiterentwickelt und nachhaltig implementiert werden.
- Exemplarisch sollen präventive Maßnahmen zur Vermeidung und Reduzierung unerwünschter Ereignisse wie Gewalt und Gewalterleben und/ oder zur Stärkung und Förderung von psychosozialer Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe in den teilnehmenden Einrichtungen eingeführt und umgesetzt werden.
- Bewohnerinnen und Bewohner sollen in ihrer Resilienz und ihrem Kohärenzgefühl gestärkt und gefördert werden, vor unerwünschten Ereignissen geschützt und in ihrer psychoso-

³ Bundestag 24.07.2015; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2023; GKV-Spitzenverband, S. 7.

zialen Gesundheit, im Wohlbefinden und in ihrem individuellen Teilhabebedürfnis unterstützt und gefördert werden.

Zielgruppen des Projektes sind in erster Linie pflegebedürftige Versicherte, die in den Einrichtungen leben, wohnen und versorgt werden. Es ist jedoch von einer engen Verknüpfung bewohnerorientierter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit entsprechenden Angeboten für das pflegende und betreuende Personal sowie von einer wechselseitigen positiven Beeinflussung der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Mitarbeitenden auszugehen⁴. Daher stellen die Bewohnerinnen und Bewohner die mittelbare Zielgruppe, die Mitarbeitenden die unmittelbare Zielgruppe dar.

Das Projekt RESI SALUTO stellt in der Konkretisierung entsprechend Verbindungen und Verschränkungen zwischen dem Gesundheitsverständnis und -verhalten des Personals und dem Wohlbefinden und der Lebensqualität der Bewohnerschaft in der stationären Langzeitpflege her. Die Sicherstellung von Wertschätzung, Partizipation und Teilhabe der Bewohnerschaft als zentrales Moment aller Phasen des Projektes kann in diesem Sinne nur über eine entsprechend gelingende Sensibilisierung, Information, Qualifikation und Motivation des versorgenden Personals ermöglicht werden.

Die vergangenen zwanzig Jahre brachten für den Themenbereich eine Vielzahl von Projekten hervor, deren umfängliche Darstellung den Rahmen dieses Projektberichtes sprengen würde. Gleichwohl wurden Ansätze und Ergebnisse vorangegangener Arbeiten zuvor recherchiert und berücksichtigt. Auf vereinzelte Projekte wird im Bericht direkt Bezug genommen, so sie für die Konzeption des Projektes genutzt wurden oder der Diskussion und Einordnung der Ergebnisse dienen.

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt den Projektverlauf, die wesentlichen konzeptionellen Grundlagen der einzelnen Projektbestandteile, Vorgehensweisen und Prozesse. Ferner wird die Methodik der wissenschaftlichen Evaluation dargestellt sowie die zentralen Erfahrungen und Ergebnisse in der Umsetzung der Interventionen in Kombination mit den Ergebnissen standardisierter Befragungen und leitfadengestützter Interviews beschrieben. Dem folgt die Diskussion der durch das Projekt gewonnen Erkenntnisse in Bezug auf die Machbarkeit und Wirksamkeit der Intervention sowie die Nachhaltigkeit des Projektes. Der Bericht schließt mit einem Fazit und dezidierten Handlungsempfehlungen ab.

⁴ GKV-Spitzenverband, S. 16.

3. Projektverlauf

RESI SALUTO lässt sich in drei Projektphasen unterteilen:

- Die Phase *Vorbereitung und Akquisition* umfasst die inhaltliche und didaktische Konzeptentwicklung sowie die Gewinnung von Projekteinrichtungen.
- Die Phase *Intervention und Erhebung* beinhaltet die Umsetzung und Evaluation der geplanten Interventionen.
- Die Phase *Auswertung und Berichtswesen* schließt das Projekt durch Zusammenführung und Auswertung der erhobenen Daten, der Ergebnisse und Erkenntnisse sowie Beschreibung dieser in vorliegendem Bericht.

Über alle Phasen hinweg verliefen flankierende Maßnahmen des Projektmanagements, der Begleitung der teilnehmenden Einrichtungen sowie der Öffentlichkeitsarbeit (s. Abbildung auf der nächsten Seite).

4.1 Konzeption

Die inhaltliche Konzeptentwicklung umfasste einerseits die Festlegung zentraler Begriffe und Konzepte. Hierzu wurde theoretische und empirische Literatur zu den Themen Salutogenese und Resilienz allgemein und spezifisch in dem Arbeitsbereich der (Alten-)Pflege recherchiert und aufgearbeitet. Auf der anderen Seite erfolgte die Recherche und konzeptionelle Einbindung belegter Optionen der aktiven, positiven Einflussnahme auf die Resilienz und das Kohärenzgefühl, als Grundlage der Konzeption der Projektmaster für einrichtungsbezogene Projekte, der Workshops sowie des Onlinematerials.

4.1.1 Definition zentraler Begriffe

Die Prävention befasst sich mit Blick auf bestimmte Gesundheitsrisiken mit den Möglichkeiten zur Verhinderung der Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten bei Gesunden (*Primärprävention*), zur Früherkennung und -behandlung von Erkrankungen (*Sekundärprävention*) und zur Ausbremsung des Voranschreitens manifester Erkrankungen bzw. der Verhinderung und Eindämmung von Folgeschäden und Rückfällen sowie der Rehabilitation (*Tertiärprävention*).

Projektübersicht

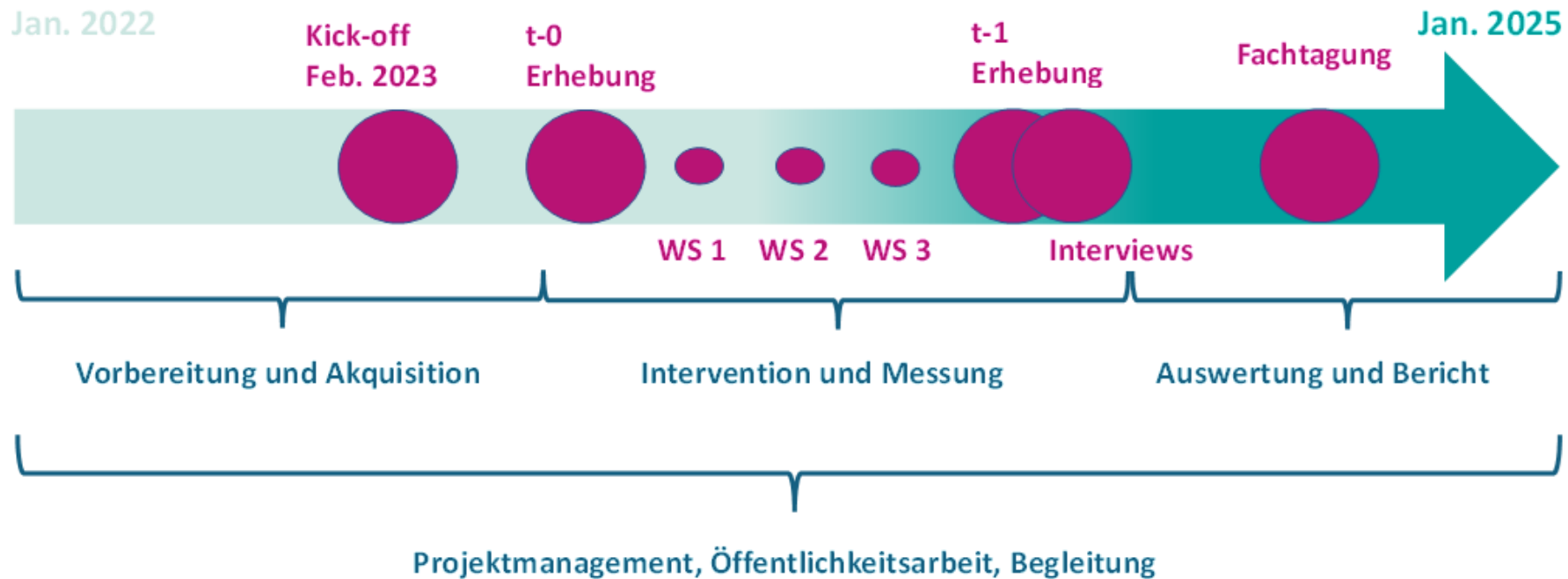


Abbildung 1: Projektübersicht

Seit den 1970er-Jahren manifestierte sich Betrachtungsweise, die in Abgrenzung zur Krankheitsprävention jene Schutzfaktoren und Ressourcen in den Fokus nahm, die zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit benötigt werden. Damit wurde der Begriff der *Gesundheitsförderung* etabliert. Dabei wurden der Partizipation und Eigenverantwortung der Menschen eine besondere Bedeutung zugesprochen. Insbesondere das Modell der *Salutogenese* des Gesundheitswissenschaftlers Aaron Antonovsky sowie das aus der entwicklungspsychopathologischen Forschung stammende Konzept der *Resilienz* gewannen in diesem Zuge zunehmend an Gewicht⁵.

Im Mittelpunkt der Resilienzforschung stehen schützende Faktoren, die sich stärkend auf die Gesundheit auswirken. Der Begriff der *Resilienz* stammt aus dem Englischen (*resilience*) und lässt sich mit den Begriffen „Spannkraft“, „Widerstandsfähigkeit“, „Unverwüstlichkeit“ und „Elastizität“ übersetzen⁶. Originär kommt der Begriff aus den Materialwissenschaften und bezeichnet die Fähigkeit eines Materials,

„[...] seine ursprüngliche Form wieder einzunehmen, nachdem es gequetscht, zusammengedrückt, gedehnt oder gezerrt wurde. Übertragen auf den Gesundheitsbereich geht es bei der Resilienz darum, wie gut Menschen in der Lage sind, sich von Krisen und Katastrophen nicht ‚aus der Form‘ bringen zu lassen.“⁷

Als *Schutzfaktoren* werden wiederum Faktoren bezeichnet, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Störungen in Belastungs- und Bewältigungssituationen vermindern. Man unterscheidet hierbei personale und soziale Schutzfaktoren. *Personale Schutzfaktoren* liegen innerhalb einer Person (z.B. individuelle Lebenskompetenzen oder körperliche Widerstandsfähigkeit), *soziale Schutzfaktoren* finden sich hingegen außerhalb der Person (i. S. sozialer Unterstützung/ Netzwerke).

Die Effektivität einzelner Schutzfaktoren ist je nach Person, Lebensphase und Kontext sehr unterschiedlich. Als übergeordneter personaler Schutzfaktor wird eine *flexible Selbstregulation* beschrieben. Diese umfasst die Fähigkeit, eine Situation realistisch einzuschätzen (*Kontextsensitivität*), über ein breites Repertoire an Copingstrategien zu verfügen und aus Erfolgen der eigenen Strategien zu lernen (*Feedbackresponsivität*). Resilienz stellt dabei keine stabile Größe dar, sondern kann im Verlauf des Lebens mal schwächer und mal stärker ausgeprägt sein. Dadurch ist es möglich, auch aktiv auf sie Einfluss zu nehmen. Sie wird als eine Art dynamisches System verstanden, welches Anpassungs- und Entwicklungsprozesse bedingt und durch die Interaktion zwischen Person und Umwelt gekennzeichnet ist⁸.

⁵ Franzkowiak 2018: 776 ff.; Kaba-Schönstein 2018: 227 f.; Hurrelmann et al. 2009: 11 ff.; Lyssenko und Bengel 2018: 841 f.

⁶ LEO Dictionary Team 2006 - 2024 2024.

⁷ Franke 2020: 185

⁸ Wustmann 2011:28

Der überwiegende Teil entsprechender Forschungsarbeiten greift die Resilienz von Kindern und Jugendlichen auf und bezieht sich hierbei auf deren Fähigkeit, sich trotz gefährdender und ungünstiger Lebensumstände und -ereignisse (z. B. Missbrauch, Gewalterleben oder Armut) dennoch gesund und altersgemäß zu entwickeln. Bei Erwachsenen hingegen steht generell die erfolgreiche Bewältigung von Stress, Schicksalsschlägen und Traumata im Fokus. In Deutschland dominieren an dieser Stelle Studien zum gesunden Altern im Sinne einer möglichst gesunden Bewältigung altersbedingter Veränderungen⁹. Eine erste Recherche deutschsprachiger Veröffentlichungen eröffnete einen Fokus der Untersuchungen auf die Bewältigung der eigenen Pflegebedürftigkeit und altersspezifische Beschwerden wie herabgesetzte Leistungsfähigkeit oder chronische Schmerzen.

Antonovsky (1997) beschreibt Gesundheit und Krankheit nicht als abgrenzbare, dichotome Zustände, sondern vielmehr als zwei gleichwertige Endpunkte eines Kontinuums, innerhalb dessen Menschen sich zeitlebens bewegen: das sogenannte *HEDE-Kontinuum* (HE = „health“ bzw. Gesundheit; DE = „disease“ bzw. Krankheit). Das HEDE-Kontinuum ist ein mehrdimensionales theoretisches Modell. Wichtige Dimensionen sind z.B. das Schmerzerleben oder das subjektive Erleben der eigenen Funktionsfähigkeit, aber auch objektive Faktoren, wie z. B. medizinische Befunde und Parameter. Eine Person kann sich dabei hinsichtlich jeder Dimension auf einem anderen Punkt des Kontinuums befinden. Dadurch ist jeder Mensch stets zu gewissen Teilen gesund und krank. Krankheit, Leiden und Tod werden als integraler Bestandteil des Lebens verstanden¹⁰.

Laut Antonovsky sind Menschen sogenannten *Stressoren* ausgesetzt. Diese sind allgegenwärtig und können innerhalb des HEDE-Kontinuums eine Verlagerung in Richtung des Krankheitspols, eine „Ent-Gesundung“ hervorrufen. Hierzu gehören bspw. belastende Lebensereignisse oder Krankheitserreger. Welche Auswirkungen Stressoren letztlich auslösen, hängt davon ab, welche individuellen Möglichkeiten die Person hat, diesen zu begegnen. Faktoren, die an dieser Stelle eine Bewegung hin zum Gesundheitspol oder eine Stabilisierung der Position bewirken, bezeichnet er als *generalisierte Widerstandsressourcen* (Generalized Resistance Resources). Diese können *intrinsisch* (z. B. Wissen, Konstitution, Selbstsicherheit, Problemlösefähigkeit) als auch *extrinsisch* (z. B. Bildungssystem, finanzielle Situation, Zugang zu medizinischer Versorgung) angelegt sein. Antonovsky hält im Zusammenhang mit starken physikalischen und biochemischen Stressoren wie Einwirkungen durch Hungersnot, Waffengewalt, Umweltgifte oder Ähnlichem ein Festhalten an der pathogenetischen Sichtweise (im Sinne des Beseitigens bzw. Vorbeugens der Ursache) weiterhin für angemessen und notwendig. Da diese Gefährdungen in den Industrienationen jedoch deutlich abgenommen haben, rückt er die

⁹ Lyssenko und Bengel 2018: 841-844; Franke 2020: 185-189; Bengel und Lyssenko 2016.

¹⁰ Antonovsky 1997: 15 f.; Franke 2020: 170 f.

Bedeutung psychosozialer Stressoren sowie intrinsische wie extrinsische Widerstandsressourcen und damit zugleich auch die salutogenetische Sichtweise in den Vordergrund.

Je häufiger eine Person die Erfahrung macht, dass sie über ausreichend Widerstandsressourcen verfügt und die Stressoren erfolgreich bewältigt, desto mehr wird sie davon überzeugt sein, dass sie der Unwegsamkeit des Lebens gewachsen ist und nichts sie so schnell in die Knie zwingen kann. Diese Überzeugung bezeichnet Antonovsky als das *Kohärenzgefühl* (Sense of Coherence, SOC) und er beschreibt die jeweilige Ausprägung des SOC als entscheidende Determinante für die Positionierung innerhalb des HEDE-Kontinuums. Das SOC umfasst drei Facetten, die eng miteinander verknüpft sind:

- *Verstehbarkeit* (comprehensibility): Das Gefühl, die Stressoren verstehen, einordnen, ggf. auch vorhersehen zu können.
- *Handhabbarkeit* (manageability): Das Gefühl, über geeignete Ressourcen zu verfügen, den Stressoren begegnen zu können. Dies kann auch die Ressourcen nahestehender Personen beinhalten („legitimierte Andere“). Die Person fühlt und erlebt sich nicht hilflos, benachteiligt oder in einer Opferrolle.
- *Bedeutsamkeit* (meaningfulness): Empfinden einer Sinnhaftigkeit des eigenen Daseins. Stressoren werden eher als sinnvolle Herausforderungen und weniger als Last oder Bürde empfunden.

Entscheidend für die Ausprägung des Kohärenzgefühls sind die individuellen Erfahrungen einer Person. Besonders förderlich sind Erfahrungen einer Konsistenz der erlebten Bedingungen, Abläufe und Beziehungen unterschiedlicher Stressoren, Erfahrungen einer Belastungsbalance, die weder über- noch unterfordert sowie Erfahrungen der Partizipation bzw. das Erleben eigener Gestaltungsräume und Möglichkeiten der Einflussnahme¹¹.

„Das Kohärenzgefühl ist weder ein Coping-Mechanismus noch prägt es bestimmte Bewältigungsstile. Es schafft vielmehr die Voraussetzung, dass Menschen mit den verschiedenen Anforderungen flexibel umgehen können und über viele potenzielle Coping-Fertigkeiten verfügen. [...] Ein starkes Kohärenzgefühl schafft eine kognitiv-emotional günstige Ausgangslage, die es den betreffenden Personen ermöglicht, flexibel die Widerstandsressourcen zu aktivieren, die am angemessensten sind.“¹²

Die Psychologin Alexa Franke entwickelte mit einer Arbeitsgruppe eine *Erweiterung* des reaktiv ausgelegten Salutogenese-Modells von Antonovsky, das der Annahme folgt, positive Ressourcen könnten die Gesundheit ebenfalls und direkt fördern¹³.

¹¹ Faltenmaier 2020; Antonovsky 1997: 29-36; Franke 2020: 172-183; Bengel 2001: 32 f.

¹² Franke 2020: 178

¹³ Franke 2020: 180

„Menschen müssen dem beständigen Bombardement von Stimuli mit Coping-Strategien begegnen, um handlungsfähig zu bleiben und sich weiterzuentwickeln. Ressourcen, bei Antonovsky nicht ohne Grund als ‚Widerstandsressourcen‘ bezeichnet, dienen dazu, die Bewältigung zu optimieren. Persönliche und soziale Ressourcen, die nicht im Zusammenhang mit aktiver Bewältigung von Stressoren stehen, sondern eher im Sinne positiver Gefühle, Motivationen und Bedürfnisbefriedigungen Entwicklungen ermöglichen [...], finden keinen Eingang in das Modell.“¹⁴

Franke geht davon aus, dass die Bewältigung von Stressoren nur ein Teil gelungener Adaption darstelle und der andere Teil in Kognitionen und Verhaltensweisen liege, welche als „Puffer“ gegen Stress bzw. Belastung wirken und sich unmittelbar positiv auf die Anpassung und Gesundheit auswirken. Hierzu gehören z. B. Humor, Optimismus, die Fähigkeiten zu genießen, sich etwas Gutes zu tun, Wohlbefinden herzustellen oder auch anderen zu verzeihen. Für eine Stabilisierung der Position auf dem HEDE-Kontinuum bzw. der Bewegung hin zum Gesundheitspol spielen demnach zwei Faktoren eine gewichtige Rolle: Ein optimales Bewältigungsverhalten als Reaktion auf Stimuli (*Salutogenese*) sowie ein ressourcenförderndes Verhalten und Erleben in Zeiten „der Ruhe“ (*Erweiterung*). Für Zweiteres wird das Kohärenzgefühl als zentraler Motivator beschrieben¹⁵.

Eriksson (2022) beschreibt die Salutogenese als Regenschirm-Konzept („salutogenic umbrella“), unter dem viele verschiedene Konzepte und Theorien untergebracht sind, deren Gemeinsamkeit im Vorhandensein salutogenetischer Elemente und Dimensionen liegt¹⁶. Zu den untergeordneten Konstrukten zählen hierbei u. a. die Resilienz oder die Lebensqualität. Insbesondere die Resilienz zeigt eine große Nähe zur Salutogenese auf. Beide Konzepte thematisieren die Bewältigung von Stressoren. Die Resilienz legt dabei einen klaren Fokus auf die psychische Widerstandskraft. Die Salutogenese ist an dieser Stelle breiter aufgestellt und bezieht biologische und soziale Aspekte stärker mit ein. Dennoch nimmt auch hier die psychische Entwicklung eines Menschen einen zentralen Stellenwert ein. Insbesondere der individuellen Einschätzung der Situation bzw. zur Verfügung stehenden Ressourcen wird übergeordnete Bedeutung zugesprochen. Aufgabe und Beschreibung der Schutzfaktoren sind vergleichbar mit den generalisierten Widerstandsressourcen der Salutogenese¹⁷. Weitere Schnittstellen ergeben sich zwischen der flexiblen Selbstregulation der Resilienz und dem Kohärenzgefühl der Salutogenese. Handelt es sich bei der flexiblen Selbstregulation jedoch um das Vorhandensein entsprechender Fähigkeiten, bezieht das Kohärenzgefühl sich auf die individuelle Einschätzung dieser.

¹⁴ ebd.

¹⁵ vgl. ebd.: 180 ff.

¹⁶ vgl. ebd.

¹⁷ Faltenmaier 2020.

4.1.2 Möglichkeiten der positiven Einflussnahme

Um für die Intervention mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren, wurde nach Literatur recherchiert, in der Einflussfaktoren auf das Kohärenzgefühl und die Schutzfaktoren der Resilienz auf theoretischer Ebene beschrieben und diskutiert wurden. Ferner wurde gezielt nach Arbeiten gesucht, in denen auf empirischer Ebene Einflussgrößen untersucht wurden, um für die Konzeption beurteilen zu können, welche Maßnahmen erfolgsversprechend scheinen. Beispielsweise bestehen empirische Befunde darüber, dass das Gefühl von Wertschätzung und der Austausch zwischen Pflegenden über die Bedeutsamkeit des eigenen Berufes eine wichtige Ressource für die Resilienz der Berufsangehörigen darstellt. Zugleich wirkt sich die Sinnhaftigkeit des pflegerischen Berufsfeldes, hilfebedürftige Personen zu unterstützen, ebenfalls positiv aus¹⁸. Ebenfalls positive Effekte konnten durch Schulungen im Rahmen eines professionellen Deeskalationsmanagements nachgewiesen werden. Demnach stärkten Fortbildungen die Teilnehmenden darin, die eigenen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, die von einem Gegenüber mehr oder weniger gezeigten Emotionen besser einzuschätzen, sich in die Gedanken und Gefühle anderer besser hineinzusetzen sowie in für einen persönlich schwierigen Situationen in Kommunikation zu treten. Ferner gaben Teilnehmende an entsprechenden Schulungen an, dass sie grundsätzlich selbstsicherer an für sie schwierige Situation herangehen¹⁹.

Die Sichtung der aktuellen Studienlage brachte weitere Faktoren hervor, die – insbesondere im Zusammenhang mit Alter/ Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit oder beruflich Pflegenden – nachweislich mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl bzw. einer ausgeprägten Resilienz korrelieren und potenziell beeinflussbar sind, wie z.B. das Erleben von Selbstwirksamkeit²⁰. Diese bildeten die Grundlage für die Intervention in Form der Workshops zum einen und den zur Verfügung gestellten Onlinematerialien (siehe Kapitel 3.1.4. f.) zum anderen.

Die Vielzahl an unterschiedlichen Einflussgrößen entzieht sich einer umfassenden und erschöpfenden Beschreibung in der vorliegenden Arbeit. Um der Informationsdichte eine Struktur zu verleihen und eine praktikable Übersichtlichkeit zu erhalten, wurden die Einflussfaktoren in Anlehnung an Nissen (2019)²¹ in verschiedene Dimensionen unterteilt. Dabei ist aus inhaltlicher Perspektive eine große Nähe und etliche Überschneidungen zum Konzept der Positiven Psychologie von Seligman (2015)²² festzustellen. Beide Autorinnen schlagen die Bildung von Kategorien im Sinne eines Säulenmodells vor, dem in der inhaltlichen Konzeption des

¹⁸ Rohwer et al. 2021.

¹⁹ Beckmann 2015.

²⁰ Bspw. Bengel und Lyssenko 2012; Dräger und Le 2019; Höfler 2015; Richter und Heckemann 2014.

²¹ Nissen 2019.

²² Seligman 2015.

Projektes gefolgt wurde. Entsprechend wurden die einzelnen Faktoren in ein sieben Säulen umfassendes Kategoriensystem zur Stärkung der Resilienz und des Kohärenzgefühls zusammengefasst. Diese werden nachfolgend beschrieben.

SÄULE 1	<i>Zielerreichung/ Engagement</i>	Unter „Zielerreichung“ fallen alle Aktivitäten, deren Durchführung einzig dem Erreichen eines bestimmten Zieles dienen. Hedonistisches Erleben spielt hierbei keine Rolle. D.h. es geht dabei nicht darum, Spaß zu haben oder Lust zu empfinden. In Abgrenzung hierzu versteht man unter <i>Engagement</i> das gezielte Streben nach <i>Flow</i>-Erfahrungen. Der <i>Flow</i> ist ein Aspekt des Wohlbefindens. Die Person nimmt im Flow weder sich noch die Umgebung oder die Zeit wahr, empfindet eine <i>Einswerdung</i> mit der Handlung und erlebt diesen Zustand im Nachgang als lustvoll. Es geht hier also nicht primär um das Ergebnis der Handlung. Der Fokus liegt diesmal auf dem Weg dorthin. Für die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl kann sowohl das Flow-Erleben als auch das Erreichen von Zielen förderlich sein.
SÄULE 2	<i>Positive soziale Beziehungen</i>	Für Menschen als soziale Wesen ist der Kontakt zu anderen Menschen von hoher Bedeutung. Soziale Kontakte, die positiv erlebt werden, wirken sich bereichernd auf das individuelle Wohlbefinden aus. Hierin liegt eine wichtige Ressource für positive Emotionen, verschiedene Arten des Engagements, sinnstiftende Aktivitäten als auch Möglichkeiten der Zielerreichung. Für die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl kann es förderlich sein, Ansprechpersonen für unterschiedliche Gefühlslagen zu haben und auch Unterstützung einfordern und annehmen zu können; positive Rückmeldungen und Wertschätzung zu erhalten und sich als Teil einer Gruppe oder auch eines Pflege-Teams zu fühlen.
SÄULE 3	<i>Positive Gefühle</i>	Emotionen sind subjektive, auf den Moment beschränkte Gefühlszustände, die durch unterschiedliche Reize ausgelöst werden. Zu den positiven Emotionen gehören u.a. Gefühle wie die Lust, das Entzücken, die Ekstase, die Behaglichkeit, die Freude oder die Liebe. Sind die Emotionen in einem Leben überwiegend positiv, kann von einem <i>angenehmen Leben</i> gesprochen werden. Positive Emotionen können gezielt gefördert werden, bspw. durch das Einüben von Dankbarkeit. Auch Gefühle wie der

Optimismus oder die Vergebung, aber auch die gezielte Bewusstwerdung der positiven Aspekte des eigenen Lebens können sich förderlich auf die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl auswirken.

SÄULE 4	<i>Sinnerleben</i>	Menschen streben intuitiv nach Erfahrungen von Sinn und Bedeutung für das eigene Leben. Über den rein subjektiven Zustand hinaus versteht man unter Sinn jedoch auch eine Form der Wertzuschreibung zu etwas, das auch von Außenstehenden betrachtet, logisch geprüft und neu bewertet werden kann. Die Bedeutsamkeit und den Sinn im eigenen Handeln zu erleben, kann sich förderlich auf die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl auswirken.
SÄULE 5	<i>Selbstwirksamkeit</i>	Menschen erleben Selbstwirksamkeit, wenn sie in herausfordernden Situationen das eigene Handeln, die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen als ausreichend wahrnehmen, die Lage zu meistern. Selbstwirksamkeit ist das Gefühl, dass das eigene Handeln einen Unterschied macht und steht somit im Gegensatz zu dem Erleben von Machtlosigkeit. Ein gesundes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, aber auch die Erwartung, selbst etwas aktiv im Leben bewirken zu können, sind Ergebnisse erlebter Selbstwirksamkeit und eng verknüpft mit dem Konzept des Kohärenzgefühls. Eine Förderung oder auch Bewusstmachung des Erlebens von Selbstwirksamkeit kann sich förderlich auf die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl auswirken.
SÄULE 6	<i>Coping</i>	Coping ist ein Sammelbegriff für Strategien zur Bewältigung herausfordernder Lebensereignisse. Durch das gezielte Erlernen von Denk- und Verhaltensmustern können Belastungen abgemildert und der empfundene Stress reduziert werden. Man unterscheidet zwei Varianten des Copings. Das <i>problem- oder emotionsorientierte Coping</i> kann durch adaptive Ansätze auch langfristig und nachhaltige zur Problemlösung beitragen. Maladaptive Coping-Strategien lenken jedoch in erster Linie von den vorliegenden Problemen ab, wodurch sie nicht der konstruktiven Lösung dieser dienen. Die Anwendung adaptiver Copingstrategien kann sowohl für die Resilienz als auch das Kohärenzgefühl förderlich sein.
SÄULE 7	<i>Selbstfürsorge</i>	Die Selbstfürsorge umfasst ein Bewusstsein der eigenen Bedürfnisse und Grenzen sowie das konstruktive Vertreten dieser. Auf dieser Grundlage können Personen durch regelmäßig

wiederkehrende Handlungen positiv auf das eigene Wohlergehen einwirken. Voraussetzung hierfür ist es, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu kennen und diese kommunizieren zu können. Ebenso von Relevanz ist die Kenntnis der eigenen Grenzen und die aktive Wahrung dieser. Auf diesem Wege kann ein positiver Einfluss auf die Resilienz und das Kohärenzgefühl erzielt werden.

Tabelle 1: Säulen der Stärkung von Resilienz und Kohärenzgefühl

Die vorgestellten Säulen stellen Ansatzpunkte dar, über die das Kohärenzgefühl und die Schutzfaktoren der individuellen Resilienz gestärkt werden können. So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass sich die Anwendung von aktiven Coping-Strategien positiv auf ein geringeres Kohärenzgefühl und die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken. Das gleiche gilt auch für die emotionale Unterstützung durch positive Beziehungen sowie das Sinnerleben durch das positive Umdeuten von Situationen²³. Zugleich ist aus der empirischen Forschung bekannt, dass auch hochaltrige, pflegebedürftige Menschen in den Bereichen der Zielerreichung, des Sinnerlebens und der Selbstwirksamkeit positive Erfahrungen und neue Kompetenzen gewinnen können²⁴.

4.1.3 Projektmaster für einrichtungsbezogene Projekte

Eine grundlegende Idee bei der Umsetzung von Projekten wie RESI SALUTO ist die gleichzeitige Stärkung der Eigenverantwortung und die Unterstützung bestehender bzw. geplanter Vorhaben und Initiativen in den Projekteinrichtungen. Insofern ging es von Beginn an auch um die Integration eines individuellen, einrichtungsinternen Projekts zur Gesundheitsförderung bzw. Resilienzsteigerung der Bewohnerschaft.

Dabei hatten die Projekteinrichtungen die Möglichkeit, entweder eigene Projektideen vorzustellen und umzusetzen oder ein flankierendes Projekt aus dem eigens von der DIP-GmbH entwickelten Portfolio an Projektmastern zu wählen. Es standen *vier Projektmaster* mit unterschiedlicher Zielsetzung und Thematik zur Auswahl:

- Gewaltprävention
- Mentorenprogramm
- Kulturprogramm
- Gartenbauprogramm

²³ Zamanian et al. 2021; Naylor et al. 2016; Drageset et al. 2008.

²⁴ Botes et al. 2018.

Jeder dieser Projektmaster wurde entlang der zwölf „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ entwickelt und beschrieben. Dieser Kriterienkatalog wurde speziell für die Entwicklung, Durchführung und Verstetigung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Institutionen erstellt²⁵.

Die Projekteinrichtungen konnten die Master als Inspiration für eigene Ansätze nutzen oder diese in einer auf die Einrichtung angepassten Version in die Umsetzung bringen. Eine vollständige Umsetzung der zwölf beschriebenen Kriterien wurde nicht vorausgesetzt. Vielmehr handelte es sich bei den Projektmastern um umfassende Beschreibungen, die die erwartete Heterogenität der vorliegenden Rahmenbedingungen der einzelnen Einrichtungen aufgriffen und Raum für Anpassung und Gestaltung ermöglichten.

4.1.4 Grundlagen der Workshops

Das grundlegende Ziel der Workshops bestand darin, bei den Teilnehmenden die Entwicklung spezifischer Kompetenzen zu fördern. Die Definition dessen, was als *Kompetenz* gilt, orientiert sich vorrangig an der Beschreibung des Psychologen Franz Emanuel Weinert. Demnach sind Kompetenzen wie folgt zu verstehen:

„[...] die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“²⁶

Dies postuliert zunächst einen klaren Anwendungsbezug: Kompetenzen sind nicht die bloße Summe des Wissens einer Person, sondern deren Fähigkeiten, dieses Wissen zielgerichtet zur Lösung von Problemen einzusetzen. Zum anderen weist die Definition darauf hin, dass sich Kompetenz aus einer Trias von *Wissen, Einstellungen und Fertigkeiten* zusammensetzt. Bei der Lösung konkreter situativer Probleme nutzen Menschen ihr Wissen für ein zielgerichtetes Handeln (im Sinne von Fertigkeiten), das stets von bestimmten Wertevorstellungen (im Sinne von Einstellungen) getragen wird²⁷.

Erpenbeck et al. (2017) führen aus, dass zum Begriff der Kompetenz unterschiedliche Definitionscluster existieren. Eines dieser Cluster bezieht sich auf den *Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR)* bzw. *Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)*. In Deutschland prägt der DQR sowohl den Diskurs als auch die Forschung zum Themenkomplex der Kompetenzen. Er bildet ebenfalls den didaktischen Hintergrund für dieses Projekt.

²⁵ Arbeitsgemeinschaft "Qualitätsentwicklung und Good Practice" 2021.

²⁶ Erpenbeck et al. 2017, S. XXI.

²⁷ Zentrum für Wissenschaftsdidaktik der Ruhruniversität Bochum 2012, 2f.

Der DQR unterscheidet *Fachkompetenzen* und *personale Kompetenzen* voneinander. Innerhalb der Fachkompetenzen werden *Wissen* und *Fertigkeiten* differenziert, während personale Kompetenzen die *Sozialkompetenz* und *Selbstständigkeit* umfassen²⁸. Die zugehörigen Kompetenzziele beschreibt der DQR auf acht unterschiedlichen Niveaustufen. Für den Themenbereich der pflegerischen Versorgung von Menschen in der stationären Langzeitpflege orientiert sich das Projekt RESI SALUTO an den Niveaustufen 3 bis 5²⁹. Für das Fachqualifikationsniveau wurden die Kompetenzziele an den in Anlage 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) definierten Kompetenzen angelehnt. Dabei geht es u.a. um die Erhebung und Interpretation pflegebezogener Daten von Menschen aller Altersstufen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, die Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen sowie die Unterstützung, Begleitung und Beratung von Menschen aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende³⁰.

Die Kompetenzziele für die Workshops des Projektes RESI SALUTO leiten sich hieraus ab und werden spezifiziert durch die Definition von Teilkompetenzen. Die Strukturierung dieser Teilkompetenzen orientierte sich an den Kategorien des DQR sowie den drei Kompetenzdimensionen *Wissen*, *Einstellung* und *Fertigkeiten*. Die Darstellung richtete sich aus an einer exemplarischen Matrix des Wirtschaftspädagogen Sebastian Walzik³¹. Die Teilnehmenden der Projekt-Workshops...

- erheben, erklären, reflektieren und interpretieren eigene Sicht- und Verhaltensweisen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheitsförderung, ihre Resilienzfaktoren und die positive Beeinflussung des eigenen Wohlbefindens,
- erheben, erklären, reflektieren und interpretieren bewohnerinnenbezogene Daten und Informationen in Bezug auf deren Wohlbefinden anhand von salutogenetischen und resilienzbezogenen wissenschaftlichen Erkenntnissen,
- verfügen über ein integratives Verständnis von den Zusammenhängen des Kohärenzgefühls, den Resilienzfaktoren und dem psychischen Wohlbefinden in Bezug auf die Versorgung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Langzeitversorgung, mit oder ohne kognitive Einschränkungen, wie z. B. einer Demenz,
- unterstützen die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Langzeitpflege durch die individuell begründete Auswahl und Durchführung von gesundheits-, resilienz- und wohlbefindensförderlichen Pflegeinterventionen oder Maßnahmen (siehe Tab. 2).

²⁸ Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Kultusministerkonferenz (KMK) 2022.

²⁹ ebd.

³⁰ ebd.

³¹ Walzik 2012, S. 26.

Dimensionen/ Bereiche	Wissen	Einstellung	Fertigkeiten
Sachkompetenz	Theorien der Salutogenese, Resilienz und der salutogenetischen Psychologie kennen, das theoretische Wissen anwenden und auf die Situation von Menschen in stationärer Langzeitpflege übertragen.	Eine gesundheitsförderliche Grundhaltung in der pflegerischen Arbeit einnehmen; die Sinnhaftigkeit der Konzept Salutogenese und Resilienz für den Bereich der Pflege annehmen.	Erstellen von salutogenetischen und resilienzfördernden Pflegeplanungen und Steuerung eines gesundheitsförderlichen Pflegeprozesses.
Sozialkompetenz	Salutogenetische und resilienzbezogene Grundlagen und Theorien vor dem Hintergrund von Pflegebedürftigkeit verstehen, reflektieren und anwenden.	Veränderungen, Krisen und Herausforderungen psychischer und körperlich-gesundheitlicher Art als Chancen zum Lernen und Wachsen verstehen, die Sinnhaftigkeit der Konzepte für die Zusammenarbeit in der stationären Pflege zwischen Bewohnerinnen und Pflegenden annehmen.	Motivation und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner, gesundheitsförderliche Maßnahmen auszuprobieren und langfristig zu übernehmen.
Selbstkompetenz	Theorien der Salutogenese, Resilienz und der salutogenetischen Psychologie kennen, das theoretische Wissen auf die eigene Situation übertragen und anwenden können; eigene Situationen anhand der Theorien reflektieren und konstruktive Verhaltensweisen für sich identifizieren.	Veränderungen, Krisen und Herausforderungen psychischer und körperlich-gesundheitlicher Art als Chancen zum Lernen und Wachsen verstehen; die Sinnhaftigkeit der Konzepte für das eigene Leben und den eigenen Umgang mit Veränderungen, Krisen etc. annehmen.	Für das eigene Leben gesundheitsförderliche Maßnahmen auswählen, umsetzen und langfristig implementieren.

Tabelle 2: Teilkompetenzziele der Workshops

Die Teilkompetenzen lassen sich durch hierarchisch geordnete Lernziele sukzessive aufbauen und verschränken. Dazu werden anhand einer Lernzieltaxonomie spezifische Lernziele definiert und mittels Lehr-/ Lernmethoden angestrebt³².

Grundlage der angestrebten kognitiven Kompetenzziele bildet dabei die *Lernzieltaxonomie* der Erziehungswissenschaftler Lorin W. Anderson und David Krathwohl, die eine revidierte Version der Lernzieltaxonomie des Psychologen und Erziehungswissenschaftlers Benjamin Bloom darstellt. Die möglichen, hierarchischen Kompetenzstufen sind hiernach:

1. Erinnern,
2. Verstehen,
3. Anwenden,
4. Analysieren,
5. Evaluieren und
6. Kreieren.³³

Zu beachten ist die Limitierung der formulierten kognitiven Zielkompetenzen auf die Stufen 1-4. Das Erreichen höherer Stufen setzt weiterführende, zeitintensive Lehr- und Lernaufwände voraus, die im Rahmen des Projektes nicht leistbar sind.

Auf den Kompetenzzielen aufbauend wurden für die einzelnen Workshops didaktische Feinplanungen erstellt und zugehörige Workshopmaterialien, Arbeitsmittel, Präsentationsfolien, etc. vorbereitet. Die insgesamt drei Workshops bauen inhaltlich aufeinander auf.

Workshop I (WS I) fokussiert die Resilienz der Workshopteilnehmenden. Dieser Einstiegsfokus begründet sich im Kern durch zwei Annahmen:

1. Der Zugang zur Thematik als auch die Sensibilisierung für diese gelingt am einfachsten über die vertrauteste aller Lebensrealitäten: die eigene.
2. Das ausreichende Vorhandensein der eigenen Resilienz ist Grundvoraussetzung dafür, andere Personen bei der Stärkung derer Resilienz unterstützen zu können.

Nachdem ein vertiefter Zugang zur Bedeutung der Thematik geschaffen ist und erste Auseinandersetzungen mit den Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung der Resilienz erfolgt sind, stehen in *Workshop II* (WS II) die Resilienz der Bewohnerschaft der Einrichtungen im Zentrum. Aus inhaltstheoretischer Perspektive werden in diesem Workshop die spezifischen Ressourcen und Expositionen der Bewohnerinnen und Bewohner besprochen. Die zuvor geschaffenen

³² Zentrum für Wissenschaftsdidaktik der Ruhruniversität Bochum 2012.

³³ ebd.

Grundlagen zur positiven Beeinflussung der eigenen Resilienz und des Kohärenzgefühls werden im WS II in praktischen Übungseinheiten auf Fallbeispiele übertragen.

Der *Workshop III* (WS III) zielt auf die Organisation ab und dient der Reflexion der Umsetzung des Erlernten sowie der Identifikation benötigter Rahmenbedingungen zur Verstetigung und Weiterführung des Konzeptes in der jeweiligen Einrichtung und beinhaltete auch eine schriftliche Workshop-Evaluation. Die Teilnehmenden können im Rahmen der Evaluation auf einer Likert-Skala ihre Zustimmung zu Aussagen folgender Themengebiete angeben:

- Information und Vorbereitung der Teilnehmenden im Vorfeld des WS I
- Aufbau, Umfang, Inhalte und Effekte der Workshops
- Arbeitsaufträge zwischen den Workshops
- Auswahl, Gestaltung und Nutzung des Onlinematerials
- Unterstützung durch Arbeitgeber bzw. Referentinnen und Referenten in den Workshops

Die Dauer der Workshops umfassten netto drei Stunden und 40 Minuten. Jeder Workshop wurde je Einrichtung auch im Hinblick auf die Schichtdienste jeweils vormittags und nachmittags angeboten, um mehr Mitarbeitenden die Gelegenheit der Teilnahme zu bieten. Es nahmen jeweils 5 – 15 Mitarbeitende teil. Die Durchführung der WS I erfolgte zwischen April und Juli 2023. Insgesamt nahmen 133 Mitarbeitende der sechs Einrichtungen daran teil.

Die Vorbereitung der Teilnehmenden auf die Veranstaltungen erfolgte durch die Projektverantwortlichen der jeweiligen Einrichtungen und beinhaltete die Einladung, Information und Motivation der betreffenden Mitarbeitenden zur Teilnahme. In der Umsetzung dessen wichen die einzelnen Einrichtungen voneinander ab. Die meisten Teilnehmenden verfügten über einen unterschiedlich ausgeprägten, jedoch adäquaten Informationsstand zum Projekt RESI SALUTO und den Inhalten der Workshops. Einzelne Einrichtungen hatten diese Vorbereitung versäumt.

Der WS I setzte sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil wurden die in Kapitel 3.1.1. definierten zentralen Begriffe und Zusammenhänge der Themengebiete Resilienz und Salutogenese vermittelt. Der zweite Teil widmete sich den im Kapitel 3.1.2. beschriebenen Möglichkeiten der positiven Einflussnahme. Workshopübergreifend lag die Perspektive durchgängig auf allgemeinen Aussagen und Zusammenhängen. Die Übertragungen fanden auf die Resilienz der Workshopteilnehmenden als Einzelpersonen und in ihrer Zusammenarbeit im Team statt.

Ungeachtet der teilweise versäumten Vorbereitung der Teilnehmenden trafen die Workshopleitungen einrichtungsübergreifend eine insgesamt positive, konstruktive Grundstimmung an. Die Teilnehmenden zeigten sich zumeist offen für die Inhalte und konnten diese gut

auf die eigene Lebenssituation und auch die Zusammenarbeit im Team übertragen. Es gab vereinzelt Vorbehalte und unklare Vorstellungen. Insgesamt aber zeigten sich die Teilnehmenden interessiert und bereit, neue Perspektiven einzunehmen, und bereicherten die Workshops vielfach durch teils sehr persönliche Einblicke in die eigenen Resilienz- und Lebenssituationen. Die meisten Teilnehmenden wirkten zum Ende der Veranstaltungen für die Thematik sensibilisiert und motiviert, sich weiterführend mit den Inhalten auseinanderzusetzen und das Onlinematerial zur Stärkung der eigenen Resilienz zu nutzen.

Zum Ende der Veranstaltung erhielten die Teilnehmenden folgende Arbeitsaufträge:

- Erkundung und Nutzung des Onlinematerials: Entsprechende Zugangsdaten als auch Nutzungshinweise waren ebenfalls Inhalt des WS I.
- Bewusstmachung der Teammitglieder als positive soziale Kontakte: Die Einrichtungen erhielten zur Unterstützung dessen Füllgläser zur Sammlung positiver Team-Momente, in deren Bedeutung und Nutzung die Workshopteilnehmenden im WS I eingewiesen wurden.
- Sammlung von Fallbeispielen für den WS II: Die Workshopteilnehmenden waren aufgerufen, für den WS II geeignete Fallbeispiele aus den Reihen ihrer Bewohnerschaft zu identifizieren. Hierzu erhielten sie einen schriftlichen Arbeitsauftrag.

Die Durchführung der WS II erfolgte zwischen Juni und November 2023. Hohe Krankenstände und personelle Engpässe in mehreren Einrichtungen verursachten, dass die hier angesetzten Workshoptermine teils sehr kurzfristig verschoben werden mussten und die Teilnehmerzahlen auch bei den Ausweichterminen niedriger ausfielen. Der Abstand zum WS I lag jeweils bei mindestens 2 Monaten. Insgesamt nahmen 109 Mitarbeitende der sechs Einrichtungen an den zweiten Workshops teil.

Nachdem ein vertiefter Zugang zur Bedeutung der Thematik vorlag und erste Auseinandersetzungen mit den Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung der Resilienz erfolgt waren, stand in Workshop II die Resilienz der Bewohnerschaft der Einrichtungen im Zentrum. Die Teilnehmenden konnten den Wechsel des Workshopschwerpunkts hin zu der Situation der Bewohnerschaft der Einrichtung sehr gut mitgehen und ergänzten die vermittelten Inhalte zu den Besonderheiten der Konzepte Resilienz und Salutogenese im Kontext von Alter, Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit umfangreich durch Beispiele aus und Einblicke in ihre individuellen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit betreffenden Personengruppen. Diese Verknüpfung mit der Arbeitsrealität der Teilnehmenden konnte durch den Übertrag des Erlernten auf die eingebrachten, konkreten Fallbeispiele aus der jeweiligen Einrichtung intensiviert werden.

Im Rahmen der WS II zeigte sich einrichtungsübergreifend, dass die Nutzung und Auseinandersetzung mit den Onlinematerialien seit dem ersten Workshop von vielen Teilnehmenden nur zögerlich angegangen wurde. Die Workshopleitungen erweiterten den vorgesehenen Ablauf daher um eine gezielte Übungseinheit zur Recherche im Interna-Bereich der RESI-SALUTO-Homepage bzw. dem dort hinterlegten Onlinematerial.

Zum Ende der Veranstaltungen wirkten die meisten Teilnehmenden auch in diesem Falle motiviert, sich weiterführend mit den Inhalten auseinanderzusetzen und das Onlinematerial zur Stärkung der eigenen Resilienz zu nutzen. Sie erhielten folgende Arbeitsaufträge:

- Stärkung der Resilienz bei der Bewohnerschaft der Einrichtung: Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, das Erlernte in der praktischen Arbeit umzusetzen und das zur Verfügung stehende Onlinematerial auch hierfür zu nutzen.
- Bewusstmachung der Teammitglieder als positive soziale Kontakte: Die Einrichtungen wurden aufgefordert, die Füllgläser zur Sammlung positiver Team-Momente weiterhin zu nutzen. Die Reflexion bisheriger Treiber und Barrieren dessen war Inhalt des WS II.
- Sammlung von Fallbeispielen für den WS III: Die Workshopteilnehmenden waren aufgefordert, für die WS III geeignete Fallbeispiele aus den Reihen ihrer Bewohnerschaft zu identifizieren. Hierzu erhielten sie einen schriftlichen Arbeitsauftrag.

Die Durchführung der WS III erfolgte zwischen Oktober 2023 und Mai 2024. Auch hier mussten Termine kurzfristig verschoben werden. Der Abstand zum WS II lag jeweils bei mindestens 3 Monaten. Insgesamt nahmen 84 Mitarbeitende der sechs Einrichtungen daran teil. Der Workshop III diente der Reflexion von Umsetzungen des Erlernten sowie der Identifikation benötigter Rahmenbedingungen zur Verstetigung und Weiterführung des Konzeptes in der jeweiligen Einrichtung. Die Ergebnisse der WS III folgen im Kapitel 4.4.2.

4.1.5 Erstellung des Onlinematerials

Für RESI SALUTO wurde eine projekteigene Website aufgebaut, die eine informative, ansprechende und tragfähige Internetpräsenz bietet und zugleich einen passwortgeschützten Interna-Bereich umfasst.

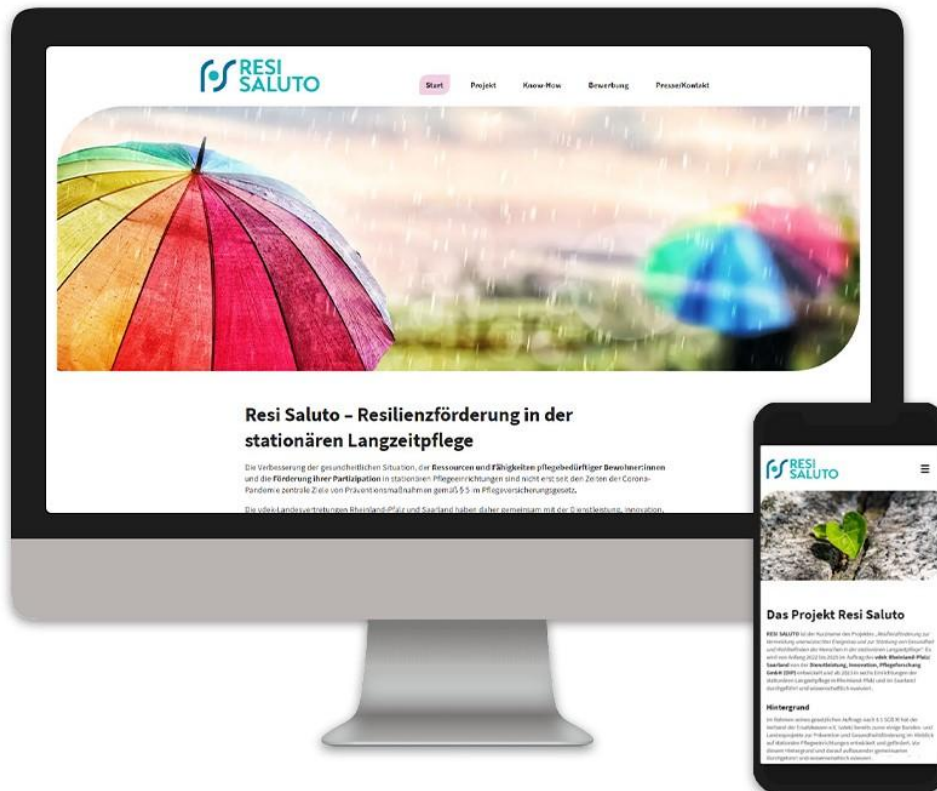


Abbildung 2: RESI-SALUTO-Homepage

Der *Interna-Bereich* wurde als ergänzende Informations- und Lernplattform für die Workshop-teilnehmenden der Projekteinrichtungen gestaltet und stand den Mitarbeitenden der Projekteinrichtungen kostenfrei zur Verfügung. Der Zugang sowie das notwendige Passwort wurden den Teilnehmenden zum Ende der WS I in schriftlicher Form ausgehändigt. Im WS II wurde an die Nutzung der Website und der vielfältigen Online-Materialien erinnert.

Die Konzeption und Ausgestaltung des Onlinematerials verfolgte folgende Ziele:

- Nutzende können Workshopinhalte selbstorganisiert, jederzeit und wiederholt einsehen und sich erklären lassen.
- Nutzende können Schulungsinhalte jederzeit und selbstorganisiert vertiefen.
- Nutzende können sich problemlos in den Onlinematerialien orientieren.
- Nutzende erleben die Nutzung der Onlinematerialien positiv.
- Onlinematerialien sind einheitlich und ansprechend gestaltet.

- Onlinematerialien wecken *Wiedererkennungs-Impulse* (z. B. zu Workshopinhalten, Workshopleitungen).

Der Interna-Bereich der Website beinhaltet die mediale Aufbereitung der Workshopinhalte durch eigens hierfür produzierte Video- und Audiodateien, Verweise auf weiterführende Medien und Literatur zu den einzelnen Inhalten sowie eine große Sammlung alltagstauglicher Übungsmaterialien zur Stärkung von Resilienz und Kohärenzgefühl – sowohl bei der eigenen Person als auch im Pflorgeteam und bei der Bewohnerschaft der Einrichtung. Die Übungsmaterialien wurden aufgrund ihres Umfangs thematisch sortiert und um einführende Videodateien ergänzt, die Anwendende bei der Orientierung unterstützen.

Insgesamt wurden mehr als einhundert verschiedene Handouts mit Übungen zur Stärkung der Resilienz und des Kohärenzgefühls konzipiert, erstellt und auf der Plattform hinterlegt, von denen 89 auch für die Stärkung der Resilienz der Bewohnerschaft und 33 für die Stärkung der Resilienz von Person und Teams ausgelegt sind. Die einzelnen Handouts umfassen zur jeweiligen Übung folgende Informationen:

- Zielsetzung
- Durchführungsdauer je Anwendung
- Empfohlene Durchführungshäufigkeit
- ggf. zusätzlich benötigtes Material
- Beschreibung der Durchführung
- Einbezogene Quellen

Durch den Einsatz von *Icons* wurde auf jedem Handout die Zielgruppe ausgewiesen, auf die die jeweilige Übung abzielt. Diese Nutzung basiert auf der Annahme, dass ein schnelles, visuelles Erkennen den Pflegenden hilft, das Material effektiver nach den eigenen Zielsetzungen zu durchsuchen und geeignete Übungen auszuwählen.

Hierbei kamen folgende Icons zum Einsatz:

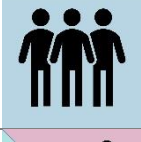
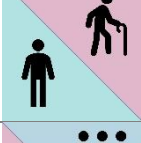
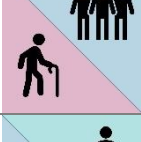
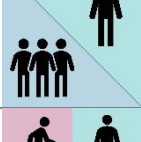
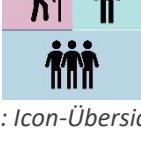
	Übung geeignet für Bewohnerschaft
	Übung geeignet für Einzelperson
	Übung geeignet für das Team
	Übung geeignet für Bewohner und Einzelperson
	Übung geeignet für Bewohner und das Team
	Übung geeignet für Einzelperson und das Team
	Übung geeignet für Bewohner, Einzelperson und das Team

Tabelle 3: Icon-Übersicht Onlinematerial

Ergänzend wurden zudem folgende Medien konzipiert und durch das wissenschaftliche Projektteam in Eigenleistung produziert:

- 11 Audiodateien
- 8 Videodateien
- 13 animierte Videodateien

Die Aufnahme der *Audiodateien* erfolgte durch Einsatz von USB-Kondensatormikrofonen in einer Schalldämmungskabine. Für die Aufnahme als auch Nachbearbeitung wurde zudem die Software *Audacity*® verwendet.

Die Aufzeichnung der *Videodateien* erfolgte mit einer digitalen Video-Blog-Kompaktkamera vor einem Greenscreen. Zur Ausleuchtung wurden Softboxen, zur Aufzeichnung der Audio-spuren ansteckbare Funkmikrofone eingesetzt. Für den Schnitt und die Nachbearbeitung wurde die Software *Adobe Premiere Pro*® verwendet.

Die *animierten Videodateien* wurden auf der Online-Plattform *simpleshow*® erstellt und durch den Einsatz von USB-Kondensatormikrofonen und einer Schalldämmungskabine vertont.

Die Aufbereitung der *theoretischen Workshopinhalte* erfolgte auf der Online-Plattform *Microsoft Sway®*.

Für die eingesetzte Hintergrundmusik in den Medien wurde auf GEMA-Gebühren-freie Werke zurückgegriffen, die zur kommerziellen Nutzung freigegeben sind. Bei den zu sehenden bzw. zu hörenden Personen handelt es sich um wissenschaftliche Mitarbeitende des DIP-GmbH-Projektteams, die den Nutzenden aus den Workshops persönlich bekannt sind. Dieses bewusst angewandte Prinzip beruht auf der Wiedererkennung und zielt auf Vertrauensbildung und Wirkungsverstärkung ab.

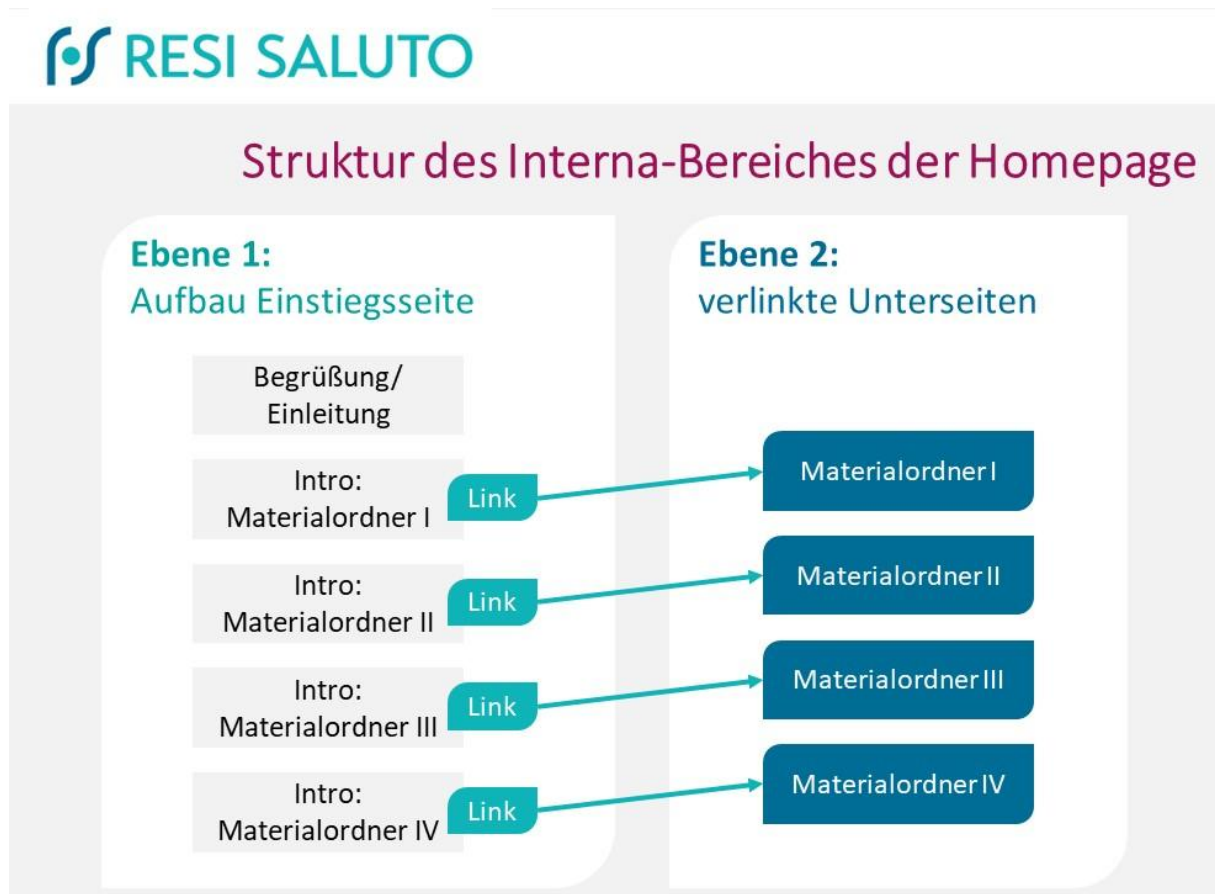


Abbildung 3: Struktur des Interna-Bereiches der RESI-SALUTO-Homepage

Abbildung 3 visualisiert den Aufbau des Interna-Bereiches der Projektwebsite auf zwei Ebenen. Die erste Ebene stellt die passwortgeschützte Einstiegsseite dar. Sie umfasst:

- die Begrüßung der Teilnehmenden,
- ein Willkommens- und Einführungsvideo über den Aufbau und die Nutzung der Homepage und des Onlinematerials,
- eine schriftlich verfasste Übersicht zu den Inhalten des Interna-Bereichs,
- die Kurzvorstellungen der vier Materialordner.

Letztere enthalten zusammenfassende Hinweise zu den Inhalten des jeweiligen *Materialordners* sowie den entsprechenden Link, der die Teilnehmenden auf die untergeordnete Ebene zu den jeweiligen Materialien führt. Die Materialordner sind wie folgt benannt:

- Theoretische Grundlagen
- Übungsebene 1
- Übungsebene 2
- Übungsebene 3

Der Materialordner 1 *Theoretische Grundlagen* enthält die konkreten Schulungsinhalte und -materialien aus den ersten beiden Workshops. Ferner sind dort weiterführende Inhalte, Erläuterungen und Querverweise zu zusätzlichen Materialien in unterschiedlichen Medienformaten einsehbar.

Die Materialordner der *Übungsebene 1* bis *Übungsebene 3* beinhalten jeweils eigene Einführungsvideos zu den theoretischen Aspekten der darin präsentierten Säulen (siehe Tabelle 1) sowie zu den enthaltenen Übungsmaterialien. Unter den jeweiligen säulenspezifischen Einführungsvideos sind die Übungsmaterialien als downloadbare PDFs aufgelistet. Dem schließen sich weiterführende Informationen zur jeweiligen Säule an, etwa in Form von Texten, weiteren Videos, Dokumentationen sowie Literaturempfehlungen.

Die Website wurde auf der Grundlage von Rückmeldungen der Teilnehmenden im Verlauf weiterentwickelt und angepasst. So wünschten sich beispielsweise Teilnehmende, die für den Zugang direkt verfügbare und statische Dokumente bevorzugen, eine Alternative zu dem Einführungsvideo des Interna-Bereiches. Um die Orientierung auf der Website auch für diese Teilnehmenden sicherzustellen, wurde eine schriftliche Übersicht dieser Inhalte erstellt und auf der Startseite des Interna-Bereiches hinterlegt.

4.2 Akquisition der Projekteinrichtungen

Zur Gewinnung von interessierten und geeigneten Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung des Konzeptes RESI SALUTO in Rheinland-Pfalz sowie im Saarland wurde eigens ein Bewerbungs- und Auswahlverfahren entwickelt. Die Ausschreibung wurde auf einen Zeitraum von sechs Wochen im August und September 2022 angelegt und einmalig um vier Wochen bis Oktober 2022 verlängert.

Da Einrichtungen der stationären Langzeitpflege vor vielfach bekannten Herausforderungen unterschiedlicher Art stehen, welche in vielen Fällen Ressourcen der Einrichtungen stark binden und die Möglichkeit zur Teilnahme an Projekten wie RESI SALUTO begrenzen, wurden besondere Anstrengungen zur Gewinnung von Projekteinrichtungen unternommen. So wurde die Anbahnung des Feldzuganges bereits im Vorfeld als besondere Herausforderung

identifiziert und entsprechend breit angelegt. Die Ausschreibung wurde insgesamt 589 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz und dem Saarland postalisch zugestellt und über den gesamten Bewerbungszeitraum durch verschiedene Maßnahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit flankiert. Zur zusätzlichen Verstärkung der Wahrnehmung des Vorhabens erfolgte die Verbreitung der Ausschreibung und Motivation der Einrichtungen zur Teilnahme durch die Pflegegesellschaften, Interessensvertretungen sowie weiterer Gatekeeper des Praxisfeldes der beiden Bundesländer.

Interessierte Pflegeeinrichtungen konnten sich über die RESI-SALUTO-Homepage nähere Details zum Projekt und der Ausschreibung einholen und fanden dort auch ein Bewerbungsformular. Diese Vorlage konnte zur formalen Bewerbung genutzt werden und erfasst Eckdaten zur Einrichtung, Angaben zur Motivation mit eigener Zielformulierung als auch eine Skizzierung des vorgesehenen einrichtungsinternen Projektes.

Die Teilnahme am Projekt war für die auszuwählenden Einrichtungen kostenfrei. Es wurden jedoch die folgenden Ressourcen als Grundlage eingefordert:

- Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten zur Durchführung von Workshops,
- Ermöglichung zur Teilnahme an den Workshops für das Pflegepersonal der einbezogenen Versorgungsbereiche,
- Ermöglichung zur Durchführung von je zwei Befragungen des Pflegepersonals bzw. der Bewohnerschaft der einbezogenen Versorgungsbereiche,
- Eigenständige Konzeption und Durchführung eines die Zielsetzung von RESI SALUTO aufgreifenden, einrichtungsinternen Projektes. Dabei konnte es sich um Projekte zur allgemeinen Gesundheits- und Resilienzförderung, zur Gewaltprävention oder zur Förderung der psychosozialen Gesundheit, des Wohlbefindens und der Teilhabe der Bewohnerschaft handeln (siehe Kap. 3.1.3.)

Die Projekteinrichtungen wurden auf Grundlage der Bewerbung und der gemachten Angaben basierend auf einem vordefinierten Kriterienkatalog gemeinsam von der DIP-GmbH und dem vdek zur Teilnahme ausgewählt. Die Kriterien zur Auswahl orientieren sich zudem und insbesondere in Bezug auf das einrichtungsinterne Projekt an den Umsetzungs- und Ausschlusskriterien im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der damals aktuellen, redaktionell überarbeiteten Fassung von 2021³⁴. So wurde darauf geachtet, ob sich in den Bewerbungsunterlagen Aussagen zu folgenden Themenbereichen bzw. Kriterien wiederfinden:

³⁴ GKV-Spitzenverband 2021.

- *Ausrichtung:* Geplante Aktivitäten sollen insbesondere die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner stärken.
- *Zielgruppen:* In erster Linie zielen die Maßnahmen auf die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen, in zweiter Linie auf das Personal und weitere mögliche Zielgruppen ab.
- *Offenheit:* Die geplanten Maßnahmen stehen allen Teilnehmenden unabhängig von ihrer Versicherung offen.
- *Partizipation:* Ein aktiver Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörigen ist gewährleistet.
- *Transparenz:* Alle Beteiligten der Maßnahmen sind angemessen über den jeweils aktuellen Sachstand informiert.

Ausgewählt zur Teilnahme wurden schlussendlich folgende Pflegeeinrichtungen:

Einrichtung	Standort	Einrichtungsinternes Projekt
Alten- und Pflegeheim des Hospitalfonds gGmbH Montabaur	Montabaur, Rheinland-Pfalz	„Lebensreise / Lebensweise ... Aufbruch in die goldene Phase“: Ein psycho- und saluto-edukatives Gruppenangebot zur positiven Reflexion und Bilanzierung des eigenen Lebensweges
Alten- und Pflegeheim Haus Landgraf	Worms, Rheinland-Pfalz	n.n.
Caritas Alten- und Pflegeheim St. Anna	Sulzbach-Neuweiler, Saarland	„Mentorenprogramm“: Enkulturation und Integration neu zugezogener Bewohnerinnen und Bewohner durch Mitarbeitende der sozialen Begleitung
Pro Seniore Residenz Hohenburg	Homburg, Saarland	„Vitality – Mental Health“ – Für mehr Gelassenheit im Pflegealltag Gesundheitsförderungsprojekt mit Schwerpunkt der Stressbewältigung
Senioren- und Pflegezentrum St. Peter	Habscheid, Rheinland-Pfalz	"Psychosoziale Gesundheit – Resilienz im Altenheim": Förderung des Kohärenzgefühls durch Sozialkontakte gleichen Alters und Lebenssituation außerhalb der eigenen Einrichtung
Gerontologische Beratungsstelle und Altenwohn- und Pflegeheim Helenenhaus der Vereinigten Hospitien	Trier, Rheinland-Pfalz	„Mentorenprogramm“: Enkulturation und Integration für neu zugezogene Bewohnerinnen und Bewohner durch bereits erfahrene Bewohnerinnen und Bewohner

Tabelle 4: Ausgewählte und teilnehmende Projekteinrichtungen

Die Projekteinrichtungen „Caritas Alten- und Pflegeheim St. Anna“ und das „Altenwohn- und Pflegeheim Helenenhaus der Vereinigten Hospitien“ nutzten den Projektmaster „Mentorenprogramm“. Dahingegen entwickelten die Einrichtungen „Alten- und Pflegeheim des Hospitalfonds gGmbH Montabaur“, Pro Seniore Residenz Hohenburg“ und das „Senioren- und Pflegezentrum St. Peter“ eigene resilienzstärkende und das Kohärenzgefühl steigernde Projekte und setzten diese während der Projektlaufzeit von RESI SALUTO um.

4.3 Flankierende Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit

Quer zum eigentlichen Projektverlauf liefen die üblichen flankierenden Maßnahmen des Projektmanagements sowie der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit. Für das Projekt RESI SALUTO wurden über dieses Routinevorgehen hinausgehende Maßnahmen ergriffen, die einerseits den Leuchtturmcharakter des Projekts unterstreichen und die Reichweite erhöhen und andererseits möglichst förderliche Bedingungen für die Umsetzung des Projekts in den Einrichtungen schaffen sollten. Im Folgenden werden diese Maßnahmen im Einzelnen beschrieben. Interventionen, die nicht über den gesamten Projektlauf hinweg aufrechterhalten wurden, werden dabei entsprechend ausgewiesen.

Für die Außendarstellung des Projektes RESI SALUTO wurde neben der Einrichtung und Gestaltung der Projekt-Website www.resi-saluto.de eine eigene *Wortmarke* entwickelt, die die zentralen Aspekte von Gesundheitsförderung und Salutogenese in ihrer Ausgestaltung widerspiegelt. Ergänzt wurde dies durch die Entwicklung und Installation eines eigenen *Corporate Designs* für alle im Projekt verwendeten Medien. Dieses orientiert sich farblich auch an den Vorgaben der Dachmarke *Gesunde Lebenswelten*³⁵ des Auftraggebers vdek. Die entsprechenden Vorlagen, beispielsweise für Dokumente, Medien oder Präsentationen, wurden bis einschließlich zur Erstellung des vorliegenden Berichts verwendet.

Die Kommunikation mit allen Projektbeteiligten – also dem Auftraggeber, dem Projektteam, den Leitungspersonen der Projekteinrichtungen sowie den Teilnehmenden an den Workshops – inklusive der Öffentlichkeitsarbeit basierten auf den Maximen von Wertschätzung, Transparenz, inhaltlicher Klarheit und Verbindlichkeit.

Während der Projektlaufzeit wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber vier **Pressemitteilungen** koordiniert und veröffentlicht:

- Ankündigung des Bewerbungsverfahrens für Einrichtungen (23. August 2022)
- Verlängerung der Bewerbungsfrist für das Bewerbungsverfahren (6. Oktober 2022)
- Veröffentlichung der teilnehmenden Projekteinrichtungen (20. April 2023)

³⁵ Angebot im Bereich der Gesundheitsförderung in der Pflege durch die Ersatzkassen (<https://www.gesunde-lebenswelten.com/>).

- Veröffentlichung der Projektergebnisse nach der Abschlusstagung in Mainz (27. November 2023)

Zudem wurden zwei Berichterstattungen bzw. Interviews für den SWR ermöglicht:

1. Ein Beitrag, der die Grundzüge des Projekts RESI SALUTO beleuchtet, wurde am 19. Oktober 2022 ausgestrahlt.
2. Ein weiterer Beitrag, der während der Durchführung von Workshop III in einer Projekteinrichtung entstand, beinhaltete Interviews mit Pflegepersonen und Bewohnerinnen und wurde vom SWR am 25. Oktober 2023 ausgestrahlt.

Die Projektbegleitung der Einrichtungen folgte ebenfalls den genannten Maximen der Kommunikation. Das DIP-Projektteam stand bereits während des Ausschreibungsverfahrens in engem Kontakt mit den Einrichtungen. Das Team führte mit jeder Bewerber-Einrichtung ein Telefonat zur Klärung offener Fragen und zur Weitergabe von Informationen über den weiteren Verlauf des Auswahlverfahrens. Darüber hinaus konnte es jederzeit per E-Mail oder telefonisch kontaktiert werden, um weitere Fragen oder Unsicherheiten zu klären.

Einrichtungen, die noch kein konkretes Konzept für ein einrichtungsinternes Projekt hatten, wurden beraten und erhielten die Möglichkeit, die bereitgestellten Projektvorlagen zu nutzen. Auf Wunsch leistete das DIP-Projektteam auch im weiteren Verlauf gezielte Unterstützung bei der Auswahl, Planung und Vorbereitung der einrichtungsinternen Projekte und stand während der Durchführung für flankierende Beratung zur Verfügung.

Die ausgewählten Projekteinrichtungen erhielten zu Beginn der Zusammenarbeit eine Übersicht der geplanten Projektschritte mit einer zeitlichen Eingrenzung der Durchführungsmomente für den gesamten Interventionszeitraum. Eine Konkretisierung der Planung erfolgte für alle Einrichtungen im Rahmen einer virtuellen Kick-off-Veranstaltung am 15. Februar 2023, zu der die Projektverantwortlichen der Einrichtungen sowie deren Vertretungen eingeladen waren. Insgesamt nahmen 17 Personen teil und erhielten die Möglichkeit, sich gegenseitig sowie die Projektleitung, die wissenschaftlichen Mitarbeitenden der DIP-GmbH und Vertreterinnen des vdek (als Auftraggeber des Projekts RESI SALUTO) kennenzulernen. Darüber hinaus erhielten sie Informationen zu den Zielen, Rahmenbedingungen, zur Struktur und den Prozessen des Projekts sowie zu den nächsten Schritten. Offene Fragen wurden geklärt, und letzte Absprachen getroffen.

Besonders wichtig war die Abstimmung und Selbsteinteilung der Einrichtungen in drei versetzt startende Interventionsgruppen:

Gruppe 1: Projektzeitraum von März bis November 2023, 2 Einrichtungen

Gruppe 2: Projektzeitraum von April 2023 bis Januar 2024, 1 Einrichtung

Gruppe 3: Projektzeitraum von Juni 2023 bis März 2024, 3 Einrichtungen

Konkrete Termine wurden im weiteren Verlauf in Rücksprache mit den jeweiligen Ansprechpersonen der Projekteinrichtungen vereinbart. Durch die begleitende Kommunikation, die Besuche zur Durchführung der Workshops und die Begleitung der einzelnen Messungen für die Evaluation standen die Mitarbeitenden der DIP-GmbH über den gesamten Projektverlauf hinweg im regelmäßigen Kontakt mit den teilnehmenden Einrichtungen. Diese Nähe erwies sich als äußerst hilfreich und notwendig. So mussten beispielsweise insgesamt acht Workshop-Termine aufgrund unterschiedlicher Bedingungen in den Einrichtungen neu koordiniert werden, um eine lückenlose Teilnahme aller Einrichtungen sicherzustellen. Die Einrichtungen standen in diesen Phasen unter teils erheblichem Druck, was die Notwendigkeit einer wertschätzenden und entgegenkommenden Kommunikation auf Augenhöhe unterstrich. Auch profitierte die Weiterentwicklung des Konzeptes, insbesondere der Gestaltung neuer Materialien für den Interna-Bereich der Homepage, von der intensiven Kommunikation.

5. Evaluation

Dem Auftrag entsprechend wurde das Projekt RESI SALUTO flankiert durch eine wissenschaftliche Evaluation zur Sicherung der Ergebnisse zu den angestrebten und erreichten Zielen und Wirkungen. Dazu wurde ein der Komplexität des Forschungsgegenstandes angemessenes methodisches Vorgehen gewählt und verfolgt. Im Folgenden werden der methodologische Hintergrund beschrieben, die Auswahl der Instrumente sowie die Durchführung der quantitativen Datenerhebung und -analyse als auch zur qualitativen Datenerhebung und -analyse. Das Kapitel schließt mit der Vorstellung der Ergebnisse.

5.1 Methodologischer Hintergrund

In allen Wissenschaften wird die Gewinnung einer möglichst robusten Evidenz zur Untermauerung erreichter Ergebnisse und Erkenntnisse angestrebt. Insbesondere in den Naturwissenschaften, der Medizin und der Psychologie gilt das randomisierte kontrollierte Experiment (randomized controlled trial, RCT) als das optimale Studiendesign, da es mutmaßlich mit höchster Evidenzqualität einhergeht. Denn:

*„Es gibt Evidenz, die wirklich zählt. Das ist diejenige, die durch randomisierte kontrollierte Versuchsanordnungen (RCTs) gewonnen wurde. Diese Evidenz wird als überragend angesehen, letztlich als die einzige vertrauenswürdige, da sie kausale Beziehungen zwischen Behandlungen und Wirkungen herstellt.“*³⁶

Das Studiendesign RCT stellt jedoch spezifische Anforderungen, die insbesondere in der Pflege nur in sehr speziellen Fällen umsetzbar sind. Dies gilt umso mehr für ein Projekt wie RESI SALUTO, das im Kern eine komplexe Bildungsintervention innerhalb eines ebenfalls komplexen Settings darstellt und daher faktisch nicht im Rahmen eines RCTs untersucht werden kann. Pflegerische Handlungen sind als soziale Handlungen im Sinne Max Webers zu verstehen. Diese sind interpretativ und in ihrem Ablauf sowie in ihrer Wirkung kausal geprägt. Pflegerisches Handeln auf der Mikroebene – also in der direkten Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnerschaft – erfolgt stets im Kontext spezifischer Bedingungen. Dazu zählen Vorgaben und Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung, rechtliche Regelungen und weitere Faktoren. Aufgrund dieser kontextabhängigen Natur lässt sich das pflegerische Handeln weder in ausreichendem Maße standardisieren noch kontrollieren, um eine sinnvolle Untersuchung der Intervention im Rahmen eines RCTs zu ermöglichen³⁷.

Um den methodologischen Herausforderungen und dem komplexen Geschehen gerecht zu werden, wurde im Projekt RESI SALUTO das Studiendesign einer Kohortenstudie gewählt. Diese basiert auf einer Methodentriangulation, bei der standardisiert-quantitative mit

³⁶ Grypdonck 2004., S. 34

³⁷ Kelle 2004; Höhmann und Bartholomeyczik 2013.

qualitativen Forschungsmethoden kombiniert zum Einsatz kommen³⁸. Aufgrund der fehlenden Standardisierbarkeit pflegerischer Versorgung wurde von einer Bildung von Kontrollgruppen abgesehen. Stattdessen richtete sich der Fokus auf zwei Kohorten, in denen vor und nach der Intervention Daten erhoben wurden.

Hintergrund: Für die Evaluation fiel bewusst die Entscheidung gegen den Einsatz des Neyman-Pearson-Hypothesentests zugunsten des klassischen Signifikanztests nach Fisher. Der zentrale Unterschied liegt darin, dass der Hypothesentest nach Neyman und Pearson bei der Ablehnung der Nullhypothese (H0) automatisch die Annahme der Alternativhypothese (H1) vorsieht³⁹. Dieser Ansatz erscheint jedoch für die Bewertung einer komplexen Intervention zu vereinfacht und rigide. Fishers Ansatz betont hingegen, dass Ergebnisse – unabhängig von ihrer Signifikanz⁴⁰ – im Kontext theoretischer Wissensbestände interpretiert werden sollten, um inhaltlich gehaltvoll Schlussfolgerungen zu ziehen. Für RESI SALUTO wurde eine Signifikanzgrenze von 10 Prozent festgelegt⁴¹.

Diese methodologische Perspektive untermauert auch die Wahl der Methodentriangulation und den ergänzenden Einsatz qualitativer Forschungsmethoden. Ziel ist es, die Komplexität des Forschungskontextes angemessen zu berücksichtigen und dennoch belastbare Erkenntnisse zu gewinnen.

5.2 Quantitative Erhebung

Im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung zu den Wirkungen von RESI SALUTO wurden für die beiden Zielgruppen jeweils spezifische Endpunkte definiert und mit standardisierten Instrumenten erfasst. Dabei lag der Fokus auf folgenden Personengruppen und zugehörigen Endpunkten:

Untersuchte Personengruppe	Untersuchter Endpunkt
Bewohnerinnen und Bewohner der durch das Projekt involvierten Wohnbereiche	Erlebte Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege
Mitarbeitende aus der pflegerischen Versorgung und sozialen Betreuung die an den Workshops teilgenommen haben	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

Tabelle 5: Untersuchte Personengruppen und Endpunkte

³⁸ Höhmann und Bartholomeyczik 2013; Kelle et al. 2014

³⁹ Tucman 2024., S. 96 ff.

⁴⁰ Die Signifikanzgrenze beschreibt die Wahrscheinlichkeit, die erhobenen Datenwerte oder noch extremere Datenwerte beobachten zu können unter der zwingenden Annahme, dass die H0-Hypothese korrekt ist. Wenn H0 wahr ist, dann darf die Wahrscheinlichkeit der erhobenen Daten einen bestimmten Wert nicht unterschreiten, da ansonsten die Hypothese als unwahrscheinlich abgelehnt werden muss.

⁴¹ Tucman 2024., S. 94

Die Mitarbeitenden der Einrichtung, die am Projekt bzw. an den Workshops teilnahmen, wurden mithilfe des multidimensionalen Instruments *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)* befragt. Dieses Instrument ermöglicht es, gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsschädliche Verhaltens- und Erlebensweisen im Umgang mit beruflichen Anforderungen zu analysieren. Zugleich dient es als Grundlage für die Entwicklung und Begründung präventiver Maßnahmen. Die Validität des Instruments ist umfassend belegt⁴².

Hintergrund: Der AVEM erlaubt allerdings nicht die Bildung eines Summenscores, da die enthaltenen Dimensionen jeweils eigenständige testtheoretische Konstrukte darstellen und nicht entsprechend (unidirektional) skaliert sind. Je nach Dimension kann ein niedriger Wert inhaltlich positiver sein als ein hoher – oder umgekehrt. Stattdessen ermöglicht das Instrument die Erstellung von Verhaltens- und Erlebensprofilen, indem die Dimensionen zueinander ins Verhältnis gesetzt werden. Diese Profile können mit normierten Profilen verschiedener Berufsgruppen verglichen werden. Darüber hinaus lassen sich die einzelnen Dimensionen individuell analysieren, da jede Dimension eine eigenständige Aussagekraft besitzt und Veränderungen über die Zeit erfasst werden können⁴³. Jede der 11 Dimensionen des AVEM umfasst sechs spezifische Items. Bei der Umrechnung in vergleichbare Standardwerte erfolgt eine unterschiedliche Gewichtung der Dimensionen. Die Messwerte des AVEM sind als intervallskalierte Daten verwendbar.

Die Bewohnerinnen und Bewohner, die von dem im Projekt geschulten Pflegepersonal begleitet, betreut und versorgt wurden, beantworteten die Kurzversion des *Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQoL-brief)*. Dieses valide Instrument wurde speziell zur Erfassung der Lebensqualität von Personen ab 65 Jahren entwickelt und für das Projekt von der DIP-GmbH ins Deutsche übersetzt.

Hintergrund: Der OPQoL-brief-Fragebogen überzeugt durch seine hohe Passgenauigkeit in Bezug auf Zielsetzung und Gegenstand der Erhebung, bei gleichzeitig robusten testtheoretischen Merkmalen. Dank seiner unidirektionalen Skalierung erlaubt es die Berechnung eines Summenscores, der das Konstrukt der Lebensqualität älterer Menschen abbildet. Der kompakte Umfang des Instruments (13 Items) wurde zudem als klarer Vorteil für den Zugang zum Forschungsfeld gewertet⁴⁴. Da die Antworten des OPQoL-brief auf einer Likert-Skala erhoben werden, gelten die Daten als intervallskaliert und sind somit für entsprechende Analyseverfahren geeignet⁴⁵.

Die zweifachen Befragungen der Mitarbeitenden mittels des Instruments AVEM sowie der Bewohnerschaft mit dem Instrument OPQoL-brief fanden in jeder Einrichtung parallel, jedoch zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Der *erste Befragungszeitraum* (t_0) erstreckte sich über vier Wochen und endete unmittelbar vor dem ersten Workshop in der jeweiligen

⁴² Schaarschmidt und Fischer 2008.

⁴³ ebd.

⁴⁴ Bowling et al. 2013; Haugan et al. 2020.

⁴⁵ Faulbaum und Rexroth 2023.

Einrichtung. Der *zweite Befragungszeitraum* (t_1) dauerte ebenfalls vier Wochen und fand im Anschluss an den dritten und letzten Workshop statt.

Den befragten Mitarbeitenden wurde optional eine *personalisierte Rückmeldung* zu ihren Testergebnissen und der Typologisierung des AVEEM angeboten. Diese Möglichkeit bestand sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Befragung, um mögliche Veränderungen nachvollziehen zu können. Für die Zuordnung der Ergebnisse erstellten die Teilnehmenden einen individuellen Kenncode, der ihnen allein bekannt war. Dieser ermöglichte den Vergleich der Testergebnisse auf Individualebene, ohne die Anonymität der Teilnehmenden zu gefährden. Interessierte Teilnehmende hatten die Möglichkeit, eine persönliche Rückmeldung über die Entwicklung ihres Gesundheitsverhaltens beim Projektteam schriftlich (digital oder per Post) und unter Angabe des Kenncodes anzufordern. Allerdings wurde von dieser Option schlussendlich kein Gebrauch gemacht.

Die Koordination der Befragung unterlag in jeder Einrichtung einer verantwortlichen Person. Diese kümmerte sich um die Verteilung der Fragebögen an potenzielle Teilnehmende aus der Bewohner- und Mitarbeiterschaft sowie um das Einsammeln der ausgefüllten Bögen. Beim Einsammeln wurde sichergestellt, dass die Rücksendeküverts ordnungsgemäß versiegelt waren. Anschließend übergab die koordinierende Person die Küverts entweder als Paket an das DIP-Projektteam oder – im Falle der t_0 -Befragung – direkt an die Workshopleitung.

Beiden Befragungen lag ein ausführliches Informationsschreiben bei, das die Teilnehmenden über das verwendete Instrument, den Zweck der Befragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Erstellung eines persönlichen Kenncodes (nur für die Mitarbeitenden) sowie den Rückversand informierte. Jedem Fragebogen lag ein Rücksendeküvert bei, das vorab vom DIP-Projektteam gesiegelt wurde. Die Teilnehmenden legten den ausgefüllten Fragebogen in das Küvert, verschlossen es und übergaben es der mit der einrichtungsinternen Befragung betrauten Person. Das Ausfüllen des Fragebogens, die Erstellung eines individuellen Kenncodes (bei den Mitarbeitenden) und das Versiegeln des Küverts galten als aktive Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung.

Hintergrund: Wie bei der Evaluation von Interventionsprojekten üblich, wurden die Daten der ersten und zweiten Erhebung miteinander verglichen. Die zugrundeliegende inhaltliche Hypothese – dass das Projekt RESI SALUTO positive Effekte auf die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster der Mitarbeitenden sowie auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner hat – wurde als *statistische Nullhypothese* formuliert. Diese besagt, dass zwischen den Stichproben der ersten und der zweiten Erhebung kein signifikanter Unterschied besteht.

Zur Überprüfung dieser Hypothese kam eine *einfaktorielles Varianzanalyse* zum Einsatz, durchgeführt mithilfe der Analysesoftware SPSS, Version 29 von IBM. Dieses Verfahren prüft, ob sich Stichproben, die durch einen Faktor (in diesem Fall der Zeitpunkt der Erhebung vor bzw. nach

der Intervention) differenziert werden, hinsichtlich der zentralen Tendenz der untersuchten Merkmale signifikant unterscheiden⁴⁶.

Ein wesentlicher Vorteil der einfaktoriellen Varianzanalyse gegenüber dem häufig verwendeten t-Test⁴⁷ liegt in der Vermeidung einer Inflation des Alpha-Niveaus. Dieses Phänomen tritt beispielsweise auf, wenn durch wiederholte Anwendung des t-Tests auf dieselben Stichproben verschiedene Dimensionen untersucht werden. In solchen Fällen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ergebnis rein zufällig signifikant erscheint.

Im Kontext der verwendeten Instrumente AVEM (11 Dimensionen) und OPQoL-*brief* (13 Dimensionen) hätte eine separate Betrachtung mit t-Tests die Wahrscheinlichkeit für die Erzeugung eines falsch-positiven Signifikanzwertes erhöht. So würde beispielsweise bei 11 Items und einem Signifikanzniveau von 10 Prozent die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens ein Signifikanzwert fälschlicherweise unter der Grenze von 10 Prozent liegt, statt der erwarteten 10 Prozent auf 68,6 Prozent ansteigen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit eines Analyseverfahrens, das eine solche Verzerrung verhindert⁴⁸.

5.3 Qualitative Erhebung

Für die Evaluation kamen nicht nur reflektive Evaluationsinstrumente zum Einsatz, sondern auch qualitative Forschungsmethoden, insbesondere leitfadengestützte Interviews. Der Einsatz dieser Methodik verfolgte zwei zentrale Ziele: Einerseits sollten die Ergebnisse der standardisierten Befragungen erweitert und eingeordnet werden. Hintergrund hierfür war, dass aufgrund der geringen Fallzahlen und der vermuteten geringen Effektstärken kleinere Effekte statistisch möglicherweise nicht nachweisbar waren. Andererseits diente die Methodik dazu, statistisch signifikante Ergebnisse zu untermauern, wie in Kapitel 4.1 aus methodologischer Perspektive erläutert wird.

Die Interventionen des Projekts entfalteten ihre Wirkung auf drei Ebenen innerhalb der einzelnen Einrichtungen:

- die *direkte Beziehung und Interaktion* zwischen Pflegenden und der Bewohnerschaft,
- die *Interaktionen und Prozesse* auf der Ebene des Pflgeteams sowie
- die *Leitungsebene der Einrichtungen* als übergeordnete, organisatorische Ebene.

Um diesen Ebenen in den Interviews gerecht zu werden, war ein multiperspektivischer Ansatz erforderlich. Daher wurden die Interviews mit zwei Zielgruppen durchgeführt:

⁴⁶ Brühl und Reichert 2021, S. 138 f.

⁴⁷ Bortz et al. 2008, S. 222-225

⁴⁸ Bortz et al. 2008 S. 39 f.; Brühl und Reichert 2021, S. 138

- Zielgruppe der Mitarbeitenden, die als Teil des Pflegeteams in die Interaktion mit der Bewohnerschaft eingebunden waren und aktiv an den Workshops des Projekts teilnahmen, sowie
- Zielgruppe der Projektverantwortlichen, die als Teil der Leitungsebene fungierten und zugleich eine Schlüsselebene als Bindeglied zwischen dieser Ebene und dem RESI-SALUTO-Projektteam einnahmen.

Somit richteten sich die Interviews an Personen, die unmittelbar an der Umsetzung des Projekts in den jeweiligen Einrichtungen beteiligt waren und dadurch einen spezifischen Blick darauf entfalten konnten. In Anlehnung an eine funktionale und ergebnisorientierte Definition handelte es sich hierbei um *Experteninterviews*:

„Es handelt sich um Untersuchungen, in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden. Wir bezeichnen solche Untersuchungen als rekonstruierende Untersuchungen. Die Experteninterviews haben in diesen Untersuchungen die Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen.“⁴⁹

Die Interviews orientierten sich in beiden Fällen an der Definition der *systematisierenden Experteninterviews* nach Bogner, Littig und Menz (2024). Diese Interviewform zielt darauf ab, zentrale Zusammenhänge, Gegebenheiten und Hinweise herauszuarbeiten, die den Befragungspersonen bewusst und reflektiert zugänglich sind und als rein sachliche Information interpretiert werden können⁵⁰. Diese methodische Einordnung prägte sowohl die Gestaltung und Führung der Interviewführung als auch die Dokumentation und Auswertung der Interviews:

„Wir können also dieses Wissen mehr oder weniger direkt abfragen, und wir benötigen keine sonderlich ausgefeilten hermeneutischen Techniken, etwa, weil wir verdecktes Wissen ans Tageslicht befördern wollen.“⁵¹

Zur inhaltlichen und methodischen Präzisierung der Interviews wurden spezifische *Interviewleitfäden* entwickelt, die als Orientierungshilfe und Strukturierungsmittel für deren Durchführung dienten. Charakteristisch für systematisierende Experteninterviews ist der Einsatz ausdifferenzierter Leitfäden, die eine gezielte Erhebung des angestrebten Wissens ermöglichen. Gleichzeitig gewährleisten sie eine halbstandardisierte Interviewsituation, die es erlaubt, sowohl neue und relevante Aspekte und Dimensionen, die von den Interviewten eingebracht werden, als auch vorab festgelegten Leitfragen zu berücksichtigen⁵².

⁴⁹ Gläser und Laudel 2010, S. 13

⁵⁰ Bogner et al. 2009, S. 17-24

⁵¹ Bogner et al. 2009, S. 24

⁵² Meuser und Nagel 1991.

Die inhaltliche Ausrichtung des Leitfadens basierte auf Hinweisen aus dem Reflexionsanteil des dritten Workshops, den Ergebnissen der standardisierten Workshop-Evaluation sowie logisch abgeleiteten Fragestellungen zu möglichen Veränderungen der sozialen Realität in den Einrichtungen.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden erfolgte entlang der methodischen Unterscheidung von Einzel- und Gruppeninterviews auf zwei Wegen:

- *Einzelinterviews*: Diese wurden mit sämtlichen Projektverantwortlichen der beteiligten Einrichtungen geführt. Die Stichprobengröße wurde somit durch die Anzahl der Projekteinrichtungen bestimmt.
- *Gruppeninterviews*: Für diese Interviews erfolgte die Auswahl der Teilnehmenden durch Selbstselektion. Am Ende des WS III wurden die Workshopteilnehmenden über die geplanten Interviews informiert und konnten bei Interesse ihren Namen in eine Liste eintragen.

Einen Monat vor den Interviews erhielten die Interessierten detaillierte Informationen zu den Inhalten und dem Ablauf der Interviews, um eine fundierte Entscheidung über ihre tatsächliche Teilnahme zu ermöglichen. Anschließend wurden die Freiwilligen je Einrichtung zu einer Interviewgruppe zusammengefasst.

Hintergrund: Die Interviews zielten auf die Erhebung *nominalskalierter Variablen* ab, weshalb für die Auswertung ausschließlich qualitative Methoden angewendet wurden. Die im Folgenden beschriebene Konzeption des Analyseverfahrens orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, kombiniert mit einer adaptierten Methodik von Gläser und Laudel.

Die *qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring* ist eine sozialwissenschaftliche Methode zur Analyse sprachlichen Materials, die den Anforderungen nominalskalierter Variablen gerecht wird, ohne dabei auf Systematik und Nachvollziehbarkeit zu verzichten. Sie wird häufig zur Analyse von Interviews eingesetzt, weist jedoch die Schwäche auf, dass die Kategorienbildung nicht den gesamten Analyseprozess durchzieht.

Die *Adaptation von Gläser und Laudel* adressiert diese Schwäche, indem bereits zu Beginn der Analyse ein Kategoriensystem entwickelt wird, das jedoch bis zum Abschluss des Analyseprozesses offenbleibt und bei Bedarf erweitert werden kann. Diese Flexibilität ermöglicht es, die durch die Mehrdimensionalität der Erhebung initiierte Breite stimmig weiterzuführen⁵³.

⁵³ Mayring 2015, S. 7-25; 50 ff.; Gläser und Laudel 2010, S. 198-201

6. Ergebnisse

Das Ergebniskapitel dient in erster Linie der deskriptiven Darstellung der Analyseergebnisse der in dem Projekt erhobenen Daten. Analog zum Methodenkapitel werden die Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen und aus den Einzel- und Gruppeninterviews separat dargestellt. Diskussion und Einordnung der Ergebnisse und Erkenntnisse erfolgen in dem Kapitel 6.

6.1 Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen AVEM und OPQoL-brief

Für die Erhebungen zu zwei Zeitpunkten (t_0 und t_1) wurden insgesamt jeweils 130 AVEM-Erhebungsbögen an die beteiligten Einrichtungen versendet. An der ersten Befragungswelle nahmen 90 Mitarbeitende teil, von denen 87 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden konnten; drei Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt. An der zweiten Erhebungswelle beteiligten sich 56 Mitarbeitende, wobei 47 Datensätze in die Analyse eingingen. Neun weitere Fragebögen waren ebenfalls unvollständig und konnten nicht berücksichtigt werden.

Mit Blick auf die involvierte Bewohnerschaft wurden jeweils 270 OPQoL-brief-Fragebögen an die beteiligten Einrichtungen versenden. In der ersten Welle kamen davon 205 Fragebögen zurück von denen 174 ausgewertet werden konnten. In der zweiten Welle waren es von 178 zurückgesandten Bögen 164, die in die Auswertung einbezogen werden konnten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Statistik der AVEM-Erhebung je Dimension und Erhebungszeitraum:

Deskriptive Statistik AVEM				
	t ₀ -Erhebung (n=87)		t ₁ -Erhebung (n=47)	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
D1: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	4,89	1,97	5,10	2,01
D2: Beruflicher Ehrgeiz	4,82	2,24	3,94	2,24
D3: Verausgabungsbereitschaft	5,17	2,18	3,64	2,03
D4: Perfektionsstreben	4,75	2,20	4,94	1,99
D5: Distanzierungsfähigkeit	5,02	1,82	3,34	1,90
D6: Resignationstendenz	4,90	2,17	2,49	1,83
D7: Offensive Problembewältigung	4,33	2,15	5,00	1,84
D8: Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	5,09	1,91	4,32	1,82
D9: Erfolgserleben im Beruf	4,28	1,90	4,94	1,97
D10: Lebenszufriedenheit	4,31	1,88	4,53	1,70
D11: Erleben sozialer Unterstützung	4,76	2,21	5,00	1,82

Tabelle 6: Deskriptive Statistik AVEM

In Tabelle 4 sind die Mittelwerte der Angaben für jede Dimension und jeden Erhebungszeitraum ersichtlich. Die Abkürzung *SD* steht für „Standard Deviation“ (Standardabweichung) und beschreibt die durchschnittliche Abweichung der Werte einer Dimension vom Mittelwert. Ist die Standardabweichung etwa so groß wie oder größer als der Mittelwert, weist dies auf eine

stark schiefe Verteilung hin, bei der der Mittelwert als Parameter ungeeignet wäre. In Tabelle 4 trifft dies jedoch auf keine der Dimensionen zu.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse der beiden AVE-M-Erhebungen. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Dimensionen in der Darstellung lediglich mit der Abkürzung *D* ausgewiesen.

Ergebnisse der Varianzanalyse des AVE-M					
		<i>DF</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F-Wert</i>	<i>Signifikanzwert</i>
D1	Zwischen den Gruppen	1	1,49	0,38	0,539
	Innerhalb der Gruppen	132	3,93		
D2	Zwischen den Gruppen	1	23,63	4,70	0,032
	Innerhalb der Gruppen	132	5,03		
D3	Zwischen den Gruppen	1	71,82	15,82	< 0,001
	Innerhalb der Gruppen	132	4,54		
D4	Zwischen den Gruppen	1	1,09	0,24	0,6243
	Innerhalb der Gruppen	132	4,52		
D5	Zwischen den Gruppen	1	86,39	25,20	< 0,001
	Innerhalb der Gruppen	132	3,43		
D6	Zwischen den Gruppen	1	176,82	41,69	< 0,001
	Innerhalb der Gruppen	132	4,24		
D7	Zwischen den Gruppen	1	13,56	3,24	0,074
	Innerhalb der Gruppen	132	4,19		
D8	Zwischen den Gruppen	1	18,22	5,17	0,025
	Innerhalb der Gruppen	132	3,53		
D9	Zwischen den Gruppen	1	13,30	3,60	0,060
	Innerhalb der Gruppen	132	3,70		
D10	Zwischen den Gruppen	1	1,50	0,45	0,503
	Innerhalb der Gruppen	132	3,32		
D11	Zwischen den Gruppen	1	1,78	0,41	0,523
	Innerhalb der Gruppen	132	4,33		

Tabelle 7: AVE-M ANOVA-Ergebnisse

Die Varianzanalyse prüft, ob die Varianz zwischen den Gruppen – in diesem Fall den Erhebungszeitpunkten – größer ist als die Varianz innerhalb der Gruppen. Hierbei wird die Varianz zwischen den Gruppen durch die Varianz innerhalb der Gruppen dividiert, wodurch der F-Wert entsteht. Je größer die Varianz zwischen den Gruppen im Vergleich zur Varianz innerhalb der Gruppen ausfällt, desto größer ist der F-Wert. Ein hoher F-Wert deutet darauf hin, dass sich die Verteilungen der Erhebungszeitpunkte signifikant unterscheiden, was auf eine Veränderung hinweist.

Der Signifikanzwert gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der die beobachteten oder noch extremeren Datenpunkte auftreten würden, wenn die Nullhypothese (H_0) wahr ist – also, wenn sich die Verteilungen der beiden Erhebungszeitpunkte nicht unterscheiden. Am Beispiel der

Dimension $D3$ lässt sich feststellen, dass die Wahrscheinlichkeit der vorliegenden Daten unter der Annahme, dass H_0 wahr ist, weniger als 0,1 % beträgt. Dies macht die Nullhypothese äußerst unwahrscheinlich.

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Ergebnisse aus den Tabellen 4 und 5:

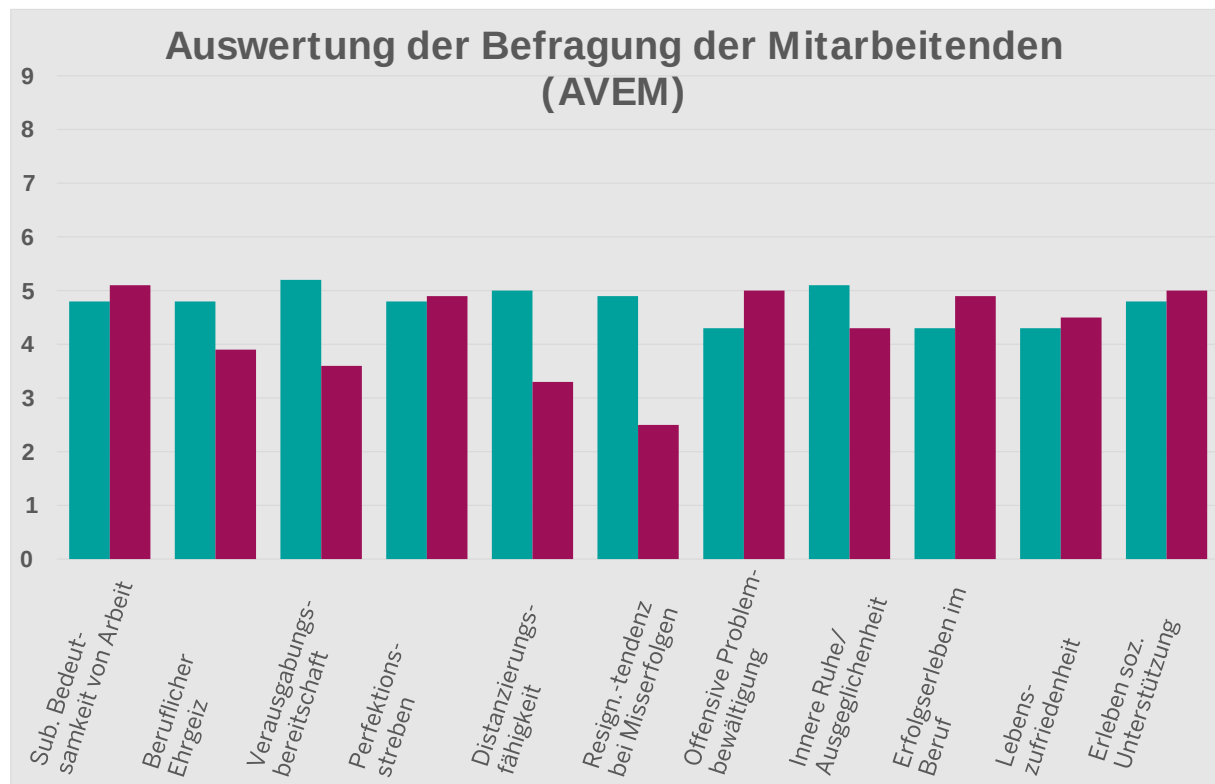


Abbildung 4: Auswertung AVEM

Die grünen Balken zeigen die Mittelwerte der AVEM-Befragung aus dem Befragungszeitraum t_0 , während die rötlichen Balken die Werte aus dem Befragungszeitraum t_1 darstellen. Aus den Tabellen 4 und 5 wird ersichtlich, dass auf einem Signifikanzniveau von 10 Prozent die folgenden fünf Dimensionen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten signifikant abgenommen haben:

- „Beruflicher Ehrgeiz“,
- „Verausgabungsbereitschaft“,
- „Resignationstendenz bei Misserfolg“,
- „Distanzierungsfähigkeit“ und
- „Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit“.

Gleichzeitig weisen zwei Dimensionen einen signifikanten Anstieg auf:

- „Offensive Problembewältigung“ und
- „Erfolgserleben im Beruf“.

Die Abweichung zwischen den Mittelwerten von t_0 und t_1 beträgt zwischen 0,6 und 2,4 Punkte, was auf eine zum Teil deutliche Effektstärke hinweist.

Die nachfolgenden Tabellen 6 und 7 präsentieren die deskriptiven Daten zur Befragung der Bewohnerschaft mit dem *OPQoL-brief* für die beiden Erhebungszeiträume sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse für dieses Instrument.

Deskriptive Statistik OPQoL-brief				
	t ₀ -Erhebung (n=174)		t ₁ -Erhebung (n=164)	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
A1: Meine Lebensqualität insgesamt ist:	3,39	0,83	3,43	0,76
I1: Ich genieße mein Leben insgesamt.	3,61	0,98	3,79	0,98
I2: Es gibt Dinge, auf die ich mich freue.	4,13	0,90	4,40	0,86
I3: Ich bin gesund genug, um unterwegs zu sein.	2,96	1,30	3,13	1,26
I4: Meine Familie, Freunde oder Nachbarn würden mir helfen, wenn ich es bräuchte.	4,19	1,23	4,28	1,20
I5: Ich habe soziale Freizeitaktivitäten/Hobbys, die ich gerne mache.	3,07	1,35	3,42	1,33
I6: Ich versuche in Dingen involviert zu sein.	3,65	1,14	3,98	1,05
I7: Ich bin gesund genug, um meine Unabhängigkeit zu haben.	2,87	1,34	2,97	1,27
I8: Ich kann mich selbst vergnügen, was ich auch tue.	3,66	1,27	3,79	1,29
I9: Ich fühle mich sicher, wo ich lebe.	4,66	0,63	4,66	0,67
I10: Ich genieße mein Zuhause.	3,80	1,13	3,98	1,13
I11: Ich nehme das Leben wie es kommt und mache das Beste daraus.	4,42	0,86	4,49	0,80
I12: Im Vergleich zu den meisten Menschen fühle ich mich glücklich.	3,49	1,20	3,81	1,00
I13: Ich habe genug Geld, um meinen Lebensunterhalt zu bezahlen.	3,69	1,32	3,66	1,37
A2: Summenscore	48,20	8,82	50,37	8,39

Tabelle 8: Deskriptive Statistik OPQoL-brief

Aus den Tabellen 6 und 7 geht hervor, dass zwischen den beiden Befragungswellen keine Abnahme der Itemwerte festgestellt wurde. Im Gegenteil: Der Summenscore zeigt, dass sich die Lebensqualität der befragten Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt im Durchschnitt tendenziell und statistisch in vier Items signifikant verbessert hat:

- „Es gibt Dinge, auf die ich mich freue.“
- „Ich habe soziale Freizeitaktivitäten/ Hobbys, die ich gerne mache.“
- „Ich versuche in Dingen involviert zu sein.“
- „Im Vergleich zu den meisten Menschen fühle ich mich glücklich.“

Der durchschnittliche Anstieg der signifikant veränderten Items liegt bei 0,3 Punkten, während der Summenscore um knapp 2,2 Punkte zunahm. Dies deutet auf eine geringe Effektstärke hin, zeigt jedoch eindeutig einen positiven Effekt.

Ergebnisse der Varianzanalyse des AVEM					
		<i>DF</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F-Wert</i>	<i>Signifikanzwert</i>
A1	Zwischen den Gruppen	1	0,107	0,167	0,683
	Innerhalb der Gruppen	317	0,640		
I1	Zwischen den Gruppen	1	2,636	2,764	0,097
	Innerhalb der Gruppen	317	0,954		
I2	Zwischen den Gruppen	1	6,366	8,247	0,004
	Innerhalb der Gruppen	317	0,772		
I3	Zwischen den Gruppen	1	2,736	1,672	0,197
	Innerhalb der Gruppen	317	1,637		
I4	Zwischen den Gruppen	1	0,689	0,468	0,494
	Innerhalb der Gruppen	317	1,471		
I5	Zwischen den Gruppen	1	10,576	5,904	0,016
	Innerhalb der Gruppen	317	1,791		
I6	Zwischen den Gruppen	1	9,154	7,564	0,006
	Innerhalb der Gruppen	317	1,210		
I7	Zwischen den Gruppen	1	0,784	0,456	0,500
	Innerhalb der Gruppen	317	1,719		
I8	Zwischen den Gruppen	1	1,495	0,915	0,340
	Innerhalb der Gruppen	317	1,635		
I9	Zwischen den Gruppen	1	0,007	0,016	0,899
	Innerhalb der Gruppen	317	0,423		
I10	Zwischen den Gruppen	1	2,925	2,281	0,132
	Innerhalb der Gruppen	317	1,283		
I11	Zwischen den Gruppen	1	0,534	0,770	0,381
	Innerhalb der Gruppen	317	0,694		
I12	Zwischen den Gruppen	1	9,115	7,367	0,007
	Innerhalb der Gruppen	317	1,237		
I13	Zwischen den Gruppen	1	0,109	0,060	0,807
	Innerhalb der Gruppen	317	1,814		
A2	Zwischen den Gruppen	1	409,238	5,511	0,019
	Innerhalb der Gruppen	317	74,253		

Tabelle 9: OPQoL-brief ANOVA-Ergebnisse

Analog zu der grafischen Ergebnisdarstellung der AVEM-Befragung zeigt die nachfolgende Abbildung die Ergebnisse der OPQoL-brief-Befragung.

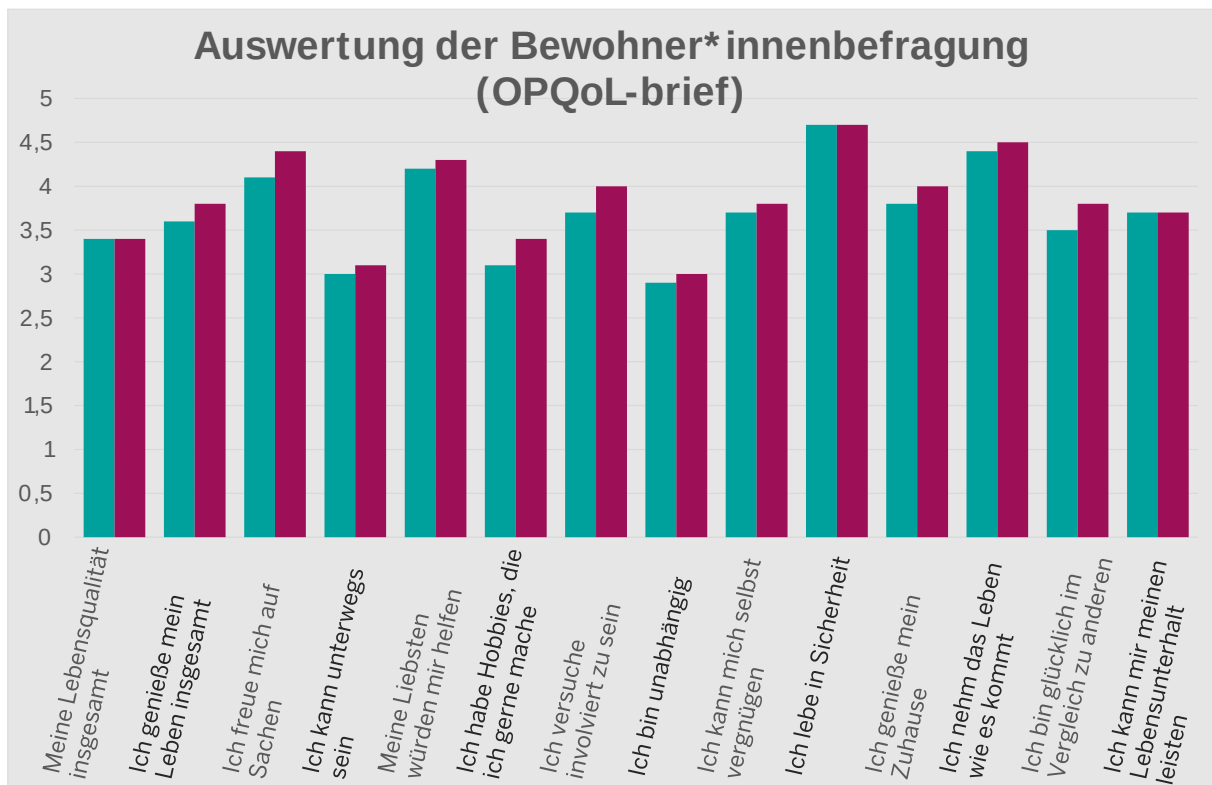


Abbildung 5: Auswertung OPQoL-brief

6.2 Ergebnisse aus den Workshop-Reflexionen

Im Rahmen der Reflexionen in den Workshops III wurde unter anderem der Frage nachgegangen, inwieweit die vermittelten Konzepte und Strategien aus RESI SALUTO im Alltag erfolgreich umgesetzt werden konnten – sowohl in Bezug auf die eigene Person, im Umgang mit der Bewohnerschaft als auch bei der Zusammenarbeit im Team. Zudem wurde analysiert, welche Faktoren für eine nachhaltige Verankerung dieser Ansätze in den Einrichtungen von Bedeutung sind.

6.2.1 Mehr Resilienz im persönlichen Alltag

Die zentrale Fragestellung, die der Reflexion der Teilnehmenden zugrunde lag, lautete, inwiefern die vermittelten Strategien zur Stärkung der Resilienz und des Kohärenzgefühls erfolgreich im persönlichen Alltag angewendet werden konnten und welche zusätzlichen Ressourcen oder Anpassungen dabei noch hilfreich gewesen wären. Die Rückmeldungen der Mitarbeitenden bieten einen facettenreichen Einblick in die Umsetzung sowie die Herausforderungen, denen sie im Rahmen ihrer Selbstfürsorge begegneten.

Ein wesentliches Element in den Rückmeldungen war das Bewusstsein für persönliche Bedürfnisse und die *Wichtigkeit achtsamer Selbstfürsorge*. Die Teilnehmenden hoben hervor, dass insbesondere Maßnahmen wie regelmäßige Pausen, Bewegung an der frischen Luft und spannende Aktivitäten – etwa Yoga, Atemübungen oder Spaziergänge – für sie besonders hilfreich waren. Die Integration dieser Praktiken ermöglichte es ihnen, den Arbeitsalltag ruhiger und strukturierter zu gestalten, und den täglichen Stress besser zu bewältigen. Auch *soziale*

Unterstützung, sowohl innerhalb des Teams als auch durch private Netzwerke wie Familie und Freunde, wurde als wichtige Ressource für die Resilienz benannt.

Darüber hinaus betonten die Mitarbeitenden die Bedeutung einer *positiven Grundhaltung*, die ihnen half, auch in herausfordernden Situationen Ruhe und Gelassenheit zu bewahren. Maßnahmen wie der Austausch über Erfolgserlebnisse, die Fokussierung auf Positives und das Praktizieren von Dankbarkeit – beispielsweise durch das Führen eines Dankbarkeitstagebuchs – trugen zur Stärkung ihres Wohlbefindens bei und förderten eine konstruktive Einstellung. *Humor und das bewusste Einbinden von Freude* in den Arbeitsalltag, etwa durch gemeinsames Lachen oder Feiern, wirkten sich ebenfalls positiv auf die psychische Widerstandskraft aus und wurden als wertvolle Ressourcen für die tägliche Arbeit geschätzt.

Ein weiterer Aspekt, der in den Rückmeldungen häufig angesprochen wurde, war die klare Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben. Die Teilnehmenden berichteten, dass das Setzen von Prioritäten und das aktive Einplanen von *Me-Time* ihnen half, ihre Work-Life-Balance zu verbessern. Dazu gehörte auch die Fähigkeit, „nein“ zu sagen und sich im Arbeitsalltag nicht zu überfordern. Diese Praxis der Abgrenzung, die für viele neu und zunächst herausfordernd war, wurde jedoch als essenziell für die langfristige Aufrechterhaltung der eigenen Resilienz beschrieben.

Die Teilnehmenden äußerten zudem den Bedarf nach struktureller Unterstützung. Häufig wurde die Notwendigkeit einer *Kultivierung regelmäßiger Pausen* und Erholungsmöglichkeiten geäußert, um die Maßnahmen nachhaltig im Alltag zu integrieren. Auch mehr Kommunikation und Austausch im Kollegium, etwa durch regelmäßige Teamgespräche und eine offene, wertschätzende Feedbackkultur, wurden als wichtige Faktoren genannt. In derlei Maßnahmen sahen sie das Potenzial, die Teambindung zu stärken und ein positives Arbeitsklima zu fördern.

Besonders hilfreich empfanden mehrere Teilnehmende die *bereitgestellten Onlinematerialien*. Sie betonten, dass der Zugang zu klar strukturierten Ressourcen sowie die Anleitungen und Impulse zur praktischen Umsetzung der Strategien zur Resilienzstärkung sie nachhaltig unterstützten. Einzelne Rückmeldungen hoben zudem kreative visuelle Hilfen wie das Bild eines Leuchtturms oder die Gläser zur Sammlung positiver Teammomente hervor, die ihnen halfen, den Fokus auf das eigene Wohlbefinden zu richten.

6.2.2 Stärkung der Resilienz mit Blick auf die Bewohnerschaft

Die Teilnehmenden wurden gebeten, rückblickend zu reflektieren, welche Methoden und Herangehensweisen sie in der *Interaktion mit der Bewohnerschaft* angewandt haben, welche Ansätze für sie dabei besonders hilfreich waren und welche zusätzlichen Unterstützungen sie sich für eine erfolgreiche Umsetzung gewünscht hätten. Die vorliegende Zusammenfassung gibt die Rückmeldungen der Mitarbeitenden wieder und bietet Einblicke in die praktischen

Erfahrungen und Herausforderungen, die bei der Umsetzung dieser Konzepte auftraten. Insgesamt wurde deutlich, dass Maßnahmen zur Förderung von Resilienz und Kohärenz im Arbeitsalltag der Pflegenden positiv aufgenommen wurden, auch wenn strukturelle und zeitliche Herausforderungen eine bedeutende Rolle spielten.

Ein zentraler Aspekt war die *zwischenmenschliche Interaktion*. Maßnahmen wie verstärkte Empathie, aktives Zuhören und die Bereitschaft, auf die emotionalen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen, führten zu einer deutlichen Verbesserung der Beziehungen. Mitarbeitende berichteten, dass sie bewusst mehr Zeit investierten, um auf die Gefühle der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen und diesen durch verbale sowie nonverbale Kommunikation ein Gefühl von Akzeptanz, Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. Besonders hilfreich wurde die *Biographiearbeit* empfunden, die es ermöglicht, die Bewohnerinnen und Bewohner besser zu verstehen und individuell auf deren Lebensgeschichte und erworbenen Ressourcen einzugehen. Dies half nicht nur, das Kohärenzgefühl und Wohlbefinden der Bewohnerschaft zu fördern, sondern stärkte auch das Vertrauen und die Bindung zwischen Bewohnerschaft und Mitarbeitenden.

Eine häufig genannte Herausforderung betraf die *begrenzten zeitlichen Ressourcen*. Viele Teilnehmende äußerten den Wunsch nach mehr Zeit, um eine Bewohnerzentrierung im Arbeitsalltag umzusetzen. Auch der Bedarf an einer Intensivierung der Teamarbeit und Verbesserung des Austauschs zwischen den Fachbereichen wurde deutlich. Beispielsweise wurde eine stärkere Einbindung des Sozialen Dienstes in Übergaben sowie eine engere Zusammenarbeit und einheitliches Vorgehen innerhalb der Teams als notwendig erachtet, um eine durchgängige Umsetzung sicherzustellen.

Als hilfreich hoben die Mitarbeitenden die Unterstützung durch die bereitgestellten Online-materialien sowie die in einigen Einrichtungen umgesetzten *regelmäßigen Fallbesprechungen* hervor, die ihnen halfen, das Gelernte praxisnah zu reflektieren und Erfahrungen im Kollegium auszutauschen. Eine positive Grundstimmung im Team, Humor und Freude am gemeinsamen Erleben und Gestalten des Alltags wurden als weitere wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung genannt. Gerade positive Impulse wie gemeinsames Musizieren, Feiern und die Schaffung von *Auszeit-Momenten* im Alltag trugen dazu bei, das Wohlbefinden der Bewohnerschaft zu steigern.

Bei kognitiv orientierten Bewohnerinnen und Bewohnern war die erfolgreiche Umsetzung deutlich spürbar. Bei der Bewohnerschaft mit fortgeschrittenem kognitivem Abbau und eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit stießen die Mitarbeitenden jedoch auf größere Herausforderungen. Auch hier wurden die biografische Orientierung und eine empathische Kommunikation als zentrale Bausteine genannt, wenngleich deren Wirkung aufgrund der fortgeschrittenen Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner begrenzt war.

6.2.3 Förderung der Resilienz im Team und durchs Team

Eine weitere zentrale Fragestellung der Reflexion lautete, wie die Inhalte des Workshops zur Stärkung des Kohärenzgefühls und der Resilienz für die Zusammenarbeit im Team genutzt wurden und welche Veränderungen diese Umsetzung in den Teams bewirkt hat.

Ein wesentlicher Effekt der Umsetzung war die *Stärkung des Teamzusammenhalts*. Viele Teilnehmende berichteten, dass das „Wir“-Gefühl im Team deutlicher ausgeprägter wurde und ein gesteigertes Bewusstsein für gegenseitige Unterstützung entstand. Der Austausch und die Kommunikation innerhalb des Teams wurden als zentral empfunden und führten zu einer wertschätzenderen und vertrauensvolleren Atmosphäre. Die Mitarbeitenden betonten, dass zunehmende Reflexion und positive Rückmeldungen in Teamgesprächen ein tieferes Verständnis füreinander entstehen ließen und den respektvollen Umgang miteinander förderten. Der intensive Austausch über das Verhalten der Bewohnerschaft schuf eine gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit und förderte ein gemeinsames Verständnis. Der offene Umgang mit positiven wie auch herausfordernden Teammomenten trug zu einer zunehmend harmonischen und produktiven Arbeitsatmosphäre bei.

Die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung und die Flexibilität im Arbeitsalltag nahmen ebenfalls zu. Teilnehmende berichteten mehrfach, dass sie sich *in Stresssituationen gezielt gegenseitig entlasteten* und die individuellen Bedürfnisse sowie Gemütszustände der Kolleginnen und Kollegen stärker berücksichtigten. Diese *gesteigerte Sensibilität und Flexibilität* innerhalb des Teams reduzierten nicht nur Stress, sondern stärkten auch das gegenseitige Vertrauen und die Akzeptanz. Mehrere Mitarbeitende gaben an, dass durch die im Workshop besprochenen Strategien die Offenheit für neue Ideen und Perspektiven gewachsen sei. Zudem förderten die Ansätze Selbständigkeit und Einsatzbereitschaft im Team.

Auch die eingeführten Tools und Materialien wurden positiv aufgenommen. Insbesondere das *Glas für positive Teammomente* wurde vielfach hervorgehoben. Dieses Instrument diene nicht nur als Erinnerung an besondere Erlebnisse und stärke die Bindung im Team, sondern half auch dabei, positive Erfahrungen bewusster wahrzunehmen und zu bewahren. Die regelmäßige Sammlung und Reflexion gemeinsamer Erlebnisse wirkte motivierend und förderte einen wertschätzenden Umgang miteinander.

6.2.4 Wirkung von Themen der Workshops

Eine weitere Fragestellung der Reflexion lautete, wie die Themen der Workshops zur Stärkung des Kohärenzgefühls und der Resilienz für die Zusammenarbeit im Team genutzt wurden und welche Veränderungen diese Umsetzung in den Teams bewirkt hat.

Die *Kommunikation* wurde als entscheidender Erfolgsfaktor beschrieben. Die Teilnehmenden berichteten, dass sie gelernt hätten, Probleme direkter und auf Augenhöhe anzusprechen,

ohne Angst vor Fehlern zu haben. Auch die *strukturierte Übergabe* von Informationen und der *offene Dialog* innerhalb des Teams wurden von vielen Mitarbeitenden als klare Verbesserungen genannt, die nach ihrer Einschätzung sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Effektivität im Alltag steigerten. Regelmäßige Reflexionen über die Teamzusammenarbeit führten zu einer verstärkten Achtsamkeit im Umgang miteinander, was sich positiv auf die gesamte Teamdynamik auswirkte.

Herausforderungen bei der Umsetzung traten vor allem in Teams mit hohem Personalwechsel und Personalmangel auf. In solchen Kontexten erschwerten der Informationsaustausch und die Verfügbarkeit von Teammitgliedern die nachhaltige Anwendung der Strategien. Teilnehmende äußerten den Wunsch nach einer besseren Integration neuer Mitarbeitender und einer verbindlichen bereichsübergreifenden Zusammenarbeit, um die Wirksamkeit der im Workshop erlernten Ansätze langfristig zu sichern.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Umsetzung von Themen der Workshops zu einer deutlichen Verbesserung der Teamdynamik und Zusammenarbeit geführt hat. Die Pflegenden empfanden die neuen Ansätze als wertvolle Unterstützung, die die Arbeitsatmosphäre harmonischer und produktiver gestalteten und die Teamstärke nachhaltig förderten. Der offene Austausch, die bewusste Förderung positiver Erlebnisse und eine wertschätzende Kommunikation erwiesen sich dabei als Schlüsselfaktoren für eine verbesserte Teamarbeit und eine gestärkte Resilienz im Berufsalltag.

6.2.5 Nachhaltigkeit in der Organisation

Eine weitere Fragestellung zielte darauf ab, benötigte Faktoren zur nachhaltigen Verankerung des Konzeptes in Pflegeeinrichtungen zu identifizieren. Die Teilnehmenden wurden gebeten, ihre Einschätzungen auf drei Ebenen zu erörtern: der direkten Interaktion mit der Bewohnerschaft, der Mitarbeitenden- und Teamebene sowie der strukturellen und organisatorischen Ebene.

In der *direkten Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern* wurde eine wertschätzende und intensive Kommunikation als zentraler Faktor für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts angesehen. Insbesondere wurde die Notwendigkeit betont, ausreichend Zeit für persönliche Gespräche und die biografische Arbeit einzuplanen. Ein umfassendes Verständnis der individuellen Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Tagesstrukturen der Bewohnerinnen und Bewohner wurde als essenziell angesehen, um Ansätze zur Resilienzförderung sinnvoll und nachhaltig anzuwenden. Auch das gezielte Einüben nonverbaler Kommunikation und die Förderung von Flexibilität in der Betreuung wurden als unverzichtbare Faktoren genannt. Die Teilnehmenden unterstrichen die Bedeutung einer klar strukturierten und regelmäßig aktualisierten Dokumentation, die detaillierte Informationen zur Biografie sowie zu den psychischen Ressourcen der Bewohnerschaft umfasst.

Auf der *Ebene der Mitarbeitenden und Teams* wurde eine Atmosphäre des Vertrauens und der gegenseitigen Unterstützung als Grundlage für die erfolgreiche, nachhaltige Umsetzung des Konzepts beschrieben. Ein einheitlicher Wissensstand sowie Gelegenheiten für Reflexion und Austausch – etwa durch regelmäßige Fallbesprechungen und Teamtage – wurden als zentrale Anliegen genannt. Diese Gelegenheiten sollten idealerweise auch Betreuungskräfte in die Übergaben einbeziehen, um eine transparente und verlässliche Zusammenarbeit zu fördern. Die Anerkennung von Reflexions- und Austauschzeiten als Arbeitszeit wurde als essenziell beschrieben, um Motivation und Engagement für die Umsetzung des Konzepts sicherzustellen.

Die Teilnehmenden schlugen vor, die Prinzipien des Kohärenzgefühls durch speziell beauftragte Mitarbeitende kontinuierlich präsent zu halten. Der Austausch über positive Teamerfahrungen sowie die Schaffung eines sicheren Rahmens für offene Gespräche wurden ebenfalls als wichtige Elemente der Teamentwicklung genannt.

Auf der *strukturellen und organisatorischen Ebene* wurde die Rolle der Leitungen als entscheidend hervorgehoben. Die Teilnehmenden betonten, dass die Unterstützung und das Engagement der Leitung notwendig sind, um das Konzept nachhaltig in den Einrichtungen zu verankern. Regelmäßige bereichsübergreifende Treffen, Teamtage und thematische Veranstaltungen wurden als hilfreiche Maßnahmen genannt, um die Prinzipien und Ziele langfristig in den Alltag zu integrieren.

Die Anpassung von Dokumentationsinstrumenten, insbesondere der Formulare für biographische Arbeit und die Erfassung persönlicher Ressourcen, wurde ebenso als erforderlich angesehen, um konsistente Daten zu den Stärken und Coping-Strategien der Bewohnerinnen und Bewohner zu sammeln. Die Schaffung von Rückzugs- und Reflexionsräumen innerhalb der Einrichtung wurde als wertvolle Unterstützung beschrieben, um Mitarbeitende in herausfordernden Situationen zu stärken und ein resilienzförderndes Arbeitsumfeld zu schaffen.

6.3 Einschätzungen der Mitarbeitenden

Die *Gruppeninterviews mit Mitarbeitenden* fanden zwischen April und Juni 2024 statt. Insgesamt nahmen 19 Mitarbeitende aus fünf Einrichtungen daran teil. Die Interviews umfassten folgende thematischen Schwerpunktsetzungen:

- Erleben der Projektteilnahme und beobachtete Effekte
- Wirkungen der Workshops
- Integration von RESI SALUTO in den Arbeitsalltag
- Nutzung des bereitgestellten Onlinematerials

6.3.1 Erleben der Projektteilnahme

Die interviewten Mitarbeitenden beobachteten im Rahmen der Projektteilnahme zahlreiche positive Effekte und wahrnehmbare Veränderungen. So berichteten sie von einer Vertiefung der *Biographiearbeit* und der *Selbstreflexion* mit einem Fokus auf salutogenetische Ressourcen und Schutzfaktoren, was zu einem besseren Verständnis für die Bewohnerschaft führte. Zudem entwickelten die Mitarbeitenden eine *stärkere Eigenverantwortung* für ihre eigene Resilienz und ihr Kohärenzgefühl. Dadurch erkannten sie die Bedeutung dieser Themen sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext.

Die Kommunikation und der wertschätzende Umgang im Team verbesserten sich spürbar, und es entstand ein größeres Verständnis für die individuellen Herausforderungen der einzelnen Kolleginnen und Kollegen, was zu einem *positiveren Arbeitsklima* beitrug. Neue Strategien im Umgang mit Stress und Krisensituationen führten zu einer Entschleunigung und einem bewussteren Umgang mit Belastungen. Die Projektteilnahme sensibilisierte die Mitarbeitenden, verstärkt auf ihre Gesundheit und die Bedeutung sozialer Kontakte zu achten, was in verstärkten Teamkontakten und teilweise konkreten Gesundheitsverbesserungen resultierte.

Die Mitarbeitenden berichteten von einer *gesteigerten Wertschätzung*, die ihr Selbstwertgefühl erhöhte und eine positive Grundstimmung förderte. Der Arbeitsalltag wurde insgesamt als erfüllender und leichter empfunden, viele Teilnehmende freuten sich über wiedergewonnene Freude und Leichtigkeit bei der Arbeit. Gespräche mit der Bewohnerschaft und im Kollegium wurden bewusster gepflegt und als wichtige Ressource wahrgenommen. Der Wunsch, die Inhalte des Projekts auch nach dessen Ende weiterzugeben und nachhaltig in den Arbeitsalltag zu integrieren, war bei vielen Teilnehmenden präsent. Insgesamt wurde *RESI SALUTO als Bereicherung* erlebt und trug zur Stärkung des Teamgefühls und zur Förderung eines gesunden, wertschätzenden Arbeitsumfeldes bei.

Auch bei der Bewohnerschaft beobachteten die Mitarbeitenden positive Effekte. Die Entscheidung der Mitarbeitenden, sich bewusst Zeit für Gespräche zu nehmen, wurde von der Bewohnerschaft sehr geschätzt. Durch das Zuhören und die erhöhte Aufmerksamkeit fühlten sie sich ernst genommen, was zu mehr Entspannung und Freude führte. Diese positive Veränderung wurde als Resultat der *erhöhten Achtsamkeit und des Engagements* der Mitarbeitenden interpretiert.

Die Beziehungen zur Bewohnerschaft vertieften sich, unterstützt durch intensivere Zuwendung und eine verbesserte Stimmung der Mitarbeitenden. Gleichzeitig nahm die Anzahl der Beschwerden und beispielsweise das Betätigen der Klingeln in der Wahrnehmung der Interviewten eher ab, was als Ausdruck eines gesteigerten Gefühls von Geborgenheit und Zufriedenheit gewertet wurde. Auch die Angehörigen zeigten demnach mehr Verständnis für die Belastung des Personals, was die Kommunikation und das Verständnis zusätzlich förderte.

Auf Ebene der Einrichtung beschrieben die Interviewten eine verbesserte Teamkommunikation und Zusammenarbeit. Die Themen der Workshops wurden aktiv in Teamgesprächen weitergegeben, und Zugangsdaten zu den Online-Ressourcen wurden geteilt, wodurch das Wissen breiter gestreut und zugänglich gemacht wurde. Besonders Teams, die zuvor als problematisch wahrgenommen wurden, entwickelten ein *stärkeres Wir-Gefühl* und wuchsen zusammen. Dies reduzierte das Einzelkämpfertum im stationären Bereich und verbesserte die Zusammenarbeit.

Die allgemeine Atmosphäre in der Einrichtung wurde als ruhiger und entspannter wahrgenommen. Gegenseitige Unterstützung und die Förderung individueller sowie kollektiver Ressourcen schufen ein harmonischeres Arbeitsumfeld. Teilweise wurden nachhaltige Strukturveränderungen eingeführt, wie die Implementierung regelmäßiger Fallbesprechungen, die Einführung von neuen Ritualen wie dem *Glas für positive Teammomente* oder die Nutzung der im Onlinematerial bereitgestellten Feedbackbögen als Teil der Teambesprechungen. Der Austausch zwischen den Mitarbeitenden wurde intensiviert, und viele berichteten, ihre Kolleginnen und Kollegen besser kennengelernt zu haben. Dies stärkte das Teamgefühl und machte das Arbeitsumfeld angenehmer.

6.3.2 Wirkungen der Workshops

Die Workshops wurden von den Teilnehmenden als klar strukturiert, schlüssig und gezielt aufgebaut wahrgenommen. Die vorbereitenden Arbeitsaufträge und die Erarbeitung grundlegender Begrifflichkeiten halfen den Mitarbeitenden, die Themen besser zu verstehen und sich auf die Inhalte einzulassen. Besonders relevant wurden die Workshops dadurch, dass *aktuelle Problemstellungen aus dem Arbeitsalltag* eingebracht werden konnten. Dies ermöglichte den Teilnehmenden, konkrete Lösungen für alltägliche Herausforderungen zu erarbeiten. Umfang und Struktur der theoretischen Inhalte wurden als ausgewogen empfunden, während die praktische Anwendbarkeit der Workshop-Impulse die Integration der Inhalte in den Arbeitsalltag erleichterte.

Als besonders wertvoll wurde die *praxisorientierte Gestaltung* hervorgehoben, die konkrete Bezüge für den Umgang mit der Bewohnerschaft sowie die Teamarbeit lieferte. Ein weiterer positiver Aspekt war der *fachliche Hintergrund der Referierenden*, die durch eigene Erfahrungen im Pflegealltag eine hohe Authentizität und Glaubwürdigkeit vermittelten. Diese Expertise und das Verständnis für die spezifischen Herausforderungen der Pflege schufen eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich die Teilnehmenden trauten, offenere Fragen zu stellen und eigene Anliegen einzubringen. Auch die *Planung der Workshop-Termine* unter Berücksichtigung von Belastungsspitzen wurde als besonders rücksichtsvoll wahrgenommen.

In Bezug auf die wahrgenommenen Effekte schilderten die Teilnehmenden die Workshops als bereichernd und „nie trocken“. Sie regten zur Eigenreflexion an, stärkten das *Bewusstsein für*

konstruktive Kommunikation und halfen den Teilnehmenden, ihren Umgang mit Bewohnerschaft und Kollegium zu überdenken. Die offene und aktivierende Atmosphäre förderte die Teilnahme auch von zurückhaltenden Mitarbeitenden, was zu einer vertrauensvollen und harmonischen Stimmung beitrug und den Austausch erleichterte. Die Einbindung aller Teilnehmenden ohne Redezwang sorgte dafür, dass sich alle dazugehörig fühlten, während gleichzeitig die Freiheit bestand, nach den individuellen Möglichkeiten zu partizipieren.

Die *In-House-Schulung* ermöglichte durch die vertraute Teamumgebung eine besonders offene und authentische Atmosphäre, die den Austausch weiter erleichterte. Auch anfängliche Skepsis hinsichtlich des Zeitaufwands oder der Relevanz der Inhalte wandelte sich im Verlauf der Workshops, da die praktische Anwendbarkeit klar wurde und sich als nützlich für die Teamarbeit erwies.

6.3.3 Integration von RESI SALUTO in den Arbeitsalltag

Die Integration der erlernten Methoden in den Arbeitsalltag wurde durch mehrere Faktoren in der Wahrnehmung der Interviewten positiv beeinflusst. Die *Praxisnähe der Inhalte* und deren unmittelbare Anwendbarkeit wurden als besonders wertvoll wahrgenommen, da Beispiele und alltagsnahe Szenarien den Mitarbeitenden halfen, die Inhalte direkt in ihrem Umfeld umzusetzen. Der Wunsch nach analogem Material, etwa in Form eines Ordners im Pausenraum, wurde geäußert, da einige Mitarbeitende die Nutzung digitaler Ressourcen am PC als herausfordernd empfanden und analoge Materialien ihnen den Zugang erleichtert hätten.

Eine *unterstützende Führungskultur* erwies sich ebenfalls als zentraler Motivationsfaktor: Führungskräfte, die das Gelernte aktiv vorlebten, gaben den Mitarbeitenden das Gefühl, dass ihre Bemühungen wertgeschätzt wurden, und förderten Gelegenheiten für Reflexion und Austausch.

Viele Teilnehmende übernahmen zudem eine *Multiplikatorenrolle* und verbreiteten die Projekthinhalte nachhaltig in ihren Teams, was die Zusammenarbeit stärkte und die Integration der Inhalte im Arbeitsalltag förderte. Die *Eigeninitiative und Flexibilität* der Mitarbeitenden, die aktiv neue Ideen und Übungen ausprobierten, wurden ebenfalls als entscheidend für den Erfolg des Projekts hervorgehoben. Die breite Teilnahme und der regelmäßige Austausch unter den Mitarbeitenden förderten ein gemeinsames Verständnis und stärkten das Interesse an den Projekthinhalten. Schließlich wurde der Wunsch geäußert, *Standards und Strukturen* zu entwickeln, um die Inhalte langfristig zu verankern und für alle Mitarbeitenden zugänglich zu machen.

Mehrere Herausforderungen erschwerten jedoch die Integration des Projekts in den Arbeitsalltag. Eine hohe *Dropout-Quote und der Wechsel von Teilnehmenden*, die nicht alle Workshops durchlaufen hatten, führten zu Wissenslücken und reduzierten die Anzahl der

Multiplikatoren, die die Inhalte in ihre Teams hätten weitertragen können. Zeitliche Belastungen und eine hohe Arbeitsdichte ließen vielen Mitarbeitenden wenig Raum, das Gelernte zu reflektieren und in die Praxis zu integrieren. Ein weiteres Hindernis lag in der begrenzten Verfügbarkeit technischer Ressourcen, insbesondere PCs in den Wohnbereichen, was den Zugang zu den digitalen Materialien mitunter erschwerte.

Einige Mitarbeitende standen aber auch den neuen Methoden eher zurückhaltend gegenüber und hielten weiter an den bisherigen Arbeitsroutinen fest, was die Umsetzung der Projekthalte behinderte. Zudem mangelte es an einer klaren Kommunikation der Projektziele und -inhalte im gesamten Kollegium, was bei einigen Mitarbeitenden auch *Verwirrung und Misstrauen* hervorrief, insbesondere in Bezug auf die Fragebögen der ersten Befragungen. Der Austausch im Team war teilweise begrenzt, da nur eine Person pro Bereich am Projekt teilnahm und unterschiedliche Dienstzeiten sowie Zeitdruck bei den Übergaben wenig Raum für Diskussionen ließen. Eine geringe Teilnehmendenzahl in den Workshops und fehlende Multiplikatoren führten teilweise dazu, dass die Inhalte innerhalb der Teams nicht ausreichend verbreitet wurden. Schließlich beeinträchtigten krankheitsbedingte Ausfälle und Unterbrechungen im Workshop-Ablauf die Kontinuität und das Engagement einiger Mitarbeitender.

6.3.4 Nutzung der Onlinematerialien

Die Nutzung von Onlinematerialien wurde durch verschiedene positive Faktoren begünstigt. Die Website wurde als benutzerfreundlich und übersichtlich strukturiert wahrgenommen, was den Einstieg erleichterte. Die Teilnehmenden schätzten insbesondere die Vielfalt an Übungen und Themen, die ihnen die Möglichkeit bot, Inhalte selbstbestimmt auszuwählen. Die Präsentation der Lehrvideos durch *bekannte und vertrauenswürdige Personen* erhöhte die Akzeptanz und schuf eine positive Grundstimmung.

Ein weiterer Motivationsfaktor war die Rolle einiger Teilnehmender als Multiplikatoren, die ihr Wissen aktiv in die Teams einbrachten. Einige Mitarbeitende entwickelten zudem hilfreiche Routinen, wie beispielsweise das Einbinden von *Fantasiereisen in den Wochenablauf*, um die Übungen regelmäßig und positiv zu erleben. Auch die Flexibilität beim Zugriff – sowohl am PC als auch am Smartphone – wurde als vorteilhaft empfunden, da sie unterschiedlichen Arbeitssituationen gerecht wurde.

Herausforderungen bei der Nutzung ergaben sich vor allem durch zeitliche Einschränkungen. Die Integration der Materialien in den Arbeitsalltag gestaltete sich für viele schwierig, da Routineaufgaben und zusätzliche Verpflichtungen oft Vorrang hatten. Das optionale Angebot zur Nutzung der Onlinematerialien wurde daher häufig aufgrund von Zeitmangel aufgeschoben. Eine *hohe Arbeitsbelastung und fehlende Energie* in der Freizeit trugen ebenfalls dazu bei, dass die Materialien weniger genutzt wurden.

Persönliche Hindernisse wie Prokrastination, technische Schwierigkeiten beim Laden der Inhalte und eine geringe Affinität zu digitalen Medien wurden ebenfalls als Barrieren genannt. Trotz des vorhandenen Interesses war es vielen Teilnehmenden schwer möglich, eine kontinuierliche Nutzung der Materialien aufrechtzuerhalten.

Die transparente Kommunikation über die digitale Mediennutzung im Team wurde als hilfreich empfunden, um Missverständnisse zu vermeiden und die Relevanz der Recherche für die Arbeit zu verdeutlichen. Die digitale Recherche wurde grundsätzlich als sinnvoller Einsatz zeitlicher Ressourcen während der Arbeit bewertet. Viele Teilnehmende bevorzugten dabei das Smartphone gegenüber dem PC, da das kompakte Format als praktischer empfunden wurde.

6.4 Einschätzungen der Projektverantwortlichen

Die *Einzelinterviews mit Projektverantwortlichen* der Einrichtungen fanden zwischen April und Juli 2024 statt. Insgesamt nahmen sieben Projektverantwortliche aus fünf Einrichtungen daran teil. Ein Interview fand im Tandem statt. Die Interviews umfassten die thematischen Schwerpunkte:

- Beobachtete Effekte von RESI SALUTO
- Treiber in der Umsetzung
- Barrieren in der Umsetzung

6.4.1 Effekte von Resi Saluto

Auch die interviewten Projektverantwortlichen beschrieben mehrere positive Aspekte und wahrgenommene Effekte im Zusammenhang mit der Projektteilnahme. Sie stellten fest, dass das Projekt von den Mitarbeitenden der Einrichtungen überwiegend positiv aufgenommen wurde. Die Workshops fanden breite Zustimmung und wurden als bereichernd sowie qualitativ hochwertig bewertet. Die Mitarbeitenden profitierten spürbar, indem ihr Gesundheitsbewusstsein und ihre Sensibilität für die Bedürfnisse der Bewohnerschaft zunahmen.

Durch die Schulungen wurde eine offenerere Kommunikationskultur gefördert, die von gesteigertem Vertrauen geprägt war. Dies ermöglichte es den Mitarbeitenden, Herausforderungen besser zu bewältigen und sich sowohl im Umgang miteinander als auch in der Begegnung mit der Bewohnerschaft achtsamer und unterstützender zu verhalten.

Auch für die Bewohnerschaft beobachteten die Projektverantwortlichen positive Effekte. So zeigte sich ihnen eine verstärkte Öffnung und ein gestiegenes Vertrauen gegenüber den Mitarbeitenden. Diese Veränderungen wurden besonders durch einen offeneren und selbstbewussteren Ausdruck der Bedürfnisse der Bewohnerschaft sichtbar. Zusätzlich war eine

verbesserte Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden sowie eine kollegiale und wertschätzende Atmosphäre spürbar, die das Arbeitsklima positiv beeinflusste.

Das Projekt half den Mitarbeitenden offensichtlich, ihre pflegerische Rolle stärker als aktiv förderlich für das Wohl der Bewohnerschaft zu verstehen, was insbesondere nach den Herausforderungen der Pandemie als motivierend empfunden wurde.

6.4.2 Treiber in der Umsetzung

Ein wesentlicher Treiber für den Projekterfolg war nach Einschätzung der Projektverantwortlichen der klare Bezug der Inhalte zur alltäglichen Arbeit der Pflegekräfte. Besonders erleichternd bei der Planung und Durchführung der Workshops erwies sich der *direkte Einbezug* der Projektverantwortlichen in die entsprechende Dienstplanung, da so eine schichtübergreifende und zugängliche Teilnahme der Mitarbeitenden unmittelbar sichergestellt werden konnte. Als besonders förderlich wurden zudem die gezielte Unterstützung durch die Pflegedienst- und Schichtleitung sowie ein hohes Maß an *Verständnis und Rückhalt* seitens der Führungsebene genannt.

Teamorientierte Problemlösungsansätze förderten den kollektiven Austausch im Team und halfen, die Bedürfnisse der Bewohnerschaft effektiver zu erkennen und zu erfüllen. Die Schulungs- und Onlinematerialien wurden als hochwertig beschrieben und ebenfalls als entscheidende Unterstützungsfaktoren hervorgehoben. Der einfache Zugang zu diesen Materialien unterstützte die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Projekthaltungen und erleichterte nach Auffassung der Projektverantwortlichen die Übertragung des Gelernten in den Arbeitsalltag mit der Bewohnerschaft.

Die *praxisnahe Gestaltung* der Workshop-Inhalte trug laut den Projektverantwortlichen wesentlich dazu bei, dass die Mitarbeitenden die vermittelten Inhalte direkt in ihre tägliche Arbeit integrieren konnten. Die Anpassung der Schulungen an das jeweilige Wissensniveau der Teilnehmenden schuf in der Wahrnehmung der Projektverantwortlichen ein positives Lernumfeld, das sich wiederum positiv auf den Teamzusammenhalt auswirkte. Gemeinsame Lernerfahrungen bildeten eine Grundlage für kollegiale Gespräche und stärkten das Verständnis innerhalb der Teams.

Der *einfache Zugang* zu unterstützenden Materialien über das Onlineportal wurde ebenfalls als hilfreicher Faktor bewertet. Die Möglichkeit, eigenständig und flexibel auf die Ressourcen zugreifen zu können, unterstützte die erfolgreiche Umsetzung der Inhalte im Arbeitsalltag und förderte die Selbstständigkeit der Mitarbeitenden.

6.4.3 Barrieren in der Umsetzung

Die nachhaltige Umsetzung des Projekts wurde jedoch auch durch mehrere Barrieren erschwert. *Personalmangel und eine hohe Krankheitsrate* führten dazu, dass viele Mitarbeitende nicht an den Schulungen teilnehmen konnten oder während der Workshops abwesend waren. Ein weiterer Engpass war der Mangel an Zeit und Ressourcen, da der Pflegealltag von dringenden Aufgaben und unvorhersehbaren Situationen geprägt ist. Dies ließ wenig Raum, um die Projekthinhalte intensiv in den Arbeitsalltag zu integrieren. Eine hohe *Mitarbeiterfluktuation* stellte eine zusätzliche Herausforderung dar, da geschulte Mitarbeitende die Einrichtung häufig verließen und neues Personal erst eingearbeitet werden musste.

Auch die Projektverantwortlichen, die in ihrer Rolle als Führungskräfte stark belastet waren, stießen auf Hindernisse. Eine *Vielzahl an administrativen Aufgaben* schränkte ihren Kontakt zur Bewohnerschaft und ihre Beschäftigung mit den Projekthinhalten ein. Darüber hinaus stellte die *technische Sicherstellung eines digitalen Zugangs* eine Herausforderung dar. Viele Pflegeeinrichtungen verfügen noch nicht über eine etablierte und hinreichende technische Infrastruktur, die eine regelmäßige Nutzung des Onlineportals durch Mitarbeitende jederzeit und vollumfänglich garantieren konnte. Fehlende technische Ausstattung und mangelndes digitales Know-how erhöhten die Hemmschwelle, digitale Ressourcen für den Alltag zu erschließend und zu nutzen – sowohl bei Mitarbeitenden als auch bei einigen der Verantwortlichen.

Organisatorische Schwierigkeiten bei der Abstimmung von Workshop-Terminen und Dienstplänen erschwerten ebenfalls die Teilnahme der Mitarbeitenden. Der hohe Arbeitsdruck und Personalmangel beeinträchtigten zudem die Konzentration und Aufnahmefähigkeit, da viele Mitarbeitende gedanklich noch im Dienstalltag verhaftet waren. Altersbedingte Unterschiede in der digitalen Kompetenz führten ebenfalls zu einer uneinheitlichen Nutzung der digitalen Ressourcen und erschwerten eine konsistente Implementierung des Projekts.

7. Diskussion

Die Evaluation des Projekts RESI SALUTO hat vielversprechende Ergebnisse und Erkenntnisse hervorgebracht. Das Schulungskonzept und dessen Umsetzung in den drei Workshops in den sechs Projekteinrichtungen zeigen teils signifikante Effekte auf die betrachteten Endpunkte der Mitarbeitenden sowie der Bewohnerschaft. Dabei zeigen sich die Ergebnisse der verschiedenen quantitativen Fragebogenerhebungen und der qualitativen Interviews ebenso vielschichtig wie das Forschungsfeld der Salutogenese und Resilienz selbst. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, werden die Ergebnisse der verschiedenen methodischen Ansätze in einer abschließenden Gesamtschau betrachtet und diskutiert. Dabei werden aus dem qualitativen Forschungsteil ausschließlich jene Ergebnisse in Verbindung mit den quantitativen Befunden analysiert, die inhaltlich einen Bezug zu den Endpunkten in Bezug auf die Mitarbeitenden sowie auf die Bewohnerinnen und Bewohner aufweisen.

Die verschiedenen Dimensionen des zweimal eingesetzten Fragebogens AVEM beziehen sich auf die drei unterschiedlichen theoretischen Konstrukte des *Arbeitsengagements*, der *psychischen Widerstandskraft* sowie der *Emotionen*.⁵⁴

Die Schulungen und das bereitgestellte Onlinematerial fokussieren primär auf die Dimension der *psychischen Widerstandskraft*, da diese zu den Schutzfaktoren im Konzept der Resilienz zählt und ein immanenter Bestandteil des Kohärenzgefühls ist. Die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung zeigt signifikante positive Veränderungen in den Dimensionen *Resignationstendenz bei Misserfolg* sowie *Offensive Problembewältigung*, welche beide zentrale Aspekte der psychischen Widerstandskraft darstellen.

Eine der zentralen Metaphern, die in den Workshops genutzt wurden, war das Bild von Antovsky, das das Leben mit einem Fluss vergleicht. Eine weitere Metapher beschrieb, wie Menschen mit ihren Erfahrungen und Fähigkeiten sinnbildlich ein „Surfbrett“ bauen, um plötzliche Wellen – als Metaphern für Herausforderungen und Krisen im Leben – erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wurde die tragende Rolle von Fehlschlägen für den Lernprozess intensiv diskutiert. Diese Reflexion könnte einen Einfluss auf die Dimension *Resignationstendenz bei Misserfolg* gehabt haben. Die durchschnittliche Abnahme um 2,4 Punkte in dieser Dimension stellt eine signifikante Veränderung dar, die sich auch im Vergleich zur Eichstichprobe des verwendeten Instruments deutlich abhebt⁵⁵. Es besteht ebenfalls ein inhaltlicher Zusammenhang zur Dimension *Offensive Problembewältigung*. Wenn ein mögliches Scheitern als normaler Bestandteil von Lern- und Entwicklungsprozessen anstelle eines Makels oder einer persönlichen Unzulänglichkeit betrachtet wird, fördert dies den Kohärenzsinn sowie das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, neuen Herausforderungen gewachsen zu sein. In den qualitativen Ergebnissen spiegelte sich dieser Zusammenhang in einer gelösteren Atmosphäre wider, trotz anhaltender beruflicher und systemisch bedingter Belastungen. So wurde beispielsweise berichtet, dass trotz häufigen Einspringens und Überstunden auf den Wohnbereichen häufiger gelacht wurde und der Umgang sowohl zwischen den Mitarbeitenden als auch mit der Bewohnerschaft spürbar lockerer und vertrauensvoller wurde.

Auch die AVEM-Dimension *Erfolgserleben im Beruf* wurde durch die Interventionen beeinflusst. Diese Dimension ist dem Konstrukt der Emotionen zuzuordnen. Die darin enthaltenen Items erfassen reflektive Bewertungen des eigenen Arbeitslebens, die insbesondere durch Reflexionsübungen, wie beispielsweise Dankbarkeitsübungen, positiv beeinflusst werden können. Solche Übungen fördern eine Verschiebung des Fokus von negativen hin zu positiven Erfahrungen und tragen somit zur Wahrnehmung von Erfolg im beruflichen Kontext bei⁵⁶. In den qualitativen Erhebungen berichteten Mitarbeitende und Leitungen, dass Dankbarkeits-

⁵⁴ Schaarschmidt und Fischer 2008, S. 9f.

⁵⁵ Schaarschmidt und Fischer 2008, S. 11.

⁵⁶ Seligman 2015; Hauser 2022; Lyubomirsky 2018.

übungen – wie das bewusste Mitteilen von positivem Feedback, das Führen von Dankbarkeitstagebüchern oder die Nutzung des *Glases für positive Teammomente* – aktiv angewendet wurden. Diese Maßnahmen hatten positive Auswirkungen auf die Gesamtatmosphäre der betroffenen Pflgeteams und Wohnbereiche.

Kritisch zu hinterfragen sind die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung in Bezug auf die Dimensionen *Beruflicher Ehrgeiz*, *Verausgabungsbereitschaft* und *Distanzierungsfähigkeit* des Konstrukts *Arbeitsengagement* sowie die Dimension *Innere Ruhe/Ausgeglichenheit* des Konstrukts *psychische Widerstandskraft*. In allen genannten Dimensionen zeigte sich zwischen den beiden Erhebungszeiträumen ein signifikanter Rückgang.

Der *Berufliche Ehrgeiz* beschreibt eine Einstellung, deren Items sich auf den persönlichen Stellenwert der Arbeit beziehen (z. B. „Die Arbeit ist mein Ein und Alles.“). Die Bildungsintervention des Projekts beinhaltete jedoch keine spezifischen Inhalte, die sich direkt auf den Stellenwert der Arbeit bezogen. Aus Sicht des Projektteams ist daher davon auszugehen, dass diese Veränderung nicht ursächlich durch die Intervention ausgelöst wurde. Zudem steht dieses Ergebnis im Widerspruch zur festgestellten Zunahme des *Erfolgserlebens im Beruf*. Dieser Widerspruch lässt sich damit erklären, dass die beiden Dimensionen unterschiedliche Konstrukte repräsentieren und daher nicht direkt miteinander korrelieren. Während das *Erfolgserleben im Beruf* eine retrospektive Bewertung der eigenen Berufsbiografie darstellt, spiegelt der *Berufliche Ehrgeiz* eine gegenwärtige Einstellung zur Arbeit wider.

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Abnahme des *beruflichen Ehrgeizes* könnte in den weiterhin fordernden Arbeitsbedingungen liegen. Diese könnten den Stellenwert von Arbeit negativ beeinflussen, da eine Verbesserung der Rahmenbedingungen – wie Arbeitsumfang, Arbeitsverdichtung oder Personalausstattung – auf absehbare Zeit als wenig realistisch wahrgenommen wird⁵⁷. Die Berufsausübung könnte aus Gründen des Selbstschutzes zunehmend weniger als Berufung wahrgenommen und stattdessen verstärkt als eine von mehreren möglichen Arbeitsoptionen betrachtet werden.

Die signifikante Abnahme der *Distanzierungsfähigkeit* kann in diesem Zusammenhang interpretiert werden. Diese Dimension hat mit einer durchschnittlichen Abnahme von 1,7 Punkten deutlich nachgelassen. Im Kern reflektiert sie, in welchem Ausmaß die Befragten auch außerhalb der Arbeitszeit gedanklich mit ihrer Arbeit beschäftigt sind. In den qualitativen Interviews wurde berichtet, dass die Einrichtungen während der Projektlaufzeit wiederholt mit Personalmangel, Fluktuation und hohen Krankenständen konfrontiert waren. Insbesondere die hohen Krankenstände stellen in der stationären Langzeitpflege ein persistentes Problem dar⁵⁸. Dies führt zu einer häufigeren Kontaktaufnahme der Einrichtung mit den Mitarbeitenden, um

⁵⁷ Larsen und Lauxen 2024.

⁵⁸ aerzteblatt.de 2024; Lewin et al. 2024.

Krankheitsausfälle zu kompensieren und den Versorgungsauftrag sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine generell geringere *Distanzierungsfähigkeit* nachvollziehbar. Die deutliche Abnahme dieser Dimension hingegen lässt sich nur durch eine signifikante Zunahme solcher Anfragen erklären.

Im Einklang mit der beschriebenen Problematik steht auch die signifikante Abnahme der Dimension *Innere Ruhe/Ausgeglichenheit*. Diese Dimension ist Teil des Konstrukts *psychische Widerstandskraft* und wurde durch die Bildungsintervention zumindest teilweise thematisiert. Den qualitativen Ergebnissen zufolge nutzten Mitarbeitende gezielt Übungen zur Förderung der inneren Ruhe, wie beispielsweise Entspannungsübungen oder Traumreisen, die über die bereitgestellten Onlinematerialien angeboten wurden. Dennoch reichte das Ausmaß der Intervention offensichtlich nicht aus, die Belastungen der pflegerischen Berufsausübung unter den Bedingungen während der Projektlaufzeit zu kompensieren. Die durchschnittliche Abnahme um 0,8 Punkte ist vor dem Hintergrund, dass die Intervention diese Dimension stärken sollte, kritisch zu bewerten.

Die Dimension *Verausgabungsbereitschaft* ist signifikant um durchschnittlich 1,6 Punkte gesunken. Insbesondere im Workshop I wurde die Bedeutung der Ressourcenschonung für die individuelle Resilienz und das Kohärenzgefühl thematisiert. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmenden über das Onlinematerial spezifische Reflexionsübungen, die auf die Einschätzung persönlicher Belastungen abzielen. In den qualitativen Erhebungen berichteten die Teilnehmenden, dass das Setzen von Prioritäten sowie das bewusste Einplanen von Zeit, die ausschließlich für sie selbst genutzt wird, ihnen geholfen habe, ihre Work-Life-Balance zu verbessern. Dazu zählte auch die Fähigkeit, „nein“ zu sagen und sich im Arbeitsalltag nicht zu überfordern. Diese Form der Abgrenzung stellte für viele eine neue und teils herausfordernde Praxis dar, wurde jedoch als essenziell für die langfristige Aufrechterhaltung der eigenen Resilienz bewertet. Wie Rohwer et al. (2021) zeigen konnten, nehmen Pflegepersonen gesundheitsförderliche Angebote gut an und setzen diese aktiv um⁵⁹. Ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen dem Ergebnis und der Schulung erscheint naheliegend. Darüber hinaus ist zumindest ein Item der Dimension *gefühlter Zeitmangel* („Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.“) weniger von der persönlichen Wahrnehmung abhängig und stärker durch äußere Einflüsse geprägt. Mitarbeitende, die vermehrt Krankheitsausfälle kompensieren müssen, haben weniger Freizeit zur Verfügung, um ihre eigenen alltäglichen Aufgaben zu erledigen. Dadurch kommt es tatsächlich zu einer Verknappung der Ressource Zeit.

Die Ergebnisse der Intervention aufseiten der Bewohnerinnen und Bewohner sind aus mehreren Perspektiven vielversprechend. Der Summenscore der untersuchten Lebensqualität hat sich signifikant um durchschnittlich 2,2 Punkte erhöht. Ähnlich wie bei den Ergebnissen des

⁵⁹ Rohwer et al. 2021.

AVEM zeigen die Antworten der einzelnen Items, dass insbesondere jene Aspekte positiver bewertet wurden, die inhaltlich durch die Bildungsintervention adressiert wurden. Die auf individuelle Ressourcen und Vorlieben fokussierte Biographiearbeit sowie das aktive Einbinden der Bewohnerinnen und Bewohner in den Tagesablauf und in die Erörterung alltäglicher Probleme führten zu einer stärkeren Wahrnehmung von Wertschätzung. Diese Wertschätzung bedingte zugleich eine positive Erwartungshaltung gegenüber Begegnungen mit den Mitarbeitenden sowie sozialen Aktivitäten in der Einrichtung.

Aus den qualitativen Ergebnissen geht hervor, dass die Mitarbeitenden sich bewusst mehr Zeit für eine tiefergehende, wertschätzende und offene Kommunikation sowie Beziehungsgestaltung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern genommen haben. Individuellen Gesprächen wurde gezielt Zeit im Arbeitsablauf eingeräumt. Dies stärkt die Kommunikation als zentrales und effektives Coping-Verhalten, das einerseits das Kohärenzgefühl der Bewohnerinnen und Bewohner erhöht und andererseits ihre Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität fördert⁶⁰. Der Einbezug der Bewohnerinnen und Bewohner trägt zur Aktivierung ihrer vorhandenen Ressourcen bei und stärkt zugleich ihr Personsein im Sinne von Kitwood⁶¹.

Trotz der positiven Ergebnisse unterliegt das Projekt und dessen Evaluation einigen Limitationen. Obwohl die Bildungsintervention einen positiven Einfluss auf die psychische Widerstandskraft der Mitarbeitenden hatte und ganz offensichtlich auch die Bewohnerschaft davon profitierte, können die belastenden Rahmenbedingungen in der professionellen Pflege dadurch nicht kompensiert werden. Dies zeigt sich auch in den diskutierten Ergebnissen des AVEM. Bei aller Widerstandskraft muss berücksichtigt werden, dass diese nicht unbegrenzt wirksam ist.

Ein weiterer Aspekt betrifft den begrenzten Umfang der Intervention. Die teilnehmenden Mitarbeitenden hatten lediglich drei vierstündige Workshops, während die Nutzung und Integration des Onlinematerials in die Eigenverantwortung übergeben wurde. In den qualitativen Interviews wurde deutlich geäußert, dass die Auseinandersetzung mit dem Schulungs- und Übungsmaterial in der persönlichen Freizeit als herausfordernd und teilweise auch als Zumutung wahrgenommen wurde. Es wäre notwendig gewesen, dazu mehr Ressourcen einzuplanen, um die Schulungsinhalte in der Praxis besser implementieren und nachhaltig verankern zu können. Auch eine zentrale Multiplikation der Ansätze von RESI SALUTO innerhalb der Projekteinrichtungen wäre hilfreich gewesen, Lücken zu schließen und Nachhaltigkeit vorzubereiten wie auch zu sichern. Zusätzlich wurde in einigen Einrichtungen die fehlende technische Ausstattung bemängelt, die es Mitarbeitenden erschwerte, sich während der Arbeitszeit mit der Homepage und den Materialien auseinanderzusetzen.

⁶⁰ Zamanian et al. 2021.

⁶¹ Clarke et al. 2019.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt von Seiten der Mitarbeitenden betrifft die Umsetzung der Intervention unter den gegebenen Bedingungen in den Einrichtungen. Insbesondere in Teams mit hohem Personalwechsel und -mangel wurde die Umsetzung als schwierig beschrieben, da es nicht möglich war, eine gemeinsame Wissensbasis zu etablieren oder dauerhaft zu verstetigen. Dies verdeutlicht, dass die Umsetzbarkeit der Methode durch die systemischen und häufig belastenden Herausforderungen der Versorgungsrealität limitiert ist. Gleichzeitig gewinnt RESI SALUTO gerade angesichts dieser Herausforderungen an besonderer Relevanz.

Aufseiten der Bewohnerinnen und Bewohner ist die Anwendbarkeit des Projekts von den kognitiven und verbalen kommunikativen Fähigkeiten der zu Pflegenden abhängig. Zwar erwiesen sich die biografische Orientierung und eine empathische Kommunikation als hilfreich und bedeutend, jedoch ist ab einem bestimmten Grad neuropsychologischer Einschränkungen keine Aktivierung von Ressourcen mehr möglich.

8. Fazit und Abschlusstagung

Das Projekt RESI SALUTO war erfolgreich in seinem Ziel, das Kohärenzgefühl und die Resilienz von Pflegepersonen in der stationären Langzeitpflege sowie darüber mittelbar auch von Bewohnerinnen und Bewohnern zu stärken. Die sorgfältige Konzeption der Schulungsinhalte, die Auswahl an Übungs- und Bildungsmaterialien für die Homepage sowie die durchdachte Planung des Projektverlaufs haben zu einer erfolgreichen Umsetzung beigetragen.

Die Bildungsintervention wurde von den Einrichtungsleitungen als wertvoll und von den Mitarbeitenden als praxisrelevant und praxistauglich eingestuft. Der Einsatz der Bildungsinhalte und der bereitgestellten Materialien wurde von den Bewohnerinnen und Bewohnern positiv aufgenommen und führte in vielen Situationen zu einer Neugestaltung der Beziehungsebene zwischen ihnen und den Pflegenden sowie den sozialen Betreuungsdiensten. Zugleich wurde von Seiten der Projekteinrichtungen der Wunsch nach einer Intensivierung der Möglichkeiten von RESI SALUTO und einer nachhaltigen Verstetigung geäußert.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich insbesondere die psychische Widerstandskraft der Mitarbeitenden signifikant verbessert hat und die Interventionen damit angestrebte Wirkungen entfalten konnten. Gleichzeitig wurde das übergeordnete Ziel erreicht, über die Stärkung der Resilienz der Mitarbeitenden einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner auszuüben. RESI SALUTO wirkte sich so auf die Gesamtheit der Projekteinrichtungen aus, was sich in einer veränderten, positiveren und vertrauensvolleren Atmosphäre während und nach dem Ende der Interventionen manifestierte, von der sowohl die Mitarbeitenden als auch die Bewohnerschaft profitierten.

Die Mitarbeitenden konnten die Schulungsinhalte als wesentliche Bestandteile ihres beruflichen Handelns erkennen und in ihren Arbeitsalltag integrieren. Die Konzepte der Salutogenese und der Resilienz wurden für sie greifbar und sind nicht länger abstrakte Theorien, sondern ein genuiner Teil ihres beruflichen Pflegeverständnisses geworden. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Pflegenden während der Workshops schnell erkannten, dass die Ansätze, Konzepte und Techniken von RESI SALUTO eng mit grundsätzlichen Zielen der professionellen Pflege in der stationären Langzeitpflege verbunden sind. Die Inhalte und vermittelten Kompetenzen wurden somit nicht als etwas Externes oder Fremdes, sondern als etwas Vertrautes wahrgenommen.

Die Umsetzung von RESI SALUTO ist ein nachweislich erfolgreicher Schritt hin zur Etablierung von Resilienzförderung in der stationären Langzeitpflege. Damit darf es jedoch nicht enden, denn die Ergebnisse und Einschätzungen der Teilnehmenden zeigen deutlich, dass eine Weiterentwicklung auf verschiedenen Ebenen mit Blick auf Verstetigung und Nachhaltigkeit sinnvoll und angesichts der vielen bekannten Herausforderungen und Bedrohungen der Gesundheit von Personal und Bewohnerschaft auch geboten und notwendig ist.

Auf der gut besuchten Abschlusstagung zum Ende der Projektlaufzeit im November 2024 in Mainz wurden Hintergründe, Projektdesign und die beeindruckenden Ergebnisse von RESI SALUTO vorgestellt und diskutiert, es wurde auch darüber nachgedacht, wie die Ansätze in die Zukunft getragen werden könnten. Nach der Begrüßung durch den vdek sprachen Sozialministerin Dörte Schall aus Rheinland-Pfalz sowie Gesundheitsminister Dr. Magnus Jung aus dem Saarland ihre Grußworte, die digital übermittelt wurden. Ulrike Pernack, Leiterin der Abteilung Gesundheit in der Zentrale des vdek in Berlin stellte dann die Herausforderungen, Grundlagen und Beispiele erfolgreicher Projektumsetzungen unter dem vdek-Rahmenprogramm „Gesunde Lebenswelten“ gerade mit Blick auf Einrichtungen der stationären Langzeitpflege dar.

In den folgenden Vorträgen stellten Prof. Dr. Frank Weidner, geschäftsführender Gesellschafter der DIP-GmbH und Projektleiter, sowie Dr. Daniel Tucman, Mitglied des DIP-Projektteams, die Grundlagen und das Projektdesign von RESI SALUTO und erstmals die Ergebnisse der Öffentlichkeit vor. Teilgenommen haben an der Abschlusstagung auch einige der Projekteinrichtungen mit Mitarbeitenden, die den Teilnehmenden an der Abschlusstagung aus erster Hand berichten konnten, welche Erfahrungen sie mit RESI SALUTO gemacht haben und wie es um die weitere Umsetzung in der jeweiligen Einrichtung steht.



Abbildung 6: Ulrike Pernack, Leiterin der Abteilung Gesundheit in der Zentrale des vdek in Berlin, beim Vortrag auf der RESI-SALUTO-Abschlusstagung am 27. November 2024 in der Katholischen Hochschule in Mainz (@vdek/ Stefan Sämmmer)

[illegible]

Zur Abschlusstagung wurde eine vielbeachtete Pressemitteilung vom vdek verbreitet. Im Verlauf der folgenden Tage und Wochen wurde deutschlandweit in verschiedenen Medien über RESI SALUTO berichtet, was das öffentliche Interesse an vielversprechenden Ansätzen zur Unterstützung und Entlastung von Pflegenden und Bewohnerinnen wie Bewohnern in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege belegt.

Literaturverzeichnis

- aerzteblatt.de (2024): Mehr Krankheitsausfälle bei Pflegekräften. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 13.05.2024. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151390/Mehr-Krankheitsausfaelle-bei-Pflegekraeften>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft "Qualitätsentwicklung und Good Practice" (2021): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Kriterium "Belege für Wirkungen und Kosten". 4. Auflage. Unter Mitarbeit von Matthias Wentzlaff-Eggebert. Hg. v. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. Online verfügbar unter <https://bzoeg.de/aktuelles-leser/good-practice-kriterien-2021.html?file=files/bzoeg/redaktion/downloads/allgemein/Aktuelles%202021/Brosch%C3%BCre%20Good%20Practice-Kriterien.pdf>, zuletzt geprüft am 08.06.2022.
- Beckmann, Laura Martina (2015): Resilienzförderung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Ein Modell auf dem Prüfstand. Bachelor-Thesis im Studiengang Heilpädagogik. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen - Abteilung Münster - Fachbereich Sozialwesen. Münster.
- Bengel, Jürgen (2001): Was hält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Schrittmacher und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Erw. Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bengel, Jürgen; Lyssenko, Lisa (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/306110405_Resilienz_und_psychologische_Schutzfaktoren_im_Erwachsenenalter, zuletzt geprüft am 05.05.2022.
- Bengel, Jürgen; Lyssenko, Lisa (2016): Resilienz und Schutzfaktoren. Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/>, zuletzt geprüft am 31.03.2022.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS VERlag.
- Bortz, Jürgen; Lienert, Gustav A.; Barskova, Tatjana; Leitner, Konrad; Oesterreich, Rainer (2008): Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. 3., aktualisierte und bearbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Botes, Riaan; Vermeulen, Karin M.; Gerber, Antonie M.; Ranchor, Adelita V.; Buskens, Erik (2018): Functioning and quality of life in Dutch oldest old with diverse levels of dependency. In: *Patient Preference and Adherence* 12, S. 2187–2196. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30410314/>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.
- Bowling, Ann; Hankins, Matthew; Windle, Gill; Bilotta, Claudio; Grant, Robert (2013): A short measure of quality of life in older age. The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQoL-brief). In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 56 (1).
- Brühl, Albert; Reichert, Dorothea (2021): Statistik. Für Pflege, Soziale Arbeit und Humanwissenschaften. Studienkurs Gesundheit und Pflege. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/praevention-in-der-pflege>, zuletzt aktualisiert am 28.09.2023, zuletzt geprüft am 16.11.2023.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF); Kultusministerkonferenz (KMK) (2022): Der DQR. Online verfügbar unter https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/der-dqr_node.html, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Bundestag (24.07.2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Präventionsgesetz - PräVG, vom 17.07.2015. Fundstelle: Bundesgesetzblatt I Nr. 31, S. 1368. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__20.html, zuletzt geprüft am 10.12.2024.
- Clarke, Chris; Wolverson, Emma; Becker, Stefanie; Georg, Jürgen (Hg.) (2019): Positive Demenzpflege. Fähigkeitenorientierte Ansätze Positiver Psychologie und Pflege für Menschen mit Demenz. Aus dem Englischen von Sabine Umlaut-Beck. Hogrefe Verlag. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Dräger, Dagmar; Le, Thi Huyen Trang (2019): Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen. Projektbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin: ZQP. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Abschlussbericht-Resilienz.pdf>, zuletzt geprüft am 05.05.2022.
- Drageset, Jorunn; Nygaard, Harald A.; Eide, Geir Egil; Bondevik, Margareth; Nortvedet, Monica W.; Natvig, Gerd Karin (2008): Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents. a questionnaire study. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 6, Artikel 85. Online verfügbar unter <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-85>, zuletzt geprüft am 20.04.2022.
- Eriksson, Monica (2022): The Concept and its Relationship to Health. In: Mittelmark, Maurice B.; Bauer, Georg F.; Vaandrager, Lenneke; Pelikan, Jürgen M.; Sagy, Shifra; Eriksson, Monica et al. (Hg.): *The Handbook of Salutogenesis*. 2. Auflage. Cham, Switzerland:

Springer, S. 61-68. Online verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-79515-3>, zuletzt geprüft am 16.03.2022.

Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von; Grote, Sven; Sauter, Werner (Hg.) (2017): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Faltenmaier, Toni (2020): Salutogenese. Alphabetisches Verzeichnis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>, zuletzt geprüft am 16.03.2022.

Faulbaum, Frank; Rexroth, Margrit (2023): Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Franke, Alexa (2020): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Nachdruck der 3. überarbeiteten Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Franzkowiak, Peter (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Eigenverlag, S. 776–797.

GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene 2023. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/themen_vertragspartner/Praevention-Gesundheitsfoerderung/leitfaden-praevention/Leitfaden_Praevention_stationaer_2023_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2023.

GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Ausgabe 2021. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/Praevention/gesunde-lebenswelten/_jcr_content/par/publicationelement_803755169/file.res/Leitfaden_Pr%C3%A4vention_2021_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 29.11.2023.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS VERlag.

Grypdonck, Mieke H. F. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. In: *Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft* 9 (2), S. 35–41. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2004-Grypdonck.pdf>.

Haugan, Gørill; Drageset, Jorunn; André, Beate; Kukulu, Kamile; Mugisha, James; Utvær, Britt Karin S. (2020): Assessing quality of life in older adults. Psychometric properties of

- the OPQoL-brief questionnaire in a nursing home population. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 18 (1). Online verfügbar unter <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-019-1245-3>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Hauser, Melanie (2022): Therapie-Tools Wohlbefindenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz.
- Höfler, Martha (2015): Die Förderung der Resilienz Erwachsener. Systematische Identifikation von psychischen Schutzfaktoren und pädagogischen Handlungsansätze für ihre Entwicklung. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor philosophiae (Dr. phil.). Friedrich-Schiller-Universität Jena. Jena.
- Höhmnn, Ulrike; Bartholomeyczik, Sabine (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen. Konzepte statt Rezepte. In: *Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft* 18 (4), S. 293–312. Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-4_2013_PG-4_2006-2016_07_31-09_39_50-UTC.pdf, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2018): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Eigenverlag, S. 227–238.
- Kelle, Uwe (2004): Empirische Sozialforschung zur Evidenzbasierung komplexen sozialen Handelns. Handlungstheoretische und methodologische Grundlagen. In: *Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft* 9 (2), S. 52–58. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2004-Kelle.pdf>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Kelle, Uwe; Newerla, Andrea; Metje, Brigitte (2014): Methodentriangulation und Mixed Methods in der Pflege- und Versorgungsforschung. Konzeptuelle Überlegungen und empirische Erfahrungen. In: *Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft* 19 (4), S. 317–330. Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-1_2013-2016_07_31-09_39_50-UTC.pdf, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Larsen, Christa; Lauxen, Oliver (2024): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Hg. v. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt am Main. Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe; Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung. Mainz. Online verfügbar unter <https://www.branchenmonitoring-gesundheitsfachberufe-rlp.de/fachkraeftesituation/altenpfleger-in/>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- LEO Dictionary Team 2006 - 2024 (2024): Wörterbuch Englisch -> Deutsch. resilience. Hg. v. LEO GmbH. Rechnerbetriebsgruppe der Fakultät für Informatik der Technischen

Universität München. München. Online verfügbar unter <https://dict.leo.org/englisch-deutsch/resilience>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.

- Lewin, Philip; Mähs, Mareike; Wendel, Pascal; Zeptner, Marco; Hildebrandt, Helmug (2024): Pflegende Baby-Boomer im Lichte der Routinedaten. In: Andreas Storm (Hg.): Pflegereport. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege - Beruflich Pflegende im Fokus. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 47), S. 66–90. Online verfügbar unter <https://agp-freiburg.de/downloads/2024/240409-download-e-book-dak-pflegereport-2024.pdf>, zuletzt geprüft am 05.12.2024.
- Lyssenko, Lisa; Bengel, Jürgen (2018): Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Eigenverlag, S. 841–845.
- Lyubomirsky, Sonja (2018): Glücklich sein. Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben. Aus dem Englischen von Dr. Jürgen Neubauer. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Detlef Garz und Klaus Kraimer (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441–471.
- Naylor, Mary D.; Hirschman, Karen B.; Hanlon, Alexandra L.; Abbott, Katherine M.; Bowles, Kathryn H.; Foust, Janice et al. (2016): Factors Associated with Changes in Perceived Quality of Life among Elderly Recipients of Long Term Services and Supports. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (1), S. 44–52. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26412018/>, zuletzt geprüft am 25.04.2022.
- Nissen, Nele (2019): Pflegende stärken! Ein Schulkonzept für die Pflegeausbildung. Masterthesis zur Erlangung des Grades "Master of Arts". Katholische Hochschule NRW, Köln.
- Richter, Dirk; Heckemann, Birgit (2014): Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. Unter Mitarbeit von Franziska Boinay. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen; Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Bern.
- Rohwer, Elisabeth; Mojtahedzadeh, Natascha; Harth, Volker; Mache, Stefanie (2021): Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und*

Ergonomie 71, S. 38–43. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s40664-020-00404-8>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

Schaarschmidt, Uwe; Fischer, Andreas W. (2008): AVEM. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. AVEM (Standardform); AVEM-44 (Kurzform); Manual. 3. Auflage. London, München: Pearson.

Seligman, Martin (2015): Wie wir aufblühen. Die fünf Säulen des persönlichen Wohlbefindens. Aus dem amerikanischen Englisch übersetzt von Stephan Schuhmacher. 9. Auflage; vollständige Taschenbuchausgabe August 2015. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023. 15.11.2023. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html.

Tucman, Daniel (2024): Bayesianische Parameterschätzung. Über die Bedeutung für die Theorieentwicklung in der deutschen Pflegewissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos (Statistik in Sozialer Arbeit, Pflege und Humanwissenschaften, 6).

Walzik, Sebastian (2012): Kompetenzorientiert prüfen. Leistungsbewertung an der Hochschule in Theorie und Praxis. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich/UTB.

Wustmann, Corinna (2011): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim, Basel: Beltz Verlag (Beiträge zur Bildungsqualität).

Zamanian, Hadi; Amini-Tehrani, Mohammadali; Adeli, Aliyeh Mahdavi; Daryaafzoon, Mona; Arsalani, Mahnaz; Enzevaei, Anahita; Farjami, Maryam (2021): Sense of coherence and coping strategies: How the influence quality of life in Iranian women with breast cancer. In: *Nursing Open* 8 (4), S. 1731–1740. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33608988/>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

Zentrum für Wissenschaftsdidaktik der Ruhruniversität Bochum (2012): Kompetenzorientiertes Prüfen (Lehre Laden). Online verfügbar unter <https://lehreladen.rub.de/planung-durchfuehrung-kompetenzorientierter-lehre/kompetenz-pruefen/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.