



# AGP

**Sozialforschung**  
Social Research

---

Gewalt in Pflegeeinrichtungen:  
Maßnahmen zur Prävention und Intervention

Eine Literaturübersicht

---

---

Oktober 2020





**Auftraggeber:**

Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Pflegekräfte sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von folgenden gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern:

- AOK Bayern
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- KNAPPSCHAFT
- Ersatzkassen (vdek)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

**Auftragnehmer:**

AGP Sozialforschung

im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e.V.

an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Bugginger Str. 38

79114 Freiburg

**Verfasser:**

Dr. Dzenana Pupic

**Kontakt:**

T: 0761-47812-696

E: [info@agp-freiburg.de](mailto:info@agp-freiburg.de)

H: [www.agp-freiburg.de](http://www.agp-freiburg.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Methodik</b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>Kultur und Führung: Maßnahmen auf der Leitungsebene</b> .....	<b>22</b>
4.1.1	Gelebtes Menschenbild.....	23
4.1.2	Führungskräfte: Hauptverantwortlich für Gewaltprävention.....	24
4.1.3	Fehlerkultur.....	27
4.1.4	Kommunikations- und Konfliktkultur.....	28
4.1.5	Organisationsethik.....	29
4.1.6	Safewards .....	30
<b>4.2</b>	<b>Menschen und Einrichtung: Maßnahmen auf der Organisationsebene</b> <b>31</b>	
4.2.1	Strukturelle Gewalt gegen Mitarbeitende .....	33
4.2.1.1	Gefahrenanalyse und -beurteilung.....	34
4.2.1.2	Gesundheitsförderung und Bewusstseinsbildung .....	34
4.2.1.3	Organisation der Arbeitsabläufe .....	36
4.2.1.4	Personalentwicklung.....	39
4.2.2	Strukturelle Gewalt gegen Bewohner*innen .....	42
4.2.2.1	Pflegeabläufe und Tagesstruktur .....	43
4.2.2.2	Unterbringung und Privatsphäre .....	45
4.2.2.3	Arbeitsbedingungen und Personal.....	46
4.2.2.4	Dokumentation und Pflegequalität.....	47

4.2.2.5	Machtmissbrauch in Pflegeeinrichtungen .....	48
4.2.3	Personelle Gewalt gegen Mitarbeitende .....	49
4.2.3.1	Gefahren- und Risikobeurteilung .....	51
4.2.3.2	Technische und organisatorische Maßnahmen .....	52
4.2.3.3	Umgang mit gewalttätigen Bewohner*innen.....	55
4.2.3.4	Nachsorgemaßnahmen .....	59
4.2.3.5	Studien zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende .....	61
4.2.4	Personelle Gewalt gegen Bewohner*innen .....	67
4.2.4.1	Erkennung und Dokumentation.....	68
4.2.4.2	Wissen und Fähigkeiten .....	69
4.2.4.3	Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung.....	70
4.2.4.4	Kommunikation.....	71
<b>4.3</b>	<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen .....</b>	<b>73</b>
4.3.1	Studien zur Reduktion von FEM .....	74
4.3.2	Weitere Ansätze zur Reduktion von FEM .....	79
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerung .....</b>	<b>82</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>Anhang: Übersicht eingeschlossener Publikationen .....</b>	<b>101</b>

# Abkürzungsverzeichnis

BAUA.....	<i>Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin</i>
BGF .....	<i>Institut für betriebliche Gesundheitsförderung</i>
BGW .....	<i>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege</i>
FEM.....	<i>Freiheitsentziehende Maßnahmen</i>
ICN.....	<i>International Council of Nurses</i>
WHO .....	<i>World Health Organization</i>
ZQP.....	<i>Zentrum für Qualität in der Pflege</i>

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gewalt gegen Bewohner*innen, Schlüsselwörter Englisch .....	18
Tabelle 2: Gewalt gegen Bewohner*innen, Schlüsselwörter Deutsch .....	19
Tabelle 3: Gewalt gegen Mitarbeitende, Schlüsselwörter Englisch.....	20
Tabelle 4: Gewalt gegen Mitarbeitende, Schlüsselwörter Deutsch.....	21
Tabelle 5: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen.....	63
Tabelle 6: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in psychiatrischen Abteilungen .....	64
Tabelle 7: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in Krankenhäusern.....	65
Tabelle 8: Maßnahmen zur Verhinderung von FEM in Pflegeeinrichtungen.....	76
Tabelle 9: Maßnahmen zur Verhinderung von FEM, psychiatrische Abteilungen und Krankenhaus.....	77



# 1 Einleitung

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der Literaturrecherche, welche als Teil des Projekts „Prävention von Gewalt in der vollstationären Pflege Bayerns“ durchgeführt wurde. Das Ziel der Literaturrecherche war es die in den nationalen und internationalen Publikationen enthaltenen Wissensbestände zum Thema der Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen in kompakter Form zusammen zu tragen und für das Projekt nutzbar zu machen.

Das Projekt<sup>1</sup>, das seitens AGP Sozialforschung Freiburg, Hans-Weinberger Akademie München und Hochschule München seit Anfang 2020 durchgeführt wird, ermöglicht teilnehmenden Pflegeeinrichtungen eigene Gewalterfahrungen zu analysieren und Maßnahmen zusammen zu stellen, die gegen diese wirken sollen. Dabei wird das Projekt thematisch in zwei Projektteile gegliedert. Zum einen richtet sich das Projekt gegen Gewalt an Mitarbeitenden: strukturelle Gewalt, die durch einrichtungsinterne und -externe Rahmenbedingungen hervorgerufen und personelle Gewalt, die seitens der Bewohner\*innen ausgeübt wird. Zum anderen liegt der Fokus des Projekts auf der Gewalt an Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen. Auch hier wird zwischen struktureller und personeller Gewalt unterschieden, wobei die personelle Gewalt von Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen ausgeht. Die Verknüpfung dieser beiden Perspektiven ermöglicht es Gewalt in den Pflegeeinrichtungen als komplexes Phänomen zu begreifen und Möglichkeiten der Prävention besser zu beleuchten.

Die diesem Bericht vorangegangene Literaturrecherche verfolgte eine ähnliche Strategie. Ansätze und Maßnahmen, die sich gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen richten, wurden einerseits bezugnehmend auf Gewalt gegen Mitarbeitende und andererseits auf Gewalt gegen Bewohner\*innen gesucht. Hierbei wurde deutlich, dass die häufigsten Ansätze und Maßnahmen auf zwei Einrichtungsebenen zu finden sind. Auf der Leitungsebene sind die Führungskräfte für eine gewaltfreie und

---

<sup>1</sup> Siehe dazu auch die Projekt-Webseite: <https://gesund-gewaltfrei.bayern/>

gesundheitsfördernde Kultur verantwortlich. Das gelebte Menschenbild, bestehende Fehler-, Kommunikations- und Konfliktkultur und die Organisationsethik sind Wirkungsfelder, in denen Führungskräfte Maßnahmen gegen Gewalt in der ganzen Einrichtung umsetzen können. Auf der Organisationsebene können Abläufe und Prozesse so gestaltet werden, dass sie Gewaltvorfälle verhindern oder bei und nach Gewaltvorfällen eingreifen.

Der hier gewählte Gewaltbegriff ist weitläufig. Gewalt wird als subjektives Phänomen verstanden, das direkt durch offensichtliches aggressives oder zerstörerisches Handeln oder indirekt durch unterlassene Handlungen oder über strukturelle Faktoren entstehen kann. Dementsprechend können Maßnahmen, die sich gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen richten, direkt oder indirekt ihre Wirkung entfalten. So können beispielsweise Deeskalationstechniken direkt bei drohender oder tatsächlicher Gewalt angewendet werden, während gesundheitsfördernde Maßnahmen beispielsweise auf Stressreduktion von Mitarbeitenden abzielen und so indirekt das Gewaltpotential verringern.

Der vorliegende Bericht macht deutlich, dass Maßnahmen zur Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen vielzählig und vielfältig sind. Sie reichen von Maßnahmen zur Gefahrenanalyse und -beurteilung, Gesundheitsförderung, besseren Kommunikation und Deeskalation, würdevollen Pflege, Verbesserung der pflegerischen Abläufe bis zum Schutz vor direkten gewalttätigen Angriffen. Er macht gleichzeitig deutlich, dass bisher leider wenig darüber erforscht ist, ob und wie erfolgreich diese Maßnahmen Gewalt in Pflegeeinrichtungen verhindern. Daher beruht die Entscheidung der Einrichtungen Maßnahmen gegen Gewalt anzuwenden eher auf ihrer Erkenntnis der Vielfältigkeit der Gewaltvorkommnisse und eigenen Möglichkeiten innerhalb vorgegebener wirtschaftlicher und struktureller Beschränkungen. Das Wissen um diese Umstände ermöglicht es den Einrichtungen eigene Gewaltvorkommnisse unter die Lupe zu nehmen und Gewalt in einem Learning-By-Doing-Prozess zu bekämpfen.

## 2 Hintergrund

Gewalt in Pflegeeinrichtungen ist ein ernstes aber noch relativ wenig erforschtes Phänomen (Meyer und Abraham 2013, S. 6). Altersdiskriminierung, eingeschränkte und auf Sensationalismus reduzierte öffentliche Thematisierung aber auch die Komplexität und Vielfältigkeit der Beteiligten, der Gewaltformen und ihrer Ursachen und Folgen erschweren den Umgang mit diesem Thema. Gleichzeitig wird die Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen immer wichtiger. Die steigenden Bevölkerungszahlen, ein immer höherer Anteil an älteren Personen in der Gesamtbevölkerung und der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung erhöhen den Druck auf Einrichtungen, in denen ältere und pflegebedürftige Personen gepflegt werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2020). Dabei muss der Blick auch auf die Personen gerichtet werden, die ältere und pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen pflegen. Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen sind nicht nur mit immer größeren Arbeitsbelastungen konfrontiert, welche gesundheitsgefährdende Folgen haben können; sie können auch selbst Opfer von direkter Gewalt seitens der Bewohner\*innen werden. Um das Problem erfassen zu können, sollten daher beide Perspektiven eingenommen und seine Wichtigkeit auf juristischer, gesundheitlicher, menschenrechtlicher und gesellschaftlicher Ebene hervorgehoben werden (Shankardass 2020, S. 3).

### ***Gewalt gegen Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen***

Da es keine einheitliche Definition der Gewalt gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen im Kontext der Langzeitpflege gibt (Meyer und Abraham 2013, S. 7; Kamavarapu et al. 2017, S. 46), wird hier auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gewalt gegen ältere Menschen (elder abuse) zurückgegriffen:

*„Elder abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person.“ (World Health Organization (WHO) 2002)*

Diese Definition unterstreicht den vielfältigen und weiten Begriff der Gewalt, der auch nicht gesetzte Handlungen (wie etwa bei Vernachlässigung) und den wichtigen Aspekt der (pflegerischen) Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten umfasst. Weitere Definitionen von „elder abuse“ findet man in Castle et al. (2015).

Gewalt gegen pflegebedürftige Personen wird häufig in folgende Kategorien unterteilt (Görge et al. 2007; Castle et al. 2015; World Health Organization (WHO) 2002): physische Gewalt, emotionale und psychische Gewalt (inkludiert verbale Gewalt), finanzielle oder materielle Ausbeutung, sexueller Missbrauch, pflegerische Vernachlässigung und Medikamentenmissbrauch. Eine besondere Form von Gewalt in Einrichtungen stellt die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) dar (Meyer und Abraham 2013, S. 11).

Unter physischer Gewalt versteht man jegliche Gewalthandlungen, die in die körperliche Integrität eines Menschen eingreifen, wie beispielsweise Schlagen, Treten, Kratzen oder mechanisch Fixieren. Emotionale und psychische Gewalt umfassen Gewalthandlungen, die die psychische Gesundheit einer Person schädigen, wie beispielsweise verbale Angriffe, Beleidigungen und Demütigung, Androhung von Gewalt, Bestrafung, Manipulation etc. Finanzielle oder materielle Ausbeutung bezieht sich auf das unbefugte Verfügen über finanzielle Mittel oder sonstige Wertgegenstände pflegebedürftiger Menschen aber auch beispielsweise Nötigung zur Überschreibung von Wertgegenständen. Unter sexuellem Missbrauch versteht man alle sexuellen Handlungen, die gegen den Willen der pflegebedürftigen Person gesetzt werden, aber auch die Missachtung der Privatsphäre oder sexuelle Andeutungen. Pflegerische Vernachlässigung umfasst jegliche Form von unterlassenen Pflegehandlungen wie beispielsweise schlechte Hygiene, mangelnde

medizinische Versorgung oder Unterlassung von Alltagshilfen (Meyer und Abraham 2013, S. 8; Görge et al. 2007). Viele Gewalthandlungen können zu mehrere Gewaltkategorien zugeordnet werden. So können beispielsweise mechanische Fixierungen als physische und psychische Gewalt, auf Grund der physischen Freiheitseinschränkung aber auch aus ihrer folgenden Traumatisierung, verstanden werden.

Gewalt an Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen kann auch aus einer Vielzahl von strukturellen Faktoren resultieren. Zu diesen Faktoren zählen einrichtungsinterne Vorgaben und Abläufe, wie die Hausordnung oder Tagesstrukturen, aber auch einrichtungsexterne Rahmenbedingungen wie Vorgaben der Kontrollorgane. Wenn Freiheit, Selbstbestimmtheit und Würde der Bewohner\*innen negativ beeinflusst werden oder wenn Mitarbeitende aufgrund struktureller Faktoren (beispielsweise Stress aufgrund Personalmangel) gewalttätig werden, sprechen wir von struktureller Gewalt (Staudhammer 2018, S. 12).

Wie oft Gewalt gegen Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen vorkommt, ist schwer einschätzbar und die Aussagekraft der verfügbaren Daten nur mittelmäßig (McDonald 2020, S. 13–16). Es herrscht keine Einigkeit darüber, was der Begriff Gewalt umfassen soll und wie die Häufigkeitsdaten erhoben werden sollten. Oft wird aufgrund kognitiver oder krankheitsbedingter Einschränkungen von Pflegebedürftigen auf Befragungen von Pflegepersonal, Pflegeeinrichtungen, zuständigen Heimaufsichten oder Angehörigen zurückgegriffen (Görge 2017, S. 11). Da die Gewalt oft vom Pflegepersonal und/oder der Einrichtungen ausgeht, ist es denkbar, dass so gewonnene Daten entweder die Häufigkeit der Gewaltvorfälle unterschätzen oder von gewissen Gewaltvorfälle gar nicht berichtet wird (beispielsweise sexuelle Gewalt).

So berichtet eine Studie aus Irland (Drennan et al. 2012), welche in 64 Pflegeeinrichtungen 1.300 Pflegefachkräfte und Pflegehelfer\*innen über Gewaltvorfälle befragte, dass lediglich 0,7 % der Befragten unangemessene sexuelle Handlungen im letzten Jahr beobachteten und nur 0,2 % selber solche Handlungen

setzten. Andere Gewaltarten wurden viel häufiger beobachtet bzw. gesetzt. Vernachlässigung wurde seitens 57 % der Befragten beobachtet und 27 % waren selber an Vernachlässigungshandlungen beteiligt. Physische Gewalt, welche sich am häufigsten in FEM, schupsen, grob anfassen und zwicken äußerte, wurde seitens 12 % der Befragten beobachtet und 3 % der Befragten waren selbst an ihr beteiligt. 27 % der Befragten beobachtete Fälle von psychischer Gewalt und 8 % gaben zu, selber zu dieser Form von Gewalt zurückgegriffen zu haben. Die häufigsten Arten von psychischer Gewalt waren Anschreien, Beleidigen, Beschimpfen und Isolieren. Entwendung von Wertgegenständen wurde seitens 1,2 % der Befragten beobachtet und 0,7 % der Befragten waren selber daran beteiligt.

Weitere Häufigkeitseinschätzungen und Risikofaktoren in Bezug auf Gewalt gegen Bewohner\*innen werden in den entsprechenden Unterkapiteln über strukturelle und personelle Gewalt präsentiert.

### ***Gewalt gegen Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen***

Gewalthandlungen gegenüber Mitarbeitenden<sup>2</sup> von Pflegeeinrichtungen werden in der Literatur oft als aggressives oder problematisches Verhalten dargestellt (Enmarker et al. 2011, S. 154). Das letztere wird oft als weniger intensiv angesehen; dennoch ist die Grenze zwischen Aggression und Gewalt nicht klar definiert (Zeh et al. 2009, S. 450). International Council of Nurses (ICN) definiert Aggression, sexuelle Belästigung und Gewalt wie folgt:

*„Aggression ist ein demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt. Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, nicht*

---

<sup>2</sup> Der Begriff Mitarbeitende umfasst in diesem Bericht alle Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen unabhängig davon, ob sie direkt oder indirekt in der Pflege beschäftigt sind. Obwohl Pflegepersonen mit direktem Kontakt zu Bewohner\*innen einem höheren Risiko ausgehend von personeller Gewalt ausgesetzt sein können, kann die strukturelle Gewalt auch die Mitarbeitenden betreffen, die indirekt mit der Pflege zu tun haben.

*erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, das sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt. Gewalt ist ein destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen.“*  
(International Council of Nurses (ICN) 2001, S. 13)

Die häufigsten Gewalthandlungen gegenüber Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen seitens der Bewohner\*innen sind physische und psychische Gewalt. (Martinez 2016, S. 32). Physische Gewalthandlungen umfassen meistens kratzen, beißen, an den Haaren ziehen, anspucken etc. Psychische Gewalt inkludiert Beschimpfungen, Herumkommandieren, Manipulieren, Erpressen u. Ä. Sexuelle Gewalthandlungen schließen unter anderem obszöne Gesten, Anfassen von eigenen oder fremden Intimkörperteilen und sexuelle Andeutungen ein. Auch Widerstand gegen die Pflege in Form von Ausspucken von Medikamenten oder Essen zählt zu Gewalthandlungen gegen Mitarbeitenden (Arens, et al. 2017; Tak et al. 2010).

Ähnlich wie bei der Gewalt gegen Bewohner\*innen kann die Gewalt gegenüber Mitarbeitenden indirekt als Folge von strukturellen Faktoren entstehen. Dazu zählen einrichtungsinterne Vorgaben und Abläufe, wie etwa starre Dienstpläne und Arbeitszeiten, aber auch einrichtungsexterne Rahmenbedingungen, wie etwa Gesetze oder der Personalmangel in der ganzen Branche (Staudhammer 2018, S. 12). Zur strukturellen Gewalt kommt es, wenn Mitarbeitende bei den täglichen Aufgaben soweit eingeschränkt werden, dass für ihr Leben und ihre Gesundheit negative Folgen entstehen (beispielsweise private Probleme oder Burnout).

Die strukturelle Gewalt gegenüber Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen kann näherungsweise über die Erfassung von Fachkräftemangel, Fehlzeiten, Krankheitsdauer und -schwere, Kündigungsgründen, arbeitsplatzbezogenen Belastungen etc. eingeschätzt werden (Isfort et al. 2018, S. 64–68). Die Erfassung von Gewaltvorfällen, die von Bewohner\*innen ausgehen, wird meistens durch Befragungen von Pflegekräften unter Verwendung verschiedener Skalen und verschiedener Studiendesigns durchgeführt (Zeh et al. 2009, S. 450). Dies ist wahrscheinlich auch der Grund, warum sich die vorgefundenen Gewalthäufigkeiten

deutlich untereinander unterscheiden. So findet eine systematische Literaturübersicht von Zeller et al. (2012), dass Gewaltvorfälle zwischen 1,2 mal täglich und 1-4 mal pro Jahr stattgefunden haben. Die häufigsten Gewalthandlungen waren physischer und psychischer Natur (S. 177).

Weitere Häufigkeitseinschätzungen und Risikofaktoren in Bezug auf Gewalt gegen Mitarbeitende können den entsprechenden Unterkapiteln über strukturelle und personelle Gewalt gegen Mitarbeitende entnommen werden.

### ***Maßnahmen gegen Gewalt***

Der vorliegende Bericht präsentiert die in der Literatur vorgestellten Maßnahmen gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Unter *Präventionsmaßnahmen* werden alle Handlungen verstanden, die vor dem Eintritt der Gewalt zu ihrer Verhinderung gesetzt werden. Beispiele sind die Umsetzung einer positiven und wertschätzenden Sprache in der gesamten Einrichtung oder das Empowerment von Bewohner\*innen oder Mitarbeitenden. Unter *Interventionsmaßnahmen* werden Handlungen verstanden, die während eines Gewaltvorfalls zu seiner Abmilderung oder Verteidigung der Opfer gesetzt werden. Beispiele hierfür sind Selbstverteidigung oder Verteidigung von anderen Personen oder die Anwendung von Deeskalationstechniken. *Nachsorgemaßnahmen* werden nach Gewaltvorfällen gesetzt und dienen hauptsächlich der Abmilderung von Gewaltfolgen. Alle drei Maßnahmenarten werden in diesem Bericht kurz als „Maßnahmen“ bezeichnet.

Die in der Literatur vorhandenen Maßnahmen gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen sind – sowie entsprechende Gewaltformen und ihre Ursachen – vielzählig und vielfältig. Sie reichen von größeren auf theoretischen Modellen basierenden Mehrkomponentenprogrammen bis hin zu kleineren Einzelmaßnahmen. Die meisten hier dargestellten Maßnahmen wurden nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft. Wo dies aber der Fall war, wurde der Versuch unternommen, diese kurz zu beschreiben. Mehrere wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüfen,

wurden in den Bereichen der personellen Gewalt gegenüber Mitarbeitenden und FEM gefunden. Diese wurden gesondert beschrieben.

Maßnahmen gegen strukturelle und personelle Gewalt wurden, jeweils gegen Mitarbeitende und Bewohner\*innen, getrennt dargestellt. Dies soll keineswegs bedeuten, dass es sich hier um gänzlich getrennte Phänomene handelt. Beide Gewaltformen können gleichzeitig auftreten, ineinander greifen und einander verursachen. Auch Maßnahmen gegen eine Gewaltform können gegen die andere wirken. Die getrennte Darstellung dient der Vereinfachung der vielzähligen in der Literatur vorgeschlagenen Maßnahmen gegen Gewalt und soll die Unterschiede zwischen den Gewaltformen hervorheben.

### 3 Methodik

Die diesem Bericht vorangegangene Literaturrecherche wurde in zwei thematische Felder aufgeteilt. Zum einen wurde nach Maßnahmen aus dem Bereich der Gewalt gegen Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen gesucht. Zum anderen bezog sich die Suche auf die Maßnahmen gegen Gewalt, die sich gegen Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen richtet. Die Literaturrecherche bestand aus Datenbank- und Freihandsuchen, so wie weiteren Methoden zur Findung von Publikationen, wie z. B. Snowballing. Die Datenbanksuche wurde auf den Zeitraum 2010-2020 beschränkt. Bei der Freihandsuche wurde bei Notwendigkeit auch auf Literatur älteren Datums zurück gegriffen. Die eingeschlossene Literatur beschränkte sich nicht nur auf wissenschaftliche Wirksamkeitsstudien oder Übersichtsarbeiten sondern beinhaltete jegliche Art von Publikationen, die sich mit diesen zwei Themen befassen, wie Berichte diverser Organisationen, Fachbücher, Masterarbeiten und Dissertationen, Online-Inhalte und andere Publikationen.

#### ***Suchstrategie zum Thema Gewalt gegen Bewohner\*innen***

Die Datenbankrecherche erfolgte in der Zeit vom 2. bis 6. März 2020 unter Verwendung von Datenbanken Medline via PubMed, Cochrane, SoLit, GeroLit, SAGEjournals, Science Direct, Google Scholar, Johanna Briggs Institute EBP Database und EBSCOhost e-books. In den Datenbanken SAGEjournals und Google Scholar wurden nur die ersten hundert Titel durchgesehen.

Jegliche Arten von Publikationen mit dem Fokus auf Gewalt seitens der Mitarbeitenden oder auf strukturelle Gewalt gegen Bewohner\*innen wurden eingeschlossen. Der Begriff Gewalt umfasste Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Unterlassung, Ausbeutung, Bevormundung, FEM, Entwürdigung, Einschüchterung, Zwang, Machtmissbrauch, Bestrafung, Bedrohung etc. Der zweite Fokus der Publikationen lag auf Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt. Inkludiert wurden Publikationen auf Englisch oder Deutsch.

Ausgeschlossen wurden Publikationen mit dem Thema Gewalt unter den Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen oder Gewalt gegen Bewohner\*innen seitens ihrer Angehörigen. Auch Publikationen, die sich mit Gewalt außerhalb von Langzeitpflege oder gegen Nichterwachsene befassten - beispielsweise in der häuslichen oder ambulanten Pflege oder in Kinder- und Jugendheimen - wurden ausgeschlossen. Gegen sich selbst gerichtete Gewaltarten wie Selbstverletzungen, Selbstverwahrlosung, Selbstmord etc. wurden hier nicht berücksichtigt. Publikationen, die sich ausschließlich mit Prävalenz oder Risikofaktoren befassten wurden teilweise gelesen und einige von ihnen werden in diesem Bericht erwähnt. Die meisten von ihnen enthielten allerdings keine Maßnahmen gegen Gewalt.

Schlüsselwörter für die Datenbanksuche wurden aus Begriffen gebildet, welche für die vier Kategorien Opfer, Setting, Gewalt und Maßnahmen stellvertretend sind. Tabelle 1 und Tabelle 2 geben eine Übersicht aller nach diesen Kategorien eingeteilten und verwendeten Begriffe in beiden Sprachen Englisch und Deutsch. Die Begriffe wurden unter Verwendung entsprechender Boolescher Operatoren und Trunkierungen kombiniert.

**Tabelle 1: Gewalt gegen Bewohner\*innen, Schlüsselwörter Englisch**

<b>Opfer</b>	<b>Setting</b>	<b>Gewalt</b>	<b>Maßnahme</b>
elder, old, disabled, needy, resident, dweller, dementia	residential facility, nursing home, care home, long-term care	violence, harassment, abuse, mistreatment, maltreatment, neglect, exploitation, elder-speak, restraint, punishment	intervention, prevention, best-practice, policy, measure, strategy, therapy, treatment, program, training, workshop

**Tabelle 2: Gewalt gegen Bewohner\*innen, Schlüsselwörter Deutsch**

<b>Opfer</b>	<b>Setting</b>	<b>Gewalt</b>	<b>Maßnahme</b>
alt, älter, pflegebedürftig, Bewohner, Demenz	Pflegeheim, Pflegeeinrichtung, Langzeitpflege, stationär, Pflege	Gewalt, Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Unterlassung, Bevormundung, Freiheitsentzug, Fixierung, Entwürdigung, Zwang, Bestrafung	Maßnahme, Intervention, Prävention, Best- Practice, Programm, Schulung, Training, Workshop

Aufgrund der Datenbankrecherche wurden 1.181 Publikationen ausgewertet. Nach der Durchsicht der Überschriften und Abstracts wurden eventuell brauchbare Publikationen aussortiert und ganz oder teilweise gelesen. Unter der Verwendung von Snowballing wurden weitere Publikationen gefunden und durchgesehen. Hinweise auf Maßnahmen wurden aufgenommen und mittels einer Freihandsuche in Google gesucht.

### ***Suchstrategie zum Thema Gewalt gegen Mitarbeitende***

Die Datenbankrecherche erfolgte in der Zeit vom 4. bis 8. Mai 2020 unter Verwendung von Datenbanken Medline via PubMed, SoLit, Gerolit, SAGEjournals, Science Direct, Google Scholar und EBSCOhost e-books. In den Datenbanken SAGEjournals und Google Scholar wurden nur die ersten hundert Titel durchgesehen.

Publikationen mit dem Fokus auf Gewalt gegen Mitarbeitende seitens der Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen oder strukturelle Gewalt gegen Mitarbeitende wurden eingeschlossen. Der Begriff Gewalt umfasste neben physischer

und psychischer Gewalt auch Aggression (verbunden mit Demenz oder anderen Krankheiten), Drohungen, herausforderndes Verhalten, Gewalt gegen Objekte, Pflegeverweigerung etc. und Gewalt, die durch strukturelle Faktoren verursacht wurde. Publikationen mussten Maßnahmen gegen Gewalt an Mitarbeitenden thematisieren und auf Deutsch oder Englisch verfasst worden sein, um eingeschlossen zu werden.

Ausgeschlossen wurden Publikationen, die Gewalt unter Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen oder seitens der Angehörigen von Bewohner\*innen thematisieren. Auch Publikationen, die sich auf Gewalt gegen Mitarbeitende außerhalb der Langzeitpflege bezogen, wurden nicht berücksichtigt. Publikationen, die sich ausschließlich mit Prävalenz oder Risikofaktoren befassten wurden teilweise gelesen und einige von ihnen werden in diesem Bericht erwähnt.

Schlüsselwörter für die Datenbanksuche wurden wieder aus Begriffen gebildet, welche für die vier Kategorien Opfer, Setting, Gewalt und Maßnahmen stellvertretend sind. Tabelle 3 und Tabelle 4 geben eine Übersicht aller verwendeten Begriffe in beiden Sprachen Englisch und Deutsch. Die Schlüsselwörter wurden unter Verwendung entsprechender Boolescher Operatoren und Trunkierungen kombiniert.

**Tabelle 3: Gewalt gegen Mitarbeitende, Schlüsselwörter Englisch**

<b>Opfer</b>	<b>Setting</b>	<b>Gewalt</b>	<b>Maßnahme</b>
nurse, caregiver, staff, nursing assistant	residential facility, nursing home, care home, long-term care, workplace	violence, harassment, aggression, verbal, physical, challenging behavior	intervention, prevention, best-practice, policy, measure, strategy, therapy, treatment, program, training, de-escalation, safewards, risk assessment

**Tabelle 4: Gewalt gegen Mitarbeitende, Schlüsselwörter Deutsch**

<b>Opfer</b>	<b>Setting</b>	<b>Gewalt</b>	<b>Maßnahme</b>
Pflegekraft, Pflegepersonal, Pflegernde, Mitarbeiter, Mitarbeitender, Pfleger	Pflegeheim, Pflegeeinrichtung, Langzeitpflege, stationär, Pflege, Arbeitsplatz	Gewalt, Aggression, verbal, physisch, Drohung, Pflegeverweigerung, herausforderndes Verhalten	Maßnahme, Intervention, Prävention, Best-Practice, Training, Schulung, Programm, Deeskalation

Aufgrund der Datenbankrecherche wurden 447 Publikationen ausgewertet. Nach der Durchsicht der Überschriften und Abstracts wurden eventuell brauchbare Publikationen aussortiert und gelesen. Unter der Verwendung von Snowballing wurden weitere Publikationen gefunden und durchgesehen. Hinweise auf Maßnahmen wurden aufgenommen und mittels einer Freihandsuche auf Google gesucht.

Aufgrund von zeitlichen Einschränkungen wurden in der Literaturrecherche bestehende Projekte gegen Gewalt sowie Good-Practice-Beispiele aus Pflegeeinrichtungen nicht berücksichtigt. Auch Themen wie strategisches Verhalten von Mitarbeitenden in Umgang mit Gewalt oder Maßnahmen gegen Gewalt aus anderen Einrichtungen wie Kinder- und Jugendheimen, Gefängnissen, Sportvereinen, Kirchen etc. konnten nicht eingeschlossen werden.

## 4 Ergebnisse

Die oben beschriebene Literaturrecherche ergab 107 Publikationen, aus denen Maßnahmen zur Prävention und Intervention bei Gewalt ausgewählt und hier überblicksartig zusammengetragen wurden. Die Publikationen umfassen 63 Zeitschriftenaufsätze, 29 Publikationen, die zur grauen Literatur klassifiziert wurden, 10 Bücher oder Beiträge aus Büchern und 5 Online-Inhalte. Bei der grauen Literatur handelt es sich hauptsächlich um Forschungsberichte oder Handlungsempfehlungen diverser Organisationen (beispielsweise der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege). Eine Übersicht aller 106 Publikationen befindet sich im Anhang.

In folgenden zwei Unterkapiteln wird zwischen Maßnahmen auf der Leitungsebene und Maßnahmen auf der Organisationsebene unterschieden. Die Maßnahmen auf der Organisationsebene werden zusätzlich nach Gewaltform (strukturelle und personelle Gewalt) und Gewaltopfer (Bewohner\*innen und Mitarbeitende) unterteilt. Im dritten Unterkapitel werden schließlich Maßnahmen vorgestellt, die sich gegen Freiheitsentzug in Pflegeeinrichtungen richten.

### 4.1 Kultur und Führung: Maßnahmen auf der Leitungsebene

Gewaltprävention in den Pflegeeinrichtungen beginnt mit der gelebten Kultur, Einstellungen und Werthaltungen. Wie werden die Bewohner und Bewohnerinnen gesehen und wie wird mit ihnen kommuniziert? Werden Wirtschaftlichkeit und Profit vor die Autonomie und Freiheit der pflegebedürftigen Menschen gestellt? Wie behandelt man Mitarbeitende und wie wird mit ihren Wünschen und Bedürfnissen umgegangen? Wie reagiert man auf Fehler und werden Professionalität und Kompetenz vorausgesetzt? Wird man als Mitarbeitender oder Mitarbeitende ermutigt eigenes Handeln aus verschiedenen Gesichtspunkten zu reflektieren und sich mit

anderen auszutauschen? Die Antworten auf diese Fragen können Auskunft über Gewaltpotenziale in Pflegeeinrichtungen geben und Präventionsmöglichkeiten auf der Leitungsebene beleuchten.

#### **4.1.1 Gelebtes Menschenbild**

Viele Pflegeeinrichtungen richten ihr Handeln nach einem humanistischen Menschenbild aus, bei dem der Mensch als eine Einheit von Körper, Seele und Geist gesehen wird. Demnach strebt der Mensch nach Sinnorientierung, Autonomie, Freiheit und Selbstverwirklichung. Diese Ausrichtung der Pflegeeinrichtungen wird oft durch strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen - wie Fachkräftemangel oder Qualitätssicherungsvorgaben - meist negativ beeinflusst und so indirekt Gewalt gegen Bewohner\*innen und Mitarbeitende ausgeübt. Um Gewaltpotenziale aus den Konflikten zwischen dem Menschenbild der Einrichtung und strukturellen Vorgaben zu minimieren, dürfen solche Menschenbilder nicht nur angenommen sondern in den Pflegeeinrichtungen gelebt werden. Nach Martina Staudhammer (2018) sollten Einrichtungen zu diesem Zweck positive und wertschätzende Kultur vorleben und mit Mitarbeitenden ein gemeinsames Menschenbild ausarbeiten. Standards sollen an Selbstbestimmung und Würde angepasst und die pflegerischen Maßnahmen entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner\*innen geplant und ausgeführt werden. Den Mitarbeitenden soll die Gelegenheit gegeben werden, sich mit ethischen Fragen und der eigenen inneren Haltung auseinanderzusetzen. Hierfür eignen sich beispielsweise Einzel- oder Team-Supervisionen, Wochen- und Teambesprechungen etc. (Mayrhofer et al. 2019, S. 28).

Die Bestrebungen der Einrichtung ein gewaltfreier Ort für Mitarbeitende und Bewohner\*innen zu sein, sollen im Einrichtungsleitbild festgehalten werden. Diese könnte Folgendes beinhalten: Null-Toleranz gegenüber Gewalt jeglicher Art und Angaben darüber, wie man diese durchsetzen will; Bekenntnis zum Schutz und Betreuung von Bewohner\*innen und Mitarbeitenden; Umgang mit Gewalt durch

Dokumentation oder eventuelle Verfolgung von Gewalttäter\*innen etc. Diese sollten im besten Fall mit Mitarbeitenden und Bewohner\*innen besprochen und mitgestaltet werden (Mayrhofer et al. 2019, S. 410). Bei einer Null-Toleranz-Politik der Einrichtung sollte darauf geachtet werden, dass die Politik flexibel bleibt und dass es eine kritische Auseinandersetzung mit ihr gibt. Die Frage, wie mit Bewohner\*innen umgegangen wird, die beispielsweise auf Grund ihrer Krankheit oder Beeinträchtigung gewalttätig werden, muss geklärt sein (Nova Scotia Health Research Foundation 2017, S. 7).

Person-zentrierte Pflege deren Augenmerk auf der Person und nicht auf den Prozessen und Vorgaben liegt wird in diesem Zusammenhang auch oft genannt (Jacobsen et al. 2017; Borckardt et al. 2011; Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010). Eine Literaturübersicht von Enmarker et al. (2011) präsentiert Studien in denen person-zentrierte Pflege zur Reduktion von Aggression seitens der Bewohner\*innen und dadurch zur Reduktion von Gewalt gegenüber Mitarbeitenden führt. Eine Bekenntnis der Einrichtungen zur Wahrung der Freiheit von Bewohner\*innen, insbesondere z.B. durch eine Verpflichtung zur Reduktion von FEM, Änderung der Geschäftspolitik und der Einrichtungsregeln und -sprache im Sinne der Gewaltprävention, gilt in der Literatur auch als Maßnahme zur Gewaltprävention an Bewohner\*innen (Köpke et al. 2015; Gulpers et al. 2011; Borckardt et al. 2011).

#### **4.1.2 Führungskräfte: Hauptverantwortlich für Gewaltprävention**

Bereits der fehlende Wille oder Einsicht von Führungskräften die Hauptverantwortung für die Gewaltprävention in ihren Einrichtungen zu übernehmen, stellt oft eine Form der Gewalt dar. Wenn Führungskräfte Gewaltvorfälle vertuschen oder kleinreden, Problemsituationen nicht besprechen können oder wollen und wenn keine Strategien zur Gewaltprävention von Führungskräften angestoßen werden, wird eine Kultur des Duldens, Schweigens und Ertragens hergestellt. Die untergeordneten und oft direkt

betroffenen Mitarbeitenden können frustriert und krank oder selbst zu Gewalttätern oder -opfern werden.

Daher müssen Führungskräfte frühzeitig Gewaltpotenziale erkennen, die Erfahrungen und Einstellungen der Mitarbeitenden und Bewohner\*innen zu Gewalt kennen und angemessen reagieren. Um die ersten zwei Punkte abzudecken, können Führungskräfte Bestandsaufnahmen und Risikoeinschätzungen in ihren Einrichtungen durchführen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) nennt in der von ihr 2018 veröffentlichten Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen Befragungen von Mitarbeitenden als eine Möglichkeit der Bestandsaufnahme von Risiken und Gefahren für Mitarbeitende. Die Bestandsaufnahme wird dann für die Risiko- und Handlungsbedarfseinschätzung genutzt (Heidrich et al. 2018, S. 13–15). Weitere Präventionsmaßnahmen, die nach BGW seitens der Führungskräfte ergriffen werden sollen sind Maßnahmen zur Sensibilisierung der Führungskräfte und Mitarbeitenden für den Umgang mit Gewalt, Maßnahmen zur Enttabuisierung von Gewalt und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz, Besprechung der Vorfälle zwischen Mitarbeitenden und Führungskräften aller Ebenen, Gesprächsangebote und Gesprächsrunden, Kommunikation und Transparenz bei Gewaltvorfällen, Anzeigen von Vorfällen und Kündigung von Betreuungsverträgen, Benennung von speziell geschulten Mitarbeitenden als Ansprechpersonen etc. (Heidrich et al. 2018).

Die Verantwortung für Gewaltprävention seitens der Führungskräfte muss auch die Gesundheitsförderung und Sicherung guter Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden einschließen. Dabei ist die Aufgabe der Führungskräfte Mitarbeitenden Verantwortung für ihr Handeln und Denken zu übergeben, sie in die Planung, Budgetierung und Qualitätskontrollen einzubeziehen, sie zu loben, zu motivieren und zu unterstützen und die Arbeitsbedingungen ihren Bedürfnissen und Wünschen so gut wie möglich anzupassen. Mitarbeitende, die keine Gewalt und Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz erfahren, mit denen respekt- und vertrauensvoll umgegangen wird, werden diese Verhaltensweisen auch an

Bewohner\*innen ihrer Einrichtung weitergeben. Beispiele von Präventionsmaßnahmen in diesem Zusammenhang sind Bildung von flachen Hierarchien, Erfolge von Mitarbeitenden durch konkrete Zahlen aufzeigen, Budgets offen legen und dafür die Verantwortung übertragen, gemeinsam Dienstpläne gestalten, ein Wir-Gefühl herstellen, Aufgaben und Anordnungen nachvollziehbar machen etc. (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010; Staudhammer 2018).

Führungskräfte sollten die Schwächen und Stärken ihrer Mitarbeitenden kennen und ihre Kompetenzen nutzen. Teams, die benötigtes Fachwissen aber auch soziale und emotionale Kompetenz mitbringen arbeiten professionell und gewaltfrei. Dies kann beispielsweise durch Mentorenprogramme erfolgen (Wei et al. 2018, S. 684; Batzoni 2020, S. 70).

Personalmangel sollte nicht dazu führen, dass Mitarbeitende Tätigkeiten erledigen müssen, die nicht in ihren Aufgabenbereich fallen. Daher sollten sich Führungskräfte beispielsweise bemühen, bewohnerferne Tätigkeiten weg vom Pflegepersonal zu verlagern (Staudhammer 2018). Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten erweitern nicht nur die Fähigkeiten und das Wissen sondern vermitteln auch Einrichtungszugehörigkeit und stärken Resilienz der Mitarbeitenden, die wiederum Gewalt gegen Bewohner\*innen verhindern könnten (Batzoni 2020; Williams et al. 2016).

Die Wirksamkeit von Interventions- und Präventionsmaßnahmen scheint erhöht zu sein, wenn diese von der Einrichtungsführung mitgetragen werden. Jacobsen et al. (2017) zeigen in ihrer Mixed-Method-Studie über Erfolgsfaktoren von bewusstseinsbildenden Interventionen bei der Reduktion von Fixierungen, dass die Einrichtungsleiter\*innen eine entscheidende Rolle in Bezug auf den potenziellen Erfolg oder Misserfolg der Intervention spielen. Leadership Involvement wurde als der wichtigste Faktor bei der Implementierung gesehen.

### 4.1.3 Fehlerkultur

Pflegefehler sind unvermeidbarer Teil des Pflegeprozesses und sie stellen meistens gewalttätige Handlungen dar. Wenn eine Pflegeperson aufgrund von hoher Arbeitsbelastung die Gabe lebenswichtiger Medikamente an Bewohner\*innen vergisst, dann begeht sie einen Pflegefehler und eine gewalttätige Handlung (Vernachlässigung). Wie ein Schlussbericht über Pflegefehler des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung angibt (Habermann und Cramer 2013), kommen die häufigsten Pflegefehlern in den von ihnen befragten Pflegeeinrichtungen (n=376) aus den Bereichen ärztlicher Diagnostik und Therapie (46 %), Medikationsfehler (39,9 %), direkte Pflege (33,5 %) und Gewalt/Missachtung (9,3 %). Der letzte Bereich würde vermutlich eine höhere Ausprägung vorweisen, wenn Pflegefehler aus den restlichen Bereichen auf den Aspekt der Gewalt untersucht werden würden. Damit Pflegefehler nicht vertuscht und verschwiegen werden, müssen Pflegeeinrichtungen eine Fehlerkultur etablieren, die es den Mitarbeitenden ermöglicht aus ihren Fehlern zu lernen und so der Gewaltprävention in den Einrichtungen beitragen. In einer vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführten Befragung von Expert\*innen nach Rahmenbedingungen zur Gewaltprävention nennen 74 % der Befragten, „die konstruktive Atmosphäre im Betrieb, die es ermöglicht, Fehler offen und lösungsorientiert anzusprechen“ als „sehr wichtig“ (Eggert et al. 2017). Die Betrachtung der Pflegeeinrichtung als „lernende Organisation“ schafft Voraussetzungen in denen Mitarbeitende jegliche Art Wissen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Verhaltensweisen entwickeln und weiter geben können. Dies kann in formalen Aktivitäten passieren wie z.B. in Team-Besprechungen oder Schulungen, aber auch in informellen Interaktionen und Begegnungen, etwa in Kaffeepausen (Granerud und Rocha 2011; Brater et al. 2004). Die Aufgabe der Führungskräfte ist es daher Ressourcen für solche Begegnungen zur Verfügung zu stellen und Mitarbeitende zu motivieren diese auch zu nutzen. Weitere Maßnahmen zur Gewaltprävention in diesem Bereich sind: Menschen und nicht Abläufe in den Mittelpunkt von Fehlermanagement-Instrumenten stellen, Fehler und ihre

Auswirkungen transparent machen (Staudhammer 2018), aber auch Mitarbeitende zu entlasten, fortzubilden und sie zu motivieren (Habermann und Cramer 2013).

#### **4.1.4 Kommunikations- und Konfliktkultur**

Wie oben schon erwähnt, ist es die Aufgabe der Einrichtungsleitung Gewalt in der Einrichtung zu erkennen und auf diese zu reagieren. Dies gilt auch für missachtende und würdevollverletzende Kommunikation. Mitarbeitende können durch ihre verbale oder nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, Körpersprache) Gewalt ausüben aber auch provozieren. Daher ist es wichtig, dass in der Einrichtung ein einheitlicher Kommunikationsstil herrscht - unabhängig davon ob diese im Team, mit den Vorgesetzten oder zwischen Mitarbeitenden und Bewohner\*innen oder Angehörigen stattfindet. Eine Möglichkeit dies zu gestalten ist es Mitarbeitenden, Bewohner\*innen und ihre Angehörigen in die Gestaltung der Abteilungsregeln und -sprache zu involvieren. Dieser Prozess sensibilisiert alle für gewalttätige Kommunikation und verdeutlicht das Bekenntnis der Einrichtung zur Gewaltprävention (Staudhammer 2018).

Die Mitarbeitenden, die ständig mit Bewohner\*innen, Teamkolleg\*innen aber auch Vorgesetzten kommunizieren, müssen insbesondere für Kommunikation ohne Gewalt sensibilisiert werden. Die Führungsebene sollte entsprechende Angebote zur gewaltfreien Kommunikation, Deeskalationstechniken, Teamarbeit und -kommunikation, Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen, Umgang mit Konflikten und Konfliktlösung etc. sicherstellen. Eine gepflegte Kultur des achtsamen Humors verbessert die Kommunikation, verbindet und vermittelt Menschlichkeit (Staudhammer 2018).

Konflikte mit und unter Mitarbeitenden und Bewohner\*innen müssen offen und transparent besprochen werden können. Unterstützend könnten beispielsweise Supervisionen oder Besprechungen mit einer Vertrauensperson oder vorgesetzter Person wirken. Solche Gespräche sollten schnell, vertraulich und fair behandelt

werden. Geeignete Nachbesprechungen der Vorfälle sollten stattfinden (College of Nurses of Ontario 2018). Konflikte sollen als Lern- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesehen werden. Basierend auf den daraus resultierenden Erkenntnissen können Konfliktmanagement-Strategien unter Einbeziehung von Mitarbeitenden und anderen Betroffenen entwickelt werden. Bewohner\*innen und Angehörige sollten die Möglichkeit haben, ihre Beschwerden und Probleme der Einrichtungen und den Mitarbeitenden mitzuteilen. Eine sachliche und wertfreie Aufklärung sollte folgen (Mayrhofer et al. 2019, S. 432).

#### **4.1.5 Organisationsethik**

In einer Studie, die in neun Norwegischen Pflegeheimen durchgeführt wurde (Bollig et al. 2016), nannten Bewohner\*innen und ihre Angehörigen folgende ethischen Herausforderungen als für sie die wichtigsten: Akzeptanz und Eingewöhnung, Wohlbefinden und gutes Leben, Autonomie und Selbstbestimmung und Ressourcenmangel. In einer anderen Studie (Bollig et al. 2015) wurden Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen in Norwegen auf ähnliche Weise befragt. Diese identifizierten Ressourcenmangel (79 %), Fragen rund um das Sterben und den Tod (39 %) und Zwangsmaßnahmen (33 %) als die wichtigsten ethischen Herausforderungen. Die Diskrepanz in den Antworten (bis auf Ressourcenmangel) verweist auf die unterschiedlichen Sichtweisen in Bezug auf ethische Fragestellungen von Bewohner\*innen und Angehörigen einerseits und den Mitarbeitenden andererseits. Während die Mitarbeitenden die Fragen des richtigen Handels als sehr wichtig empfinden, sind es Fragen des guten Lebens – welches die Freiheit von Zwang, Bevormundung, Vernachlässigung etc. einschließt – die Bewohner\*innen und ihre Angehörigen als wichtig hervorheben.

Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Einrichtungen und Mitarbeitenden stets darüber nachdenken, was gutes Leben für Bewohner\*innen bedeutet und wie dieses gewährleistet werden könnte. Eine Möglichkeit dies zu tun ist ethische

Besprechungen in den Einrichtungen einzuführen, die alle Betroffenen einbezieht. Ein gutes Beispiel sind die sogenannten Pflegedialoge oder Care Dialogs. Pflegedialoge sind ethische Situationsbesprechungen, die sich mit Fragestellungen des guten Lebens von auf Pflege angewiesenen Menschen beschäftigen. Anders als in medizinischen Fallbesprechungen spielen weder medizinische Fakten die Hauptrolle noch sind die Pflegekräfte, Ärzt\*innen und andere Expert\*innen die einzigen Teilnehmenden. Die Pflegedialoge beruhen auf Pflegegeschichten von betroffenen Personen (Bewohner\*innen, Patient\*innen, An- und Zugehörige etc.), welche Situationen und von ihnen ausgelöste Gefühle und Gedanken beschreiben. Diese dienen als Grundlage für die Reflexion und Erkenntnis. Das Ziel dabei ist nicht die Lösung eines medizinischen Notfalls sondern der Austausch von persönlichen Meinungen und Erfahrungen und somit die Herstellung von praktischem Wissen und Aufklärung. Die gewonnenen Erkenntnisse werden nicht nur in dem konkreten Einzelfall sondern auch bei anderen Situationen und Fällen reflektiert und eventuell angewendet (Schuchter und Heller 2018).

Ethische Fallbesprechungen können auch bei weiteren ethischen Konflikten angewendet werden. Beispielsweise, wenn Bewohner\*innen andere Personen mit ihrem Verhalten negativ beeinflussen oder wenn Angehörige nicht mit der Arbeit der Einrichtung und der Mitarbeitenden zufrieden sind (Jonasson et al. 2019).

#### **4.1.6 Safewards**

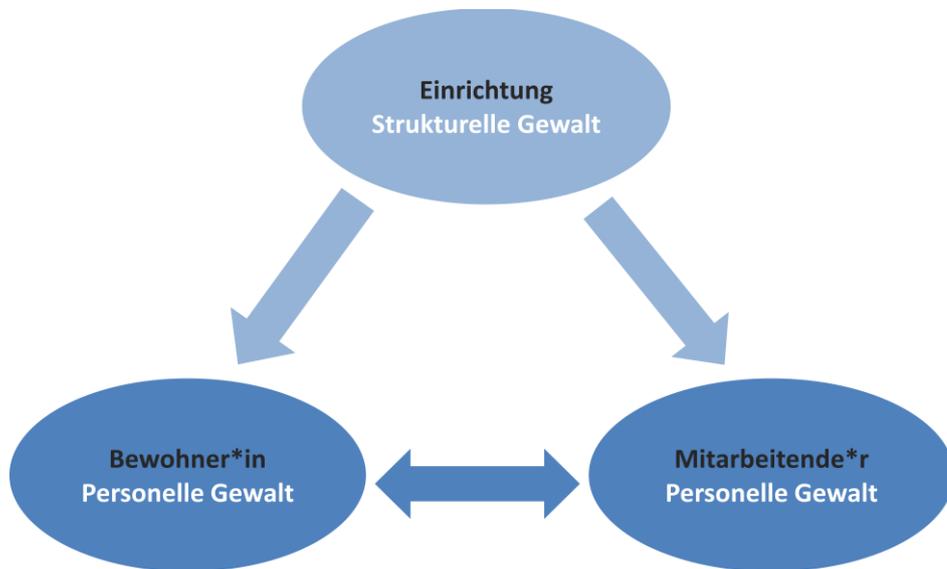
Safewards ist ein aus der Psychiatrie stammendes Präventionskonzept zur Vorbeugung von Gewalt, die einerseits von Patient\*innen ausgehen und andererseits als Reaktion auf diese entstehen kann (etwa Isolation oder Fixierungen). Es beruht auf der Annahme, dass Gewalt durch das Stationsteam, räumliche Umgebung, krankenhausexterne Stressoren, Patientengruppe, Patienteneigenschaften und rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen verursacht wird (Löhr et al. 2020, S. 42–50). Es beinhaltet zehn Maßnahmen, die sich gegen diese Ursachen richten: 1)

gegenseitige Erwartungen klären, 2) verständnisvolle Kommunikation, 3) positive Kommunikation, 4) deeskalierende Gesprächsführung, 5) unterstützende Kommunikation, 6) gegenseitiges Kennenlernen, 7) gemeinsame Unterstützungskonferenz, 8) Methoden der Beruhigung, 9) Sicherheit bieten und 10) Entlassungsnachrichten. Die Wirksamkeit von Safewards wurde in mehreren Studien im psychiatrischen Bereich überprüft und erwiesen. Diese setzt allerdings voraus, dass sich die Einrichtungsführung um eine breite Akzeptanz und gute Schulungen von Mitarbeitenden kümmert (Löhr et al. 2020, S. 108–115). Obwohl einige Maßnahmen, die auch in Safewards zu finden sind (etwa in Bezug auf Kommunikation oder Deeskalation), schon in Pflegeeinrichtungen implementiert werden, wurde das Safewards-Konzept noch nicht auf Pflegeeinrichtungen übertragen. Ob und wie das machbar wäre, müsste noch überprüft werden.

## **4.2 Menschen und Einrichtung: Maßnahmen auf der Organisationsebene**

Gewalt in den Pflegeeinrichtungen ist ein vielseitiges Phänomen. Wir haben es nicht nur mit verschiedenen ineinandergreifenden Gewaltursachen und -arten zu tun; oft ist es nicht einfach zwischen Täter und Opfer zu unterscheiden oder zu wissen, wie verschieden Formen von Gewalt zusammen hängen. Abbildung 1 zeigt die Wechselwirkungen zwischen Opfer und Täter (Einrichtung - Bewohner\*in - Mitarbeitende\*r) und der strukturellen und personellen Gewalt, die von ihnen ausgehen kann. Einrichtungen, von denen die strukturelle Gewalt ausgeht, begehen diese Gewalt indirekt und gleichermaßen gegen Bewohner\*innen und Mitarbeitende. Bewohner\*innen sind beispielsweise gezwungen in Mehrbettzimmern zu wohnen, während Pflegepersonal ständig wegen Dienstaussfällen Überstunden machen muss. In diesen Fällen sind Bewohner\*innen und Mitarbeitende Opfer von struktureller Gewalt. Gewalt kann aber auch seitens der Bewohner\*innen gegen Mitarbeitende und vice versa gerichtet sein. Wenn beispielsweise Bewohner\*innen Mitarbeitende sexuell

belästigen oder umgekehrt Mitarbeitende Bewohner\*innen fest anpacken oder bevormunden, dann sprechen wir von personeller Gewalt in der beiden Seiten Opfer und Täter sein können. Diese direkte Form von Gewalt kann unabhängig von struktureller Gewalt entstehen, wird aber oft durch vorausgehende und andauernde strukturelle Gewalt verursacht und verstärkt. Wenn Bewohner\*innen stark in ihrer Freiheit und ihrem Willen durch strukturelle Vorgaben eingeschränkt werden, kann es passieren, dass sie sich aggressiv oder gewalttätig gegenüber Mitarbeitenden verhalten. Und wenn Mitarbeitende aufgrund struktureller Vorgaben stark unter Stress oder Burnout leiden, kann dies zur Misshandlung und Vernachlässigung von Bewohner\*innen führen. Aufgrund dieser Komplexität der Beziehungen zwischen Beteiligten und Gewaltformen sind Gegenmaßnahmen ebenfalls vielzählig und vielseitig.



**Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten und struktureller und personeller Gewalt in Pflegeeinrichtungen, Quelle: eigene Abbildung in Anlehnung an Schneider (2005, S. 37–38)**

In diesem Kapitel werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen dargestellt, die Einrichtungen auf der Organisationsebene gegen strukturelle und personelle Gewalt in beide Richtungen setzen können.

#### **4.2.1 Strukturelle Gewalt gegen Mitarbeitende**

Zur strukturellen Gewalt gegen Mitarbeitende seitens der Pflegeeinrichtungen kommt es, wenn Vorschriften, Standards oder wirtschaftliche Bedenken vor die Bedürfnisse der Mitarbeitenden gestellt werden. So kann es beispielsweise auf Grund enger Tagesstrukturen oder Personalausfall zum Stress und Zeitdruck bei der Erledigung der täglichen Arbeit kommen, welche wiederum viele negative Folgen für Mitarbeitende, Bewohner\*innen und Einrichtung haben können (z.B. Burnout, Gewalt oder Dienstaussfälle).

Die starken Arbeitsbelastungen der in Pflegeeinrichtungen Tätigen - insbesondere die der Pflegekräfte - sind mittlerweile gut belegt (Höhmann et al. 2016; Brause et al. 2015; Badura et al. 2015; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2014). In einer bundesweiten Umfrage von Führungskräften (Isfort et al. 2018) aus der teil- und vollstationären Pflege wurden folgende arbeitsplatzbezogene Belastungen von 2016 auf 2017 als steigend identifiziert: herausforderndes Verhalten von Bewohner\*innen, auf die Pflege bezogene Bewohneranforderungen, Konflikte mit Angehörigen, Einspringen an freien Tagen, Sterbebegleitung und Anzahl der Überstunden. Als weitere Gefährdungen wurden Muskel- und Skelettprobleme, Depressionen und Burnout, und Gewalt und Aggression gegenüber Pflegekräften gesehen (S. 68-70). Um Mitarbeitende vor diesen teilweise aus strukturellen Faktoren resultierenden Belastungen zu schützen, können Pflegeeinrichtungen betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Bewusstseinsbildung, Arbeitsorganisation und Personalentwicklung setzen, die im Folgenden erläutert werden.

#### 4.2.1.1 Gefahrenanalyse und -beurteilung

Betrieblicher Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden muss mit der Analyse und Beurteilung der betrieblichen Gefahren und Belastungen beginnen (§6 ArbSchG). Hierfür ist es notwendig diese für jeden Tätigkeitsbereich des Betriebes zu identifizieren. Als Unterstützung hierfür bietet beispielsweise die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) den Pflegeeinrichtungen eine online-gestützte Gefährdungsbeurteilung an (<https://www.bgw-online.de>). Auch das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bietet Pflegeeinrichtungen Analyseinstrumente mit denen die individuellen Bedürfnisse des Betriebes beurteilt werden. Dazu zählen beispielsweise Analysen der Fehlzeiten und ihrer Ursachen, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen und Mitarbeiterumfragen und -interviews (<https://www.bgf-institut.de/bgfconsult/analyse/>). Es ist außerdem empfehlenswert, besonders auf die psychischen Belastungen der Mitarbeitenden zu achten. Hierfür steht beispielsweise das speziell für Pflegekräfte entwickeltes BGW-Manual zur Mitarbeiterbefragung zur Verfügung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2006, S. 12).

#### 4.2.1.2 Gesundheitsförderung und Bewusstseinsbildung

Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen in dieser Kategorie zielen auf das gesundheitsgefährdende Verhalten der Mitarbeitenden in der Pflege ab. Diese sind sehr stark von physischen (z. B. Arbeiten im Stehen oder Heben von Lasten) aber auch psychischen und emotionalen Belastungen (z.B. Arbeitsstress oder Sterbefälle) betroffen, welche durch Verhaltensänderungen positiv beeinflusst werden sollen. Im Fall von physischen Belastungen eignen sich hierfür Verhaltensschulungen beispielsweise am Pflegebett, beim Transport oder Umlagern, Waschen, Anziehen etc. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017, S. 257), Ergonomie und Kinästhetik (Institut für Berufliche Gesundheitsförderung (BGF) 2011, S. 7), Rückenstärkungsprogramme wie beispielsweise die Rückenschule oder Yoga, Pilates

etc., Ausgleichsübungen oder Strategien gegen das Stehen bei der Arbeit (Suntinger 2018, S. 23). Strijk et al. (2013) zeigen in einer randomisierten kontrollierten Studie in zwei Krankenhäusern in den Niederlanden, dass Yoga wirksam in der Verbesserung der Lebenskraft von älteren Mitarbeitenden sein kann, wenn eine hohe Teilnahme gewährleistet wird. Betriebe können zudem ihren Mitarbeitenden kostenlose oder geförderte Fitnessstudioabos anbieten oder physische Anpassungen des Betriebsgeländes bzw. der Einrichtung vornehmen um Mitarbeitende zum gesundheitsförderndem Verhalten zu motivieren (Suntinger 2018, S. 25). Rückzugs- und Pausenräume sollen Mitarbeitende physisch und psychisch entlasten (Mojtahedzadeh et al. 2020, S. 1).

Im Fall von psychischen und emotionalen Belastungen können Einrichtungen Mitarbeitenden Zeitmanagement- und Stressbewältigungsseminare (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017, S. 265), kollegiale Beratungen und Supervisionen (Doppelfeld 2013, S. 313–315) und Resilienz- und Entspannungstraining (Institut für Berufliche Gesundheitsförderung (BGF) 2011, S. 7) anbieten. Die Wirksamkeit von letzteren wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen (Richardson und Rothstein 2008). In einer Pilotstudie mit Krankenpfleger\*innen konnte eine signifikante Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining nachgewiesen werden (Mahon et al. 2017). In einer weiteren Pilotstudie (Craigie et al. 2016) konnte gezeigt werden, dass die Stresswahrnehmung und Burnout-Risiko durch Mitgefühl-Sensibilisierung und Achtsamkeit- und Resilienzförderung signifikant gesenkt werden konnten.

Neben Maßnahmen, die Fähigkeiten vermitteln, welche eine Verhaltensänderung bei Pflegekräften herbei führen sollen, können Unternehmen auch Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Wichtigkeit der physischen und psychischen Gesundheit für das Leben und Arbeiten einsetzen. Beispiele von solchen bewussteinbildenden Maßnahmen sind betriebliche Aktionstage zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden für betriebliche Gesundheitsförderung (Institut für Berufliche Gesundheitsförderung (BGF) 2011, S. 7), Rauchfrei-Aktionen,

Ernährungsberatungen etc. (Mojtahedzadeh et al. 2020, S. 3). Maatouk et al. (2018) konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen, dass Aufklärungseinheiten (Altern im Pflegeberuf, biographische Arbeit von Pflegekräften, Umgang mit Stress etc.) in einer signifikanten Verbesserung der psychischen Gesundheit vom älteren Pflegepersonal (>45) resultierten. Ein Rauchentwöhnungsprogramm von Kamşl & Öz (2011) bewirkte, dass fast die Hälfte aller teilnehmenden Pflegekräfte mit dem Rauchen aufgehört hatte und der Umgang mit Stress und Selbstvertrauen verbessert werden konnten, nachdem die Teilnehmer\*innen unter anderem für das Suchtverhalten und Umgang mit Stress und Rückfällen sensibilisiert wurden. Zu einer signifikanten Stressreduktion bei stationären Pflegekräften führt auch das webbasierte Stressreduktionsprogramm „BREATHE“, das aus Stressaufklärungseinheiten aber auch praktischen Werkzeugen zur Stressbewältigung besteht (Hersch et al. 2016).

#### **4.2.1.3 Organisation der Arbeitsabläufe**

Optimierte Arbeitsabläufe in Pflegeeinrichtungen resultieren in vermindertem Zeitdruck und Arbeitsbelastung für Mitarbeitende und erhöhen die Pflegequalität der Bewohner\*innen. Die oben beschriebenen betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen verlieren an Wirksamkeit und Wert, wenn Mitarbeitenden keine Zeit haben, an ihnen teilzunehmen oder sie umzusetzen.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet Pflegeeinrichtungen ein Organisationsberatungskonzept an, das ihnen bei der Optimierung der Arbeitsabläufe unter Beachtung von knappen finanziellen Ressourcen helfen soll. In diesem Konzept wird einerseits die tägliche Arbeitszeit systematisch nach ungenutzten und fehlgenutzten Zeiten durchleuchtet und andererseits werden Zeitfenster mit enormem Arbeitsaufwand identifiziert. Durch diese Beleuchtung der Tagesstrukturen können Personaleinsatz und Pflegeplanung aufeinander abgestimmt werden. Der Einsatz von innovativen Arbeitszeitmodellen

verbessert die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, erhöht die Planungssicherheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Beispiel von Maßnahmen zur Optimierung von Arbeitsabläufen sind Delegation von nicht pflegerischen Tätigkeiten weg von Pflegekräften, neue Strukturierung von Übergaben und Besprechungen, Telefonrufumleitungen für ungestörtes Arbeiten, zeitnahe und über den Tag verteilte Dokumentation, flexible Dienstzeiten etc. (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2015, S. 6–13) .

In Bezug auf die Optimierung der Dienstplanung nennt der Abschlussbericht zum Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege (Curacon GmbH & Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik 2019) unter anderem folgende Maßnahmen: Planung nach Nettoarbeitszeit, regelmäßige Überprüfung des Dienstplans, Ausfallmanagement, Vertretungsregelungen, Pool- oder Jokerlösungen, Einbezug der Mitarbeitenden in die Dienstplanung, Pausengarantie etc. (S. 26). Auch das BWG-Projekt „Arbeitslogistik in der Altenpflege“ nennt Einführung gestaffelter Dienstzeiten, strukturierte Dienstübergaben und Optimierung der Abläufe an den Schnittstellen unter den wichtigsten Maßnahmen zur Optimierung der Dienstplanung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2006, S. 15–16). Fuchs-Frohnhofer et al. (2019, S. 21–22) betonen die Wichtigkeit von neuen Arbeitszeitmodellen, die individuell gestaltet und den Bedürfnissen der Mitarbeitenden angepasst werden. Die Anpassungen können sich auf die wöchentliche Arbeitszeit, geteilte Dienste, Dienstdauer, Schichtplanung, Pausenzeiten und Arbeitszeitreduzierungen beziehen.<sup>3</sup>

Der Stress und Zeitdruck können auch durch die Entschärfung von Arbeitsspitzenzeiten vermindert werden. Wenn viele Bewohner\*innen gleichzeitig essen oder zur Toilette begleitet werden sollen, entstehen Stress und Belastung für Mitarbeitende und Bewohner\*innen. Die flexible Gestaltung von Pflegeabläufen,

---

<sup>3</sup> Für weitere Maßnahmen zur Dienstplanoptimierung siehe auch Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) 2016, S. 26).

Essens- und Zubettgehzeiten, verbesserte Verteilung der Mahlzeiten über den Tag, zusätzliche Aktivitäten für Bewohner\*innen und Entlastung von Pflegepersonal im Nachtdienst durch Dienstumgestaltung können zur Reduktion von angehäuften Aufgaben zu bestimmten Spitzenzeiten und so zur Entlastung der Mitarbeitenden beitragen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2015, S. 12–13). Arbeitsspitzenzeiten können auch durch den Einsatz von Zwischendiensten entlastet werden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) 2016, S. 29).

Auch die Optimierung des Informationsflusses führt zum Abbau des Zeitdrucks und der Frustration der Mitarbeitenden. In monatlichen Teambesprechungen können Informationen ausgetauscht werden, die alle Teammitglieder betreffen (Lob, Anerkennung, Mängel, Beschwerden, Neuigkeiten, Fortbildung etc.). Bei den Dienstübergaben ist es wichtig, dass die dienstübergebende Person direkten Kontakt mit der dienstübernehmenden Person hat und ihr alle relevanten Informationen übergibt. Die Zuständigkeiten für Bewohner\*innen können auf einer Übersichtstafel oder einem Bildschirm festgehalten werden. Eine Analyse der fehlenden Informationen im Team kann als Grundlage dienen, welche Informationen und wie weiter gegeben werden sollten. Hierfür können Checklisten entwickelt und genutzt werden. Telefondienste sollten so organisiert sein, dass keine oder wenige Informationen durch Zwischenstellen verloren gehen. Informationen sollten immer an der gleichen und für alle Mitarbeitenden bekannten Stelle abgelegt werden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) 2016, S. 30–31).

Ein großer Zeit- und Geldeinsparpotenzial in den Pflegeeinrichtungen findet sich auch im Bereich der Pflegedokumentation. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes verbringen Pflegekräfte 13 % ihrer Arbeitszeit jährlich mit der Pflegedokumentation (Kosten: ca. 2,7 Milliarden Euro) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017, IV-2,1). Die Pflegedokumentation ist ein unzertrennlicher Teil der Pflege Tätigkeit, sollte aber nach Möglichkeit entbürokratisiert und effizient gestaltet werden. Zu diesem Zweck wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit seit 2013 an den

„Empfehlungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ gearbeitet und ein „Strukturmodell“ zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes entwickelt. Dieses wird seit 2015 in ambulanten und stationären Einrichtungen bundesweit eingeführt ([www.ein-step.de](http://www.ein-step.de)).

Alle Optimierungsprozesse sollten unter Einbeziehung und Mitarbeit von Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung stattfinden. Eine Methode zur Gestaltung solcher partizipativer Prozesse ist der Qualitätszirkel. In diesen wöchentlichen Zusammentreffen der Mitarbeitenden werden ihre Ideen, Erfahrungen, Kenntnisse und Vorstellungen ausgetauscht. Diskussionen über Umsetzungen der Veränderungen führen Hindernisse und Erfolgsfaktoren ans Licht (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) 2016, S. 9).

#### **4.2.1.4 Personalentwicklung**

Optimierte Arbeitsabläufe bringen wenig Entlastung für Mitarbeitende, wenn Pflegeeinrichtungen unter dringendem und langandauerndem Personalmangel leiden. Da der Personalmangel in der Pflege und mit ihm zusammenhängende Aspekte größtenteils von Faktoren abhängen, die außerhalb der Entscheidungsmacht der Pflegeeinrichtungen liegen, können diese hauptsächlich Maßnahmen im Bereich der Mitarbeiterbindung und -entwicklung setzen, um dieses Problem abzumildern (Isfort et al. 2018, S. 73). Die hier angewendeten Maßnahmen beziehen sich auf die Weiterentwicklung und Qualifizierung, Arbeitsbedingungen, und Entlohnung und Anreize.

Um zu entscheiden, welche Maßnahmen im konkreten Fall gesetzt werden sollen, sollten die Pflegeeinrichtungen eine Analyse der vorliegenden Situation durchführen. In Mitarbeitergesprächen, mündlichen und schriftlichen Befragungen, Beobachtungen und Zufriedenheitsbefragungen finden sich Informationen über die Diskrepanzen zwischen vorhandenen und notwendigen Fähigkeiten und Kenntnissen aber auch

vorhandenen Arbeitsbedingungen und Bedürfnissen und Wünschen der Mitarbeitenden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) 2016, S. 41; Curacon GmbH & Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik 2019, S. 22). Die Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten kann in der Form von kurzen Fortbildungen aber auch von längeren Lehrgängen stattfinden. Kurze Fortbildungen können sehr einfach in den Einrichtungen organisiert werden und decken meistens Themen wie Gewalt in der Pflege, Hygiene, Alzheimer etc. ab. Längere Lehrgänge bilden Mitarbeitende beispielsweise zu Praxisanleiter\*innen oder Wundexpert\*innen aus und verlangen meistens höhere finanzielle und zeitbezogene Anreize (Fuchs-Frohnhofen et al. 2019, S. 25). Für die Weiterentwicklung von persönlichen Ressourcen können Supervisionen und Fortbildungen dienen, in denen Mitarbeitende Bewältigungsstrategien erlernen (z. B. in Umgang mit Stress oder Ekel) (Curacon GmbH & Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik 2019, S. 22). Die Pflegeeinrichtungen scheinen die Maßnahmen aus dem Bereich der Weiterentwicklung und Qualifizierung ernst zu nehmen. Eine Umfrage von Führungskräften aus der voll- und teilstationären Pflege ergab, dass die häufigste Maßnahme zur Mitarbeiterbindung Gewährleistung von Fort- und Weiterbildungsangeboten ist (Isfort et al. 2018, S. 74). Weitere Maßnahmen aus dem Bereich der Weiterentwicklung sind Bereichsrotationen, Coaching oder Betreuung von Auszubildenden/Schüler\*innen, Mentoring-Programme mit erfahrenen Mitarbeitenden (Barribal et al. 2015, S. 11), Aufgabenerweiterung und -bereicherung (beispielsweise in Form von Fachexpertenrollen) etc. (Fuchs-Frohnhofen et al. 2019, S. 25).

Neben individuellen und den Bedürfnissen der Mitarbeitenden angepassten Dienstzeiten können Einrichtungen weitere Maßnahmen zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen setzen und somit die Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen. Kinderbetreuungsangebote und gute Vereinbarungen bezüglich Mutterschaft, Urlaub, Arbeitsbeginn und -ende, führen zur besseren Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben. Pflegeeinrichtungen können Frühpensionierungen verhindern, indem sie

ihre ältere Mitarbeitenden von Nacht- und Wochenenddiensten befreien, Teilzeitbeschäftigung anbieten und auf andere Weisen ermutigen ihre Arbeit fortzusetzen (Barribal et al. 2015, S. 11). Einrichtungen können ihren Mitarbeitenden Workshops anbieten, in denen sie motiviert werden ihre eigenen Bedürfnisse in Bezug auf die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben zu erkennen und zu überlegen, wie diese zusammen mit der Einrichtung befriedigt werden können. Außerdem können Mitarbeitende motiviert werden bei gesundheitsfördernde Maßnahmen mitzumachen (beispielsweise 10.000 Schritte täglich in einer bestimmten Zeitperiode), indem Anreize in Form von Sonderurlaubstagen gegeben werden, was wiederum zur besseren Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben führt (Fuchs-Frohnhofen et al. 2019, S. 28).

Ob und wie viele von diesen Maßnahmen durchgeführt werden können, hängt unter anderem auch davon ab, ob in der Einrichtung ein andauernder Personalmangel herrscht. Das Verhältnis zwischen der Anzahl aller Pflegekräfte und der Bewohner\*innen sowie das Verhältnis von ausgebildetem Pflegefachpersonal und anderen Pflegekräften sind auch wichtige Indikatoren für die Qualität der Pflege in einer Einrichtung (Bonnie und Wallace 2003, S. 135). Untersuchungen zeigen, dass bessere Arbeitsbedingungen eine größere Rolle als bessere Entlohnung spielen, wenn Mitarbeitende entscheiden, ob sie in einer Pflegeeinrichtung bleiben wollen (Barribal et al. 2015, S. 11; Bobens et al. 2011; Borchart et al. 2011). Eine Studie des Österreichischen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz empfiehlt hier als Maßnahmen zu Personalbindung die Senkung von Aussteigerraten bei der Ausbildung, Einsatz von Kompetenz- und Karriereentwicklung um Mitarbeitenden in allen Lebensphasen zu unterstützen, Einführung einer Führungskräfteentwicklung und Generationenmanagements, Förderung einer wertschätzenden Unternehmenskultur und Entwicklung von Gesamtkonzepten und -strukturen in den Einrichtungen (Rappold und Juraszovich 2019, S. 54).

Bessere Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen können auch durch den Technikeinsatz erreicht werden. Dieser kann sich auf die Reduktion von physischen Belastungen von Mitarbeitenden fokussieren, beispielsweise in Form von Personenhebehilfen oder Assistenzrobotern, aber auch auf die Reduktion des Arbeitsaufwandes, beispielsweise durch Dokumentation und Pflegeprozessplanung am Smartphone oder Tablet oder Personenortungssysteme bei an Demenz erkrankten Bewohner\*innen (Fuchs-Frohnhofen et al. 2019, S. 28–30).

Zu guten Arbeitsbedingungen zählen außerdem selbstständiges Arbeiten in selbstverwaltenden Teams, Einsatz neuer Technologien, minimale Überwachung und flache Hierarchien (Barribal et al. 2015, S. 30).

#### **4.2.2 Strukturelle Gewalt gegen Bewohner\*innen**

Zur strukturellen Gewalt gegen Bewohner\*innen in Pflegeeinrichtungen kommt es, wenn Vorschriften, Standards oder gesetzliche Vorgaben vor die Bedürfnisse der Bewohner\*innen gestellt werden. Hierzu zählen einrichtungsinterne Vorschriften wie Hausordnungen, Vorgaben über räumliche Aufteilung der Bewohner\*innen, Tagesstruktur, Hygienevorschriften etc. aber auch einrichtungsexterne Vorgaben, beispielsweise seitens der Pflege- und Krankenkassen (etwa in Bezug auf Dokumentation oder Grundpflege) oder Gesetze.

Die Vorschriften, Standards und Vorgaben dienen nicht nur der Qualitätssicherung und Gewährleistung gleicher Pflege für alle sondern beruhen oft auf Überlegungen wirtschaftlicher Natur. Wenn beispielsweise PEG-Sonden bei Bewohner\*innen mit Demenz aus Kostengründen befürwortet werden, obwohl diese medizinisch nicht notwendig sind, wird für die betroffenen Personen mehr Schaden als Nutzen verursacht. Die Anstellung der menschlichen Bedürfnisse hinter die Fragen der Effizienz und der Rentabilität der Einrichtungsabläufe ist ein wesentlicher Aspekt der strukturellen Gewalt in diesen Einrichtungen (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 80–81).

Zur strukturellen Gewalt in Pflegeeinrichtungen kommt es hauptsächlich auf zwei Wegen. Zum einen direkt: Durch Vorgaben und festgelegte Arbeitsabläufe werden Bewohner\*innen in ihrer Autonomie, Freiheit, Selbstbestimmung und Privatheit eingeschränkt. Unzählige Beispiele - von festen Essens-, Schlaf- und Weckzeiten über strenge Hygienevorschriften bis hin zu Vorgaben, ob persönliches Eigentum in die Einrichtung mitgebracht werden darf - bestimmen das alltägliche Leben. Zum anderen indirekt: durch Vorgaben und festgelegte Arbeitsabläufe werden Mitarbeitende so weit in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, dass sie zum einen keine Zeit und zum anderen keine Befugnis haben, sich um die Bedürfnisse der Bewohner\*innen zu kümmern. Die Mitarbeitenden legitimieren zusätzlich ihr Verhalten durch die Berufung auf die nicht vorhandene Zeit und Befugnis und verstetigen so weiter die bestehenden Verhältnisse.

Maßnahmen, die sich gegen strukturelle Gewalt in Pflegeeinrichtungen richten, können unter dem Begriff „würdevolle Pflege“ zusammengefasst werden (Staudhammer 2018, S. 5; Osterbrink und Andratsch 2015, S. 30). Würdevolle Pflege umfasst ein Bild der Bewohner\*innen als wertvolle Individuen, die ein Recht auf Selbstbestimmung, Freiheit, Würde und Privatheit haben. Mit diesem Bild im Hinterkopf müssen Vorschriften und Vorgaben geändert werden, so dass bei der Pflege die Priorität auf das Wohl und das gute Leben der Bewohner\*innen gelegt wird. Die Maßnahmen zur Umsetzung der würdevollen Pflege sind in verschiedenen Bereichen des Pflegeprozesses anzusetzen: bei den Pflegeabläufen und der Tagesstruktur, der Unterbringung und der Privatsphäre, den Arbeitsbedingungen und dem Personal etc.

#### **4.2.2.1 Pflegeabläufe und Tagesstruktur**

Die strukturelle Gewalt in Pflegeeinrichtungen kann so weit wie möglich abgemildert werden, indem Pflegeabläufe und mit ihnen eng verbundene Tagesstruktur den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen angepasst werden. Um zu erfahren,

was Bewohner\*innen benötigen, was ihre Gewohnheiten sind und was für sie Normalität bedeutet, sollen neben Informationen über die physische und psychische Gesundheit auch persönliche Informationen aus dem Leben vor dem Umzug in die Pflegeeinrichtung gesammelt werden (Staudhammer 2018, S. 107). Diese könnten beispielsweise Angaben über den Tagesverlauf, Hobbies oder Interessen beinhalten, welche dann als Basis für eine individuelle Tagesstruktur jeder einzelnen Bewohnerin und jeden einzelnen Bewohners dienen könnten.

Brater et al. (2004, S. 57–59) studierten (allerdings im Kontext von lernenden Organisationen) die so genannte „situative Arbeitsorganisation“ als eine Methode Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen ganzheitlich und ihren Bedürfnissen entsprechend zu betreuen. Hierbei agieren Pflegekräfte als eigenständige Betreuer\*innen ohne festgelegte Pflegepläne und Tagesstrukturen und entscheiden selbstständig und in Absprache mit der zu betreuenden Person, welche Pflegehandlungen jeden Tag durchgeführt werden. So werden beispielsweise Bewohner\*innen nicht gezwungen über sich unerwünschte Hygienemaßnahmen ergehen zu lassen und Mitarbeitende müssen diese auch nicht durchführen.

Auch durch verbesserte Arbeitsabläufe, wie beispielsweise die Verlängerung der Essenszeiten und Ausdehnung der Zeit zum Schlafengehen oder Aufstehen, können Zeitfenster mit hohem Arbeitsaufwand und Stress für Mitarbeitenden und Bewohner\*innen reduziert werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2015, S. 12–13). Eine kleine Küche auf der Abteilung bei großen Pflegeeinrichtungen kann für die Vorbereitung des Frühstücks und der Zwischenmahlzeiten und für den Abwasch genutzt werden. So können Mahlzeiten nach individuellem Wunsch zubereitet und immer warm serviert werden. Für das Mittagsessen können Menüs mit verschiedenen Mahlzeiten angeboten werden (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 149). Verbesserte Abläufe geben Mitarbeitenden mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit und den Bewohner\*innen mehr Freiheit und Selbstbestimmtheit für ihr Leben in der Pflegeeinrichtung.

Zur strukturellen Gewalt zählen auch zu wenig aber auch zu viel Beschäftigungs- und Entfaltungsmöglichkeiten in Pflegeeinrichtungen. Daher ist es wichtig, herauszufinden, an welchen Aktivitäten und in welchem Umfang Bewohner\*innen teilnehmen wollen, bei welchen Aktivitäten sie sich gebraucht fühlen und welche von ihnen sinnstiftend sind (Altenheim Stift St. Veit GmbH 2016, S. 4). Dabei können Beschäftigungsaktivitäten verschiedene Formen annehmen: von körperlichen, wie Bewegungsspiele oder Spaziergänge, über mentalen, wie Gedächtnistraining und Erinnerungsgespräche, bis hin zu Gruppenaktivitäten, wie Kaffeetrinken oder gemeinsam kochen (Altenheim Stift St. Veit GmbH 2016, S. 8). Auch Ausflüge oder kleine Reisen in der Umgebung sind denkbare Aktivitäten für Bewohner\*inne von Pflegeeinrichtungen (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 155).

#### **4.2.2.2 Unterbringung und Privatsphäre**

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2018 deuten darauf hin, dass immer mehr Pflegeeinrichtungen in Deutschland ihre Bewohner\*innen in Einzelbettzimmern unterbringen (Isfort et al. 2018, S. 54). Dies scheint generell eine gute Entwicklung zu sein, welche aber von weiteren Maßnahmen der Einrichtungen zum Schutz der Intim- und Privatsphäre der Bewohner\*innen begleitet werden sollten. Dazu zählen beispielsweise, dass Zimmer- bzw. Toilettentüren während der Pflege oder Toilettengang geschlossen gehalten werden, dass über intime Themen nur mit der betroffenen Person gesprochen wird oder dass die Zimmer nur nach Anklopfen und/oder nach Erlaubnis der Bewohner\*innen zu betreten sind (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 152). In diesen Bereich fällt auch das Ignorieren der Sexualität von Bewohner\*innen. Das offene Sprechen mit Bewohner\*innen über ihre Sexualität enttabuisiert das Thema und kann Konflikte und Gewalt vorbeugen. Die Einrichtung kann den Bewohner\*innen ermöglichen, ihre Sexualität zu leben, indem beispielsweise die ungestörten Besuche von (Ehe-)Partner\*innen, die nicht in der Einrichtung leben, ermöglicht oder in der Einrichtung lebende (Ehe-)Paare zusammen untergebracht werden (AOK Nordost 2020). Bei der Körperpflege und An- und

Auskleiden sollten stets die Wünsche der Bewohner\*innen bezüglich der Person, die sie dabei unterstützt, beachtet werden. Auch weitere Gewohnheiten und Vorlieben hinsichtlich der Körperhygiene, wie beispielsweise die Frage wie oft man sich waschen soll, sollten beachtet werden (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 152).

Das eigene Zimmer oder auch die verschiedenen Wohnbereiche können nach individuellen Wünschen der Bewohner\*innen eingerichtet und gestaltet werden. So können beispielsweise Bewohner\*innen ihre eigene Möbel oder andere Ausstattung aus ihrem früheren Zuhause in die Einrichtung bringen lassen. Sie können ihre Türen individuell gestalten und damit auch die Orientierung im Wohnbereich verbessern. Bewohner\*innen können mit der Betreuung eigener Haustiere oder Hilfe im Haushalt (z. B. Zusammenlegen von Wäsche) beschäftigt werden (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 151).

#### **4.2.2.3 Arbeitsbedingungen und Personal**

Arbeitsüberlastung und Personalmangel sind nicht nur Risikofaktoren für personelle sondern auch für strukturelle Gewalt gegenüber Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen. Wenn Einrichtungen beispielsweise zu wenig Personal beschäftigen, kann es passieren, dass auf Grund von Überlastung nur grundlegende Pflegeaufgaben erledigt werden können (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 90). Auf die Minute geplante Pflegeabläufe führen zu einer maschinenartigen Abfertigung der Bewohner\*innen, die den Verlust der Selbstständigkeit und Individualität mit sich bringt (Richter 2002). Nicht ausreichend ausgebildete Pflegekräfte können unter anderem Pflegefehler oder Vernachlässigung begehen (Staudhammer 2018, S. 66).

Daher sollten Pflegeeinrichtungen die Struktur ihres Personals beleuchten. Wichtig dabei sind das Verhältnis von Pflegekräften und Bewohner\*innen (Personalmangel) und das Verhältnis von ausgebildeten Pflegekräften und anderem Pflegepersonal (Qualifikation). Einrichtungen können überlegen, wie sich verschiedene

Personalkonfigurationen auf die Pflegequalität und (strukturelle) Gewalt auswirken und dementsprechend handeln (Bonnie und Wallace 2003, S. 134–135).

Nichtpflegerische Tätigkeiten sollten an das nichtpflegerische Personal verteilt werden. Hauswirtschaftliche oder Reinigungsarbeiten sollten nicht vom ausgebildeten Pflegepersonal durchgeführt werden. Auch nicht notwendige Dokumentation oder Übernahme von ärztlichen Aufgaben sollten vermieden werden. Somit wird das Pflegepersonal für ihre eigentliche Arbeit mit Bewohner\*innen freigesetzt (Staudhammer 2018, S. 66).

Gegen den Fachkräftemangel in Pflegeeinrichtungen helfen neben den Maßnahmen für eine höhere Arbeitszufriedenheit (z. B. Unterstützung bei der Karriereplanung oder Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf) auch Maßnahmen zur gezielten Aus- und Weiterbildung, Verringerung der Krankenstände durch Gesundheitsförderung und an Mitarbeitende individuell angepasste Arbeitsbedingungen (Bonin 2020, S. 68). Diese und weitere Maßnahmen wurden ausführlicher im vorhergehenden Unterkapitel „Strukturelle Gewalt gegen Mitarbeitende“ beschrieben.

#### **4.2.2.4 Dokumentation und Pflegequalität**

Pflegedokumentation in den Pflegeeinrichtungen sollte nicht zur Kontrolle der Mitarbeitenden sondern als Informationsgrundlage für die Steuerung des Pflegeprozesses genutzt werden. Mitarbeitende, die sich kontrolliert fühlen, tendieren dazu zu viel zu dokumentieren, was auf Kosten der Bedürfnisse von Bewohner\*innen geschieht. Einrichtungen sollten ihren Mitarbeitenden kommunizieren, dass Pflegedokumentation und auch Standards und andere Vorgaben an die Menschen in der Einrichtung (Bewohner\*innen und Mitarbeitende) angepasst werden und nicht umgekehrt (Staudhammer 2018, S. 79–80).

Strukturelle Vorgaben, die die Grundlage für strukturelle Gewalt bilden, sind meistens eng mit der Absicherung der Pflegequalität und Bestehen von Qualitätsüberprüfungen verbunden. Pflegeeinrichtungen und auch Kontrollorgane

sollten daher darauf achten, dass sie eine Beziehung eingehen, die auf Partnerschaft und nicht auf Machtausübung beruhen. Die Einrichtungen sollten ihre Fehler nicht verstecken müssen, sondern sie als Lernquelle nutzen (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 2). Die Pflegeeinrichtungen sollten außerdem ihre Mitarbeitenden ermuntern Standards, Vorgaben und Richtlinien im Sinne der Würde von Bewohner\*innen zu interpretieren und anzuwenden (Staudhammer 2018, S. 112).

#### **4.2.2.5 Machtmissbrauch in Pflegeeinrichtungen**

Strukturelle Gewalt beruht auch auf der bestehenden Machtasymmetrie zwischen denen, die Pflegeleistungen erhalten (Bewohner\*innen, Angehörige) und denen, die diese erbringen (Einrichtung, Pflegekräfte, Ärzte etc.). Der Verlust der Autonomie durch den Umzug in eine Pflegeeinrichtung, die Verminderung der körperlichen und psychischen Kraft durch Krankheit und Alter, die nicht vorhandenen medizinischen und pflegerischen Kenntnisse und Fähigkeiten bringen Bewohner\*innen (und ihre Angehörigen) in eine der Einrichtung gegenüber untergeordnete Position. Der Missbrauch dieser Macht seitens der Mitarbeitenden äußert sich oft in Vernachlässigung, Bevormundung, Erpressung, Zwang etc. (Staudhammer 2018, S. 16; Osterbrink und Andratsch 2015, S. 30). Dieser Machtmissbrauch wird oft wiederum durch strukturelle Faktoren - wie etwa personelle Unterbesetzung oder Zeitdruck - rechtfertigt (Staudhammer 2018, S. 6). In anderen Worten wird strukturelle Gewalt an Bewohner\*innen häufig durch strukturelle Gewalt an Mitarbeitenden legitimiert.

Ein Ansatz zur Verhinderung von Machtmissbrauch gegenüber Patient\*innen und Bewohner\*innen im Gesundheitswesen ist Empowerment. Allgemein gesprochen soll Empowerment die Menschen stärken eigenständige Entscheidungen über eigene Gesundheit und Leben zu treffen. Im Bereich der Altenpflege bedeutet Empowerment zum einen, dass die Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen als Individuen mit eigenen Stärken und Ressourcen gesehen und diese Ressourcen zu ihrem eigenen Wohlergehen genutzt werden sollten. So kann beispielsweise die nicht

verbale Kommunikation einer an Demenz erkrankten Person als Ressource gesehen und als Willensäußerung wahrgenommen werden (Weissenberger-Leduc und Weiberg 2010, S. 105). Bewohner\*innen, die in der Lage sind zu verstehen und verbal zu kommunizieren, sollen über ihre Behandlung und andere wichtige Aspekte des Einrichtungslebens informiert und aufgeklärt werden und an allen sie betreffenden Entscheidungen eigenständig teilnehmen. Hierfür können Pflegekräfte und Bewohner\*innen in Gesprächen, Diskussionen und Verhandlungen ihre jeweiligen Standpunkte darlegen und einander von der eigenen Sicht zu überzeugen versuchen. Die Bewohner\*innen fühlen sich durch das Fachwissen der Pflegekräfte gut beraten und können mit ihren Entscheidungen zufrieden sein (Slettebø 2006).

Ein weiterer Ansatz zur Verhinderung des Machtmissbrauchs in den Pflegeeinrichtungen ist die Entwicklung der Machtkompetenz der Pflegekräfte. Diese beinhaltet das Bewusstsein der Pflegekräfte über ihre Machtposition, Kompetenz und Werte, und wie diese positiv für die Erfüllung der Bedürfnisse von Bewohner\*innen eingesetzt werden können. Beispiele hierfür sind reflektiertes Handeln, positive Gestaltung von Beziehungen, Kritikfähigkeit etc. (Staudhammer 2018, S. 16–17; Braaten und Malmedal 2017, S. 4). Die Kunst für Pflegekräfte ist es dabei sich zwischen der Bevormundung durch zu viel Fürsorge und der Reduktion der Beziehung auf das notwendige Minimum zu positionieren (Osterbrink und Andratsch 2015, S. 30).

### **4.2.3 Personelle Gewalt gegen Mitarbeitende**

Gewalthandlungen gegenüber Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen seitens der Bewohner\*innen reichen von verbaler oder emotionaler Aggression (z. B. beschimpfen oder herumkommandieren) über den Widerstand gegen die Pflege (etwa Medikamente ausspucken) bis hin zu sexueller und physischer Gewalt (z. B. obszöne Gesten machen oder beißen) (Arens, et al. 2017; Tak et al. 2010). Studien, die Daten zur Gewaltprävalenz erhoben haben, berichten von hohem Gewaltrisiko für

Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen. In einer Querschnittstudie von Zeller et al. (2012) berichteten 81,6 % der Mitarbeitenden in 21 schweizerischen Pflegeeinrichtungen, dass sie Opfer von Gewalt innerhalb der letzten 12 Monate gewesen seien. Eine andere Querschnittstudie aus Deutschland (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018) fand heraus, dass mehr als 50 % der Mitarbeitenden von 39 Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege körperliche Gewalt erfahren hat; bei der verbalen Gewalt waren es sogar über 80 %. Persönliche Eigenschaften von Bewohner\*innen (z. B. körperliche Beeinträchtigung, Demenz, Schmerzen etc.) und Mitarbeitenden (z. B. Alter, Geschlecht, Burnout etc.) aber auch Arbeitsplatzfaktoren (etwa Überstunden oder Zeitmangel) und Umgebungsfaktoren (beispielsweise starre Vorgaben oder Verwendung von FEM) zählen zu den häufigsten Risikofaktoren der Gewalt gegenüber Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen (Staudhammer 2018; Arens, et al. 2017; Zeller et al. 2012; Tak et al. 2010).

Maßnahmen, die sich gegen diese Gewalt richten sind ebenso vielfältig wie die darunterliegenden Faktoren. Präventionsmaßnahmen, die vor Gewalteintritt gesetzt werden, beziehen sich meistens auf die Ermittlung von Gefahren am Arbeitsplatz und Einschätzung ihres Eintrittsrisikos sowie weitere technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeitenden vor Gewalt (beispielsweise bauliche Vorkehrungen oder keine Alleinarbeit). Interventionsmaßnahmen zum Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten werden meistens kurz vor dem Eintritt eines Gewaltvorfalls oder während dessen angewendet. Schließlich sorgen Nachsorgemaßnahmen für eine angemessene Betreuung der Mitarbeitenden nach einem Gewaltvorfall. Einzelne Kategorien und ihre jeweiligen Maßnahmen werden im Nachfolgenden erläutert.

#### **4.2.3.1 Gefahren- und Risikobeurteilung**

Nach dem Arbeitsschutzgesetz aber auch um individuelle und auf die Einrichtung zugeschnittene Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen Gewalt zu entwickeln, müssen Einrichtungen die im Betrieb bestehenden Gefahren und Risikofaktoren ermittelt und beurteilen. Dies kann auf verschiedene Weisen erfolgen. Zum einen können Gewalterfahrungen von Mitarbeitenden in persönlichen Gesprächen, Gruppendiskussionen, anonymen Umfragen oder Gesprächen mit Mitarbeitervertreter\*innen erfragt werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 14). Zum anderen können Aufzeichnungen von Gewaltvorfällen, Fehlzeiten und Fluktuationen von Mitarbeitenden analysiert werden. Diese bergen oft Hinweise auf Gefahren, die auf Gewalt zurück zu führen sind (International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 12). Analysen von Dienstplänen oder Kenntnissen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden in Bezug auf Gewalt am Arbeitsplatz geben Auskunft darüber welche einrichtungs- und personenbezogene Maßnahmen in der gegebenen Einrichtung bedeutsam wären (Nova Scotia Health Research Foundation 2017, S. 7).

Nach der Ermittlung der Gefahren müssen diese, am besten gemeinsam mit Mitarbeitenden, auf ihre Eintrittswahrscheinlichkeit und Folgeschwere beurteilt werden. Sollte sich herausstellen, dass gewisse Gefahren eine niedrige Eintrittswahrscheinlichkeit haben und gleichzeitig keine ernsthaften Konsequenzen mit sich bringen, wird der Handlungsbedarf dementsprechend niedrig oder nicht vorhanden sein. Bei Gefahren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit und schweren Folgen werden entsprechende Maßnahmen schnell gesetzt werden müssen (zu verschiedenen Kombinationen von Eintrittswahrscheinlichkeit und Folgeschweren und entsprechendem Handlungsbedarf siehe Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 15).

Eine besondere Situation in der eine Gefahrenermittlung und Risikoeinschätzung für Maßnahmensetzung sehr wichtig ist, ist die Alleinarbeit. Diese birgt ein besonders großes Risiko für sexuelle und physische Gewalt (International Labour Office (ILO) et

al. 2002, S. 8). Die Risikoeinschätzung erlaubt es zu bestimmen, ob es vertretbar ist, dass die Tätigkeiten im Alleingang ausgeübt werden oder ob noch eine Person benötigt wird. Entscheidungen über Arbeitsplatzüberwachung, Meldesysteme, Kontrollgänge etc. für den Schutz der Mitarbeitenden können so besser getroffen werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 24).

Byon et al. (2016) bringen Kund\*innen mit gewalttätiger Vorgeschichte, die zu Hause von Pflegekräften betreut werden, mit physischer und verbaler Gewalt in Verbindung. Sie schlussfolgern daraus, dass Maßnahmen zur Weitergabe der Informationen über das vergangene Gewaltverhalten die Wahrscheinlichkeit der Gewaltvorfälle am Arbeitsplatz senken könnte. Im Gesundheitswesen werden diese Informationen hauptsächlich durch entsprechende Einträge in der Akte von Patient\*innen/Klient\*innen/Bewohner\*innen vorgenommen. Türmagneten oder Bänder fürs Handgelenk in verschiedenen Farben können Mitarbeitenden signalisieren, dass sie entsprechenden Informationen vor dem Kontakt heraussuchen sollen (Nova Scotia Health Research Foundation 2017, S. 12). Kling et al. (2011) weisen aber darauf hin, dass solche Maßnahmen zwar erfolgreich Personen mit gewalttätiger Vorgeschichte identifizieren, nicht aber Maßnahmen ergeben, die diese hindern gewalttätig zu werden.

#### **4.2.3.2 Technische und organisatorische Maßnahmen**

Bei der Ermittlung von Gefahren in einer Einrichtung kann beispielsweise festgestellt werden, dass die Beleuchtung oder zu hohe Raumtemperatur das Gewaltrisiko der Bewohner\*innen gegen Mitarbeitende erhöht. Oder es könnte der Fall sein, dass Gewalt toleriert und nicht angekämpft wird und dies das Gewaltrisiko gegen Mitarbeitende negativ beeinflusst. Im ersten Fall können technische Maßnahmen helfen: sie beziehen sich auf bauliche Faktoren der Einrichtung, ihre Ausstattung, Wohnatmosphäre etc. Im zweiten Fall können organisatorische Maßnahmen

eingesetzt werden: diese zielen auf die internen Abläufe der Einrichtung und den Umgang mit der Gewalt.

### ***Technische Maßnahmen***

Technische Maßnahmen zielen einerseits darauf ab durch Veränderungen der Umgebung und den Einsatz von Technologie die Auslöser des aggressiven oder gewalttätigen Verhaltens der Bewohner\*innen zu beseitigen und andererseits die Sicherheit der Mitarbeitenden zu erhöhen. So können das aggressive Verhalten und die Konfliktpotenziale durch bauliche Veränderungen und Umgestaltungen - etwa Einsatz von angenehmen Wand- und Deckenfarben, beruhigende Inneneinrichtung oder hilfreiche Wegweiser - positiv beeinflusst werden. Die Wohnatmosphäre kann durch passende Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Klimatisierung und Ruhe zur Beruhigung der Bewohner\*innen beitragen. Zur Erhöhung der Sicherheit der Mitarbeitenden kann die Überschaubarkeit und Einsehbarkeit in verschiedenen Bereichen verbessert, Beleuchtung in Gefahrenzonen optimiert, Zugang zu Mitarbeiterbereichen beschränkt und Wohn- oder Behandlungsräumlichkeiten mit zwei Ausgängen ausgestattet werden. Möbel und Einrichtungsgegenstände sowie weitere Gegenstände, die als Waffe verwendet werden könnten (z. B. heiße Getränke oder Bürozubehör), sollten fixiert bzw. in geschlossenen Schränken und Schubladen aufbewahrt werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 17–18; Nova Scotia Health Research Foundation 2017, S. 16; International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 22). Mitarbeitende, die allein, in der Nacht oder mit potentiell gewalttätigen Bewohner\*innen arbeiten, können an ihrem Arbeitsplatz unter Einsatz von Technologie überwacht oder für Aussendung von Notrufen ausgestattet werden (z. B. Personen-Notsignal-Anlagen) (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 26).

## **Organisatorische Maßnahmen**

Organisatorische Maßnahmen sind auf die in der Einrichtung vorherrschenden Regeln, Prozesse, Normen und Gewohnheiten ausgerichtet, die sich negativ auf den Umgang mit und Handeln bei Gewalt auswirken. Wie sich Mitarbeitende im Fall von Gewalt verhalten, ob sie Gewaltfälle melden und dokumentieren, und ob sie der Einrichtung vertrauen sie vor Gewalt zu schützen, hängt davon ab, ob und wie in der Einrichtung über Gewaltvorfälle und Konflikte gesprochen wird und welche Verhaltensregeln es diesbezüglich gibt (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 18).

Maßnahmen zur Sensibilisierung der Führungskräfte für das Thema Gewalt am Arbeitsplatz, regelmäßige Besprechungen von Gewalterfahrungen mit Vorgesetzten, Informationstreffen, Gruppendiskussionen, vertrauliche Einzelgespräche etc. enttabuisieren das Thema und signalisieren den Mitarbeitenden die Bereitschaft sich mit ihr zu befassen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 18–19; International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 20). Ein gewaltfreies Klima wird in einer Einrichtung dadurch geschaffen, dass allen Beteiligten (Mitarbeitenden, Bewohner\*innen, Angehörigen) vermittelt wird, dass Gewalt nicht toleriert wird und dass es Regeln zum Umgang mit Gewalt gibt (Nova Scotia Health Research Foundation 2017, S. 14). Hausordnungen und vertragliche Regeln für Bewohner\*innen mit ihren Rechten und Pflichten und denen ihrer Angehörigen können deutlich machen, wie mit Gewalt und Aggression in der Einrichtung umgegangen wird. Die Einrichtung kann Verträge kündigen und Gewaltvorfälle anzeigen. Die Bekanntgabe der Sanktionen gegen Täter\*innen erhöht die Transparenz beim Umgang mit der Gewalt und gibt den Mitarbeitenden Vertrauen und Sicherheit (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 19; International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 20).

Verhaltensrichtlinien unterstützen die Mitarbeitenden bei Handlungsentscheidungen: wer sind die verantwortlichen Personen, was sind die Grenzen angemessener

Gegenwehr, wann soll man welche Schutzausrüstung verwenden, wie verhält man sich richtig bei Gewaltvorfällen etc. (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 19). Einrichtungen sollten auch einen individuellen Notfallplan erstellen, in dem die wichtigsten Anweisungen zum Ablauf der Rettung und Kontaktdaten von Notfallstellen und zuständigen Personen angegeben sind. Dieser sollte für alle Mitarbeitenden einsehbar sein und sie sollten Übungen nach dem Notfallplan ausführen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 27).

#### **4.2.3.3 Umgang mit gewalttätigen Bewohner\*innen**

Ob Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen gewalttätig werden, können Mitarbeitende aus ihrem vergangenen gewalttätigen Verhalten, aber auch durch Beobachtung von Warnzeichen, wie beispielsweise drohender Körperhaltung oder Sachbeschädigung, vorhersehen (Richter 2013, S. 17). Auch die Verwendung von den aus der Psychiatrie stammenden Aggressions- und Risikoeinschätzungsskalen, die den Aggressionsgrad beurteilen und aus ihm hervorgehendes Gewaltrisiko ableiten sollen, ist denkbar; gleichzeitig aber gibt es noch zu wenig Studien die Übertragbarkeit und Wirksamkeit im geriatrischen Bereich überprüfen (Richter 2013, S. 18). Eine der wenigen Studien, die die klinische Validität einer dieser Aggressionsskalen in Pflegeeinrichtungen für ältere und demenzkranke Personen überprüft hat, kommt zum Schluss, dass diese erfolgreich die gewalttätigen Vorfälle von älteren Bewohner\*innen vorhersagt (Almvik et al. 2007).

In den vom Bundesministerium für Gesundheit 2006 veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ wird als erste Empfehlung die verstehende Diagnostik genannt. Im Allgemeinen umfasst die verstehende Diagnostik die Suche nach Ursachen des gewalttätigen, aggressiven oder herausfordernden Verhaltens von (demenzkranken) Bewohner\*innen. Um die Ursachen des Verhaltens zu finden, wird

einerseits versucht, die Perspektive der betroffenen Person einzunehmen und andererseits nach körperlichen Ursachen des Verhaltens gesucht. Um die Perspektive von Bewohner\*innen einzunehmen, können biografische Informationen (Beruf, Hobbies, Erinnerungen, Gewohnheiten etc.) mit strukturellen Faktoren (Tagesstruktur, zu viel Aktivitäten, zu wenig Aktivitäten, Hygienevorschriften etc.) kombiniert werden, um so Ursachen zu definieren, die das Verhalten auslösen könnten. Hierfür eignen sich interdisziplinäre Fallbesprechungen, an denen auch betroffene Bewohner\*innen und Angehörige teilnehmen können. Körperliche Ursachen, wie Schmerzen, Infektionen, Frakturen, Delir etc., können ebenfalls Gewalt und Aggression verursachen und sollen so gut und schnell wie möglich eliminiert werden (Richter 2013, S. 19; Bartholomeyczik et al. 2006, S. 61–62).

Sollte bei der verstehenden Diagnostik festgestellt werden, dass die Ursachen des gewalttätigen Verhaltens Unmöglichkeit der Kommunikation, Verwirrtheit, Desorientiertheit u.Ä. sind, kann als Maßnahme auf die so genannte Validierung zurück gegriffen werden. Die Validierung umfasst eine empathische Grundeinstellung gegenüber betroffenen Personen und die Akzeptanz ihres Zustandes (z. B. Demenz, Sucht, etc.). Die Pflegekräfte versuchen die Realität der betroffenen Personen nicht zu negieren sondern nutzen diese als Basis für die Entwicklung von Kommunikations- und Handlungstechniken. Beispiele von solchen Techniken sind langsames und empathisches Sprechen mit der betroffenen Person, Aufmerksamkeit auf das Nichtvergessene lenken, Einfühlsamkeit zeigen durch Körperhaltung, Bewegungen und Gesichtsausdruck etc. (Bartholomeyczik et al. 2006, S. 87–88; RMA Gesundheit GmbH 2020).

Weitere pflegerische Maßnahmen für den Umgang mit gewalttätigen und herausfordernden Verhalten sind Musiktherapie, basale Stimulation, Snoezelen, Entspannungsverfahren (Massage, Aromatherapie, Yoga, Atemübungen etc.), Lichttherapie, Tierkontakte etc. (Richter 2013, S. 24; Bartholomeyczik et al. 2006).

Da Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen oft Auslöser des gewalttätigen Verhaltens der Bewohner\*innen sind, sollten sie ihr Verhalten reflektieren und passende

Kommunikations- und Verhaltensstrategien zur Deeskalation von gewalttätigem Verhalten entwickeln (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 20). Die wichtigsten Prinzipien der Deeskalation beziehen sich darauf, wie sich die deeskalierende Person seinem Gegenüber verhält und wie sie mit der zu deeskalierenden Situation umgeht. Die deeskalierende Person sollte eine empathische Grundeinstellung einnehmen und respektvoll und fair mit ihrem Gegenüber umgehen. Dies beinhaltet die Vermeidung von Machtspielen, Überheblichkeit und Druck, aktives Zuhören und Wahrnehmen der Wünsche und Bedürfnisse des Gegenübers. Sie sollte in der Lage sein, sich selbst in Bezug auf den Umgang mit der Situation einzuschätzen und selbstbewusst und sicher die Situation deeskalieren. Die Einstellung, dass man nur die Situation und nicht sein Gegenüber kontrollieren kann, sollte verinnerlicht werden. Der zu deeskalierende Person sollte die Gelegenheit gegeben werden, die Situation zu bestimmen, ohne ihr unerfüllbare Zugeständnisse zu machen. Die Deeskalation sollte frühzeitig beginnen und Zeitdruck für beide Seiten abgebaut werden (Richter 2013, S. 19–20). Auf die persönliche Sicherheit sollte geachtet werden, indem genügend Abstand zu der zu deeskalierenden Person gehalten wird, Fluchtmöglichkeiten gesichert sind und Objekte, die eventuell als Waffe verwendet werden könnten, entfernt wurden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 20–21). Das Ziel einer guten Deeskalation sollte die Herstellung einer Beziehung zu der gewalttätigen Person sein, so dass die Ursachen ihres Verhaltens, die Gefühle und Gedanken zu dem Vorfall verstanden und Optionen und Alternativen angeboten werden können (Richter 2013, S. 19). Das Erlernen von Deeskalationstechniken, wobei auch hausinterne Deeskalationstrainer\*innen zum Einsatz kommen können, kann Teil eines Aggressions- und Deeskalationsmanagements der Einrichtung sein, in welchem auch die Regeln für den Umgang mit Gewalt und Gegenmaßnahmen (z. B. FEM) festgelegt sind. So verfolgen Mitarbeitende eine gemeinsame Strategie und wissen um die Zulässigkeit von Maßnahmen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 20–21).

Im Fall, dass eine Deeskalation nicht zur Beruhigung der Situation führt, sondern diese weiter zu eskalieren und unmittelbare Gefahr für anwesenden Personen und/oder die gewalttätige Person selbst droht, können körperliche Maßnahmen ergriffen werden. Diese sollen nur als letztes Mittel gewählt werden und die gewalttätige Person hindern, ihr Verhalten fortzusetzen bzw. die Intensität des Verhaltens zu steigern. Körperliche Maßnahmen können medikamentöse Behandlung, körperliche Abwehr oder den Einsatz von FEM umfassen (Richter 2013, S. 20). Wenn FEM einmalig in Notfällen eingesetzt werden, muss sie eine anwesende Fachperson genehmigen und nachträglich ärztlich bestätigen lassen. Im Fall eines über die Notfallsituation anhaltenden oder wiederholten Einsatzes, muss unbedingt eine richterliche Anordnung eingeholt werden. Beispiele von solchen Maßnahmen sind: eine Pause im Zimmer einlegen, Isolation, Beobachtung, Fixierung u. Ä. (Oud und Walter 2009, S. 69–70). Mitarbeitende sollen für solche Fälle durch Aufklärung und Üben vorbereitet werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 23).

Maßnahmen zur körperlichen Abwehr können zum eigenen und zum Schutz anderer Person angewendet werden. Wichtig dabei ist, dass diese nicht dem Zweck dienen, die gewalttätige Person zu verletzen, sondern sie so schonend wie möglich von ihrem Verhalten abzuhalten. Die Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem/der gewalttätigen Bewohner\*in sollte nicht beschädigt werden. Die Techniken der körperlichen Abwehr müssen erlernt und regelmäßig geübt werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 22). Auch situationsspezifische Abwehrtechniken wie beispielsweise beim an den Haaren Ziehen, Beißen, Faustangriffen, Handgelenkangriffen und Flucht- und Befreiungstechniken werden in der Literatur als nützlich genannt (Lamont und Brunero 2018; Lamont et al. 2012; Irvine et al. 2012). Mitarbeitende können auch durch geeignete Kleidung und Schmuck das Risiko senken, Opfer von Gewalt zu werden. Geschlossenes Schuhwerk mit rutschfesten Sohlen ermöglicht stabiles stehen und sichere Befreiung oder Flucht. Wenn keine Schals, Schmuck etc. getragen

werden, kann vermieden werden, dass Mitarbeitende an diesen gepackt und beispielsweise gewürgt werden. Kurze Fingernägel verringern das Verletzungsrisiko (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 22).

#### **4.2.3.4 Nachsorgemaßnahmen**

Nach einem Gewaltvorfall gegenüber Mitarbeitenden sollten Pflegeeinrichtungen professionelle Nachsorgemaßnahmen setzen, um so die Wirkung der Gewalt am Arbeitsplatz zu minimieren und Wiederholungen von gewalttätigen Vorfällen zu verhindern. Nachsorgemaßnahmen beziehen sich in erster Linie auf die von der Gewalt betroffene Person, umfassen aber auch Maßnahmen in Bezug auf die Dokumentation und Anzeige von Gewaltvorfällen oder die gesetzliche Vertretung von Gewaltopfern.

Unmittelbar nach einem Gewaltvorfall braucht die betroffene Person Schutz und Sicherheit. Falls sie verletzt wurde, sollte Erste Hilfe geleistet werden. Ihr sollte angeboten werden, den Ort des Gewaltvorfalls zu verlassen, und sie sollte an diesem Tag auch nicht mehr arbeiten müssen. Als emotionale Unterstützung können im ersten Moment Kolleg\*innen oder Vorgesetzte dienen, die durch Gespräche oder körperliche Gesten (z. B. Umarmung) der betroffenen Person Halt bieten sollen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 27; Richter 2013, S. 90). Hierfür eignen sich auch einrichtungsinterne Erstbetreuer\*innen, die für den Umgang mit akuten Krisen geschult wurden. Neben den Gesprächen mit dem Opfer, können diese Kolleg\*innen auch die Angehörigen oder Vorgesetzte detailliert informieren, zum Arzt begleiten oder die Meldung an die Unfallversicherung einleiten (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 28). Neben der Sicherheit, ist auch die Autonomie der betroffenen Person sehr wichtig: Alle Entscheidungen des Opfers in Bezug darauf,

wie es nach dem Vorfall behandelt werden möchte, sollten jederzeit respektiert werden (Richter 2013, S. 88–91).

In der Zeit nach der ersten Betreuung sollten der betroffenen Person weitere Gespräche angeboten werden. Wichtig dabei ist es, dass das Opfer Unterstützung der Einrichtung ohne Angst vor Schuldzuweisungen und Kritik erfährt (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 28). Wichtig ist auch auf eine mögliche Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen zu achten. Persönliche Charakteristika, psychische Belastungen, vergangene Gewalterfahrungen, die Intensität des Gewaltvorfalls etc. spielen dabei eine wichtige Rolle und sollten berücksichtigt werden. Viele Opfer von Gewalt sind in der Lage sich selbst zu helfen und sollten in diesem Prozess auch nicht gestört werden, sollten keine psychische Belastungsstörungen bemerkt werden (Richter 2013, 88--90). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz von Mitarbeitenden, die längere Zeit nach dem Gewaltvorfall nicht gearbeitet haben, sollte mit Bedacht und Plan vollzogen werden. Die Möglichkeit der Wiederholung des Gewaltvorfalls muss ausgeschlossen werden. Im Gespräch mit der betroffenen Person sollte herausgefunden werden, wie die Tätigkeit und arbeitsplatzbezogene Faktoren angepasst werden können (z. B. Teilzeitarbeit), so dass die Arbeit für das Opfer wieder möglich wird (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 31; International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 28).

Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet alle Gewaltvorfälle zu dokumentieren. Die Dokumentation dient der Gefahrenermittlung, Einschätzung von Eintrittswahrscheinlichkeiten, Festlegung von Präventions- und Nachsorgemaßnahmen und der rechtlichen Absicherung der Opfer (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 29). Außerdem sollte die Einrichtungsleitung eine rechtzeitige Vorfalluntersuchung einleiten und den Fall bis zum Abschluss nachverfolgen (International Labour Office (ILO) et al. 2002, S. 27). Dies kann unter anderem auch durch Anzeige des Gewaltvorfalls erfolgen, was wiederum den Mitarbeitenden signalisiert, dass Gewalt in

der Einrichtung nicht geduldet wird und Gewaltangriffe auf die Mitarbeitenden nicht geduldet werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018, S. 30).

#### **4.2.3.5 Studien zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende**

Die Literaturrecherche ergab mehrere Studien, die Maßnahmen zur Prävention von und Intervention bei Gewalt gegen Mitarbeitende untersuchen. Vier davon wurden in Pflegeeinrichtungen (Irvine et al. 2012; Bédard et al. 2011; Nau et al. 2010; Cooke et al. 2010), ebenfalls vier in psychiatrischen Abteilungen (Hvidhjelm et al. 2016; Hill et al. 2015; van de Sande et al. 2011; Laker et al. 2010) und drei in Krankenhäusern (Lamont und Brunero 2018; Arnetz et al. 2017; Lamont et al. 2012) durchgeführt. Alle elf Studien waren quantitativer Natur. Zwei Studien waren randomisierte kontrollierte Studien (Arnetz et al. 2017; van de Sande et al. 2011), vier Vorher-Nachher-Vergleichsstudien (Lamont und Brunero 2018; Hill et al. 2015; Lamont et al. 2012; Nau et al. 2010) und jeweils eine quasi-experimentelle Studie (Laker et al. 2010), Delayed-Start-Studie (Irvine et al. 2012), Repeated-Measure-Studie (Bédard et al. 2011), Cross-Over-Studie (Cooke et al. 2010) und semi-randomisierte Regressionsdiskontinuitätsstudie (Hvidhjelm et al. 2016).

Fünf Studien inkludierten Schulungen, die sich unter anderem mit Deeskalationsfähigkeiten, Selbstbefreiung oder sicherem Fixieren beschäftigten. Die Deeskalationsfähigkeiten bezogen sich auf richtige und falsche Kommunikations- und Verhaltensweisen, positiv orientierte, nicht bestrafende Umleitungsstrategien und Wissen über und Vermeidung von Aggression (Lamont und Brunero 2018; Irvine et al. 2012; Laker et al. 2010; Nau et al. 2010). Bei den Selbstbefreiungsübungen wurden situationsspezifische Fähigkeiten beim Umgang mit Haare ziehen, Faustangriffen, Handgelenkangriffen, Bear Hugs, Strangulation etc. und Simulation von gefährlichen Situationen geübt (Lamont und Brunero 2018; Lamont et al. 2012; Irvine et al. 2012; Nau et al. 2010). Eine Schulung unterrichtete die Teilnehmenden im sicheren Fixieren

von gewalttätigen Bewohner\*innen (Laker et al. 2010) und eine in der Ausformulierung von Plänen zur Einschätzung und zum Management von Gewaltrisiko (Lamont und Brunero 2018).

Zwei der gefundenen Studien beschäftigten sich mit Maßnahmen, die sich auf das herausfordernde Verhalten von an Demenz erkrankten Bewohner\*innen richten und so indirekt Gewalt gegen Mitarbeitenden beeinflussen können. Eine auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichtete Maßnahme (Bédard et al. 2011) beinhaltete therapeutische Sitzungen in denen den Bewohner\*innen Trost, Aufmerksamkeit und sensorische Stimulation gegeben wurden. Die zweite Studie inkludierte Live-Musik als Maßnahme gegen verbale Gewalt (Cooke et al. 2010).

Risikoeinschätzung als Maßnahmen gegen Gewalt an Mitarbeitenden wurde in zwei psychiatrischen Studien gefunden. Die erste Studie arbeitete mit der Brøset Violence Checklist (Hvidhjelm et al. 2016), während sich die zweite eines sogenannten Crisis-Monitors (Einschätzung von verschiedenen Verhaltensfaktoren und Gewaltrisikos mittels verschiedener Skalen) bediente (van de Sande et al. 2011).

Eine der Studien beschäftigte sich mit der Datennutzung als Maßnahmen gegen Gewalt an Mitarbeitenden. Hier wurden Gewaltdaten auf Abteilungsniveau zur Verfügung gestellt, um die Entwicklung eines Gewaltpräventionsplans zu unterstützen (Arnetz et al. 2017).

Eine einzige Studie beinhaltete eine Multikomponenten-Maßnahme (Hill et al. 2015). Diese bezogen sich hauptsächlich auf Verhalten und Abläufe um Verletzungen von Mitarbeitenden durch Gewalt zu vermeiden, Besprechungen von Gefahren und Sicherheitskonzepten und Informationsaustausch.

Eine Übersicht aller Präventions- und Interventionsmaßnahmen aus den vorgestellten Studien, die in Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden, befindet sich in der Tabelle 5. Tabelle 6 präsentiert Maßnahmen aus den psychiatrischen Abteilungen und Tabelle 7 die aus Krankenhäusern.

**Tabelle 5: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen**

<b>Studie</b>	<b>Maßnahmenkomponenten</b>
Irvine et al. 2012	Online-Training für Mitarbeitende (richtige und falsche Kommunikations- und Verhaltensweisen, positiv orientierte, nicht bestrafende Umleitungsstrategien, welche die Sicherheit der Mitarbeitenden und Bewohner*innen gewährleisten sollen, Deeskalationsfähigkeiten, situationsspezifische Fähigkeiten beim Umgang mit an den Haaren ziehen, Faustangriffen, Handgelenkangriffen)
Bédard et al. 2011	Bedürfnis-basierte Interventionsmaßnahme: Treffen mit einem Therapeuten während der verbalen Aggression von Demenzkranken: Trost geben, Aufmerksamkeit schenken, sensorische Stimulation geben (Demenz und herausforderndes Verhalten)
Nau et al. 2010	Mitarbeitertraining (Wissen über Aggression, Fähigkeiten der Selbstbefreiung, der Kommunikation, der Vermeidung von Aggression, Austausch von Gefühlen und Erfahrungen, Simulation von Situationen, gesetzliche Vorgaben)
Cooke et al. 2010	Live-Musik (Demenz und herausforderndes Verhalten)

**Tabelle 6: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in psychiatrischen Abteilungen**

<b>Studie</b>	<b>Maßnahmenkomponenten</b>
Hvidhjelm et al. 2016	Brøset Violence Checkliste
Hill et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen</li> <li>• Buddy-System (Arbeit zu zweit)</li> <li>• Entwicklung eines Patienten-Einschätzungsdokuments</li> <li>• Entscheidungshilfe Schutzausrüstung</li> <li>• Team-Treffen (Besprechungen beim Schichtwechsel über potentiell aggressive Bewohner*innen)</li> <li>• Treffen des Leitungspersonals (zuverlässige und sichere Durchführung neuer Sicherheitsverfahren)</li> <li>• Kritische Vorfallüberprüfung</li> <li>• Dienstübergabe im Beisein der Bewohner*innen</li> <li>• Patienteninformationsordner</li> <li>• Patienten-Board (zeigt alle Bewohner*innen mit potentiell aggressiven Verhalten und passender Schutzausrüstung)</li> </ul>
van de Sande et al. 2011	Tägliche Anwendung des Crisis Monitors (Einschätzung von verschiedenen Verhaltensfaktoren und Gewaltisiko mittels verschiedener Skalen)
Laker et al. 2010	Mitarbeitertraining (Sicheres Fixieren von aggressiven Bewohner*innen, Deeskalation und Prävention von Gewalt)

**Tabelle 7: Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt gegen Mitarbeitende in Krankenhäusern**

<b>Studie</b>	<b>Maßnahmenkomponenten</b>
Lamont und Brunero 2018	Training/Workshop (Ausformulierung von Plänen zur Einschätzung und zum Management von Gewaltrisiko, Anwendung von Deeskalationstechniken, Anwendung von Befreiungstechniken als Reaktion auf gewalttätige Personen)
Arnetz et al. 2017	Gewaltdaten auf Abteilungsniveau als Grundlage für die Entwicklung eines Gewaltpräventionsplans zu unterstützen
Lamont et al. 2012	Aggressionsmanagementtraining (Griffe an den Handgelenken und Kleidung, an den Haaren ziehen, würgen, strangulieren und Bear Hugs)

Die Maßnahmen gegen Gewalt an Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen, psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern, die hier präsentiert wurden, unterscheiden sich einigermaßen. Während sich Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen hauptsächlich auf Deeskalationsfähigkeiten und Beruhigung von herausforderndem Verhalten richten, konzentrieren sich Maßnahmen in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern überwiegend auf Risikoabschätzung, Datennutzung, Selbstbefreiung und Abläufe zum direkten Schutz der Mitarbeitenden. Ob eine Übertragung der Maßnahmen aus den letzteren zwei Bereichen in die Pflegeeinrichtungen sinnvoll und möglich ist, müsste noch überprüft werden.

Die Studien, die die Wirksamkeit von Schulungen überprüften, berichten von unterschiedlichen Ergebnissen. Während in der Studie von Irvine et al. (2012) eine Online-Schulung zur signifikanten Reduktion der Häufigkeit der Gewaltvorfälle führt, findet die Studie von Laker et al. (2010) keine signifikanten Änderungen. Die Studien

von Lamont & Brunero (2018) und Lamont et al. (2012) schlussfolgern, dass die von ihnen präsentierten Schulungen zur signifikanten Erhöhung des Selbstbewusstseins und der Sicherheit im Umgang mit gewalttätigen Verhalten führen. Nau et al. (2010) finden einen signifikant positiven Effekt von ihrer Schulung auf die Fähigkeiten der Mitarbeitenden und dies unabhängig vom Alter oder Ausbildungsdauer.

Die Studien, die Risikoeinschätzung als Maßnahmen gegen Gewalt einsetzten, schlussfolgern, dass diese zur signifikanten Reduktion des Risikos (Hvidhjelm et al. 2016) und der Häufigkeit von Gewaltvorfällen (van de Sande et al. 2011) führen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie von Arnetz et al. (2017). Die Autoren finden eine signifikante Reduktion des Gewalt- und Verletzungsrisikos für Mitarbeitende durch Nutzung von Gewaltdaten und Entwicklung eines Gewaltpräventionsplans.

Studien, die Maßnahmen gegen herausforderndes Verhalten präsentieren, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Bédard et al. (2011) finden eine signifikante Reduktion der Häufigkeit von verbaler Aufregung durch ihre bedürfnisbasierte Maßnahme. Cooke et al. (2010) finden dagegen keine signifikante Änderung in der Aufregung und Angstzuständen von Bewohner\*innen mit Demenz durch Live-Musik. Die Multikomponenten-Maßnahme von Hill et al. (2015) führt zur Reduktion von durch Gewalt verursachter Verletzungen der Mitarbeitenden.

Auf Grund großer methodologischer Unterschiede zwischen den hier vorgestellten Studien und ihrer jeweiligen Limitationen, sind diese Ergebnisse allerdings mit Vorsicht zu genießen. Evaluierungen von Maßnahmen zur Reduktion von Gewalt gegen Mitarbeitenden können beispielsweise in Martinez (2016), Hills et al. (2015) und Livingston et al. (2014) gefunden werden.

#### 4.2.4 Personelle Gewalt gegen Bewohner\*innen

Gewalthandlungen gegenüber Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen seitens der Mitarbeitenden reichen von verbaler und psychischer Gewalt (beispielsweise Verwendung von Baby-Sprache oder Androhung einer Strafe) über physischer und sexueller Gewalt (etwa Schlagen oder unerlaubtes Anfassen der intimen Körperteile) bis hin zu finanzieller Ausbeutung und Vernachlässigung (z. B. Entwendung von Geld oder Schmuck oder Vernachlässigung der Zahnpflege) (Palese et al. 2019, S. 2160; Staudhammer 2018, S. 7–11; Suhr R. 2017, S. 37; Arens, et al. 2017, S. 170). Eine besondere Form von Gewalt ist die Anwendung von FEM - beispielsweise beidseitigen Bettgittern oder Medikamenten zur Ruhigstellung (Meyer und Abraham 2013, S. 11).

Wie häufig Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen personelle Gewalt erfahren ist schwer einschätzbar (Eggert et al. 2017, S. 14–17). Um diese Frage zu beleuchten befragten beispielsweise Page et al. (2009) in einer telefonischen Umfrage Angehörige von Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen in Michigan, USA. Sie fanden heraus, dass Vernachlässigung mit 21,3 % die häufigste Form der Gewalt ist. Die Häufigkeit anderer Gewaltformen (physische, verbale etc.) variierte zwischen 5,4 % und 17,4 % (S. 244). Eine Umfrage von Pflegedienstleistungen und Qualitätsbeauftragten im stationären Bereich in Deutschland über die Häufigkeit verschiedener Gewaltformen ergab, dass verbale Aggressivität und Vernachlässigung die häufigsten Formen von Gewalt in ihren Einrichtungen waren (Eggert et al. 2017, S. 21). Zu den Hauptrisikofaktoren zählen persönliche Eigenschaften der Mitarbeitenden (beispielsweise mangelnde Eignung für den Beruf oder Burnout), persönliche Eigenschaften der Bewohner\*innen (etwa herausforderndes oder gewalttätiges Verhalten) und Faktoren, die sich auf den Arbeitsplatz (z. B. Teamkonflikte) oder die Organisation (etwa Personalmangel) beziehen (Andela et al. 2018; Band-Winterstein 2015; Friedman et al. 2019; Killett et al. 2013).

Die in der Literaturrecherche am häufigsten gesichteten Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen Gewalt an Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen

werden hier in folgende Kategorien eingeteilt: Erkennung und Dokumentation, Wissen und Fähigkeiten, Arbeitsbelastungen, würdevolle Pflege und Kommunikation. Diese werden im weiteren Verlauf zusammenfassend vorgestellt.

#### **4.2.4.1 Erkennung und Dokumentation**

Eine wichtige Maßnahme zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen ist die rechtzeitige Erkennung von Gewaltanzeichen an Bewohner\*innen, Meldung von vermuteten oder stattgefundenen Vorfällen und ihre ordnungsgemäße Dokumentation. In einer Umfrage von Pflegekräften in drei norwegischen Pflegeheimen berichteten die Teilnehmenden von der Schwierigkeit zu erkennen, wann es sich um physische Gewalt oder Misshandlungen handelt. Auch das Erkennen von Grenzen, an denen Gewalt für einzelne Bewohner\*innen beginnt, wurde als schwierig identifiziert (Braaten und Malmedal 2017, S. 4). Deshalb sollten die Einrichtungen ihre Mitarbeitenden für die Aufgaben der Erkennung von und Umgang mit Gewalt schulen. Die gemeldeten Vorfälle sollten ernst genommen und ihre sofortige Untersuchung eingeleitet werden (Mileski et al. 2019, S. 1800).

Die häufigsten Wege der Erkennung von Gewalt sind Umfragen, die von Betroffenen selbst ausgefüllt werden oder von einer Fachkraft oder Einschätzungsteams durchgeführt werden. Auch die Verwendung von verschiedenen Skalen zur Erfragung und Einschätzung von gewalttätigen Erfahrungen ist üblich. Diese sind allerdings vielzählig und umfassen oft unklar definierte Gewaltformen. Die gewählte Skala sollte kurz, einfach durchführbar und auf die häufigste Art der Gewalt in der Einrichtung ausgerichtet sein (Mileski et al. 2019, S. 1801; Schofield 2017, S. 170–180). Auch das Erkennen von Anzeichen von Demenz oder der Alzheimer-Krankheit hilft bei der Entwicklung der speziellen Pflegepläne und der Einschätzung von möglichem herausforderndem Verhalten der Bewohner\*innen, welches Gewalt seitens der Pflegekräfte provozieren könnte (Mileski et al. 2019, S. 1801).

Eine auf die Gewaltprävention ausgerichtete Dokumentation umfasst nicht nur die reine Dokumentation von Gewaltvorfällen sondern setzt schon bei der Erfassung von ganzheitlichen Informationen über Bewohner\*innen an. Neben Informationen über den gesundheitlichen Zustand sollen biografische Daten und Daten über Gewohnheiten, Vorlieben, Hobbies etc. gesammelt werden. Diese Informationen werden für die Planung von Pflege und Maßnahmen genutzt und sind die Grundlage einer würdevollen und gewaltfreien Pflege (Staudhammer 2018, S. 108). Die Dokumentation von verschiedenen Maßnahmen und Methoden und ihrer Wirkung kann weiter für die Übertragung des Wissens an andere Kolleg\*innen genutzt werden und somit zur Verhinderung der Gewalt beitragen (Braaten und Malmedal 2017, S. 6).

#### **4.2.4.2 Wissen und Fähigkeiten**

Schulungen und Weiterbildungen von Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen werden in der Literatur als eine der wichtigsten Maßnahmen zur Gewaltprävention gesehen (Mileski et al. 2019; Wangmo et al. 2017; Ayalon et al. 2016; DeHart et al. 2009). Diese befassen sich entweder mit allgemeinen Gewaltthemen oder behandeln eine spezifische Frage in Bezug auf Gewalt. Allgemeine Gewaltthemen umfassen die Definition von Gewalt (Richardson et al. 2002), Risikofaktoren und Prävalenz (Hsieh et al. 2009), Erkennung und Dokumentation (Mileski et al. 2019), Präventions- und Interventionsmaßnahmen (Kix 2016) etc. Spezifische Inhalte dieser Schulungen können spezielle Gewaltformen wie sexuelle Gewalt (Nursing Home Ombudsman Agency of the Bluegrass and Bluegrass Rape Crisis Center 2004) oder FEM (Pellfolk et al. 2010) in Pflegeeinrichtungen sein; oder sie behandeln gewaltnahe Themen wie herausforderndes Verhalten von Bewohner\*innen und Demenz (Smyth et al. 2013), Stress und Burnout (Hsieh et al. 2009) etc. Die Schulungen dienen der Erweiterung von Wissen, Fähigkeiten und Bewusstsein, Einstellungsänderung aber auch zum Austausch von Erfahrungen und Informationen mit Kolleg\*innen und Expert\*innen, mit dem Endziel gewaltnahes und gewalttätiges Verhalten in den Einrichtungen zu verhindern oder zu mildern.

Viele Studien haben den Versuch unternommen, die Wirksamkeit von Ausbildungs- und Schulungsprogrammen zu überprüfen. Dennoch ist ihre Wirksamkeit auf das Wissen und Einstellungen sowie die Verhinderung oder Abmilderung des Gewaltphänomens in den Pflegeeinrichtungen nicht eindeutig (Ayalon et al. 2016, S. 226). Eine wichtige Erkenntnis aus einer der Studien ist, dass Mitarbeitende, die zu Beginn der Schulung mehr Wissen als andere besaßen, in Zügen der Ausbildung weniger lernten. Dieses Hindernis sollte bei der Entwicklung von Schulungsmaßnahmen bedacht werden (Richardson et al. 2002, S. 339). Vergleiche von Studien zur Wirksamkeit von Schulungen bei der Reduktion von FEM zeigen ebenfalls widersprüchliche Ergebnisse. Die Cochrane Review von Möhler et al. (2012) fand nicht genügend Evidenz für die Wirksamkeit von Schulungen von Pflegefachkräften auf die Prävention bzw. Reduktion von FEM. Auf der anderen Seite geht aus der Cochrane Review von Forsetlund et al. (2009) hervor, dass Treffen mit dem Ziel der Weiterbildung die professionellen Praktiken und die Ergebnisse von Gesundheitsmaßnahmen verbessern. Dies ist allerdings wahrscheinlicher, wenn sie zusammen mit anderen Ausbildungsmaßnahmen verbunden werden (Kontio et al. 2014, S. 444).

#### **4.2.4.3 Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung**

Arbeitsstress und Burnout, Personalmangel, ungeeignete Schulungen, ungenügend Betreuung und schlechte Arbeitsbedingungen zählen zu weiteren wichtigen Risikofaktoren für Gewalt gegen Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen (Castle et al. 2015; Dong et al. 2014; Hsieh et al. 2009). Viele wichtige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Bewusstseinsbildung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen etc. wurden im Unterkapitel über strukturelle Gewalt an Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen beschrieben. Dazu zählen Zeitmanagement- und Stressbewältigungsseminare, kollegiale Beratungen und Supervisionen, Resilienz- und Entspannungstraining, Maßnahmen zur Optimierung von Arbeitsabläufen, der Dienstplanung, des Informationsflusses etc.

Die vorliegende Literaturrecherche ergab leider nur eine Studie, die Maßnahmen zur Stressreduktion oder Verbesserung der Arbeitsbedingungen beschreiben und auf die Abmilderung des Gewaltproblems in den Pflegeeinrichtungen abzielen. Hsieh et al. (2009) untersuchten die Wirksamkeit einer Mehrkomponenten-Selbsthilfegruppe für Pflegekräfte auf die Reduktion von verbaler und psychischer Gewalt, Verbesserung des Umgangs mit Stress und Erweiterung des Wissens über die Altenpflege. Die Maßnahme bestand aus den Komponenten Weiterbildung, gegenseitige Unterstützung und Diskussion und zeigte signifikante Reduktion der psychischen Gewalt und signifikante Erhöhung des pflegerischen Wissens. Die Studie fand keinen messbaren Einfluss auf Arbeitsstress.

#### **4.2.4.4 Kommunikation**

Gewalt kann in verbaler und nicht verbaler Kommunikation enthalten sein. Wenn mit oder über Bewohner\*innen in einer herablassenden und respektlosen Sprache gesprochen wird oder wenn Wunschäußerungen von Bewohner\*innen das Augenverdrehen von Mitarbeitenden provozieren, handelt es sich um Beispiele von gewaltvoller Kommunikation. Daher sollten Einrichtungen darauf achten, wie Mitarbeitende und Bewohner\*innen untereinander kommunizieren. Insbesondere Pflegekräfte mit direktem Kontakt zu Bewohner\*innen sollten in einer gewaltfreien Kommunikation und der Reflexion der eigenen Gedanken und (Körper-)Sprache geschult werden. Dabei sollten sie sich bewusst machen, dass gewaltfreie Kommunikation nicht nur die Abwesenheit von Gewalt ausmacht, sondern von Wertschätzung und Empathie geprägt ist (Staudhammer 2018, S. 19).

In Mitarbeiterschulungen können Mitarbeitende lernen sich der herablassenden und gönnerhaften Sprache bewusst zu werden, solche Sprache und ihre Charakteristika zu identifizieren und Wissen über negative Konsequenzen für Bewohner zu erweitern (Bradford und End 2010). Auch Schulungen, bei denen Mitarbeitende bei der Kommunikation mit Bewohner\*innen beobachtet werden und von erfahrenen

Schulungsleiter\*innen Feedback zu ihrem Verhalten bekommen, sind denkbar. Die Mitarbeitenden lernen gewaltfreie Kommunikationstechniken und positive Sprache zu verwenden (Sprangers et al. 2015).

Gewalt durch richtige Kommunikation zu vermeiden kann auch bedeuten, dass die Kommunikationsressourcen der Bewohner\*innen beobachtet und auf entsprechende Weise gedeutet werden. Wenn sich beispielsweise Bewohner\*innen, die sich verbal nicht äußern können, vehement gegen eine Hygienemaßnahme wehren, sollte dies als eindeutiges Zeichen der Ablehnung gedeutet werden. Ebenfalls, wenn Bewohner\*innen auf Grund ihrer Erkrankungen nicht in der Lage sind, Informationen oder Anweisungen zu verstehen, soll darüber nachgedacht werden, wie diese am besten übermittelt werden könnten. Wichtig ist, dass Kommunikationssignale und die Kommunikationsfähigkeit von Bewohner\*innen im Sinne ihrer Würde interpretiert und alle Handlungen diesen angepasst werden (Staudhammer 2018, S. 18–20). Eine Kommunikationstafel ist auch ein Beispiel wie Einrichtungen ihren Bewohner\*innen, die verbal nicht kommunizieren können, eine Kommunikationsmöglichkeit zur Verfügung stellen können. Hier können Bewohner\*innen mit Hilfe von Symbolen ihre Gefühle, Wünsche oder Beschwerden äußern (Mayrhofer et al. 2019, S. 432).

Humor kann auch zur gewaltfreien Kommunikation genutzt werden. Hierbei handelt es sich nicht alleine um Pflegepersonal oder andere Mitarbeitenden, die fröhlich oder lustig sind, sondern sollte gezielt in der Pflege von Bewohner\*innen geplant und umgesetzt werden. Dabei sollte man sich Gedanken darüber machen, was man selber als lustig empfindet und was einzelne Bewohner\*innen als lustig empfinden könnten. Humor sollte nie herabwürdigend oder unsensibel sein (Staudhammer 2018, S. 83–86).

### 4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) sind Maßnahmen, die eine Person gegen ihren Willen und über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken. Üblicherweise werden sie in mechanische FEM, wie etwa Fixiergurte oder abgeschlossene Zimmertüren, und chemische FEM, beispielsweise ruhigstellende Medikamente, eingeteilt. Da sie freiheitseinschränkend sind, sind sie in Deutschland mit wenigen Ausnahmen verboten. Für die Ausnahmefälle ist immer eine Genehmigung eines Betreuungsrichters notwendig (Meyer und Abraham 2013, S. 13).

Die Häufigkeit der Verwendung von FEM wurde in mehreren Studien erhoben. Eine Studie, die in der Schweiz in 20 Pflegeeinrichtungen mit 1.362 Bewohner\*innen aus zwei unterschiedlichen Kantons durchgeführt wurde, ergab dass bei 26,8 % der Bewohner\*innen (Spannweite: 2,6 % - 61,2 %) mindestens eine mechanische FEM verwendet wurde (Hofmann et al. 2015). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie aus Deutschland (Meyer et al. 2009). In 30 Hamburger Pflegeeinrichtungen mit 2.400 Bewohner\*innen wurden bei 26 % der Bewohner\*innen (Spannweite: 5 % - 60 %) mindestens eine mechanische FEM festgestellt. In beiden Studien waren die häufigsten FEM Bettgitter, gefolgt von Fixiergurten und -tischen. Verschiedene Faktoren können mit der Verwendung von FEM verbunden werden. Dazu zählen Gründe für die Verwendung von FEM (beispielsweise Sturzverhinderung), Bewohner\*inneneigenschaften (etwa Pflegeabhängigkeit oder kognitive Einschränkungen), Einrichtungseigenschaften (z. B. Personalmangel), Einstellungen der Pflegekräfte und Gesetzeslage (Hamers und Huizing 2005, S. 21).

Ähnlich wie bei anderen Gewaltformen zählen Einrichtungsführung und in der Einrichtung vorherrschende Kultur zu den wichtigsten Faktoren für Verhinderung von FEM (Hofmann et al. 2015, S. 7). Eine Studie von Anderson et al. (2003) findet eine signifikante Beziehung zwischen positiven Führungsstilen mit offener Kommunikation und einer niedrigeren Verwendung von FEM. Einfallsreichtum bei der Erfüllung

individueller Bedürfnisse von Bewohner\*innen (beispielsweise in der Kommunikation oder Betreuung), Qualifikation von Mitarbeitenden und offene interdisziplinäre Gespräche sind wichtige Faktoren bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Reduktion von FEM (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) 2015, S. 70).

### **4.3.1 Studien zur Reduktion von FEM**

Die Literaturrecherche ergab mehrere Studien, die Maßnahmen zur Verhinderung von FEM präsentieren. Sieben davon wurden in Pflegeeinrichtungen (Jacobsen et al. 2017; Gulpers et al. 2011; 2012; 2013; Köpke et al. 2012; Koczy et al. 2011; Pellfolk et al. 2010), fünf in psychiatrischen Abteilungen (Andersen et al. 2017; Blair et al. 2017; Kontio et al. 2014; Putkonen et al. 2013; Borckardt et al. 2011) und eine auf einer Intensivstation eines Krankenhauses (Michaud et al. 2014) durchgeführt. Von den insgesamt dreizehn Studien waren zwölf quantitativer Natur. Unter ihnen waren fünf Cluster-randomisierte kontrollierte Studien (Kontio et al. 2014; Putkonen et al. 2013; Köpke et al. 2012; Koczy et al. 2011; Pellfolk et al. 2010), drei quasi-experimentelle longitudinale Studien (Gulpers et al. 2011; 2012; 2013) und jeweils eine Vorher-Nacher-Studie (Blair et al. 2017), Fall-Kontroll-Studie (Andersen et al. 2017) Multiple-Baseline-Studie (Borckardt et al. 2011) und retrospektive Kohortenanalyse (Michaud et al. 2014). Eine einzige Studie mit quantitativen und qualitativen Zugang (Jacobsen et al. 2017) kombinierte eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit partizipatorischer Aktionsforschung und Ethnographie um Faktoren zu erforschen, die die Bewusstseinsbildung der Mitarbeitenden in Bezug auf die person-zentrierte Pflege als Alternative zu FEM unterstützten oder hinderten.

Die meisten Studien inkludierten Maßnahmen mit mehreren Komponenten. In Pflegeeinrichtungen bezogen sich diese Komponenten hauptsächlich auf die Einrichtung (etwa Geschäftspolitik oder Verpflichtung zur Reduktion von FEM) (Gulpers et al. 2011; 2012; 2013; Köpke et al. 2012), Informationen und Schulungen

(Jacobsen et al. 2017; Gulpers et al. 2011; 2012; 2013; Köpke et al. 2012; Koczy et al. 2011), Unterstützung bei der Implementation (Jacobsen et al. 2017; Köpke et al. 2012; Koczy et al. 2011), technische Behelfe als Alternativen zu FEM (Gulpers et al. 2011; 2012; 2013; Koczy et al. 2011) und zusätzliche Aktivitäten (beispielsweise Lese- oder Promotionsmaterial) (Köpke et al. 2012). In den psychiatrischen Abteilungen umfassten die verschiedenen Komponenten hauptsächlich Risikoeinschätzung (Blair et al. 2017), Schulungen (Andersen et al. 2017; Blair et al. 2017; Putkonen et al. 2013; Borckardt et al. 2011), Abläufe betreffend FEM (etwa die Prüfung von FEM-Vorfällen) (Blair et al. 2017; Putkonen et al. 2013; Borckardt et al. 2011), Abteilungsregeln und -sprache (Borckardt et al. 2011), physische Umgebung (Blair et al. 2017; Borckardt et al. 2011) etc. Die Maßnahmen mit einer einzelnen Komponente umfassten Schulungen (Kontio et al. 2014; Pellfolk et al. 2010) und Einsatz von Medikamenten (Michaud et al. 2014).

Die in den Maßnahmen enthaltenen Schulungen in Pflegeeinrichtungen umfassten hauptsächlich Themen wie Demenz, Delir, Stürze und ihre Prävention (Pellfolk et al. 2010; Gulpers et al. 2011; 2012; 2013), Entscheidungsfindung bei FEM und Alternativen (Jacobsen et al. 2017; Koczy et al. 2011; Gulpers et al. 2011; 2012; 2013), Barrieren und Erfolgsfaktoren und einrichtungsspezifische Pläne zur Reduktion von FEM (Köpke et al. 2012), Gründe für die Verwendung von FEM, negative Folgen und Alternativen (Koczy et al. 2011; Gulpers et al. 2011; 2012; 2013). Die Schulungen in den psychiatrischen Abteilungen umfassten hauptsächlich Themen wie gesetzliche und ethische Fragen (Kontio et al. 2014), Krisenintervention und auf Trauma bezugnehmende Pflege (Blair et al. 2017; Putkonen et al. 2013; Borckardt et al. 2011) und sensorische Modulation (Andersen et al. 2017).

Eine Übersicht aller Präventions- und Interventionsmaßnahmen aus den vorgestellten Studien, die in Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden, befindet sich in der Tabelle 8. Tabelle 9 präsentiert Maßnahmen aus den psychiatrischen Abteilungen und eine Krankenhaus-Maßnahme.

**Tabelle 8: Maßnahmen zur Verhinderung von FEM in Pflegeeinrichtungen**

<b>Studie</b>	<b>Maßnahmenkomponenten</b>
(Jacobsen et al. 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminar: Entscheidungsfindungsmodell „Trust before restraint“</li> <li>• Unterstützung bei der Implementierung des Modells</li> </ul>
(Gulpers et al. 2011; 2012; 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung der Geschäftspolitik; Kommunikation der Änderung an Bewohner*innen und Angehörige</li> <li>• Ausbildung von Pflegepersonal (Vermeidung von Fixierungen und Stürzen, negative Folgen, Alternativen finden)</li> <li>• Fallbesprechungen zwischen Pflegepersonal und Experten</li> <li>• Anschaffung von Alternativen zu Fixierungen (Hüft-Protektoren, Infrarot-Alarmsysteme, Gleichgewichtstraining, physikalische Übungen, Spezialkissen und Betten)</li> </ul>
(Köpke et al. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungsverpflichtung zur Reduktion von FEM</li> <li>• Informationsprogramm für alle Pflegekräfte</li> <li>• Intensivtraining für nominierte Hauptpflegekräfte (Arbeit mit der Praxisrichtlinie FEM, Barrieren und Erfolgsfaktoren, einrichtungsspezifische Pläne zur Reduktion von FEM)</li> <li>• Unterstützung der nominierten Hauptpflegekräfte</li> <li>• Aushändigung der Praxisleitlinie FEM</li> <li>• Lese- und Werbematerial, Promotion</li> </ul>
(Koczy et al. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training von Multiplikator*innen (Gründe für die Verwendung von FEM, negative Folgen und Alternativen, Entscheidungsprozesse zur Verwendung von FEM)</li> <li>• Ermutigung technische Behelfe, wie Sensormatten zu verwenden; einige davon wurden zur Verfügung gestellt</li> <li>• Diskussion: Entscheidungsprozess zur Verwendung von</li> </ul>

	<p>FEM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplikatoren: Training und Fallbesprechung</li> <li>• Telefonische oder persönliche Unterstützung durch die Forscher</li> </ul>
(Pellfolk et al. 2010)	<p>Ausbildungsprogramm (Demenz, Delir, Sturzprophylaxe, Verwendung mechanischer Fixierungen, Pflege demenzkrankner Menschen etc.)</p>

**Tabelle 9: Maßnahmen zur Verhinderung von FEM, psychiatrische Abteilungen und Krankenhaus**

<b>Studie</b>	<b>Maßnahmenkomponenten</b>
(Andersen et al. 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training in sensorischer Modulation (SM)</li> <li>• SM-Ausstattung</li> </ul>
(Blair et al. 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Anwendung der Broeset Violence Checklist</li> <li>• Verpflichtende Weiterbildung in Krisenintervention und auf Trauma bezugnehmender Pflege</li> <li>• Erhöhte Häufigkeit der ärztlichen Einschätzung des Bedürfnisses nach Isolation oder FEM</li> <li>• Formale administrative Prüfung der FEM-Vorfälle</li> <li>• Verbesserungen der Umgebung: Einschätzung der sensorischen Bedürfnisse, Bereiche mit beruhigendem Licht, Musik etc.</li> </ul>
(Kontio et al. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Online-Kurs (gesetzliche und ethische Fragen, verhaltensbezogene Faktoren, therapeutische Beziehung und Ich-Erkenntnis, Teamarbeit, Wissensintegration mit Praxis etc.)</li> </ul>
(Putkonen et al. 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserte Leitung der Abteilungen</li> <li>• Weiterbildung der Mitarbeitenden (Risiken und Trauma, Krisenprävention)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datennutzung</li> <li>• Involvieren von Patient*innen</li> <li>• Verwendung von Werkzeugen zur Reduktion von Fixierungen</li> <li>• Post-Vorfall-Analyse</li> </ul>
(Borckardt et al. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma-basiertes Training</li> <li>• Änderungen der Abteilungsregeln und -sprache</li> <li>• Änderungen der physischen Umgebung</li> <li>• Patiententeilnahme an der Behandlungsplanung</li> <li>• Krankenhausinitiative zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit und Kommunikation</li> </ul>
(Michaud et al. 2014)	Delirogene Medikamente (Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon, Haloperidol und Dexmedetomidin)

Die hier präsentierten Maßnahmen gegen FEM in Pflegeeinrichtungen und psychiatrischen Abteilungen/Krankenhaus unterscheiden sich einigermaßen. Während sich Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen überwiegend auf Wissen und Information bezüglich FEM, Alternativen, und Entscheidungsfindung richten, sind Maßnahmen in psychiatrischen Abteilungen überwiegend auf Risikoeinschätzung, Krisenintervention und auf Trauma bezugnehmende Pflege gerichtet. Die Maßnahmen aus dem Krankenhaus ist pharmakologischer Natur. Eine Anwendung von Maßnahmen aus der Psychiatrie in den Pflegeeinrichtungen scheint bei herausforderndem oder gewalttätigem Verhalten und/oder psychischen Erkrankungen von Bewohner\*innen denkbar zu sein. Eine Überprüfung der Sinnhaftigkeit und Übertragbarkeit ist allerdings noch ausständig.

Die Studien, die die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüften (alle außer Jacobsen et al. 2017) berichten, dass die von ihnen eingesetzten Maßnahmen zur Reduktion

der Häufigkeit oder Dauer von FEM führen. Auch eine systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse von Ayalon et al. (2016) kommt zum Schluss, dass die wirksamsten Maßnahmen zur Gewaltprävention in der Pflege von älteren Personen im Bereich von FEM in der Langzeitpflege zu finden sind. Auf Grund großer methodologischer Unterschiede zwischen den hier vorgestellten Studien und ihrer jeweiligen Limitationen, sind diese Ergebnisse allerdings mit Vorsicht zu genießen. Evaluierungen von Maßnahmen zur Reduktion von FEM können beispielsweise in der Cochrane Review von Möhler et al. (2012) gefunden werden.

### **4.3.2 Weitere Ansätze zur Reduktion von FEM**

#### ***Praxisleitlinie FEM***

Praxisleitlinie FEM (Köpke et al. 2015) präsentiert Maßnahmen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege und gibt Empfehlungen für die Anwendung in der Praxis. Die Maßnahmen wurden von einer Gruppe von Expert\*innen auf Grund bestehender Evidenz vorgeschlagen und mit verschiedenen Empfehlungsstärken bewertet. Die Praxisleitlinie umfasst achtzehn Maßnahmen, wovon eine nicht empfohlen werden kann (spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie) und zu vierzehn keine Empfehlung abgegeben werden kann. Schulungsprogramme werden empfohlen, wobei Multikomponentenprogramme mit Schulungen die stärkste Empfehlung bekamen. Einfache Schulungsprogramme, spezifische Beschäftigungsprogramme, spezifische Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohner\*innen und Musikinterventionen können als Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (S. 73-74). Als wichtigste Maßnahmen gegen FEM wird allerdings ihre komplette Vermeidung gesehen (S. 72). Die erste Fassung der Praxisleitlinie von 2009 diente als Schulungsgrundlage in der oben angeführten Studie von Köpke et al. (2012), welche von einer Reduktion von allen Formen von FEM berichtet.

### ***Expertenstandard Sturzprophylaxe***

Sturzprävention ist häufige Begründung für die Verwendung von FEM in Pflegeeinrichtungen. Die mit ihr verbundenen Haftungsfragen sind mit Unsicherheiten und Ängsten belegt (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) 2015, S. 67). Daher zielt der Expertenstandard Sturzprophylaxe (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP 2013) auf die Unterstützung der Pflegekräfte bei der Sturzprävention ab, indem die pflegebedürftigen Personen nicht in ihrer Freiheit eingeschränkt werden sondern ihre Mobilität so weit wie möglich erhöht oder wiederhergestellt wird. Maßnahmen zur Sturzprävention umfassen Anpassung der Umgebungsfaktoren, spezielle Schuhe oder Hilfsmittel, Begleitung bei Toilettengängen, Kraft- und Gleichgewichtstraining etc. (S. 22).

### ***Werdenfelser Weg***

Der Werdenfelser Weg ist eine Initiative aus Garmisch-Partenkirchen zur Vermeidung von FEM in der Pflege älterer und kranker Personen. Seit 2019 implementieren über 200 Landkreise bzw. Städte in Deutschland erfolgreich diese Initiative. Pflegeeinrichtungen bekommen dabei Unterstützung bei Entscheidungen über die Notwendigkeit von FEM durch spezialisierte Verfahrenspfleger. Diese Verfahrenspfleger handeln im gerichtlichen Auftrag. Sie besprechen mit der Einrichtung jeden einzelnen Fall bei dem FEM eingesetzt wurden und schätzen ihre Notwendigkeit ein. Sie agieren als Bindeglied zwischen dem Verfahrensrichter, der Einrichtung und der betroffenen Bewohner\*innen, deren Rechte und Bedürfnisse sie insbesondere beachten (Kirsch und Wassermann 2020). Nützliche Daten, mittels derer die Wirksamkeit der Initiative überprüft werden könnte, sind leider nicht vorhanden (Meyer und Abraham 2013, S. 16).



## 5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In diesem Bericht wurden Maßnahmen gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen vorgestellt, welche in nationalen und internationalen Publikationen gefunden wurden. Die Maßnahmen wurden in zwei Kategorien eingeteilt: jene gegen Gewalt an Mitarbeitenden und jene gegen Gewalt an Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen. In beiden Kategorien wurde zwischen personeller und struktureller Gewalt unterschieden und Leitungs- und Organisationsebenen der Einrichtungen wurden als Wirkungsfelder identifiziert.

Maßnahmen gegen strukturelle Gewalt an Mitarbeitenden umfassten Gefahrenanalyse und -beurteilung, Gesundheitsförderung und Bewusstseinsbildung, Optimierung der Arbeitsabläufe und Personalentwicklung. Maßnahmen gegen personelle Gewalt an Mitarbeitenden konzentrierten sich überwiegend auf die Einschätzung des Gewaltrisikos, technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeitenden und Nachsorgemaßnahmen.

Gegen strukturelle Gewalt an Bewohner\*innen wurden Maßnahmen vorgestellt, die sich auf Pflegeabläufe, Tagesstruktur, Unterbringung, Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden, Dokumentation, Pflegequalität und Machtmissbrauch beziehen. Maßnahmen gegen personelle Gewalt an Bewohner\*innen bezogen sich auf Erkennung und Dokumentation von Gewaltvorfällen, Wissen und Fähigkeiten, Kommunikation und Arbeitsbedingungen als mögliche Gewaltauslöser. Maßnahmen gegen FEM reichten von Mehrkomponentenprogrammen bis zu Expertenempfehlungen und einer juristischen Initiative.

Der Bericht verdeutlicht die Vielfältigkeit von Gewaltarten und ihren Ursachen sowie Maßnahmen, die sich gegen sie richten. Aufgrund dieser Vielfältigkeit ist es nicht zu erwarten, dass eine einzige Maßnahme das alleinige Heilmittel gegen Gewalt in Pflegeeinrichtungen sein wird. Leider lässt die eher bescheidene Evidenz über Erfolgsfaktoren und Wirksamkeit von Maßnahmen gegen Gewalt keine mehraussagenden Schlussfolgerungen zu.

Obwohl evidenzbasierte Maßnahmen gegen Gewalt rar sind, bedeutet dies nicht, dass Pflegeeinrichtungen ihr ratlos gegenüber stehen müssen. Sie können ihre eigenen Gewalterfahrungen und zur Gewalt beitragenden Faktoren analysieren und, basierend auf vorhandenen Wissensbeständen, eigene erfolgsversprechenden Maßnahmen zusammenstellen und implementieren. Das Projekt „Prävention von Gewalt in der vollstationären Pflege Bayerns“ und dieser Bericht sollen sie dabei unterstützen.

## 6 Literaturverzeichnis

Almvik, R.; Woods, P.; Rasmussen, K. (2007): Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Brøset Violence Checklist. In: *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 22 (9), S. 862–867. DOI: 10.1002/gps.1753.

Altenheim Stift St. Veit GmbH (Hg.) (2016): Konzept zur sozialen Betreuung.

Andela, M.; Truchot, D.; Huguenotte, V. (2018): Job demands, emotional dissonance and elderly abuse: The moderating role of organizational resources. In: *Journal of elder abuse & neglect* 30 (5), S. 368–384. DOI: 10.1080/08946566.2018.1514343.

Andersen, Charlotte; Kolmos, Anne; Andersen, Kjeld; Sippel, Volkmar; Stenager, Elsebeth (2017): Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. In: *Nordic journal of psychiatry* 71 (7), S. 525–528. DOI: 10.1080/08039488.2017.1346142.

Anderson, R. A.; Issel, L. M.; McDaniel, R. R. (2003): Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. In: *Nursing research* 52 (1), S. 12–21. DOI: 10.1097/00006199-200301000-00003.

AOK Nordost (Hg.) (2020): Sexualität in der Pflege. Online verfügbar unter <https://aok-pfiff.de/pflegeherausforderungen/sexualitaet-in-der-pflege>, zuletzt geprüft am 19.10.2020.

Arens, O. B.; Fierz, K.; Zúñiga, F. (2017): Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. In: *Gerontology* 63 (2), S. 169–179. DOI: 10.1159/000450787.

Arnetz, J. E.; Hamblin, L.; Russell, J.; Upfal, M. J.; Luborsky, M.; Janisse, J.; Essenmacher, L. (2017): Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. In: *Journal of occupational and environmental medicine* 59 (1), S. 18–27. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000909.

- Ayalon, L.; Lev, S.; Green, O.; Nevo, U. (2016): A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. In: *Age and ageing* 45 (2), S. 216–227. DOI: 10.1093/ageing/afv193.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin.
- Band-Winterstein, T. (2015): Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. In: *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* 34 (3), NP113-27. DOI: 10.1177/0733464812475308.
- Barribal, L.; Bremner, J.; Buchan, J.; Craveiro, I.; Dieleman, M.; Dix, O. et al. (2015): Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Final Report. Hg. v. European Union.
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Sowinski, C.; Besselmann, K.; Dürrmann, P.; Haupt, M.; Kuhn, C. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Witten.
- Batzoni, H. (2020): Caring for the Caregivers Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege durch die Stärkung der Resilienz von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Masterarbeit an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München im Masterstudiengang.
- Bédard, A.; Landreville, P.; Voyer, P.; Verreault, R.; Vézina, J. (2011): Reducing verbal agitation in people with dementia: evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. In: *Aging & mental health* 15 (7), S. 855–865. DOI: 10.1080/13607863.2011.569480.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2006): Aufbruch Pflege. Mederne Prävention für Altenpflegekräfte. BGW-Pflegereport 2006. Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2014): *Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen*. Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2015): *Abläufe optimieren – Beschäftigte stärken*. BGW Arbeitsorganisation Pflege für Einrichtungen der Altenpflege. Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2018): *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte. Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen*. (DGUV Information 207-225). Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2020): *Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege*. Hg. v. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Online verfügbar unter [https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Auswirkungen-auf-die-Pflege/Auswirkungen\\_Pflege.html](https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Auswirkungen-auf-die-Pflege/Auswirkungen_Pflege.html), zuletzt geprüft am 25.10.2020.

Blair, Ellen W.; Woolley, Stephen; Szarek, Bonnie L.; Mucha, Theodore F.; Dutka, Olga; Schwartz, Harold I. et al. (2017): *Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study*. In: *The Psychiatric quarterly* 88 (1), S. 1–7. DOI: 10.1007/s11126-016-9428-0.

Bobens, C.; Brunner, A.; Bürg, T. M.; Schmid, T.; Troy, C.-D.; Wagner, A. (2011): *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in NÖ*. Im Auftrag von AK-Wien, AK-Niederösterreich, NÖ Ärztekammer. Teil 1: Endbericht. Wien.

Bollig, G.; Gjengedal, E.; Rosland, J. H. (2016): *Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes*. In: *Nursing Ethics* 23 (2), S. 142–153. DOI: 10.1177/0969733014557719.

Bollig, G.; Schmidt, G.; Rosland, J. H.; Heller, A. (2015): *Ethical challenges in nursing homes-staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with partici-*

pation of residents' relatives. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29 (4), S. 810–823. DOI: 10.1111/scs.12213.

Bonin, H. (2020): Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg, S. 61–70.

Bonnie, J. R.; Wallace, B. R. (Hg.) (2003): *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect.* Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington DC: The National Academic Press.

Borchart, D.; Galatsch, M.; Dichter, M.; Schmidt, S.; Hasselhorn, H. M. (2011): *Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen - Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie.* Hg. v. Universität Wuppertal. Universität Wuppertal.

Borckardt, J. J.; Madan, A.; Grubaugh, A. L.; Kmett Danielson, C.; Pelic, C. G.; Hardesty, S. J. et al. (2011): Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 62 (5), S. 477–483. DOI: 10.1176/ps.62.5.pss6205\_0477.

Braaten, K. L.; Malmedal, W. (2017): Preventing physical abuse of nursing home residents- as seen from the nursing staff's perspective. In: *Nursing open* 4 (4). DOI: 10.1002/nop2.98.

Bradford, L. S.; End, C. M. (2010): Impact of an Elderspeak In-Service Training on Resident Well-Being, Self-Esteem, and Communication Satisfaction. In: *Graduate Student Journal of Psychology* 12.

Brater, M.; Büchele, U.; Bauer, H. G.; Dahlem, H.; Maurus, A.; Munz, C. (2004): *Lernen im Arbeitsalltag - wie sin informelle Lernprozesse organisieren lassen.* Beiträge zu Arbeit - Lernen - Persönlichkeitsentwicklung, 1. 2. Aufl. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Brause, M.; Kleina, T.; Horn, A.; Schaeffer, D. (2015): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (1), S. 41–48.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (Hg.) (2016): Gute Stationsorganisation. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen. Dortmund.

Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) (Hg.) (2015): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Gratwanderung zwischen Schutz und Freiheit - Voraussetzungen freiheitsentziehender Maßnahmen im stationären und ambulanten Bereich. 2. Aufl.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2017): Praxisseiten Pflege. Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. 3. Aufl. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Praxisseiten\\_Pflege/BMG\\_Ordner\\_gesamt\\_Screen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/BMG_Ordner_gesamt_Screen.pdf).

Byon, H. D.; Storr, C.; Edwards, L.; Lipscomb, J. (2016): Client history and violence on direct care workers in the home care setting. In: *American journal of industrial medicine* 59 (12), S. 1130–1135. DOI: 10.1002/ajim.22652.

Castle, N.; Ferguson-Rome, J. C.; Teresi, J. A. (2015): Elder abuse in residential long-term care: an update to the 2003 National Research Council report. In: *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society* 34 (4), S. 407–443. DOI: 10.1177/0733464813492583.

College of Nurses of Ontario (2018): Conflict Prevention and Management. Practice Guideline. Hg. v. College of Nurses of Ontario. Toronto.

Cooke, M. L.; Moyle, W.; Shum, D. H. K.; Harrison, S. D.; Murfield, J. E. (2010): A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. In: *Aging & mental health* 14 (8), S. 905–916. DOI: 10.1080/13607861003713190.

Craigie, M.; Slatyer, S.; Hegney, D.; Osseiran-Moisson, R.; Gentry, E.; Davis, S. et al. (2016): A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. In: *Mindfulness* 7, S. 764–774.

Curacon GmbH & Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (Hg.) (2019): Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Abschlussbericht für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

DeHart, D.; Webb, J.; Cornman, C. (2009): Prevention of elder mistreatment in nursing homes: Competencies for direct-care staff. In: *Journal of elder abuse & neglect* 21 (4), S. 360–378. DOI: 10.1080/08946560903005174.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aufl. Hochschule Osnabrück. Osnabrück.

Dong, X.; Chen, R.; Simon, M. A. (2014): Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. In: *Health affairs (Project Hope)* 33 (4), S. 642–649. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1261.

Doppelfeld, S. (2013): Psychische Belastung von Pflegekräften: Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation? In: *Kontext* 44 (3), S. 301–318.

Drennan, J.; Lafferty, A.; Treacy, M. P. (2012): Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff- Resident Interactions and Conflicts. NCPOP, University College. Dublin, Irland.

Eggert, S.; Schnapp, P.; Sulmann, D. (2017): ZQP-Analyse: Gewalt in der stationären Langzeitpflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.): ZQP-Report Gewaltprävention in der Pflege. Berlin, S. 13–24.

Enmarker, I.; Olsen, R.; Hellzen, O. (2011): Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. In: *International journal of older people nursing* 6 (2), S. 153–162. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x.

Forsetlund, L.; Bjørndal, A.; Rashidian, A.; Jamtvedt, G.; O'Brien, M. A.; Wolf, F. et al. (2009): Continuing education meetings and workshops: effects on professional prac-

tice and health care outcomes. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.

Friedman, L.; Avila, S.; Friedman, D.; Meltzer, W. (2019): Association between Type of Residence and Clinical Signs of Neglect in Older Adults. In: *Gerontology* 65 (1), S. 30–39. DOI: 10.1159/000492029.

Fuchs-Frohnhofen, P.; Scheen, S.; Metzen, D.; Bessin, C.; Hammann, G.; Palm, G.; Bogert, B. (2019): *Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen. Handlungsanregung für eine gelingende Verhältnisprävention in der stationären Altenpflege.* Verlag der MA&T Sell & Partner GmbH.

Görge, T. (2017): Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.): *ZQP-Report Gewaltprävention in der Pflege.* Berlin, S. 8–12.

Görge, T.; Rabold, S.; Herbst, S. (2007): *Ist die Hand, die pflegt, auch die Hand, die schlägt? Ergebnisse einer Befragung ambulanter Pflegekräfte zur Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslich-professionellen Pflege.* Hg. v. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Hannover.

Granerud, L.; Rocha, R. S. (2011): Organisational learning and continuous improvement of health and safety in certified manufacturers. In: *Safety Science* 49 (7), S. 1030–1039. DOI: 10.1016/j.ssci.2011.01.009.

Gulpers, M. J. M.; Bleijlevens, M. H. C.; Ambergen, T.; Capezuti, E.; van Rossum, E.; Hamers, J. P. H. (2011): Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multi-component intervention program. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 59 (11), S. 2029–2036. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x.

Gulpers, Math J. M.; Bleijlevens, Michel H. C.; Ambergen, Ton; Capezuti, Elizabeth; van Rossum, Erik; Hamers, Jan P. H. (2013): Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 61 (1), S. 107–112. DOI: 10.1111/jgs.12057.

- Gulpers, Math J. M.; Bleijlevens, Michel H. C.; Capezuti, Elizabeth; van Rossum, Erik; Ambergen, Ton; Hamers, Jan P. H. (2012): Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study. In: *International journal of nursing studies* 49 (12), S. 1473–1479. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013.
- Habermann, M.; Cramer, H. (2013): Schlussbericht: Projekt Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement-Bericht des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung.
- Hamers, J. P. H.; Huizing, A. R. (2005): Why do we use physical restraints in the elderly? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (1), S. 19–25. DOI: 10.1007/s00391-005-0286-x.
- Heidrich, C.; Jarisch, H.; Kix, H.-J.; Küfner, S.; Pude, W.; Richter, D.; Stranzinger, J. (2018): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte. Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025). Hg. v. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.
- Hersch, R. K.; Cook, R. F.; Deitz, D. K.; Kaplan, S.; Hughers, D.; Friesen, M. A.; Vezina, M. (2016): Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. In: *Applied Nursing Research* 32, S. 18–25. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.04.003.
- Hill, A. K.; Lind, M. A.; Tucker, D.; Nelly, P.; Daraiseh, N. (2015): Measurable results: Reducing staff injuries on a specialty psychiatric unit for patients with developmental disabilities. In: *Work (Reading, Mass.)* 51 (1), S. 99–111. DOI: 10.3233/WOR-152014.
- Hills, D. J.; Ross, H. M.; Pich, J.; Hill, A. T.; Dalsbö, T. K.; Riahi, S. et al. (2015): Education and training for preventing and minimising workplace aggression directed toward healthcare workers. Cochrane Systematic Review - Intervention - Protocol. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (9). DOI: 10.1002/14651858.CD011860.
- Hofmann, H.; Schorro, E.; Haastert, B.; Meyer, G. (2015): Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. In: *BMC geriatrics* 15. DOI: 10.1186/s12877-015-0125-x.

Höhmann, U.; Lautenschläger, M.; Schwarz, L. (2016): Belastungen im Pflegeberuf, Folgen und Desiderate. In: K. Jacobs, J. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und G. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 73–89.

Hsieh, H.-F.; Wang, J.-J.; Yen, M.; Liu, T.-T. (2009): Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. In: *Advances in health sciences education : theory and practice* 14 (3), S. 377–386. DOI: 10.1007/s10459-008-9122-6.

Hvidhjelm, J.; Sestoft, D.; Skovgaard, L. T.; Rasmussen, K.; Almvik, R.; Bue Bjorner, J. (2016): Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. In: *Issues in mental health nursing* 37 (12), S. 960–967. DOI: 10.1080/01612840.2016.1241842.

Institut für Berufliche Gesundheitsförderung (BGF) (Hg.) (2011): Pflege deine Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung im Alten- und Pflegeheim und der ambulanten Pflege. Hamburg.

International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2001): Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz. Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und der Krankenpfleger. St. Gallen.

International Labour Office (ILO); International Council of Nurses (ICN); World Health Organisation (WHO); Public Services International (PSI) (Hg.) (2002): Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva (92-2-113446-6).

Irvine, B.; Billow, M. B.; Gates, D. M.; Fitzwater, E. L.; Seeley, J. R.; Bourgeois, M. (2012): An internet training to reduce assaults in long-term care. In: *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* 33 (1), S. 28–40. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2011.10.004.

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D.; Hylla, J.; Tucman, D. (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland.

Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.

Jacobsen, F. F.; Mekki, T. E.; Førland, O.; Folkestad, B.; Kirkevold, Ø.; Skår, R. et al. (2017): A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. In: *BMC nursing* 16, S. 55. DOI: 10.1186/s12912-017-0244-0.

Jonasson, L. L.; Sandman, L.; Bremer, A. (2019): Managers' experiences of ethical problems in municipal elderly care: a qualitative study of written reflections as part of leadership training. In: *Journal of Health Care Leadership* 11, S. 63–74. DOI: 10.2147/JHLS199167.

Kamavarapu, Y. S.; Ferriter, M.; Morton, S.; Völlm, B. (2017): Institutional abuse - Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 40, S. 45–54. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.002.

Kamşıl, S.; Öz, F. (2011): Evaluation of a Smoking Cessation Psychoeducational Program for Nurses. In: *Journal of Addictions Nursing* 22 (3), S. 117–123. DOI: 10.3109/10884602.2011.585722.

Killett, A.; Hyde, P.; Burns, D.; Gray, R.; Poland, F. (2013): How organizational factors interact to influence the quality of care of older people in the care home sector. In: *Journal of health services research & policy* 18 (1 Suppl), S. 14–22. DOI: 10.1177/1355819613476016.

Kirsch, S.; Wassermann, J. (2020): Werdenfelser Weg - das Original. Online verfügbar unter [www.werdenfelser-weg-original.de](http://www.werdenfelser-weg-original.de), zuletzt geprüft am 15.10.2020.

Kix, J. (2016): Gewalt zum Thema machen. In: *Heilberufe* 68 (6), S. 14–17. DOI: 10.1007/s00058-016-2199-z.

Kling, R. N.; Yassi, A.; Smailes, E.; Lovato, C. Y.; Koehoorn, M. (2011): Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute

hospital: a before and after study. In: *International journal of nursing studies* 48 (5), S. 534–539. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.006.

Koczy, Petra; Becker, Clemens; Rapp, Kilian; Klie, Thomas; Beische, Denis; Büchele, Gisela et al. (2011): Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 59 (2), S. 333–339. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x.

Kontio, R.; Pitkänen, A.; Joffe, G.; Katajisto, J.; Välimäki, M. (2014): eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: a cluster-randomized trial. In: *Nordic journal of psychiatry* 68 (7), S. 443–449. DOI: 10.3109/08039488.2013.855254.

Köpke, S.; Meyer, G.; Abraham, J.; Möhler, R.; Henkel, A.; Kupfer, R. (2015): Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015 2. Auflage. Hg. v. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Köpke, Sascha; Mühlhauser, Ingrid; Gerlach, Anja; Haut, Antonie; Haastert, Burkhard; Möhler, Ralph; Meyer, Gabriele (2012): Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. In: *JAMA* 307 (20), S. 2177–2184. DOI: 10.1001/jama.2012.4517.

Laker, C.; Gray, R.; Flach, C. (2010): Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 17 (3), S. 222–228. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01496.x.

Lamont, S.; Brunero, S. (2018): The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study. In: *Nurse education today* 68, S. 45–52. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.05.008.

Lamont, S.; Brunero, S.; Bailey, A.; Woods, K. (2012): Breakaway technique training as a means of increasing confidence in managing aggression in neuroscience nursing. In: *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 36 (3), S. 313–319. DOI: 10.1071/AH11001.

Livingston, G.; Kelly, L.; Lewis-Holmes, E.; Baio, G.; Morris, S.; Patel, N. et al. (2014): A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. In: *Health technology assessment (Winchester, England)* 18 (39), 1-226, v-vi. DOI: 10.3310/hta18390.

Löhr, M.; Schulz, M.; Nienaber, A. (2020): *Safewards. Sicherheit durch Beziehung und Milieu*. 2. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Maatouk, I.; Müller, A.; Angerer, P.; Schmook, R.; Nikendei, C.; Herbst, K. et al. (2018): Healthy ageing at work- Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial. In: *PloS one* 13 (1), e0191000. DOI: 10.1371/journal.pone.0191000.

Mahon, Marie Ann; Mee, Lorraine; Brett, Denise; Dowling, Maura (2017): Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. In: *Journal of Research in Nursing* 22 (8), S. 572–583. DOI: 10.1177/1744987117721596.

Martinez, A. J. S. (2016): Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 54 (9), S. 31–36. DOI: 10.3928/02793695-20160817-05.

Mayrhofer, H.; Schachner, A.; Mandl, S.; Seidler, Y. (2019): *Erfahrungen und Prävention von Gewalt an Menschen mit Behinderungen*. Hg. v. Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.

McDonald, L. (2020): Why More Pilot Studies of Elder Mistreatment Are Necessary. In: M. K. Shankardass (Hg.): *International Handbook of Elder Abuse and Mistreatment*. Singapore: Springer Singapore, S. 13–38.

Meyer, G.; Abraham, J. (2013): *Gewaltprävention in der Pflege. Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege, November 2013*. ZQP.

Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B.; Mühlhauser, I. (2009): Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. In: *Journal of clinical nursing* 18 (7), S. 981–990. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x.

Michaud, Christopher J.; Thomas, Wendy L.; McAllen, Karen J. (2014): Early pharmacological treatment of delirium may reduce physical restraint use: a retrospective study. In: *The Annals of pharmacotherapy* 48 (3), S. 328–334. DOI: 10.1177/1060028013513559.

Mileski, M.; Lee, K.; Bourquard, C.; Cavazos, B.; Dusek, K.; Kimbrough, K. et al. (2019): Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. In: *Clinical interventions in aging* 14, S. 1797–1815. DOI: 10.2147/CIA.S216678.

Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G. (2012): Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. In: *Journal of clinical nursing* 21 (21-22), S. 3070–3081. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04153.x.

Mojtahedzadeh, N.; Neumann, F. A.; Rohwer, E.; Augustin, M.; Zyriax, B.-C.; Harth, V.; Mache, S. (2020): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. In: *Präv Gesundheitsf.* DOI: 10.1007/s11553-020-00800-1.

Nau, J.; Halfens, R.; Needham, I.; Dassen, T. (2010): Student nurses' de-escalation of patient aggression: a pretest-posttest intervention study. In: *International journal of nursing studies* 47 (6), S. 699–708. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.011.

Nova Scotia Health Research Foundation (Hg.) (2017): Interventions to reduce workplace violence.

Nursing Home Ombudsman Agency of the Bluegrass and Bluegrass Rape Crisis Center (Hg.) (2004): The Prevention and Detection of Sexual Assault of Nursing Home Residents.

Osterbrink, J.; Andratsch, F. (2015): Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. 1. Aufl. München: C.H.Beck (Beck Paperback).

Oud, N.; Walter, G. (2009): Aggression in der Pflege. [Hintergründe - Modelle - Assessment - Interventionen]. [Oberostendorf]: Ibicura Verlag; Ibicura.

Page, C.; Conner, T.; Prokhorov, A.; Fang, Y.; Post, L. (2009): The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan survey. In: *Journal of elder abuse & neglect* 21 (3), S. 239–252. DOI: 10.1080/08946560902997553.

Palese, A.; Gonella, S.; Kasa, T.; Caruzzo, D.; Hayter, M.; Watson, R. (2019): Negative prompts aimed at maintaining eating independence. In: *Nursing Ethics* 26 (7-8), S. 2158–2171. DOI: 10.1177/0969733018819124.

Pellfolk, T. J-E; Gustafson, Y.; Bucht, G.; Karlsson, S. (2010): Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (1), S. 62–69. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x.

Putkonen, Anu; Kuivalainen, Satu; Louheranta, Olavi; Repo-Tiihonen, Eila; Ryyänänen, Olli-Pekka; Kautiainen, Hannu; Tiihonen, Jari (2013): Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 64 (9), S. 850–855. DOI: 10.1176/appi.ps.201200393.

Rappold, E.; Juraszovich, B. (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.

Richardson, B.; Kitchen, G.; Livingston, G. (2002): The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. In: *Age and ageing* 31 (5), S. 335–341. DOI: 10.1093/ageing/31.5.335.

Richardson, K. M.; Rothstein, H. R. (2008): Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. In: *Journal of occupational health psychology* 13 (1), S. 69–93. DOI: 10.1037/1076-8998.13.1.69.

Richter, D. (2013): Aggression in der Langzeitpflege. Ein differenzierter Überblick über die Problematik. Hg. v. Fachbereich Alter Curaviva Schweiz. Bern.

Richter, F. (2002): Unmenschlich: Pflege im Minutentakt. In: *Neue Solidarität* (20).

RMA Gesundheit GmbH (2020): Validation. Hg. v. RMA Gesundheit GmbH. Online verfügbar unter [www.minimed.at/gesundheitsfenster/demenz/validation](http://www.minimed.at/gesundheitsfenster/demenz/validation), zuletzt geprüft am 19.10.2020.

Schneider, C. (2005): Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; Schlüter (Schlütersche Pflege).

Schofield, M. J. (2017): Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness. In: X. Dong (Hg.): *Elder Abuse. Research, Practice and Policy*: Springer International Publishing AG, S. 161–199.

Schuchter, P.; Heller, A. (2018): The Care Dialog: the "ethics of care" approach and its importance for clinical ethics consultation. In: *Medicine, health care, and philosophy* 21 (1), S. 51–62. DOI: 10.1007/s11019-017-9784-z.

Shankardass, M. K. (2020): Perspectives on Elder Abuse and Mistreatment from Selected Countries and Regions: A Preamble. In: M. K. Shankardass (Hg.): *International Handbook of Elder Abuse and Mistreatment*. Singapore: Springer Singapore, S. 1–12.

Slettebø, A. (2006): Empowerment in nursing homes: lessons for district nursing? In: *British journal of community nursing* 11 (3), S. 115–118. DOI: 10.12968/bjcn.2006.11.3.20587.

Smyth, W.; Fielding, E.; Beattie, E.; Gardner, A.; Moyle, W.; Franklin, S. et al. (2013): A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. In: *BMC geriatrics* 13, S. 2. DOI: 10.1186/1471-2318-13-2.

Sprangers, S.; Dijkstra, K.; Romijn-Luijten, A. (2015): Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. In: *Clinical interventions in aging* 10, S. 311–319. DOI: 10.2147/CIA.S73053.

Staudhammer, M. (2018): Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Strijk, J. E.; Proper, K. I.; van Mechelen, W.; van der Beek, A. J. (2013): Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. In: *Scandinavian journal of work, environment & health* 39 (1), S. 66–75. DOI: 10.5271/sjweh.3311.

Suhr R. (2017): Zur Bedeutung sexualisierter Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.): ZQP-Report Gewaltprävention in der Pflege. Berlin, S. 37–40.

Süntinger, T. (2018): Gesundheitsförderung. Der Praxisguide für Unternehmen. 5 Phasen der BGF/15 Praxisbeispiele/37 Maßnahmen. Villach-Warmbad: Corpus Motum OG.

Tak, S.; Sweeney, M. H.; Alterman, T.; Baron, S.; Calvert, G. M. (2010): Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. In: *American journal of public health* 100 (10), S. 1938–1945. DOI: 10.2105/AJPH.2009.185421.

van de Sande, R.; Nijman, H. L. I.; Noorthoorn, E. O.; Wierdsma, A. I.; Hellendoorn, E.; van der Staak, C.; Mulder, C. L. (2011): Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 199 (6), S. 473–478. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Wangmo, T.; Nordström, K.; Kressig, R. W. (2017): Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. In: *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* 38 (5), S. 385–392. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.016.

Wei, H.; Roberts, P.; Strickler, J.; Webb Corbett, R. (2018): Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. In: *Journal of Nursing Management* 27 (4), S. 681–687. DOI: 10.1111/jonm.12736.

Weissenberger-Leduc, M.; Weiberg, A. (2010): Gewalt und Aggression bei Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege. Wien: Springer.

Williams, J.; Hadjistavropoulos, T.; Ghandehari, O. O.; Malloy, D. C.; Hunter, P. V.; Martin, R. R. (2016): Resilience and organisational empowerment among long-term care nurses: effects on patient care and absenteeism. In: *Journal of Nursing Management* 24 (3), S. 300–308.

World Health Organization (WHO) (Hg.) (2002): The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Genf.

Zeh, A.; Schablon, A.; Wohler, C.; Richter, D.; Nienhaus, A. (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen--Ein Literaturüberblick. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 71 (8-9), S. 449–459. DOI: 10.1055/s-0029-1192027.

Zeller, A.; Dassen, T.; Kok, G.; Needham, I.; Halfens, R. J. G. (2012): Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. In: *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 44 (3), S. 249–257. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x.

## 7 Anhang: Übersicht eingeschlossener Publikationen

<b>Zeitschriftenaufsätze</b> (Gesamt: 63)	<b>Bücher/Beiträge</b> (Gesamt: 10)	<b>Graue Literatur</b> (Gesamt: 29)	<b>Online-Ressourcen</b> (Gesamt: 5)
Almvik et al. (2007)	Bonnie & Wallace (2003)	Altenheim Stift St. Veit GmbH (2016)	<a href="https://www.bgw-online.de">https://www.bgw-online.de</a>
Andersen (2017)	Brater et al. (2004)	Barribal et al. (2015)	<a href="https://www.bgf-institut.de/bgfconsult/analyse/">https://www.bgf-institut.de/bgfconsult/analyse/</a>
Anderson et al. (2003)	Löhr et al. (2020)	Bartholomeyczik et al. (2006)	<a href="http://www.ein-step.de">www.ein-step.de</a>
Arnetz et al. (2017)	Osterbrink & Andratsch (2015)	Batzoni (2020)	<a href="https://aok-pfiff.de/pflegeherausforderungen/sexualitaet-in-der-pflege">https://aok-pfiff.de/pflegeherausforderungen/sexualitaet-in-der-pflege</a>
Ayalon et al. (2016)	Oud & Walter (2009)	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2016)	<a href="https://www.minimed.at/gesundheitsfenster/demenz/validation/">https://www.minimed.at/gesundheitsfenster/demenz/validation/</a>
Bédard et al. (2011)	Schofield (2017)	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2018)	<a href="http://www.werdenfelser-weg-original.de">www.werdenfelser-weg-original.de</a>
Blair et al. (2017)	Staudhammer (2018)	BGW (2015)	
Borckardt et al. (2011)	Suntinger (2018)	BGW (2006)	
Braaten & Malmedal (2017)	Weissenberger-Leduc & Weiberg (2010)		
Bradford & End (2010)			
Byon et al. (2016)			

<p>Cooke et al. (2010)</p> <p>Craigie et al. (2016)</p> <p>DeHart et al. (2009)</p> <p>Doppelfeld (2013)</p> <p>Enmarker et al. (2011)</p> <p>Forsetlund et al. (2009)</p> <p>Granerud &amp; Rocha (2011)</p> <p>Gulpers et al. (2011), (2012), (2013)</p> <p>Hersch et al. (2016)</p> <p>Hill et al. (2015)</p> <p>Hills et al. (2015)</p> <p>Hofmann et al. (2015)</p> <p>Hsieh et al. (2009)</p> <p>Hvidhjelm et al. (2016)</p> <p>Irvine et al. (2012)</p>		<p>Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) (2015)</p> <p>Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017)</p> <p>Bobens et al. (2011)</p> <p>Bonin (2020)</p> <p>Borchart et al. (2011)</p> <p>College of Nurses Ontario (2018)</p> <p>Curacon GmbH &amp; Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (2019)</p> <p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2013)</p> <p>Fuchs-Frohnhofer et al. (2019)</p> <p>Habermann &amp; Cramer (2013)</p>	
--	--	---	--

Jacobsen et al. (2017)		Heidrich et al. (2018)	
Jonasson et al. (2019)		Institut für Berufliche Gesundheitsförderung BGF (2011)	
Kamşıl & Öz (2011)		International Labour Organiza- tion (ILO) et al. (2002)	
Kix (2016)		Isfort et al. (2018)	
Kling et al. (2006)		Mayrhofer et al. (2019)	
Koczy et al. (2011)		Nova Scotia Health Research Foundation (2017a)	
Kontio et al. (2014)		Nova Scotia Health Research Foundation (2017b)	
Köpke et al. (2015)		Nursing Home Ombudsman Agency of the Bluegrass and Bluegrass Rape Crisis Center (2004)	
Köpke et al. (2012)		Rappold & Juraszovich (2019)	
Laker et al. (2010)		Richter (2013)	
Lamont und Brunero (2018)			
Lamont et al. (2012)			
Livingston et al. (2014)			
Martinez (2016)			
Maatouk et al. (2018)			
Mahon et al. (2017)			

Michaud et al. (2014)			
Mileski et al. (2019)			
Mojtahedzadeh et al. (2020)			
Möhler et al. (2012)			
Nau et al. (2010)			
Pellfolk et al. (2010)			
Putkonen et al. (2013)			
Richardson & Rothstein (2008)			
Richardson et al. (2002)			
Richter (2002)			
Schuchter & Heller (2018)			
Slettebø (2006)			
Smyth et al. (2013)			
Sprangers et al. (2015)			
Strijk et al. (2013)			

van de Sande et al. (2011)			
Wangmo et al. (2017)			
Wie et al. (2018)			
Williams et al. (2016)			