BACHELORARBEIT STUDIENGANG PFLEGE DUAL

Gewalt im Kontext der Pflege – Interventionen zur Prävention von Gewalt in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz

Vorgelegt am 31. Mai 2021

Von: Theresa Waibel
[redacted]

1. Prüfer: Fr. Nicole Raimundo Xavier Becker
2. Prüfer: Fr. Dr. Sünje Prühlen

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Zusammenfassung

Einleitung: Die Thematik Gewalt in der Pflege rückt in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung. Zahlreiche Publikationen kommen zum Schluss, dass besonders der Bereich der Prävention eine Forschungslücke aufweist. Bislang konnten keine Interventionen identifiziert werden, welche signifikante Effektivitätsnachweise hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt liefern. Auch die Zielgruppe der Menschen mit Demenz, welche als vulnerable Gruppe in Anbetracht der Thematik gilt, stellt in fast keiner der vorhandenen Forschungsarbeiten den Untersuchungsgegenstand dar.

Ziel: Das Ziel dieser Thesis ist es demnach, zu untersuchen, welche Interventionen zu einer Vermeidung struktureller und personeller Gewalthandlungen in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit dementieller Erkrankung beitragen können.

Methodik: Die Beantwortung der Fragestellung erfolgte mittels einer systematischen Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, Cinhal und Cochrane. Ergänzend dazu wurde eine nicht-systematische Handrecherche in der wissenschaftlichen Fachzeitschriften-Bibliothek der HAW Hamburg, der Springer Verlagsdatenbank und Google Scholar durchgeführt.

Ergebnisse: Mittels den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche konnten keine Interventionen identifiziert werden, welche signifikante Effektivitätsnachweise, hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz liefern. Aus den Handlungsempfehlungen, welche von der Autorin, basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche und der theoretischen Herleitung der Thematik formuliert wurden, geht hervor, dass eine Kombination aus speziellen Schulungs- und Bildungsinterventionen, der Umsetzung eines demenzsensiblen Versorgungskonzeptes und der Überarbeitung und Erweiterung vorhandener Screening- und Assessmentinstrumente vielversprechende Interventionen darstellen, um einer Vermeidung struktureller und personeller Gewalthandlungen in der professionellen pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz beizutragen.

Schlussfolgerung: Die Thematik „Gewalt in der Pflege“ benötigt auch in der Zukunft besondere Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Forschung und es müssen zusätzlich neue Interventionen, wie auch politische und gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, um eine gewaltfreie Pflege gewährleisten zu können. Auch das Setting der häuslichen pflegerischen Versorgung durch Angehörige sollte dabei berücksichtigt werden.

Vorwort

> *„Jede Form der Gewalt ist das Ergebnis von Menschen, die sich selbst täuschen, um zu glauben, dass ihr Schmerz von anderen Menschen kommt und dass diese Menschen es verdienen, bestraft zu werden“* - (Marshall B. Rosenberg)

In den letzten Jahren befasst sich die wissenschaftliche Forschung vermehrt mit dem Thema Gewalt in der Pflege. Die vorhandenen Studien befassen sich zum einen hauptsächlich mit der Entstehung von Gewalt und zum anderen mit den unterschiedlichen Formen von Gewalt in der Pflege. Auch resultiert aus den Ergebnissen zahlreicher Studien die hohe Dunkelziffer im Hinblick auf die Prävalenz von Gewalthandlungen in der Pflege. Um diesem nachhaltig und effizient entgegenzuwirken, bedarf es meiner Meinung nach unterschiedlicher Interventionen, die gewaltpräventive Maßnahmen in den praktischen Alltag der pflegerischen Versorgung implementieren, um eine professionelle Pflege zu gewährleisten. Speziell hierzu findet man in der Literatur bislang nur wenig Ergebnisse und Forschungsansätze, was mich dazu bewegt, diesen Themenbereich genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen unter anderem dazu dienen, Pflegekräfte anzuregen, ihre pflegerischen Handlungen im Hinblick auf eine Gewährleistung einer professionellen Versorgung von Patienten kritisch zu reflektieren. Die Eingrenzung der Zielgruppe auf ältere Menschen, speziell mit dementieller Erkrankung, begründe ich zum einen mit dem demografischen Wandel und dem damit einhergehend kontinuierlich steigenden Bedarf an pflegerischer Expertise und zum anderen sind Menschen mit Demenz, bedingt durch ihre Hilflosigkeit, einem höheren Risiko an Gewalterfahrungen ausgesetzt.

In dieser Arbeit, wird in Anbetracht der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Bedanken möchte ich mich bei Frau Raimundo Xavier Becker und Frau Dr. Sünje Prühlen für die Begleitung und Unterstützung im Rahmen dieser Bachelorarbeit.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS I

TABELLENVERZEICHNIS I

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS II

1 EINLEITUNG 1

1.1 PROBLEMBESCHREIBUNG 1

1.2 FRAGESTELLUNG 4

1.3 ZIELSETZUNG 4

1.4 METHODISCHES VORGEHEN UND AUFBAU DER ARBEIT 5

2 DEFINITIONEN 6

2.1 BEGRIFFSDEFINITION DEMENZ 7

2.2 BEGRIFFSDEFINITION GEWALT 8

3 BEDEUTUNG PROFESSIONELLER PFLEGE 9

4 ZIELGRUPPE: MENSCHEN MIT DEMENTIELLER ERKRANKUNG 10

4.1 DIE BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN MIT DEMENZ 10

4.2 PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN IN DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ 14

5 DIE VIELFÄLTIGKEIT VON GEWALT 15

5.1 ENTSTEHUNG VON GEWALT 15

5.2 GEWALT IN DER PFLEGE 20

5.2.1 Strukturelle Gewalt 22

5.2.2 Personelle Gewalt 22

5.3 BEDEUTUNG VON GEWALT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ 22

6 ERGEBNISSE 25

6.1 ANSÄTZE ZUR VERMEIDUNG VON GEWALT IN DER PFLEGE 25

6.2 INTERVENTIONEN ZUR PRÄVENTION VON GEWALT IN DER PFLEGE 27

6.2.1 Schulungs- und Bildungsinterventionen 27

6.2.2 Demenzsensible Versorgungseinrichtungen 30

6.2.3 Screening- und Assessmentinstrumente ... 31
6.2.4 Spezifische politische Richtlinien/Gesetze ... 32
6.2.5 Förderung vorhandener Ressourcen ... 33
6.2.6 Unterstützung potentieller Täter ... 34
7 DISKUSSION ... 35
7.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND KRITISCHE BEWERTUNG DER VERWENDETEN LITERATUR ... 35
7.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN SPEZIELLER INTERVENTIONEN ZUR VERMEIDUNG VON GEWALT AN MENSCHEN MIT DEMENTIELLER ERKRANKUNG ... 38
7.2.1 Schulungs- und Bildungsinterventionen ... 38
7.2.2 Demenzsensible Versorgungseinrichtungen ... 40
7.2.3 Screening- und Assessmentinstrumente ... 41
7.3 LIMITATIONEN DER ARBEIT ... 42
8 FAZIT/AUSBLICK ... 43
QUELLENVERZEICHNIS ... 46
ANHANG ... 54

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: BEDÜRFNISPYRAMIDE NACH MASLOW (1954, 1970) 11
ABBILDUNG 2: DIE WICHTIGSTEN PSYCHISCHEN BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN MIT DEMENZ 12
ABBILDUNG 3: DAS ÖKOLOGISCHE MODELL NACH WHO (2003) 15
ABBILDUNG 4: GEWALTDREIECK IM KONTEXT DER PFLEGE 21

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: RISIKOFAKTOREN ZUM ENTSTEHEN VON GEWALT ANHAND DER EBENEN DES ÖKOLOGISCHEN MODELLS DER WHO (2003) 16

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	**Bedeutung**
AEA	American Economic Assoziation *(engl.)*
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia *(engl.)*
ICD	International Statistical Classification of Desease *(engl.)*
ICN	International Council of Nurses *(engl.)*
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders *(engl.)*
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NCS	Neurokognitive Störung
SCUs	Special Care Units *(engl.)*
WHO	World Health Organization *(engl.)*
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Die grundsätzliche Aufgabe der Pflege als Profession ist es, Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern (ICN, 2012). Bereits seit einigen Jahren ist der Bereich der Pflege in einem stetigen Wandel, der bis heute noch nicht abgeschlossen ist.

Seit dem Jahre 1973 übersteigt in Deutschland die Sterberate die Zahl der Neugeborenen. Laut Statistischem Bundesamt (2021) lag die Zahl der Bevölkerung in Deutschland 1973 bei ca. 79,1 Millionen und 2019 bei ca. 83,2 Millionen Menschen. Das zu verzeichnende Wachstum der Bevölkerung lässt sich aktuell auf die Migration und Zuwanderung zurückführen. Auf lange Sicht gesehen kann aber auch durch Migration und Zuwanderung das Geburtendefizit nicht mehr kompensiert werden und somit ist ein Rückgang der Bevölkerung die Folge (Statistisches Bundesamt, 2021). Ein weiterer Faktor ist die steigende Lebenserwartung eines Menschen in Deutschland. Laut der sogenannten Sterbetafel 2017/2019 des Statistischen Bundesamtes haben Männer, ab dem Zeitpunkt der Geburt, eine Lebenserwartung von durchschnittlich 78,6 und Frauen von 83,4 Jahren. Auch in höheren Altersjahren ist ein stetiger Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen. So lebten 1871/1881 65-jährige Männer durchschnittlich noch 9,6 und 2017/2019 sogar 17,9 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2020a).

Hinzu kommt der Anstieg der altersassoziierten Erkrankungen mit zunehmendem Alter, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Mellitus oder auch die Demenz. Im Jahre 2018 wurden in Deutschland beispielsweise ca. 1,53 Millionen Menschen über 65 Jahre mit einer dementiellen Erkrankung verzeichnet - Tendenz steigend (Radke, 2020). Des Weiteren erhöht sich auch das Risiko der Multimorbidität[1]. Diese Erkrankungen verlaufen meist chronisch und irreversibel (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Aus eben genannten Faktoren resultiert der grundsätzliche Anstieg der Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Laut Statistischem Bundesamt (2020b) verzeichnet Deutschland 2019 ca.

[1] das Erkranken an mehreren Krankheiten gleichzeitig

4,13 Millionen Pflegebedürftige, darunter ca. 8% der 70- bis 74-Jährigen und ab dem 90. Lebensjahr ca. 76%. Davon werden ca. 80% im häuslichen Umfeld durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste und 20% in stationären Einrichtungen, wie Pflegeheimen versorgt. Anhand Vorausrechnungen wird auch in den nächsten Jahren ein enormer Anstieg an Pflegebedürftigkeit und des Versorgungsbedarfs innerhalb Deutschlands erwartet (ebd.). Besonders bei der Krankheit Demenz geht im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und dessen Symptome, besonders in fortgeschrittenen Stadien, eine hohe Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit mit einher (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020). Somit gewinnt der Pflegeberuf immer mehr an Bedeutung und stellt die Pflegenden vor besonders große Herausforderungen.

Das Berufsfeld der Pflege ist hochanspruchsvoll und verlangt den Pflegekräften ein hohes Maß an physischer und psychischer Belastbarkeit ab. Dazu gehört besonders die stetige Konfrontation mit dem Leid, der Krankheit bis hin zum Tod eines Menschen (Staudhammer, 2018, S.2). Auch fällt es Pflegekräften zunehmend schwerer, die Anforderungen und Bedürfnisse von Pflegeempfängern und ihren Angehörigen mit den ethischen und moralischen Erwartungen und der eigenen ethischen Haltung zu vereinen (Staudhammer, 2018, S.2). Dieses Spannungsfeld führt zu einem eingeschränkten Handlungsspielraum der Pflegenden und einer Beschränkung der eigenen Kompetenz. Hinzu kommt die hohe Arbeitsintensität, die nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern auch die grundsätzliche Belastbarkeit von Pflegekräften negativ beeinflusst (Osterbrink & Andratsch, 2015, S.42).

Die Arbeit in der Pflege hat sich für viele Beschäftigte in den letzten Jahren sehr verdichtet und führt durch eben genannte Faktoren häufig zu einer Überlastung der Pflegenden oder einem Gefühl von Überforderung und Hilflosigkeit (Staudhammer, 2018, S.20, S.87).

Bedingt durch den demografischen Wandel, besonders die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung und der Anstieg der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, gewinnen die gesellschaftlichen Problemfelder aller Lebensbereiche immer mehr an Bedeutung (Görgen, 2009, S. 21). Hierunter nehmen auch besonders Phänomene der Kriminalitäts- und Gewalthandlungen im Kontext der Pflege einen zunehmend wachsenden und bedeutungsvolleren Stellenwert ein, die besonders durch oben genannte Faktoren, wie Überlastung/Überforderung und Hilflosigkeit von Pflegekräften begünstigt werden (Görgen, 2009, S. 2/Staudhammer, 2018, S. 87f). Gewalt wird meist als eine physische Handlung verstanden, bei der man Menschen entweder Schmerzen oder körperliche Verletzungen zufügt. Diese Form von Gewalt ist allerdings nur eine mögliche Erscheinungsform

(Weissenberger-Leduc, 2016). Grundsätzlich beginnt Gewalt schon früh mit kleinen Handlungen oder verbalen Äußerungen, die im Pflegealltag oftmals als bedeutungslos erscheinen oder als nicht erwähnenswert angesehen werden (Osterbrink & Andratsch, 2015, S. 43).

Deutlich wird besonders, dass die Zielgruppe „Menschen mit Demenz“ eine Thematik mit exponentiellem Wachstumsfaktor in der deutschen Gesellschaft darstellt und somit speziell für die professionelle Pflege mit zunehmender Relevanz verbunden ist. Sie fordert aber auch die Forschung, besonders im Bereich der Pflege- und Gesundheitswissenschaft, neue und entsprechende Versorgungsstrukturen und -konzepte aufzuzeigen und zu implementieren, welche eine individuelle und angepasste Versorgung von Menschen mit Demenz ermöglichen. Unter anderem resultiert anhand des eben genannten exponentiellen Wachstumsfaktors der Gruppe von Menschen mit Demenz, dass diese auch einen großen Teil des Klientels ausmachen, welche in institutionellen Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Anhand dieser Annahme und der Zunahme der Kriminalitäts- und Gewalthandlungen im Kontext der Pflege schließt die Autorin, dass Menschen mit Demenz, besonders in fortgeschrittenen Stadien, eine vulnerable Gruppe für Gewalthandlungen in der pflegerischen Versorgung darstellen.

Somit stellt die Autorin die Hypothese auf, dass es effektive Maßnahmen und Interventionen gibt, um Gewalt gegen Menschen mit Demenz, besonders in fortgeschrittenen Stadien, präventiv entgegenzuwirken.

Im Rahmen der ersten Literaturrecherche wurde klar, dass zum einen die Thematik Gewalt in der Pflege tabuisiert behandelt wird und zum anderen nur eine geringe Anzahl an Literatur zu finden war. Besonders das Setting der professionellen stationären Versorgung und die Zielgruppe der Menschen mit Demenz fehlten als Untersuchungsgegenstand beinahe gänzlich. Zwar wurde durch eine Literaturübersicht von McCausland et al. (2016) deutlich, dass die Gefahr des Erfahrens von Gewalthandlungen bei Menschen mit Demenz fast doppelt so hoch ist, wie die von Menschen, die keine kognitiven Beeinträchtigungen haben bzw. nicht an einer Demenz erkrankt sind, dennoch stellte diese somit vulnerable Gruppe in keiner Publikation, welche sich mit Interventionen zur Prävention von Gewalt beschäftigt, den Untersuchungsgegenstand dar. Auch beschränkt sich die Studie von McCausland (2016) auf den häuslichen Versorgungskontext durch die Pflege Angehöriger. Aus dieser ersten „Quick an Dirty“-Recherche ist schon jetzt ein erheblicher Bedarf effektiver Interventionen zur Prävention von Gewalt, speziell gegen Menschen mit Demenz, erkennbar.

1.2 Fragestellung

Anhand der aufgezeigten Forschungslücke im Bereich effektiver Interventionen, die zu einer Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz, besonders im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung beitragen, und der Tatsache, dass im institutionellen professionellen Versorgungssetting besonders strukturelle und personelle Gewalthandlungen in den Fokus rücken (Weissenberger-Leduc, 2011, S.78f), wurde die Fragestellung dieser Arbeit dementsprechend verändert und angepasst:

> „***Welche Interventionen können zu einer Vermeidung struktureller und personeller Gewalthandlungen in der professionellen pflegerischen Versorgung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung beitragen?“***

Auch wurde der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit auf die vollständige Gruppe der Menschen mit Demenz erweitert, da zum einen bislang keine wissenschaftlichen Erkenntnisse aus bisheriger Forschung hervorgehen, die einen Zusammenhang zwischen den Stadien/Verlauf der Krankheit Demenz und der Prävalenz von Gewalthandlungen belegen und es zum anderen grundsätzlich an evidenzbasierten Interventionen mangelt, die zu einer Vermeidung von Gewalt, speziell an Menschen mit Demenz, beitragen.

1.3 Zielsetzung

Aufgrund der Tabuisierung soll diese Arbeit einen Überblick in die Thematik „Gewalt im Kontext der Pflege“ ermöglichen und somit einen Beitrag zur Sensibilisierung leisten. Der Ergebnisteil dieser Arbeit soll den aktuellen Forschungsstand zur Prävention und zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege darstellen. Ziel dieser Arbeit wird es sein, in Anbetracht der mangelnden Zugänglichkeit und wissenschaftlichen Literatur spezielle Interventionen in Form von Handlungsempfehlungen zu formulieren, welche zu einer Vermeidung von personeller und struktureller Gewalt im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung von Menschen mit dementieller Erkrankung beitragen können. Dabei beschränkt sich der Rahmen dieser Arbeit hinsichtlich der umfänglichen Rahmenbedingungen auf das stationäre Versorgungssetting.

1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Methodisches Vorgehen:

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Cinhal und Cochrane durchgeführt. Speziell diese Datenbanken wurden von der Autorin ausgewählt, da sie pflegerische, medizinische und psychosoziale Themenbereiche berücksichtigen.

Das PICO-Schema (s. Anhang 1) bildet die Basis der systematischen Literaturrecherche, da sie die handlungsleitende Fragestellung in ihre Komponenten zerteilt. Die dabei entstandenen Komponenten wurden mittels eines Übersetzungsprogrammes (deepl.com) in die englische Sprache übersetzt (s. Anhang 2). Zusätzlich wurden Synonyme definiert, um den Umfang der Suche möglichst breit zu halten. Außerdem konnten MeSH Terms und MeSH Subheadings verwendet werden. Anschließend wurden die entstandenen Suchbegriffe in unterschiedlichen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren „AND" und „OR" verknüpft. Dies wurde in Anhang 3 ausführlich dargestellt.

Da mit den Ergebnissen der ersten „Quick and Dirty"-Recherche, welche bereits in der Einleitung beschrieben, deutlich wurde, dass im Bereich der Prävention von Gewalt in der Pflege eine erhebliche wissenschaftliche Forschungslücke besteht, wurden keine weiteren Limitationen, beispielsweise das Veröffentlichungsjahr oder andere Variablen, eingestellt.

Zudem wurde eine umfangreiche nicht-systematische Handrecherche in Google Scholar, der Springer-Verlagsdatenbank und dem Katalog der Hochschule für angewandte Wissenschaften durchgeführt, um zum einen, die für die Arbeit von Interesse erachtete Literatur für die theoretische Herleitung zu gewinnen und zum anderen, um die mangelnden Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche hinsichtlich des Umfangs, der Effektivität und Aussagekraft in den Datenbanken zur Beantwortung der Fragestellung zu unterstützen.

Schlussendlich wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert (s. Anhang 4). Die Auswahl der Literatur zur Beantwortung der Fragestellung wurde mittels eines Flow-Chart-Diagramms dargestellt (s. Anhang 5).

Schließlich konnten zur Beantwortung der Fragestellung sieben Volltexte aus der systematischen Literaturrecherche der Datenbanken und sieben Volltexte aus der nicht-systematischen Handrecherche mit eingeschlossen werden. Die Darstellung der Ergebnisse beinhalten somit zwei systematische Reviews, fünf Studien, drei Artikel, zwei

Projektberichte, ein Buchkapitel und eine Website. Die eingeschlossenen Studien wurden mittels verschiedener Bewertungsbögen von der Autorin kritisch betrachtet (s. Anhang 8).

Aufbau der Arbeit:

Vorerst erfolgt ein umfangreicher theoretischer Einblick sowohl in das Krankheitsbild der Demenz als auch in das Thema Gewalt. Dies rechtfertigt sich mit der eben dargestellten ernüchternden Datenerhebung im Bereich der Prävention von Gewalt gegen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Um schlussendlich Handlungsempfehlungen und Handlungsalternativen, angepasst an die Zielgruppe Menschen mit Demenz formulieren zu können, die basierend auf der bisherigen Forschungslage zur Prävention von Gewalt in der Pflege sind, bedarf es zunächst einmal eines einheitlichen Begriffsverständnisses sowohl von Demenz als auch von Gewalt im Rahmen dieser Arbeit. Zudem wird anschließend deutlich gemacht, was im Rahmen der Arbeit unter professioneller Pflege und dem damit einhergehenden Versorgungsauftrag verstanden wird, da sich die bisherigen Forschungsergebnisse häufig auf die Laienpflege, also durch Angehörige im häuslichen Setting, begrenzen. Dies soll eine Differenzierung der beiden Expertisen ermöglichen. Im Anschluss wird das Krankheitsbild der Demenz näher beleuchtet. Hier werden zum einen die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, wie auch die pflegerischen Herausforderungen, die mit der Versorgung von Menschen mit Demenz einhergehen, aufgezeigt. Im nächsten Kapitel wird die Vielfältigkeit der Gewalt mit Blick auf die Formen, Risikofaktoren, die Entstehung und die Bedeutung von Gewalt für Demenzkranke dargestellt. Schlussendlich werden die bereits vorhandenen Präventionsmaßnahmen und Interventionen aufgezeigt, diskutiert und analysiert. Daraus sollen Handlungsempfehlungen sowohl auf personeller, institutioneller wie auch auf gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene entstehen, die eine gute Möglichkeit zur Implementierung in die Praxis als Prävention von Gewalt an Menschen mit Demenz bieten.

2 Definitionen

Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick über die Terminologie gegeben, um ein einheitliches Begriffsverständnis im Rahmen der Arbeit vorauszusetzen.

2.1 Begriffsdefinition Demenz

Die allgemeine lateinische Übersetzung des Begriffes Demenz lautet „ohne Geist“ oder „Weg vom Geist“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2020a). Dies beinhaltet den ausschlaggebenden Faktor im Verlauf einer Demenz, „[…] der Verschlechterung bis hin zum Verlust der geistigen Fähigkeit“ (ebd.), was aber nicht pauschal auf alle Menschen mit einer diagnostizierten dementiellen Erkrankung übertragbar ist. Laut ICD-10 der WHO wird Demenz (F00-F03) als:

> *„[…] ein Syndrom als Folge einer meist chronisch oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen“* definiert. *„Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet […]“* (WHO & DIMDI, 2019).

Demenz ist also zunächst ein Sammelbegriff für Erkrankungen, die auf verschiedenste Weise erworben wurden und zu einer Störung bzw. Veränderung der kognitiven Funktionen, unter anderem auch Affekt und Verhalten, führen. Sowohl der ICD-10 als auch der DSM-IV setzen bei der Definition und Diagnostik von Demenz eine Einschränkung der Bewältigung des alltäglichen Lebens voraus (Förstl & Lang, 2011).

Da in der Forschung aktuell keine Evidenz zum Zusammenhang der unterschiedlichen Demenzformen mit der Prävalenz von Gewalthandlungen vorliegt, wird in dieser Arbeit sowohl von der Aufzählung der Demenzformen, als auch der Beschreibung der Demenzstadien Abstand genommen, da diese keinerlei Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit haben. Zwar zeigen Ergebnisse einer Studie ein größeres Risiko von Gewalterfahrungen bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, diese sind aber nur wenig aussagekräftig und beschränken sich auf die Datenerhebung der häuslichen Versorgung (Serra, et al., 2018).

Dennoch wird in der Forschung zu „Demenz“ häufig die Alzheimer Demenz als Forschungsgegenstand und deren Symptome als Messinstrument herangezogen, da diese zum einen die größte Klassifikationsgruppe darstellt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020) und somit zum anderen die größte Forschungsgrundlage im Bereich der Demenzen bietet. In Anbetracht der Komplexität der Begriffsdefinition wird im Verlauf der Arbeit die „Demenz“ unter der obengenannten Definition des ICD-10 der WHO & DIMDI (2019) als

ganzheitlicher Begriff einer neurodegenerativen Erkrankung verstanden, der zunächst alle Demenzformen und die damit einhergehende Symptomatik nach WHO & DIMDI (2019) inkludiert und der zudem die Einschränkung der Alltagsbewältigung in mindestens einer der Bereiche der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel (1984) voraussetzt. Unter der Symptomatik werden sowohl kognitive Beeinträchtigungen, als auch BPSD verstanden, die in Kapitel 4.2 genauer erörtert werden.

2.2 Begriffsdefinition Gewalt

Der Gewaltbegriff ist sehr vielschichtig und aus vielerlei unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Daher fällt es auch in der Wissenschaft bis heute schwer, eine eindeutige bzw. allgemeingültige Begriffsabgrenzung zu definieren.

Gewalt kann in den unterschiedlichsten Formen und Ausführungen auftreten, wie beispielsweise verbal-direkt oder auch geräuschlos-indirekt (Galtung, 1975, zit. nach Hirsch, 2015, S. 106). Die WHO definiert Gewalt als:

> *„der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO, 2003, S.5f).*

Hier werden verschiedenste Handlungsabläufe inkludiert, die weit über das alleinige „physische Handeln“, was im Sprachgebrauch häufig mit Verletzung und Schmerzen assoziiert wird, hinausgehen und somit auch die psychische Ebene der Handlungsabläufe, wie Bedrohung, Beleidigung oder Einschüchterung berücksichtigt (World Health Organization, 2003). Hinzu kommt, dass die Definition von Gewalt stark abhängig vom Betrachter und der Situation ist. Godenzi (1994, S.34) untermauert diese Aussage und macht unter anderem deutlich, dass Gewalt keinen messbaren Gegenstand darstellt, sondern vielmehr ein emotionaler Begriff ist, der individuell vom Betrachter beeinflussbar ist:

> *„Wer welche Handlung, welches Ereignis, welche Institution als gewalttätig definiert, hängt entscheidend vom sozialen Ort der evaluierenden Person ab. Gewaltdefinitionen sind Werturteile, auch dann, wenn die Forschenden die*

> *Bestimmung und den Bedeutungszusammenhang der Gewalt den unmittelbar beteiligten Personen überlassen.“*

Aufgrund der eben dargestellten Mehrdimensionalität und im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit, basiert das Begriffsverständnis von Gewalt im Verlauf dieser Arbeit auf der Definition des schwedischen Soziologen und Friedensforscher Johan Galtung, der den Begriff der Gewalt als:

> *„[…] vermeidbare Verletzungen grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzen, was potentiell möglich ist“ (Galtung, 1998, zit. nach Jaberg, 2019, S. 22),* definiert.

Galtung unterscheidet das Auftreten von Gewalt in 3 unterschiedliche Dimensionen, die „personelle (direkte)“ Gewalt, die „(indirekte) strukturelle“ Gewalt und die „(invariante) kulturelle“ Gewalt, die in einer Wechselwirkung zueinander stehen (Galtung, 1998, zit. nach Hirsch, 2015, S.106). Dies wird in Kapitel 4 näher beleuchtet.

3 Bedeutung professioneller Pflege

Der International Council of Nurses versteht unter professioneller Pflege eine

> *„[…] eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund in allen Lebenssituationen (Settings)[…]“* (ICN, 2002, zit. nach DBfK, o.J.).

Die damit einhergehenden Aufgaben der Pflege werden im ICN Ethikkodex für Pflegende festgehalten. Dies beinhaltet die vier Hauptaufträge professioneller Pflege, nämlich „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (ICN, 2012). Spichiger et al. (2013) beschreibt die professionelle Pflege als ein evidenzbasiertes reflektiertes Konstrukt der Praxis, welches unter Zusammenarbeit interdisziplinärer Berufsgruppen und durch das Einbeziehen der zu pflegenden Personen zu einer bestmöglichen Versorgung von Menschen aller Altersklassen und in jeder Lebenslage führt.

Dieses Verständnis lässt sich auch unter §5 des Pflegeberufegesetz (PflBG) wiederfinden. Somit sollen Absolventen der Ausbildung zum Pflegefachmann und Pflegefachfrau in der Lage sein, „selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege“ durchzuführen, welche auf dem Stand „pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ basiert. Zudem werden „methodische, soziale, interkulturelle und kommunikative Kompetenzen“ vorausgesetzt sowie die „Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion“ (§5 PflBG). Betrachtet man nun die unter Punkt 2.2 aufgezeigte Definition von Gewalt nach Galtung (1998), setzt das Verständnis des soeben herausgearbeiteten Versorgungsauftrages und der Bedeutung professioneller Pflege eine gewaltfreie Versorgung voraus. Zusammengefasst ist eine gewaltfreie Versorgung ein zentraler Bestandteil des Verständnisses professioneller Pflege.
Die Relevanz der Bedeutung professioneller Pflege soll im Rahmen der Arbeit, besonders im Hinblick auf den Versorgungsauftrag von Menschen mit Demenz, und die damit einhergehenden pflegerischen Herausforderungen sowie die Prävention von Gewalt im Kontext der pflegerischen Versorgung dieser Zielgruppe immer wieder deutlich gemacht werden.

4 Zielgruppe: Menschen mit dementieller Erkrankung

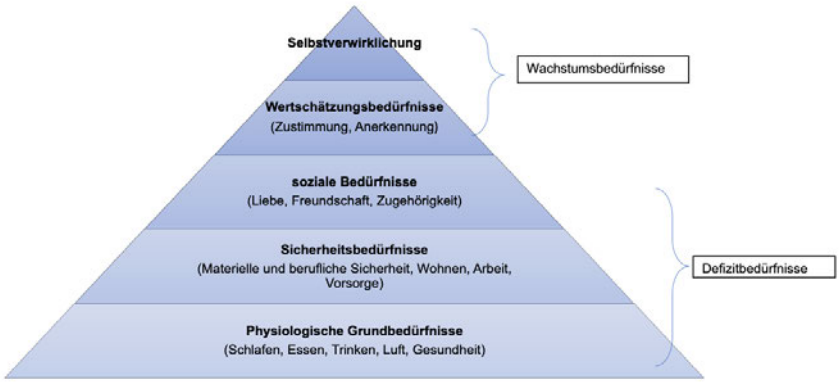
4.1 Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz sind häufig und besonders in fortgeschrittenen Stadien der Demenz aufgrund der Symptomatik, die mit der Krankheit einhergeht und unter Kapitel 1.1 kurz aufgezeigt wurde, nicht mehr in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse verbal zu äußern. Finden die Bedürfnisse der Betroffenen keine Befriedigung, äußert sich das in sogenannten „herausfordernden Verhaltensweisen“ oder auch „Behavioral-Psychological Symptoms of Dementia“ genannt (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006). Diese werden unter Punkt 4.2 genauer thematisiert. Ein Forschungsprojekt des ZQP und der Deutschen Hochschule der Polizei zeigt, dass diese herausfordernden Verhaltensweisen Auslöser gewalttätiger Handlungen zwischen Bewohnern in Pflegeheimen sein können (BMFSFJ, 2020). Vermuten lässt sich, dass auch in der Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Menschen mit

Demenz diese Verhaltensweisen zu Problemen führen können bis hin zu gewalttätigen Handlungsabläufen. Daher ist es zur Prävention von Gewalt in der Pflege von zentraler Bedeutung, dass Pflegekräfte die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkennen und einschätzen können, was wiederum laut §5 PflBG auch von professioneller Pflege erwartet und vorausgesetzt wird.

Laut Tom Kitwood, einem britischen Sozialpsychologen, der sich mit der Einzigartigkeit des Personseins auseinandergesetzt hat, unterscheiden sich die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Wesentlichen nicht von den Bedürfnissen gesunder Menschen (Kitwood, 2016). Sie haben mit Fortschreiten der Krankheit lediglich Schwierigkeiten, diese verständlich zu äußern (Kitwood, 2016, S. 10). Laut Kitwood (2016, S. 9) geht es grundsätzlich darum, den Menschen mit Demenz als ganzheitliche Person anzuerkennen, ohne Blick auf die Erkrankung. Um die Grundbedürfnisse eines Menschen und somit auch von Menschen mit Demenz deutlich zu machen, wird nun auf die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow, einem US-amerikanischen Psychologen, der sich mit den Bedürfnissen und der menschlichen Motivation beschäftigt hat, eingegangen. Laut Maslow (1908-1970) gibt es Bedürfnisse hierarchischer Ordnung, die für alle Menschen die gleiche Gültigkeit haben (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow (1954, 1970)



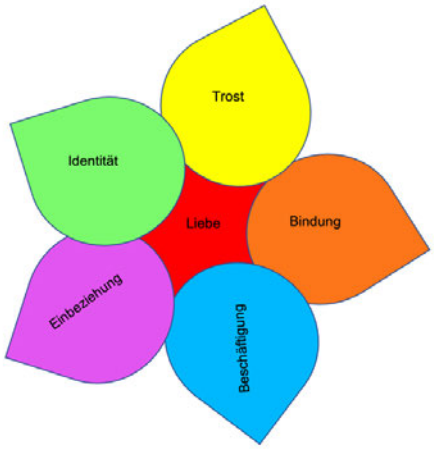
Quelle: (modifiziert nach Maslow, 1954/1970 – Motivation and Personality).

Zudem sagt Maslow, dass die Bedürfnisse der „höheren" Anordnung erst dann Befriedigung finden, wenn die Grundbedürfnisse eines Menschen ausreichend befriedigt sind (Scharb &

Scheichenberger, 2018, S. 74). Hinzu kommt, dass ein Bedürfnis erst befriedigt werden kann, wenn ein gewisser Bedarf bzw. Mangel entsteht (ebd.). Hier wäre als Beispiel das Grundbedürfnis „Essen“ zu nennen. Ein Mensch isst nur, wenn er Hunger verspürt, also ein sogenannter Mangel entsteht.

Menschen mit Demenz sind oftmals nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse selbständig zu befriedigen, dies wird auch mit dem Fortschreiten der Erkrankung zunehmend schwerer. Zudem ändert sich auch der Stellenwert der Bedürfnisse hinsichtlich des Fortschreitens der Erkrankung (Scharb & Scheichenberger, 2018, S. 74f). Aus der oben in Kapitel 2.1 vorgestellten Definition von Demenz lässt sich erkennen, dass das Krankheitsbild „Demenz“ wissenschaftlich wie auch gesellschaftlich überwiegend aus medizinscher Sichtweise betrachtet wird. Somit beschränkt sich die Demenz aktuell hauptsächlich auf eine Erkrankung, die klinisch identifiziert, diagnostiziert und definiert wird. Nicht berücksichtigt werden dabei die sozialpsychologischen Veränderungen eines Menschen mit Demenz (Kitwood, 2008, S. 41f). Diese stehen jedoch in enger Verbindung mit deren Bedürfnissen.

Abbildung 2: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz



Quelle: (modifiziert nach Kitwood, 2016, S. 145).

Laut Kitwood (2016) ist ein Mensch nicht im Geringsten in der Lage, als Person zu funktionieren, wenn seine Bedürfnisse keine Befriedigung finden. Wenn die Äußerung der Bedürfnisse in verbaler Form nicht mehr funktioniert, äußert sich bei Menschen mit Demenz das sogenannte „Verlangen“ nach der Befriedigung eines Bedürfnisses oftmals in für das Umfeld sogenannte „problematische Verhaltensweisen“, wie beispielsweise schreien, kratzen, etc. (Kitwood, 2016). Kitwood (2016) definiert daher fünf zentrale psychosoziale

Bedürfnisse bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung: Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Wie in Abbildung 2 erkennbar ist, sind die psychosozialen Bedürfnisse bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung untrennbar miteinander verbunden, überschneiden sich und sind im zentralen Bedürfnis nach Liebe vereint. Menschen mit Demenz haben oftmals ein kindliches Verlangen nach Liebe (Kitwood, 2016). Da die Grenzen zwischen den Bedürfnissen eher verschwommen sind, bewirkt das Erfüllen eines dieser Bedürfnisse auch die Erfüllung aller anderen Bedürfnisse – zumindest bis zu einem gewissen Grad (Kitwood, 2016). Laut Kitwood (2016) führt die Befriedigung aller eben genannten psychischen Bedürfnisse zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls. Menschen mit Demenz erhalten das Gefühl, wertvoll und geschätzt zu sein und werden dadurch beim Erhalt des Personseins unterstützt, was die zentrale Kernaussage des personenzentrierten Ansatzes Kitwoods (2016) darstellt. Anhand der dargestellten Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Relevanz für die Prävention von Gewalthandlungen in der pflegerischen Versorgung ist anzunehmen, dass die Prävalenz der Gewalthandlungen im häuslichen Setting, speziell durch die Pflege Angehöriger, deutlich höher ist als im stationären Setting, da Angehörige in Anbetracht der sozialpsychologischen Bedürfnisse Kitwoods (2016) emotional näher am Betroffenen agieren und eine Beziehung hier schon grundlegend vorausgesetzt ist, in der häufig besonders das Bedürfnis Liebe schon fest verankert ist. Hinzu kommt, dass Angehörige hinsichtlich der fachlichen und kommunikativen Kompetenzen, die dem Auftreten von BPSD positiv entgegenwirken können, die meisten Defizite aufweisen. Die sozialpsychologischen Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz können zwar bis zu einem gewissen Grad von professionell Pflegenden befriedigt werden, jedoch begrenzt und spezialisiert sich die professionelle Pflege durch Faktoren wie Zeitmangel, Überlastung und Überforderung zunächst einmal auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Maslow (1954/1970). Anzunehmen ist, dass allein schon die Befriedigung der Bedürfnisse im Rahmen einer personenzentrierten Pflege ein erster Schritt einer effektiven Prävention von Gewalt gegen Menschen mit Demenz darstellt.

4.2 Pflegerische Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz leiden neben kognitiven Beeinträchtigungen auch an psychologischen und verhaltensbezogenen Symptomen, die sogenannten „behavioral and psychological symptoms of dementia“ (Bessey & Walaszek, 2019). Die wichtigsten Symptome, die mit BPSD assoziiert werden, sind „Apathie, Depressionen, Angst, Psychosen, Unruhe, Aggression, Schlafstörungen und Herumwandern“ (Bessey & Walazek, 2019/Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006). Aufgrund der umfänglichen Begrenzung dieser Arbeit werden die BPSD vorerst nur aufgezählt. Jedoch wird im Verlauf immer wieder Bezug darauf genommen. Die eben genannte Symptomatik zeigt nur einen Ausschnitt der möglichen herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz. Wichtig zu erwähnen ist, dass besonders Menschen mit BPSD eine vulnerable Risikogruppe für Gewalthandlungen seitens der Pflegekräfte darstellt (Bessey & Walaszek, 2019). Zudem neigen Menschen mit Demenz häufig zu psychischem oder physischem fremd- oder selbstschädigendem Verhalten, bis hin zum sozialen Rückzug bzw. der sozialen Isolation (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006). Dies beeinträchtigt und erschwert die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz erheblich und kann eine Distanzierung der Pflegekraft zur betroffenen Person erwirken (ebd., S. 29). Auch schränkt sie den Handlungsspielraum Pflegender erheblich ein (ebd., S. 14). Die BPSD treten meist unvorhersehbar auf und fordern von Pflegekräften dadurch einen besonders anpassungsfähigen, flexiblen und einfallsreichen Umgang von Menschen mit Demenz. Zu dem bedarf es besonders an kommunikativen und fachlichen Kompetenzen einer Pflegekraft (ebd., S. 8). Hier wird wieder die Relevanz professioneller pflegerischer Haltung deutlich (s. Kapitel 3). Eine weitere schwierige Aufgabe der Pflege in der Versorgung von Menschen mit Demenz stellt das Erfassen und Erkennen ihrer Bedürfnisse dar (s. Kapitel 4.1). Dies erfordert zunächst einmal den Aufbau einer Beziehung, was durch eben genannte herausfordernde Verhaltensweisen deutlich erschwert werden kann (Berendonk et al., 2011). Wie im vorherigen Abschnitt bereits deutlich gemacht, sind unbefriedigte Bedürfnisse oftmals der Auslöser von BPSD (Kitwood, 2016). Dies lässt sich gut am Beispiel einer Kettenreaktion beschreiben. Unbefriedigte Bedürfnisse führen zu BPSD, welche wiederum Auslöser für Gewalthandlungen sein können. Hinzu kommen gewaltbegünstigende Faktoren wie Zeitmangel, Überlastung und mangelndes Fachwissen über die Erkrankung der

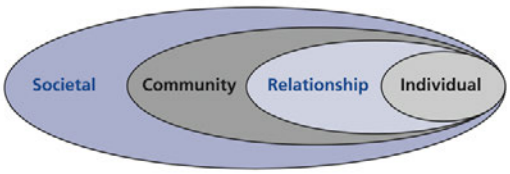
Pflegekräfte (Berendonk et al., 2011). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die größte Herausforderung der Pflege im Umgang von Menschen mit Demenz darin besteht, unter Berücksichtigung der eben genannten Faktoren eine Grundlage der Beziehungsgestaltung oder des Beziehungsaufbaus durch Interaktion und Kommunikation zu schaffen, um eine personenzentrierte und bedürfnisorientierte Pflege von Menschen mit Demenz zu ermöglichen oder zu gewährleisten (ebd., S. 13).

5 Die Vielfältigkeit von Gewalt

5.1 Entstehung von Gewalt

Gewalt ist eine prekäre Thematik, die es für uns Menschen teilweise schwer macht, nachvollziehen zu können, warum ein Mensch zu gewalttätigen Handlungen neigt oder gewalttätig wird. Gewalt obliegt verschiedener Faktoren politischen, wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen und biologischen Ursprungs, die unmittelbar in einer Beziehung zueinander stehen (WHO, 2003). Die WHO (ebd.) hat versucht, mittels des sogenannten „Ökologischen Modells“ (s. Abb. 3) den Ursprung und die Wechselwirkung verschiedener Faktoren bei der Entstehung von Gewalt darzustellen.

Abbildung 3: Das ökologische Modell nach WHO (2003)



Quelle: (WHO, 2003, Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung, S. 13).

In diesem Modell wird besonders die Komplexität der Interaktion verschiedener Risiko- und Einflussfaktoren auf gewalttätige Handlungen berücksichtigt. Die unterschiedlichen Ebenen, die dazu betrachtet werden müssen, sind im Folgenden tabellarisch dargestellt und im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit mit den Risikofaktoren zusammengeführt:

Tabelle 1: Risikofaktoren zum Entstehen von Gewalt anhand der Ebenen des ökologischen Modells der WHO (2003)

Ebene	*Einflüsse und Risikofaktoren*	*Mögliche Beispiele in Bezug auf Menschen mit Demenz*	*Mögliche Beispiele in Bezug auf die Pflegekraft*	*Mögliche Beispiele in Bezug auf die Institution*
Individuelle Ebene	• Biologische, kognitive und psychische Merkmale	• Kognitive Veränderungen (Gedächtnisverlust, Erinnerungsvermögen lässt nach) • Herausfordernde Verhaltensweisen • Unerfüllte Bedürfnisse	• Überlastung • Überforderung • Psychische, finanzielle Probleme • Mangel an Fachwissen in Bezug auf das Krankheitsbild Demenz	• Leitlinien • Konzepte • Gesetzliche Vorgaben zum Personalschlüssel
Beziehungsebene	• Einflüsse von Familie, Gleichaltrigen, Freunden	• Soziale Isolation	• Den Anforderungen und Wünschen der zu Pflegenden nicht ausreichend nachkommen können	• Konflikte zwischen Leitungsebene und Personal
Gemeinschaftsebene	• Einflüsse aus unmittelbarer sozialer	• Verlust der Selbständigkeit • Abhängig von fremder Hilfe	• Schlechtes Arbeitsklima • Schlechte Arbeitsbedingungen • Zu wenig Personal	• Zu große Anzahl an Bewohnern oder Patienten

	Umgebung (soziales Umfeld) • Strukturelle Begebenheiten	• Pflegebedürftigkeit steigt stetig	• Festgelegte Arbeitsablauforganisationen	• Zu wenig examiniertes Personal
Gesellschaftsebene	• Einflüsse sozialer Entwicklung der Gesellschaft, des Staats	• Begrenzter Wohnraum • Feste Essenszeiten • Täglich der identische Ablauf (keine Entfaltungsfreiheit)	• Zeitmangel • Schlechte Bezahlung	• Fehlende finanzielle Mittel

Quelle: (eigene Darstellung, angelehnt an: WHO, 2003, Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung, S. 13/MDS, 2017, Projekt:Gewaltfreie Pflege: Prävention von Gewalt gegen ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung, S. 39-42/Rabold & Görgen, 2007, S. 371f/Kimmel, Brucker, Schempp, o.J., S. 38-42).

Die in Tabelle 1 dargestellten Risikofaktoren müssen nicht zwangsläufig zu Gewalt führen, jedoch können sie diese, besonders im Zusammenspiel mit mehreren Faktoren, erheblich begünstigen. Die unterschiedlichen Ebenen beeinflussen sich gegenseitig und können gewalttätige Handlungen sowohl verstärken als auch abschwächen (WHO, 2003/Sulmann & Väthjunker, 2020). In Bezug auf die in Tabelle 1 genannten Beispiele hinsichtlich der Menschen mit Demenz, können diese gleichzeitig Opfer und Täter sein. Da sich die unterschiedlichen Ebenen untereinander beeinflussen, muss eine Gewalthandlung immer aus ihrer gesellschaftlichen Kohärenz betrachtet werden. Somit lässt sich ableiten, dass laut dem ökologischen Modell der WHO (2003) auch der Mensch mit Demenz selbst Auslöser oder besser gesagt Einflussfaktor für Gewalthandlungen von Pflegekräften in der Versorgung von Menschen mit Demenz sein kann. Diese Aussage deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie von Lacher et al. (2016). In dieser Studie wurden mittels einer retroperspektiven Analyse von 150 Dossiers die Arten der Gewalt an älteren Menschen untersucht und die damit einhergehenden Risikofaktoren benannt und beurteilt. Hierbei konnten die Risikogruppen in zwei unterschiedliche Kategorien unterteilt werden. Zum einen die Risikofaktoren, die in direktem Zusammenhang mit dem Opfer stehen, worunter beispielsweise die grundsätzliche Pflegeabhängigkeit bzw. der Pflegebedarf benannt wird, aber auch die Erkrankung Demenz selbst, sozialer Rückzug der Betroffenen in Kombination mit herausfordernden Verhaltensweisen, Substanzabhängigkeiten oder andere psychische Erkrankungen (Lacher et al., 2016). Die zweite Kategorie lässt sich unter Risikofaktoren, die in direktem Zusammenhang mit den Tätern stehen, zusammenfassen. Hierunter fallen Faktoren wie Überlastung der Pflegeperson oder das Teilen eines Wohnraumes mit dem Opfer, wie auch mangelndes Fachwissen, psychische Erkrankungen oder auch hier wieder die Demenz als Krankheit selbst (Lacher et al., 2016/Görgen, 2009, S.492). Dies zeigt wieder, dass auch besonders das häusliche Umfeld eine prädestinierte Umgebung für Gewalthandlungen darstellt. Im Rahmen des institutionellen Settings können auch die strukturellen Ursachen als Auslöser gewalttätiger Handlungen von erheblicher Bedeutung sein. Diese sind beispielsweise eine ungünstige Personalsituation (zu wenig examiniertes Fachpersonal), zu große Anzahl an Patienten oder Bewohnern oder ein unbefriedigendes Arbeitsklima (Görgen, 2009, S. 492).

Sichtbar wird auch, dass Gewalt nicht nur auf personeller Ebene auftreten kann, sondern auch auf gesellschaftlicher, familiärer und gemeinschaftlicher (Sulmann & Väthjunker, 2020). Anzunehmen ist, dass diese Ebenen zum einen gewalttätige Handlungen begünstigen, aber auch hinsichtlich der Pflege, die Pflegekräfte durch ihre strukturellen Gegebenheiten

und gesellschaftlichen Ansichten in ihrem Handlungsspielraum einschränken und somit wiederum bewusst oder unbewusst als Auslösefaktor von Gewalt fungieren. Besonders bei Menschen mit Demenz, die einen sehr individuellen Symptomkomplex wie auch Krankheitsverlauf aufzeigen, bei welchem viele Faktoren unterschiedlicher Ebenen Gewalthandlungen begünstigen können, ist zu vermuten, dass präventive Maßnahmen auf allen Ebenen und besonders auch individuell an die Situation und den Menschen angepasst ansetzen müssen, um eine gewaltfreie Pflege vorauszusetzen. In der Literatur gibt es bislang keine Untersuchungen, die die Erklärungsansätze und Risikofaktoren von Gewalthandlungen speziell gegen Menschen mit Demenz erforschen. Dennoch sind die allgemein benannten Risikofaktoren für Gewalthandlungen in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen teilweise und mit dem Hintergrundwissen über die Krankheit Demenz, übertragbar. Besonders die herausfordernden Verhaltensweisen, die primär mit der Erkrankung Demenz assoziiert werden, rücken hier in den Fokus (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 84/Sulmann & Väthjunker, 2019).

Auch lässt sich ein Kreislauf der Gewalt erkennen. Diese Aspekte lassen vermuten, dass die unzureichende Befriedigung der Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz zu einer Reaktion mit herausfordernden Verhaltensweisen führen kann. Daraus resultiert die Überlastung und Überforderung des Pflegepersonals, bedingt durch mangelnde Aufklärung und mangelndes Wissen über die Erkrankung oder der vorgegebenen Struktur der Institution (z.B. Personalmangel). Die Pflegekraft reagiert dann im Rahmen dieser Hilflosigkeit/Überforderung/Überlastung mit gewalttätigen Handlungsabläufen, wodurch sich der Mensch mit Demenz zurückzieht und somit auch die Beziehung zwischen Pflegeperson und dem Mensch mit Demenz erheblich beeinträchtigt wird.

Schlussendlich kann man also sagen, dass die Entstehung von Gewalt eine Aneinanderreihung verschiedener Handlungsabläufe in wechselseitiger Beziehung zwischen Opfer und Täter ist, die sich gegenseitig begünstigen. Zudem ist wichtig, festzuhalten, dass die Krankheit Demenz sowohl in der Opfer- als auch in der Täterrolle Auslöser von Gewalthandlungen in der Pflege sein kann. Daraus resultiert, dass bei Gewalt im Kontext der Pflege der Mensch mit Demenz selbst sowohl Täter als auch Opfer sein kann.

5.2 Gewalt in der Pflege

Wie bereits in den vorherigen Abschnitten beschrieben, ist Gewalt ein vielfältiges Phänomen, das besonders abhängig von „gesellschaftlichen Normen“ sowie „kulturellen und sozialen Einflüssen“ ist (Sulmann & Väthjunker, 2020). Wenn man von Gewalt in der Pflege spricht, treffen zwei Begrifflichkeiten aufeinander, die vorerst konträr zueinander stehen. Mit Gewalt verbinden wir zunächst einmal „negatives“, das von der Gesellschaft häufig mit Schmerz und Verletzung assoziiert wird, wohingegen wir „Pflege“ als einen „positiven“ Aspekt betrachten im Sinne einer würdevollen Betreuung der Menschen, die auf fremde Hilfe angewiesen sind (Görgen, 2017, S. 8f). Grundsätzlich kann man sagen, dass Gewalt im Kontext der Pflege doch einen äußerst dehnbaren Begriff darstellt, der vielfältig verwendet wird. Nur ein geringer Teil dessen, was wir als Gewalt im Kontext der Pflege verstehen oder in wissenschaftlichen Forschungsarbeiten definieren, ist auch im rechtlichen Rahmen verboten und kann juristisch verfolgt und in Statistiken aufgenommen werden (ebd.). Daher kann man sagen, dass die Prävalenz von gewalttätigen Handlungen im pflegerischen Kontext meist sehr subjektiv zu betrachten ist, da eine hohe Dunkelziffer bzw. ein differenziertes gesellschaftliches Verständnis von Gewalt in der Pflege existiert (Görgen, 2017, S. 8ff).

Im internationalen wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird meistens nicht von „Gewalt in der Pflege älterer Menschen“ gesprochen, sondern vielmehr von „elder abuse“, „neglect“ oder „elder misstreatment“ (Görgen, 2017, S. 8). Laut einer Definition der WHO und AEA wird unter „elder abuse“ eine

> *„einmalige oder wiederholte Handlung, beispielsweise Unterlassung einer angemessenen Handlung, die sich in einer Beziehung ereignet, in der eine Vertrauenserwartung besteht, und die dem älteren Menschen Schaden zufügt oder Leiden verursacht“ (AEA, 1995 & WHO, 2008, zit. nach Görgen, 2017, S.8)*, verstanden.

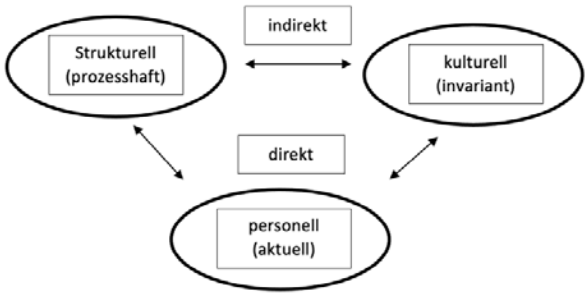
Dies beinhaltet folgende Formen von Gewalt im Kontext der Pflege:

- Körperliche Misshandlung
- Psychische Misshandlung/verbale Aggression
- Pflegerische Vernachlässigung
- Emotionale/psychosoziale Vernachlässigung
- Finanzielle Ausbeutung

- Vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie (Görgen, 2017, S.8f/Staudhammer, 2018, S. 7-13/Seidel, 2007, S. 4-9).

Deutlich wird, dass wir unter „Gewalt“ somit nicht nur die direkten körperlichen Gewalthandlungen verstehen, sondern auch indirekte Handlungen, die meist auch nicht ausschließlich physische Folgen beinhalten, sondern auch die psychischen Veränderungen und Wirkungen mit einbeziehen. Diese Mehrdimensionalität kann in drei Hauptformen der Gewalt unterteilt werden, die in einer Wechselwirkung zueinander stehen (s. Abb. 4) - die direkte (personelle), strukturelle und kulturelle Gewalt (Seidl, 2007,S. 10/Staudhammer, 2018/Galtung, 1997).

Abbildung 4: Gewaltdreieck im Kontext der Pflege



Quelle: (modifiziert nach: Galtung, 1993/Hirsch, 2001).

Alle dieser drei Ebenen können Gewalthandlungen in der Pflege hervorrufen. Diese unterscheiden sich zum einen durch ihre zeitliche Perspektive und zum anderen durch den örtlichen Rahmen hinsichtlich der Prävalenz. Hierbei wird unter personeller direkter Gewalt ein aktuelles Ereignis verstanden, wohingegen die strukturelle Gewalt eher als ein Prozess der langsamen, sich stetig steigernden Entwicklung angesehen wird. Die kulturelle Gewalt stellt eher eine Konstante dar, die fast als unveränderlich gilt (beispielsweise Religion oder Staatsführung) (Hirsch, 2001, S. 259). Menschen mit Demenz stellen, bedingt durch ihre Hilfslosigkeit und Abhängigkeit, mit fortschreitendem Krankheitsverlauf eine besondere Risikogruppe beim Auftreten von Gewalthandlungen im Kontext der pflegerischen Versorgung dar (Görgen, 2017, S.9f).

5.2.1 Strukturelle Gewalt

Bei der strukturellen Gewalt handelt es sich um einen Handlungsablauf, der ohne einen direkten „Akteur“ vonstattengeht. Es handelt sich hier also nicht um eine direkte Erscheinung von Gewalt, sondern eine durch strukturell vorgegebene Bedingungen vorliegende Form von Gewalt. Dies können sowohl politisch vorgegebene Strukturen, wie beispielsweise Gesetze sein, aber auch Strukturen einer Institution, wie beispielsweise Abläufe und Leitlinien einer stationären Einrichtung oder eines Krankenhauses (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 77). Zudem kommt, dass es sich bei strukturellen Gewalthandlungen, anders als bei personeller direkter Gewalt, nicht um einen datierbaren Zeitpunkt des Vorkommens handelt, sondern ein permanent existierender Faktor, also eine „permanente statische Gewalt“ (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 78).

5.2.2 Personelle Gewalt

Als personelle Gewalt werden Handlungsabläufe beschrieben, die in direkter Beziehung zu einer Person stehen. Dies kann sowohl als aktives Tun, ausgehend von einer Person an eine andere Person geschehen, als auch durch Unterlassen einer notwendigen Handlung (Osterbrink & Andratsch, 2015, S. 44f). Dieck (1987) untergliedert die personelle Gewalt zunächst in „Misshandlung (Abuse)“ und „Vernachlässigung (Neglect)“. Bei den Misshandlungen unterscheidet sie zusätzlich in „körperliche und psychische Misshandlung, finanzielle Ausbeutung sowie die Einschränkung des freien Willens“ (Dieck, 1987, zit. nach Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 51).

5.3 Bedeutung von Gewalt für Menschen mit Demenz

Mit dem Fortschreiten der Krankheit verringert sich bei Menschen mit Demenz das Erinnerungs- und Denkvermögen stetig. Was aber bleibt, ist das Empfinden von Gefühlen und die Fähigkeit, das Erlebte für den aktuellen Zeitpunkt zu spüren und wahrzunehmen.

Menschen mit Demenz fällt es schwer, das Erlebte mit den damit einhergehenden Gefühlen kognitiv zu verarbeiten und einzuordnen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020b).
Betrachtet man nun die grundlegenden Aspekte struktureller Gewalthandlungen, also die stetige Kontinuität und die ausbleibende Exekutive, hat dies zur Folge, dass derartige Handlungsabläufe von Pflegefachkräften häufig als „normal“ und „unveränderbar“ betrachtet werden, weil sie durch strukturelle Gegebenheiten vorgegeben sind. Somit birgt das Risiko einer Standardisierung verschiedener Handlungsabläufe, die von den Pflegenden als nicht gewalttätig eingestuft werden, dennoch aber erhebliche Folgen für die Betroffenen selbst auslösen (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 78f). Durch das „Entschuldigen“ der Pflegekräfte von Handlungsabläufen struktureller Gewalt durch institutionelle Gegebenheiten, bleibt das Risiko nicht aus, dass das eigene Handeln somit nicht mehr reflektiert und hinterfragt wird und zur Normalität übergeht (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 78f).
Besonders bei Menschen mit Demenz scheint ein geregelter Tagesablauf für das Entgegenwirken des fortschreitenden Krankheitsverlaufes als sinnvoll. Hier wären zum Beispiel die festen Essenszeiten zu nennen. Sowohl im Krankenhaus, als auch in Langzeit-Pflegeeinrichtungen, wie Altenheimen, gibt es meistens feste Essenzeiten, die an den strukturierten Tagesablauf einer Institution angepasst sind (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 81f). Gerade aber bei Menschen mit Demenz, dessen Erinnerungsvermögen mit zunehmendem Krankheitsverlauf immer weiter in die kindliche Vergangenheit rückt, ist ein individuell strukturierter Tagesablauf, angepasst an die früheren strukturellen Alltagsabläufe, von großer Bedeutung. Durch das Einschränken ihrer Bedürfnisse, wie beispielsweise der Nahrungsaufnahme zu einer ungewohnten vorgegebenen Tageszeit, können sogenannte herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz auftreten (kratzen, schreien, etc.), siehe Kapitel 3.2. (James, 2013, S.23f). Dadurch machen sie kenntlich, dass ihre Bedürfnisse nicht erkannt und befriedigt wurden. Das wiederum beeinträchtigt die Beziehungsgestaltung, die maßgeblich für eine professionelle pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz ist, erheblich (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006, S. 29) und kann somit zu einer Abfolge weiterer Gewalthandlungen, meist dann personelle Gewalthandlungen ausgehend von Pflegefachkräften, führen.
Die Anwendung personeller Gewalthandlungen im pflegerischen Alltag hat besonders für Menschen mit Demenz gravierende Folgen. Diese können sowohl in physischer als auch psychischer Form auftreten (Sulmann & Väthjunker, 2019). Die direkte körperliche Gewalt

geht oft einher mit sichtbaren körperlichen Verletzungen wie Blutergüssen, Schürfwunden, Kratzern oder Prellungen. Besonders durch Maßnahmen, die der Freiheitsentziehung angehören, kann zudem auch ein erhöhtes Sturzrisiko sowie eine grundsätzliche Einschränkung der Mobilität die Folge sein, da Menschen mit Demenz versuchen, aus der für sie „bedrohlichen“ Situation auszubrechen und möglicherweise beim Versuch, über die Bettgitter zu steigen, auf den Boden stürzen (ebd.). Die Einschränkung der Mobilität kann zudem auch durch die Vernachlässigung pflegerischer Leistungen erfolgen, da hierbei Kontrakturen oder Druckgeschwüre entstehen können, die wiederum zu einem erhöhten Pflegebedarf der betroffenen Person führen (ebd.). Besonders bei Menschen mit Demenz spielt die Gewaltanwendung durch Vernachlässigung eine große Rolle. Durch eine mehrmals tägliche Interaktion kann einem Menschen mit Demenz geholfen werden, seine kognitiven Fähigkeiten besser zu erhalten und zu stärken (Sulmann & Väthjunker, 2019). Anzunehmen ist, dass somit auch eine Minimierung des Auftretens herausfordernder Verhaltensweisen erzielt werden kann.

Die psychischen Folgen hingegen sind nicht immer sofort zu erkennen. Hier wären zum Beispiel Angst, Stress, Unruhe, Schlafstörungen und in Folge dessen auch Kraft- und Antriebslosigkeit zu nennen (ebd.). Besonders für die Pflegebeziehung, die wie bereits oben deutlich gemacht und existenziell für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006, S. 29) sind Gewalthandlungen toxisch. Dies hat zum einen negative Auswirkungen auf die Lebensqualität des Betroffenen und zum anderen können sich Gefühle wie Frustration und Wut bei Menschen mit Demenz entwickeln, die sie kognitiv nicht verarbeiten und einordnen können. Dies äußert sich im Ausdruck dann unter den vorgestellten herausfordernden Verhaltensweisen, welche dann wiederum Auslöser für erneute Gewalthandlungen in Folge sein können (Sulmann & Väthjunker, 2019).

Somit lässt sich feststellen, dass Gewalthandlungen aller Art und besonders an Menschen mit Demenz zu einem sogenannten Gewaltkreis führen, aus dem es immer schwieriger wird, auszubrechen (Hirsch, 2002). Deutlich geworden ist, dass strukturelle Gewalt oder strukturelle Gegebenheiten einer Institution unter anderem auch Auslöser für personelle direkte Gewalt an Menschen mit Demenz sein können.

6 Ergebnisse

Wie bereits im Laufe der Arbeit deutlich wurde, stellt der Bereich „Gewalt im Kontext der Pflege“ besonders durch professionell Pflegende allgemein, aber auch speziell gegen Menschen mit Demenz, eine schwer zugängliche Thematik dar. Da Menschen mit Demenz fast gänzlich als Untersuchungsgegenstand bezüglich der Thematik „Gewalt durch professionell Pflegende“ in der wissenschaftlichen Forschung fehlen und allgemein nur wenig fundierte Ergebnisse vorliegen, konzentriert sich die Ergebnisdarstellung dieser Arbeit zunächst auf den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand zum Thema „Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige“. Anhand dieser Erkenntnisse und unter Rückschlüssen zur theoretischen Basis dieser Arbeit lassen sich spezielle Interventionen ableiten, welche aus Sicht der Autorin vielversprechende Lösungsansätze darstellen, um einen Beitrag zur Vermeidung von struktureller und personeller Gewalt in der Pflege gegen Menschen mit Demenz zu leisten. In die Ergebnisdarstellung konnten somit aus der umfangreichen Literaturrecherche zwei systematische Reviews, fünf Studien, drei Artikel, zwei Projektberichte, ein Buchkapitel und eine Website mit eingeschlossen werden (s. Anhang 6).

6.1 Ansätze zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) beschäftigt sich seit längerer Zeit mit der Thematik Gewalt in der Pflege. In ihrem Themenreport zur „Gewaltprävention in der Pflege“ (2015) werden unterschiedliche Bereiche, die ausschlaggebend sind zur Prävention von Gewalt in der Pflege, beleuchtet. Die Autoren sind zunächst der Meinung, dass effektive Prävention nur dann funktionieren kann, wenn die Thematik sowohl in der Gesellschaft als auch im institutionellen und personellen Bereich enttabuisiert wird (ZQP, 2015, S. 66). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine quantitative Studie von Eggert, Schnapp & Sulmann (2017), bei der 74% der 250 zufällig ausgewählten Befragten (Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte) mittels eines Telefoninterviews eine offene Kultur innerhalb einer Institution, die es ermöglicht, Fehler offen anzusprechen, als

wichtigen Schritt zur Vermeidung von Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen ansehen.

Einen weiteren Aspekt brachte Hirsch (2017) in seinem Beitrag „Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe“ hervor. Er stellte im Rahmen seiner Publikation klar, dass bei der Prävention von Gewalt die „Multidimensionalität“ der Risiko- und Einflussfaktoren sowie der Ebenen, auf denen Gewalt entstehen kann, berücksichtigt werden müssen, um eine Steigerung der Qualität zu erreichen und eine effektive Intervention zur Prävention von Gewalt in die pflegerische Versorgung implementieren zu können (Hirsch, 2017, S. 82). Zudem machte Hirsch klar, dass das Erkennen von Gewalt die Grundlage aller effektiven Interventionen zur Prävention von Gewalt darstellt (ebd.) Des Weiteren sieht Hirsch als Aufgabe der professionellen Pflege, Gewalt zu erkennen, sie wahrzunehmen, zu intervenieren und Handlungsalternativen zu finden (Hirsch, 2017, S. 85). Diese Annahme bestätigte sich auch durch ein Projekt des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), welches in Form eines Monitoring-Programmes einen Beitrag zur systematischen Überwachung von Gewalt und Missbrauch gegen Pflegebedürftige in der stationären Langzeitversorgung leisten sollte. Auch hier konnten vier zentrale Voraussetzungen effektiver Prävention herausgearbeitet werden: Bewusstsein, Identifikation, Handeln und Evaluation (Schempp, Kimmel & Bruckner, o.J., S. 73-77). Diese vier zentralen Elemente bilden auch die Grundlage des Monitoring-Systems, welches auf europäischer Ebene einsetzbar sein soll. Die Autoren stellen diese zentralen Merkmale jedoch nicht als Aufgabe professioneller Pflege dar, sondern setzen sie vielmehr in den Fokus aller Ebenen, welche beim Entstehen von Gewalt beteiligt sind.

Auch lassen sich mittels vorhandener Literatur verschiedene Faktoren identifizieren, von welchen die Interventionen, die auf Grundlage der zentralen Merkmale effektiver Prävention ansetzen, abhängig sind. Im Kontext des Gesundheitswesens lassen sich die Interventionen in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien gliedern. Diese orientieren sich nach dem Zeitpunkt, an dem sie intervenieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Laut des BMG (2019) ist das Ziel der primären Prävention „[…] die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.“ Überträgt man dies auf den Kontext der Gewalt beinhaltet die primäre Prävention alle Interventionen, die schon vor dem Entstehen von Gewalt einsetzen und dahingehend intervenieren, Gewalt schon gänzlich zu vermeiden (Gebhard, 2019, S. 263). Hingegen der primären Präventionsstrategie befasst sich die sekundäre mit der „[…] Früherkennung von Krankheiten […]“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Übertragen auf den Kontext der Gewalt versteht sich darunter, die Steigerung der

Erfassungs- und Identifizierungsrate (Gebhard, 2019, S. 263). „Die tertiäre Prävention hat das Ziel, Krankheitsfolgen zu mildern, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Bezogen auf den Gewaltkontext beinhalten die tertiären Präventionsmaßnahmen die Rehabilitation und Betreuung von Tätern und Opfern nach einer Gewalthandlung, um ein erneutes Auftreten von Gewalt zu verhindern (Gebhard, 2019, S. 264).

Einen weiteren Blinkwinkel auf die Kategorisierung der Gewaltprävention bietet die WHO in ihrem European report on preventing elder misstreatment (2011). Hier wird die Einteilung der Interventionen zur Prävention von Gewalt anhand der Zielgruppen orientiert (WHO, 2011, S. 43). Dies sind zum einen universelle Ansätze, deren Interventionen sich entweder an die allgemeine Bevölkerung oder eine allgemeine Personengruppe, beispielsweise an alle Pflegekräfte, richten und zum anderen die selektiven Ansätze, bei dessen Interventionen die potentiellen Täter oder Opfer von Gewalt und Misshandlung älterer Menschen im Fokus stehen. Die dritte Interventionskategorie, welche die indizierten Ansätze darstellen, richten sich direkt an die Täter und Opfer von Gewalt und Misshandlung (ebd.). Zudem definiert die WHO (2011) zwei weitere Kategorien, da sich nicht alle Interventionen der eben vorgestellten Einteilung zuordnen lassen. Dies sind zum einen organisatorische Interventionen, welche darauf abzielen, die berufliche Praxis zu verbessern, zum Beispiel durch die Überarbeitung von bereits bestehenden Leitlinien oder Protokollen und zum anderen die Mehrkomponenten-Interventionen (WHO, 2011, S.43). Diese zielen darauf ab, mehrere Ansätze der Prävention miteinander zu verknüpfen.

6.2 Interventionen zur Prävention von Gewalt in der Pflege

6.2.1 Schulungs- und Bildungsinterventionen

Einen guten Überblick über die aktuelle Forschung im Bereich Interventionen zur Reduktion von Gewalt gegen ältere Menschen gibt ein systematisches Review von Baker et al. (2016). Mittels der theoretischen Analyse und dem daraus erarbeiteten Verständnis effektiver Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen konnten die Autoren

sieben Kategorien von Interventionen ermitteln, welche ihnen als effektiv erschienen. Diese konnten sowohl den primären, sekundären oder tertiären Präventionsstrategien zugeordnet werden. Ziel dieses Reviews war es, die Wirksamkeit spezieller Interventionen, die der primären, sekundäre oder tertiären Präventionsstrategie zuzuordnen waren, zu überprüfen. Baker et al. (2016) konnten aus vier der identifizierten Kategorien Studien mit einschließen (n=7), welche spezielle Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüften. Im Bereich der Schulungs- und Bildungsinterventionen konnten drei Studien mit eingeschlossen werden. Zwar zeigten alle Interventionen ein verbessertes Wissen in Bezug auf Gewalt gegen ältere Menschen, jedoch wurden sie von Baker et al. (2016) zum einen mit „niedrigen“ bis „sehr niedrigen“ Evidenzgraden bewertet und zum anderen wurde nicht überprüft, ob dieses verbesserte Wissen der Teilnehmer tatsächlich zu einer Reduktion von Gewalt an älteren Menschen führt. Baker et al. (2016) konnten daher zur Wirksamkeit von Schulungs- und Bildungsinterventionen was die Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen angeht keine signifikante Aussage treffen, vermuten jedoch anhand der Ergebnisse, dass das verbesserte Wissen möglicherweise zu einer Steigerung der Erkennung von Gewalt an älteren Menschen führen könnte.

In einer qualitativen Studie von Myhre et al. (2020), welche mittels Fokusgruppen-Interviews und Einzelinterviews mit insgesamt 43 Teilnehmern untersuchte, wie Führungspositionen in Pflegeeinrichtungen Berichten von Gewalt und Misshandlung an Pflegebedürftigen nachgehen, wurde von einem Großteil der Teilnehmer (Pflegeheimleitungen (n=15), Pflegedienstleitungen (n=28)) Schulung und Ausbildung benannt. Sie waren der Meinung, dass Personal, welches im Bereich der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen nicht ausreichend geschult ist, ein erhöhtes Risiko für Gewalthandlungen darstellt. Da die Befragten zusätzlich angaben, Schwierigkeiten darin zu haben, gut ausgebildetes Personal zu rekrutieren, müsse mittels speziellen Schulungen mit pädagogischem Schwerpunkt zur Förderung von Strategien zur Verbesserung der Sicherheit von Bewohnern interveniert werden, um eine Vermeidung von Gewalt zu erzielen. Ob diese Interventionen allerdings tatsächlich zu einer Vermeidung von Gewalt führen, wurde in dieser Studie nicht überprüft.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch ein systematisches Review von Mileski et al. (2019), dessen Ziel es war, Bereiche zu identifizieren, in denen Interventionen angesetzt werden können, um eine Vermeidung von Gewalt, speziell gegen Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitversorgung, zu erzielen. Innerhalb dieses Reviews konnten 30 Artikel eingeschlossen werden. Mit 23,72% der Gesamthäufigkeit wurden in den Artikeln

Schulungs- und Bildungsprogramme benannt, die erleichternde Faktoren hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz sein können. Diese sollten unter anderem auch dazu beitragen, ungelerntes Personal für die wesentlichen Gesundheitsprobleme spezieller Zielgruppen zu sensibilisieren und somit eine Steigerung der Qualität in der Pflege von Menschen mit Demenz erzielen. Diese Programme fokussieren sich jedoch nicht ausschließlich auf das Handlungsfeld der professionellen Pflege. Mileski et al. (2019) konnten in ihrem Review herausarbeiten, dass auch Schulungs- und Aufklärungsprogramme, welche sich auf die Anfälligkeit von Gewalt und Missbrauch kognitiv eingeschränkter Menschen fokussieren, dazu dienen können, die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Thematik zu lenken, um die Gesellschaft zu sensibilisieren. Mileski et al. (2019) empfehlen zudem, die Schulungen zur Erkennung von Missbrauch und Gewalt sowie die Erkennung von Risikofaktoren als festen Bestandteil in die Ausbildung von gesundheitlichem Fachpersonal zu integrieren. Auch hier wurde keine Evaluation durchgeführt, um zu überprüfen, ob diese Interventionen tatsächlich wirksam zur Vermeidung von Gewalt sind.

Auch die Ergebnisse der quantitativen Studie von Eggert, Schnapp & Sulmann (2017) zeigten, dass eine verbesserte Ausbildung aus Sicht der Befragten zu einer Vermeidung von Gewalt in der Pflege führen kann. 44% der Befragten empfanden eine Schulung des Personals, welche sich auf Gewalt, Konflikte und Aggression in der Pflege fokussiert, als notwendig. Auch hier liegen keine evaluierten Ergebnisse zur Wirksamkeit vor.

Unterstützend zu den vorgestellten Studien nannten auch Pillemer et al. (2008), die vielversprechende Interventionen formulierten, welche abgeleitet wurden von identifizierten Risikofaktoren des Gewaltentstehens an älteren Pflegebedürftigen, eine verbesserte Ausbildung von Fachpersonal als wichtigen Schritt zur Vermeidung von Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige. Sie gehen davon aus, dass Schulungen das Bewusstsein von Fachkräften, was Gewalt in der Pflege anbelangt, fördern und unterstützen können, um Gewalt besser zu erkennen. Jedoch machten auch Pillemer et al. (2008, S. 248) klar, dass keine Studie durchgeführt wurde, welche bestätigt, dass Schulungs- und Ausbildungsprogramme zu einer Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen führt.

6.2.2 Demenzsensible Versorgungseinrichtungen

Einen anderen Blickwinkel gibt die Sekundäranalyse einer multizentrischen Querschnittsstudie (Blumenfeld Arens, Fierz & Zúñiga, 2017) des Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). Hier wurde sich zum Ziel gesetzt, Special Care Units (SCUs) mit allgemeinen Versorgungseinrichtungen für alte Menschen (non-SCUs) in Bezug auf die Häufigkeit der Beobachtung von Gewalt und Missbrauch durch Pflegekräfte zu vergleichen. Hierzu wurden 4.599 Pflegekräfte aus 400 Stationen von 150 Einrichtungen in der Schweiz befragt. Von diesen 400 Stationen erfüllten 29 die Kriterien einer SCU, 36 die Kriterien der non-SCU. Der Rest erfüllte keiner dieser beiden Kriterien und wurde innerhalb der Untersuchung als „sonstige“ betitelt. Die untersuchten Variablen waren emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung und körperliche Misshandlung. Die Datenerhebung erfolgte mittels einer 4-stufigen-Likert Skala, mit der die Teilnehmer einschätzen sollten, wie oft sie innerhalb der letzten 4 Wochen einen Kollegen mit bestimmtem Verhalten hinsichtlich der drei Variablen beobachtet haben. Diese wurde schlussendlich mit einem Summenindex ausgewertet. Das Ergebnis dieser Studie zeigte innerhalb dieser drei Variablen keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Prävalenz in nicht-SCUs oder sonstigen Einrichtungen und SCUs. Emotionale Misshandlung wurde insgesamt von 50,8% der eingeschlossenen Pflegekräfte beobachtet, davon waren 52,2% in SCUs, 47,8% in non-SCUs und 51,0% in sonstigen Einrichtungen. Vernachlässigung wurde im selben Zeitraum von 23,7% der Pflegekräfte beobachtet, davon waren 18,8% in SCUs, 23,6% in non-SCUs und 24,1% in sonstigen Einrichtungen. Körperliche Gewalt konnte innerhalb des untersuchten Zeitraums nur von 1,4% der Pflegekräfte beobachtet werden. Daher wurde diese Variable im weiteren Verlauf der Studie als Messparameter ausgeschlossen. Während unter Einbezug weiterer Risikofaktoren weiterhin kein signifikanter Unterschied zwischen nicht-SCUs und SCUs sichtbar war, konnte eine signifikante Reduktion emotionalen Missbrauchs und Vernachlässigung im Vergleich der SCUs mit sonstigen Einrichtungen festgestellt werden ($p=0,02$). Jedoch kann dies nicht als Richtwert genutzt werden, da innerhalb der Studie nicht klar definiert wurde, was „sonstige Einrichtungen“ sind und welche Merkmale diese haben. Dennoch vermuten die Autoren, dass Pflegepersonal, welches auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert ist und Organisations- und Versorgungsstrukturen, welche auf Demenzpatienten angepasst sind, zu einer

Vermeidung bzw. Reduktion von Gewalt gegen ältere Menschen mit Demenz führen kann (Blumenfeld Arens, Fierz & Zúñiga, 2017).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Vergleichsstudie mit quantitativem Design (Joyce et al., 2018), welche die Pflegequalität in speziellen Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Demenz mit Versorgungseinrichtungen ohne eine spezielle Station für Menschen mit Demenz in den USA verglich. Dafür wurden 704.782 Menschen aus den USA mit diagnostizierter Demenz herangezogen, welche zwischen 2005 und 2010 erstmalig in Pflegeeinrichtungen aufgenommen wurden. Eingeschlossen wurden nur diejenigen, bei denen die Erkrankung Demenz entweder anhand des ICD-9 Codes oder durch das Aufnahme-MDS[2]-Assessment, diagnostiziert werden konnte, die mindestens seit 100 Tagen in einem Pflegeheim lebten und eine mediane Nachbeobachtungszeit von 7,6 vieljährlichen Beurteilungen durch das MDS-Assessment aufwiesen. Die Ergebnisse der vierteljährlichen Nachbeobachtungszeit anhand des MDS-Assessments zeigten in SCUs im Vergleich zu Pflegeheimen ohne SCUs eine signifikante Reduktion der freiheitseinschränkenden Maßnahmen an Menschen mit Demenz (-9,6%) sowie eine Reduktion von Druckgeschwüren (3,3%), welche auf eine vernachlässigte pflegerische Versorgung hindeuten könnte.

6.2.3 Screening- und Assessmentinstrumente

Unterschiedliche Publikationen lassen schließen, dass bislang keine verlässlichen Zahlen hinsichtlich der Prävalenz von Gewalthandlungen in der Pflege allgemein, aber auch speziell gegen Menschen mit Demenz, vorliegen. Daher zeigen verschiedene Studienergebnisse, dass Screening- und Assesmentinstrumente in unterschiedlicher Hinsicht hilfreich für die Vermeidung von Gewalt an älteren Menschen sind (Mileski et al., 2019/Baker et al., 2016/Pillemer et al., 2008). Assessment- und Screeninginstrumente sollen eingesetzt werden, um präzisere Daten und Fakten in Anbetracht der Prävalenz und den Formen von Gewalt in der Pflege gegen ältere Menschen und speziell gegen Menschen mit Demenz zu ermitteln. Des Weiteren sollen Screening- und Assessmentinstrumente ermöglichen, Zusammenhänge oder Unterschiede in den unterschiedlichen Settings kenntlich zu machen

[2] Minimum Data Set = staatlich vorgeschriebener Prozess zur klinischen Beurteilung aller Bewohner in Medicare- oder Medicaid- zertifizierten Pflegeheimen

(Baker et al., 2016, zit. nach Gebhard, 2019, S. 264). Die Relevanz von Assessment- und Screeninginstrumenten, welche verlässliche Daten zur Prävalenz von Gewalthandlungen geben, machte Gebhard (2019) in ihrem Beitrag „Gewalt und Demenz“ deutlich. Sie stellt klar, dass effektive Interventionen zur Vermeidung von Gewalt ausschließlich identifiziert werden können, wenn verlässliche Zahlen zur Prävalenz vorliegen, um einen Vorher-Nachher-Vergleich ziehen zu können (Gebhard, 2019, S.271). Gebhard verweist jedoch auch darauf, dass bislang noch kein Screening- und Assessmentinstrument vorliegt, welches zum einen alle Arten der Gewaltformen untersucht und verlässliche Zahlen liefert und zum anderen auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst wurde. Dadurch liegen Limitationen in der Anwendbarkeit bei dieser Zielgruppe vor (Brijtnaht et al, 2018, zit. nach Gebhard, 2019, S. 268). Die bisher vorliegenden Screeninginstrumente zur Erfassung und Identifikation von Gewalt in der Pflege basieren hauptsächlich auf der Selbstauskunft des Betroffenen, wobei hier schon die erste Schwierigkeit hinsichtlich der Zielgruppe Menschen mit Demenz aufgezeigt wird, bedingt durch den Symptomkomplex der Erkrankung, welcher im theoretischen Teil bereits kurz dargestellt wurde (Gebhard et al., 2019, S. 268).

6.2.4 Spezifische politische Richtlinien/Gesetze

Mileski et al. (2019) stellten fest, dass in 40,67% der inkludierten Artikel (n=30) ihres systematischen Reviews Politik und Programme als erleichternde Faktoren zur Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz benannt wurden. Diese Annahme bestätigten auch Baker et al. (2016) in ihrem Review, bei welchem zwei der sieben definierten Unterkategorien in Zusammenhang mit politischen Richtlinien und Gesetzen stehen. Baker et al. (2016) konnten jedoch innerhalb ihres Reviews keine Studien identifizieren, welche spezielle Interventionen untersuchten, die sich mit diesem Maßnahmenbereich beschäftigen. Einen Input gibt jedoch das Präventionsgesetz für stationäre Pflegeeinrichtungen (§5 SGB XI). Der §5 Abs. 1 SGB XI sieht vor, dass Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, in dem sie unter Beteiligung versicherter Pflegebedürftiger und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Ein denkbares Handlungsfeld

dieses Gesetzes könnte somit auch die Vermeidung von Gewalt gegen Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen sein. Ob diese gesetzliche Verankerung jedoch langfristig zu einer Vermeidung von Gewalt in der Pflege beiträgt, bleibt bislang ausschließlich spekulativ.

6.2.5 Förderung vorhandener Ressourcen

Unterstützend zum Inhalt des Präventionsgesetzes empfanden auch die befragten Führungspositionen (n=43) in der Studie von Myhre et al. (2020) auf organisatorischer und struktureller Ebene das Anpassen und Stärken vorhandener Ressourcen als notwendig, um eine Vermeidung von Gewalt erzielen zu können. Schempp, Bruckner & Kimmel (o.J.) konnten zudem im Rahmen ihres Projektes „Monitoring in Long-Term-Care“ feststellen, dass in allen beteiligten Einrichtungen bereits Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Gewalt vorhanden sind, jedoch müssen diese entsprechend angepasst, überarbeitet und regelmäßig evaluiert werden. Eine detaillierte Beschreibung dieser vorhandenen Interventionsmaßnahmen fand jedoch in diesem Projekt nicht statt (Schempp, Bruckner & Kimmel, o.J.).

Einen anderen Blickwinkel auf die Förderung vorhandener Ressourcen ermöglicht eine randomisiert kontrollierte Studie von Estebsari et al. (2018), welche sich im Kern mit der Gesundheitsförderung und Stärkung der Ressourcen beschäftigte. Hier wurde der Fokus auf die potentiellen Opfer, speziell die vulnerable Gruppe der älteren Menschen, gelegt. In dieser randomisiert kontrollierten Studie wurde eine spezielle pädagogische Intervention zur Prävention von Gewalt und Misshandlung älterer Menschen entwickelt und untersucht. Das Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, ob ältere Erwachsene durch Empowerment, besonders durch soziale Unterstützung und Verbesserung der Selbstwirksamkeit, besser in der Lage sind, gesundheitsförderndes Verhalten anzunehmen und sich somit vor Gewalt und Missbrauch zu schützen. Somit sollte der Effekt von Schulungs- und Bildungsmaßnahmen an potentiellen Opfern auf gesundheitsförderndes Verhalten dargestellt und überprüft werden. Die Inhalte der Bildungsintervention basierten auf der Dimension gesundheitsfördernden Verhaltens und wurden den Teilnehmern der Interventionsgruppe in mindestens 20 Sitzungen à 45-60 Minuten mittels verschiedener bildungstechnischer Methoden näher gebracht. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Intervention den

größten Effekt bei der Steigerung der sozialen Unterstützung (P=0,05), der Selbstwirksamkeit (P=0,05) und dem gesundheitsfördernden Verhalten (P=0,05) der Teilnehmenden aufwies. Zudem war vor der Intervention das Wissen über den Missbrauch und die Gewalt an älteren Menschen in beiden Gruppen ungefähr gleich. Nach der Intervention wies die Interventionsgruppe einen signifikant höheren Wissenszuwachs in allen untersuchten Bereichen auf (P=0,001). Auch war das Risiko von Gewalt und Misshandlung in der Interventionsgruppe signifikant geringer. Unter anderem wurde festgestellt, dass gesundheitsförderndes Verhalten von älteren Menschen selbst einen positiven Effekt auf die Reduktion von Gewalt und Missbrauch gegen ältere Menschen haben kann. Schlussendlich belegen die Ergebnisse dieser Studie, dass Interventionen, die auf dem Empowerment und der Stärkung der Ressourcen älterer Menschen basieren, einen signifikant positiven Effekt auf das gesundheitsfördernde Verhalten (P=0,05) haben und somit indirekt auch auf die Reduktion von Gewalt und Missbrauch älterer Menschen (Estebsari et al., 2018).

6.2.6 Unterstützung potentieller Täter

Die Unterstützung potentieller Täter scheint sowohl auf gesellschaftlicher, personeller und struktureller Ebene als bedeutsam hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt gegen Pflegebedürftige. Aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit geht hervor, dass Pflegekräften, bedingt durch ihre berufliche Tätigkeit, ein hohes Maß an psychischer und physischer Belastbarkeit abverlangt wird (Staudhammer, 2018, S. 2). Dies steht in enger Verbindung mit den erarbeiteten Risikofaktoren beim Entstehen von Gewalt gegen Pflegebedürftige (s. Tabelle 1). Aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche wurden verschiedene Interventionen vorgeschlagen, die Pflegekräfte dabei unterstützen können, mit der Belastung ihres beruflichen Alltags umzugehen, beispielsweise durch die regelmäßige Teilnahme an Deeskalationstrainings oder Anti-Aggressionstrainings (Hirsch, 2017/Eggert, Schnapp & Suhlmann, 2017). Des Weiteren wurden Fallbesprechungen, ethische Konsile oder Supervision benannt (Myhre et al. 2020/Hirsch, 2017). Ein weiterer Punkt war die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Mileski et al., 2020) sowie die grundsätzliche Steigerung des Anteils an Fachpersonal innerhalb einer Pflegeeinrichtung oder eines Teams (Eggert, Schnapp & Suhlmann, 2017). Anzumerken ist jedoch, dass zu keiner dieser

Interventionen signifikante Ergebnisse vorliegen, die beweisen, dass diese Interventionen zu einer Vermeidung von Gewalt in der Pflege führen.

7 Diskussion

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und kritische Bewertung der verwendeten Literatur

Die in den Ergebnisteil eingeschlossene Literatur, welche sich aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken und der nicht-systematischen Handrecherche zusammensetzt, weist einige Defizite und Schwierigkeiten hinsichtlich der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit auf. Die Zielgruppe der Menschen mit Demenz stellt lediglich in einem systematischen Review den Untersuchungsgegenstand dar (Mileski et al., 2019), wobei hier zum einen aufgrund von unzureichender Herleitung des methodischen Vorgehens und zum anderen der fehlenden Bewertung der eingeschlossenen Artikel die Gesamtbewertung durch die Autorin nur zu einer akzeptablen Qualität ausreichte. Zudem wurden nur erleichternde Faktoren dargestellt und keine speziellen Interventionen formuliert und evaluiert. Ein weiterer kritisch zu betrachtender Punkt ist, dass zwar einige Ansätze zur Prävention von Gewalt aufgezeigt werden, diese jedoch zum einen hinsichtlich ihrer Merkmale und Durchführung nicht richtig beschrieben wurden und zum anderen in ihrer Wirksamkeit und Effektivität nicht überprüft und evaluiert wurden (Eggert, Schnapp & Sulmann, 2017/Myhre et al., 2020). Lediglich das systematische Review von Baker et al. (2016), welches von der Autorin mit hoher Qualität bewertet werden konnte, hatte das Ziel, spezielle Interventionen bezüglich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Jedoch konnte zum einen bei keiner dieser Interventionen signifikante Effektivitätsnachweise erbracht werden und zum anderen waren sie hinsichtlich der Fragestellung, in Anbetracht der Zielgruppe dieser Arbeit, nur bedingt übertragbar. Auch hier konnten lediglich Themenbereiche identifiziert werden, die mögliche vielversprechende Ansätze zur Vermeidung von Gewalt darstellen und auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz anwendbar sind. Lediglich eine randomisiert kontrollierte Studie, welche eine spezielle Intervention zur Vermeidung von Gewalt an älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen untersuchte, konnte zur Beantwortung

der Fragestellung mit einbezogen werden. Diese Studie war hinsichtlich der Glaubwürdigkeit und Aussagekraft gut aufgestellt, ist jedoch nur mit Veränderungen in Bezug auf die Intervention auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz übertragbar (Estebsari et al., 2018). Auch die sekundäre Datenanalyse, welche die Unterschiede von Missbrauch in speziellen Stationen für Menschen mit Demenz im Vergleich zu normalen Stationen untersuchte (Blumenfeld Arens, Fierz, & Zúñiga, 2017), wie auch die quantitative Studie von Joyce et al. (2018) wiesen erhebliche Defizite im Rahmen des methodischen Vorgehens auf. Blumenfeld Arens, Fierz, & Zúñiga (2017) konnten zwar signifikante Ergebnisse feststellen, jedoch wurden im Rahmen der Arbeit die Merkmale der Untersuchungsgegenstände nicht genau definiert, sodass mit einem hohen Risiko der Verzerrung der Ergebnisse gerechnet werden muss. Ähnlich wie bei Joyce et al. (2018), bei deren Untersuchung kritisch zu betrachten ist, dass zum einen die Stichprobengröße der Menschen, die in speziellen Pflegeeinrichtungen für Demenzerkrankte leben (n=198.493), stark variiert mit der Stichprobe der Menschen, welche in Pflegeeinrichtungen ohne spezielle Station für Demenzerkrankte leben (n=506.289) und somit zu einer starken Verzerrung der Ergebnisse führen könnte und zum anderen war aus der Studie nicht klar ersichtlich welche Kriterien eine Einrichtung erfüllen muss, um als SCU identifiziert werden zu können.

Die restlich verwendete Literatur, welche größtenteils aus der Handrecherche identifiziert werden konnte, lieferte lediglich Handlungsempfehlung anhand der identifizierten Risikofaktoren von Gewalt gegen ältere Menschen, wobei die Interventionen bei keiner dieser Publikationen evaluiert wurden (Gebhard, 2019/Hirsch, 2017/ZQP, 2015/Pillemer et al. (2008). Nur eine Autorin dieser Publikationen zog im Rahmen eines Buchkapitels den Untersuchungsgegenstand der Menschen mit Demenz heran, wobei ihre möglichen Interventionen zum einen auf den Ergebnissen des systematischen Reviews von Baker et al. (2016) basieren, welche auch in die Darstellung der Ergebnisse dieser Arbeit mit eingeschlossen und zum anderen nicht evaluiert wurden (Gebhard, 2019).

Dass gerade im Bereich der Prävention eine derartige Forschungslücke besteht, ist mit Blick auf die Relevanz der Thematik erschreckend. Mit der Darstellung der Ergebnisse konnten somit keine speziellen Interventionen ermittelt werden, welche signifikant zu einer Vermeidung von Gewalt beitragen. Es konnten lediglich Ansätze ermittelt werden, welche mögliche Handlungsfelder für den Einsatz spezieller Interventionen darstellen, die zu einer Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit dementieller Erkrankung im Rahmen der pflegerischen Versorgung beitragen können. Jedoch bleibt auch die Effektivität dieser Handlungsfelder bislang in der Literatur größtenteils nicht signifikant bewertbar.

Grundsätzlich scheint die Bewertung und Messung der Effektivität verschiedener Interventionen zur Prävention von Gewalt problematisch zu sein (MDS, 2017, S. 47). Einen Erklärungsansatz dafür bietet der MDS in seinem Projektbericht „Gewaltfreie Pflege“ (2017). Dieser Projektbericht zeigt Studienergebnisse von Smith & Long (2011), welche davon ausgehen, dass die „Effizienz eines Programmes häufig eher nach seiner Möglichkeit beurteilt, irgendetwas zu tun, als nach seiner Fähigkeit, das Problem zu lösen.“ (Smith & Long, 2011, zit. nach MDS, 2017, S. 47). Zudem gehen Smith & Long davon aus, „ […] dass jede implementierte Intervention ihre Grenzen habe, dass Erfolg in der Beseitigung von Misshandlung oft in kleinen Schritten gemessen werde und eine vollständige Lösung weder möglich noch realistisch sei.“ (Smith & Long, 2011, zit. nach MDS, 2017, S. 47). Diese Annahme deckt sich mit der Aussage von Hirsch (2017), dass bei der Implementierung von Interventionen, welche zu einer Vermeidung von Gewalt führen sollen, die Mehrdimensionalität verschiedener Handlungsebenen und Risikofaktoren, welche das Entstehen von Gewalt in der Pflege begünstigen, berücksichtigt werden müssen. Dies umfasst nicht nur die personellen Eigenschaften der Täter und Opfer, sondern auch die strukturellen und gesellschaftlichen Einflüsse (Hirsch, 2017, S.82). Somit ist also anzunehmen, dass nur durch ein Zusammenspiel verschiedener spezieller Interventionen, welche auf verschiedenen Handlungsebenen intervenieren, eine gewaltfreie Pflege erzielt werden kann. Hinzu kommt, dass der Effektivitätsnachweis einer Intervention nur erbracht werden kann, wenn verlässliche Zahlen zur Prävalenz vorliegen (Gebhard, 2019, S. 271).

Auch wurde unter Darstellung der Ergebnisse deutlich, dass die Grundlage effektiver Prävention das Bewusstsein und Erkennen von Gewalt, das anschließend entsprechende Handeln und schlussendlich die Evaluation ist (Schempp, Kimmel & Bruckner, o.J., S. 73-77/Hirsch, 2017, S.85). Jeder der vorgestellten Interventionsansätze lässt sich der primären, sekundären oder tertiären Präventionsstrategie zuordnen, wobei diese Klassifizierung hinsichtlich effektiver Prävention laut der WHO (2011) einige Defizite aufweist. Betrachtet man die vorgestellte Kategorisierung der Interventionen zur Gewaltprävention nach der WHO (2011) ist anzumerken, dass dieses Verständnis präventiver Maßnahmen entgegen der allgemeinen Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention nicht ausschließlich auf der Bekämpfung der Ursachen- und Risikofaktoren sowie der Begrenzung und Aufarbeitung entstandenen Schadens beruht, sondern vielmehr auch die Verbesserung, Stärkung und Optimierung bereits bestehender Ressourcen mit berücksichtigt und diese involviert. Dies lässt sich im übertragenen Sinne auch unter dem Verständnis professioneller Pflege im Pflegeberufegesetz wiederfinden. Hier wird von professioneller Pflege die

Unterstützung der Selbständigkeit vorausgesetzt, somit also die Förderung und der Erhalt der Gesundheit unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen (§5 Abs. 2 Satz 3 PflBG).

7.2 Handlungsempfehlungen spezieller Interventionen zur Vermeidung von Gewalt an Menschen mit dementieller Erkrankung

Im Folgenden werden nun Handlungsempfehlungen basierend auf den ermittelten Handlungsfeldern der Ergebnisdarstellung und unter Berücksichtigung der theoretischen Herleitung dieser Arbeit formuliert und diskutiert, welche zu einer Vermeidung struktureller und personeller Gewalthandlungen in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz beitragen können.

7.2.1 Schulungs- und Bildungsinterventionen

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit konnte nicht bewiesen werden, dass spezielle Schulungs- und Bildungsinterventionen zu einer Vermeidung von Gewalt führen. Lediglich eine Steigerung des Wissensstandes hinsichtlich der Thematik Gewalt in der Pflege konnte nachgewiesen werden (Baker et al., 2016). Dennoch stellt diese Art der Intervention aus Sicht der Autorin einen vielversprechenden Ansatz dar. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass das Bewusstsein und Erkennen von Gewalt ein zentraler Aspekt effektiver Prävention ist. Voraussetzung dafür ist ein einheitliches Verständnis der Bedeutung von Gewalt im Rahmen der pflegerischen Versorgung. Da Gewalt oftmals schon mit für Pflegekräfte bedeutungslosen kleinen Handlungen beginnt (Osterbrink & Andratsch, 2015, S.43), sollten sich Schulungs- und Bildungsinterventionen, die sich an das Pflegepersonal richten, zunächst darauf fokussieren, den Gewaltbegriff im Kontext der Pflege klar zu definieren, um somit Bewusstsein zu schaffen und Pflegekräfte zu sensibilisieren. Da der Anteil an ungeschultem Personal in stationären Pflegeeinrichtungen, bedingt durch den stetigen Anstieg der Pflegebedürftigkeit in Relation mit dem Mangeln an Pflegefachkräften erheblich gestiegen ist, sollten Schulungs- und Bildungsinterventionen dieser Art besonders auch an diese Zielgruppe adressiert werden. Denn wie in den Ergebnissen dargestellt, gehen auch

Führungskräfte von stationären Pflegeinrichtungen davon aus, dass ungeschultes Personal meist ein höheres Risiko für gewalttätige Handlungsabläufe darstellt (Myhre et al., 2020).
In Bezug auf Menschen mit Demenz, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, spielen auch Angehörige bei der Vermeidung von Gewalt eine entscheidende Rolle. Besonders bei kurzzeitigen stationären Aufenthalten wie beispielsweise das Krankenhaussetting, wo es Pflegekräften kaum möglich ist, in Anbetracht der strukturellen Einflüsse wie Zeitmangel und Überlastung eine gute Beziehungsgrundlage zu schaffen, müssen auch Angehörige bzw. die gesellschaftliche Gänze hinsichtlich der Erkennung von Gewalt im Rahmen der pflegerischen Versorgung sensibilisiert und geschult werden, um Anzeichen möglicher Gewaltvorkommnisse identifizieren zu können.
Angesichts einer formulierten Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Gewalt in der professionellen Pflege des ZQP (2015) „Aufgabe und Verantwortung kennen“ sollte in Schulungs- und Bildungsinterventionen die Bedeutung der Pflege als Profession thematisiert werden. Blickt man auf die gesetzliche Grundlage, die es einem Menschen ermöglicht, die Berufsbezeichnung einer professionellen Pflegekraft zu tragen, setzt dies nämlich schon grundsätzlich eine gewaltfreie Pflege voraus (§5 PflBG).
Des Weiteren sollten im Rahmen einer Institution regelmäßige Teilnahmen an Deeskalationstrainings angeboten und ermöglicht werden. Diese Art der Intervention wurde auch im Rahmen der Ergebnisdarstellung benannt (Eggert, Schnapp & Suhlmann, 2017/Myhre et al., 2020). Hier können Pflegekräfte mögliche Handlungsalternativen erlernen, um beispielsweise mit aggressiven Verhaltensweisen von Bewohnern umzugehen oder der täglichen Arbeitsbelastung Stand zu halten. Auch das Erlernen angemessener Strategien zu einer effektiven Kommunikation von Menschen mit Demenz kann im Rahmen dieser Intervention zu einer Vermeidung von Gewalt führen und aggressives Verhalten von Bewohnern reduzieren.
Ein weiteres Themengebiet im Rahmen von Schulungs- und Bildungsinterventionen sollten die Grundlagen der professionellen Versorgung von Menschen mit Demenz darstellen. Aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit geht hervor, dass Menschen mit Demenz, besonders auch in fortgeschrittenen Stadien, nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse vollständig zu äußern. Unbefriedigte Bedürfnisse können bei Menschen mit Demenz zu sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen führen, welche wiederum einen zentralen Risikofaktor beim Entstehen von Gewalt gegen Pflegebedürftige darstellen (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006). Daher ist es umso wichtiger, Pflegekräfte bezüglich dieser Bedürfnisse zu sensibilisieren. Hier gewinnt der Aspekt der personenzentrierten Pflege nach T. Kitwood an

Bedeutung. Die zentrale Aussage des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood (2016) ist es, dass die Befriedigung der psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (Abbildung 3) zu einer Steigerung ihres Selbstwertgefühls führt und sie somit beim Erhalt des Personseins unterstützt werden. Schulungs- und Bildungsinterventionen, welche die soeben genannten Inhalte und Themengebiete berücksichtigen, können einerseits zu einem verbesserten Wissen über das Krankheitsbild der Demenz und Gewalt im Kontext der Pflege verhelfen und andererseits die Pflegekräfte hinsichtlich der Thematik sensibilisieren und die Einstellung gegenüber Menschen mit Demenz verbessern. Dadurch könnte eine personenzentrierte professionelle Pflege von Menschen mit Demenz ermöglicht werden. Das Konzept der personenzentrierten Pflege könnte, laut der theoretischen Herleitung, einen zentralen Faktor der Entstehung von Gewalt gegen Pflegebedürftige bekämpfen und zu einer Vermeidung von Gewalt beitragen. Zu beachten ist jedoch, dass eine personenzentrierte Pflege nicht ausschließlich durch das Bewusstsein der Pflegekräfte selbst erfolgen kann, sondern auch besondere strukturelle und organisatorische Faktoren einer Versorgungsstruktur erfordert.

7.2.2 Demenzsensible Versorgungseinrichtungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen schließen, dass das Konzept der demenzsensiblen Versorgung einen vielversprechenden Ansatz zur Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz darstellt (Blumenfeld Arens, Fierz & Zúñiga, 2017/Joyce et al., 2018). Dennoch müssen die Ergebnisse dieser Studien mit Vorsicht betrachtet werden aufgrund erheblicher Defizite der Glaubwürdigkeit und Aussagekraft, wie unter Kapitel 7.1 dargelegt.

„Demenzsensibilität setzt […] eine sensorische Empfindsamkeit voraus, und soll dazu beitragen, Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen mit Demenz wahrzunehmen und diese in Gestaltung von Versorgungsstrukturen und Abläufen zu integrieren“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019, S. 22).

Ein demenzsensibles Versorgungskonzept beginnt mit Ansätzen unterschiedlicher Ebenen, die miteinander und untereinander agieren. Somit baut Demenzsensibilität auf Veränderungsprozessen auf, die sich an der strukturellen Ebene orientieren und schlussendlich zu Ergebnissen führen. Ein allgemeingültiges Konzept ist aber bis heute nicht in der Literatur zu finden (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Wie bereits unter Kapitel 4.1 deutlich geworden ist, spielt die Befriedigung der Bedürfnisse besonders auch bei Menschen

mit Demenz sowohl unter dem Verständnis professioneller Pflege als auch im Rahmen der demenzsensiblen Versorgung eine zentrale Rolle. Während des theoretischen Teils dieser Arbeit wurde herausgearbeitet, dass unbefriedigte Bedürfnisse von Menschen mit Demenz oft Auslöser von gewalttätigen Handlungen in der Pflege bzw. herausfordernden Verhaltensweisen sein können (Bartholomeyczik, Halek & Riesner, 2006). Somit wäre anzunehmen, dass das Konzept der demenzsensiblen Versorgung bzw. spezielle Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz eine effektive Intervention darstellen, um Gewalt gegen Menschen mit Demenz zu vermeiden. Sie setzen sowohl an den strukturellen Gegebenheiten an, welche das Entstehen von Gewalt begünstigen, sensibilisieren und sprechen durch die Zusammenarbeit interdisziplinärer Berufsgruppen beispielsweise bei der räumlichen Gestaltung automatisch die Öffentlichkeit an und ermöglichen somit eine patientenzentrierte Versorgung.

Zu berücksichtigen ist jedoch auch hier, dass die Grundlage der Umsetzung des Konzeptes der demenzsensiblen Versorgungseinrichtung, welches zu einer Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz führen soll, die regelmäßige Teilnahme der Pflegekräfte wie auch der Führungspositionen einer stationären Einrichtung an den zuvor aufgezeigten möglichen Schulungs- und Bildungsinterventionen voraussetzt. Zudem wird auch durch die Umsetzung demenzsensibler Versorgungseinrichtungen der Aspekt der Förderung und Stärkung vorhandener Ressourcen abgedeckt. Durch die Verknüpfung vorhandener Ressourcen, wie die Pflegekraft selbst, bestehende Leitlinien, wie das patientenzentrierte Versorgungskonzept, und den Möglichkeiten der Schulung und Weiterbildung, welche speziell auf Menschen mit Demenz angepasst wurden, könnte das demenzsensible Versorgungskonzept im Rahmen einer Mehrkomponentenintervention ein neues Konzept darstellen, welches vielversprechend hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt scheint.

7.2.3 Screening- und Assessmentinstrumente

Das Bewusstsein und Erkennen von Gewalt als zwei der zentralen Merkmale effektiver Prävention wird durch die genannten Schulungs- und Bildungsinterventionen abgedeckt. Als drittes Merkmal, was das Handeln und die Intervention selbst darstellt, könnte die Umsetzung des Konzeptes der demenzsensiblen Versorgungseinrichtung verstanden werden. Um schlussendlich alle Faktoren effektiver Prävention mit einzubinden, bedarf es

an Instrumenten, welche es ermöglichen, ein bestehendes Konzept bzw. eine spezielle Intervention zu evaluieren, um signifikante Effektivitätsnachweise für die zukünftige Forschung und Praxis zu liefern, um eine tatsächliche Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit dementieller Erkrankung im Rahmen professioneller Versorgung gewährleisten zu können. Wie Gebhard (2019) bereits deutlich machte, gibt es bislang kein Screening-Instrument, welches eine genaue Erfassung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz ermöglicht, da die bestehenden Instrumente häufig auf der Selbstauskunft der Betroffenen basieren und Menschen mit Demenz durch ihre kognitiven Einschränkungen, besonders auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz, keine verlässliche Erfassungs- und Befragungsquelle darstellen. Im theoretischen Teil dieser Thesis wird deutlich, dass es Menschen mit Demenz zwar mit fortschreitendem Verlauf der Erkrankung zunehmend schwerer fällt, das Erlebte mit den damit einhergehenden Gefühlen kognitiv zu verarbeiten und einzuordnen. Dennoch bleibt das Empfinden von Gefühlen und die Fähigkeit, das Erlebte zum aktuellen Zeitpunkt zu spüren (BMG, 2020). Ein denkbarer Faktor zur Erweiterung und Verbesserung bestehender Screening- und Assessmentinstrumente zur Erfassung der Prävalenz von Gewalthandlungen besteht in der Visualisierung möglicher Gewalthandlungen. Eventuell kann an der Reaktion von Menschen mit Demenz auf die gezeigten Bilder möglicher Gewalthandlungen abgelesen werden, ob sie sich mit dieser Situation identifizieren können. Des Weiteren können eventuell durch Screening- und Assessmentinstrumente, welche die Belastung der Pflegekräfte in ihrem beruflichen Alltag messen, Rückschlüsse auf das Risiko von Gewalthandlungen gezogen werden. Denn auch die Belastung der Pflegekräfte und deren psychische Verfassung können als identifizierte Risikofaktoren aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit aussagekräftige Messparameter hinsichtlich des Entstehens von Gewalt darstellen.

7.3 Limitationen der Arbeit

Wie bereits mehrfach im Rahmen dieser Arbeit dargestellt wurde, liegen bislang keine Studien vor, welche spezielle Interventionen aufzeigen, die tatsächlich zu einer Vermeidung von Gewalt gegen pflegebedürftige ältere Menschen oder speziell gegen Menschen mit Demenz beitragen. Die im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigten Ergebnisse basieren vielmehr auf Publikationen, welche mögliche Lösungsansätze zur Vermeidung von Gewalt

aufzeigen. Zudem weisen die verwendeten Publikationen größtenteils erhebliche Defizite im Bereich der Glaubwürdigkeit und Aussagekraft auf. Hinzu kommt, dass diese Thematik erst in den letzten Jahren vermehrt Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung darstellt und somit des Öfteren kein Zugriff auf neueste Studien und Publikationen für die Autorin möglich war. Zudem war die Anwendbarkeit der wenigen vorhandener Interventionen auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz erschwert, da diese Zielgruppe fast gänzlich als Untersuchungsgegenstand im Bereich dieser Thematik fehlt.

Des Weiteren geht aus mehreren Studien hervor, dass die Erfassung der Prävalenz von Gewalt in der Pflege allgemein, aber auch gegen Menschen mit Demenz, bislang unzureichend ist, was wiederum die Voraussetzung für die Evaluation einer speziellen Intervention darstellt.

Da dieser Bereich grundsätzlich und besonders im Setting der professionellen Pflege einen schwer überprüfbaren und messbaren Gegenstand darstellt, war die Möglichkeit erheblich begrenzt, an Studien zu gelangen, welche zum einen eine spezielle Intervention evaluieren und zum anderen eine hohe Qualität der Glaubwürdigkeit mitbringen. Somit konnten im Rahmen dieser Arbeit und zur Beantwortung der Fragestellung lediglich Handlungsempfehlungen formuliert werden, welche aus Sicht der Autorin hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz effizient sind. Diese gilt es jedoch in Zukunft zu evaluieren.

8 Fazit/Ausblick

In der vorliegenden Thesis wurde deutlich, dass die Thematik Gewalt im Kontext der Pflege ein schwer zugängliches Thema ist. Besonders der Bereich der professionellen Pflege stellt die Wissenschaft durch die Tabuisierung und schwere Zugänglichkeit vor große Herausforderungen. Begründet durch die Relevanz rückt dieser Bereich jedoch in den letzten Jahren immer mehr in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Forschung. Auch die Autorin stellt bei der systematischen Literaturrecherche für die handlungsleitende Fragestellung: **„Welche Interventionen können zu einer Vermeidung, struktureller und personeller Gewalthandlungen in der professionellen pflegerischen Versorgung von Menschen mit dementieller Erkrankung beitragen?“**, welche es im Rahmen dieser Thesis zu beantworten galt, fest, dass besonders im Bereich der Prävention von Gewalt eine erhebliche

Forschungslücke besteht und nur wenige bis unzureichende Ergebnisse vorliegen. Besonders auch Menschen mit Demenz, als des Öfteren benannte vulnerable Gruppe für gewalttätige Handlungen im Bereich der professionellen Pflege, werden bei der Forschung bezüglich der Thematik fast gänzlich vernachlässigt. Mit dem Ergebnisteil dieser Arbeit wurde deutlich, dass durch die identifizierten Risikofaktoren bei der Entstehung von Gewalt in der Pflege mittels der wissenschaftlichen Forschung zahlreiche mögliche Ansätze von Interventionen aufgezeigt und abgeleitet wurden, welche zu einer Vermeidung oder Reduktion von Gewalt in der Pflege beitragen sollen. Kritisch ist hierbei anzumerken, dass diese Interventionen entweder nur mögliche Ansätze darstellen und in ihrer Umsetzung und deren Merkmale unzureichend dargestellt wurden oder aber in der Anwendbarkeit auf die Zielgruppe Menschen mit Demenz erschwert oder nicht möglich sind. Hinzu kommt, dass diese Interventionen und Ansätze bislang nicht evaluiert wurden, und somit kein signifikanter Effektivitätsnachweis möglich ist. Daher ist es für die Autorin nicht möglich, die Fragestellung ausschließlich mit den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche zu beantworten. Mittels der Ergebnisse konnte geschlussfolgert werden, dass die Grundlage effektiver Prävention zum einen die Berücksichtigung der unterschiedlichen Risikofaktoren und der Mehrdimensionalität der Handlungsebenen, welche das Entstehen von Gewalt begünstigen, und zum anderen die hierarchisch ablaufende Handlungsleitung Bewusstsein und Erkennen, Handeln und Evaluieren (Schempp, Kimmel & Bruckner, o.J., S. 73-77/Hirsch, 2017, S.85). Die von der Autorin formulierten Handlungsempfehlungen, die zur Beantwortung der Fragestellung dienen sollten, basieren zum einen auf den eben genannten zentralen Merkmalen effektiver Prävention und den ermittelten Ergebnissen der bisherigen Forschung. Zum anderen konnte anhand der Ergebnisse dargestellt werden, dass die Interventionen sowohl abhängig eines Zeitpunktes intervenieren können als auch abhängig einer Zielgruppe. Aus Sicht der Autorin ist das Zusammenspiel dieser beiden Ansätze der erste Schritt einer effektiven Prävention, da die Kombination dieser beiden Präventionskonzepte durch das Erkennen von Gewalt, berücksichtigen von Risikofaktoren und fördern vorhandener Ressourcen eine qualitativ hochwertige und professionelle Pflege von Menschen mit Demenz ohne gewalttätige Handlungen erzielen kann.

Schulungs- und Bildungsinterventionen, welche das Bewusstsein und Erkennen von Gewalt als zwei der zentralen Merkmale berücksichtigen, können sowohl im Rahmen der primären, sekundären und tertiären Präventionsstrategie agieren und schließen, entsprechend der Zielgruppe, die universellen, selektiven und indizierten Ansätze mit ein. Das Handeln als drittes zentrales Merkmal oder die Intervention selbst könnte die Umsetzung der

demenzsensiblen Versorgungseinrichtung darstellen, welche in sich die organisatorischen Interventionsansätze mit einschließt, wie auch selbst eine Mehrkomponentenintervention darstellt, da hier durch die Verknüpfung vorhandener Ressourcen ein neues Konzept entwickelt wurde, welches zum einen vielversprechend hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt speziell gegen Menschen mit Demenz erscheint und zum anderen eine Möglichkeit darstellt, die strukturelle Gewalt als Bestandteil der Fragestellung dieser Arbeit zu bekämpfen. Als drittes Merkmal, die Evaluation, können vorhandene Screening- und Assessmentinstrumente zielführend sein, welche speziell auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz angepasst und erweitert wurden. Um die Fragestellung schlussendlich zu beantworten, kann gesagt werden, dass die hierarchische Abfolge und Verknüpfung der vorgestellten Handlungsempfehlungen vielversprechende Interventionen hinsichtlich der Vermeidung von **struktureller** und **personeller** Gewalt gegen Menschen mit dementieller Erkrankung in der professionellen Pflege darstellen. Anzumerken ist jedoch, dass dies nur eine Empfehlung der Autorin aufzeigt, welche im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung gezielt evaluiert und in die Praxis implementiert werden müssen. Zudem müssen die vorgestellten Interventionen an die Situation und das Setting angepasst werden.

Grundsätzlich benötigt dieser Bereich auch in der Zukunft besondere Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Forschung und es müssen zusätzlich neue Interventionen formuliert und effektiv evaluiert werden. Vorstellbar wären hierzu anonymisierte Beobachtungsstudien als eine effektive Möglichkeit der Datenerhebung anzusehen, um das hohe Verzerrungspotential der Ergebnisse meist bedingt durch Selbstauskünfte möglicher Opfer oder Täter, zu minimieren. Auch die häusliche Versorgung sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden, da besonders dieses Setting auch eine prädestinierte Umgebung für Gewalthandlungen durch pflegende Angehörige an Menschen mit Demenz darstellt. Mit Blick auf die Gesellschaft und den Staat sollten auch spezifische Richtlinien und Gesetze entstehen, die der älteren Bevölkerung und auch speziell Menschen mit Demenz hinsichtlich der Thematik Gewalt in allen Bereichen Schutz bieten und den Handlungsspielraum potentieller Täter einschränken. Auch eine positive Einstellung gegenüber der alternden Gesellschaft kann zu einem Umdenken und sensibleren Umgang mit der Thematik Gewalt gegen Ältere führen. Im Handlungsfeld der professionellen Pflege sollte sich mittels eines selbstreflexiven Prozesses immer vor Augen gehalten werden, welche Aufgabe und Verantwortung dieser Beruf beinhaltet. Denn gewalttätige Handlungen im Rahmen der Pflege anzuwenden, würdigt einen Menschen nicht, die Berufsbezeichnung einer professionellen Pflegekraft zu führen.

Quellenverzeichnis

Baker, P. R., Francis, D. P., Mohd Hairi, N. N., Othmann, S., & Choo, W. Y. (16. August 2016). Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. *Cochraine Database Systematic Review*.

Bartholomeyczik, S., Halek, M. & Riesner, C. (August, 2006). Von: *Bundesministerium für Gesundheit.* Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf [letzter Aufruf: 18. Mai 2021]

Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M. & Kruse, A. (27. Februar 2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44*, 13-18.

Bessey, L. & Walaszek, A. (1. Juli 2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Current Psychiatry Reports, 21*(66).

Blumenfeld Arens, O., 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. *Gerontology, 63*(2), S. 169-179.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (15. Juni 2020). Von: *BMFSFJ.* Gewaltfreies Miteinander in Pflegeeinrichtungen fördern. Verfügbar unter: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/gewaltfreies-miteinander-in-pflegeeinrichtungen-foerdern-156512 [letzter Aufruf: 22. April 2021]

Bundesministerium für Gesundheit. (12. Dezember 2019). Von: *Bundesministerium für Gesundheit*. Begriffe A-Z: Prävention. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html [letzter Aufruf: 16. Mai 2021]

Bundesministerium für Gesundheit. (10. Januar 2020a). Von: *Online Ratgeber Demenz.* Diagnose Demenz: Krankheitsbild und Verlauf. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html [letzter Aufruf: 17. Mai 2021]

Bundesministerium für Gesundheit. (22. Januar 2020b). Von: *Bundesministerium für Gesundheit.* Entscheidungs- und Verstehenshilfen. Demenz verstehen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/entscheidungs-und-verstehenshilfen/demenz-verstehen.html [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (29. Juni 2020). Von: *Deutsche Alzheimer Gesellschaft.* Deutsche Alzheimer Gesellschaft stellt neue Zahlen zur Demenz vor: Hinweise auf Wirksamkeit von Prävention. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/deutsche-alzheimer-gesellschaft-stellt-neue-zahlen-zur-demenz-vor-hinweise-auf-wirksamkeit-von-praev.html [letzter Aufruf: 26. Mai 2021]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o.J.). Von: *DBfK.* Die Bedeutung professioneller Pflege. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php [letzter Aufruf: 22. Mai 2021]

Eggert, S., Schnapp, P. D. & Sulmann, D. (Juni 2017). Von: *Zentrum für Qualität in der Pflege.* Gewalt in der stationären Langzeitpflege. Verfügbar unter: https://www.pflege-gewalt.de/beitrag/analyse-gewalt-2017/ [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

Estebsari, F., Dastoorpoor, M., Mostafaei, D., Khanjani, N., Khalifehkandi, Z. R., Foroushani, A. R., […] & Taghdisi, M. H. (17. April 2018). Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging, 13*, S. 669-679.

Förstl, H. & Lang, C. (2011). Was ist "Demenz"? In: H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. (S. 3-9)

Görgen, T. (2009). "Sicherer Hafen oder gefahrvolle Zone" - Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Schriftenreihe.

Görgen, T. (2017). Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: *ZQP-Report. Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin. (S. 8-13) Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf [letzter Aufruf: 22. Mai 2021]

Galtung, J. (1997). Strukturelle Gewalt. In: Prof. Dr. A. Ulrich & Dr. H. Volger (Hrsg.), *Lexikon der internationalen Politik*. München/Wien: R. Oldenbourg Verlag. (S. 475-480)

Gebhard, D. (2019). Gewalt und Demenz. In: D. Gebhard & E. Mir (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz*. Berlin/Heildelberg: Springer Verlag. (S. 257-273)

Godenzi, A. (1994). *Gewalt im sozialen Nahraum.* Frankfurt am Main/Basel: Helbing/Lichtenhahn-Verlag.

Hirsch, D. R. (Februar, 2002). Von: *Deutsche Alzheimer Gesellschaft.* Archiv Alzheimer Info: Gewalt in der Pflege Demenzkranker. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/gewalt-in-der-pflege.html [letzter Aufruf: 24. Mai 2021]

Hirsch, R. (2001). Gewalt gegen alte Menschen: Fakten-Hilfen-Prävention. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 52*, S. 257-264.

Hirsch, R. (28. Oktober 2015). Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen - Sensibilisieren - Handeln. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*(59), S. 105-112.

Hirsch, R. (2017). Gewalt in Einrichtungen der Altenpflege. In: M. Wazlawik & S. Freck (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Sexuelle Gewalt und Pädagogik*. Wiesbaden: Springer-Verlag. (S. 67-88)

ICN - International Council of Nurses. (2012). ICN-Ethikkodex für Pflegende.

Jaberg, S. (2019). Die kulturelle Dimension von Gewalt und Frieden bei Johan Galtung. In: S. Jäger & A. Munzinger (Hrsg.), *Kulturelle Vielfalt als Dimension des gerechten Friedens.* Bd. 4. Wiesbaden: Springer-Verlag. (S. 19-45)

James, I. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. Deutschsprachige Ausgabe von Detlef Rüsing.* Bern: Hans-Huber-Verlag.

Joyce, N., McGuire, T.G., Bartels, S.J., Mitchell, S.L. & Grabowski, D. (Oktober 2018). The Impact of Dementia Special Care Units on Quality of Care: An Instrumental Variables Analysis. *Health services research, 53*(5), S. 3657-3679.

Kimmel, A., Brucker, U. & Schempp, N. (2017). Von: *MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.* Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems: Ergebnisse des milcea-Projekts. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/Milcea_Broschuere_-deutsch-Internet.pdf [letzter Aufruf: 26. Mai 2021]

Kirchen-Peters, D. S. & Krupp, D. E. (2019). Von: *Robert Bosch Stiftung.* Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Verfügbar unter: http://www.lazarus.at/wp-content/uploads/2019/12/Praxisleitfaden_demenzsensible_Krankenhaeuser.pdf [letzter Aufruf: 26. Mai 2021]

Kitwood, T. (2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bd. 5, ergänzte Aufl. Bern: Hans-Huber-Verlag.

Kitwood, T. (2016). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bd. 7, überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe-Verlag.

Lacher, S., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T. & Hasler, S. (31. Januar 2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *swiss medical weekly, 146*(w14273).

McCausland, B., Knight, L., Page, L. & Trevillon, K. (2016). A systematic review of the prevalence and odds of domestic abuse victimization among people with dementia. *International Review of Psychiatrie, 28*(5), S. 475-484.

MDS. (August 2017). Von: *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).* Projekt Gewaltfreie Pflege: Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., […] & McClay, R. (22. Oktober 2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical interventions in aging, 14*, S. 1797-1815.

Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiewicz, J. & Nakrem, S. (1. Dezember 2020). React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC health services research, 20*(1), S. 1111.

Osterbrink, J. & Andratsch, F. (2015). *Gewalt in der Pflege: Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können.* Beck Paperback-Verlag.

Pillemer, K., Mueller-Johnson, K., Mock, S. & Suitor, J. &. (2008). Interventions to Prevent Elder Mistreatment. In: L. Doll, S. Bonzo, D. Sleet & J. Mercy (Hrsg.), *Handbook of Injury and Violence Prevention*. Boston: Springer-Verlag. (S. 241-254)

Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40*, S. 366-374.

Radke, R. (24. November 2020). Von: *Statista.* Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter und Geschlecht 2018. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/246028/umfrage/anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/ [letzter Aufruf: 12. Mai 2021]

Scharb, B. & Scheichenberger, S. (2018). Theoretische Grundannahmen zur speziellen validierenden Pflege. In: B. Scharb & S. Scheichenberger (Hrsg.), *Spezielle validierende Pflege: Emotion vor Kognition*. Springer-Verlag. (S. 73-106)

Schempp, N., Kimmel, A. & Brucker, U. (o.J.). Von: *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund für Krankenkassen.* Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse (MILCEA): Final Report. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/120712_final_report_milcea.pdf [letzter Aufruf: 26. Mai 2021]

Seidel, L. (2007). *Gewalt an alten Menschen - Entstehungsfaktoren für Gewalt an pflegebedürftigen alten Menschen und Lösungsansätze*. Bd. 14. Bonn: Mabuse-Verlag.

Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, B., Jenaro, C., Flores, N. & Rivera-Navarro, J. (2018). Resi- lience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: a study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatrie, 33*(8), S. 1132-1138.

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R. & De Geest, S. (2013). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege, 19*, 45-51.

Statistisches Bundesamt. (29. September 2020a). Sterbetafel 2017/2019 - Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschalnd und die Bundesländer. *wissen.nutzen*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/periodensterbetafel-erlaeuterung-5126203197004.pdf?__blob=publicationFile [letzter zugriff: 22. Mai 2021]

Statistisches Bundesamt. (15. Dezember 2020b). Von: *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Pressemitteilung Nr. 507. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html;jsessionid=E598963365A309FB685982A4A853C590.live731?nn=238640 [letzter Aufruf: 22. Mai 2021]

Statistisches Bundesamt. (2021). Von: *Statistisches Bundesamt.* Demografische Aspekte-Demografischer Wandel und Bevölkerungszahl. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/textbaustein-taser-blau-bevoelkerungszahl.html;jsessionid=FA84195939B32A28EAFE672337B9E992.live731 [letzter Aufruf: 26. Mai 2021]

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

Sulmann, D. & Väthjunker, D. (28. November 2019). Von: *Stiftung ZQP.* Welche Folgen kann Gewalt in der Pflege haben? Verfügbar unter: https://www.pflege-gewalt.de/wissen/gewaltfolgen/ [letzter Aufruf: 24. Mai 2021]

Sulmann, D. & Väthjunker, D. (13. Mai 2020). Von: *Stiftung ZQP.* Was ist Gewalt in der Pflege?: https://www.pflege-gewalt.de/wissen/definition/ [letzter Aufruf: 24. Mai 2021]

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesdunheit und Krankehit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Institut. (S. 7-31)

Weissenberger-Leduc, M. (2016). Gewalt in der Pflege. In: M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*. Wien: Springer-Verlag. (S. 249-259)

Weissenberger-Leduc, M. & Weiberg, A. (2011). *Gewalt und Demenz. Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege.* Wien/New York: Springer Verlag .

World Health Organization. (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit: Zusammenfassung. Verfügbar unter: https://docplayer.org/959-Weltbericht-gewalt-und-gesundheit-zusammenfassung.html [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

World Health Organization. (2011). Von: *World Health Organization.* European report on preventing elder mistreatment. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf [letzter Aufruf: 24. Mai 2021]

World Health Organization & Dimdi. (20. September 2019). Von: *medizinwissen. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.* Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f00-f09.htm [letzter Aufruf: 24. Mai 2021]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2015). Von: *Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).* ZQP-Themenreport: Gewaltprävention in der Pflege. Verfügbar unter: https://www.bildungsakademie-mettmann.de/files/b_tr_gewalt_11web_vf.pdf [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (5. Oktober 2020). Von: *Stiftung ZQP.* Demenz – eine Herausforderung für die ganze Gesellschaft. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/demenz-herausforderung/ [letzter Aufruf: 23. Mai 2021]

Anhang

Anhang 1: PIKO-Schema i
Anhang 2: Suchbegriffe und Übersetzungen ii
Anhang 3: Systematische Literaturrecherche in *PubMed, Cinhal & Cochrane* iii
Anhang 4: Ein- und Ausschlusskriterien viii
Anhang 5: Flow-Chart der Literaturrecherche ix
Anhang 6: Synthese der Ergebnisse aus der Literaturrecherche x
Anhang 7: Ergebnistabelle xi
Anhang 8: Bewertung der eingeschlossenen Studien xvii
Anhang 9: Interviewleitfaden Myhre et al. (2020) xxvii
Anhang 10: Präventionsgesetz xxviii

Anhang 1: PIKO-Schema

P	Patient	Ältere (65+) Menschen mit dementieller Erkrankung
I	Intervention	Interventionen zur Vermeidung von struktureller und personeller Gewalt
(C	Kontrollintervention/-gruppe	Darstellung der Bedeutung und Folgen von Gewalt für Menschen mit Demenz)
O	Outcome	Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit fortgeschrittener dementieller Erkrankung in der professionellen pflegerischen Versorgung

Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

Forschungsfrage: Welche Interventionen können zu einer Vermeidung struktureller und personeller Gewalthandlungen in der professionellen pflegerischen Versorgung von Menschen mit dementieller Erkrankung beitragen?

Anhang 2: Suchbegriffe und Übersetzungen

	Suchbegriff	**Synonyme**	**englische Übersetzung**	**Synonyme**	**MeSH/Subheadings**
P	**Pflege von Menschen mit Demenz**	Demenzpflege	dementia	dementia care; professional health care	-
I	**Interventionen**	Prävention	intervention	prevention	Prevention and control [MeSH Subheading]
C					
O	**Gewalt in der Pflege**	Vernachlässigung; Misshandlung	Elder abuse	Elder mistreatment; neglect	Elder abuse [MeSH Terms]; abuse of health services [MeSH Terms]

Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

Anhang 3: Systematische Literaturrecherche in *PubMed, Cinhal & Cochrane*

Tabelle 1: Systematische Literaturrecherche PubMed

Search	Query	Results	Time
#24	Search: **(((abuse of health services[MeSH Terms]) OR (elder abuse[MeSH Terms])) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia care)**	**62**	05:56:38
#23	Search: **(((elder abuse[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (interventions)) AND (dementia care)**	**25**	05:55:28
#22	Search: **(((elder abuse[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia)) AND (professional health care)**	**44**	05:53:11
#21	Search: **((abuse of health services[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia care)**	**7**	05:51:29
#20	Search: **((((elder abuse[MeSH Terms]) OR (abuse of health services[MeSH Terms])) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia)) OR (dementia care)**	36,173	05:50:40

Search	Query	Results	Time
#19	Search: **((elder abuse[MeSH Terms]) OR (abuse of health services[MeSH Terms])) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])**	2,856	05:50:11
#18	Search: **abuse of health services[MeSH Terms]**	12,042	05:49:51
#17	Search: **((((elder abuse[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia care)) OR (dementia)) OR (professional health care)**	941,976	05:48:41
#16	Search: **((elder abuse[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])) AND (dementia care)**	**55**	05:47:39
#15	Search: **(elder abuse[MeSH Terms]) AND (Prevention and Control[MeSH Subheading])**	1,058	05:46:04
#14	Search: **Prevention and Control[MeSH Subheading]**	1,336,676	05:45:30
#13	Search: **elder abuse[MeSH Terms]**	2,631	05:45:13
#10	Search: **professional health care**	727,426	05:43:59
#9	Search: **dementia care**	36,146	05:43:42

Search	Query	Results	Time
#8	Search: **dementia**	226,816	05:43:18
#7	Search: **((((elder abuse) OR (elder mistreatment)) OR (neglect)) AND (prevention)) AND (interventions)**	6,123	05:42:34
#6	Search: **interventions**	8,962,208	05:42:19
#5	Search: **(((elder abuse) OR (elder mistreatment)) OR (neglect)) AND (prevention)**	12,759	05:41:26
#4	Search: **prevention**	2,708,287	05:40:41
#3	Search: **neglect**	69,264	05:40:27
#2	Search: **elder mistreatment**	3,205	05:40:18
#1	Search: **elder abuse**	3,194	05:40:02

Quelle: (PubMed)

Tabelle 2: Systematische Literaturrecherche Cinhal

#	Abfrage	Eingrenzungen/Erweiterungen	Letzte Ausführung über	Ergebnisse
S16	((elder abuse) AND (S8)) AND (S4 AND S6)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	18
S15	(elder abuse) AND (S8)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	282
S14	((S1 OR S2 OR S3) AND (S4)) AND (S10)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	64
S13	(S1 OR S2 OR S3) AND (S4)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	3,011
S12	((MH "Elder Abuse/PC")) AND (S9)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	8
S11	(MH "Elder Abuse/PC")	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	1,338
S10	professional healthcare	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	40,720
S9	dementia care	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	9,377
S8	dementia	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	67,329
S7	S5 AND S6	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	630
S6	interventions	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	467,947
S5	(S1 OR S2 OR S3) AND (S4)	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	3,011
S4	prevention	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	703,789
S3	neglect	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	11,808
S2	elder mistreatment	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	328
S1	elder abuse	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Einfache Suche Datenbank - CINAHL	4,521

Quelle: (Cinhal)

Tabelle 3: Systematische Literaturrecherche Cochrane

Search	Term	Limits	Results
#1	Elder abuse		961
#2	elder mistreatment		21
#3	neglect		1478
#4	prevention		191485
#5	interventions		107960
#6	(#1 OR #2 OR #3) AND #4		615
#7	(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)		1073
#8	Dementia		24683
#9	Dementia care		6304
#10	Professional health care		6737
#11	(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND #8		113
#12	(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND #9		104
#13	(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND #9 AND #10		36

Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

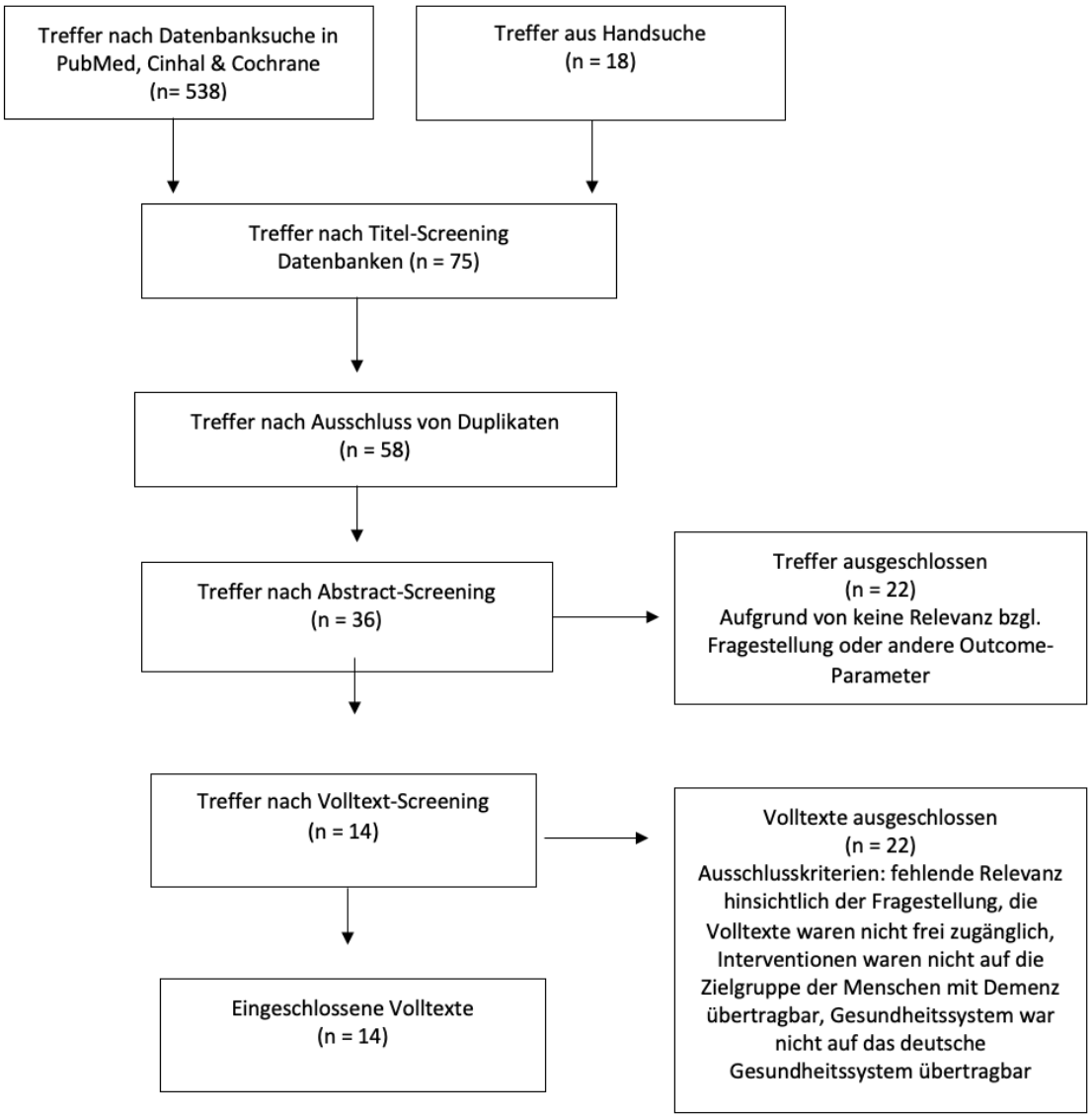
Anhang 4: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	**Ausschlusskriterien**
• (Dementielle Erkrankung) oder übertragbar auf Zielgruppe • älter als 65 Jahre • stationäres Setting • professionelle Pflegekräfte (einschließlich Pflegehelfer und Pflegeassistenten) • Gewalt an zu Pflegenden • Sprachen: Deutsch & Englisch • Frühestes Publikationsdatum 2008	• unter 65 Jahren • pflegende Angehörige • Häusliche Gewalt • Gewalt an Pflegekräften • Andere Sprachen • Gesundheitssystem nicht vergleichbar mit Deutschland

Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

Anhang 5: Flow-Chart der Literaturrecherche

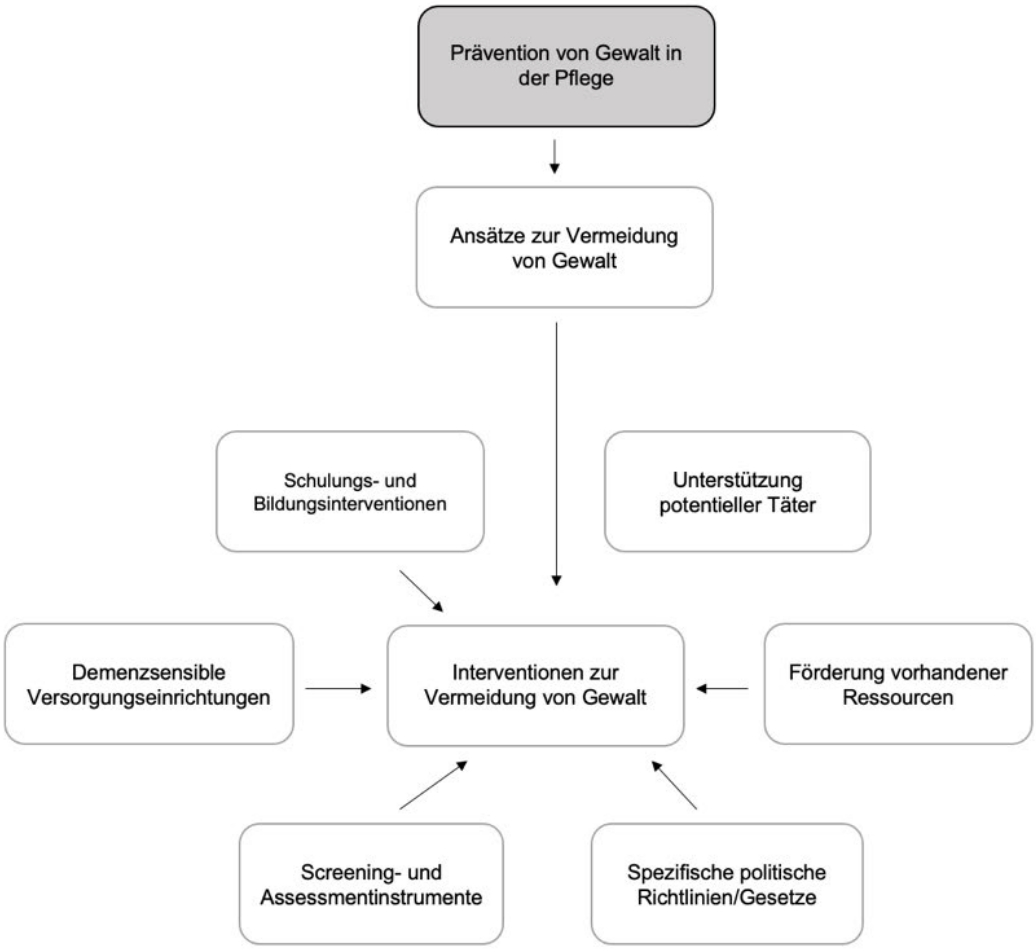
Abbildung 1: Flow-Chart zur Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche



Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

Anhang 6: Synthese der Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Abbildung 2: Synthese der Ergebnisse



Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021).

Anhang 7: Darstellung und kritische Bewertung der verwendeten Literatur

Tabelle 4: Darstellung der Ergebnisse in tabellarischer Form

Autor	***Titel***	***Design***	***Stichprobe***	***Ziel***	***Outcome***	***Limitationen der Studien***
Mileski et al. (2019)	Preventing the Abuse of Residents with Dementia Or Alzheimer's Disease in the Long-Term Care Setting: A Systematic Review	Systematisches Review	n=30 Artikel	Bereiche von Interventionen zur Reduktion von Gewalt und Missbrauch gegen Menschen mit Demenz	Es konnten 5 Bereiche für Interventionen zur Reduktion von Gewalt und Missbrauch gegen Menschen mit Demenz identifiziert werden: Politik/Programme (40,67%), Ausbildung (23,72%), Arbeitsbedingungen (18,64%), Screening- und Assessmentinstrumente (13,55%), Persönlichkeitsmerkmale des Personals (3,38%).	Es wurden keine spezifischen Interventionen definiert, welche in die Praxis implementiert und hinsichtlich der Wirksamkeit überprüft werden können.
Blumenfeld Arens, Fierz & Zúniga (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	Multizentrische Studie (sekundäre Datenanalyse)	Einrichtungen (n=156), Stationen (n=400), Beschäftigte (n=4599)	Unterschiede der Prävalenz von Gewalt und Misshandlung zwischen normalen Stationen und Stationen speziell für Menschen mit Demenz. Zusammenhänge zwischen Bewohnermerkmalen, Merkmalen des Personals und organisatorisch/umweltbezogene Faktoren hinsichtlich beobachteter	Es wird vermutet, dass Pflegepersonal, welches auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert ist, und auf Demenzpatienten angepasste Organisationsstrukturen einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Gewalt- und Missbrauch gegen Menschen mit Demenz hat.	Es wurden nur die Variablen emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung überprüft, da zu geringe Ausgangswerte der Beobachtung für körperliche Gewalt vorlagen. Die Kategorie „andere Einrichtungen" konnte nicht genau definiert werden und war daher schwierig im

				Fälle von Gewalt und Missbrauch.		Vergleich mit SCUs zu betrachten.
Baker et al. (2016)	Interventions for preventing abuse in the Elderly	Systematisches Review	n=7 Studien	Effektivität primärer, sekundärer und tertiärer Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen	Mittels der theoretischen Analyse konnten sieben Kategorien von Interventionen, welche zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen beitragen können und sich der primären, sekundären und tertiären Prävention zuordnen lassen, identifiziert werden, von denen die Autoren des Reviews annahmen, sie seien, anhand ihres Verständnisses von Interventionen zur Prävention von Gewalt und Missbrauch gegen ältere Menschen, als effektiv zu bewerten. (Schulungs- und Bildungsinterventionen, Interventionen zur Reduktion von Risikofaktoren, spezifische politische Richtlinien zu Gewalt und Missbrauch gegen Ältere, Gesetze für Gewalt und Missbrauch an Älteren, Interventionen zur Steigerung der Schutzrate von älteren Menschen, Interventionen, die sich an die Opfer von Misshandlung richten und Rehabilitationsprogramme, die sich an die Täter von Gewalt und Missbrauch richten.) Innerhalb dieser Kategorien konnten mittels des Reviews nur Interventionen zu vier der definierten Unterkategorien identifiziert werden. Keine dieser Interventionen, lässt jedoch eine signifikante Aussage zur Wirksamkeit, hinsichtlich der Reduktion oder Vermeidung von Gewalt und Missbrauch gegen Ältere, zu.	Die inkludierten Studien wurden von den Autoren größtenteils mit niedrigen bis sehr niedrigen Evidenzgraden bewertet. Aufgrund der unterschiedlichen Variablen, Zielparametern und Outcomes in den inkludierten Studien, war es nicht möglich die Ergebnisse mittels einer Meta-Analyse miteinander zu vergleichen. Die Zielgruppe der Menschen mit Demenz wurde in der Interpretation der Ergebnisse nicht berücksichtigt.
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015)	ZQP-Themenreport: Gewaltprävention in der Pflege	Artikel	-	-	Die Autoren sind der Meinung, dass die Enttabuisierung die Voraussetzung ist, um Gewalt in der Pflege zu verhindern. Die Autoren formulieren Handlungsempfehlungen für die professionelle Pflege:	Keine Bewertung

					Verantwortung und Aufgabe kennen Problematische Pflegesituationen und Gewalt erkennen Mit Gewaltsituationen umgehen können und für Sicherheit sorgen Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden, Handlungsalternativen kennen Fehlern einen Sinn geben/Selbstreflexion	
Hirsch (2017)	Gewalt in Einrichtungen der Altenpflege	Artikel	-	-	Ausschlaggebend für eine effektive Intervention zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen in Kliniken oder Pflegeeinrichtungen ist die Berücksichtigung der Multidimensionalität der beeinflussenden Faktoren. Strukturelle und gesellschaftliche Aspekte müssen mit berücksichtigt werden. Interventionen die zu einer Verbesserung der Qualität und somit auch zu einer Reduktion von Gewalt führen können sind beispielsweise Supervision, Fallbesprechungen und ethische Konsile. Auch Deeskalationsmaßnahmen werden benannt. Der Autor ist der Meinung dass die Aufgabe der professionellen Pflege darin besteht Gewalt zu erkennen, sie wahrzunehmen, zu intervenieren und Handlungsalternativen zu entwickeln. Nur somit kann Gewalt effektiv vermieden werden.	Keine Bewertung
Schempp, Brucker & Kimmel (o.J.)	Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on elder abuse	Projektbericht	-	Monitoring System zur systematischen Überwachung von Gewalt und Missbrauch älterer Menschen	Im Rahmen des Projektes MILCEA konnten vier zentrale Voraussetzungen effektiver Prävention herausgearbeitet werden: Bewusstsein, Identifikation, Handeln und Evaluation. Diese Faktoren stehen in hierarchischer Reihenfolgen zueinander. Und können nur funktionieren wenn das jeweils andere erfüllt wurde. Ist seitens der Pflegekraft kein Bewusstsein über Gewalt vorhanden, kann auch Gewalt nicht erkannt werden.	Es wurden keine spezifischen Interventionen benannt, die zu einer Verbesserung der vier genannten zentralen Merkmale der Prävention führen. Somit konnten auch keine speziellen

						Interventionen evaluiert werden.
Pillemer et al. (2008)	Interventions to prevent Elder Mistreatment	Artikel			Die Autoren kommen zum Schluss, dass es bislang wenig verlässliche Untersuchungen gibt zu Gewalt und Misshandlung an älteren Menschen allgemein und so gut wie keine wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Untersuchungen zu effektiven Interventionen zur Prävention oder Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen. Die Autoren definieren verschiedene Interventionsstrategien, die das Potential haben zu einer Vermeidung von Gewalt und Misshandlung an älteren Menschen beizutragen. Diese sind Screening Programme zur Identifikation von Gewalt und Misshandlung, strukturiertes Meldewesen unter klaren Verantwortlichkeiten, Schutzdienste für Erwachsene, Ausbildung von Fachpersonal, Interventionen zur Unterstützung des Pflegepersonals und Rechtbeistand und Opferhilfen.	Keiner dieser Interventionen wurde hinsichtlich der Vermeidung von Gewalt evaluiert.
Eggert, Schnapp, Suhlmann (2017)	Gewalt in der stationären Langzeitpflege	Quantitative Studie	n=250 Zufällig ausgewählte Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte	Untersuchung vorhandener Instrumente zur Prävention von Gewalt und Misshandlung in Pflegeeinrichtungen mittels einer Telefonbefragung anhand eines Fragebogens	Bei der Frage wie wichtig unterschiedliche Variablen zur Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege sind empfanden 74% der Befragten eine konstruktive Atmosphäre im Betrieb, die es ermöglicht Fehler offen anzusprechen und Lösungen zu finden, als wichtig. 50% waren der Meinung, dass mehr Pflegepersonal, zu einer Reduktion von Gewalt und Aggression gegenüber Pflegebedürftigen, relevant sei. 44% benannten eine bessere fachliche Ausbildung zum Thema Gewalt, Aggression und Konflikte in der Pflege. 44% gaben an, Unterstützungsangebote für Pflegekräfte, um mit der beruflichen Belastungen umzugehen, seinen wichtig. Der	Zu keiner dieser benannten Interventionen liegen evaluierte Untersuchungen vor, die die tatsächliche Wirksamkeit der Interventionen bestätigen.

					Anteil an Pflegefachkräften innerhalb des Personals zu steigern benannten 35% als hilfreich und wiederum 35% benannten regelmäßige Fortbildungen zum Thema „Gewaltfolgen an Pflegebedürftigen erkennen“, als unterstützend. Mit 20% der Gesamthäufigkeit wurde die regelmäßige Beteiligung der Pflegekräfte an Anti-Aggression- und Deeskalationstrainings benannt.	
Joyce et al. (2018)	The Impact of Dementia Special Care Units on Quality of Care	Vergleichs-Studie, Quantitatives Design	n=704 782 Pflegebedürftige mit diagnostizierter Demenz, davon (n=198 493) lebten in SCUs, (n=506 289) lebten in nicht-SCUs	Vergleich der Pflegequalität von speziellen Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Demenz mit Pflegeeinrichtungen ohne spezielle Stationen für Menschen mit Demenz	Es konnte eine Reduktion von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen nach der Aufnahme in eine SCU von Menschen mit Demenz festgestellt werden (-9,6%). Auch eine Reduktion von Druckgeschwüren, die auf eine Vernachlässigung im Rahmen der pflegerischen Versorgung deuten lassen, war in den Ergebnissen der Studie notiert (-3,3%).	Die Stichproben variieren zu stark, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte.
Myhre et al. (2020)	React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse	Qualitativ explorativ es design	n=43 Führungspositionen von Pflegeheimen, davon Stationsleitungen (n=23), Qualitätsbeauftragte (n=2), Dienstleister (n=3), Pflegeheimleiter (n=15)	Identifikation der Verfolgung von Führungspositionen in Pflegeheimen anhand Berichten von Gewalt und Missbrauch an Bewohnern	Mittels Einzelinterviews mit den Pflegeheimleitern und Fokusgruppen Interviews mit den restlichen Teilnehmern („Pflegedienstleitungen“) konnten verschiedene Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden, welche von Führungspositionen in Pflegeheimen genutzt werden, um Gewalt und Missbrauch gegen Bewohner zu verfolgen. Die Verfolgung fand auf unterschiedlichen Ebenen statt. Auf **individueller Ebene** wurden beispielsweise Untersuchungen und Besprechungen durchgeführt, wobei die betroffene Pflegekraft nach ausreichender Indizienlage im Einzelgespräch direkt mit dem Vorfall konfrontiert wurde. Des Weiteren konnten auf individueller Ebene Supervision und Anleitung identifiziert werden. Als letzte Instanz wurde die Versetzung des Mitarbeiters in andere Tätigkeitsbereiche oder andere	Innerhalb dieser Studie werden nur verschiedene Möglichkeiten von Interventionen der Verfolgung aufgezeigt, jedoch liegt zu keiner Intervention eine Evidenz vor hinsichtlich der Wirksamkeit tatsächlicher Reduktion von Gewalt- und Missbrauchsvorfällen.

					Abteilungen durchgeführt. Die Verfolgung auf **Gruppenebene** bestand zum einen auf Rückmeldung und Offenheit, also einer Kultur der Offenheit innerhalb einer Institution und zum anderen auf der Reflexion der Mitarbeiter, um ein einheitliches Verständnis von Gewalt innerhalb einer Institution vorauszusetzen. Auf **organisatorischer/struktureller** Ebene wurde das Anpassen und Stärken vorhandener Ressourcen benannt, wie auch das Ermöglichen von regelmäßigen Schulungs- und Anleitungsangeboten besonders zum Thema „Umgang von Menschen mit Demenz“ und „Gewalt und Missbrauch in der Pflege“ allgemein, mitinbegriffen der Erkennung von Gewalt und den Risikofaktoren.	
Estebsari et al. (2018)	Design and Implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial	Randomisiert kontrollierte Studie	Ältere Erwachsene, die in Pflegeeinrichtungen wohnen (n=464) Kontrollgruppe (n=232), Interventionsgruppe (n=232)	Implementierung einer Intervention, die auf Empowerment von älteren Erwachsenen beruht, in die Praxis zur Vermeidung von Gewalt und Missbrauch von älteren Menschen in Versorgungseinrichtungen	Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass Interventionen, die auf dem Empowerment und der Stärkung der Ressourcen älterer Menschen basieren, einen signifikant positiven Effekt auf das gesundheitsfördernde Verhalten (P=0,05) haben und somit indirekt auch auf die Reduktion von Gewalt und Missbrauch älterer Menschen.	Die Intervention muss auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz, hinsichtlich der Methodik zur Vermittlung der Informationen, angepasst werden. Kein sicherer Beweis, dass die Intervention tatsächlich zur Vermeidung von Gewalt führt.

Quelle: (eigene Darstellung der Autorin, 2021)

Anhang 8: Bewertung der eingeschlossenen Studien

SIGN	**Methodology Checklist 1**: Systematic Reviews and Meta-analyses
Mileski et al. (2019): Preventing the Abuse of Residents with Dementia Or Alzheimer's Disease in the Long-Term Care Setting: A Systematic Review	
Guideline topic:	Key Question No:
Before completing this checklist, consider: Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO reject. IF YES complete the checklist.	
Checklist completed by:	

8.1.1.1.1 Section 1: Internal validity

In a well conducted systematic review:		***8.1.1.2*** *Does this study do it?*
1.1	The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.	Yes ☐ No ☐ **If no reject**
1.2	A comprehensive literature search is carried out.	Yes ☐ No ☐ Not applicable ☐ **If no reject**
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes ☐ No ☐

1.6	The excluded studies are listed.	Yes ☐ No ☐
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes ☐ No ☐
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes ☐ No ☐
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes ☐ No ☐
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐ Not applicable ☐
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes ☐ No ☐ Not applicable ☐
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes ☐ No ☐
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) ☐ Acceptable (+) ☐ Low quality (-)☐ Unacceptable – reject 0 ☐
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes ☐ No ☐

2.3	**Notes:** Aufgrund von unzureichender Herleitung des methodischen Vorgehens und der fehlenden Bewertung der einzelnen Artikel mittels eines Assessment-Instrument konnte das Review nur mit akzeptabler Evidenz bewertet werden.

SIGN	**Methodology Checklist 1**: Systematic Reviews and Meta-analyses

Baker et al. (2016): Interventions for preventing abuse in the Elderly

Guideline topic:	Key Question No:

Before completing this checklist, consider:

Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO reject. IF YES complete the checklist.

Checklist completed by:

8.1.1.2.1 Section 1: Internal validity

In a well conducted systematic review:		***8.1.1.3*** *Does this study do it?*
1.1	The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.	Yes ☐ No ☐ **If no reject**
1.2	A comprehensive literature search is carried out.	Yes ☐ No ☐ Not applicable ☐ **If no reject**
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes ☐ No ☐
1.6	The excluded studies are listed.	Yes ☐ No ☐

1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes ☐ No ☐
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes ☐ No ☐
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes ☐ No ☐
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐ Not applicable ☐
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes ☐ No ☐ Not applicable ☐
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes ☐ No ☐
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) ☐ Acceptable (+) ☐ Low quality (-)☐ Unacceptable – reject 0 ☐
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes ☐ No ☐ aber übertragbar

2.3	**Notes:** Aufgrund der ausführlich dargestellten Methodik, der Verwendung von Assessment-Tools zur Bewertung der eingeschlossenen Studien, konnte die Studie mit hoher Qualität bewertet werden. Es war nicht möglich eine Meta-Analyse durchzuführen, da die Studien innerhalb der Methodik, den Zielparametern, den Variablen und dem Outcome zu stark variieren.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Myhre et al. (2020): React and act

Forschungsfrage: .....

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*
   Ja
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? *z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*
   qualitativ explorativ es Design, Ø Begründung
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? *Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*
   /
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? *Wie erfolgte die Auswahl*
   Ja per Mail an zufällig ausgewählte Gemeinden (n=11)
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? *Auch die Perspektive des Forschers?*
   teilweise
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*
   Ja
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*
   Codes
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*
   - Es wurden aufgrund von Absagen nicht alle potentiellen Teilnehmer eingeschlossen

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*
   Ja, aber es war nicht die genaue Anzahl der Befragten pro Ergebnis ersichtlich
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*
    /

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
    Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?
    teilweise

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – (4) – 5 – 6

SIGN	**Methodology Checklist 2**: Controlled Trials

Estebsari et al. (2018): Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial

Guideline topic:	Key Question No:	Reviewer:

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper a **randomised controlled trial** or a **controlled clinical trial**? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist. If it is a **controlled clinical trial** questions 1.2, 1.3, and 1.4 are not relevant, and the study cannot be rated higher than 1+
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist.

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

8.1.1.3.1 Section 1: Internal validity

In a well conducted RCT study…		***8.1.1.4 Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.3	An adequate concealment method is used.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐

1.4	The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?	Can't say ☐
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis).	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐ Does not apply ☐
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐ Does not apply ☐

SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY		
2.1	8.1.1.5 How well was the study done to minimise bias? *8.1.1.6 Code as follows:* *8.1.1.7*	High quality (++)☐ Acceptable (+)☐ Low quality (-)☐ Unacceptable – reject 0 ☐

2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	Yes ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	No ☐ aber mit Veränderungen in der Methodik der Intervention übertragbar
2.4	**Notes.** Die Ergebnisse der Studie bieten eine gute Grundlage einer Intervention zur Vermeidung von Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige. Fraglich ist, ob diese Intervention genauso auf die Zielgruppe Menschen mit Demenz übertragbar ist. Bei der Vermittlung der Informationen im Rahmen der Intervention müssten die Methoden auf die Zielgruppe angepasst werden. Die Studie wurde zwar in Tehran durchgeführt jedoch ist sie auch auf das deutsche Gesundheitswesen anwendbar.	

Anhang 9: Interviewleitfaden Myhre et al. (2020)

Interview guide

Topic	Key questions
Introduction	Can you describe what you will define as abuse and neglect in nursing homes?
Your experiences of elder abuse and neglect	Within these situations (Fig. 1), and these categories; *physical abuse, psychological abuse, financial abuse, sexual abuse and neglect,* can you describe your experience of elder abuse and neglect?
Communication of elder abuse and neglect	Can you describe how you get knowledge about situations of elder abuse and neglect in the nursing home?
	What do you think are barriers and enablers to reporting elder abuse and neglect?
How to follow up on elder abuse and neglect	When you get knowledge about situations of elder abuse and neglect, how do you follow it up?
	What do you do to prevent it from happening again?
Closure	Do you have anything to add that has not yet been mentioned?
	How did you experience participating in this focus group?

Note: The results from the topic 1 ‘Experience of elder abuse ‘is published with data from focus group interviews with care managers

Quelle: (Myhre et al., 2020, S. 6)

Anhang 10: Präventionsgesetz

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.
(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.
(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.
(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.
(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.
(7) Im Jahr 2020 müssen die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 nicht dem in Absatz 2 festgelegten Betrag entsprechen. Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind abweichend von Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2020 nicht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.

Quelle: (§5, PflBG)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis mit dem Titel:

Gewalt im Kontext der Pflege – Interventionen zur Prävention von Gewalt in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz

selbständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln verfasst habe. Alle Passagen, die ich wörtlich aus der Literatur oder aus anderen Quellen wie z. B. Internetseiten übernommen habe, habe ich deutlich als Zitat mit Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Theresa Waibel