

BACHELOR-THESIS

Prävention von Gewalt durch Pflegende an Pflegerbedürftige in der stationären Langzeitpflege

Vorgelegt am 01.06.2022
von Henri Schuppert

1. Prüferin: Frau Katrin Blanck-Köster
2. Prüferin: Frau Dr. Renata Woldmann

**Hochschule für angewandte
Wissenschaften Hamburg**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

„Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden. Sie fängt an, wenn einer sagt: Du bist krank: Du musst tun, was ich sage!“

(Osterbrink & Andratsch 2015, zitiert nach Fried 1998)

Abstrakt

Hintergrund: Gewalt von Pflegenden gegen Pflegebedürftige in Pflegeheimen gehört in vielen Ländern zum Alltag. Die Folgen sind schwerwiegend und reichen bis hin zum Suizid. Da die Handlungen meist im Verborgenen stattfinden, es keine einheitliche Definition für Gewalt gibt und es überwiegend jene trifft, die kaum auskunftsfähig sind, ist eine genaue Berichterstattung schwierig. Es ist bislang wenig über Gewalt gegen Pflegebedürftige in Pflegeheimen bekannt. Daher soll diese Bachelor-Thesis den Leser*innen ein besseres Verständnis dieses Themas ermöglichen. Es wird sich zunächst mit den Vulnerabilitätsfaktoren der Bewohner*innen auseinandergesetzt und Risikofaktoren, die zur Entstehung von Gewalt gegen Bewohner*innen beitragen, beschrieben. Im Anschluss wird sich mit Präventionsmaßnahmen und der Identifikation von Gewalt gegen Pflegebedürftige, mithilfe von Assessment-Instrumenten, auseinandergesetzt.

Methodisches Vorgehen: Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“ und „Cinahl“ durchgeführt. Im Anschluss wurde eine Freihandsuche in „Google“, „Google Scholar“, den Webseiten verschiedener Organisationen, dem HAW Katalog sowie in der Fachbibliothek Soziale Arbeit & Pflege der HAW Hamburg durchgeführt.

Ergebnisse: Die Vulnerabilität der Pflegebedürftigen ist gekennzeichnet durch die asymmetrische Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson. Des Weiteren sind Demenz und herausforderndes Verhalten der Bewohner*innen wichtige Risikofaktoren für die Entstehung von Gewalt. Auf personeller Seite spielt vor allem Burnout und auf institutioneller Ebene schlechtes Management eine wichtige Rolle. Es konnten vier Assessment-Instrumente zur Identifizierung von Gewalt gegen Heimbewohner*innen berücksichtigt werden. Schulungen werden zwar als wichtigste Präventionsmaßnahme genannt, aber auch nicht-schulische Maßnahmen, wie eine „Kultur der offenen Tür“, auf institutioneller und personeller Ebene spielen eine wichtige Rolle. Ein in Deutschland durchgeführtes Gewaltprojekt führte zu vielversprechenden Ergebnissen für die Präventionsarbeit gegen Gewalt in deutschen Pflegeheimen.

Schlussfolgerung: Zukünftig benötigt es mehr Studien, die sich detailliert mit Risikofaktoren einzelner Gewaltarten und konkret darauf abzielenden Präventionsmaßnahmen beschäftigen.

Inhalt

I	Abkürzungsverzeichnis	1
II	Tabellenverzeichnis	1
1.	Einleitung	1
1.1	<i>Zielsetzung und Fragestellungen</i>	3
1.2	<i>Methodik</i>	3
2	Begriffsbestimmungen	7
2.1	<i>Definition: Pflegebedürftigkeit</i>	7
2.2	<i>Definition: Gewalt</i>	8
3.	Bestandsaufnahme stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland	9
3.1	<i>Aktuelle Personal- und Bewohnersituation</i>	9
3.2	<i>Rechtliche Rahmenbedingungen</i>	10
3.3	<i>Herausforderungen während der Covid-19 Pandemie</i>	10
4.	Leben und arbeiten in Langzeitpflegeeinrichtungen in Hinsicht auf die Fragestellung	11
4.1	<i>Vulnerabilität pflegedürftiger Menschen im Pflegeheim</i>	12
4.1.1	<i>Demenz und herausforderndes Verhalten als Risikofaktoren von Gewalt</i>	14
4.1.2	<i>Merkmale des Personals, die Gewalt gegen Pflegebedürftige begünstigen</i>	15
4.1.3	<i>Institutionelle Gegebenheiten, die Gewalt gegen Pflegebedürftige begünstigen</i>	17
5.	Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege	19
5.1	<i>Verbesserung der Einrichtungskultur und Personalsituation</i>	19
5.2	<i>Schulungen als Präventionsmaßnahme</i>	21
5.2.1	<i>Schulungen zur Verbesserung der allgemeinen Pflegequalität</i>	22
5.2.2	<i>Schulungen zur Reduzierung psychischer Gewalt</i>	24
5.3	<i>Prävention durch Screening- und Assessmentinstrumente</i>	27
5.3.1	<i>Elders' Psychological Abuse Scale und Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale</i>	27
5.3.2	<i>Elder Abuse Suspicion Index© in der Langzeitpflege</i>	28
5.3.3	<i>Care Home Conflict Scale</i>	29
5.4	<i>Präventives Verhalten der einzelnen Pflegepersonen</i>	30
6.	Gewaltprävention in Deutschland am Beispiel des PEKo-Projektes	32
7.	Diskussion	33
8.	Fazit & Ausblick	39
	Literaturverzeichnis	41
	Anhang	50

I Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CHCS	Care Home Conflict Scale
CPEABS	Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
EPAS	Elders' Psychological Abuse Scale
FEM	Freiheitseinschränkende Maßnahmen
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften
HmbWBG	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz
ICN	International Council of Nurses
MCTS	Modified Conflict Tactics Scale
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MSP	Malignant Social Psychology
NCEA	National Center on Elder Abuse
PEKo	Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege
PPW	Positive-Person-Work
SGB XI	Sozialgesetzbuch 11
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
WHO	Weltgesundheitsorganisation

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe 1. Fragestellung (eigene Darstellung)	4
Tabelle 2: Suchbegriffe 2. Fragestellung (eigene Darstellung)	5
Tabelle 3: Suchbegriffe 3. Fragestellung (eigene Darstellung)	6

1. Einleitung

Aufgrund diverser medizinischer Fortschritte wird unsere Gesellschaft immer älter. Das führt unter anderem dazu, dass zunehmend Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen und kognitiven Einschränkungen in Pflegeheimen versorgt werden müssen (Andela et al., 2021). Diese Hilfebedürftigkeit äußert sich darin, dass Betroffene gezwungen sind, ihre eigene Lebensführung teils dem pflegenden Personal zu übertragen. Dies bringt ein hohes Maß an Verletzlichkeit und ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen mit sich. Durch geringe soziale Kontakte, wenig Besuch von Angehörigen und einer zunehmenden Aufenthaltsdauer, nimmt die Vulnerabilität zu (Jordan et al., 2021). Unterdessen sind Pflegeheimbewohner*innen besonders gefährdet, Opfer von Gewalthandlungen, durch pflegerisches Personal, zu werden (Baker et al., 2016; Botngård et al., 2021; Yon et al., 2019). Zudem gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass in Pflegeheimen vieler Länder, Gewalt gegen Pflegebedürftige zum Alltag gehört (Malmedal et al., 2014; Yon et al., 2019). Die Gewalt an älteren Menschen ist ein äußerst komplexes und vielschichtiges Phänomen (Botngård et al., 2021). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt gegen Pflegebedürftige (international oftmals als „elder abuse and neglect“ oder „elder mistreatment“ bezeichnet) als *„eine einzelne oder wiederholte Handlung oder das Fehlen geeigneter Maßnahmen, die in einer Beziehung auftritt, in der Vertrauen erwartet wird, was einer älteren Person Schaden oder Leid zufügt“* (WHO, 2021). Eine vollständige Übersetzung des Begriffs „elder abuse“ ist dabei nicht möglich. Das Wort „abuse“ wird in der deutschen Sprache zu stark mit sexuellem Missbrauch gleichgesetzt.¹ Zudem zielt der Begriff „elder“ nicht speziell auf die Gruppe der Pflegebedürftigen ab (Nau et al., 2017). Das National Center on Elder Abuse (NCEA) unterscheidet zwischen folgenden Gewaltformen: psychische/emotionale Gewalt, körperliche Gewalt, absichtliche/unabsichtliche Vernachlässigung, sexuelle sowie finanzielle/materielle Gewalt. Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) sind nach der Definition des NCEA eine Unterform der körperlichen Gewalt (NCEA, o. J.). Die Folgen dieses Phänomens sind prekär und vielschichtig. Gewaltvorfälle werden mit einer reduzierten Lebensqualität, weniger Wohlbefinden sowie Angstzuständen, Depressionen, einer schlechteren

¹ Daher wird in der Arbeit bewusst auf den Begriff „Missbrauch“ verzichtet und das Wort „Gewalt“ und dessen Umschreibungen genutzt

Gesundheit, vermehrten Krankenhauseinweisungen und Sterblichkeit, nicht zuletzt durch Suizid, assoziiert (Ayalon et al., 2016; Botngård et al., 2021; Touza & Prado, 2019). In einer Meta-Analyse zur Untersuchung der Prävalenz von Gewalt durch Pflegende gegen Pflegebedürftige in Heimen, wurden Daten aus sechs unterschiedlichen Ländern u. a. Deutschland, Tschechien, Irland und USA zusammengefasst. Die Prävalenzschätzung für psychische Gewalt umfasste 33,4 %, die der körperlichen Gewalt 14,1 % und Vernachlässigung 11,6 %. Die Schätzung der Prävalenz von finanzieller Gewalt, lag bei 13,8 % und die sexueller Gewalt bei 1,9 % (Yon et al., 2019). Jedoch ist die Häufigkeit der Gewaltvorfälle möglicherweise deutlich höher, da die Opfer nicht immer in der Lage sind, die Vorkommnisse mitzuteilen oder bei einer Beschwerde Angst vor Vergeltung der Täter*innen haben (Yon et al., 2019). Hinzu kommt, dass Aggressionen oft außerhalb des Blickfelds von Aufsichtspersonen und Manager*innen stattfinden (Touza & Prado, 2019). Die verschiedenen Definitionen der Gewalt erschweren, wie die unterschiedlichen sozialen Normen und Kulturen dieser Welt, eine genaue Bestimmung des Ausmaßes (Baker et al., 2016). Trotz der hohen Prävalenz, ist die Datenlage für die stationäre Langzeitpflege nach wie vor unbefriedigend (Andela et al., 2021; Botngård et al., 2021; Corbi et al., 2015; Eggert et al., 2017; Hyde et al., 2014; Yon et al., 2019). Auch Pflegende wissen wenig über die Gewalt an älteren Menschen (Braaten & Malmedal, 2017). Dabei ist es zum Beispiel wichtig, Risikofaktoren dieser Phänomene zu verstehen, um Präventionsmaßnahmen, welche ebenfalls kaum erforscht sind, ergreifen zu können (Botngård et al., 2021; Braaten & Malmedal, 2017; Malmedal et al., 2014). Vor allem mangelt es aber auch an Instrumenten zur Identifizierung von Gewalt gegen Pflegebedürftige, welche im stationären Setting anwendbar sind (Ballard et al., 2019; Cohen, 2011). In der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ sind ihre Rechte klar definiert. Nach Artikel 2 haben Pflegebedürftige beispielsweise das Recht auf Schutz vor Gewalt, seelischer und physischer Vernachlässigung sowie unzureichender Pflege (BMFSJ, 2020). In Artikel 6 hingegen wird das Recht auf einen wertschätzenden und respektvollen Umgang verwiesen (BMFSJ, 2020). Auch der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) verweist darauf, dass Pflege mit der Achtung der Menschenrechte vereinbar sein muss. Dies beinhaltet beispielsweise das Recht auf Wahlfreiheit, eine würdevolle sowie respektvolle Behandlung unabhängig von Alter, Hautfarbe, Behinderung, Religiosität, sozioökonomischen Status und sonstigen Merkmalen der zu pflegenden Person (ICN, 2021). Die Anwendung von Gewalt ist somit

unter keinen Umständen mit einer würdevollen Pflege, die ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität bieten soll, vereinbar.

1.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der Arbeit ist es, zunächst Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren, die zur Gewalt gegen Pflegebedürftige in vollstationären Langzeiteinrichtungen führen, zu identifizieren. Es wird nicht nur auf die gewaltbegünstigenden Faktoren der Bewohner*innen eingegangen, sondern auch auf jene, die von personeller und institutioneller Ebene ausgehen. Des Weiteren werden präventive Maßnahmen, die Pflegebedürftige schützen, beschrieben. In diesem Zusammenhang werden auch Assessment-Instrumente erörtert, mit dessen Hilfe Gewalthandlungen im Pflegeheim identifiziert werden können. Im letzten Schritt wird ein kurzer Blick auf die Präventionsarbeit in deutschen Pflegeheimen geworfen und sich dabei am Beispiel des PEKo-Gewaltpräventionsprojektes orientiert.

Für die Bearbeitung der Bachelor-Thesis wurden drei Forschungsfragen formuliert:

(1.) Was macht Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege so vulnerabel gegenüber Gewalt? (2.) Wie kann Gewalt gegen Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege identifiziert werden? (3.) Wie wird der Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegenden in der stationären Langzeitpflege präventiv begegnet?

1.2 Methodik

Die Literaturrecherche wurde von Dezember 2021 bis April 2022 durchgeführt. Die Recherche erfolgte überwiegend in den Datenbanken „PubMed“ und „Cinahl“. Zusätzlich wurde mit den jeweiligen Suchbegriffen, deren Synonymen und Übersetzungen in „Google“, „Google Scholar“, den Webseiten verschiedener Organisationen und dem HAW-Katalog sowie in der Fachbibliothek für Soziale Arbeit & Pflege der HAW Hamburg, nach passender Literatur gesucht. Außerdem wurde nach dem Schneeballsystem vorgegangen. Bei allen drei Fragestellungen wurde nach demselben Prinzip gearbeitet. Zunächst wurden die Suchbegriffe und dessen Synonyme mit den Bool'schen Operatoren OR/AND in die Datenbank „PubMed“ eingegeben. Es wurde dabei ausschließlich nach deutsch- und englischsprachiger Literatur gesucht sowie die Option „Abstrakt verfügbar“ ausgewählt. Im Anschluss wurde jeweils ein Titelscreening durchgeführt. Passten diese zur Fragestellung, wurde das Abstrakt gelesen. Stimmt der Inhalt, unter Berücksichtigung der jeweiligen Ein-

und Ausschlusskriterien nach wie vor zur Fragestellung, wurde der Volltext gelesen. Anschließend entschied der Autor, ob die Studie aufgenommen wird. Folgend wurde mit dem selben System auf der Datenbank „Cinahl“ vorgegangen. Literatur, die bereits über „PubMed“ aufgenommen wurde, wurde dabei ausgeschlossen. Im Anschluss wurde jeweils die Freihandsuche durchgeführt.

In der folgenden Arbeit wird ausschließlich auf vollstationäre Langzeiteinrichtungen, in Form von Pflegeheimen, eingegangen. Die teilstationäre, ambulante und familiäre Pflege sowie Formen des betreuten Wohnens und Behinderteneinrichtungen werden dabei ignoriert. Außerdem werden sexuelle und finanzielle/materielle Gewaltformen sowie Ergebnisse, die sich auf freiheitseinschränkende Maßnahmen fokussieren, ausgeschlossen.

Die erste Fragestellung wurde wie folgt formuliert: *„Was macht Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege so vulnerabel gegenüber Gewalt?“* Zu dessen Bearbeitung wurden folgende Begriffe in den Datenbanken „PubMed“ und „Cinahl“ genutzt (siehe Tabelle 1).

Ursache, Vulnerabilität	reason, cause, source, trigger, predisposing factors, risk factors, predictors, vulnerability
Gewalt gegen Pflegebedürftige	elder abuse, elder maltreatment, elder mistreatment, staff-to-resident- abuse, inadequate care, institutional abuse, neglect, emotional abuse, psychological abuse, physical abuse, violence
Langzeitpflegeeinrichtungen	long-term care, nursing home, care home, home for the elderly, retirement home, old people's home, care facility, nursing facility, residential care institutions, geriatric institutions

Tabelle 1: Suchbegriffe 1. Fragestellung (eigene Darstellung)

Aufgrund der mangelnden Anzahl von Ergebnissen, die mit dem Begriff der „Vulnerabilität“ in Bezug auf Gewaltvorfälle in Langzeitpflegeeinrichtungen erzielt wurden, wurde dieser mit dem Begriffen „Ursachen“ und „Risikofaktoren“ sowie dessen deutsch und englischsprachigen Umschreibungen synonym gesetzt. In der Datenbank „PubMed“ wurden zunächst 402 Ergebnisse erzielt. Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten über „PubMed“ sechs und anschließend über „Cinahl“ drei weitere Ergebnisse eingeschlossen werden. Über die Freihandsuche konnten weitere Ergebnisse aufgenommen werden. Eine genauere Darstellung der Suchstrategie befindet sich im Anhang (siehe A.6, A.7).

Als Einschlusskriterien wurden definiert: (1.) Faktoren/Umstände, die sich auf die vollstationäre Langzeitpflege beziehen (2.) Faktoren/Umstände, die sich auf die Gewalt von

Pflegenden gegen Pflegebedürftige beziehen. (3.) Faktoren/Umstände, die sich auf psychische, physische Gewalt sowie Vernachlässigung beziehen (4.) Faktoren/Umstände, die von Bewohner*innen, Personal und der Institution ausgehen

Als Ausschlusskriterien wurden definiert: (1.) Faktoren/Umstände, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen (2.) ambulante, familiäre Pflege, betreutes Wohnen, Behinderteneinrichtungen (3.) sexuelle und finanzielle/materielle Gewalt (4.) Faktoren, die sich ausschließlich auf freiheitsentziehende Maßnahmen beziehen (5.) Faktoren, bei denen nicht klar zwischen ambulanter/familiärer und stationärer Langzeitpflege unterschieden wird

Zur Recherche der zweiten Fragestellung, „*Wie kann Gewalt gegen Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege identifiziert werden?*“, wurde mit folgenden Begriffen in den Datenbanken „PubMed“ und „Cinahl“ recherchiert (siehe Tabelle 2).

Identifikation	identify, identification, screening-instruments, assessment-instruments, screening, checklist, diagnosis, questionnaire, detection, detect
Gewalt gegen Pflegebedürftige	elder abuse, elder maltreatment, elder mistreatment, staff-to-resident- abuse, inadequate care, institutional abuse, neglect, physical abuse, emotional abuse, psychological abuse
Langzeitpflegeeinrichtungen	long-term-care, nursing home, care home, home for the elderly, Retirement home, old people’s home, care facility, nursing facility, residential care institutions, geriatric institutions

Tabelle 2: Suchbegriffe 2. Fragestellung (eigene Darstellung)

Die Begriffe wurden erneut mit den Bool’schen Operatoren OR/AND in den genannten Datenbanken miteinander kombiniert (siehe A.8). Es wurden unter anderem die Begriffe „screening-instruments“, „assessments-instruments“, „checklist“ und „questionnaire“ genutzt, um gezielt nach Assessment-Instrumenten zu suchen. Nachdem in der Datenbank „PubMed“ nach „Abstrakt verfügbar“ und „deutsch und englisch“ gefiltert wurde, kamen 343 Ergebnisse heraus. Nachdem die Titel, Abstrakts und Volltexte auf Themenbezug sowie die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurden, konnten drei Studien aus „PubMed“ aufgenommen werden. Über „Cinahl“ konnte keine weitere Literatur hinzugezogen werden (siehe A.9). Die Freihandsuche ermöglichte die Aufnahme weiterer Ergebnisse.

Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert: (1.) Assessment-Instrumente, die für den Einsatz in der stationären Langzeitpflege entwickelt oder dort validiert worden sind (2.) das Assessment-Instrument ist ausdrücklich für das ambulante Setting und für

Langzeitpflegeeinrichtungen geeignet (3.) Assessments, die mindestens eine der folgenden Gewaltformen identifizieren können: psychische und physische Gewalt, Vernachlässigung

Es wurden folgende Ausschlusskriterien definiert: (1.) Assessments, die sich auf die ambulante und familiäre Pflege beziehen und nicht in Langzeitpflegeeinrichtungen validiert wurden (2.) Assessments bei denen unklar ist, um welches Setting es sich handelt (3.) Instrumente, die sich ausschließlich auf finanzielle und sexuelle Gewalt oder die Anwendung körperlicher Zwangsmaßnahmen beziehen.

Die dritte Forschungsfrage wurde wie folgt formuliert: *„Wie wird der Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegenden in der stationären Langzeitpflege präventiv begegnet?“*

Es wurden folgende Suchbegriffe verwendet (siehe Tabelle 3).

Prävention	prophylaxis, prevent, prevention, intervention, control, reduction, reduce, stop, combat
Gewalt gegen Pflegebedürftige	elder abuse, elder maltreatment, elder mistreatment, staff-to-resident- abuse, inadequate care, institutional abuse, psychological abuse, emotional abuse, physical abuse, neglect
Langzeitpflegeeinrichtungen	long-term care, nursing home, care home, home for the elderly, retirement home, old people’s home, care facility, nursing facility, residential care institutions, geriatric institutions

Tabelle 3: Suchbegriffe 3. Fragestellung (eigene Darstellung)

Zusätzlich zu den Optionen „deutsche und englische Sprache“ sowie „Abstrakt verfügbar“ wurde ausschließlich nach Literatur gesucht, die zwischen 2000-2022 veröffentlicht wurde, um aktuellere Ergebnisse zu erzielen und die Ergebnisse weiter einzuschränken. Somit konnten in „PubMed“ 384 Ergebnisse, unter Kombination der Bool’schen Operatoren OR/AND, erzielt werden (siehe A.10). Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien, wurden über „PubMed“ acht Ergebnisse zur Bearbeitung der Bachelor-Thesis aufgenommen, über „Cinahl“ konnte ein weiteres Ergebnis erzielt werden (siehe A.11). Auch über die Freihandsuche konnte weitere Literatur herangezogen werden.

Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert: (1.) Maßnahmen und Faktoren die sich ausschließlich auf die vollstationäre Langzeitpflege beziehen (2.) gewaltreduzierende Faktoren/Maßnahmen, die die institutionelle Ebene nicht übersteigen. (3.) Gewalt von Pflegenden gegen Pflegebedürftige (5.) Literatur, die zwischen 2000 und 2022 veröffentlicht wurde (6.) Schulungsmaßnahmen, die wissenschaftlich evaluiert worden sind

Als Ausschlusskriterien wurden definiert: (1.) Maßnahmen/Faktoren, die sich auf die familiäre oder ambulante Pflege beziehen (2.) Maßnahmen/Faktoren, die über die institutionelle Ebene hinaus gehen z.B. behördliche/politische Maßnahmen, Gesetze etc. (3.) Faktoren/Maßnahmen die sich ausschließlich auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen sowie sexuelle oder finanzielle Gewalt beziehen (4.) Maßnahmen/Faktoren die sich auf Gewalt zwischen Bewohner*innen beziehen (5.) Schulungsmaßnahmen, die nicht wissenschaftlich evaluiert worden sind (6.) Faktoren/ Maßnahmen bei denen nicht klar zwischen den Settings unterschieden wird

2 Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden die Begriffe der Pflegebedürftigkeit sowie der Gewalt und dessen unterschiedliche Formen genauer definiert. Bei der Beschreibung der Gewaltformen wird auf eine genauere Definition von finanzieller/materieller sowie sexueller Gewalt und freiheitsentziehender Maßnahmen verzichtet.

2.1 Definition: Pflegebedürftigkeit

Das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beschreibt Pflegebedürftigkeit wie folgt:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in §15 festgelegten Schwere bestehen“ (§ 14 Abs. 1 S. 1-3, SGB XI).

Die Einteilung in Pflegegrade zeigt an, wie sehr die Selbstständigkeit beeinträchtigt ist (§ 15 Abs. 1 S. 1, SGB XI). Es gibt insgesamt fünf Pflegegrade, während der erste Grad die leichteste und Grad fünf die schwerste Form der Pflegebedürftigkeit darstellt (§ 15 Abs. 3 S. 5, SGB XI):

Pflegegrad 1: *„geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“*

Pflegegrad 2: *„erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“*

Pflegegrad 3: *„schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“*

Pflegegrad 4: *„schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“*

Pflegegrad 5: *„schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“*

Zwar haben Personen mit dem Pflegegrad 1 Anspruch auf bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung, jedoch werden diese hauptsächlich Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5 gewährt, diese beinhalten unter anderem die Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (Deutscher Bundestag, 2017).

2.2 Definition: Gewalt

Gewalt gegen ältere Menschen definiert die WHO als *„eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Fehlen geeigneter Maßnahmen in einer Beziehung, in der ein Vertrauensverhältnis besteht, das einer älteren Person Schaden oder Leid zufügt“* (WHO, 2021).

Es konnte keine einheitliche Definition der einzelnen Gewaltarten identifiziert werden. Deshalb wird sich im Folgenden auf die des „National Center on Elder Abuse“ (NCEA) bezogen.

Psychische Gewalt/emotionale Gewalt: Psychische Gewalt beschränkt sich nicht auf Belästigung, Drohung, Einschüchterung, Demütigung, Isolation oder verbale Angriffe, schließt diese aber mit ein. Sie führt zu Angst, Schmerzen oder Leid, durch verbale oder non-verbale Handlungen (NCEA, o. J.).

Je nach Literatur wird auch der „elderspeak“ mit eingeschlossen (Bradford & End, 2010; K. Williams et al., 2003). Es handelt sich um einen infantilisierenden Sprachstil, der unter anderem durch einen vereinfachten Wortschatz und Grammatik, erhöhte Tonlage und Lautstärke sowie der Anwendung von Verniedlichungen und Kollektivpronomen charakterisiert ist (Williams et al., 2003). Es erschwert Betroffenen die Möglichkeit der Teilnahme an einer adäquaten Kommunikation, verstärkt Stereotypen und kann sich negativ auf das Selbstvertrauen der Pflegebedürftigen auswirken (Bradford & End, 2010).

Physische Gewalt: Laut der NCEA wendet eine Person physische/körperliche Gewalt oder körperlichen Zwang an, wenn ihre rücksichtslose oder absichtliche Handlung zu körperlichen Beeinträchtigungen oder Schmerzen und Körperverletzungen führt. Die physische Gewalt ist nicht beschränkt auf kneifen, treten, schubsen, schlagen, verbrennen etc. (NCEA o. J.).

Vernachlässigung: Im pflegerischen Kontext vernachlässigt eine Person einen pflegebedürftigen Menschen, wenn sie sich weigert oder es versäumt, einen Teil der Verpflichtungen zu erfüllen. Diese umfassen Sicherheit, Hygiene, Versorgung mit Lebensnotwendigkeiten wie Nahrung und Wasser, medizinische Versorgung, Komfort sowie Unterkunft etc. (NCEA, o. J.).

3. Bestandsaufnahme stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland

Das folgende Kapitel soll zunächst aktuelle Zahlen zur Situation in deutschen Langzeitpflegeeinrichtungen bieten. Es gibt einen kurzen Einblick in die Heimgesetzgebung in Deutschland, am Beispiel des Hamburger Heimgesetzes sowie einen kleinen Rückblick auf die Situation in Pflegeheimen während der beginnenden Covid-19 Pandemie, den damit verbundenen Regelungen und deren Auswirkungen auf Bewohner*innen in Hinsicht auf die Fragestellungen.

3.1 Aktuelle Personal- und Bewohnersituation

Im Jahr 2019 gab es rund 4,1 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Davon wurden circa 795.000 Bewohner*innen von 796.500 Beschäftigten, in insgesamt 15.400 Pflegeheimen dauerhaft und vollstationär versorgt (Statistisches Bundesamt, 2020). Den größten Anteil machen mit 70 % Frauen aus. Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3 (34,39 %) und Pflegegrad 4 (29,88 %), waren am meisten in Pflegeheimen vertreten (Statistisches Bundesamt, 2020). In Hinsicht auf den Qualifikationsgrad des Pflegepersonals arbeiteten dort überwiegend staatlich anerkannte Altenpfleger*innen (35 %), darauf folgen staatlich anerkannte Altenpflegehelfer*innen (10 %), Pflegepersonal ohne Berufsabschluss (ca. 10 %) und Personal mit sonstigem Abschluss (14 %). Der Anteil der Auszubildenden lag bei circa 11 %. Pflegepersonal mit einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität, war zu 0,1 % vertreten (Statistisches Bundesamt, 2020). Bis 2030 ist mit einer Anzahl von 4,9 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen, bis 2040 mit 5,6 Millionen. Das bedeutet einen zusätzlichen Bedarf an 322.000 stationären Pflegeplätzen und bis zu 380.000 zusätzlichen Vollzeitpflegekräften. Aufgrund des Kostendrucks der Einrichtungen, hat sich die wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime seit 2016 fortlaufend verschlechtert (Heger et al., 2021).

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Seit 2007 ist es Aufgabe der einzelnen Bundesländer, den ordnungsrechtlichen Teil der Heimgesetzgebung zu regeln (Stegger, 2014). Im Folgenden soll ein kleiner exemplarischer Blick auf das Hamburger Heimgesetz geworfen werden. Der Zweck des Gesetzes ist es unter anderem, die Rechte älterer und pflegebedürftiger Menschen, die auf Wohn- und Betreuungsformen angewiesen sind, zu stärken sowie Rahmenbedingungen zur Gesunderhaltung, Selbstbestimmung und Mobilität zu gewährleisten (§ 1 Nr. 1-2, HmbWBG). Des Weiteren werden im Paragraph 11 die „Anforderungen an Wohneinrichtungen“ abgebildet. Dieser schreibt unter anderem vor, dass Einrichtungen nur betrieben werden dürfen, wenn ausreichend qualifiziertes Personal eingestellt ist und die Bedürfnisse der Bewohner*innen befriedigt werden können. Des Weiteren ist eine personenzentrierte und ressourcenorientierte Pflege durchzuführen und Kontinuität, mit einer festen Bezugsperson, in der Versorgung zu gewährleisten. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung, und Selbstbestimmung müssen ermöglicht werden. Zudem sind Institutionen verpflichtet, die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern und sie nach § 13 Abs. 1-5 HmbWBG in der Planung und Durchführung der Betreuung mitbestimmen zu lassen (§ 11 Nr. 2-6, HmbWBG).

3.3 Herausforderungen während der Covid-19 Pandemie

Je nach Bundesland wurden Anfang 2020 unterschiedlich strenge Regelungen, wie Besuchsverbote, für Pflegeheime verordnet (Freytag et al., 2021), da dort das Übertragungsrisiko des Corona-Virus besonders hoch ist. Gleichzeitig sind ältere, kranke Menschen besonders vulnerabel gegenüber Ausbrüchen von Atemwegserkrankungen (Gardner et al., 2020). Der Infektionsschutz in den Heimen ist mit einer hohen Belastung verbunden, da die soziale Isolation von Bewohner*innen ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Gewalt ist (Freytag et al., 2021). Bereits vor Ausbruch der Pandemie waren viele Bewohner*innen sozial isoliert. Sie sind auf Besuche angewiesen, da diese als unverzichtbares Mittel zur Überwachung der Pflege dienen. Des Weiteren können fehlende Besuche zu Einsamkeit, Gefühlen der Verlassenheit und Verzweiflung führen (Gardner et al., 2020). Noch ist unbekannt, wie sich das Gewaltgeschehen während der Pandemie in den deutschen Pflegeheimen entwickelt hat. In einer brasilianischen Telefonumfrage

wurde jedoch angegeben, dass die gewaltbedingten Beschwerden in Pflegeheimen von 3000 im März 2020 auf 17.000 im Mai 2020 angestiegen sind. Durch die Schutzmaßnahmen fehlende soziale Teilhabe, kam es zu einer reduzierten körperlichen Aktivität und weniger therapeutischer Betreuung. Folglich entstanden diverse psychische und physische Schäden (Freytag et al., 2021). Zwar wird teils ein verstärktes Verbundenheitsgefühl durch fehlende Außenkontakte erwähnt, dennoch scheinen Präventionsstrategien zur Eindämmung der Gewalt oftmals vernachlässigt worden zu sein (Freytag et al., 2021).

4. Leben und arbeiten in Langzeitpflegeeinrichtungen in Hinsicht auf die Fragestellung

Es gibt keine genaue gesetzliche Beschreibung, wie lange eine Pflegebedürftigkeit bestehen muss, um die daraus resultierenden Maßnahmen als Langzeitpflege zu definieren. Jedoch fallen unter den Begriff alle pflegerischen Interventionen, die temporär über längere Zeit oder unbegrenzt durchgeführt werden. Zudem müssen die Kriterien des SGB XI für die Erfüllung der Pflegebedürftigkeit gegeben sein (Deutscher Bundestag, 2017). Langzeitpflegeeinrichtungen bieten derweil eine Betreuung rund um die Uhr an (Rappold, 2021). Koch-Straube (2005) vergleicht in dem Buch „Soziologie der Pflege- Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven“, das Pflegeheim mit einem Schiff. Auf der einen Seite gebe es dort die Bewohner*innen, die das Schiff nicht mehr verlassen. Das Ufer, welches weit entfernt sei, verschwinde häufig im Dunst und ihr Blick wende sich vermehrt vom sicheren Land ab. Auf der anderen Seite gebe es das Personal, welches regelmäßig mit „Beibooten“ das Schiff verlasse. Für die Bewohner*innen, die auf dem Schiff bleiben, stelle das Personal oftmals den einzigen Kontakt zur Außenwelt dar (Koch-Straube, 2005). Derweil sind Bewohner*innen zwar tagsüber nicht eingeschlossen, dennoch erinnern die Einrichtungen, aufgrund der beeinträchtigten Mobilität der Bewohner*innen, ihrer Isolation zur Außenwelt und der Kontrolle des Personals, an Erziehungsheime oder Gefängnisse (Koch-Straube, 2005). Es besteht das Risiko, dass Betroffene nicht nur durch den Heimeinzug gesellschaftlich isoliert, sondern auch durch Mitarbeiter*innen über die medizinischen Diagnosen definiert und von ihrer Lebensgeschichte getrennt werden (Koch-Straube, 2003). In Pflegeheimen gibt es diverse Umstände, die zu Konflikten führen können, Bewohner*innen besonders vulnerabel machen und das Risiko von Gewalthandlungen

durch Pflegende gegen sie erhöhen. Diese werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

4.1 Vulnerabilität pflegebedürftiger Menschen im Pflegeheim

Im Grunde ist jede pflegebedürftige Person vulnerabel. Der Grad der Vulnerabilität, insbesondere gegenüber der pflegenden Person, hängt dabei vom Schweregrad der psychischen oder physischen Beeinträchtigung ab (Krause, 2016). Vor allem Heimbewohner*innen sind, aufgrund ihres Funktionsverlustes, massiv in ihrer Fähigkeit zur Selbsthilfe eingeschränkt. Sie sind oftmals hochbetagt und multimorbid. Zudem sind circa 8 von 10 Bewohner*innen von irgendeiner Form kognitiver Beeinträchtigungen, jedoch überwiegend Demenz, betroffen (Rappold, 2021). Dem asymmetrischen Charakter der Pflegebeziehung kommt eine besondere Bedeutung zu: Die Rolle der Bewohner*innen ist oftmals durch einen hohen Grad an Abhängigkeit, Schwäche und Kontrollverlust gekennzeichnet, während das Pflegepersonal über Macht, (Versorgungs-)Kompetenzen und Stärke verfügt (Koch-Straube, 2005). Demzufolge sind Pflegebedürftige, die signifikant von dem Heimpersonal abhängig sind, einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalthandlungen zu werden (Schiamberg et al., 2011).

Zwar haben Pflegende in der Regel den Anspruch eine fachlich gute und zugewandte Pflege durchzuführen, jedoch erschweren beispielsweise Zeitdruck und die schlechte Personalsituation, welche zu einer permanenten körperlichen Belastung führen, diese Ansprüche zu realisieren. Das Personal reagiert darauf häufig mit Unzufriedenheit, Symptomen der Überforderung, Resignation sowie Ohnmachtsgefühlen (Koch-Straube, 2005; Rappold, 2021). Zeitgleich liegt die Definition von dem, was den Bewohner*innen guttut und ihr Wohlbefinden stärkt, oftmals bei dem Pflegepersonal oder den Trägern der Pflegeheime. Diese Form der Entmündigung kann wiederum in Aggressionen, Verweigerung und anderen Formen der Gegenwehr, seitens der Bewohner*innen, resultieren. Problematisch ist, dass diese Verhaltensweisen selten hinterfragt, sondern eher als Folge der Demenz oder anderer Erkrankungen gesehen werden. Es ist keine Seltenheit, dass das „Fehlverhalten“ der Bewohner*innen mit erzieherischen Maßnahmen sanktioniert wird, wie z.B. weniger Essen aufgrund unkooperativen Verhaltens beim Ankleiden (Koch-Straube, 2005).

Im Hinblick auf die Verletzlichkeit von Bewohner*innen im Pflegeheim ist es bedeutsam, auf zwei unterschiedliche Perspektiven zu blicken. Einerseits gibt es die Bewohner*innen, die dort leben und deren Zuhause die Einrichtung ist. Andererseits gibt es das Pflegepersonal, das die Privaträume, u. a. die intimsten Lebensbereiche, wie Bad und Schlafzimmer, als Arbeitsplatz sieht (Rappold, 2021). In Pflegeheimen können daher, insbesondere aufgrund der meist fehlenden Möglichkeit Privaträume abzuschließen, die Privatsphäre, Autonomie (Rappold, 2021) sowie „übliche Regeln des Respekts und der Höflichkeit“ (Koch-Straube, 2005, S. 213) schwerwiegend verletzt werden. Gleiches gilt für das Recht auf Schutz vor Beschämung (Koch-Straube, 2005). Folglich ist es oftmals schwierig für Pflegebedürftige, das Pflegeheim als Wohnort anzunehmen (Rappold, 2021). „Pflegerisches Handeln bewegt sich häufig an der Kippe zur Grenzüberschreitung, wo Privatsphäre, Würde oder Schamgefühle verletzt werden“² (Rappold, 2021, S. 102).

Hinzu kommt, dass die Kommunikation häufig auf verbale Äußerungen reduziert wird. Aufgrund dieser Tatsache wird, insbesondere dementiell veränderten Menschen, oftmals die Kommunikationsfähigkeit abgesprochen (Welling, 2018). Ergänzend besteht bei vielen Pflegebedürftigen, aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses, Angst vor negativen Reaktionen des Pflegepersonals (Eggert et al., 2017; Jordan et al., 2021). Die Befürchtungen über eine Verschlechterung der Pflegebeziehung und der fehlende Glaube an die Wirksamkeit einer Beschwerde hemmen Betroffene, Gewalthandlungen zu melden. Hinzu kommt, dass im Falle eines Konfliktes ein Einrichtungswechsel mit einem hohen Aufwand verbunden und nicht ohne weiteres möglich ist, was die Konfliktbereitschaft weiter reduziert (Jordan et al., 2021). Vor allem ältere Frauen, die in der Kriegs- oder Nachkriegszeit gelebt haben bzw. aufgewachsen sind, arrangieren sich häufiger mit beschwerlichen Situationen (Jordan et al., 2021). Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Vulnerabilitätsfaktor sind fehlende bzw. unzureichende Besuche durch Freund*innen und Familienmitglieder*innen. Diese dienen häufig als wichtige Kontrollinstanz der Pflege (Schiamberg et al., 2011). Bewohner*innen, die wenig Besuch bekommen, werden häufiger Opfer körperlicher Gewalt (Bužgová & Ivanová, 2011). Hyde et al. (2014) fanden heraus,

² Direkte Zitate entsprechen dem Originaltext. Sie werden in der Arbeit nicht nachträglich gegendert oder in die neue Rechtschreibung korrigiert. Englischsprachige Zitate wurden mit „DeepL“ übersetzt.

dass Gewaltvorfälle öfter in Einrichtungen vorkommen, in denen Bewohner*innen und deren Angehörige nicht ausreichend über ihre Rechte Bescheid wissen.

4.1.1 Demenz und herausforderndes Verhalten als Risikofaktoren von Gewalt

Demenz und herausforderndes Verhalten gehören zu den Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Gewalt gegen Pflegebedürftige in Pflegeheimen (Bužgová & Ivanová, 2011; Chen et al., 2020; Hyde et al., 2014; Schiarnberg et al., 2011).

Dies bestätigen Chen et al. (2020) in einer Querschnittsstudie mit professionell Pflegenden für Demenzerkrankte (n=156) in verschiedenen stationären Langzeiteinrichtungen (n=3), in China. Insgesamt 51,9 % des professionellen Pflegepersonals gab eine höhere Gewalttendenz gegenüber Älteren mit Demenz an (Chen et al., 2020). Insbesondere die damit häufig assoziierten herausfordernden Verhaltensweisen, wie Schreien, Fluchen, Schlagen, führen der Studie nach zu einem erhöhten Risiko. Chen et al. (2020) konnten zudem einen Zusammenhang zwischen der Gewaltwahrscheinlichkeit und der Demenz- bzw. Aufenthaltsdauer im Pflegeheim feststellen. Es wurde herausgefunden, dass eine bislang kurze Aufenthalts- bzw. Demenzdauer mit einem höheren Risiko von unangemessenen Handlungen einhergeht. Außerdem sind der Studie zur Folge Bewohner*innen, welche finanziell unabhängig von ihren Kindern sind, einem höheren Risiko ausgesetzt. Möglicherweise führen Angehörige bei finanzieller Abhängigkeit der Pflegebedürftigen mehr Besuche durch, um die Pflege zu kontrollieren und bei der Versorgung zu unterstützen (Chen et al., 2020). Aufgrund kultureller Unterschiede ist jedoch fraglich, ob sich die Ergebnisse auf Deutschland übertragen lassen. Auch Schiarnberg et al. (2011) und Natan et al. (2010) beschreiben eine erhöhte Gefahr für Demenzerkrankte. Schiarnberg et al. (2011) machen aber auch deutlich, dass sich diese Verhaltensweisen nicht nur auf dementiell Erkrankte beschränken, sondern auch auf andere Bewohner*innen zutreffen können. Natan et al. (2010) fand derweil heraus, dass insbesondere ältere Frauen mit Demenz ein erhöhtes Risiko haben, Opfer aller Gewaltformen in Langzeiteinrichtungen zu werden.

Bužgová & Ivanová (2011) untersuchten in der quantitativen Studie „*Violation of ethical principles in institutional care for older people*“ unter anderem die Ursachen für das Auftreten von Gewalt gegen Bewohner*innen im Pflegeheim. Die Untersuchungsstichprobe umfasste 454 Mitarbeiter*innen und 488 Bewohner*innen aus

12 Altenheimen (Bužgová & Ivanová, 2011). Auch in dieser Studie gaben die Mitarbeiter*innen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten körperlicher Gewalt und Bewohner*innen mit Demenz, an (Bužgová & Ivanová, 2011). Pflegende, die von psychischer und physischer Gewalt durch Pflegebedürftige berichteten, gaben an, signifikant häufiger eine dieser Gewaltformen anzuwenden. Psychische Gewalt der Bewohner*innen geht zwar mit psychischer, aber nicht mit physischer Gewalt des Personals einher (Bužgová & Ivanová, 2011). Bewohner*innen, die sich selbst als aggressiv bezeichneten, gaben signifikant häufiger an, Opfer psychischer Gewalt durch Pflegepersonal zu werden, was die Aussagen der Mitarbeiter*innen bestätigt. Während das befragte Personal der Überzeugung war, dass weibliche Bewohner*innen häufiger Gewalt ausgesetzt sind, konnten die Bewohner*innen keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und Auftreten von Gewalt feststellen (Bužgová & Ivanová, 2011). Diese Ergebnisse ähneln denen, der Studien von Botngård et al. (2021) und Malmedal et al. (2014), die darauf hinweisen, dass aggressive Verhaltensweisen der Bewohner*innen im wichtigen Zusammenhang mit Vernachlässigung sowie Gewalt physischer und psychischer Natur stehen. Auch Lindbloom et al. (2007) geben an, dass Pflegepersonal oftmals Gewalt als Vergeltung für aggressives Verhalten anwendet. Dies ist vor allem der Fall, wenn sie dem täglich ausgesetzt sind und die Personalausstattung unzureichend ist.

4.1.2 Merkmale des Personals, die Gewalt gegen Pflegebedürftige begünstigen

In der internationalen Literatur werden diverse Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit von Gewalthandlungen Pflegender gegen Pflegebedürftige erhöhen, diskutiert. Einige Studien assoziieren Alkoholabhängigkeit bzw. hohen Alkoholkonsum, Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sowie häusliche Gewalt mit diesem Phänomen (Corbi et al., 2015; Schiamberg et al., 2011). Erhöhte Müdigkeit, hohe finanzielle Belastungen sowie Drogenmissbrauch vom Pflegepersonal können zudem zu einer niedrigen Toleranzschwelle gegen herausforderndes Verhalten der Bewohner*innen beitragen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit unangemessener Handlungen erhöht (Schiamberg et al., 2011). Letztendlich gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass negative Einstellungen und Denkweisen gegenüber Älteren wie *„die, die alles für sich machen lassen müssen, die auf den Tod warten und wie Kinder, die manchmal diszipliniert werden müssen“* (Schiamberg et al., 2011, S. 203) das Risiko gewaltvoller Handlungen erhöhen (Corbi et al.,

2015; Natan et al., 2010; Schiarnberg et al., 2011). Außerdem wird argumentiert, dass Pflegehelfer*innen oftmals eine schlechtere Arbeitsmoral haben und häufiger aus dysfunktionalen Familiensystemen, mit einem schlechten sozioökonomischen Status, stammen. Im Zuge dessen werden zwei Arten von Pflegehelfer*innen identifiziert. Diejenigen, die den Beruf aus Überzeugung ausführen und jene, die keine andere Arbeit finden. Letztere stellen ein bedeutsames Risiko für Gewalt gegen Pflegebedürftige dar (Schiarnberg et al., 2011). Hyde et al. (2014) fanden zudem heraus, dass unangemessene Pflegehandlungen in der Vergangenheit des Häufigeren auf mangelnde Sprachkenntnisse des Personals zurückzuführen waren.

Andela et al. (2021) untersuchten in einer quantitativen Fragebogenstudie (n=481) den Zusammenhang zwischen Burnout des Pflegepersonals und Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim. Die Analyse der Ergebnisse zeigt eine positive Korrelation zwischen hoher Arbeitsbelastung sowie emotionaler Anforderungen und höheren Werten emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit. Zeitgleich korrelieren emotionale Erschöpfung und Depersonalisation positiv mit dem Risiko von Vernachlässigung und anderen Gewaltvorfällen (Andela et al., 2021). Auf das gleiche Ergebnis kommt eine weitere Studie, in der deutlich wird, dass sich mit steigenden Burnout-Werten auch das Risiko für Gewalt gegen Bewohner*innen erhöht (Natan et al., 2010). Lindbloom et al. (2007) und Bužgová & Ivanová, (2011) assoziieren eine erhöhte Arbeitsbelastung überwiegend mit dem Auftreten psychischer Gewalt und Schiarnberg et al. (2011) weisen darauf hin, dass auch Depressionssymptome zu einem höheren Risiko von Gewalt gegen Pflegebedürftige führen können.

In einer explorativen Querschnittsstudie mit 3.693 Pflegenden verschiedenster Qualifikationen, aus 100 verschiedenen Pflegeheimen in Norwegen, untersuchten Botngård et al. (2021) Faktoren, die mit psychischer und physischer Gewalt sowie Vernachlässigung zusammenhängen. Als wichtige Prädiktoren werden Symptome psychischer Belastung und die Absicht den Arbeitsplatz verlassen zu wollen, genannt. Zudem ist eine schlechte Kindheit der Pflegenden, mit Vernachlässigung der Bewohner*innen assoziiert worden (Botngård et al., 2021). Im Widerspruch zu den meisten anderen Studien, welche eine niedrige Qualifikation als einen der größten Risikofaktoren sehen (Corbi et al., 2015; Hyde et al., 2014; Natan et al., 2010; Schiarnberg

et al., 2011), stellte sich heraus, dass Pflegepersonal mit höherer Qualifikation anfälliger für Gewalt psychischer und physischer Natur sowie Vernachlässigung ist (Botngård et al., 2021). Damit ähneln sich die Ergebnisse mit denen einer anderen norwegischen Studie, in der Pflegepersonal mit höherer Qualifikation, eine größere Tendenz physischer Gewalt angab (Malmedal et al., 2014).

Malmedal et al. (2014) untersuchten in einer explorativen Fragebogenstudie (n=616) weitere Prädiktoren von unzureichender Pflege oder Gewaltvorfällen, durch Personal in Pflegeheimen. Die Studie fokussiert sich ebenfalls auf psychische und physische Gewalt sowie Vernachlässigung. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass über 50-jähriges Personal eine fast doppelt so hohe Tendenz wie die jüngeren Kolleg*innen, für Gewaltakte physischer Natur, aufzeigt (Malmedal et al., 2014). Dieses Ergebnis ähnelt einer weiteren Studie, in der eine schwach signifikante positive Korrelation zwischen der Berufserfahrung mit älteren Menschen und Gewalthandlung ausgewertet wurde (Natan et al., 2010). Zudem ergab die Ergebnisanalyse, dass eine niedrige Arbeitszufriedenheit positiv mit Vorfällen psychischer und physischer Gewalt sowie Vernachlässigung korreliert (Malmedal et al., 2014). Auch Bužgová & Ivanová (2011) konnten einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten physischer und psychischer Gewalt und Arbeitsunzufriedenheit sowie mangelnder Motivation feststellen. Zudem wenden Mitarbeiter*innen eher Gewalt an, wenn sie sich selbst als dominant oder autoritär betrachten (Bužgová & Ivanová, 2011).

4.1.3 Institutionelle Gegebenheiten, die Gewalt gegen Pflegebedürftige begünstigen
Auch auf institutioneller Ebene gibt es viele Faktoren, die mit einer erhöhten Rate von Gewalt gegen Pflegebedürftige verbunden sind (Botngård et al., 2021; Hyde et al., 2014; Malmedal et al., 2014; Natan et al., 2010).

In einer Wissenssynthese, die unter anderem auf einer Analyse verschiedener Untersuchungsberichte zu Gewalthandlungen und Gremiensitzungen in Großbritannien basiert, konnten verschiedene Umstände, die mit einer zunehmenden Verschlechterung der Pflegequalität und Gewaltvorfällen in Verbindung stehen, analysiert werden. Es wurde festgestellt, dass ein schlechtes Management eine bedeutende Rolle bei der Gewalt gegen Pflegebedürftige, in der stationären Langzeitpflege, spielt (Hyde et al., 2014). In betroffenen Einrichtungen waren teils keine Manager vor Ort oder es bestand wenig Kontinuität in der Leitung sowie ein schlechtes Qualitätsmanagement, ein belehrender

Führungsstil, fehlende Untersuchung von Beschwerden oder das Nicht-Ergreifen von Maßnahmen nach vorherigen Gewaltvorfällen (Hyde et al., 2014). Auch Botngård et al. (2021) konnten einen Zusammenhang zwischen fehlender Unterstützung durch die Leitung und Gewaltvorfällen feststellen, bezogen sich dabei jedoch auf die Gewalt psychischer Natur (Botngård et al., 2021). Die Personalausstattung war in den meisten Pflegeheimen schlecht. Es bestand Personalmangel und wenig Kontinuität, aufgrund hoher Fluktuationsraten und vermehrtem Einsatz von Zeitarbeits- und Kurzzeitpersonal. Die aus dem Personalmangel resultierenden Überstunden führten zu einer zunehmenden Übermüdung und sinkenden Arbeitsmoral des Personals. Gewaltvorfälle kamen zudem vermehrt in Pflegeheimen vor, in denen es wenig Veränderungsbereitschaft gab und der Schwerpunkt bei externen Zielen, Bürokratie und standardisierten Versorgungskonzepten lag (Hyde et al., 2014). Abschließend wurden baufällige und große Einrichtungen, Überbelegung an Bewohner*innen und beengte räumliche Verhältnisse mit schlechter Pflege und Gewalt assoziiert (Hyde et al., 2014). Auf ein ähnliches Ergebnis kamen Natan et al. (2010) in einer quantitativ deskriptiven Studie in 22 israelischen Pflegeheimen mit 510 Pflegenden. Die Autor*innen kamen zu dem Entschluss, dass es eine positive Korrelation zwischen der Größe der Einrichtung, der Anzahl der Pflege- und Hilfskräfte, der Personalfluktuationsrate und der Gesamtzahl von Vernachlässigung und anderen Gewaltformen gibt. Auch der Personalschlüssel korreliert signifikant positiv mit körperlicher Vernachlässigung sowie anderen Gewaltvorfällen. Das bedeutet:

„Je größer die Einrichtung, je höher die Zahl der Patienten, je höher die Zahl des Personals (Krankenschwestern und -pfleger, Hilfskräfte), je höher die Personalfluktuationsrate, desto größer das Risiko psychischer Vernachlässigung, physischer Vernachlässigung und der Gesamtzahl der Misshandlungsvorfälle. Je höher der Personalschlüssel ist, desto höher ist auch das Risiko der körperlichen Vernachlässigung und der Gesamtzahl der Misshandlungen pro Patient“ (Natan et al., 2010, S. 117).

Das durchaus überraschende Ergebnis ist darauf zurückzuführen, dass trotz eines guten Personal-Patient*innen-Verhältnisses, in der Praxis von einer geringeren tatsächlichen Zahl von Mitarbeiter*innen berichtet wird. Des Weiteren werden in großen Einrichtungen vermehrt demente und komplexe Bewohner*innen betreut. Dies kann die Pflege erschweren und den Druck auf das Personal erhöhen, wodurch es zu einer erhöhten

Fluktuations- und Burnout-Rate kommt (Natan et al., 2010). Die Studie von Malmedal et al. (2014) hat dagegen kleinere Einrichtungen, mit weniger als 30 Betten, mit einem fast doppelt so hohen Risiko von körperlichen Gewaltvorfällen assoziiert. Die Autor*innen kamen auch zu dem Ergebnis, dass es in Pflegeheimen ländlicher Regionen signifikant mehr Vorfälle psychischer und physischer Art gibt, während in städtischen Gebieten Vernachlässigung weiter verbreitet ist (Malmedal et al., 2014).

5. Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege

Gewaltprävention lässt sich in Primär-, Sekundär und Tertiärprävention einteilen: Bei der Primärprävention sollen Gewalt und aggressives Verhalten bereits im Vorhinein vermieden werden und beginnt im Grunde schon im Kindesalter, durch die Erziehung. Im pflegerischen Setting umfasst die Primärprävention beispielsweise das Erkennen von Risikofaktoren und den darauf bezogenen Interventionen (Osterbrink & Andratsch, 2015). Die Sekundärprävention zielt auf die unmittelbare Reaktion von Gewaltvorfällen, z. B. die Deeskalation ab. Im Gegensatz dazu beschäftigt sich Tertiärprävention mit bereits geschehener Gewalt. Dabei werden Fälle nachbearbeitet, um die Entstehung erneuter Vorkommnisse zu vermeiden (Osterbrink & Andratsch, 2015). Im Folgenden sollen verschiedene gewaltpräventive Maßnahmen beschrieben werden. Dabei wird zunächst auf die Ebene der Organisation, wie eine Verbesserung der Organisationskultur, eingegangen. Im Anschluss wird sich auf Schulungsprogramme zur Verbesserung der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und zur Reduzierung psychischer Gewalt konzentriert. Es werden zudem Assessment-Instrumente beschrieben, die die Identifikation von Gewalt gegen Pflegebedürftige ermöglichen und damit zur Tertiärprävention beitragen können. Im letzten Schritt wird erörtert, was die bewohnernahen Mitarbeiter*innen im Pflegeheim tun können, um die Gewalt gegen Pflegebedürftige zu unterbinden.

5.1 Verbesserung der Einrichtungskultur und Personalsituation

Mileski et al. (2019) sowie Payne und Fletcher (2005) betonen die Relevanz einer „Kultur der offenen Tür“ in Einrichtungen. Die Ernennung von Angehörigen- und Bewohnerräten ist dafür eine geeignete Maßnahme (Mileski et al., 2019). Auch Payne et al. (2005) fanden in ihrer quantitativen Umfrage mit 76 Pflegeheimleiter*innen heraus, dass regelmäßige

Zusammentreffen mit Bewohner*innen, Angehörigen und Personal, in denen über Rechte der Bewohnenden, Risikofaktoren sowie Erkennung und Prävention von Gewalt aufgeklärt wird, bewährte Mittel zur Prävention sein können. Dabei kann auch auf die Telefonnummern von Missbrauchs-Hotlines oder eine Kontaktaufnahme mit der Polizei, bei Gewaltvorfällen, hingewiesen werden (Payne & Fletcher, 2005). Parallel ist es elementar, Pflegepersonal und Bewohner*innen die Möglichkeit zu geben, mutmaßliche Gewaltvorfälle zu melden. Die ordnungsgemäße, zügige und genaue Dokumentation ist dabei genauso wichtig, wie eine konsequente und zeitnahe Untersuchung durch die Leitung (Mileski et al., 2019). Zur Aufarbeitung sollten festgelegte Richtlinien und Verfahren genutzt werden (Payne & Fletcher, 2005).

In einer, in der Schweiz durchgeführten, explorativen qualitativen Interviewstudie wurden Pflegedienstleitungen (n=23) verschiedener Einrichtungen, nach möglichen Lösungsansätzen zur Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige befragt (Wangmo et al., 2017). Die Teilnehmenden sahen es für notwendig, Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen durchzuführen und mehr Personal einzustellen, damit ausreichend Zeit für eine adäquate Pflege bleibt (Wangmo et al., 2017). Bei einer guten Personalausstattung fällt es Pflegepersonen leichter, ohne drastische Überlastung, demente Bewohner*innen zu betreuen und richtige Maßnahmen für eine gute Pflege zu ergreifen (Mileski et al., 2019). Auch die Teilnehmer*innen der Umfrage von Payne et al. (2005) weisen auf die Relevanz einer ausreichenden Personalausstattung hin, betonen dabei aber auch die Wichtigkeit von Hintergrundüberprüfungen der Bewerber*innen. In einer Untersuchung des Einflusses von persönlichen Wertevorstellungen der Pflegenden auf die Prävention von Gewalt, befragte Moore (2017) Pflegeheimeigentümer*innen, Pflegemanager*innen und Pflegepersonal (n=36) aus Langzeiteinrichtungen. Es wurde betont, dass nicht die Anzahl der Mitarbeiter*innen ausschlaggebend für eine gute Pflegequalität ist, sondern deren Einstellungen und Wertevorstellungen gegenüber älteren Menschen:

„Es kommt nicht auf die Anzahl der Mitarbeiter an, sondern auf die richtigen Mitarbeiter, die ältere als vollwertige Mitglieder unserer Gesellschaft sehen“ (Moore, 2017, S. 137).

Touza et al. (2017) bestätigen, dass es einen starken Zusammenhang zwischen positiver Teamarbeit, Bewohnersicherheit und geringen Raten von Gewalt und Vernachlässigung

gibt und gehen dabei auf die Relevanz einer positiven Organisationskultur ein. Besonders in gut organisierten Teams, in denen Meinungsverschiedenheiten geklärt und zwischenmenschliche Unterstützung sowie gegenseitiges Lernen, mit angemessenem Feedback angeboten werden, kommt es seltener zu Gewaltvorfällen (Touza & Prado, 2019). Des Weiteren sollte direkt beim Einzug neuer Bewohner*innen ein Screening durchgeführt werden, um ihren Pflegebedarf zu identifizieren (Mileski et al., 2019). Dies ist möglicherweise hilfreich, um Vernachlässigung zu vermeiden und ggf. herausfordernde Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und darauf adäquat reagieren zu können. Dabei sollte auch auf Gewalt- und Missbrauchserfahrungen aus der Vergangenheit geachtet werden (Mileski et al., 2019). Währenddessen sollten Pflegepersonen im Pflegeheim motiviert werden, auch mit „schwierigen“ Bewohner*innen zu arbeiten und sich im Umgang mit Aggressionen ausbilden zu lassen, um einen professionellen Umgang zu gewährleisten (Touza & Prado, 2019). Einrichtungen sollten mit Ruheräumen ausgestattet sein und ihren Bewohner*innen strukturierte Tagesaktivitäten, inklusive körperlicher Übungen anbieten (Mileski et al., 2019).

5.2 Schulungen als Präventionsmaßnahme

Die Literatur ist sich in weiten Teilen darüber einig, dass es vor allem Schulungen benötigt, um eine Reduktion von Gewalt in Langzeiteinrichtungen zu erreichen (Ayalon et al., 2016; Hirst et al., 2016; Touza & Prado, 2019; Wangmo et al., 2017). Schulische Maßnahmen können Pflegenden dazu befähigen, gewalttätige Handlungen zu erkennen, ihre pflegerelevanten Fähigkeiten sowie allgemeines Wissen zu verbessern und die Meldung von Vorfällen zu erhöhen (Touza & Prado, 2019). Zudem soll eine Sensibilisierung, insbesondere bei neuen und unerfahrenen Mitarbeiter*innen, erreicht werden (Mileski et al., 2019; Touza & Prado, 2019; Wangmo et al., 2017).

In einer Studie von Richardson et al. (2002) wurde verglichen, ob die Teilnahme an einem Unterrichtskurs (n=44) oder ausgedrucktes Informationsmaterial zur eigenständigen Durchsicht (n=42) einen größeren Effekt hat. Die auf einem Fragebogen basierenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine schulische Intervention eine signifikant größere Wirkung auf das Wissen und Management von Gewalt hat. Es wurde deutlich, dass das Ausgangswissen in positiver Korrelation mit positiver Einstellung gegenüber älteren Menschen steht, die Intervention jedoch keinen Effekt auf die Einstellung hatte. Auch in

den gemessenen Burnout-Werten gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (Richardson et al., 2002).

Hirst et al. (2016) empfehlen vier Schlüsselemente, die Bildungsprogramme ansprechen sollten: (1.) Zunächst sollten ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Gewalt erörtert werden, (2.) außerdem ist es wichtig, die beruflichen und rechtlichen Pflichten der Pflegenden, bei Verdacht oder Kenntnis von Missbrauch, zu beschreiben. (3.) Die Anwendung verschiedener Schulungsstrategien sollen das Wissen im Umgang mit Gewalthandlungen erhöhen. (4.) Abschließend sollten Einstellungen des Personals insofern geändert werden, dass es keine Gewalt mehr duldet. Touza et al. (2019) beschreiben zudem die Erörterung von Gesundheitsproblemen der Pflegeheimbewohnern*innen als wichtigen Schulungsinhalt. Maßnahmen sollten sich außerdem auf die Verringerung von Burnout sowie auf die Bereitstellung einer umfassenden personenzentrierten Pflege konzentrieren (Touza & Prado, 2019).

5.2.1 Schulungen zur Verbesserung der allgemeinen Pflegequalität

Die von Lawrence & Banerjee (2010) durchgeführte Studie, ist eine Reaktion auf die Besorgnis über die Anzahl von Gewaltvorfällen gegenüber pflegebedürftigen Menschen in Londons Pflegeheimen. Die sich in einem Zeitraum von circa einem Jahr erstreckenden Interventionen zielten darauf ab, die Pflegequalität in den Heimen zu verbessern, diese aufrechtzuerhalten und Sicherheitsrisiken vorzubeugen. Der ganzheitliche Ansatz soll die Pflegekultur und Teamarbeit stärken sowie die Bedeutung der personenzentrierten Pflege klarstellen. Die Interventionen lassen sich in interaktive Workshops (z. B. zu personenzentrierten Pflegeplänen und Demenz), Erleichterung des Zugangs zum E-Learning (Kontinenzpflege, Ernährung etc.), formalen Schulungen und Audits sowie Unterstützungen für das Management, einteilen (Lawrence & Banerjee, 2010). In anschließenden qualitativen Interviews mit Pflegedienstleiter*innen und Pflegenden (n=38) aus 14 Einrichtungen gaben einige der Interviewten an, dass sich durch die Interventionen die Teamarbeit, sowie die ganze Pflegekultur verbessert haben (Lawrence & Banerjee, 2010). Zudem sei bei Teilnehmer*innen die Selbstsicherheit in der Interaktion mit dementen Bewohner*innen gestärkt sowie das Bewusstsein für bewährte Pflegepraktiken geschärft worden. Sie hätten den Eindruck, dass die Bewohner*innen zufriedener sind, da diese weniger aggressives und agitiertes Verhalten aufzeigten

(Lawrence & Banerjee, 2010). Sieben Teilnehmende gaben an, ihre Einstellung gegenüber den Bewohner*innen ins Positive geändert zu haben. Zudem erzählten Pflegende, nun mehr mit den Pflegebedürftigen zu kommunizieren. Die Teilnehmer*innen wurden in Bezug auf Gewalthandlungen sensibilisiert und ermutigten sich gegenseitig, richtige Maßnahmen anzuwenden. Außerdem betonten Mitarbeiter*innen, dass die Berufsmotivation gestiegen und ein „Gefühl des Stolzes“ über die Arbeit entstanden sei. Interviewte erwähnten jedoch, dass eine ständige Auseinandersetzung mit diesen Themen zur Aufrechterhaltung der verbesserten Pflegequalität und -kultur wichtig sei (Lawrence & Banerjee, 2010).

Im Rahmen einer quasi-experimentellen Studie im Pre-/Postdesign, hatten van Weert et al. (2004) das Ziel, die Qualität der morgendlichen Pflege bei dementiell erkrankten Menschen im Pflegeheim zu verbessern. Insgesamt nahmen 120 beruflich Pflegende und 120 Bewohner*innen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz teil. Die Interventions- und Kontrollgruppen bestanden jeweils aus 60 Pflegenden und 60 Bewohner*innen. Vor der 4-tägigen Schulung der Interventionsgruppe, wurden die Teilnehmenden beider Gruppen bei der Unterstützung der morgendlichen Pflege beobachtet. Die Schulung beinhaltete die Einbringung von personenzentrierten Ansätzen und Snoezelen³ in die morgendliche Pflege. Diese Maßnahmen sollten direkt nach der Intervention, von den Pflegenden der Interventionsgruppe, angewendet werden (van Weert et al., 2006). Basierend auf Befragungen von Familienmitglieder*innen der Bewohner*innen, wurden zudem individuelle Snoezelen-Pflegepläne erstellt. Die Kontrollgruppe führte währenddessen die Pflege wie üblich durch. In dem circa 18 Monate später stattfindenden Posttest konnte eine signifikante Verbesserung des Positive-Person-Work (PPW) festgestellt werden. Dazu gehören beispielsweise die Berücksichtigung von Wünschen, Vorlieben und Ressourcen, positive Gesprächsthemen, schenken von Aufmerksamkeit und achten der Privatsphäre. Auch der Malignant Social Psychology (MSP) – Gesamtwert verbesserte sich signifikant in der Interventionsgruppe. Das bedeutet, dass beispielsweise elterliche oder herablassende Verhaltensweisen der Pflegenden, ignorieren der Bedürfnisse oder zu schnelles Arbeiten signifikant zurückgegangen sind (van Weert et al., 2006). Im Einbezug der Sinnesreize war

³ In diesem Kontext ist die Einbringung aller Sinnesreize (olfaktorisch, gustatorisch, akustisch, visuell, haptisch) in die morgendliche Pflege gemeint

vor allem ein Anstieg der visuellen Reize (z. B. bewusstes Nutzen des Spiegels, Farben und Design der Kleidung, Einbezug der Umgebung sowie Fotos und Fenster) sowie olfaktorischen Reize (z. B. Duft der Seife, Creme, Körperlotion etc.) zu beobachten. Auditive und haptische Reize wurden weniger berücksichtigt, wobei haptische Reize vor allem zur Überprüfung der Wassertemperatur oder der Weichheit von Handtüchern genutzt wurden (van Weert et al., 2006). Der sich in den oben genannten Interviews, herausgestellte Wunsch einiger Bewohner*innen, morgens nicht für die Pflege geweckt zu werden, sondern von alleine aufzuwachen (n=10), eine Aromatherapie durchzuführen (n=8) und Musik vor der Pflege abzuspielen (n=5), wurden in den Snoezelen-Pflegeplänen aufgenommen und berücksichtigt. In der Kontrollgruppe konnten derweil keine signifikanten bzw. messbaren Veränderungen festgestellt werden (van Weert et al., 2006).

5.2.2 Schulungen zur Reduzierung psychischer Gewalt

Mit dem Ziel, verbal oder emotional unangemessenes Verhalten des Pflegepersonals in einem taiwanesischen Pflegeheim zu minimieren sowie die Fähigkeiten zur Stressreduktion und Pflegewissen zu verbessern, führten Hsieh et al. (2009) eine quasi-experimentelle Studie im Pre-/Postdesign mit 100 Teilnehmer*innen durch. Die Interventionsgruppe (n=50) nahm in acht aufeinanderfolgenden Wochen, einmal pro Woche für 90 Minuten an einer Gruppenintervention teil. Diese beinhalteten die Themen Altern und damit verbundene Probleme, institutionelle Gewalt und dessen Präindikatoren sowie Entspannung, Stressbewältigung und Beschaffung persönlicher Ressourcen. Die Sitzungen bestanden aus freien Gruppendiskussionen sowie Vorträgen (Hsieh et al., 2009). Die Kontrollgruppe (n=50) nahm an keiner Intervention teil und führte nur den Pre- und Posttest durch (Hsieh et al., 2009). Zwar wurde durch die Intervention das Risiko psychisch inadäquaten Verhaltens der Interventionsgruppe signifikant reduziert und das Wissen über gerontologische Pflege signifikant verbessert, ein Einfluss auf das von den Pflegenden wahrgenommene Niveau des Arbeitsstress, konnte jedoch nicht erzielt werden (Hsieh et al., 2009).

Ayalon et al. (2016) verweisen in „A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment“ auf weitere schulische Interventionen zur Reduzierung psychischer Gewalt. Insgesamt drei Studien beschäftigen sich mit der Vermeidung infantilisierender Sprache („elderspeak“) gegenüber

Pflegeheimbewohner*innen. Durch die Interventionen soll ein Bewusstsein für die generationsübergreifende Sprache geschaffen, Strategien für eine adäquate Kommunikation gefördert und letztendlich „elderspeak“ reduziert werden (Bradford & End, 2010; K. Williams et al., 2003; K. N. Williams, 2006). Die Studien von Williams et al. (2003) und die darauf aufbauende von Williams (2006) gestalten sich in einem Pre-/Postdesign. Dabei wurde die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen sowohl vor als auch nach der Maßnahme aufgezeichnet und ausgewertet. Beide Interventionen bestanden aus drei einstündigen Schulungen. Im Wesentlichen beinhalteten diese Merkmale der infantilisierenden Sprache, dessen Unterscheidungen zu einer effektiven Kommunikation, Auswirkungen, Kommunikationsbarrieren im Pflegeheim und der Vorstellung von geeigneten Sprachmustern (K. Williams et al., 2003; K. N. Williams, 2006). Typische Merkmale wie das Nutzen von Kollektivpronomen z.B. „Sind WIR bereit UNSERE Medikamente einzunehmen?“ oder „Gehen WIR jetzt duschen?“, sollten vermieden werden. Stattdessen werden Aussagen wie „Sind SIE bereit für die Einnahme Ihrer Medikamente“ oder „Ich kann SIE gerne beim Duschen unterstützen“, empfohlen (K. N. Williams, 2006). Auch Verniedlichungen wie „Süße“ (K. N. Williams, 2006) oder „Großer“ (K. Williams et al., 2003) sind kennzeichnend für „elderspeak“ und sollten unterbunden werden. Stattdessen sollte der Nachname bzw. der von der pflegebedürftigen Person bevorzugte Name genannt werden (K. N. Williams, 2006). In beiden Studien konnte im Posttest eine signifikante Reduzierung der infantilisierenden Sprache erzielt werden. Zudem sprachen die Pflegenden in vollständigeren Sätzen, nutzten weniger kurze Anweisungen und die Kommunikation war allgemein respektvoller (K. Williams et al., 2003; K. N. Williams, 2006). Im Unterschied zur Studie von Williams et al. (2003), führte Williams (2006) einen weiteren Posttest, zwei Monate nach der Intervention, durch. Es war zu beobachten, dass sich die Kommunikation signifikant verschlechterte, diese war kontrollierender, weniger respektvoll und weniger fürsorglich als noch beim ersten Posttest (K. N. Williams, 2006). Bradford et al. (2010) führten eine weitere Studie im Pre-/Postdesign durch. Die Interventionsgruppe (n=25) erhielt eine einmalige 90-minütige Schulung, um die Teilnehmenden für „elderspeak“ zu sensibilisieren, zur Identifikation zu befähigen und über Auswirkungen aufzuklären. Die Kontrollgruppe (n=31) nahm dagegen nur an dem Pre- und Posttest teil. Zeitgleich wurde erforscht, ob sich die Lebensqualität der Bewohner*innen (n=83), durch die Reduzierung dieses generationsübergreifenden

Sprachstils erhöht (Bradford & End, 2010). Der Posttest wurde sowohl drei Wochen als auch drei Monate nach der Intervention durchgeführt und fand unter anderem anhand einer verdeckten neutralistischen Beobachtung der Interaktionen zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen statt. Neben einer signifikanten Verbesserung der Fähigkeit zur Identifikation und Einstellung zum „elderspeak“, konnte eine signifikante Reduktion typischer kommunikativer Merkmale beobachtet werden. Eine signifikante Verschlechterung im zweiten Posttest, wie es bei Williams et al. (2006) zu beobachten war, konnte nicht festgestellt werden. Die, durch die Maßnahme signifikant gestiegene Kommunikationszufriedenheit der Bewohner*innen blieb, wie ihr leicht signifikant gestiegenes Selbstbewusstsein, auch im zweiten Posttest kaum verändert (Bradford & End, 2010).

In einer weiteren Studie wurde ein kurzes Trainingsprogramm durchgeführt, um die Qualität und Quantität der Kommunikation zwischen Pflegehelfer*innen (n=24) und Bewohner*innen (n=26) in einem Pflegeheim für Menschen mit Demenz zu verbessern (Sprangers et al., 2015). Die Untersucher*innen beobachteten während des insgesamt 8-monatigen Untersuchungszeitraums mehrmals, im Sinne eines Pre-/Postdesigns, die Kommunikation während der morgendlichen Pflege (Sprangers et al., 2015). Nach den Beobachtungen der Kommunikation erhielten die Pflegehelferinnen und -helfer der Interventionsgruppe ein Feedback zu ihrer Kommunikation, wobei sie auch ermutigt wurden, positive Kommunikationsstile beizubehalten. Die Kontrollgruppe führte nur die Interventionen durch und erhielt kein Feedback. In beiden Gruppen nahm der positive Kommunikationsstil mit der Zeit zu. Zudem war eine Zunahme der Ankündigung von Pflegemaßnahmen in der Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohner*innen in der Interventionsgruppe, zu beobachten (Sprangers et al., 2015). Der Belastungszustand der Interventionsgruppe nahm im Verlauf der Untersuchung ab, während dieser in der Kontrollgruppe zunahm. In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit gab es keine signifikanten Auswirkungen. Auch hinsichtlich des Agitationsgrades der Bewohnenden konnten die Pflegehelfer*innen keine signifikanten Unterschiede feststellen. Es gab jedoch einen Trend zu einer Abnahme des Schweregrads psychopathologischen Verhaltens der Bewohner*innen der Interventionsgruppe (Sprangers et al., 2015).

5.3 Prävention durch Screening- und Assessmentinstrumente

In der Literatur mangelt es an geeigneten Assessment-Instrumenten zur Gewaltidentifikation in Langzeitpflegeeinrichtungen (Ballard et al., 2019; Cooper et al., 2013). Durch die Literaturrecherche konnten insgesamt vier Instrumente eingeschlossen werden. Davon zielt eins auf die Identifikation des psychischen Gewaltrisikos an Pflegebedürftigen (EPAS) und eins anderes auf die Identifikation von bereits durchgeführten Handlungen psychischer Natur (CPEABS) ab. Bei dem EASI-ltc. handelt es sich um eine Modifizierung, des für den ambulanten Bereich genutzten Elder Abuse Suspicion Index© (EASI©), welcher alle Gewaltformen identifizieren kann (Ballard et al., 2019). Bei dem letzten Instrument, der Care Home Conflict Scale (CHCS), geht es um ein Assessment zur anonymen Meldung von selbst durchgeführten oder beobachteten Gewalthandlungen.

5.3.1 Elders' Psychological Abuse Scale und Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale

Die von Wang et al. (2007) entwickelte „Elders Psychological Abuse Scale“ (EPAS), identifiziert das Missbrauchsrisiko älterer pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen. Die Skala besteht aus 32 Items (siehe A.1) in einem Ja/Nein-Antwortformat, was es für ältere Erwachsene benutzerfreundlich macht. Die Durchführung ist durch eine mit der Pflegebedürftigen vertrauten Personen, anhand direkter klinischer Beobachtung und Befragung möglich und dauert ca. 5-10 Minuten (Wang et al., 2007). Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe aller mit „Ja“ beantworteten Fragen, wobei eine höhere Punktzahl, eine größere Wahrscheinlichkeit für psychische Gewalt anzeigt. Ab einem Wert von 10 besteht ein erhöhtes Gewaltrisiko, in diesem Falle sollten weitere Maßnahmen durchgeführt werden (Wang et al., 2007). Der „Short Portable Mental Status Questionnaire“ (SPMSQ) (Instrument zur Bewertung von Behinderungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens) und der hochgradig validierte und weit verbreitete Barthel-Index wurden verwendet, um die Gültigkeit des EPAS zu testen (Wang et al., 2007). Eine sorgfältige Beobachtung ist bei der Durchführung essentiell, um falsch-negative Ergebnisse auszuschließen. Des Weiteren wird empfohlen, die Befragung durch externe Beobachter*innen durchführen zu lassen, um die Vertraulichkeit zu gewährleisten (Wang et al., 2007).

Mit dem Ziel, das Ausmaß und damit korrelierender Faktoren in taiwanesischen Langzeiteinrichtungen zu messen, entwickelte Wang et al. (2005) zudem die „Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale“ (CPEABS). Diese besteht aus einer Likert-Skala mit insgesamt 20 Items siehe (A.2) und richtet sich direkt an das Pflegepersonal. Die Antwortmöglichkeiten reichen von (1) = „nie so verhalten“ bis (4) = „oft so verhalten“. Folglich kann eine Punktezahl zwischen 20 und 80 erreicht werden, wobei eine höhere Punktezahl, eine höhere Tendenz zur Gewalt darstellt. Die Durchführungszeit beträgt ca. 5-10 Minuten (Wang, 2005).

5.3.2 Elder Abuse Suspicion Index© in der Langzeitpflege

Bei dem Elder Abuse Suspicion Index© (EASI©) (siehe A.3), handelt es sich um einen kurzen Verdachtsindex, der für das ambulante Setting entwickelt und validiert wurde (Ballard et al., 2019). Dieses Instrument ist für Pflegebedürftige, die mindestens 65 Jahre alt sind und einen Mini-Mental-Status Wert von ≥ 24 (wenig oder keine kognitiven Einschränkungen) aufweisen, geeignet (Ballard et al., 2019). Es wird vom Hausarzt durchgeführt und dauert ca. 2-5 Minuten. Sechs Fragen werden in einem Ja/Nein - Antwortformat gestellt, wobei die letzte durch den Hausarzt anhand der klinischen Beobachtung beantwortet wird. Wird mindestens eine der 2. bis 6. Frage mit „ja“ beantwortet, besteht der Verdacht auf Gewalterfahrungen und der Fall ist weiter zu verfolgen. International genießt dieses Instrument eine hohe Akzeptanz und ist in 10 Sprachen verfügbar (Ballard et al., 2019). Aufgrund der hohen Nachfrage im Setting der stationären Langzeitpflege haben Ballard et al. (2019) den Versuch unternommen, mithilfe einer mehrstufigen sequenziellen Mixed-Method-Studie, dieses Instrument für die Anwendung im Pflegeheim zu modifizieren und daraus das EASI-ltc., zu gestalten. Eine Optimierung ist notwendig, da beispielsweise einige Fragestellungen, wie *„Sind Sie bei einem der folgenden Punkte auf Hilfe angewiesen: Baden, Anziehen, Einkaufen, Bankgeschäfte oder Mahlzeiten?“* (Ballard et al., 2019, S. 1476) nicht ins Setting der stationären Langzeitpflege passen, da Defizite in diesen Bereichen oftmals einen Heimeinzug nötig machen und Heimbewohner*innen daher ohnehin in diesen Aktivitäten eingeschränkt sind. Anhand einer quantitativen Literaturrecherche zur Sammlung häufiger Gewalthandlungen in Pflegeheimen und der mehrfachen Überarbeitung und Bewertung durch Expert*innen und Pflegepersonal (n=19) in Kanada, wurde das Instrument soweit verändert, dass es für die Anwendung im stationären Setting

geeignet zu sein scheint (Ballard et al., 2019). Teilnehmende empfahlen, auch Items in das EASI-ltc. (siehe A.4) aufzunehmen, die sich auf institutionelle Vernachlässigung, zum Beispiel durch unzureichende Ressourcen, beziehen (Ballard et al., 2019). Auch eine Umformulierung der Fragen in eine einfachere Sprache wurde diskutiert, um Missverständnisse der Befragten vorzubeugen. Die Fragestruktur ist dabei im Wesentlichen unverändert geblieben (Ballard et al., 2019). Es wurden drei neue Items ermittelt, um psychische Gewalt und Vernachlässigung stärker zu berücksichtigen. Die erste Frage *„Wie lange leben Sie schon hier?“* soll der Orientierung der befragten Person dienen. Die weiteren neu verfassten Fragen lauten: *„Hat Sie jemand daran gehindert, Ihre Familie oder Freunde zu besuchen?“*, *„Hatten Sie das Gefühl, dass man Ihre Sorgen nicht ernst nimmt?“* und *„Hat Ihnen jemand gedroht, Sie zu bestrafen, Ihnen wehzutun oder Ihnen nicht zu helfen?“* (Ballard et al., 2019, S. 1482). Um die künftige Validierung des Instruments zu erleichtern, wurde außerdem die Antwortoption *„weiß nicht“* hinzugefügt (Ballard et al., 2019).

5.3.3 Care Home Conflict Scale

Bei der Care Home Conflict Scale (CHCS) (siehe A.5) handelt es sich um ein Instrument, welches die anonyme Meldung von Gewalt und Vernachlässigung in Pflegeheimen ermöglichen soll (Cooper et al., 2013). Es wurden Pflegeassistent*innen und Pflegefachpersonal (n=36) aus verschiedenen Einrichtungen (n=4) mit dementiellen Bewohner*innen, über häufig auftretende Missbrauchssituationen und die Art und Weise wie danach gefragt werden könnte, befragt. Bei der Gestaltung der CHCS wurde sich an der *„Modified Conflict Tactics Scale“* (MCTS), einem Messinstrument, das entwickelt und validiert wurde, um Zuhause lebende Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen nach Gewalt zu befragen, orientiert (Cooper et al., 2013). Die Proband*innen bewerteten, inwiefern die in dem Assessment-Instrument vorkommenden Fragen, für das stationäre Setting geeignet sind. Zudem wurde beurteilt, ob diese für eine anonyme Meldung passend sind und weitere Fragen aufgenommen werden sollten. In diesem Prozess wurden drei Items ausgeschlossen, da diese unter anderem als nicht geeignet für professionell Pflegenden betrachtet oder als zu harsch formuliert, empfunden wurden (Cooper et al., 2013). Zudem wurden vier ungeeignete Items umformuliert z. B. *„Drohte jemand damit, sie in ein Pflegeheim zu schicken“* zu *„wurde einer Bewohnerin/einem*

*Bewohner gesagt, dass sie/er weggeschickt wird“ oder „es wurde der pflegebedürftigen Person das Essen verweigert“ zu „der Bewohnerin/ dem Bewohner wurde nicht ausreichend Essen gegeben bzw. das Essen wurde zu schnell angereicht“ (Cooper et al., 2013, S. 736). Es wurden drei weitere Items hinzugefügt, z. B. „eine Bewohnerin/ein Bewohner mit herausforderndem Verhalten wurde vernachlässigt“. Auf Wunsch der Teilnehmenden wurden 6 positive Items wie „Einbindung der Familie in die Pflege“ und „freundliche Gespräche während der Pflege“ hinzugefügt, da sie so eher bereit sind, das Assessment auszufüllen. Das endgültige Ergebnis beläuft sich auf 16 Items. Im Allgemeinen wurde eine hohe Bereitschaft zur Anwendung in der Praxis angegeben, einige Teilnehmer*innen hatten jedoch Bedenken, es am Arbeitsplatz auszufüllen (Cooper et al., 2013).*

5.4 Präventives Verhalten der einzelnen Pflegepersonen

Auf Ebene des Personals ist es wichtig, die offene Teamkultur zu fördern und ein gegenseitiges Lernen zuzulassen. Des Weiteren ist ein kooperatives Arbeiten notwendig, beispielsweise durch regelmäßige Patientenwechsel oder gemeinsames Arbeiten mit „schwierigeren“ Bewohner*innen (Wangmo et al., 2017). Daneben ist auch die Kommunikation über ethische Dilemmata aus dem Pflegealltag, innerhalb des Teams, eine mögliche Methode, um sich potentieller Gewaltsituationen bewusster zu werden und daraus eine Reduktion physischer Gewalt zu erzielen (Braaten & Malmedal, 2017).

Braaten & Malmedal (2017) erzielten mit der deskriptiven und qualitativen Studie *„Preventing physical abuse of nursing home residents-- as seen from the nursing staff's perspective“* Wissen darüber, welche Maßnahmen Pflegenden im Pflegeheim (n=14) als notwendig ansehen, um die physische Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim zu reduzieren. Die Befragten gaben an, dass es wichtig ist, Risikofaktoren zu kennen und zu wissen, wo die Grenze zur Gewalt liegt. Auch eine regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Thema wird als wichtiger Präventionsfaktor beschrieben:

„Missbrauch kann täglich passieren, und deshalb ist es wichtig, sich fast täglich damit zu befassen, um ihn zu verhindern“ (Braaten & Malmedal, 2017, S. 277).

Pflegende sollen sich außerdem ihrer Macht, die sie täglich über ihre Bewohner*innen haben, bewusst werden und diese positiv nutzen:

„Die Bewohner sind auf Hilfe angewiesen, und dies verleiht dem Personal Macht über die Bewohner, eine Macht, die verantwortungsvoll genutzt werden sollte“ (Braaten & Malmedal, 2017, S. 277).

Es ist wichtig, den Bewohner*innen zuzuhören, ihre Reaktionen zu hinterfragen und Abwehrsignale ernst zu nehmen. Durch die frühzeitige Erkennung von Signalen werden Konflikte und Gewalthandlungen möglicherweise vermieden. Angemessene verbale und non-verbale Kommunikationsfähigkeiten sind essenziell, um beispielsweise eine gute Beziehung zwischen Pflegepersonen und Bewohner*innen aufbauen zu können, wodurch das Risiko von Gewalthandlungen sinkt. Vertrauensbildende Maßnahmen können ebenfalls ein Weg sein, um eine gute Pflegebeziehung aufzubauen und damit eine höhere Toleranz, seitens der Bewohnenden, gegenüber Nähe zu ermöglichen (Braaten & Malmedal, 2017). Es wird erwähnt, dass Pflegende wenn möglich, den Zeitpunkt der Pflege mit den Pflegebedürftigen abstimmen sollten und bei Ablehnung nach Gründen wie z. B. Ängsten, Schmerzen etc. zu fragen. Die Implementierung von Musik in Pflegehandlungen, kann nachgewiesenermaßen zur Entspannung der Pflegebedürftigen und damit auch zur Gewaltreduzierung beitragen. Zudem sollte mehr Zeit in Pflegehandlungen eingeplant werden, was sich jedoch aufgrund des weit verbreiteten Personalmangels in der Pflege schwer umsetzen lässt (Braaten & Malmedal, 2017). Dabei wird auch die Berücksichtigung personenzentrierter Pflegepraktiken empfohlen, um das Risiko von Gewalt zu reduzieren (Mileski et al., 2019; Touza & Prado, 2019). Die Angehörigen sollten als Ressource genutzt werden. Über diese kann die Lebensgeschichte der Pflegebedürftigen besser kennengelernt werden, was möglicherweise die Interaktion mit ihnen erleichtert. Ein weiterer wichtiger Grund für eine gute Beziehung zu den Angehörigen ist, dass mangelnder Kontakt zur Außenwelt und Isolation der Bewohner*innen, ein essentieller Risikofaktor für das Auftreten physischer Gewalt ist (Braaten & Malmedal, 2017). Die Befragten betonten die Relevanz des Einsatzes von hochqualifiziertem Personal und nahmen dabei auch sich selbst in die Pflicht, ihr Fachwissen auszubauen:

„Wenn wir unser Fachwissen erweitern, verstehen wir besser, wie wir den Bewohnern helfen können“ (Braaten & Malmedal, 2017, S. 279).

In diesem Zusammenhang wurde auch die Bedeutung einer beziehungsorientierten Pflege erörtert. Diese kann sowohl den einzelnen Mitarbeitenden als auch dem gesamten Team

ein Bewusstsein für das eigene Verhalten und die Umsetzung verschiedener Maßnahmen schaffen (Braaten & Malmedal, 2017). Eine große Relevanz kommen letztendlich auch den individuellen Werturteilen von Pflegenden zu. Pflegepersonal sollte Werturteile entwickeln, die mit dem Beruf vereinbar sind, da diese einen großen Einfluss auf die persönliche Einstellung und damit auch auf die Pflegequalität haben (Moore, 2017).

6. Gewaltprävention in Deutschland am Beispiel des PEKo-Projektes

Das Projekt „PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege“ soll Personal in stationären Pflegeeinrichtungen für das Thema „Gewalt in der Pflege“ sensibilisieren. Dabei wird sich sowohl auf Gewalt gegen Pflegebedürftige, als auch gegen Pflegenden bezogen (Köpke et al., 2021). Das Grundprinzip liegt darin, fortlaufend mit Vertreter*innen der teilnehmenden Institutionen, einrichtungsindividuelle Maßnahmen und Interventionen zu entwickeln, welche die Gewalt reduzieren. Für die einjährige Projektlaufzeit wurde in den teilnehmenden Einrichtungen (n=53) eine PEKo-Beauftragte bzw. - ein Beauftragter für die jeweilige Institution bestimmt. Diese Person diente als Ansprechpartner*in für alle am Projekt beteiligten Personen sowie als Berater*in für Mitarbeitende der jeweiligen Pflegeeinrichtungen. Des Weiteren wurden interdisziplinäre PEKo-Teams gebildet, welche aus bewohnernahem Personal der jeweiligen Pflegeheime bestanden. Aufgabe der Teams war es, einmal monatlich in einrichtungsinternen und quartalsweise in einrichtungsübergreifenden Arbeitstreffen, einrichtungsindividuelle Handlungsleitlinien und gewaltpräventive Maßnahmen zu diskutieren bzw. bereits implementierte Maßnahmen zu evaluieren, den Umgang mit Verdachtsvorfällen zu regeln und Erfahrungen auszutauschen (Köpke et al., 2021). Zudem sollte ein strukturiertes, systematisches Meldewesen zur Meldung und Auswertung von Gewaltereignissen eingeführt werden. Die PEKo-Teams standen dabei im regelmäßigen Austausch mit der Projektgruppe der Studienzentren. Zu den häufigsten Maßnahmen gehörten die Gestaltung von Plakaten und Broschüren sowie die Einführung von konkreten Gewaltdefinitionen, Handlungsleitfäden, Präventionskonzepten, Schulungen für Mitarbeiter*innen, Meldewesen, Vertrauenspersonen und Informationsveranstaltungen. Begleitend zum Projekt wurde eine Mixed-Method Studie, im Pre-/Postdesign, durchgeführt (Köpke et al., 2021). In die Ergebnisauswertung wurden 45 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und drei Einrichtungen der Behindertenhilfe mit einer

Gesamtstichprobe von 3.038 auswertbaren Fragebögen einbezogen. Neben der leicht reduzierten Gewalt gegen Pflegende, zeigte sich nach dem Projekt ein teils deutlicher Rückgang der Gewalt gegen Pflegebedürftige, im Vergleich zur Baseline-Erhebung vor Beginn der Interventionen (Köpke et al., 2021). So sank die Prävalenz der selbst ausgeübten Vernachlässigung von 62 % auf 57 % und die der psychischen Gewalt signifikant von 49 % auf 40 %. Auch die Häufigkeit von selbst ausgeführter physischer Gewalt sank, jedoch nicht in einem signifikanten Umfang. Bei der beobachteten Gewalt gingen vor allem die Gewaltform psychischer Natur (von 78 % auf 70 %) und Vernachlässigung (von 73 % auf 65 %) zurück. Im Allgemeinen wurde angegeben, sich nach dem Projektzeitraum sicherer im Umgang mit Gewalt zu fühlen und häufiger im Team über dieses Thema zu sprechen. Dennoch wurden keine signifikanten Unterschiede im Bereich des Arbeitsbelastungsempfinden und der Lebensqualität der Bewohner*innen erreicht (Köpke et al., 2021).

7. Diskussion

Ziel der Bachelor-Thesis war es zu verstehen, was Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege so vulnerabel gegenüber Gewalt psychischer und physischer Natur sowie Vernachlässigung macht und welche Merkmale der Bewohner*innen, des Pflegepersonals und der Einrichtungen zu dessen Entstehung beitragen. Assessment-Instrumente, die eine Identifizierung von Gewalthandlungen im Pflegeheim ermöglichen, wurden recherchiert und in der Thesis beschrieben. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit war letztendlich die Untersuchung von Maßnahmen, welche die Wahrscheinlichkeit von Gewaltvorfällen reduzieren. Es wurde deutlich, dass Bewohner*innen häufig unter erheblichen Einschränkungen leiden, daher vom Pflegepersonal abhängig sind und ein asymmetrisches Machtverhältnis entsteht (Jordan et al., 2021; Koch-Straube, 2005). Auch die fehlende Privatsphäre und Isolation tragen zur Vulnerabilität bei (Jordan et al., 2021; Koch-Straube, 2005; Rappold, 2021). Die internationale Studienlage ist sich in weiten Teilen darüber einig, dass Demenz und herausforderndes Verhalten der Bewohner*innen sowie Burnout und eine hohe Arbeitsbelastung des Personals, die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Gewalt sind (Andela et al., 2021; Botngård et al., 2021; Chen et al., 2020; Corbi et al., 2015; Hyde et al., 2014), dennoch gibt es einige Widersprüchlichkeiten in den Studien. Botngård et al. (2021) und Malmedal et al. (2014) weisen in ihren norwegischen

Forschungen darauf hin, dass höher qualifiziertes Personal ein größeres Gewaltrisiko darstellt, wobei in anderen das Gegenteil erwiesen wird (Corbi et al., 2015; Natan et al., 2010; Schiarnberg et al., 2011). Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass geschultes Personal häufiger mit unruhigen Bewohner*innen zusammenarbeitet, über mehr ethisches Wissen verfügt, folglich das eigene Verhalten eher hinterfragt und öfter in Festeinstellung ist, wodurch es Vernachlässigung möglicherweise eher erkennt und weniger auf systemisches Versagen zurückführt (Botngård et al., 2021). Überraschend ist auch, dass laut Malmedal et al. (2014) über 50-jähriges Personal anfälliger für gewalttätiges Verhalten ist, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass dies über mehr Erfahrung und Wissen verfügt. Außerdem weisen die Befragten in der Studie von Wangmo et al. (2017) auf einen erhöhten Schulungsbedarf bei jüngerem, unerfahrenem Personal hin. Ein möglicher Grund ist, dass älteres Pflegepersonal oftmals weniger Hoffnung in eine personenzentrierte Pflege steckt (Kada et al., 2009) und jüngere Mitarbeiter*innen durch Schulungen gegebenenfalls mit aktuellerem Wissen, in Bezug auf schwierige Situationen, ausgestattet sind (Malmedal et al., 2014). Auch hinsichtlich der Einrichtungsgröße und dessen Einfluss auf das Entstehungsrisiko von Gewalt gegen Pflegebedürftige gibt es Uneinigkeiten (Malmedal et al., 2014; Natan et al., 2010).

Während der Literaturrecherche wurde deutlich, dass es zwar Assessment-Instrumente zur Identifizierung von Gewalt gegen Pflegebedürftige in Pflegeheimen gibt (Ballard et al., 2019; Cooper et al., 2013; Wang, 2005; Wang et al., 2007), sich der Großteil der Ergebnisse jedoch auf die familiäre oder ambulante Pflege bezieht. Zudem gibt es einige Einschränkungen und Hindernisse für eine adäquate Nutzung. Das EASI-ltc. von Ballard et al. (2019) bezieht sich nur auf Bewohner*innen mit einem MMST-Wert von ≥ 24 und vernachlässigt damit Demenzerkrankte, die am meisten vertretende und gefährdete Gruppe in Pflegeheimen (siehe Abschnitte 4.1 & 4.1.1). Zudem bleibt bei vielen Bewohner*innen weiterhin die Angst vor Vergeltung, bei Meldung eines Vorfalls, bestehen (Cooper et al., 2013; Jordan et al., 2021). Möglicherweise werden dadurch falsche Antworten bei der Befragung gegeben. Zwar reduziert die Anonymität der Care Home Conflict Scale (CHCS) von Cooper et al. (2013) möglicherweise die Hemmung, Taten zu melden, jedoch dauert eine entsprechende Aufarbeitung, selbst bei schweren Vorfällen, länger (Cooper et al., 2013). Die Bedenken, das Assessment am Arbeitsplatz auszufüllen (Cooper et al., 2013), sind möglicherweise damit zu begründen, dass Kolleg*innen es

mitkommen und sich die Beziehung zu ihnen verschlechtern könnte. Eine umfangreiche Validation in der Praxis steht in beiden Fällen aus (Ballard et al., 2019; Cooper et al., 2013). Die von Wang et al. (2007) und Wang (2005) entwickelten Assessment-Instrumente wurden zwar in der Praxis gründlich validiert, sind jedoch aufgrund der kulturellen Unterschiede nicht uneingeschränkt auf den europäischen Raum übertragbar. Zudem ist eine genaue Beobachtung notwendig, um falsch-negative Ergebnisse zu vermeiden (Wang et al., 2007). Die große Herausforderung liegt darin, Merkmale von Gewalthandlungen von normalen körperlichen und psychischen Alterungserscheinungen, Krankheitssymptomen oder Nebenwirkungen von Medikamenten, z. B. blaue Flecken durch hochdosierte Antikoagulanzen, zu unterscheiden (Cohen, 2011). Die Instrumente von Cooper et al. (2013) und Ballard et al. (2019) lassen sich in den Bereich der Tertiärprävention einordnen, da die Gewalttat bereits geschehen ist und diese zur Aufarbeitung beitragen können.

In weiterer Hinsicht wurden Schulungen in der internationalen Literatur überwiegend als geeignetste und effektivste Präventionsmaßnahme bezeichnet (Hirst et al., 2016; Mileski et al., 2019; Richardson et al., 2002). Diese sollen unter anderem Pflegepersonal für das Thema sensibilisieren, die Interaktion mit Bewohner*innen sowie die Teamarbeit verbessern und das Burnout-Risiko minimieren (Hirst et al., 2016; Hsieh et al., 2009; Lawrence & Banerjee, 2010; Touza & Prado, 2019; Wangmo et al., 2017). Insbesondere dem Vermitteln und Anwenden personenzentrierter Pflegepraktiken kommt in mehreren Studien eine besondere Bedeutung zu (Braaten & Malmedal, 2017; Lawrence & Banerjee, 2010; Mileski et al., 2019; van Weert et al., 2006). Der überwiegende Teil der Schulungen wurde in einem Pre-/Postdesign, in Form von Video- oder Sprachaufzeichnungen sowie direkter Beobachtung durch Projektmitarbeiter*innen durchgeführt (Bradford & End, 2010; Sprangers et al., 2015; van Weert et al., 2006; K. N. Williams, 2006). Es ist zu diskutieren, ob sich das Verhalten der Proband*innen, durch das Bewusstsein über die Aufnahme bzw. der Anwesenheit des Projektmitarbeitenden sowie der Schulungsziele, beeinflusst (K. N. Williams, 2006) und damit der tatsächliche Effekt verfälscht wird. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe werden zudem möglicherweise manipuliert, wenn sich diese in der selben Einrichtung wie die Interventionsgruppe befindet und sich über Lerninhalte ausgetauscht werden könnte (Bradford & End, 2010; Sprangers et al., 2015). Bemerkenswert an der Studie von Sprangers et al. (2015) ist, dass sich der Leidensdruck

der Interventionsgruppe signifikant reduziert hat, während dieser bei der Kontrollgruppe zunahm. Es ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Proband*innen in der Interventionsgruppe ständig Feedback und positiven Zuspruch bekommen haben, während diese bei der Kontrollgruppe ausgeblieben sind (Sprangers et al., 2015). Dies kann zum Wohlbefinden beitragen, das Selbstvertrauen in die Kommunikationsfähigkeit stärken, und damit einen besseren Umgang mit herausforderndem Verhalten der Bewohner*innen ermöglichen (Sprangers et al., 2015). Das bedeutet, dass regelmäßiger Zuspruch durch Kolleg*innen oder Führungspersonal einen positiven Effekt auf das Belastungsempfinden und damit auf die Prävention verbaler Gewalt haben könnte. Die Gruppenschulung von Hsieh et al. (2009) führte zwar zu einer Reduktion psychischer Gewalt, eine Minderung der Arbeitsbelastung konnte jedoch nicht erreicht werden. Zudem ist eine Übertragbarkeit auf den europäischen Raum, aufgrund der kulturellen Unterschiede fraglich. Ob es sich beim „elderspeak“ tatsächlich um einen respektlosen und verletzenden Sprachstil handelt, kann subjektiv betrachtet werden (Ayalon et al., 2016). Zwar kann es zu reduziertem Selbstvertrauen und Rückzug der Bewohner*innen führen (Bradford & End, 2010; K. Williams et al., 2003), dennoch können einige Merkmale, wie kürzere Sätze und ein vereinfachtes Vokabular, die Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen erleichtern (K. N. Williams, 2006). Jedoch ist auch zu beachten, dass nach Bradford et al. (2010) eine Reduzierung der kindlichen Sprache zu einer Stärkung der Kommunikationszufriedenheit und des Selbstbewusstseins der Bewohner*innen geführt hat. Weitere Forschung ist somit notwendig, um sowohl die positiven, als auch die negativen Folgen des „elderspeaks“ bewerten zu können (K. N. Williams, 2006). Die Stichproben der genannten Studien waren zudem relativ gering (n=24 - 120 Pflegende; n=60 –107 Bewohner*innen), eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist somit kaum möglich (Bradford & End, 2010; Hsieh et al., 2009; Sprangers et al., 2015; van Weert et al., 2006; K. Williams et al., 2003; K. N. Williams, 2006). Dennoch sollten die Hinweise von Proband*innen auf die Relevanz regelmäßiger Schulungen (Lawrence & Banerjee, 2010) und die rasch signifikanten Verschlechterungen in der Studie von Williams et al. (2006) ernstgenommen und regelmäßige Interventionen angeboten werden.

Das PEKo-Projekt könnte richtungsweisend für die zukünftige Präventionsarbeit in Deutschland sein (Köpke et al., 2021). Die durchgeführten Maßnahmen führten zu einem

teils signifikanten Rückgang der einzelnen Gewaltformen. Es wird deutlich, dass neben der Sensibilisierung, einrichtungsspezifische Gewaltdefinitionen und Handlungsleitlinien zur Handlungssicherheit bewohnernaher Mitarbeiter*innen führen können. Die Autor*innen zeigten sich zufrieden mit der Beteiligung der Projektteilnehmer*innen und interpretieren daraus, dass ein großes Interesse an diesem Thema besteht. Die Covid-19 Pandemie zeigte jedoch die Grenzen des Projektes auf, indem Intervention in einigen Einrichtungen nicht mehr durchführbar waren (Köpke et al., 2021). Dies ist bedenklich, da gerade in Zeiten der Pandemie und den damit verbundenen Beschränkungen, eine adäquate Präventionsarbeit nötig ist (siehe Abschnitt 3.3). Vor allem einrichtungsspezifische Gewaltdefinitionen können ein bewährtes Mittel sein, da unter Pflegenden oftmals Unsicherheit über die Grenze zur Gewalt herrscht (Braaten & Malmedal, 2017; Siegel et al., 2018). Der Autor empfiehlt, bei der Erstellung der Definition, die Bewohner*innen miteinzubeziehen, um genau zu erfahren, was sie als verletzend oder störend empfinden. Durch klare Handlungsrichtlinien werden intuitive Handlungsentscheidungen, wodurch ahndungswürdiges Verhalten des Personals möglicherweise übergangen wird, vermieden (Siegel et al., 2018). Regelmäßige einrichtungsinterne, aber auch -externe Treffen ermöglichen es, Erfahrungen auszutauschen und voneinander zu lernen (Köpke et al., 2021). Eine mögliche, bislang nicht in der Thesis berücksichtigte Maßnahme zur Prävention, stellt der Einsatz von Überwachungskameras dar. Zweifelsohne wirft dessen Nutzung jedoch ethische, gesundheitspolitische und rechtliche Fragen auf (Berridge et al., 2019). Einerseits wird die Privatsphäre der Bewohner*innen erheblich verletzt, andererseits könnten diese eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsverbesserung der Pflege, aber vor allem zur Abschreckung von Gewalthandlungen sein (Berridge et al., 2019). Zwar können Pflegende den Nutzen nachvollziehen, empfinden dessen Einsatz aber überwiegend als einschüchternd, beleidigend und als Mangel an Vertrauen, die Pflegebeziehung könnte folglich beeinträchtigt werden. Weitere Forschung ist notwendig, um sich mit ethischen Fragestellungen und der Nutzen-Risiko-Abwägung auseinanderzusetzen (Berridge et al., 2019).

Im Allgemeinen wurde deutlich, dass es sich bei dem Thema „Gewalt gegen Pflegebedürftige“ um ein sehr komplexes, facettenreiches und schwer zu erforschendes Thema handelt. Problematisch ist, dass sich das Phänomen meist im Verborgenen abspielt und überwiegend jene trifft, die nur begrenzt auskunftsfähig und stark abhängig vom

Pflegepersonal sind (Jordan et al., 2021; Schiarnberg et al., 2011; Selwood et al., 2007; Touza & Prado, 2019; Welling, 2018). Des Weiteren handelt es sich um ein sehr schambehaftetes Thema. Pflegenden fällt es möglicherweise schwer, selbst durchgeführte Gewalt zuzugeben. Aufgrund des gesellschaftlichen Drucks und mangelnder Bereitschaft, wahre Information über sich Preis zu geben, kann es zu einer Verzerrung von Ergebnissen kommen (Malmedal et al., 2014). Das lassen auch der PEKo-Bericht von Köpke et al. (2021) und die Studie von Bužgová und Ivanová (2011) erahnen, in denen die Prävalenz von beobachteter Gewalt teils deutlich höher ist, als die von selbst durchgeführten Taten. Zwar hat die WHO eine Definition zum „elder abuse“ veröffentlicht (siehe Abschnitt 2.3), dennoch gibt es viele verschiedene Interpretationen darüber, was Gewalt gegen Pflegebedürftige ist (Selwood et al., 2007). Auch die Unterscheidung zwischen schlechter Pflegequalität und Gewalt, wie z. B. Vernachlässigung, stellt eine große Herausforderung dar (Lindbloom et al., 2007). Zudem erschweren die vielen verschiedenen sozialen Normen unterschiedlichster Kulturen und dessen Ansichten über das Phänomen „Gewalt“, das Erstellen einer einheitlichen Definition und zuverlässiger Prävalenzdaten (Baker et al., 2016; Selwood et al., 2007). Neben dem Verfasser der Bachelor-Thesis, ist auch anderen Auto*innen der Studien aufgefallen, dass sich die meiste Literatur auf den gesellschaftlichen Kontext oder die familiäre und ambulante Pflege bezieht und zudem häufig nicht zwischen den Risikofaktoren einzelner Gewaltarten oder Settings unterschieden wird, wobei es darin Unterschiede geben kann (Andela et al., 2021; Lindbloom et al., 2007; Malmedal et al., 2014; Schiarnberg et al., 2011). Auch Präventionsmaßnahmen sind in vielen Fällen sehr allgemein gehalten, sodass kein dazugehöriges Setting identifiziert werden konnte. Da Studien ausgeschlossen worden sind, in denen keine klare Trennung zwischen den Settings identifiziert werden konnte, wurden gegebenenfalls wichtige Hinweise ausgeschlossen. Auch aufgrund des unklaren Gewaltbegriffs und dessen Umfang, wurde möglicherweise zielführende Literatur nicht berücksichtigt. FEM werden häufig nicht als Sonderform von Gewalt betrachtet, sondern als Unterform der physischen Gewalt definiert, weshalb unter Umständen auch Faktoren und Maßnahmen im Zusammenhang mit FEM beschrieben wurden. Da ein direkter Zusammenhang zwischen dem Verhalten des Personals und dem der Bewohner*innen besteht und Handlungen der Mitarbeiter*innen zu Aggression der Pflegebedürftigen führen können (Bužgová & Ivanová, 2011; Malmedal et al., 2014), liegt die Vermutung

nahe, dass deeskalative und beruhigende Pflegepraktiken, zu einer Reduktion der Gewalt gegen das Personal führen können und damit wiederum Gewalt gegen Pflegebedürftige reduziert wird. Gleichwohl könnte, bei inadäquaten Verhalten des Personals, ein Teufelskreis der Gewalt entstehen, den es zu durchbrechen gilt. Dies sollte in weiteren Studien genauer untersucht werden.

8. Fazit & Ausblick

Das Pflegeheim ist ein besonderer Ort, an dem das Zuhause der oft multimorbiden und stark pflegebedürftigen Bewohner*innen, auf den Arbeitsort des Personals trifft. Es birgt damit, nicht zuletzt wegen der unzureichenden Privatsphäre, ein großes Konfliktpotenzial. Aufgrund der hohen Vulnerabilität von pflegebedürftigen Menschen und der hohen Prävalenz von Gewalt gegen Bewohner*innen im Pflegeheim, ist eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik unabdingbar. Die vielen verschiedenen Definitionen und Interpretationen von dem Phänomen „Gewalt“, erschweren jedoch eine genaue Untersuchung dieses Themas. Die Ursachen sind vielschichtig, wobei auf Bewohnerseite vor allem Demenz sowie herausforderndes Verhalten und auf Personalseite überwiegend ein hohes Stressniveau, bis hin zum Burnout, die Hauptrisikofaktoren darstellen. Auf institutioneller Ebene gibt es diverse weitere beeinflussende Faktoren und reichen von einem schlechten Management bis hin zum Standort der Einrichtung. Es konnten vier Assessment-Instrumente eingeschlossen werden, welche der Identifikation von Gewalt gegen Pflegebedürftige, in Pflegeheimen, dienen. Bei zweien ist aufgrund kultureller Unterschiede, eine Übertragbarkeit auf Deutschland fraglich. Des Weiteren stehen einer zuverlässigen Nutzung zahlreiche Hindernisse im Weg. Als effektivste Präventionsmaßnahme werden insbesondere Schulungen genannt. Die gefundenen Interventionen zielen jedoch weniger auf eine direkte Konfrontation mit dem Thema, sondern eher auf eine allgemeine Verbesserung der Pflegequalität und Interaktion mit Bewohner*innen, ab. Zur Reduktion der psychischen Gewalt konnten vor allem Interventionen zur Minimierung des „elderspeaks“ identifiziert werden, wobei subjektiv beurteilt werden kann, ob es sich dabei tatsächlich um Gewalt handelt. Als allgemeine Maßnahmen werden vor allem eine „Kultur der Offenen Tür“, Transparenz, gute Teamarbeit und Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie mehr Personal gefordert, wobei darauf hingewiesen wird, dass neben der Quantität, auch die Qualität der

Mitarbeiter*innen eine bedeutende Rolle spielt. Der Autor sieht Heimleiter*innen in der Pflicht, alle Mitarbeiter*innen für das Thema zu sensibilisieren und eine „Kultur der Offenen Tür“ zu fördern. Ein kontinuierlich stattfindender, offener Austausch unter Kolleg*innen sowie mit Angehörigen und Bewohner*innen, ist ein notwendiger Schritt Richtung mehr Vertrauen, Transparenz und einem positiven Miteinander. Einrichtungen sollten regelmäßig verpflichtende Schulungen anbieten, welche auf die Reduktion von Risikofaktoren und einer verbesserten Interaktion zwischen Personal und Bewohner*innen, zum Beispiel in Form von personenzentrierten Pflegepraktiken, abzielen. Nicht zu vergessen ist dabei auch die Entwicklung und Anwendung von Konzepten zur Reduktion des Arbeitsstress. Mitarbeiter*innen des Pflegeheims sollten gemeinsam mit den Bewohner*innen eine einrichtungsspezifische Definition von Gewalt erstellen, um allen an der Pflege beteiligten Personen, ein besseres Verständnis für das Thema zu bieten. Zudem sollten klare Handlungsrichtlinien zum Umgang mit Gewalt geschaffen werden, um intuitiv getroffene Reaktionen und Konsequenzen des Führungspersonals zu vermeiden.

Bei der vorliegenden Bachelor-Thesis handelt es sich um einen sehr allgemeinen Überblick. Aufgrund des Umfangs dieses Themas, sollten sich zukünftige Arbeiten mit nur einer der Gewaltformen auseinandersetzen, um diese so detailliert wie möglich erforschen zu können. Wegen ihrer hohen Vulnerabilität ist es wichtig, dabei ein besonderes Augenmerk auf demenziell veränderte Menschen zu werfen. Dennoch dürfen Pflegebedürftige ohne kognitive Einschränkungen nicht vernachlässigt werden. Die weitere Untersuchung von Risikofaktoren ist unverzichtbar, um darauf angepasste Präventionsmaßnahmen erarbeiten und umfassend evaluieren zu können. Dabei sollte, aufgrund der großen Unterschiedlichkeiten, künftig vermehrt auf eine Differenzierung zwischen den Settings geachtet werden. Die Entwicklung von Verfahren, um auch bei demenziell veränderten Menschen Gewalthandlungen zuverlässig identifizieren zu können, sollte ebenfalls vorangetrieben werden. Insbesondere in Hinsicht der alternden Gesellschaft und des besorgniserregend zunehmenden Personalmangels in der Pflege, sind vor allem effektive, evidenzbasierte und kostengünstige Methoden zur Primär- aber auch zur Sekundär- und Tertiärprävention unverzichtbar. Die Würde und Rechte der Pflegebedürftigen dürfen trotz der sich zuspitzenden Situation im Pflegesektor nicht verletzt werden.

Literaturverzeichnis

- Andela, M., Truchot, D. & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of interpersonal violence*, 36(11-12), 5709–5729. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>
- Ayalon, L., Lev, S., Green, O. & Nevo, U. (2016). A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age and ageing*, 45(2), 216–227. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv193>
- Baker, P. R. A., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othman, S. & Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly(8), Artikel CD010321., 1-105. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
- Ballard, S. A., Yaffe, M. J., August, L., Cetin-Sahin, D. & Wilchesky, M. (2019). Adapting the Elder Abuse Suspicion Index© for Use in Long-Term Care: A Mixed-Methods Approach. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>
- Berridge, C., Halpern, J. & Levy, K. (2019). Cameras on beds: The ethics of surveillance in nursing home rooms. *AJOB empirical bioethics*, 10(1), 55–62. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1568320>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L. & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC health services research*, 21(1), Artikel 244, 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>

- Braaten, K. L. & Malmedal, W. (2017). Preventing physical abuse of nursing home residents- as seen from the nursing staff's perspective. *Nursing open*, 4(4), 274–281. <https://doi.org/10.1002/nop2.98>
- Bradford, L. S. & End, C. M. (2010). Impact of an Elderspeak In-Service Training on Resident Well-Being, Self-Esteem, and Communication Satisfaction. *Graduate Student Journal of Psychology*, 12, 14–22. https://www.tc.columbia.edu/publications/gsjp/gsjp-volumes-archive/gsjp-volume-12-2010/14423_BradfordEnd.pdf
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.). (2020). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bfd20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>
- Bužgová, R. & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing ethics*, 18(1), 64–78. <https://doi.org/10.1177/0969733010385529>
- Chen, W., Fang, F., Chen, Y., Wang, J., Gao, Y. & Xiao, J. (2020). The relationship between personality traits, caring characteristics and abuse tendency among professional caregivers of older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3425–3434. <https://doi.org/10.1111/jocn.15380>
- Cohen, M. (2011). Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM Journal*, 18(6), 261–270. https://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2019/11/2011_Cohen.pdf
- Cooper, C., Dow, B., Hay, S., Livingston, D. & Livingston, G. (2013). Care workers' abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for

reporting of abuse anonymously. *International psychogeriatrics*, 25(5), 733–741.
<https://doi.org/10.1017/S104161021200227X>

Corbi, G., Grattagliano, I., Ivshina, E., Ferrara, N., Solimeno Cipriano, A. & Campobasso, C. P. (2015). Elderly abuse: risk factors and nursing role. *Internal and emergency medicine*, 10(3), 297–303. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1126-z>

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2017). *Kurzinformation Langzeitpflege*.
<https://www.bundestag.de/resource/blob/531102/8c67805213ec6efafba5e2255d2f72ea/wd-9-042-17-pdf-data.pdf>

Eggert, S., Schnapp, P. & Sulmann, D. (2017). ZQP-Analyse: Gewalt in der stationären Langzeitpflege. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege* (S. 13–24). Berlin. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf

Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.). (2020). *Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen: Gesetzestext und Erläuterungen*. https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2014/26994/pdf/wohn_und_betreuungsqualitaetsgesetz_hamburg.pdf

Freytag, S., Dammermann, A., Schultes, K., Bieber, A., Fleischer, S., Sander, M., Piotrowski, A. & Blättner, B. (2021). Gewalt und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege während der COVID-19-Pandemie: Teilanalyse von Interviews mit Leitungspersonen. *Pflege*, 34(5), 241–249.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000823>

- Gardner, W., States, D. & Bagley, N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of aging & social policy*, 32(4-5), 310–315.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
- Heger, D., Augurzky, B., Kolodziej, I., Wuckel, C. & Hollenbach, J. (2021). *Pflegeheim Rating Report 2022: Wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime ist angespannt, jedes fünfte im „roten Bereich“: Zeit für Veränderung*. Heidelberg.
- Hirst, S. P., Penney, T., McNeill, S., Boscart, V. M., Podnieks, E. & Sinha, S. K. (2016). Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. *Canadian journal on aging*, 35(2), 242–260.
<https://doi.org/10.1017/S0714980816000209>
- Hsieh, H.-F., Wang, J.-J., Yen, M. & Liu, T.-T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 14(3), 377–386. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9122-6>
- Hyde, P., Burns, D., Killett, A., Kenkmann, A., Poland, F. & Gray, R. (2014). Organisational aspects of elder mistreatment in long term care. *Quality in Ageing and Older Adults*, 15(4), 197–209. <https://doi.org/10.1108/QAOA-06-2014-0010>
- International Council of Nurses (Hrsg.). (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen: Überarbeitet 2021*. Genf.
https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf

- Jordan, L. M., Meyer, Roger, Freitag, Nora & Rabe, H. (2021). *Wie können Beschwerdeverfahren den Schutz pflegebedürftiger älterer Menschen in der Lebenswelt Pflegeheim stärken?* Berlin. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/Forschungsbericht_Vorabfassung_wie_Beschwerdeverfahren_Schutz_pflegebeduerftiger_aelterer_Menschen_in_Lebenswelt_Pflegeheim_staerken.pdf
- Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N. & Geitung, J. T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2383–2392. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x>
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnologische Studie* (2. Auflage). Hans Huber.
- Koch-Straube, U. (2005). Lebenswelt Pflegeheim. In K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hrsg.), *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven* (S. 211–226). Juventa.
- Köpke, S., Dammermann, A., Isensee, S., Sander, M., Stojanov, A., Balzer, K., Freytag, S., Schultes, K., Blättner, B., Bieber, A., Fleischer, S. & Meyer, G. (2021). *Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege: Abschlussbericht - Kurzversion*. https://peko-gegen-gewalt.de/wp-content/uploads/2021/12/Abschlussbericht-PEKo_Kurzversion.pdf
- Krause, F. (2016). "Vulnerabilitätsrisiken" in der Pflege: Eine sozialetische Analyse. In M. Dabrowski & J. Wolf (Hrsg.), *Sozialetik konkret. Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege* (S. 9–44). Ferdinand Schöningh.

Lawrence, V. & Banerjee, S. (2010). Improving care in care homes: a qualitative evaluation of the Croydon care home support team. *Aging & mental health*, 14(4), 416–424. <https://doi.org/10.1080/13607860903586144>

Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D. & Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.09.001>

Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B.-I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *The Journal of Adult Protection*, 16(3), 133–151. <https://doi.org/10.1108/JAP-02-2013-0004>

Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., Sweeney, L. & McClay, R. (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, 1797–1815. <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>

Moore, S. (2017). What's in a word? The importance of the concept of “values” in the prevention of abuse of older people in care homes. *The Journal of Adult Protection*, 19(3), 130–145. <https://doi.org/10.1108/JAP-01-2017-0001>

Natan, M. B., Lowenstein, A. & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International nursing review*, 57(1), 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00771.x>

National Center on Elder Abuse (NCEA). (o. J.). *Research Statistics and Data*. <https://ncea.acl.gov/About-Us/What-We-Do/Research/Statistics-and-Data.aspx#research>

Nau, J., Oud, N. & Walter, G. (2017). *Projekt - Gewaltfreie Pflege: Praxishandbuch zum Umgang mit aggressiven und potenziell gewalttätigen Patienten*. Bern. Hogrefe

Verlag. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf <https://doi.org/10.1024/85866-000>

Osterbrink, J. & Andratsch, F. (2015). *Gewalt in der Pflege: Wie es dazu kommt, wie man sie erkennt, was wir dagegen tun können* (Originalausgabe). C.H.Beck.

Payne, B. K. & Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2004.12.003>

Rappold, E. (2021). Das Pflegeheim als Wohn- und Arbeitsplatz. In G. Sailer (Hrsg.), *Sachbuch. Pflege im Fokus: Herausforderungen und Perspektiven - warum Applaus alleine nicht reicht* (S. 93–114). Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-62456-2.pdf>

Richardson, B., Kitchen, G. & Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and ageing*, 31(5), 335–341. <https://doi.org/10.1093/ageing/31.5.335>

Schiemberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffore, R. J., Weatherill, R. P., Heydrich, L. von & Post, L. A. (2011). Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective. *Journal of elder abuse & neglect*, 23(2), 190–211. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.558798>

Selwood, A., Cooper, C. & Livingston, G. (2007). What is elder abuse--who decides? *International journal of geriatric psychiatry*, 22(10), 1009–1012. <https://doi.org/10.1002/gps.1781>

Siegel, M., Mazheika, Y., Mennicken, R., Ritz-Timme, S., Graß, H. & Gahr, B. (2018). „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention sowie

zentrale Handlungserfordernisse : Eine qualitative Interviewstudie mit professionellen Pflegefachkräften und Führungskräften aus dem Bereich Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(3), 329–334. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1228-0>

Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11/__15.html

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

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse 2019*.

Stegger, A. (2014). *Länder-Heimgesetze*. BIVA-Pflegeschatzbund. <https://www.biva.de/service/gesetze/laender-heimgesetze/>

Touza, C. & Prado, C. (2019). Prevention of elder abuse in long-term care facilities. *Educational Gerontology*, 45(8), 530–546. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1667555>

van Weert, J. C. M., Jassen, B. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Bensing, J. M. & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of advanced nursing*, 53(6), 656-668.

Wang, J.-J. (2005). Psychological Abuse Behavior Exhibited by Caregivers in the Care of the Elderly and Correlated Factors in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13(4), 271–280. <https://doi.org/10.1097/00134372-200512000-00005>

- Wang, J.-J., Tseng, H.-F. & Chen, K.-M. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of psychiatric nursing*, 21(1), 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004>
- Wangmo, T., Nordström, K. & Kressig, R. W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 38(5), 385–392. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.016>
- Welling, K. (2018). „Sich aneinander orientieren“: Feinfühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen [Dissertation]. Universität Bremen, Bremen.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2021). *Elder abuse*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Williams, K., Kemper, S. & Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242–247. <https://doi.org/10.1093/geront/43.2.242>
- Williams, K. N. (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in nursing & health*, 29(2), 121–133. <https://doi.org/10.1002/nur.20117>
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M. & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Anhang

A.1: Elders Psychological Abuse Scale – Items (EPAS-Items)	a
A.2 : Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale – Items (CPEABS - Items)	b
A.3: Elder Abuse Suspicion Index © (EASI ©)	c
A.4: Elder Abuse Suspicion Index—Itc Questions (EASI-Itc Questions)	d
A.5: Care Home Conflict Scale (CHCS)	e
A.6: Suchstrategie 1. Fragestellung (PubMed)	f
A.7: Fließdiagramm 1. Fragestellung (PubMed & Cinahl)	g
A.8: Suchstrategie 2. Fragestellung (PubMed)	h
A.9: Fließdiagramm 2. Fragestellung (PubMed & Cinahl)	i
A.10: Suchstrategie 3. Fragestellung (PubMed)	j
A.11: Fließdiagramm 3. Fragestellung (PubMed & Cinahl)	k
A.12: Studienübersicht	l
A.13: Kritische Bewertung der Studien nach JBI	u
A.13.1 Studie von Botngård et al. (2021)	v
A.13.2 Studie von Braaten & Malmedal et al. (2017)	w
A.13.3 Studie von Chen et al. (2020)	x
A.13.4 Studie von Hsieh et al. (2007)	y
A.13.5 Studie von Malmedal et al. (2014)	z
A.13.6 Studie von Richardson et al. (2002)	aa
A.13.7 Studie von Sprangers et al. (2015)	bb
A.13.8 Studie von van Weert et al. (2006)	cc
A.13.9 Studie von Wangmo et al. (2017)	dd
Eidesstattliche Erklärung	ee

A.1 Elders Psychological Abuse Scale – Items (EASI-Items)

1.	Left alone involuntarily
2.	Personal belongings used without permission
3.	Angry at caregiver
4.	Dependent on others economically
5.	Expectation to see relatives unfulfilled
6.	Poor sleep for unknown reasons
7.	Unable to make own decisions
8.	No response to alert for health problems
9.	Irrelevant answers to questions or unresponsive
10.	Facial expression of dissatisfaction toward caregiver
11.	Unexplained problems with verbal expression or language
12.	Privacy not respected
13.	Verbal description of abuse situation
14.	Nightmares
15.	Emotionally confused, dispirited, and anxious
16.	Isolation and withdrawal from social activities and unwillingness to talk with others
17.	Unnecessary suspicions and ideation of being harmed
18.	Feelings of shame, powerlessness, and loss of dignity
19.	Destroyed own belongings
20.	Fear of specific persons or events
21.	Unexplained irritability
22.	Low self-esteem
23.	Eating difficulties
24.	Unreasonably inflexible viewpoint
25.	Unexplained ideation of harm and murder of others
26.	Pleasure in blaming others
27.	Taking of improper medication for unknown reasons
28.	Excessive dependence on caregiver
29.	Dissatisfied with current conditions
30.	Unreasonable demands
31.	Timidity and fearfulness
32.	Sudden loss of trust in an acquaintance

(Eigene Darstellung, angelehnt an Wang et al. 2007, S. 45)

A.2 Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEABS)

1.	Accuse him/her verbally
2.	Sneer at him/her
3.	Ignore his/her requests
4.	Threaten him/her verbally
5.	Refuse to accept his/her opinion
6.	Deceive him/her
7.	Insult him/her by calling his/her full name
8.	Prevented him/her from making phone calls
9.	Carelessness in care
10.	Make him/her wear diapers unnecessarily
11.	Reprimand him/her in his/her presence
12.	Command him/her as though he/she was a child
13.	Avoid talking to him/her
14.	Separate him/her from social contact with others
15.	Deferring from physical contact
16.	Making impatient facial expressions & gestures
17.	Interrupting him/her
18.	Preventing him/her from receiving visitors/calls
19.	Interrupting his/her sleep
20.	Threatening to hit him/her

(Eigene Darstellung, angelehnt an Wang et al. 2005, S. 275)

A.3 Elder Abuse Suspicion Index © (EASI ©)

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI)			
EASI Questions Q.1-Q.5 asked of patient; Q.6 answered by doctor Within the last 12 months:			
1) Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking, or meals?	YES	NO	Did not answer
2) Has anyone prevented you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aides or medical care, or from being with people you wanted to be with?	YES	NO	Did not answer
3) Have you been upset because someone talked to you in a way that made you feel shamed or threatened?	YES	NO	Did not answer
4) Has anyone tried to force you to sign papers or to use your money against your will?	YES	NO	Did not answer
5) Has anyone made you afraid, touched you in ways that you did not want, or hurt you physically?	YES	NO	Did not answer
6) Doctor: Elder abuse <u>may</u> be associated with findings such as: pooreye contact, withdrawn nature, malnourishment, hygiene issues, cuts, bruises, inappropriate clothing, or medication compliance issues. Did you notice any of these today or in the last 12 months?	YES	NO	Not sure

Online Verfügbar unter:

https://medicine.uiowa.edu/familymedicine/sites/medicine.uiowa.edu.familymedicine/files/wysiwyg_uploads/EASI.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2022.

A.4 Elder Abuse Suspicion Index—Itc Questions (EASI-Itc Questions)

EASI-Itc Questions Q.1-Q8 asked of residents; Q.9 answered by health professional				
1. For approximately how long have you been living here? ____ Health Professional: “I am going to ask you about some events that may occur in the lives of older adults. In <u>all</u> of the questions, I am referring to any person that you might have con-tact with (such as family members, friends, people working here, companions, and fellow residents), either in person, by telephone, or on the computer. If you would like a question repeated, please let me know.” <i>Instructions: If the resident has been living in the facility for more than one year, start the following questions with “Within the last year”. If the resident has been living in the facility for less than one year, start the following questions with “Since you have been here”.</i>				
2. Has anyone prevented you from getting or using things that you wanted or needed, such as food, medicine, clothes, glasses, hearing aids, walkers, or wheelchairs?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
3. Has anyone prevented you from visiting with family or friends here?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
4. Have you been upset because someone treated you unfairly, or talked to you in a way that made you feel shamed, insulted, or manipulated?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
<i>Instructions: Just remember, for all of these questions we are asking about any person that you interact with (such as family members, friends, people working here, companions, and fellow residents).</i>				
5. Have you had a situation where you felt that someone was not taking your needs or concerns seriously?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
6. Has anyone tried to force you to sign papers or to take, use, or spend your money against your will?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
7. Has anyone hurt you physically or touched you in ways that you did not want?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
8. Has anyone threatened to not help you, to punish you, to hurt you, or made you feel afraid?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer
9. Health Professional: Elder abuse may be associated with findings such as <u>unexplained or non-investigated</u> poor eye-contact, malnourishment, hygiene issues, skin breakdown, cuts and bruises, damaged clothing, physical restraint, and change in behavior (physical, emotional, or sexual). There may also be signs or symptoms sometimes associated with under or over-medication. Did you notice any of these today or in the last 12 months, or have any of these concerns been brought to the attention of the care team?	Yes	No	Do Not Know	Did Not Answer

(Ballard et al., 2019, S. 1485)

A.5 Care Home Conflict Scale (CHCS)

	Never	Almost never	Some- times	Most of the time	All the time
1. Taken a resident out for their enjoyment					
2. Not given a resident enough time for food, or fed them too quickly					
3. Planned an activity for a resident that fits with their particular interests					
4. Isolated a resident e.g. in their room because staff are cross with them					
5. Told a resident that they will be sent away					
6. Talked to a resident nicely while giving personal care					
7. Avoided a resident who has challenging behaviour					
8. Not taken enough care when moving or handling a resident					
9. Involved a resident's family in care planning					
10. Ignored a resident while giving care or when they ask for help					
11. Spent time getting to know a resident					
12. Made a resident wait for care e.g. to go to the toilet					
13. Threatened to use physical force on a resident					
14. Enjoyed spending time with a resident, just to keep them company					
15. Shouted at, insulted or spoken harshly to a resident					
16. Hit or shaken a resident					

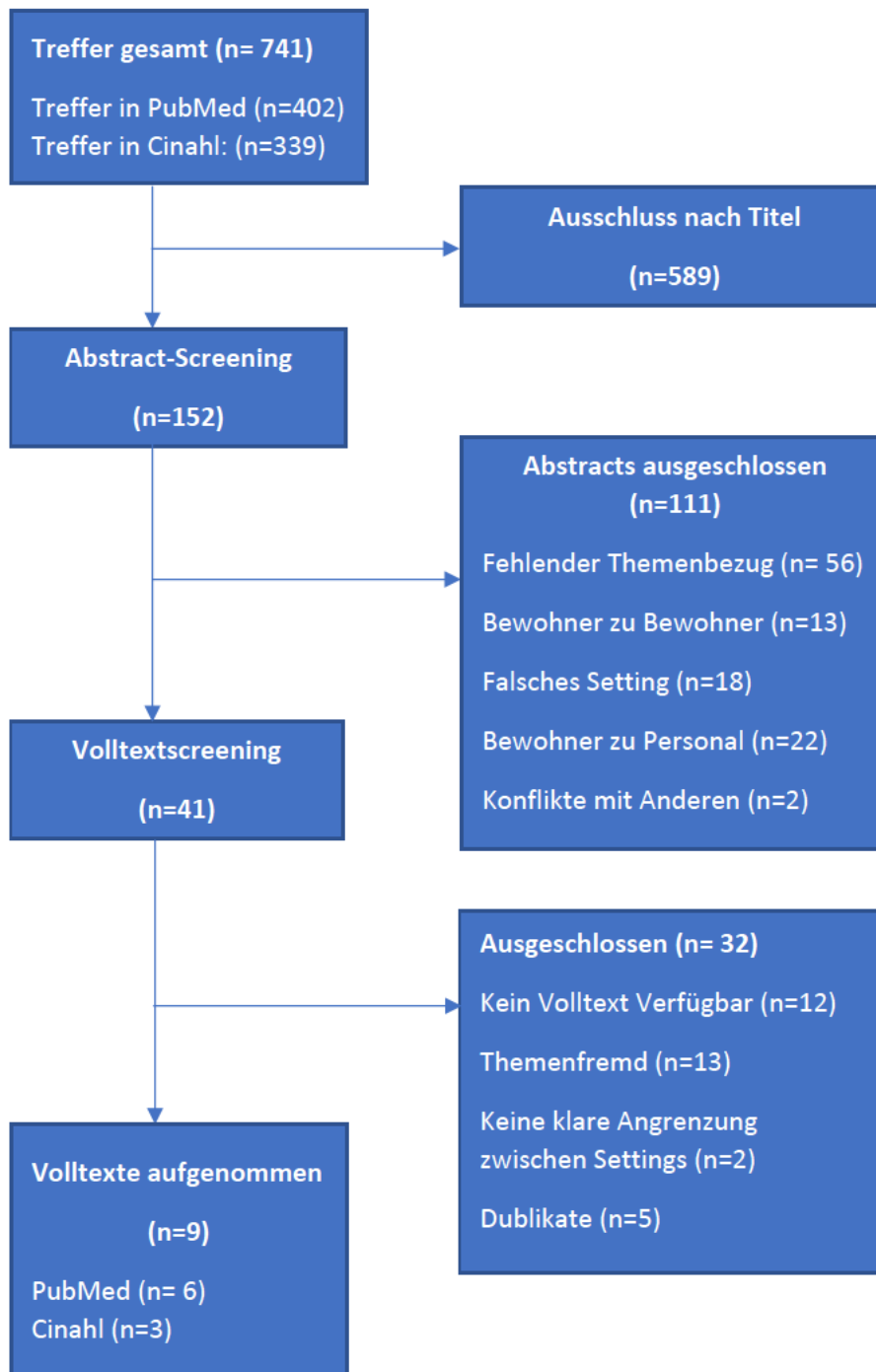
(Cooper et al., 2013, S. 739)

A.6 Suchstrategie 1. Fragestellung (PubMed)

#1	reason	459,434 Ergebnisse
#2	cause	11,538,510 Ergebnisse
#3	source	878,663 Ergebnisse
#4	trigger	334,035 Ergebnisse
#5	“predisposing factors”	13,787 Ergebnisse
#6	“risk factors”	1,171,768 Ergebnisse
#7	predictors	448,006 Ergebnisse
#8	vulnerability	173,358 Ergebnisse
#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	13,012,476 Ergebnisse
#10	“elder abuse”	3,206 Ergebnisse
#11	“elder maltreatment”	41 Ergebnisse
#12	“elder mistreatment”	326 Ergebnisse
#13	“staff-to-resident- abuse”	6 Ergebnisse
#14	“inadequate care”	496 Ergebnisse
#15	“institutional abuse”	53 Ergebnisse
#16	neglect	75,055 Ergebnisse
#17	“physical abuse”	6,747 Ergebnisse
#18	“emotional abuse”	2,614 Ergebnisse
#19	“psychological abuse”	873 Ergebnisse
#20	violence	131,107 Ergebnisse
#21	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	84,150 Ergebnisse
#22	“long-term care”	43,761 Ergebnisse
#23	“nursing home”	25,674 Ergebnisse
#24	“care home”	2,920 Ergebnisse
#25	“home for the elderly”	15 Ergebnisse
#26	“retirement home”	172 Ergebnisse
#27	“old people’s home”	105 Ergebnisse
#28	“care facility”	9,143 Ergebnisse
#29	“nursing facility”	2,943 Ergebnisse
#30	“residential care institutions”	30 Ergebnisse
#31	“geriatric institutions”	140 Ergebnisse
#32	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	76,120 Ergebnisse
#33	#9 AND #21 AND #32	421 Ergebnisse
	Abstrakt verfügbar; deutsche und englische Sprache	402 Ergebnisse

Suchstrategie 1. Fragestellung (eigene Darstellung)

A.7 Fließdiagramm 1. Fragestellung (PubMed & Cinahl)

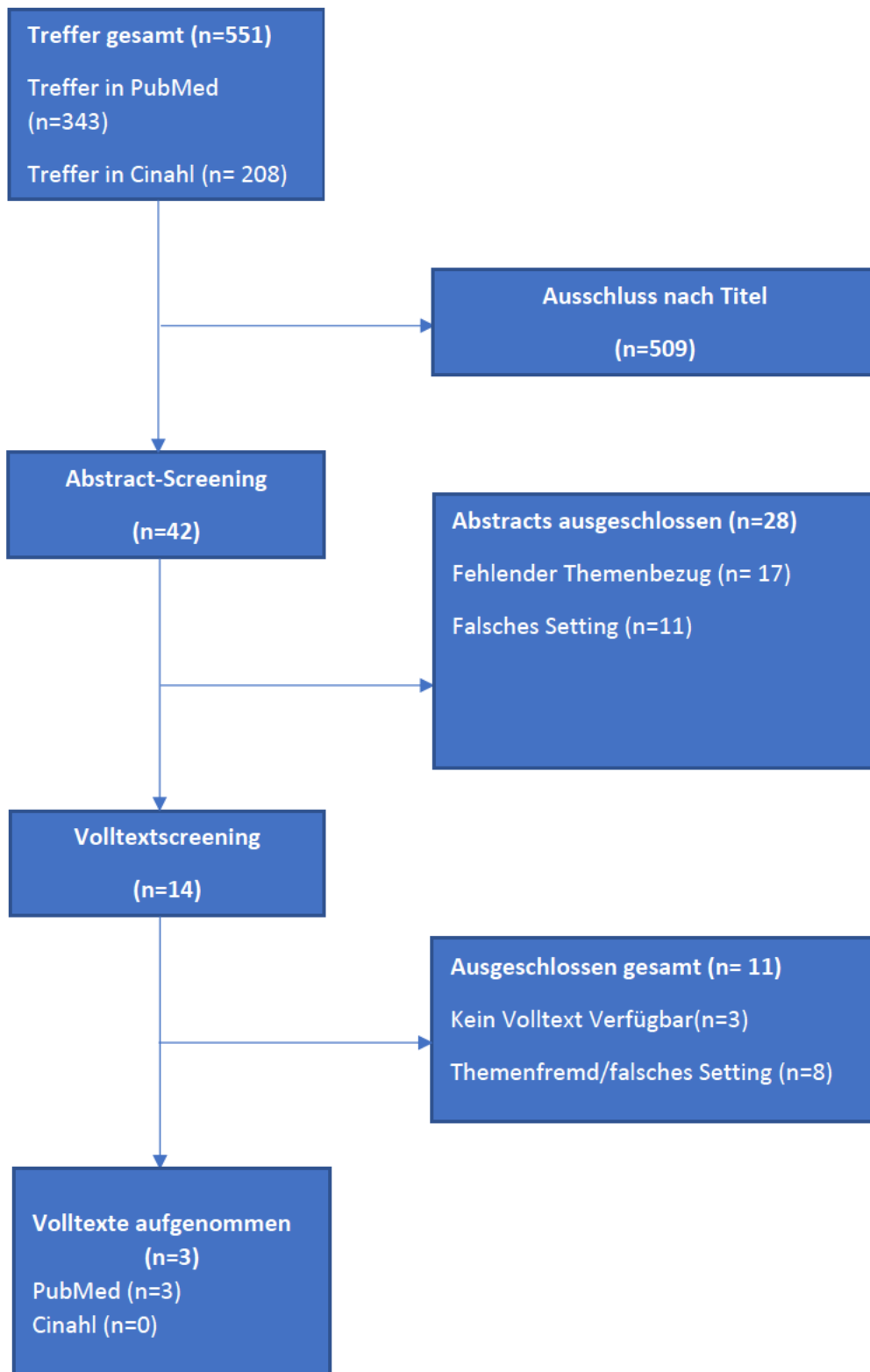


A.8 Suchstrategie 2. Fragestellung (PubMed)

#1	identify	3,301,183 Ergebnisse
#2	identification	783,830 Ergebnisse
#3	“screening-instruments”	2,136 Ergebnisse
#4	“assessment-instruments”	2,242 Ergebnisse
#5	screening	5,594,747 Ergebnisse
#6	checklist	51,899 Ergebnisse
#7	diagnosis	11,014,145 Ergebnisse
#8	questionnaire	1,466,794 Ergebnisse
#9	detection	2,604,785 Ergebnisse
#10	detect	2,604,785 Ergebnisse
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	15,286,572 Ergebnisse
#12	“elder abuse”	3,216 Ergebnisse
#13	“elder maltreatment”	41 Ergebnisse
#14	“elder mistreatment”	327 Ergebnisse
#15	“staff-to-resident- abuse”	6 Ergebnisse
#16	“inadequate care”	500 Ergebnisse
#17	“institutional abuse”	54 Ergebnisse
#18	neglect	75,550 Ergebnisse
#19	“physical abuse”	6,787 Ergebnisse
#20	“emotional abuse”	2,647 Ergebnisse
#21	“psychological abuse”	879 Ergebnisse
#22	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	84,692 Ergebnisse
#23	“long-term care”	43,945 Ergebnisse
#24	“nursing home”	25,780 Ergebnisse
#25	“care home”	2,949 Ergebnisse
#26	“home for the elderly”	15 Ergebnisse
#27	“retirement home”	172 Ergebnisse
#28	“old people’s home”	105 Ergebnisse
#29	“care facility”	9,185 Ergebnisse
#30	“nursing facility”	2,961 Ergebnisse
#31	“residential care institutions”	30 Ergebnisse
#32	“geriatric institutions”	141 Ergebnisse
#33	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32	76,888 Ergebnisse
#34	#11 AND #22 AND #33	357 Ergebnisse
	Abstrakt verfügbar; deutsche und englische Sprache	343 Ergebnisse

Suchstrategie 2. Fragestellung (eigene Darstellung)

A.9 Fließdiagramm 2. Fragestellung (PubMed & Cinahl)

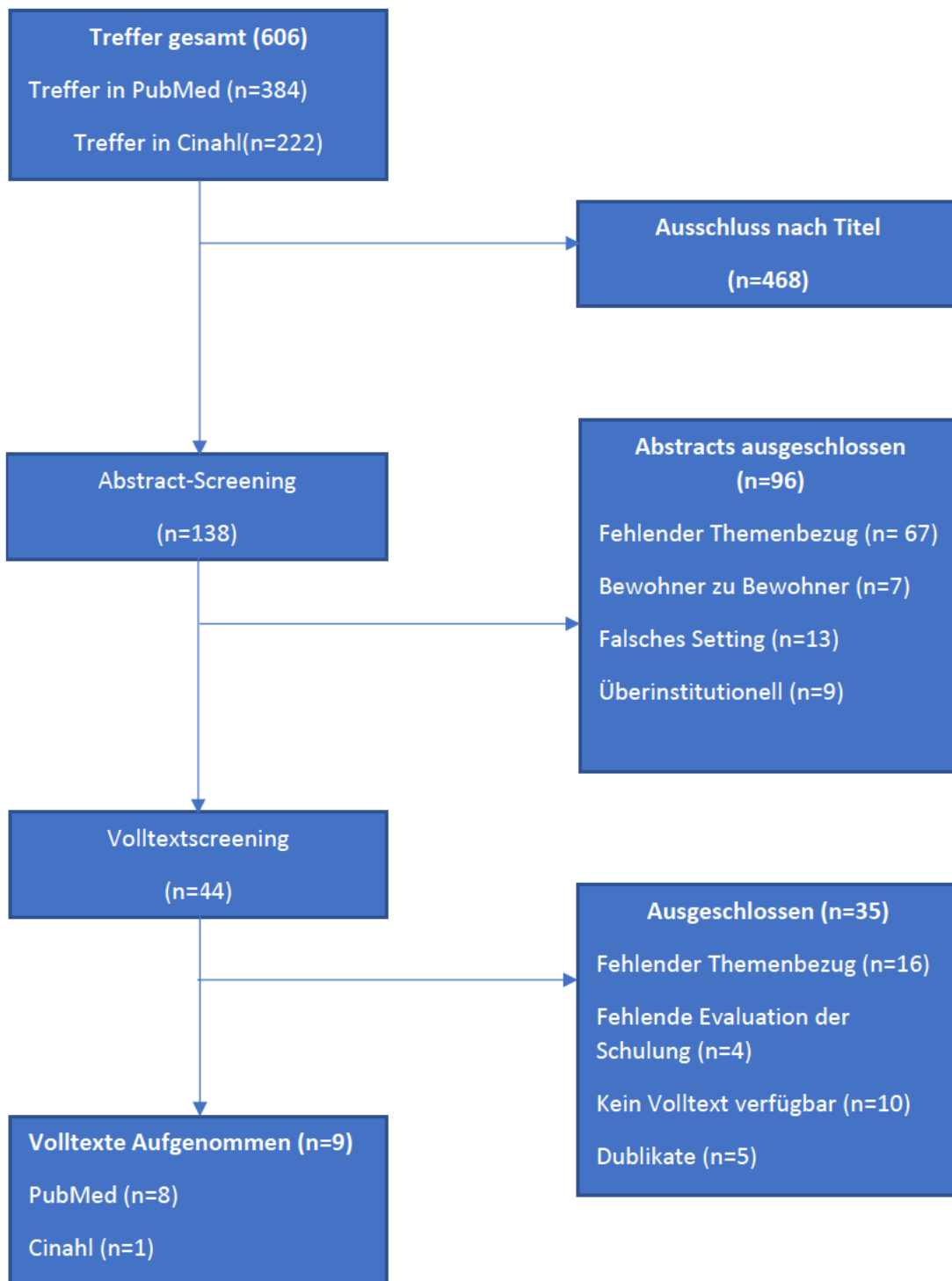


A.10 Suchstrategie 3. Fragestellung (PubMed)

#1	prophylaxis	1,646,077 Ergebnisse
#2	prevent	2,887,695 Ergebnisse
#3	prevention	2,887,695 Ergebnisse
#4	intervention	9,583,076 Ergebnisse
#5	control	5,167,431 Ergebnisse
#6	reduction	1,278,250 Ergebnisse
#7	reduce	2,933,140 Ergebnisse
#8	stop	74,292 Ergebnisse
#9	combat	58,702 Ergebnisse
#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	14,856,932 Ergebnisse
#11	"elder abuse"	3,215 Ergebnisse
#12	"elder maltreatment"	41 Ergebnisse
#13	"elder mistreatment"	327 Ergebnisse
#14	"staff-to-resident- abuse"	6 Ergebnisse
#15	"inadequate care"	500 Ergebnisse
#16	"institutional abuse"	53 Ergebnisse
#17	neglect	75,520 Ergebnisse
#18	"physical abuse"	6,784 Ergebnisse
#19	"emotional abuse"	2,646 Ergebnisse
#20	"psychological abuse"	879 Ergebnisse
#21	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	84,658 Ergebnisse
#22	"long-term care"	43,927 Ergebnisse
#23	"nursing home"	25,773 Ergebnisse
#24	"care home"	2,946 Ergebnisse
#25	"home for the elderly"	15 Ergebnisse
#26	"retirement home"	172 Ergebnisse
#27	"old people's home"	105 Ergebnisse
#28	"care facility"	9,180 Ergebnisse
#29	"nursing facility"	2,958 Ergebnisse
#30	"residential care institutions"	30 Ergebnisse
#31	"geriatric institutions"	141 Ergebnisse
#32	#22 OR 23 OR#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	76,856 Ergebnisse
#33	#10 AND #21 AND #32	484 Ergebnisse
	Abstrakt verfügbar; deutsche und englische Sprache; veröffentlicht zwischen 2000 und 2022	384 Ergebnisse

Suchstrategie 3. Fragestellung (eigene Darstellung)

A.11 Fließdiagramm 3. Fragestellung (PubMed & Cinahl)



A.12 Studienübersicht

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Andela et al. (2021) Frankreich Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout	Quantitative Fragebogenstudie n= 481 Pflegende	Die Studie zielt darauf ab, den Zusammenhang zwischen Burnout der Pflegenden und Gewalt gegen Pflegebedürftige zu verstehen.	Die Studie scheint deutlich zu machen, dass Burnout-Symptome wie emotionale Erschöpfung und Depersonalisation, im Zusammenhang mit Gewalt gegen Pflegebedürftige, im Pflegeheim stehen.	
Ayalon et al. (2016) A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment	Systematische Literaturübersicht	Ziel der vorliegenden Studie ist es, den aktuellen Wissensstand über Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen systematisch zu überprüfen und zu bewerten.	Die systematische Literaturübersicht weist auf unterschiedliche Schulungsmaßnahmen (n=3) hin, die zur Reduktion des „elderspeak“ führen sollen. Eine beinhaltete Studie beschäftigt sich mit dem Einbauen von Snoezelen in die morgendliche Pflege, um damit die Pflegequalität von Dementen zu verbessern.	
Ballard et al. (2019) Kanada Adapting the Elder Abuse Suspicion Index© for Use in Long-Term Care: A Mixed-Methods Approach	Mixed-Methods-Studie	Ziel ist eine Modifizierung des im ambulanten Setting eingesetzten Elder Abuse Suspicion Index©, um diesen für Bewohner*innen mit einem MMST-Wert von ≥ 24 in Langzeitpflegeeinrichtungen nutzen zu können.	Es wurde der EASI-ltc. entwickelt. Fragen, die nicht in das stationäre Setting passen wurden entfernt bzw. modifiziert. Das neue Instrument richtet sich direkt an die Bewohner*innen und enthält 9 Items, mit den Antwortoptionen: „ja“, „nein“, „weiß nicht“, „nicht geantwortet“ Die letzte Frage ist durch das Gesundheitspersonal anhand der klinischen Beobachtung zu beantworten. Eine Validation steht noch aus.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Botngård et al. (2021) Norwegen Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study	Querschnittserhebung n= 3693 Pflegende	Ziel ist die Ermittlung individueller, relationaler und institutioneller Merkmale, die mit der Gewalt von Personal gegen Bewohner*innen, in Pflegeheimen, in Verbindung stehen.	Die Studie nennt die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von körperlicher und psychischer Gewalt sowie Vernachlässigung. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass höher qualifiziertes Personal, Symptome psychischer Belastung und Bewohneraggression die Hauptrisikofaktoren für psychische und physische Gewalt sowie Vernachlässigung zu sein scheinen.	Bewertet mit JBI Checkliste
Braaten & Malmedal (2017) Norwegen Preventing physical abuse of nursing home residents-- as seen from the nursing staff's perspective	Qualitativ-deskriptive Studie n= 14 Pflegende	Ziel war es zu erfahren, welche Maßnahmen/Faktoren Pflegende im Pflegeheim als sinnvoll erachten, um die physische Gewalt gegen Pflegebedürftige zu reduzieren.	Die einbezogenen Faktoren/Maßnahmen beziehen sich auf die Identifikation, Kommunikation, Pflegebeziehung, Teamarbeit, ethische Reflexion, Vertrauensbildung, Beinbezug der Bewohner*innen, Angehörige und Wissen über Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim	Bewertet mit JBI Checkliste
Bradford et al. (2009) USA Impact of an Elderspeak In-Service Training on Resident Well-Being, Self-Esteem, and Communication Satisfaction	Quasi-experimentelle Studie n= 56 Pflegende n= 83 Bewohner*innen	Ziel ist es herauszufinden, ob ein kurze Schulungsintervention die Nutzung von „elderspeak“ reduzieren kann und ob sich daraus die Lebensqualität der Bewohner*innen verbessert.	Es konnten Merkmale des „elderspeaks“ in der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen signifikant reduziert werden. Die Bewohner*innen hatten durch die Reduktion signifikant mehr Selbstbewusstsein und Kommunikationszufriedenheit, welche wie die Reduzierung des „elderspeaks“ auch noch im Posttest drei Monate nach der Intervention anhielten.	
Buzgova & Ivanova (2011) Tschechien Violation of ethical principles in institutional care for older people	Quantitative Studie n= 454 Pflegende n= 488 Bewohner*innen	Ziel ist es, das Ausmaß, die Art und die Ursachen von Gewalt durch unethisches Verhalten von Mitarbeiter*innen gegenüber Bewohner*innen im Pflegeheim zu ermitteln.	Der Studie zufolge stellt die Risikogruppe für die Gewalt gegen Pflegebedürftige überwiegend Bewohner*innen mit aggressivem Verhalten, psychischen Problemen und Demenz dar. Auf Personalseite stellt Burnout einen großen Risikofaktor dar.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Chen et al. (2020) China The relationship between personality traits, caring characteristics and abuse tendency among professional caregivers of older people with dementia in long-term care facilities	Querschnittserhebung n= 156 Pflegende	Ziel ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Pflegeeigenschaften und Gewaltneigung bei professionell Pflegenden von älteren Menschen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen.	In der Ergebnisanalyse konnten fünf signifikante Einflussfaktoren für die Gewalt gegen Demenzerkrankte identifiziert werden: Dabei handelt es sich um (1) Demenzdauer (2) Finanzierung des Aufenthalts (3) Toleranz der Pflegeperson (4) herausforderndes Verhalten (5) Grad der Pflegebedürftigkeit Aufgrund kultureller Unterschiede ist die Übertragbarkeit fraglich.	Bewertet mit JBI Checkliste
Cooper et al. (2013) England Care workers' abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously	Qualitative Studie n= 36 Pflegende	Ziel der Studie war die Entwicklung eines Assessment-Instruments zur anonymen Meldung missbräuchlichen Verhaltens gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim.	Die entwickelte Care Home Conflict Scale (CHCS) ermöglicht Pflegenden im Pflegeheim die anonyme Meldung selbst durchgeführter oder beobachteter Gewalt. Das Assessment-Instrument besteht aus 16 Items. Manche Pflegende äußern Bedenken, dieses am Arbeitsplatz auszufüllen. Das Instrument enthält auch positive Items, da so die Bereitschaft zur Nutzung höher ist.	
Corbi et al.(2015) Elderly abuse: risk factors and nursing role	Artikel	Der Schwerpunkt des Artikels liegt bei der Beschreibung von Arten der Gewalt, Beweggründen und Präventionsmaßnahmen.	Der Artikel stellt eine geringe Qualifikation, Stress, eine niedrige Toleranzschwelle, Burnout, negative Einstellungen gegenüber Älteren, wenig Bereitschaft sich an Vorschriften zu halten und einen hohen Alkoholkonsum als Hauptrisikofaktoren dar.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Beurteilung der Studie
Hirst et al. (2016) Kanada Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults*	Systematische Literaturübersicht	Ziel der Studie war es, Ansätze zur Prävention und Bekämpfung von Missbrauch und Vernachlässigung älterer Menschen in der kanadischen Gesundheitsversorgung zu ermitteln.	Es gibt 4 Schlüsselemente, die Schulungen ansprechen sollten: (1) ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Missbrauch (2) berufliche und rechtliche Pflichten der Pflegenden, bei Verdacht oder Kenntnis von Gewalt (3) Anwendung verschiedener Schulungsstrategien (4) Einstellungen des Personals insofern ändern, dass es keine Gewalt mehr duldet.	
Hsieh et al. (2009) Taiwan Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders	Quasi-experimentelle Studie n= 100 Pflegende	Die Studie verfolgte das Ziel, die Wirksamkeit einer Gruppenintervention von Pflegenden im Pflegeheim, welche die psychische Gewalt gegen Bewohnende und den Arbeitsstress reduzieren soll, zu untersuchen.	Die Intervention hatte eine signifikante Auswirkung auf die Reduktion von psychischer Gewalt gegen Pflegebedürftige und den Wissenszuwachs über pflegerelevante Themen. Eine Reduktion des empfundenen Niveaus des Arbeitsstress konnte nicht erreicht werden. Aufgrund kultureller Unterschiede ist die Übertragbarkeit fraglich.	Bewertet mit JBI Checkliste
Hyde et al. (2014) Großbritannien Organisational aspects of elder mistreatment in long term care	Wissenssynthese	Die Wissenssynthese stellt fünf Faktoren vor, die mit Missbrauch, Vernachlässigung und/oder dem Verlust der Würde älterer Menschen in Pflegeheimen in Verbindung stehen.	Institutionelle Gewalt älterer Menschen wird mit (1.) mangelhafter Infrastruktur, (2.) schlechtem Management und Verfahren, (3.) schlechter Personalausstattung bzw. Eigenschaften des Personals und (4.) verschiedenen Merkmalen der Bewohner*innen, wie kognitive Einschränkungen, in Verbindung gebracht. (5.) Auch eine schlechte Pflege- und Einrichtungskultur kann mit Gewalt in Verbindung stehen.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Lawrence et al. (2010) England Improving care in care homes: a qualitative evaluation of the Croydon Care Home	Qualitative Studie n= 38 Pflegende/Pflegeheimleiter*innen	Diese Studie stellt eine Strategie zur Verbesserung der Pflegestandards und Pflegekultur in Pflegeheimen vor.	Durch die Intervention konnte die allgemeine Pflegekultur verbessert werden. Die Pflegenden berichten über eine Sensibilisierung des Themas Gewalt und mehr Selbstvertrauen und Skills im Umgang mit Demenz. Die Bewohner*innen scheinen sich wohler zu fühlen. Das Programm basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz.	
Lindbloom et al. (2007) Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review	Systematische Literaturübersicht	Besonderes Augenmerk gilt den Arten der Misshandlung, den Risikofaktoren und Markern für Misshandlung sowie den Maßnahmen zur Verringerung des Auftretens von Misshandlung.	Psychische Gewalt wird häufig als Vergeltung von Gewalt durch Bewohner*innen durchgeführt, tägliche Gewalterfahrungen im beruflichen Umfeld erhöhen insb. bei geringer Personalausstattung das Risiko. Psychische Gewalt wird vor allem durch eine stressvolle Arbeitsumgebung ausgelöst.	
Malmedal et al. (2014) Norwegen The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care	Explorative Querschnittserhebung n= 616 Pflegende	Die Studie untersucht Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit der unangemessenen Pflege, der psychischen und physischen Gewalt sowie Vernachlässigung gegen Bewohner*innen beeinflussen.	Der Standort und die Größe des Pflegeheims, das Alter und Bildungsniveau des Personals, die Arbeitszufriedenheit und das Verhalten der Bewohner*innen werden als Einflussfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegen Pflegebedürftige ermittelt.	Bewertet mit JBI Checkliste

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Mileski et al. (2019) Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review	Systematische Literaturübersicht	Ziel ist es, die primären, sekundären und tertiären Interventionsprogramme zur Verringerung oder Verhinderung von Missbrauch in der Langzeitpflege zu bewerten.	Eine „Politik der offenen Tür“, gegenseitiges Vertrauen, Schulungen, ausreichend qualifiziertes Personal und Screening neuer Bewohner*innen und konsequente Nachverfolgung von Gewaltvorfällen scheinen bewährte Mittel zur Prävention von Gewalt gegen Heimbewohner*innen zu sein.	
Moore et al. (2017) England What's in a word? The importance of the concept of "values" in the prevention of abuse of older people in care homes	Qualitative Studie n=36 Pflegende, Pflegemanager*innen, Einrichtungsleiter*innen	Es wird überprüft, welchen Einfluss persönliche Wertevorstellung der Pflegenden auf ihre Einstellung gegenüber Älteren und die Qualität der Pflege haben.	Die persönlichen Wertevorstellungen scheinen einen bedeutenden Einfluss auf die Einstellung gegenüber älteren Menschen und damit auch auf die Pflegequalität zu haben. Die Verantwortlichen sollten daher auf die Einstellung des richtigen Personals achten.	
Natan et al. (2010) Israel Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities	Quantitative deskriptive Studie n= 510 Pflegende	Ziel ist es, die Haupteinflussfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige durch Pflegepersonal in Pflegeheimen, zu ermitteln.	Die Risikofaktoren hängen laut der Studie stark vom Grad des Burnouts und der Qualifikation des Pflegepersonals, deren Einstellungen gegenüber Älteren, dem Geschlecht der Bewohner*innen und der Institutionsgröße ab.	
Payne & Fletcher (2005) USA Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers	Quantitative Fragebogenstudie n=76 Pflegeheimleiter*innen	In der Umfrage soll herausgefunden werden, welche Strategien Pflegeheimleiter*innen anwenden, um Bewohner*innen vor Gewalt zu schützen.	Als Präventionsstrategien wurden eine Reihe von Maßnahmen genannt, wobei Transparenz und Personalmanagement sowie festgelegte Richtlinien und Verfahren eine bedeutende Rolle spielen.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Richardson et al. (2002) England The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial	Randomisierte kontrollierte Studie n= 86 Pflegende	Ziel der Studie war es herauszufinden, ob Unterrichtseinheiten oder gedrucktes Material zur Selbstdurchsicht einen höheren Effekt auf das Wissen und Management von „elder abuse“, die positive Einstellung gegenüber Dementen und die Burnout-Werte hat.	Unterricht an Pflegende scheint einen signifikant größeren Effekt auf den Wissenszuwachs und das Management von Gewalt gegen Pflegebedürftige zu haben als gedrucktes Material zur eigenständigen Durchsicht. Zudem scheint Wissen in diesem Thema positiv mit guten Einstellungen gegenüber Älteren zu korrelieren. Ein Effekt auf die Burnout-Werte konnte nicht festgestellt werden.	Bewertet mit JBI Checkliste
Schiarnberg et al. (2014) Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective	Artikel	Entwicklung eines ökologischen Modells , welches das Auftreten von Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim erklären soll.	Der Artikel beschreibt diverse Umstände auf Ebene der Bewohner*innen und des Personals welche die Wahrscheinlichkeit von Gewalt gegen Pflegebedürftige erhöhen.	
Sprangers et al.(2015) Niederlande Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides	Quasi-experimentelle Studie Pre-/Post Design n= 24 Pflegehelfer*innen n=26 Bewohner*innen mit Demenz	Die vorliegende Studie zielt auf die Durchführung eines kurzen Kommunikationstrainings zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegehelfer*innen mit Bewohner*innen mit Demenz in einem Pflegeheim, ab.	Durch die Intervention nahm die Belastung der Pflegehelfer*innen ab. Der Kommunikationsstil mit den Bewohner*innen ist durch die Intervention angemessener geworden und Pflegehandlungen wurden vermehrt angekündigt. Es gab einen Trend zur Reduktion psychopathologischen Verhaltens der Bewohner*innen.	Bewertet mit JBI Checkliste

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Touza et al. (2019) Prevention of elder abuse in long-term care facilities	Scoping Review	Das Scoping Review verfolgt das Ziel, Maßnahmen zu beschreiben, die zur Reduktion von Gewalt gegen Pflegebedürftige in Langzeitpflegeeinrichtungen führen.	Schulungen stellen einen elementaren Bestandteil bei der Reduktion von Gewalt gegen Pflegebedürftige, in stationären Pflegeeinrichtungen, dar. Zudem sind diverse organisatorische Faktoren notwendig, um die Gewalt gegen Bewohner*innen zu reduzieren. Es wird der Einsatz von Überwachungstechniken diskutiert.	
van Weert (2004) Niederlande Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care	Quasi-experimentelle Studie Pre-/Post-Design n= 120 zertifizierte Pflegeassistent*innen n= 120 Bewohner*innen	Ziel der Studie war es, die Verhaltensänderungen von zertifizierten Pflegeassistent*innen, 18 Monate nach der Einführung von Snoezelen in die 24-Stunden Demenzpflege, zu beobachten.	Es wurde eine signifikante Verbesserung der PPW- und MSP Gesamtwerte beobachtet werden. Es gibt einen deutlichen Anstieg der Berücksichtigung olfaktorischer und visueller Reize von Bewohner*innen durch zertifizierte Pflegeassistent*innen. Bedürfnisse und Wünsche einzelner Bewohner*innen, wie morgens nicht für die Pflege zu werden, sondern von alleine aufzuwachen, wurden vermehrt berücksichtigt.	Bewertet mit JBI Checkliste
Wang (2005) Taiwan Psychological Abuse Behavior Exhibited by Caregivers in the Care of the Elderly and Correlated Factors in Long-Term Care Facilities in Taiwan	Querschnittserhebung n= 114 Pflegenden	Ziel dieser Studie war es, das Ausmaß psychischer Gewalt und damit verbundene Faktoren unter Pflegekräften in Langzeitpflege Einrichtungen in Taiwan zu untersuchen.	Die CPEAB-Skala gibt die Möglichkeit die Häufigkeit und die Art der psychischen Gewalt von Pflegepersonal in Langzeiteinrichtungen schnell zu messen. Dieses Instrument ist in der stationären Langzeitpflege durchzuführen. Es gibt eine Likert-Skala, dessen Antwortmöglichkeiten von 1-4 Punkte reichen. Je höher die Punktzahl ist, desto höher das Gewaltverhalten.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
Wang et al. (2007) Taiwan Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People	Mixed-Method Studie	Ziel war die Entwicklung eines Assessments, um psychische Gewalt gegen Pflegebedürftige identifizieren zu können.	Das Instrument identifiziert das Risiko pflegebedürftiger Menschen, psychische Gewalt im Pflegeheim zu erfahren. Es verfügt über 32 Items im Ja/Nein-Antwortformat Eine kulturelle Übertragbarkeit des in Taiwan entwickelten Instrument ist nicht möglich.	
Wangmo et al. (2017) Schweiz Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers	Explorative qualitative Studie n= 23 Pflegende & Pflegeleitende*innen	Hauptziel war es, Maßnahmen zu finden, welche nach der Meinung von Pflegedienstleiter*innen zu einer Reduktion der Gewalt gegen Pflegebedürftige, im Pflegeheim beitragen können.	Die Verbesserung der allgemeinen Arbeits- und Personalsituation, Einrichtungskultur und gezielte Schulungen vor allem für unerfahrenes Personal könnten, nach der Vorstellung der Teilnehmer*innen, zur Reduktion von Gewalt gegen Pflegebedürftige führen.	Bewertet mit JBI Checkliste
Williams et al. (2003) USA Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak	Quasi-experimentelle Studie n= 20 Zertifizierte Pflegeassistent*innen n=107 Bewohner*innen	Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit eines kurzen Kommunikationstrainings für zertifizierte Pflegeassistent*innen zu prüfen. Die Intervention zielte auf eine Reduktion des „elderspeaks“ ab.	Unmittelbar nach der Intervention waren signifikant weniger Merkmale infantilisierender Sprache (z.B. Nutzen von Kollektivpronomen oder Verniedlichungen) zwischen Personal und Bewohner*innen zu beobachten.	
Williams (2006) USA Improving Outcomes of Nursing Home Interactions	Ein-Gruppen Prä-Post-Design n= 38 Pflegende n= 60 Bewohner*innen	Ziel war die Evaluation der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen nach einer Schulungsintervention zur Reduzierung des „elderspeaks“.	Während unmittelbar nach Abschluss der Intervention eine signifikante Verbesserung der Kommunikationsqualität zu beobachten war, nahm diese nach zwei Monaten wieder signifikant ab, sodass die Sprache kontrollierender und weniger respektvoll den Bewohnenden gegenüber war.	

Studie	Studiendesign	Ziel der Studie	Ergebnisse in Hinsicht auf die Fragestellung	Bewertung der Studie
<p>Yon et al. (2018)</p> <p>The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Systematische Literaturübersicht</p>	<p>Ziel der Studie war es, Literatur die sich mit Prävalenzschätzungen zur Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim befasst, zusammenzufassen.</p>	<p>Die Prävalenzdaten beruhen auf Auskünften des Personals und stammen aus Tschechien, Deutschland, Irland, Israel und den USA. Am häufigsten tritt psychische Gewalt (33,4 %), gefolgt von physischer Gewalt (14,1 %), finanzieller Gewalt (13,8 %), Vernachlässigung (11,6 %) und sexueller Gewalt (1,9 %).</p>	

A.13 Kritische Bewertung der Studien nach JBI

A.13.1 Studie von Botngård et al. (2021)

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 25.04.2022

Author: Botngård et al.

Year: 2021

Record Number: 1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie ist eine der größten Personalumfragen der Welt, die sich auf Risikofaktoren der Gewalt gegen Ältere im Pflegeheim bezieht. Sie bezieht sich auf die Anwendung psychischer und physischer Gewalt sowie Vernachlässigung gegen Pflegebedürftige

A.13.2 Studie von Braaten & Malmedal et al. (2017)

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 13.05.2022

Author : Braaten & Malmedal et al. **Year** 2017

Record Number: 2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die bewertete Studie ist von hoher Qualität. Beruflich Pflegende werden in Fokusgruppen interviewet. Sie beschäftigen sich damit, was aus ihrer Sicht die physische Gewalt gegen Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege reduzieren kann. Dabei wird unter anderem von nötigen Kommunikationsfähigkeiten, personenzentrierter Pflege und kritischer Reflexion des eigenen Verhaltens gesprochen.

A.13.3 Studie von Chen et al. (2020)

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 25.04.2022

Author: Chen et al.

Year: 2020

Record Number: 3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie beschäftigt sich mit Faktoren, die im Zusammenhang mit Gewalt gegen Pflegebedürftige in chinesischen Pflegeheimen für dementiell Erkrankte stehen. Es hat sich herausgestellt, dass Demenz und herausfordernde Verhaltensweisen, neben weiteren Umständen, die Hauptrisikofaktoren sind. Aufgrund kultureller Unterschiede ist die Übertragbarkeit jedoch fraglich.

A.13.4 Studie von Hsieh et al. (2007)

JBI Critical Appraisal Checklist for quasi-experimental studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 24.01.2022

Author: Hsieh et al.

Year: 2007

Record Number: 4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie stellt eine Intervention dar, die die psychische Gewalt gegen Pflegebedürftige in stationären Langzeiteinrichtungen reduzieren soll. Zudem zielt sie darauf ab, den Arbeitsstress des Pflegepersonals zu reduzieren. Es handelt sich um eine der wenigen Interventionen, die direkt auf eine Reduktion von Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegende abzielen und ist in der internationalen Forschung viel zitiert.

A.13.5 Studie von Malmedal et al. (2014)

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 25.04.2022

Author: Malmedal et al.

Year: 2014

Record Number: 5

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie sucht nach Faktoren, die im Zusammenhang mit Vernachlässigung, psychischer sowie physischer Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegende stehen. Sie Berücksichtigung aller Ein- und Ausschlusskriterien kann sie zur Bearbeitung der Bachelorthesis herangezogen werden.

A.13.6 Studie von Richardson et al. (2002)

JBI Critical Appraisal Checklist for randomized Controlled trials

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 31.04.2022

Author: Richardson et al.

Year: 2002

Record Number: 6

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie zeigt, dass Unterrichtseinheiten einen signifikant größeren Effekt auf das Wissen und Management von Gewalt gegen Pflegebedürftige und eine positive Einstellung gegenüber Dementen haben als schriftliches Material zu eigenständigen Durchsicht

A.13.7 Studie von Sprangers et al. (2015)

JBI Critical Appraisal Checklist for quasi-experimental studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 31.04. 2022

Author: Sprangers et al.

Year 2015

Record Number: 7

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie zeigt, dass eine unaufwändige kurze Schulungsmaßnahme den Belastungszustand der Pflegenden signifikant reduzieren kann. Zudem nimmt gibt es einen Trend zur Abnahme des psychopathologischen Verhaltens der Bewohner*innen. Die Qualität und Quantität der Kommunikation hat sich verbessert. Die Ergebnisse führen möglicherweise zu einer Reduktion der Gewalt gegen Pflegebedürftige

A.13.8 Studie von van Weert et al. (2006)

JBI Critical Appraisal Checklist for quasi-experimental studies

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 09.05.2022

Author: van Weert et al.

Year: 2006

Record Number: 8

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Durch die Schulungsmaßnahme hat sich das Verhalten der Interventionsgruppe signifikant, bei der morgendlichen Pflege der Bewohner*innen verbessert, Sinnesreize wurden der Pflegebedürftigen vermehrt mit eingebaut und mithilfe eines Snoezelen-Pflegeplanes konnten Wünsche der Bewohner*innen vermehrt berücksichtigt werden

A.13.9 Studie von Wangmo et al. (2017)

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer: Schuppert, Henri

Date: 04.05.2022

Author: Wangmo et al.

Year: 2017

Record Number: 9

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie bildet ab, was nach der der Meinung von Pflegedienstleiter*innen zur Reduktion von Gewalt gegen Pflegebedürftige im Pflegeheim führt. Dabei werden Verbesserungen der allgemeinen Arbeits- und Personalsituation, Einrichtungskultur und gezielte Schulungen vor allem für unerfahrenes Personal genannt.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 01.06.2022

