

Thomas Görgen, Sabine Nowak, Anna Reinelt-Ferber, Stefan Jadzewski,
Anabel Taefi, Anja Gerlach und Caroline Heydenbluth

Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung

Bericht an das

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

April 2020

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhaltsverzeichnis

1. Thematische Einführung: Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern als Facette von „Gewalt im Alter“	4
2. Stand der Forschung.....	4
3. Ziele und Fragestellungen der Studie	10
4. Methodik	12
4.1. <i>Resident-to-resident aggression</i> als herausforderndes Forschungsfeld	12
4.2. Multimethodaler und multiperspektivischer Ansatz	13
4.2.1. Standardisierte schriftliche Befragung von in der stationären Altenhilfe tätigen Personen	13
4.2.2. Multiperspektivische Interviewstudie in stationären Altenhilfeeinrichtungen	17
4.2.3. Expertinnen- und Experteninterviews.....	21
4.2.4. Empirisch gestützte Entwicklung von Schulungs- / Trainingskonzepten und -materialien	22
5. Untersuchungsergebnisse	22
5.1. Befragung von Beschäftigten in der stationären Altenhilfe	22
5.1.1. Untersuchungsstichprobe	22
5.1.2. Erfahrungen mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern	27
5.1.3. Ereignisbezogene RRA-Analysen	31
5.1.4. Institutionelle Verfahrensweisen mit Relevanz für RRA-Ereignisse	41
5.1.5. Fortbildung / Schulung mit RRA-Relevanz.....	44
5.1.6. Zwischenbilanz	47
5.2. Multiperspektivische Interviewstudie in stationären Altenhilfeeinrichtungen	48
5.2.1. Überblick.....	48
5.2.2. Phänomenologie von RRA-Ereignissen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe....	48
5.2.3. RRA-Episoden: Entstehungsbedingungen, Auslöser, ereignisfördernde und -hemmende Konstellationen.....	69
5.2.4. Organisationaler und individueller Umgang mit RRA-Phänomenen.....	81
5.2.5. Aus- und Fortbildung in der stationären Altenhilfe und die Bewältigung von RRA-Problemlagen	105
5.2.6. Zwischenbilanz	117
5.3. Expertinnen- und Experteninterviews.....	119
5.3.1. Anlage der Untersuchung und Interviewstichprobe	119
5.3.2. Expertinnen- und Expertensichtweisen zum Phänomenbereich „ <i>resident-to-resident aggression</i> “	120
5.3.3. Expertinnen- und Expertensichtweisen zum Umgang mit RRA	124
5.3.4. Expertinnen- und Expertensichtweisen zu Perspektiven für die Prävention	126

5.3.5.	Zwischenbilanz	132
6.	Zusammenfassung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse	132
6.1.	Zusammenfassung.....	133
6.1.1.	Überblick zum Projekt	133
6.1.2.	Befunde der standardisierten Befragungen in der stationären Altenhilfe	134
6.1.3.	Befunde der qualitativen Interviews in stationären Altenhilfeeinrichtungen	137
6.1.4.	Befunde der Expertinnen- und Experteninterviews.....	143
6.2.	Diskussion der Untersuchungsergebnisse.....	146
6.2.1.	RRA – ein anderer Begriff für „herausforderndes Verhalten“?.....	146
6.2.2.	Präventiver Umgang mit RRA	147
6.2.3.	Grenzen der Studie und Ausblick	151
	Literatur.....	153

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Im Fragebogen für in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Tätige erfasste Erscheinungsformen von RSA und RRA.....	15
Tabelle 2: Berufsabschlüsse in Pflege, Betreuung und Versorgung.....	25
Tabelle 3: Berufliche Position der Befragten	26
Tabelle 4: Von resident-to-staff aggression (RSA) in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung betroffene Befragte	28
Tabelle 5: Von resident-to-staff aggression (RSA) in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung betroffene Pflegefachkräfte und Pflegeassistentz-/ Hilfskräfte.....	29
Tabelle 6: Prävalenz der Beobachtung von RRA-Phänomenen durch Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung.....	30
Tabelle 7: Prävalenz der Beobachtung von RRA-Phänomenen durch Pflegefachkräfte und Pflegeassistentz- / Hilfskräfte in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung	30
Tabelle 8: Formen von Bewohnerinnen-/Bewohneraggression in der zuletzt beobachteten RRA-Episode	32
Tabelle 9: Personen-Konstellationen beim zeitlich jüngsten RRA-Ereignis	34
Tabelle 10: Geschlecht und Alter der in RRA-Episoden beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner ..	34
Tabelle 11: Physische und kognitive Beeinträchtigungen der beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner	35
Tabelle 12: Von Befragten berichtete Diagnosen der am Aggressionsereignis beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner	36
Tabelle 13: Zeitliche Lokalisierung des berichteten jüngsten RRA-Ereignisses	37
Tabelle 14: Einschätzungen der Befragten zu für das Zustandekommen des von ihnen geschilderten jüngsten RRA-Ereignisses relevanten Faktoren.....	38
Tabelle 15: Von Befragten berichtete kurzfristige Maßnahmen im Umgang mit dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis	39
Tabelle 16: Von Pflegefachkräften und Pflegeassistentz- und Hilfskräften berichtete kurzfristige Maßnahmen nach dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis.....	40
Tabelle 17: Von Befragten genannte längerfristige Maßnahmen nach dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis	41
Tabelle 18: Vorhandensein von Pflegestandards/Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Bewohnerverhalten in der Einrichtung	42
Tabelle 19: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistentz- und Hilfskräften zur Praxis der Dokumentation von RRA-Ereignissen in der Einrichtung.....	42
Tabelle 20: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistentz- und Hilfskräften zur Durchführung von Fallbesprechungen in der Einrichtung.....	43
Tabelle 21: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistentz- und Hilfskräften zur Häufigkeit von Fallbesprechungen in der Einrichtung.....	43
Tabelle 22: Subjektive Bedeutsamkeit von Schulungen bzw. Fortbildungen zum Themenkomplex Aggression und Gewalt.....	44
Tabelle 23: Themenschwerpunkte besuchter Schulungen zu „Aggression und Gewalt in der Pflege“	45
Tabelle 24: Thematische Schulungs-/ Fortbildungsdesiderate der Befragten.....	46

1. Thematische Einführung: Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern als Facette von „Gewalt im Alter“

„Gewalt in der Pflege“ wird seit zwei bis drei Jahrzehnten in Deutschland und international zunehmend thematisiert (vgl. etwa den Review von Lachs & Pillemer, 2015). Dabei stehen in der Regel zunächst Verhaltensweisen (in der Erscheinungsform des aktiven Tuns wie des Unterlassens) von Pflegenden – seien es Familienangehörige, Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter ambulanter Dienste oder Pflegekräfte in voll- und teilstationären Einrichtungen – gegenüber Pflegebedürftigen im Vordergrund. Daneben wird auch Gewalt und Aggression von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegenden (häufig als eine Erscheinungsform von „challenging behaviour“ konzipiert, vgl. Hazelhof, Schoonhoven, van Gaal, Koopmans, & Gerritsen, 2016) in der Forschung wie in berufsfeldbezogenen Diskursen zum Thema gemacht (Zeller et al., 2009).

Erst in den letzten Jahren wird auch Aggression *unter* Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe als Problemfeld wahrgenommen. In der Forschung geschieht dies unter Begrifflichkeiten wie „resident-to-resident elder mistreatment“ (Lachs, Teresi, & Ramirez, 2014), „resident-to-resident abuse“ (Castle, 2012) oder „resident-to-resident aggression“ (Caspi & Bonifas, 2014). Während von Pflegenden ausgehende Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in aller Regel als „abuse“ bezeichnet wird (in dem Begriff kommen der Bruch von Vertrauen und der Verstoß gegen an die gewaltausübende Person gerichtete Verhaltenserwartungen zum Ausdruck), setzen sich für die hier in Frage stehenden Phänomene im englischsprachigen Raum zunehmend die Formulierungen „resident-to-resident aggression“¹ (abgekürzt: RRA) bzw. „resident-to-resident elder mistreatment“ (RREM) durch, die – im Vergleich zum *abuse*-Begriff – nicht oder allenfalls in abgeschwächter Form die Konnotation des Missbrauchs einer Macht- und Verantwortungsposition in sich tragen. Rosen und Kollegen (2008a, S. 78) definieren RRA als „negative and aggressive physical, sexual or verbal interactions between long-term care residents that in a community setting would likely be construed as unwelcome and have high potential to cause physical or psychological distress in the recipient“. Der Schwerpunkt liegt hier auf den Handlungsfolgen und Rosen et al. (2008a) weisen zugleich auf die Bedeutung des Kontexts „stationäre Pflegeeinrichtung“ für die Bewertung von Handlungen hin.²

2. Stand der Forschung

Im Folgenden werden Befunde zu Gewalt- und Aggressionsphänomenen unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe zusammenfassend dargestellt. Bislang ist die einschlägige Literatur von Ausnahmen abgesehen primär nordamerikanischen Ursprungs. Zu diesen Ausnahmen gehört eine niederländische Studie (Trompeter, Scholte, & Westerhof, 2011), die allerdings nicht Pflegeheime, sondern Einrichtungen des Betreuten Wohnens zum Gegenstand hat. In

¹ Bisweilen auch in der Fassung „resident-on-resident aggression“.

² Diese Komponente der Begriffsbestimmung erinnert an Konzepte der „Normalisierung von Gewalt“, wie sie bislang vor allem in Bezug auf innerfamiliäre Gewaltphänomene (vgl. z.B. Khan & Rogers, 2015; Pornari, Dixon, & Humphreys, 2013) bzw. auf Formen der (staatlich sanktionierten) Makrokriminalität angewendet wurden (siehe etwa Staub, 1985; Ward, 2005).

einzelnen skandinavischen Arbeiten (Sandvide, Åström, Norberg, & Saveman, 2004; Sandvide, Åström, & Saveman, 2010) wird die Thematik insofern gestreift, als dort die Wahrnehmung von Gewaltereignissen in der stationären Pflege aus der Perspektive von Pflegekräften rekonstruiert wird.

Erscheinungsformen von RRA: Die Erscheinungsformen aggressiven und gewaltförmigen Verhaltens unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen sind vielgestaltig und umfassen u.a. unterschiedlichste Arten und Schweregrade körperlicher Gewalt, verbal aggressives Verhalten, sexuelle Belästigung, Formen der sozialen Ausgrenzung und des Territorialverhaltens im Sinne der aggressiven Inanspruchnahme oder Verteidigung von Teilen des in der Institution verfügbaren Raumes (Görge, 2010, 2015). In einigen Arbeiten wird auch das bislang primär mit Blick auf Schule und Arbeitsplatz verwendete Konzept des „bullying“ auf Einrichtungen der stationären Altenhilfe übertragen (z.B. Andresen & Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; VandeNest, 2016).

Pillemer et al. (2012) ordneten 122 Fälle von RRA, die sich binnen 14 Tagen in Einrichtungen in New York ereigneten, fünf Problemkategorien zu, die sie mit den Begriffen „invasion of privacy or personal integrity“ (33 Fälle), „room-mate altercations“ (23 Fälle), „hostile interpersonal interactions“ (38 Fälle), „unprovoked actions“ (21 Fälle) und „inappropriate sexual behaviors“ (sieben Fälle) bezeichnen. Die Benennungen bringen Annahmen über die Fallgenese zum Ausdruck (Wahrung und Verletzung von Privatsphäre in einem institutionellen Setting, Konflikte bei dauerhafter Nähe unter den Bedingungen von Mehrfachbelegung eines Raumes etc.).

RRA-Ereignisse können zu schwersten Verletzungen und auch zum Tod von Beteiligten führen. Caspi (2016) beschreibt und analysiert 40 Todesfälle im Zusammenhang mit Auseinandersetzungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen in den USA. Murphy, Bugeja, Pilgrim, & Ibrahim (2017) untersuchten 28 Fälle von RRA-Vorkommnissen mit tödlichem Ausgang, die sich zwischen 2000 und 2013 in australischen Pflegeeinrichtungen ereignet hatten. Sie fanden, dass die Täter ganz überwiegend Männer waren, zugleich aber auch für männliche Bewohner ein deutlich höheres Tötungsrisiko bestand als für Frauen. Rund 90% der in tödliche RRA-Ereignisse involvierten Personen waren demenziell erkrankt, Täter wie Opfer wiesen zu hohen Anteilen Verhaltensprobleme (Herumwandern, aggressives Verhalten etc.) auf. Die Täter waren durchschnittlich jünger als die Getöteten. Die Taten ereigneten sich überwiegend in gemeinschaftlich genutzten Bereichen, und die zum Tod führenden Tathandlungen bestanden häufig in Schubsen und Stoßen mit resultierenden Sturzereignissen. Saint-Martin, Lefrancq und Sauvageau (2012) stellen den außergewöhnlichen Fall der Tötung einer 91-jährigen demenziell erkrankten Heimbewohnerin durch eine ebenfalls demenzkranke Mitbewohnerin mittels Einführens von aus Toilettenpapier gerollten Kügelchen in die Mundhöhle dar.

Ebenso finden sich Studien zu sexuellen Gewalthandlungen gegenüber Bewohnerinnen (etwa Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Rosen et al., 2010), aus denen geschlussfolgert werden kann, dass wesentliche Anteile entsprechender Vorkommnisse auf Mitbewohner zurückgehen. Abner und Kollegen (2016) untersuchten 410 Fälle von Helffeldberichten (von Adult Protective Services) zu sexuellen Übergriffen gegenüber Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in fünf US-Bundesstaaten. In 63 % der Fälle, in denen sich der ursprüngliche Verdacht erhärtete, ging die Tat von Mitbewohnern aus.

Neben aggressivem Verhalten im engeren Sinne sind Heimbewohnerinnen und -bewohner auch in anderer Weise durch – in der Regel krankheitsbedingte – Verhaltensweisen belastet. Dazu gehören z.B. repetitive Verbalisationen, Schreien, allgemeine Unruhe, ständiges Fordern von Aufmerksamkeit, Missachtung der als angemessen erlebten interpersonellen Distanz, Entwenden bzw. Verstecken von

Gegenständen, ruheloses Umherwandern und Be- oder Entkleiden in einer sozial unangemessenen Weise (u.a. Cohen-Mansfield et al., 2007; Halek & Bartholomeyczik, 2006; Salzman et al., 2008).

Verbreitung und Häufigkeit: Die Verbreitung aggressiven, gewaltförmigen Verhaltens unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen geht nach bisherigen Befunden weit über gelegentliche Einzelfälle hinaus. Einen Ausschnitt des Hellfelds beleuchtend, fanden Lachs et al. (2007), dass ca. 89 % derjenigen Vorkommnisse in Heimen, die einen Polizeieinsatz nach sich zogen, auf die Kategorie „resident-to-resident elder mistreatment“ entfielen. RRA-Fälle machen ca. 30 % der offiziell registrierten Fälle von „elder abuse“ in kanadischen Pflegeeinrichtungen aus (McDonald et al., 2015). Malone, Thompson und Goodwin (1993) analysierten die in einer großen Pflegeeinrichtung über den Zeitraum eines Jahres hinweg dokumentierten Fälle aggressiven Verhaltens (N = 94). 44 % dieser Vorfälle gingen von sechs Bewohnern aus; 62 % aller Opfer waren Mitbewohner. Joyce (2019) untersuchte für den Zeitraum eines Kalenderjahres die in 13 stationären Altenhilfeeinrichtungen in Australien dokumentierten RRA-Vorkommnisse. In die insgesamt 169 registrierten Fälle waren 7.6% der Bewohnerinnen und Bewohner als Gewaltbetroffene und 6.9% als Gewaltausübende mindestens einmal involviert. 90% der Täter waren kognitiv beeinträchtigt. Die Betroffenen blieben in der Mehrzahl unverletzt. Auf die Täter wurde überwiegend verhaltensbezogen eingewirkt; lediglich in zwei Fällen ergingen Mitteilungen an die Polizei oder eine andere staatliche Einrichtung.

Neben einzelnen quantitativen Befunden auf der Basis von Hellfelddaten unterschiedlicher Provenienz und Beschaffenheit liegen auch Erkenntnisse aus Dunkelfeldstudien vor. So fand Castle (2012) in einer Befragung von mehr als 4.000 Pflegehilfskräften, dass 94 % der Befragten innerhalb eines Dreimonatszeitraums beobachtet hatten, wie Bewohnerinnen und Bewohner andere Pflegebedürftige durch Verhaltensweisen wie Schubsen oder Kneifen körperlich attackierten, 97 % hatten Anschreien unter Bewohnerinnen und Bewohnern registriert. Schiamberg, von Heydrich, Chee und Post (2015) ermittelten auf der Basis einer Befragung von Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern eine von den Angehörigen berichtete Misshandlungsprävalenz von 16,8 %. Rosen, Pillemer und Lachs (2008b) fanden in einer Interviewstudie mit 82 Bewohnerinnen und Bewohnern, dass innerhalb der letzten 14 Tage 2,4 % physische Gewalt durch andere Bewohnerinnen und Bewohner erlebt hatten und 7,3 % verbale Aggression. In einer Studie in zehn stationären Pflegeeinrichtungen im US-Bundesstaat New York ermittelten Lachs et al. (2016) eine Monatsprävalenz von „resident-to-resident elder mistreatment“ von 20,2 %. Am häufigsten waren verbale Übergriffe und andere Formen nicht unmittelbar körperlicher Aggression (wie Verletzungen der Privatsphäre); 5,2 % der Bewohnerinnen und Bewohner waren binnen eines Monats von physischer, 0,6 % von sexueller Aggression betroffen.

Mit Blick auf die rudimentäre Datenlage und die Uneinheitlichkeit der vorhandenen Daten lässt die Prävalenz von RRA sich derzeit noch nicht verlässlich bestimmen (Ferrah et al., 2015); alle Befunde weisen aber darauf hin, dass es sich nicht etwa um seltene Randphänomene handelt. Mit Blick auf die gewaltausübenden Personen geben die bisherigen Studien erste Hinweise darauf, dass RRA-Taten nicht gleichmäßig über die ältere Heimpopulation verteilt sind, sondern sich (insofern auch anderen Erscheinungsformen von Kriminalität und Gewalt entsprechend) zu wesentlichen Teilen bei einer kleineren Gruppe wiederholt auffälliger Personen konzentrieren.

Handlungsfolgen: Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern sind geeignet, die physische und psychische Integrität der Betroffenen in bedeutsamem Maße zu beeinträchtigen (Ferrah et al., 2015; Shinoda-Tagawa et al., 2004) und ziehen auch tödliche Folgen nach sich (Caspri, 2016). In der Studie von Shinoda-Tagawa et al. (2004) wurden Platzwunden, Prellungen und Frakturen

als häufigste körperliche Verletzungen konstatiert. McCartney und Severson (1997) dokumentieren Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung bei einer 82-jährigen Frau, die in einer stationären Pflegeeinrichtung Opfer des sexuellen Übergriffs eines Mitbewohners wurde. Ikegawa und Okumura (1998) fanden, dass ein Fünftel der Opfer von „bullying“ unter den Patienten einer geriatrischen Klinik den Wunsch äußerte, die Klinik zu verlassen, um weiteren Viktimisierungen zu entgehen; die Opfer wiesen zudem erhöhte Depressivitätswerte auf. Insgesamt lässt die bisherige Forschungslage den Schluss zu, dass die Konsequenzen von RRA grundsätzlich jenen entsprechen, wie sie auch aus anderen Gewaltbereichen (etwa: Intimpartnergewalt, Misshandlung von Kindern) bekannt sind.

Bedingungsfaktoren und Handlungskontexte: Die Bedingungsfaktoren aggressiven und gewaltförmigen Handelns unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen sind komplex und erst in Teilen analytisch durchdrungen (Caspi & Bonifas, 2014). Im Folgenden werden verstreut vorliegende Befunde zu den Hintergründen von RRA auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet:

- (a) Personale Ebene – Opfer:** Zu den Personenmerkmalen, die im Hinblick auf ihre Relevanz für das Betroffensein durch RRA in Betracht gezogen werden, gehören vor allem kognitive Beeinträchtigungen und Mobilität. Shinoda-Tagawa et al. (2004) berichten, dass solche Bewohnerinnen und Bewohner seltener von RRA betroffen waren, die entweder über hinreichende kognitive Fähigkeiten verfügten, riskante Situationen als solche zu erkennen und der Gefährdung aus dem Weg zu gehen oder die in ihrer Mobilität und ihren Handlungsmöglichkeiten soweit eingeschränkt waren, dass konfliktträchtige Begegnungen unwahrscheinlicher wurden. Auch Lachs et al. (2016) fanden, dass stark mobilitätseingeschränkte Pflegebedürftige seltener von Aggression und Gewalt betroffen waren als diesbezüglich weniger beeinträchtigte Personen. Höhere RRA-Prävalenzen wurden auf speziellen Demenzstationen verzeichnet. Stark kognitiv beeinträchtigte Personen waren dieser Studie zufolge weniger betroffen als solche mit allenfalls moderaten kognitiven Einschränkungen. Diese Befunde weisen vor allem auf ein komplexes Wechselspiel zwischen Ressourcen/Kompetenzen, Konflikthanlässen und Tatgelegenheiten hin. Sind etwa Bewohnerinnen und Bewohner körperlich so weitgehend beeinträchtigt, dass ihre Mobilität sehr stark eingeschränkt ist, kann dies sie auf der einen Seite vulnerabler gegenüber Angriffen machen. Zugleich dürften aber damit auch Konflikthanlässe und Tatgelegenheiten, die in den halböffentlichen, gemeinschaftlich genutzten Bereichen eines Heimes entstehen können, für die konkrete Person reduziert sein.
- (b) Personale Ebene – Täter:** Zusammenhänge zwischen demenziellen Erkrankungen und aggressiven, sozial unangemessenen, gewaltförmigen oder auch strafrechtlich relevanten Verhaltensweisen wurden vielfach untersucht (etwa Cipriani, Lucetti, Danti, Carlesi, & Nuti, 2016; Cipriani, Ulivi, Danti, Lucetti, & Nuti, 2016; Liljegren et al., 2015). Aggressives Verhalten gilt – neben weiteren Merkmalen wie Agitiertheit, Halluzinationen oder wahnhaftige Symptome – als eine Komponente von BPSD („Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia“; Überblick bei Cerejeira et al., 2012; Şahin Cankurtaran, 2014). Zugleich machen Studien deutlich, dass demenzielle Erkrankungen mit anderen Merkmalen interagieren und im Ergebnis die Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens erhöhen können; insbesondere werden Zusammenhänge mit depressiven Symptomen und dem Erleben von Schmerz berichtet (u.a. Ahn, Garvan & Lyon, 2015; Leonard et al., 2006). Ferrah et al. (2015) kommen zu dem Ergebnis, dass die Gewaltausübenden typischerweise hinsichtlich ihrer körperlichen

Funktionalität eher wenig eingeschränkt sind und häufig eine Vorgeschichte aggressiven Verhaltens aufweisen. Relevante Tätermerkmale müssen auch unter dem Gesichtspunkt noch vorhandener Handlungsmöglichkeiten gesehen werden. Die Wahrscheinlichkeit problematischen Verhaltens dürfte sich bei geringer rationaler Verhaltenssteuerung und in Anwesenheit geeigneter Trigger erhöhen; zugleich sind jedenfalls gravierende RRA-Episoden an ein gewisses Maß an verbliebener Mobilität, körperlicher Kraft und Handlungsfähigkeit geknüpft.

- (c) Situative Ebene:** Mehrere Arbeiten verweisen auf die Bedeutung situativer Faktoren für das Zustandekommen von RRA-Episoden. So wurden in einer qualitativen Studie von Bewohnerinnen und Bewohnern verursachter Lärm und Verbalisationen sowie Herumwandern als häufige Trigger identifiziert (Rosen et al., 2008a). Caspi (2015) analysierte 85 teilnehmend beobachtete RRA-Episoden. Er fand, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle Warnzeichen (wie Frustration oder Wut auf Seiten der später aggressiv Handelnden) bzw. Trigger (wie Verletzungen des „personal space“) erkennbar waren. Ferrah et al. (2015) sehen RRA-Fälle häufig durch Störungen in der Kommunikation zwischen den Beteiligten oder durch Verletzungen des „personal space“ bedingt.
- (d) Sozialräumliche und organisationale Ebene:** Insgesamt weist die bisherige Forschung darauf hin, dass auch Merkmalen der Raumnutzung und der räumlich-baulichen Gestaltung Bedeutung zukommt (etwa Lachs et al., 2007; Lachs et al., 2010; Pillemer et al., 2012; Rosen et al., 2008b; Sifford-Snellgrove et al., 2013). RRA-Vorkommnisse sind häufig in gemeinschaftlich genutzten Bereichen stationärer Einrichtungen lokalisiert. Rosen et al. (2008a) fanden, dass einschlägige Ereignisse zu 30 % in Bewohnerzimmern, zu 70 % in Gemeinschaftsräumen stattfanden. In der Studie von Shinoda-Tagawa et al. (2004) ereigneten sich mehr als die Hälfte der untersuchten Vorfälle auf Fluren, im Speisesaal oder in Aufenthaltsräumen. Rosen et al. (2008a) sehen Beweggründe und Auslöser von RRA-Episoden in starkem Maße in den Herausforderungen der Anpassung an eine gemeinschaftliche, nur beschränkt private Lebensweise. Merkmale der sozialräumlichen Umwelt wie Lärm, Crowding (d.h. Erleben räumlicher Beengtheit im sozialen Zusammenleben; siehe z.B. Stokols, 1972; 1978) oder Verletzungen der als angemessen empfundenen interpersonellen Distanz sind geeignet, Stress zu erzeugen und hierdurch wiederum aggressives Verhalten zu fördern oder wahrscheinlicher zu machen. Hinsichtlich organisationaler Merkmale mangelt es noch an belastbaren empirischen Befunden. In der einschlägigen Literatur als relevant für RRA werden Organisationsmerkmale wie institutionelles Klima, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Größe der Einrichtung und personelle Ausstattung diskutiert (u.a. Cassie, 2012; Ferrah et al., 2015; Schiamburg et al., 2015).

Umgang von Pflegekräften mit RRA: Pflegekräfte sind mit aggressivem Verhalten von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern als Zeugen wie als mögliche Betroffene konfrontiert. Vorliegende Studien (Rosen et al., 2008a; Rosen et al., 2016; Sifford-Snellgrove et al., 2015) weisen darauf hin, dass die Begegnung mit aggressiven Verhaltensweisen Pflegebedürftiger für Pflegekräfte in stationären Einrichtungen einen gewissen Grad an Alltäglichkeit hat. In einer Studie von Zeller et al. (2013) gaben 38 % der befragten Pflegekräfte an, während der letzten sieben Tage vor der Befragung Episoden aggressiven Bewohnerverhaltens erlebt zu haben. Für die letzten zwölf Monate lag die Prävalenz bei 81,6 % (Zeller et al. 2012); davon hatten 76,5 % verbale Aggression, 27,6 % Bedrohung und 54,0 % physische Aggression erlebt. Die Strategien des Umgangs mit entsprechenden Vorkommnissen sind vielfältig und offenbar im Wesentlichen vor dem Hintergrund alltagspraktischer

Erfahrungen entstanden. Sie umfassen Maßnahmen, die auf das Beseitigen von Tatgelegenheiten und Triggern abzielen, ebenso wie deeskalierendes und vermittelndes Handeln. Der Empathie für Bewohner und die ihr Handeln antreibenden Motive kommt aus Sicht von Pflegekräften präventiv große Bedeutung zu.

Maßnahmen, Interventionen, Handlungsansätze: Inzwischen wurden erste thematisch spezifische Schulungsprogramme für Pflegende konzipiert. Teresi et al. (2013b) entwickelten das Konzept SEARCH (für: Support, Evaluate, Act, Report, Care plan, Help to avoid; siehe hierzu auch Ellis et al., 2014), welches als wesentliche Elemente die unmittelbare Unterstützung der Betroffenen in bzw. nach einer Gewaltepisode, die Bewertung der Situation im Hinblick auf Handlungsbedarf, das Einschreiten der Pflegekräfte in einer akuten Situation, das Dokumentieren und Berichten eines einschlägigen Vorkommnisses, die präventive Ausrichtung der Pflegeplanung für Gewaltausübende und Gewaltbetroffene sowie die präventive Gestaltung des sozialräumlichen Umfelds umfasst. Basierend auf dem SEARCH-Konzept entwickelten Teresi und Kollegen (2018) ein dreimonatiges Trainingsprogramm für Pflegekräfte in stationären Einrichtungen. Im Rahmen des Trainings wird das Erkennen und Managen von RRA-Fällen geschult und „best practices“ zur Reduktion von RRA werden vermittelt. Über einen Zeitraum von einem Jahr (Baseline, nach sechs Monaten, nach 12 Monaten) wurden 1200 Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen betrachtet, je zur Hälfte in der Interventions- und Kontrollgruppe. In der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Pflegekräfte am Trainingsprogramm teilgenommen hatten, wurde nach einem Jahr eine Reduktion der durch RRA bedingten Stürze und Verletzungen um etwa 5 % festgestellt. Allerdings wird das Ergebnis nicht statistisch signifikant und daher lediglich als eine Tendenz interpretiert. Auch Ellis, Quintanilla, Ward und Campbell (2019) präsentieren ein ähnliches, auf dem SEARCH-Konzept basierendes Trainingsprogramm für Pflegekräfte zum Erkennen, Berichten und Managen von RRA-Fällen, durch welches Pflegekräfte zum Intervenieren ermutigt und RRA-Vorkommnisse reduziert werden sollen. Bislang liegen jedoch keine Evaluationsbefunde zu diesem Programm vor. Teresi et al. (2018) empfehlen, derartige Trainings in die Kurrikula für Pflegekräfte aufzunehmen, um mehr Sicherheit, höhere Lebensqualität für Pflegebedürftige und langfristige Kosteneinsparungen für stationäre Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Bonifas (2015) hebt das Potenzial von in Heimen tätigen Sozialarbeitern hervor, insbesondere in Zusammenarbeit mit Pflegekräften zur Bewältigung von RRA-Problemen beizutragen, indem sie etwa ihre Fachkenntnisse in Analysen der Vorgeschichte konkreter Vorkommnisse und in eine darauf aufbauende Maßnahmenplanung zur Vermeidung weiterer Vorfälle einbringen. Benbow (2016) empfiehlt Maßnahmen zur Vermeidung von Crowding und zur Wahrung der als angemessen erlebten interpersonellen Distanz, die Einzel- statt Mehrfachbelegung von Bewohnerzimmern, das Schaffen von Raum für sinnvolle und als bedeutsam erlebte Aktivitäten, ferner Maßnahmen zur Vermeidung von Konfliktpotenzialen durch „Herumwandern“ von Demenzkranken (z.B. durch innenarchitektonische Gestaltung, welche die räumliche Orientierung erleichtert), die Regulation von Lärm (z.B. durch Verwendung lärmabsorbierender Materialien) sowie weitere gestalterische Ansätze (u.a. in Bezug auf Sitzmöglichkeiten, Beleuchtung und Raumklima).

Neben derartigen spezifischen RRA-Konzepten existieren – vor allem für den Bereich der Demenzpflege – zahlreiche Arbeiten zum Umgang mit „challenging behaviour“ und zum Management von aggressivem Verhalten. So erprobten Irvine und Kollegen (2012) ein internetgestütztes Trainingsprogramm für Pflegekräfte zur Prävention aggressiven Verhaltens von Pflegebedürftigen und zum Umgang mit entsprechenden Verhaltensweisen. Sie berichten positive Effekte in den Bereichen Wissen, Einstellungen, Selbstwirksamkeit und Empathie. Andere Arbeiten skizzieren spezifischere Handlungsansätze zum Umgang mit herausforderndem Verhalten Pflegebedürftiger, wie etwa

Fallkonferenzen (Buscher et al., 2012; Reuther et al., 2012) und biografisch orientierte Arbeit mit Pflegebedürftigen (Egan et al., 2007).

3. Ziele und Fragestellungen der Studie

Die Studie zielt darauf ab, aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mittels quantitativer wie qualitativer Zugänge zu analysieren. Auf der Grundlage empirischer Befunde zu einem bislang in Deutschland noch kaum untersuchten Phänomenbereich sollen Ansatzpunkte für Prävention und Intervention identifiziert und die Erkenntnisse für die pflegerische Aus- und Fortbildung nutzbar gemacht werden.

Im Wesentlichen verfolgt das Projekt folgende Ziele:

- *Analyse von Phänomen der Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen:* Da es in Deutschland bislang hierzu an systematischen Erkenntnissen mangelt, werden im Rahmen der Studie Daten zu Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenpflgeeinrichtungen erhoben. Angesichts der phänomenologischen Verknüpfungen zwischen *resident-to-resident aggression* (RRA) und *resident-to-staff aggression* (RSA) wird dabei auch aggressives Handeln Pflegebedürftiger gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen in den Blick genommen. Im Vordergrund stehen die Erscheinungsformen aggressiven Handelns, ihre (wahrgenommene) Verbreitung, relevante Person-, Situations- und Kontextmerkmale, Handlungsfolgen (wie Verletzungen, Traumatisierungen oder Arbeitsunfähigkeit) sowie auslösende Bedingungen und risikoerhöhende Merkmale.
- *Untersuchung des Umgangs mit RRA in Einrichtungen der stationären Altenhilfe:* Die bislang weitgehend fehlende Analyse von Aggressions- und Gewaltvorkommnissen unter Bewohnerinnen und Bewohnern setzt sich auf der Ebene der Konfrontation von Einrichtungen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hiermit fort. Die Studie geht der Frage nach, wie – auf der Ebene der Organisation wie der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – auf die Problematik von RRA-Vorkommnissen reagiert, wie damit umgegangen wird. Auf der individuellen Ebene gehören hierzu u.a. Fragen nach pflegerischen Verhaltensstrategien, interventionsbegründenden Merkmalen, den wahrgenommenen Effekten des eigenen Handelns und der erlebten Belastung. Auf der Ebene des Teams und der Organisation stellen sich u.a. Fragen der Dokumentation, der Thematisierung bei Team- und Fallbesprechungen, des Stellenwerts in Leitlinien und Leitbildern und der Bedeutung in der Fortbildung. Auch infrastrukturelle Bedingungen wie räumliche Gestaltung und Raumnutzung sowie die personelle Besetzung sind von Bedeutung.
- *Untersuchung von RRA-relevanten Inhalten in der pflegerischen Aus- und Fortbildung:* Im Rahmen des Projekts werden Aus- und Fortbildungsinhalte in der Altenpflege im Hinblick auf ihre Bedeutsamkeit für den Phänomenkomplex der Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenpflgeeinrichtungen betrachtet. Dies betrifft einerseits die unmittelbare Thematisierung von Aggression und Gewalt, andererseits den Zugang über die Konfrontation von Pflegekräften mit – jedenfalls zum Teil – verwandten Phänomenen. Hierunter fällt insbesondere der Umgang mit so genannten herausfordernden Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen (vgl. u.a. Bartholomeyczik & Halek, 2011; Halek & Bartholomeyczik, 2006;

2010; siehe auch die vom Bundesministerium für Gesundheit (2007) herausgegebenen „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“; vgl. auch zahlreiche internationale Arbeiten zum Themenkomplex „challenging behaviour in dementia“, u.a. Bird, Jones, Korten, & Smithers, 2007; Gitlin, Winter, Dennis, Hodgson, & Hauck, 2010; Gormley, Declan, & Howard, 2001; Krishnamoorthy & Anderson, 2011). Zudem können auch Ansätze in anderen pflegerischen Berufsfeldern, insbesondere der psychiatrischen Pflege, vergleichend herangezogen werden (vgl. Bowers et al., 2011, 2014; Richter & Needham, 2011).

- *Entwicklung von Schulungskonzepten und -materialien für die pflegerische Aus- und Fortbildung:* Unter Nutzung der Ergebnisse der Studie sowie auch auf Grundlage einer Analyse des internationalen Forschungsstandes werden Materialien für die Aus- und Fortbildung in pflegerischen Tätigkeitsfeldern entwickelt. Wesentliche Inhaltsbereiche sind Phänomene, Folgen, Auslöser, Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren sowie der Umgang mit und die Prävention von RRA-Phänomenen.

Die ersten beiden genannten Zielsetzungen und in Teilen die dritte beziehen sich auf die unter Federführung der Deutschen Hochschule der Polizei durchgeführten Teile des Gesamtprojekts, die Gegenstand dieses Berichts sind. Die Entwicklung von Schulungskonzepten und -materialien für die pflegerische Aus- und Fortbildung sowie Teile der dazu betriebenen Auswertungen bestehender Aus- und Fortbildungsansätze sind im Bericht des Zentrums für Qualität in der Pflege dargestellt.

Der hier gewählte Zugang zeichnet sich durch eine *ganzheitliche Perspektive* aus. Das Projekt geht über einen engen Fokus auf mit demenziellen Erkrankungen in Verbindung stehende Verhaltenssymptome hinaus. Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen werden auch vor dem Hintergrund sozialökologischer Faktoren (bauliche und raumgestalterische Merkmale, Größe, Belegungsdichte, Raumnutzung, Privatheit und Öffentlichkeit etc.), potenziell eskalierender und deeskalierender pflegerischer Verhaltensweisen und der Zusammenhänge mit institutionellen Leitlinien wie jenen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen betrachtet. Des Weiteren ist die zugleich organisationale und individuelle Ausrichtung bedeutsam. Die zu entwickelnden Materialien adressieren primär die Zielgruppe der im täglichen unmittelbaren Bewohnerkontakt stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, beziehen aber konzeptuell auch die Ebene der Leitungskräfte ein. Wo es um Fragen des institutionellen Umgangs mit „herausforderndem Verhalten“ oder um baulich-räumliche Gestaltung geht, sind die gestalterischen Möglichkeiten der individuellen Pflegekraft aus naheliegenden Gründen begrenzt.

Von den beschriebenen Zielsetzungen ausgehend, sind wesentliche Fragestellungen der Studie die folgenden:

- Welche Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens unter Bewohnerinnen und Bewohnern (*resident-to-resident aggression*) kommen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe vor und wie verbreitet sind sie?
- Welche Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (*resident-to-staff aggression*) kommen vor und wie verbreitet sind sie?
- Worauf lassen sich RRA-Vorkommnisse zurückführen? Welche Merkmale individueller, situativer und organisationaler Art liegen ihnen zugrunde bzw. erhöhen das Risiko, dass es zu einschlägigen Ereignissen kommt?

- Wie gehen Einrichtungen und die in ihnen Beschäftigten mit Fällen aggressiven Verhaltens von bzw. unter Bewohnerinnen und Bewohnern um? Wie wird unmittelbar in Konflikt- und Gewaltsituationen interveniert? Wie wird auf Vorkommnisse reagiert, wie werden sie nachbereitet? Welche präventiven Bemühungen werden unternommen? Welche strukturellen Maßnahmen werden ergriffen? Wie ist der wahrgenommene Erfolg, die wahrgenommene Wirksamkeit der Maßnahmen?
- Wie ist der Stellenwert der Thematik „Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen“ in der Aus- und Fortbildung von Beschäftigten? Wie wird die Bedeutung einschlägiger Qualifizierungsmaßnahmen wahrgenommen und welche (Fort-)Bildungsbedarfe werden formuliert? Welche Zusammenhänge zwischen (Fort-) Bildung und Gewaltprävention werden gesehen? Welche Merkmale sollten auch gewaltpräventiv wirksame Angebote aufweisen?

4. Methodik

4.1. *Resident-to-resident aggression* als herausforderndes Forschungsfeld

Wie alle empirischen Arbeiten in diesem Forschungsfeld war auch die vorliegende Studie mit dem Umstand konfrontiert, dass zum Phänomenbereich *resident-to-resident aggression* Hellfelddaten praktisch nicht existieren und zugleich der „klassische Weg“, den kriminologische Dunkelfeldforschung typischerweise beschreiten würde, um die Dimensionen eines Viktimisierungsbereiches abschätzen zu können, weitestgehend versperrt ist. Dieser methodische Weg ist die standardisierte Opferwerdungsbefragung an einer möglichst großen und repräsentativen Stichprobe von Personen, die willens und in der Lage sind, über Widerfahrnisse – auch über solche, die der Polizei oder anderen sozialen Kontrollinstanzen nicht zur Kenntnis gelangt sind – zu berichten (siehe dazu u.a. Cantor, & Lynch, 2000; Lynch, 2006; Mayhew, & van Dijk, 2011; Rand, 2006; van Dijk, 2010; van Dijk, & Alvazzi Del Frate, 2004; van Dijk, van Kesteren, & Mayhew, 2014). Angesichts der Zusammensetzung der Population möglicher Opfer, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass sie hochaltrig, gesundheitlich und in ihren funktionalen Kompetenzen beeinträchtigt und vielfach demenziell erkrankt ist, ist ein solcher Weg im vorliegenden Fall kaum gangbar³. Auch Dunkelfeldforschung in der Tradition der *self-reported delinquency studies*, bei denen Menschen nach eigenem delinquentem Handeln gefragt werden (vgl. hierzu etwa Baldwin, Krohn, & Gibson, 2014; Jolliffe, & Farrington, 2014; Kivivuori, 2014; Krohn, Thornberry, Gibson, & Baldwin, 2010; Thornberry, & Krohn, 2000) scheidet weitestgehend aus, da im Falle von *resident-to-resident aggression* die oben genannten Merkmale nicht nur auf die

³ Ältere Pflegebedürftige in Einrichtungen können als eine spezifische Konstellation einer „hard-to-reach“ oder „hard-to-survey population“ betrachtet werden (zu diesen Konzepten z.B. Becker et al., 2014; Berry & Gunn, 2014; Lyberg et al., 2014; Marpsat & Razafindratsima, 2010; Schanze, 2017; Teitler et al., 2003; Thompson & Phillips, 2007; Tourangeau, 2014). Die diesbezüglichen Probleme beginnen bei der Kontaktaufnahme und der Rekrutierung von Befragungspersonen. Der Zugang ist in der Regel nur über die Institutionen, in denen sie leben und gepflegt werden, bzw. auch über Angehörige und Betreuerinnen / Betreuer möglich. Die Fähigkeit, ein Befragungsanliegen zu verstehen und verantwortlich in eine Teilnahme einzuwilligen, ist insbesondere bei demenziellen Krankheitsbildern eingeschränkt oder fehlend. Die Einschränkungen setzen sich auf der Ebene der Befragbarkeit und der Datenqualität fort und betreffen vor allem Fragenverständnis, Erinnerungs- und Artikulationsfähigkeit (zu Befragungen hochaltriger Menschen z. B. Knäuper et al., 2016; Kühn & Porst, 1999; Quinn, 2010; Schwarz, 2005; Schwarz & Knäuper, 2000).

gewaltbetroffenen, sondern auch auf die gewaltausübenden Personen zutreffen. In Bezug auf den in der Studie mitbetrachteten Bereich der auf aggressives Bewohnerinnen- und Bewohnerverhalten zurückgehenden Viktimisierungserfahrungen von Pflegekräften bzw. in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Tätigen sind die Möglichkeiten eines empirischen Zugangs weitaus besser, denn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können grundsätzlich nach einschlägigen Vorkommnissen befragt werden.

Im Ergebnis wurde für die Studie ein Design entwickelt, das verschiedene Perspektiven integriert und quantitative und qualitative Zugänge miteinander verknüpft. Zur Analyse des Phänomenbereichs *resident-to-resident aggression* wurde insbesondere auf die Beobachter- oder Zeugenperspektive von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätigen Personen gesetzt. Die wesentlichen Elemente des gewählten methodischen Zugangs werden nachfolgend beschrieben.

4.2. Multimethodaler und multiperspektivischer Ansatz

Die Bearbeitung der im Projekt aufgeworfenen Fragestellungen legte die Verknüpfung mehrerer Betrachtungsebenen, Perspektiven und methodischer Zugänge nahe. Da sowohl die personale als auch die institutionelle Ebene betrachtet werden sollte, bot sich eine Konzentration auf eine Stichprobe von Altenhilfeeinrichtungen an, die sich anhand a priori als potenziell bedeutsam definierter Merkmale (wie Größe, Trägerschaft oder geographische Lage) voneinander unterscheiden. Die beschränkte empirische Zugänglichkeit von RRA-Phänomenen legte zudem die Nutzung unterschiedlicher Datenquellen und die Verschränkung mehrerer Wahrnehmungsperspektiven nahe. Wesentliche Ansätze zur Analyse von RRA-Phänomenen waren im Rahmen der vorliegenden Studie die folgenden:

- eine schriftliche Befragung von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätigen Personen (zu erlebten und beobachteten Fällen und Formen aggressiven Bewohnerinnen- und Bewohnerhandelns sowie zum eigenen und institutionellen Umgang mit der Problematik);
- qualitative Interviews in ausgewählten Heimen; in die Interviewstudie einbezogen wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Hierarchieebenen und Funktionsbereiche der ausgewählten Einrichtungen (die Leitungsebene einschließend, zudem über den unmittelbar pflegerischen Bereich hinaus insbesondere auch Betreuungskräfte und Sozialdienste mit einbeziehend); ebenfalls durch die Interviews angesprochen wurden (befragbare) Bewohnerinnen und Bewohner;
- Interviews mit externen Expertinnen und Experten (aus Bereichen wie Heimaufsicht, Medizinischer Dienst, Pflegewissenschaft, Beratungspraxis und Gewaltprävention).

Die drei wesentlichen empirischen Zugänge werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben.

4.2.1. Standardisierte schriftliche Befragung von in der stationären Altenhilfe tätigen Personen

Als Teil des multimethodalen Forschungsdesigns wurde eine schriftliche Befragung von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen tätigen Personen durchgeführt. Adressaten der Befragung waren Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in der körperbezogenen Pflege, der Betreuung, dem Sozialdienst, in einzelnen Fällen auch in der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Verwaltung im Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern waren. Diese

Tätigkeit konnte im Rahmen einer haupt- oder nebenberuflichen Beschäftigung, einer Ausbildung, eines Praktikums oder in einer anderen Form ausgeübt werden; auch einige ehrenamtlich in den Einrichtungen tätige Personen wurden befragt.

Die schriftliche Befragung zielte darauf ab, aus der Perspektive der in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Tätigen Erscheinungsformen und Verbreitung aggressiven Bewohnerinnen- und Bewohnerverhaltens zu beleuchten, den Umgang mit Gewalt- und Aggressionsphänomenen zu analysieren sowie Erkenntnisse zur einschlägigen Aus- und Fortbildung und zu entsprechenden Bedarfen zu erbringen.

Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden zwei Instrumente eingesetzt. Dabei handelte es sich zum einen um einen Fragebogen, der sich an in den Einrichtungen tätige Personen richtete, zum anderen um ein kurzes institutionsbezogenes Erhebungsinstrument, das von den jeweiligen Einrichtungsleitungen zu bearbeiten war und Informationen zur Einrichtung, zu den Beschäftigten und zur Zusammensetzung der Bewohnerschaft erfasste.

Fragebogen für in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Tätige:

Der Fragebogen für in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätige Personen umfasst auf 12 Seiten 35 Fragen und ist in fünf thematische Abschnitte gegliedert. An die Erfassung soziodemografischer Merkmale der Befragten (Fragen 1-9) schließen sich Fragen zu *resident-to-staff aggression* (RSA) an. Hier werden erlebte Formen von Gewalt und Aggression durch Bewohnerinnen und Bewohner sowie sich daraus ergebende Folgen (z.B. vorübergehende Arbeitsunfähigkeit) erfasst (Fragen 10-14). Der Hauptteil des Fragebogens ist – dem zentralen Gegenstand der Untersuchung entsprechend – dem Phänomenbereich *resident-to-resident aggression* (RRA) gewidmet. Es werden zunächst Beobachtungen der Befragten zu gewaltförmigem Verhalten unter Bewohnerinnen und Bewohnern erfragt (Frage 15). Hieran schließen sich Fragen an, die sich auf ein einzelnes RRA-Vorkommnis beziehen. Dieser Fragebogenteil beginnt mit einer freitextlichen Schilderung der Befragten zu der jüngsten von ihnen erlebten RRA-Episode (Frage 16). Sodann werden zu diesem Ereignis vertiefende Informationen zur zeitlichen Lokalisierung und zum räumlichen Kontext (Fragen 17-18), zur Anzahl und zu Merkmalen involvierter Bewohnerinnen und Bewohner (Fragen 19-22), zu möglichen Hintergründen und Auslösern des Vorfalls (Frage 23) sowie zu seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergriffenen kurz- und längerfristigen Maßnahmen (Fragen 24-25) erhoben. Der letzte Teil des Fragebogens hat Ausbildungs-, Fortbildungs- und Schulungsinhalte sowie diesbezügliche Bedarfe der Befragten zum Gegenstand (Fragen 26-31) und beinhaltet darüber hinaus Fragen zu institutionellen Verfahrensweisen im Umgang mit aggressivem Bewohnerinnen- und Bewohnerverhalten (Fragen 32-35).

Im Wesentlichen wurde das Befragungsinstrument eigens für die Zwecke der vorliegenden Studie entwickelt. Bei der Konstruktion von Items zur Erfassung von *resident-to-staff aggression* und *resident-to-resident aggression* konnte zum Teil auf vorhandene Arbeiten (Lachs et al., 2012, 2016; Rosen et al., 2008a; Ramirez et al., 2013; Teresi et al., 2013a) zurückgegriffen werden, welche ihrerseits u.a. Elemente der *Conflict Tactics Scales* (CTS bzw. CTS2; Straus, 1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Straus, & Douglas, 2004) und des *Cohen Mansfield Agitation Inventory* (CMAI; Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989; Finkel, Lyons, & Anderson, 1992) aufgegriffen hatten. Die grundsätzliche Vorgehensweise besteht darin, dass Verhaltensweisen (z.B. jemanden anschreien,

jemanden treten) beschrieben werden und nach dem Vorhandensein einschlägiger Erfahrungen in definierten Zeiträumen gefragt wird. Das Verständnis von „Aggression“ bzw. von Verhaltensweisen, in denen Aggression zum Ausdruck kommen kann, ist weit gefasst und geht über physische Angriffe hinaus. Die in die Studie einbezogenen Merkmalsbereiche sind in Tabelle 1 im Überblick dargestellt.

In dem hier eingesetzten Instrument wurden jeweils zwei Bezugszeiträume (Referenzperioden) verwendet, die zum einen die letzten vier Wochen vor der Befragung und zum anderen den Zeitraum seit Beginn der Zugehörigkeit der befragten Person zu der aktuellen Einrichtung umfassen. Zu jeder Verhaltensweise und für jede Referenzperiode wurde erfragt, ob entsprechende Erfahrungen bzw. Beobachtungen vorlagen und, wenn ja, ob solche Erfahrungen in dem jeweiligen Zeitraum mehr als einmal gemacht worden waren (Antwortkategorien „nein“, „ja, einmal“ und „ja, mehrmals“).

Tabelle 1: Im Fragebogen für in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Tätige erfasste Erscheinungsformen von RSA und RRA

Erscheinungsformen	Verhaltensweisen
A: verbal aggressives Verhalten (5 Fragen)	beleidigende Worte; anschreien; herumkommandieren; einschüchtern oder bedrohen; mit Faust, Gehstock, oder anderem Gegenstand bedrohen
B: physisch aggressives Verhalten (6 Fragen)	mit Rollstuhl oder Rollator rammen; schlagen oder treten; grob greifen oder zerrren; stoßen oder schubsen; mit Dingen nach jmd. werfen; absichtliches Bspucken, Kratzen oder Kneifen
C: sexuell übergriffiges Verhalten (RSA: 2 Fragen; RRA: 3 Fragen)	unangemessene sexualisierte Äußerungen; sexuelle Belästigung; intime Handlungen an sich vor den Augen anderer vornehmen (<i>letztes Item nur bei RRA</i>)
D: Verletzung der räumlichen Privatsphäre und privaten Eigentums (Einzelitem; nur bei RRA)	in ein fremdes Zimmer gehen und persönliche Gegenstände anfassen, beschädigen oder entwenden

Zum Teil flossen Vorarbeiten und Erfahrungen aus vorhandenen Studien auch in die Entwicklung von Fragen zur Erfassung der von der jeweils befragten Person zuletzt beobachteten RRA-Episode ein. Bei der Konstruktion der Fragen zum zeitlichen und räumlichen Kontext eines RRA-Ereignisses sowie zu Merkmalen involvierter Pflegebedürftiger wurde auf Arbeiten von Lachs et al. (2016), Rosen et al. (2008a) und Zeller et al. (2013) zurückgegriffen. Für Fragen nach Hintergründen und möglichen Auslösern von RRA-Episoden gaben die Arbeiten von Rosen et al. (2008a) sowie Zeller et al. (2013) Anregungen. Das Erfragen von Maßnahmen, die als Reaktion auf ein RRA-Vorkommnis erfolgten, ist ebenfalls durch Arbeiten von Lachs et al. (2016), Rosen et al. (2008a, 2016) und Zeller et al. (2013) inspiriert. Über methodische Anleihen im Detail hinaus wurde auch der Fragenkomplex zur Erfassung ereignisbezogener Merkmale jedoch eigens für die vorliegende Studie entwickelt.

Institutionen-Fragebogen:

Der ergänzende Institutionen-Fragebogen wurde von den jeweiligen Einrichtungsleitungen ausgefüllt. Er umfasst bei einem Umfang von vier Seiten 14 Fragen. Erfasst werden u.a. die Trägerschaft der Einrichtung, ihre Größe, die angebotenen Pflege- und Wohnformen, die Ausstattung mit Einzel-, Doppel- und gegebenenfalls Mehrbettzimmern, die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner, ihr Altersdurchschnitt, die Verteilung der Pflegegrade, die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in rechtlicher Betreuung, die Anzahl der Beschäftigten und ihre Aufteilung nach Berufsgruppen, das

Vorhandensein von Leitbildern, Qualitätssiegeln und Zertifikaten in der Einrichtung, die dort geübte Praxis in Bezug auf Fallbesprechungen, Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ferner die wahrgenommene Verbreitung und die Relevanz des Themas „Aggression und Gewalt in der Pflege“ in der jeweiligen Einrichtung und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Insgesamt diente dieses Instrument dazu, Informationen auf der Ebene der Einrichtung zu erfassen, die sich über die einzelnen Mitarbeiter entweder gar nicht oder nur schlecht hätten erheben lassen. Hierfür wurde die herausgehobene Stellung und das damit verknüpfte Wissen der Leitungsebene genutzt.

Stichprobenbildung

Die Stichprobe der schriftlichen Befragung besteht aus Personen, die zum Befragungszeitpunkt in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen tätig waren. Einbezogen wurden Personen mit nach Möglichkeit regelmäßigem Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern.

In einem ersten Schritt wurden – geschichtet nach Einwohnerzahl (unter 20.000, 20.000 bis unter 100.000, 100.000 und mehr) – aus allen nordrhein-westfälischen Kommunen 32 Städte und Gemeinden zufällig ausgewählt. Innerhalb der ausgewählten Kommunen wurden in einem zweiten Schritt stationäre Altenhilfeeinrichtungen wiederum zufällig ausgewählt.

In den 32 Kommunen wurden sodann in einem iterativen Prozess insgesamt 145 Einrichtungen angesprochen. Von diesen erklärten sich 78 (53,8 %) zunächst bereit, an der Befragung teilzunehmen. Im weiteren Verlauf zogen fünf Einrichtungen sich aus der Befragung zurück (u.a. unter Verweis auf Überlastung und fehlende Ressourcen), sodass 73 Heime verbleiben, was 50,3 % der zunächst angesprochenen Einrichtungen entspricht.

Die Einrichtungen wurden zwischen Mai und Oktober 2017 akquiriert; die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen erfolgte telefonisch. Die Gespräche erfolgten im Regelfall mit der Heimleitung, die zum Teil dann für weitere Absprachen an die Pflegedienstleitung übergab⁴. Sofern grundsätzliche Teilnahmebereitschaft erkennbar war, wurde Informationsmaterial per Email oder postalisch versandt (Informationsbrief zum Projekt, Ablaufdiagramm zur schriftlichen Befragung, Unterstützungsschreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie, wenn gewünscht, der Fragebogen für Beschäftigte). In vielen Einrichtungen wurden die Beschäftigten und die Träger in den Entscheidungsprozess über die Teilnahme an der Befragung in strukturierter Form eingebunden; dies hatte teilweise lange Zeitintervalle bis zu einer Zu- oder Absage zur Folge und trug insgesamt zu einem langen Prozess der Stichprobenbildung bei.

Als Gründe für eine Nichtteilnahme an der Befragung gaben Einrichtungsleitungen meist die hohe Belastung des Personals (insbesondere durch eine im Gang befindliche Umstellung der Pflegedokumentation) sowie Personalmangel bei hohen Krankenständen und in Ferienzeiten an. Fluktuation und krankheitsbedingte Ausfälle auch bei Führungskräften erschwerten und verlangsamten den Feldzugang für das Projekt.

⁴ Den Einrichtungsleitungen kam bei der Akquise der Heime die Funktion eines *gatekeepers* zu (siehe dazu auch Clark et al., 2014; Gallo et al., 2012). Da es keine Verpflichtung einer Einrichtung geben konnte, sich an der Befragung zu beteiligen, war dieser Umstand unvermeidbar. Der Befund, dass immerhin die Hälfte der überhaupt angesprochenen Einrichtungen an der Studie mitwirkte, lässt den Schluss zu, dass diese *gatekeeper*-Funktion nicht im Übermaß zum *opting out*, also zum Rückzug aus der erbetenen Beteiligung, genutzt wurde.

Befragungsdurchführung

Die Befragungen in den Einrichtungen wurden – bedingt durch in einem Teil der Einrichtungen länger andauernde Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse, darüber hinaus auch durch Ferien- und Feiertagsunterbrechungen – in einem langen Zeitraum von Sommer 2017 bis März 2018 durchgeführt. An die Einrichtungen wurden zunächst Ankündigungspostkarten für die potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer versandt und über die Leitungskräfte verteilt. Zwei Wochen später erfolgte der Versand der Befragungssets, die neben dem Fragebogen einen adressierten und frankierten Rückumschlag sowie einen Informationsbrief für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer enthielten. Die Befragungssets wurden gebündelt in Paketen an die Einrichtungsleitungen versandt. Diese Pakete enthielten darüber hinaus den kurzen Fragebogen für die Einrichtungsleitungen, ferner einen Rückmeldebogen, der Aufschluss über die Anzahl versendeter und verteilter Bögen geben sollte. Die Verteilung der Befragungssets erfolgte wiederum über die Einrichtungsleitungen; dem Forschungsteam lagen keine Namen und individuellen Anschriften der potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor. Weitere vier Wochen später wurde – erneut über die Einrichtungsleitungen – den in den Heimen Tätigen eine Dankes- bzw. Erinnerungspostkarte zugestellt (vgl. zu derartigen den Rücklauf verbessernden Maßnahmen Dillman, Smyth, & Christian, 2014; Kunz, 2010). Der Prozess der Verteilung und Weiterleitung der Materialien in den Einrichtungen verlief – soweit nachvollziehbar – sehr unterschiedlich und vielfach nicht in den vorgesehenen Zeitabständen (bedingt u.a. durch Ferienzeiten und durch einrichtungsspezifische Distributionsverfahren wie die Koppelung mit dem Versand von Gehaltsabrechnungen).

Insgesamt wurden – nach Auskünften der Einrichtungsleitungen – in den Einrichtungen 4.165 Fragebögen an potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer verteilt. Der Rücklauf betrug 1.326 verwertbar ausgefüllte Fragebögen aus 73 Einrichtungen. Die Teilnahmequote lag damit bei 31,8 %, und der angestrebte Stichprobenumfang von 1.500 Personen wurde nicht ganz erreicht. Befragungsstudien unter Pflegekräften bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in stationären Einrichtungen zeichnen sich insgesamt durch stark schwankende Teilnahmequoten aus, die 80 % überschreiten (z.B. PACE Consortium, 2020), aber auch in Größenordnungen von unter 15 % liegen können (z.B. Clelland, Scott, & McKenzie, 2005). Insgesamt kann der Rücklauf als zufriedenstellend betrachtet werden. Zusammensetzung und Merkmale der Stichprobe sind in Kapitel 5.1 beschrieben.

4.2.2. Multiperspektivische Interviewstudie in stationären Altenhilfeeinrichtungen

Der zweite im Rahmen der Studie beschrittene methodische Weg ist der einer qualitativen Interviewstudie, die in vier ausgewählten Heimen unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und sozialräumlicher Lage im nordrhein-westfälischen Regierungsbezirk Münster durchgeführt wurden. Erbrachte die schriftliche Befragung vor allem quantitative Befunde zu *resident-to-resident aggression* aus der Perspektive von in Einrichtungen tätigen Personen, so ist der zweite gewählte Zugang qualitativer Art, kombiniert und verschränkt unterschiedliche Perspektiven miteinander und bezieht auch Erfahrungen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ein.

Methodischer Zugang

Die in den Einrichtungen geführten Gespräche waren als leitfadengestützte Interviews angelegt. Bei dieser Form des teilstandardisierten Interviews strukturiert ein je nach Gesprächspartnerin /

Gesprächspartner und Gesprächsverlauf flexibel zu handhabender Fragenkatalog das Gespräch. Der Leitfaden besteht typischerweise aus Kern- oder Leitfragen, die innerhalb des Gesprächs ein neues Themenfeld eröffnen, sowie Nachfragen, die je nach Verlauf des Gesprächs und von der Interviewpartnerin oder dem Interviewpartner bereits bereitgestellten Informationen in das Gespräch eingeflochten werden. Die Fragen werden grundsätzlich als offene Fragen gestellt. Die subjektive Sichtweise des Gesprächspartners bzw. der Gesprächspartnerin und die von ihm oder ihr entwickelten Relevanzstrukturen stehen im Vordergrund (zur Methode des Leitfadeninterviews siehe etwa Helfferich, 2014; Niebert & Gropengießer, 2014). Die in der vorliegenden Studie umgesetzte Variante des leitfadengestützten Interviews ist am sogenannten problemzentrierten Interview, wie es von Andreas Witzel beschrieben wurde, orientiert (siehe u.a. Schmidt-Grunert, 2004; Witzel, 1985, 1996, 2000; Witzel & Reiter, 2012).

Instrumente

Für die vorliegende Studie wurden in ihrem Aufbau grundsätzlich ähnliche, dabei jedoch dem jeweiligen Erfahrungs- und Verstehenshorizont der Teilstichprobe der Interviewten angepasste Instrumente entwickelt. Pro Befragtengruppe umfasst das Instrumentarium:

- den (unten näher beschriebenen) Leitfaden,
- einen Sozialdatenbogen zur Erhebung wesentlicher soziodemografischer Merkmale der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner,
- ein Interview-Postscript; dieses den „Field Notes“ aus der ethnographischen Forschung verwandte Instrument (vgl. etwa Phillippi & Lauderdale, 2018; Wolfinger, 2002) dient vor allem dazu, Informationen zur Interviewdurchführung sowie zu Eindrücken und Wahrnehmungen der Interviewerin bzw. des Interviewers im Hinblick auf Spezifika des jeweiligen Interviews und sich daraus ergebende Perspektiven und Deutungen festzuhalten.

Inhaltliche Schwerpunkte der für die drei Gruppen (Bewohnerinnen und Bewohner / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter / Leitungsebene) entwickelten Leitfäden waren die folgenden:

Leitfaden für Bewohnerinnen und Bewohner:

- Zufriedenheit, Unzufriedenheit, erlebte Belastungen in Zusammenhang mit dem Leben im Heim
- Konflikte (mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern)
- Aggressions- und Gewalterfahrungen durch andere Bewohnerinnen und Bewohner⁵
- Körperliche Gewalt
- Emotionale /verbale /psychische Gewalt
- Optimierungspotenziale („Was sollte sich aus Ihrer Sicht ändern, damit Streitigkeiten und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern hier im Haus möglichst nicht mehr vorkommen?“)

⁵ Der Bereich möglicher sexueller Aggression wurde in den Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern nicht explizit thematisiert.

Leitfaden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

- Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Aggression und Gewalt durch Bewohnerinnen und Bewohner
- Wahrgenommene Konflikte unter Bewohnerinnen und Bewohnern
- Beobachtete körperliche Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern
- Beobachtete emotionale /verbale /psychische Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern
- Beobachtete intime Übergriffe
- Wahrnehmung des Problemfeldes „Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern“ insgesamt
- Umgang mit Bewohnerinnen- / Bewohneraggression
- Schutz der Privatsphäre in der stationären Altenhilfe
- Ausbildung / Fortbildung / Schulung zum Thema „Aggression und Gewalt in der Pflege“

Leitfaden für Leitungskräfte:

- Spezifische Merkmale des Phänomenbereichs „Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern“
- Umgang mit Gewaltvorkommnissen in der Einrichtung
- Strategische Ausrichtung im Hinblick auf den Phänomenbereich und Maßnahmen zur Gewaltprävention
- Ausbildung zum Thema „Aggression und Gewalt in der Pflege“
- Fortbildung / Schulung zum Thema „Aggression und Gewalt in der Pflege“

Stichprobenbildung und Untersuchungsdurchführung

Für die Interviewstudie wurden vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe im nordrhein-westfälischen Regierungsbezirk Münster ausgewählt. Die Region ist in weiten Teilen ländlich geprägt, umfasst jedoch u.a. auch die stark industrialisierten nördlichen Teile des Ruhrgebietes. Die Limitierung der Interviewstudie auf den Regierungsbezirk Münster – im Unterschied zu den NRW-weit angelegten schriftlichen Befragungen von Pflege- und Betreuungskräften – erfolgte in erster Linie mit Blick auf den mit der Durchführung der (persönlich-mündlichen) Interviews verbundenen Reise- und Zeitaufwand.

Die Auswahl der Einrichtungen, in denen die Interviews geführt wurden, erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Zunächst wurde unter Beachtung des Merkmals der Kommunengröße (Klein-, Mittel- und Großstadt) eine Stichprobe von vier Kommunen im Regierungsbezirk Münster gebildet.

Im zweiten Schritt wurden sukzessive und mit Erfassung der Merkmale Größe (bis 80 / über 80 Bewohnerinnen und Bewohner) und Trägerschaft (privat / kommunal⁶ / freigemeinnützig) eine Zufallsreihung aller Einrichtungen in den jeweiligen Gemeinden erstellt. Den Leitungen der ersten gelisteten Einrichtungen wurde in einem persönlichen Vor-Ort-Gespräch das Projekt vorgestellt und

⁶ Häuser in kommunaler Trägerschaft wurden bei der Zufallsziehung zwar berücksichtigt, es wurde, auch aufgrund der geringen Anteils an allen Einrichtungen, jedoch kein Haus in kommunaler Trägerschaft gezogen.

um eine Teilnahme gebeten. Konnten die angesprochenen Einrichtungen nicht zu einer Teilnahme bewegt werden (n=4, davon drei in derselben Großstadt), wurde die nächste Einrichtung auf der Liste, die über dieselbe Merkmalskombination verfügte, angesprochen.

Die resultierende Einrichtungsstichprobe besteht aus

- E1 – einer kleinen privat betriebenen Einrichtung in einer Kleinstadt,
- E2 – einer großen Einrichtung in freigemeinnütziger Trägerschaft in einer Mittelstadt,
- E3 – einer großen Einrichtung in freigemeinnütziger Trägerschaft in einer Großstadt und
- E4 – einer kleinen privat betriebenen Einrichtung in einer Großstadt.

Die Auswahl der zu befragenden Personen in den jeweiligen Einrichtungen wurde im Hinblick auf eine größtmögliche Varianz von Perspektiven getroffen. In jeder Einrichtung sollten 20 Personen befragt werden, von denen es sich in mindestens sechs Fällen um Bewohnerinnen und Bewohner handeln sollte. Die Bewohnerinnen und Bewohner wurden per Zufallsstichprobe (inkl. Reservestichprobe) aus allen Stationen ausgewählt, die nicht explizit auf die Betreuung demenziell Erkrankter ausgerichtet waren. Die gezogene Stichprobe wurde anschließend mit der Pflegedienstleitung rückgekoppelt, um Bewohnerinnen und Bewohner zu identifizieren, die für absolut nicht befragbar erachtet wurden. Im Zweifel wurde auch mit kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern versucht, ein Interview zu führen, das bei Feststellung der Nichtbefragbarkeit (keine kohärenten Aussagen) abgebrochen wurde. Wenn für die ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner eine rechtliche Betreuung eingerichtet war, wurde vor der Kontaktaufnahme die Zustimmung der Betreuerin oder des Betreuers durch die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung eingeholt.

Die übrigen 14 Interviewpartnerinnen und -partner pro Einrichtung sollten im Hinblick auf Profession, Hierarchie und Funktionsbereich die Gesamtheit der Beschäftigten abbilden, die im überwiegenden Teil ihrer täglichen Arbeit Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern haben: zum einen Leitungskräfte, examinierte Pflege- und Hilfskräfte, Auszubildende und Betreuungskräfte, zum anderen aber auch Soziale Dienste, Therapeutinnen und Therapeuten, Empfangspersonal, Servicekräfte, Seelsorge und geistliche Begleitung sowie ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit Ausnahme der Leitungskräfte der Einrichtung, des Pflegedienstes, der Wohnbereiche und des Sozialen Dienstes, die sämtlich befragt werden sollten, wurden die zu befragenden Beschäftigten mittels Ziehung geschichteter Zufallsstichproben entsprechend den Anteilen der jeweiligen Beschäftigtenkategorie in der Einrichtung ausgewählt.

Die Interviews wurden im Zeitraum Januar 2018 bis Januar 2019 persönlich in den Diensträumen bzw. in den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt: Mit Zustimmung der Interviewpartnerinnen und -partner wurde eine Audioaufzeichnung erstellt. Insgesamt wurden im Rahmen der Interviewstudie 21 Bewohnerinnen und Bewohner sowie 56 Beschäftigte aus allen genannten Funktionsbereichen befragt. Die Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern waren – soweit sie nicht ohnehin wegen offensichtlicher Nichtbefragbarkeit abgebrochen wurden – meist kurz und dauerten in der Regel 20 bis 25 Minuten. Die Interviews mit in den Einrichtungen tätigen Personen nahmen meist 45 bis 50 Minuten in Anspruch.

Die Tonaufzeichnungen wurden durch ein professionelles Dienstleistungsunternehmen anhand eines vereinfachten Transkriptionssystems (Dresing und Pehl, 2018) verschriftet, mittels der qualitativen Analysesoftware Maxqda kodiert und im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen und Untersuchungsperspektiven der Studie inhaltsanalytisch ausgewertet.

4.2.3. Expertinnen- und Experteninterviews

Ergänzend wurde im Rahmen des Projekts eine leitfadengestützte Interviewstudie mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Im Rahmen der hier dargestellten von der Deutschen Hochschule der Polizei verantworteten Teilstudie wurden insgesamt zehn Interviews mit Personen geführt, denen ein Expertenstatus im Hinblick auf den Phänomenbereich *resident-to-resident aggression* und die zugrundeliegenden Dynamiken, Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen zugeschrieben wurde. Im Unterschied zu den in den Kapiteln 4.2.1 und 4.2.2 dargestellten Befragungen und Interviews war diese auf Expertinnen- und Expertenwissen rekurrierende Studie nicht auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen beschränkt; die Interviewten wurden bundesweit rekrutiert.

Expertinnen- und Experteninterviews lassen sich als eine Spezialform des leitfadengestützten Interviews verstehen. Sie zielen darauf ab, spezifisches Wissen, das häufig aus beruflicher bzw. wissenschaftlicher Befassung mit einem Gegenstand erwachsen ist, für die Zwecke einer Untersuchung nutzbar zu machen (zur Methode des Expertinnen- und Experteninterviews siehe u.a. Abels, & Behrens, 2005; Bogner & Menz, 2005; Bogner, Littig, & Menz, 2002, 2009, 2014; Gläser & Laudel, 2009, 2010; Helfferich, 2014; Meuser & Nagel, 2005; Van Audenhove & Donders, 2019). Im vorliegenden Fall wurde die Expertise in Berufsfeldern und Institutionen gesucht, die, wenn auch nicht unbedingt spezifisch mit dem Problemfeld der Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern, jedenfalls mit Problemlagen in stationären Pflegeeinrichtungen und hierbei auch mit solchen Problemen befasst sind, die unter die rahmende Formulierung „Aggression und Gewalt in der Pflege“ gefasst sind. Dazu gehören Einrichtungen wie Heimaufsicht und Medizinischer Dienst ebenso wie psychosoziale Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen. Darüber hinaus wurden auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus für die Thematik einschlägigen Feldern interviewt. Die Auswahl der Befragten erfolgte vor dem Hintergrund von Recherchen in öffentlichen Quellen nach Personen mit passenden Expertiseprofilen.

Im Rahmen der Expertinnen- und Experteninterviews wurde – analog zur oben dargestellten Interviewstudie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – als Befragungsinstrument wiederum ein Interviewleitfaden, ergänzt um einen Sozialdatenbogen und ein Interview-Postscript eingesetzt. Wesentliche Inhaltsbereiche des Leitfadens waren die folgenden:

- Daten zur Person und zur beruflichen Tätigkeit der Interviewpartnerin / des Interviewpartners
- Phänomenbereich „Gewalt und Aggressionen durch Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Altenhilfe“ (Bedeutung, Erscheinungsformen, Charakteristika beteiligter Personen, Ursachen / Auslöser für Aggressions- oder Gewaltvorkommnisse in der stationären Altenhilfe, Folgen für Personen, die bei Gewalt- oder Aggressionsereignissen angegriffen werden)
- Spezifischer: Phänomenbereich „Aggressives Verhalten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern“
- Umgang mit Gewaltvorkommnissen in Einrichtungen
- Gewaltvermeidung und Gewaltprävention („Was können Einrichtungen aus Ihrer Sicht tun, um Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern präventiv entgegenzuwirken?“)

Die zehn Interviews mit Expertinnen und Experten wurden zwischen Oktober 2018 und März 2019 geführt. Die Gespräche erfolgten persönlich-mündlich, mit einer terminlich bedingten Ausnahme am Arbeitsplatz der Interviewten und dauerten in der Regel zwischen 80 und 90 Minuten. Mit Zustimmung der Interviewten wurden die Gespräche aufgezeichnet, die Tonaufnahmen wurden wiederum unter

Hinzuziehung eines externen Dienstleisters nach dem vereinfachten Schema von Dresing und Pehl (2018) verschriftet, mit MAXQDA codiert und inhaltsanalytisch vor allem mit Blick auf Expertinnen- und Expertensichtweisen zum Phänomenbereich RRA und zur Praxis und den Perspektiven der Prävention ausgewertet. Ergebnisse sind in Kapitel 5.3 dargestellt.

4.2.4. Empirisch gestützte Entwicklung von Schulungs- / Trainingskonzepten und -materialien

Vom Projektpartner Zentrum für Qualität in der Pflege wurden im Rahmen des Projekts Schulungs- und Trainingsmaterialien spezifisch mit Blick auf das Problemfeld der Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen erstellt. Die Entwicklung der Materialien erfolgte vor dem Hintergrund der empirischen Elemente des Projekts sowie auf der Basis von Literaturlauswertungen und einer Reihe weiterer Expertinnen- und Experteninterviews. Der methodische Ansatz, die Ergebnisse und auch die entwickelten Unterlagen sind in einem separaten Bericht dargestellt (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020).

5. Untersuchungsergebnisse

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse der Studie im Überblick dargestellt. Der multimethodalen Ausrichtung des Projekts entsprechend, werden zunächst Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung von Beschäftigten in Einrichtungen der stationären Altenhilfe berichtet (Kap. 5.1); hieran schließen sich Befunde aus den beiden Interviewstudien an (Interviews in Einrichtungen in Kap. 5.2, Expertinnen- und Experteninterviews in Kap. 5.3). Jedes der drei Teilkapitel endet mit einer kurzen Zwischenbilanz.

5.1. Befragung von Beschäftigten in der stationären Altenhilfe

5.1.1. Untersuchungsstichprobe

In die Befragung einbezogene Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Die schriftliche Befragung von in Pflege, Betreuung und Versorgung tätigen Personen wurde in 73 stationären Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Vierzehn Einrichtungen sind in Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern gelegen, 28 Einrichtungen in Mittelstädten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern und 31 Einrichtungen in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern.

Die Altenhilfeeinrichtungen hatten überwiegend freigemeinnützige (n = 49), darüber hinaus privat gewerbliche (n = 19) sowie in wenigen Fällen (n = 4) öffentliche Träger; für eine Einrichtung fehlten Angaben zur Trägerschaft. Im Vergleich mit den Trägern stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland insgesamt sind Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft in der Stichprobe überrepräsentiert (68,1 % gegenüber 53 % bundesweit), solche in privat-gewerblicher Trägerschaft dementsprechend in geringerem Maße vertreten (26,4 % gegenüber 43 % bundesweit; vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S.12).

Die einbezogenen Einrichtungen boten unterschiedliche Pflege- und Wohnformen an. Neben der vollstationären Dauerpflege (von 97,3 % der Einrichtungen angeboten) und der Kurzzeitpflege (80,8 %) wurden auch Plätze in der Tagespflege (12,3 % der Einrichtungen) und dem Betreuten Wohnen (13,7 %) bereitgehalten. Bundesweit entfallen 92 % aller Pflegeplätze auf vollstationäre Dauerpflege (Statistisches Bundesamt, 2019, S.12). 21,9 % der untersuchten Einrichtungen boten Plätze in spezifischen Demenzeinheiten an⁷. Zwei Altenhilfeeinrichtungen waren ausschließlich auf die Pflege von dementiell Erkrankten ausgerichtet, eine davon bot auch Kurzzeitpflege an. Alle Einrichtungen verfügten über Einbettzimmer, 76,7 % zusätzlich über Zweibettzimmer, und eine Einrichtung hielt darüber hinaus ein Dreibettzimmer bereit.

Durchschnittlich waren die Einrichtungen (n = 72) in 3,49 Wohnbereiche untergliedert (Maximum = 9). In den Einrichtungen wurden im Mittel 84,81 Bewohnerinnen und Bewohner versorgt (Minimum = 20, Maximum = 219). Häuser in privater Trägerschaft waren eher kleinere Einrichtungen mit durchschnittlich 67,58 Bewohnerinnen und Bewohnern, was etwas über dem bundesweiten Durchschnitt von 58 Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen in privater Trägerschaft liegt. In Einrichtungen mit einem öffentlichen Träger wurden durchschnittlich 80,25 Personen gepflegt und betreut, was dem diesbezüglichen bundesweiten Mittelwert (\emptyset = 80 Personen) entspricht. Freigemeinnützige Einrichtungen versorgten durchschnittlich 91,87 Bewohnerinnen und Bewohner und gehörten somit zu den größeren Einrichtungen in der Stichprobe; sie betreuten mehr Pflegebedürftige als im einschlägigen bundesweiten Durchschnitt (67 Bewohnerinnen und Bewohner; vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S.12)

Das durchschnittliche Alter der Bewohnerinnen und Bewohner aller Einrichtungen (gültige Antworten liegen für 72 Einrichtungen vor) betrug 81,72 Jahre. Im Mittel lebten in jeder Einrichtung 61,52 weibliche Bewohner; der Frauenanteil an der Bewohnerschaft von 73 % (63 gültige Antworten) entspricht in etwa dem bundesdeutschen Anteil (70 %) an Frauen in vollstationären Altenhilfeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt, 2019, S.18)⁸.

In den Einrichtungen befragte Personen

Insgesamt wurden 1.326 in Pflege, Betreuung und Versorgung tätige Personen befragt. Für 1.297 Befragte konnte die Trägerschaft der Einrichtung bestimmt werden; demnach waren 76,2 % der Befragten in Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, 19,5 % in Einrichtungen privater Träger und 4,3 % in Einrichtungen öffentlicher Träger tätig.

Das durchschnittliche Alter der Befragten (n = 1.272) betrug 44,3 Jahre, wobei 18,5 % unter 30 Jahre alt, 39,1 % zwischen 30 und 49 Jahre alt und 42,5 % 50 Jahre und älter waren. Die Altersspanne der Befragten reichte von 17 bis 85 Jahren; der letztgenannte außergewöhnlich hohe Wert erklärt sich dadurch, dass unter den Befragten einzelne ehrenamtlich Tätige sowie geringfügig Beschäftigte jenseits des üblichen Ruhestandsalters waren. Die Altersverteilung entspricht weitestgehend der

⁷ Zu „Demenzstationen“ und zur Diskussion um entsprechende Spezialisierungen siehe u.a. Cadigan, Grabowski, Givens, & Mitchell (2012); Hofmann, Rösler, Vogel, & Nehen (2014); Rösler, Hofmann, & von Renteln-Kruse (2010).

⁸ Der Umstand, dass gerade in der vollstationären Pflege der Anteil der Frauen an der Bewohnerschaft sehr hoch ist, ist vor dem Hintergrund mehrerer Faktoren zu sehen. Dazu gehören die höhere durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen, die Altersunterschiede von Männern und Frauen bei der Heirat sowie Geschlechterunterschiede in der Bereitschaft, Pflegeverantwortung in Familie und Partnerschaft zu übernehmen (siehe zu den komplexen Zusammenhängen zwischen Geschlecht und Pflege / Pflegebedarf u.a. Backes, Amrhein, & Wolfinger, 2008; Heusinger, & Kammerer, 2013).

Altersstruktur der bundesweit in stationären Pflegeeinrichtungen Beschäftigten (18 % unter 30 Jahre, 40 % zwischen 30 und 49 Jahren, 42 % 50 Jahre und älter; vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S.14).

Die Befragten waren zu 85,3 % weiblich und zu 14,7 % männlich (n = 1.317), was wiederum der bundesweiten Verteilung entspricht (84 % weiblich; vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S.14).

1.310 Teilnehmerinnen und Teilnehmer machten Angaben zu ihrer Muttersprache; 88,2 % (n = 1.155) nannten Deutsch als Muttersprache, wobei 117 Befragte (8,9 %) angaben, neben Deutsch eine weitere Muttersprache zu sprechen. 155 Befragte (11,8 %) bezeichneten Deutsch nicht als ihre Muttersprache. Unter den mehr als 35 von den Befragten genannten nichtdeutschen Muttersprachen waren Polnisch (n = 83; entspricht 6,3 % aller Personen mit Angabe zur Muttersprache), Russisch (n = 65; 5,0 %) und Türkisch (n = 26; 2,0 %) am häufigsten.

Ein Drittel (33,3 %) der Befragten war zum Befragungszeitpunkt bereits seit mindestens zehn Jahren in der aktuellen Einrichtung tätig. 21,9 % arbeiteten seit mindestens fünf, aber weniger als zehn Jahren in der Einrichtung. 32,8 % waren seit mindestens einem, aber weniger als fünf Jahren in der Einrichtung tätig und lediglich 12 % seit weniger als einem Jahr.

Etwas über ein Drittel (35,6 %) der befragten Personen war vollzeitbeschäftigt und knapp zwei Drittel (64,5 %) gingen einer Teilzeitbeschäftigung⁹ nach (n = 1299). Dies entspricht wiederum weitgehend dem bundesdeutschen Schnitt an Beschäftigungsverhältnissen in stationären Pflegeeinrichtungen (29 % in Vollzeitbeschäftigung, 63 % in Teilzeitbeschäftigung; Statistisches Bundesamt, 2019, S.14).

In Hinblick auf die Arbeitsbereiche, in denen die Befragten tätig waren (2.108 Nennungen von n = 1.224 befragten Personen), gaben 95,8 % (n = 1.172) an, regelmäßig in der vollstationären Langzeitpflege zu arbeiten. Darunter werden auch Arbeitsbereiche mit speziellen Pflege- und Wohnformen subsumiert; 7,9 % (n = 97) nannten eine spezifische Demenzeinheit, 9,2 % (n = 112) eine Demenzwohngruppe, 12,3 % (n = 150) einen beschützten Wohnbereich für Menschen mit dementiellen Veränderungen und 10,3 % (n = 126) einen gerontopsychiatrischen Wohnbereich als regelmäßiges Arbeitsumfeld. Darüber hinaus waren 20,9 % (n = 256) regelmäßig in der Kurzzeitpflege, 4,4 % (n = 54) in der Tagespflege und 4,5 % (n = 55) im Betreuten Wohnen tätig. Weitere 7 % arbeiteten (auch) in anderen Bereichen wie der ambulanten Pflege, in Wohngruppen/Hausgemeinschaften, in Wohnbereichen für Menschen mit Suchterkrankungen, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in Rehabilitationseinrichtungen oder in der Intensivpflege.

Als Berufsabschlüsse gaben die 1.240 befragten Personen am häufigsten „Examierte Altenpflege“ sowie „Altenpflegehilfe“ an (vgl. Tabelle 2). Im bundesdeutschen Vergleich weisen Daten des Statistischen Bundesamtes für den Bereich der körperbezogenen Pflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen aus, dass von den dort Beschäftigten „fast jeder Zweite (45 %) entweder einen Abschluss als Altenpflegerin und -pfleger (35 %), Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger (9 %) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger (1 %)“ vorweisen konnte (Statistisches Bundesamt, 2019, S.14), was sich weitgehend mit den Daten der Stichprobe deckt.

⁹ Eine „vollzeitnahe“ Tätigkeit mit mehr als 75 % der regulären Arbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigung übten 18,9 % der Befragten aus. 19,1 % waren mit einem Stellenumfang von mehr als 50 % (aber weniger als 75 %) beschäftigt. Eine in diesem Sinne „vollzeitferne“ Teilzeitbeschäftigung übten insgesamt 26,5 % der Befragten aus; 18,7 % mit einem Stellenanteil zwischen 25 % und 50 %, 6,4 % als geringfügig Beschäftigte oder mit einem Stellenumfang von weniger als 25 %, 1,4 % mit einem unspezifischen Stellenumfang, der sich aus dem Kontext ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit oder durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Erhaltung und Wiedererlangung der Beschäftigungsfähigkeit ergab.

Daneben nehmen in der vorliegenden Stichprobe „Hilfskräfte in Pflege und Betreuung“ mit 16,1 % aller Befragten einen großen Stellenwert ein, wozu Betreuungskräfte nach §43b, 53c SGB XI (10,3 %), Alltagsbegleiter/-innen (2,4 %), Ehrenamtliche (1,4 %), Schwesternhelfer/-innen (0,2 %) sowie sonstige Aushilfen ohne Pflegequalifikation (1,7 %) und sonstige Betreuungskräfte (0,2 %) zählen.

Darüber hinaus wurden häufig „andere Abschlüsse“ genannt; dies betraf insbesondere Erstausbildungen (z.B. als Arzthelfer/-in, Friseur/-in oder mit hauswirtschaftlichen oder kaufmännischen Abschlüssen).

Von den Befragten gaben 46 Personen an, einen Abschluss im (sozial-)pädagogischen Bereich erworben zu haben. In insgesamt 30 Fällen handelte es sich dabei um Studienabschlüsse in Sozialer Arbeit/ Sozialpädagogik (n = 26), Pädagogik (n = 3) oder Sonderpädagogik (n = 1). 14 Befragte gaben Erzieherin bzw. Kinderpflegerin als Berufsabschluss an. Neben den genannten akademischen Abschlüssen im pädagogischen Bereich gaben weitere 40 Personen an, ein Studium in einer anderen Fachrichtung abgeschlossen zu haben. Neben drei pflegewissenschaftlichen Studienabschlüssen waren 14 betriebs- und volkswirtschaftliche Examen sowie 23 weitere Abschlüsse unterschiedlichster Fachrichtungen vertreten.

8,1 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 100) waren zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Ausbildung (vgl. Tabelle 2), dies entspricht etwa dem bundesdeutschen Anteil an Auszubildenden (7 %) im stationären Pflegebereich (Statistisches Bundesamt, 2019, S.39). Insgesamt 88 Auszubildende haben weitere Angaben zur Art der Ausbildung gemacht; von diesen strebten 86,4 % (n = 76) eine Qualifikation zur Pflegefachkraft an, 6,8 % (n = 6) eine Qualifikation für helfende Tätigkeiten, und ebenso viele absolvierten sonstige Ausbildungen oder ein Studium.

Tabelle 2: Berufsabschlüsse in Pflege, Betreuung und Versorgung
(Mehrfachantworten: n = 1.347 Nennungen von 1.240 befragten Personen)

	n	% der Befragten
Examierte/r Altenpfleger/in	405	32,7
Altenpflegehelfer/in	260	21,0
Examierte/r Gesundheits- & Krankenpfleger/in (bzw. Krankenschwester/-pfleger)	103	8,3
(Sozial-)Pädagogisches Studium / Berufsabschluss	46	3,7
Studium (alle Fachrichtungen außer pädagogischen / sozialarbeiterischen Studiengängen)	40	3,0
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	37	3,0
Therapeutischer Berufsabschluss	23	1,9
Examierte/r Gesundheits- & Kinderkrankenpfleger/in (bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger)	14	1,1
Heilerziehungspfleger/in	5	0,4
Heilpädagogin, Heilpädagoge	3	0,2
Anderer Abschluss	225	18,1
Noch in der Ausbildung	100	8,1
Kein Berufsabschluss	86	6,9

Für weitere Auswertungen wurden aus einem Teil der genannten Berufsabschlüsse zwei sich anhand ihres pflegerischen Qualifikationsgrades unterscheidende Kategorien gebildet, die im Weiteren als „Pflegefachkräfte“ (PFK; n = 523) und „Pflegeassistent- und Hilfskräfte“ (PAH; n = 436) bezeichnet werden.

„Pflegefachkräfte“ weisen eine in der Regel dreijährige Ausbildung und einen entsprechenden Abschluss auf (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspflege). Unter „Pflegeassistenz- und Hilfskräften“ sind neben Befragten mit einer zweijährigen pflegerischen Ausbildung auch Personen ohne einschlägige Ausbildung bzw. lediglich mit Wochen- oder Monatskursen (Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter/-innen, Ehrenamtliche, Schwesternhelfer/-innen sowie sonstige Aushilfen ohne Pflegequalifikation und sonstige Betreuungskräfte) zusammengefasst. In der vorliegenden Stichprobe beträgt das Verhältnis von Pflegefachkräften zu Pflegeassistenz- /Hilfskräften: 1,2:1.

Unter den Befragten, die sich keiner der beiden Kategorien zuordnen lassen, sind vor allem solche mit sozial- und heilpädagogischen Abschlüssen, therapeutischen Ausbildungen sowie einer Reihe anderer beruflicher und akademischer Abschlüsse, ferner die noch in der Ausbildung befindlichen Personen und jene ohne berufliche Qualifikation.

58,5 % der Pflegefachkräfte (n = 523) haben eine Fachweiterbildung absolviert; von diesen haben 278 nähere Angaben zur ihrem Qualifikationsschwerpunkt gemacht. Am häufigsten werden Fachweiterbildungen als Fachkraft zur Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit (44,6 % derjenigen mit entsprechenden Angaben) und zur Praxisanleitung (42,1 %) genannt. 18,3 % haben sich für die gerontopsychiatrische Pflege und 15,5 % für die Palliativpflege qualifiziert. Fachweiterbildungen als Wundexpertin bzw. -experte (6,8 %), im Qualitätsmanagement (4 %) und als Hygienebeauftragte/-r (2,9 %) sind eher gering vertreten. 2,2 % haben eine Weiterbildung zur Fachkraft für Demenz absolviert, 3,6 % sonstige Fachweiterbildungen.

Zur derzeitigen beruflichen Position wurde von einigen Befragten mehr als eine Angabe gemacht (vgl. Tabelle 3). Es handelt sich dabei überwiegend um Personen, die zugleich als Pflegedienstleitungen und als Wohnbereichsleitungen tätig sind oder neben einer dieser beiden Positionen noch eine weitere angegeben haben (z.B. „Pflegefachkraft mit Leitungsaufgaben“).

Tabelle 3: Berufliche Position der Befragten

(Mehrfachantworten: n = 1.279 Nennungen von 1.232 befragten Personen)

	n	% der Befragten
Pflegedienstleitung / stellvertretende Pflegedienstleitung	60	4,9
Wohnbereichsleitung / stellvertretende Wohnbereichsleitung	94	7,6
Andere Pflegefachkraft mit Leitungsaufgaben	86	7,0
Pflegefachkraft (ohne Leitungsaufgaben)	377	30,6
Pflegehelferin / Pflegehelfer	200	16,2
Hilfskraft in Pflege und Betreuung	198	16,1
Auszubildende / Auszubildender	90	7,3
Hauswirtschaft	62	5,0
Sozialer Dienst	45	3,7
Verwaltung	32	2,6
Therapeut/in	15	1,2
Praktikant/in	7	0,6
Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)	4	0,3
Bundesfreiwilligendienst (BFD)	3	0,2
Sonstige Position	6	0,5

5.1.2. Erfahrungen mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern

Nachfolgend wird dargestellt, inwieweit Befragte aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern im Rahmen ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung erlebt haben. Es werden Befunde zu Viktimisierungserfahrungen der Befragten (d.h. zu *resident-to-staff aggression*) sowie zu Beobachtungen der Befragten zu aggressiven Episoden zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen (*resident-to-resident aggression*) berichtet.

Zu beiden Phänomenbereichen wurden Daten für zwei Referenzperioden erhoben, von denen die eine (die letzten vier Wochen) für alle Befragten identisch ist, während die Dauer der anderen (Zeitraum seit Beginn der Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung) über Personen hinweg variiert. Die „4-Wochen-Prävalenz“ bezieht sich auf den Anteil von befragten Personen, die ein bestimmtes Phänomen in den letzten vier Wochen vor der Befragung in der aktuellen Pflegeeinrichtung mindestens einmal beobachtet oder erlebt haben. Die „institutionelle Zugehörigkeitsprävalenz“ bezieht sich auf den Anteil von Personen, die ein Phänomen seit Beginn ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung mindestens einmal wahrgenommen oder erlebt haben. Die Verwendung derartiger Referenzperioden gehört zu den grundlegenden Merkmalen der *self-report*-Forschung (siehe dazu u.a. Cantor, 1984; Cantor, & Lynch, 2005; Clarke, Fiebig, & Gerdtham, 2008; Gomes, Maia, & Farrington, 2018; Gryczynski et al., 2015; Junger-Tas, & Haen Marshall, 1999; Kjellsson, Clarke, & Gerdtham, 2014; Price, 1993). Bei eher häufigen Ereignissen - und dies war sowohl mit Blick auf RRA als auch auf RSA zu erwarten - empfiehlt sich die Verwendung kurzer Referenzperioden; im vorliegenden Fall wurden die Fragen dementsprechend auf einen Zeitraum von vier Wochen bezogen. Um auch Aussagen darüber machen zu können, wie viele in den Einrichtungen tätige Personen insgesamt einschlägige Beobachtungen und Erfahrungen gemacht haben, wurde zusätzlich danach gefragt, ob Entsprechendes jemals seit Beginn der Tätigkeit in der jetzigen Pflegeeinrichtung vorgekommen sei. Ein „echtes Jemals“ im Sinne einer Lebenszeitprävalenzfrage wäre angesichts des Tätigkeitsfeldbezugs dessen, wonach gefragt wurde, unpassend gewesen.

Insbesondere mit Blick auf Implikationen für die pflegerische Aus- und Fortbildung werden im Folgenden Ergebnisse vielfach getrennt für die beiden oben skizzierten Gruppen der „Pflegefachkräfte“ und der „Pflegeassistenten- und Hilfskräfte“ dargestellt.

Resident-to-staff aggression (RSA)

Im Rahmen ihrer Tätigkeit hatten gut zwei Drittel der Befragten in den vier der Befragung vorausgehenden Wochen gegen die eigene Person gerichtete aggressives Verhalten durch Pflegebedürftige erfahren; für 27,8 % war dies einmal und für 39,0 % mehrmals der Fall.

Von allen beschriebenen RSA-Ereignissen ist verbal aggressives Verhalten die am häufigsten geschilderte Form: Im Zeitraum der letzten vier Wochen waren fast zwei Drittel der Befragten davon betroffen; 35,7 % erlebten verbal aggressives Verhalten durch Pflegebedürftige einmal, 27,7 % mehrmals.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten wurde innerhalb der letzten vier Wochen mit physisch aggressivem Verhalten konfrontiert, wobei etwa ein Sechstel (16,0 %) einmal und 21,6 % mehrmals betroffen waren.

Der Anteil derjenigen Betroffenen, die sexuell übergriffiges Verhalten durch zu Pflegenden in den letzten vier Wochen erlebt hatten, beträgt 14,3 % (7,9 % einmal; 6,4 % mehrmals).

Insgesamt berichten rund neun von zehn Befragten (89,9 %), seit Beginn ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung mindestens einmal von aggressiven Verhaltensweisen Pflegebedürftiger betroffen gewesen zu sein (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Von resident-to-staff aggression (RSA) in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung betroffene Befragte

Form von RSA	Zugehörigkeit zur Institution (1.316 < n < 1.321)		Letzte vier Wochen (1.309 < n < 1.318)	
	n	%	n	%
A: verbal aggressives Verhalten	1.153	87,3	832	63,4
B: physisch aggressives Verhalten	921	70,0	492	37,6
C: sexuell übergriffiges Verhalten	560	42,5	187	14,3
Mindestens eine der Formen A-C	1.188	89,9	881	66,8

Weiterhin wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Folgen erlebter Bewohnerinnen-/Bewohneraggression (wie körperlichen oder seelischen Verletzungen) und einer möglicherweise daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit gefragt. Nur ein geringer Teil (4,2 %, n = 50) der 1.187 Befragten war auf Grund eines RSA-Ereignisses mindestens einmal arbeitsunfähig (3,5 % einmal, 0,7 % mehrmals).

42 Befragte machten nähere Angaben zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit; von diesen waren 16 Personen (38,1 %) mehr als eine Woche arbeitsunfähig, elf Befragte (26,2 %) zwei bis fünf Tage und 15 (35,7 %) lediglich einen Tag. Von 49 vorübergehend Arbeitsunfähigen, die Angaben zu körperlichen Verletzungen gemacht haben, benötigten 21 Befragte (42,9 %) eine ärztliche Behandlung; bei zehn Personen (20,4 %) waren nicht behandlungsbedürftige Verletzungen zu verzeichnen. 18 Personen (36,7 %) gaben an, nicht körperlich verletzt, jedoch durch das Vorkommnis vorübergehend arbeitsunfähig gewesen zu sein.

Die 50 aufgrund eines RSA-Vorkommnisses vorübergehend arbeitsunfähigen Befragten machten auch Angaben zu ihrem Bewältigungsverhalten außerhalb der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Während 17 Befragte (34,0 %) angaben, sich im privaten oder beruflichen Umfeld Hilfe zur Bewältigung psychischer Belastungen gesucht zu haben, hatten neun Befragte (18,0 %) professionelle Hilfe aufgesucht. Drei Betroffene (6,0 %) nannten andere Coping-Strategien, die zur Bearbeitung und Bewältigung des Erlebten dienten.

Betrachtet man Prävalenzen von RSA-Erfahrungen bei Pflegefachkräften und Pflegeassistenten- und Hilfskräften, wird deutlich, dass erstere in allen Bereichen und für beide Referenzperioden zu einem höheren Anteil als letztere Viktimisierungserfahrungen schildern (Tabelle 5). Für den Zeitraum der letzten vier Wochen gaben drei Viertel der Pflegefachkräfte (74,9 %) und fast zwei Drittel der Pflegeassistenten- und Hilfskräfte (65,3 %) entsprechende Erfahrungen an. Seit Beginn ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung hatten nahezu alle PFK (95,0 %) und auch die weitaus meisten befragten PAH (86,6 %) mindestens einmal Aggression durch Bewohnerinnen und Bewohner erlebt.

Tabelle 5: Von resident-to-staff aggression (RSA) in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung betroffene Pflegefachkräfte und Pflegeassistent-/ Hilfskräfte

	Institutionelle Zugehörigkeitsprävalenz in % (521 < n < 522) Vier Wochen-Prävalenz in % (518 < n < 522)	Institutionelle Zugehörigkeitsprävalenz in % (431 < n < 434) Vier Wochen-Prävalenz in % (426 < n < 432)
	PFK	PAH
A: verbal aggressives Verhalten	92,5 (n = 483) 71,8 (n = 371)	83,6 (n = 362) 61,2 (n = 262)
B: physisch aggressives Verhalten	80,2 (n = 418) 46,0 (n = 239)	65,4 (n = 282) 35,4 (n = 151)
C: sexuell übergriffiges Verhalten	53,1 (n = 277) 16,0 (n = 83)	37,3 (n = 161) 12,9 (n = 55)
Mindestens eine der Formen A-C	95,0 (n = 496) 74,7 (n = 390)	86,6 (n = 376) 65,3 (n = 282)

Resident-to-resident aggression (RRA)

In den letzten vier Wochen vor der Befragung hatten nach eigenen Angaben drei Viertel der Befragten (74,9 %) mindestens einen Fall von aggressivem Verhalten unter Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet; 13,7 % hatten in diesem Zeitraum ein einzelnes Vorkommnis, 61,2 % zwei und mehr Ereignisse wahrgenommen.

Besonders hoch (69,3 %) ist der Anteil derjenigen, die verbal aggressives Verhalten unter Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet hatten (15,5 % einmal; 53,9 % mehrmals). Annähernd jede zweite Person (48,7 %) hatte innerhalb der letzten vier Wochen wahrgenommen, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner ein fremdes Zimmer betreten und persönliche Gegenstände angefasst, beschädigt oder entwendet hatte; 38,7 % der Befragten hatten dies mehrfach beobachtet, 10 % lediglich einmal. Jede dritte befragte Person (33,3 %) hatte in den letzten vier Wochen mindestens einen Fall körperlicher Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern miterlebt (16,8 % einmal; 16,5 % mehrmals), während sexuell grenzverletzendes Verhalten von den Teilnehmenden deutlich seltener wahrgenommen worden war. In den letzten vier Wochen hatte etwa jede zehnte befragte Person (9,8 %) derartiges Verhalten beobachtet (4,9 % einmal und 4,9 % mehrmals).

Während der Gesamtdauer ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung hatten 91,5 % der Befragten mindestens eine Form aggressiven Verhaltens unter Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet (vgl. Tabelle 6). Auch für diese Referenzperiode ist die Prävalenz von RRA-Beobachtungen zu verbal aggressivem Verhalten höher als für körperliche Aggression und deutlich höher als für den Bereich sexuell grenzverletzenden Verhaltens. Eine quantitative Dominanz verbal aggressiven gegenüber physisch aggressivem Verhalten spiegelt sich in den Befunden zahlreicher Studien zu Viktimisierungen im Alter wider (siehe etwa Comijs, Pot, Smit, Bouter, & Jonker, 1998; Dong, 2015; Lachs, & Berman, 2011; Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017; Yon, Ramiro-Gonzalez, Mikton, Huber, & Sethi, 2018) und entspricht auch weitverbreiteten Vorstellungen hinsichtlich Schwere und sozialer Ächtung verbaler und körperlicher Angriffe auf eine andere Person.

Tabelle 6: Prävalenz der Beobachtung von RRA-Phänomenen durch Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung

	Zugehörigkeit zur Institution (1.317 < n < 1.324)		Letzte vier Wochen (1.305 < n < 1.323)	
	n	%	n	%
A: verbal aggressives Verhalten	1.170	88,5	915	69,3
B: physisch aggressives Verhalten	791	60,1	434	33,3
C: sexuell übergriffiges Verhalten	362	27,4	130	9,9
D: Verletzung der räumlichen Privatsphäre und privaten Eigentums (Einzelitem)	917	70,0	609	48,7
Mindestens eine der Formen A-D	1.212	91,5	992	74,9

Eine Betrachtung der Prävalenzraten für Pflegefachkräfte und Pflegeassistenten- / Hilfskräfte zeigt wiederum, dass von ersteren zu einem etwas höheren Anteil RRA-Vorkommnisse wahrgenommen worden waren (vgl. Tabelle 7). Für den Zeitraum der letzten vier Wochen gaben acht von zehn PFK (82,0 %) und sieben von zehn PAH (70,3 %) an, RRA-Episoden beobachtet zu haben.

Seit Beginn ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung hatten nahezu alle Fachkräfte (95,0 %) und die überwiegende Mehrheit der Pflegeassistenten- und Hilfskräfte (87,2 %) mindestens einmal aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen untereinander beobachtet.

Tabelle 7: Prävalenz der Beobachtung von RRA-Phänomenen durch Pflegefachkräfte und Pflegeassistenten- / Hilfskräfte in den letzten vier Wochen und seit Zugehörigkeit zur aktuellen Pflegeeinrichtung

	Institutionelle Zugehörigkeitsprävalenz in % (519 < n < 522)	Institutionelle Zugehörigkeitsprävalenz in % (427 < n < 436)
	Vier Wochen-Prävalenz in % (503 < n < 522)	Vier Wochen-Prävalenz in % (401 < n < 435)
	PFK	PAH
A: verbal aggressives Verhalten	92,9 (n = 484)	83,2 (n = 362)
	75,9 (n = 396)	65,4 (n = 283)
B: physisch aggressives Verhalten	72,0 (n = 375)	52,1 (n = 226)
	38,8 (n = 201)	30,2 (n = 129)
C: sexuell übergriffiges Verhalten	37,0 (n = 193)	21,6 (n = 94)
	13,9 (n = 72)	7,4 (n = 32)
D: Verletzung der räumlichen Privatsphäre und privaten Eigentums (Einzelitem)	80,2 (n = 426)	64,4 (n = 275)
	58,2 (n = 293)	44,4 (n = 178)
Mindestens eine der Formen A-D	95,0 (n = 496)	87,2 (n = 380)
	82,0 (n = 428)	70,3 (n = 306)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Pflege und Betreuung tätige Personen im Kontext ihrer Arbeit in starkem Maße mit aggressivem Verhalten von zu Pflegenden konfrontiert werden. Insbesondere das Erleben verbaler Aggression – ob nun gegen die eigene Person oder gegen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner gerichtet – hat offenbar einen gewissen Grad an Alltäglichkeit.

Physische Aggression und sexuelle Übergriffe sind relativ hierzu weniger verbreitet; das gilt sowohl für *resident-to-staff aggression* als auch für *resident-to-resident aggression* und spiegelt sich in den Erfahrungen von PFK und PAH insofern in ähnlicher Weise wider, als die Rangreihen der Phänomene in beiden Gruppen einander entsprechen.

Zugleich wird deutlich, dass Pflegefachkräfte zu einem höheren Anteil als Pflegeassistenten- und Hilfskräfte RSA-Phänomene erleben und RRA-Episoden unter Bewohnerinnen und Bewohnern wahrnehmen. Die Hintergründe dieser Gruppenunterschiede in der Verbreitung einschlägiger Erfahrungen und Wahrnehmungen müssen als komplex angenommen werden. Neben differentiellen Tätigkeitsprofilen und Unterschieden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (mit möglichen Konsequenzen für die Wahrnehmung und das Berichten aggressiver Verhaltensweisen) sind auch Gruppenunterschiede in der Expositionszeit zu berücksichtigen. Da nur 63,7 % der PAH gegenüber 88,2 % der PFK mit einem Stellenumfang von mehr als 50 % angestellt sind, verbringen sie weniger Zeit in der jeweiligen Einrichtung. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ähnlicher Weise auch in der Zugehörigkeitsdauer. So waren zum Befragungszeitpunkt 13,2 % der PAH und 8,6 % der PFK seit weniger als einem Jahr in der Einrichtung tätig; hingegen arbeiteten 62,5 % der Fachkräfte im Vergleich zu 54,3 % der Assistenten- und Hilfskräfte seit mindestens fünf Jahren in der Einrichtung.

Wird die relativ kleine Gruppe derjenigen betrachtet, die nach eigenen Angaben in der aktuellen Einrichtung niemals gegen sie gerichtete Aggression von Bewohnerinnen oder Bewohnern erlebt (10,1 %; n = 133) bzw. niemals eine RRA-Episode wahrgenommen haben (8,5 %; n = 112), so ergeben sich auch hier Hinweise auf eine relativ zur Gesamtstichprobe geringere Exposition. So sind diejenigen ohne jegliche RSA-Erfahrungen zu 47,4 % mit weniger als 50 % Stellenanteil beschäftigt und zu 55,4 % seit weniger als fünf Jahren in der Einrichtung tätig; für die Gruppe ohne RRA-Beobachtungen liegen die entsprechenden Werte bei 43,5 % und 62,4 %. Zudem sind 31,9 % derjenigen ohne RSA-Erfahrungen und 27,2 % derjenigen ohne RRA-Beobachtungen in Bereichen mit einem begrenzten Kontakt zu Pflegebedürftigen tätig (wie Hauswirtschaft, Technik, Infrastruktur).

5.1.3. Ereignisbezogene RRA-Analysen

Gaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, mindestens einmal eine RRA-Episode erlebt zu haben, wurden ihnen vertiefende Fragen zu dem jeweils zeitlich jüngsten einschlägigen Ereignis gestellt. Damit wurde innerhalb des Befragungsinstruments ein grundsätzlicher Perspektivenwechsel vollzogen. Hatten die Befragten zuvor summarisch für bestimmte Zeiträume über ihre Erfahrungen mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet, wurde nun aus der Gesamtheit der Vorkommnisse ein einzelnes herausgegriffen¹⁰ und im Hinblick auf Merkmale des Ereignisses, des Ereigniskontexts und der beteiligten Personen näher erkundet. Die Auswahl des zu charakterisierenden Ereignisses wurde von den Befragten selbst vorgenommen. Das hierfür im Instrument vorgegebene Kriterium bestand darin, dass es sich um das zeitlich jüngste, also das bislang letzte von der Person erlebte Vorkommnis handeln sollte.¹¹ Ereignisbezogene Befragungsformen

¹⁰ Lediglich für den Fall, dass die befragte Person bislang genau ein einschlägiges Ereignis erlebt hatte, erübrigte sich ein Auswahlprozess.

¹¹ Ein alternatives Vorgehen hätte darin bestehen können, die ereignisbezogenen Fragen nicht auf die zeitlich jüngste, sondern auf die subjektiv bedeutsamste Episode auszurichten. Die Fokussierung auf das am wenigsten weit zurückliegende Ereignis begründet die Annahme, dass die Erinnerung hieran in der Regel noch frisch sein dürfte. Zudem lässt dieses von der Ereignisqualität unabhängige Kriterium erwarten, dass die in der Befragung berichtete Ereignismenge die Bandbreite und

finden in der Tradition kriminologischer und viktimologischer *self-report studies* (= Selbstberichtstudien) immer wieder Verwendung (stellvertretend für viele etwa Fry, O’Riordan, Turner, & Mills, 2002; Gidycz, Warkentin, & Orchowski, 2007; Johnsen et al., 2020). Dies hat seinen Grund auch darin, dass manche Merkmale wie etwa Tatfolgen, Täter-Opfer-Beziehungen oder Anzeigeverhalten kaum summarisch über Ereignisse hinweg erfragt werden können.

Die nachfolgenden Auswertungen beruhen auf den Angaben zu dem von den Befragten herausgegriffenen und näher charakterisierten RRA-Vorkommnis. Von 1.212 Personen, die mindestens ein Aggressionsereignis unter Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet hatten, machten 890 (73,4 %) Angaben zu dem letzten von ihnen wahrgenommenen Vorkommnis; 779 Befragte schilderten in eigenen Worten dieses zeitlich jüngste Ereignis; 855 Befragte machten Angaben zur Zahl der beteiligten Bewohnerinnen / Bewohner, und 781 Teilnehmerinnen und Teilnehmer charakterisierten die beteiligten Personen näher.

Aggressionsformen in den zuletzt beobachteten RRA-Episoden

Die zuletzt beobachteten RRA-Episoden wurden von den Befragten in kurzer schriftlicher Form in eigenen Worten beschrieben. Teilweise bestehen die Schilderungen nur aus einzelnen Begriffen oder Satzfragmenten; überwiegend handelt es sich aber um hinreichend ausführliche Beschreibungen, sodass 779 aussagekräftige Ereignisschilderungen vorliegen. Das so entstandene freitextliche Material wurde codiert und ausgewertet.

In einer berichteten RRA-Episode können – gleichzeitig oder nacheinander – mehrere Aggressionsformen vorkommen (z.B. verbale Beleidigung und Treten); dementsprechend enthalten die 779 Ereignisschilderungen insgesamt 1.001 Erwähnungen aggressiver Verhaltensformen. Tabelle 8 zeigt das Vorkommen der zu Kategorien zusammengefassten Aggressionsformen in den Schilderungen von RRA-Episoden.

Tabelle 8: Formen von Bewohnerinnen-/Bewohneraggression in der zuletzt beobachteten RRA-Episode (n = 1.001 Nennungen aggressiver Verhaltensweisen in 779 Einzelfallschilderungen)

	n	% der aggr. Verhaltensformen	% der Episoden
verbal aggressives Verhalten	550	54,9	70,6
physisch aggressives Verhalten	316	31,6	40,6
Verletzung der Autonomie Anderer	62	6,2	8,0
Diebstahl/ Wegnahme von Gegenständen	11	1,1	1,4
sexuell übergriffiges Verhalten	7	0,7	0,9
Sachbeschädigung/ Vandalismus	3	0,3	0,4
RSA im Kontext von RRA	21	2,1	2,7
nicht spezifizierte Aggressionsphänomene	31	3,1	4,0

In den Episodenschilderungen werden verbal aggressives Verhalten und physische Aggression weitaus am häufigsten beschrieben; verbal aggressives Verhalten kam in mehr als 70 % der Ereignisschilderungen vor. Die Kategorie „Verletzung der Autonomie Anderer“ (in 8,0 % aller Ereignisschilderungen vorkommend) bezieht sich auf Handlungen, bei denen eine Bewohnerin oder

Verteilung von RRA-Vorkommnissen, wie sie in Pflegeinstitutionen Tätigen begegnen, recht gut widerspiegelt.

ein Bewohner in ihrem/seinem freien Willen eingeschränkt oder ihr/sein Wille missachtet worden ist (z.B. durch Verletzung des persönlichen Nahraumes, das Blockieren von Wegen/ Sitzgelegenheiten oder die Verletzung der Privatsphäre).

In der Kategorie „nicht spezifizierte Aggressionsphänomene“ (4,0 %) sind Beschreibungen zusammengefasst worden, die angesichts des allgemeinen und interpretationsoffenen Charakters der verwendeten Formulierungen (z.B. „fremdaggressives Verhalten“, „Mobbing“) eine spezifischere Zuordnung nicht zuließen.

2,7 % der Schilderungen beinhalten auch Beschreibungen von RSA-Phänomenen. Dabei geht es vor allem um solche Fälle, in denen sich im Rahmen einer RRA-Episode die Aggression auch gegen intervenierende Beschäftigte richtete bzw. bei denen von Beginn an das aggressive Verhalten sowohl gegen Mitbewohnerinnen / Mitbewohner als auch gegen Beschäftigte gerichtet war.

Anzahl der beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner

Die Befragten wurden gebeten, die in die Vorkommnisse involvierten Bewohnerinnen und Bewohner näher zu beschreiben. Zunächst wurde nach der Anzahl der an dem Ereignis beteiligten Personen gefragt. Hierzu liegen Angaben von 855 Personen vor. Ganz überwiegend (77,8 %; n = 665) waren lediglich zwei Bewohnerinnen oder Bewohner beteiligt; in 13,2 % der Fälle (n = 113) wurde die Zahl der Akteure mit drei angegeben, und in 9 % der Episoden (n = 77) waren mehr als drei Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt¹² ($\bar{X} = 2,52$; Spannweite = 2- 30; SD = 1,92).

Mögliche Konstellationen von beteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern

Darüber hinaus wurden die Befragten gebeten, die Rollen der in das Geschehnis eingebundenen Bewohnerinnen und Bewohner näher zu charakterisieren. Hierbei wurden nicht die Begriffe „Opfer“ und „Täter“ verwendet; vielmehr wurde danach gefragt, ob die erwähnten Personen „die Auseinandersetzung begonnen“ bzw. „die Auseinandersetzung nicht begonnen“ hatten oder ob man das „so nicht sagen“ könne. Diese Zuschreibungen werden in der nachfolgenden Darstellung als die einer *initial aggressiv handelnden Person* (IAH) („hat (...) begonnen“), einer hierdurch *geschädigten Person* (GES) („hat (...) nicht begonnen“) bzw. einer *neutralen Person* („kann man so nicht sagen“) (NP) aufgegriffen. Für Konstellationen mit drei und mehr involvierten Bewohnerinnen und Bewohnern wurden die Befragten gebeten, die beiden Personen, die aus ihrer Sicht bei dem RRA-Ereignis am wichtigsten gewesen waren, herauszugreifen und näher zu charakterisieren.

Aus der Art der Fragestellung ergeben sich für die beiden näher charakterisierten Personen hinsichtlich ihrer Beteiligung an dem Vorkommnis 9 (3 x 3) mögliche Konstellationen. Tabelle 9 stellt die resultierende Verteilung der 781 ereignisbezogenen „Rollenkonstellationen“ dar.

Es wird deutlich, dass innerhalb der RRA-Episoden überwiegend asymmetrische Konstellationen wahrgenommen werden. In 70 % der Fallbeschreibungen (n = 547) wurde eine der beiden Personen als *initial aggressiv handelnde Person* und die andere als *geschädigte Person* charakterisiert. Daneben

¹² Soweit dazu spezifische Angaben gemacht wurden, gab es 17 beobachtete Vorkommnisse mit vier Akteuren, zwölf Ereignisse mit fünf Beteiligten, sieben Fälle mit sechs Akteuren, jeweils zwei Episoden mit sieben und vierzehn Beteiligten, je fünf Fälle mit acht bzw. zehn Akteuren, drei Vorkommnisse mit fünfzehn Beteiligten und jeweils einen Fall mit neun, zwölf, dreizehn, fünfundzwanzig und dreißig Akteuren.

zeigen sich auch Konstellationen, in denen jeweils eine Bewohnerin oder ein Bewohner als *neutrale Person* beschrieben und die/der jeweils andere Beteiligte als *initial aggressiv handelnde Person* (7,0 %) oder als *geschädigte Person* (2,0 %) charakterisiert wurde.

Tabelle 9: Personen-Konstellationen beim zeitlich jüngsten RRA-Ereignis

(Gesamtzahl der Konstellationen n = 781)

Person 2	Person 1		
	IAH	GES	NP
IAH*	7	120	16
GES*	427	5	9
NP*	39	7	151

* IAH: initial aggressiv handelnde Person; GES: geschädigte Person; NP: neutrale Zuschreibung

Darüber hinaus treten auch symmetrische Personen-Konstellationen auf, d.h. solche, bei denen die beiden involvierten Personen von den Befragten jeweils mit dem gleichen Attribut belegt werden. Während häufig beide Beteiligte als *neutrale Personen* charakterisiert wurden (19,3 %), wurden nur sehr selten (0,9 %) Konstellationen beschrieben, in denen beide Beteiligte als Quelle der Aggression charakterisiert wurden. In Einzelfällen (0,6 % der Fallbeschreibungen) wurden die beiden herausgehobenen Personen als *Geschädigte* bezeichnet.

Merkmale der an der RRA-Episode beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner

In Bezug auf die von den Befragten geschilderte jüngste RRA-Episode wurden zudem – weiterhin gegebenenfalls begrenzt auf die beiden „wichtigsten“ Personen – Merkmale der Beteiligten erfragt. Dazu gehören neben Alter und Geschlecht auch physische oder kognitive Beeinträchtigungen sowie zum Zeitpunkt des Ereignisses (nach Kenntnisstand der Befragten) vorliegende Diagnosen. Nachfolgend werden die Merkmale der als *initial aggressiv handelnde Personen* (n = 673), als *Geschädigte* (n = 576) und als *neutrale Personen* (n = 385) charakterisierten Bewohnerinnen und Bewohner dargestellt.

Tabelle 10: Geschlecht und Alter der in RRA-Episoden beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner

	Initial aggressiv handelnde Person	Geschädigte Person	Neutrale Person
Geschlecht			
n	(n = 631)	(n = 524)	(n = 348)
weiblich	68,15 %	75,95 %	72,70 %
männlich	31,85 %	24,05 %	27,30 %
Alter			
n	(n = 631)	(n = 544)	(n = 355)
< 60 Jahre	1,58 %	2,57 %	2,82 %
60 - 80 Jahre	50,56 %	46,51 %	48,17 %
> 80 Jahre	47,86 %	50,92 %	49,01 %

Bei der Betrachtung des Geschlechts und des Alters der in RRA-Episoden involvierten Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. Tabelle 10) lässt sich zunächst feststellen, dass der Frauenanteil in allen drei Gruppen hoch ist und insgesamt etwa dem bundesweiten Anteil von Frauen an der Bewohnerschaft stationärer Altenhilfeeinrichtungen (70,4 %) entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S.9). Der

Anteil der männlichen Bewohner ist in der Gruppe der *initial aggressiv handelnden Personen* mit fast 32 % höher als unter den *Geschädigten* (Tab. 10).

Die – kategorial erfragte – Altersstruktur ist über die Gruppen hinweg relativ homogen; der Anteil der Hochaltrigen jenseits des 80. Lebensjahres ist unter den *Geschädigten* mit 51 % etwas höher als unter denjenigen, von denen die Aggression ausging (48 %). Insgesamt sind jedoch Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 60 und 80 Jahren in einem Maße in die RRA-Episoden involviert, das deutlich über dem Anteil dieser Alterskohorte an allen in stationären Altenhilfeeinrichtungen lebenden Pflegebedürftigen liegt, der zuletzt 25,55 % betrug (Statistisches Bundesamt, 2019, S.19). Dies kann auf die insgesamt höhere Mobilität und physische Kraft in der Gruppe der relativ gesehen jüngeren Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf hinweisen.

Nachfolgend werden Bereiche dargestellt, in denen die in das RRA-Vorkommnis involvierten Bewohnerinnen und Bewohner den Angaben der Befragten zufolge funktionale Beeinträchtigungen aufweisen. Die Anteile derjenigen mit Einschränkungen in mindestens einem Bereich ist in allen drei Gruppen auf ähnlich hohem Niveau (88-92%; siehe Tab. 11). Der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit multiplen Einschränkungen ist Unter den *Geschädigten* (48 %) und *neutralen Personen* (51 %) höher als bei den *initial aggressiv handelnden* Bewohnerinnen und Bewohnern (39 %).

Deutliche Unterschiede zwischen *IAH* und *GES* zeigen sich vor allem hinsichtlich Einschränkungen in den Bereichen Mobilität und Sprache. Hier werden jeweils die „Täter“ von den Befragten zu einem geringeren Teil als eingeschränkt beschrieben als die „Opfer“. Kognitive Beeinträchtigungen sind hingegen aus Sicht der Befragten in beiden Gruppen gleich verbreitet und weisen insgesamt die höchste Prävalenz auf. Die von einigen Befragten gemachten offenen Angaben zu weiteren Beeinträchtigungen der beteiligten Personen (Kategorie „Andere“ in Tabelle 11) bezogen sich häufig auf Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit. Wegen zum Teil fehlender Angaben können zu 10,6 % der *initial aggressiv handelnden Personen* sowie zu 7,3 % der *Geschädigten* und 7,8 % der *neutralen Personen* keine Aussagen zu funktionalen Beeinträchtigungen getroffen werden.

Tabelle 11: *Physische und kognitive Beeinträchtigungen der beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner*

	Initial aggressiv handelnde Person	Geschädigte Person	Neutrale Person
Bereiche der Beeinträchtigung			
n	(n = 673)	(n = 576)	(n = 385)
A: Kognitive Fähigkeiten	59,14 % (n = 398)	60,94 % (n = 351)	65,71 % (n = 253)
B: Sprachliche Fähigkeiten	22,14 % (n = 149)	30,03 % (n = 173)	35,84 % (n = 138)
C: Hören	16,34 % (n = 110)	20,31 % (n = 117)	17,40 % (n = 67)
D: Mobilität	44,43 % (n = 299)	51,74 % (n = 298)	49,61 % (n = 191)
E: Andere	2,38 % (n = 16)	4,51 % (n = 26)	2,34 % (n = 9)
Beeinträchtigung in mindestens einem der Bereiche A bis E	88,11 % (n = 593)	91,49 % (n = 527)	92,20 % (n = 355)
Beeinträchtigungen in mindestens 2 der Bereiche A bis E	39,08 % (n = 263)	47,56 % (n = 274)	50,65 % (n = 195)

Es wird ferner deutlich, dass geschädigte Personen zu einem höheren Anteil Beeinträchtigungen in mehr als einem Funktionsbereich aufweisen als initial aggressiv Handelnde. Sind letztere durchschnittlich in 1,64 Bereichen beeinträchtigt, liegt der entsprechende Wert für Geschädigte bei 1,83 (für Neutrale bei $\emptyset = 1,85$). Insgesamt bekräftigen diese Befunde das Bild, das sich bereits angesichts der Altersstruktur der Beteiligten abgezeichnet hatte. Unter den von RRA Betroffenen wie unter den aggressiv Handelnden sind funktionale Beeinträchtigungen weit verbreitet; zugleich sind in der Gruppe der aggressiv Handelnden Einschränkungen solcher Fähigkeiten weniger verbreitet, die mit der Möglichkeit, eine aggressive Handlung verbaler (Bereich Sprache) oder physischer Art (Bereich Mobilität) begehen zu können, in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

Darüber hinaus liegen für die in die RRA-Episode involvierten Bewohnerinnen und Bewohner Angaben zu zum damaligen Zeitpunkt diagnostizierten Erkrankungen vor, die, so die Formulierung im Fragebogen, „ein aggressives Verhalten begründen könnten“. Gefragt wurde nach Demenzerkrankungen, Psychosen und Suchterkrankungen sowie nach möglichen anderen verhaltensrelevanten Erkrankungen.

Unter den Bewohnerinnen und Bewohnern, für die diagnostizierte verhaltensrelevante Erkrankungen vorliegen, leidet ein Teil in jeder Gruppe (IAH = 16,88 %; GES = 10,36%; NP = 16,32 %) an multiplen Erkrankungen, d.h. es lagen hier mindestens zwei Diagnosen vor.

In allen drei Gruppen sind diagnostizierte dementielle Erkrankungen am weitesten verbreitet. In der Gruppe derjenigen, von denen die Aggression ausging, ist die Prävalenzrate mit 55 % hoch, liegt aber etwas unter derjenigen der beiden anderen Gruppen. *Initial aggressiv handelnde* Bewohnerinnen und Bewohner leiden hingegen etwas häufiger an Suchterkrankungen, Psychosen und weiteren Erkrankungen als Bewohnerinnen und Bewohner, die in die Vorkommnisse als *geschädigte Personen* involviert waren (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Von Befragten berichtete Diagnosen der am Aggressionseignis beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner

	Initial aggressiv handelnde Person	Geschädigte Person	Neutrale Person
Diagnosen			
n	(n = 673)	(n = 576)	(n = 385)
Demenz	55,42 % (n = 373)	62,33 % (n = 359)	65,19 % (n = 251)
Psychose	9,96 % (n = 67)	6,60 % (n = 38)	10,13 % (n = 39)
Suchterkrankung	9,06 % (n = 61)	5,38 % (n = 31)	6,23 % (n = 24)
andere Diagnosen¹³	8,77 % (n = 59)	5,90 % (n = 34)	9,09 % (n = 35)
keine Diagnosen	16,79 % (n = 113)	15,80 % (n = 91)	13,51 % (n = 52)
weiß nicht	10,85 % (n = 73)	5,90 % (n = 54)	9,35 % (n = 36)

¹³ Bei der Codierung offener Nennungen weiterer Diagnosen wurde auf die ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen zurückgegriffen (vgl. Dilling, & Freyberger, 2016).

Die in der Tabelle ausgewiesenen „anderen Diagnosen“ wurden weiter klassifiziert. Demzufolge litten unter den *initial aggressiv handelnden* Bewohnerinnen und Bewohnern 2,38 % an affektiven Störungen, 2,23 % an einer Intelligenzminderung und 1,04 % an einem hirnorganischen Psychosyndrom. Für die *Geschädigten* bzw. *neutralen Personen* liegen die entsprechenden Werte bei 2,08 % bzw. 2,34 % (Intelligenzminderung), 0,87 % bzw. 1,56 % (Affektive Störungen) und 1,56 % bzw. 0,78 % (hirnorganisches Psychosyndrom). Wie Tabelle 12 auch zeigt, berichteten die Befragten, dass bei ca. 16-17 % der Gewaltausübenden und Gewaltbetroffenen keine verhaltensrelevanten Diagnosen vorlagen; in anderen Fällen sahen sie sich außerstande, dies zu beurteilen.

Räumliche und zeitliche Kontextmerkmale der RRA-Episoden

In Bezug auf die von den Befragten geschilderte jüngste RRA-Episode wurden auch Merkmale des zeitlichen und räumlichen Kontexts erfragt.

Grundsätzlich kann sich ein RRA-Ereignis über mehrere Orte erstrecken (z.B. im Speisesaal beginnen und sich auf dem Flur fortsetzen); daher wurde jeweils der Ort erfragt, an dem nach Erinnerung der Befragten das Ereignis *begonnen* hatte (832 gültige Angaben). Am häufigsten (64,3 %; n = 535) nannten die Befragten Funktionsräume, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinschaftlich genutzt werden (Wohnküche, Speisesaal, Gymnastik-, Fernseh- und Gemeinschaftsraum). 19,8 % (n = 165) gaben Flure oder andere Transitbereiche im Gebäude (Fahrstühle, Foyer) als Entstehungsorte an. Weitere 12,4 % (n = 103) lokalisierten das Ereignis bzw. dessen Beginn in Bewohnerinnen- und Bewohnerzimmern. Die verbleibenden Beobachtungen (3,5 %; n = 29) verteilten sich auf andere Orte, wie Außenbereiche oder Funktionsräume des Personals.

Darüber hinaus wird deutlich, dass beobachtete RRA-Ereignisse zu allen Tageszeiten auftraten. Der Tagesablauf wurde für die Zwecke der Befragung wie in Tabelle 13 dargestellt, in von ihrer Länge her ungleiche funktionale Segmente unterteilt (beginnend mit dem Morgen vor dem Frühstück und endend mit der Zeit der Nachtruhe). Es zeigt sich, dass nur wenige Vorkommnisse in der Nacht oder in den Tagesrandzeiten lokalisiert waren und gut 60 % sich am Vor- und Nachmittag außerhalb der Essenszeiten ereigneten. Auf die drei Mahlzeiten entfallen 26,7 % der beobachteten RRA-Episoden (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Zeitliche Lokalisierung des berichteten jüngsten RRA-Ereignisses

(n = 731 Nennungen von 718 befragten Personen)

	n	% der Nennungen	% der Befragten
Morgens (vor dem Frühstück)	35	4,8	4,9
Beim Frühstück	51	7,0	7,1
Am Vormittag (zwischen Frühstück und Mittagessen)	214	29,3	29,8
Beim Mittagessen	98	13,4	13,6
Nachmittags	232	31,7	32,3
Beim Abendessen	46	6,3	6,4
Zwischen dem Abendessen und der Nachtruhe	28	3,8	3,9
In der Nacht (während der Nachtruhe)	27	3,7	3,8

Annahmen zu Hintergründen und Auslösern von RRA-Vorkommnissen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden ferner nach ihren Wahrnehmungen der Ursachen, Entstehungsbedingungen und Auslöser der jeweiligen RRA-Episode befragt. 872 Befragte gaben hierzu Einschätzungen ab; durchschnittlich wurden für eine RRA-Episode 2,7 Bedingungsfaktoren genannt.

Wesentliche Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt. Die Befragten brachten das RRA-Ereignis häufig damit in Verbindung, dass Bewohner sich durch andere gestört fühlten, von einer Situation überfordert waren oder mit einer Mitbewohnerin bzw. einem Mitbewohner Streit hatten. Auch andere interaktions- und kommunikationsbezogene Merkmale (sich durch andere Bewohner bedrängt fühlen, eifersüchtig auf jemanden sein, Sprach- und Kommunikationsprobleme haben) wurden häufig angeführt, daneben sind auch Zuschreibungen auf Personenmerkmale (ungeduldig sein, verwirrt sein) erkennbar. Tabelle 14 macht ferner deutlich, dass institutionellen und sozialräumlichen Merkmalen relativ hierzu seltener Bedeutung beigemessen wird. Immerhin 12,4 % der Befragten führten personelle Unterbesetzung im Wohnbereich als relevanten Faktor an.

Tabelle 14: *Einschätzungen der Befragten zu für das Zustandekommen des von ihnen geschilderten jüngsten RRA-Ereignisses relevanten Faktoren*

(Mehrfachantworten: n = 2.381 Nennungen von 872 Personen)

	n	% der Nennungen	% der Befragten
Bewohner/-in fühlte sich durch einen Mitbewohner gestört.	393	16,5	45,1
Bewohner/-in war in der Situation überfordert, weil er/sie diese nicht verstehen konnte.	292	12,3	33,5
Bewohner/-innen hatten Streit untereinander.	270	11,3	31,0
Bewohner/-in war ungeduldig.	254	10,7	29,1
Bewohner/-in war verwirrt.	209	8,8	24,0
Bewohner/-in fühlte sich durch einen Mitbewohner bedrängt.	164	6,9	18,8
Bewohner/-in hatte Sprach- u. Kommunikationsprobleme.	159	6,7	18,2
Bewohner/-in war eifersüchtig auf andere Bewohner	115	4,8	13,2
Die personelle Besetzung im Wohnbereich war unzureichend.	108	4,5	12,4
Auf dem Wohnbereich herrschte Lärm.	86	3,6	9,9
Das Personal stand unter Zeitdruck.	64	2,7	7,3
Bewohner/-in hatte Angst.	61	2,6	7,0
Bewohner/-in fühlte sich durch eine vorgegebene Tagesstruktur gestört.	46	1,9	5,3
Bewohner/-in wurde ein Wunsch verwehrt.	33	1,4	3,8
Bewohner/-in war mit der Pflege und Betreuung unzufrieden.	20	0,8	2,3
Andere ereignisrelevante Faktoren	107	4,5	12,3

Insgesamt 107 Befragte haben über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus in eigenen Worten Angaben zu für das Zustandekommen der RRA-Episode bedeutsamen Faktoren gemacht. Bei diesen offenen Nennungen spielen Zuschreibungen auf stabile Personmerkmale eine bedeutsame Rolle. Die Vorkommnisse werden darauf zurückgeführt, dass Bewohner bzw. Bewohnerinnen allgemein unzufrieden und aggressiv (n = 23) bzw. generell in ihrem Verhalten auffällig waren (n = 19). Weitere vergleichsweise häufige Nennungen nehmen darauf Bezug, dass Bewohnerinnen und Bewohner sich in ihrer Privatsphäre gestört fühlten (n = 13), gegenseitige Antipathie verspürten (n = 7) oder unter Hunger oder Durst litten (n = 7).

Maßnahmen im Umgang mit der zeitlich jüngsten RRA-Episode

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, „mit welchen kurzfristigen Maßnahmen (...) Sie oder Ihre in der Situation anwesenden Kolleginnen/Kollegen auf das Ereignis reagiert“ hatten und „welche längerfristigen Maßnahmen (...) auf Grund des letzten Ereignisses ergriffen“ worden waren.

Kurzfristige Maßnahmen

866 Befragte haben Angaben zu kurzfristigen Maßnahmen in Bezug auf das zeitlich jüngste Aggressionsereignis gemacht. In vier Fällen (0,5 %) waren keine einschlägigen Maßnahmen eingeleitet worden; die übrigen Befragten nannten durchschnittlich 3,1 von ihnen selbst oder von Kolleginnen und Kollegen ergriffene Maßnahmen.

Aus Tabelle 15 wird ersichtlich, dass die angegebenen kurzfristigen Maßnahmen vor allem auf eine rasche Beendigung und Entspannung der akuten Konfliktsituation ausgerichtet waren. Beteiligte Personen wurden beruhigt, sie wurden abgelenkt, der Konflikt zwischen ihnen wurde geschlichtet oder es wurde eine räumliche Separierung der Beteiligten herbeigeführt. Insbesondere solche kurzfristigen Maßnahmen, die einen deutlichen Eingriffscharakter haben (medikamentöse Sedierung, Fixierung, Alarmauslösung, Einschalten der Polizei bzw. eines Sicherheitsdienstes), sind demgegenüber selten.

Tabelle 15: Von Befragten berichtete kurzfristige Maßnahmen im Umgang mit dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis

(Mehrfachantworten: n = 2.622 Nennungen von 866 Personen)

	n	% der Nennungen	% der Befragten
Beruhigendes Gespräch mit der aggressiven Person führen	589	22,5	68,0
Bewohner/-innen voneinander trennen	544	20,7	62,8
Die aggressive Person an einen ruhigeren Ort führen	369	14,1	42,6
Streit zwischen den beteiligten Personen schlichten	363	13,8	41,9
Die beteiligten Personen ablenken	361	13,8	41,7
Regeln oder Umgangsformen erläutern	182	6,9	21,0
Kollegen zu Hilfe holen	141	5,4	16,3
Beruhigende Medikamente verabreichen	24	0,9	2,8
Mit körperlicher Anstrengung festhalten	12	0,5	1,4
Stationsalarm auslösen	11	0,4	1,3
Polizei oder Sicherheitsdienst alarmieren	7	0,3	0,8
Fixierung anwenden	3	0,1	0,3
Andere kurzfristige Maßnahmen	12	0,5	1,4
Keine kurzfristigen Maßnahmen	4	0,2	0,5

Über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus nannten 12 Befragte (0,5 %) in eigenen Worten weitere Maßnahmen. Dabei ging es u.a. um die Einweisung in ein Krankenhaus bzw. das Alarmieren eines Rettungswagens; in Einzelfällen wurde eine „strenge Ansprache“ bzw. auch das „Anschreien“ von Beteiligten genannt.

Derartige Angaben zu kurzfristigen Maßnahmen liegen von 395 PFK und 256 PAH vor. Assistenz- / Hilfskräfte nennen durchschnittlich 3,3 Maßnahmen und damit etwas mehr als Fachkräfte ($\bar{x} = 3,0$). Tabelle 16 zeigt, dass Pflegeassistenz- und Hilfskräfte etwas häufiger als Pflegefachkräfte berichten, dass als unmittelbare Reaktion auf die letzte RRA-Episode die beteiligten Personen „abgelenkt“ oder

der Streit zwischen ihnen geschlichtet, ein „beruhigendes Gespräch mit der aggressiven Person“ geführt worden oder die Beteiligten getrennt worden seien. PAH geben zudem häufiger an, in der Situation Kolleginnen und Kollegen zu Hilfe geholt zu haben. Soweit der Stationsalarm ausgelöst wurde (was insgesamt nur in acht Fällen geschah), erfolgte dies ebenfalls überwiegend durch Assistenz- / Hilfskräfte.

Pflegefachkräfte geben etwas häufiger als Hilfskräfte als kurzfristige Maßnahme an, dass die involvierten Bewohnerinnen und Bewohner getrennt worden seien. Die Verabreichung beruhigender Medikamente (in insgesamt 20 Fällen erwähnt) wird ebenfalls etwas häufiger von Fachkräften genannt.

Tabelle 16: Von Pflegefachkräften und Pflegeassistent- und Hilfskräften berichtete kurzfristige Maßnahmen nach dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis

(Mehrfachantworten: n = 1.173 Nennungen von 395 PFK und n = 834 Nennungen von 256 PAH)

	Pflegefachkräfte		Pflegeassistent- und Hilfskräfte	
	n	%	n	%
Beruhigendes Gespräch mit der aggressiven Person führen	274	69,4	186	72,7
Bewohner/-innen voneinander trennen	262	66,3	161	62,9
Die aggressive Person an einen ruhigeren Ort führen	167	42,3	118	46,1
Streit zwischen den beteiligten Personen schlichten	151	38,2	127	49,6
Die beteiligten Personen ablenken	145	36,7	119	46,5
Beruhigende Medikamente verabreichen	13	3,3	7	2,7
Regeln oder Umgangsformen erläutern	79	20,0	50	19,5
Kollegen/-innen zu Hilfe holen	59	14,9	50	19,5
Mit körperlicher Anstrengung festhalten	6	1,5	5	2,0
Polizei oder Sicherheitsdienst alarmieren	4	1,0	2	0,8
Fixierung anwenden	2	0,5	1	0,4
Stationsalarm auslösen	2	0,5	6	2,3
Andere kurzfristige Maßnahmen	8	2,0	1	0,4
Keine kurzfristige Maßnahme	1	0,3	1	0,4

Tabelle 16 macht deutlich, dass Pflegefachkräfte und Pflegeassistent- und Hilfskräfte sich in Bezug auf kurzfristige Maßnahmen zwar im Detail unterscheiden, insgesamt aber ähnliche Schwerpunktsetzungen berichten. Diese betreffen Maßnahmen, die darauf abzielen, eine akute Aggressionssituation durch „Dämpfung“ aggressiver Impulse oder durch räumliche Trennung der Konfliktparteien zu entschärfen.

Längerfristige Maßnahmen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auch zu längerfristigen Maßnahmen befragt, die mit Blick auf das berichtete Ereignis ergriffen worden waren. Von 814 Befragten, die hierauf antworteten, gaben 29,0 % (n = 236) an, dass keine längerfristigen Maßnahmen ergriffen worden seien. Die übrigen Antwortenden nannten durchschnittlich 1,8 Maßnahmen.

Tabelle 17 verdeutlicht, dass längerfristige Maßnahmen sich häufig auf organisationsstrukturelle Veränderungen beziehen mit dem präventiven Ziel, zukünftige RRA-Episoden unter Bewohnerinnen und Bewohnern zu unterbinden. Repressiv orientierte Maßnahmen wurden seltener angegeben. Am häufigsten wurden Rückzugsmöglichkeiten bereitgestellt und die Bewohnerinnen und Bewohner

stärker in Freizeit- und Betreuungsangebote eingebunden oder es wurden Veränderungen der Tages- und Alltagsstrukturierung umgesetzt.

Tabelle 17: Von Befragten genannte längerfristige Maßnahmen nach dem zeitlich jüngsten RRA-Ereignis
(Mehrfachantworten: n = 1.276 Nennungen von 814 Personen)

	n	% der Nennungen	% der Befragten
Rückzugsmöglichkeiten bereitstellen	259	20,3	31,8
Bewohner/-innen stärker in Freizeit- und Betreuungsangebote einbinden	216	16,9	26,5
Tages- und Alltagsstrukturierung verändern	123	9,6	15,1
Entspannungsangebote machen	81	6,3	10,0
Wechsel des Bewohners/der Bewohnerin in ein anderes Zimmer veranlassen	62	4,9	7,6
Beruhigende Medikamente verabreichen	40	3,1	4,9
Wechsel des Bewohners/der Bewohnerin in einen anderen Wohnbereich veranlassen	39	3,1	4,8
Gesprächsangebot mit Psychologen vermitteln	31	2,4	3,8
Bewohner/-innen in eine andere Einrichtung verlegen	29	2,3	3,6
Bewohner/-innen im Zimmer isolieren	11	0,9	1,4
Fixierung anwenden	3	0,2	0,4
andere längerfristige Maßnahmen	146	11,4	17,9
keine längerfristige Maßnahme	236	18,5	29,0

Wie aus Tabelle 17 ebenfalls ersichtlich, haben 146 Befragte über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus weitere längerfristige Maßnahmen in eigenen Worten benannt. Eine Kategorisierung dieser Antworten zeigt, dass 44 Antworten (30,1 %) Veränderungen von Tisch- bzw. Sitzplatzordnungen zum Gegenstand haben, in 23 Fällen (15,8 %) werden deeskalierende Gespräche genannt, und zehn Befragte (6,8 %) geben die Einbindung eines Arztes an.

Ein Vergleich von Fachkräften und Assistenz- / Hilfskräften im Hinblick auf längerfristige Maßnahmen führt zu dem Ergebnis, dass beide Gruppen sich auch hier nur wenig unterscheiden. Unter den Assistenz- und Hilfskräften sind die Anteile derjenigen, die angeben, dass Entspannungsangebote gemacht, Rückzugsmöglichkeiten offeriert oder eine stärkere Einbindung in Freizeit- und Betreuungsangebote angestrebt wurde, etwas höher. Fälle, in denen als längerfristige Maßnahme Gesprächsangebote mit Psychologen vermittelt wurden, wurden ganz überwiegend von Fachkräften berichtet.

5.1.4. Institutionelle Verfahrensweisen mit Relevanz für RRA-Ereignisse

Die Darstellung wendet sich nun von den Befunden zu spezifischen Aggressionsvorkommnissen und deren Bewältigung ab und nimmt institutionelle Praktiken in den Blick, die für Ereignisse aus dem Spektrum der *resident-to-resident aggression* von Bedeutung sein können. Dabei handelt es sich etwa um Handlungsanweisungen, Richtlinien zur Dokumentation von Aggressionsereignissen oder um Fallbesprechungen, in denen einschlägige Vorkommnisse zum Gegenstand gemacht werden.

Pflegestandards/Leitlinien

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden gefragt, inwieweit es „in Ihrer Einrichtung einen Pflegestandard / eine Leitlinie zum Umgang mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern“ gibt (siehe Tab. 18)¹⁴.

Tabelle 18: Vorhandensein von Pflegestandards/Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Bewohnerverhalten in der Einrichtung

	Befragte insgesamt (n = 1.208)	PFK (n = 481)	PAH (n = 400)
Ja	42,2 %	48,4 %	41,0 %
Nein	12,4 %	16,0 %	9,8 %
Weiß nicht	45,4 %	35,6 %	49,3 %

Es zeigt sich, dass Fachkräfte das Vorhandensein von Pflegestandards bzw. Leitlinien häufiger bejahen als Assistenz- und Hilfskräfte. Zugleich fällt auf, dass die Hälfte der PAH und mehr als ein Drittel der PFK nicht sicher zu sagen vermögen, inwieweit die Einrichtung, in der sie tätig sind, über derartige Regularien verfügt.

Dokumentation von RRA-Vorkommnissen

Erfragt wurde auch die Art der Dokumentation von RRA-Episoden in der jeweiligen Einrichtung; hierzu liegen 1.388 Angaben von 1.274 Befragten vor (Tab. 19).

Tabelle 19: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistent- und Hilfskräften zur Praxis der Dokumentation von RRA-Ereignissen in der Einrichtung

(Mehrfachantworten: n = 1.388 Nennungen von 1.274 Befragten, 564 Nennungen von 509 PFK und 453 Nennungen von 420 PAH)

Art der Dokumentation	Befragte insgesamt (n = 1.274)	PFK (n = 509)	PAH (n = 420)
Im Pflegebericht	89,2 %	97,4 %	86,7 %
In einem Aggressionsprotokoll	2,5 %	2,6 %	2,4 %
In der Krankengeschichte	3,0 %	2,0 %	3,6 %
Auf eine andere Weise	5,3 %	7,5 %	5,2 %
Weiß nicht	7,7 %	1,0 %	8,8 %
Gar nicht	0,8 %	0,4 %	1,2 %

Die weit überwiegende Mehrheit (89,2 %) gibt an, dass Aggressionseignisse im Rahmen des Pflegeberichtes dokumentiert werden. 3 % der Befragten nennen diesbezüglich die Krankengeschichte, 2,5 % ein spezifisches Aggressionsprotokoll und 5,3 % andere (offen erfragte) Verfahrensweisen. Zu letzteren gehört, dass Informationen über RRA-Episoden mündlich an den Sozialen Dienst oder im Rahmen von Dienstübergaben und in Fallbesprechungen an Kolleginnen oder Kollegen bzw. die Pflegedienstleitung weitergegeben werden. Eine schriftliche Dokumentation findet

¹⁴ Die Begriffe „Pflegestandards und Leitlinien“ wurden gegenüber den Befragten dahingehend erläutert, dass es sich um „verbindliche Handlungsanweisungen zum Umgang mit immer wiederkehrenden Pflegeproblemen“ handle, in denen „einzelne pflegerische Maßnahmen genau beschrieben“ werden (zu Leitlinien im Bereich der (Demenz-) Pflege siehe u.a. Füsgen, 2009; Korecic, 2003; Steinhagen-Thiessen, 2009; von Stösser, 1994).

in manchen Einrichtungen auch auf einem gesonderten Formular, wie etwa einem Meldebogen für Zwischenfälle, oder in der Pflegeplanung statt. 7,7 % gaben an, nicht zu wissen, wie derartige Vorkommnisse dokumentiert werden und 0,8 % berichteten, dass in ihrer Einrichtung keine Dokumentation erfolge. Der Vergleich von Pflegefachkräften und Assistenz- / Hilfskräften verdeutlicht vor allem, dass letztere zu einem größeren Anteil als erstere nicht wissen, wie Aggressionsereignisse in ihrer Einrichtung dokumentiert werden. Zudem wird die Dokumentation im Pflegebericht von nahezu allen Fachkräften erwähnt, während etwa 13 % der Assistenz- und Hilfskräfte dies nicht angeben.

Fallbesprechungen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, inwieweit in ihrer Einrichtung regelmäßig Fallbesprechungen stattfinden¹⁵. Angaben hierzu liegen von 1.270 Befragten vor (Tab. 20). Hiervon berichteten 70,6 % (n = 897) von regelmäßigen Fallbesprechungen. Weitere 17,8 % (n = 226) gaben an, dass Fallbesprechungen unregelmäßig einberufen würden. Lediglich 2,7 % (n = 34) berichteten, dass in ihrer Pflegeeinrichtung keine Fallbesprechungen stattfänden; 8,9 % (n = 113) gaben an, hierzu über kein Wissen zu verfügen.

Tabelle 20: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistent- und Hilfskräften zur Durchführung von Fallbesprechungen in der Einrichtung

Regelmäßigkeit von Fallbesprechungen	Befragte insgesamt (n = 1.270)	PFK (n = 511)	PAH (n = 420)
Regelmäßige Fallbesprechungen	70,6 %	69,7 %	73,6 %
Unregelmäßige Fallbesprechungen	17,8 %	24,7 %	14,3 %
Keine Fallbesprechungen	2,7 %	2,9 %	2,9 %
Weiß nicht	8,9 %	2,7 %	9,3 %

Hinsichtlich der Häufigkeit von Fallbesprechungen liegen Angaben von 996 Befragten vor (Tabelle 21).

Tabelle 21: Angaben von Pflegefachkräften und Pflegeassistent- und Hilfskräften zur Häufigkeit von Fallbesprechungen in der Einrichtung

Frequenz von Fallbesprechungen	Befragte insgesamt (n = 996)	PFK (n = 427)	PAH (n = 318)
Täglich	7,2 % (n = 72)	3,5 % (n = 15)	8,2 % (n = 26)
Mindestens einmal pro Woche	13,6 % (n = 135)	10,5 % (n = 45)	15,7 % (n = 50)
Mindestens einmal im Monat	46,3 % (n = 462)	44,0 % (n = 188)	47,8 % (n = 152)
Seltener als einmal im Monat	32,8 % (n = 327)	41,9 % (n = 179)	28,3 % (n = 90)

¹⁵ Der Begriff der Fallbesprechung wurde als „Besprechungen im Team, um die individuelle Situation von Bewohnern und Bewohnerinnen gezielt zu diskutieren und Lösungswege zu erarbeiten“ erläutert (siehe dazu u.a. Buscher, Reuther, Holle, Bartholomeyczik, & Halek, 2012a; Halek, 2018; Müller-Staub, & Stuker-Studer, 2006; Schwerdt, & Böggemann, 2011).

Ein knappes Drittel (32,8 %; n = 327) gab an, dass Fallbesprechungen seltener als einmal im Monat stattfinden. Entsprechend berichteten gut zwei Drittel von mindestens monatlichen Besprechungen; 13,6 % (n = 135) geben an, dass Fallbesprechungen mindestens wöchentlich und 7,2 % (n = 72), dass sie täglich stattfinden; bei einem großen Teil (46,3 %; n = 462) liegt die übliche Frequenz zwischen monatlich und wöchentlich.

Aus den Tabellen 20 und 21 geht hervor, dass sowohl Assistenz- und Hilfskräfte als auch Fachkräfte ganz überwiegend die Frage nach der Durchführung von Fallbesprechungen in ihrer Einrichtung bejahen. Pflegefachkräfte attestieren den Besprechungen in stärkerem Maße als Pflegeassistenten- und Hilfskräfte einen unregelmäßigen Charakter und geben dementsprechend zu einem deutlich größeren Anteil an, dass Fallbesprechungen „seltener als einmal im Monat“ stattfinden. Unter den Assistenz- und Hilfskräften ist der Anteil derjenigen erhöht, die angeben, über Fallbesprechungen und deren Regelmäßigkeit nichts zu wissen.

5.1.5. Fortbildung / Schulung mit RRA-Relevanz

Mit Blick auf die Bedeutsamkeit der Themen für die Prävention von und den professionellen Umgang mit Aggression in Pflegeeinrichtungen thematisierte die Befragung auch die Aus- und Fortbildung der Pflege- und Betreuungskräfte. Erfragt wurden die subjektive Bedeutsamkeit von Schulungen und Fortbildungen zum Thema Aggression und Gewalt, der Stellenwert der pflegebezogenen Aggressions- und Gewaltthematik in der eigenen Ausbildung, die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen in den letzten zwölf Monaten und die dabei gegebenenfalls vermittelten Themen, die eigenen Fortbildungs- und Schulungsinteressen sowie die Teilnahme an praktischen Schulungen bzw. Trainings im Umgang mit potentiell aggressiven Personen.

Subjektive Bedeutsamkeit von Schulungen/Fortbildungen zu Aggression und Gewalt

Wie Tabelle 22 zeigt, wird Schulung und Fortbildung zum Thema Aggression und Gewalt von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern insgesamt große Bedeutung zugeschrieben. Unter den Fachkräften sind es nur rund 4 %, unter den Assistenz- und Hilfskräften weniger als 6 %, die Bildungsmaßnahmen in diesem Bereich als weniger wichtig oder nicht wichtig betrachten.

Tabelle 22: Subjektive Bedeutsamkeit von Schulungen bzw. Fortbildungen zum Themenkomplex Aggression und Gewalt

	Befragte insgesamt (n = 1.309)	PFK (n = 519)	PAH (n = 430)
sehr wichtig	68,6 %	73,0 %	68,1 %
ziemlich wichtig	25,5 %	23,1 %	26,0 %
weniger wichtig	5,7 %	3,7 %	5,6 %
überhaupt nicht wichtig	0,2 %	0,2 %	0,2 %

Aggression und Gewalt in der Pflege als Gegenstand der Ausbildung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, ob „Aggressionen und Gewalt in der Pflege“ während ihrer Ausbildung thematisiert worden seien. In der Gesamtstichprobe war dies für 49,9 % der Befragten der Fall. Der Anteil ist unter den Pflegefachkräften (511 gültige Antworten) deutlich höher

(62,6 %) als unter den Assistenz- und Hilfskräften (41,4 %; 372 gültige Antworten); angesichts der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der beiden Gruppen ist ein solcher Befund naheliegend.

Praktische Schulung oder Training zum Umgang mit potentiell aggressiven Personen

Eine weitere Frage richtete sich darauf, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer „irgendwann schon einmal eine praktische Schulung/ ein Training zum Umgang mit potentiell aggressiven Personen erhalten“ hatten. In der Gesamtstichprobe bejahten dies 19,7 % (1.264 gültige Antworten). Auch hier war der entsprechende Anteil unter den Fachkräften (26,4 %; 508 gültige Antworten) merklich höher als bei den Assistenz- und Hilfskräften (14,7 %; 421 gültige Antworten).

Aggression und Gewalt in der Pflege als Gegenstand von Schulungen oder Fortbildungen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden ferner gefragt, ob und wie häufig sie „innerhalb der letzten 12 Monate an Schulungen/ Fortbildungen zu den Themenbereichen Aggressionen und Gewalt in der Pflege teilgenommen“ hatten. In der Gesamtstichprobe bejahten dies 27,1 %; auch hier war der Anteil unter den PFK mit 31,6 % (509 gültige Antworten) höher als unter den PAH (25,8 %; 414 gültige Antworten).

Von den 342 beschulten Personen haben 304 Angaben zur Anzahl der im letzten Jahr absolvierten Schulungen gemacht. Im Mittel hatten sie an 1,41 einschlägigen Maßnahmen teilgenommen (Spannweite = 1-10). Der Wert lag unter den Fachkräften (\bar{x} = 1,38) etwas niedriger als bei den Assistenz- und Hilfskräften (\bar{x} = 1,51). Diejenigen, die innerhalb der letzten zwölf Monate an einschlägigen Maßnahmen teilgenommen hatten, wurden nach thematischen Schwerpunkten der Schulungen bzw. Fortbildungen gefragt (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Themenschwerpunkte besuchter Schulungen zu „Aggression und Gewalt in der Pflege“

	Befragte insgesamt (n = 334; 1.532 Nennungen)		PFK (n = 159; 765 Nennungen)		PAH (n = 105; 446 Nennungen)	
	n	%	n	%	n	%
Maßnahmen zum Umgang mit aggressivem Bewohnerverhalten	258	77,2	126	79,2	79	75,2
Ursachen und Auslöser von aggressivem Bewohnerverhalten	247	74,0	118	74,2	70	66,7
Prävention von aggressivem Bewohnerverhalten	203	60,8	101	63,5	55	52,4
Deeskalationsstrategien	165	49,5	87	54,7	50	47,6
Risikofaktoren für aggressives Bewohnerverhalten	158	47,3	80	50,3	46	43,8
Rechtliche Fragen	134	40,1	67	42,1	38	36,2
Dokumentation von Aggressionsereignissen	122	36,5	64	40,3	34	32,4
Psychische Folgen von Gewalt und Aggressionen	122	36,5	61	38,4	36	34,3
Körperliche Folgen von Gewalt und Aggressionen	106	31,7	51	32,1	35	33,3
andere Inhalte	17	5,1	10	6,3	3	2,9

Im Mittel wurden von jeder beschulten Person 4,6 Themenbereiche genannt ($\emptyset = 4,8$ bei Pflegefachkräften, $\emptyset = 4,2$ bei Pflegeassistenten- und Hilfskräften). Am häufigsten wurden die Themen „Maßnahmen zum Umgang mit aggressivem Bewohnerverhalten“ sowie „Ursachen und Auslöser“ genannt. (vgl. Tabelle 23). Im Zentrum der Maßnahmen steht einerseits das Verstehen problematischer Verhaltensweisen (Ursachen, Auslöser, Risikofaktoren), andererseits die eigenen Handlungsmöglichkeiten sowohl in der Situation als auch vorbeugender Art. Nahezu alle Fortbildungsinhalte wurden von den einschlägig beschulten Fachkräften etwas häufiger angegeben als von den Assistenten- und Hilfskräften.

Schulungs- und Fortbildungsbedarfe und -interessen der Befragten

Schließlich wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch nach ihren einschlägigen Schulungs- oder Fortbildungsinteressen befragt. Durchschnittlich wurden von den Befragten 2,7 Themen genannt, wobei Fachkräfte und Assistenten- / Hilfskräfte im Mittel annähernd gleich viele Themen angaben.

Tabelle 24: Thematische Schulungs-/ Fortbildungsdesiderate der Befragten

	Befragte insgesamt (n = 1198; 3.209 Nennungen)		PFK (n = 492; 1.322 Nennungen)		PAH (n = 394; 1.084 Nennungen)	
	n	%	n	%	n	%
Techniken zur Entschärfung kritischer Situationen zwischen Bewohnern	912	76,1	382	77,6	300	76,1
Techniken, die dafür sorgen, dass man selbst in Gewaltsituationen nicht verletzt wird	642	53,6	254	51,6	224	56,9
Wissen über die Ursachen und Auslöser von Aggressionen und Gewalt zwischen den Bewohnern	605	50,5	204	41,5	244	61,9
Umgang mit eigenen psychischen Belastungen auf Grund von Gewalt und Aggression in der Pflege	559	46,7	249	50,6	179	45,4
Rechtliche Aspekte	467	39,0	225	45,7	132	33,5
Sonstige Themen	24	2,0	8	1,6	5	1,3

Die Befragten nennen weitaus am häufigsten als gewünschtes Schulungsthema „Techniken zur Entschärfung kritischer Situationen“. Darüber hinaus unterscheiden sich die Fortbildungsinteressen von Fach- und Assistenten- / Hilfskräften teilweise deutlich. Während letztere in stärkerem Maße als Pflegefachkräfte „Wissen über die Ursachen und Auslöser von Aggressionen und Gewalt zwischen den Bewohnern“ erwerben möchten, nennen fast die Hälfte der PFK und rund ein Drittel der PAH rechtliche Fragestellungen als weiterbildungsrelevant (vgl. Tabelle 24).

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für zukünftige Schulungen und Fortbildungen vor allem solche Themen wünschen, die die Prävention von Aggressionsereignissen sowie Strategien falladäquater Intervention fokussieren.

5.1.6. Zwischenbilanz

Im Rahmen einer standardisierten Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stationärer Altenhilfeeinrichtungen wurden Sichtweisen und Erfahrungen der in den Einrichtungen Tätigen zu aggressivem Bewohnerinnen- und Bewohnerverhalten erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 90 % der Befragten bereits gegen sie gerichtete Aggression von Bewohnerinnen- / Bewohnerseite erlebt hatten, rund zwei Drittel auch in den letzten vier Wochen vor der Befragung. Am weitesten verbreitet waren Erfahrungen mit verbaler Aggression, doch hatten in den letzten vier Wochen immerhin 38 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch körperliche Gewalt und 14 % sexuelle Übergriffe erlebt.

Drei Viertel aller Befragten hatten in den vier der Befragung vorausgehenden Wochen mindestens ein als *resident-to-resident aggression* subsumiertes Ereignis beobachtet. Auch hier waren Beobachtungen verbaler Aggression am weitesten verbreitet (69 %), gefolgt von körperlicher Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern (33 %) und sexuellen Übergriffen (10 %). Eine Sonderstellung nehmen Verletzungen der Privatsphäre und des Eigentums von Mitbewohnerinnen und -bewohnern ein, die binnen vier Wochen von 49 % der in den Einrichtungen Tätigen beobachtet worden waren.

Insgesamt ist die Begegnung mit unterschiedlichen Formen aggressiven und zum Teil gewaltförmigen Verhaltens von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern für in Einrichtungen tätige Personen zu einem gewissen Grad Teil des beruflichen Alltags. Dies gilt sowohl für gegen die eigene Person gerichtete als auch für unter Bewohnerinnen / Bewohnern beobachtete Vorkommnisse und in besonderem Maße für verbal aggressives Verhalten.

Im Rahmen der Befragung wurden ferner Daten zu dem jeweils zeitlich jüngsten von den Befragten erlebten RRA-Vorkommnis erhoben. In den annähernd 800 Ereignisbeschreibungen waren wiederum Formen verbaler Aggression (in 71 % aller Episoden vertreten) am häufigsten; in 41 % der Schilderungen spielte aber auch physische Gewalt eine Rolle. Der Zusammensetzung der Bewohnerschaft in stationären Einrichtungen entsprechend, waren die Beteiligten insgesamt überwiegend weiblich, unter den als Gewaltausübende gekennzeichneten Personen war der Männeranteil höher als unter den von Gewalt Betroffenen. Darüber hinaus waren unter den Gewaltausübenden in höherem Maße als unter den Gewaltbetroffenen relativ jüngere Personen (unterhalb des 80- Lebensjahres) und solche ohne substantielle Einschränkungen in den Bereichen der Sprache und der Mobilität. Soweit hierzu von den Befragten Angaben gemacht werden konnten, hatten gewaltbetroffene Personen etwas häufiger als Gewaltausübende eine Demenzdiagnose, während bei letzteren Psychosen und Suchterkrankungen etwas weiter verbreitet waren.

Den Beschreibungen zufolge fanden die RRA-Ereignisse ganz überwiegend in gemeinschaftlich genutzten Funktionsräumen (Speisesaal, Fernsehraum etc.) bzw. in Transitbereichen (wie Foyer oder Fahrstühlen) statt bzw. nahmen dort ihren Anfang. Etwa 12 % der von den Befragten zuletzt beobachteten Episoden hatten sich in Zimmern von Bewohnerinnen und Bewohnern ereignet oder dort begonnen. Mit Ausnahme der Nachtzeit verteilen sich die Ereignisse über den gesamten Tagesablauf.

Die Befragten sahen für das Zustandekommen der geschilderten RRA-Episode vor allem solche Merkmale als wesentlich an, die sich auf die Interaktion und Kommunikation zwischen den Beteiligten bzw. auf die Fähigkeit bezogen, mit einer Kommunikationssituation adäquat umzugehen. Daneben finden sich auch Zuschreibungen auf organisationale Merkmale (wie Personalmangel im Wohnbereich) und auf stabile Merkmale der beteiligten Personen (wie eine grundsätzliche Unzufriedenheit oder Aggressivität).

Die Befragten gaben an, dass bei und nach Vorkommnissen kurzfristig vor allem Maßnahmen zu einer raschen Beendigung und Entspannung der Konfliktsituation getroffen wurden (Beteiligte beruhigen oder ablenken, Konflikte schlichten, räumliche Separierung der Beteiligten herbeiführen). Längerfristige Maßnahmen bezogen sich häufig auf Veränderungen in organisationalen Verfahrensweisen.

Hinsichtlich des Umgangs der Organisation mit RRA-Problemen berichteten 42 % der Befragten, dass in ihrer Einrichtung eine Leitlinie zum Umgang mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern vorhanden sei; Fallbesprechungen wurden von 71 % als in der jeweiligen Einrichtung regelmäßige Praxis charakterisiert. Die Befragten bewerteten Schulungen und Fortbildungen im Themenfeld Aggression und Gewalt ganz überwiegend als wichtig. Etwa jede fünfte befragte Person gab an, „irgendwann schon einmal eine praktische Schulung/ ein Training zum Umgang mit potentiell aggressiven Personen erhalten“ zu haben. Schulungsbedarf wurde vor allem im Hinblick auf Techniken zur Entschärfung kritischer Situationen gesehen.

Im Gesamtbild gehören RRA- wie RSA-Vorkommnisse ganz überwiegend zum Erfahrungshorizont der Befragten; insbesondere mit Formen verbaler Aggression sind sie häufig konfrontiert. RRA-Vorkommnisse werden vor allem vor dem Hintergrund von Störungen in der interpersonalen Kommunikation und der Fähigkeit, Kommunikationssituationen adäquat zu verstehen und zu handhaben, gesehen. Die in den Einrichtungen Tätigen reagieren auf RRA-Vorkommnisse vor allem mit Maßnahmen, welche die akute Konfliktsituation beenden bzw. entspannen sollen; mittel- und langfristig wird versucht, Verfahrensweisen so zu verändern, dass neuerliche Konflikt- und Aggressionssituationen vermieden werden. Beschäftigte bewerten die Weiterbildung im Hinblick auf Gewalt- und Aggressionsthemen als wichtig und sehen Fortbildungsbedarf vor allem im Bereich situativer Deeskalationsstrategien.

5.2. Multiperspektivische Interviewstudie in stationären Altenhilfeeinrichtungen

5.2.1. Überblick

Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse der in den Heimen durchgeführten qualitativen Interviews dargestellt. Das Kapitel beginnt mit Befunden zum Erscheinungsbild von Aggressions- und Gewaltvorkommnissen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Es wendet sich dann Fragen nach der Genese solcher Vorkommnisse, ihren Hintergründen und Entstehungsbedingungen zu. Anschließend wird untersucht, auf welche Weise die Einrichtungen und die dort tätigen Personen mit Aggressionseignissen umgehen, wie sie unmittelbar darauf reagieren, wie Vorkommnissen nachbereitet und welche Präventionsansätze verfolgt werden. Der abschließende Teil der Ergebnisdarstellung ist Fragen der Aus- und Fortbildung mit Bezug zur RRA-Problematik gewidmet.

5.2.2. Phänomenologie von RRA-Ereignissen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Häufigkeit / Verbreitung von RRA-Phänomenen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interviewstudie wurden danach gefragt, wie häufig RRA-Phänomene ihrer Erfahrung nach vorkämen. Überraschenderweise variierten die Schätzungen zur Häufigkeit von RRA-Phänomenen innerhalb der Einrichtungen je nach interviewter Person stark. Während der überwiegende Teil der befragten Beschäftigten äußerte, dass es (fast) täglich zu verbaler

Gewalt unter Bewohnerinnen / Bewohnern komme, gaben einige andere Befragte an, dass entsprechende Vorfälle nur selten vorkämen; eine Interviewpartnerin sagte sogar, es habe in der gesamten Unternehmensgruppe, zu der die privat betriebene Einrichtung gehörte, noch nie einen Vorfall gegeben – dabei handelte es sich jedoch in dieser Einrichtung um eine Einzelmeinung. Die folgenden Passagen bilden das Spektrum der Aussagen exemplarisch ab:

I: Wie häufig kommen Dinge bei Ihnen vor, die man in dieses Spektrum Gewalt und Aggressionen durch Bewohner einordnen könnte?

B: Das ist schon recht häufig. Wenn man wirklich mal überlegt, was Gewalt-, wo Gewalt anfängt, ist das relativ häufig. Weil es ist ganz oft, dass demente Bewohner beschimpft werden von noch orientierten Bewohnern. Oder über die hergezogen wird. Und dann ein böses Schimpfwort fällt. Das ist ja schon letztendlich Gewalt. Körperliche Gewalt hält sich hier Gott sei Dank in Grenzen. Wir haben da zwar so ein paar Spezies dazwischen, die bekannt sind dafür. Aber haben mittlerweile einen guten Umgang damit. Und wissen (...), wie wir die Leute zu händeln¹⁶ haben. Und von daher klappt das eigentlich ganz gut.

M_1_I3_02: 4-5 (Pflegefachkraft)

B: Ja, wenn verbale Gewalt dazu zählt, dann schon täglich. Ja. Also es ist kein Tag, wo Friede, Freude, Eierkuchen war und wo man sagen könnte, das war heute mal ein schöner Tag. Oder jetzt ohne irgendwelche Beleidigungen oder sowas. Aber wie gesagt, ist mehr unter Bewohnern dann - als Pflegeperson eigentlich gar nicht so.

M_2_I2_14: 77 (HauswirtschaftlerIn)

I: Und was würden Sie sagen, wie häufig kommt es hier zu Vorfällen, (...) wo man von, von Gewalt und Aggressionen zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen ausgeht?

B: Das ist natürlich immer unterschiedlich. Also, generell im Haus muss man natürlich immer gucken, wann geht für den einen Gewalt und Aggression los oder was. Und für den einen ist es ein Stück weit normal, wenn man das so sagt. Und für den einen ist es schon Gewalt und Aggression, wenn der Ton schon schärfer wird oder wenn das ein oder andere Wort fällt. Wenn man davon ausgeht, würde ich eigentlich schon sagen, täglich. Weil es ist nun mal, in diesem Haus wohnen, wenn alles ausgelastet ist, 99 Leute, arbeiten tun über 100. Dass es da mal irgendwo an der einen oder anderen Stelle vielleicht da mal ein bisschen zündelt und kracht oder so, ist ein Stück weit normal. Und dann kann man schon davon ausgehen, dass es eigentlich jeden Tag ist. Davon, von einer eskalierenden Situation sprechen wir da aber von weitem nicht.

M_2_I1_07: 4-5 (Pflegedienstleitung)

I: Was würden Sie denn sagen. Wie häufig kommt es hier in der Einrichtung zu solchen Vorfällen? Also jetzt verbal, körperlich-.

B: Also verbal nahezu täglich. Mehrfach. Körperlich mehrmals die Woche. Das ist immer unterschiedlich. Ich glaube es gibt immer so eine Handvoll Bewohner, die man da gut im Blick haben muss. Wo man einfach weiß, die stehen auf oder entwenden irgendwie auch mal etwas. Wenn jemand mit einem, keine Ahnung, irgendwie mit einem Besteck in der Hand (klopft auf etwas) irgendwelche Geräusche macht, oder an der Wand kratzt. Dann ist das schon so, dass die da eben hingehen und auch mal die Hand brachial versuchen. Und dann kommt es letztendlich schnell zu solchen Übergriffen.

M_3_I1_03: 14-15 (Pflegedienstleitung)

Aus den Schilderungen der Befragten ergibt sich, dass wahrgenommene Prävalenz und Inzidenz von RRA-Vorkommnissen in starkem Maße von den zugrunde gelegten Definitionen und Einschlusskriterien sowie der Sensibilität der Wahrnehmung, also der Frage, wo Gewalt anfängt, abhängen. Durchgängig zeigt sich unter den Befragten die deutliche Unterscheidung zwischen verbaler und physischer Gewalt und Aggression, gepaart mit der Wahrnehmung einer gewissen Normalität von

¹⁶ Für „handeln“ im Sinne von „handhaben“ wird hier seltenere Schreibweise „händeln“ verwendet, um es von „handeln“ im Sinne von „tätig werden“ zu unterscheiden.

(verbaler) Aggression in einem Setting, in dem eine Vielzahl von Menschen täglich interagiert und miteinander konfrontiert ist. Daneben lassen sich aus diesen ersten Einschätzungen bereits Hinweise ablesen, dass insbesondere physische Aggression nicht homogen in der Bewohnerschaft verteilt ist, sondern sich auf eine kleinere Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern konzentriert (die „Spezis“, die „Handvoll Bewohner, die man da gut im Blick haben muss“) und dass demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner vielfach als Objekt der Aggression von kognitiv orientierten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern beteiligt sind.

Die 21 befragten Bewohnerinnen und Bewohner berichteten nur in geringem Maße von selbst erlebter wie von beobachteter Gewalt und als Übergriff erlebten Situationen: In fünf Interviews wurde von selbst erlebter körperlicher oder verbaler Gewalt berichtet, in vier von entsprechenden Beobachtungen. Sieben Interviewpartnerinnen und -partner beschrieben Situationen, in denen es zu Verletzungen der Privatsphäre gekommen war (eine Person hatte Entsprechendes beobachtet), und acht der befragten Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, keine entsprechenden Erfahrungen gemacht zu haben (zehn gaben ausdrücklich an, keine derartige Situation beobachtet zu haben).

Erscheinungsformen von resident-to-resident aggression

In allen vier teilnehmenden Einrichtungen berichteten die befragten Beschäftigten von einer Vielzahl von RRA-Phänomenen, die in der Gesamtschau ein sehr heterogenes Erscheinungsbild zeigen. Es handelte sich dabei vornehmlich um Vorkommnisse, die sich den Bereichen verbale Gewalt, körperliche Gewalt und Verletzungen der Privatsphäre durch Betreten fremder Zimmer zurechnen lassen. Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner wiederum hatten nur in sehr begrenztem Ausmaß Kenntnis von Gewaltvorkommnissen in ihrer Einrichtung, und auch aus eigenen Erfahrungen berichteten sie nur selten hierüber. Eine Ausnahme bildet jedoch das Betreten fremder Zimmer durch i.d.R. kognitiv eingeschränkte Mitbewohnerinnen und -bewohner: diese Form des Übergriffs, verbunden mit unterschiedlichen Reaktionen der eigentlichen Bewohnerinnen und Bewohner, wurde von einer Vielzahl der Befragten berichtet.

Die nachfolgend beschriebenen Verhaltensweisen und Handlungsmuster gehen über intentionale Gewalthandlungen (körperlicher, verbaler oder sexueller Art) hinaus. Sie umfassen auch Verhaltensweisen, die nicht unter eine klassische Definition „aggressiver Handlungen“ zu fassen wären. Wenn etwa Baron und Richardson (1994) aggressive Handlungen als solche definieren, die darauf abzielen, einer anderen Person Schaden zuzufügen, die ihrerseits bestrebt ist, diese Schädigung zu vermeiden, lässt sich feststellen, dass von Bewohnerinnen und Bewohnern wie auch von Beschäftigten in den Interviews zahlreiche Vorkommnisse geschildert wurden, die als belastend, herausfordernd, verletzend, unangenehm bzw. sozial inadäquat erlebt wurden, ohne dass ihnen das Merkmal einer Schädigungsabsicht zu eigen wäre. Vielfach handelte es sich bei den beschriebenen Vorgängen um als Übergriff wahrgenommene oder als herausfordernd erlebte Verhaltensweisen, die in der Folge als „Gegenaggressionen“ beschriebene eskalierende Handlungen nach sich zogen, die wiederum sehr wohl mit einer genuinen Schädigungsabsicht verbunden waren.

Intentionalität

Die Frage, inwieweit aggressive Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen absichtsvoll im Sinne einer intendierten Schädigung des Gegenübers

geschehen oder ob sie vielmehr als Ausdruck einer degenerativen Erkrankung eingeordnet werden müssen, ist abschließend nur im Einzelfall zu beantworten – und mag sich auch bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern je nach Situation unterscheiden. Die überwiegende Mehrheit der befragten Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Beschäftigten schätzte aggressives Verhalten von (anderen) Bewohnerinnen und Bewohnern generell oder überwiegend als „nicht absichtlich“ oder „nicht als Gewalt gemeint“ ein. Vornehmlich bezogen sie sich dabei auf kognitiv eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner, die „nicht wüssten was sie tun“:

B: *Man weiß ja, die sind krank. Ich sage mir immer: „Die sind krank und machen es nicht mit Absicht. Und die wissen nicht, was sie tun.“*

M_1_13_03: 29 (Pflegefachkraft)

I: *Also man könnte nicht sagen, dass die Bewohnerin absichtlich jemandem weh tun möchte mit den Worten?*

B: *Nein, glaube ich nicht. Das ist nicht absichtlich. Das ist, ich weiß es nicht, das ist vielleicht, wenn sie dement ist und dann, sie begreift das auch nicht, wo sie ist. Sie sind-, sie fragt auch jeden Morgen „wann muss ich zur Schule?“ oder „warten meine Eltern vor der Tür?“. Sie lebt da dieses Leben, wo sie noch klein war oder diese Schuljahre oder denkt so. Und dann vielleicht war das auch Gewalt in die Familie, denke ich. Das jetzt alles das heraus kommt bei sie. So ein Gefühl habe ich immer. (...) Vielleicht hat sie in Kindheit Gewalt erlebt und jetzt kommt das-, vielleicht hört sie etwas, so ein Wort, was sie in Kindheit gehört hat und deswegen bricht das alles aus bei sie. So denke ich.*

M_1_12_09: 31-32 (PflegehelferIn)

I: *Und hat das jemand vom Personal mitbekommen, dass Sie von Frau [Name] getreten worden sind?*

B: *Nein, ich habe auch nichts weitergesagt.*

I: *Haben Sie auch nicht weitererzählt?*

B: *Ach was. Das ist für mich kein Thema, ist ein kranker Mensch. Die kann ja nichts dafür, dass sie ihren Verstand nicht mehr so hat wie früher. Und ich sage immer wieder: Ich habe bis jetzt Glück, dass ich voll denken kann. Aber es kann jeden Menschen treffen.*

B_3_11_02: 44-47 (Bewohnerin)

B: *Nein, das passiert anderen aber auch, dass sie mal irgendwie von jemand geboxt werden oder so. Ich sage immer: Diese Menschen wissen doch auch im Moment nicht, was sie machen.*

B_3_11_02: 51-52 (Bewohner)

Die Interviewausschnitte zeigen eindrücklich, dass die Interpretation eines Verhaltens als „krankheitsbedingt“ aus der Perspektive der befragten Pflegekräfte wie der Bewohnerinnen und Bewohner einer möglichen Intentionalität entgegensteht oder eine Interpretation als nicht intentional zumindest nahelegt. Dabei lassen sich verschiedene Elemente der Symptomatik ausmachen: Zum einen legten befragte Beschäftigte, analog zu einer Beurteilung der individuellen Schuldfähigkeit, die im Strafrecht Verwendung findet, den entscheidenden Fokus auf die Einsichtsfähigkeit (vgl. Habermeyer & Hoff, 2004), also auf die Möglichkeit, das eigene Handeln zu reflektieren. Zum zweiten interpretierten sie das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontext einer fehlenden zeitlich-räumlichen Orientierung und dementsprechenden Handelns, das nicht am realen Kontext orientiert ist. Zum dritten bezogen sie die aggressionsförmigen Handlungsweisen auf die Nachwirkungen biografischer Erfahrungen; Verhaltensweisen knüpften nach Ansicht der Befragten an diese an und wurden möglicherweise durch aktuelle Reize getriggert.

Parallel zu diesen Darstellungen aggressionsförmigen Verhaltens, das durch Krankheit bedingt ist, schilderten viele Befragte allerdings aus ihren Einrichtungen auch aggressive Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die sie als „orientiert“ beschreiben und deren Handlungen sie als absichtsvoll wahrnahmen.

Körperliche und verbale Aggression

Die Befragten schilderten mannigfaltige Formen von Aggression und Gewalt, die sich in der überwiegenden Mehrheit als verbale oder körperliche Übergriffe charakterisieren lassen. Unter den körperlichen Aggressionen wurden zumeist Verhaltensweisen wie "Schlagen", "Schubsen", "Treten" oder "Kneifen" genannt, die ohne Hilfsmittel ausgeführt werden und insgesamt eher mäßig verletzungsträchtig sind. Die beschriebenen verbalen Übergriffe wurden mehrheitlich als Beleidigungen und Beschimpfungen bezeichnet; gelegentlich wurden aber auch Fälle von Mobbing oder Bullying im Wohnbereich beschrieben.

Körperliche Aggressionen und verbal aggressives Verhalten sollen an dieser Stelle zunächst gemeinsam behandelt werden. Denn obwohl verbal und physisch aggressive Verhaltensweisen sich phänotypisch deutlich unterscheiden, erscheinen die ihnen zugrundeliegenden Prozesse in den Beschreibungen der Beschäftigten vielfach als sehr ähnlich. So wurden RRA-Episoden, die eine physische Gewaltform annahmen, vielfach als Eskalationsstufe einer zunächst verbalen Auseinandersetzung charakterisiert.

Für körperliche wie auch für verbale Angriffe auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner wurden von den Interviewpartnerinnen und -partnern drei typische Konstellationen beschrieben, die in den geschilderten RRA-Situationen sehr deutlich in den Vordergrund traten:

- a) Gewalttätiges, aggressives oder übergriffiges Verhalten durch kognitiv eingeschränkte Bewohnerinnen oder Bewohner als Ausdruck oder Folge der Krankheit,
- b) reaktives aggressives Verhalten, entweder im Kontext einer Verkennung der tatsächlichen Situation oder als Abwehr gegen einen Übergriff, sowie
- c) körperliche oder verbale Gewalt gegen kognitiv eingeschränkte Bewohnerinnen oder Bewohner, die von anderen als „störend“ empfunden wurden.

Die nachfolgenden Interviewpassagen illustrieren die beschriebenen Konstellationen:

B: Das ist die Demenzabteilung, wo die fast alle dement sind. Da ist auch mehr diese Unruhe. (...) Da gibt es auch mehr Schimpfen. (...) Weil, die können sich auch nicht kontrollieren. (...) Wie gesagt, wenn einer einen Blödsinn macht, und der andere ist genauso dement aber vielleicht nicht so weit. Dann reagieren schon sofort mit Schimpfen, mit Wörter und halt-

M_2_13_05: 31 (Pflegefachkraft)

B: Und der ist dann immer ins Zimmer gegangen, hat sich bei den anderen Bewohnern ins Bett gelegt. Und dann hat man den auch nicht mehr aus dem Zimmer gekriegt. Weil er dann richtig aggressiv wurde. Und der hat dann die Bewohner dann auch beschimpft. Die sollen gefälligst aus seinem Zimmer rausgehen. Und was das denn soll. Und er hat eine Bewohnerin – hat sie gesagt, ob das jetzt stimmt, wissen wir nicht – aber angeblich hat er ihr eine Backpfeife auch verpasst.

M_1_12_06: 26 (Pflegefachkraft)

B: Wir schließen auch nie zu. Obleich ich mal tötlich angegriffen worden bin von einem, der kam hier herein, nachts. Und ging gleich zu dem Bett meiner Frau und wollte sich da hinlegen, wahrscheinlich. Und dann haben wir versucht, ihn durch Reden herauszubringen, dass er in sein Zimmer geht. Aber er behauptete, das wäre sein Zimmer hier. Und dann habe ich ihn an die Hand genommen und wollte mit ihm hinausgehen. Und dann hat er die Hand losgezogen. Das war hier an dem Durchgang. Und da er mich an den Schultern geschubst. Dann bin ich hintenübergefallen. Und über den ganzen Flur bin ich gerutscht auf dem Rücken und mit dem Kopf vor die Wand.

B_1_12_06: 22-50 (Bewohner)

B: Ja, also da gibt es ja viele Konflikte. Es fängt ja schon an (...) am Tisch. Wie Bewohner zusammensitzen, beim Frühstück, Mittagessen, nachmittags, abends. Wenn ein Bewohner nicht des Essens mächtig mehr ist, oder er schlabbert rum, kann nicht mehr so gut essen. Da fangen schon die

Konflikte an. Also da müssen wir dann schon gucken, wer zusammensitzt am Tisch, dass wir das schon im Vorfeld ein bisschen abfedern, sozusagen, bevor es überhaupt zu Problemen kommt.

I: Zu was für Konflikten kommt es dann, wenn Sie das nicht abfedern?

B: Beschimpfungen erstmal, Beleidigungen, vielleicht auch Wegschubsen vom Tisch, solche Sachen.

M_4_I1_08: 13-15 (Pflegefachkraft)

Der erste angeführte Punkt, aggressives Verhalten als Ausdruck einer mit dem Alter einhergehenden kognitiven Veränderung, kann kaum überraschen. Schließlich sind es häufig gerade die durch Demenz und andere kognitiv einschränkende Erkrankungen bedingten, vielfach aggressiven Wesensveränderungen, die die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung notwendig machen.

Unter dem Gesichtspunkt reaktiven Verhaltens beschrieben die Beschäftigten auch RRA-Episoden, in denen sich Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund eingeschränkter Kompetenzen in Konfliktsituationen nicht verbal behaupten konnten, sondern nur körperlich, wie eine Pflegekraft beschreibt:

B: Also, wir haben hier im Moment zum Beispiel eine Situation, dort wird nicht körperlich aggressiv, sondern mehr verbal. Wir haben zwei Bewohnerinnen, die eigentlich noch geistig noch sehr rüstig noch so sind. Und die haben, das ist echt unglaublich, die suchen sich die Schwächsten aus, und das sind meistens die Demenzkranken. So. Und die werden dann auch sehr angegangen, werden sehr bevormundet, werden auch sehr arg beleidigt, „Da kommt sie jetzt schon wieder, guck mal, wie die wieder rumsabbert.“ Also, so was zum Beispiel. (...) [Eine Bewohnerin] ist dann jetzt auch gegangen, weil sie sich verbal gar nicht wehren kann.

(...) Die-, die hatte Hirnblutungen. Ich habe denen gesagt, die ist geistig noch klar, Vorsicht. So. Nur die kann sich nicht so äußern. Die ist dann mit dem Rollstuhl zu der Mitbewohnerin hin gerobbt, also so, und hat sie richtig gegen das Schienbein getreten.

M_3_I1_01: 37 (Pflegefachkraft)

In der Interviewpassage wird die Gegenwehr einer körperlich stark eingeschränkten Frau gegen zwei Mitbewohnerinnen dargestellt, die sie zuvor massiv verbal attackiert hatten. Die Formulierungen der interviewten Pflegefachkraft („die suchen sich die Schwächsten aus, und das sind meistens die Demenzkranken“) weisen darauf hin, dass diese verbalen Angriffe systematischen Charakter hatten und dass als vulnerabel erachtete Personen als „Aggressionsobjekte“ ausgewählt wurden. Ähnliche Konstellationen werden in der Forschungsliteratur zu *resident-to-resident aggression* wiederholt beschrieben und häufig unter den zunächst vor allem auf andere Kontexte (wie Schule und Arbeitsplatz) angewandten Begriff des Bullying gefasst (vgl. u.a. Andresen & Buchanan, 2017; Beaulieu, Bédard, & Leboeuf, 2016; Bonifas, 2018; Gutman, 2013; Ira, 2018; VandeNest, 2016).

Näherer Erläuterung bedarf auch die dritte berichtete Konstellation, Gewalt gegen eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner. Die Befragten berichteten in diesem Zusammenhang viele verschiedene Begebenheiten, bei denen insbesondere demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner herausfordernde Verhaltensweisen an den Tag legten, die andere Bewohnerinnen oder Bewohner störten – beispielsweise wiederholtes Schreien oder Rufen, unappetitliches Essen, obszönes Reden, Entkleiden, Urinieren und Defäkieren in den Gemeinschaftsräumen oder unaufgefordertes Betreten fremder Zimmer. Andere Bewohnerinnen und Bewohner, die kognitiv weniger eingeschränkt waren und sich durch diese krankheitsbedingten Verhaltensweisen gestört fühlten, reagierten auf das sozial inadäquate Verhalten mit Unverständnis, Beschimpfungen oder tätlichen Angriffen. Insbesondere das Betreten fremder Zimmer wurde sowohl von den Beschäftigten als auch von den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern als häufiger Anlass für eine tätliche Eskalation beschrieben.

Neben diesen Aggressionskontexten, die stark durch die Einschränkung einer der beiden involvierten Parteien geprägt sind, berichteten die befragten Beschäftigten auch von Vorfällen, die eher auf

zwischenmenschliche Konflikte im weiteren Sinne zurückzuführen sind: Raumnutzungskonflikte, die durch Anfahren mit Rollator oder Rollstuhl ausgetragen wurden, oder die Lösung verschiedener Formen von Alltagskonflikten mit Gewalt (Schlagen, Schubsen, Prügeln, Kneifen, Spucken, Treten, Beschimpfen, Beleidigen).

Ein weiterer Kontext, der in verschiedenen Variationen berichtet wurde, lässt sich als (aggressive) Nothilfe beschreiben: es handelt sich um Fälle, in denen Bewohnerinnen oder Bewohner Zeuge von verbalen Angriffen auf Beschäftigte oder Mitbewohnerinnen und -bewohner wurden und versuchten, die Angegriffenen zu verteidigen. In den Beschreibungen wird deutlich, dass diese „helfenden“ Bewohnerinnen und Bewohner die Folgen ihres eigenen Handelns vielfach nicht absehen konnten und nicht (mehr) in der Lage waren, einen solchen Konflikt friedlich zu lösen. Eine Pflegefachkraft beschreibt einen exemplarischen Fall:

B: Zum Beispiel die Dame an dem Walker, die kann sich nicht immer so äußern und die fährt halt mit ihrem Walker hin und her und wenn er die sieht – also er hat schon mal eine Äußerung getätigt – „also früher wären solche Menschen vergast worden“. Und der haut halt nur sowas raus. Also man geht dann auch hin und sagt: „Wir leben hier miteinander. So geht man nicht miteinander um und wir möchten nicht, dass Sie so über sie sprechen.“ Sie kriegt es mit. Ich weiß nicht, inwieweit sie das immer mitbekommt, aber das tut ja auch nichts zur Sache. Sowas gehört da einfach nicht hin. Und ähm, ja, wenn aber der [Herr A] solche Äußerungen mitbekommt, dann fühlt der sich als (...) [Beschützer]. Und, aber es artet halt aus. Er macht es nicht adäquat. Er macht es nicht in einer ruhigen Art und Weise, sondern es knallt sofort. Da hatte ich auch schon mal eine Situation, dass der [Herr B] wirklich seinen Handstock nahm und gerade auf den [Herrn A] losgehen wollte und der [Herr B] mit einer hoch erhobenen Hand. Und ich bin dann wirklich dazwischen.

M_3_I1_08: 55 (Pflegefachkraft)

Das beschriebene Verhalten ist – auch im Sinne einer sozialwissenschaftlichen Aggressionsdefinition – aggressiv, richtet sich dabei allerdings seinerseits gegen einen Aggressor und ist nicht (oder nicht in erster Linie) selbstdienlich. Es hat einen strafenden Charakter und ist an den wahrgenommenen Interessen einer dritten Person bzw. an der Wiederherstellung von Fairness oder dem Ausgleich wahrgenommener Verletzungen von Regeln und Normen des sozialen Zusammenlebens ausgerichtet (vgl. dazu auch Baumard, 2010).

Intime Übergriffe / sexualisierte Gewalt

Auf die direkte Frage nach dem Auftreten sexualisierter Gewalt oder anderer intimer Übergriffe gaben alle befragten Beschäftigten zunächst an, solche Taten seien ihres Wissens in ihren Einrichtungen noch nicht vorgekommen. Lediglich eine Befragte antwortete, in einer Einrichtung, in der sie früher tätig gewesen sei, sei es zu einem Sexualdelikt gekommen. Im weiteren Verlauf der Interviews schilderten einige Befragte dann doch Situationen, die als sexuell konnotiertes deviantes Verhalten eingeordnet werden können. So wurde berichtet, dass Bewohnerinnen oder Bewohner sich – absichtlich oder unabsichtlich – in Gegenwart anderer in den Gemeinschaftsräumen entblößt hatten oder in Gegenwart Dritter einvernehmliche sexuelle Handlungen vollzogen hätten:

B: Nein, das ist kein sexueller Übergriff. (...) oben auf dem Demenzbereich hatten wir einen Bewohner, (...) der hat immer sein Glied rausgeholt beim Frühstück. Und natürlich fanden die Bewohner das nicht so toll. Aber das macht er jetzt gar nicht mehr. Man konnte mit dem dann auch gut reden, sagen „Hier ist gerade überhaupt nicht passend“ und dann ja.

M_2_I1_09: 61 (Gewaltpräventionsbeauftragte/r)

B: Und irgendwann saßen die beiden im Aufenthaltsraum nebeneinander mitten beim Abendbrot. Ja und dann hat er die Hose heruntergelassen und sie hat dann bei ihm herumgespielt. Ja, und andere Bewohner, die dann das Abendbrot zu sich genommen haben, haben das gesehen, sind dann aufgestanden und sind dann ins Zimmer gegangen.

M_4_I2_05: 83 (PflegehelferIn)

In den beiden geschilderten Fällen handelt es sich gewissermaßen um Nichtkontaktdelikte, deren devianter Charakter darin besteht, dass Dritte ungewollt und ungefragt mit sexuellen Handlungen – im ersten Fall masturbatorischer Art – konfrontiert werden¹⁷.

Insbesondere die Anbahnung romantischer oder sexueller Beziehungen unter kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern stellte einige der befragten Beschäftigten vor Probleme: Sowohl die Abwägung der Einwilligungsfähigkeit beider Partner als auch Wünsche der Familie oder das Gefühl der Verpflichtung einem außerhalb der Einrichtung lebenden Ehepartner gegenüber wurden als Hindernisse beschrieben. So berichteten einige Befragte, sie hätten Bewohnerinnen oder Bewohner, die die romantischen Avancen nicht mehr einordnen oder in sie einwilligen konnten, vor Anderen „retten“ müssen:

B: Also, dass ein Bewohner eine Frau verbal schon ziemlich in die Ecke gedrängt hat. Also, ihr so viele Komplimente gemacht hat, dass die Frau irgendwann total verwirrt war, dass man da wirklich gemerkt hat, man muss da jetzt zwischen gehen. Weil die Frau weiß nicht, was der Mann von ihr möchte. Und ja, also, ich finde, dass auch gerade demenzerkrankte Menschen da Opfer, potentielle Opfer sind. Weil die sich halt da nicht so äußern können. M_3_I1_05: 122 (Pflegefachkraft)

B: Ich hatte wohl mal (...) einen Bewohner gehabt, wie alt war der? Ich sage mal Mitte 60, der hat sich dann eine-, der war nicht dement, er war orientiert, war hier auch nur, ich glaube, zur Kurzzeitpflege. Und er hat wohl hier eine Bekanntschaft gemacht mit einer dementen Dame, die verheiratet war, auch zur Kurzzeitpflege war, allerdings sehr, sehr dement. Und der hat die dann einfach mitgenommen auf den Wohnbereich. Und sie ist natürlich einfach mitgegangen, aber sie hat ja nun mal ihre Krankheit. Und er wollte dann wohl etwas Intimes mit ihr beginnen, was ich dann natürlich untersagt habe. Weil, erstens war die Dame verheiratet, zweitens dement, sie wusste gar nicht, was sie macht und er hat das ausgenutzt. M_4_I1_09: 92 (Pflegefachkraft)

B: Also, es gibt hier eine Bewohnerin, oder-, nein-, es gibt mehrere. Aber wirklich dement, muss man dann ganz klar sagen. Die eine hatte sich mal in den anderen verliebt, lebt aber auch in der Welt, muss man auch dabei sagen, „So, ich bin mal gerade 25.“ O.k. Der andere Bewohner ist zwar auch schon dement, aber wenig. Erst haben die sich immer unterhalten und-, „Weißt du noch, damals?“ und so. Und so ein bisschen, „Hm, damals, ja, hm.“ Lass die mal reden. War noch alles gut. Dann ging das los mit Händchenhalten und schon mal nicht so dasitzen und sich unterhalten, sondern, fass an die Schulter, pack mal auf das Knie und hach, und man rutscht dann enger zusammen. Und, ja, das war dann schon ein Problem, weil, also die weibliche Bewohnerin war verliebt, der männliche Bewohner fand das gar nicht mehr lustig und hat dann schon 'Hilfe, Hilfe. Die kommt mir zu nahe. Hilfe.', dass man dann gesagt hat, was soll ich denn jetzt machen? Und dann frage ich einfach diesen männlichen Bewohner und sage, 'Ich rette dich. Aber wie?'. 'Bring mich auf mein Zimmer.' Er ist aber auch viel so auf dem Zimmer und ist immer halt im Rollstuhl und sagt dann, 'Ich möchte gar nicht sitzen.'. O.k. Damit war dann so das Thema erledigt.

M_1_I2_07: 57 (PflegehelferIn)

In den Interviews kommen verschiedene miteinander verwobene Fragen und Problemlagen zum Ausdruck. Dazu gehört die Frage der Fähigkeit oder fehlenden Fähigkeit, unter den Bedingungen einer

¹⁷ Zur Problematik sexuell disinhibierten Verhaltens bei Demenzerkrankungen siehe u.a. Bartelet, Waterink, & van Hooren (2014), Cipriani, Ulivi, Danti, Lucetti, & Nuti (2016), Lothstein, Fogg-Waberski, & Reynolds (1997).

vorliegenden demenziellen Erkrankung in sexuelle Kontakte verantwortlich einzuwilligen¹⁸. Die Befragten sprechen ferner die Möglichkeit des Ausnutzens der diesbezüglichen Vulnerabilität einer demenzkranken Person durch eine nicht demenziell veränderte Person an; zudem wird deutlich, dass entsprechende Tatgelegenheiten und Gefährdungen im Kontext einer institutionell bedingten räumlichen Nähe von potenziellen Tätern und Opfern angesiedelt sind.

Neben diesen für die Altenpflege relativ spezifischen Begebenheiten berichteten Beschäftigte auch von anderen Formen sexueller Belästigung: Sie schilderten, Bewohnerinnen und Bewohner seien von Mitbewohnerinnen oder -bewohnern gegen ihren Willen berührt und etwa an die Brust, zwischen die Beine oder ans Knie gefasst worden; andere Bewohnerinnen und Bewohner hätten auch mit nachdrücklichen Aufmerksamkeitsbekundungen zu kämpfen gehabt, die teilweise sehr unerwünscht waren:

B: Er ist respektlos Frauen gegenüber. Er packt den Frauen zwischen die Beine und an die Brust. Solche Dinge. Ja.

M_2_I3_04: 85 (Leitung Sozialer Dienst)

Verletzung der Privatsphäre

Eines der am häufigsten geschilderten Vorkommnisse in den Berichten der befragten Beschäftigten wie auch von einem Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner waren Formen der Verletzung der Privatsphäre, die zunächst einmal nicht aggressiv im Sinne einer Schädigungsabsicht waren, von den Betroffenen aber als Übergriffe empfunden wurden. Vielfach wurde geschildert, dass – zumeist demenziell erkrankte – Bewohnerinnen und Bewohner die Zimmer anderer Mitbewohnerinnen oder -bewohner unerlaubt betreten würden, weil sie sich in ihrem eigenen Zimmer wähten. Gelegentlich würden diese Bewohnerinnen oder Bewohner sich auch in die dort vorgefundenen Betten legen, private Gegenstände betrachten oder auch an sich nehmen. In weitgehender Übereinstimmung berichteten die Befragten in allen Einrichtungen, dass es nahezu in jedem Wohnbereich jemanden gebe, der ungebeten die Zimmer anderer Bewohnerinnen oder Bewohner aufsuche, und dass dies auch fast täglich geschehe.

Die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner reagierten den Schilderungen nach ganz unterschiedlich auf diese Übergriffe: Einige ordneten das Verhalten klar einer kognitiven Einschränkung zu, ertrugen es mit Gleichmut und informierten das Personal. Andere wiederum empörten sich sehr, forderten die Eindringlinge auf, das Zimmer zu verlassen und unterstützten diese Aufforderung zum Teil auch durch die Anwendung (oder den Versuch der Anwendung) körperlichen Zwanges.

Die Aufforderung, das Zimmer zu verlassen, wurde von vielen Befragten als Auslöser für eine Auseinandersetzung beschrieben, die teilweise sehr schnell zu verbaler und/oder körperlicher Gewalt eskalierte: Beide Parteien wähten sich in ihrem eigenen Zimmer, und auch der Eindringling war in der Regel nicht geneigt, den Raum einfach zu verlassen. So beschreiben zwei Beschäftigte:

B: Ja, hatten wir auch schon. Auch der Bewohner, der oben durch die Zimmer gegangen ist. Da waren natürlich die Bewohner, die voll orientiert sind, nicht begeistert von, wenn da ein Fremder ins Zimmer kommt und der auch nicht einfach wieder geht, wenn man ihn bittet. (...) Da ist es einmal vorgekommen, dass da zwei Bewohner sich, dass die beiden sich dann wirklich fast an die Köpfe

¹⁸ Siehe zu diesem Komplex u.a. Johnson, Knight, & Alderman (2006), Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer (2012); Thomas (2015), Tsatali, Tsolaki, Christodoulou, & Papaliagkas (2011), White (2010), Wiskerke, & Manthorpe (2019).

gegangen sind, mit Kragen festhalten und Schubsen, musste der Kollege dann zwischen gehen. Ich war an dem Tag aber nicht da. Das weiß ich nur durch Erzählungen. Die meisten Bewohner haben einfach dadurch reagiert, dass sie geklingelt haben, weil sie schon wussten, dass der Bewohner handgreiflich werden könnte und dachten sich, da klingele ich lieber und hole mir eine Pflegekraft, als dass ich hier noch Schläge kriege oder so.

M_1_I2_08: 47-49 (Pflegefachkraft)

B: Es ist schon mal passiert, dass wenn jetzt einer ganz durcheinander ist, dass der vielleicht nachts nicht in sein Zimmer findet und ist schon mal in ein fremdes Bett rein gekrabbelt, wo schon mal einer ist, und der sich dann erschrocken hat und sich dann gedacht, was macht der hier in meinem Bett. Aber da ging es nie um Sexualität, sondern eher um Verlaufen, Nicht mehr wiederfinden und ich kann nicht mehr, ich lege mich in dem Bett jetzt hin. Aber das hatte nie was mit Sexualität zu tun, sondern mit Erschöpftheit.

M_4_I2_04: 79 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

B: Also, zum Beispiel, wir haben eine demente Bewohnerin. Die findet ihr Zimmer nicht immer und, ähm, hat halt einen hohen Bewegungsdrang. Sie bewegt sich relativ viel über den Wohnbereich, findet ihr Zimmer halt nicht und geht dann auch mal in die anderen Bewohnerzimmer rein. Und je nachdem, wo sie reingeht, also die meisten Bewohnerinnen haben da kein großes Problem und klingeln dann einfach und sagen: „Die Frau ist jetzt gerade hier, können Sie die mal bitte wieder rausnehmen“. Oder aber dann haben wir auch eine Bewohnerin, die fährt die Bewohnerin dann auch wirklich an: „Ach, die Beklopfte, was will die denn jetzt schon wieder hier?“

M_3_I1_08: 29 (Pflegefachkraft)

B: Da war hier ein Mann, der ging nachts immer rund. Und auf einmal stand er hier im Zimmer. Ich sage: „Was wollen Sie denn hier?“ Und einmal hat er in eine Ecke gepinkelt. Da habe ich das dann gemeldet und dann kam sofort die Schwester und hat das saubergemacht und alles. Und sich entschuldigt. Ich meine, das kann immer mal passieren. Das will ich gar nicht abstreiten, aber das war in dem Moment ein Schock. (lacht)

B_1_I1_02: 16-17 (Bewohnerin)

B: Ja, individuell, sage ich jetzt auch mal, dement. Sage ich mal, haben sie wahrscheinlich schon wieder vergessen. Hatte jetzt auch einen Fall. Ja angegriffen, war mehr verbal angegriffen, hat er schon. Und die Bewohnerin ist halt komplett orientiert, es war eine Dame, war total verängstigt, wollte dann im Zimmer eingeschlossen werden, damit er nicht mehr reinkommen kann. Hatte natürlich große Angst. Und die muss man erst einmal raus kriegen. Also das ist dann schon-, das ist schon sehr harte Arbeit dann, da wieder in die richtige Richtung zu lenken. Die haben Angst, die fühlen sich nicht mehr wohl, was ja auch ganz verständlich ist. Eine hilflose kleine Dame, und da steht da so ein Mann vor ihr, sage ich jetzt mal, auch wenn es eine Frau gewesen wäre. Da sind natürlich auch Angstattacken dann ganz groß, klar.

M_1_I3_04: 25 (Pflegefachkraft)

Die Beschäftigten beschreiben derartige Vorkommnisse überwiegend als mehr oder weniger alltägliche Ereignisse. Aus den Berichten der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner geht zugleich hervor, dass sie dieses Eindringen in ihre Privatsphäre vielfach als sehr belastend erleben – noch dazu, wenn es häufiger geschieht. In der Folge solcher Übergriffe baten die Bewohnerinnen und Bewohner in mehreren Fällen darum, ihre Zimmertüren zur Nacht abzuschließen. In einigen Wohnbereichen wurde sogar berichtet, dass sich die Bewohnerschaft ganzer Wohnbereiche einschließen ließ. Das Betreten eines fremden Zimmers in den geschilderten Formen ließe sich in der Regel kaum sinnvoll als aggressives Verhalten im Sinne von Verhaltensweisen, denen eine „intention to harm“ zugrunde liegt, verstehen. Gleichwohl handelt es sich – aus der Betroffenenperspektive betrachtet – um grenzverletzendes, die Lebensqualität beeinträchtigendes Verhalten. MacAndrew und andere (MacAndrew, Beattie, O’Reilly, Kolanowski, & Windsor, 2017; MacAndrew, Fielding, & Kolanowski, 2017; MacAndrew, Fielding, Kolanowski, O’Reilly, & Beattie, 2017) verwenden für diese

Verhaltensklasse den Terminus „*wandering-related boundary transgression*“, der – ohne eine aggressive Intention unterstellen zu müssen – auf die Wirkung bei Adressaten bzw. Zeugen des Verhaltens abstellt. Nicht zuletzt die Arbeiten von MacAndrew und Kollegen legen den Schluss nahe, dass es sich hierbei um in der stationären Pflege häufige Vorkommnisse handelt, sodass die Beschreibung als „alltäglich“ die beruflichen Erfahrungen der Pflegekräfte widerspiegelt.

Beteiligte Personen

Ein großer Teil der beschriebenen Vorfälle war in einer Weise strukturiert, dass eine Zuordnung als „absichtlich handelnde Täter“ – die ein gewisses Maß an Intentionalität voraussetzt und somit an kognitive Kompetenzen gebunden ist – von den Befragten abgelehnt wurde und auch in der Rekonstruktion nicht sinnvoll erscheint. Zugleich traten dieselben Personen nicht selten in beiden Rollen auf – sei es, weil eine Auseinandersetzung unter Beteiligung beider Parteien eskalierte, weil herausfordernde Verhaltensweisen von Betroffenen mit Aggression beantwortet wurden oder weil bestimmte Bewohnerinnen und Bewohner in unterschiedlichen Rollen an verschiedenen Konfliktgeschehen Anteil hatten. In der Folge soll daher von „gewaltausübenden“ und „gewaltbetroffenen“ Beteiligten gesprochen werden; soweit Personen als Gewaltausübende und Gewaltbetroffene aufgetreten sind, wurden ihre Merkmale für die Analyse beider Bereiche herangezogen.

Gewaltausübende Beteiligte

Die Analyse der Beteiligten, die in den beschriebenen Vorfällen Gewalt ausgeübt hatten, zeigte besondere Merkmalsausprägungen in den Bereichen biographischer und demographischer Merkmale sowie in Bezug auf die Position der Betroffenen im sozialen Gefüge der Gemeinschaft, ihren Gesundheitszustand, ihre individuelle Aggressionsneigung und persönliche Probleme mit der Lebenssituation in der Einrichtung.

Biographische Faktoren

In Bezug auf mehrere gewaltausübende Beteiligte führten die befragten Beschäftigten die problematischen Verhaltensweisen auf Umstände und Faktoren zurück, die sich in der Lebensgeschichte der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner zugetragen hatten. Insbesondere bezogen sie sich auf den Einfluss von individuellen Familienverhältnissen oder von lebensgeschichtlich erworbenen Gewohnheiten, etwa von aggressiven Verhaltensgewohnheiten. Sie schilderten mehrfach Bewohnerinnen oder Bewohner, die eine biografisch tradierte Gewohnheit, Konflikte mit Gewalt zu lösen oder auf Frustrationen mit Aggression zu reagieren, nun im Heim fortsetzten:

B: Es, ein Stück weit hängt das mit der Biografie zusammen. Es sind viel Männer, die so sind. Aber auch, weil die, ich sage mal, einen anderen Berufszweig haben. Also, viele Männer, die früher auch mal einen Lkw gefahren sind, die in der Landwirtschaft gearbeitet haben, die haben nie in der Gemeinschaft groß gearbeitet. Und wenn man sich dann überlegt, dass die hierhin kommen und müssen auf einmal sich in der Gemeinschaft zurechtfinden, mit-, mit Menschen. Oder jemand, der immer ein Einzelgänger war, der wird sich auch in so einer Einrichtung schwertun. Das ist so. Und es sind viel Männer, es können-, es können auch Frauen sein. Also, davon mal ganz ab. Aber es sind viele Männer. Und es sind auch viele Männer, die wirklich eine schlimme Biografie haben. Männer, die früher von ihrer Mutter

versteckt wurden, ja, es ist die Generation. Die sind-, die sind versteckt worden, weil die anders waren, die können nicht lesen, die können nicht schreiben, die, sag ich mal, haben keine Ausbildung genossen, die haben, ja, waren immer nur für sich alleine, haben, ja, sind nie wertgeschätzt worden. Und das leben die im Alter aus. Das ist-, und gerade in ihrer Demenz. Das ist-, das ist leider so.

M_1_I3_01 (Pflegedienstleitung)

B: *Auf jeden Fall. Also von dem einen Herrn, der da mal die Dame geschlagen hat, gab es auch mit der Tochter dann auch Gespräche darüber. Wo man dann auch erfahren hat, dass es auch so ein bisschen sein Naturell ist, von früher her. Da kam so auch wieder was Biografisches auch wieder im Gespräch heraus. Dass es wohl auch mit seinem eigenen Vater-, mit dem Verhältnis seines eigenen Vaters zu tun hat. Also war jetzt auch die Vermutung dann der Tochter. Und wo er jetzt immer dementieller wird und das nicht mehr über den sprachlichen Weg lösen kann, wird das eben halt über den körperlichen Weg gelöst. Gibt es die Ohrfeige, und dann scheint das Thema gelöst zu sein.*

M_3_I1_11 (Leitung Sozialer Dienst)

B: *Und was wir immer noch erleben, sind Bewohner die, sage ich mal, aus der Nazizeit kommen. Die da auch ganz schnell mal sagen: „So etwas hat es früher nicht gegeben. Dich hätte man doch weggesperrt.“ Und das sind schon so Äußerungen, mit denen muss man erstmal, auch als außenstehender, jüngerer Mensch zurechtkommen.*

M_3_I1_03: 11 (Pflegedienstleitung)

Verschiedentlich berichteten Befragte, wie im letzten Textausschnitt, dass unter sehr alten Bewohnerinnen und Bewohnern, die die NS-Zeit noch erlebt hatten, zum Teil nationalsozialistisches oder sozialdarwinistisches Gedankengut präsent sei, das sich, insbesondere im Kontakt mit kognitiv oder körperlich stark eingeschränkten Mitbewohnerinnen und -bewohnern, in Form abfälliger und herabsetzender Kommentare manifestiere.

Demographische Faktoren

Auch demografische Faktoren spielten nach Einschätzung der Befragten vielfach eine Rolle. In Bezug auf das Geschlecht, eine Kategorie, die für die Ausübung von Gewalt üblicherweise eine entscheidende Rolle spielt, waren die Aussagen und Interpretationen der Befragten sehr heterogen. Viele gaben an, Frauen und Männer würden gleichermaßen als gewaltausübende Beteiligte auftreten; einige sahen Männer als die vornehmlichen Akteure, und ein etwas kleinerer Teil gab an, Gewalt gehe häufiger von Frauen aus. Hier mag zum Tragen kommen, dass Frauen, nicht zuletzt aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit einem Anteil von rund 70 % deutlich überrepräsentiert sind und damit zu einem größeren Anteil tatbeteiligt sein dürften, und dass die traditionelle Sozialisierung auf ein gewaltfreies Sozialverhalten durch kognitive Abbauprozesse weniger relevant wird.

Auch auf die Bedeutung des Alters gingen einige Befragte ein. Die älteren Bewohnerinnen und Bewohner wurden, unter Rekurs auf das höhere Eintrittsalter in die stationäre Pflege, mehrfach als „friedlicher“ eingeschätzt als früher.

B: *Ich würde sagen, die sind alle friedlicher geworden. Oder, was ich heute schon meine, sie kommen heute später hier hin. Früher waren sie wahrscheinlich noch jünger und-. Also, was ist jung? Und haben sich noch mehr mit anderen auseinandergesetzt.*

M_4_I2_13: 11 (Ehrenamtliche Mitarbeiterin)

Position im sozialen Gefüge der Gemeinschaft

Viele der Befragten wiesen unterschiedlichsten Faktoren eine große Rolle zu, die sich in der Gesamtschau auf das soziale Gefüge der Gemeinschaft in der Einrichtung sowie auf die Position der einzelnen Betroffenen darin zusammenführen lassen. Die Beschreibungen lassen sich zu zwei Hauptlinien verdichten. Auf der einen Seite stehen Bewohnerinnen und Bewohner, die als Teil einer gemeinsam agierenden Gruppe beschrieben werden, wörtlich: „Cliques“ und „Mitläufer“. Die Befragten beschrieben, dass ganze Gruppen aggressives Verhalten gegenüber Einzelnen, häufig Schwächeren, zeigten:

B: Ah doch, die suchen sich dann jemanden aus, gerade dieser Tisch vorne, diese vier Frauen und da wird dann immer irgendjemand ausgeguckt und die kommen mir so vor wie damals in der Schule, da waren auch immer so Cliques, die sich dann einen ausgeguckt haben zum Mobben. So kommt mir das da auch vor, ich denke manchmal so: Ach, guck, das geht sogar im Alter weiter, da hast du auch keine Ruhe.

M_2_I2_14: 35 (HauswirtschaftlerIn)

Oben bereits angesprochen wurde der Fall zweier Bewohnerinnen, die nach Einschätzung der befragten Pflegedienstleitung „sich die Schwächsten aussuchen“ und gegenüber den derart ins Visier genommenen Personen vor anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in einer demütigenden und erniedrigenden Art und Weise verbal ausfällig werden. Die Pflegedienstleitung weist in diesem Zusammenhang auch auf soziale Ansteckungseffekte in der Bewohnerschaft hin:

B: Dann ziehen die anderen Bewohner mit, die noch-, die erst ganz stille sind. „Jaja, die spuckt schon wirklich viel.“ Die sind etwas vorsichtiger, aber die sind dann mit im Bann.

M_3_I1_03: 15 (Pflegedienstleitung)

Derartige Verhaltensmuster und Dynamiken entsprechen wiederum weitgehend dem, was in Kontexten wie Schule oder Arbeitsplatz als Bullying bezeichnet wird (tatsächlich gebraucht die befragte Hauswirtschaftskraft den im Deutschen verbreiteten Begriff des Mobbings bzw. Mobbens). Auch dort ist bisweilen von gruppendynamischen Prozessen die Rede, über die sich etwa in Arbeitsteams soziale Ausgrenzung und Bullying gegenüber als „victims“ auserkorenen Personen ausbreiten können (Hutchinson, 2013).

Dem entgegen werden auf der andere Seite Personen beschrieben, die sehr individuell agieren: Die Befragten sprechen hier von „Einzelgängern“, die auch infolge einer Verbitterung über ihre Situation sozial isoliert sind, und von „immer denselben“ Bewohnerinnen und Bewohnern, die Gewalt ausüben.

B: Ja, wie soll ich es beschreiben. Viel oder oft sind es Bewohner, so Einzelläufer nenne ich es mal, einfach. Die nirgends wo dran teilnehmen, für sich alleine was machen. Eventuell dann, denke ich, auch mal verbittert sind über ihr Leben, grad jetziges-, wie es jetzt dann ist. Und fühlen sich dann natürlich so ein bisschen, ja, wie soll ich es sagen? Streitsüchtiger nenne ich es mal einfach, sie sind schneller angreifbar (...). So bisschen gereizter halt.

M_2_I1_02: 56 (Pflegefachkraft)

Daneben verweisen einige Befragte auch auf einzelne Bewohnerinnen und Bewohner, die aufgrund fehlender deutscher Sprachkompetenz sozial isoliert sind und sowohl Bewohnerinnen und Bewohnern als auch dem Personal gegenüber aggressives Verhalten zeigten.

B: Also, sagen wir mal so, es sind viele, wo mir das so speziell auffällt, die nicht unsere Sprache sprechen. (I: Ja.) Wo es, denke ich mir, auch aus Verständigungsproblemen kommt. Die nicht sagen können, „Lass mich heute in Ruhe, ich will im Bett liegen bleiben“ und so was. Die werden natürlich rausgeholt, weil die natürlich nicht alle im Bett bleiben sollen, wenn was ist, sondern, die schon mobilisiert werden sollen und vielleicht aufgrund dessen auch, das ist aber jetzt eine Vermutung, den ganzen Tag dann unzufrieden sein werden. Wir haben ja auch manchmal einen Tag, wo uns nach nichts

ist und wo wir auch am liebsten im Bett bleiben wollen. Aber, wenn dann einer kommt, „Aufstehen und du musst am Fenster sitzen und rausgucken“, wo wir vielleicht auch dann den ganzen Tag schlecht zufrieden sind, dass gar nichts heute läuft.

M_2_I3_10: 139 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Eine Sonderform der sozialen Position findet sich bei den „wohlmeinenden Helfern“. Diese werden von mehreren Befragten als Menschen beschrieben, die im Grunde Gutes tun wollen, aufgrund ihrer eigenen Einschränkungen oder wegen nicht vorhandener Kenntnisse in der Pflege aber nicht vollständig in der Lage sind, situationsadäquat zu agieren und /oder die Konsequenzen des eigenen Handelns zu erfassen. So wird etwa von Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet, die versuchen, andere gegen Übergriffe zu verteidigen und dabei selbst Akteure in einer körperlichen Auseinandersetzung werden:

B: Aber er verkennt auch seine Krankheitsgeschichte, er verkennt die Situation. Und er meint halt sowieso er sei der Einzige, der sich kümmert. Und macht das auch gerne zu seinem Auftrag, sich um die älteren Herrschaften zu kümmern. Und da wird es natürlich auch schwierig. Dann geht es auch schnell übergriffig. „Ich helfe ihnen mal“. Den Löffel nehmen und so einen vollgestopften Löffel, passierte Kost oder so, in den Mund. Und die Bewohnerin kommt nicht nach. Und da muss man auch immer gut aufpassen. Da haben wir auch einige Damen, die meinen, sie helfen uns. Äußern dann, „hier wird das nicht gern gesehen, wenn man hilft“. Nein. Also da ist wieder so eine Verkennung. Sie empfindet es als Helfen und wir empfinden es als Übergriffigkeit und haben Angst, dass die Dame aspiriert, weil sie nicht so schnell schlucken kann, wie da hinterhergestopft wird.

M_3_I1_03: 29 (Pflegedienstleitung)

Gesundheitszustand

Gerade in der stationären Pflege spielt der Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Frage, wer Anderen gegenüber aggressiv oder gewalttätig auftritt. Auch für die befragten Beschäftigten ist dieser Faktor von besonderer Bedeutung – zum einen, weil die in Einrichtungen der Altenpflege weit verbreiteten kognitiven Einschränkungen mit aggressionssteigernden Wesensveränderungen einhergehen können, zum anderen, weil auch solche Bewohnerinnen und Bewohner aggressives Verhalten zeigen, die nicht kognitiv eingeschränkt sind.

Die befragten Beschäftigten charakterisieren Bewohnerinnen und Bewohner, von denen Aggressionen ausgehen, als häufig kognitiv eingeschränkt. So wird etwa auf demenzielle Erkrankungen verwiesen, die Hemmschwellen senken und zu „emotionalen Entgleisungen“ führen können. Auch von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner wurden entsprechende Interpretationen geäußert. Die angesprochenen Zusammenhänge zwischen demenziellen Erkrankungen und der Prävalenz / Inzidenz aggressiven Verhaltens sind in der internationalen Forschung (insbesondere für Demenz vom Alzheimer-Typus) gut belegt (siehe u.a. Geschke, 2019; Selbæk, Engedal, & Bergh, 2013; Yu, Topiwala, Jacoby, & Fazel, 2018). Yu et al. (2018) fanden in einer neuen Metaanalyse aggressives Verhalten bei rund 28 % der an Alzheimer Erkrankten gegenüber 7 % bei Menschen mit einer MCI-Symptomatik (mild cognitive impairment). Neben demenziellen Veränderungen werden auch Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Alkoholismus und das in der Folge langjährigen Alkoholmissbrauchs vielfach auftretende Korsakow-Syndrom als aggressionsinduzierend genannt:

B: Ja, also bestimmte Krankheitsbilder. Da ist es einfach ein Stück weit auch vorprogrammiert, weil es einfach auch diese emotionalen Entgleisungen auch gibt und die Menschen das ja nicht böswillig machen, sondern das einfach in dem Moment nicht anders einschätzen können und sich auch nicht anders mitteilen können. Also, es gibt einfach die Erkrankungen wie Demenz oder Schädel-Hirn-Trauma und ähnliche Dinge, da ist es einfach die Steuerung nicht möglich. Die haben das nicht im Griff.

Das ist so.

M_2_I3_03: 107 (Einrichtungsleitung)

B: Diese Gewalt zwischen Bewohnern kommt eigentlich nur zwischen dementiell erkrankten Bewohnern vor, weil orientierte Bewohner tatsächlich auch immer noch diese angewöhnte Hemmschwelle haben, einfach alles rauszusagen, was ihnen so in den Sinn kommt. Und je weiter man ja in der Demenz fortschreitet ist, desto weniger filtert man ja, was man sagt.

M_3_I1_07: 209 (Pflegefachkraft)

B: Also, was schon mal ist, bei Alkoholikern. Da gibt es auch-, die sind schon mal eher gewaltbereit. Also, ist meine Erfahrung.

M_4_I1_08: 93(Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

B: Ja, ich habe (...) einen Bewohner im Kopf, der auch ein bisschen auffällig ist, was medikamentös nicht einstellbar ist, weil es ein Schädel-Hirn-Trauma ist. Kann man medikamentös nicht einstellen, muss Beschäftigung haben und, ja, von der Persönlichkeit, sieht der, sobald wir beide jetzt flüstern würden und er wäre in der Nähe, würde er glauben, wir würden über ihn sprechen. Und dann (...) könnte er bockig werden, auch auf sie zu oder auf mich zu. Auf mich weniger, weil er sehr viel Respekt vor mir hat. Aber eigentlich keinen Respekt vor Frauen hat. Kommt auch noch dazu.

M_2_I3_04: 11 (Leitung Sozialer Dienst)

B: Es sind mehrere, wo die ziemlich, also, aggressiv werden.

I: Und was meinen Sie, warum das so ist?

B: Das ist die Demenz. Die Demenz einfach. Nun, ich meine, ich bin ja noch ziemlich klar.

I: Das ist Ihnen-, das ist Ihnen auch bekannt, dass das sozusagen (**B:** Ja.) Personen sind, die eine (**B:** Naja, die haben-. Die sind dement.) demenzielle Veränderung haben?

B: Ja, genau.

I: Und das hat man Ihnen auch erklärt?

B: Was heißt erklärt? Man erlebt es ja mit, hier. Ich meine, am Anfang, als ich kam, war es nicht so schlimm. Das ist jetzt das letzte Jahr. Also das letzte halbe Jahr ist am schlimmsten geworden. Denn es heißt ja immer, die Leute werden älter und älter.

B_3_I1_01: 49-58 (Bewohnerin)

Die befragten Beschäftigten stellen deutliche Zusammenhänge zwischen einer reduzierten Steuerungsfähigkeit und Impulskontrolle auf der einen sowie zwischen krankheitsbedingten veränderten oder (Fehl-)Wahrnehmungen sozialer Situationen auf der anderen Seite her, die aggressive Reaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner begleiten und bedingen.

Neben den skizzierten kognitiven Einschränkungen berichteten die Interviewpartnerinnen und -partner auch, dass körperliche Einschränkungen für das Auftreten aggressiver Verhaltensweisen bedeutsam sein können. Sie führten an, dass zum einen starke Schmerzen, zum anderen das Erleben der eigenen Einschränkungen ursächlich für eine grundsätzlich unzufriedenere Stimmung seien, die auch zu Aggressionen führen könne:

B: Ja, das sind Leute, die Schlaganfälle haben, die (...) noch eingeschränkter sind, nicht laufen können oder sonst irgendwas.

M_2_I1_10: 13 (PflegehelferIn)

B: Auch Schmerzen, aber meistens denke ich mal, liegt das auch so ein bisschen an die Stimmung oder ob sie sich bewegen können. Wenn sich einer nicht bewegen kann oder nicht das meiste bewegen kann. So dieses Unzufriedene, (**I:** Unzufriedenheit.) dass der das eben dadurch äußert. Würde ich so sagen.

M_4_I2_06: 85 (PflegehelferIn)

B: Eine neue Heimbewohnerin ist letzte Woche gekommen. Eine hochdemente Frau. (...) Dort oben

wird sie wirklich gemobbt. (...). Und dort sind noch, ja, alle, die noch eigentlich noch gut zurechtkommen vom Geistigen her. Nicht Demenz, ein bisschen vergesslich. Viele mit-, Rollstuhlfahrer, das heißt körperlich schon behindert, aber sonst im Geist sehr, sehr fit oder ziemlich fit. Und da-, können schlecht damit umgehen. Oder Angst, dass sie selber mal so werden. Oder kein Verständnis. Erschreckend.

M_2_I2_13: 17 (SeelsorgerIn)

Immer wieder berichteten Befragte, wie im letzten der obigen Zitate, von verbaler, emotionaler und auch körperlicher Gewalt, die insbesondere von Bewohnerinnen und Bewohnern ausgeübt wurde, die selbst nur in geringem Maße kognitiv eingeschränkt waren. Sie beschrieben zum einen Situationen, in denen sich „fitt“ Bewohnerinnen und Bewohner durch Verhaltensweisen Demenzkranker, etwa bei Tisch, gestört fühlten und aggressiv reagierten. Daneben wurde mehrfach als bedeutsam angeführt, dass gerade bei den noch wenig eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern durch den Anblick der offensichtlichen Degenerationsprozesse Anderer starke Angstgefühle ob eines möglichen eigenen Abbaus ausgelöst werden könnten, die dann – im Sinne eines psychoanalytisch gedachten Abwehrmechanismus – durch aggressives Verhalten gegenüber den Personen, die diese Gefühle evozieren, bekämpft werden.

Individuelle Aggressionsneigung

Auch eine individuell höhere Aggressionsneigung, charakterisiert als ein „leicht reizbarer“, „bestimmender“ oder „streitsüchtiger“ Charakter mit „häufigen Wutausbrüchen“, wurde von den Befragten als häufiges Merkmal beschrieben. Sie verwiesen vielfach auch auf eine aggressive Vorgeschichte und gaben an, manche Bewohnerinnen oder Bewohner würden „früher oder später immer mal wieder aggressiv werden“:

B: Von klein, schmal bis groß, breit. Von Deutsch bis oder andere Kulturen, haben wir alles dabei. Diagnosemäßig würde ich es eigentlich auch nirgendwo dran festmachen. Was halt nur auffällig ist, wo man bei Leuten weiß, dass sie zu diesen aggressiven Zügen und sowas, dann neigen und dann schon öfters mal aggressiv, sowohl verbal als auch, oder auch nonverbal oder sowas dann auffällig geworden sind. Das sind Leute in der Regel, die in der- früher oder später immer mal wieder aggressiv werden. Das ist dann so.

M_2_I1_07: 17 (Pflegedienstleitung)

B: Streitsüchtiger nenne ich es mal einfach, sie sind schneller angreifbar (...). So bisschen gereizter halt.

M_2_I1_02: 57 (Pflegefachkraft)

B: Also ich glaube schon, (...) dass da die Demenz ein bisschen eine Rolle spielt in dem Sinne davon, dass sie es halt einfach nicht einschätzen kann. (...) die fühlt sich eigentlich wie persönlich von der irgendwie dann einfach angegriffen. Also ich will jetzt nicht sagen, es ist aber auch Charakter, aber es ist schon so, dass der Sohn-, also, als wir dem das gesagt haben, jetzt nicht arg überrascht war. Also der hat gesagt: „Ja, ja, meine Mutter (...), die hat schon immer (...) dazu geneigt, dass sie (...) sich einsetzt für ihre-, für ihre Rechte, so.“ Und also sie war, glaube ich, schon immer eine ziemlich, sagen wir mal, harte Persönlichkeit, die irgendwie-. Soweit man das jetzt (...) heraushören konnte.

M_3_I1_06: 119 (Pflegefachkraft)

B: Er ist so ein Typ, der ist schon sehr ausfallend. Auch den anderen Bewohnern gegenüber.

M_1_I2_06: 104 (Pflegefachkraft)

In den Textpassagen der Beschäftigten ist in starkem Maße von Reizbarkeit (irritability) die Rede (zum Konzept siehe u.a. Snaith, & Taylor, 1985; Holtzman, O'Connor, Barata, & Stewart, 2015). Reizbarkeit lässt sich als das Maß der Reaktivität gegenüber negativen emotionalen Stimuli verstehen und ist auf

der emotionalen Ebene mit Wut, auf der behavioralen mit Aggression verknüpft. Erhöhte Reizbarkeit gilt als neuropsychiatrisches Symptom prädemenzieller Entwicklungen, tritt aber auch bei kognitiv nicht beeinträchtigten Personen auf und wird auch als eine Facette von Mild Behavioural Impairment (MBI) aufgefasst (Ismail et al., 2018).

Von Aggression Betroffene

Auf die Frage, ob es Bewohnerinnen und Bewohner gebe, die in besonderem Maße Ziel von Aggression oder Gewalt würden, gaben die Befragten sehr unterschiedliche Einschätzungen ab. Während einige anführten, dass man zwar die Initiatoren von Auseinandersetzungen klar benennen könne, die jeweiligen Angriffe aber jeden treffen könnten (s. erstes Textbeispiel), beschrieben andere eine hoch vulnerable, in der stationären Altenhilfe stark vertretene Personengruppe als Opfer. Sie charakterisierten Bewohnerinnen und Bewohner, die typischerweise von aggressiven Handlungen oder Äußerungen betroffen sind, vor allem in Bezug auf ihren Gesundheitszustand und die damit einhergehende faktische und von anderen wahrgenommene herabgesetzte Widerständigkeit gegenüber Provokationen und Viktimisierungsversuchen:

B: Ich persönlich habe jetzt so in meiner Berufslaufbahn nicht die Erfahrung gemacht, dass es immer nur speziell einzelne Bewohner trifft, die Opfer von Gewalt werden durch andere Bewohner. Sondern oftmals, wenn Bewohner anderen Bewohnern aggressiv gegenüber treten, ist es eigentlich durch die Bank weg. Da ist es egal, wer da dann ist. Welcher Bewohner. Aber diese Opferrolle ist eigentlich selten.

M_1_I3_02: 93 (PflegehelferIn)

B: Meistens sind es welche, die sich nicht wehren können. Die sind denen dann hilflos ausgeliefert. Also solche Menschen würden nie an Starke gehen, das ist nie, dass zwei starke Charaktere aufeinander kommen.

M_4_I2_04: 117 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Gesundheitszustand

In Bezug auf den Gesundheitszustand der von Gewalt Betroffenen wurde besonders hervorgehoben, dass es sich häufig um Menschen handle, die dementiell erkrankt seien und mit ihrem als herausfordernd empfundenen Verhalten unabsichtlich auch selbst zur Genese von Aggressionen beitragen. Ähnliches wurde für körperlich eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner berichtet, die etwa wegen Berührungen, die auf Gangunsicherheit beruhen, von anderen beschimpft würden.

B: Er ist schnell aufbrausend, sage ich mal. Und dann haben wir noch jemanden da mit dabei, wo eine leichte Demenz zu erkennen ist und diese Person mag er überhaupt nicht. Die redet dann auch irgendwie so schön daher und er fühlt sich verbal irgendwie angegriffen oder wie auch immer. Und da muss man manchmal schon so ein bisschen da gucken und zwischengreifen gegebenenfalls, weil dann kann er auch wohl mal aufbrausend werden. Und gut, ist noch nie jetzt was Schlimmes passiert, aber man weiß nie und könnte ja und was wäre, wenn ich jetzt nicht zufällig gerade da gewesen wäre oder so.

M_2_I1_02: 19 (Pflegefachkraft)

B: Also wir haben eine Bewohnerin, [...] die fühlte sich schnell durch Kleinigkeiten auf den Schlipps getreten. Da brauchte nur jemand, der vielleicht ein bisschen wackeliger auf den Beinen ist oder nicht so gut motorisch zurecht mit dem Rollator nur leicht an den Rollstuhl kommt – ist sie sofort hochgefahren und hat die Bewohner dann beleidigt, die das gemacht haben und beschimpft.

M_3_I1_08: 41 (Pflegefachkraft)

Mehrere Interviewpartnerinnen und -partner berichteten zudem, dass auch die individuellen Fähigkeiten, mit als übergriffig erlebten Verhaltensweisen umzugehen, relevant für die Opferwerdung seien. So beschrieben sie, dass sich manche Aggressoren gezielt Opfer suchten, die sich aufgrund körperlicher oder geistiger Unterlegenheit nicht wehren können. Aber auch Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht aus fehlender Kompetenz, sondern aus „Freundlichkeit“ übergriffiges Verhalten erdulden und sich nicht dagegen zur Wehr setzen, seien häufig betroffen:

B: Wir haben auch schon mit Frau A gesprochen, um die Tischsituation [mit ihrer übergriffigen Sitznachbarin] vielleicht zu ändern. Frau A möchte das nicht so gerne. Sie hat Angst. Sie hat das nicht selber gesagt. Das ist mein persönliches Empfinden. Ich denke, sie hat Angst, der Bewohnerin vor den Kopf zu stoßen, weil dann kommt auf einmal – „wie, aber ich kann doch selber sagen, wenn es mir so viel wird“. „Ach das ist doch gar nicht so schlimm“. Und wenn man sie dann aber manchmal in so einem Moment herausnimmt, man sagt, „müsstest du nicht doch mal zur Toilette?“, so ist die mal eben mit mir zur Toilette. „Ja, nehmen Sie mich mit“. Und sie dann fragt. Dann sagt sie schon, „also eigentlich möchte ich das gar nicht“.

M_3_I1_08: 95 (Pflegefachkraft)

„Gesundheit“ wird demnach in einem doppelten funktionalen Sinne beschrieben: zum einen als Ursache und Hintergrundfaktor eigenen herausfordernden bzw. als herausfordernd erlebten Verhaltens, das dann seinerseits Übergriffe nach sich zieht, und zum anderen als ein gewisser „Schwächeindikator“ aus Täterperspektive – in dem Sinne, dass gesundheitliche und funktionale Einschränkungen einen Menschen aus der Sicht einer tatgeneigten Person in der Terminologie des Routine Activity Approach (Cohen & Felson, 1979; Felson & Clarke, 1998¹⁹) zu einem „suitable target“ werden lassen.

Raumzeitliche Verortung

Mit Blick auf die Möglichkeit, einschlägigen Vorkommnissen vorzubeugen, kommt der Frage nach den Orten und Zeiten, zu denen sich RRA-Episoden (gehäuft) ereignen, große Bedeutung zu. Aus den Angaben der Befragten lassen sich diesbezüglich deutliche Hinweise ablesen. Insbesondere wurden von den Beschäftigten Zeiten genannt, zu denen generell weniger Personal anwesend ist und von Seiten des Hauses auch keine Beschäftigungsangebote gemacht werden: Wochenenden, Feiertage sowie die späteren Nachmittags- und Abendstunden. Diese Zeiten geringerer personeller Besetzung wurden einerseits als Zeiten geringerer Zuwendung und Betreuung, andererseits aber auch als Zeiten geringerer Kontrolle und reduzierter Möglichkeiten der Intervention in einer Konfliktsituation charakterisiert.

In Bezug auf die späteren Tageszeiten gaben die Beschäftigten zudem an, dass zeitgleich auch erhöhte Unruhezustände demenziell Erkrankter auftreten würden, die ebenfalls aggressionsfördernd wirken könnten.

B: Wir wissen noch nicht so genau, wir vermuten, weil dann unsere Demenzkranken sowieso auch auffälliger sind. Das steigert sich ja so ab nachmittags halb fünf. Wo die Bewohner unruhiger werden, wo die immer den Speisesaal verlassen wollen, dann muss man sie wieder reinholen. Oder wir gehen mit denen schon auf ein Zimmer und reichen denen da das Essen dann an, so. Und das merken die. Und ich glaube-, und was auch sehr oft ist, so, das merken wir schon, wenn um 18 Uhr das Abendessen wirklich nicht kommt, dann sind die schon so ungenießbar, unsere fitten Leute. „Das war schon spät,

¹⁹ Zur Anwendung dieses Ansatzes auf Opferwerdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen siehe auch Gørgen und Beaulieu (2013), Policastro (2013).

wann kommt denn das Abendessen?“ Am liebsten hätten die schon um 20 nach fünf, keine Ahnung. Aber das ist so-, so und das schaukelt sich dann hoch.

M_3_I1_01: 55 (Pflegefachkraft)

B: Und man merkt dann schon, oft sind vormittags auch noch Angebote, es ist auch mehr Beschäftigung, man versucht es anders zu strukturieren. Aber es ist schon so, dadurch, dass es oft enger getaktet ist. Dann ist Frühstück, man hat einen relativ langen Frühstücksbereich oder -modus, dann ist schon wieder Mittagessen. Dann ist, sage ich mal so, ein bisschen mehr Ablenkung. Aber die Nachmittagszeit ist ja dann oft auch sehr lang. Und irgendwie fehlt vielleicht da auch nochmal so ein bisschen Struktur. Und da entgleist dann halt schneller etwas.

M_3_I1_04: 25 (Einrichtungsleitung)

B: Gewalt unter Bewohnern ist, finde ich, eher so an den Wochenenden, an den Feiertagen. Da natürlich an den Wochenenden und den Feiertagen vielleicht nicht so dieses Beschäftigungsangebot stattfindet, wie in der Woche. Da kommt Langeweile auf.

M_1_I3_02: 23 (Pflegefachkraft)

Neben den tageszeitlichen Veränderungen nannten einige Befragte auch die „dunkle Jahreszeit“ als Schwerpunkt aggressiver Vorkommnisse. In den weiteren Ausführungen begründeten sie diesen Anstieg mit der wetterbedingten Schwierigkeit, sich im Freien aufzuhalten, und stimmungsveränderndem Lichtmangel. Insbesondere die Weihnachtszeit wurde von einigen Beschäftigten als besonders sensible Zeit beschrieben, weil an diesen familienorientierten Tagen eigene Einsamkeit stärker ins Bewusstsein rücke. Im Ergebnis würden sich bei den Bewohnerinnen und Bewohner allerdings weniger aggressive denn depressive Stimmungen manifestieren:

B: [...] Februar, März, weil dann haben die hier alle, ich sage immer, Lagerkoller. Weil, die müssen dann raus. Das merkt man hier auch. Dass die dunkle Jahreszeit war. Dass sie öfter, jetzt im März, sobald schönes Wetter ist, raus, raus, raus. Wir versuchen es jetzt schon, aber dann können die auch so alleine noch mal aus oder sich draußen mal hinsetzen, Kaffee trinken, solche Dinge. Ja. (I: Das ist gut.) Denn das merkt man, das merken wir bei uns auch, dann die Nerven etwas dünner und das, warum bei unseren Bewohnern nicht, nur, weil sie nicht mehr im Arbeitsleben stehen. Denen fehlt auch die Sonne.

M_2_I3_04: 53 (Leitung Sozialer Dienst)

B: Dann ist es gerade zu den Feiertagen, zu Weihnachten. Die einen bekommen ganz viel Besuch, der andere kriegt das mit, ist ganz alleine. Und das sorgt für Unzufriedenheit und dementsprechend kommt das teilweise auch über Aggressionen und Gewalt dann heraus. Gibt natürlich auch das Gegenteil daneben, sie werden wahrscheinlich sich zurückziehen und viel weinen.

M_1_I3_02: 23 (Pflegefachkraft)

Auf die Frage nach räumlichen Schwerpunkten von RRA skizzierten die Befragten zwei unterschiedliche Szenarien. Während die einen angaben, RRA könne überall auftreten, sahen die anderen einen deutlichen Fokus: Orte, an denen Menschen zusammentreffen. Gemeinschafts- und insbesondere Speiseräume als Orte der Begegnung und damit auch der konflikthafter Interaktion wurden von den Beschäftigten besonders häufig als Orte genannt, an denen sich aggressives Verhalten ereignet. Die angeführten Gründe sind vielfältig, weisen aber in ihrer Gesamtheit darauf hin, dass diese Orte zu den Nutzungszeiten durch eine Kombination verschiedener potentiell aggressionsfördernder Faktoren gekennzeichnet sind: Es kommt dort zum Zusammentreffen vieler Bewohnerinnen und Bewohner mit teils konflikträchtigen Verhaltensweisen, dies vielfach unter den Bedingungen räumlicher Enge und anderer belastender Faktoren (wie Lärm) und begrenzter Optionen im Hinblick auf die Auswahl von Interaktionspartnern²⁰:

²⁰ Insgesamt sind diese Merkmale charakteristisch für Gemeinschaftsunterkünfte und Zwangsgemeinschaften, in Bezug auf welche immer wieder der auch im Interview M_2_I3_04 gebrauchte Begriff des „Lagerkollers“ Verwendung findet (siehe

I: Und wo passieren solche Vorfälle?

B: In den Bewohnerzimmern, in Gemeinschaftsräumen, also, eigentlich überall. Also, eigentlich können die überall auftreten.

M_1_I3_02: 54-55 (Pflegefachkraft)

I: Gibt es Räume oder Orte, an denen besonders häufig Aggressionsereignisse vorkommen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern?

B: Das ist schon der Speiseraum. Also meiner Einschätzung nach. Vielleicht auch dadurch bedingt, der ist meiner Meinung nach unheimlich eng. Und auch akustisch sehr laut. Wir haben schon überlegt, ob man da nochmal architektonisch irgendwas machen kann. Also das finde ich schon-. Also ich könnte mir vorstellen, wenn ich jemand wäre, der so ein bisschen orientierungslos ist, dass mich das auch kribbelig machen würde. Weil es ist einfach eng, wenig Ausweichmöglichkeiten, und das ist wirklich eine hohe Geräuschkulisse. Und man merkt schon, man hat keine Ausweichmöglichkeit, weil es so eng ist. Also wenn da so zwei Menschen im Rollstuhl nebeneinander sind, dann ist das schon, genau-. Ja, dann geht es schon los. Der eine rempelt den anderen an, und da glaube ich, dass da Platz und Akustik ein großes Thema ist.

M_3_I1_04: 28-29 (Einrichtungsleitung)

Die Bewohnerzimmer selbst wurden nur selten explizit als Orte genannt, an denen sich gehäuft Aggressionen ereignen. In mehreren Fallbeschreibungen war jedoch die Rede von – zumeist verbalen – RRA-Episoden, die sich im Kontext des unerlaubten Betretens fremder Zimmer ereigneten. Doppelzimmer, die in der Literatur als besonders problembehaftet behandelt werden, wurden hingegen nur vereinzelt als problematisch beschrieben:

B: Aber wir haben auch Bewohner, die zu zweit leben. Aber das wird immer ganz gut gelöst, weil, wenn das nicht passt, wird alles darangesetzt, damit wir wieder eine andere Lösung finden. Und zu gucken, wenn noch kein Einzelzimmer da ist, wer könnte mit wem harmonieren, zumindest vorübergehend.

M_2_I3_04: 60-61 (Leitung Sozialer Dienst)

Allerdings muss bei der Interpretation dieser spezifischen Ergebnisse berücksichtigt werden, dass in den untersuchten Einrichtungen Doppelzimmer nur noch sporadisch vorgehalten und überwiegend mit Ehepaaren bzw. kurzzeitig belegt werden.

Folgen für Beteiligte

Es ist bereits angeführt worden, dass insbesondere in Bezug auf die häufig komplexen Auslöse- und Entstehungsbedingungen und die sich nicht selten anschließenden Eskalationsprozesse von RRA-Episoden eine klare Zuordnung der Rollen der „Aggressoren“ und der „von Aggression Betroffenen“ vielfach weder möglich noch zielführend ist. Auch in Bezug auf die Folgen von RRA-Episoden lässt sich eine solche Aufteilung – von körperlichen Verletzungen einmal abgesehen – nur bruchstückhaft treffen.

In den Interviews wurden mehrfach leichtere Verletzungen, wie Beulen, Hämatome, Abdrücke und Wunden, die eher aufgrund der Hautbeschaffenheit der betroffenen Bewohnerinnen als aufgrund der Schwere der Gewalteinwirkung entstanden, als körperliche Folgen genannt:

B: Blaue Flecken, ja, blaue Flecke, Beulen am Kopf, Wunden, ich meine, die Wunden manchmal vom Pflegepersonal, die können da eigentlich relativ gut mit um, naja, mal mehr, mal weniger. Aber halt die Mitbewohner haben mitunter, ja, weil die Haut halt auch anders beschaffen ist, ja, häufiger offene Verletzungen.

dazu mit Blick auf Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende und Geflüchtete Plich und Döring, 2017).

M_1_I3_01: 79 (Pflegedienstleitung)

Einen besonderen Schwerpunkt legten viele Befragte neben körperlichen Schädigungen auf psychische und soziale Folgen von RRA-Episoden. Dabei war u.a. von Verhaltensänderungen nach einer negativen Erfahrung, von Schuldgefühlen, Scham und Ausgrenzung aus der Gemeinschaft die Rede.

Bewohnerinnen und Bewohner, die explizit oder implizit als Betroffene von aggressiven Handlungen charakterisiert wurden, beschrieben und zeigten häufig sozial vermeidendes oder Vorsichtsverhalten, Aufregung, Angst und Verunsicherung. Insbesondere in Bezug auf unerwünschtes Eindringen in das eigene Zimmer wurde auch geschildert, dass sich einzelne Bewohnerinnen oder Bewohner, gelegentlich gar ganze Wohnbereiche, nachts in ihren Zimmern einschließen ließen, um nicht im Schlaf überrascht zu werden. Die folgenden Beispiele illustrieren die skizzierten Folgen aus der Sicht von Pflegekräften wie von Bewohnerinnen und Bewohnern:

B: (...) eine Dame, war total verängstigt, wollte dann im Zimmer eingeschlossen werden, damit er nicht mehr reinkommen kann. Hatte natürlich große Angst. (...) Die haben Angst, die fühlen sich nicht mehr wohl, was ja auch ganz verständlich ist. Eine hilflose kleine Dame, und da steht da so ein Mann vor ihr, sage ich jetzt mal, auch wenn es eine Frau gewesen wäre. Da sind natürlich auch Angstatacken dann ganz groß, klar.

M_1_I3_04: 25 (Pflegefachkraft)

I: Okay. Ist es damals denn auch so zu verbaler Gewalt, also sprich zu Beleidigungen, Beschimpfungen so was, ist das auch mal vorgekommen?

B: Verbal, inwieweit das gegangen ist, kann ich Ihnen nicht sagen. Es war aber so, dass meine Frau sehr aufgewühlt war.

B_1_I2_06: 43-44 (Bewohner)

I: Das heißt, Sie haben, seit dieser Herr bei Ihnen im Zimmer war, das ist ja Ihr Wohnbereich, haben Sie schon auch ein bisschen Angst, dass das wieder passiert.

B: Ja. Ich habe jetzt wirklich ein bisschen Angst vor dem.

B_1_I1_01: 14-19 (Bewohnerin)

B: Die Folgen? Ja, Rückzug. (...) Wollen sich dann nicht mehr in einer Gruppe mit hinsetzen. Meiden vielleicht die Beschäftigung, die Gesellschaft. Ja, da sind wir auch gefragt immer wieder, die Bewohner dann immer wieder zu fordern und eben mitzunehmen und zu erklären, wir sind da und wir passen auf und geben ihnen Sicherheit. Wir haben einen guten sozialen Dienst, gute Betreuungskräfte, die uns da wirklich eine super Unterstützung geben, ja.

M_4_I2_01: 105-107 (Einrichtungsleitung)

I: Ja, warum schließen Sie ab?

B: Ja, dass nicht einfach einer reinkommt von welchen, die nicht mehr wissen, wo sie sind.

I: Ja, und das kann passieren?

B: Das kann passieren.

B_3_I1_04: 9-17 (Bewohnerin)

Daneben berichten Beschäftigte aber auch von Situationen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner auf verbale oder körperliche Angriffe mit Gegengewalt reagiert hätten: So schilderte eine Pflegekraft, eine Bewohnerin, die sich aufgrund von Hirnschädigungen nicht mehr verbal äußern können, habe auf eine Beleidigung mit einem heftigen Fußtritt gegen das Schienbein der Mitbewohnerin reagiert.

Auf der anderen Seite stehen Bewohnerinnen und Bewohner, die von anderen als Initiatoren von Konflikten und Auseinandersetzungen eingeordnet werden. Die Beschäftigten berichten in dieser Hinsicht, dass solche „Täter“ durch andere Bewohnerinnen und Bewohner vielfach ausgegrenzt

würden. So schildert eine Pflegedienstleitung, dass diese Ausgrenzungstendenz sich sogar auf das Personal erstrecken könne:

B: Bei anderen Bewohnern ist es, ist es wirklich auch so, die werden gemieden. Da muss man auch aufpassen, dass die nicht vom Pflegepersonal auch gemieden werden. Und auch von dem sozialen Dienst, trotzdem noch mal fragen, möchte Sie an dem-, an den Beschäftigungsangeboten teilnehmen. Weil, man schert die dann immer so gerne über einen Kamm, nein, nimmt er ja so oder so nicht dran teil. Und der wird dann auch nie wieder gefragt. Und das ist ja nicht Sinn und Zweck. (!: Nein, das muss nicht sein.) Die sollen ja trotzdem halt auch in die Gruppe integriert werden.

M_1_I3_01: 73 (Pflegedienstleitung)

Aber auch Scham und Selbstvorwürfe spielen eine bedeutende Rolle für Bewohnerinnen und Bewohner, die aus krankheitsbedingten Umständen herausfordernde Verhaltensweisen an den Tag legen, dies aber in Teilen noch selbst einordnen können. So schildert eine Pflegekraft die immense Scham einer Bewohnerin, die regelmäßig aus Versehen in fremde Zimmer geht:

B: Also zum Beispiel wir haben eine demente Bewohnerin. Die findet ihr Zimmer nicht immer und, ähm, hat halt einen hohen Bewegungsdrang. Sie bewegt sich relativ viel über den Wohnbereich, findet ihr Zimmer halt nicht und geht dann auch mal in die anderen Bewohnerzimmer rein. Und je nachdem, wo sie reingeht, also die meisten Bewohnerinnen haben da kein großes Problem und klingeln dann einfach und sagen: „Die Frau ist jetzt gerade hier, können Sie die mal bitte wieder rausnehmen.“ Oder- aber dann haben wir auch eine Bewohnerin, die fährt die Bewohnerin dann auch wirklich an: „Ach, die Bekloppte, was will die denn jetzt schon wieder hier?“ Und sie merkt das. Also das kriegt sie dann sehr wohl mit und fängt dann an zu weinen und macht sich selber Vorwürfe und merkt, dass sie in dem Moment nicht ganz orientiert war.

M_3_I1_08: 29 (Pflegefachkraft)

5.2.3. RRA-Episoden: Entstehungsbedingungen, Auslöser, ereignisfördernde und -hemmende Konstellationen

Die Interviewstudie geht auch der Frage nach, welche Ursachen und Auslöser sich für Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Altenhilfeeinrichtungen identifizieren lassen und inwieweit diesen Entstehungsbedingungen vorgebeugt werden kann. In den Interviews wurden an zahlreichen Stellen von den Befragten Annahmen über das Zustandekommen von RRA-Vorkommnissen geäußert. Diese haben – relativ etwa zu den Schilderungen einschlägiger Ereignisse im Hinblick auf Tatgeschehen und beteiligte Personen – weniger den Charakter eines Berichts als den einer subjektiven (ereignisbezogenen) Theorie²¹. Mit Blick auf Ursachen oder Auslöser von gewaltförmigen oder aggressiven Verhaltensweisen wurden von den Befragten vor allem Merkmale der beteiligten Personen sowie als konfliktgeneigt betrachtete Personenkonstellationen ins Spiel gebracht. Ein nicht unwesentlicher Teil der angesprochenen Hintergrundbedingungen von RRA betraf darüber hinaus auch organisationale Merkmale, insbesondere in Bezug auf die personelle Ausstattung der Einrichtung, sowie situative Faktoren.

Merkmale auf der Ebene der beteiligten Personen

Auf der personalen Ebene wurden von den Befragten insbesondere solche Faktoren als Auslöser oder Ursachen ins Feld geführt, die individuelle Charakteristika der Beteiligten, wie Erkrankungssymptome

²¹ Siehe zu Konzepten von subjektiven Theorien, Alltagstheorien oder auch naiven Verhaltenstheorien u.a. Flick (1987), Groeben (1988), Laucken (1974).

und Gefühlslagen, betreffen. Derartige Merkmale wurden vor allem in zwei Deutungsrichtungen als wesentlich charakterisiert: als unmittelbare Hintergrundfaktoren einer erhöhten Aggressionstendenz einerseits und andererseits als Ursache herausfordernder Verhaltensweisen, welche dann wiederum aggressive Reaktionen anderer auslösen können. Beide Konstellationen wurden in besonderem Maße mit zumeist degenerativen Erkrankungen, etwa des demenziellen Spektrums, in Verbindung gebracht. So wurden Überforderungen kognitiv eingeschränkter Bewohnerinnen und Bewohner, starke Schmerzen und die Reaktivierung vergangener traumatischer Ereignisse als (mit-) ursächliche Faktoren für aggressives Verhalten genannt, wie diese Beschäftigten berichten:

B: Also, wir hatten einen Bewohner gehabt, der lebt aber leider nicht mehr, der-, der hatte einen Gehirntumor. Und lange Zeit war wirklich Ruhe, da war-, da war der Umgang richtig toll und auf einmal, der ist uns so angegangen, der hat das ganze Zimmer kaputtgeschlagen. Also, das war richtig heftig. So haben wir auch den Notarzt, alles war da und Polizei und alles. Und da habe ich dann so gemerkt, also gut, vielleicht durch meine Erfahrung halt dann auch, ehe ich Angst zeige, das dauert. Und ich war die einzige, die in den Raum reindurfte. So, ich habe ihn dann auch geduzt, weil ich merkte, mit Sie kam ich überhaupt nicht mehr an. Und er hat dann nur geschrien: „Ich habe so Kopfschmerzen, helft mir doch, helft mir doch.“ Also waren das die Schmerzen, die ihn so aggressiv machten. So, er ist dann auch ins Krankenhaus gekommen und ist auch letztendlich dann verstorben.

M_3_I1_01: 41 (Pflegefachkraft)

B: Vielleicht, also, ich würde sagen, auch viel vielleicht die Vergangenheit. Also, die Erinnerungen, negative Erinnerungen, Erkrankungen, Krieg, dass das auch irgendwo noch eine Rolle mitspielt, und vielleicht noch verarbeitet wird oder Auslöser mit, dass sie dann in ihre eigenen Welten eintauchen und das wieder hochkommt.

M_1_I2_10: 51 (Auszubildende Pflegefachkraft)

B: Ich denke, dass von früher, dass sie früher Gewalt gehabt haben und deswegen kommt das vielleicht wieder hoch oder ich denke (...). Das kommt dann in Erinnerung und dann wollen sie sich wehren vielleicht und sind dann aggressiv und so was.

M_1_I2_09: 80 (PflegehelferIn)

Beschäftigte ebenso wie Bewohnerinnen und Bewohner berichteten, dass konflikträchtiges herausforderndes Verhalten kognitiv eingeschränkter Mitbewohnerinnen und Mitbewohner für andere zum Teil sehr störend sei oder direkt als Übergriff empfunden werde: Bewohnerinnen oder Bewohner, die sich im Zimmer irren, persönliche Gegenstände Anderer unerlaubt an sich nehmen, wiederholt und teilweise über längere Zeiträume rufen oder schreien, unangenehme oder wiederkehrende Geräusche von sich geben, unappetitlich essen, ihren Speichelfluss nicht kontrollieren können oder anderen körperlich zu nahe kommen. In der Literatur sind derartige Verhaltensweisen als „challenging behaviour“ vielfach beschrieben (siehe u.a. Arnold, 2015; Hazelhof, Schoonhoven, van Gaal, Koopmans, & Gerritsen, 2016; Pieper et al., 2016). Der Begriff des „challenging behaviour“ stellt nicht auf Merkmale ab, die das als herausfordernd charakterisierte Verhalten unmittelbar beschreiben – „Herausforderung“ setzt immer ein Gegenüber voraus, dass das Verhalten wahrnimmt und als „herausfordernd“ erlebt und bewertet. Im Fokus stehen somit die Wirkungen und Reaktionen, die ein Verhalten bei Adressaten oder Zeugen hervorrufen kann. Gewalt und Aggression können in diesen Konstellationen Strategien sein, mit der erlebten Herausforderung umzugehen. Die enge Verknüpfung von herausfordernden Verhaltensweisen und Erkrankungen des demenziellen Spektrums ist vielfach beschrieben worden (z.B. Fauth & Gibbons, 2014; James & Jackman, 2017; Moniz-Cook et al., 2017).

Die Wahrnehmung der mit herausfordernden Verhaltensweisen konfrontierten Bewohnerinnen und Bewohner unterscheidet sich in den Interviews stark von den Interpretationen der Beschäftigten, die entsprechend aggressive Reaktionen auf diese Störungen häufig als „fehlendes Verständnis für

krankheitsspezifisches Verhalten“ einordnen. Betroffene Bewohnerinnen und Bewohner fühlten sich häufig massiv in ihrem persönlichen Lebensbereich gestört und berichteten individuell ganz unterschiedliche Reaktionen: Manche führten störende oder übergriffige Verhaltensweisen sehr klar auf Demenz zurück und nahmen sie hin, bei anderen standen der erlebte Bruch des Hausfriedens, die Missachtung der Privatsphäre und eine – vielfach verständliche – Empörung über Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner im Vordergrund, die etwa regelmäßig in fremden Zimmern auftauchten und nicht zum Gehen zu bewegen waren.

B: Ich habe das gesehen. Selber nicht, aber Bewohner mit Bewohner sozusagen. Sie haben (...) gekämpft. Er ist in ein fremdes Zimmer reingegangen der andere Bewohner hat gesagt „gehen Sie bitte heraus, das ist mein Privatzimmer“ und so was alles. Und der andere hat gesagt: „Nein, das ist mein Zimmer.“ Und dann haben sie angefangen sich richtig zu klopfen. Dann-. Ich habe nur gehört Schrei, Hilfe, Hilfe. Ich bin in den Flur herausgegangen und das ist-, eigentlich ist das Ehepaar in diesem Zimmer. Die Frau ist herausgegangen und hat gesagt „Hilfe! Hilfe!“ Und dann bin ich in das Zimmer hereingegangen und dann sehe ich, dass die zwei Männer sich richtig klopfen.

M_1_I2_09: 3 (PflegehelferIn)

B: Ein Bewohner ruft, der sieht ganz, ganz schlecht und ist demenziell verändert und hat ein ganz hohes Bedürfnis einer stetigen Betreuung. Weil ihm das Sicherheit gibt. Da muss jemand dabei sein, sich mit ihm unterhalten, dann hat der so ein Ruheempfinden. Ist das nicht der Fall, und das kippt wirklich binnen-. Man steht auf und bringt nur das Geschirr weg, dann ruft der schon. Und das macht die anderen Herrschaften, insbesondere einen Mann im Wohnbereich zwei, der da sitzt, mit seiner Frau am Tisch sitzt und in Ruhe essen möchte, der kommt meistens immer später, als letzter. Regt das sehr auf. Und das geht relativ zügig. Also man hört es einfach, der eine ruft, der andere sagt, „Sei leise.“ Der andere ruft, der andere sagt: „Halts Maul.“ Der andere ruft und dann denke ich mir, okay. Warum- Ich höre keinen, der da interveniert. Das heißt, es ist gerade keiner da.

M_3_I1_03: 53 (Pflegedienstleitung)

B: Oder eben, wir haben viele Bewohner, die klopfen. (klopft auf etwas) In einer Tour klopfen. Und das ist natürlich auch, diese monotonen Geräusche sind ganz, ganz schwierig für andere Bewohner. Insbesondere, wenn sie die Situation selber nicht mehr ganz richtig einordnen können. Da nützt das auch nichts, ich erlebe das immer wieder, dass dann versucht wird, zu appellieren. Ja, derjenige ist ja krank, oder der weiß das gar nicht so. Weil letzten Endes ist der andere Bewohner auch schon eingeschränkt. Und kann das gerade gar nicht mehr so wirklich einordnen. Und so eskaliert es.

M_3_I1_03: 11 (Pflegedienstleitung)

Neben den individuellen gesundheitlichen Einschränkungen wurden auch negative Gefühlslagen einzelner Bewohnerinnen und Bewohner als ursächlich mit aggressiven Verhaltensweisen in Verbindung gebracht. Die Befragten berichteten hier etwa vielfach von Neid und Eifersucht, wenn beispielsweise andere Bewohnerinnen oder Bewohner (mehr) Besuch bekamen, aber auch in Bezug auf (Alltags-)Kompetenzen und Ressourcen, die bei einigen Anderen (noch) in größerem Ausmaß vorhanden waren:

B: Eigentlich- oder wenn Bewohner sehr wenig Besuch kriegen, wo auch viel Eifersucht dann dabei ist, wenn jemand täglich Besuch kriegt oder wenn jemand nur einmal die Woche Besuch kriegt oder alle 14 Tage. Dass dann auch schon mal, wenn dann eine Bewohnerin sagt: Heute kommt meine Tochter, stimmt doch nicht, die war gestern erst da, die kommt doch nicht schon wieder und die kommt wirklich täglich. Und das können die dann auch untereinander nicht haben. Und wenn dann noch Verwandte weiter weg wohnen, die wirklich nicht öfter kommen können, dadurch gibt es natürlich auch öfter Streit. Das ist vielleicht ein Auslöser.

M_2_I2_14: 107 (HauswirtschafterIn)

B: Das ist ja meist so Eifersucht oder sonst irgendetwas, wo es dann so hochkocht. Weil jemand das nicht mehr so umsetzen kann oder vielleicht nicht so schnell ist wie der andere. Oder der eine hat mehr

Geld als der andere und möchte dann vielleicht auch jede Woche die Haare gemacht kriegen. Dann ist es die blöde Kuh, die eingebilddete oder sonst irgendwas. Dass man wirklich mal darauf achtet. Dass man mit den Leuten auch mal redet, bevor es dann Auseinandersetzungen gibt. Vielleicht mit Haareziehen.

M_4_I1_07: 149 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Eng verknüpft mit der Eifersucht auf Andere, die noch „mehr können“ als man selbst, können auch Frustration und Unzufriedenheit sein, die sich im Angesicht der Wahrnehmung eigener kognitiver oder körperlicher Einschränkungen manifestieren können. Aber auch die Lebenssituation in der Einrichtung, die für die meisten kein expliziter Teil ihres Lebensplanes war und die auch keine Veränderung mehr verspricht, kann zu massiven Frustrationszuständen führen, wie diese Beschäftigten berichten:

B: Genau. Ich glaube auch manchmal so eine gewisse Form von Frustration. Dass man merkt, man ist selber so an der Grenze der Kraft oder Selbstbestimmung, das ist so eine Form von Aggression, die eigentlich gegen sich selber gerichtet ist. Weil man unzufrieden mit der Situation ist, und sich dann aber nach Außen richtet.

M_3_I1_04: 31 (Einrichtungsleitung)

B: Unzufriedenheit, ja, wird nicht geliebt vielleicht. Alleine sein. Nicht akzeptiert werden mit dem, was man, wie man ist oder vielleicht auch mit dem, was man mal war und jetzt nicht mehr ist. Ja und vielleicht auch Verlust, was man alles verloren hat in seinem Leben.

M_2_I2_15: 195 (Auszubildende Pflegefachkraft)

B: Also eins ist definitiv, wenn Menschen mit kognitiven Einschränkungen mit normal körperlich gebrechlichen Menschen zusammenleben müssen, da ist es vorprogrammiert, definitiv. Naja, der Institution geschuldet vielleicht insofern, dass es natürlich für viele ja nicht der Lebensplan war, in einer Einrichtung wie dieser den Lebensabend zu verbringen. Das wünscht man sich ja nicht unbedingt. Und es gibt Menschen, die kriegt man irgendwann eingefangen und sie kommen gut zurecht mit dem, was hier gemacht wird. Und es gibt auch immer Menschen, die sich nie mit der Situation anfreunden und aus dieser Grundunzufriedenheit heraus natürlich eher bereit sind, ja, ich nenne es immer so ein bisschen, so um sich zu beißen, weil sie einfach mit ihrer eigenen Situation nicht zurechtkommen. Weil sie es einfach nicht annehmen können, dass es so ist. Da gibt es immer- da können Sie letztendlich auch, ob der Mitbewohner oder auch der Mitarbeiter- Da können Sie alles so gut wie möglich tun, der wird immer einen Grund finden, um loszuschimpfen, verbal aggressiv zu werden.

M_2_I3_03: 135 (Einrichtungsleitung)

Im Sinne des Zwei-Prozess-Modells der Entwicklungsregulation von Brandtstädter (siehe u.a. Brandtstädter, 2007a, 2007b, 2011; Brandtstädter & Rothermund, 2002) könnten die von den Befragten skizzierten Konstellationen darauf hinweisen, dass dort akkommodative Prozesse und Strategien nicht voll entwickelt sind. Derartige Prozesse können, wenn sie in Problemkonstellationen zum Tragen kommen, die sich nicht durch aktives Handeln auflösen lassen, protektiv und funktional für die psychische Gesundheit sein (siehe z.B. Brandtstädter & Greve, 1992, 1994; Wrosch, Miller, Scheier, & de Pontet, 2007).

Gerade in Bezug auf degenerative Erkrankungen, insbesondere auf Demenz, spielt auch Angst immer wieder eine Rolle. Zum einen stellen sich bei demenziell erkrankten Menschen mit Orientierungsproblemen schneller Angstgefühle ein, wenn sie etwa die Umgebung oder Personen nicht einordnen können; zum anderen kann auch die ständige Konfrontation mit Anderen, die an derselben Erkrankung in einem weiter fortgeschrittenen Stadium leiden, zu großen Angstgefühlen über die eigenen Veränderung führen.

B: Dort oben soll-, wohnen selten demente Heimbewohner. Die-, die alle, die da wohnen, die Damen und Herren, die denken und meinen, die sind noch gesund. Und, ja, dann-. Viele sagen, das wäre die Angst. Sie wissen, was Demenz ist. „Ich könnte auch so mal machen“. Der Schutz „ich möchte nicht

so...“, und so weiter. „Geh mal weg. Ich möchte dich nicht sehen. Ich möchte nicht glauben, dass man so doof sein kann. Dass man macht, etwas macht, was man nicht normalerweise machen würde. Ohne anzuklopfen in ein fremdes Zimmer gehen. An Bett von jemanden ranzugehen-“ und so weiter, ja. Das-ich vermute, die Angst.

M_2_I2_13: 27 (SeelsorgerIn)

Neben diesen sehr zielgerichteten Befürchtungen wird, insbesondere in Bezug auf Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht oder wenig kognitiv eingeschränkt sind, auch immer wieder von Langeweile gesprochen: es gibt wenig sinnvolle Betätigung für die „geistig Fitten“, und auch die vielen wöchentlichen Kurs- und Beschäftigungsangebote orientieren sich eher an den schwächsten Teilnehmerinnen und Teilnehmern. So beschreibt eine Mitarbeiterin das aggressive Verhalten zweier kognitiv kaum eingeschränkter Damen gegenüber Demenzkranken:

I: Was glauben Sie, warum die beiden Damen das so machen?

B: Ich vermute Langeweile. Also, die sind beide noch recht klar im Kopf, die wissen, was sie sagen, die wissen, was sie tun. Und wenn man die dann auch drauf anspricht: „So Leute, es geht so nicht. Die Leute sind krank, die wissen nicht mehr genau, was sie tun. Ihr beide wisst, was Ihr tut. Ihr seid klar.“ „Ja, immer kriegen wir es ab, immer kriegen wir es-.“ Also, ja, was sollen wir denn den Demenzkranken da (I: Die können das ja nicht ändern.) anmeckern, dass die nicht so und so sich verhalten sollen, das ist ein Tropfen auf den heißen Stein.

M_3_I1_02: 34-35 (Pflegefachkraft)

Organisationale Merkmale

Die Befragten haben, wie gezeigt, den individuellen Merkmalen der Bewohnerinnen und Bewohner große Bedeutung beigemessen. Sie schilderten darüber hinaus jedoch auch, dass Merkmale der Einrichtung einen großen Anteil am Entstehen von RRA-Episoden haben können. Im Fokus standen dabei besonders zwei Themenkomplexe: zum einen die Strukturierung der Gemeinschaften in den Wohnbereichen der Einrichtung, die von großer Bedeutung für einen harmonischen Tagesablauf sei. Zum anderen bezogen sich die Befragten auf die Menschen, die in den Einrichtungen tätig sind: das Pflege- und Betreuungspersonal, aber auch andere Gruppen von Beschäftigten, die mit oder jedenfalls in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten, etwa Service- und Reinigungskräfte.

Strukturierung der Bewohnerinnen- / Bewohnergemeinschaft

In Bezug auf die Wohngruppe schilderten einige Beschäftigte die große Wichtigkeit, die Größe und Zusammensetzung für ein harmonisches, aggressionsarmes Miteinander haben können. Die Schilderungen der Befragten stehen vielfach mit organisationalen Merkmalen in Verbindung, vor allem mit der Frage, wie eine Einrichtung das Miteinander von Demenzkranken und nicht demenziell Erkrankten regelt und gestaltet. So gelte es bei der Zusammenstellung der Wohngruppen insbesondere auf die Alltagskompetenzen und Verhaltensmuster der Bewohnerinnen und Bewohner, die durch spezifische Krankheitsbilder und deren Begleitumstände stark beeinträchtigt werden könnten, zu achten. Hier berichteten etwa einige befragte Beschäftigte, dass in ihren Einrichtungen die Sitzordnung im Speise- bzw. Aufenthaltsraum geplant würde, um potenziell konflikthafte Begegnungen, etwa zwischen Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen in Bezug auf Tischmanieren oder Äußerungswiederholungen, und solchen, die sich daran stark störten, im Voraus zu reduzieren.

B: Man muss gucken, dass die Bewohner zusammenpassen. Dass da eine harmonische Gruppe entsteht. Die Gruppengröße muss passen. Die, ja, sag ich mal, wie weit, ja, passen die Krankheitsbilder zusammen? Passt der Hilfebedarf noch zusammen? Kann ich, muss ich die Beschäftigungsangebote anpassen, sind Bewohner zum Teil überfordert oder unterfordert? Muss ich (...) jemand anders noch mit ins Boot nehmen vom sozialen Dienst, Einzelbetreuung (...) bei den schwerstdemenzkranken Bewohnern, die auch immobil sind? Die passen nicht in eine Gruppe mit-, mit Bewohnern, die demenzkrank sind, aber noch mobil sind. Die können mitunter noch (...) Mensch ärgere Dich nicht spielen, aber das können die anderen halt nicht mehr. Da muss man schon gucken, dass man da eine harmonische Gruppe kriegt. Und dass man dann halt auch noch mal die Biografien sich dazu nimmt und halt da auch Beschäftigungsangebote anpasst.

M_1_I3_01: 85 (Pflegedienstleitung)

Als Gruppenkonstellationen, die in besonderem Maße konfliktträchtig sein können, beschrieben einige der Befragten zum einen Gruppen, die aus jüngeren und älteren Bewohnerinnen und Bewohnern zusammengesetzt sind. Sie führten an, dass der enge Umgang mit Hochaltrigen bei den Jüngeren zu Frustrationen führen könne. Daneben wurde die Kombination von orientierten und kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern, die momentan vielfach in Form integrativer Wohnbereiche realisiert wird²², als problematisch beschrieben: die unterschiedlichen Anforderungen an die Gestaltung des Wohnbereichs, konfligierende Kommunikationsstile und sehr unterschiedliche Toleranz in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen könnte auch hier zu aggressiven Episoden führen.

B: Und auch da hat man dann wieder das Problem, dass es nicht wirklich passt. Das ist halt eine andere Klientel. Und da muss (...) ein anderer Rahmen her. Und manchmal ist es auch, dass der Rahmen dafür ursächlich vielleicht ist, ob Menschen dann übergriffig werden oder nicht. Wenn sie in der falschen Welt leben, die für sie nicht mehr passt, haben sie ja vielleicht auch keine andere Möglichkeit. Wenn ich an unseren jungen Mann denke mit, mit Schädelhirntrauma, ja was bleibt dem denn? Der lebt in einer falschen Welt. Das ist doch klar. Wenn ich mit 21 Auto verunfalle, Schädelhirntrauma, und mich dann wiederfinde mit 80-Jährigen-

M_2_I3_03: 177 (Einrichtungsleitung)

B: Probleme gibt es immer, wenn Demente übergriffig werden in einem Bereich, wo fittere Senioren sind. Wenn ein Dementer fünf Mal gleich angesprochen wird, lächelt er immer noch und gibt immer wieder die gleiche Antwort und das regt den anderen Dementen ja nicht auf. (I: Ja.) Wenn aber jetzt ein Demenzkranker einen Fitten anspricht, wo der Fitte sagt, das will ich nicht, lass mich in Ruhe und der aber nicht aufhört damit, dann eskaliert das. Aber wenn Sie das gut strukturiert haben, dass die Dementen unter sich sind und die Fitteren unter sich sind, haben Sie weniger Probleme.

M_2_I3_03: 35-37 (Einrichtungsleitung)

B: Die andere Situation ist immer zwischen den Bewohnern, die eigentlich kognitiv noch relativ gut beieinander sind, und den Dementen. Da ist auch täglich die Situation, dass die kognitiv noch relativ guten, die Leute beschimpfen und sagen, du bist doch blöd, du bist-, du hast nicht mehr alle Tassen im Schrank. Das höre ich auch von einer Bewohnerin sehr oft. Die weggeschickt werden, weil sie zu dumm sind. Und die dementen Bewohner dann sehr traurig werden und sehr in sich gekehrt werden. Auch gar nicht wissen, warum und weshalb. Und das ist so ein Konflikt, der ist eigentlich ständig da. Täglich, stündlich.

M_3_I1_10: 33 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

I: Was würden Sie denn -sagen, sind die, sind die Ursachen oder vielleicht auch die Auslöser für solches Verhalten?

B: Also viel ist, wenn, sag ich mal, demenzkranke Bewohner auf orientierte Bewohner treffen. Die-,

²² Zu sogenannten segregativen und integrativen Wohnkonzepten in der Pflege demenziell Erkrankter siehe Nobili et al. (2008), Palm & Holle (2016); grundsätzlich dazu bereits Riter (1995).

das-, die können nicht untereinander kommunizieren. Und wenn jetzt, sag ich mal, der orientierte Bewohner fünfmal sagt: „Gehen Sie jetzt bitte raus aus meinem Zimmer!“, dann versteht der Desorientierte das nicht mitunter. Und es ist dann halt auch so ein bisschen-, ein bisschen halt schwierig, weil, es müsste mehr geschlossene Bereiche halt nur für demenzkranke Bewohner geben.

M_1_I3_01: 58-59 (Pflegedienstleitung)

Ein deutlicher Teil der Befragten sprach sich für ein segregatives Modell mit separater Unterbringung demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner aus. Einige befragte Beschäftigte mahnten jedoch auch die herausfordernden Lebens- und Arbeitsbedingungen in solchen spezialisierten Wohnbereichen an, in denen eine Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt möglich ist.

Monotonie

Neben der Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner sind nach Einschätzung der Befragten aber auch die „ganz gewöhnlichen“ zwischenmenschlichen Konflikte von Bedeutung, die sich ebenso im Alltag der meisten nicht stationär untergebrachten Menschen ereignen können: Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten, Hierarchiekämpfe, entwertendes, herablassendes oder provozierendes Verhalten, Normenkonflikte und persönliche Antipathien, die auch in der Altenhilfe Konflikte auslösen können. Beschäftigte beschreiben, dass diese in der Heimsituation, die vielfach wenig Ablenkung bietet, zum Teil auch gezielt provoziert würden²³:

***B:** Provokation steht auch ganz, ganz oben. Es gibt Leute oder Bewohner, die wissen ganz genau, wie sie andere Bewohner dahin kriegen, dass sie die aggressiv hinkriegen und diese Bewohner springen in der Regel auch eigentlich fast immer darauf an. Und den Bewohnern ist es dann manchmal gar nicht so bewusst, dass sie dann halt so explodieren können, aber trotzdem passiert es dann immer wieder. Vielleicht passiert das aus Langeweile, vielleicht passiert das auch, weil sie früher schon gerne ein bisschen gefoppt haben, aber die unterschätzen das dann manchmal auch, was man den anderen mit antut. Und die anderen nehmen sowas dann immer dankend und gerne an.*

M_2_I1_07: 40 (Pflegedienstleitung)

***B:** Also, ich-, ich glaube nicht, dass die beiden vielleicht-, oder die drei in ihrem vorherigen Leben auch eher so dominant so, oder aggressive Menschen waren. Ich glaube, das ist wirklich dieses, in Führungsstrichen, hier eingesperrt sein und neue Umgebung, beziehungsweise so, ich weiß nicht, ob (...) das so eine Art Hierarchiedenken ist, was die vielleicht sich erkämpfen wollen, so auf die Art. Ich bin jetzt hier die Laute, die Große. (...) Und somit stehe ich ganz oben in der Kette und darf alles, kriege alles und Du kannst nichts mehr, Du hast kein Gedächtnis mehr und Du stehst ganz unten und dich mache ich jetzt fertig, sowas vielleicht.*

M_3_I1_02: 49 (Pflegefachkraft)

In den Textpassagen werden aggressive Handlungsweisen und eine erhöhte Bereitschaft, auf Provokationen aggressiv zu reagieren als Reaktion auf erlebte Langeweile und Monotonie des Heimalltags skizziert und zugleich als Möglichkeit, einen sozialen Status in einer neuen Umgebung durch aggressives Auftreten zu erwerben und zu sichern. Die von den Beschäftigten hier beschriebenen Begebenheiten lassen sich in ihrer Gesamtheit als „Institutionalisierungseffekte“ beschreiben. Zugleich wird in beiden Zitaten die Frage von extramural-intramuralen

²³ Auch in der Forschungsliteratur werden Langeweile und Monotonie des Heimalltags, das Fehlen bedeutsamer Aktivitäten und Interaktionen sowohl in „klassischen“ Arbeiten (siehe etwa Gottesman & Bourestom, 1974) als auch in neuerer Zeit als die stationäre Altenhilfe prägende und die Bewohnerinnen und Bewohner belastende Merkmale beschrieben (siehe u.a. Boyd, Payne, Hutcheson, & Bell, 2014; Brownie & Nancarrow, 2013; Ice, 2002).

Verhaltenskontinuitäten aufgeworfen. Diese Sichtweise hat deutliche Parallelen zur in der Literatur zu Gewalt im Strafvollzug geführten Diskussion um „Deprivation“ (siehe z.B. Farrington & Nuttal, 1980) und „Importation“ (vgl. Harer & Steffensmeier, 1996), bei der eben auch die Frage von „mitgebrachten Verhaltenstendenzen“ und „institutionell evoziertem Verhalten“ im Vordergrund steht (siehe auch Homel & Thomson, 2005).

Personal

In Bezug auf die Prävention und Deeskalation von RRA-Episoden kamen die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in den Gesprächen immer wieder auf den hohen Stellenwert eines gut ausgebildeten und kompetenten Personalstammes zu sprechen. Sie schilderten jedoch auch Situationen, in denen das Personal selbst zum Entstehen aggressiver Verhaltensweisen beitrug. In diesem Sinne wurden auf der einen Seite die Kompetenzen und Kenntnisse sowie das nicht immer adäquate Verhalten des Personals als Determinanten angeführt, die besonderes Konfliktpotenzial bergen; auf der anderen Seite diskutierten die Befragten die vielfältigen Auswirkungen einer nicht ausreichenden Personalausstattung.

Kompetenzen und Verhalten des Personals

Nach Einschätzung der befragten Beschäftigten können insbesondere situationsinadäquate Verhaltensweisen des Personals zur Entstehung oder Eskalation von RRA-Episoden beitragen. Diese Verhaltensweisen können sowohl auf fehlenden Kompetenzen als auch auf individuellen charakterlichen Dispositionen der jeweiligen Beschäftigten beruhen.

Individuelle Kompetenzen der Beschäftigten können nach Einschätzung der Befragten dann ausschlaggebend sein, wenn die Beschäftigten nicht über ausreichende Kenntnisse über den Gesundheitszustand, etwa das Vorliegen demenzieller Veränderungen, sowie über individuelle Charakteristika und Eigenheiten der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner verfügen. In konflikthaften oder aggressiven Situationen fehlten ihnen die erforderlichen Fertigkeiten, um auf potenziell eskalierende Situationen adäquat zu reagieren, mögliche Auslöser rechtzeitig zu (er)kennen und Konflikte angemessen zu deeskalieren. Als entscheidend für den Kompetenz- und Kenntnisstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezogen sich die Befragten immer wieder auf das Ausbildungs- und Schulungsniveau, wie ein Mitarbeiter des Sozialen Dienstes ausführte:

B: Man merkt das schon bei den Kollegen, die vielleicht nur eine zweijährige oder häufig nur eine einjährige Ausbildung haben. Beziehungsweise bei den Präsenzkraften, die gehen ganz anders mit den Bewohnern um. Oftmals kann man ja Aggressionen schon verhindern, indem man Bewohner einfach kennt und einfach auf die Reaktionen achtet. (...) Das ist schon ein Unterschied, ob es eine erfahrene Pflegefachkraft ist, die das dann auch so entsprechend beurteilt, oder ob ich da jetzt eine Präsenzkraft gerade habe, (...) die das vielleicht nicht unbedingt so erkennt.

M_1_13_02: 35 (Pflegefachkraft)

B: Weil es ja auch ganz oft so ist, dass diese Aggressionen einfach mal durch eine Kommunikation, die ein Demenzerkrankter nicht verstehen kann, entstehen. Also Diskussionen, „Sie hatten aber schon gefrühstückt. Wieso möchten sie jetzt noch-“ – „Das stimmt aber nicht, ich bin gerade aufgestanden“ – „Nein, ich hab' Ihnen das gerade...“ Führt zu nichts, außer zu Unmut und Aggression des Bewohners. Und da muss man die Mitarbeiter erstmal abholen und den gewissen Input geben. Und da muss man einfach sagen, da sind die Servicekräfte noch nicht. Können sie auch nicht, weil es angelernte

Mitarbeiter sind. Aber die schulen wir jetzt nach und nach.
M_3_I1_03: 13 (Pflegedienstleitung)

Dispositionelle Merkmale der Beschäftigten

Der Ausbildungsstand der Beschäftigten kann nach Wahrnehmung der Interviewten entscheidend für die Deeskalationskompetenz sein, also für die Fähigkeit, eine vorgefundene Situation zu beruhigen. In den letzten Zitaten klang darüber hinaus bereits an, dass auch das Verhalten der Beschäftigten Auslöser von Aggressionen sein kann, etwa, wenn Beschäftigte – aufgrund mangelnder Ausbildung oder fehlender Sensibilität – potenziell eskalierende Situationen nicht erkennen bzw. nicht auf situationsangemessene Verhaltensweisen zurückgreifen können.

Nach Einschätzung der befragten Beschäftigten können neben fehlenden Informationen auch eigene Verhaltensmuster der Beschäftigten aktiv RRA-Episoden auslösen oder verstärken. Darunter wurden von den Befragten insbesondere ein eskalationsgeneigter Kommunikationsstil und unsensibles Verhalten angeführt sowie eine Herangehensweise, die die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht ausreichend respektiert und einbezieht.

Daneben bezogen sich die befragten Beschäftigten, und insbesondere die Leitungskräfte, auf eine besondere individuelle Disposition, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenhilfe mitbringen sollten. Sie verwendeten hierfür Bezeichnungen und Umschreibungen wie „eine gewisse Haltung“, „Händchen“, „Ruhepol“ oder „innere Ruhe“. Die Beschreibungen beziehen sich darauf, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und die mit ihnen assoziierten Verhaltensmuster das Potential haben, die Atmosphäre in der Einrichtung oder im Wohnbereich zu entspannen. Die Beschäftigten beschreiben dies folgendermaßen:

B: [D]ie Menschen reagieren sehr stark auf der emotionalen Ebene. Gerade Demenzkranke. Deswegen kann es zum Teil auch zu Aggressionen kommen, das ist definitiv der Fall. Und wer da kein Händchen für hat und keine Haltung mitbringt und auch vielleicht nicht vernünftig geschult ist, der hat für mich eigentlich in so einer Einrichtung nichts zu suchen.

M_1_I3_12: 71 (Leitung Sozialer Dienst)

B: Das ist der Wohnbereich zwei, Station zwei, wo überwiegend oder viele Demente sind. Da kriegt man natürlich auch mit, dass je nachdem welcher Mitarbeiter da ist, die einen können es ein bisschen besser händeln, die anderen strahlen ein Stück weit eine innere Unruhe, eine Nervosität aus und, man merkt auch schon anhand der Bewohner schon oft, welche Mitarbeiter da sind. Klar gibt es auch Tage, da sind drei absolute Ruhepole da und dann ist da trotzdem Halligalli auf der Station, aber (...) wenn der und der (...) [Mitarbeiter] da ist, dass dann eine größere Unruhe herrscht als sonst, das ist einfach so, Bewohner, gerade demente Bewohner, die spiegeln sowas und reflektieren sowas nach außen so ein Verhalten.

M_2_I1_07: 42 (Pflegedienstleitung)

B: Ja, wir sind ja nun mal nicht alle gleich, sage ich mal. Manche sind ein bisschen hektischer, manche sind ein bisschen ruhiger. Manche sind ein bisschen lauter, andere viel zu leise, wie auch immer. Und natürlich merken die Bewohner auch, welche Mitarbeiter da sind, merken auch, wenn Mitarbeiter nervös sind und angespannt sind und dergleichen und manchmal auch dies provozieren. Und da ist dann aber so eine Sache, wo ich sage: Das muss halt Personal und die Mitarbeiter müssen da an sich arbeiten. Ich sage, da kann kein Bewohner was für, überhaupt nicht. Um Gottes Willen. Es liegt ganz und gar dann am Mitarbeiter selber. Da irgendwo eine Ruhe reinzukriegen oder eine innere Ruhe auch zu kriegen. Sich nicht so sehr aufzuregen, dass man es äußerlich mitbekommt und- die Bewohner kriegen es halt mit.

M_2_I1_02: 73 (Pflegefachkraft)

Die Textpassagen zeigen exemplarisch, dass befragte Beschäftigte neben den beruflichen Fachkompetenzen weitere Fähigkeiten als notwendig oder zumindest hilfreich für die tägliche Arbeit in Pflege und Betreuung erachten. Sie beschreiben diese „Ruhe“-Kompetenz als individuelle Merkmale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zum einen in Bezug auf ihr jeweiliges Temperament und ihre Belastungsresilienz, zum anderen mit Blick auf ihre individuelle Art, mit Bewohnerinnen und Bewohnern umzugehen. Wenn in psychologischen Arbeiten (z.B. Castro Solano & Cosentino, 2019; Cawley, Martin, & Johnson, 2000; Cosentino & Castro Solano, 2017) gelegentlich von „peace“ oder „serenity“ als Persönlichkeitsdimension die Rede ist, erinnern Beschreibungen dieses Merkmals durchaus an die oben zitierten Passagen. Solche Unterschiede werden von Interviewpartnerinnen und -partnern wohl zum Teil als unveränderbare und nicht trainierbare Merkmale, gewissermaßen als die Grundausstattung einer Person, begriffen. An anderen Stellen – so, wenn es etwa im letzten Zitat heißt „die Mitarbeiter müssen da an sich arbeiten“ – klingt die Möglichkeit einer Veränderung durch Lern- und Entwicklungsprozesse an (ohne dass spezifische Lehr- und Lerninhalte angesprochen würden).

Während einige Beschäftigte zur Beruhigung der Situation in den Einrichtungen beitragen, gibt es andere, deren Verhalten als aggressionsinduzierend oder -steigernd beschrieben wurde. Als Gegenstück zu den „Ruhepolen“ schilderten einige Beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die laut, nervös oder hektisch seien und Unruhe oder Anspannung ausstrahlten. Solche Charakterzüge wurden von einigen Befragten als hoch problematisch beschrieben, weil sie ein vorhandenes Aggressionspotenzial steigern könnten und Beschäftigte somit selbst zum Auslöser von Unruhe und Aggression würden. Einige Befragte vertraten sogar die Ansicht, dass solche Beschäftigte „an sich arbeiten“ müssten oder „keinen Platz in der Einrichtung“ hätten. Auch in Bezug auf diese Beschäftigtengruppe wurde das problembehafte Verhalten als individuelles charakterliches Merkmal beschrieben und von Fachkräften kein Bezug auf eine mögliche Veränderung durch Aus- oder Fortbildung genommen. Nur in einem Fall erwähnte eine Hilfskraft die Möglichkeit, problembehafte eigene Verhaltensweisen durch „Lernen“ zu beeinflussen:

B: Manche Person-, auch von Personal, ist schon laut-, zum Beispiel laut. Laut von Natur. Im Laufen, in Geschirr stellen und so weiter. Da hat das immer einen negativen Einfluss auf die Heimbewohner. Ist jemand sanft, von Natur sanft, fühlen sich alle geborgen, ist alles okay. (lacht) Das kann man ein bisschen erlernen. Das kann man aber nicht vermeiden. Ganz geht nicht, kann man nicht ausrotten. (lacht)

M_3_I1_10: 47 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Personelle Besetzung

Auch die Personalausstattung und -besetzung wurde von den Befragten als bedeutsam für das Entstehen und Eskalieren von Konflikten, Aggressionen und Gewalt beschrieben. Insbesondere Zeiten, zu denen wenig Personal anwesend sei, seien Zeiten, zu denen eher übergriffiges oder aggressives Verhalten aufträte. Diesen Zusammenhang erläuterten die Befragten auf verschiedene Weisen: Einige wiesen darauf hin, dass etwa am Nachmittag oder zum Abend hin weniger Personal vor Ort sei, dass auch gerade abends viel zu tun habe, sodass Bewohnerinnen und Bewohner nicht permanent betreut werden könnten. In der Folge seien im Konfliktfall kaum qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter präsent, die bei aufkommenden Aggressionen deeskalieren könnten:

B: Und wir haben einfach auch zum Nachmittag hin weniger Personal im Einsatz. Das muss man einfach so sehen. Im Frühdienst ist immer mehr Personal da, als im Spätdienst. Im Frühdienst laufen viele Therapeutengeschichten noch. Die auch noch mal auffangen. Der Frühdienst ist ganz anders strukturiert. (I: Und anderes Programm auch noch.) Genau. Und den Nachmittag hin, merkt man

einfach. Da kommt es häufiger dann zu diesen Eskalationen. Oder zum Abend hin. Wenn die Pflege dann anfängt, die Bewohner zu versorgen. In die Zimmer zu bringen. Dann sind die auch nicht mehr so auf der Station präsent. Dann haben sie eine Phase von zwei Stunden, wo sie keine Pflegekraft sehen. Und dann wird es schwierig. Dann ist auch vielleicht die Betreuungskraft nicht mehr da. Dann ist nur noch die Servicekraft da und die ist oft überfordert in den Situationen.

M_3_I1_03: 31 (Pflegedienstleitung)

B: Ich finde schon, dass man deutlich merkt, ob da noch jemand zusätzlich ist, der nur Betreuung macht oder ob da jetzt nur die Pflegekräfte sind, die natürlich zwischendurch auch irgendwie auf den Zimmern sind und die Bewohner sind zwischendurch alleine im Speiseraum. Dann ist es auf jeden Fall unruhiger. Also wenn da keiner ist, der zwischendurch immer mal wieder irgendwie so ein bisschen interveniert irgendwie und so ein bisschen die Moderation für das Ganze übernimmt. Also das merkt man definitiv.

M_3_I1_06: 127 (Pflegefachkraft)

Andere hingegen beschrieben, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die zu herausfordernden Verhaltensweisen neigten, gezielt Zeiten mit geringem Personalansatz (das heißt auch: mit geringerer sozialer Kontrolle) nutzten:

B: Wenn man vielleicht noch irgendwo von ausgehen wollen würde, von Tageszeit her oder so, dann hat man halt ein paar Bewohner, die genau wissen, nachts ist weniger Personal da, nur zwei Nachtwachen oder so, wo die dann auch durchs Haus gehen, in andere Zimmer reingehen und sich da was nehmen wollen. Was weiß ich, Süßigkeiten oder Zigaretten, die wissen ganz genau, oben sitzen zwei Damen, die gucken ein bisschen länger Fernsehen, der eine Bewohner kommt da immer mal ganz gerne hin und weiß, er ist ihnen körperlich überlegen, weil er ein Stück jünger ist und trinkt ihnen den Saft weg und sowas. Das kann man ja auch schon alles unter Gewalt zählen, also das tageszeitlich. Aber das sind dann die Leute in der Regel, die wissen ganz genau, wann sie sich was erlauben können und was nicht und da muss man dann mal gucken.

M_2_I1_07: 34 (Pflegedienstleitung)

Daneben wurde darauf hingewiesen, dass der allgemeine Personalmangel in der Pflege auch dazu führe, dass Personal über Personaldienstleister beschäftigt würde, das weder dem Haus noch den Bewohnerinnen und Bewohnern bekannt und gelegentlich auch nicht geeignet sei. So beschreibt eine Einrichtungsleitung ihre Schwierigkeiten mit dem personellen Engpass:

B: Das Personal, also wir arbeiten momentan auch mit Fremddienstleistern zusammen. Fachkräfte sind schwer zu kriegen am Markt, Vorstellungsgespräche haben wir. Das fruchtet alles nicht so, wie wir uns das wünschen. Also müssen wir da ja auf die Fremdfirma hier und da mal zugreifen. Und es kommt schon vor, dass da auch Menschen sind, die eventuell Auslöser sein können. Der Bewohner kennt ihn nicht. Die Bindung ist nicht da. Die Bezugspflege kann nicht gelebt werden. Das ist sehr, sehr schade. Das stört uns extrem. Wir sind aber momentan so ein bisschen ohnmächtig in der Situation, also gutes Personal zu finden.

M_4_I2_01: 73 (Einrichtungsleitung)

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mangelnde Kenntnisse und Kompetenzen, personelle Besetzung und Fehlverhalten keine unabhängig voneinander existierenden Merkmale einer Einrichtung sind; sie sind vielmehr starken Wechselbezügen unterworfen. Insbesondere der Mangel an qualifiziertem und geeignetem Personal hat großen Einfluss auf die zeitlichen Kapazitäten der anwesenden Beschäftigten, tatsächlich präventiv und deeskalierend wirken zu können und eben gerade keine „Hektik auszustrahlen“:

B: Ja, ich finde halt immer schöner, wenn man ein bisschen mehr Zeit hat, gerade so für Demenzkranke und so, und Alzheimer, das ist ja ein Krankheitsbild-, (...) wenn die merken, man ist selber angespannt, dann überträgt sich auch die Unruhe auf die Bewohner, (...) und dadurch kommen ja auch die Reibereien zwischen den Bewohnern.

M_3_I1_14: 89 (PflegehelferIn)

I: Ist das etwas, was leicht sozusagen passiert, wenn so eine Unruhe auf einem Wohnbereich ist, dass (...) sich das überträgt?

B: Meine ich schon. Ich meine, jetzt so mit der Zeit oder so, ich glaube jetzt haben die ja bei uns, wie das so personell ist, ein bisschen aufgestockt. Ich bin auch überwiegend im Spät, und damals war das so, dass wir dann im Spät auch meistens zu zweit in der Pflege waren, und mit 26 Bewohnern ist das natürlich eine ganze Menge

I: Also eine Pflegefachkraft und eine Pflegeassistentin

B: Assistentin, ja. Und das ist dann eine ganze Menge, und ich denke mal, dass sich das dadurch aufgestaut hat, weil man ja selber auch viel rennen muss und die Schellengänge aberledigen muss und ja, dann ergibt sich so das eine oder andere dann auch. Oder man ist ja auch selber dann angespannt, man will es zwar nicht, aber man ist es, weil die Zeit einem auch ein bisschen im Nacken hängt, ja und ich denke ich mal, dass sich das auf der Bewohnerin dann halt übertragen hat.

M_3_I1_14: 6-9 (PflegehelferIn)

Situative Faktoren

Hektik und Unruhe im Verhalten des Personals können sich also nach Einschätzung der Befragten auf Bewohnerinnen und Bewohner übertragen. Zudem ist in Bezug auf Orte und Zeiten, an denen sich RRA-Episoden ereignen (vgl. Kap. 5.1.3), bereits beschrieben worden, dass situative Faktoren wie Enge, Hektik und ein hoher Lautstärkepegel, Bedeutung für die Entstehung von RRA-Episoden haben können.

Räumliche Enge wurde gelegentlich als Konfliktauslöser genannt, wenn etwa Bewohnerinnen oder Bewohner, die Rollstuhl oder Rollator nutzen, in schmalen Gängen und Räumen nicht aneinander vorbeikommen, nicht gleichzeitig in Aufzüge hineinpassen oder es zu Wartezeiten kommt:

B: Nein, also was dann schon mal ist, wenn also mehrere, also Fahrstuhl-, Rollstuhl und Rollator, dass man schon: „Mein Gott“, und „pass doch ein bisschen“, also nicht, dass einer dem anderen wehgetan hat, sondern dass einer nicht durchkann. Dass dann einer mal barsch sagt: „Sieh zu! Geh an die Seite! Du siehst doch, dass ich hier durch will.“ Aber das ist dann mal ein bisschen barsches Wort, aber keine Tötlichkeit.

M_4_I2_13: 31 (Ehrenamtliche Mitarbeiterin)

B: Zu eng, es ist zu klein hier, es ist-, weil die Bewohner-. Es gibt auch manchmal Streit unter den Bewohnern, Aggressivitäten, weil, Sie müssen sich vorstellen, viele Rollstühle, viele Rollatoren. Und die kommen dann nicht durch, das heißt, der eine will in die Richtung, und der andere will in die andere Richtung. Und dann gibt es einfach Demenzkranke, die aggressiv werden, weil sie nicht weiterkommen, weil da jetzt ein Bewohner im Weg steht. Und der Raum ist wirklich schon sehr klein, die haben wenig Platz. Und wir haben auch wenig Platz. Es ist nicht so schön.

M_3_I1_09: 26 (Servicekraft)

Neben räumlicher Enge wurde von mehreren Befragten auch ein zu hoher Geräuschpegel als Faktor beschrieben, der, insbesondere bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern, Stress auslösen kann. Deutlich im Vordergrund steht in den Beschreibungen Lärm, der durch Beschäftigte im Rahmen der Tätigkeit verursacht wird, wie etwa lautes Klappern mit Gläsern und Tellern. Zudem thematisierten mehrere Beschäftigte einer Einrichtung, in der nur ein Raum als Speise- und Aufenthaltsraum zur Verfügung steht, dass Lärm auch durch räumliche Gegebenheiten, die den Schall nicht bremsen oder verstärken, noch störender werden kann. Sie wiesen im Besonderen darauf hin, dass es durch den permanenten Umbaubedarf für die verschiedenen Verwendungen des Raumes zu enormen Störungen der Bewohnerinnen und Bewohner komme:

B: Genau. Also, das ist bei uns-, ist das Hauptproblem, dadurch, dass viele so dementiell verändert sind, ist es einfach-, ist der Lautstärkepegel ziemlich hoch, im Speiseraum. Wo ja-, den ja viele auch einfach

den Tag über so als Aufenthaltsraum nutzen. Und dass andere Bewohner sich dadurch auf jeden Fall gestört fühlen. Also, dass denen das zu laut ist und zu unruhig ist. Und die es natürlich nicht nachvollziehen können, warum derjenige jetzt irgendwie schreit oder mit der Hand auf den Tisch klopft. Und dass man halt schon merkt, dass die da einfach ziemlich gestresst von sind, zwischenzeitlich.

M_3_I1_06: 81 (Pflegefachkraft)

B: Also, ich glaube, dass der eine (...) Speiseraum, wie ich ihn jetzt mal nenne, Tagesraum, keine Ahnung-. Eigentlich bräuchte man einen zweiten Raum. Also, ein Raum, wo wirklich nur gegessen wird und einen zweiten Raum, wo Veranstaltungen stattfinden. Ich finde-, ich persönlich empfinde den-, es ist nun mal baulich so, wir können es nicht ändern. Aber ich persönlich finde es als sehr laut, dadurch, dass auch die offene Küche auf der einen Seite ist. Die Servicekräfte bemühen sich schon, leise zu sein, aber man kann nun mal Geschirr nicht immer leise einräumen. Also, das schallt unheimlich und manche Bewohner, gerade die Demenzen empfinden das dann oft als sehr laut. Die können das nicht-, die können das nicht haben, können das auch nicht verarbeiten und werden dadurch auch manchmal aggressiv. Haben wir auch einen Herrn, der kriegt das manchmal überhaupt nicht gebacken, diese Lautstärke alleine. Man muss ständig alles umräumen. Und so zum irgendwie mal wirklich ein kreatives Angebot zu machen, ist aufgrund dieser Umräumaktionen und schon wieder Tisch eindecken für Mittagessen und so, eigentlich überhaupt gar kein Raum da.

M_3_I1_10: 47 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Die Kombination verschiedener aversiver situativer Umweltreize, wie sie in einigen Einrichtungen für den „Hotspot Speisesaal“ beschrieben wurde, muss unter diesem Gesichtspunkt als Situation betrachtet werden, die in besonderem Maße dazu beitragen kann, dass Aggressionen und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern entstehen oder eskalieren.

5.2.4. Organisationaler und individueller Umgang mit RRA-Phänomenen

Die Darstellung in den vorigen Kapiteln hat gezeigt, wie Beschäftigte und Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Altenhilfeeinrichtungen Gewalt- und Aggressionsphänomene in ihren Einrichtungen erleben und welche Erklärungs- und Deutungsmuster sie für das Entstehen dieser Vorkommnisse heranziehen. Im folgenden Teil soll nun beleuchtet werden, wie Beschäftigte verschiedener Hierarchieebenen und Funktionsbereiche mit RRA-Episoden umgehen und welche Strategien und Maßnahmen von der Leitungsebene vorgegeben und getroffen werden.

Von den Befragten wurden insgesamt nur selten schwere Gewalttaten geschildert (vgl. Kap. 5.1.2). Die meisten der in den Interviews beschriebenen Vorfälle resultierten aus situativ eskalierten interpersonalen Konflikten. Eine klare Unterscheidung zwischen „gewaltausübenden“ und „von Gewalt betroffenen“ Personen bzw. zwischen Maßnahmen, die sich auf die eine oder die andere Gruppe richten, kann vielfach nicht vorgenommen werden. In vielen Interviews wurde ferner deutlich, dass Gewaltprävention aus der Perspektive der Beschäftigten kein isoliertes oder auch nur isolierbares Anliegen darstellt, sondern in das Bestreben nach Herstellung einer angenehmen Wohnatmosphäre und Vermeidung von Unruhe und Stress eingebettet ist.²⁴

Die folgende Darstellung orientiert sich weitgehend chronologisch am Verlauf der Bearbeitung von Aggressionsproblemen in den Einrichtungen. Zunächst steht daher die Akutintervention, also das

²⁴ In anderen Bereichen der Kriminal- und Gewaltprävention, insbesondere dort, wo es um Sicherheit in Nachbarschaften und Wohnquartieren geht, ist der Umstand, dass Prävention und Förderung von Lebensqualität eng miteinander verwoben sind, längst ein vertrauter Gedanke. Deutlich wird dies etwa in der Umschreibung des Konzepts der *Crime Prevention Through Environmental Design* (CPTED) durch Crowe (2000, S. 34f.), die da lautet: „the physical environment can be manipulated to produce behavioural effects that will reduce the incidence and fear of crime, thereby improving the quality of life“.

Handeln unmittelbar in der RRA-Situation, im Vordergrund. Im Anschluss fokussiert das Kapitel auf die tertiärpräventive Nachbereitung einschlägiger Vorkommnisse, um sodann primär- und sekundärpräventives Handeln, also das Bemühen um die Vermeidung weiterer Vorfälle, in den Blick zu nehmen.

Akuthandeln in einer Aggressionssituation

Das akute Handeln in einer aggressiven Situation stand bei einem Großteil der Befragten zunächst im Fokus der Antworten auf die Frage, was sie bei Gewalt- und Aggressionseignissen unter Bewohnerinnen und Bewohnern unternähmen. Die Angaben der Beschäftigten lassen sich zu drei großen Linien im Umgang mit RRA-Episoden zusammenfassen: das aggressive Geschehen deeskalieren oder umlenken, der Situation ihren Lauf lassen und, seltener, gezielte pädagogische Verbots- und Gebotsstrategien.

Laufendes (eskalierendes) Geschehen deeskalieren oder situativ umlenken

Beteiligte trennen

Der weit überwiegende Teil der Beschäftigten schilderte Situationen, in denen das laufende und zuweilen auch eskalierende Geschehen auf verschiedenste Weisen durch das Personal unterbunden wurde. Die unterbindende Maßnahme, die bei Konflikten und Aggressionen über alle Einrichtungen und Berufsgruppen hinweg am häufigsten berichtet wurde, ist die kurzzeitige räumliche Trennung der Beteiligten. Die Befragten schilderten Szenarien, in denen sie Bewohnerinnen und Bewohner gezielt aus konflikthafter Situationen hinausbegleiteten; sie beschrieben diese Strategie als „Auseinanderkriegen“, „Rausnehmen“ oder „Rauskommen“. Die Trennungen erfolgten, insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern, vielfach unter Zuhilfenahme von Ablenkungen oder Vorwänden, aber auch mittels Zwangs. Gelegentlich wurde berichtet, dass die räumliche Trennung bereits vor dem Beginn einer manifesten aggressiven Episode vollzogen wurde, wenn eine „unangenehme Stimmung“ in der Wohngruppe spürbar war.

B: Also auf jeden Fall guckt man, dass man die Bewohner erstmal sofort irgendwie auseinanderkriegt (...). Und dass man da irgendwie Ruhe reinbringt in das Ganze. Und wir machen das auch manchmal (...) im Speiseraum oder bei Gruppen (...). Man merkt ja irgendwie, wenn die Stimmung so ein bisschen (...) unangenehm wird (...). Dann guckt man halt, dass man manche Bewohner (...) dann eher (...) aus dem Raum herausnimmt und dann doch eher mal (...) vielleicht die so vom sozialen Dienst (...) eine Einzelbetreuung mit der (...) hier machen oder mal eine Runde rausgehen, damit die einfach mal-. Also damit der Rest so ein bisschen zur Ruhe kommt (...).

M_3_I1_06: 125 (Pflegefachkraft)

B: Einen abzulenken, ist immer der erste Versuch, gerade im Demenzbereich, jemanden abzulenken mit irgendeiner Situation. Dass man, wenn man ihn anspricht, sagt: „Mensch, Sie hatten mir doch gesagt sie wollten mitgehen, mir helfen oder so.“ Um dann die beiden auseinander zu holen.

M_2_I3_03: 201 (Einrichtungsleitung)

B: Das ist schwierig. Also bei dem einen Herrn, der jetzt runtergezogen ist, da ging es nicht. Den mussten wir wirklich, ja, rauszerren dann, wie gesagt, aus dem einen Zimmer, (...) mit Schichten ging gar nicht. Musste man rauszerren, und dann haben die Bewohner sich eingeschlossen in den Zimmern, damit er dann nicht wieder reinkam. Ja.

M_1_I2_06: 123 (Pflegefachkraft)

Die Bewohnerinnen und Bewohner, die Ziel dieser Trennungsbemühungen waren, wurden in der Regel kurzzeitig, gelegentlich aber auch über mehrere Tage abgesondert. In einer Situation als Aggressorinnen oder Aggressoren identifizierte Personen wurden herausgenommen, um sie in einem weniger spannungsgeneigten Umfeld, etwa ihrem Zimmer, zu beruhigen. Die geschilderten Formen der Absonderung von Bewohnerinnen und Bewohnern, die konfliktträchtiges oder herausforderndes Verhalten zeigten, umfassten allerdings auch den dauerhaften präventiven Ausschluss von gemeinsamen Mahlzeiten, wenn Andere regelmäßig durch aggressives Verhalten gestört würden:

B: Er ist so ein Typ, der ist schon sehr ausfallend. Auch den anderen Bewohnern gegenüber. Und er kriegt jetzt seine Mahlzeiten auch aufs Zimmer geliefert (...). Weil ja die anderen Bewohner einfach nicht mehr in die Küche wollten. Die haben gesagt: „Ja, wenn der da ist, dann gehen wir auch nicht essen. Und ja, jetzt kriegt er halt seine ganzen Mahlzeiten auf dem Zimmer, damit die anderen Bewohner sich wenigstens hier hinsetzen können und essen können vernünftig, ohne Angst zu haben.“
M_1_I2_06: 104 (Pflegefachkraft)

B: Also er steht dann da, da wurde irgendetwas nicht richtig geliefert und die Pflegekraft versuchte ihm das zu erklären und er wurde dann immer lauter und lauter und dann rief die Dame, die frühstücken wollte: „Mensch, jetzt sei doch mal leise! Wir wollen hier essen.“ „Du hast mir überhaupt nichts zu sagen! Ihr seid ja sowieso alle blöd. ich bin hier schwerkrank! Nicht ihr! Ich brauche diese Medikamente. Ich habe in meinem Leben gearbeitet und“- Wie sagt er immer? „Ich bin studiert und du bist nur eine billige Arbeitskraft.“ Und wirklich, also: „Ihr seid alle doof und bescheuert.“ Und dann steht er da, mit wutverzerrtem Gesicht, hochrot und mit diesem drohenden Stock immer. Und dann bin ich dann wirklich dazwischen gegangen, habe gesagt: „Herr Soundso, seien sie jetzt mal leise.“ Habe die Tür zugemacht, gesagt: „Wir wollen hier in Ruhe frühstücken.“ (...) Er ist ja noch gewieft dabei, wollte dann zur nächsten Tür. Wo ich die dann auch zugemacht habe und habe dann wirklich gesagt: „Jetzt beruhigen Sie sich alle mal wieder.“ Es saßen nur Damen da. Und die eine Dame sagte: „Der ist so bekloppt. Der macht das jeden Morgen.“
M_4_I1_07: 35 (Gerontotherapeutin)

Zum Ausschluss führte jedoch nicht nur eigenes aggressives Verhalten, sondern auch herausfordernde Verhaltensweisen wie etwa Lautäußerungen oder Nichteinhalten der Tischsitten, die bei anderen Bewohnerinnen und Bewohnern Unmut bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen beförderten. Befragte Beschäftigte schilderten diesbezüglich einen professionellen Zwiespalt: Sie sprachen davon, einerseits Bewohnerinnen und Bewohner nicht vereinsamen lassen zu wollen, andererseits die Gruppe vor deren als störend empfundenen fortgesetzten Vokalisationen und Verbalisationen schützen zu wollen:²⁵

B: Wir mobilisieren Bewohner, die durchaus irgendwo halt allein in ihrem Zimmer einfach vereinsamen. Aber im Raum eben halt auch manchmal Laute ausstoßen, die Aggressionen hervor[rufen]. Da müssen wir immer wieder gut beobachten. Nach einer Zeit irgendwie halt den Bewohner trotz alledem wieder rausnehmen, damit das nicht eskalieren kann.
M_4_I1_03: 70 (Leitung Sozialer Dienst)

Vermittlung / Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern

Während im Umgang mit kognitiv eingeschränkten aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern zumeist Ablenkung und Wegführen die (kurzfristigen) Mittel der Wahl waren, wurde der Umgang mit kognitiv kompetenten Bewohnerinnen und Bewohnern vielfach eher als kommunikative Strategie beschrieben. Die Beschäftigten setzten darauf, mit den Aggressorinnen und Aggressoren über die

²⁵ Zur Vokalisationsproblematik in stationären Einrichtungen der Altenpflege / Altenhilfe siehe unter anderem Palese, Menegazzo, Baulino, Pistrino, & Papparotto (2009); Sefcik, Ersek, Hartnett, & Cacchione (2018).

Situation zu sprechen und zu vermitteln, dass herausfordernde Verhaltensweisen Anderer (die Anlass für die Aggression gewesen waren) nicht intentional gesteuert, sondern krankheitsbedingt waren.

B: Die sehen einfach nur, die sieht doch gesund aus. Die sieht doch gesund aus und dann gab es da Streit. Weil sie sich jetzt in ihrer Hilflosigkeit in dieser Krankheit überfordert fühlt. Und dann werden die aggressiv. Aber die Aggressivität ist die Hilflosigkeit. Und dann ist meine Aufgabe, da hinzugehen, und zu sagen, „Das ist nicht schön, wenn Sie so mit der Dame reden.“ Wir müssen lernen, die Krankheiten anzunehmen. Und manche sind damit überfordert und deswegen dürfen wir die darüber auch nicht deswegen ansprechen. Und das ist immer wieder meine Aufgabe, das zu zeigen. Wir müssen lernen, das anzunehmen. Die haben hohe Erwartungshaltungen, die die Bewohner dann nicht erfüllen können. Und da kommen schon diese Konflikte. Dann ist die andere ganz traurig und könnte heulen und denkt, ich wollte eigentlich nur mein Abendessen essen. Warum wettern die alle? Ich habe doch gar nichts gemacht. Und dadurch ist dann eine Person in einer schwierigen Situation. Und diese schwierige Situation versuche ich jetzt den dreien zu zeigen.

M_4_I2_04: 41 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Insgesamt berichteten Beschäftigte in Bezug auf konfliktträchtige Situationen häufig, man müsse diese gezielt deeskalieren. Sie beschrieben Szenarien, in denen sich Gefahrensituationen anbahnten, die es frühzeitig wahrzunehmen gelte, um eine aggressive Eskalation zu vermeiden. Eine hohe Deeskalationskompetenz wurde von mehreren Befragten als ein besonderes individuelles Merkmal einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hervorgehoben. Dabei wurde dargelegt, dass die differentiellen Deeskalationsfähigkeiten einerseits mit dispositionellen Faktoren, andererseits aber auch mit beruflicher Erfahrung in Verbindung stehen:

B: Das sind Mitarbeiter, die ein ganz hohes Gespür für diese Situation haben, auch im Vorfeld schon haben. Die es dann schaffen, denjenigen der da gleich vor der Eskalation ist, sage ich jetzt mal so, aus der Situation rauszubringen, den runter zu holen. Den halt abzulenken oder so zu strukturieren, dass er besser zu führen ist. Oder dass er zufriedener wirkt dann auch. Also da gibt es den einen oder anderen, finde ich, der wirklich ein sehr, sehr gutes Händchen dafür hat. Und andere scheinen in der Situation wirklich überfordert zu sein und haben auch nicht so die Empathie dafür. Also das ist schon echt so ein Feingefühl. Das hat, glaube ich, auch so ein bisschen was mit Berufserfahrung zu tun, zu spüren, nein, jetzt ist hier irgendwie was. Und wie reagiere ich darauf. Aber das ist auch ganz individuell vom Typus Mensch abhängig.

M_3_I1_04: 27 (Einrichtungsleitung)

Pädagogische Verbots- und Gebotsstrategien

Neben den in Teilen sehr subtilen Strategien der situativen Umlenkung beschrieben die Befragten auch Strategien, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die aggressiv Handelnden verbal zurechtgewiesen, ihr Verhalten missbilligt und ihnen gegenüber Ge- oder Verbote ausgesprochen werden. In den Berichten klingt an, dass diese Strategien eher bei Bewohnerinnen und Bewohnern angewendet werden, die, zumindest in Teilen, kognitiv kompetent sind und für ihr eigenes Handeln verantwortlich gemacht werden.

B: Nur derjenige, der in dem Moment dann wirklich das verursacht hat, hört sich an wie bei kleinen Kindern, aber geht ganz einfach auf das Zimmer: „Setzen Sie sich in den Sessel und hier bleiben Sie.“, und wenn der irgendwie so: „Boah, warum denn?“, dann sage ich ihm auch ganz klar: „Ich bin jetzt sauer, das war Mist, was jetzt hier passiert ist, und ist keine Art miteinander umzugehen, am besten bleiben Sie erstmal auf dem Zimmer. Feierabend.“ So. Und das muss dann auch in dem Moment passieren.

M_1_I2_07: 37 (PflegehelferIn)

B: Natürlich kann ich da nicht hingehen als Pflegekraft und sagen: „Sie beruhigen sich.“, ich wurde dann einmal so ein bisschen lauter und habe gesagt, „so“, dann also wirklich auch im lauten Ton, damit

es auch alles gehört haben: „So, jetzt ist hier aber mal Ruhe, Schluss, Zack. Sie gehen in die Richtung, Ihr geht in die Richtung oder geht schon mal in den Speisesaal, da kriegt ihr eure Tabletten.“ (...) [E]ine klare Ansage, auch da ruhig ein bisschen lauter, dass die wissen, ok, wir haben da wieder jetzt ein bisschen Mist gemacht oder wir haben die Kontrolle verloren und wirklich, eine Minute danach war die Ruhe.

M_2_I1_07: 58 (Pflegedienstleitung)

Aus den Passagen wird – nicht nur in der expliziten vergleichenden Bezugnahme in dem ersten Zitat – deutlich, dass die gewählten Verhaltensstrategien denen eines strengen Erziehungsberechtigten ähneln, der das Verhalten eines Kindes durch „klare Ansagen“ und „lauten Ton“ zu regulieren bestrebt ist. Derart paternalistische Haltungen und infantilisierender Sprachgebrauch sind auch in der Literatur für die stationäre Pflege und insbesondere für die Pflege demenziell erkrankter alter Menschen belegt (siehe hierzu u.a. Cody, 2003; Gendron, Inker, & Welleford, 2018; Williams, Herman, Gajewski, & Wilson, 2008; Williams et al., 2017).

Interventionsverzicht

Im Rahmen der Interviews berichteten Beschäftigte auch gelegentlich, sie griffen bewusst nicht in jeder Situation ein. Einige verwiesen darauf, Bewohnerinnen und Bewohner nicht bevormunden zu wollen und Wert auf eine angemessene Interventionsschwelle zu legen. Diese Perspektive der Nicht-Intervention aus Respekt vor der Handlungsautonomie der Älteren und im Vertrauen auf die Fähigkeit zur eigenständigen Konfliktregulation kann als Gegenposition zu der oben dargestellten, tendenziell paternalistisch-infantilisierenden Haltung gelesen werden:

I: Das heißt, bei so verbalen Auseinandersetzungen...?

B: Versuchen wir zu schlichten, aber wir kennen unsere Bewohner ja auch. Wir wissen ganz genau, bei wem könnte das jetzt gleich eskalieren, wo (...) muss ich sofort rein und wo lass ich sie auch einfach mal alleine. Ich bin immer ein Freund davon, dass sie ihre Konflikte auch alleine lösen. Ich beobachte das dann immer, wo andere Kollegen schon eher reingehen würden. Und muss dann immer zurücknehmen und sagen, lass sie mal, die sind schon groß. Und nachher trinken Sie einen Kaffee zusammen. Haben wir alle. Ja, genau. (...) wenn wir mit Schülern arbeiten, wo ich dann unseren Schülern sage, jetzt beobachte das erst mal, es ist vielleicht für Dich befremdlich, aber es geht gleich wieder. Die regeln das auch alleine. Ich muss nicht immer die schützende Hand darüber halten, nein, nein.

M_2_I3_04: 50-51 (Leitung Sozialer Dienst)

Neben dieser sehr bewussten Entscheidung zur gelegentlichen Nicht-Intervention im Umgang mit erwachsenen Bewohnerinnen und Bewohnern waren in den Schilderungen der Befragten allerdings auch andere Begründungen erkennbar. Insbesondere einige Beschäftigte, die außerhalb des Bereiches Pflege und Betreuung arbeiteten, verzichteten eher aus Hilflosigkeit und wahrgenommener Nicht-Zuständigkeit auf eine Intervention. So beschreibt eine Hauswirtschafterin:

B: Das meiste ist verbal. „Guck dir die Doofe an!“ und „Jetzt läuft die schon wieder hier rum!“ und „Die war heute Nacht dreimal bei mir im Zimmer!“ und „Wenn ich die schon sehe, die müssten sie einsperren!“ Und dann drehe ich mich immer auch weg und tu so als wenn ich das gar nicht höre, weil ich finde das ganz furchtbar. Ich weiß auch nicht, was ich dazu sagen soll.

M_2_I2_14: 23 (HauswirtschafterIn)

B: Wenn die jetzt laut geworden sind, dann hat man schon, um den anderen-. Es gibt ja dann manche, die das nicht zuordnen können und erschrecken. Also andere Bewohner. Und dann ist man eben hingegangen und hat gefragt: „Was ist denn hier los?“ Und dann wurde-: „Der hat so und der hat so.“ Und dann hat man, ich meine das hört sich jetzt albern an, hat gesagt: „Ja, Mann, das kann doch jetzt

alles nicht so schwierig sein.“ Manchmal ist auch einer von den Kontrahenten gegangen, weil er beleidigt war.

M_4_I2_13: 19 (EhrenamtlerIn)

Bei rein verbalen Streitigkeiten berichteten einige Interviewte, sie würden die Situation abwiegeln und den Konfliktanlass in Frage stellen. Insbesondere die letzten beiden Beispiele weisen auf ein mögliches Problem hin: Beschäftigte, die keinen oder nur einen geringen Ausbildungsgrad im Pflegebereich haben, sind augenscheinlich in einer Situation allein, in der sie den Eindruck haben, jemand müsse intervenieren – sie selbst sind jedoch aufgrund fehlender Kompetenzen nicht in der Lage, dies adäquat zu tun.

Hinzuziehen von Unterstützung

Neben den strukturierten Fallbesprechungen berichteten mehrere Beschäftigte auch von Situationen, in denen sie entschieden hatten, eine andere Person zur Unterstützung hinzuzuziehen, um eine akute herausfordernde Situation zu lösen. Die unterstützenden Kolleginnen und Kollegen wurden teilweise aufgrund körperlicher Überlegenheit oder aufgrund von bestimmten Merkmalen, etwa des Geschlechts, hinzu gebeten; andere hatten Leitungsaufgaben inne, gehörten spezialisierten Berufsgruppen (wie dem Sozialen Dienst) an, hatten besondere Positionen inne (Gewaltbeauftragte, Bezugspflegekraft) oder verfügten über spezifische Kompetenzen (Deeskalationstraining).

Tertiärpräventive Nachbereitung von RRA-Episoden

Neben der akuten Intervention legten die Interviewten besonderes Augenmerk auf die umfassende Nachbereitung von RRA-Episoden. Es wurden viele Vorgehensweisen berichtet, die sich auf Kommunikation mit den Beteiligten, effektives Fallmanagement und das Finden von Lösungen konzentrierten. Sie zielten vor allem darauf ab, die Situation aufzuklären und zu verhindern, dass es zu weiteren gewaltförmigen Vorfällen kommt.

Psychosoziale Nachbereitung des Vorfalls: Kommunikation

Die Kommunikation mit den an Konflikten beteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern folgte in den Berichten der Beschäftigten unterschiedlichen Strategien. Für fast alle stand zunächst im Vordergrund, zwischen den Beteiligten zu vermitteln, sie zu beruhigen, störendes Verhalten zu erklären und auf eine einvernehmliche Lösung hinzuarbeiten. Insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner, die deutlich als Betroffene oder Geschädigte identifiziert wurden, wurden diverse Kommunikationsstrategien beschrieben, die sich als „verstehend“ charakterisieren lassen: Die Befragten berichteten, dass sie mit den Bewohnerinnen und Bewohnern reden, auf sie eingehen und sie beruhigen. Zusätzlich unterstrichen einige Befragte die Notwendigkeit, eventuell krankheitsbedingtes Verhalten des Angreifers zu erklären und den Betroffenen zu vermitteln, dass etwas unternommen werde:

B: Ganz sensibel, aber auch mit dem Gedanken, denen versuchen zu erklären, dass es nicht mit böser Absicht ist. Dass die auch verstehen, dass es eine Erkrankung ist. Dass der das nicht mit bösen Absichten gemacht hat, aber auf jeden Fall darauf eingehen, was der, ja, betroffene Bewohner jetzt fühlt. Ob er irgendwas braucht? Ob man ihn irgendwie fragt, was man ihm geben kann, dass er sich jetzt sicherer fühlt.

M_1_I2_08: 189 (Pflegefachkraft)

I: Und Sie haben, wenn ich das richtig verstanden habe, haben Sie jetzt auch mehr verstanden, was den Herrn denn so hier [=ins Zimmer der befragten Bewohnerin] reintreibt. Also, warum der sich so verhält. Das haben Sie am Anfang ja nicht gewusst, (B: Nein, Nein) dass er eine Demenz hat. Ja hat Ihnen das denn geholfen, dass Sie besser Bescheid wissen?

B: Ja sicher. Und dann so Gespräche helfen immer, wenn Schwestern einem das sagen. Und das habe ich ihnen auch gesagt. Ich sagte, „Ich habe das da verkehrt gemacht, ich habe ja in dem Moment ja nicht abgeschlossen.“ Aber ich habe das auch nicht so, so genommen, dass das mal so sein konnte.

B_1_11_01: 36-38 (Bewohnerin)

Die Interviewpassage verdeutlicht, dass die Beurteilung von Verhaltensweisen als intentional und „böse“ oder als durch eine Krankheit und damit einhergehende Fehlwahrnehmungen und Kontrollverluste bedingt, nicht nur für die rechtliche Würdigung des Verhaltens und der handelnden Person von Bedeutung ist (siehe hierzu z.B. Mobbs, Lau, Jones, & Frith, 2007), sondern auch für die Bewältigung von Viktimisierungen durch die betroffenen Personen.

Auch gegenüber denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die – in welcher Form auch immer – als Initiatoren von RRA-Episoden auftraten, berichteten einige Beschäftigte ein eher pädagogisches Verhalten: Sie legten Wert darauf, die konflikthafte Situation zu erklären, ruhig mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu sprechen und ihnen keine Vorwürfe zu machen. Insbesondere Beschäftigte einer Einrichtung, in der auch jüngere Pflegebedürftige leben, berichteten jedoch auch von eher autoritär wirkenden quasi-pädagogischen Maßnahmen: Sie sprachen davon, Verhaltensregeln aufzustellen, gegebenenfalls Sanktionen zu verhängen und allgemein einen scharfen Tonfall mit bestimmten Bewohnerinnen und Bewohnern zu pflegen. Die folgenden Interviewpassagen illustrieren die Bandbreite exemplarisch:

I: Okay. „Und wie gehen Sie mit der Person um, von der die Aggressionen ausgingen?“

B: Im Grunde genauso. Also, keine Vorwürfe oder sowas machen. Im Grunde wollte der sich ja auch nur schützen. Der ist halt auch leicht dement. Der dachte wahrscheinlich in dem Moment, der will mir sonst was und wollte sich in dem Moment, einfach aus Reflex halt, wollte er sich schützen. Und da halt auch, wirklich einfach ein beruhigendes Gespräch suchen, keine Vorwürfe machen, dass der da jetzt irgendwie- So, Du, Du, Du, geht aber gar nicht. Also, das machen wir gar nicht, so irgendwie Vorwürfe.

M_1_12_08: 79 (Pflegefachkraft)

B: Ja, oder wir, mit Betreuer und allen abgesprochen, dann gibt es eben nichts zu rauchen. Und der raucht ja einmal die Stunde, und das dürfen wir dann und dann ist das die Sanktion, dass er nicht raucht. Da geht er die Wände auch schon mal hoch. Aber der soll sich mal benehmen, ja, ist mir egal. Aber ist abgesprochen, ist safe mit allen, weil eigentlich, wie gesagt, wir haben keinen Erziehungsauftrag.

M_2_13_04: 163 (Leitung Sozialer Dienst)

B: Was man sonst noch sagen kann ist tatsächlich, dass es auch immer an einem selbst hängt. Also bei den Leuten, die dann noch ein bisschen fitter sind vom Kopf her, da muss man halt die Strategie finden. Da ist es halt wichtig als Mitarbeiter, bei dem einen, da muss man dann auch mal einen autoritäreren, schärferen Ton finden, das ist einfach so, die brauchen das auch, weil wenn man den immer mit lieb und nett und bitte kommt und vor denen kuscht, die wissen ganz genau, die testen auch ihre Grenzen aus, wenn man denen aber ein klares P vorsetzt²⁶, kriegt man das halt ganz gut gehändelt. Das ist für Außenstehende manchmal ein bisschen auch so erschreckend, aber so lange es wirklich nicht in Gewalt ausufert und nur ein strenger, autoritärer Ton ist, finde ich, ist das auch gut vertretbar und ein absolutes Muss, sonst kriegt man das nicht in den Griff.

²⁶ Die Redewendung bedeutet so viel wie etwas verbieten, verhindern, eine Sache unterbinden (siehe <https://gfds.de/herkunft-und-bedeutung-von-ein-p-vorsetzenvorschreiben/>).

Insbesondere die letzten beiden Ausschnitte illustrieren einen sehr erzieherischen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, der deutliche paternalistisch-infantilisierende Züge trägt.²⁷

Fallmanagement der RRA-Episode

Ursachenanalyse / Biographiearbeit

Die Bearbeitung von RRA-Episoden in den Einrichtungen wurde von allen Befragten als hoch standardisiert beschrieben. Sie schilderten, dass in der Regel versucht würde, herauszufinden, weshalb es zu den gewalttätigen Vorkommnissen gekommen sei. Dazu würden, anlassbezogen oder bereits bei Einzug in die Einrichtung, von den Angehörigen detaillierte Informationen über die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner eingeholt, um gewalttätiges Verhalten verstehen zu können:

I: So ein aggressives Verhalten, wie kann man dem begegnen? Kann man da was dran verändern? Und wenn ja, wie?

B: (...) man muss einfach die Hintergründe wissen, warum, woher das kommt, die Ursachen. Das finde ich mal wichtig, wenn die Bewohner so-. Und (...) dass man dann-, ja, vielleicht mit den Angehörigen nochmal ein Gespräch führt, ob das immer schon gewesen ist (...), wie das früher zuhause war, also da erkundige ich mich manchmal auch schon mal so leicht, ob das immer schon gewesen ist, oder ab wann er das erst gehabt hat.

M_3_I1_14: 129 (PflegehelferIn)

Insbesondere in einer der untersuchten Einrichtungen wurde, auch unabhängig von aggressiven Vorkommnissen, großer Wert auf die Nutzung solcher Biographiearbeit gelegt²⁸. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Einrichtung schilderten in mehreren Interviews, wie wichtig es sei, die biographischen Hintergründe zu kennen, um das Verhalten der Menschen zu verstehen und um ihren Bedürfnissen gerecht werden zu können. Dies sei, so schilderten einige Befragte, gerade im Umgang mit hochaltrigen Menschen, die etwa aufgrund von Kriegserlebnissen gelegentlich schwer traumatisiert seien, entscheidend für einen Umgang, der die Betroffenen nicht retraumatisiere. So berichten eine Leitungs- und eine Hilfskraft von Nutzen und Notwendigkeit der Biographiearbeit:

B: Also erstens lernt man es, glaube ich, dann durch den Alltag, man lernt den Bewohner ja auch besser kennen. Also, wie er sich verhält. Aber vieles ergibt sich auch und das beschreibt eigentlich auch die Bedeutung von Biographiearbeit. Dass man vieles, wenn man denn eine Biographie hat, auch aus der Biographie entnehmen kann. Um dann zu schauen, okay, dann vielleicht von der Aggression runter zu spielen und indem man einfach auch auf ein Themenfeld lenkt, was ihm einfach oder ihr dann einfach sehr, sehr viel wert war früher. Und das mildert schon ziemlich viel ab.

M_1_I3_12: 100 (Leitung Sozialer Dienst)

B: (...) wirklich, viele Frauen, viele Männer erzählen mir das, was haben sie damals gemacht, also im Zweiten Weltkrieg und so weiter. Oder die Frauen, was haben die Russen gemacht mit jüngeren Frauen. Das war heftig. Das war richtig heftig, was haben die Russen gemacht mit jungen Frauen. (...) Schlimm. Ja, das kann man verstehen. (I: Das trägt man mit sich.) Ja. Viele sind auch ängstlich. Wenn

²⁷ Zur Erhellung dieser und ähnlich gelagerter Strategien geht etwa Brashier (2018) der Frage nach, „why we infantilize adults with a cognitive impairment“ (S.1).

²⁸ Biographiearbeit wird in der Pflege älterer Menschen mit dem Ziel eingesetzt, über die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte einer Person individualisierte Pflege möglich zu machen, Wertschätzung zu vermitteln und Identität und soziale Zugehörigkeit zu stärken (siehe dazu u.a. Clarke, 2000; Clarke, Hanson, & Ross, 2003; Polat & Drucks, 2018; Zegelin & Carollo, 2011; Zegelin & Langner, 2020).

ich komme zum Beispiel mit dem Kaffee, ich gehe nicht von hinten. Das ist No-Go. Das muss auf der Seite-, sie muss mich sehen. Der Schatten immer, wenn er kommt von hinten (Erschrecken.). Und das weiß ich, wieso. Aber das muss ich immer denken, wieso ist so eine Situation, wieso sie reagiert so.
M_1_I2_13: 93 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Kompetenzen bündeln: Fallbesprechungen und kollegiale Unterstützung

Alle befragten Beschäftigten berichteten, dass in ihren Einrichtungen regelmäßige oder anlassbezogene Fallbesprechungen durchgeführt würden. In diesen gehe es darum, unter Einbezug der Ergebnisse der Ursachenanalyse den Hergang noch einmal nachzuvollziehen, die Perspektiven der involvierten Beschäftigten zusammenzubringen und weitere Maßnahmen zu planen. In einigen der untersuchten Einrichtungen berichteten die Beschäftigten, dass diese Besprechungen interdisziplinär angelegt seien und alle Perspektiven, von der Pflegedienstleitung bis hin zur Servicekraft, einbezögen, in anderen wurden vornehmlich Pflegefachkräfte eingebunden. Beschäftigte geringer qualifizierter Berufsgruppen kritisierten vereinzelt, dass ihre Perspektive nicht wahrgenommen werde. Einige äußerten auch Enttäuschung darüber, dass sie über Belange der Bewohnerinnen und Bewohner nicht hinreichend informiert würden, obwohl dies vielfach hilfreich für den Umgang wäre.

Problemlösung

Zentral für die Nachbereitung von aggressiven Ereignissen in der Altenhilfe ist es, die den Vorfällen zugrundeliegenden Konflikte und Anlässe soweit möglich zu identifizieren und auszuräumen. In den vier untersuchten Einrichtungen schilderten die Beschäftigten, je nach Eigenheit des RRA-Falles, eine Fülle verschiedenster Problemlösungsstrategien, die sich vornehmlich auf die beteiligten Personen oder auf die Veränderung situativer Merkmale konzentrierten.

Personenzentrierte Maßnahmen

Maßnahmen, die sich auf die beteiligten Personen richteten, hatten zumeist zum Ziel, den Konflikthanlass zu identifizieren und durch Kommunikation mit den Beteiligten aufzulösen, indem etwa um Verständnis und Nachsicht für krankheitsbedingtes Verhalten gebeten wurde. In Fällen, in denen dies nicht möglich war, etwa, weil die Kommunikationsmöglichkeiten mit den Beteiligten eingeschränkt waren, wurden Bewohnerinnen und Bewohner, von denen häufig aggressives Verhalten ausging oder die dieses unabsichtlich auslösten, zum Teil dauerhaft unter Beobachtung gestellt. So berichtete etwa eine Pflegehelferin, dass sie einen aggressionsgeneigten Bewohner permanent unauffällig beobachte:

B: Das ist eine tickende Zeitbombe. Dass man also ganz genau weiß, der muss auf-, nicht auf Schritt und Tritt, aber immer jemand, der so guckt, bereit ist, wo ist er gerade? Was macht er? Bahnt sich da jetzt was an oder nicht? Weiß ich, wo er ist? Das sind so Sachen, also das ist halt auch diese Betreuung auf Abstand, dass er nicht merkt, ich verfolge ihn, sondern, ich muss wissen, wo eckt er gerade an? Und insgesamt, finde ich, wird in diesem Haus also ganz viel damit gemacht, dass so was gar nicht entsteht. Ist so was vorprogrammiert, dass man da einfach auch guckt, wie gehen wir am besten damit um, dass es halt nicht passiert?

M_1_I2_07: 63 (Pflegehelferin)

Das im obigen Zitat von der befragten Pflegehelferin skizzierte Praktizieren von Wachsamkeit hatte bereits Shaw (2004) als eine Grundstrategie von Pflegekräften im Umgang mit aggressivem Bewohnerverhalten beschrieben. Die von der Befragten gewählte Formulierung „tickende Zeitbombe“ weist zugleich darauf hin, dass es sich hierbei um eine aufwändige Form der Abwendung von Gefahren handelt. Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass die Person nicht permanent in der Phase des

„Tickens“ – also des zeitlichen Vorfeldes eines aggressiven Ausbruchs – ist, stünde die sie überwachende Pflegekraft vor der Herausforderung, eben diese Zeiten des „Tickens“ von anderen zu unterscheiden, um danach die Intensität ihrer personenbezogenen Wachsamkeit ausrichten zu können.

Situationszentrierte Maßnahmen

Von einem relativ großen Anteil der Befragten wurden auch Maßnahmen berichtet, die nicht auf die beteiligten Personen zielten, sondern die Umstellung der Anlasssituation zum Ziel hatten. Vielfach betraf dies eine Veränderung der Abläufe, zumeist also räumliche oder zeitliche Entzerrung der Begegnungsmöglichkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern, die als miteinander inkompatibel beschrieben wurden, um auf diese Weise Auslöser und Anlässe von aggressiven Verhaltensweisen zu reduzieren. Am häufigsten genannt wurde die Verlegung einer Partei in andere Wohnbereiche innerhalb des Hauses; es wurde aber auch von Verlegungen in besonders geschützte Bereiche, etwa eine Demenzabteilung innerhalb des Hauses, oder in eine andere spezialisierte Einrichtung berichtet. Um etwa häufige Konflikte durch Bewohnerinnen oder Bewohner, die sich im Zimmer irren, zu vermeiden, sprachen mehrere Befragte davon, dass auf Wunsch der auf diese Art „heimgesuchten“ Bewohnerinnen und Bewohner die Zimmertüren nachts verschlossen würden.

I: Was macht man dann?

B: Eingreifen, ich muss ja die Bewohner schützen. (...) Also eingreifen, ganz einfach eingreifen, auseinanderhalten. Klar, da muss sich an der Struktur was ändern. Da muss ich sagen, die Bewohner muss ich einfach trennen. Ich kann die Bewohner nicht ändern. (...) Ich muss die dann irgendwie trennen, dass die Begegnungspunkte und die Reibungspunkte wenig werden.

M_1_I3_04: 14-15 (Pflegefachkraft)

B: Also es wird schon geschaut, dass die Konflikte gelöst werden, dass es Möglichkeiten gibt, diesen Problemen dann aus dem- Ja, jetzt nicht aus dem Weg zu gehen, aber das anders zu ordnen. Also Beispiel, wenn es zwei Bewohner sind, die sich wirklich jeden Tag beim Essen zanken, dass man da guckt: Was kann ich mit denen machen? Kann er vielleicht in den Speisesaal? Kann der Andere dahin?
M_4_I1_07: 111 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

B: Das war hauptsächlich in den Morgenstunden zum Frühstück. Da sind wir dann hingegangen, dass wir uns darauf geeinigt haben, dass der eine Herr, der war recht früh immer beim Frühstück, so halb acht, viertel vor acht. Dass wir den frühstücken lassen haben und dann den anderen Herrn, (...) das war der jüngere, der ist dann vom Tisch aufgestanden und weggegangen. Und sobald der aufgestanden ist und weggegangen ist, haben wir den anderen Herrn erst zum Frühstück gebracht. Dass die beiden sich erstmal gar nicht sehen.

M_1_I3_02: 69 (Pflegefachkraft)

B: Wir haben jetzt auch tatsächlich zwei Bewohner wieder ausziehen lassen müssen. Haben die in die Schwestereinrichtung gegeben. Weil wir gesagt haben, wir sind so nicht aufgestellt. (I: Also, dass die da in einen geschützten Bereich kommen.) In geschützten Bereich, genau. Die kamen aus der Gerontopsychiatrie. Wir haben das versucht, hier im offenen Bereich. Aber mit den Hinlauftendenzen²⁹, mit den Unruhezuständen und auch mit den Aggressionen, die das mit sich bringt. Also Stock genommen und den anderen Bewohner geschlagen. Da haben wir gesagt, das ist so in der Form hier nicht machbar. Da muss es in einen speziell beschützten Bereich. Und haben eben bei dem Schwesterhaus angefragt und dann sind die Bewohner umgezogen.

²⁹ Der Begriff „Hinlauftendenz“ bezeichnet Verhaltensweisen insbesondere demenziell erkrankter Menschen, die stationäre Einrichtung, in der sie leben, eigenmächtig zu verlassen. Früher war häufig von „Weglauftendenz“ die Rede. Aufgrund der Erkenntnis, dass die „Weglaufenden“ in der Regel ein – wenn auch häufig unerreichbares – Mobilitätsziel vor Augen haben, spricht man heute meist von einer Tendenz zum „Hinlaufen“ (siehe Gust., 2010; Silverstein, Flaherty, & Tobin, 2002).

Medikation und Hospitalisierung

Psychiatrisch orientierte Interventionen, wie etwa die Gabe bzw. Anpassung psychoaktiver Medikation oder die (kurzzeitige) Verlegung in eine psychiatrische Klinik, wurden von den Befragten im Bereich der Akutintervention wie auch als Präventionsmaßnahme eingesetzt. Während viele Befragte das „Einstellen der Medikation“ als Standardmaßnahme schilderten und höchstens im Sinne der motorischen Einschränkung problematisierten, wurde die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik sehr unterschiedlich wahrgenommen. Auch hier sahen einige Befragte kaum Schwierigkeiten:

B: Wir haben mal einen Bewohner, welcher öfters war so aggressiv (...). Momentan ist alles in Rahmen, und wenn was, dann sprechen wir sofort mit Neurologe und was medikamentös zu machen ist, oder auch Krankenhaus, wenn Bedarf da ist, wird verlegt.

M_2_I1_01: 5 (Pflegefachkraft)

Andere, insbesondere Leitungskräfte, problematisierten eine Verlegung in die Psychiatrie sehr und versuchten, sie zu vermeiden. So berichtet eine Einrichtungsleitung, dass die Einweisung nach PsychKG³⁰ vielfach mit Fixierungen einhergehe, die Bewohnerinnen und Bewohner schwer traumatisieren können³¹:

B: Manchmal hat es zur Folge, dass wirklich Menschen kurzfristig in der Psychiatrie untergebracht werden müssen. Dort werden sie vollfixiert, wenn es um Übergriffe ging. Das hat ganz massive Folgen. Deswegen sind wir in dem einen Fall schon fast davon abgegangen, diesen Bewohner dann wirklich in die Psychiatrie zu geben, weil wir wissen, wenn er da zurückkommt, er ein richtiges Trauma hat von dieser Fixierung. Das kann es ja auch nicht sein, aber da ist es so. In Psychiatrien ist es so, wenn ein Bewohner übergriffig wurde, körperlich übergriffig wurde, einem anderen Bewohner wirklich massiv Schaden zugefügt hat und der würde per PsychKG in die Psychiatrie gehen, wird er da erst mal in diesem Überwachungszimmer fixiert. (...) Und die Bewohner, die dann wiederkommen, da haben wir die Arbeit, um dieses Trauma wieder weg zu kriegen, weil sie machen das ja nicht, weil sie böse sind. (...) Sondern, weil das einfach nicht gesteuert wurde (...). Wir in den Häusern, wir dürfen gar nicht fixieren, wollen das auch überhaupt nicht, aber in Psychiatrien ist das noch gang und gäbe, ja. Von daher ist das alles auch nur sehr kurzfristig. Manchmal muss man das machen, um, ja, auch einfach seiner Fürsorgepflicht nachzukommen, denn der andere Bewohner, der zu Schaden gekommen ist, erwartet, dass wir reagieren. Die Angehörigen erwarten, (...) die Behörden erwarten. Alle erwarten von uns eine Reaktion. (...) Ich telefoniere mit dem Amtsgericht, (...) und habe gesagt: „Was ist denn jetzt richtig? Ich kann gegen diesen Bewohner gar nichts tun und ich kann ihn auch nicht entlassen. Aber es sind 98 andere Bewohner da, die ich schützen muss. Wen muss ich jetzt schützen? Die 98 oder den einen?“ (!: Und, was-?) Keine Lösung. Keine Lösung. Die Lösung ist nur Psychiatrie, und der kommt nach zwei Tagen zurück, weil er natürlich in Fixierung nicht auffällig ist. Ja bitte. Also es ist nicht, nicht wirklich zielführend und manchmal sehr frustrierend, weil man natürlich auch den anderen Bewohnern gegenüber dann auch denen zeigen möchte, man hat reagiert und die Situation wird so nicht wieder passieren können, weil das und das gemacht ist. Haben wir aber nicht. Die gucken mich dann an und sagen: „Ja und jetzt?“ Ja, aber da sitzt man wirklich in einer Zwickmühle und es gibt keine gute Lösung dafür.

M_2_I3_03: 169-173 (Einrichtungsleitung)

³⁰ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG):

³¹ Zu Fixierungen / mechanischen Freiheitseinschränkungen und deren möglichen Folgen (insbesondere solchen traumatischer Art) siehe u.a. die Arbeiten von Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner, & Mayoral-Cleries (2018), Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman (2002), Chieze, Hurst, Kaiser, & Sentissi (2019), Flannery (2003), Wilson, Rouse, Rae, Jones, & Kar Ray (2015).

Die Einrichtungsleitung im obigen Beispiel skizziert zwei Problemfelder: Bewohnerinnen und Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen sollen in der Psychiatrie Hilfe erfahren, zugleich wird dort aber nicht nach den Prinzipien der Altenhilfe gearbeitet, wodurch neue psychische Verletzungen verursacht werden können. Darüber hinaus muss im Einrichtungsalltag abgewogen werden, ob und wie Schutzmaßnahmen für verschiedene Bewohnerinnen und Bewohner miteinander und mit der Fürsorgepflicht für alle Beteiligten vereinbar sind.

Primär- und sekundärpräventives Handeln

Die Maßnahmen der auf die Vermeidung zukünftiger Gefährdungen ausgerichteten Primär- und Sekundärprävention, die von den Befragten geschildert wurden, berühren insbesondere die Ebene des Wohnbereiches und die Gesamtorganisation des Hauses.

Die geschilderten Maßnahmen betrafen zum einen das unmittelbare soziale Umfeld, das der Schilderung der Befragten zufolge auch im Hinblick auf Prävention bewusst gestaltet wird. Daneben wurde eine Vielzahl von Maßnahmen berichtet, die auf der Ebene der Organisation anzusiedeln sind und – im engeren wie auch im weiteren Sinne – zur Prävention von Gewalt und Aggressivität unter Bewohnerinnen und Bewohnern beitragen können: die Gestaltung eines Präventionsnetzwerkes innerhalb der Einrichtung sowie ein Bündel an Maßnahmen im Bereich des Personalmanagements.

Gestaltung des unmittelbaren Lebensumfeldes der Bewohnerinnen und Bewohner

Auf der Ebene der Primärprävention gibt es zwei Hauptströmungen, die zur Verminderung von Aggression beitragen. Zum einen sind dies Maßnahmen und Verhaltensweisen im Wohnbereich, um die Zufriedenheit der Bewohner zu erhöhen und Belastungserleben zu vermindern. Dazu gehören ein aktives Kümmern, der Respekt für individuelle Vorstellungen, aber auch die strategische Vermeidung von Konfliktsituationen, die durch situative Maßnahmen gewährleistet wird. Zum anderen gehören dazu organisatorische Maßnahmen, die durch die Hausleitung geplant werden und auf die Zustände im Wohnbereich rückwirken

Psychosoziale Betreuung und Beschäftigung für Bewohnerinnen und Bewohner

Im Sinne der Sorge um das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner beschrieben einige Befragte, dass sie eine proaktiv zugehende Betreuung verfolgten. Insbesondere in einer Einrichtung, die über einen sehr aktiven und personell gut ausgestatteten sozialen Dienst verfügte, wurden Strategien skizziert, die auf die Förderung des allgemeinen psychosozialen Wohlbefindens der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet waren:

B: Und ich hatte, glaube ich, eben auch gesagt, dass ich (...) dann auch noch über die Wohnbereiche gehe. Und dann auch wirklich das Gespräch mit den Bewohnern suche. (...) Also, ich habe nicht immer unendlich viel Zeit. Aber zumindest den Bewohnern das Gefühl zu geben, ich bin jetzt für dich da. Ich habe gerade für dich Zeit. Und das ist schon mal was total Wichtiges. Weil so eine Art von Unwohlgefühl und sowas. Es kann immer dazu führen, denke ich auch, dass man sich erstens klar, erstens nicht gut in das Haus integrieren kann. Und zweitens auch sowas wie Aggressionen anstaut, die dann vielleicht irgendwann mal auf irgendeine Art und Weise (...) nach außen gelassen werden müssen. (...) Und das kann halt unter Mitbewohnern dann passieren. (...) Es kann aber auch beim Personal passieren. Und ich denke, wenn wir für die Bewohner da sind und das Gefühl geben, dass wir

denen Zeit schenken. Und dass wir vielleicht auch einfach nur mit unseren Gesten halt darauf hindeuten, dass man dann da ist. Dass man da viel einfach abmildern kann. Von vielleicht aufkommender Aggression oder Unwohlsein und so weiter. Das denke ich schon.

M_1_I3_12: 54 (Leitung Sozialer Dienst)

Hier wird das Konzept verfolgt, durch Zuwendung und Gespräch das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu steigern, dabei „Unwohlgefühle“ zu vermeiden bzw. zu reduzieren und so zugleich Gewalt- und Aggressionsprävention zu betreiben, da – so die Annahme – Aggression aus mangelndem Wohlbefinden resultieren kann.

In einer weiteren Einrichtung wurde berichtet, dass gute Erfahrungen mit dem Konzept der Bezugspflege gemacht worden seien. Hierbei handelt es sich um ein Pflegesystem, bei dem einer pflegebedürftigen Person eine Pflegekraft (die sogenannte „Primary Nurse“ oder „Bezugspflegekraft“) zeitlich überdauernd zugeordnet ist und die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess trägt (siehe dazu Manthey, 2011; Schlettig & von der Heide, 2000).

In allen Einrichtungen wurde daneben auch über die Bedeutung von Beschäftigungsangeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner gesprochen (s. auch die Thematisierung von Monotonie und Langeweile im institutionalisierten Alltag im Abschnitt „Zwischenmenschliche Konflikte“). Dabei nannten die Interviewten zum einen ein großes und abwechslungsreiches Kursprogramm, zum anderen aber auch Angebote für ganz bestimmte Bewohnerinnen und Bewohner:

***B:** Das fängt ja schon bei der Tagesgestaltung an. Gerade Gewalt durch Bewohner ist ja oftmals, ja, durch Langeweile, Unverständnis, solche Geschichten. Indem wir die Tagesstruktur vorgeben, denen eine Beschäftigung anbieten, dass die ausgelastet sind. Damit fängt das ja häufig schon an. Das ist eigentlich die ganze Tagesgestaltung, die wir hier zum Teil führen, nutzt ja auch (...), dass vielleicht keine Gewalt zustande kommt. Ich glaube, wenn wir diesen Tagesablauf und diese festen Strukturen und diese Beschäftigungsmaßnahmen und so weiter nicht anbieten würden, dann würde es definitiv deutlich mehr Gewalt geben. Schon alleine aus Langeweile heraus.*

M_1_I3_02: 111 (Pflegefachkraft)

***B:** Es werden Einzelangebote gemacht, je nach dem was der braucht. Es wurden verschiedene Dinge gemacht, (...) es gab Leute, die aggressiv waren, die waren Maler oder so, die haben eine Leinwand ins Zimmer gekriegt und konnten malen, wir hatten schon mal jemanden, der hat einen Boxsack ins Zimmer bekommen und konnte da dann seine Aggressionen rauslassen. Also diese individuellen Geschichten.*

M_2_I1_07: 84 (Pflegedienstleitung)

***B:** Ein Bewohner ruft, der sieht ganz, ganz schlecht und ist demenziell verändert und hat ein ganz hohes Bedürfnis einer stetigen Betreuung. Weil ihm das Sicherheit gibt. Da muss jemand dabei sein, sich mit ihm unterhalten, dann hat der so ein Ruheempfinden. Ist das nicht der Fall, und das kippt wirklich binnen-. Man steht auf und bringt nur das Geschirr weg, dann ruft der schon. Und das macht die anderen Herrschaften (...) der eine ruft, der andere sagt, „Sei leise.“ Der andere ruft, der andere sagt: „Halts Maul.“ Der andere ruft und dann denke ich mir, okay. Warum- Ich höre keinen, der da interveniert. Das heißt, es ist gerade keiner da. Dann gehe ich dahin und merke das dann halt, oder versuche das dann wieder zu entspannen. Letztendlich bringt es nur in dem Moment etwas, dass ich gucke, dass mit dem rufenden Bewohner eine eins-zu-eins-Betreuung gemacht wird. Das Wetter ist gerade schön, können vielleicht einmal spazieren gehen. Und da muss ich gucken, dass ich Alltagsbegleiter habe, oder Praktikanten habe, oder, oder, oder. Dann lässt sich so etwas entzerren, für den Moment.*

M_3_I1_03: 53 (Pflegedienstleitung)

Während in einer Einrichtung von spezifischen Beschäftigungsangeboten für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner gesprochen wird, fokussieren sich andere auf Angebote für Gruppen, die in besonderem Maße zur Entstehung und Eskalation von Aggression und Gewalt beitragen. Hier wurde

zum einen vielfach von Menschen gesprochen, die noch relativ orientiert seien und sich ohne feste Tagesstruktur langweilten; zum anderen wurde von gezielter Beschäftigung von Bewohnerinnen und Bewohnern gesprochen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen zu besonders herausfordernden Verhaltensweisen neigten und häufig enger Betreuung bedurften, um die Beeinträchtigung anderer zu reduzieren.

Insgesamt geht es in den beispielhaft angeführten Interviewpassagen darum, dass Prävention von Gewalt und Aggression betrieben bzw. angestrebt wird, indem Bedingungen in den Lebensumständen der Pflegebedürftigen so verändert werden, dass solche Faktoren minimiert werden, welche die Wahrscheinlichkeit aggressiven Handelns erhöhen könnten. Das gilt etwa für Monotonie und Langeweile, die durch entsprechende Aktivitäts- und Beschäftigungsangebote reduziert werden sollen. Durch das Schaffen individualisierter, an der Biographie der jeweiligen Personen orientierter Betätigungsmöglichkeiten wird zugleich die Lebenszufriedenheit erhöht und eine Art „Ventil“ für mögliche aggressive Impulse bereitgestellt. Dichte Betreuung eines demenziell erkrankten Pflegebedürftigen vermittelt ihm ein Gefühl der Sicherheit und reduziert dadurch herausfordernde Verhaltensweisen, welche zu auch aggressiv ausgetragenen Konflikten mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern führen können.

Individualität respektieren: Bedingungen und Prozesse der Einrichtung an individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner anpassen

In einer untersuchten Einrichtung wurde von mehreren Befragten darauf hingewiesen, wie wichtig es für die allgemeine Zufriedenheit und zur Vermeidung von Spannungen sei, die Prozesse in der Einrichtung den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner unterzuordnen und nicht umgekehrt zu erwarten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sich an die Prozesse der Organisation, wie etwa feste Essenszeiten oder Pflegeroutinen, anpassen. Diese Berücksichtigung individueller Wünsche und Eigenheiten wurde unter der Prämisse des Respektes für die Bewohnerinnen und Bewohner verfolgt, aber gleichzeitig als effektive Strategie zur Reduzierung von Spannungen beschrieben.

I: Das heißt, vom Prinzip her, würden Sie eigentlich dafür plädieren, dass man die-, also, die individuellen Eigenarten mehr berücksichtigt und nicht versucht, da so darauf einzuwirken, im Sinne von hier ist um sieben Frühstück und nicht um zwei.

B: Also, es ist so, wenn die-, wenn die Bewohner mitten in der Nacht aufstehen, weil sie es halt gewohnt sind, die kriegen dann mitten in der Nacht auch einen Kaffee. Weil, die wollen ja, wenn man aufsteht, will man einen Kaffee. Und dann bekommen die einen Kaffee. Wir haben auch mitunter Bewohner, die morgens um vier schon ihr-, ihr Frühstück hatten und frühstücken dann auch um acht nochmals zusammen mit den anderen Bewohnern. Das gibt es auch. Weil die halt immer so früh aufgestanden sind. Und wenn man sich überlegt, dass die ja abends immer schon in so einer Einrichtung recht früh ins Bett gehen und dann bis um zwei Uhr, drei Uhr aber schon ihre sechs, sieben Stunden geschlafen haben, dann sind die ausgeschlafen. Da brauche ich die nicht noch wieder ins Bett schicken oder den Arzt anrufen, ja, können wir da vielleicht noch was (...), dass er besser schläft, bekommen, irgendwie ein Medikament. Brauche ich nicht. Weil er, er ist es immer gewohnt, so früh aufzustehen.

B: (...) Aber, was ich eigentlich sagen will, dass viele Aggressionen wirklich auch ein hausgemachtes Problem sind. Deswegen ist das so wichtig, dass man da schult, wie wichtig Biographiearbeit ist, in der Kommunikation. Dann die Demenzbetreuer, dass die vernünftig geschult sind, dass die ihre Fortbildungen auch immer kriegen und das ist schon, dass man da auch jeden-, jeden Bewohner halt in der Einzigartigkeit auch betrachtet. Und das ist auch ein Stück weit ein Wertschätzungsproblem, den Bewohnern halt gegenüber. Klar müssen die in der Gemeinschaft funktionieren, aber das funktioniert nur, wenn ich jeden einzelnen als Individuum betrachte.

M_1_13_01: 24-27 (Pflegedienstleitung)

B: Wenn eine offene Küche ist, können die sich ihr Butterbrot schmieren, und das ist denen ihr Zuhause. Wenn ich Zuhause Hunger habe, mache (...) ich mein Butterbrot, wann ich will. Und dann hat mir keiner zu sagen, Sie haben jetzt eine halbe Stunde zu warten. Und das sind so Dinge, die gehen für mich nicht. So etwas würde ich hier nicht erleben. Wenn einer hungert, kann man Bütterchen machen. (...) Hier wird der Mensch ernst genommen.

M_4_I2_04: 35 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Die oben beschriebenen Herangehensweisen weisen deutliche Bezüge zu ganzheitlichen Pflegemodellen auf, wie sie etwa unter der Bezeichnung „personenzentrierte Pflege“ (Person-centered care – PCC, siehe u.a. Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018; Kitwood, 1997, 1998) beschrieben werden. Personenzentrierte Pflege entfernt sich von einem primär medizinischen Verständnis von Pflege und rückt eine ganzheitliche Betrachtung der Person, Respekt und Wertschätzung, Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten und sinnerfüllte Aktivität in den Vordergrund (vgl. etwa Kogan, Wilber, & Mosqueda, 2016).

Eine solche Herangehensweise wurde jedoch nicht in allen Einrichtungen verfolgt. Im folgenden Beispiel verweist die Leiterin einer Altenhilfeeinrichtung auf die organisatorischen Schwierigkeiten, die mit dem Versuch, auf alle Wünsche einzugehen, einhergehen können und fordert letztlich eine Anpassung an die Erfordernisse des Hauses.

B: Auch nachvollziehbar und verständlich, aber wir haben keine eins-zu-eins-Betreuung und manche Dinge lassen sich für eine Institution wie unsere nicht vermeiden. Es muss gewisse Abläufe geben. Man versucht ja alles immer aufzuweichen und für jeden individuell. Das WTG³² gibt es ja auch vor, alle Wünsche zu bedienen. Es ist aber nicht realistisch. (...)

B: (...) und irgendwann muss die Küche das Porzellan haben zum Spülen und irgendwann muss die Wäsche gewaschen werden. Da kann ich nicht sagen, jede Socke kann hier individuell gewaschen werden. Das ist doch Quatsch. Aber solche Gesetze haben wir ja mittlerweile. Die können wir nicht bedienen und ich glaube auch, dass das gar nicht notwendig ist. Zuhause hat man eine Struktur. Ob es in einer kleinen Familie ist, ob man beruflich sich organisiert. Jeder ist irgendwelchen Zwängen unterlegen und Heimbewohner sollen das jetzt nicht mehr haben. Warum ist das so? Das ist Quatsch.

M_2_I3_03: 153-157 (Einrichtungsleitung)

Letztlich wird auch hier ein – wie das zuletzt zitierte Beispiel zeigt, nicht von allen geteilter – Ansatz der Prävention von *resident-to-resident aggression* über die Gestaltung der Grundlinien und Rahmenbedingungen von Pflege in einer Institution beschrieben. Dahinter steht die Annahme, dass Wertschätzung und Beachtung der Einzigartigkeit einer Bewohnerin oder eines Bewohners dazu beitragen können, Anlässe für aggressives Handeln zu reduzieren oder ganz zu vermeiden. Zum Teil wird dabei eine klare Priorität der Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber der Regelmäßigkeit von Abläufen in der Institution vertreten.³³

³² WTG ist die Kurzbezeichnung für das nordrhein-westfälische Wohn- und Teilhabegesetz. Es trat 2014 in Kraft und folgte auf das Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen (Wohn- und Teilhabegesetz) aus dem Jahr 2008. Beide Gesetze sind aus der Umsetzung der Föderalismusreform 2006 auf dem Gebiet des Heimrechts erwachsen. In § 4 Abs. 13 des Gesetzes heißt es: „Bei der Planung und Durchführung individueller Pflege- und Betreuungsprozesse sowie des Wohnens ist die Freiheit der Nutzerinnen und Nutzer, eigene Entscheidungen zu treffen, zu beachten und ihre Selbstbestimmung zu fördern. Sie sind deshalb rechtzeitig zu beteiligen und ihre Wünsche sind zu berücksichtigen. Die Durchführung von Pflege und Betreuung bedarf des Einverständnisses der Nutzerin oder des Nutzers.“

³³ Eine Arbeit von Kristiansen, Rasmussen und Andersen (2019) zeigt auf der Grundlage einer ethnomethodologischen Analyse von Interaktionen zwischen einer Pflegekraft und einer Bewohnerin, wie erstere mit dem Spannungsfeld zwischen Bewohnerinneninteressen und organisationalen Erfordernissen umgeht und letztlich durch manipulative Kommunikation die von ihr getroffene Wahl zur (scheinbaren) Präferenz der Bewohnerin werden lässt.

Situationszentrierte Maßnahmen: Räumlich/zeitlich trennen, Begegnungen planen, Trigger vermeiden

Aus den Schilderungen der befragten Beschäftigten wurde überdies deutlich, dass ein besonderer Fokus der Prävention in den Wohnbereichen darauf liegt, potenziell konflikthafte Situationen frühzeitig zu entzerren oder gänzlich zu vermeiden.

Mit dem Begriff „Entzerren“ wurden Strategien beschrieben, Ansammlungen und Begegnungen zweier oder mehrerer Bewohnerinnen und Bewohner zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren, indem die räumliche und auch zeitliche Verteilung des Verweilens in verschiedenen Bereichen gesteuert und geplant wurde:

B: Also wir würden (...) gerne das Ganze (...) räumlich entzerren. Das können wir manchmal. Machen wir das, indem wir sagen. Jetzt ist zum Beispiel dieses-. Ab halb elf fangen die mit den Angeboten an. Und wir haben so eine Trennwand. Das ist natürlich, die wird dann im Speiseraum gezogen. Dass wir sagen, die drei können da noch in Ruhe frühstücken und die anderen nehmen wir aber in die Tagesstruktur, in die Aktivitäten mit herein.

M_3_I1_03: 55 (Pflegedienstleitung)

B: Ja also wahrscheinlich durch mehr-, durch Entzerrung. Also wirklich durch Entzerrung und durch ein bisschen gucken, dass (...) es nicht so eine große Gruppe ist, sondern eher kleinere Gruppen (...) zum Beispiel bei den Mahlzeiten.

M_3_I1_06: 149 (Pflegefachkraft)

B: Man muss auch (...) überlegen, so wie setze ich diesen Bewohner, der da jetzt so ist? Welche Bewohnerin kann damit umgehen? Welche wird da nicht verletzt von dem, wenn der aggressiv wird. Das versuchen wir alles schon....

M_3_I1_09: 158 (Servicekraft)

Die Beispiele zeigen, dass die gemeinschaftliche Raumnutzung etwa im Hinblick auf die Art der Aktivitäten und den damit verbundenen Geräuschpegel³⁴ vielfältige Konfliktmöglichkeiten bereithält und der Planung bedarf. Für große Gruppen bedeutet dies, dass etwa der Raum für verschiedene Aktivitäten physisch gegliedert wird. Diese Problematik und die resultierende Strategie der Gliederung wurde besonders aus einer Einrichtung berichtet, die über einen einzigen großen Mehrzweckraum verfügt, in dem sowohl die Mahlzeiten als auch alle Aktivitäten stattfinden.

Vielfach wurde auch, wie etwa im letzten Beispiel, von besonders konflikthafter Personenkombinationen berichtet, die bei der Tischordnung oder der Zimmerbelegung vermieden werden mussten. Genannt wurden etwa demenziell Erkrankte mit herausfordernden Verhaltensweisen, die bei bestimmten anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern aggressive Reaktionen auslösten, oder aggressive oder beleidigende Bewohner mit sensiblen Tischgenossinnen und Tischgenossen. Die Beschäftigten legten vielfach ganz besonderen Wert darauf, diese Konflikte durch die Planung von Sitzordnung und Zimmerbelegung zu reduzieren.

Die von den Interviewpartnerinnen und -partnern beschriebenen Handlungsansätze fügen sich in den von Clarke und anderen (siehe u.a. Clarke, 1983; Clarke & Eck, 2003; Wortley, 2001) als einen von fünf Schlüsselmechanismen der situativen Kriminalprävention beschriebenen Ansatz des Reduzierens von

³⁴ Zu Lärm als Stressor in Einrichtungen der stationären Altenhilfe siehe u.a. Bharathan et al. (2007), Joosse (2011).

Provokationen und Provokationsgelegenheiten³⁵. Hier wird dies erreicht, indem das raum-zeitliche Zusammentreffen potenzieller Konfliktpartner vermieden oder reduziert wird.³⁶

Aber auch wenn sich Situationen nicht vermeiden ließen, wurden präventive Strategien angewandt: So berichtete eine Pflegedienstleitung, dass der Umzug eines kognitiv eingeschränkten, herumwandernden und gelegentlich aggressiven Bewohners in einen anderen Wohnbereich mit eher orientierten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern angekündigt und offen kommuniziert wurde, um eskalierende Situationen zu vermeiden:

B: Also, wir haben jetzt im Vorfeld, wo dieser eine Bewohner da runtergezogen ist, haben wir alle anderen im Vorfeld aufgeklärt. Und wie sie sich dann bitte zu verhalten haben, wenn er halt das Zimmer betritt. Das haben wir ganz klar im Vorfeld gemacht. Und das ist einfach eine offene Kommunikation. Man muss da einfach mal offen drangehen und auch die Angehörigen vielleicht im Vorfeld schon mal informieren und nicht erst dann, wenn es schon dazu gekommen ist. Nimmt, ja, ganz viel Zunder raus, (...) wenn die vorher schon Bescheid wissen.

M_1_13_01: 129 (Pflegedienstleitung)

Neben den bekannten zwischenmenschlichen Konfliktsituationen legten die Befragten auch Wert darauf, die räumliche und sensorische Umgebung deeskalierend zu gestalten. Dazu gehört, keine potenziell gefährlichen Gegenstände, die etwa als Schlaginstrument benutzt werden können, in den Gemeinschaftsräumen und Zimmern zu verwenden. Die Beschäftigten berichteten aber auch, gezielt bekannte Trigger und Reizanlässe zu vermeiden bzw. die Stimmung dahingehend zu beeinflussen, dass Eskalationen weniger wahrscheinlich sind. Für demenziell Erkrankte wurde insbesondere geschildert, dass Reizüberflutung, laute Geräusche und hektisches Verhalten gezielt vermieden wurden:

B: Ich sage mal, wenn wir jetzt das Beispiel krankhafte Veränderungen im Gehirn nehmen, reagieren die ganz oft auf Reizüberflutung so. Dann muss ich natürlich gucken, dass die Reize einfach weniger sind im gesamten (...) gerontopsychiatrischen Bereich. Da kann nicht das Geschirr klappern, die Musik auf volle Pulle, Pflegepersonal schwirrt herum, da muss man schon gucken, dass man die Leute gar nicht erst überfordert. Also diese Maßnahmen treffen wir natürlich auch vorher. Und das machen wir ja bei der Belegung schon rein theoretisch-, wenn ich weiß, jemand Gerontopsychiatrisches kommt, der müsste auch rein theoretisch in diesen Bereich passen.

M_1_13_04: 49 (Pflegefachkraft)

B: Also man versucht schon, erst mal individuell auf die Leute einzugehen. Also, (...) wenn ich bei einem Bewohner hier bin, nehme ich das Telefon nicht mit ins Zimmer, also bei dem gewissen Bewohner, weil ich genau weiß, der springt mir (...) an den Hals, wenn ich dieses Piepen um mich habe. Dann brauche ich ihm auch nichts erklären, da ist Ruhe angesagt. Wissen alle, also raus damit. Also wir versuchen es insgesamt ganz individuell. (...) Wenn wir wissen, diese Gewaltbereitschaft ist da, versuchen wir auch den Alltag so zu strukturieren, dass ich diesen Bewohner ganz bestimmt nicht bei orientierten Bewohnern, die zwar Betreuung haben beim Essen, aber nicht immer, weil sie ja recht selbständig sind und sich auch selber nochmal was nehmen können, den würde ich da nicht hinsetzen.

M_1_12_07: 63 (PflegehelferIn)

B: Also wie gesagt, Demenzstation und ich weiß das. Ich kenne die Leute, wann kann irgendwo was passieren. Da gibt es Tage, da ist alles okay, ist schön, sind zufrieden, ruhig, freundlich. Aber gibt es Tage, wo die Aggressivität ist ein bisschen zu hoch. Und dann muss ich besonders gut aufpassen. Das ist wie Wetter, das ist so. Das muss man auch akzeptieren und das ist so. Und auch, die Leute sind auch unruhig, wenn es zu laut ist. Stimmung und so weiter. Das ist auch richtig bei demenzkranken Leuten,

³⁵ Die vier anderen Mechanismen sind die des Erhöhens des Aufwands für den Täter, des Erhöhens seines Risikos, das Senken seiner aus der Tat erwartbaren Belohnung und des Beseitigens von Entschuldigungsgründen.

³⁶ Die Trennung gegnerischer Fanggruppierungen bei einem Fußballspiel auch bereits auf den An- und Abreisewegen zum und vom Stadion wäre ein Beispiel für eine ähnlich gelagerte Strategie in einem ganz anderen Lebensbereich.

also wirklich ruhig, Stimmung muss schön sein und das versuche ich (...). Wir singen, wir tanzen, ich tanze auch gerne, das mache ich auch, wir haben immer so viele Damen und die tanzen gerne und die singen auch, Musik habe ich also, schöne alte Lieder 50, 60er Jahre und ja, das passt schon, das passt schon.

M_1_I2_13: 9 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Insgesamt geht es hier vor allem darum, im Wissen um Zusammenhänge zwischen Demenzerkrankung, Reizverarbeitung und Überstimulation, Agitiertheit und damit unter Umständen einhergehender offener Aggressivität (siehe dazu u. Cohen-Mansfield, Marx, & Werner, 1992; Feliciano, Steers, Elite-Marcandontou, McLane, & Areán, 2009; Wolf, Goldberg, & Freedman, 2018) Bedingungen zu schaffen, unter denen eine Überlastung der Reizverarbeitungskapazitäten der Pflegebedürftigen nach Möglichkeit vermieden wird. Auch hier handelt es sich nicht um eine spezifische Strategie der Prävention von *resident-to-resident aggression*, sondern um die Schaffung sozialräumlicher Bedingungen, die den vorherrschenden Krankheitsbildern angemessen sind und dadurch verhindern sollen, dass Agitiertheit und Aggressivität zu bedeutsamen Problemen in der Einrichtung werden.

Interne Strukturierung: Separate Demenzabteilung

In Einrichtungen der stationären Altenhilfe gibt es unterschiedliche Formen der Unterbringung demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner: in einigen werden kognitiv stark eingeschränkte Menschen in die allgemeinen Wohnbereiche integriert, in anderen auf spezialisierten Demenzstationen untergebracht³⁷. Vor dem Hintergrund dieses Nebeneinanders von integrativen und segregativen Betreuungsformen thematisierten einige Befragte, dass sich in ihrem Haus die Einrichtung eines abgetrennten geschützten Wohnbereiches für demenziell Erkrankte bewährt habe, nicht zuletzt auch unter gewaltpräventiven Aspekten. Sie argumentierten mit einem deutlich verringerten Konfliktpotenzial im Umgang mit kognitiv nicht oder wenig eingeschränkten Bewohnerinnen, die so durch übergriffige oder störende herausfordernde Verhaltensweisen der demenziell Erkrankten nicht beeinträchtigt würden und unterstrichen gleichzeitig, dass auch demenziell Erkrankte durch eine geschützte Unterbringung mehr Freiraum hätten, potenziell konfliktauslösende Verhaltensweisen auszuagieren.

B: Dann mit der Geschichte, dass fitte Senioren, die aufgrund von körperlichen Gebrechlichkeiten in eine Einrichtung ziehen, ständig damit konfrontiert werden, dass Demente übergriffig sind. Und wir halten das für nicht den richtigen Weg, weil es einfach auch wirklich für beide Seiten sehr viel entspannter ist, wenn ich als fitte Bewohnerin eine fitte Bewohnerin neben mir habe oder einen fitten Bewohner, mit dem ich mich beim Tisch unterhalten kann, mit dem ich eine ganz normale Tischkultur leben kann. Wir haben kein Tablett-System. Bei uns werden die Tische eingedeckt. Die helfen sich untereinander. Die reichen sich mal die Kartoffel oder die Suppe. Das geht im Demenzbereich nicht. Da haben sie eine ganz andere Situation. Und darum, das passt einfach überhaupt nicht. Das passt nicht von dem, wie wir uns unseren Tagesablauf vorstellen oder ich erlebe sogar in der Sitzgymnastik, dass fitte Bewohner sagen, nein, den und den wollen wir da nicht bei haben, der stört das immer oder im Gottesdienst oder so. Und da müssen Sie immer gucken, dass Sie so ein bisschen vermitteln. Man kann das nicht überall rauslassen. Unsere Dementen haben auch einen Anspruch auf den Gottesdienst. Bei manchen Dingen sage ich einfach, das müssen wir aushalten können, auch unsere älteren Menschen, aber nicht 24 Stunden. Ich finde, da sind wir dann auch wieder überfordert, wenn man meint, das kann jeder 24 Stunden aushalten, oder dass die Dementen in die anderen Zimmer laufen Tag und Nacht. Das kann ich nicht erwarten von Bewohnern, dass sie das tolerieren oder die haben ihr eigenes Bad

³⁷ Zu integrativen und segregativen Betreuungsformen für Demenzkranke siehe u.a. Abaz (2017); Braun & Hahn (2019); Sylke (2008).

*und ein dementer Bewohner nutzt die Toilette im eigenen Zimmer. Natürlich tolerieren die das nicht.
(...)*

I: Das heißt (...), dass diese Trennung (...) eigentlich auch eine Gewaltprävention erst mal ist.

B: Richtig, auf jeden Fall und für beide Bereiche eine Entspannung. Wenn heute Prüfbehörden kommen und sagen, Ihr Haus ist so schön ruhig. Man hat ja manchmal einen Geräuschpegel in Pflegeeinrichtungen, der wirklich allerheftigst ist, und das ist für die Mitarbeiter und auch für die Bewohner, die einfach normal eingestellt sind, fast nicht auszuhalten.

M_2_I3_03: 37-47 (Einrichtungsleitung)

B: Also, ich glaube, wenn es um Gewalt und Aggression geht, würde es einiges vereinfachen, wenn Demente extra wären, so auf einer Demenzstation und die anderen extra, weil diese Schwierigkeiten dann einfach nicht da wären. Gerade die Dementen gehen oft auch an, gerade im Speiseraum, da wird schon Tisch eingedeckt, die räumen wieder um. Und da sind die anderen-, die stören sich da dran und dann kommen schon wieder irgendwelche aggressiven Worte. Und ich glaube auch, dass man auf einer reinen Demenzstation vielleicht mit den Dementen noch anders umgehen könnte. Ihnen mehr Freiräume lassen könnte, um dies oder jenes zu tun, um Schränke auszuräumen oder umzuräumen, als jetzt auf einer gemischten Station.

M_3_I1_10: 44-45 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

B: (...) für die Mitarbeiter ist es noch mal etwas, ich weiß nicht, ob es angenehmer vielleicht ist, dass man auch mal ein paar Bewohner dazwischen hat, mit denen man sich, in Führungsstrichen, vernünftig unterhalten kann. (...) Und (...) nicht nur mit, ich sage es jetzt mal böse, (...) sabbernden und einkotenden Leuten da zu tun haben, die kein gerades Wort mehr rauskriegen.

M_3_I1_02: 59 (Pflegefachkraft)

Das Konfliktpotenzial zwischen verschiedenen Anforderungen an die Lebensumgebung könnte also durch eine getrennte Unterbringung kognitiv stark eingeschränkter Bewohnerinnen und Bewohner stark reduziert werden. Im letzten Beispiel klingt jedoch bereits an, dass auch diese Praxis negative Aspekte mit sich bringt: Die Befragte problematisiert die herausfordernden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Wohnbereichen, die (fast) ausschließlich von demenziell erkrankten älteren Menschen bewohnt werden.

Präventive Strategien auf Ebene des Hauses

Übergreifend lässt sich hier bereits festhalten, dass mit größerem zeitlichen Abstand zum Akutgeschehen insgesamt die Einbeziehung von Leitungspersonen zunimmt. Während das Pflegepersonal in akuten Gewaltsituationen schnell, eigenständig und zielgerichtet handeln muss, steht die Nachbereitung von Gewalt- und Aggressionsereignissen im Zeichen der Fallbesprechung im Team unter Einbeziehung aller Hierarchieebenen des Wohnbereiches. Im folgenden Kapitel werden nun auch zielgerichtete Präventionsbemühungen der Leitungsebene eine Rolle spielen, die auf die Vermeidung systematischer Gefährdungskonstellationen sowie auf das Knüpfen eines institutionsinternen Präventionsnetzes hinsteuern.

Gestaltung eines hausinternen Präventionsnetzes

Um ein komplexes Phänomen wie Aggression und Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern zu handhaben, braucht es ein systematisches und zielgerichtetes Vorgehen. Insbesondere die Leitungskräfte der vier in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen beschrieben es als zentrale Notwendigkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Leitlinien und Standards

Handlungssicherheit zu geben. In zwei Einrichtungen wurde auch Wert darauf gelegt, ihnen designierte kompetente und handlungsfähige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen.

Konzepte, Leitlinien und Standards

Drei der untersuchten Einrichtungen verfügten nach eigener Aussage über ein schriftlich niedergelegtes Präventions- bzw. Deeskalationskonzept oder einen „Standard Gewaltprävention“, die Gewalt erklären, feste Verfahrenswege für den Umgang mit Fällen vorgeben und zum Teil auch Schulungen vorgeben. In der vierten Einrichtung wurde von der Existenz eines „Leitgedankens“ gesprochen:³⁸

***B:** Wir müssen einen Weg finden, damit (...) umzugehen. Natürlich ist das auch für manche Mitarbeiter schwierig, gerade die vielleicht auch, die diese langjährigen Ausbildungen nicht haben. Wir versuchen alle Mitarbeiter regelmäßig zu schulen. Darum bin ich auch ganz froh, dass von der Trägerschaft dieses Konzept da ist zur Gewaltprävention. Weil Reinigungskräfte, Küchenkräfte, Hauswirtschaftskräfte, nichts, wir brauchen alle diese Kräfte, nichts Abwertendes, einfach, aber auch häufig diesen Umgang nicht geschult bekommen haben Und dann da stehen und nicht wissen, wie sollen sie reagieren. Und dann sind wir gefordert, unsere Mitarbeiter darauf vorzubereiten.*

M_2_I3_03: 173 (Einrichtungsleitung)

***I:** Okay, gut. Und dann hatten Sie vorhin erzählt, dass Sie ein Deeskalationskonzept entwickelt haben. Das ist etwas, was jeder Mitarbeiter (...) ausgehändigt bekommt?*

***B:** Genau. Die haben das ausgehändigt bekommen. Die sind geschult worden. Also, dass denen auch einfach klar ist: Natürlich haben sie eine Aufsichtspflicht, aber sie müssen sich nicht in jegliche Situation reinwerfen. Und dass sie sich Hilfe holen sollen. Dass sie das gar nicht alleine bewältigen. Und wenn so Dinge sind, im Nachtdienst, die Damen, sind nur zu zweit. Und der Bewohner flippt da regelmäßig aus. Dann versuchen wir eben durch Fallgespräche das zu lösen.*

M_3_I1_03: 62-63 (Pflegedienstleitung)

***I:** Und diesen Standard, den Sie gerade angesprochen haben. Wie sieht der aus? Also da sind konkrete Angaben drin oder Vorgaben-.*

***B:** Was Gewalt ist. Also Gewalt ist nochmal erklärt. Was für Gewalt gibt es, welche Arten von Gewalt? Was machen wir, wenn wir mitbekommen, dass Gewalt irgendwo ist? Wie reagieren wir, wie verhalten wir uns? Und das ist halt alles dort fest beschrieben. Wir frischen den immer wieder auf. Die Mitarbeiter da zu sensibilisieren.*

M_4_I2_01: 164-165 (Einrichtungsleitung)

Die genannten Konzepte und Standards werden nach Angabe der befragten Leitungskräfte allen Beschäftigten ausgehändigt und in Teilen auch durch Schulungen vermittelt. Allerdings wurde durch einige Interviews mit Beschäftigten deutlich, dass nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Inhalte kennen oder auch nur um Existenz einschlägiger Konzepte wissen.³⁹

³⁸ Die fraglichen Dokumente wurden in keiner Einrichtung für die Auswertung zur Verfügung gestellt.

³⁹ Internationale Studien zur Dissemination und Nutzung von Leitlinien in Pflege und Gesundheitswesen (Medves et al, 2010; Thomas, McColl, Cullum, Rousseau, & Soutter, 1999) legen ebenfalls den Schluss nahe, dass eine umfassende Dissemination in der Belegschaft eine große Herausforderung darstellt; insgesamt haben Leitlinien aber demzufolge das Potenzial, in pflegerischen Teams eine gemeinsame Grundlage und Ausrichtung zu fördern und pflegerische Ergebnisse zu verbessern.

Beauftragte benennen und qualifizieren

In zwei Einrichtungen waren Beauftragte benannt worden, die als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für den Umgang mit Gewalt zur Verfügung standen. In einer Einrichtung war eine Präventions- /Missbrauchsbeauftragte die designierte Ansprechpartnerin für Gewalt, in einer anderen war ein Deeskalationstrainer des Trägers gelegentlich in der Einrichtung, aber das Fehlen einer Ansprechperson vor Ort wurde bemängelt:

B: *Wir haben durch unsere Präventionsverordnung eine Missbrauchsbeauftragte im Haus, die auch diese Fälle alle gemeldet bekommt. Und die dann letztendlich auch mit Leitung zusammen entscheidet, was muss weitergemacht werden. Die die Fälle alle aufnimmt. (...) Ja und das ist, das ist jetzt nicht ausschließlich Gewalt. Da geht es um Missbrauch aller Arten. Gewalt fängt ja schon im Kleinsten an und es geht ja schon damit los, ich gehe ich ein Zimmer ohne vorher anzuklopfen, zu schellen oder solche Geschichten. Diese Übergriffigkeit. Ja. Und unsere Mitarbeiter müssen die Präventionsverordnung letztendlich lesen, jeder bekommt die ausgehändigt, und muss auch nochmal die Selbstverpflichtung unterschreiben. Dass er (...) natürlich selber keine Gewalt ausübt und wenn er Kenntnis von Gewalt bekommt, dass das gemeldet werden muss. Das ist Bestandteil des Arbeitsvertrages. Das ist Voraussetzung, um hier einen Arbeitsplatz zu bekommen, wie ein Führungszeugnis. Wenn jemand sagt, nein, das will ich aber jetzt nicht unterschreiben, würde er seinen Arbeitsvertrag nicht bekommen.*

M_2_13_03: 207 (Einrichtungsleitung)

I: *Ja gut, denken Sie, dass so ein Gewaltbeauftragter oder sowas wie die Deeskalationsbeauftragte haben Sie ja jetzt gesagt, kommt von der anderen Einrichtung, dass Sie das hier für das Haus eigentlich bräuchten?*

B: *Ja, glaube ich schon. (...) weil es einfach zu Situationen kommt und weil einfach da hier keiner ist, der eine fachliche-, also weil das (...), was man hier im Moment ja auf allen Bereichen macht, ist ja (...) viel aus der Erfahrung heraus und dann halt ja, so ein bisschen aus, sagen wir mal Instinkt. (...) aber ich glaube schon, dass da (...) fachlicher Input auf jeden Fall hilfreich ist und auch (...) nötig wäre.*

M_3_11_06: 205-208 (Pflegefachkraft)

Personalmanagement: Kompetenzen, Verhalten und Einsatz der Beschäftigten

Neben Präventionsansätzen, die auf die Bewohnerinnen und Bewohner selbst oder ihre unmittelbare Lebensumgebung gerichtet sind, berichteten Befragte auf die Frage nach Möglichkeiten zur Vermeidung von Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich dem Bereich des Personalmanagements zuordnen lassen. Personalmanagement ist darauf ausgerichtet, das Personal so einzusetzen und weiterzuqualifizieren, dass die Arbeit gut gemacht werden kann. In den Schilderungen der Befragten standen drei Hauptlinien im Fokus:

- Personalentwicklung – Beschäftigte mit den notwendigen Kompetenzen und Informationen ausstatten, um deeskalativ und präventiv wirken zu können,
- Personaleinsatz – Beschäftigteneinsatz so planen, dass zu konflikträchtigen Zeiten bzw. an konflikträchtigen Orten (mehr) Personal vorhanden ist, das deeskalierend wirken bzw. intervenieren kann,
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit – Beschäftigte dahingehend entlasten, dass sie weniger zu eigenen problematischen Verhaltensweisen und Gemütszuständen neigen, die von Bewohnerinnen und Bewohnern gespiegelt werden können (z. B. Stress, Hektik).

Kompetenzen der Beschäftigten erhöhen

In den Gesprächen mit den befragten Führungskräften wurde häufig die Notwendigkeit thematisiert, die Kompetenzen der Beschäftigten zu erweitern. Dabei wurde neben einem grundsätzlichen Fortbildungsbedarf, der in den Kapiteln 5.1.5, 5.2.5 und 5.3.4 im Fokus steht, auch das stellenweise Fehlen weniger formalisierter Kompetenzen angesprochen. So wurde von mehreren Interviewten beschrieben, dass eine Gewalt und Aggressionen vermindernde Herangehensweise an Pflege und Betreuung in besonderem Maße Kompetenzen im Bereich der Deeskalation und des bewohnerorientierten Arbeitens erfordere. Die Notwendigkeit einer umsichtigen Personalauswahl, die neben der formalen Qualifizierung auch Wert auf die persönliche Eignung der potenziellen Beschäftigten legt, schwang in mehreren Interviews mit. In diesem Kontext wurde auch die Ausbildung / Unterbringung von aus Sicht der Interviewten ungeeigneten Personen in Assistenz- und Hilfsberufen durch die Bundesagentur für Arbeit thematisiert und deutlich gemacht, dass viele potenzielle Beschäftigte trotz vorhandener formaler Qualifikationen für die Arbeit nicht geeignet seien.

B: Erstens eine personelle Ausstattung, die da sein muss, da müssen die (...) Mitarbeiter eine gewisse Haltung mitbringen. Also, und das mildert halt schon vieles ab. Und also, wenn ein (...) Mitarbeiter, bewohnerorientiert arbeitet, dann vermeidet er zum Beispiel schon so was wie ein-, wie so ein Gewaltpotenzial bei dem Bewohner und bei den Bewohnern untereinander (...).

M_1_I3_12: 71 (Leitung Sozialer Dienst)

B: (...) Und dann frage ich mich halt, drei Monate einen Schein und dann, der wird dann auch noch vom Amt finanziert. Wo Leute vielleicht reingesteckt werden, die gar nicht wissen, worauf sie sich einlassen. Und dann kommen die in die Praxis und werden halt, ja, von den ganzen Eindrücken, von den Problemen der Bewohner halt belagert und kommen irgendwann dann nicht mehr klar. Und ich finde, (...) da kommt es auch zu Gewalt oder kann es zu Gewalt kommen. Einfache Überforderung.

M_3_I1_05: 173-174 (Pflegefachkraft in Ausbildung)

Informationsfluss

Viele der befragten Beschäftigten thematisierten die hohe Wichtigkeit, die eingesetzten Beschäftigten täglich umfassend über die aktuelle Situation in der Einrichtung zu informieren. Ein umfassender Informationsfluss ermögliche es den Beschäftigten, adäquat auf Stimmungslagen einzelner Bewohnerinnen und Bewohner zu reagieren und bestimmten Fällen von Aggression und Gewalt vorzubeugen.

Zu diesem Zweck wurden in allen teilnehmenden Einrichtungen regelmäßige Besprechungen oder Teamsitzungen durchgeführt, die das aktuelle Geschehen im Haus in den Fokus nahmen. Auch der Stellenwert der Informationsweitergabe bei der täglichen Dienstübergabe wurde von vielen Befragten sehr hoch eingeschätzt, vielfach wurde auch das Übergabebuch angesprochen, in dem Wichtiges schriftlich festgehalten wird.

B: Ja wir haben ein Übergabebuch. Da wird das drin dokumentiert. Auch wenn ich jetzt mitkriege, dass bei der Pflegekraft, die jetzt zu dem Bewohner hin muss, und es ist was vorgefallen, informiere ich sie natürlich. Ich sage dann: „Hier pass mal auf. Der war gestern wieder sehr verbal ausfällig.“ Oder „Er hat mal geschlagen.“ Und also man kriegt schon Informationen von der Schichtleitung, auf jeden Fall. Also die wichtigen Informationen. Und ansonsten haben wir ein Übergabebuch, da kann jeder jederzeit reingucken, sich das durchlesen, ob was bei dem Bewohner war, oder nicht.

M_1_I2_06: 227 (Pflegefachkraft)

Abgesehen vom Übergabebuch findet sich in allen Einrichtungen eine detaillierte schriftliche Dokumentation von RRA-Episoden, etwa in den Akten der fraglichen Bewohnerinnen oder Bewohner oder im Pflegebericht /Berichteblatt⁴⁰, das auch zur Ursachenanalyse herangezogen wird:

B: Manchmal erkennt man schon das Aggressionspotential, wann was auftritt, welche Uhrzeiten, führt Protokoll darüber und guckt dann, in welche Richtung man geht.

M_1_I3_04: 19 (Pflegefachkraft)

B: Alle Abweichungen vom normalen Tagesgeschehen werden im Berichtsblatt dokumentiert. Damit man eben auch einen Überblick hat.

I: Und wer liest die Dokumentation?

B: Die Pflegekräfte und ansonsten schwerpunktmäßig Kontrollinstanzen.

I: Und was ist mit den Betreuungsassistenten und den Servicekräften?

B: Also, die Servicekräfte sind überhaupt nicht in der Dokumentation drinnen. Die sind darauf angewiesen, dass man denen weitergibt, wenn irgendetwas vorgefallen ist. Aber die Betreuungsassistenten, die lesen und schreiben auch selbst Berichte.

M_3_I1_07: 154-159 (Pflegefachkraft)

Der Zugang zu aktuellen Informationen mittels mündlicher Übergaben oder durch Einsichtnahme in schriftliche Dokumentationen war in den untersuchten Einrichtungen nicht in gleicher Weise geregelt. Während insbesondere in einer Einrichtung großer Wert auf interdisziplinäres Arbeiten unter Einbindung aller Professionen gelegt wurde, waren in anderen etwa Service- oder Küchenkräfte ausgeschlossen. So berichtete eine Servicekraft und frühere Betreuungsassistentin von einer aus ihrer Sicht unzureichenden Informationslage:

I: Haben Sie denn als Betreuungsassistentin die Dokumentationen auch gelesen? Also, dass Sie nicht nur selber reingeschrieben haben, sondern dass Sie dann auch sozusagen Aktuelles mitgeteilt bekommen?

B: Ja, das finde ich ganz wichtig, ja. Wir haben zum Beispiel die Mails auch bekommen, bei dem und dem Bewohner war heute das, und da muss darauf geachtet werden-. Und da wurden ja auch Berichte-, da konnte man schon auch reingucken. Wichtige Informationen haben wir halt bekommen, finde ich super wichtig. Das ist für mich jetzt auch nicht schön, dass ich das nicht mehr habe, weil eigentlich-.

I: (...) Wie ist das als Servicekraft?

B: Eigentlich sollten wir das haben, haben wir nicht. Ich finde das eigentlich wichtig.

M_3_I1_09: 141-146 (Servicekraft)

Erhöhung der Arbeitszufriedenheit – Problematisches Verhalten der Beschäftigten reduzieren

Mehrere Interviewte thematisierten, dass die Arbeitsbedingungen, insbesondere die von den Beschäftigten erlebte Zeitknappheit, sich in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen niederschläge und daher im Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern ein aktives Management der eigenen Stimmung und Verfasstheit notwendig sei, um zu verhindern, dass es auf Seiten der Pflegebedürftigen zu Agitiertheit und Aggressivität komme:

B: Du darfst nicht Bewohner zeigen, dass du Angst hast oder dass du auch aggressiv bist oder noch irgendwas oder hibbelig bist. (...) wenn du Zeitdruck hast in der Pflege, dann, dann merkst du schon, ja: machst du schnell, schnell und dann sind sie auch selber dann hibbelig. (...) dann denkst du „oh“, da muss man jetzt einfach langsam machen und zeigen, dass du Zeit hast und nicht schnell, schnell(...). Denn das spüren sie alles. Spüren sie sofort (...). Dann sagen „nein, nein, ich habe Zeit, ich mache jetzt

⁴⁰ Das Berichtblatt ist ein Element der Pflegedokumentation, dessen Schwerpunkt auf "Abweichungen von den immer wiederkehrenden Abläufen der Pflege und Betreuung im Maßnahmenplan" und auf "tagesaktuellen Ereignissen" liegt (Beikirch, Nolting, & Wipp, 2017, S. 154).

zu Ende, alles gut, wir schaffen das“. Und dann geht das auch so. Aber darf man nicht (...) diesen Zeitdruck zeigen oder diese Aggression zeigen, dass du, wenn der Bewohner dich auch zehnmal fragt die gleiche Frage ab und zu denkst du „ohrrmh“, aber dann musst du (...) nicht zeigen, dass du jetzt, oahh, so auf 120 gehst oder so was. Da muss man wirklich dann, okay, wartest du noch ein zehntes Mal die Frage oder aber einfach mit der Ruhe dann, und dann ist der auch beruhigt. Aber wenn du fängst an vielleicht nur die Stimme höher zu machen, dann siehst du sofort oder spürst du sofort. Dann wird der auch sofort aggressiver.

M_1_I2_09: 56 (PflegehelferIn)

Sowohl von der Leitungs- als auch von der Beschäftigtebene wurde angesprochen, dass Maßnahmen zur Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Arbeitszufriedenheit erhöhen und damit letztlich auch der Wohn- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zugutekommen:

B: Aber mal so meine Themen sind auch zum Beispiel dann eher flexiblere Arbeitszeiten für Mitarbeiter schaffen, dass Mitarbeiter insgesamt geduldiger, entspannter sind, wenn sie hier zur Arbeit kommen. Was sich wiederum (...) auf die Bewohner auswirkt. Das sind so die Themen. Also eine vernünftige Bezahlung, das hat ja viel mit Arbeitszufriedenheit zu tun. Und auch das, Arbeitszufriedenheit wirkt sich ebenfalls auf Bewohner und deren Wohlbefinden aus.

M_1_I3_12: 132 (Pflegedienstleitung)

B: Ich meine, ich muss sagen, unsere Chefin macht das dann schon, wenn sie das selber mitkriegt. Die sagt dann auch, entweder sagt sie „Komm“ – weil, viele rauchen ja auch: „Komm, nimm dir deinen Kaffee, geh nach draußen und nimm dir jetzt erstmal zehn Minuten Auszeit, um runterzukommen.“ Und das nehmen auch sehr viele in Anspruch. Also die brauchen wirklich diesen Puffer.

M_4_I1_10: 65 (Auszubildende Pflegefachkraft)

So sprach eine befragte Pflegedienstleitung etwa von flexibler Gestaltung der Arbeitszeiten und guter Bezahlung. Andere Interviewte verwiesen auf die Notwendigkeit systematischer Lösungen für Belastungssituationen, etwa das Schaffen kurzer Freiräume, aber auch Coaching, Supervision oder der Austausch im Kollegium wurden als hilfreich genannt. Das nachfolgende Beispiel schildert eine Situation, in der eine Pflegekraft, die dauerhaft in einer besonders belastenden Nachtdienstsituation tätig war, die Leitung um Abhilfe bat; in der Folge des Gespräches wurde für alle Pflegekräfte ein Rotationssystem mit wechselnder Belastungsintensität eingeführt:

B: Die Mitarbeiterin, die war übrigens [dauerhaft] im Nachtdienst. Die hatten wir zum Gespräch, das muss ich noch kurz erwähnen. Die war kurz vorm Knall. Also wirklich so: „Das kann ich nicht mehr. Das kann ich nicht mehr. Das kann ich nicht mehr.“. Hat aber zur Folge, dass alle anderen Mitarbeiter, die ihren eigenen Bereich immer hatten über Jahre jetzt, müssen dann halt auch mal rotieren. Das heißt, die hat da so eine Welle von, ja, ein bisschen Unzufriedenheit, ausgelöst die Mitarbeiterin. Aber zu Recht. Also sie kann nicht weiter dort arbeiten, weil sie mir sonst wirklich wegbricht. Und so hat jeder mal (...) diese Last zu tragen, und jeder kommt ja auch wieder auf einen anderen Bereich, auf einen ruhigeren Bereich. Mal mehr Bewohner, mal weniger Bewohner und irgendwann sind sie dann wieder auf ihrem eigenen Bereich. Also das rotiert dann halt.

M_4_I2_01: 165 (Einrichtungsleitung)

Strategischer Personaleinsatz / Umstrukturieren

Immer wieder kam in den Interviews die allgemeine Belastungssituation in der Pflege zur Sprache, die mit einem hohen Personalmangel einhergeht. In mehreren Einrichtungen wurden vor diesem Hintergrund strategische Umstrukturierungen des Personaleinsatzes berichtet. Zum einen betrifft dies die Einführung eines Rotationssystems, um mit einer spezifischen Tätigkeit verbundene Belastungen auf mehrere Schultern zu verteilen. Zum anderen berichteten Beschäftigte anderer Einrichtungen, dass eine systematische Fortbildung der Servicekräfte zu Präsenzkraften bzw. im anderen Fall der Ausbau

des Sozialen Dienstes mit Betreuungsassistentinnen und -assistenten vorhandene Betreuungs- und Präsenzlücken effektiv schließen konnten:

I: Sie haben ja gerade gesagt, (...) dass es jetzt Präsenzkkräfte im Speisesaal gibt. Ist das (...) unter anderem eine Entscheidung gewesen, weil das besser ist, dass man dort die Bewohner mehr im Auge hat? Weil sie dort zusammentreffen und dann es mal zu Konflikten kommen kann?

B: Ja also der Konfliktvermeidung wegen, aber auch aus Gesundheitsgründen, denke ich. Es kann sich ja auch mal jemand verschlucken und wir kriegen es nicht mit, dass wir aufgerufen werden. Also auch die andere Seite. Jetzt nicht nur-, halt Präsenzkraft, Ansprechpartner, „Mir ist nicht gut“, oder „Ich suche hier was“, oder-. Also das ist schon ganz wichtig, weil wir eben so viele nichtorientierte Menschen haben. Dass da auch jemand ist, für die allgemeine Sicherheit, sage ich jetzt einmal. Und wenn derjenige überfordert ist, dann kann der uns ja rufen. Und so (...) können [wir] entspannter in den Zimmern unsere Arbeit machen.

M_3_I1_12: 24-27 (Pflegefachkraft)

B: (...) seitdem es den sozialen Dienst-, eben halt auch erst mit drei Mitarbeitern, dann mit Betreuungsassistenten erst vier, dann acht und jetzt sind wir zehn, die wirken durch eine gewisse Präsenz und durch (...) ihre deeskalierende Haltung. Und wir konnten sie auch Gott sei Dank alle einstellen. Und die waren nicht schon immer da und wir mussten gucken, dass wir uns irgendwie arrangierten, sondern wir haben sie ja im Laufe der Jahre angestellt. Und ich habe den Eindruck, das macht viel aus, wenngleich ich überhaupt nicht dagegen wäre, wenn, wenn es (...) so eine Anlaufstation⁴¹ gäbe und wir in konkreten Situationen die Idee hätten, diese Person zusätzlich mit einzubeziehen. Weil, man lernt nie aus im Umgang mit, mit Problemen.

M_4_I1_03: 98-99 (Leitung Sozialer Dienst)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die beschriebenen Maßnahmen des Personalmanagements als hilfreich für die Verminderung aggressiven und gewaltförmigen Verhaltens von Bewohnerinnen und Bewohnern untereinander beschrieben werden. Insbesondere vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen könnte es zielführend sein, der erhöhten Befähigung und der Reduzierung personeller Ausfälle größere Aufmerksamkeit zu widmen.

5.2.5. Aus- und Fortbildung in der stationären Altenhilfe und die Bewältigung von RRA-Problemlagen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass Aggressionsvorkommnisse unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen häufig sind und zugleich überwiegend nicht mit gravierenden Verletzungsfolgen einhergehen. Interventions- und Präventionsansätze, die in den Interviews beschrieben wurden, versuchen sowohl auf Personen als auch auf situative Merkmale einzuwirken. Beschäftigte berichten von personenzentrierter Pflege, enger Betreuung und Beschäftigung, von gezieltem Management herausfordernder Verhaltensweisen, von der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, wie der Beschäftigung von Bewohnerinnen und Bewohnern, auch derer, die kognitiv kaum eingeschränkt sind. Als Zielrichtung wird von Aktivierung, Ablenkung von herausfordernden Verhaltensweisen und Milderung von Langeweile und Frustration gesprochen. Daneben wird von situationszentrierten Maßnahmen berichtet: Beschäftigte organisieren potenziell konfliktbehaftete soziale Situationen dahingehend (um), dass Bewohnerinnen und Bewohner, deren Verhältnis als konflikthaft betrachtet wird, weniger zusammentreffen oder dass sozialräumliche Bedingungen geschaffen werden, welche die Pflegebedürftigen nicht überfordern.

⁴¹ Gemeint ist die zuvor von der Interviewerin angesprochene Funktion einer oder eines Gewalt- oder Präventionsbeauftragten.

Neben den Präventionsmöglichkeiten, die den Pflegenden selbst zur Verfügung stehen, skizzierten die Befragten vielfach auch Herausforderungen und Lösungsansätze, die eher auf der Ebene der Organisation verortet sind und hier auch verantwortet werden: Sie beschrieben Maßnahmen aus dem Aufgabenspektrum des Personalmanagements, die sich den Bereichen Personalentwicklung und -qualifizierung, strategischer Personaleinsatz und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit zuordnen lassen.

Die Voraussetzungen einer erfolgreichen Bewältigung der mit RRA-Problemlagen verbundenen Herausforderungen können grundsätzlich durch entsprechende Aus- und Fortbildung verbessert werden. Im Folgenden wird betrachtet, inwieweit diesen Bedarfen im Rahmen der Aus- und Fortbildung Rechnung getragen wird.

Grundständige Ausbildung

In der grundständigen Ausbildung aller in Pflege und Betreuung tätigen Berufsgruppen spielte die Thematik „Gewalt und aggressives Verhalten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern“ nach Angaben der befragten Beschäftigten und Leitungskräfte keine große Rolle. Auch examinierte Pflegekräfte berichteten, RRA sei in ihrer eigenen Ausbildung gar nicht, nur oberflächlich bzw. als kleiner Teil der angrenzenden Thematiken „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ bzw. „Gewalt zwischen Beschäftigten und Pflegebedürftigen“ behandelt worden. Einige der befragten Pflegekräfte schilderten, dass sie sich nur unzureichend auf den Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern vorbereitet fühlten. Eine Pflegekraft, die erst ein halbes Jahr zuvor die Ausbildung abgeschlossen hatte, äußerte sich im Interview so:

I: Sie sind ja praktisch mit dem Examen in die Praxis entlassen worden. (...) Sind Sie (..) da gut vorbereitet worden auf diesen ganzen Komplex von Gewalt und Aggression?

B: Ich glaube nicht. (...) Also, mir ist klar, ich darf sozusagen nicht zurückschlagen (...). Also diese Basics, das, was eigentlich normal ist, das ist klar und logisch. Aber ich sage mal, wie ich jetzt direkt vielleicht mit Bewohnern untereinander umgehen sollte, beziehungsweise wen ich dann da halt entweder mehr bestrafe, in Anführungsstrichen, als den anderen, oder wie ich die auseinanderbringe so, da bin ich, glaube ich, nicht genug.

M_3_I1_02: 84-86 (Pflegefachkraft)

Die befragte Pflegekraft bringt zum Ausdruck, dass sie sich durch ihre eben erst abgeschlossene Ausbildung nicht hinreichend vorbereitet fühlt. Die von ihr aufgeworfene und zugleich zurückgenommene Frage des „selektiven Bestrafens“ mag als Indiz für die diesbezüglichen Lücken gelesen werden.

In Bezug auf spezielle Thematiken, die in der Ausbildung fehlten, nannten mehrere Befragte die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen in der Altenpflegeausbildung, obwohl dieses Wissen zunehmend im pflegerischen Arbeitsalltag benötigt werde.

Auch die Ausbildungen der Altenpflegehelferinnen und -helfer sowie der Präsenz- und Hilfskräfte, die zwischen 160 Stunden und einem Jahr in der Ausbildung verbringen, wurden zumeist als nicht ausreichend eingeschätzt. In den jeweiligen Ausbildungen werde Gewalt und Aggression allenfalls knapp behandelt. Für Präsenzkräfte und Betreuungsassistentinnen seien jährliche Pflichtfortbildungen vorgesehen, wobei eine gewisse Stundenanzahl dem Umgang mit Konflikten vorbehalten sei. Nach Aussage einiger Befragter (darunter auch einige Assistenzkräfte) sei die Qualifizierung allerdings keine ausreichende Vorbereitung auf die teils als psychisch fordernd beschriebene Tätigkeit. Die geschilderte unzureichende Qualifizierung in Kombination mit engem Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern

wird als besonders problematisch beschrieben: auf der einen Seite könne unsachgemäßes Verhalten von Präsenz- und Betreuungskräften Aggressionen bei Bewohnerinnen und Bewohnern hervorrufen, insbesondere wenn es sich um dementiell Erkrankte handele; auf der anderen Seite seien Beschäftigte mit geringer Ausbildung vielfach nicht in der Lage, frühe Zeichen aggressiver Entwicklungen zu erkennen:

I: Sie haben ja Servicekräfte, Sie haben ja Betreuungsassistenten (...). Wie gut sind die geschult?

B: -Also, die Betreuungskräfte sind, glaube ich, ja-. Also, ich habe ja selbst den Betreuungs-, also den Sozialassistenten gemacht. Es gibt aber halt auch Ausbildungen oder Scheine jetzt, drei Monate. Und ich habe, mache keine Betreuung mehr, weil es geht an die Psyche. Viel mehr, als die Pflege an die Psyche geht. (...) Und dann kommen die in die Praxis und werden halt, ja, von den ganzen Eindrücken, von den Problemen der Bewohner halt belagert und kommen irgendwann dann nicht mehr klar. Und ich finde, (...) da kommt es auch zu Gewalt oder kann es zu Gewalt kommen. Einfache Überforderung. M_3_I1_05: 173 – 174 (Auszubildende Pflegefachkraft)

B: Man merkt das schon bei den Kollegen, die vielleicht nur eine zweijährige oder häufig nur eine einjährige Ausbildung haben. Beziehungsweise bei den Präsenzkraften, die gehen ganz anders mit den Bewohnern um. Oftmals kann man ja Aggressionen schon verhindern, indem man Bewohner einfach kennt und einfach auf die Reaktionen achtet. Wir haben hier einen Bewohner dazwischen, der sehr gewaltsam gewesen ist. Der war ja erst oben auf dem Wohnbereich, ist jetzt vor Kurzem nach unten gezogen. Dem sieht man das an, bevor der aggressiv wird. Oben hieß es, vom oberen Wohnbereich: „Dem sieht man das nicht an.“ Aber wenn man sich genau mit ihm mal beschäftigt, sieht man ihm das an. Dann fängt er an zu stottern. Dann fängt er leicht an zu zittern. Und dann weiß man: „Okay, jetzt ist eine Grenze, wo man ihn nun in Ruhe lassen sollte.“ Und ich finde, dass das nicht jeder so einschätzen kann. Das ist schon ein Unterschied, ob es eine erfahrene Pflegefachkraft ist, die das dann auch so entsprechend beurteilt, oder ob ich da jetzt eine Präsenzkraft gerade habe, die vielleicht diesen 87b-Schein⁴² hat, die das vielleicht nicht unbedingt so erkennt. Das ist schon ein Unterschied.

M_1_I3_02: 34-35 (Pflegefachkraft)

Auch die Service- und Reinigungskräfte seien in der Regel nicht oder nicht ausreichend für den Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern geschult, obwohl sie in ihrer täglichen Arbeit mit ihnen zu tun haben, und dies oftmals ohne die Anwesenheit geschulter Kräfte. Der verbreitete nicht angeleitete und vielfach uninformierte Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern wurde insbesondere in einer Einrichtung als problematisch beschrieben:

I: Sie sind jetzt ja als Servicekraft nicht so geschult wie eine Pflegefachkraft. (...) Wie viel wissen Sie über die Hintergründe der Bewohner? (...) Warum tut diese Dame das-? (...)

B: Ganz, ganz wenig. (...) Also die Pfleger, die sagen mir nicht, was die hat. Ob die jetzt nervenkrank ist, ob die (...) Demenz hat (...). Weiß ich nicht, weiß ich nicht.

I: (...) woher haben Sie das genommen, dass Sie das gemeistert haben mit ihr?

B: Ich habe mir das selber gedacht: Wenn ich jetzt zurückschreie, bringt das ja nichts. Also [Name der befragten Person], musst du ruhig bleiben und ruhig mit ihr sprechen. Ich denke mir immer, ich habe ein Kind vor mir. Sage ich jetzt mal so. Meistens hilft es.

M_3_I1_13: 8-11 (Servicekraft)

Zu den Qualifikationsbedarfen von Servicekräften äußerte sich die Leitung des Sozialen Dienstes einer Einrichtung:

B: Dass sie [= Servicekräfte] da einfach doch mehr Schulung bekommen. Auch im Umgang mit dement erkrankten Menschen. Das ist schon seit längerem Thema hier, dass sie da einfach mehr Schulung, niedrigschwellig würde ich einfach mal sagen, damit es auch verständlich ist, wie der Umgang da ist. Einige kommen da sehr gut mit zurecht, haben da ein sehr gutes Händchen. Andere überhaupt nicht.

⁴² Gemeint ist die Ausbildung zur Betreuungskraft, inzwischen nach § 43b SGB XI, vormals nach § 87b SGB XI.

Die dann auch nicht adäquat reagieren – sondern selber entsprechend aus der Not heraus – weil sie es nicht anders wissen, würde ich jetzt einfach mal sagen, so reagieren. Was aber dann der falsche Weg ist. Und dadurch vielleicht auch was aufschaukeln kann, was keiner möchte. Also die brauchen auf jeden Fall auch Unterstützung und Hilfe im Umgang mit Demenz, aber auch Thema Gewalt. Im weitesten Sinne auch.

M_3_I1_11: 106-107 (Leitung sozialer Dienst)

B: Also, die Kommunikationsproblematik ist dann eigentlich immer dasselbe, dass der Bewohner etwas sagt, was (...) nicht stimmen kann. Aber das Gegenüber, in dem Fall jetzt die Servicekraft, immer wieder auf ihn einredet und sagt, aber das ist doch gar nicht so. Und also ein Beispiel ist, wir hatten mal eine Frau, die immer unten im Hof die Gärtnerin gesehen hat und immer gesagt hat, da unten ist meine Mutter. Kann nicht sein, die Frau war selbst schon über 80. Aber die Servicekraft immer wieder gesagt hat, aber nein, deine Mutter ist doch schon tot, die lebt doch schon gar nicht mehr, das kann doch gar nicht deine Mutter sein. Und die gute Dame sich natürlich immer mehr da reingesteigert hat. (...)

M_3_I1_10: 146-149 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Fortbildung und Schulung

Bedeutung von und Bedarfe an Fortbildungen und Schulungen für den Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern

Insbesondere vor dem Hintergrund der wahrgenommenen mangelnden Thematisierung von RRA in der grundständigen Ausbildung sah die weit überwiegende Mehrheit der in den Interviews erreichten Beschäftigten – wie auch bereits die schriftlich befragten Kräfte – Schulungen und Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr wichtig an. Leitungskräfte betonten, dass ein fachgerechter Umgang mit einschlägigen Vorfällen nur dann möglich sei, wenn das Personal entsprechend geschult sei. So beschrieb der Leiter eines Sozialen Dienstes die besondere Notwendigkeit der Fortbildung von Personal mit geringeren Qualifikationen:

B: Also, für mich gibt es zwei Punkte. Erstens eine personelle Ausstattung, die da sein muss, da müssen die (...) Mitarbeiter eine gewisse Haltung mitbringen. Also, und das mildert halt schon vieles ab. Und also, wenn ein, ein Mitarbeiter, bewohnerorientiert arbeitet, dann vermeidet er zum Beispiel schon so was wie ein-, wie so ein Gewaltpotenzial bei dem Bewohner und bei den Bewohnern untereinander zum Beispiel. Da bin ich ganz fest davon überzeugt. Und dann müssen die, müssen die Mitarbeiter sicherlich auch gleichzeitig noch geschult werden. Da sehe ich zum Beispiel noch Ausbaumöglichkeiten, generell in der Ausbildung von Pflegeassistenten und von Pflege, also, Präsenzkraften. Weil wir arbeiten mit Menschen zusammen und ich habe die Erwartungshaltung, dass wir Menschen, die gerade dementiell verändert sind, vernünftig betreuen und ich halte es nicht für sinnvoll, dass man (...) relativ unausgebildete Menschen da ran lässt an diese Arbeit. Das ist ein sehr, sehr sensibles Thema und ein sehr sensibles Arbeitsfeld.

M_1_I3_12: 71 (Leitung Sozialer Dienst)

Die aufgeworfene Frage nach dem Verstehen der Umstände und Auslöser, die gewalttätiges Verhalten bedingen und begleiten, wurde auch auf Seiten der Pflegekräfte thematisiert. So verweisen Befragte auf besondere Schulungsbedarfe insbesondere mit Blick auf eigenes oder beobachtetes Fehlverhalten.

B: Es sind halt so viele Ursachen, die da (...) eine Rolle spielen, warum der Bewohner aggressiv ist. Und wenn eine Pflegekraft oder eine Betreuungskraft das nicht weiß, kann die nicht handeln. Das (...) ist wirklich das-, das A und O. Geschultes Personal ist da unabdingbar.

M_1_I3_01: 62-65 (Pflegedienstleitung)

B: Sehr wichtig. Weil ich manchmal (...) über das Hören ja nur mitbekomme, dass falsch reagiert wird. Wenn irgendwelche aggressiven Handlungen irgendwo laufen, gelaufen sind oder wie auch immer und ich fände das schon ganz schön-. Ja, ich meine, gut, feste Richtlinien kann man dafür wahrscheinlich

gar nicht so richtig festlegen, wie man reagieren muss. Hat ja auch immer mit der Situation zu tun, dann. Aber man sollte schon so ein bisschen durch Fortbildung (...) Möglichkeiten zeigen, wie man reagieren kann. Finde ich schon wichtig. Weil, erstmal kommt es den Bewohnern zugute, wie man darauf reagiert. Und selber muss man ja auch mit umgehen können und wie mache ich richtig und wie mache ich falsch.

M_2_I1_02: 98-99 (Pflegefachkraft)

B: Ja, ich finde das schon sehr wichtig, weil, ich habe jetzt natürlich das Glück, dass ich das bisher noch nicht erlebt habe. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass es, wenn man das erlebt, ist es schwierig damit umzugehen, wenn man nicht geschult ist. Also ich habe eine Situation in der Gerontopsychiatrie gehabt. Wäre ich allein auf dem Wohnbereich gewesen, was ja nicht passiert, Gott sei Dank, ich hätte damit nicht umgehen können. Da war eine Bewohnerin, die hat angefangen zu singen. Eine andere Bewohnerin hat das nicht haben können, ist aufgesprungen, ist hingerannt und hat der aber sowas von auf den Kopf gehauen. Ja, so schnell-. Also, ich hätte nicht so schnell reagieren können, wie die Kollegen reagiert haben. Die kennen das schon, weil das wohl regelmäßig da passiert und die natürlich in der Psychiatrie auch ganz anders geschult werden und ja, ich saß dann da halt und habe-. Also, ich wäre überfordert gewesen. Und ich denke mal, dass wenn das hier wirklich dann auch Potential gibt von aggressiven Bewohnern, die sich gegenseitig irgendwie an die Kehle gehen oder sich gegenseitig verprügeln, dass es mir schon schwerfallen würde, damit umzugehen. Gerade als Frau.

M_4_I1_11: 171-172 (Pflegefachkraft)

Die beispielhaft dargestellten Interviewpassagen unterstreichen, dass in Bezug auf das Antizipieren potenziell eskalierender Situationen, den strategischen Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern und die akute Intervention auch bei examinieren Fachkräften nach deren eigener Einschätzung ausgeprägte Schulungsbedarfe und Lücken in der Handlungskompetenz bestehen. Über alle Berufsgruppen und Erfahrungshintergründe hinweg berichteten die Interviewten von eigenen Unsicherheiten im Umgang mit dementiell erkrankten sowie mit aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern. Als expliziten Fortbildungsbedarf benannten die Befragten, neben dem Umgang mit Demenz, die Herausforderung des Arbeitens mit spezifischen degenerativen Erkrankungen wie etwa dem Korsakow-Syndrom⁴³ oder Schädel-Hirn-Traumata⁴⁴, die vielfach mit einer erhöhten Aggressionsneigung einhergehen:

I: Sehen Sie dann auch noch speziellen Aus- oder Fortbildungsbedarf bei Ihrer eigenen oder anderen Berufsgruppen? (...)

B: Ja, zum Beispiel in Psychiatrien. Also es gibt ja auch ganz viele Altenheime, die spezialisiert sind auf so Leute mit diesem Drang. Ich habe jetzt zum Beispiel (...) eine Freundin, die arbeitet in sowas, und die hat damit ganz viel zu tun. Mit Gewalt. Also, ja, es sind halt Männer, die Korsakow haben, also Korsakow ist ja durch Alkohol Demenz. Die einfach megaaggressiv sind, und halt ganz schnell auch mal ausflippen können. Und da muss man einfach einen kühlen Kopf bewahren und wissen, in welchen Situationen man wie handelt. Oder dass die auch mal einem anderen Bewohner einfach eine auf die Mappe hauen. Ja, auf jeden Fall höre ich sowas schon öfter, überall nur halt Gewalt, und möchte halt, wenn ich fertig bin in der Ausbildung, gut geschult sein und wissen, wie ich mich zu verhalten habe. Ich meine, vieles weiß ich schon, (...) vieles habe ich mir auch selber schon angeeignet, um zu wissen, was ich dann tun muss. Aber ich glaube viele, also jetzt nicht nur in dem Haus, ich glaube allgemein in der Altenpflege, wissen viele auch gar nicht, wie sie damit umgehen sollen. Und vor allem auch, dass ganz viel runtergespielt wird.

M_2_I2_15: 246-247 (Pflegefachkraft in Ausbildung)

I: Und bisher wissen Sie noch gar nicht so richtig, wie Sie sich da schützen können auch gegen, das

⁴³ Siehe zu Zusammenhängen zwischen Korsakow-Syndrom und Aggression u.a. Gerritzen et al. (2018), Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort, & Kessels (2019).

⁴⁴ Zu Bezügen zwischen Schädel-Hirn-Traumata und aggressivem Verhalten siehe u.a. Hicks et al. (2016, 2019), Stéfan, & Mathé (2016).

haben Sie noch gar nicht so-? (...)

B: (...) Das wäre auch so eine Fortbildung, die mich interessieren würde. Wie kann ich mich schützen oder wie kann ich denjenigen schützen oder wo kann ich drauf achten, dass das nicht wieder vorkommt (...) Bei manchen, die dement sind, redet man ja dann: „Ja, ja, dein Sohn kommt gleich.“ Um die auf dem Level zu lassen. Aber wenn ich dagegen spreche, kommt bei denen nicht an. Aber wie kann ich mich trotzdem, komme ich trotzdem an den ran, so? (...) So, da habe ich manchmal echt ein Problem mit, denen zu vermitteln, das ist nicht so. Oder wir haben eine Bewohnerin, die ruft immer ihr Kind. Ihr Kind lebt nicht mehr. Ich weiß, dass ihr Kind nicht mehr lebt. Aber wenn ich ihr sage: „Dein Kind ist doch gar nicht mehr da.“ Oder der Mann. „Der lebt doch gar nicht mehr.“ „Doch natürlich lebt der, der ist zu Hause und guckt Fernsehen.“ Die versteht mich nicht. Ich kann fünf Mal sagen, der Mann lebt nicht mehr, der ist auch auf dem Friedhof. Das kommt bei ihr aber nicht an. Aber wie gehe ich damit um, um sie dahin zu bringen? Weil, sie fängt dann an zu weinen: „Der kümmert sich nicht um mich. Der will nichts von mir.“ Wie kann ich ihr begreiflich machen, dass der gar nicht mehr da ist? So, da habe ich Probleme. Das würde mich schon interessieren, wie man auf diesem Weg dahin kommen könnte.

M_4_I2_06: 124-125 (PflegehelferIn)

Insbesondere in Bezug auf Servicekräfte und Hauswirtschaftskräfte, die vielfach mit Bewohnerinnen und Bewohnern allein sind, wird ein hoher Schulungsbedarf für den Umgang mit dementiell Erkrankten berichtet; und auch die Servicekräfte selbst berichten von ausgeprägten Handlungsunsicherheiten und äußern den Wunsch nach entsprechenden Schulungsangeboten:

B: Ich interessiere mich sehr für Demenzkranke oder Alzheimer. Weil ich da überhaupt keine Erfahrung mit habe, wie ich dann mit der Person umgehen soll (...). Aber leider hatten wir das bis jetzt noch nicht gehabt.

M_3_I1_13: 42-43 (Servicekraft)

B: (...) wir sitzen ja den ganzen Tag mit den Bewohnern im Speisesaal. (...) Ich persönlich würde mir mehr Fortbildung wünschen. Und auch ein bisschen mehr Informationen, was Krankheitsbilder angeht. Also, wir kriegen nur Lebensmittelunverträglichkeiten oder wenn jetzt jemand dement ist und der muss an einen Gruppentisch, kriegen wir auch gesagt: Du, kommt eine neue Bewohnerin, ist aber dement, muss ich noch mit [Name stv. HL] oder mit [Name] sprechen, ob die mit an Gruppentisch können oder so und dann weiß ich, der ist dement, aber-. (...) Also mir wäre wichtig, lieber dann den Umgang mit einem Bewohner und ehrlich gesagt, lieber einmal jährlich eine Fortbildung im Demenzbereich, was es da vielleicht Neues gibt oder- selbst wenn man da immer wieder so Beispiel durchkaut, was-, wie man sich verhalten soll oder kann. (...). Bei dementen Menschen ist eben jeder Tag anders. Also es ist kein Tag gleich, wo man sagen kann, mache ich genauso morgen wie heute.

M_2_I2_14: 117-119 (Servicekraft)

Übergreifend und über alle Qualifikationsniveaus hinweg sprechen die befragten Beschäftigten vornehmlich von großen Handlungsunsicherheiten im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern, die Aggressionen zeigen, und benennen entsprechende Schulungsbedarfe. Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen beschreiben neben den schon genannten konkret anwendungsorientierten Vorgehensweisen in der Pflege noch weitere Schulungsbedarfe: zum einen betrifft dies die Frage, wie eine offene Fehlerkultur in der Einrichtung etabliert werden kann, die ermöglicht, dass sich Beschäftigte bei Schwierigkeiten an die Leitungskräfte wenden können. Zum anderen wünscht sich eine Einrichtungsleitung auch, selbst als verantwortliche Leitung Hilfestellung für die rechtliche Einordnung der jeweiligen Maßnahmen zu bekommen:

B: Aber da bräuchte es für mich nochmal so eine Fortbildung. Wie gehe ich denn damit um, wie reagiert man denn dann? Was ist auch rechtlich? Ich meine, das ist ja auch immer so eine Sache, auch so eine rechtliche Perspektive, wo man ja als Einrichtungsleitung vielleicht den Kopf hinhalten muss auch immer. Also da braucht es, glaube ich, auch eine gute Begleitung für Leitungen. Sei es Pflegedienst- oder Einrichtungsleitung oder auch sowas wie Wohnbereichsleitung. Also so den Umgang damit. Wie erreiche ich denn auch, dass die so offen mir gegenüber sind und kommen?

M_3_I1_04: 103 (Einrichtungsleitung)

I: Wenn (...) Sie jetzt mal so ganz allgemein überlegen, Gewalt und Aggressionen durch Bewohnerinnen, durch Bewohner, was bedeutet das für Ihre Einrichtung und für Sie in Ihrer Position in dieser Einrichtung?

B: Ja, das bedeutet auf jeden Fall, dass man mit den Mitarbeitern sehr transparent über diese Thematik immer wieder sprechen muss, damit sie ein Gefühl dafür bekommen, sich melden zu können, regelmäßig Fortbildungen gegeben werden zu dem Thema. Wir haben auch intern eine Gewaltprävention, die hier im Hause auch, finde ich, sehr akut gelebt wird. Weil, wir erleben ja beides. Wir erleben Gewalt Bewohner zu Bewohner, wir erleben aber auch Gewalt Bewohner zu Personal oder auch Personal ein Stück weit geschult werden muss. Wie gehe ich damit um, wenn mir Gewalt entgegenkommt? Dass es wirklich letztendlich von den professionellen Kräften erwartet wird, dass sie in der Situation dann auch fachgerecht reagieren und das können sie nur, wenn sie gut weitergebildet sind.

M_2_I3_03: 2-3 (Einrichtungsleitung)

Angebote Fortbildungen und Schulungen

Themen

Den Beschäftigten der teilnehmenden Einrichtungen standen nach eigener Einschätzung eine Vielzahl von Schulungs- und Fortbildungsangeboten offen, die an die angesprochenen Bedarfe zumindest angrenzen. Viele Befragte berichten von Fortbildungen zu den Themen „Herausforderndes Verhalten“, „Demenz“, „Deeskalation“, „Fixierende Maßnahmen“, „Weglauftendenzen“ und „Gewalt in der Pflege / Was ist Gewalt?“

Das Thema „Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern“ wird zwar von vielen Befragten als sehr wichtig erachtet, in den Einrichtungen wurden hierzu jedoch nur wenige spezifische Fortbildungsinhalte angeboten. Lediglich am Rande von Schulungen zu Gewalt in der Pflege wurde von der Behandlung einschlägiger Inhalte berichtet:

I: Inwieweit bieten Sie denn Ihren Beschäftigten jetzt, also nach der Ausbildung, wenn die hier beschäftigt sind, Fortbildungen und Schulungen zum Thema Aggression und Gewalt zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern an?

B: Wir haben da so ein eigenes Fortbildungsprogramm. Ich müsste schon sehr lügen, ich glaube da gibt es nichts dazu. (...) da gibt es wohl so ein bisschen Umgang mit Demenzen. (...) Jetzt speziell zum Thema Gewalt gibt es nichts. Würde ich an die externe-. Aber da müssen die sich schon selbst auf die Suche machen, das ist schon so. Wenn die dann was finden und möchten da hin, dann wird dem auch zugestimmt

M_3_I1_04: 90-91 (Einrichtungsleitung)

I: Werden denn hier im Hause Fortbildungen zum Thema Gewalt in der Pflege angeboten?

B: Ja, (...) aber da geht es halt (...) in der Regel erst mal um Gewalt gegen das Pflegepersonal. Da wird diese Gewalt untereinander kurz angerissen (...).

M_4_I1_11: 175-176 (Pflegefachkraft)

Auch an den bestehenden Fortbildungsangeboten, die – ungeachtet der fehlenden Einschlägigkeit – grundsätzlich für gut erachtet wurden, kritisierten die Befragten die mangelnde Ausrichtung auf die jeweilige fortzubildende Personengruppe. Sie kritisierten, manche Fortbildungen seien zu sehr auf einen bestimmten Personenkreis zugeschnitten; andere seien hingegen zu allgemein gehalten und/oder würden in zu starkem Maße bei (als bekannt voraussetzbaren) Grundlagen ansetzen.

B: Also es gab zum Beispiel jetzt hier vom Haus eine Fortbildung, Umgang mit Demenz. Die war jetzt aber ausschließlich irgendwie für Betreuungsassistenten. Und da finde ich immer (...), also, wenn man

immer direkt alle zusammenpacken würde, dann hätten halt alle die gleichen Infos und alle wären auf dem gleichen Stand und irgendwie, ja, glaube ich, dass man dann eher an einem Strang ziehen kann.
M_3_I1_06: 188-189 (Pflegefachkraft)

B: *Also, es wird wenig angeboten, gerade in dem Bereich. (...) Das ist ziemlich mau, was da läuft. Wir haben (...) einen Kollegen (...) auf eine Weiterbildung geschickt. Naja, also, was der so erzählt hat, habe ich gedacht, das ist Geldmacherei. (...) Die sind angefangen mit Grundkenntnisse Demenz. Gehört nicht in so eine Weiterbildung. Da war ein Tag weg. Und dann ein paar Beispiele. Finde ich schwierig. Beispiel ist gut, immer richtig. Aber Grundkenntnisse Demenz, muss doch Voraussetzung sein. (...) was haben wir häufig in der Weiterbildung, (...) dass viel Drumherum gequatscht wird und gar nicht geguckt wird, was sitzen da für Leute, was wissen die? Aber die Leute haben auch eigentlich die Verantwortung, zu sagen, das können wir schon, so.*
M_2_I3_04: 265-267 (Leitung Sozialer Dienst)

B: *Extern vom [Name der Fortbildungseinrichtung], da war ich auf einer ganzen Demenztagung. Da war ein ganzer Vormittag Gewalt, wie man damit umgeht, besprochen worden. Jetzt hausintern haben wir auch eine Fortbildung gehabt letztes Jahr erst. Oder noch gar nicht so lange her, Gewaltprävention hatten wir auch. Ja. Aber, ich persönlich empfinde manchmal diese Fortbildung als zu allgemein gehalten, zu wenig situationsbedingt.*
M_3_I1_10: 140 (Hilfskraft in Pflege und Betreuung)

Zugang und Teilnahme

Neben den Inhalten fort- und weiterbildender Angebote ist für die Qualifizierung des Personals von großer Bedeutung, wie Zugang und Teilnahme gestaltet sind, also welche Beschäftigten an den angebotenen Schulungen teilnehmen (können). Nach den Schilderungen und Erfahrungen vieler Befragter gehörten geringer qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie Hilfs- und Servicekräfte, zu den Beschäftigtengruppen, die am meisten von den Fortbildungsangeboten profitieren könnten. Die angebotenen Schulungsformate seien jedoch häufig nicht für sie geöffnet, sprächen sie nicht explizit als fortzubildende Zielgruppe an, oder sie nähmen aus anderen Gründen nicht an den Schulungen teil. Vor diesem Hintergrund sprachen sich viele Befragte dafür aus, einschlägige Schulungen grundsätzlich interdisziplinär zu konzipieren. Sie regten an, Fortbildungsveranstaltungsformate für alle Beschäftigten zu öffnen, die in ihrem Arbeitsalltag regelmäßig mit Bewohnerinnen und Bewohnern zu tun haben:

I: *Und würden Sie die, ich sage mal, nur für Pflegefachkräfte anbieten oder interdisziplinär?*

B: *Interdisziplinär. Auf jeden Fall.*

I: *Und können Sie das begründen warum?*

B: *Weil die Alltagsbegleiter haben mit den Demenzerkrankten zu tun und den Bewohnern, die Servicekräfte.*

M_3_I1_08: 136-139 (Pflegefachkraft)

I: *Würden Sie da zu dem Thema Gewalt in der Pflege (...), würden Sie das auch als eine interdisziplinäre Veranstaltung-?*

B: *Gewalt in der Pflege? Ja, auf jeden Fall. Ich finde es auch wichtig, wenn zum Beispiel eine Servicekraft sieht, dass zum Beispiel ein Pflegemitarbeiter nicht adäquat mit einem Bewohner umgeht, also sprich Gewalt ausübt, dass er nicht sagt: „Na ja gut, das ist so.“ Sondern auch das Bewusstsein geschärft wird: Nein, das ist jetzt hier in dem Moment nicht in Ordnung. Also selbst wenn er sich dann nicht traut, den Kollegen anzusprechen, aber vielleicht einen Vorgesetzten anspricht. Und deswegen, finde ich, muss dieses Interdisziplinäre, dieses Vernetzte sein, dass jeder über seinen Tellerrand guckt. Was geschieht denn hier mit den Bewohnern? Wenn ich da natürlich als Beschäftigung nur meine Zeitungsrunde im Kopf habe, sage ich mal, und gucke: Was ist denn da? Als Servicekraft nur sehe, dass*

die Stullen fertig geschmiert werden, dann habe ich dafür nicht den Blick. Aber wenn ich ein interdisziplinäres Team sehe, was (...) wie so ein Satellit der Bewohner ist, und alle sich da so drum drehen und agieren, dann finde ich schon, dass der da einen Blick für haben sollte. Man kann vielleicht nicht erwarten, dass der da sofort einschreitet. Weil ich glaube, das braucht auch sehr viel Mut und sehr viel Selbstbewusstsein. Aber es braucht auf jeden Fall ein Bewusstsein dem Thema Gewalt gegenüber, um wenigstens hinterher den Vorgesetzten oder irgendwie einen Kollegen mit ins Boot zu holen. Zu sagen: „Nein, das ist irgendwie-. Stopp, hier ist irgendwo eine Grenze.“

M_3_I1_04: 94-95 (Einrichtungsleitung)

I: Würden Sie denn dafür plädieren, diese einzelnen Berufsgruppen getrennt voneinander zu schulen, oder würden Sie so ein interdisziplinäres Konzept befürworten?

B: Eigentlich finde ich das Interdisziplinäre ja ganz gut. Ich glaube aber, dass es bei manchen Berufsgruppen oder Gruppen mit den bestimmten Tätigkeitsfeldern, ganz gut wäre, das vielleicht nochmal etwas anders zu behandeln. Ich sage jetzt einfach mal, das niedrigschwelliger zu behandeln. (...) Auf einer anderen Ebene, was Pflegefachkräfte angeht, muss das nochmal anders behandelt werden. Von daher würde ich da schon sagen, dass man es da in zwei Gruppen teilen würde. Damit man auch wirklich jedem gerecht wird. Der eine sagt: „Mensch, das war aber jetzt hier-. Wusste ich alles schon, das war jetzt irgendwie nicht wirklich lehrreich für mich.“

M_3_I1_11: 163-166 (Leitung Sozialer Dienst)

Die meisten Beschäftigten sprechen sich für interdisziplinäre Fortbildungen aus, und entsprechende Formate werden auch zu einem gewissen Anteil in den Einrichtungen angeboten. Eine Leitung eines sozialen Dienstes benennt jedoch den Umstand, dass in interdisziplinären Fortbildungen Inhalte nicht den unterschiedlichen Qualifikationsgruppen gerecht vermittelt werden könnten, als hinderlich.

In Bezug auf einige der angebotenen Lerninhalte berichten mehrere Beschäftigte von einem hohen Verpflichtungsgrad, angebotene Fortbildungsveranstaltungen auch in Anspruch zu nehmen. Daneben schildern mehrere Leitungskräfte, auf individuelle Fortbildungsbedarfe einzelner Beschäftigter einzugehen bzw. diese proaktiv zu benennen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei erkennbarem Weiterbildungsbedarf zur Fortbildung anzuhalten.

B: Also wir machen das schon schmackhaft, wir sagen denen die Möglichkeit. Also die QMB⁴⁵ macht den Plan für ein ganzes Jahr und wir sagen vorher (...): „So, Leute, ihr habt jetzt Zeit bis dato, sprecht im Team, was habt ihr für Wünsche, was möchtet ihr gerne an Fortbildungen haben?“ Wir sind eine Einrichtung, die ganz viel weiterbildet, auch in Leitungsebene, Praxisanleitung, alles Mögliche. Also die haben eigentlich hier Chancen ohne Ende, nur ist kaum einer dabei, der die wirklich ergreift. Also ein paar Mitarbeiter muss man da so ein bisschen hinführen.

M_4_I1_02: 185-188 (Pflegedienstleitung)

I: Und fordern Sie auch, dass das gemacht wird? Oder steht das frei?

B: Nein, zum Teil fordern wir das. Weil letztendlich es unter dem Strich nicht anders geht. Und jeder neue Mitarbeiter hat natürlich erstmal ein bisschen Vorlaufzeit nötig. Aber man sieht das ja auch so in dem ersten halben Jahr. Es gibt immer eine Probezeit. Wie ist das- Wie kommt der Mitarbeiter klar? Und dann gibt es ein Gespräch. Und dann bietet man an, wenn man mitbekommt, das geht nicht gut, bietet man diese Fortbildungen an. Oder ich habe es auch schon mal gehabt, dass sie dann, wenn sie an der Fortbildung nicht teilnehmen und wenn sich das nicht verändert, dann müssen wir uns wieder voneinander trennen. Dafür ist es ja auch einfach wichtig, dass man eine Probezeit hat. Oder auch eine Vertragsbefristung erstmal. In der Zeit muss man das natürlich analysieren, ob das gut ist oder ob das nicht gut ist. Und ich denke dann, Menschen, die in der Pflege arbeiten möchten, egal, in welchem Bereich, sollten sich auch darauf einlassen.

M_2_I3_03: 260-261 (Einrichtungsleitung)

I: Und inwieweit wird die Teilnahme von Schulungen gefördert oder erwartet oder ermöglicht? Wie ist

⁴⁵ Abkürzung für „Qualitätsmanagementbeauftragte“.

da so die allgemeine Einstellung?

B: Ich meine, die Fachkräfte müssen ja eh zu zig Fortbildungen, ja, immer im Jahr. Und jede Fortbildung, also die-, die Betreuungskräfte, die-, ich schicke sie, sagen wir es mal so. Also, wenn ich im Dienstplan Fortbildung eintrage, dann haben die da auch hinzugehen. Außer (...) die haben Urlaub. Ja, weil eigentlich wird das hier im Hause sehr, sehr gut angenommen. Aber ich gebe die Termine vor, sagen wir es mal so. Und da wird dann auch nicht so groß drüber diskutiert. Es sagt aber auch keiner „Ich will da nicht hin!“ oder so. Also, das macht auch keiner, aber deswegen bleibe ich bei der Methode, ich gebe die Termine vor und ich melde die an und dann ist da eh verbindlich, ja. (...) Die nehmen das, ich meine, der soziale Dienst, der managed das für sich selber. Also, die suchen sich die Fortbildung auch raus, wo die gerne hingehen möchten. Was für die halt interessant ist, da sollen ja auch mal, da lass ich denen auch die Freiheit, aber alles, was so Pflegekräfte, Betreuungskräfte, das gebe ich schon vor. (...) die Betreuungskräfte, die recht neu angefangen sind, die sind alle erst mal in den Grundkurs Demenz gegangen(..). Und da gebe ich, ich gucke schon, welche, was ist interessant, was ist weniger interessant.

M_1_I3_01: 172-173 (Pflegedienstleitung)

Die in den Textbeispielen zitierten Leitungskräfte sprechen sämtlich von einem hohen Verpflichtungsgrad, an gewissen Fortbildungen teilzunehmen und versichern, die Angebote auf die Bedarfe der Beschäftigten zuzuschneiden. Gleichzeitig berichten Beschäftigte, wie oben skizziert, von ausgeprägten Handlungsunsicherheiten im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern und äußern auch, sich entsprechende Schulungsformate zu wünschen. Diese Divergenz kann mit Rückgriff auf die vorliegenden Daten der Interviewstudie nur bedingt erhellt werden: Möglicherweise bezogen die befragten Leitungskräfte sich vornehmlich auf Fachkräfte, wenn sie von Fortbildungsverpflichtung und Bedarfsanpassung sprachen. Ein anderer Erklärungsansatz wäre, dass die organisatorischen Rahmenbedingungen der angebotenen Formate nicht mit den übrigen Anforderungen des beruflichen und privaten Alltags der zu Schulenden vereinbar sind.

Organisatorische Rahmenbedingungen

In den Interviews wurde insbesondere von Leitungskräften immer wieder angesprochen, dass die Bereitschaft der Beschäftigten, an Fortbildungen freiwillig teilzunehmen, nicht groß sei. Aus den Interviews auf der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterenebene lassen sich Anhaltspunkte ersehen, dass dieses mangelnde Interesse nicht so sehr mit dem Angebot selbst, sondern vielmehr mit den organisatorischen Rahmenbedingungen der Schulungsveranstaltungen zu tun hatte.

Ort und Zeit

Format, Zeit und Ort der angebotenen Schulungen unterschieden sich sowohl zwischen den Einrichtungen als auch innerhalb der Einrichtungen stark. In einigen Fällen fanden die Fortbildungen und Schulungen unter Einbezug externer Referentinnen und Referenten in den Einrichtungen statt; in anderen Fällen wurden die Fortbildungen an Schulungszentren des Einrichtungsträgers oder auch in Einrichtungen anderer Träger abgehalten. In einem Heim wurden zudem regelmäßige Online-Schulungen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten durchgeführt.

I: Sind das dann-. Also das sind bestehende Angebote oder sind das eigene Veranstaltungen?

B: Das sind-. Also die wir machen? (I: Ja.) Das sind Veranstaltungen, die wir selber organisieren. Das sind Menschen, die von extern kommen und uns schulen. Oder aber von intern schulen wir. Also die meisten sind aber von extern.

M_4_I2_01: 218-219 (Einrichtungsleitung)

I: Das heißt, die Fortbildung, die machen Sie extern bei (...) anderen-?

B: Anderen (...) Trägern, ja.

I: Okay. Sie hatten vorhin auch gesagt, dass Sie Schulung teilweise auch intern machen?

B: Ja. Also, zum Beispiel (...) für Demenz haben wir noch mal einen externen Dozenten reingeholt. Solche Sachen machen wir auch, klar, wenn Bedarf da ist.

I: Wie (...) ist der Anteil so? Also, ungefähr? Zwischen externer und interner Schulung und Fortbildung?

B: Fifty-fifty, würde ich sagen.

M_2_13_04: 270-275 (Leitung Sozialer Dienst)

Insbesondere im Hinblick auf die verpflichtenden Fortbildungen wurde mehrfach bemängelt, dass sie zu unpassenden Zeiten in den Schichtplan integriert würden. So berichtet etwa die Pflegedienstleitung einer Einrichtung, dass ein internes Veranstaltungsformat in der schichtübergreifenden Zeit mittags zwar im Haus etabliert sei, dies aber mit den übrigen Arbeitsaufgaben der Beschäftigten kollidiere und auch Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit und Konzentration der Teilnehmenden habe:

B: Was braucht es? Also wichtig ist erst mal: Das muss eine Fortbildung sein, die vielleicht nicht in-house ist. Also, wir haben ein breites Programm an Fortbildungen in unserer Einrichtung und (...) eigentlich sind alle immer intern. Und das Problem ist, dass das meistens in der schichtübergreifenden Zeit ist, quasi mittags, wenn sowieso schon der Punkt da ist, wo die Mitarbeiter vom Frühdienst sagen: (stöhnt) (I: Ich will nach Hause.) genau. Und der Spätdienst sagt: „Mein Kaffee kommt jetzt gleich und eigentlich muss ich schon auf der Station sein“, (I: Die Arbeit läuft mir weg, genau) genau so. Und da habe ich jetzt in dem Jahr, wo ich jetzt hier Leitung bin, einfach beobachtet, da wird oftmals gar nicht zugehört. Also, das ist vielleicht (...) einfach der falsche Zeitpunkt und die Aufnahmefähigkeit der Mitarbeiter ist gar nicht gegeben. Manche wollen nicht, das merkt man natürlich auch, man kennt ja seine Mitarbeiter. Aber manche können auch einfach gar nicht, die haben einfach keine Konzentration mehr. Da muss schon angesetzt werden, dass das vielleicht (...) anders gehandhabt wird.

M_4_11_02: 180 (Pflegedienstleitung)

I: [...] Sind das Pflichtfortbildungen, wenn Sie so eine Fortbildung Gewalt in der Pflege besuchen?

B: Genau, wenn das auf dem Dienstplan steht, dann muss man daran teilnehmen. Ist immer besonders prickelnd, wenn das an einem freien Tag ist. Kommt man hier für eine Stunde, eineinhalb, und fährt wieder, aber es sind halt Pflichtveranstaltungen. Wenn es natürlich, ja, gerade in den freien Tag nicht reinpasst, der Dienstplan kommt ja und dann steht da: Fortbildung, obwohl da ein freier Tag ist. Dann kann man natürlich fragen: „Findet die Fortbildung noch einmal an einem anderen Tag statt?“ Dann kann man das irgendwie regeln.

M_4_11_11: 177-178 (Pflegefachkraft)

Aber auch die Terminierung der Fortbildung auf einen Tag, an dem sie den Ablauf in der Einrichtung nicht stört, wird von Befragten verständlicherweise kritisch gesehen. In der zweiten Textpassage schildert eine Beschäftigte, dass Fortbildungen auch auf freie Tage gelegt werden. Die Möglichkeit, Schulungen systematisch auf Arbeitstage zu legen, an denen die Beschäftigten darüber hinaus nicht für Pflege und Betreuung eingeplant werden, wurde von keiner der befragten Personen explizit eröffnet.

Personelle Ressourcen

Auch in Bezug auf die freiwillige Teilnahme an Fortbildungen verweisen Leitungskräfte implizit auf geringe personelle Ressourcen, aufgrund derer sich Schulungsveranstaltungen vielfach nur durch Mehrarbeit der Beschäftigten kompensieren lassen. Von einer Pflegedienstleitung wird etwa die geringe Bereitschaft zu weiteren Fortbildungen und Schulungen damit begründet, dass sich freiwillige Fortbildungen oftmals nicht innerhalb der Sollarbeitszeit durchführen ließen. Obwohl die Mehrarbeit als Überstunden abgerechnet und bezahlt würde, seien viele Beschäftigte nicht dazu bereit:

B: Ich glaube, das liegt daran, dass viele Mitarbeiter einfach-, ihr Freizeitwert denen so hoch ist. Die möchten nicht irgendwie noch zusätzlich. Und meistens ist es zusätzlich. Wir kriegen das selten hin, dass wir diese Schulungen im Rahmen der Wochenzeiten ..., sondern dass wir eher sagen, das sind dann eben zwei Überstunden. Zwar bezahlt, aber es sind Überstunden.

M_3_I1_03: 97 (Pflegedienstleitung)

In einer anderen Einrichtung wird berichtet, dass die Fortbildungszeiten für verpflichtende Fortbildungen bereits in die Sollarbeitszeit einberechnet werden:

B: Wir haben nun mal Pflichtfortbildungen, die müssen die Mitarbeiter und gerade auch die Fachkräfte, die müssen jedes Jahr auf den neuesten Stand gebracht werden. Das sind alles Fortbildungen, die auch von vornherein in den Dienstplan eingetragen werden, wo die Stunden hinterlegt sind schon von der Sollarbeitszeit. Und die sind-, wie gesagt, in der Regel sind das alles Pflichtenachen.

M_4_I1_02: 195-196 (Pflegedienstleitung)

Und auch bei erkanntem Weiterbildungsbedarf und Interesse ist eine Teilnahme nicht immer möglich: Einige Fach- und Leitungskräfte berichteten, dass es mit Rücksicht auf die begrenzten Personalressourcen oftmals nicht gelinge, mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichzeitig an längerfristigen Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen zu lassen, selbst wenn die Qualifizierungsmaßnahme dem gesamten Team diene:

I: Okay, Fortbildung haben Sie gesagt, fänden Sie wichtig. Wird das hier gefördert, dass Mitarbeiter an Fortbildungen teilnehmen?

B: Ja, also wir haben ja die [träger]eigenen Fortbildungen, die-, da gucken wir halt schon immer zusammen. Also im Team oder auch ich mit Pflegedienstleitung, dass man da (...) möglichst viele (..) pro Team (...) aus dem Dienstplan heraus und dass da möglichst viele daran teilnehmen können einfach. (...) das andere Problem ist ja, dass jetzt zum Beispiel bei mir auf dem Wohnbereich einer gerade die Weiterbildung macht zum Praxisanleiter. Also kann man sich vom Dienstplan her eigentlich nicht erlauben, noch eine andere Fachkraft zu einer Weiterbildung zu schicken, obwohl wir eigentlich eine gerontopsychiatrische Fachkraft hier auf jeden Fall gut vertragen könnten, aber das ist dann-, also das ist dann auch wieder Dienstplan, Stellenschlüssel und so weiter. (I: Da haben Sie dann ein Loch?) Genau, also, weil, (...) zwei Fachkräfte von einem Bereich irgendwie in so langjährige- über Monate wird es halt schwierig.

M_3_I1_06: 194-195 (Pflegefachkraft)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Beschäftigten von großen Handlungsunsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit demenziell Erkrankten berichten und entsprechende Schulungsbedarfe für sich selbst und andere formulieren; die angebotenen Schulungen werden in Bezug auf Inhalte, Formate, Zugangsbedingungen und organisatorische Rahmenbedingungen jedoch als nicht passgenau beschrieben.

Vergleicht man die Auseinandersetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den angebotenen Inhalten der Aus- und Fortbildungsveranstaltungen mit den Aussagen, die sie in Bezug auf Problemkonstellationen und auf angewendete Lösungsmöglichkeiten getroffen haben, scheinen in den Schilderungen der Befragten zwei Leerstellen auf. Zum einen wird die Frage, inwieweit – und ggf. in welcher Form – die angesprochene Deeskalationsfähigkeit als Lehr- und Lerninhalt in Frage kommt, nicht berührt. Dies korrespondiert mit den diskutierten Schilderungen, die entsprechende Kompetenzen Einzelner eher in den Bereich der Grundausstattung der Person verweisen. Daneben fällt auf, dass der Bereich der organisatorischen Lösungen, also derjenigen, die eher auf der Ebene der Organisation verortet sind und hier auch verantwortet werden, nicht als möglicher Inhalt auftaucht. Die Bereiche des Personalmanagements, die sich der Personalentwicklung und -qualifizierung, dem strategischen Personaleinsatz und der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit zuordnen lassen, sind sicherlich nur am Rande für Pflegefach- und in noch geringerem Maße für Hilfskräfte relevant. Es

erscheint vor dem Hintergrund der Befunde jedoch ratsam, die Möglichkeit systematischer Fortbildungsformate für Wohnbereichsleitungen sowie für Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen zumindest in Betracht zu ziehen.

5.2.6. Zwischenbilanz

Die Interviews in den Einrichtungen bekräftigen den Befund, dass es sich vor allem bei verbaler Aggression um ein mehr oder minder alltäglich auftretendes Phänomen handelt. Aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner spielen ferner Verletzungen der Privatsphäre, etwa das nicht gewünschte Betreten des eigenen Zimmers durch einen Mitbewohner oder eine Mitbewohnerin, eine bedeutsame Rolle. Einschlägige Verhaltensweisen werden von vielen Interviewten als nicht intentional verstanden und vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen und anderer kognitiver Einschränkungen gedeutet. Daneben ist allerdings auch von Handlungen als „orientiert“ beschriebener Bewohnerinnen und Bewohner die Rede, deren aggressives Handeln sich zum Teil gerade gegen „desorientierte“ Bewohnerinnen und Bewohner richtet. Verbale wie physische Aggressionsereignisse werden ferner häufig als reaktiv in dem Sinne charakterisiert, dass sie als Abwehr oder Gegenwehr nach einem tatsächlichen oder auch in Verkennung der Realität als solchen wahrgenommenen Übergriff bzw. einer Grenzverletzung erfolgen.

Gewaltausübende bilden den Ergebnissen der Interviews zufolge eine heterogene Gruppe. Unter ihnen sind demenziell Erkrankte, ferner Menschen, die aufgrund von Schmerzen oder anderen Belastungen unzufrieden und aggressiv sind, aber auch relativ wenig beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner, deren Aggression sich insbesondere auf demenziell erkrankte Mitbewohnerinnen und Mitbewohner richtet, durch deren Verhalten sie sich gestört fühlen. Von Gewalt betroffen sind – so die Wahrnehmungen und Einschätzungen – vor allem gesundheitlich stark eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner, die einerseits „herausforderndes Verhalten“ zeigen und damit andere provozieren, andererseits auch als zu wenig Widerstand fähige „leichte Opfer“ erscheinen.

Gewaltereignisse zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern sind den Berichten der Interviewten zufolge zu Zeiten schwächerer personeller Besetzung häufiger, wenn sowohl Betreuung als auch soziale Kontrolle und die Möglichkeiten der rechtzeitigen Intervention in einer sich anbahnenden Konfliktsituation reduziert sind. Gemeinschaftsräume, insbesondere auch Speisesäle, wurden häufig als Orte genannt, an denen sich aggressives Verhalten ereignet. Hier kumulieren potentiell aggressionsfördernde Faktoren: Es kommt dort zum Zusammentreffen vieler Bewohnerinnen und Bewohner mit teils konflikträchtigen Verhaltensweisen, dies vielfach unter den Bedingungen räumlicher Enge und anderer belastender Faktoren (wie Lärm) und begrenzter Optionen im Hinblick auf die Auswahl von Interaktionspartnern.

Die Genese von RRA-Vorkommnissen wurde in den Interviews mit Merkmalen auf unterschiedlichen Ebenen in Verbindung gebracht. Auf der personalen Ebene wurden neben demenziellen Krankheitsbildern auch emotionale Verfasstheiten wie Unzufriedenheit, Neid und Eifersucht angeführt. Auf der organisationalen Ebene wurde darauf hingewiesen, dass das Zusammenleben von demenziell erkrankten und kognitiv nicht oder nur wenig beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern in diesbezüglich integrativen Einrichtungen oder Wohnbereichen ein hohes Maß an Konfliktpotenzialen und an Risikofaktoren für RRA-Ereignisse mit sich bringe. Aggressive Handlungsweisen und eine erhöhte Bereitschaft, auf Provokationen aggressiv zu reagieren, wurden auch als Reaktion auf erlebte Langeweile und Monotonie des Heimalltags gekennzeichnet. Der

(quantitativen wie qualitativen) personellen Besetzung kommt aus Sicht der Interviewten Bedeutung zu. Unterbesetzung, gering ausgebildetes und geschultes Personal und Beschäftigte, denen es an der Fähigkeit fehlt, Ruhe auch auf die Bewohnerinnen und Bewohner auszustrahlen, wurden als Risikokonstellationen charakterisiert.

Hinsichtlich des praktizierten Umgangs mit RRA-Vorkommnissen und Gefährdungssituationen weisen die Interviews auf heterogene Handlungsansätze hin. In akuten Konflikt- und Aggressionssituationen dominieren Bemühungen zur Entschärfung der Situation und zur Deeskalation, indem die Beteiligten räumlich getrennt, zwischen ihnen vermittelt und Gespräche mit allen oder einzelnen Beteiligten geführt werden. Gelegentlich wurden Interventionen skizziert, die einen stark erzieherischen Charakter haben und mit Ermahnungen, Zurechtweisungen, Ge- und Verboten operieren.

Bezüglich der Nachbereitung von RRA-Vorkommnissen wurde in den Interviews immer wieder das Gespräch mit den Beteiligten genannt. Es wurde die Bedeutung biographischer Zugänge, also des Verstehens der Ereignisse vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der beteiligten Personen betont. Auf der Ebene der Organisation wurden Fälle von *resident-to-resident aggression* zum Gegenstand von Fallbesprechungen im Team gemacht. Problemlösungsansätze wurden zum Beispiel in einer stärkeren Beobachtung „auffällig gewordener“ Bewohnerinnen und Bewohner gesucht. In anderen Fällen wurde versucht, kritische Situationsmerkmale zu verändern; häufig ging es dabei darum, das Zusammentreffen von als konfliktgeneigt betrachteten Personenkonstellationen zu vermeiden oder zu reduzieren, etwa durch Änderung von Sitzordnungen oder Essenszeiten oder auch durch Zimmer- oder Wohnbereichswechsel.

Eine spezifische primäre und sekundäre Prävention von *resident-to-resident aggression* wird nur in Teilaspekten betrieben. Geschilderte Ansätze dienten im Wesentlichen der Herstellung guter Pflege- und Lebensbedingungen in den Heimen, und es wurde die Perspektive verfolgt, dass eine Ausgestaltung von Pflege, in der die Bewohnerinnen und Bewohner von qualifiziertem Personal dicht betreut und in ihren Bedürfnissen und ihrer Individualität akzeptiert werden, zugleich auch der Prävention von Gewalt dient. Daneben wurden Maßnahmen zu einer konfliktreduzierenden und deeskalierenden Gestaltung der räumlichen Umwelt und der Raumnutzung angesprochen. Das präventive Potenzial einer spezialisierten Demenzpflege und einer auch räumlichen Trennung demenziell erkrankter von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde in den Interviews angesprochen.

Aus den Einrichtungen wurde über Leitlinien und Standards für den Bereich der Gewaltprävention berichtet, ebenso über das Benennen von Beauftragten für Fragen von Prävention und Gewaltvermeidung. Bausteine einer Strategie der Gewaltprävention können ferner auch die einschlägige Qualifizierung und Schulung des Personals, die Optimierung des Informationsflusses und Maßnahmen zur Reduktion der Belastung des Personals sein.

In den Interviews wurde deutlich, dass eine spezifische Qualifikation für das Themenfeld *resident-to-resident aggression* bislang in der Aus- wie in der Fortbildung für Pflegeberufe kaum erkennbar ist. Die Beschäftigten sahen Schulungen und Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr wichtig an; auch Leitungskräfte betonten, dass ein fachgerechter Umgang mit einschlägigen Vorfällen nur möglich sei, wenn das Personal entsprechend geschult ist. Schulungsbedarf besteht in besonderem Maße auch bei Kräften außerhalb der unmittelbar pflegerischen Professionen, etwa bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betreuung und Hauswirtschaft. Existierende Schulungsangebote nehmen zum Teil mit dem Problemfeld RRA verknüpfte Themen in den Blick (wie „herausforderndes Verhalten“, „Demenz“ oder auch „Gewalt in der Pflege“), sprechen die spezielle

Thematik von Gewaltvorkommnissen unter Bewohnerinnen und Bewohnern aber dabei allenfalls am Rande an. Hier wurde Ergänzungsbedarf gesehen, wobei die Angebote so ausgestaltet werden sollten, dass sie an den Voraussetzungen und Bedarfen der Beschäftigten anknüpfen und zugänglich sind. Insgesamt wurde dabei in den Gesprächen interdisziplinären Formaten der Vorzug gegenüber einer eng auf einzelne Berufsgruppen ausgerichteten Ausgestaltung von Fortbildungen gegeben.

5.3. Expertinnen- und Experteninterviews

5.3.1. Anlage der Untersuchung und Interviewstichprobe

Ergänzend zu den schriftlichen Befragungen von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätigen Personen und zu den multiperspektivischen Interviews in ausgewählten Einrichtungen wurde im Rahmen des Projekts eine Reihe von leitfadengestützten Interviews mit Menschen geführt, die als Expertinnen und Experten für das in Frage stehende Themenfeld ausgewählt worden waren.

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden – im Sinne eines selektiven Samplings – so ausgewählt, dass unterschiedliche Perspektiven auf RRA abgedeckt wurden. Interviewt wurden:

- drei Expertinnen und Experten aus in Bezug auf das Handlungsfeld Pflege tätigen Beratungs-, Kriseninterventions- und Beschwerdestellen;
- drei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich in ihren Forschungsarbeiten mit Gewalt bzw. Gewaltfreiheit in der Pflege, mit herausfordernden Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen sowie mit demenzspezifischem Fallverstehen und Fallbesprechungen befassen;
- vier Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Medizinischen Dienste bzw. der Heimaufsichten, die vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Aufgaben mit Fragen der Qualität von Pflege und der Sicherstellung angemessener Pflegequalität für diejenigen, die der Pflege bedürfen, befasst sind.

Die Interviews bringen vielfältige Sichtweisen auf das hier untersuchte Problemfeld in die Analyse ein. Keiner der als Expertinnen und Experten Befragten ist im beruflichen Alltag primär mit Problemen von Gewalthandlungen unter Bewohnerinnen und Bewohnern befasst; zugleich haben alle Berührungspunkte mit der Thematik, sei es in der Forschung, in der psychosozialen Beratungspraxis oder in der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle von Pflege. Die Interviews ergänzen die „Binnenperspektive“ der unmittelbar Handelnden, Betroffenen bzw. zu Zeuginnen / Zeugen werdenden Personen (die in den schriftlichen Befragungen sowie in den Interviews in Einrichtungen dominierend waren) um ein Ensemble „informierter Außenperspektiven“.

Nachfolgend sind wesentliche Ergebnisse der Expertinnen- und Experteninterviews im Überblick dargestellt. Die Darstellung ist – der Grundstruktur der Interviews entsprechend – in drei Bereiche gegliedert. Geht es zunächst noch einmal um RRA-Phänomene und deren Entstehungsbedingungen und Hintergründe, werden im zweiten Teil Befunde zum Umgang mit derartigen Problemlagen in der Alltagspraxis stationärer Einrichtungen dargestellt. Abschließend geht es um Sichtweisen von Expertinnen und Experten zu Fragen der Prävention von Gewaltvorkommnissen unter Bewohnerinnen und Bewohnern.

5.3.2. Expertinnen- und Expertensichtweisen zum Phänomenbereich „resident-to-resident aggression“

Alle Befragten bezeichneten Gewaltvorkommnisse unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen als ein bedeutsames Problemfeld. Zugleich wurde wiederholt auf den bislang defizitären Wissensstand zu der Thematik hingewiesen:

B: Aus meiner Sicht ist es sehr bedeutsam, weil wir auch in den Gesprächen mit den Kolleginnen immer wieder hören, dass gerade bei demenzerkrankten Menschen und vor allen Dingen bei denjenigen, wo eine frontotemporale Demenz diagnostiziert worden ist, es zu sehr schwierigen und sehr aggressiven Auseinandersetzungen auch tatsächlich untereinander, miteinander, aber (...) vor allen Dingen auch gegen die Mitarbeiterinnen kommt. Von daher glaube ich, dass zwar wenig Wissen im Moment noch vorhanden ist, aber dass die Bedeutung höher einzuschätzen ist, als das allgemein im Moment in der Literatur zu finden ist.

(E_11_01: 4)

In der Interviewpassage werden verschiedene weitere Charakteristika von *resident-to-resident aggression* angesprochen:

- Aggressives und gewaltförmiges Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern richtet sich nicht nur gegen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, sondern auch gegen die in den Einrichtungen tätigen Kräfte.
- Bewohnerinnen- / Bewohneraggression kann – auch wenn sie von Personen ausgeht, die eher mit körperlicher Schwäche und funktionalen Einschränkungen in Verbindung gebracht werden – schwerwiegend und für diejenigen, die damit beruflich umzugehen haben, herausfordernd und schwierig sein.
- *Resident-to-resident aggression* weist Bezüge zu Krankheitsbildern auf; insbesondere wird auf auch in der Literatur (vgl. etwa Grochmal-Bach et al., 2009; Johnen & Bertoux, 2019; Liljegren, Landqvist Waldö, & Englund, 2018; Liljegren, Landqvist Waldö, Rydbeck, & Englund, 2018; Manoochehri & Huey, 2012; Perneczky, 2007) immer wieder hervorgehobene Verknüpfungen zwischen Aggression und frontotemporaler Demenz hingewiesen.

An verschiedenen Stellen nehmen Interviewte Bezug auf die gesellschaftliche Organisation der Pflege alter Menschen und bringen diese Rahmenbedingungen mit dem Auftreten von Aggression und Gewalt sowie mit deren Veränderbarkeit und mit Präventionsmöglichkeiten in Verbindung.

B: Das ist einfach ein ganz ungesundes Klima, was da in diesem geballten Problemfeld Pflege... Hier führt man sozusagen die Probleme alle zusammen, pfercht sie in einen Raum, bringt dann ein paar Leute, die das regeln sollen, die aber auch nicht wirklich darauf vorbereitet sind, und auch viel zu Wenige. Also (...) die Art, wie hier Pflege definiert wird. (...) Es ist für mich verständlich, dass die ausrasten.

(E_12_07: 18)

In der zitierten Interviewpassage werden stationäre Pflegeeinrichtungen als Orte charakterisiert, an denen einerseits individuelle Problemlagen räumlich konzentriert und andererseits quantitativ wie qualitativ unzureichende Ressourcen zur Bewältigung bereitgestellt werden. Dies lässt sich als eine spezifische Facette dessen auffassen, was in der medialen, politischen und auch fachlichen Diskussion als „Pflegenotstand“ tituliert wird – die der Erstreckung, Bedeutsamkeit und Schwere nicht gerecht werdende Ausstattung des Systems „Pflege“ mit – vor allem – personellen Ressourcen (vgl. hierzu u.a. Bierther, 2017; Graber-Dünow, 2015; Hasseler, 2017; Kersting, 2017; Mahler, 2017; Preuß, 2017; Sahmel, 2018).

Auch andere Interviewte nehmen Bezug auf die Rahmenbedingungen (oder, wie im nachfolgenden Zitat formuliert, die „systemischen Grundvoraussetzungen“) der stationären Altenhilfe, die Genese und Aufrechterhaltung von Gewalt fördern. Neben quantitativen und qualitativen Merkmalen der personellen Ausstattung der Pflege wird auch auf bauliche und ökologische Merkmale verwiesen:

B: Das liegt an den systemischen Grundvoraussetzungen, die diese Verhältnisse zuverlässig reproduzieren können. Und solange die systemischen Grundvoraussetzungen nicht geändert werden, also eine andere Architektur, eine andere Personalbesetzung, eine andere Qualifikation der Mitarbeiter, aber auch andere Beruflichkeiten, solange dieses Gesamtsetting sich nicht verändert, glaube ich nicht, dass man die Gewalt da rauskriegt.

(E_I1_03: 107)

Hinsichtlich der Knappheit der in der Pflege verfügbaren Ressourcen und ihres Zusammenhangs mit dem Auftreten von Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern wurden in den Interviews u.a. folgende Zusammenhangsannahmen formuliert oder zumindest nahegelegt:

- Eine quantitativ unzureichende personelle Ausstattung stationärer Altenhilfeeinrichtungen bringt es mit sich, dass eine hinreichende Begleitung und „Beaufsichtigung“ der Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegealltag nicht geleistet werden kann.
- Eine schwache personelle Besetzung hat nach Ansicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner auch zur Folge, dass systematische Möglichkeiten, das eigene Handeln zu reflektieren – sei es in Form von Supervision (siehe hierzu etwa Bethell et al, 2018; Janssen, 2019; Schwarz, 2009), kollegialer Beratung (Kocks & Segmüller, 2019) oder Fallbesprechungen (Buscher et al., 2012; Halek, 2018) – oftmals entweder gar nicht erst angeboten werden oder von den in der Pflege Tätigen nicht hinreichend wahrgenommen werden können.⁴⁶
- Im Hinblick auf Tätigkeitsfelder außerhalb der unmittelbaren pflegerischen Arbeit – explizit genannt werden Betreuung und hauswirtschaftliche Tätigkeiten – wird die Sichtweise vertreten, dass es in der stationären Altenhilfe an Bewusstsein für die Bedeutung fachlicher Qualifikation und dementsprechend an der Einhaltung entsprechender Standards mangle. Derartige Bereiche bedürften der Aufwertung. Mängel im Bereich der Betreuung wie auch etwa in der Qualität der Ernährung im Heim werden mit einem erhöhten Risiko aggressiven Verhaltens in Verbindung gebracht.⁴⁷ Insbesondere wird darauf verwiesen, dass die Arbeit gering qualifizierter Betreuungskräfte mit schwierigen, teils psychisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern einen möglichen Auslöser aggressiven Verhaltens darstelle.⁴⁸

⁴⁶ *B: Und eben, wie gesagt, die Reflexionsangebote müssen selbstverständlich sein, regelmäßig sein, auch wenn nicht unbedingt etwas vorgefallen ist. Regelmäßig in Teambesprechung sollte man alles besprechen, was eben auch so störend ist, was nervt, was andere-, was einem die Arbeit erschwert, was einen kaputt macht, wie auch immer. (E_I2_07: 68).*

⁴⁷ *B: [...] Aber gerade Betreuung als etwas, oder auch Hauswirtschaft als etwas anzusehen, was auch einen hohen fachlichen Standard benötigt. Das haben wir ja nicht. Das finden wir ja nicht in der stationären Einrichtung. Oder auch nicht im ambulanten Bereich. Das heißt, ich bin sehr dafür, dass man, wenn man über Qualifikation spricht, eben Betreuung nicht als die Assistenzfähigkeit der Pflege betrachtet. [...] Oder im hauswirtschaftlichen Bereich. Auch da, glaube ich, dass Ernährung entscheidend dazu beiträgt. Auch was Aggressivitätsentwicklung angeht. Ich denke schon, dass es auch manche Ernährungszustände gibt, die nicht förderlich sind. Und auch da braucht es eigentlich ausgebildete Hauswirtschaftlerinnen und nicht etwas, was so nebenbei passiert. (E_I1_01: 56).*

⁴⁸ *B: Die Arbeit mit Menschen, die sich nicht selbst äußern können (...), wo ich nicht klar ein Signal bekomme oder meine Tätigkeit reflektieren kann, erfordert immer eine hohe Fachkompetenz. (...) Auch im Zusammenhang mit Demenz habe ich über die Jahre so viel und lerne immer noch so viel Neues dazu, dass ich mir denke, du bräuchtest eigentlich ein Studium, Fachstudium, um wirklich dieses Wissen zu haben und die Fähigkeit zu besitzen, dieses Wissen total individuell, situationsabhängig auch zu applizieren, zu reflektieren, zu evaluieren und wieder in der nächsten Situation vielleicht doch noch zu modifizieren, weil es nicht geklappt hat. Und das ist eine Dynamik, die du nie im Leben in kurzer Zeit Menschen*

Es wird u.a. vorgeschlagen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in die Betreuung einzubinden, die zugleich die Betreuungskräfte anleiten und einen Teil ihrer Expertise weitergeben könnten.⁴⁹

Nicht unmittelbar unter dem Gesichtspunkt der Ressourcenknappheit, aber auch wieder auf strukturelle Gegebenheiten der Übersiedlung in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe und des Lebens dort rekurrend, werden in einer Reihe von Interviews Belastungen und Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner als Hintergründe aggressiven und gewaltförmigen Handelns angesprochen.

- *Fremdbestimmung und Autonomieverlust*: Einrichtungen der stationären Altenhilfe werden in älterer (z.B. Shadish & Bootzin, 1984; Swain & Harrison, 1979) wie neuerer (z.B. Artner, 2018) Literatur häufig unter dem Blickwinkel „totaler Institutionen“ im Sinne von Goffman (1961) betrachtet. Die Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung und das Leben in einer solchen Institution sind in der Regel mit Begrenzungen der Handlungs- und Entscheidungsautonomie und der Kontrolle über die eigene Lebensgestaltung verknüpft (zu denen auch bereits jene gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen und Verschlechterungen beitragen, die letztlich zum Umzug in eine Pflegeinstitution führen). Auf erlebte Kontroll- und Autonomieeinschränkungen können Menschen mit Hilflosigkeit oder mit Reaktanz reagieren (siehe dazu u.a. Fogarty, 1997; Kolanowski, 1995; Meddaugh, 1990; Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982; Rodin, Bohm, & Wack, 1982; Sherwin, & Winsby, 2011), welche sich in Form offen aggressiven Verhaltens äußern kann.
- *Erzwungene Konfrontation mit unerwünschten Verhaltensweisen Dritter*: In einigen Interviews wird als eine besondere Belastung des Lebens in einer stationären Einrichtung hervorgehoben, dass Bewohnerinnen und Bewohner durch die Lebenssituation im Heim zwangsweise – bzw. nur um den Preis vollständiger Isolation vermeidbar – mit ungewohnten, störenden, unerwünschten und als unangenehm erlebten Verhaltensweisen von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern konfrontiert sind. Dies kann als ein spezifischer Aspekt der oben angesprochenen Kontroll- und Autonomieeinbußen betrachtet werden, der angesichts der Verbreitung „herausfordernden Verhaltens“ (vgl. dazu u.a. Halek & Bartholomeyczik, 2006; James & Jackman, 2019) bei Demenz und in Pflegeinstitutionen besondere Bedeutung gewinnt. Zu den „unerwünschten Verhaltensweisen“ von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern gehört keineswegs nur unmittelbare physische Aggression, sondern z.B. Agitiertheit, Hyperaktivität, ständiges Wiederholen von Wörtern oder Sätzen, wahnhaftes Äußerungen, falsche Anschuldigungen, enthemmtes und unkontrolliertes Verhalten⁵⁰ und unpassender Umgang mit eigenen Ausscheidungen. Aggression und Gewalt können Mittel sein, in der Konfrontation mit derartigen Vorkommnissen die eigene Identität zu schützen

beibringen kannst, die keinen Hintergrund haben. (E_I1_05: 52)

⁴⁹ **B**: *Für Menschen wirklich Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, das ist auch schon eine besondere Expertise. Und deswegen fände ich es ganz, ganz wichtig, dass wir verbindlich einen hohen Anteil von Ergotherapeuten in den Einrichtungen haben. Die dann auch die Betreuenden anleiten. Ja, die sich erstmal mit der einzelnen Person befassen. Die was herausfinden. Die das dann weitergeben an Pflege und Betreuung. Und so eine Art Recherche von Tätigkeitsmöglichkeiten haben. (E_I1_03: 41)*

⁵⁰ **B**: *Natürlich sind Mahlzeiten ein Riesenproblem. Möchtest du mit jemandem daneben sitzen, der mit dem Essen spielt oder rausspuckt oder umkippt oder blöd aussieht oder komische Geräusche macht? Möchtest du nicht. Dass du da jetzt nicht freundlich bist, ist eine andere Geschichte. Oder eben stur bist oder unfreundlich bist. Das ist alles im Grunde genommen in den meisten Fällen total nachvollziehbar. (E_I1_05: 86)*

(oder schützen zu wollen) und unerwünschte „Zumutungen“ abzuwehren.⁵¹ In der Konfrontation mit negativ bewertetem Verhalten von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern kann es auch zu gruppodynamischen Prozessen kommen, in deren Verlauf Personen stigmatisiert, marginalisiert und gegebenenfalls zum Objekt aggressiven Handelns gemacht werden.⁵²

- *Unzureichende Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen:* In mehreren Interviews werden auch Qualität und Quantität der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen und die mit einer unzureichenden Betreuung einhergehende Langeweile und Frustration als Hintergrundfaktoren aggressiven Handelns angesprochen⁵³. Die Beschäftigungsangebote seien unzureichend und zudem nicht hinreichend an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet.⁵⁴
- *Räumliche Enge, fehlende Rückzugsmöglichkeiten und mangelnde Privatsphäre:* Schließlich werden in den Interviews auch immer wieder räumliche und sozialräumliche Faktoren als gewalt- und aggressionsfördernd hervorgehoben. Insbesondere in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen der Einrichtungen komme es oftmals zu einer Verknüpfung mehrerer aggressionsfördernder Faktoren wie räumliche Enge, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, Lärm und das Zusammentreffen von Personen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und krankheitsbedingten Verhaltensweisen. Aus einer ökopsychologischen Perspektive sind dies Merkmale der sozialräumlichen Umwelt die geeignet sind, Stress zu erzeugen und hierdurch wiederum aggressives Verhalten zu fördern oder wahrscheinlicher zu machen (siehe etwa Bharathan et al., 2007; Joosse, 2011; Stansfeld & Matheson, 2003, zum Geräuschpegel in Pflegeeinrichtungen und zu den Effekten von Lärm; Algase, Antonakos, Beattie, Beel-Bates, & Song, 2011; Stokols, 1972 zu Crowding; Aiello, 1987; Barnes, 2002; Sommer, 1959 zu Verletzungen des *personal space* bzw. der als angemessen empfundenen interpersonellen Distanz; Überblick zu belastenden Faktoren der räumlichen Umwelt bei Gatersleben & Griffin, 2017). In einem Interview werden die angenommenen Zusammenhänge wie folgt zusammengefasst:

B: [...] Und es gibt so das, was man so in der Literatur Crowding-Effekt nennt. Einer der wesentlichen Aspekte dieses Crowding-Effektes sind die Rollstühle. Das sind oft monströse Gerätschaften, die den Bewegungsraum in diesen schon sowieso schmal bemessenen Aufenthaltsräumen noch zusätzlich beeinträchtigen. Sodass viele Menschen in irgendwelchen Ecken auch wie eingekesselt sind. Die alleine sich gar nicht fortbewegen können. Und damit über viele Stunden, manchmal eben bis nach dem Mittagessen an einer Stelle ortsfixiert sitzen. Oft in einer unangenehmen Körperhaltung, die sie selber

⁵¹ *B: Das sind Situationen, wo das quasi explodiert und die Menschen sich und ihre Situation einfach nicht mehr aushalten können. Und was soll ich denn machen? Dann ist sozusagen die Gewalt die letzte Möglichkeit, meine eigene Würde noch in irgendeiner Weise zu wahren, zu protestieren. Meine Stimme zu Gehör zu bringen, weil ich das nicht anders kann. (E_I1_03: 61).*

⁵² *B: Ja. Klar, das Klima leidet insgesamt darunter, denke ich. Und es führt dazu, dass man vielleicht Grüppchen bildet gegen den einen, gegen den anderen. Also ein Aggressor hat es immer schwer, der wird dann immer ausgegliedert irgendwo, weil da will ja niemand dem-, will ja niemand in der Nähe sich aufhalten, nicht. (E_I2_07: 48)*

⁵³ Hierzu z.B. auch Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold (2017).

⁵⁴ *B: Und das ist ja auch, sagen wir mal, mentalitätsmäßig ein ungeheurer Unterschied und begründet das dann immer „Die werden ja sozial integriert.“ Aber da passiert ja nichts. Sondern die sitzen dort schweigend und warten auf die nächste Futtereinheit und ärgern sich über das, was sie um sie herum passiert. Also, ich sage mal, die klassischen Defizite, wie wir sie aus der Altenhilfe kennen, die kumulieren, und ich würde mal sagen, sowas wie Gewalt ist eigentlich sowas wie die Spitze vom Eisberg. (E_I1_03: 61)*

nicht verändern können. Und ja, aufgrund dieser vielen Menschen, die sich dann darin aufhalten, gibt es auch oft eine sehr schlechte Luft, sodass auch nicht gelüftet wird. Es gibt Getränkeautomaten, die wimmernde Geräusche machen. Also ich habe das einmal erlebt. Da läuft dann also ein Radio und zwei, drei Leute vokalisieren und der Getränkeautomat macht was Wimmerndes und die Betreuungskraft, die püriert noch irgendeinen Pfannekuchen, um den dann zu reichen. Und das ist eine Geräusch- und Geruchskulisse, die auch für einen normalen Menschen, der jetzt keine gerontopsychiatrischen Veränderungen hat, also in diesem Fall für mich, an eine Belastungsgrenze stößt. Und ich manchmal aus so einem Raum nach drei, vier Stunden der Beobachtung schweißgebadet rausgehe. Das heißt, diese Kumulation von Ohnmacht auf einem engen Raum mit extrem unterschiedlichen Ausgangssituationen ist ein Stressor sondergleichen.

(E_11_03: 7-7)

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die befragten Expertinnen und Experten vor allem ihre Erfahrungen und Sichtweisen zu Entstehungsbedingungen und Hintergründen von Aggressions- und Gewaltphänomenen in stationären Altenhilfeeinrichtungen einbringen und dabei den Blick – der Perspektive eines nicht unmittelbar handelnd Involvierten entsprechend – in starkem Maße auf überindividuelle, organisationale und systemische Faktoren richten. *Resident-to-resident aggression* erscheint hier als Problematik, deren Genese und Aufrechterhaltung u.a. vor dem Hintergrund der insgesamt defizitären materiellen und personellen Ressourcenausstattung der stationären Altenhilfe gesehen werden muss. Dieser Ressourcenmangel führt dazu, dass sich in derartigen Einrichtungen kumulierende Problemlagen nicht in hinreichendem Maße und in einer Weise bearbeiten lassen, welche dem sozialen Klima und einem möglichst aggressions- und gewaltfreien Zusammenleben zuträglich wäre. Darüber hinaus wurde von den Interviewten darauf hingewiesen, dass aggressives Bewohnerinnen- und Bewohnerhandeln auch als Reaktion auf wahrgenommene Beschränkungen der eigenen Entscheidungs- und Handlungsautonomie sowie auf die Exposition gegenüber nicht frei gewählten und zugleich negativ bewerteten Lebensumständen verstanden werden kann und sollte. In stationären Einrichtungen verbreitete Krankheitsbilder sind aus Expertinnen- und Expertensicht in einem doppelten Sinne mit RRA verknüpft. Zum einen können aggressive Episoden unmittelbarer Ausdruck einer Erkrankung sein (insbesondere frontotemporale Demenzen wurden hier genannt), zum anderen kann krankheitsbedingtes „herausforderndes Verhalten“ zum Ausgangspunkt aggressiver Reaktionen Dritter werden.

5.3.3. Expertinnen- und Expertensichtweisen zum Umgang mit RRA

Neben der Verbreitung, den Erscheinungsformen und den Entstehungsbedingungen von Aggression und Gewalt wandten sich die Interviews auch der Frage zu, wie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit derartigen Problemlagen umgegangen wird.

In den Interviews wird die Sichtweise vertreten, dass die in den Einrichtungen tätigen Kräfte primär reaktiv und unmittelbar gefahrenabwehrend mit Fällen von RRA umgehen. Eine akute Situation, in der aggressives und gewaltförmiges Handeln gezeigt und somit das physische oder psychische Wohlbefinden Dritter beeinträchtigt oder gefährdet wird, schafft Handlungsdruck und führt zu Maßnahmen, die – z.B. durch Separierung der aggressiv handelnden Person von den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern – darauf abzielen, eine Fortsetzung oder Wiederholung des Verhaltens zu unterbinden. Interventionen setzen demnach vorwiegend an proximalen Entstehungs- und Ermöglichungsbedingungen von RRA an und nehmen distale Faktoren weniger in den Blick (siehe Krieger, 2008, zu einer Explikation und zugleich Kritik der proximal-distal-Dichotomie in gesundheitspolitischen Diskussionen). Ferner wird in den Expertinnen- und Experteninterviews darauf hingewiesen, dass alltagspraktische analytische Aufarbeitungen aggressiven Bewohnerinnen- und

Bewohnerverhaltens oftmals mit einer starken Zuschreibung auf über die Zeit hinweg stabile Persönlichkeits- und Charaktermerkmale einhergehen. Wenn Bewohnerinnen und Bewohner als „mürrisch“, „aufbrausend“, „herrsüchtig“ oder eben (grundsätzlich) „aggressiv“ charakterisiert und solche Eigenschaften zum Ausgangspunkt des in Frage stehenden Ereignisses gemacht werden, eröffnet dies wenig Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten und birgt die Gefahr einer Stigmatisierung und einer Verfestigung problematischer Situationen. In den Interviews werden Prozesse beschrieben, die in der kognitiven Sozialpsychologie unter dem Begriff des „fundamentalen Attributionsfehlers“ bekannt sind (z.B. Miller, 1976; Ross, 1977) und im Kern darin bestehen, dass die handelnde bzw. sich verhaltende Person als Ursprung und Verursacherin ihrer Handlungen und Verhaltensweisen wahrgenommen wird und demgegenüber situative (oder jedenfalls außerhalb der Person liegenden) Bedingungsfaktoren in den Hintergrund treten⁵⁵. In der folgenden Interviewpassage kommen die Annahmen zu einer Dominanz von Akutinterventionen und personalen Zuschreibungen zusammenfassend zum Ausdruck:

B: [...] Also wie lösen wir das Problem auf oder eben dann bleibt doch die Bewohnerin im Zimmer, weil sie sonst sowieso irgendwie rebelliert. Oder so etwas. (...) Wenig vermittelnd oder so. (...) Sondern eher Trigger beiseiteschaffen. Es wird dann deutlich, ja und wenn darüber gesprochen wird, dann ist es, ja, die Frau Sowieso ist immer so mürrisch und penibel oder die regt sich dann immer sehr schnell auf. Also es ist eher so über den Charakter, was, ich glaube, normal in so Gruppendynamiken ist. Es wird dann ein bisschen anders thematisiert, wenn es um Menschen mit Demenz geht. Aber eher so, dass eben durch das unangenehme auffällige, nicht akzeptable Verhalten des Menschen mit Demenz das Umfeld belastet oder gestört wird. Und dann ist es klar, dass die anderen dann aggressiver rangehen. Weil, wenn du die ganze Zeit das Geschrei im Ohr hast oder sowas, dann ist das nachvollziehbar, dass dann irgendjemand selber zurückschreit oder manchmal schimpft oder manchmal kämpft oder so etwas. Und das wird dann tatsächlich häufig zum Anlass genommen, um die Situation zu besprechen. Also erst dann – manchmal wird überhaupt über die Situation gesprochen, weil die anderen sich aufregen oder irgendwie auch aggressiv reagieren oder so etwas. Also die Reaktion ist eben so schwerwiegend, dass man etwas machen muss. Und dann gibt es total unterschiedliche Ansätze. Also eben auch die Separation zum einen oder eben, wenn man Glück hat, (...) macht man halt eine Fallbesprechung und dann geht es erstmal an den Kern des Verhaltens. Also an die Person selber, um dann die Lösung für das Umfeld zu schaffen. (...) Also es ist dann eher, dann wird es eher zum Problem, wo man handeln muss, geplant handeln muss. Also sozusagen wissentlich handeln muss und nicht eher so, eher spontan oder emotional oder intuitiv.

(E_I1_05: 5)

Fallbesprechungen, die auch mit einer aus der unmittelbaren Handlungssituation herausgelösten Analyse von Ursachen, Entstehungsbedingungen und Auslösern einhergehen, werden in der obigen Interviewpassage gewissermaßen als „Glücksfall“ (und somit offenbar als nicht regelhaft stattfindend) angesprochen. In einem anderen Interview wird betont, dass die Analyse der Hintergründe aggressiven Verhaltens individualisiert und empathisch erfolgen sollte, sodass an die Person angepasste Maßnahmen und Angebote entwickelt werden können:

B: [...] Einer der ersten Schritte ist natürlich immer, wenn wir diese Aggressionen bemerken, auch zu sagen, begeben euch quasi nochmal in den Schatten dieses Menschen und überlegt auch nochmal, warum und weshalb und was ist die Situation? (...) zu sagen, wir begleiten ihn jetzt quasi nochmal gedanklich durch den Tag, um zu erleben, was sind die Auslöser, was sind die Situationen? Und manchmal ist es ja dann auch so, dass man zu der Erkenntnis kommt, die beiden würden auch in anderen Zusammenhängen nicht gut miteinander harmonieren. Warum müssen sie es hier tun? Also

⁵⁵ Kubota et al. (2014) weisen in einer neueren Arbeit auf Zusammenhänge zwischen dem fundamentalen Attributionsfehler und Entscheidungen in Stresssituationen und unter unmittelbarem Handlungsdruck hin.

gibt es Möglichkeiten des Wechsels? Sie auseinanderzunehmen, auseinanderzusetzen, wie auch immer, organisatorisch.
(E_I1_01: 82)

Die in den Interviews zum Ausdruck gebrachten Sichtweisen der Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass der Umgang der in stationären Einrichtungen Tätigen mit RRA-Vorkommnissen vielfach dadurch gekennzeichnet ist, dass die kurzfristige Unterbindung von Gefährdungen, insbesondere durch räumliche Separierung der beteiligten Personen, Vorrang gegenüber stärker analytisch und vorausschauend ausgerichteten Handlungsansätzen hat. Es wird zudem im Handeln der Pflege- und Betreuungskräfte die Tendenz wahrgenommen, aggressives Verhalten primär dispositionell zu attribuieren, d.h. mit Charakter- und Persönlichkeitsmerkmalen der gewalttätig bzw. aggressiv in Erscheinung tretenden Person in Verbindung zu bringen. Ferner wird darauf hingewiesen, dass der erfolgreiche Umgang der Pflegekräfte mit RRA-Problemen in starkem Maße davon abhängt, dass ein individuelles Eingehen auf die jeweilige Person erfolgt; erst das Nachempfinden und Verstehen der Belastungen und Auslöser im Einzelfall lassen gezielte Interventionen zu. An dieser Stelle erlangt wiederum die im vorherigen Abschnitt als Hintergrundfaktor von RRA-Phänomenen angesprochene Knappheit personeller Ressourcen in der stationären Altenhilfe Bedeutung.

5.3.4. Expertinnen- und Expertensichtweisen zu Perspektiven für die Prävention

Neben den Hintergründen von sowie dem Umgang mit Gewalt und Aggressionen in stationären Altenhilfeeinrichtungen bildeten Fragen nach präventiven Ansätzen zur Vermeidung von RRA einen weiteren Schwerpunkt der Expertinnen- und Experteninterviews. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse, Erfahrungen und Sichtweisen wiedergegeben.

Spezialisierte Ansprechpersonen für Gewaltvorkommnisse unter Bewohnerinnen und Bewohnern: Zunächst einmal wird in vielen Interviews darauf hingewiesen, dass es in den Einrichtungen bislang – sowohl für Bewohnerinnen und Bewohner als auch für die in den Häusern Tätigen – an spezialisierten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Problemlagen in Zusammenhang mit Aggression und Gewalt mangle. Die Polizei könne zwar in einer akuten Gewaltsituation gewissermaßen als institutionelle Spezialistin zu Hilfe gerufen werden, sie sei aber nicht der geeignete Akteur, um jenseits der Akutsituation „dauerhaft“ mit „gestörten Beziehungsgeflechten“ umzugehen. „Das müssen andere Stellen, andere Personen bewerkstelligen. Und das fehlt weitestgehend“ (E_I1_08: 30).

B: (...) ich glaube, dass es wichtig ist, dann auch wirklich eine fachliche Qualifikation anzubieten, die diese Gespräche außerhalb des Pflegealltags führen kann, damit nicht die Mitarbeiterin, die morgen wieder da ist und eventuell sogar die Wäsche machen will oder die Intimpflege machen will, auch noch das Gespräch über das aggressive Verhalten führen muss. Sondern dass die Rollen klar sind. Für was bin ich zuständig? Für was dann eben die Sozialpädagogen (...) oder die Ergotherapeuten? Also auch im Team Lösungen suchen und deswegen auch sogenannte Visiten oder Fallbesprechungen ernst (...) nehmen. Das gibt es als Strukturen. Das heißt aber nicht, dass sie wahrgenommen werden immer.
(E_I1_01: 82)

Die Sichtweise, dass es innerhalb der Einrichtungen der Spezialisierung bestimmter Personen auf den Umgang mit Gewaltvorkommnissen bedarf, wird nicht von allen Interviewten geteilt. Es wird auch die Position vertreten, dass die Bewältigung der Problematik die Pflege- und Betreuungskräfte insgesamt betreffe, dass es erforderlich sei, dass die in den Einrichtungen Tätigen über Kenntnisse zu Deeskalationstechniken⁵⁶ verfügten und dass Fallbesprechungen hilfreiche Instrumente seien.

⁵⁶ Zur Deeskalation in der Pflege u.a. Dauber und Pester (2014), Hamborg (2000), Hausmann (2009), Mantz (2014). Ein Review von Spencer, Johnson und Smith (2018) kommt zu dem Ergebnis, dass es hinsichtlich der Wirkungen und

Zugleich wird darauf hingewiesen, dass ein solcher Ansatz des auf breitgefächerte Kompetenzen gestützten Umgangs mit Gewalt- und Aggressionsvorkommnissen vor dem Problem knapper personeller Ressourcen stehe – die dann dazu führen, dass erforderliche Kenntnisse nicht in Fortbildungen vermittelt oder Fallbesprechungen nicht bzw. nicht in der erforderlichen Dichte und Intensität durchgeführt werden.

*B: Im Grunde gibt es ganz viele Möglichkeiten und alles ist im Grunde schon da, damit es besser wird. Aber es ist zu wenig Personal. Wenn sie eine PDL fragen: „Warum machen sie so wenige Fallbesprechungen?“ „Ja, wir haben keine Ressourcen. Wir sprechen darüber, warum ist es so laut. Ja, wir haben einen großen Saal und wir haben nur eine Präsenzkraft.“ Also geht es wieder um das Personal. Es ist das Personal. Es ist zu wenig Zeit.
(E_I1_09: 98)*

Dementia Care Mapping / teilnehmende Beobachtung als Strategien der Aufarbeitung von RRA-Vorkommnissen und als Instrumente der Prävention:

In Bezug auf die Verhinderung von RRA-Vorkommnissen wird von guten Erfahrungen mit Dementia Care Mapping und teilnehmender Beobachtung berichtet. Dementia Care Mapping (DCM) ist ein personenzentriertes Verfahren, das Pflegende dabei unterstützen soll, die psychischen Bedürfnisse von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen (u.a. Bedürfnisse nach Geborgenheit, Identität, Bindung) zu verstehen und zur Befriedigung dieser Bedürfnisse beizutragen (zu DCM siehe u.a. Brooker, Edwards, & Benson, 2004; Fossey, Lee, & Ballard, 2002; Kitwood, 1997; Kitwood & Bredin, 1992; für den deutschen Sprachraum u.a. Innes, 2004; Müller-Hergl, 2017; Riesner, 2014; Wappelshammer, 2018).

*B: (...) bei dem Dabeisein ergeben sich in 100 Prozent nochmal neue Erkenntnisse. Entweder dabei sein als Dementia Care Mapping, wenn es das Setting erlaubt oder dabei sein als teilnehmende Beobachtung. Da haben wir fast immer nochmal Ansatzpunkte gefunden.
(E_I1_04: 132)⁵⁷*

Psychologische und psychotherapeutische Angebote in stationären Einrichtungen:

Einige der befragten Expertinnen und Experten vertreten die Sichtweise, dass eine stärkere Einbindung von Psychologinnen und Psychologen sowie entsprechender psychologischer und psychotherapeutischer Angebote zur Verminderung aggressiven Bewohnerinnen- und Bewohnerverhaltens beitragen könnte. Es wird u.a. darauf hingewiesen, dass über entsprechende Angebote eine bessere Aufarbeitung biografischer Traumata möglich werde, welche oftmals in Verbindung mit aggressivem Verhalten stehen.

*B: (...) Was uns in der Tat im Vergleich zur internationalen Arbeit im Altenheim fehlt, ist (...) psychologische Betreuung. Wir wissen zum Beispiel, dass auch viele Menschen, ältere Menschen immer noch mit Traumata zu tun haben. Das sind, glaube ich, manchmal Bereiche, die eben nicht durch Pflege oder Sozialarbeit aufzuarbeiten wären. Und da eine bessere psychologische Betreuung, also tatsächlich einen Psychologen, der sich vielleicht solche Fälle erstmal als Akutfälle anschaut mit uns zusammen oder mit Pflegenden zusammen und aus dieser Sicht noch therapeutisch versucht zu helfen, dass natürlich dieses Wissen kann dann für diese Situation präventiv genutzt werden.
(E_I1_05: 101)*

Wirksamkeit von Deeskalationstechniken in Pflegeeinrichtungen noch nahezu vollständig an belastbaren Daten mangelt.

⁵⁷ Jutkowitz et al. (2016) haben in ihrem systematischen Review vor dem Hintergrund einer insgesamt noch defizitären Befundlage (drei Studien aus drei Ländern) keine hinreichenden Belege dafür gefunden, dass Dementia Care Mapping – hier jeweils in Form von Weitergabe von Beobachtungen speziell geschulten Personals an die alltäglich mit den Demenzkranken befassten Pflegekräfte – in der Lage ist, agitiertes und aggressives Verhalten substantiell zu mindern.

In der internationalen Fachdiskussion um psychologische und psychotherapeutische Hilfen in der stationären Altenpflege spielen neben der Aufarbeitung von Traumata vor allem depressive Störungen eine große Rolle (zu psychotherapeutischen Angeboten und Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege siehe u.a. Bharucha, Dew, Miller, Borson, & Reynolds, 2006; Kessler & Agines, 2015; Kessler & Peters, 2017; Logsdon, McCurry, & Teri, 2007; Powers, 2008; Schwartz, 2007; Watts, 2015). Soweit unmittelbar psychologische Interventionen in Bezug auf „herausforderndes Verhalten“ demenziell Erkrankter in Betracht gezogen werden, sprechen bisherige Befunde vor allem für die Wirksamkeit von (verhaltenstherapeutisch ausgerichteten) „Behaviour Management“-Ansätzen (Livingston, Johnston, Paton, & Lyketsos, 2005).

Schulung und Sensibilisierung des Personals für den Umgang mit „challenging behaviour“:

Viele der interviewten Expertinnen und Experten empfehlen, alle in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zu schulen und für Aggressions- und Gewaltphänomene zu sensibilisieren; insbesondere sollte der Fokus hier auf Deeskalationstechniken und die Früherkennung von Gewaltphänomenen gelegt werden. Es gehe dabei sowohl um ein vertieftes Verstehen der Problematik als auch um das Trainieren von Verhaltensweisen zum Umgang mit akuten Bedrohungssituationen.⁵⁸ Die folgende Interviewpassage hebt die Bedeutung einer themenfeldspezifischen Qualifikation auch von Beschäftigten hervor, die nicht unmittelbar dem Pflege- und Betreuungsbereich zuzurechnen sind.

B: Also derjenige, der schon zu Hause gewalttätig war und wo das dann in der Einrichtung war, (...) da wurde eben auch beschrieben, dass er gegenüber Mitarbeiterinnen gewalttätig wurde, und es waren Reinigungskräfte, und die hatten dann eben auch Angst und die haben das Verhalten (...) überhaupt nicht verstanden und einordnen können. (...) Bei meiner letzten Stelle, (...) da hatten wir auch eine Bewohnerin, die hat immer so, die war auch kognitiv stark verändert, zu den Mitarbeitern „dumme Sau“ und so gesagt. Und speziell die Küchenkräfte, (...) die haben keine Fortbildungen gemacht, aber klärende Gespräche, dass denen klar wird, dass man das nicht auf sich bezieht. Das fällt natürlich den Fachkräften leichter, das einzuordnen im Zusammenhang mit der Erkrankung als den Kräften, die auch gar nicht so informiert sind über das Krankheitsbild und die das eben auf sich beziehen und dabei beleidigt sind. Auf jeden Fall müssen da alle Berufsgruppen aufgeklärt werden. Durch Schulungen, Gespräche, gemeinsame.

(E_I1_04: 207)

Intensivierung der Austausch- und Reflektionsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

Von verschiedenen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wird auf das gewaltpräventive Potenzial einer Erweiterung von Austausch- und Reflektionsräumen für die Beschäftigten verwiesen. Das bezieht sich auf ganz alltägliche Dinge wie das Einräumen größerer Zeitfenster für Übergaben⁵⁹, darüber hinaus aber auch auf systematische Formen des Austauschs und des gemeinsamen Erörterns von Erfahrungen und Herausforderungen, sei es in Team- oder Fallbesprechungen oder durch Angebote zur Supervision. In den Interviews wird jenseits der konkreten Form des „Forums“ die Bedeutsamkeit der Schaffung von Möglichkeiten betont, in den regelmäßigen Austausch über

⁵⁸ *B: Also erst ist natürlich tatsächlich das Wissen darum, wie wenn die Ergebnisse dann vorliegen, das vertiefte Wissen darum, wie können solche Situationen überhaupt erst entstehen, um an den Ursachen zu arbeiten. Das Zweite ist tatsächlich meines Erachtens die gezielte Schulung im Umgang mit solchen Konflikten. Um zu sagen, wo muss ich aus der Situation rausgehen? Wo muss ich den Menschen aus der Situation bringen? Und wie kann ich gezielt eingreifen auch, damit es hier nicht zu einer Eskalation kommt. Sowas wie Deeskalation auch zu üben. (E_I1_01: 772)*

⁵⁹ *B: Wir sehen die Konsequenzen aus schlechten Übergaben oder aus schlechten Besprechungen letztendlich. Weil wir wissen, okay von der Frühschicht auf die Spätschicht oder Mittagsschicht, wie auch immer, warum ist da so viel an Informationen verloren gegangen, dass Pflegefachkraft 1 und Pflegefachkraft 2 völlig unterschiedlich mit einer Person letztendlich schon umgehen? (E_I1_06: 85)*

Problemlagen – zu denen dann nicht ausschließlich, aber auch solche im Umgang mit aggressivem und gewaltförmigem Verhalten gehören – zu treten.⁶⁰

Gewaltpräventive Gestaltung der (sozial-) räumlichen Umwelt:

Von den befragten Expertinnen und Experten bereits als Hintergrundfaktoren von RRA-Vorkommnissen angesprochene Merkmale der sozialräumlichen Umwelt in den Einrichtungen werden auch unter der Frage der Prävention durch Umweltgestaltung thematisiert. Wenn etwa Lärm und räumliche Enge Faktoren sind, die zu einer Überforderung der betroffenen Personen und in der Folge zu aggressivem Verhalten führen können, liegt es nahe, bei der Gestaltung der räumlichen Umwelt in den Pflegeeinrichtungen auf diese Merkmale zu achten. Entsprechendes gilt für die Möglichkeit, sich in einen als privat erlebten Raum zurückzuziehen. Zugleich wird in den Interviews betont, dass das Ziel nicht eine möglichst reizarme räumliche Umwelt sei. Die Bewohnerinnen und Bewohner seien auch auf sensorische Anreize angewiesen; es gehe darum, Überforderung und Reizüberflutung zu vermeiden.⁶¹

Ein solcher Ansatz der Gewaltprävention knüpft grundsätzlich an Überlegungen zu einer "Crime Prevention Through Environmental Design" (CPTED) an (siehe hierzu etwa Armitage, 2014; Cozens, Saville, & Hillier, 2005; Crowe, 2000; Ekblom, 2011), wie sie vor allem im angelsächsischen Sprachraum verbreitet sind. Allerdings stehen hier weniger das Unterbinden von Tatgelegenheiten, die Zugangskontrolle und die formellen und informellen Überwachungsmöglichkeiten im Vordergrund als in klassischen CPTED-Ansätzen; das CPTED-Prinzip der Territorialität lässt sich hingegen auf die Zielrichtung der Schaffung und Bewahrung als privat erlebter Räume gut übertragen.

Optimierung organisationaler Prozesse:

Am Beispiel des Konzepts der „Protected Mealtimes“ (siehe hierzu u.a. Beck, Martinsen, Birkelund, & Poulsen, 2017; Das, McDougall, Smithson, & West, 2006; Huxtable, & Palmer, 2013; Nijs, de Graaf, Kok, & van Staveren, 2006; Porter, Haines, & Truby, 2017) wird darauf hingewiesen, dass in der Umgestaltung und Optimierung organisationaler Abläufe auch Potenziale für die Gewaltprävention liegen können. Das Konzept dient primär der Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und besteht im Kern darin, dass die Essenszeiten vor anderen Aktivitäten geschützt werden. Im Rahmen der Interviewstudie wird die Sichtweise vorgetragen, dass über die Umsetzung derartiger Prinzipien die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert, Belastungen reduziert und so letztendlich auch aggressivem Verhalten vorgebeugt werden könne.

Intensivierung sinnvoller / sinnstiftender Angebote für Bewohnerinnen- und Bewohneraktivitäten:

Die Thematik sinnerfüllter, als sinnvoll erlebter Aktivitäten im stationären Kontext wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur in jüngerer Zeit zunehmend diskutiert (vgl. etwa Groenendaal, Loor,

⁶⁰ Die folgenden beiden Interviewpassagen bekräftigen diese Sichtweise:

B: Ja, ich glaube, präventiv ist auch einfach, dass man Gesprächsmöglichkeiten überhaupt schafft. Als wo man über solche Dinge halt sprechen kann. Also dass es erst gar nicht zu so schwierigen Situationen kommt. Also sei es, dass man ein Angebot, wie Supervision oder Teambesprechung oder so, dass es irgendwie sowas gibt. Oder es gibt eine Vertrauensperson, wo man halt hingehen kann. Dass da jemand ist. (E_I1_02: 108)

B: Wenn man nicht mal ab und zu mal auch innehält und mal darüber nachdenkt, was läuft jetzt hier und warum läuft es so. Ja, dann läuft es eben komplett in die falsche Richtung, (...) bis das alles zusammenbricht. (...) dass man tatsächlich über Fälle, über problematische Fälle wirklich hier in einer konstruktiven Weise (...). Würde schon eine gute Teambesprechung reichen oder Supervision mit jemand neutralem. (E_I2_07: 26)

⁶¹ **B:** (...) eine Umgebung sollte halt gewisse Anreize schaffen. Also, dass sie halt nicht langweilig für so einen Bewohner ist. Sie sollte aber auch keine Reizüberflutung haben. Das heißt, man muss da so ein gutes Maß letztendlich rauskriegen. (...) Sinnvoll ist immer, wenn die Bewohner auch ein Teil eigenes Mobiliar (...), also dass sie ein Stück weit ihr Zuhause mit ins Altenheim (...) reinbringen können. (E_I1_02: 125-127).

Trouw, Achterberg, & Caljouw, 2019; Han, Radel, McDowd, & Sabata, 2016; Harmer, & Orrell, 2008; Kok, Nielen, & Scherder, 2018; Morley, Philpot, Gill, & Berg-Weger, 2014; Palacios-Ceña et al., 2016; Wenborn, 2017). Diese Diskussionen sind eingebettet in Überlegungen zur Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen und nehmen vor allem Bezug auf demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Auch wenn es an einer allgemein anerkannten Definition mangelt, lässt sich festhalten, dass als sinnvolle Aktivitäten in aller Regel solche Betätigungen gefasst werden, die von der jeweiligen Person als bedeutsam erlebt werden, an Merkmale ihrer Biographie anknüpfen und ihren Fähigkeiten angepasst sind (Groenendaal et al., 2019). Im Rahmen der Interviewstudie wird auf das gewaltpräventive Potenzial sinnstiftender Aktivitäten und entsprechender Angebote hingewiesen. Die Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung schaffe vielfach den Bedarf, für jene Energien, die zuvor zur Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit aufgewendet werden mussten, nunmehr neue und eben als bedeutungsvoll erlebte Betätigungsfelder zu etablieren.⁶² Aus Sicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ist es wichtig, kognitive Herausforderungen mit körperlichen Betätigungsmöglichkeiten zu verknüpfen. Angebote können z.B. hauswirtschaftlicher, gärtnerischer oder künstlerischer Natur sein. Sie sollten sich nicht nur an Individuen richten, sondern auch als gemeinschaftliche Gruppenaktivitäten ausgelegt sein. In diese Beschäftigungsangebote können Ehrenamtliche eingebunden und dadurch auch die Einrichtungen nach außen transparenter gemacht werden.⁶³ Die Angebote sollen das Wohlbefinden insbesondere von Menschen mit Demenz verbessern, ihnen ein Gefühl der Verbundenheit mit Anderen und mit der Umwelt vermitteln und ihr Erlebnis personaler Identität stärken. Die von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern nur am Rande explizierte Verknüpfung zur Gewaltprävention besteht in der Annahme, dass derartige Effekte (gesteigertes Wohlbefinden, gestärkte Identität, Verbundenheit) letztlich dazu beitragen können, aggressives und gewaltförmiges Verhalten zu reduzieren. Zugleich wird wiederum auf die Schwierigkeit hingewiesen, unter den vorherrschenden Bedingungen personeller Ressourcenknappheit derartige Angebote in hinreichendem Maße umzusetzen.

Institutionelle Gewaltpräventionskonzepte:

Von stationären Einrichtungen werden heute Pflege- und Betreuungskonzepte erwartet, die Vermeidung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie Gewaltprävention umfassen. Aus Sicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner stellen sich derartige Konzepte – die nicht ausschließlich auf Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern ausgerichtet sind – bisweilen zunächst eher als „Pflichtübungen“ dar, die es vorzuhalten gelte, wenn

⁶² **B:** Dann kommen die in die Einrichtung und (...) stattdessen soll ich jetzt nette Gymnastik machen und Gedächtnistraining und ein Liedlein singen. Und dazu haben die Leute ja keinen Bezug. Also das, was sinnvoll war, das bekomme ich nicht. Und das, was ich bekomme, ist aber nicht das, was ich für sinnvoll finde. Das ist also eine sehr anspruchsvolle Arbeit, unter den Bedingungen einer stationären Einrichtung sinnvolle Betätigung zu finden. (E_I1_03: 43)

⁶³ Die beiden nachfolgenden Interviewpassagen geben Einschätzungen der Interviewten zur Bedeutung sinnstiftender Beschäftigungsangebote wieder.

B: (...) es ist nicht mehr diese Enge der Konzentration auf Alter Abschied, Trauer, Tod und Sterben. Dieses Warten auf nichts oder alles. Also dieses nichts tun und damit auch das eigene Gefühl des Nichtwertschätzens. Sondern wir machen Theatergeschichten hier auch. Wo die alten Menschen plötzlich Rollen lernen müssen oder auch in Chören. Es gibt viele Beispiele dafür, wo es darum gehen muss, die Räumlichkeiten zu öffnen. Normalität herzustellen. Auch durch die Einbeziehung von Menschen, die gar nichts mit der Pflege zu tun haben in den Quartieren. (E_I1_01: 111)

B: Und deswegen sind, glaube ich, diese Schritte zu sagen: Beschäftigung anbieten, die auch sinnvoll ist und nicht sinnentleerte Dinge (...). Aber tatsächlich auch sehr unterschiedliche Angebote machen, weil nicht alle die gleichen machen wollen. Also kleine Gruppenangebote machen und nicht nur individuelle, sondern durchaus auch Gruppenangebote machen. Aber die dann eben auch mit körperlicher Betätigung nach Möglichkeit zu verknüpfen. Und das sehen wir eben da, wo solche Garten-, Pflanz-, Ernte-, Einkochprojekte sind, dass insgesamt das Klima sich in solchen Einrichtungen deutlich auswirkt. (E_I1_01: 35)

sie vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der Heimaufsichtsbehörde verlangt würden; der Bekanntheitsgrad unter den Beschäftigten sei oftmals gering. Zugleich weisen die Interviewten darauf hin, dass derartige Konzepte – wenn sie denn von der Leitungsebene zur „gelebten Praxis“ gemacht werden – gut geeignet sind, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Thematik zu sensibilisieren, sodass Vorfälle erkannt und frühzeitig Maßnahmen eingeleitet werden können.⁶⁴

Gewaltpräventive Aus- und Fortbildung:

In vielen Interviews wird darauf hingewiesen, dass in der Aus- und Fortbildung der in Pflegeeinrichtungen Tätigen Themen der Gewaltprävention einen größeren Stellenwert haben und stärker mit anderen Aus- und Fortbildungsinhalten verknüpft werden sollten. Das Erlernen und Einüben von Deeskalationstechniken sollte Bestandteil der Ausbildung aller Fachkräfte sein. Zudem sollten die Ausgangs- und Rahmenbedingungen zur Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen verbessert werden. Eine interviewte Person formuliert es folgendermaßen:

*B: Also (...) im Grunde genommen werden Fort- und Weiterbildungen nur noch gemacht für die Dinge, die für das unmittelbare Überleben der Einrichtungen entscheidend sind. Alles, was darüber hinaus geht, also es ist ganz, ganz schwer, überhaupt noch heute einen gerontopsychiatrischen Lehrgang durchzuführen. Weil die Einrichtungen erstens oft gar keine Mitarbeiter mehr finden, die bereit sind, das zu machen. Weil die Mitarbeiter oft das Gefühl haben, egal was für eine Fortbildung ich mache, ich kann hier sowieso nichts ändern. [Außerdem] haben sie ein schlechtes Gefühl zu gehen, weil sie dann die Kollegen „im Stich lassen“. Ihre Umsetzungsmöglichkeiten sind sehr gering. Die Leitungen sind entweder ausschließlich mit dem Überleben beschäftigt oder haben auch in diesem fachlichen Umfeld eher wenig Ahnung. Also das sind alles sehr schwierige Ausgangsbedingungen.
(E_I1_03: 93)*

Zusammengefasst kommt hierin zum Ausdruck, dass die breite Umsetzung von Bildungsmaßnahmen zur Gewaltprävention mit mannigfaltigen Widerständen zu kämpfen hat:

- Für Einrichtungsleitungen haben Fortbildungen zur Prävention von Aggression und Gewalt eher keinen für die Existenz und das wirtschaftliche Überleben der Organisation unabdingbaren Charakter; bei einer Beschränkung auf das „Überlebensnotwendige“ gelangen sie daher häufig nicht ins Angebot.
- Werden entsprechende Fortbildungen angeboten, ist die Teilnahmebereitschaft und Teilnahmemotivation der Beschäftigten tendenziell gering, da die Möglichkeiten der Umsetzung erworbenen Wissens in der Einrichtung als gering eingeschätzt werden und die Kolleginnen und Kollegen nicht durch eigene Abwesenheit während der Maßnahme zusätzlich belastet werden sollen.

Verbesserung der personellen Ausstattung der stationären Pflege:

Nahezu einhellig wird von den Expertinnen und Experten hervorgehoben, dass die stationäre Pflege eine bessere personelle Ausstattung benötige, um überhaupt präventive Maßnahmen umsetzen zu

⁶⁴ *B: Also letztendlich, man muss für das Thema Gewalt zwischen Bewohnern, zwischen Mitarbeitern und Bewohnern, zwischen Angehörigen und Bewohnern sensibilisieren. Und darüber kriegt man schon diesen Präventionseffekt. Wenn ich weiß, wo ich Gewalt in ihren Anfängen schon vielleicht auch erkennen kann. Also ist das noch normales Verhalten, dass Herr und Frau Soundso sich jeden Morgen normal begrüßt haben und auf einmal nicht mehr begrüßen? Wenn ich das schon erkenne, dass da etwas Abnormales passiert tatsächlich, wie kann ich vielleicht dann damit umgehen? Muss ich es vielleicht irgendwo ansprechen? Spreche ich dann in dem Fall als Pflegekraft mit dem Sozialen Dienst? Sagt mal, habt ihr das auch festgestellt? Wie können wir dann damit umgehen? Also da fängt es eigentlich schon dafür an, dass halt Leitungskräfte in den Häusern auch die Strukturen in den Häusern und auch die Konzepte in den Häusern für dieses Thema sensibilisieren und tatsächlich gelebt werden. (E_I1_06: 75)*

können. Unter den aktuellen Gegebenheiten könne in der Pflege nur „das Nötigste“ geleistet werden. Jenseits aller spezifischen Präventionsmaßnahmen führe der personelle Mangel bereits jetzt dazu, dass einschlägige Vorkommnisse unentdeckt blieben und folglich nicht auf sie reagiert würde.

B: [...] Es muss wirklich hier auch eine lückenlose Aufsicht gewährleistet sein. Es müssen Menschen da sein, die das mitbekommen, was da gerade abläuft. Ein Nachtdienst mit einer Person, die für drei Etagen zuständig ist, bekommt Dinge nicht mit. Das ist schon Gewalt. Und da passieren so Sachen. Also erstens Personalschlüssel entsprechend.

(E_12_07: 62)

5.3.5. Zwischenbilanz

Die hier in wesentlichen Punkten zusammenfassend dargestellte multiperspektivische Interviewstudie ergänzt die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen und der unmittelbar in den Einrichtungen geführten Interviews. Insgesamt wird in den Interviews deutlich, dass *resident-to-resident aggression* von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern als eine eingebettete Problematik gesehen wird, die ohne Betrachtung der weiteren Rahmenbedingungen weder in ihrer Genese verstanden noch präventiv oder intervenierend angegangen werden kann. Die Frage „Warum kommt es in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern?“ wird in den Interviews jedenfalls in Teilen immer wieder auch als Teil der Frage „Wo bleibt die Praxis der Pflege in stationären Einrichtungen hinter ihren Möglichkeiten und hinter den Anforderungen zurück, die an sie zu stellen wären?“ verstanden. Dies setzt sich in den Erörterungen zu Perspektiven der RRA-Prävention in Pflegeeinrichtungen fort. Die von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern vorgebrachten Konzepte und Handlungsansätze weisen auf eine große Nähe (bisweilen gar Nichtunterscheidbarkeit) von Pflege- und Betreuungsqualität, Lebensqualität und Gewaltprävention hin. Im Einzelfall mag dies auch der Weite des Gewaltkonzeptes geschuldet sein, das in Diskussionen um „Gewalt in der Pflege“ vorherrschend ist. Im Wesentlichen kommt jedoch darin zum Ausdruck, dass aggressives und gewaltförmiges Verhalten in Pflegeeinrichtungen nicht allein Ausfluss entsprechender, dort kumuliert auftretender Krankheitsbilder ist, sondern in (defizitären) Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege wurzelt.

6. Zusammenfassung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Nachfolgend werden wesentliche Untersuchungsergebnisse resümiert (Kap. 6.1); die Zusammenfassung ist wiederum vor allem an den methodischen Komponenten des Projekts ausgerichtet. Im abschließenden Kapitel 6.2 werden die Befunde mit Blick auf die Einbettung und Spezifität des Problemfeldes „Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen“, ferner in Bezug auf Fragen der Prävention und schließlich unter dem Blickwinkel der Grenzen der Studie und bestehender Forschungsbedarfe diskutiert.

6.1. Zusammenfassung

6.1.1. Überblick zum Projekt

„Gewalt in der Pflege“ wird seit längerem immer wieder in der medialen Diskussion, im Pflege- und Gesundheitswesen, in Politik und Wissenschaft zum Thema gemacht. Während die Formulierung „Gewalt in der Pflege“ offen ist und vielfältige Konstellationen von Gewaltausübenden und Gewaltbetroffenen zulässt, konzentriert sich die unter diesem Titel geführte Diskussion in starkem Maße auf zwei Konstellationen:

- (a) Gewalt (im Sinne von Misshandlung einerseits, Vernachlässigung andererseits) gegenüber pflegebedürftigen Menschen durch Personen (oder auch Institutionen), die für die Pflege dieser Menschen Verantwortung tragen.
- (b) Gewalt und Aggression von pflegebedürftigen Menschen, insbesondere solchen mit Erkrankungen, die Kognition und Verhaltensregulation betreffen, gegenüber den sie pflegenden oder betreuenden Personen.

In der internationalen Fachdiskussion haben sich für diese beiden Phänomenbereiche Begrifflichkeiten wie „elder abuse and neglect“ auf der einen Seite und „challenging behaviour“ auf der anderen Seite eingebürgert.

Weitgehend unbeachtet blieb lange, dass „Gewalt in der Pflege“ nicht nur in den Konstellationen „pflegende Gewaltausübende und pflegebedürftige Gewaltbetroffene“ und „pflegebedürftige Gewaltausübende und pflegende Gewaltbetroffene“ vorkommt, sondern auch zwischen Menschen mit Pflegebedarf. Während dies in der häuslichen Pflege, wo Pflegebedürftige in der Regel nicht mit weiteren Pflegebedürftigen in Kontakt stehen, jedenfalls quantitativ kein bedeutsames Problem sein dürfte, stellt sich die Lage in der vollstationären Pflege – dort lebten Ende 2017 mehr als 800.000 der insgesamt über 3,4 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2019) – anders dar.

Unter der Bezeichnung *resident-to-resident aggression* (oftmals als RRA abgekürzt) wurde in jüngerer Zeit zunächst vor allem in Nordamerika eben diese Gewaltproblematik in den Blick genommen. Internationale Befunde lassen darauf schließen, dass Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Einrichtungen weit verbreitet sind und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen wie auch der Beschäftigten nachhaltig tangieren können, die Tatfolgen reichen bis hin zu tödlichen Ausgängen (siehe diesbezüglich etwa die Studien von Caspi, 2018; DeBois, Evans, & Chatfield, 2019; Murphy, Hons, Bugeja, Pilgrim, & Ibrahim, 2017).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der bislang insgesamt erst selten und vor allem im angelsächsischen Sprachraum analysierte Phänomenbereich der Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen untersucht. Die Studie wurde von der Deutschen Hochschule der Polizei (dort dem Fachgebiet Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention) gemeinsam mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege durchgeführt und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Der Phänomenbereich *resident-to-resident aggression* ist für die empirische Forschung schwer zugänglich. Aus einer kriminologischen Perspektive betrachtet, liegen einerseits – auch bei einem weiten, über polizeiliche und justizielle Erfassung hinausgehenden Begriffsverständnis von „Hellfeld“ – praktisch keine Hellfelddaten zu RRA vor, also keine behördlichen oder institutionellen, aus der Bearbeitung von Fällen erwachsenden Aufzeichnungen über einschlägige Vorkommnisse. Andererseits

ist das Themenfeld auch mit den klassischen Methoden der Dunkelfeldforschung, die darin bestehen, Menschen unabhängig von einer etwaigen behördlichen Registrierung nach eigener Opferwerdung bzw. – dies jedenfalls im Bereich des Erwachsenenalters die weniger häufige Alternative – eigener Täterschaft zu fragen, kaum erreichbar. Dies hat seine Gründe in den spezifischen Merkmalen der Population von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (hochaltrig, multimorbid, zu großen Teilen demenziell erkrankt oder in anderer Weise kognitiv beeinträchtigt), die jedenfalls große standardisierte Befragungen nahezu unmöglich erscheinen lassen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine Kombination mehrerer methodischer Zugänge gewählt und umgesetzt, die unterschiedliche Datenquellen nutzen und mehrere Wahrnehmungsperspektiven miteinander verknüpfen:

- eine schriftliche Befragung von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätigen Personen (zu erlebten und beobachteten Fällen und Formen aggressiven Bewohnerinnen- und Bewohnerhandelns sowie zum eigenen und institutionellen Umgang mit der Problematik);
- qualitative Interviews in ausgewählten Heimen; in die Interviewstudie einbezogen wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Hierarchieebenen und Funktionsbereiche der ausgewählten Einrichtungen (die Leitungsebene einschließend, zudem über den unmittelbar pflegerischen Bereich hinaus insbesondere auch Betreuungskräfte und Sozialdienste mit einbeziehend); ebenfalls durch die Interviews angesprochen wurden (befragbare) Bewohnerinnen und Bewohner;
- Interviews mit externen Expertinnen und Experten (aus Bereichen wie Heimaufsicht, Medizinischer Dienst, Pflegewissenschaft, Beratungspraxis und Gewaltprävention).

Im Einzelnen wurden durchgeführt:

- eine Fragebogenstudie bei Beschäftigten stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen; befragt wurden insgesamt 1.326 in Pflege, Betreuung und Versorgung tätige Personen aus 73 Einrichtungen;
- eine qualitative Interviewstudie in vier Heimen ebenfalls in Nordrhein-Westfalen; im Rahmen dieser Studie wurden Interviews mit 21 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie mit 56 Beschäftigten aus einer Vielzahl von Funktionsbereichen geführt;
- eine bundesweit angelegte Interviewstudie mit zehn Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Feldern (siehe oben).

Darüber hinaus wurden vom Projektpartner Zentrum für Qualität in der Pflege im Rahmen des Projekts Schulungsmaterialien zum Themenbereich des aggressiven Handelns unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen erarbeitet. Der Prozess der Entwicklung dieser Materialien und die Materialien selbst sind in einem separaten Bericht (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020) dargestellt. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse der empirischen Elemente des Projekts im Überblick skizziert.

6.1.2. Befunde der standardisierten Befragungen in der stationären Altenhilfe

Die Befragung zeigte zunächst einmal, dass die Konfrontation von Beschäftigten mit aggressiven Episoden Pflegebedürftiger weit verbreitet ist. Etwa zwei Drittel der mehr als 1.300 in 73 nordrhein-westfälischen Einrichtungen Befragten hatten in den letzten vier Wochen vor der Befragung

mindestens einmal gegen sie gerichtetes aggressives Bewohnerinnen- und Bewohnerverhalten erlebt. Dies betraf insbesondere Formen verbaler Aggression, doch hatten ca. 38 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch körperliche Gewalt und 14 % sexuelle Übergriffe erlebt. Die gesamte Dauer ihrer Tätigkeit in der jeweiligen Einrichtung betrachtend, hatten rund 90 % der Befragten gegen sie gerichtete Formen aggressiven Bewohnerverhaltens erfahren. Einschlägige Erlebnisse waren unter Pflegefachkräften etwas weiter verbreitet als unter Pflegeassistenten- und Hilfskräften. Etwa 4 % der jemals von Bewohneraggression Betroffenen gaben an, durch ein solches Vorkommnis vorübergehend arbeitsunfähig gewesen zu sein.

Drei Viertel aller Befragten hatten in den vier der Befragung vorausgehenden Wochen mindestens ein als *resident-to-resident aggression* subsumiertes Vorkommnis beobachtet; bei mehr als 60 % waren in diesem Zeitraum zwei oder mehr einschlägige Ereignisse vorgekommen. Auch hier waren Beobachtungen verbaler Aggression am weitesten verbreitet (69 % der Befragten, bezogen auf die letzten vier Wochen), gefolgt von körperlicher Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern (33 %) und sexuellen Übergriffen (10 %). Eine Sonderstellung nahmen Verletzungen der Privatsphäre und des Eigentums von Mitbewohnerinnen und -bewohnern ein, die binnen vier Wochen von 49 % der in den Einrichtungen Tätigen beobachtet worden waren. Seit Beginn ihrer Tätigkeit in der aktuellen Einrichtung waren 95 % der Fachkräfte und 87 % der Pflegeassistenten- und Hilfskräfte mindestens einmal mit aggressivem Verhalten von Pflegebedürftigen untereinander konfrontiert. Die Prävalenzen waren wiederum jeweils für Pflegefachkräfte in allen Bereichen etwas höher als für Assistenten- und Hilfskräfte. Insgesamt ist die Begegnung mit unterschiedlichen Formen aggressiven und zum Teil gewaltförmigen Verhaltens von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern für in Einrichtungen tätige Personen zu einem gewissen Grad Teil des beruflichen Alltags. Dies gilt sowohl für gegen die eigene Person gerichtete als auch für unter Bewohnerinnen / Bewohnern beobachtete Vorkommnisse und in besonderem Maße für verbal aggressives Verhalten.

Im Rahmen der Befragung wurden darüber hinaus Daten zu dem jeweils zeitlich jüngsten RRA-Vorkommnis erhoben, mit dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konfrontiert gewesen waren. In den annähernd 800 Ereignisbeschreibungen waren wiederum Formen verbaler Aggression (in 71 % aller Episoden vertreten) am häufigsten; in 41 % der Schilderungen spielte aber auch physische Gewalt eine Rolle. An 78 % der geschilderten RRA-Vorkommnisse waren lediglich zwei Personen beteiligt, über alle Episoden lag der Mittelwert bei 2,5 Personen. Die Befragten wurden gebeten, die beteiligten Personen (bzw. im Falle von RRA-Ereignissen mit drei und mehr Beteiligten die beiden für das Vorkommnis wichtigsten Personen) zu charakterisieren. Es wird deutlich, dass – der Zusammensetzung der Bewohnerschaft in stationären Einrichtungen entsprechend – die Beteiligten ganz überwiegend weiblich waren. Darüber hinaus ist erkennbar, dass diejenigen, die von den Befragten als die Personen charakterisiert wurden, von denen die Aggression ausging, zu einem höheren Anteil als die von der Gewalt Betroffenen männlich waren. Bewohnerinnen und Bewohner unterhalb des 80. Lebensjahres waren in den RRA-Episoden – und hier wiederum vor allem als „Täter“ – in einem deutlich höheren Maße vertreten als es ihrem Anteil an der Bewohnerschaft entspricht. Funktionale Einschränkungen waren, was angesichts des Settings auch kaum anders erwartet werden konnte, weit verbreitet. Die Befragten beschrieben Gewaltausübende und Gewaltbetroffene in annähernd gleichem Maße (nämlich zu 59 % und 61 %) als in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. Hingegen unterscheiden beide Gruppen sich hinsichtlich ihrer Einschränkungen in den Bereichen der Sprache und der Mobilität; hier wurden jeweils die Personen, von denen die Aggression ausging, seltener als eingeschränkt charakterisiert als die Betroffenen (Sprache: 22 % zu 30 %; Mobilität: 44 % zu 52 %). Unter den aggressiv Handelnden waren Einschränkungen solcher Fähigkeiten weniger verbreitet, die mit der

Möglichkeit, eine verbal oder physisch aggressive Handlung ausführen zu können, in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Soweit hierzu von den Befragten Angaben gemacht werden konnten, hatten gewaltbetroffene Personen etwas häufiger als Gewaltausübende eine Demenzdiagnose, während bei letzteren Psychosen und Suchterkrankungen etwas weiter verbreitet waren.

Den Beschreibungen der Befragten zufolge fanden die RRA-Ereignisse ganz überwiegend in gemeinschaftlich genutzten Funktionsräumen (Speisesaal, Fernsehraum etc.) bzw. in Transitbereichen (wie Foyer oder Fahrstühlen) statt bzw. nahmen dort ihren Anfang. Etwa 12 % der von den Befragten zuletzt beobachteten Episoden hatten sich in Zimmern von Bewohnerinnen und Bewohnern ereignet oder dort begonnen. Mit Ausnahme der Nachtzeit verteilten sich die Ereignisse über den gesamten Tagesablauf; etwa 27 % der Vorkommnisse wurden direkt den Zeiten der Einnahme der drei Tagesmahlzeiten zugeordnet.

Die Befragten äußerten auch ihre Annahmen über Faktoren, die zum Zustandekommen der geschilderten RRA-Episoden beigetragen hatten. Sie sahen vor allem solche Merkmale als wesentlich an, die sich auf die Interaktion und Kommunikation zwischen den Beteiligten bzw. auf die Fähigkeit bezogen, mit einer Kommunikationssituation adäquat umzugehen. RRA-Ereignisse wurden damit in Verbindung gebracht, dass Bewohner sich durch andere gestört fühlten, von einer Situation überfordert waren oder mit einer Mitbewohnerin bzw. einem Mitbewohner Streit hatten. Auch andere Interaktions- und Kommunikationsmerkmale (sich bedrängt fühlen, eifersüchtig auf jemanden sein, Sprach- und Kommunikationsprobleme haben) wurden häufig angeführt. Daneben finden sich auch Zuschreibungen auf organisationale Merkmale (wie Personalmangel im Wohnbereich) und auf stabile Merkmale der beteiligten Personen (wie eine grundsätzliche Unzufriedenheit oder Aggressivität).

Nach den Reaktionen auf die geschilderte Episode gefragt, gaben die in den Einrichtungen tätigen Kräfte an, dass kurzfristig vor allem Maßnahmen zu einer raschen Beendigung und Entspannung der Konfliktsituation getroffen wurden (Beteiligte beruhigen oder ablenken, Konflikte schlichten, räumliche Separierung der Beteiligten herbeiführen). Längerfristige Maßnahmen bezogen sich häufig auf Veränderungen in organisationalen Verfahrensweisen. So wurde berichtet, dass Rückzugsmöglichkeiten bereitgestellt, die Bewohnerinnen und Bewohner stärker in Freizeit- und Betreuungsangebote eingebunden oder Veränderungen der Tages- und Alltagsstruktur umgesetzt wurden.

Hinsichtlich des Umgangs der Organisation mit RRA-Problemen berichteten 42 % der Befragten, dass in ihrer Einrichtung eine Leitlinie zum Umgang mit aggressivem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern vorhanden sei; erstaunliche 45 % konnten hierzu keine verlässlichen Angaben machen. Fallbesprechungen, die ein Instrument des Umgangs mit einschlägigen Vorkommnissen sein können, wurden von 71 % der Befragten als in der jeweiligen Einrichtung regelmäßige Praxis charakterisiert – vielfach jedoch mit einer eher geringen Durchführungsfrequenz. Die Befragten bewerteten Schulungen und Fortbildungen im Themenfeld Aggression und Gewalt ganz überwiegend als wichtig. Etwa jede fünfte befragte Person gab an, „irgendwann schon einmal eine praktische Schulung/ ein Training zum Umgang mit potentiell aggressiven Personen erhalten“ zu haben. Schulungsbedarf wird vor allem im Hinblick auf Techniken zur Entschärfung kritischer Situationen gesehen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass RRA-Vorkommnisse ganz überwiegend zum Erfahrungshorizont der Befragten in den Einrichtungen gehören; insbesondere mit Formen verbaler Aggression sind sie häufig konfrontiert. Ähnliches gilt auch für RSA, also für gegen die eigene Person gerichtete Formen aggressiven Bewohnerinnen- und Bewohnerverhaltens. Die Befragten

charakterisieren die „Täter“ bei RRA-Episoden relativ zu den Gewaltbetroffenen als in der Mobilität und beim Sprechen weniger eingeschränkt, etwas jünger und zu einem höheren Anteil männlich. RRA-Vorkommnisse werden vor allem vor dem Hintergrund von Störungen in der interpersonalen Kommunikation und der Fähigkeit, Kommunikationssituationen adäquat zu verstehen und zu handhaben, gesehen. Die in den Einrichtungen Tätigen reagieren auf RRA-Vorkommnisse vor allem mit Maßnahmen, welche die akute Konfliktsituation beenden bzw. entspannen sollen; mittel- und langfristig wird versucht, Verfahrensweisen so zu verändern, dass neuerliche Konflikt- und Aggressionssituationen vermieden werden. Beschäftigte bewerten die Weiterbildung im Hinblick auf Gewalt- und Aggressionsthemen als wichtig und sehen Fortbildungsbedarf vor allem im Bereich situativer Deeskalationsstrategien.

6.1.3. Befunde der qualitativen Interviews in stationären Altenhilfeeinrichtungen

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse der insgesamt 77 in vier nordrhein-westfälischen Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit Bewohnerinnen / Bewohnern und Beschäftigten unterschiedlicher Funktionsbereiche und Hierarchieebenen geführten Gespräche im Überblick dargestellt.

Gesamtsituation: Vor allem im Hinblick auf verbale Aggression war unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Einschätzung dominierend, dass es sich dabei um ein mehr oder minder alltäglich auftretendes Phänomen handele. Interviewte Bewohnerinnen und Bewohner berichteten insgesamt selten von Gewalterfahrungen durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Mit Blick auf die Erscheinungsformen ging es neben verbaler Aggression gerade aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner häufig um Verletzungen der Privatsphäre, etwa durch das nicht gewünschte Betreten des eigenen Zimmers durch einen Mitbewohner oder eine Mitbewohnerin.

Wesentliche Erscheinungsformen von resident-to-resident aggression: Einschlägige Verhaltensweisen wurden von vielen Interviewten als nicht intentional verstanden und vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen und anderer kognitiver Einschränkungen gedeutet. Daneben war allerdings auch von Handlungen als „orientiert“ beschriebener Bewohnerinnen und Bewohner die Rede, denen eben diese Intentionalität zugeschrieben wurde und deren aggressives Handeln sich zum Teil gerade gegen „desorientierte“ Bewohnerinnen und Bewohner richtet. Verbale wie physische Aggressionsereignisse wurden ferner häufig als reaktiv in dem Sinne charakterisiert, dass sie als Abwehr oder Gegenwehr nach einem tatsächlichen oder auch in Verkennung der Realität als solchen wahrgenommenen Übergriff bzw. einer Grenzverletzung erfolgten. Immer wieder wurde in den Interviews von Fällen berichtet, in denen Bewohnerinnen und Bewohner aggressiv auf herausforderndes und als sozial unangemessen erlebtes Verhalten demenziell Erkrankter reagierten. Von sexuellen / sexualisierten Gewaltvorkommnissen war eher selten die Rede. Soweit dies der Fall war, wurden zum Teil recht spezifische Konstellationen wie sexuell getöntes Handeln in öffentlichen Bereichen einer Pflegeeinrichtung (mit der Folge einer unerbetenen Zeugenschaft von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern) oder das sexuelle Bedrängen einer demenziell erkrankten Person (mit der damit verknüpften Frage der Einwilligungsfähigkeit in sexuelle Kontakte) geschildert. Häufig wurden Fälle beschrieben, in denen – vornehmlich wiederum durch demenziell Erkrankte – die Privatsphäre von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern missachtet oder jedenfalls aus Sicht der Betroffenen verletzt wurde. Dazu gehört das Betreten eines fremden Zimmers, oft in der irrigen Vorstellung, es handele sich um das eigene, zum Teil auch das Benutzen von Mobiliar und

Gegenständen oder die Wegnahme letzterer. Zum Teil kam es infolge solcher Verletzungen des privaten Wohnbereichs zu Auseinandersetzungen zwischen den beteiligten Personen, die verbal und bisweilen auch körperlich ausgetragen wurden.

Beteiligte Personen: Aus den Interviews ergaben sich Hinweise zu Merkmalen derjenigen Personen, die als Gewaltausübende und Betroffene an einschlägigen Vorkommnissen beteiligt waren. Gewalt ging von Männern wie von Frauen aus. Mit Blick auf gesundheitliche und funktionale Einschränkungen wurde in den Gesprächen ein vielfältiges Bild erkennbar. Gewaltausübende waren demnach häufig:

- Personen, die durch Erkrankungen oder Verletzungen in ihren kognitiven Fähigkeiten und ihren Kompetenzen zur Verhaltensregulation eingeschränkt waren (Demenzkranke, darüber hinaus etwa auch Bewohnerinnen und Bewohner mit Schädel-Hirn-Traumata oder Korsakow-Syndrom);
- Personen mit gravierenden körperlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die hierdurch unter Schmerzen litten bzw. angesichts ihrer reduzierten physischen Möglichkeiten unzufrieden und tendenziell aggressiv waren;
- Personen, die – gemessen an der Verteilung von Krankheitsbildern, Behinderungen und funktionalen Einschränkungen in einer Heimpopulation – eher wenig beeinträchtigt waren und deren Aggression sich insbesondere gegen demenziell erkrankte Mitbewohnerinnen und Mitbewohner richtete, durch deren Verhalten sie sich gestört und in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlten.

Gewaltausübende wurden im sozialen Gefüge der Einrichtungen teils als Einzelgänger charakterisiert, teils war allerdings auch die Rede davon, dass sich (kognitiv wenig beeinträchtigte) Personen zu kleinen Gruppen zusammenschlossen, die gemeinsam (verbal) aggressiv gegen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner vorgingen. Die interviewten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwiesen darüber hinaus auch auf Persönlichkeitsmerkmale und biografische Kontinuitäten, die für aggressives und gewaltförmiges Handeln von Bedeutung seien. Es wurde die These vertreten, dass zum Teil aggressive Handlungstendenzen, die die Person schon immer oder seit langem geprägt hatten, in das Setting „stationäre Altenhilfe“ mitgebracht würden. Die Interviews lassen darauf schließen, dass einem Merkmal wie Reizbarkeit – im Sinne einer hohen Reaktivität gegenüber negativen Stimuli, die sich dann als Wut und Aggression äußern kann – hierbei Bedeutung zukommt.

Im Hinblick auf Merkmale der von Gewalt betroffenen Personen wurden in den Interviews vor allem gesundheitliche Aspekte thematisiert. Von Gewalt betroffen waren – so die Wahrnehmungen und Einschätzungen – vor allem gesundheitlich stark eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Verfassung und Viktimisierung durch RRA wurde dabei als ein zweifacher charakterisiert:

- Insbesondere demenziell erkrankte Menschen waren von Aggression und Gewalt betroffen, weil sie – bedingt durch ihr Krankheitsbild – Verhaltensweisen zeigten, von denen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sich herausgefordert und provoziert fühlten und auf die sie dann mit aggressivem Verhalten reagierten.
- Körperliche wie kognitive Einschränkungen wurden von manchen Bewohnerinnen und Bewohnern als eine Art „Indikator geringer Widerständigkeit“ gesehen, sodass Personen, die diese Merkmale in hohem Maße aufwiesen, als „einfache Opfer“ erschienen.

Raumzeitliche Verortung: Während RRA-Ereignisse grundsätzlich zu jeder Zeit des Tages und an jedem Ort, an dem sich Bewohnerinnen und Bewohner aufhalten, vorkommen können, wurden in den Interviews sowohl in zeitlicher als auch in räumlicher Hinsicht Schwerpunkte benannt. Demnach waren Gewaltereignisse zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern zu Zeiten schwächerer personeller Besetzung häufiger; die Schilderungen lassen den Schluss zu, dass dieser Umstand von den Interviewten einerseits mit einer zu diesen Zeiten geringeren Betreuung und weniger dichten Angeboten für Bewohnerinnen und Bewohner in Verbindung gebracht wurde, andererseits mit reduzierter sozialer Kontrolle und damit auch verminderten Möglichkeiten der rechtzeitigen Intervention in einer sich anbahnenden Konfliktsituation.

Unter räumlichen Gesichtspunkten sind RRA-Vorkommnisse grundsätzlich überall dort möglich, wo Bewohnerinnen und Bewohner aufeinandertreffen können. Wahrscheinlichkeit, Häufigkeit und Dichte solchen Zusammentreffens sind an kollektiv genutzten Orten im Heim erhöht. Gemeinschaftsräume, insbesondere auch Speiseräume wurden dementsprechend in den Interviews besonders häufig als Orte genannt, an denen sich aggressives Verhalten ereignete. Es handelt sich hier von ihrer Zweckbestimmung her um Orte der Begegnung und damit auch der konflikthaften Interaktion. Die angeführten Gründe für die Höherbelastung solcher Räume weisen darauf hin, dass solche Orte zu den Nutzungszeiten durch eine Kombination verschiedener potentiell aggressionsfördernder Faktoren gekennzeichnet sind: Es kommt dort zum Zusammentreffen vieler Bewohnerinnen und Bewohner mit teils konflikträchtigen Verhaltensweisen, dies vielfach unter den Bedingungen räumlicher Enge und anderer belastender Faktoren (wie Lärm) und begrenzter Optionen im Hinblick auf die Auswahl von Interaktionspartnern.

Auswirkungen / Folgen: Neben möglichen körperlichen / gesundheitlichen Folgen von *resident-to-resident aggression* wurden in den Interviews auf Seiten der Gewaltbetroffenen psychische Folgen wie Angst und Verunsicherung und Verhaltensfolgen wie sozialer Rückzug, Vermeiderverhalten oder Schutzmaßnahmen wie nächtlicher Einschluss (um das Eindringen eines „ungebetenen Gastes“ zu vermeiden) beschrieben. Gewaltausübende würden vielfach sozial ausgegrenzt, zeigten teilweise ein hohes Maß an Scham und Selbstvorwürfen (etwa, wenn zeitweise desorientierte Personen ihr eigenes Handeln im Nachhinein realisierten).

Entstehungsbedingungen von resident-to-resident aggression: RRA-Vorkommnisse wurden von den Interviewten mit einer Vielzahl individueller, sozialer, organisationaler und situativer Merkmale in Verbindung gebracht. Auf der personalen Ebene wurde auf die Bedeutung demenzieller Krankheitsbilder hingewiesen, die einerseits direkt die Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens erhöhen könnten, andererseits zu Verhaltensweisen führten, die von anderen als herausfordernd erlebt würden und auf die sie unter Umständen ihrerseits mit Aggression und Gewalt reagierten. Neben derartigen direkten und indirekten Auswirkungen von Erkrankungen wurden RRA-Episoden von den Befragten auch mit bestimmten emotionalen Verfasstheiten auf Seiten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Verbindung gebracht. Dabei ging es im Wesentlichen um Ergebnisse sozialer Vergleichsprozesse (Unzufriedenheit, Neid, Eifersucht auf Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, denen es besser zu gehen schien, die „noch mehr konnten“, die stärker sozial eingebunden waren) und um Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, die aus einem eher geringen Maß an akkommodativer Problembewältigung im Sinne des Zwei-Prozess-Modells der Entwicklungsregulation (Brandstädter, 2007a, 2007b, 2011; Brandstädter & Rothermund, 2002) zu resultieren schien.

Während der Blick auf personale Merkmale auf Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner als Hintergrundfaktoren von RRA in den Interviews mit den Beschäftigten recht stark war, wurden zugleich

immer wieder auch organisationale, soziale (gruppenbezogene) und situative Merkmale thematisiert. Die diesbezüglichen Sichtweisen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Zusammenleben von demenziell erkrankten und kognitiv nicht oder nur wenig beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern in diesbezüglich integrativen Einrichtungen oder Wohnbereichen bringt ein hohes Maß an Konfliktpotenzialen und an Risikofaktoren für RRA-Ereignisse mit sich. Diese Sichtweise wurde nicht von allen Interviewten und nicht immer in gleicher Intensität vertreten, prägte aber das Gesamtbild. Integration von demenziell erkrankten und „orientierten“ Bewohnerinnen und Bewohnern bedeute, so die häufig in den Interviews vertretene Sichtweise, dass letztere mit herausfordernden und jedenfalls in anderen Kontexten sozial nicht anschlussfähigen Verhaltensweisen ersterer konfrontiert würden. Demenziell Erkrankte ihrerseits könnten leicht zu relativ wehrlosen Opfern der Aggression Dritter werden.
- Auch über derartige Gruppenzugehörigkeiten und die Frage einer integrativen oder segregativen Gestaltung von Demenzpflege hinaus wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass der sozialen Passung von Bewohnergruppen Bedeutung zukomme. Wenn Menschen, die ein konflikthafte Verhältnis zueinander hätten, in Raum und Zeit zusammengebracht würden, lägen darin auch Potenziale für Aggressions- und Gewaltvorkommnisse. In diesem Zusammenhang wurde etwa auf die Bedeutung von Sitzanordnungen im Speisesaal hingewiesen.
- Aggressive Handlungsweisen und eine erhöhte Bereitschaft, auf Provokationen aggressiv zu reagieren, wurden in den Interviews auch als Reaktionen auf erlebte Langeweile und Monotonie des Heimalltags gekennzeichnet; die fehlende Abwechslung erzeuge Unzufriedenheit und eine prinzipiell gesteigerte Tendenz, diese aggressiv auszuagieren.
- Hintergrundfaktoren von RRA wurden in vielfältiger Weise auch auf der Ebene des Personals und der personellen Besetzung stationärer Altenhilfeeinrichtungen gesehen. Als risikoe erhöhende Merkmale wurden vor allem beschrieben: (a) eine (quantitativ) unzureichende personelle Besetzung, die dazu führt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner gering betreut und beschäftigt werden, eskalierende Konfliktsituationen nicht erkannt werden oder darauf nicht reagiert werden kann, möglicherweise auch im Sinne einer Reduktion informeller Sozialkontrolle die Tatgelegenheiten für „motivierte Täter“ günstiger sind; (b) gering ausgebildetes und geschultes Personal, dem es an Kompetenzen fehlt, riskante Situationen und Konstellationen zu erkennen und darauf adäquat zu reagieren; (c) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen es an der Fähigkeit mangelt, „Ruhe“ auszustrahlen und diese „innere Ruhe“ auf die Bewohnerinnen und Bewohner und auf die Atmosphäre im Wohnbereich zu übertragen. Der Topos der Ruhe und des Vermittelns von Ruhe (mit den Gegenbildern von „Hektik“, „Nervosität“ und „Unruhe“) prägte etliche Interviews. Überwiegend wurde das Merkmal wohl als eine Frage der Persönlichkeit gesehen, doch war zum Teil auch von „Erfahrung“ und „an sich arbeiten“ die Rede.
- Als sozialräumliche Risikokonstellationen wurden vor allem Lärm, Enge und Unruhe genannt.

Umgang von Organisationen und Individuen mit resident-to-resident aggression: In den Interviews wurde in vielfältiger Weise thematisiert, wie mit akuten Konflikt- und Gefährdungssituationen umgegangen wurde, wie RRA-Vorkommnisse nachbereitet wurden und in welcher Weise versucht wurde, ihnen vorzubeugen. Wesentliche Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst.

- In akuten Konflikt- und Aggressionssituationen unternahmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Bemühungen zur Entschärfung der Situation und zur Deeskalation, indem sie die Beteiligten räumlich trennten, zwischen ihnen vermittelten und Gespräche mit allen oder einzelnen Beteiligten führten.
- Gelegentlich wurde beschrieben, dass in manchen Situationen angesichts eines als begrenzt eingeschätzten Gefahrenpotenzials und mit Blick auf die Handlungsautonomie der Beteiligten auf eine Intervention verzichtet wurde. Einzelne Beschäftigte beschrieben auch Situationen, in denen sie aus Hilflosigkeit nicht intervenierten.
- Ebenfalls von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden Interventionsstrategien skizziert, die einen sehr stark erzieherischen Charakter hatten und mit Ermahnungen, Zurechtweisungen, Ge- und Verboten operierten. In den Schilderungen waren Parallelen zum Umgang eines (ehr autoritär auftretenden) Erziehungsberechtigten mit einem sich „schlecht benehmenden Kind“ kaum zu übersehen.
- Bezüglich der Nachbereitung von RRA-Vorkommnissen wurden in den Interviews ebenfalls unterschiedliche Handlungsansätze sichtbar. Immer wieder genannt wurde das Gespräch mit den Beteiligten. Zum Teil ging es dabei darum, bei Betroffenen Verständnis für den Krankheitshintergrund des Verhaltens des Gegenübers zu wecken. Auch mit den Gewaltausübenden wurde das Gespräch im Nachhinein gesucht; die geschilderten Fälle reichen von erklärender und vorwurfsfreier Kommunikation bis zu deutlich paternalistischen und infantilisierenden Herangehensweisen. Ferner wurde mit Blick auf die Nachbereitung von Vorkommnissen die Bedeutung biographischer Zugänge, also des Verstehens der Ereignisse vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der beteiligten Personen, betont. Auf der Ebene der Organisation wurden Fälle von *resident-to-resident aggression* zum Gegenstand von Fallbesprechungen im Team gemacht. Problemlösungsansätze wurden zum Beispiel in einer stärkeren Beobachtung „auffällig gewordener“ Bewohnerinnen und Bewohner gesucht. In anderen Fällen wurde versucht, kritische Situationsmerkmale zu verändern; häufig ging es dabei darum, das Zusammentreffen von als konfliktgeneigt betrachteten Personenkonstellationen zu vermeiden oder zu reduzieren, etwa durch Änderung von Sitzordnungen oder Essenszeiten oder auch durch Zimmer- oder Wohnbereichswechsel. Das Einstellen von Medikationen wurde des Öfteren auch als Maßnahme der tertiären Gewaltprävention genannt, seltener die vorübergehende Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung.
- Über die Bewältigung einer akuten Episode und deren Nachbereitung hinaus wurden in den Interviews auch Fragen primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen thematisiert. Was unternehmen Einrichtungen und Beschäftigte, um das Risiko künftiger Vorfälle insgesamt oder auch bei besonderen Risikogruppen zu reduzieren? In den hierzu vorliegenden Schilderungen wurde deutlich, dass eine spezifische primäre / sekundäre Prävention von *resident-to-resident aggression* nur in Teilaspekten betrieben wurde. Insgesamt dienten die von den Beschäftigten und den Einrichtungsleitungen geschilderten Ansätze im Wesentlichen der Herstellung guter Pflege- und Lebensbedingungen in den Heimen, und es wurde (explizit oder implizit) die Sichtweise vertreten, dass eine Ausgestaltung von Pflege, in der die Bewohnerinnen und Bewohner von qualifiziertem Personal dicht betreut und in ihren Bedürfnissen und ihrer Individualität akzeptiert werden, zugleich auch der Prävention von Gewalt unter

Bewohnerinnen und Bewohnern diene. Über diesen grundsätzlichen Ansatz hinaus fanden in den Interviews vor allem folgende Ansätze der Prävention Erwähnung:

- Häufig angesprochen wurden Maßnahmen zu einer konfliktreduzierenden und deeskalierenden Gestaltung der räumlichen Umwelt und der Raumnutzung: Hier ging es u.a. darum, Räume so zu gestalten und zu nutzen, dass potentielle Konfliktparteien möglichst wenig aufeinandertreffen oder Abstand zueinander halten können. Daneben richteten sich die Bemühungen auch – dies nicht zuletzt mit Blick auf demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner und im Wissen um Zusammenhänge zwischen Demenzerkrankung, Reizverarbeitung und Überstimulation, Agitiertheit und Aggressivität – darauf, Reizüberflutung, Lärm und Hektik zu vermeiden.
- Erörtert, wenn auch nicht einhellig beurteilt, wurde in den Interviews das präventive Potenzial einer spezialisierten Demenzpflege und einer auch räumlichen Trennung demenziell erkrankter von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern.
- Ein weiterer Ansatz ist die Schaffung von Regelwerken und Strukturen für Zwecke der Gewaltprävention. Aus den untersuchten Einrichtungen wurde über Leitlinien und Standards für den Bereich der Gewaltprävention berichtet, ebenso über das Benennen von Beauftragten für Fragen von Prävention und Gewaltvermeidung. Der thematische Fokus ging dabei jeweils über die engere Problematik der Gewalt / Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern hinaus.
- Schließlich wurden in den Interviews auch Überlegungen zu einer Prävention über Personalmanagement erkennbar bzw. ließen sich solche aus den Gesprächen ableiten. Bausteine einer Strategie der Gewaltprävention könnten demnach auch die einschlägige Qualifizierung und Schulung des Personals, die Optimierung des Informationsflusses (sodass etwa auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern außerhalb des unmittelbaren Pflegebereichs relevante Informationen zu den Bewohnerinnen / Bewohnern zur Verfügung stünden) und Maßnahmen zur Reduktion der Belastung des Personals sein.

Aus- und Fortbildung: In den Interviews wurde deutlich, dass eine spezifische Qualifikation für das Themenfeld *resident-to-resident aggression* bislang in der Aus- wie in der Fortbildung für Pflegeberufe kaum erkennbar ist; auf Ähnliches hatten bereits die in Kapitel 5.1 dargestellten Ergebnisse der schriftlichen Befragungen hingewiesen. Entsprechend sah die weit überwiegende Mehrheit der interviewten Beschäftigten Schulungen und Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr wichtig an. Führungskräfte betonten, dass ein fachgerechter Umgang mit einschlägigen Vorfällen nur möglich sei, wenn das Personal entsprechend geschult sei. Über alle Berufsgruppen und Erfahrungshintergründe hinweg äußerten die Befragten Unsicherheiten im Umgang mit demenziell erkrankten sowie mit aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern. Als expliziten Fortbildungsbedarf benannten sie neben dem Umgang mit Demenz die Arbeit mit Patienten mit solchen Erkrankungen und Störungsbildern, die vielfach mit einer erhöhten Aggressionsneigung einhergehen, wie etwa Schädel-Hirn-Traumata oder das Korsakow-Syndrom. In den Interviews wurde deutlich, dass dieser Schulungsbedarf in besonderem Maße auch bei Kräften außerhalb der unmittelbar pflegerischen Professionen besteht, etwa bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betreuung und Hauswirtschaft. Existierende Schulungsangebote nahmen zum Teil mit dem Problemfeld RRA verknüpfte Themen in den Blick (wie „herausforderndes Verhalten“, „Demenz“ oder

„Gewalt in der Pflege“), sprachen die spezielle Thematik von Gewaltvorkommnissen unter Bewohnerinnen und Bewohnern aber dabei meist nicht oder lediglich am Rande an. Hier wurde Ergänzungsbedarf gesehen, wobei die Angebote so ausgestaltet werden sollten, dass sie an den Voraussetzungen und Bedarfen der Beschäftigten anknüpfen und zugänglich sind. Insgesamt wurde in den Gesprächen interdisziplinären Formaten der Vorzug gegenüber einer eng auf einzelne Berufsgruppen ausgerichteten Ausgestaltung von Fortbildungen gegeben.

6.1.4. Befunde der Expertinnen- und Experteninterviews

Die mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Praxis- und Wissenschaftsfeldern geführten Interviews ergänzen die Ergebnisse der standardisierten Befragungen sowie der qualitativen Interviews in Heimen. Wesentliche Befunde dieser Interviews zur Thematik von Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern und zum Umgang mit der Problematik in den Einrichtungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Resident-to-resident aggression* ist eine praktisch bedeutsame, bislang dabei (auch in der Forschung) nur in beschränktem Maße beachtete Thematik.
- Gewaltförmiges und aggressives Verhalten unter Bewohnerinnen und Bewohnern hat Bezüge zu Krankheitsbildern; in den Interviews wurden insbesondere Verknüpfungen zwischen frontotemporalen Demenzen und aggressivem Verhalten betont.
- RRA wurde in den Interviews als eine Problematik gesehen, die ohne Betrachtung der weiteren Rahmenbedingungen weder in ihrer Genese verstanden noch präventiv oder intervenierend angegangen werden kann. Die Frage „Warum kommt es in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern?“ wurde immer wieder auch als Teil der Frage „Wo bleibt die Praxis der Pflege in stationären Einrichtungen hinter ihren Möglichkeiten und hinter den Anforderungen zurück, die an sie zu stellen wären?“ verstanden. Die stationäre Pflege wurde als ein Feld gesehen, in dem – durchaus ihrem Zweck entsprechend – individuelle Problemlagen (Krankheit, Behinderung, Hilfebedarf) in sehr konzentrierter Form und auf engem Raum zusammentreffen, während die – insbesondere personellen – Ressourcen zur Bewältigung der Probleme unzureichend sind.
- Eine quantitativ unzureichende personelle Ausstattung stationärer Altenhilfeeinrichtungen bringt es aus Sicht der interviewten Expertinnen und Experten mit sich, dass die Begleitung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegealltag nicht in hinreichendem Maße gewährleistet werden kann. Zudem betonten die Interviewten die Bedeutung von Tätigkeitsfeldern außerhalb der unmittelbaren pflegerischen Arbeit, vor allem Betreuung und hauswirtschaftliche Tätigkeiten, und wiesen auf die geringe Qualifikation der dort Beschäftigten und die Notwendigkeit einer Aufwertung hin.
- Multiple Belastungen und Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner wurden in den Interviews als Hintergründe aggressiven und gewaltförmigen Handelns angesprochen. Dazu gehören Fremdbestimmung und Autonomieverlust bei der Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung, die erzwungene Nähe zu bis dato fremden Personen und die Konfrontation mit unerwünschten Verhaltensweisen, ferner Monotonie, Langeweile und Frustration als Folge einer unzureichenden alltäglichen Betreuung und Beschäftigung. Auch räumliche Enge, fehlende Rückzugsmöglichkeiten und mangelnde Privatsphäre wurden als stark belastende

Faktoren gesehen, die letztlich gewaltförmiges Verhalten hervorbringen oder jedenfalls wahrscheinlicher machen können.

- Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass der Umgang mit RRA-Vorkommnissen in Einrichtungen durch eine Dominanz reaktiver und unmittelbar gefahrenabwehrender Handlungen gekennzeichnet sei. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stünden vor der Herausforderung, unter Zeit- und Handlungsdruck Situationen zu entschärfen. Die kurzfristige Unterbindung von Gefährdungen, insbesondere durch räumliche Separierung der beteiligten Personen, habe Vorrang gegenüber stärker analytisch und vorausschauend ausgerichteten Handlungsansätzen. Es würden vor allem unmittelbare (proximale) Bedingungen fokussiert, während der Blick für die grundsätzlicheren Rahmenbedingungen schwach ausgeprägt sei. Darüber hinaus tendierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig zu einer Problemanalyse, die durch starke Zuschreibungen auf dispositionelle Faktoren bei den aggressiv Handelnden (stabile Persönlichkeitsmerkmale) gekennzeichnet sei.
- Der erfolgreiche Umgang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stationärer Einrichtungen mit RRA-Problemen hängt aus Sicht der Interviewten nicht zuletzt davon ab, dass ein individuelles Eingehen auf die jeweilige Person erfolgt; erst das Nachempfinden und Verstehen der Belastungen und Auslöser im Einzelfall ließen gezielte Interventionen zu. Da eine solche individualisierte Herangehensweise personalintensiv ist, sind Fragen der Bewältigung des Problemfeldes RRA wiederum unmittelbar mit der Thematik von Ressourcen verknüpft, die dem Handlungsfeld der stationären Altenhilfe zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus standen in den Expertinnen- und Experteninterviews auch Fragen einer erfolgversprechenden Prävention von RRA im Vordergrund. Die Einschätzungen und Argumentationslinien der Interviewten zusammenfassend, lässt sich folgendes Bild skizzieren:

- Spezialisierte Ansprechpersonen für Gewaltvorkommnisse unter Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen könnten – so die Sichtweise einiger Interviewter – die Bewältigung der Problematik auf eine bessere Grundlage stellen.
- Zugleich wurde auch die Position vertreten, dass der Umgang mit und die Vorbeugung von RRA die in den Einrichtungen in Pflege und Betreuung Tätigen insgesamt betreffe und es daher anstelle (oder auch neben) einer Spezialisierung eines breiteren Ansatzes bedürfe. Die in den Einrichtungen Tätigen sollten die Möglichkeit haben, Kenntnisse zu Deeskalationstechniken zu erwerben. Fallbesprechungen seien hilfreiche (kollektive) Instrumente der Nachbereitung einschlägiger Vorkommnisse wie auch der daraus erwachsenden Prävention.
- Dementia Care Mapping und teilnehmende Beobachtung wurden als erfolgversprechende Strategien der Aufarbeitung von RRA-Vorkommnissen und als Instrumente der Prävention beschrieben.
- Die Interviewten betonten die Sinnhaftigkeit psychologischer und psychotherapeutischer Angebote in stationären Einrichtungen, die natürlich nicht spezifisch für die RRA-Problematik geschaffen oder darauf ausgerichtet werden sollten, aber Beiträge zu ihrer Prävention und Bewältigung leisten können.
- In den Interviews wurde eine Intensivierung der Austausch- und Reflektionsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeregt – dies wiederum nicht im Sinne eines

exklusiven „RRA-Austauschs“, aber mit erwarteten positiven Auswirkungen auch auf dieses Themenfeld.

- Die Expertinnen und Experten betonten das Erfordernis einer Schulung und Sensibilisierung des Personals für den Umgang mit „challenging behaviour“. Insbesondere sollte hierbei der Fokus auf Deeskalationstechniken und die Früherkennung von Gewaltphänomenen gelegt werden; es gehe sowohl um ein vertieftes Verstehen der Problematik als auch um das Trainieren von Verhaltensweisen zum Umgang mit akuten Bedrohungssituationen.
- Als weiteren präventiven Ansatzpunkt nannten die Interviewten die gewaltpräventive Gestaltung der (sozial-) räumlichen Umwelt mit dem vorrangigen Bestreben, Überforderung und Reizüberflutung (insbesondere bei demenziell Erkrankten) zu vermeiden. Hingegen sei es nicht das Ziel, eine reizarme räumliche Umwelt zu schaffen, da Bewohnerinnen und Bewohner auch auf sensorische Anreize angewiesen seien.
- Ferner sprachen die Interviewten die Intensivierung sinnvoller und sinnstiftender Angebote für Bewohnerinnen- und Bewohneraktivitäten als zugleich gewaltpräventive Maßnahme an. Auf diesem Wege soll das Wohlbefinden insbesondere von Menschen mit Demenz verbessert, ihnen ein Gefühl der Verbundenheit mit Anderen und mit der Umwelt vermittelt und ihr Erlebnis personaler Identität gestärkt werden, was dann wiederum aggressive Verhaltensereignisse reduzieren könnte.
- Institutionelle Gewaltpräventionskonzepte können aus Sicht der interviewten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Thematik sensibilisieren, sodass Vorfälle erkannt und frühzeitig Maßnahmen eingeleitet werden können. Dies setzt voraus, dass solche Konzepte von der Leitungsebene aktiv mitgetragen und nicht etwa als „Pflichtübung“ gegenüber Externen betrachtet werden.
- In vielen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass in der Aus- und Fortbildung der Beschäftigten Themen der Gewaltprävention einen größeren Stellenwert haben und stärker mit anderen Aus- und Fortbildungsinhalten verknüpft werden sollten. Das Erlernen und Einüben von Deeskalationstechniken sollte Bestandteil der Ausbildung aller Fachkräfte sein.
- Nahezu einhellig wurde hervorgehoben, dass die stationäre Pflege eine bessere personelle Ausstattung benötige, um präventive Maßnahmen umsetzen zu können. Jenseits aller spezifischen Präventionsmaßnahmen führe eine unzureichende Personalausstattung dazu, dass einschlägige Vorkommnisse unentdeckt blieben und folglich nicht auf sie reagiert würde.

In den von den Interviewten vorgebrachten Präventionskonzepten kam in starkem Maße die Sichtweise zum Ausdruck, dass aggressives und gewaltförmiges Verhalten in Pflegeeinrichtungen nicht allein Ausfluss dort kumuliert auftretender Krankheitsbilder ist, sondern in (defizitären) Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege wurzelt und dass dementsprechend Gewaltprävention nur unter der Randbedingung einer besseren Ressourcenausstattung der stationären Pflege erfolgreich sein kann.

6.2. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

6.2.1. RRA – ein anderer Begriff für „herausforderndes Verhalten“?

Die vorliegende Studie hat sich einem gewissermaßen „neu entdeckten“ sozialen Problemfeld zugewandt, dem der Viktimisierung von in Einrichtungen der stationären Altenhilfe lebenden Personen durch aggressives Handeln von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern. In der durch nordamerikanische Forschung geprägten Fachdiskussion haben sich hierfür die Bezeichnung „*resident-to-resident aggression*“ und das Kürzel RRA etabliert. Parallel hierzu werden Formen aggressiven Handelns gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufig als „*resident-to-staff aggression*“ bezeichnet und als RSA abgekürzt.

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass die Konfrontation mit aggressivem und grenzverletzendem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern für die in den Einrichtungen Beschäftigten ein eher alltägliches Phänomen ist. Dies gilt für RSA ebenso wie für RRA, wobei das Gesamtbild nicht durch schwerste körperliche Gewaltdelikte geprägt ist, sondern durch Fälle verbaler Aggression, sich hochschaukelnder interpersonaler Konflikte und der Missachtung oder jedenfalls Überschreitung persönlicher Grenzen.

Das Phänomen ist in der Wahrnehmung eng verknüpft mit der bereits länger in der Pflege thematisierten Problematik „herausfordernden Verhaltens“, die ihrerseits wieder vor allem als eine Ausdrucksform demenzieller Erkrankungen betrachtet wird (siehe etwa Feast et al., 2016; James & Jackman, 2017; Moniz Cook et al., 2012; Stokes, 2017). Die Studie hat deutlich gemacht, dass es durchaus enge Zusammenhänge zwischen *resident-to-resident aggression* und *challenging behaviour in dementia* gibt, dass aber beide Problematiken nicht ineinander aufgehen.

Für die Eigenständigkeit der Thematik und Problematik sprechen vor allem zwei Argumente. Zum einen ist aggressives und grenzverletzendes Verhalten in stationären Altenhilfeeinrichtungen nicht auf die (große) Gruppe der demenziell Erkrankten beschränkt. Die quantitativen wie qualitativen Analysen im Rahmen der vorliegenden Studie haben zwar wiederum bekräftigt, dass Formen von RRA als behaviorale Symptome demenzieller Erkrankungen verstanden werden können, sie haben aber zugleich deutlich gemacht, dass aggressives Verhalten auch von nicht demenziell veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern ausgeht – und sich dabei teilweise gerade gegen kognitiv stark eingeschränkte Personen und deren Verhalten richtet (womit *challenging behaviour in dementia* ein Hintergrundfaktor oder auch Auslöser von *resident-to-resident aggression* sein kann). Ergebnisse der standardisierten Befragungen weisen darauf hin, dass diejenigen, die als Initiatoren von Gewaltvorkommnissen wahrgenommen werden, insgesamt über ein höheres Maß an Handlungskompetenzen verfügen als die Betroffenen – was ihre Mobilität, aber auch ihre verbalen Fähigkeiten angeht.

Zum anderen ist RRA eine Form der Aggression, die sich gegen besonders vulnerable Personen⁶⁵ richtet und sich somit auch unter Opferschutzgesichtspunkten eine spezifische Thematik und Problematik

⁶⁵ Der Begriff der Vulnerabilität hat seinen Ursprung im lateinischen Wort *vulnus* für Wunde. In einem weiten Sinne kann Vulnerabilität als die Möglichkeit verstanden werden, verletzt oder geschädigt zu werden, oder als das Risiko einer Person, einen schlechten Ereignisausgang zu erleiden (siehe z.B. Spiers, 2000; Aday, 2001). Ein Modell von Turner et al. (2003) unterscheidet zwischen der Exposition eines Systems (welches auch eine Person sein kann) gegenüber Gefahren oder Risiken, seiner Empfindlichkeit und seiner Widerstandsfähigkeit (Resilienz), wobei letztere von seinen Anpassungs- und Bewältigungskapazitäten abhängt. Schroeder-Butterfill und Marianti (2006) beschreiben Bedrohungen, Exposition, Bewältigungskapazitäten und Ergebnisse bzw. Folgen als Bereiche, die die Vulnerabilität von Menschen im höheren Lebensalter bestimmen.

darstellt. Wird Vulnerabilität gegenüber RRA verstanden als die Exposition einer Person gegenüber situativen Umständen, unter denen sich einschlägige Vorkommnisse ereignen können, ihre Fähigkeit (oder fehlende Fähigkeit), sich dagegen zur Wehr zu setzen, ihr Risiko, schwerwiegende Schädigungen davonzutragen und ihre Fähigkeit (oder fehlende Fähigkeit), sich von erlittenen Schädigungen zu erholen und sie zu bewältigen (vgl. dazu z.B. Görge & Beaulieu, 2013; für ein anderes Deliktsfeld auch Storey & Strand, 2017), ist unmittelbar ersichtlich, dass *resident-to-resident aggression* diesbezüglich ein spezifisches Merkmalsprofil aufweist. Die von RRA Betroffenen gehören eben jener Population an, aus der sich auch die Gewaltausübenden rekrutieren; sie weisen bedeutsame physische und kognitive Einschränkungen auf, können einer potenziellen Viktimisierungssituation nur bedingt ausweichen, sind oftmals nur eingeschränkt in der Lage, Hilfe zu aktivieren und haben im Falle gravierender Verletzungen oder Traumatisierungen reduzierte Chancen, diese zu bewältigen und sich davon zu erholen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass *resident-to-resident aggression* ein spät entdecktes und zugleich eigenständiges Problemfeld darstellt. Zwar bestehen zahlreiche Bezüge insbesondere zur Thematik des sogenannten herausfordernden Verhaltens demenziell Erkrankter, doch beschränken sich aggressive Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht auf Äußerungsformen demenzieller Erkrankungen und sie treffen – auch hier von *challenging behaviour* in der Gesamtheit verschieden – eine in hohem Maße vulnerable Opfergruppe mit reduzierten Möglichkeiten der Abwehr von Viktimisierungsversuchen und der Hilfesuche. Die Eigenständigkeit des Problemfeldes impliziert auch, dass Maßnahmen der Prävention eines bedeutsamen Maßes an Spezifität bedürfen.

6.2.2. Präventiver Umgang mit RRA

Die vorliegende Studie war in starkem Maße auch auf Fragen der Prävention von *resident-to-resident aggression* ausgerichtet. Sie konnte noch keine Maßnahmen evaluierend erproben, doch lassen sich sowohl aus der Untersuchung des Phänomenbereichs RRA als auch aus der Analyse der gegenwärtigen Praxis des Umgangs mit einschlägigen Problemlagen Erkenntnisse ableiten, die für Fragen der Prävention von Bedeutung sind. Einige wesentliche Punkte sollen nachstehend kurz zusammenfassend erörtert werden.

(a) Problemsensibilität und Problemwahrnehmung

Wie jedes gesellschaftliche Problem bedarf auch *resident-to-resident aggression*, um präventiv angegangen werden zu können, zunächst einmal der Wahrnehmung. In der wissenschaftlichen Diskussion ist RRA inzwischen als Thema jedenfalls in einem begrenzten Umfang „angekommen“. In der Praxis ist dies – darauf weist auch das nahezu völlige Fehlen einschlägiger Schulungsangebote hin – nur eingeschränkt der Fall. Prävention von Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen setzt voraus, dass das Problem insgesamt (in seiner engen Verknüpfung mit anderen Problemlagen wie auch in seiner Eigenständigkeit) wahrgenommen und anerkannt wird und dass die im Feld Handelnden über die Fähigkeit verfügen, konkrete Fälle von *resident-to-resident aggression* und von sich anbahnenden Konflikten und Konflikteskalationen zu erkennen und darauf zu reagieren.

(b) Enge Grenzen „pädagogisch-punitiver“ Interventionen

Die Analysen der in der Praxis umgesetzten Formen der Problembewältigung haben gezeigt, dass das Augenmerk in starkem Maße auf einer Entschärfung akuter Konfliktsituationen liegt (z.B. durch

Trennung der Beteiligten, durch beruhigende Gespräche), dass ferner versucht wird, in einer verstehenden Art und Weise im Gespräch mit Beteiligten Geschehenes aufzuarbeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung zu reduzieren. Daneben war an verschiedenen Stellen erkennbar, dass zum Teil Formen einer „pädagogischen Ansprache“ gegenüber Beteiligten gewählt wurden, die einen stark punitiven Charakter hatten und im Kommunikationsstil an den Umgang „strenger Eltern“ mit „ungezogenen Kindern“ erinnerten. Derart paternalistische Haltungen und ein damit einhergehender infantilisierender Sprachgebrauch werden in der Fachliteratur zur stationären Pflege und hier besonders für die Demenzpflege seit langem immer wieder konstatiert und kritisch beurteilt (siehe hierzu u.a. Caspari et al., 2018; Cody, 2003; Gendron, Inker, & Welleford, 2018; Sánchez-Izquierdo, Santacreu, Olmos, & Fernández-Ballesteros, 2019; Williams, Herman, Gajewski, & Wilson, 2008; Williams et al., 2017). Neben dem Umstand, dass derartige Formen der Interaktion im Hinblick auf Würde und Autonomie der Adressaten fragwürdig erscheinen, stellt sich RRA auch in besonderem Maße als ein Feld dar, in dem sich Problemverhalten allenfalls sehr begrenzt über Sanktionsandrohung und Repression in den Griff bekommen lässt. Gerade insoweit, als die bewusste und planvolle Verhaltensregulation reduziert ist, können „pädagogisch-punitiven Interventionen“ kaum Wirkung entfalten (siehe zu einer anderen Facette dieser Diskussion auch Dufner, 2013).

(c) Bedeutung sozialräumlicher Präventionsansätze

Im Rahmen der Studie wurde deutlich, dass Prävention nicht nur über das Einwirken auf Personen, sondern auch durch Maßnahmen erfolgen kann, die sich auf die Gestaltung und die Nutzung von Raum beziehen. Interviews und standardisierte Befragungen weisen darauf hin, dass RRA-Vorkommnisse sich keinesfalls gleichmäßig über eine Einrichtung verteilen, sondern dass es zu Häufungen in gemeinschaftlich genutzten Bereichen wie etwa dem Speisesaal kommt. In der Literatur finden sich Hinweise zur Rolle umweltbezogener Interventionen zur Prävention und Reduktion von RRA (siehe etwa Benbow, 2016). Empfohlen werden dort u.a. Maßnahmen zur Vermeidung von Crowding, die Einzel- statt Mehrfachbelegung von Bewohnerzimmern, die Regulation von Lärm sowie die Beachtung weiterer gestalterischer Merkmale wie Sitzanordnungen und Beleuchtung. Die vorliegende Studie stützt die Sichtweise, dass sozialräumliche Maßnahmen zur Prävention von *resident-to-resident aggression* beitragen können. Die wesentliche Linie besteht darin, Räume und deren Nutzung so zu gestalten, dass Stressfaktoren wie Lärm und Enge vermieden bzw. gering gehalten werden können⁶⁶. Dies betrifft die unmittelbar räumlich-bauliche Gestaltung (die Enge des Flures, die zu Raumnutzungskonflikten oder jedenfalls zu erhöhtem Stress unter den Nutzerinnen und Nutzern führt) ebenso wie die Regulation der Raumnutzung (zeitliche Entzerrung des Aufenthalts von Personen in einem bestimmten Raum).

(d) Spezialisierte, organisational-räumlich separierte Demenzpflege

Im Rahmen der Studie wurden an verschiedenen Stellen Fragen einer separaten Pflege von demenziell Erkrankten und nicht oder nicht schwerwiegend kognitiv beeinträchtigten Menschen erörtert. Während es sowohl für eine in hohem Maße spezialisierte und auch in räumlichen Einheiten stattfindende Demenzpflege als auch für integrierte Konzepte nachvollziehbare Argumente gibt⁶⁷,

⁶⁶ Zu empirisch belegten Zusammenhängen zwischen Lärm und Aggression in anderen Lebensbereichen siehe u.a. Alimohammadi et al. (2018); Dzhambov & Dimitrova (2014).

⁶⁷ Neuere Untersuchungsergebnisse (Abbott & Pachucki, 2017; Abbott, Sefcik, & Van Haitsma, 2017) lassen die Annahme zu, dass die soziale Eingebundenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern spezialisierter Demenzeinheiten zufriedenstellend und teils besser als bei „traditionellen“ Formen einer integrierten Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter sein

sprechen Ergebnisse der vorliegenden Studie dafür, dass das Zusammenleben von demenziell Erkrankten und von Pflegebedürftigen ohne entsprechende Beeinträchtigungen unter Gesichtspunkten der Gewaltprävention eher Risiken und Belastungen mit sich bringt. Demzufolge hat eine spezialisierte Demenzpflege das Potenzial, Konflikte und Konflikthanlässe zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern zu reduzieren und insbesondere für die nicht demenziell Erkrankten eine besser berechenbare, (mehr oder minder) nach rationalen Prinzipien gestaltete soziale Wirklichkeit zu schaffen (bzw. zu bewahren). Sie entlastet die nicht demenziell Erkrankten von der Aufgabe, als provozierend oder sozial unangemessen erlebte Verhaltensweisen ihrer kognitiv eingeschränkten Mitbewohnerinnen und Mitbewohner als Ergebnis oder Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung und eben nicht z.B. als Ausdruck von „Feindseligkeit“, „Bösartigkeit“ oder „Rücksichtslosigkeit“ zu sehen. Die vorliegende Studie hat verdeutlicht, dass RRA auch in der Form aggressiven Handelns kognitiv nicht (oder jedenfalls nicht schwerwiegend) eingeschränkter Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber demenziell Erkrankten vorkommt. Die Pflege und Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten in spezialisierten Einrichtungen oder Wohnbereichen würde – in kriminologischen Termini – für diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, Tatgelegenheiten und Tatanlässe im Verhältnis zu stärker beeinträchtigten Personen beseitigen und den Schutz derjenigen, die unter bedeutsamen kognitiven Einschränkungen leiden, vor eben solchen Angriffen verbessern.

(e) Schulung und Qualifikation

Die Studie hat deutlich gemacht, dass zentrale Akteure präventiver Bemühungen diejenigen sind, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in unmittelbarem Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten. Sie hat zugleich gezeigt, dass der Umgang mit dem Problemfeld RRA auf Seiten der Beschäftigten spezifischer Kenntnisse und Kompetenzen bedarf. Mit Problemen aggressiven Verhaltens unter Bewohnerinnen und Bewohnern erfolgreich umzugehen, setzt Kenntnisse über das Problemfeld und über Handlungsmöglichkeiten voraus. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten vor allem in der Lage sein, sich anbahnende Konfliktsituationen rechtzeitig zu erkennen, Bewohnerinnen- und Bewohnerverhalten verstehen und einordnen zu können und zur Deeskalation konflikthafter und gewaltgeneigter situativer Konstellationen beitragen zu können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre problemfeldbezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten sind sicherlich die zentrale präventive Ressource in diesem Bereich.

Die Studie hat ferner gezeigt, dass spezifische Aus- und Fortbildungselemente und -angebote für das Problemfeld RRA bislang fehlen. Angrenzende oder weiter gefasste Themen (wie „herausforderndes Verhalten“ oder „Gewalt in der Pflege“) werden in der Aus- und Fortbildung von Pflegefachkräften thematisiert; diese Angebote erreichen andere Berufsgruppen in der stationären Pflege allerdings nicht oder nur wenig. Auch international existieren bislang mit Ausnahme des SEARCH-Ansatzes (Teresi et al., 2013b, 2018) kaum Konzepte für eine themenfeldspezifische Weiterbildung. Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurden ein Schulungskonzept und Schulungsmaterialien entwickelt (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020), die sich an Pflegeberufe und Auszubildende in solchen Berufen, darüber hinaus aber „auch zur Schulung aller anderen Beschäftigten auf allen Ebenen in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden“ kann (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020, S. 10). Als Lernziele nennt der Bericht u.a. das Wissen darüber, „was Gewalt zwischen pflegebedürftigen Menschen ist“, „welche Bedeutung und Auswirkungen Gewalt für pflegebedürftige Menschen,

kann.

professionell Pflegende und die Organisation haben kann“, „wie sich Gewalt zwischen pflegebedürftigen Menschen zeigt“, „was Anzeichen für Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner sind“, „was Ursachen und Auslöser für Konflikte und Gewalt sein können“, „was die Organisation und Mitarbeitende zur Vorbeugung von Konflikten tun können“, „was bei einem akuten Konflikt getan werden sollte“ und „was nach einem gewaltsamen Konflikt getan werden sollte“ (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020, S. 10f.). Damit steht erstmals im deutschen Sprachraum ein Schulungsprogramm zur Verfügung, das spezifisch dem Wissenserwerb und der Kompetenzvermittlung für das Problemfeld *resident-to-resident aggression* gewidmet ist.

(f) Prävention auf der Ebene der Organisation

Die vorliegende Studie hat des Weiteren verdeutlicht, dass Prävention von RRA einerseits auf die individuelle Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen ist, andererseits aber auch des Handelns auf der organisationalen Ebene bedarf. Elemente von Prävention auf der Ebene der Organisation (und damit die Führungskräfte in den Einrichtungen betreffend) sind u.a.:

- das Ermöglichen regelmäßiger Fallbesprechungen, in deren Rahmen konkrete Vorkommnisse und Problemlagen im Team bearbeitet werden können;
- die Sorge um die Verfügbarkeit handlungsrelevanter Bewohnerinnen- und Bewohnerinformationen auch über den Kreis der Pflegefachkräfte hinaus;
- die Etablierung von Leitlinien für den Umgang mit Gewalthandeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. der explizite Einschluss der RRA-Problematik in vorhandene (thematisch weiter gefasste) Leitlinien;
- das Anbieten von spezifischen Möglichkeiten des Kompetenzerwerbs und der Weiterqualifizierung sowie die Schaffung guter Rahmenbedingungen für das Wahrnehmen entsprechender Angebote durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

(g) RRA und gesellschaftliche Organisation von Pflege

Insbesondere in den im Rahmen der Studie durchgeführten Expertinnen- und Experteninterviews kam immer wieder zum Ausdruck, dass Fragen der Prävention von RRA eingebunden sind in Fragen der Gestaltung von Pflege insgesamt und auch der gesellschaftlichen Ressourcenallokation an die Pflege⁶⁸. Sicherlich ist es richtig, dass eine bessere personelle Ausstattung der stationären Altenhilfe dazu beitragen kann, präventive Maßnahmen in größerem Maße und mit besserem Ergebnis umzusetzen. Auch jenseits spezifischer Präventionsmaßnahmen führt eine schwache personelle Besetzung dazu, dass einschlägige Vorkommnisse nicht wahrgenommen werden und / oder auf sie nicht reagiert werden kann. Insofern kann eine bessere Ressourcenausstattung der stationären Pflege eine ganz wesentliche Randbedingung erfolgreicher RRA-Prävention sein.

(h) Polizei und Prävention von RRA

Einem in einer polizeilichen Einrichtung verankerten Forschungsteam sei schließlich die Frage gestattet, inwieweit es auch für die Polizei in Bezug auf Fälle von Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen präventive Handlungsmöglichkeiten geben kann (jenseits

⁶⁸ Am Rande sei bemerkt, dass zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts aus ganz anderem Anlass, nämlich bedingt durch die weltweite COVID-19-Pandemie und die hierdurch unmittelbar sichtbar werdende „Systemrelevanz“ und zugleich Belastungen der Pflegenden, eine rege Diskussion um den gesellschaftlichen Stellenwert der Pflegeberufe und auch die Vergütung pflegerischer Tätigkeit entstanden ist (siehe etwa Gutensohn, 2020; Specht & Waschinski, 2020).

polizeilichen Eingreifens in etwaigen Fällen, in denen seitens der Einrichtung Anzeige erstattet bzw. polizeiliche Hilfe angefordert wird). Diese sind sicherlich insofern begrenzt, als es sich um einen Sozialraum handelt, in den die Polizei üblicherweise keinen Einblick hat. Zudem handelt es sich um ein Problemfeld, zu dessen Bewältigung Strafverfolgung und polizeiliche Gefahrenabwehr nur beschränkt beitragen können. Denkbar wäre eine präventive Rolle der Polizei hier im Rahmen von Präventionsnetzwerken, wie sie in anderen Bereichen – und zwar vornehmlich solchen, bei denen es ebenfalls um vulnerable Opfer geht – existieren. Während etwa in den Handlungsfeldern häusliche Gewalt / Intimpartnergewalt oder familiäre Gewalt gegen Kinder Formen der Zusammenarbeit von Strafverfolgungsbehörden und anderen staatlichen oder auch zivilgesellschaftlichen Akteuren (z.B. Frauenberatungsstellen, Interventionsstellen, Jugendämter) seit längerem erprobt und praktiziert werden (vgl. hierzu etwa Engelmann, Eßbach, Helweg & Jakob, 2018; Graß & Ritz-Timme, 2005; Weis et al., 2016), gilt dies für das Problemfeld der Gewalt in der Pflege älterer Menschen derzeit noch nicht.

6.2.3. Grenzen der Studie und Ausblick

Die vorliegende Studie hat das Themenfeld der Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe empirisch untersucht. Sie hat sich dafür eines Mixed Methods-Ansatzes bedient, in dem quantitative und qualitative Zugänge miteinander verknüpft wurden und der Gegenstandsbereich aus der Perspektive unterschiedlicher Personengruppen (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Heimen, Bewohnerinnen und Bewohner, Expertinnen und Experten aus verschiedenen Praxisfeldern und aus der Wissenschaft) betrachtet wurde. Ein solcher multimethodaler Zugang empfahl sich insbesondere angesichts des Umstandes, dass die hier thematisch im Fokus stehenden Personen – in stationären Einrichtungen lebende Pflegebedürftige – über Befragungen nur sehr eingeschränkt erreicht werden können.⁶⁹

Die Studie hat ein Bild sowohl des Phänomenbereichs RRA in deutschen Einrichtungen der stationären Altenhilfe als auch des Umgangs mit der Thematik und Problematik geschaffen. Was im Rahmen des Projekts nicht erreicht werden konnte, war die Gewinnung echter Prävalenz- und Inzidenzdaten in dem Sinne, dass belastbar gesagt werden könnte, wie weit verbreitet RRA unter Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist (Anteile von Gewaltausübenden und Gewaltbetroffenen in einem definierten Zeitraum) und wie häufig einschlägige Handlungen und Widerfahrnisse vorkommen. Bei den hier erhobenen Prävalenzen handelt es sich um Daten zur Verbreitung einschlägiger Wahrnehmungen, das heißt, es lässt sich etwas über die Anteile von in der stationären Altenhilfe tätigen Personen sagen, die in definierten Zeiträumen einschlägige Wahrnehmungen gemacht haben. In einem Setting wie der stationären Altenhilfe, in dem eine beschäftigte (und befragte) Person alltäglich mit einer Vielzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Kontakt kommt, lassen sich daraus jedoch keine quantitativen Befunde etwa hinsichtlich des Anteils Pflegebedürftiger, die innerhalb des letzten Monats von RRA betroffen waren, ableiten. Im speziellen Fall von RRA könnten Prävalenz- und Inzidenzdaten wohl nur über Beobachtungen (unmittelbare oder wiederum erfragte) Dritter, nicht über Selbstauskünfte

⁶⁹ Im Bereich der pflegebezogenen Forschung, wo die Problematik der Befragbarkeit der Empfängerinnen und Empfänger von Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen gewissermaßen ein stabiles Merkmal des Untersuchungsfeldes ist, werden multimethodale Zugänge seit Jahrzehnten sowohl programmatisch gefordert als auch empirisch umgesetzt (siehe hierzu etwa Begley, 1996; Bekhet & Zauszniewski, 2012; Foss & Ellefsen, 2002; Halcomb & Andrew, 2005; Risjord, Dunbar, & Moloney, 2002; Risjord, Moloney, & Dunbar, 2001; Shih, 1998; Younas, Pedersen, & Tayaben, 2019).

gewaltförmig Handelnder oder von Gewalt Betroffener ermittelt werden. Hier besteht sicherlich Forschungsbedarf, dessen Erfüllung künftigen Studien vorbehalten ist.

Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde auf der Basis der empirischen Erhebungen ein Schulungsprogramm für in Einrichtungen Tätige entwickelt und in einigen Pilottrainings erprobt (siehe Zentrum für Qualität in der Pflege, 2020). Die Rückmeldungen aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren durchweg positiv. Über eine solche Pilotierung hinaus wäre eine breiter angelegte Erprobung der Schulungen und eine Evaluation sowohl des Lernerfolgs als auch des Transfers in die Praxis und der dortigen Effekte wünschenswert. Eine derartige Schulungsevaluation müsste gleichfalls künftigen Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Literatur

- Abaz, S. (2017). *Betreuung von Demenzkranken in Altenheimen: segregative, semi-segregative und integrative Betreuung*. Hamburg: disserta Verlag.
- Abbott, K. M., & Pachucki, M. C. (2017). Associations between social network characteristics, cognitive function, and quality of life among residents in a dementia special care unit: A pilot study. *Dementia, 16*(8), 1004-1019. <https://doi.org/10.1177/1471301216630907>
- Abbott, K. M., Sefcik, J. S., & Van Haitsma, K. (2017). Measuring social integration among residents in a dementia special care unit versus traditional nursing home: A pilot study. *Dementia, 16*(3), 388-403. <https://doi.org/10.1177/1471301215594950>
- Abels, G., & Behrens, M. (2005). ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 173-190). Wiesbaden: VS Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_8
- Abner, E. L., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Ramsey-Klawnsnik, H., Marcum, J. L., Crawford, T. N., & Wangmo, T. (2016). Victim, allegation, and investigation characteristics associated with substantiated reports of sexual abuse of adults in residential care settings. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(19), 3995-4019. <https://doi.org/10.1177/0886260516672051>
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2nd ed.) San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 63*(2), 129-144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Ahn, H., Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and aggression in nursing home residents with dementia: Minimum Data Set 3.0 analysis. *Nursing Research, 64*(4), 256-263. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099>
- Aiello, J. R. (1987). Human spatial behavior. In D. Stokols, & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology, Vol. 1* (pp. 389-504). New York: Wiley.
- Algase, D. L., Antonakos, C., Beattie, E., Beel-Bates, C., & Song, J. A. (2011). Estimates of crowding in long-term care: Comparing two approaches. *HERD, 4*(2), 61-74. <https://doi.org/10.1177/193758671100400206>
- Alimohammadi, I., Ahmadi Kanrash, F., Abolghasemi, J., Afrazandeh, H., & Rahmani, K. (2018). Effect of chronic noise exposure on aggressive behavior of automotive industry workers. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 9*(4), 170-175. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2018.1375>
- Andresen, F. J., & Buchanan, J. A. (2017). Bullying in senior living facilities: Perspectives of long-term care staff. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(7), 34-41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170126-01>
- Armitage, R. (2014) Crime prevention through environmental design. In: G. Bruinsma, & D. Weisburd (Eds.), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5690-2>

- Arnold, D. (2015). Den Umgang mit "schwierigen" Situationen aus der Sicht der Pflegenden verstehen: Praxis, Potenziale und Grenzen ethnografischer Forschung. *Pflegewissenschaft*, 17(9), 458-471.
- Artner, L. (2018). Materialities in and of institutional care for elderly people. *Frontiers in Sociology*, 3:30. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00030>
- Backes, G. M., Amrhein, L., & Wolfinger, M. (2008). *Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Baldwin, J. M., Krohn, M. D., & Gibson C. L. (2014). Self-report measures of crime and delinquency. In A.C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 5805-5809). Dordrecht, NL: Springer.
- Barnes, S. (2002). The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing and Society*, 22(6), 775-789. <https://doi.org/10.1017/S0144686X02008899>
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). *Human aggression* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Bartelet, M., Waterink, W., & van Hooren, S. (2014). Extreme sexual behavior in dementia as a specific manifestation of disinhibition. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(s3), S119-S124. <https://doi.org/10.3233/JAD-132378>
- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2011). Herausforderndes Verhalten demenzkranker Menschen. In J. Haberstroh, & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln – Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 281-293). Heidelberg: AKA Verlag.
- Baumard, N. (2011). Punishment is not a group adaptation: Humans punish to restore fairness rather than to support group cooperation. *Mind & Society*, 10(1). <https://doi.org/10.1007/s11299-010-0080-3>
- Beaulieu, M., Bédard, M., & Leboeuf, R. (2016). L'intimidation envers les personnes âgées: un problème social connexe à la maltraitance? *Service social*, 61(2), 38-56. <https://doi.org/10.7202/1036334ar>
- Beck, M., Martinsen, B., Birkelund, R., & Poulsen, I. (2017). Raising a beautiful swan: A phenomenological-hermeneutic interpretation of health professionals' experiences of participating in a mealtime intervention inspired by Protected Mealtimes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12:1. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1360699>
- Becker, K., Berry, S., Orr, N., & Perlman, J. (2014). Finding the hard to reach and keeping them engaged in research. In R. Tourangeau, B. Edwards, T. Johnson, K. Wolter, & N. Bates (Eds.), *Hard-to-survey populations* (pp. 619-641). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139381635.036>
- Begley, C. M. (1996). Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 122-128. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15217.x>
- Beikirch, E., Nolting, H. D., & Wipp, M. (2017). *Dokumentieren mit dem Strukturmodell: Grundlagen – Einführung – Management* (2. Aufl.). Hannover: Vincentz.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Methodological triangulation: An approach to understanding data. *Nurse Researcher*, 20(2), 40-43. <https://doi.org/10.7748/nr2012.11.20.2.40.c9442>
- Benbow, B. (2016). Environmental interventions to mitigate resident-to-resident aggression. *Canadian Nursing Home*, 27(2), 4-11.

- Berry, S., & Gunn, P. (2014). Conducting research on vulnerable and stigmatized populations. In R. Tourangeau, B. Edwards, T. Johnson, K. Wolter, & N. Bates (Eds.), *Hard-to-survey populations* (pp. 368-378). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bethell, J., Chu, C. H., Wodchis, W. P., Walker, K., Stewart, S. C., & McGilton, S. C. (2018). Supportive supervision and staff intent to turn over in long-term care homes. *The Gerontologist*, *58*(5), 953-959. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx008>
- Bharathan, T., Glodan, D., Ramesh, A., Vardhini, B., Baccash, E., Kiselev, P., & Goldenberg, G. (2007). What do patterns of noise in a teaching hospital and nursing home suggest? *Noise & Health*, *9*(35), 31-34.
- Bharucha, A. J., Dew, M. A., Miller, M. D., Borson, S., & Reynolds, C. 3rd (2006). Psychotherapy in long-term care: a review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *7*(9), 568-580. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.08.003>
- Bierther, I. R. (2017). Recht und Pflicht zugleich: Überlastungsanzeige. *Altenpflege*, *42*(12), 36-38.
- Bird, M., Jones, R. H., Korten, A., & Smithers, H. (2007). A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *International Psychogeriatrics*, *19*(5), 874-891. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004790>
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Hrsg.) (2002). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: Springer.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Hrsg.) (2009). *Interviewing experts: Methodology and practice*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bogner, A., & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 33-70). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bonifas, R.P. (2015). *Resident-to-resident aggression* in nursing homes: Social worker involvement and collaboration with nursing colleagues. *Health & Social Work*, *40*(3), e101-109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv040>
- Bonifas, R.P. (2016). *Bullying among older adults: How to recognize and address an unseen epidemic*. Baltimore: Health Professions Press.
- Bonifas, R.P. (2018). *Mobbing und Bullying unter alten Menschen. Was tun, wenn alte Menschen sich drangsalieren, schikanieren und tyrannisieren?* Bern: Hogrefe.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(4), 465-473. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(4), 354-364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffrey, D. (2011). *Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme*. London, UK: Kings College London, Institute of Psychiatry.

- Boyd, A., Payne, J., Hutcheson, C., & Bell, S. (2014). Bored to death: tackling lack of activity in care homes. *Nursing and Residential Care, 16*(2), 98-102. <https://doi.org/10.12968/nrec.2014.16.2.98>
- Brandtstädter, J. (2007a). *Das flexible Selbst: Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung*. München: Elsevier.
- Brandtstädter, J. (2007b). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In J. Brandtstädter, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2011). *Positive Entwicklung. Zur Psychologie gelingender Lebensführung*. Heidelberg: Spektrum.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: Adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 24*(4), 269-297.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*(1), 52-80. <https://doi.org/10.1006/drev.1994.1003>
- Brashier, R. C. (2018). Incapacity and the infancy illusion. *Arkansas Law Review, 71*(1). <https://scholarworks.uark.edu/alr/vol71/iss1/1>
- Braun, S., & Hahn, S. (2019). Geschützter Raum für Demenzkranke: segregative Versorgung. *Die Schwester Der Pfleger, 58*(4), 38-41.
- Brooker, D., Edwards, P., & Benson, S. (Eds.) (2004). *Dementia Care Mapping: Experience and insights into practice*. London, UK: Hawker Publications.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2103). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review, *Clinical Interventions in Aging, 8*, 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2007). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Buscher, I., Reuther, S., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012a). *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz*. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen.
- Buscher, I., Reuther, S., Holle, D., Bartholomeyczik, S., Vollmar, H. C., & Halek, M. (2012b). Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen: theoretische Ansätze zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz im Rahmen des Projektes FallDem. *Pflegewissenschaft, 14*(3), 168-178.
- Cadigan, R. O., Grabowski, D. C., Givens, J. L., & Mitchell, S. L. (2012). The quality of advanced dementia care in nursing home: the role of special care units. *Medical Care, 50*(10), 856-862. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31825dd713>
- Cantor, D. (1984). *Comparing bounded and unbounded three- and six-month reference periods in rate estimation*. Washington, DC: Bureau of Social Science Research.
- Cantor, D., & Lynch, J. P. (2000). Self-report surveys as measures of crime and criminal victimization. In D. Duffee (Ed.), *Criminal Justice 2000. Measurement and analysis of crime and justice* (pp. 85-138). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.

- Cantor, D., & Lynch, J. P. (2005). Exploring the Effects of Changes in Design on the Analytical Uses of the NCVS Data. *Journal of Quantitative Criminology*, 21, 293-319. <https://doi.org/10.1007/s10940-005-4273-6>
- Caspari, S., Råholm, M. B., Saeteren, B., Rehnsfeldt, A., Lillestø, B., Lohne, V., Slettebø, Å., Heggstad, A., Høy, B., Lindwall, L., & Nåden, D. (2018). Tension between freedom and dependence-A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4119-4127. <https://doi.org/10.1111/jocn.14561>
- Caspi, E. (2015). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia*, 14(4), 528-546. <https://doi.org/10.1177/1471301213502588>
- Caspi, E. (2016). Deaths as a result of resident-to-resident altercations in dementia in long-term care homes: A need for research, policy, and prevention. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.003>
- Caspi, E. (2018). The circumstances surrounding the death of 105 elders as a result of resident-to-resident incidents in dementia in long-term care homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30, 284-308. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1474515>
- Caspi, E., & Bonifas, R. P. (2014). *Preventing resident-to-resident aggression in dementia*. Workshop delivered on 3.13.14 at the American Society on Aging Annual Conference, San Diego, CA. <http://brainxchange.ca/Public/Files/Behaviour/Preventing-Resident-to-Resident.aspx>
- Cassie, K. M. (2012). A multilevel analysis of aggressive behaviors among nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(8), 708-720. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.703764>
- Castle, N. G. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurses aids. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), 340-356. <https://doi.org/10.1080/08946566.2012.661685>
- Castro Solano, A., & Cosentino, A. C. (2019). The High Five model: Associations of the high factors with complete mental well-being and academic adjustment in university students. *Europe's Journal of Psychology*, 15(4), 656-670. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i4.1759>
- Cawley, I., Martin, J. E., & Johnson, J. A. (2000). A virtues approach to personality. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 997-1013. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00207-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00207-X)
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73. <http://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10:491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Carlesi, C., & Nuti, A. (2016). Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatrics and Gerontology International*, 16(5), 541-549. <https://doi.org/10.1111/ggi.12608>
- Cipriani, G., Ulivi, M., Danti, S., Lucetti, C., & Nuti, A. (2016). Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*, 16(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/psyg.12143>
- Clark, M. A., Roman, A., Rogers, M. L., Tyler, D. A., & Mor, V. (2014). Surveying multiple health professional team members within institutional settings: an example from the nursing home industry. *Evaluation & the Health Professions*, 37(3), 287-313. <https://doi.org/10.1177/0163278714521633>

- Clarke, A. (2000). Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing*, 9(7), 429-433. <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.7.6323>
- Clarke, A., Hanson, E. A., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 697-706. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x>
- Clarke, P. M., Fiebig, D. G., & Gerdtham, U. G. (2008). Optimal recall length in survey design. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1275-1284. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.05.012>
- Clarke, R. V. (1983). Situational crime prevention: Its theoretical basis and practical scope. *Crime and Justice*, 4, 225-256. <https://doi.org/10.1086/449090>
- Clarke, R. V., & Eck, J. E. (2003). *Become a problem-solving analyst in 55 small steps*. London: Jill Dando Institute of Crime Science, University College London
- Clelland, J., Scott, D., & McKenzie, D. (2005). An analysis of allied health professional training in care homes for older people in Glasgow. *Quality in Ageing – Policy, Practice and Research*, 6(3), 24-36. <https://doi.org/10.1108/14717794200500019>
- Cody, W. K. (2003). Paternalism in nursing and healthcare: Central issues and their relation to theory. *Nursing Science Quarterly*, 16(4), 288-296. <https://doi.org/10.1177/0894318403257170>
- Cohen, L., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44(4), 588-608. <https://doi.org/10.2307/2094589>
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. *Journal of Gerontology*, 62(8), 908-916. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.8.908>
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.m77>
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 4(2), 221-240. <https://doi.org/10.1017/S1041610292001285>
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 885-888. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb02724.x>
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2017). The High Five: Associations of the five positive factors with the Big Five and well-being. *Frontiers in Psychology*, 8:1250. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01250>
- Cozens, P., Saville, G., & Hillier, D. (2005). Crime prevention through environmental design (CPTED): a review and modern bibliography. *Property Management*, 23(5), 328-356. <https://doi.org/10.1108/02637470510631483>
- Crowe, T. (2000). *Crime prevention through environmental design: applications of architectural design and space management concepts* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Das, A. K., McDougall, T., Smithson, J. A., & West, R. M. (2006). Benefits of family mealtimes for nursing home residents: protecting mealtimes may similarly benefit elderly inpatients. *British Medical Journal*, 332(7553), 1334-1335. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7553.1334-d>

- Dauber, C., & Pester, U. (2014). Gewalt-Deeskalation durch Kontaktreflexion: aggressives Verhalten bei Demenz. *Heilberufe*, 66, 38-41. <https://doi.org/10.1007/s00058-014-0234-5>
- DeBois, K. A., Evans, S. D., & Chatfield, S. L. (2019). Resident-to-resident aggression in long-term care: Analysis of structured and unstructured data from the National Violent Death Reporting System, 2003-2016. *Journal of Applied Gerontology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0733464819863926>
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen IDC-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR: nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper* (8., überarbeitete Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016).
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Dong, X.Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Dufner, A. (2013). Should the late stage demented be punished for past crimes? *Criminal Law and Philosophy*, 7, 137-150. <https://doi.org/10.1007/s11572-012-9194-5>
- Dzhambov, A., & Dimitrova, D. (2014). Neighborhood noise pollution as a determinant of displaced aggression: a pilot study. *Noise & Health*, 16(69), 95-101. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.132090>
- Egan, M. Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B., & Rodrigue, C. (2007). Caring for residents with dementia and aggressive behavior: Impact of life history knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(2), 24-30. <https://doi.org/10.3928/00989134-20070201-06>
- Ekblom, P. (2011). Deconstructing CPTED ... and reconstructing it for practice, knowledge, management and research. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 17, 7-28. <https://doi.org/10.1007/s10610-010-9132-9>
- Ellis, J. M., Ayala Quintanilla, B. P., Ward, L., & Campbell, F. (2019). Implementation and evaluation of an education programme for nursing staff on recognising, reporting and managing resident-to-resident elder mistreatment in aged care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 187-196. <https://doi.org/10.1111/jan.13819>
- Ellis, J. M., Teresi, J. A., Ramirez, M., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Sukha, G., Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2014). Managing resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes: the SEARCH approach. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(3), 112-121. <https://doi.org/10.3928/00220124-20140223-01>
- Engelmann, E., Eßbach, G., Helweg, S., & Jakob, K. (2018). Gemeinsam gegen Gewalt – Das Leipziger Gewaltschutznetzwerk. In H. J. Kerner, & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover 2018. Verfügbar unter www.praeventionstag.de/dokumentation.cms/4098

- Farrington, D. P., & Nuttal, C. P. (1980). Prison size, overcrowding, prison violence, and recidivism. *Journal of Criminal Justice*, 8(4), 221-231. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(80\)90002-1](https://doi.org/10.1016/0047-2352(80)90002-1)
- Fauth, E. B., & Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with carer depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 263-271. <https://doi.org/10.1002/gps.4002>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *Gerontologist*, 58(S1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G., Melunsky, N., Poland, F., & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 429-434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153684>
- Feliciano, L., Steers, M. E., Elite-Marcandontou, A., McLane, M., & Areán, P. A. (2009). Applications of preference assessment procedures in depression and agitation management in elders with dementia. *Clinical Gerontologist*, 32(3), 239-259. <https://doi.org/10.1080/07317110902895226>
- Felson, M., & Clarke, R. V. (1998). *Opportunity makes the thief. Practical theory for crime prevention* (Police Research Series, Paper 98). London: Home Office, Policing and Reducing Crime Unit.
- Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D., Flicker, L., & Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age and Ageing*, 44(3), 356-364. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv004>
- Finkel, S. I., Lyons, J. S., & Anderson, R. L. (1992). Reliability and validity of the Cohen-Mansfield agitation inventory in institutionalized elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(7), 487-490. <https://doi.org/10.1002/gps.930070706>
- Flannery, R. B. (2003). Restraint procedures and dementia sufferers with psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(4), 227-230. <https://doi.org/10.1177/153331750301800408>
- Flick, U. (1987). Das Subjekt als Theoretiker? Zur Subjektivität Subjektiver Theorien. In J. Bergold, & U. Flick (Hrsg.), *Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung* (S. 125-134). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Fogarty, J. S. (1997). Reactance theory and patient noncompliance. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1277-1288. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00055-5)
- Foss, C., & Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 242-248. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02366.x>
- Fossey, J., Lee, L., & Ballard, C. (2002). Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 1064-1070. <https://doi.org/10.1002/gps.708>
- Fry, A. J., O'Riordan, D., Turner, M., & Mills, K. L. (2002). Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 112-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00234.x>

- Füsgen, I. (2009). Leitlinien bei Menschen mit Demenz aus der Sicht des Geriaters: Es gibt noch eine Reihe von offenen Fragen. In I. Füsgen (Hrsg.) *Leitlinien bei Demenz: Inhalte, Umsetzung, Perspektiven* (S. 55-64). Wiesbaden: Medical-Tribune-Verlag-Gesellschaft.
- Gallo, A., Weijer, C., White, A., Grimshaw, J. M., Boruch, R., Brehaut, J. C., Donner, A., Eccles, M. P., McRae, A. D., Saginur, R., Zwarenstein, M., & Taljaard, M. (2012). What is the role and authority of gatekeepers in cluster randomized trials in health research? *Trials*, *13*, 116. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-116>
- Gatersleben, B., & Griffin, I. (2017). Environmental stress. In G. Fleury-Bahi, E. Pol, & O. Navarro (Eds.), *Handbook of environmental psychology and quality of life research* (pp. 469-485). Chan, CH: Springer International Publishing.
- Gendron, T. L., Inker, J., & Welleford, E. A. (2018). A theory of relational ageism: A discourse analysis of the 2015 White House Conference on Aging. *Gerontologist*, *58*(2), 242-250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw155>
- Gerritzen, I., Hertogh, C., Depla, M., Veenhuizen, R., Verschuur, E., & Joling, K. (2018). Neuropsychiatric symptoms in people with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders living in specialized long-term care facilities: Prevalence, severity, and associated caregiver distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(3), 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.013>
- Geschke, K. (2019). Alzheimer-Patienten aggressiver als Gesunde. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, *21*, 16. <https://doi.org/10.1007/s15005-019-0117-z>
- Gidycz, C. A., Warkentin, J. B., & Orchowski, L. M. (2007). Predictors of perpetration of verbal, physical, and sexual violence: A prospective analysis of college men. *Psychology of Men & Masculinity*, *8*(2), 79-94. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.2.79>
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. (2010). Targeting and managing behavioural symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*, 1465-1474. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, NY: Doubleday Anchor.
- Gomes, H. S., Maia, Â., & Farrington, D. P. (2018). Measuring offending: self-reports, official records, systematic observation and experimentation. *Crime Psychology Review*, *4*(1), 26-44. <https://doi.org/10.1080/23744006.2018.1475455>
- Gormley, N., Declan, L., & Howard, R. (2001). Behavioural management of aggression in dementia: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, *30*, 141-145. <https://doi.org/10.1093/ageing/30.2.141>
- Gottesman, L. E., & Bourestom, N. C. (1974). Why nursing homes do what they do. *The Gerontologist*, *14*(6), 501-506. <https://doi.org/10.1093/geront/14.6.501>

- Görge, T. (2010). „Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In T. Görge (Hrsg.), *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen* (S. 480-492). Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Görge, T. (2015). *„It's not fun to be here“: Fellow residents as sources of strain and aggression in long-term care*. Paper presented at the VIII Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics, European Region VIII Congress, Dublin, 24. April 2015.
- Görge, T., & Beaulieu, M. (2013). Critical concepts in elder abuse research. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1217-1228. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000501>
- Graber-Dünow, M. (2015). Die „Pflegekatastrophe“ abwenden: Reformvorschläge für eine bessere Altenpflege. *Dr. med. Mabase*, 217, 46-48.
- Graß, H., & Ritz-Timme, S. (2005). Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. *Journal Netzwerk Frauenforschung NRW*, 19, 49-51.
- Greve, W. (2000). Furcht vor Kriminalität im Alter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 123-133. <https://doi.org/10.1026//0049-8637.32.3.123>
- Grimm-Montel, G. (2018). *Der Lebensrückblick in der Psychotherapie mit älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Grochmal-Bach, B., Bidzan, L., Pachalska, M., Bidzan, M., Łukaszewska, B., & Pufal, A. (2009). Aggressive and impulsive behaviors in Frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Medical Science Monitor*, 15(5), CR248-254.
- Groebe, N. (1988). Explikation des Konstrukts „Subjektive Theorie“. In N. Groebe, D. Wahl, J. Schlee, & B. Scheele (Hrsg.), *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts* (S. 17-24). Tübingen: Francke.
- Groenendaal, M., Loo, A., Trouw, M., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. (2019). Perspectives of healthcare professionals on meaningful activities for persons with dementia in transition from home to a nursing home: an explorative study. *Healthcare (Basel)*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare7030098>
- Gryczynski, J., Nordeck, C., Mitchell, S. G., O'Grady, K. E., McNeely, J., Wu, L. T., & Schwartz, R. P. (2015). Reference periods in retrospective behavioral self-report: A qualitative investigation. *American Journal on Addictions*, 24(8), 744-747. <https://doi.org/10.1111/ajad.12305>
- Gust, J. (2010). *Phänomen Hinlauftendenz: wenn alte Menschen weglafen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Gutensohn, D. (2020). Vergesst die Altenpfleger nicht! *ZEIT ONLINE*. <https://www.zeit.de/arbeit/2020-04/seniorenheime-coronavirus-pflegekraefte-bonuszahlung-krankenkassen>
- Gutman, G. (2013). *Senior-to-senior bullying: what do we know about it? How is it being dealt with?* Paper presented at the International Network for the Prevention of Elder Abuse 8th World Conference and Commemoration of World Elder Abuse Awareness Day, Seoul, Korea, June 23, 2013.
- Habermeyer, E., & Hoff, P. (2004). Zur Forensischen Anwendung des Begriffs Einsichtsfähigkeit. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 72(11), 615-620. <https://doi.org/10.1055/s-2003-812531>
- Halcomb, E., & Andrew, S. (2005). Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher*, 13(2), 71-82. <https://doi.org/10.7748/nr.13.2.71.s8>

- Halek, M. (2018). Können Fallbesprechungen das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz verbessern? *NOVAcura*, 49(4), 57-60.
- Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2010). Umgang mit herausforderndem Verhalten in der professionellen Pflege. IdA als Instrument zu Klärung der Gründe. *Psychotherapie im Alter*, 7(4), 507-520.
- Hamborg, M. (2000). Gewaltvermeidung durch Deeskalation: Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.), *Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz* (S. 189-202). Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Han, A., Radel, J., McDowd, J., & Sabata, D. (2016). Perspectives of people with dementia about meaningful activities: a synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(2), 115-123. <https://doi.org/10.1177/1533317515598857>
- Harer, M. D., & Steffensmeier, D. J. (1996). Race and prison violence. *Criminology*, 34(3), 323-355. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1996.tb01210.x>
- Harmer, B., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558. <https://doi.org/10.1080/13607860802343019>
- Hasseler, M. (2017). Rahmenbedingungen pflegerischer Versorgung und pflegerischer Qualität – eine Diskussion möglicher Zusammenhänge. In C. Helmrich (Hrsg.), *Die Verfassungsbeschwerden gegen den Pflegenotstand: Dokumentation und interdisziplinäre Analysen* (S. 139-166). Baden-Baden: Nomos.
- Hausmann, S. (2009). Deeskalation gegen Gewalt demenzkranker Bewohner. *Heim + Pflege*, 40(5), 154-157.
- Hazelhof, T. J., Schoonhoven, L., van Gaal, B. G., Koopmans, R. T., & Gerritsen, D. L. (2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: A concept analysis. *International Nursing Review*, 63(3), 507-516. <https://doi.org/10.1111/inr.12293>
- Helfferrich, C. (2014) Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Heusinger, J., & Kammerer, K. (2013). *Literaturstudie Pflege und Gender: Abschlussbericht zum ZQP Projekt*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Hicks, A. J., Gould, K. R., Hopwood, M., Kenardy, J., Krivonos, I., & Ponsford, J. L. (2017). Behaviours of concern following moderate to severe traumatic brain injury in individuals living in the community. *Brain Injury*, 31, 1312-1319. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1317361>
- Hicks, A. J., Gould, K. R., Hopwood, M., Kenardy, J., Krivonos, I., & Ponsford, J. L. (2019). The efficacy and harms of pharmacological interventions for aggression after traumatic brain injury - Systematic review. *Frontiers in Neurology*, 10:1169. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01169>
- Hofmann, W., Rösler, A., Vogel, W., & Nehen, H. G. (2014). Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland: Positionspapier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(2), 136-140.

- Holtzman, S., O'Connor, B. P., Barata, P. C., & Stewart, D. E. (2015). The Brief Irritability Test (BITe): A measure of irritability for use among men and women. *Assessment, 22*(1), 101-115. <https://doi.org/10.1177/1073191114533814>
- Homel, R., & Thomson, C. (2005). Causes and prevention of violence in prisons. In S. O'Toole, & S. Eyland (Eds.), *Corrections criminology* (pp. 101-108). Sydney: Hawkins Press.
- Hutchinson, M. (2013). Bullying as workgroup manipulation: a model for understanding patterns of victimization and contagion within the workgroup. *Journal of Nursing Management, 21*(3), 563-571. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01390.x>
- Huxtable, S., & Palmer, M. (2013). The efficacy of protected mealtimes in reducing mealtime interruptions and improving mealtime assistance in adult inpatients in an Australian hospital. *European Journal of Clinical Nursing, 67*(9), 904-910. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2013.126>
- Ice, G (2002). Daily life in a nursing home: Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies, 16*(4), 345-359. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(02\)00069-5](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(02)00069-5)
- Ikegawa, K., & Okumura, E. (1998). [State of bullying in a geriatric hospital]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi, 45* (1), 56-62. [Original in Japanese; zit. nach <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9553394?dopt=AbstractPlus>].
- Innes, A. (Hrsg.) (2004). *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz*. Bern: Huber.
- Ira, K. (2018). *Bullying in senior living facilities: Resident perspectives*. (Master's Thesis). Mankato: Minnesota State University.
- Irvine, A. B., Billow, M. B., Gates, D. M., Fitzwater, E. L., Seeley, J. R., & Bourgeois, M. (2012). Internet training to respond to aggressive resident behaviors. *The Gerontologist, 52*(1), 13-23. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr069>
- Ismail, Z., Gatchel, J., Bateman, D. R., Barcelos-Ferreira, R., Chantillon, M., Jaeger, J., Donovan, N. J., & Mortby, M. E. (2018). Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: exploring the mild behavioral impairment symptoms of depression, anxiety, irritability, and euphoria. *International Psychogeriatrics, 30*(2), 185-196. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001880>
- James, I. A., & Jackman, L. (2017). *Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment* (2nd ed.). London, UK: Jessica Kingsley.
- James, I. A., & Jackman, L. (2019). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: einschätzen, verstehen und behandeln* (2., vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Janssen, B. (2019). Supervision in der Altenpflegeausbildung - eine präventive Maßnahme. *NOVAcura, 50*(2), 53-55.
- Johnen, A., & Bertoux, M. (2019). Psychological and cognitive markers of behavioral variant frontotemporal dementia –A clinical neuropsychologist's view on diagnostic criteria and beyond. *Frontiers in Neurology, 10*:594. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00594>
- Johnsen, G. E., Morken, T., Baste, V., Rypdal, K., Palmstierna, T., & Johansen, I. H. (2020). Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Services Research, 20*, 33. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>

- Johnson, C., Knight, C., & Alderman, N. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behavior amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Injury*, 20(7), 687-693. <https://doi.org/10.1080/02699050600744137>
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2014). Self-reported offending: Reliability and validity. In G. Bruinsma, & D. Weisburd (eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice* (pp. 4716-4723). New York, NY: Springer.
- Joose, L. (2011). Sound levels in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(8), 30-35. <https://doi.org/10.3928/00989134-20110329-01>
- Joyce, C. M. (2019). Prevalence and nature of resident-to-resident abuse incidents in Australian residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/ajag.12752>
- Junger-Tas, J., & Haen Marshall, I. (1999). The self-report methodology in crime research. *Crime and Justice*, 25, 291-367. <https://doi.org/10.1086/449291>
- Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A., Butler, M., Sylvanus, T., & Kane, R. L. (2016). Care-delivery interventions to manage agitation and aggression in dementia nursing home and assisted living residents: A systematic review and meta-analysis: *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477-488. <https://doi.org/10.1111/jgs.13936>
- Kersting, K. (2017). Fachlicher Anspruch vs. Praxisrealität: wie Pflegende die unwürdigen Bedingungen im Arbeitsalltag aushalten. *Dr. med. Mabuse*, 227, 26-28.
- Kessler, E. M., & Agines, S. (2015). Psychotherapie bei Depression im Pflegeheim. In R. Lindner & J. Hummel (Hrsg.), *Psychotherapie in der Geriatrie* (S. 103-112). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kessler, E. M., & Peters, M. (2017). Befindet sich die Alterspsychotherapie im Aufbruch? Anmerkungen zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. *Psychotherapie im Alter*, 14(1), 7-16.
- Khan, R., & Rogers, P. (2015). The normalization of sibling violence: Does gender and personal experience of violence influence perceptions of physical assault against siblings? *Journal of Interpersonal Violence*, 30(3) 437-458. <https://doi.org/10.1177/0886260514535095>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Kitwood, T. (1998). Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *The Journal of Clinical Ethics*, 9, 23-34.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Ageing and Society*, 12, 269-287. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0000502X>
- Kivivuori, J. (2014). History of the self-report delinquency surveys. In G. Bruinsma, & D. Weisburd (eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice* (pp. 2309-2319). New York, NY: Springer.
- Kjellsson, G., Clarke, P., & Gerdtham, U. G. (2014). Forgetting to remember or remembering to forget: A study of the recall period length in health care survey questions. *Journal of Health Economics*, 35, 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.01.007>
- Knäuper, B., Carrière, K., Chamandy, M., Xu, Z., Schwarz, N., & Rosen, N. O. (2016). How aging affects self-reports. *European Journal of Ageing*, 13, 185-193. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0369-0>
- Kocks, A., & Segmüller, T. (Hrsg.) (2019). *Kollegiale Beratung im Pfl egeteam: implementieren, durchführen, Qualität sichern*. Berlin: Springer.

- Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, e1-7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>
- Kok, J. S., Nielen, M. M. A., & Scherder, E. J. A. (2018). Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0853-7>
- Kolanowski, A. (1995). Aggressive behavior in institutionalized elders: A theoretical framework. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 10(2), 23-29. <https://doi.org/10.1177/153331759501000203>
- Korecic, J. (2003). *Pflegestandards Altenpflege*, (3. Aufl.). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-09255-2>
- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
- Krishnamoorthy, A., & Anderson, D. (2011). Managing challenging behaviour in older adults with dementia. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 15(3), 20-27. <https://doi.org/10.1002/pnp.199>
- Kristiansen, E. D., Rasmussen, G., & Andersen, E. M. (2019). Practices for making residents' wishes fit institutional constraints: a case of manipulation in dementia care. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1554851>
- Krohn, M. D., Thornberry, T. P., Gibson, C. L., & Baldwin, J. M. (2010). The development and impact of self-report measures of crime and delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 26(4), 509-525. <https://doi.org/10.1007/s10940-010-9119-1>
- Kubota, J. T., Mojdehbakhsh, R., Raio, C., Brosch, T., Uleman, J. S., & Phelps, E. A. (2014). Stressing the person: Legal and everyday person attributions under stress. *Biological Psychology*, 103, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.07.020>
- Kunz, F. (2010). Mahnaktionen in postalischen Befragungen: empirische Befunde zu Auswirkungen auf den Rücklauf, das Antwortverhalten und die Stichprobenzusammensetzung. *Methoden — Daten — Analysen*, 4(2), 127-155.
- Kühn, K., & Porst, R. (1999). *Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen. Ein Literaturbericht* (ZUMA Arbeitsbericht 99/03). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Lachs, M. S., Bachman, R., Williams, C. S., & O'Leary, J. R. (2007). Resident-to-resident elder mistreatment and police contact in nursing homes: Findings from a population based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 840-845. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01195.x>
- Lachs, M. S., & Berman, J. (2011). *Under the radar: New York State elder abuse prevalence study*. Prepared by Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, New York City Department for the Aging.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, 373, 1947-1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramirez, M., Silver, S., & Pillemer, K. A. (2012). Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (5), 660-667. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2284-1>

- Lachs, M. S., Teresi, J. A., & Ramirez, M. (2014). *Documentation of resident to resident elder mistreatment in residential care facilities*. Cornell University: Weill Cornell Medical College.
- Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. P., Boratgis, G., Sukha, G., Kong, J., Besas, A. M., Luna, M. R., & Pillemer, K. A. (2016). The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Annals of Internal Medicine*, *165*(4), 229-236. <https://doi.org/10.7326/M15-1209>
- Lachs, M. S., Van Haitsma, K., Teresi, J. A., Pillemer, K., Haymowitz, E., & Del Carmen, T. (2010). Why they fight: Event reconstruction of resident-to-resident elder mistreatment (RREM) in long term care facilities. *The Gerontologist*, *50*(S1), 358.
- Laucken, U. (1974). *Naive Verhaltenstheorie*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Leonard, R., Tinetti, M. E., Allore, H. G., & Drickamer, M. A. (2006). Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Archives of Internal Medicine*, *166*(12), 1295-1300. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.12.1295>
- Liljegren, M., Landqvist Waldö, M., & Englund, E. (2018). Physical aggression among patients with dementia, neuropathologically confirmed post-mortem. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(2), e242-e248. <https://doi.org/10.1002/gps.4777>
- Liljegren, M., Landqvist Waldö, M., Rydbeck, R., & Englund, E. (2018). Police interactions among neuropathologically confirmed dementia patients: Prevalence and cause. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *32*(4), 346-350. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000267>
- Liljegren, M., Naasan, G., Temlett, J., Perry, D.C., Rankin, K. P., Merrilees, J., Grinberg, L. T., Seeley, W. W., Englund, E., & Miller, B. L. (2015). Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *JAMA Neurology*, *72*(3), 295-300. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.3781>
- Livingston, G., Johnston, K., Paton, J., & Lyketsos, C. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1996-2021. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.1996>
- Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, *22*(1), 28-36. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.28>
- Lothstein, L. M., Fogg-Waberski, J., & Reynolds, P. (1997). Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Connecticut Medicine*, *61*(9), 609-618.
- Lyberg, L., Stange, M., Harkness, J., Mohler, P., Pennell, B., & Japac, L. (2014). A review of quality issues associated with studying hard-to-survey populations. In R. Tourangeau, B. Edwards, T. Johnson, K. Wolter, & N. Bates (Eds.), *Hard-to-survey populations* (pp. 82-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lynch, P. L. (2006). Problems and promise of victimization surveys for cross-national research. *Crime and Justice*, *34*, 229-287. <https://doi.org/10.1086/502670>
- MacAndrew, M., Beattie, E., O'Reilly, M., Kolanowski, A., & Windsor, C. (2017). The trajectory of tolerance for wandering-related boundary transgression: An exploration of care staff and family perceptions. *The Gerontologist*, *57*(3), 451-460. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv136>

- MacAndrew, M., Fielding, E., & Kolanowski, A. (2017). Observing wandering-related boundary transgression in people with severe dementia. *Aging & Mental Health, 21*(11), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211620>
- MacAndrew, M., Fielding, E., Kolanowski, A., O'Reilly, M., & Beattie, E. (2017). Observing wandering-related boundary transgression in people with severe dementia. *Aging & Mental Health, 21*(11), 1197-1205. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211620>
- Mahler, C. (2017). Schutz der Menschenrechte in der Pflege! Die Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflicht der Staaten. In C. Helmrich (Hrsg.), *Die Verfassungsbeschwerden gegen den Pflegenotstand: Dokumentation und interdisziplinäre Analysen* (S. 199-236). Baden-Baden: Nomos.
- Malmedal, W., Iversen, M. H., & Kilvik, A. (2015). Sexual abuse of older nursing home residents: A literature review. *Nursing Research and Practice*, vol. 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/902515>
- Malone, M. L., Thompson, L., & Goodwin, J. S. (1993). Aggressive behaviors among the institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 41*(8), 853-856. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1993.tb06183.x>
- Manoochehri, M., & Huey, E. D. (2012). Diagnosis and management of behavioral issues in frontotemporal dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports, 12*(5), 528-536. <https://doi.org/10.1007/s11910-012-0302-7>
- Manthey, M. (2011). *Primary Nursing: ein personenbezogenes Pflegesystem* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Mantz, S. (2014). Das ruhende Auge im Orkan: Kommunikation und Deeskalation in der Pflege. *Pflegezeitschrift, 67*(2), 78-81.
- Marpsat, M., & Razafindratsima, N. (2010). Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online, 5*(2), 3-16. <https://doi.org/10.4256/mio.2010.0014>
- Mayhew, P., & van Dijk, J. J. M. (2011). Assessing crime through international victimization surveys. In D. Gadd, S. Karstedt, & S. F. Messner (Eds.), *The SAGE handbook of criminological research methods* (pp. 253-267). London: Sage Publications Ltd.
- McCartney, J. R., & Severson, K. (1997). Sexual violence, post-traumatic stress disorder and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*(1), 76-78. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb00982.x>
- McDonald, L., Sheppard, C., Hitzig, S. L., Spalter, T., Mathur, A., & Mukhi, J. S. (2015). Resident-to-resident abuse: A scoping review. *Canadian Journal on Aging, 34*(2), 215-236. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000094>
- Meddaugh, D. (1990). Reactance: Understanding aggressive behavior in long-term care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 28*(4), 28-33. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19900401-09>
- Medves, J., Godfrey, C., Turner, C., Paterson, M., Harrison, M., MacKenzie, L., & Durando, P. (2010). Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 8*(2), 79-89. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00166.x>

- Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 7-29). Wiesbaden: VS Verlag.
- Miller, A. G. (1976). Constraint and target effects in the attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12(4), 325-339. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(76\)80002-9](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(76)80002-9)
- Mjørdud, M., Engedal, K., Røsvik, J., & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>
- Mobbs, D., Lau, H. C., Jones, O. D., & Frith, C. D. (2007). Law, Responsibility, and the Brain. *PLoS Biology*, 5(4): e103. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0050103>
- Moniz-Cook, E. D., Hart, C., Woods, B., Whitaker, C., James, I., Russell, I., Edwards, R. T., Hilton, A., Orrell, M., Campion, P., Stokes, G., Jones, R., Bird, M., Poland, F., & Manthorpe, J. (2017). *Challenge Demcare: management of challenging behaviour in dementia at home and in care homes – development, evaluation and implementation of an online individualised intervention for care homes; and a cohort study of specialist community mental health care for families*. NIHR Journals Library. <https://doi.org/10.3310/pgfar05150>
- Moniz-Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD006929. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006929.pub2>
- Morley, J. E., Philpot, C. D., Gill, D., & Berg-Weger, M. (2014). Meaningful activities in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 79-81. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.022>
- Murphy, B., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2017). Deaths from *resident-to-resident aggression* in Australian nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(12). <https://doi.org/10.1111/jgs.15051>
- Müller-Hergl, C. (2017). Dementia Care Mapping. *NOVAcura*, 48(1), 49-51.
- Müller-Staub, M., & Stuker-Studer, U. (2006). Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. *Pflege*, 19, 281-286. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.5.281>
- Niebert, K. & Gropengießer, H. (2014). Leitfadengestützte Interviews. In D. Krüger, I. Parchmann, & H. Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (S. 121-132). Heidelberg: Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-37827-0_10
- Nijs, K. A., de Graaf, C., Kok, F. J., & van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 332(7551), 1180-1184. <https://doi.org/10.1136/bmj.38825.401181.7C>
- Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Taratola, M., Trevisan, S., Riva, E., Lucca, U., & Tettamanti, M. (2008). Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and clinical outcomes? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 352-361. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31818207d0>

- PACE Consortium (2020). Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *International Journal of Nursing Studies*, *104*, 103511. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103511>
- Palacios-Ceña, D., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Velarde-García, J. F., Martínez-Piedrola, R., & Pérez-De-Heredia, M. (2016). Is the experience of meaningful activities understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatric Nursing*, *37*(2), 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.015>
- Palese, A., Menegazzo, E., Baulino, F., Pistrino, R., & Papparotto, C. (2009). The effectiveness of multistrategies on disruptive vocalization of people with dementia in institutions: a multicentered observational study. *Journal of Neuroscience Nursing*, *41*, 191-200. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181aaaab2>
- Palm, R., & Holle, B. (2016). *Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V.
- Pernecky, R. (2007). Nicht-kognitive Symptome bei frontotemporaler Demenz. *NeuroGeriatric*, *4*(2), 68-72.
- Pieper, M. J. C., Francke, A. L., Van Der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*, 261-269. <https://doi.org/10.1111/jgs.13868>
- Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. *Qualitative Health Research*, *28*(3), 381-388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G., & Lachs M. S. (2012). *Resident-to-resident aggression* in nursing homes: Results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, *52*(1), 24-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr107>
- Plich, I., & Doering, B. (2017). Konfliktprävention in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. *Rechtspsychologie*, *3*(3), 309-323. <https://doi.org/10.5771/2365-1083-2017-3-309>
- Polat, A., & Drucks, S. (2018). Biografie(-forschung) im Pflegeprozess: Interaktion von Anfang an: die Vieldimensionalität des Wissens über Patienten. *Pflegezeitschrift*, *71*(7), 52-55. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0596-4>
- Policastro, C. N. (2013) *Victimization of the elderly: An application of lifestyles/routine activities theory* (Dissertation). Atlanta, GA: Georgia State University. https://scholarworks.gsu.edu/cj_diss/1
- Pornari, C. D., Dixon, L., & Humphreys, G. W. (2013). Systematically identifying implicit theories in male and female intimate partner violence perpetrators. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(5), 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.005>
- Porter, J., Haines, T. P., & Truby, H. (2017). The efficacy of Protected Mealtimes in hospitalised patients: a stepped wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Medicine*, *15*:25. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0780-1>

- Powers, D. V. (2008). Psychotherapy in long-term care: II. Evidence-based psychological treatments and other outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 257-263. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.257>
- Preuß, U. K. (2017). Überlegungen zu grundrechtlichen Schutzpflichten. In C. Helmrich (Hrsg.), *Die Verfassungsbeschwerden gegen den Pflegenotstand: Dokumentation und interdisziplinäre Analysen* (S. 187-198). Baden-Baden: Nomos.
- Price, V. (1993). The impact of varying reference periods in survey questions about media use. *Journalism Quarterly*, 70(3), 615-627. <https://doi.org/10.1177/107769909307000312>
- Quinn, K. (2010). Methodological considerations in surveys of older adults: Technology matters. *International Journal of Emerging Technologies and Society*, 8(2), 114-133.
- Ramirez, M., Watkins, B., Teresi, J. A., Silver, S., Sukha, G., Bortagis, G., van Haitsma, K. S., Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2013). Using qualitative methods to develop a measure of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1245-1256. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000264>
- Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P., Mendiondo, M. S., Marcum, J., & Abner, E. (2008). Sexual predators who target elders: Findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(4), 353-376. <https://doi.org/10.1080/08946560802359375>
- Rand, M. (2006). The national crime victimization survey: 34 years of measuring crime in the United States. *Statistical Journal of the United Nations*, 23(4), 289-301. <https://doi.org/10.3233/SJU-2006-23406>
- Raps, C. S., Peterson, C., Jonas, M., & Seligman, M. E. P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both? *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(6), 1036-1041. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.6.1036>
- Rensen, Y., Egger, J., Westhoff, J., Walvoort, S., & Kessels, R. (2019). The effect of errorless learning on psychotic and affective symptoms. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 39-47. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000492>
- Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891-1903. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001342>
- Richter, D., & Needham, I. (2007). Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34(1), 7-14. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940063>
- Riesner, C. (Hrsg.) (2014). *Dementia Care Mapping (DCM): Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum*. Bern: Huber.
- Risjord, M. W., Dunbar, S. B., & Moloney, M. F. (2002). A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 269-275. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00269.x>
- Risjord, M., Moloney, M., & Dunbar, S. (2001). Methodological triangulation in nursing research. *Philosophy of the Social Sciences*, 31(1), 40-59. <https://doi.org/10.1177/004839310103100103>

- Riter, R. N. (1995). To integrate or segregate the cognitively impaired and cognitively intact in nursing homes: Lessons to be learned from educational mainstreaming. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 10(5), 12-16. <https://doi.org/10.1177/153331759501000503>
- Rodin, J., Bohm, L. C., & Wack, J. T. (1982). Control, coping, and aging: Models for research and intervention. *Applied Social Psychology Annual*, 3, 153-180.
- Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., & Pillemer, K. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1398-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01808.x>
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1970-1979. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x>
- Rosen, T., Lachs, M. S., Teresi, J., Eimicke, J., Van Haitsma, K., & Pillemer, K. (2016). Staff-reported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1029659>
- Rosen, T., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behaviour*, 13(2), 77-87. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.12.001>
- Rösler, A., Hofmann, W., & von Renteln-Kruse, W. (2010). Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 249-253. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0132-7>
- Ross, L. D. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 10 (pp. 173-220). New York, NY: Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60357-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60357-3)
- Şahin Cankurtaran, E. (2014). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 51(4), 303-312. <https://doi.org/10.5152/npa.2014.7405>
- Sahmel, K. H. (2018). Pflegenotstand - ist das Ende der Menschlichkeit erreicht? Plädoyer gegen die Ökonomisierung der Pflege. *Pflegezeitschrift*, 71(6), 18-20. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0535-4>
- Saint-Martin, P., Lefrancq, T., & Sauvageau, A. (2012). Homicidal smothering on toilet paper: A case report. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(4), 234-235. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2011.12.032>
- Salzman, C., Jeste, D. V., Meyer, R. E., Cohen-Mansfield, J., Cummings, J., Grossberg, G. T., Jarvik, L., Kraemer, H. C., Lebowitz, B. D., Maslow, K., Pollock, B. G., Raskind, M., Schultz, S. K., Wang, P., Zito, J. M., & Zubenko, G. S. (2008). Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 889-898.
- Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., & Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515-1525. <https://doi.org/10.2147/CIA.S213644>

- Sandvide, A., Åström, S., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 351-357. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00296.x>
- Sandvide, A., Åström, S., & Saveman, B. I. (2010). How care providers construct and frame problems related to violence in institutional care for older people. *Communication & Medicine*, 7(2), 155-164.
- Schanze, J. L. (2017). *Report on sampling practices for the institutionalized population in social surveys*. Deliverable 2.16 of the SERISS project funded under the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme (GA No: 654221). https://seriss.eu/wp-content/uploads/2017/02/SERISS_WP2_D2.16_Sampling-the-institutionalized-population.pdf
- Schiamberg, L. B., von Heydrich, L., Chee, G., & Post, L. A. (2015). Individual and contextual determinants of resident-on-resident abuse in nursing homes: A random sample telephone survey of adults with an older family member in a nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.05.003>
- Schlettig, H. J., & von der Heide, U. (2000). *Bezugspflege*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-97516-5>
- Schmidt-Grunert, M. (Hrsg.) (2004). *Sozialarbeitsforschung konkret: problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Schroeder-Butterfill, E., & Marianti, R. (2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Aging and Society*, 26, 9-35. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05004423>
- Schwartz, K. (2007). Remembering the forgotten: Psychotherapy groups for the nursing home resident. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 497-514. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.4.497>
- Schwarz, N. (2005). Measurement: Aging and the psychology of self-report. In L. L. Carstensen, & C. R. Hartel (Eds.), *When I'm 64: Aging frontiers in social psychology, personality, and adult developmental psychology* (pp. 219-230). Washington, DC: National Academic Press.
- Schwarz, R. (2009). *Supervision und professionelles Handeln Pflegender*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwerdt, R., & Böggemann, M. (2011). Fallbesprechungen in der Pflege von Menschen mit Demenz. In J. Haberstroh, & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln* (S. 205-216). Heidelberg: AKA-Verlag.
- Sefcik, J. S., Ersek, M., Hartnett, S. C., & Cacchione, P. Z. (2018). Integrative review: Persistent vocalizations among nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(5), 667-683. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001205>
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- Shadish, W. R. Jr., & Bootzin, R. R. (1984). Nursing homes: the new total institution in mental-health policy. *International Journal of Partial Hospitalization*, 2(4), 251-262.
- Shaw, M. M. (2004). Aggression toward staff by nursing home residents: findings from a grounded theory study. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 43-54. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-11>

- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 14(2), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>
- Shih, F. J. (1998). Triangulation in nursing research: Issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 631-641. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00716.x>
- Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D., & Dreyer, P. I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291(5), 591-598. <https://doi.org/10.1001/jama.291.5.591>
- Sifford-Snellgrove, K. S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2012). Victim or initiator? Certified nursing assistants' perceptions of resident characteristics that contribute to resident-to-resident violence in nursing homes. *Research in Gerontological Nursing*, 5(1), 55-63. <https://doi.org/10.3928/19404921-20110603-01>
- Silverstein, N. M., Flaherty, G., & Tobin, T. S. (2002). *Dementia and wandering behavior: concern for the lost elder*. New York, NY: Springer.
- Snaith, R. P., & Taylor, C. M. (1985). Irritability: Definition, assessment and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 147, 127-136. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.2.127>
- Sommer, R. (1959). Studies in personal space. *Sociometry*, 22(3), 247-260. <https://doi.org/10.2307/2785668>
- Specht, F., & Waschinski, G. (2020). Pflegen unter doppeltem Druck: In der Coronakrise spitzt sich die Lage dramatisch zu. *Handelsblatt online*. <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-pflegen-unter-doppeltem-druck-in-der-coronakrise-spitzt-sich-die-lage-dramatisch-zu/25712234.html>
- Spencer, S., Johnson, P., & Smith, I. C. (2018). De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012034.pub2>
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 715-721. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x>
- Stansfeld, S. A., & Matheson, M. P. (2003). Noise pollution: non-auditory effects on health. *British Medical Bulletin*, 68(1), 243-257. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg033>
- Statistisches Bundesamt (2019). *Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Staub, E. (1985). The psychology of perpetrators and bystanders. *Political Psychology*, 6(1), 61-85. <https://doi.org/10.2307/3791271>
- Stéfan, A., & Mathé, J. F. (2016). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury? A systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(1), 5-17. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.11.002>
- Steinhagen-Thiessen, E. (2009). Leitlinien und Demenz: auch Kombinationen berücksichtigen. In I. Fügen (Hrsg.), *Leitlinien bei Demenz: Inhalte, Umsetzung, Perspektiven* (S. 17-22). Wiesbaden: Medical-Tribune-Verlag-Gesellschaft.
- Stokes, G. (2017). *Challenging behaviour in dementia: A person-centred approach*. London, UK: Routledge.

- Stokols, D. (1972). Distinction between density and crowding: Some implications for future research. *Psychological Review*, 79(3), 275-278. <https://doi.org/10.1037/h0032706>
- Stokols, D. (1978). A typology of crowding experiences. In A. Baum, & Y. Epstein (Eds.), *Human response to crowding* (pp. 219-255). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Storey, J., & Strand, S. (2017). The influence of victim vulnerability and gender on police officers' assessment of intimate partner violence risk. *Journal of Family Violence*, 32, 125-134. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9905-0>
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75-88. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A., & Douglas, E. M. (2004). A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence & Victims*, 19(5), 507-520. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.5.507.63686>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Swain, C., & Harrison, J. (1979). The nursing home as total institution: a case study and suggestions for the aged care system. *Australian Journal of Social Issues*, 14(4), 274-284. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.1979.tb00658.x>
- Sylke, W. (2008). Integrative und segregative Betreuung von Menschen mit Demenz: Integrativ oder segregativ? Wo fühlen sich Menschen mit Demenz zuhause? *NOVAcura*, 47(8), 51-53.
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38(10), 609-613. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2011-100453>
- Teitler, J.O., Reichman, N. E., & Sprachman, S. (2003). Costs and benefits of improving response rates for a hard to reach population. *Public Opinion Quarterly*, 67(1), 126-138.
- Teresi, J. A., Ocepek-Welikson, K., Ramirez, M., Eimicke, J. P., Silver, S., van Haitsma, K. S., Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2013a). Development of an instrument to measure staff-reported resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) using item response theory and other latent variable models. *The Gerontologist*, 54(3), 460-472. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt001>
- Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2013b). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 644-656. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.010>
- Teresi, J. A., Ramírez, M., Fulmer, T., Ellis, J., Silver, S., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G., Meador, R., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2018). Resident-to-resident mistreatment: Evaluation of a staff training program in the reduction of falls and injuries. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(6), 15-23. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180326-01>
- Thomas, J. G. (2015). *Capacity to consent to sexual activity among residents of long-term mental health treatment programs: Perspectives of clients, staff, and administrators* (Doctoral Thesis). Tallahassee: Florida State University.

- Thomas, L. H., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., & Soutter, J. (1999). Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(1), 40-50. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01047.x>
- Thompson, S., & Phillips, D. (2007). Reaching and engaging hard-to-reach populations with a high proportion of nonassociative members. *Qualitative Health Research*, *17*(9), 1292-1303. <https://doi.org/10.1177/1049732307307748>
- Thornberry, T. P., & Krohn, M. D. (2000). The self-report method for measuring delinquency and crime. In D. Duffee, R. Crutchfield, S. Mastrofski, L. Mazerolle, & D. McDowall (Eds.), *Criminal justice 2000 (Vol. 4): Measurement and analysis of crime and justice* (pp. 33-83). Washington, DC: National Institute of Justice.
- Tourangeau, R. (2014). Defining hard-to-survey populations. In R. Tourangeau, B. Edwards, T. Johnson, K. Wolter, & N. Bates (Eds.), *Hard-to-survey populations* (pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press.
- Trompeter, H., Scholte, R., & Westerhof, G. (2011). Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities. *Aging and Mental Health*, *15*, 59-67. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501059>
- Tsatali, M. S., Tsolaki, M. N., Christodoulou, T. P., & Papaliagkas, V. T. (2011). The complex nature of inappropriate sexual behaviors in patients with dementia: Can we put it into a frame? *Sexuality and Disability*, *29*(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9187-z>
- Turner, B. L., 2nd, Kasperson, R. E., Matson, P. A., McCarthy, J. J., Corell, R. W., Christensen, L., Eckley, N., Kasperson, J. X., Luers, A., Martello, M. L., Polsky, C., Pulsipher, A., & Schiller, A. (2003). A framework for vulnerability analysis in sustainability science. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *100*(14), 8074-8079. <https://doi.org/10.1073/pnas.1231335100>
- Van Audenhove, L. & Donders, K. (2019). Talking to people III: Expert interviews and elite interviews. In H. Van den Bulck, M. Puppis, K. Donders, & L. Van Audenhove (Eds.), *The Palgrave handbook of methods for media policy research* (pp. 179-197). Basingstoke, UK: Palgrave. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16065-4_10
- van Dijk, J. J. M. (2010). The International Crime Victims Survey. In M. Herzog-Evans (Ed.), *Transnational criminology manual, vol. 2* (pp. 631-650). Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP).
- van Dijk, J. J. M., & Alvazzi Del Frate, A. (2004). Criminal victimization and victim services across the world: Results and prospects of the international crime victims survey. *International Perspectives in Victimology*, *1*(1), 14-34.
- van Dijk, J. J. M., van Kesteren, J. N., & Mayhew, P. (2014). The international crime victims surveys: A retrospective. *International Review of Victimology*, *20*(1), 49-69. <https://doi.org/10.1177/0269758013511742>
- VandeNest, F. J. (2016). *Bullying in senior living facilities: a qualitative study*. Mankato, Minnesota: Minnesota State University.
- von Stösser, A. (1994). *Pflegestandards: Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-57893-9>

- Wappelshammer, E. (2018). *Dementia Care Mapping im interdisziplinären Diskurs: Personenzentrierte Demenz-Pflege in der Dynamik gesellschaftlicher Modernisierung*. Wiesbaden: Springer.
- Ward, T. (2005). State crime in the heart of darkness. *British Journal of Criminology*, 45(4), 434-445. <https://doi.org/10.1093/bjc/azi031>
- Watts, J. J. (2015). *Depression and psychotherapy for adults in long-term care facilities*. Minneapolis, MN: Walden University.
- Weis, S., Görgen, A. M., Herold, M. L., Käsmayr, H., Mills, S., Pluhm, S., Reuter, J., & Schreiber, W. H. (2016). *Risikomanagement bei Fällen von Gewalt in engen sozialen Beziehungen: Evaluation des Pilotprojekts „High Risk“ – Abschlussbericht*. Landau: Universität Koblenz-Landau.
- Wenborn, J. (2017). Meaningful activities. In S. Schüssler, & C. Lohrmann (Eds.), *Dementia in nursing homes* (pp. 5-20). Cham, CH: Springer.
- White, M. C. (2010). The eternal flame: Capacity to consent to sexual behavior among nursing home residents with dementia. *The Elder Law Journal*, 18, 133-158.
- Williams, K., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2008). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(1), 11-20. <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>
- Williams, K., Shaw, C., Lee, A., Kim, S., Dinneen, E., Turk, M., Jao, YL., & Liu, W. (2017). Voicing ageism in nursing home dementia care. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(9), 16-20. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170523-02>
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., Jones, P., & Kar Ray, M. (2015). *Restraint reduction in mental healthcare: A systematic review*. Fulbourn: Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust.
- Wiskerke, E., & Manthorpe, J. (2019). Intimacy between care home residents with dementia: Findings from a review of the literature. *Dementia*, 18(1), 94-107. <https://doi.org/10.1177/1471301216659771>
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews. Grundlagen und Erfahrungen. In R. Strobl, & A. Böttger (Hrsg.), *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (S.49-76). Baden-Baden: Nomos.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519>
- Wolf, M. U., Goldberg, Y., & Freedman, M. (2018). Aggression and agitation in dementia. *Continuum (Minneapolis)*, 24(3), 783-803. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000605>
- Wolfinger, N. H. (2002). On writing fieldnotes: collection strategies and background expectancies. *Qualitative Research*, 2(1), 85-95. <https://doi.org/10.1177/1468794102002001640>
- Wortley, R. (2001). A classification of techniques for controlling situational precipitators of crime. *Security Journal*, 14, 63-82. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sj.8340098>

- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F., & de Pontet, S. B. (2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 251-265.
<https://doi.org/10.1177/0146167206294905>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 5(2), e147-e156.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2018). 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>
- Younas, A., Pedersen, M., & Tayaben, J. L. (2019). Review of mixed-methods research in nursing. *Nursing Research*, 68(6), 464-472. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000372>
- Yu, R., Topiwala, A., Jacoby, R., & Fazel, S. (2018). Aggressive behaviors in Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 290-300. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.008>
- Zegelin, A., & Carollo, J. (2011). Biografische Splitter – Lebensgeschichte lebendig werden lassen. *Die Schwester Der Pfleger*, 50(6), 558-561.
- Zegelin, A., & Langner, B. (2020). Mehr Biografie-Arbeit, bitte! Interaktion mit der Vergangenheit. *Pflegezeitschrift*, 73, 49-51. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0219-8>
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in Swiss nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 249-257.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x>
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.002>
- Zeller, A., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. (2013). Erfahrungen und Umgang der Pflegenden mit aggressivem Verhalten von Bewohner(inne)n: eine deskriptive Querschnittstudie in Schweizer Pflegeheimen. *Pflege*, 26(5), 321-335. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000316>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2020). *Erarbeitung von Schulungsmaterial zum Thema aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen (Teilbericht zum Projekt „Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung“)*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.