

IDEENWERKSTATT – Gewalt in der Pflege

GEWALTPRÄVENTION IN DER PFLEGE

Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen
zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege

Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege
November 2013

Prof. Dr. Gabriele Meyer
Jens Abraham
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Laufzeit:
April 2012 – November 2013
Status:
abgeschlossen

Zusammenfassung

Hintergrund: Für pflegebedürftige Menschen besteht eine erhöhte Gefahr, Opfer von Gewalt durch deren Pflegepersonen zu werden.

Zielstellung: Ziel dieser Übersicht war es, den aktuellen besten wissenschaftlichen Kenntnisstand hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Gewalt gegenüber älteren Menschen im häuslichen und stationären Pflegesetting darzustellen. Weiterhin sollte eine Übersicht nationaler Projekte und Initiativen zur Thematik erstellt werden.

Methodik: Zur Erstellung der narrativen Übersichtsarbeit nach Methoden des rapid systematic Reviews erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline via PubMed, Cinahl®, Cochrane Library und Google Scholar sowie in den Inhaltsverzeichnissen verschiedener Fachzeitschriften für den Recherchezeitraum der letzten fünf Jahre. Da die ursprüngliche Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen und nachpublizierten randomisiert kontrollierten Studien (RCT) keine relevanten Treffer ergab, wurde die Suche auf Beobachtungsstudien erweitert. Zudem wurde eine Recherche über MedPilot und Google nach nationalen Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten zum Thema durchgeführt.

Ergebnisse: Im Rahmen der erweiterten Recherche konnte nur eine kontrollierte Studie identifiziert werden, die aufgrund erheblicher methodischer Schwächen und mangelnder Übertragbarkeit keine zuverlässigen Schlüsse über die Wirksamkeit der Intervention zur Gewaltprävention zulässt. Auf nationaler Ebene wurden sechs Initiativen und sechs Projekte identifiziert. Aussagen bzgl. der Wirksamkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen können aus den Evaluationen jedoch nicht abgeleitet werden.

Schlussfolgerung: Es besteht ein großer Bedarf an robusten, möglichst randomisierten kontrollierten Studien mit multizentrischem Ansatz. Zukünftige Studien sollten sowohl die häusliche als auch stationäre Pflege adressieren und die Erkenntnisse zur Wirksamkeit nicht nur über Berichte der professionell Pflegenden bzw. pflegenden Angehörigen gewinnen, sondern auch über Berichte der pflegebedürftigen Menschen selbst.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung	6
2 Hintergrund.....	7
2.1 Begriffsklärung	7
2.2 Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege	7
2.3 Prävalenz	8
2.4 Ursachen und Risikofaktoren	10
2.5 Exkurs Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege.....	11
2.5.1 Was sind FEM?.....	12
2.5.2 Rechtlicher Hintergrund.....	12
2.5.3 Wie häufig sind FEM?	13
2.5.4 Gründe für FEM.....	14
2.5.5 Pflege ohne FEM	14
3 Methodisches Vorgehen.....	16
3.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien	17
3.2 Suchstrategie	18
3.3 Auswahl der Studien	19
3.4 Beurteilung des Bias-Risikos	19
4 Ergebnisse.....	19
4.1 Ergebnisse der Literaturanalyse	19
4.2 Beschreibung der Studien.....	20
4.3 Beurteilung der methodischen Qualität	22
4.4 Präventionsbestrebungen in Deutschland	24
4.4.1 Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege.....	24
4.4.2 Initiativen zu Gewalt in der Pflege.....	30

5 Diskussion	34
6 Fazit und Ausblick.....	36
Literaturverzeichnis	38
Anhang	
A Suchabfrage in Medline über PubMed	46
B Erweiterte Suchabfrage in Medline über PubMed.....	46
C Übersicht ausgeschlossener Studien.....	46

Abkürzungsverzeichnis

AStrA	Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen in Deutschland
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DFD	Demenzforum Darmstadt
DHPol	Deutsche Hochschule der Polizei
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
FEM	freiheitsentziehende Maßnahmen
HsM	Handeln statt Misshandeln
KDA	Kuratorium Deutsche Altenhilfe
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MILCEA	Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse
PURFAM	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RKI	Robert Koch Institut
SOVD	Sozialverbandes Niedersachsen e.V.
VIMA	Verdachts-Index Misshandlung im Alter
WHO	World Health Organization
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Einleitung

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,34 Millionen pflegebedürftige Menschen. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl aufgrund der demografischen Entwicklung voraussichtlich auf über 3,4 Millionen Menschen ansteigen (vgl. Rothgang, Müller & Unger, 2012, S. 31). Mehr als ein Drittel aller pflegebedürftigen Menschen wird in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Der weit größere Anteil mit etwa zwei Drittel wird im häuslichen Umfeld entweder durch Angehörige oder durch ambulante Pflegedienste versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 4).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen erhält dabei auch eine entsprechend fürsorgliche Pflege. Jedoch besteht für sie eine erhöhte Gefahr, Opfer von Gewalt durch Pflegepersonen zu werden (vgl. Görge, Herbst, Kotlenga, Nägele & Rabold, 2012, S. 38; Robert Koch Institut (RKI), 2008, S. 20; WHO, 2011, S.1). Während Gewalt gegenüber Kindern und Frauen schon seit längerer Zeit diskutiert und wissenschaftlich beleuchtet wurde, stieß das Thema „Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen“ lange Zeit an Tabugrenzen. Erst in den letzten beiden Dekaden geriet das Thema nach und nach in den fachöffentlichen und gesellschaftlichen Fokus (vgl. Görge, Kreuzer, Nägele & Krause, 2002, S. 31). Die Ursachen für die Gewalthandlungen sind oftmals vielschichtig und die Möglichkeiten, die Gewaltsituation zu beenden für die Beteiligten begrenzt (vgl. RKI, S. 20).

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der Übersicht, zum einen den aktuellen besten wissenschaftlichen Kenntnisstand hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Gewalt gegenüber älteren Menschen in den Pflegesettings häusliche und stationäre Pflege darzustellen. Zum anderen soll eine Übersicht nationaler Projekte und Initiativen zur Thematik erstellt werden. Fokussiert wird dabei explizit auf Gewalt, die von professionellen Pflegepersonen und pflegenden Angehörigen ausgeht.

2 Hintergrund

2.1 Begriffsklärung

Eine einheitliche und allgemeingültige Definition des Begriffes „Gewalt“ gegenüber älteren Menschen im pflegerischen Kontext hat sich bislang nicht herausgebildet (vgl. Bonillo et al., 2013, S. 26; Lang & Enzenhofer, 2013; MILCEA (Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse), ohne Jahr, S. 11).

Hirsch und Brendebach (1999) legten in ihrer „Bonner HsM-Studie“ zur Gewalt gegen alte Menschen im häuslichen Umfeld einen breiten und systemisch orientierten Gewaltbegriff zugrunde. So wurde „Gewalt“ wie folgt definiert:

„Werden Grundbedürfnisse eines Menschen und/ oder seiner Umwelt beeinträchtigt, eingeschränkt oder deren Befriedigung verhindert – auch durch Androhung –, so ist dies Gewalt. Menschliche Grundbedürfnisse sind: Überleben, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeit, Identität und Freiheit. Diese können durch direkte (personale), indirekte (strukturelle) und kulturelle Gewalt beeinträchtigt werden.“ (Hirsch & Brendebach 1999).

Nach einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendeten Definition wird der international etablierte Begriff „elder abuse“ folgendermaßen definiert:

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

Demnach beinhaltet Gewalt sowohl den Aspekt des aktiven Tuns als auch den Aspekt der Unterlassung von notwendigen und angemessenen Handlungen. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass Bestehen einer Vertrauensbeziehung zwischen potenziellem Täter und Opfer (vgl. MILCEA, ohne Jahr, S. 11).

Die verschiedenen Erscheinungsformen von Gewalt, die dabei auftreten können, werden im nachfolgenden Abschnitt beschrieben.

2.2 Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege

Gewalt gegen ältere Menschen kann sich in unterschiedlichen Formen manifestieren. Zwar hat sich bislang keine einheitliche Definition des Gewaltbegriffs in Pflegekonstellationen etabliert, jedoch werden in der Regel folgende Erscheinungsformen unterschieden:

- physische Gewalt,
- psychische Gewalt,
- sexuelle Gewalt,
- finanzielle Ausbeutung sowie
- Vernachlässigung (neglect) (vgl. Bonillo et al., 2013, S. 26; Görge et al., 2012, S. 38; MILCEA, ohne Jahr, S. 11; WHO, 2002).

Unter physische Gewalt fallen z.B. Handlungen wie Schlagen oder Treten. Zu psychischer Gewalt zählen u.a. Drohungen oder Beschimpfungen gegenüber der pflegebedürftigen Person. Ein Beispiel für sexuelle Gewalt ist ein gewaltsam herbeigeführter Sexualkontakt. Diebstahl, Erpressung und Unterschlagung von Eigentum sind Formen finanzieller Ausbeutung. Jedoch stellen nicht nur bewusste Handlungen Formen von Gewalt dar. Auch das Unterlassen notwendiger Handlungen bzw. die Vernachlässigung sind Ausdruck von Gewalt. Zu Vernachlässigung sind beispielsweise die unzureichende Versorgung mit Nahrungsmitteln und Getränken oder eine mangelnde Pflege und Hygiene zu zählen (vgl. Lang & Enzenhofer, 2013; MDS, 2013; MILCEA, S.11).

2.3 Prävalenz

Zum Ausmaß von Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Langzeitpflege gibt es nur wenige verlässliche Daten. Zudem variieren die Angaben zur Prävalenz erheblich. Die Gründe hierfür sind zum einen die verschiedenen Konzepte von Gewalt, die den Studien zu Grunde liegen und zum anderen die unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Erhebungszeiträume. Außerdem stammen die Angaben zumeist von den Pflegenden und weniger von den Pflegebedürftigen selbst. Weiterhin ist aufgrund der komplexen Problematik von einem nicht unerheblichen Dunkelfeld auszugehen. So sind beispielsweise ältere und pflegebedürftige Menschen häufig nur bedingt fähig, Gewalthandlungen selbst zur Anzeige zu bringen (vgl. Görge et al., 2012, S. 38).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht in Europa von einer Prävalenz im Hinblick auf Erfahrungen mit körperlicher Gewalt allgemein bei älteren Menschen von derzeit ca. 2,7% aus. Dies entspricht ca. 4 Millionen Menschen in Europa im Alter von 60 Jahren und älter. In Bezug auf psychische Misshandlung wird der Anteil sogar auf 19,4% bzw. 29 Millionen Menschen geschätzt (vgl. WHO, 2011, S. 13).

Bei pflegebedürftigen und kognitiv beeinträchtigten Menschen ist von einem weit höheren Anteil auszugehen, die Gewalt - gleich in welcher Form - erleiden müssen (vgl. Görge et al. 2012, S. 38; WHO, 2011, S.1).

Cooper, Selwood und Livingston (2008) haben eine systematische Übersichtsarbeit zur Prävalenz von Misshandlung und Vernachlässigung von älteren Menschen erstellt, wobei ausschließlich Studien mit validen und reliablen Instrumenten eingeschlossen wurden. Hierbei zeigte sich, dass ungefähr ein Viertel der Pflegebedürftigen Erfahrungen mit psychischer Misshandlung gemacht haben. Weiterhin berichteten 5% der pflegenden Angehörigen demenziell betroffener Menschen, innerhalb eines Jahres körperliche Gewalt und insgesamt ein Drittel Gewalt in irgendeiner Form ausgeübt zu haben. In einer anderen eingeschlossenen Studie im stationären Pflegesetting gaben 16% der Pflegenden an, psychische Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen angewendet zu haben.

In einer neueren Untersuchung aus den USA haben Schiamburg und Kollegen (2012) eine Telefonbefragung in einer Zufallsstichprobe von Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen in einem Pflegeheim durchgeführt. Von den 452 Befragten berichteten 24,3% von mindestens einem Vorfall von körperlicher Gewalt ausgehend vom Pflegepersonal gegenüber den Pflegebedürftigen.

Zudem werteten Zhang und Kollegen (2011) Daten einer telefonischen Befragung aus dem Jahr 2005 in einer Zufallsstichprobe von 411 Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen in einem Pflegeheim in Michigan (USA) aus. Die Analyse ergab, dass 21% der Pflegeheimbewohner innerhalb der letzten 12 Monate ein- oder mehrmalig pflegerisch vernachlässigt wurden.

Im Rahmen einer deutschen Untersuchung kamen Hirsch und Brendebach (1999) zu dem Ergebnis, dass 10% der über 60-Jährigen bereits Gewalterfahrungen im familiären Umfeld gemacht haben. Am häufigsten kam es zu psychischen Misshandlungen und finanziellen Schädigungen. In der Regel handelte es sich dabei um wiederholte Ereignisse. Aufgrund des geringen Rücklaufs bei dieser postalischen Befragung verweisen die Autoren jedoch darauf, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich als Hinweise auf ein komplexes Problemfeld gelten können (vgl. Hirsch & Brendebach, 1999). So wurden insgesamt 3375 Fragebögen verschickt. Letztendlich nahmen aber nur 282 Frauen und 174 Männer teil.

In einer weiteren deutschen Studie wurden insgesamt 503 Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste zum Auftreten von Misshandlung und Vernachlässigung schriftlich befragt. Dabei

gaben fast 40% der Befragten an, sich innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal problematisch gegenüber den Pflegebedürftigen verhalten zu haben. Am häufigsten kam es dabei zu Formen psychischer und verbaler Misshandlung (21,4%) sowie pflegerischer Vernachlässigung (18,8%). Von Formen physischer Gewalt berichteten insgesamt 8,5% der Befragten. Weiterhin wurden insgesamt 254 familial Pflegende, die seit mindestens einem Jahr die Pflege eines Angehörigen übernommen hatten, befragt. Hier zeigte sich bzgl. des Auftretens von psychischer Misshandlung eine 12-Monats-Prävalenz von 47,6%. Über physische Gewalt berichteten insgesamt 19,4% der Befragten. Pflegerische Vernachlässigung trat hingegen eher selten auf (vgl. Görge et al., 2012, S. 30 ff., Raubold & Görge, 2007).

In einer deutschen Studie zur Prävalenz von Misshandlungen und Vernachlässigung im stationären Setting, wurden 81 Pflegende aus acht Altenheimen interviewt. Hierbei berichteten über 70% der Pflegenden, sich jemals problematisch oder gewalttätig gegenüber den Heimbewohnern und -bewohnerinnen verhalten zu haben. Insgesamt 37% der Pflegenden berichteten von Formen psychischer und verbaler Misshandlung. Die Prävalenz bei körperlicher Gewalt lag bei 19,8%. Formen von pflegerischer Vernachlässigung gaben 27,2% der Pflegenden an (vgl. Görge, 2006, S. 72 ff.).

Auch wenn die Angaben zur Prävalenz je nach Untersuchungsansatz stark variieren, wird insgesamt deutlich, dass es sich bei dem Phänomen „Gewalt in der Pflege“ nicht um Einzelfälle handelt, sondern insbesondere im Hinblick auf psychische Gewalt ein bedeutendes Problemfeld darstellt.

2.4 Ursachen und Risikofaktoren

Grundsätzlich haben pflegebedürftige Menschen ein größeres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden (vgl. Görge et al. 2012, S. 38; WHO, 2011, S.1). Ein häufig genannter Faktor, der das Risiko für Gewalt und Vernachlässigung in Pflegebeziehungen erhöht, ist das Auftreten von hohen Belastungen im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit (vgl. Johannesen & LoGiudice, 2013; Thoma, Zank, Schacke, 2004; Graß, Walentich, Rothschild & Ritz-Timme, 2007; Reader & Gillespie, 2013). Dies wird vor allem in der institutionellen Pflege durch knappe Zeitvorgaben und Personalressourcen verstärkt (vgl. Graß et al., 2007).

Weiterhin sind im stationären Setting Verhaltensstörungen der älteren pflegebedürftigen Menschen sowie Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und vorangegangene Gewalterfahrungen beispielsweise durch andere Heimbewohner/-innen mit

einem höheren Risiko für physische Gewalt und Vernachlässigung verbunden (vgl. Schiamberg et al., 2012; Zhang, 2011).

Kognitive Beeinträchtigungen, Demenz und aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen stellen sowohl in der familialen Pflege als auch der professionellen Pflege eine erhöhte Gefahr dar (vgl. Johannesen & LoGiudice, 2013; Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S., 2013). Auch problematische Bewältigungsstrategien der Pflegenden wie z.B. vermehrter Alkoholkonsum, gelten als Risikofaktor (vgl. Görgen et al., 2012, S. 39; Graß et al., 2007; Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S., 2013)

In der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige erhöhen Görgen und Kollegen (2012, S. 39) zufolge eine belastete bzw. konflikthafte Beziehung, die bereits vor der Übernahme der Pflege bestand, sowie negative Beziehungsdynamiken unter Pflegebedingungen das Gewaltrisiko. Aber auch eine Übernahme und Aufrechterhaltung der Pflege aus vordringlich finanziellen Motiven oder Verpflichtungsgefühlen gegenüber dem Angehörigen können die Gefahr für Gewalt und Vernachlässigung verstärken. Eine erhöhte Gefahr besteht ebenfalls, wenn die Inanspruchnahme von externen Hilfen durch fehlende finanzielle Ressourcen eingeschränkt ist. Problematisch sind zudem mangelnde Kenntnisse bzgl. der (altersspezifischen) Krankheitsbilder und dem damit verbundenen pflegerischen Unterstützungsbedarf (vgl. Johannesen & LoGiudice, 2013; Görgen et al., 2012, S. 39; Graß et al., 2007).

2.5 Exkurs Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege

Im Kontext von Gewalthandlungen gegenüber älteren, pflegebedürftigen Menschen werden in der Regel auch freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) diskutiert. Selbstverständlich greifen FEM in die Autonomie und Integrität einer Person ein, denen sie angelegt werden bzw. deren Bewegungsradius mit FEM beeinträchtigt sind. Dennoch unterscheiden sich FEM in der Pflege deutlich von körperlichen und psychischen Gewalthandlungen wie im Kapitel 2.2 ausgeführt. Einmal sind mechanische und umweltbezogene FEM unmittelbar sichtbar, zum anderen sind sie weitgehend akzeptiert bei Pflegenden und Angehörigen. Die Gründe, FEM anzuwenden sind zumeist positiv besetzt (Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer & Meyer, 2010).

Die Anwendung von FEM ist hierzulande streng gesetzlich geregelt. Die juristische Genehmigung einer FEM wird in Alten- und Pflegeheimen inzwischen nahezu regelhaft eingeholt (Köpke et al., 2012) – ein Umstand, der jedoch nichts über ihre ethische und pflegfachliche Angemessenheit aussagt. In der häuslichen Pflege gelten ein wenig andere Voraussetzungen und über die Häufigkeit von FEM ist hier wenig bekannt (Borgloh & Karner, 2011), ebenso wie

über die Häufigkeit und Genehmigungspraxis von FEM im Krankenhaus (Krüger, Mayer, Haastert & Meyer, 2013).

2.5.1 Was sind FEM?

FEM sind Hilfsmittel oder umgebungsbedingte Faktoren, die eine Person daran hindert, sich dorthin zu bewegen, wohin sie gerne möchte. Wird eine Person aufgrund eines Gegenstandes daran gehindert, aufzustehen oder herumzulaufen, stellt dies eine FEM dar und ist ein Eingriff in die nach Grundgesetz und Menschenrecht garantierte Freiheit. Der Grund, aus dem die FEM angewendet wird, ist dabei unwichtig.

FEM können körpernah oder körperfern sein. Körpernahe FEM sind beispielsweise beidseitig angebrachte Bettgitter oder ein einseitiges Bettgitter, wenn die andere Bettseite an der Wand steht. Fixiergurte im Bett oder Stuhl, die nicht durch den Betroffenen geöffnet werden können, feste Stecktische am Stuhl oder Rollstuhl, aber auch der Rollstuhl, der so hingestellt wird, dass der Betroffene nicht aufstehen kann, sind körpernahe FEM. Körperferne FEM nehmen indirekt auf die Bewegungsfreiheit einer Person Einfluss. Dazu gehören z.B. abgeschlossene Zimmer- oder Wohnungstüren.

Ruhigstellende Medikamente werden oftmals als chemische Fixierung bezeichnet. Antipsychotika wie Haloperidol oder Melperon und Tranquilizer wie Zopiclon und andere psychotrope Medikamente können Personen an selbstbestimmter Fortbewegung hindern und sie antriebslos und schläfrig machen. Wenn die Medikamente zum Zwecke des Freiheitsentzugs verordnet werden, bedürften sie auch einer richterlichen Genehmigung. Da psychotrop wirkende Medikamente jedoch nicht mit dieser Indikation verordnet werden, ist es schwer, sie als Fixierung zu identifizieren. In Österreich, wo es eine gesetzliche Grundlage zur Meldepflicht für mechanische und chemische FEM gibt, hat es sich als nicht umsetzbar erwiesen, chemische FEM zu melden (Mann & Meyer, 2008).

2.5.2 Rechtlicher Hintergrund

Das Grundgesetz Deutschlands, Artikel 2, schützt die persönliche Freiheit eines jeden Menschen. FEM sind untersagt, da sie gegen dieses Grundrecht verstoßen. Nur bei besonders schwerwiegenden Gründen sieht das Gesetz eine Ausnahme vor. So muss eine konkrete und erhebliche Gefahr für die Gesundheit eines Menschen bestehen. Dann sind FEM nur erlaubt, wenn diese Gefahr nicht durch andere, weniger eingreifende Mittel abgewendet werden

kann. Die Sorge vor einem möglichen Sturz oder einer Verletzung reicht als Begründung nicht aus.

Liegt ein solcher Ausnahmefall vor, muss in Alten- und Pflegeheimen und im Betreuten Wohnen ein Betreuungsrichter die FEM genehmigen. Der/die gesetzliche Betreuer/-in oder Vorsorgebevollmächtigte/-r muss dazu beim Amtsgericht einen Antrag auf Genehmigung der speziellen FEM stellen. In einem Gespräch vor Ort entscheidet dann der/die Betreuungsrichter/-in, ob und wie lange die Anordnung der Maßnahme genehmigt werden kann. Auch ein/eine Verfahrenspfleger/-in oder ein/eine Pflegeexperte bzw. -expertin kann in das Verfahren einbezogen werden.

Eine genehmigte FEM muss keinesfalls immer angewendet werden. Dem/der Betreuer/-in bzw. dem/der Vorsorgebevollmächtigten ist dann zwar erlaubt, die FEM anzuordnen, bei jedem Einsatz muss aber ihre Notwendigkeit und Angemessenheit erneut überprüft werden. Pflegekräfte oder Ärzte dürfen FEM nicht anordnen.

In der häuslichen Umgebung gelten dieselben gesetzlichen Grundlagen. Auch hier sind FEM nur in Ausnahmefällen gestattet. Allerdings ist dort eine betreuungsgerichtliche Genehmigung nicht in jedem Fall nötig. Ob eine solche Maßnahme überhaupt notwendig ist, muss aber auch hier sorgfältig geprüft werden. Der Einsatz von FEM bleibt eine Verletzung der Freiheit einer Person und ist damit grundsätzlich verboten. Siehe auch rechtliche Expertise in Köpke et al. (2009).

2.5.3 Wie häufig sind FEM?

In einer Erhebung mit ca. 2400 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen (Meyer, Köpke, Haastert & Mühlhauser, 2009) wurden alle körpernahen FEM an einem Stichtag erhoben. Es schloss sich eine Dokumentation durch die Pflegenden über einen Zeitraum von 12 Monaten an.

Am Stichtag wurde bei 26% der Bewohner/-innen mindestens eine FEM beobachtet. Bettgitter waren die häufigste Maßnahme. Gurte, Tische und andere Maßnahmen wurden nur bei jeweils 2 bis 3% der Bewohner/-innen beobachtet. Nach 12 Monaten war bei ca. 40% der Bewohner/-innen mindestens einmal eine FEM angewandt worden. Bei jedem/jeder zehnten Bewohner/-in wurden mindestens einmal in 12 Monaten ein Gurt und/oder ein Stecktisch eingesetzt.

Dabei waren die Unterschiede zwischen den 30 Einrichtungen groß. In dem Heim mit der geringsten FEM-Rate waren weniger als 5% der Bewohner/-innen am Stichtag mit einer FEM versehen, in dem Heim mit der häufigsten Anwendung waren es hingegen ca. 60%. Die Ursache der Unterschiede blieb unklar, denn die Bewohner/-innen der untersuchten Einrichtungen waren in ähnlichem Maße pflegebedürftig, die Personalausstattung und andere mögliche Einflussgrößen waren ebenfalls vergleichbar.

2.5.4 Gründe für FEM

Als Gründe für FEM werden häufig die Sicherheit der Bewohner/-innen, vor allem der Schutz vor Stürzen und Verletzungen genannt, sowie Unruhe und scheinbar zielloses Umherlaufen. Auch Angehörige wünschen oftmals den Einsatz von FEM (Haut et al., 2010).

Sehr wahrscheinlich können Stürze jedoch durch FEM nicht wirksam vermieden werden. Wahrscheinlicher ist es, dass die längerfristige Anwendung von FEM zu mehr Stürzen und Verletzungen führt. FEM verhindern Bewegung und beeinflussen dadurch Gleichgewicht und Muskelkraft negativ. FEM werden nicht immer angewendet und in den Phasen ohne FEM hat der Betroffene ein höheres Verletzungsrisiko.

Der Verzicht auf FEM führt nicht zu einer Zunahme von Stürzen und Verletzungen, so zeigen klinische Studien (z.B. Köpke et al., 2012). Voraussetzung ist natürlich, eine sichere Umgebung zu schaffen und sichere Mobilität zu ermöglichen. FEM können demgegenüber viele negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben. Neben Bewegungsunfähigkeit sind dies insbesondere Gelenkversteifungen und Verletzungen schweren Ausmaßes, z.B. durch einen Sturz bei Überwinden eines Bettgitters. Auch ein höheres Risiko für Dekubitus, zunehmende Blasenschwäche, Stress und aggressive Verhaltensweisen sind in der Literatur beschrieben (Köpke et al., 2009). Nicht sachgerecht angebrachte FEM können zu schweren Verletzungen, auch mit Todesfolge führen (Berzlanovich, Schöpfer & Keil, 2012).

2.5.5 Pflege ohne FEM

Möhler und Kollegen (2012) haben ihr Cochrane Review (Möhler, Richter, Köpke & Meyer, 2011) kürzlich aktualisiert. Sechs Cluster-randomisierte kontrollierte Studien wurden identifiziert, die die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention und Reduktion von FEM bei älteren langzeitpflegebedürftigen Personen untersucht hatten (Evans et al., 1997; Testad et al., 2005; Testad et al., 2010; Huizing et al., 2009; Pellfolk et al., 2010; Koczy et al., 2011). Alle Studien hatten Schulungsprogramme untersucht, die sich an Pflegende richten. In zwei Stu-

dien wurde außerdem noch Konsultation angeboten, in zwei weiteren Anleitungen sowie in einer weiteren Studie – der in Deutschland durchgeführten ReduFix Studie – freier Zugang zu Hilfsmitteln. Fünf Studien hatte Alten- und Pflegeheimbewohner/-innen untersucht, eine Studie Bewohner/-innen von Wohngruppen.

Die methodische Qualität der Studien war überwiegend limitiert und ihre Ergebnisse fielen inkonsistent aus. Die Schlussfolgerung der systematischen Übersichtsarbeit stellt die Wirksamkeit der edukativen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von FEM in der Altenpflege in Frage (Möhler et al., 2012). Ferner bleibt unklar, welche Komponenten ein Schulungsprogramm optimaler Weise beinhalten soll.

Auch für die vielerorts empfohlenen technischen Lösungen als Alternative zu FEM wie Hüftprotektoren, Kopfschützer und Sensormatten kann weder in dem Review noch in einer evidenzbasierten Leitlinie (Köpke et al., 2009) ein Wirksamkeitsnachweis abgeleitet werden. Es ist unklar, ob eine Ausstattung der Heime und Versorgung der Bewohner/-innen mit zusätzlichen Hilfsmitteln zu einer relevanten Reduktion von FEM führt.

Nicht berücksichtigt in dem Review ist die nachpublizierte Cluster-randomisierte kontrollierte Studie von Köpke et al. (2012) zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Leitlinien-basierten Intervention zur Reduktion von FEM in Alten- und Pflegeheimen in Hamburg und Witten. Es konnten nur Einrichtungen teilnehmen, die bestätigten, bei mindestens 20% ihrer Bewohner/-innen FEM anzuwenden. Per Zufallsverfahren wurden 18 Pflegeheime einer Interventionsgruppe und 18 Heime einer Kontrollgruppe zugeteilt. In der Interventionsgruppe wurden alle Pflegekräfte nach der wissenschaftsbasierten Leitlinie geschult. Zudem wurden spezielle FEM-Beauftragte trainiert, Informationsbroschüren für Bewohner/-innen, Angehörige, gesetzliche Betreuer/-innen und Pflegekräfte bereitgestellt sowie die 290-seitige Leitlinie und Identität stiftendes Material wie Poster, Kaffeebecher und Stifte mit dem mit Schmetterlingen illustrierten Projektlogo „Mehr Freiheit wagen“. Die Heime der Interventionsgruppe versicherten mit einer Deklaration, sich für die Reduktion von FEM einzusetzen. Die Kontrollgruppe hingegen erhielt nur eine kurze schriftliche und mündliche Information über FEM (Köpke et al., 2012).

Die Untersuchung lief über sechs Monate. Zu Beginn sowie nach jeweils drei und sechs Monaten wurde durch externe Beobachter/-innen dokumentiert, wie viele FEM in den Heimen beider Gruppen zur Anwendung kamen. In der Interventionsgruppe ging die Zahl der FEM nach sechs Monaten von 31,5% auf 22,6% zurück. In der Kontrollgruppe blieb sie nahezu unverändert mit 30,6% zu Beginn und 29,1% nach sechs Monaten. In der Interventionsgrup-

pe wurden alle Arten von FEM reduziert, d.h. Bettgitter, Gurte und feste Stecktische am Stuhl. Im Vergleich mit den Pflegeheimen der Kontrollgruppe zeigte sich, dass es keine negativen Auswirkungen gab. So kam es weder zu einer Zunahme von Stürzen oder sturzbedingten Verletzungen noch zu einer vermehrten Verordnung von Psychopharmaka (Köpke et al., 2012).

Juristische Initiative „Werdenfelser Weg“

Der „Werdenfelser Weg“ entstand ursprünglich als Initiative in Garmisch-Partenkirchen und wird seither zunehmend von anderen Amtsgerichten aufgegriffen.

Ziel ist es, FEM durch den Einsatz pflege(-wissenschaftlich) geschulter Verfahrenspfleger in das Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Der/die Verfahrenspfleger/-in erstellt eine fachliche Einschätzung zur Notwendigkeit und zu möglichen FEM-Alternativen für den/die Richter/-in, steht für die Pflegeeinrichtung und Betreuer/-in als Ansprechpartner/-in zur Verfügung und ist den Rechten und Bedürfnissen des Bewohners/der Bewohnerin verpflichtet (vgl. Amtsgericht Garmisch Partenkirchen, 2013).

Die Wirksamkeit des Werdenfelser Weges ist unklar. Zwar berichten einige Gerichte von einer Abnahme der Anträge zur Genehmigung von FEM nach Einführung des Werdenfelser Weges, allerdings fehlen bislang aussagekräftige Daten.

Weiterführende Informationen zur juristischen Initiative „Werdenfelser Weg“ und zur Leitlinie FEM sowie zu den Projekten ReduFix und ReduFix ambulant sind unter folgenden Links zu finden:

Werdenfelser Weg: <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/>

Leitlinie der Universitäten Hamburg und Witten/Herdecke: <http://www.leitlinie-fem.de>

(frei zugängliche Schulungs- und Informationsmaterialien, auch für Verfahrenspfleger/-innen im Werdenfelser Weg)

Projekte ReduFix/ ReduFix ambulant: <http://www.redufix.de/cms/website.php>;

<http://www.redufix.de/cms/website.php?id=/de/projekt/redufixambulant.html>

(frei zugängliche Materialien, Broschüren, Termine, Pressemitteilungen usw.)

3 Methodisches Vorgehen

Zur Erstellung der narrativen Übersichtsarbeit nach Methoden des rapid systematic Reviews, erfolgte zunächst eine systematische Literaturrecherche nach internationalen Untersuchungen, wobei ausschließlich nach systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen sowie

nachpublizierten randomisiert kontrollierten Studien (RCT) gesucht werden sollte. Da die Recherche nach methodisch stringenten Untersuchungen zu keinen relevanten Treffern zur bearbeiteten Thematik führte, wurde die Suche auf weitere Studiendesigns ausgeweitet.

Neben der systematischen Literaturrecherche nach internationalen Beiträgen, wurde außerdem eine Onlinerecherche nach nationalen Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten zum Thema „Gewaltprävention in der Pflege“ durchgeführt.

3.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

Zur Bearbeitung der Thematik wurden zunächst ausschließlich systematische Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen und nachpublizierte RCTs eingeschlossen. Die ursprünglichen Einschlusskriterien wurden auf Beobachtungsstudien wie Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien und Querschnittstudien erweitert. Eingeschlossen wurden Studien, welche die Prävention von Gewalt gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen adressieren. Dabei wurden sowohl Studien im stationären als auch im ambulanten Pflegesetting berücksichtigt. Zudem sollten diese Studien die Wirksamkeit von Interventionen zur Gewaltprävention gerichtet an professionell Pflegende und pflegende Angehörige untersuchen. Eingeschlossen wurden dabei jegliche Interventionen, welche auf die Prävention von Gewalt abzielen (z.B. Schulungsprogramme, Assessment-Instrumente, Interventionen zur Organisationsentwicklung). Es wurden in Englisch und Deutsch publizierte Studien eingeschlossen.

Aufgrund der im Vorfeld erwarteten geringen Anzahl an relevanten Publikationen wurde auf eine a priori-Festlegung der primären und sekundären Ergebnisparameter der Studien verzichtet und jegliche Outcome-Parameter (z.B. „Neuaufreten von Gewalt“, „wiederholtes Auftreten von Gewalt“, „Veränderung des Gewaltverhaltens“, berichtet durch Pflegebedürftige, berichtet durch professionell oder informell Pflegende) zur Beschreibung der Wirksamkeit der Interventionen zur Gewaltprävention einbezogen.

Ausgeschlossen wurden sowohl Studien zu Gewalt und Diskriminierung allgemein gegen ältere Menschen sowie auch Studien, die sich ausschließlich mit dem Thema Verwahrlosung (self-neglect) beschäftigen. Weiterhin wurden Studien zur Prävention von Gewalt, die von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegenden und zwischen Pflegebedürftigen untereinander ausgeübt wird, nicht berücksichtigt. Ebenso wurden Studien zur Reduktion oder Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) ausgeschlossen, da zu dieser abgegrenzten Thematik wie in Kapitel 2.5.5 dargestellt, bereits aktuelle systematische Übersichtsarbeiten vorhanden sind (Köpke et al., 2009; Möhler et al., 2011; Möhler et al., 2012). Studien, welche

vor dem Jahr 2008 publiziert wurden, waren ebenfalls ausgeschlossen, da aktuelle Evidenz mit Gegenwartsrelevanz gesichtet werden sollte. Ein fünfjähriger Suchzeitraum erscheint angemessen, da die kontextuellen Rahmenbedingungen der Pflege schnelllebig sind.

3.2 Suchstrategie

Die systematische Literaturrecherche erfolgte am 15. und 16. Juli 2013 unter Berücksichtigung der Datenbanken Medline über PubMed, Cochrane Library und Cinahl®. Ergänzend erfolgte eine Suche via Google Scholar, wobei die ersten 600 nach Relevanz geordneten Treffer (Stand: 17.07.2013) auf Eignung überprüft wurden.

Für die Studiensuche wurden die Schlagworte „elder abuse“, „violence“, „violent behavior“, „mistreatment“, „maltreatment“, „neglect“, „resident“, „old“, „elderly“, „residential facilities“, „nursing home“, „home care“, „nurse“, „nursing“, „care“, „caring“ und „informal care“ unter Nutzung entsprechender Boolescher Operatoren und Trunkierungen sowie MeSH-Terms verwendet.

Eine Eingrenzung erfolgte hinsichtlich des Publikationszeitraums auf Januar 2008 bis Juli 2013. Des Weiteren wurde die Suche auf deutsch- und englischsprachige Studien sowie RCTs, Meta-Analysen und systematische Übersichtsarbeiten limitiert. Die Suchabfrage für die Recherche in Medline via PubMed ist im Anhang A dargestellt. Die um Beobachtungsstudien erweiterte Recherche in Medline via PubMed wurde am 27. Juli 2013 durchgeführt. Die erweiterte Suchabfrage findet sich im Anhang B. Neben der Recherche in elektronischen Datenbanken wurde eine Handsuche in den Inhaltsverzeichnissen folgender Fachzeitschriften durchgeführt:

- Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie (2008 - Juli 2013)
- Pflege (2008 - Juli 2013)
- Pflegezeitschrift (2008 - Juli 2013)
- Journal of elder abuse (2008 - Juli 2013)

Die Recherche nach nationalen Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten erfolgte mit Hilfe der Fachdatenbank MEDPILOT sowie über die allgemeine Suchmaschine Google. Dabei wurden u.a. die Homepages des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) gesichtet.

3.3 Auswahl der Studien

Die identifizierten Studien wurden anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien auf deren Eignung hin gesichtet und differenziert. Dabei wurden zunächst Titel und Abstracts aller gefundenen Studien überprüft und eindeutig irrelevante Studien in einer Vorauswahl entfernt. Für die Auswahl sollten in den Abstracts das Studiendesign, eine adäquate Studienpopulation und relevante Interventionen genau beschrieben sein. Anschließend wurden alle potenziell geeigneten Studien sowie Studien, die anhand der Abstracts nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden konnten, im Volltext beschafft und auf Grundlage der Ein- und Ausschlusskriterien alle irrelevanten Studien entfernt.

Die Sammlung und Zusammenfassung der wesentlichen Merkmale und Ergebnisse der eingeschlossenen Studien und Übersichtsarbeiten sowie der Initiativen und Projekte wurde mit Hilfe eines Datenextraktionsblattes durchgeführt.

3.4 Beurteilung des Bias-Risikos

Die kritische Beurteilung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Untersuchungen hinsichtlich potenzieller Bias erfolgte anhand relevanter Items des Assessmenttools der Cochrane Collaboration aus dem „Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions“ (Higgins, Atman & Sterne, 2011) und in Anlehnung an den Beurteilungsbogen zur kritischen Beurteilung von Interventionsstudien (Behrens & Langer, 2010, S. 204 ff.). Mit dieser domänenbasierten Evaluation werden die Aspekte Randomisierung, Verblindung, Fallzahlberechnung, Follow-up-Rate sowie die Selektivität der Ergebnisdarstellung und die Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen separat beurteilt. Die Beurteilung der Studienqualität erfolgte mit „ja“ für ein geringes Bias-Risiko und „nein“ für ein hohes Bias-Risiko sowie „unklar“ wenn diese Informationen nicht gegeben waren.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Literaturanalyse

Die oben beschriebene Recherche in den Online-Datenbanken führte zu 880 Artikeln. Insgesamt 23 Artikel wurden im Rahmen der Handsuche identifiziert. Weitere 600 Artikel wurden durch die ergänzende Suche mittels Google Scholar aufgenommen, sodass zusammen 1.503 Publikationen auf Duplikate und Relevanz geprüft wurden. Nach einer Vorauswahl wurden insgesamt 34 potenziell relevante Studien im Volltext beschafft. Davon konnte anhand der

Ein- und Ausschlusskriterien letztlich keine Studie eingeschlossen werden. Eine Übersicht über den Prozess der Literaturanalyse ist in der folgenden Abbildung 1 dargestellt.

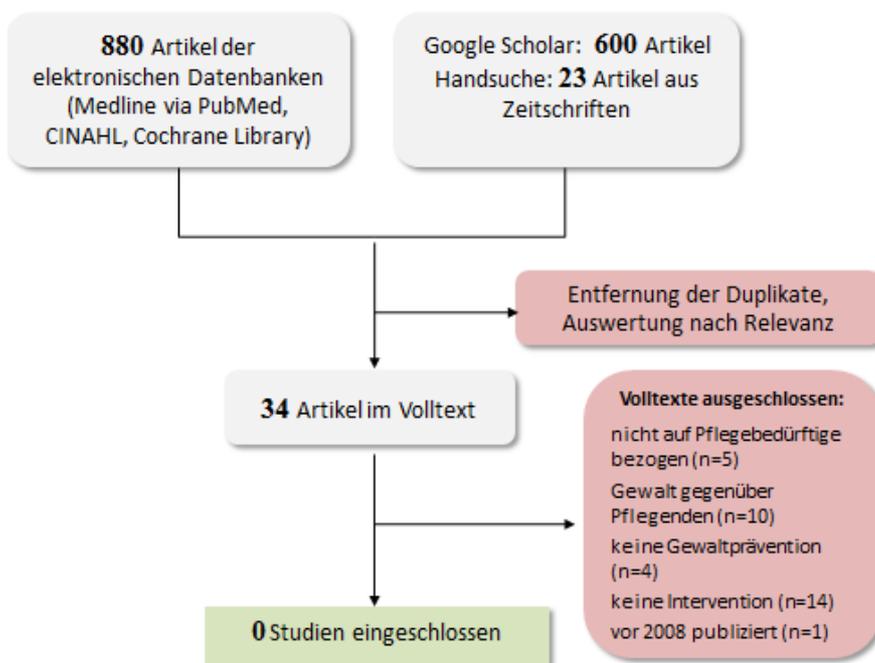


Abbildung 1: Verlauf der Literaturrecherche

Die um Beobachtungsstudien erweiterte Recherche in Medline via PubMed ergab noch einmal 2.162 Treffer. Nach Entfernen von Duplikaten verblieben 2.050 Artikel. Nach Prüfung der Titel und Abstracts aller gefundenen Studien konnte eine Studie eingeschlossen werden, die den erweiterten Ein- und Ausschlusskriterien entsprach. Bei der Recherche nach nationalen Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten wurden insgesamt sechs Projekte und sechs Initiativen gefunden.

4.2 Beschreibung der Studien

Im Folgenden werden die Charakteristika der eingeschlossenen Studie zusammengefasst und im Einzelnen kurz vorgestellt. Eine Darstellung der Merkmale und der zentralen Ergebnisse findet sich in Tabelle 1.

Hsieh, Wang, Yen und Liu untersuchten im Jahr 2009 in Taiwan die Effektivität eines Gruppenschulungsprogramms. Das Programm zielte auf die Reduzierung des Gewaltverhaltens (psychische Misshandlung) professionell Pflegenden gegenüber pflegebedürftigen Menschen im stationären Pflegesetting ab. Weiterhin sollte arbeitsbedingter Stress reduziert und

Kenntnisse bzgl. geriatrischer Pflege gefördert werden. Die Studie wurde mit einem quasi-experimentellen Design mit Prä-Post-Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe angelegt. Insgesamt 112 Pflegende aus vier Pflegeheimen nahmen an der Untersuchung teil. In die Auswertung gingen alle Teilnehmer/-innen ein, die mindestens sechs der acht angebotenen Schulungen besuchten, sodass letztlich insgesamt 100 Teilnehmer/-innen einbezogen wurden. Um eine Kontamination der Teilnehmer/-innen zu vermeiden, wurde in zwei Einrichtungen die Intervention umgesetzt. Zwei Einrichtungen dienten als Kontrolle. Die Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe erhielten acht 90-minütige Schulungseinheiten, welche wöchentlich angeboten wurden. Die Kontrollgruppe erhielt keine zusätzliche Intervention. Das multimodal aufgebaute Programm enthielt zum einen edukative Anteile u.a. zu Aspekten des Alterns und Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Zum anderen wurde den Teilnehmern eine Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch und zur wechselseitigen Unterstützung geboten. Als Untersuchungsinstrumente wurden die Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB), der Work Stressors Inventory (WSI) und die Knowledge of Gerontology Nursing Scale (KGNS) eingesetzt. Im Ergebnis zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduzierung des Gewaltverhaltens und eine Zunahme der geriatrischen Kenntnisse. Im Hinblick auf den arbeitsbedingten Stress hat sich hingegen keine signifikante Veränderung gezeigt.

Tabelle 1: Charakteristika der eingeschlossenen Studie

Quelle, Land	Hsieh, Wang, Yen & Liu (2009), Taiwan
Methode	quasi-experimentelles Design, prä- post-Vergleich, einrichtungsbezogene Zuteilung zu IG und KG (2 Pflegeheime IG, 2 Pflegeheime KG), keine Randomisierung
Teilnehmer	<p>Stichprobe: 100 Pflegenden aus Pflegeheim</p> <p>Durchschnittsalter: IG¹: 41 Jahre KG²: 45 Jahre</p> <p>Geschlecht: IG¹: 98 % weiblich KG²: 96 % weiblich</p> <p>Einschlusskriterien: CPEAB-Score > 20, Vollzeitbeschäftigung als ausgebildete Pflegekraft oder PflegehelferIn für mindestens 3 Monate, Alter mind. 20 J., taiwanische Staatsbürgerschaft, keine Teilnahme an vergleichbarer Intervention bis 2 Monate vor Studienbeginn</p>
Intervention	<p><i>Interventionsgruppe (n = 50):</i> acht 90-minütige Gruppensitzungen bestehend aus Schulung und gegenseitiger Unterstützung, wöchentlich angeboten, 5 Gruppen mit je 10-12 Teilnehmern</p> <p><i>Kontrollgruppe (n = 50):</i> keine zusätzliche Intervention</p>
Outcome-Parameter	Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB), Work Stressors Inventory (WSI), Knowledge of Gerontology Nursing Scale (KGNS)
Ergebnisse	signifikante Reduzierung des Gewaltverhaltens (F = 4,02; p = 0,048) und Zunahme geriatrischer Kenntnisse (F = 5,83; p = 0,018) im Vergleich zur Kontrollgruppe, keine signifikante Veränderung von arbeitsbedingtem Stress (F = 0,20; p = 0,66)

¹ Interventionsgruppe; ² Kontrollgruppe

4.3 Beurteilung der methodischen Qualität

Insgesamt bestand in der Studie von Hsieh et al. (2009) ein hohes Risiko für potenzielle Bias. Es wurde keine Randomisierung durchgeführt, die für die Überprüfung der Wirksamkeit ei-

ner Intervention angemessen gewesen wäre. So besteht beim gewählten quasi-experimentellen Kontrollgruppen-Design die Gefahr eines Selection Bias (Behrens & Langer, 2010, S. 171). Weiterhin ist nicht klar, wonach die Einrichtungen bei der einrichtungsbezogenen Gruppenzuteilung der Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Außerdem wurde nicht beschrieben, inwiefern eine Verblindung der Teilnehmer, des Studienpersonals oder der Auswerter erfolgte. Es fehlen auch Hinweise auf eine a priori Berechnung der Stichprobengröße. Die Drop-out-Raten waren relativ niedrig und aufgrund des Fall-Kontroll-Designs in beiden Gruppen gleich und wurden auch nachvollziehbar begründet. Bezüglich einer selektiven Ergebnisdarstellung waren alle Ergebnisparameter, welche in der Methodik beschrieben wurden, auch im Ergebnisteil enthalten. Im Hinblick auf die Basischarakteristika waren beide Gruppen zu Studienbeginn bis auf das Monatsgehalt vergleichbar. Für diese Variable erfolgte eine Adjustierung bei der Auswertung. Eine ausführliche Darstellung der Beurteilung der Studienqualität findet sich in der folgenden Tabelle 2.

Tabelle 2: Beurteilung der methodischen Qualität

Bias	Beurteilung	Begründung für die Beurteilung
Randomisierung erfolgt (selection bias)	nein	„quasi-experimental design using two group pre-post tests with a longitudinal approach“ (S. 380) „The findings of this study are limited due to the non-randomization of subjects“ (S. 384)
Verblindung (performance and detection bias)	unklar	nicht beschrieben
Power Calculation	unklar	nicht beschrieben
Follow-up-Rate	ja	„The participants included 112 caregivers recruited from four officially registered nursing homes located in southern Taiwan.“ (S. 380) „A total of 100 caregivers who completed at least six of eight sessions were included for data analysis, 50 in each group. Reasons for non-completion related to juggling schedules and personal problems.“ (S. 381)
Keine selektive Ergebnisdarstellung (reporting bias)	ja	alle Ergebnisparameter, die in der Methodik beschrieben wurden, sind auch im Ergebnisteil enthalten

Vergleichbare Basischarakteristika	ja	„[...] there were no significant differences in any these variable except for monthly salary ($p = .042$). Therefore, salary was considered as a covariate in the analysis.“ (S. 382)
------------------------------------	----	---

4.4 Präventionsbestrebungen in Deutschland

Im Folgenden werden zunächst Projekte zum Problemfeld „Gewaltprävention in der Pflege“ im Einzelnen vorgestellt. Ein Überblick über die Projekte liefert Tabelle 2. Anschließend werden die Initiativen zur Thematik beschrieben. Eine Übersicht hierzu ist in Tabelle 3 dargestellt. Die nachfolgende Auswahl der Projekte und Initiativen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Rahmen der Arbeit wurden ausschließlich wissenschaftlich begleitete Projekte sowie Initiativen, deren Arbeit sich explizit auf das Thema Gewalt in der Pflege bezieht, berücksichtigt. Da die durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen und einzelnen Komponenten einiger Projekte nicht näher beschrieben wurden, konnten diese nicht detaillierter dargestellt werden.

4.4.1 Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege

Das Praxisprojekt „**Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege**“ (AStrA), welches vom Demenzforum Darmstadt (DFD) initiiert und umgesetzt wird, fokussiert auf die Prävention von Gewalt in der häuslichen, familialen Pflege von demenziell betroffenen Menschen durch Abbau von Belastungs- und Stressfaktoren der pflegenden Angehörigen. Das vom Hessischen Sozialministerium und den Hessischen Pflegekassen geförderte Modellprojekt nach § 45c, Abs. 4 SGB XI hat im Oktober 2012 begonnen und läuft bis August 2015. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol). Das Ziel ist die Entwicklung eines auf pflegende Angehörige ausgerichteten Aggressions- und Stress-Reduktions-Programms (Aktion Stress-Abbau), um dadurch Überforderungssyndrome und Aggression abzubauen sowie Gewalt vorzubeugen (vgl. DHPol, 2013a).

Gegenstand des Projektes „**Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse**“ (MILCEA) war die Entwicklung eines Monitoring-Systems zum Erkennen und zur Erfassung von Gewalt in der professionellen bzw. familialen häuslichen sowie stationären Langzeitpflege. Das länderübergreifende Projekt wurde von Dezember 2009 bis November 2011 unter Koordination des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) durchgeführt. Weiterhin waren Partner aus Österreich, Luxemburg, Spanien und der Niederlande beteiligt. Gefördert wurde das Projekt durch die Europäische Kommission. Zu-

nächst wurden anhand des internationalen Forschungsstandes und Fokusgruppeninterviews u.a. unterschiedliche Formen von Gewalt operationalisiert. Anschließend erfolgte eine Analyse und Beschreibung bestehender Monitoring-Strukturen auf nationaler Ebene. Weiterhin erfolgte ein internationaler Abgleich dieser Befunde. Im nächsten Schritt wurden Anforderungen an das angestrebte Monitoring-System formuliert und Szenarios guter Praxis für die teilnehmenden Länder entwickelt. Im Ergebnis wurden Rahmenbedingungen erarbeitet, um eine Implementierung des Monitoring-Systems auf europäischer Ebene zu erreichen (vgl. MDS, 2013).

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf hat im Juni dieses Jahres ein Projekt zur Prävention von Gewalt in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen begonnen. Gefördert wird das Projekt **„Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen“** vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (vgl. Dopheide, 2013). Das Ziel ist die Entwicklung eines praxistauglichen Konzepts einschließlich konkreter Verfahrensweisen und Instrumente zur Gewaltprävention (vgl. Gahr & Ritz-Timme, 2013). Weiterhin sollen Empfehlungen erarbeitet werden, die eine Übertragung des Modells auf andere Pflegebereiche ermöglicht. Zusammen mit maximal 12 teilnehmenden Modelleinrichtungen der stationären und ambulanten (Alten-)Pflege soll der Interventionsansatz in einer einjährigen Praxisphase erprobt werden (vgl. Dopheide, 2013).

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte **PURFAM-Projekt (Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen)** hatte die Gewaltprävention in familialen Pflegesettings durch Früherkennung durch professionelle Akteure zum Ziel. An dem Forschungs-Praxisprojekt mit einer Laufzeit von Dezember 2009 bis Ende 2012 waren das Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie der Universität zu Köln und die Soziale Gerontologie der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin beteiligt. Im Rahmen des Projektes wurde auf Grundlage internationaler Best-Practice-Ansätze und Experten-Interviews zum einen ein Assessment-Instrument zur Prävention von Gewalt durch Früherkennung entwickelt. Zum anderen wurden Mitarbeiter/-innen von ambulanten Pflegediensten, mit direktem Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen u.a. im Umgang mit dem Assessment geschult (vgl. Zank & Schacke, 2012). In der Evaluation der ersten sieben Pilotschulungen wurde das Assessment von den Teilnehmenden als sinnvoll und praxistauglich bewertet (vgl. Heidenblut, Schacke & Zank, 2013). Zum Praxistransfer

der im Projekt gewonnen Erkenntnisse und entwickelten Assessment-Instrumente wurde außerdem ein Manual für die ambulante Pflege (vgl. Bonillo et al., 2013) veröffentlicht.

Die Hochschule Fulda führt derzeit das Projekt **„Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden“** durch. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt hat eine Laufzeit von Juli 2011 bis Juni 2014. Safer Care soll Pflegende für die Gefahr familiärer Gewalt im häuslichen Umfeld sensibilisieren und deren Handlungssicherheit stärken. Im Projekt sollen Handlungshilfen auf Grundlage des aktuellen Wissensstandes aufzeigt und in die Praxis implementiert und evaluiert werden (vgl. Blättner, Grewe, Liepe, & Grundel, 2013).

Die Deutsche Hochschule der Polizei koordinierte das von November 2008 bis Februar 2012 durchgeführte Aktionsprogramm **„Sicher Leben im Alter“ (SiliA)**. Das Projekt wurde vom BMFSFJ gefördert und bestand aus vier Modulen. Das Modul 4 beschäftigte sich mit Präventions- und Interventionsmaßnahmen bzgl. der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in familialen Pflegebeziehungen. Im Rahmen dieses Moduls wurden Handlungsansätze zur Gewaltprävention für ambulante Pflegedienste erprobt. Dies umfasste Schulungen und Maßnahmen zur Organisationsentwicklung, wie z.B. interne Fallbesprechungen und die (Weiter-) Entwicklung von Beschwerdemanagementstrukturen (DHPol, 2013b). Im Ergebnis wurde u.a. deutlich, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmer/-innen mit dem durchgeführten Programm zufrieden war und auch die im Rahmen des Programms entwickelten Instrumente und Materialien positiv bewertet wurden (vgl. Görden et al., 2012, S. 19). Ein Instrument, was zum Screening von Gewalt im häuslichen Pflegesetting dient, ist der von der DHPol entwickelte VIMA (Verdachts-Index Misshandlung im Alter), der eine Übersetzung des *„Elder Abuse Suspicion Index“* (EASI) (Yaffe, Wolfson, Lithwick, & Weiss, 2008) darstellt. Der VIMA besteht aus fünf Items zur direkten Befragung des Pflegebedürftigen und einer Frage zur Einschätzung durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin (vgl. Görden et al. 2012, S. 20; Görden, ohne Jahr).

Tabelle 3: Übersicht über Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege

Name	Laufzeit	Träger/ Förderer	Projektpartner	Projektziele/ Inhalt	Weiterführende Links
AStrA: Abbau von Stress und Aggression in der häusli- chen Pflege	Oktober 2012 bis August 2015	Hessisches Sozialmi- nisterium & Hessische Pflegekas- sen	Demenzforum Darmstadt (DFD) <i>(Initiator)</i> Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) <i>(wissenschaftliche Begleitung)</i>	Vorbeugen von Gewalt in der häuslichen Pflege von demenzi- ell Erkrankten durch Abbau von Überforderungssyndromen, Ag- gression und Stress, Entwicklung eines auf pflegende Angehörige ausgerichtetes Aggressions- und Stress-Reduktions-Programm („Aktion Stress-Abbau“)	<a href="http://www.dhpol.de/de/hochschu-
le/Fachgebiete/astra.php">http://www.dhpol.de/de/ hochschu- le/Fachgebiete/astra.php <a href="http://www.demenzforu
mdarm-
stadt.de/p_mg.htm">http://www.demenzforu mdarm- stadt.de/p_mg.htm
MILCEA: Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse	Dezember 2009 bis November 2011	Europäische Kom- mission	Deutschland: Medizinischer Dienst des Spitzen- verbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) <i>(Projektkoordinator)</i> Österreich: Österreichische Rote Kreuz (ÖRK) Spanien: Fundación Instituto Gerontologico Matia-INGEMA Niederlande: Abt. für Allgemeinmedizin (Sektion Pflegermedizin) & Abt. Gesundheits- fürsorge und Pflegewissenschaften der Fakultät Gesundheit, Medizin &	Entwicklung eines Monitoring- Systems zur Erfassung von Ge- walt in der Langzeitpflege; sys- tematische Erfassung von Gewalt gegen Ältere in der Langzeit- pflege; internationaler Abgleich der nationalen Befunde; Formu- lierung von Anforderungen an Monitoring-system; Entwicklung eines Szenarios guter Praxis für teilnehmende Länder; Erarbeitung von Rahmenbedin- gungen auf übergeordneter Ebene für Implementierung des Monitoring-Systems	<a href="http://www.milcea.eu/ind
ex_de.html">http://www.milcea.eu/ind ex_de.html <a href="http://www.milcea.eu/aus
tria.html">http://www.milcea.eu/aus tria.html <a href="http://www.milcea.eu/esp
.html">http://www.milcea.eu/esp .html <a href="http://www.milcea.eu/nl.
html">http://www.milcea.eu/nl. html <a href="http://www.milcea.eu/lu.
html">http://www.milcea.eu/lu. html

			Lebenswissenschaften (FHML) , Universität Maastricht		
			Luxemburg: Bewertungs- & Orientierungsstelle der Pflegeversicherung (Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO)) öffentlich-rechtliches Forschungszentrum Henri Tudor (CRP Henri Tudor)		
„Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen“	Beginn Juni 2013, Laufzeit nicht veröffentlicht	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (MGEPA)	Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf	Entwicklung eines praxistauglichen Konzepts mit konkreten Verfahrensweisen & Instrumenten für Gewaltprävention im stationären & ambulanten Pflegesetting; Erarbeitung von Empfehlungen zur Übertragung auf andere Pflegebereiche	http://www.uni-duesseldorf.de/home/en/hhu-duesseldorf-information-centre/news/news-archive-ingerman/archivmeldungen-detailansicht/article/auftaktveranstaltung-praevention-vongewalt-in-der-pflege.html?cHash=1f0914005f5c221bc8dfa5847c96d942
PURFAM: „Potenziale und	Dezember 2009 bis Dezember	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät Department für Heilpädagogik und	Gewaltprävention in familialen Pflegesettings durch Früherkennung durch professionelle Ak-	http://www.khsb-berlin.de/index.php?id=2599

Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“	2012	(BMFSFJ)	Rehabilitationswissenschaften, Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Soziale Gerontologie	teure; Entwicklung eines Assessmentinstruments; zielgruppenspezifische Schulung zum Assessmentverfahren von ambulanten Pflegediensten, mit direkten Kontakt zu pflegebedürftigen älteren Menschen und deren Angehörigen	
Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden	Juli 2011 bis Juni 2014	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)	Hochschule Fulda, University of Applied Sciences	Stärkung der Handlungssicherheit von Praxisakteuren; Identifikation und Bewertung existierender Handlungsempfehlungen; Untersuchung der Versorgungsstruktur in der häuslichen Pflege bzgl. Potentialen & Barrieren für erfolgreiche Gewaltprävention	http://www.hs-fulda.de/index.php?id=9935
Silia: Aktionsprogramm "Sicher leben im Alter" - Modul 4	November 2008 bis Februar 2012	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)	Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol)	Erprobung von Handlungsansätzen zur Gewaltprävention durch ambulante Pflegedienste in der häuslichen Pflege; Durchführung von Schulungen und Organisationsentwicklung	http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia.php http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aelterschmen/did=140394.html

4.4.2 Initiativen zu Gewalt in der Pflege

Das **„Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung“** wurde im Jahr 2004 gegründet. Im Forum sind insgesamt 13 Einrichtungen wie beispielsweise die AOK Bremen/Bremerhaven, die Betreuungsbehörde des Landes Bremen und die Bremer Heimstiftung Mitglied. Ziel dieses Forums ist es u.a., die (Fach-) Öffentlichkeit stärker für die Problematik Gewalt in der Alten- und Krankenpflege aber auch in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren. Hierzu werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit z.B. Broschüren ausgegeben, die über das Thema informieren (vgl. Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung, 2012).

„Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege“ ist eine Initiative der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und des Sozialamtes der Stadt Stuttgart. In diesem Zusammenhang wurde ein Runder Tisch gebildet, um einen interdisziplinären Fachaustausch zu führen und gemeinsame Aktivitäten gegen Gewalt in der Pflege anzustoßen. Weiterhin werden pflegenden Angehörigen zur Entlastung Informationsmaterialien zu unterstützenden Angeboten zur Verfügung gestellt (vgl. Stadt Stuttgart, 2013).

„HSM - Handeln statt Misshandeln - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“ ist ein Gemeinnütziger Verein, der 1997 aus dem Förderverein Gerontopsychiatrie hervorging. Ziel der Initiative ist es, ältere Menschen und deren Angehörige aber auch beruflich Pflegende und andere Selbsthilfeeinrichtungen in problematischen Situationen zu unterstützen. Zudem soll die Öffentlichkeit für das Problemfeld „Gewalt im Alter“ sensibilisiert werden (vgl. HsM - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., 2011). Hierfür bietet die Bonner Initiative Betroffenen ein Notruf- und Krisentelefon an. Weiterhin umfasst das Angebot u.a. Hausbesuche, Fortbildungsangebote und Fachvorträge (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen, 2010). Weitere Ableger der Initiative sind der im Jahr 1998 gegründete Verein **„HSM - Handeln statt Misshandeln - Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. Siegen“** sowie der 2009 gegründete Verein **„HSM - Handeln statt Misshandeln - Frankfurter Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.“**.

Unter anderem auf Anregung von „HsM - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.“ wurde 1999 die überregionale Initiative **„Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen“** gegründet. Der Bundesarbeitsgemeinschaft gehören derzeit 17 verschiedene Einrichtungen wie beispielsweise HsM in Bonn und Siegen, das „PflegeNotTelefon“ in Schleswig-Holstein und die Beratungs- und Beschwerde-

stelle „Pflege in Not“ Berlin an. Sie betreibt vielfältige Öffentlichkeitsarbeit und hat je nach Einrichtung unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte. Zudem wird durch die Bundesarbeitsgemeinschaft auch die Gründung ähnlicher Dienste in Deutschland unterstützt (vgl. HsM - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., 2011).

Neben diesen Initiativen gibt es noch zahlreiche andere Einrichtungen und Dienste, die u.a. Pflegebedürftigen, deren (pflegenden) Angehörigen und Pflegekräften Unterstützung in schwierigen Pflegesituationen bieten. Eine Übersicht verschiedener Beratungsstellen und weiterführende Informationen ist auf der Homepage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) unter dem weiterführendem Link <http://gkp.zqp.de/> zu finden (vgl. ZQP, 2013). Ergänzend hierzu gibt es weitere Beratungsstellen wie die Meldestellen der BAG Selbsthilfe in Magdeburg und Erfurt sowie das „Pflege-Notruftelefon“ des Sozialverbandes Niedersachsen e.V. (SOVD) (vgl. BAG Selbsthilfe, 2012; SOVD, 2004).

Tabelle 4: Übersicht über Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege

Name	Gründung	Träger	Leistungen/ Aktivitäten	Weiterführende Links
BAG- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen	1999	Mitgliedschaft von 17 Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft	Öffentlichkeitsarbeit unterschiedliche Angebote der einzelnen Mitglieder	http://www.beschwerdestellen-pflege.de/ http://www.hsm-bonn.de/bag.php
Bremer Forum gegen Gewalt in der Pflege und Betreuung	2004	Mitgliedschaft von 13 Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft	Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Broschüren, Tagungen)	http://www.bremer-forum-gegen-gewalt-in-pflege-und-betreuung.de/index.htm
Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege	nicht bekannt	Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern & Sozialamt der Stadt Stuttgart	Information und Beratung pflegender Angehöriger (u.a. Broschüre, Vermittlung zu Beratungsstellen)	http://www.stuttgart.de/item/show/2116/1/publ/19466
HsM -Handeln statt Misshandeln	1997	Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.	Beratung (u.a. Telefonberatung, Hausbesuch, Fortbildungen, Fachberatung) Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Informationsstände, themenspezifische Informationsblätter, kontinuierliche Berichterstattung)	http://www.hsm-bonn.de/infos.php
HsM -Handeln statt Misshandeln	2009	Frankfurter Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.	Beratung (u.a. Telefonberatung, Hausbesuche)	http://www.hsm-frankfurt.de/base/index.php

HsM -Handeln statt Misshan- deln	1998	Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. Siegen	Beratung (u.a. Telefonberatung, Fallbe- sprechungen, Fortbildungen) Öffentlichkeitsarbeit (Vortragstätigkei- ten)	http://www.hsm-siegen.de/
---	------	---	--	---

5 Diskussion

Die aktuelle Studienlage zu Effekten präventiver Interventionen von Gewalt professioneller Pflegepersonen oder pflegender Angehöriger gegenüber pflegebedürftigen Menschen, ist insgesamt als unzureichend und lückenhaft zu bezeichnen. So hat die ursprüngliche Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen und nachpublizierten RCTs keine einschlägigen Arbeiten hervorgebracht. Auch im Rahmen der auf Beobachtungsdesigns wie Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien und Querschnittstudien erweiterten Recherche konnte lediglich eine Studie identifiziert werden, die den gewählten Ein- und Ausschlusskriterien entsprach.

In dieser Studie kamen Hsieh und Kollegen (2009) zu dem Ergebnis, dass ihr auf Pflegende in der stationären Altenpflege ausgerichtetes Gruppenschulungsprogramm zu einer Reduzierung von Gewalt in Form von psychischer Misshandlung und einer Zunahme der Kenntnisse der geriatrischen Pflege führt.

Allerdings wies diese Untersuchung schwerwiegende methodische Einschränkungen auf. So werden die Ergebnisse der Studie beispielsweise durch die fehlende Randomisierung der Studienteilnehmenden limitiert. Auch war nicht nachvollziehbar wie die Zuteilung der Einrichtungen in die Untersuchungsgruppen erfolgte. Es fehlten zudem Hinweise auf eine Verblindung der Teilnehmenden, des Studienpersonals oder der auswertenden Personen sowie einer vorab durchgeführten Fallzahlberechnung. Unklar ist auch die Nachhaltigkeit der Intervention, da die abschließende Erhebung eine Woche nach der Intervention stattfand. Darüber hinaus ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse der in Taiwan durchgeführten Studie sehr fraglich. Eine Empfehlung abzuleiten, welche Interventionen besonders zur Prävention von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen geeignet sind, ist daher nicht möglich.

Auch Ploeg und Kollegen (2009) kamen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Gewalt gegenüber älteren Menschen zu dem Schluss, dass ein erheblicher Evidenzmangel auf diesem Gebiet besteht. So konnten lediglich insgesamt acht Interventionsstudien zur Gewaltprävention allgemein gegenüber älteren Menschen identifiziert werden. Keine der eingeschlossenen Studien zielte spezifisch auf die Gewaltprävention in Pflegebeziehungen, gerichtet an professionell Pflegende bzw. pflegende Angehörige, ab. Zudem konnten aufgrund erheblicher methodischer Limitationen der Studien keine zuverlässigen Aussagen über die Effektivität der Interventionen getroffen werden.

Möhler und Kollegen (2012) haben ihr Cochrane Review (Möhler, Richter, Köpke & Meyer, 2011) kürzlich aktualisiert. Sechs Cluster-randomisierte kontrollierte Studien wurden identifiziert, die die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention und Reduktion von FEM bei älteren langzeitpflegebedürftigen Personen untersucht hatten (Evans et al. 1997, Testad et al. 2005, Testad et al. 2010, Huizing et al. 2009, Pellfolk et al. 2010, Koczy et al. 2011). Alle Studien hatten Schulungsprogramme untersucht, die sich an Pflegende richten. In zwei Studien wurde außerdem noch Konsultation angeboten, in zwei weiteren Anleitungen sowie in einer weiteren Studie – der in Deutschland durchgeführten ReduFix Studie – freier Zugang zu Hilfsmitteln. Fünf Studien hatte Alten- und Pflegeheimbewohner/-innen untersucht, eine Studie Bewohner/-innen von Wohngruppen.

Auf nationaler Ebene gibt es zahlreiche Präventionsbestrebungen zum Thema Gewalt in der Pflege. So wurden im Rahmen der Recherche insgesamt sechs zum Teil abgeschlossene wissenschaftlich begleitete Projekte identifiziert, wobei ein Projekt (MDS, 2013) länderübergreifend in fünf EU-Ländern unter deutscher Koordination durchgeführt wurde. Die meisten Projekte zielten auf die Prävention von Gewalt, die von pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege ausgeht (Blättner, Grewe, Liepe, & Grundel, 2013; DHPol, 2013a; Görgen et al., 2012; Heidenblut, Schacke & Zank, 2013). Die Ansätze waren dabei überwiegend auf Pflegende ambulanter Pflegedienste gerichtet und umfassten Maßnahmen wie z.B. Entwicklung von Assessment-Instrumenten, Schulungen oder Organisationsentwicklung (Blättner, Grewe, Liepe, & Grundel, 2013; Görgen et al., 2012; Heidenblut, Schacke & Zank, 2013). Zwei Projekte fokussierten auf Gewaltprävention sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegesetting (Gahr & Ritz-Timme, 2013; MDS, 2013). Auch wenn die Projekte wissenschaftlich evaluiert wurden, können keine Aussagen über die Wirksamkeit dieser Maßnahmen abgeleitet werden.

Neben den Projekten wurden sechs Initiativen identifiziert, deren Arbeit insbesondere vielfältige Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionell Pflegende sowie Öffentlichkeitsarbeit umfasst (Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung, 2012; Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen, 2010; HsM - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., 2011; Stadt Stuttgart, 2013).

Zur spezifischen Thematik der freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt es anderorts bereits eine umfassend aufbereitete Studienlage. In dem aktualisierten Cochrane Review von Möhler und Kollegen (2012) wurden sechs Cluster-randomisierte kontrollierte Studien identifi-

ziert. Allerdings war die methodische Qualität der Studien überwiegend limitiert und die Ergebnisse inkonsistent. Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren ist die Wirksamkeit der edukativen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von FEM in der Altenpflege fraglich (Möhler et al., 2012).

Demgegenüber konnte in einer nachpublizierten Cluster-randomisierten kontrollierten Studie von Köpke et al. (2012) der Einsatz von FEM in Pflegeheimen durch eine Leitlinienbasierte Intervention signifikant reduziert werden.

Im Hinblick auf die gewählte Methodik dieser Übersicht müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. So erfolgten die Literaturrecherche, der Auswahlprozess und die Beurteilung der Studienqualität nicht unabhängig durch zwei verschiedene Autoren bzw. Autorinnen. Weiterhin wurde die Recherche auf die letzten fünf Jahre eingegrenzt. Allerdings fanden sich in der gesichteten Literatur auch keinerlei Hinweise darauf, dass vor dem Suchzeitraum eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung zum Thema stattgefunden hätte. Zudem wurde keine Suche nach unpublizierten Arbeiten z.B. durch Anfrage bei Expertinnen und Experten auf dem Gebiet durchgeführt. Abgesehen davon wurde eine umfassende und systematische Recherche in einschlägigen Datenbanken und Fachzeitschriften durchgeführt.

6 Fazit und Ausblick

Auch wenn die Thematik Gewalt in der Pflege zunehmend in die fachöffentliche und gesellschaftliche Diskussion gerückt ist, besteht ein enormer Forschungsbedarf hinsichtlich einer wirksamen Prävention von Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege. In Deutschland gibt es zwar zahlreiche Initiativen und Projekte die auf die Gewaltprävention in der Pflege abzielen, valide Rückschlüsse auf die Wirksamkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen können aus den Evaluationen jedoch nicht gezogen werden. Darüber hinaus konnte nur eine kontrollierte Studie gefunden werden, die zudem erhebliche methodische Schwächen aufwies.

Notwendig sind daher weitere Untersuchungen mit robustem Studiendesign wie randomisierte kontrollierte Studien mit multizentrischen Ansatz und möglichst großen Teilnehmerzahlen. Möglich wären auch Studien auf Public Health-Ebene. Zukünftige Studien sollten sowohl die häusliche als auch stationäre Pflege adressieren und die Setting-spezifischen Besonderheiten berücksichtigen. Dabei ist es wichtig, die Messung der Wirksamkeit nicht nur über Berichte der professionell Pflegenden bzw. pflegenden Angehörigen zu gewinnen, sondern auch über Berichte der Pflegebedürftigen selbst, auch wenn krankheits- und alters-

bedingte Beeinträchtigungen den Zugang erschweren können. Grundsätzlich sollte dieses Problemfeld äußerst sensibel bearbeitet werden, um zu vermeiden, dass die beruflich Pflegenden oder pflegenden Angehörigen unter einen generellen Verdacht gestellt werden.

Literaturverzeichnis

- Amtsgericht Garmisch Partenkirchen (2013). Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege. Gemeinsam Verantwortung übernehmen. http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/#_stmjpagetop [Stand: 19.09.2013]
- BAG Selbsthilfe (2012). Gewalt in der Pflege darf nicht sein. <http://www.gewaltinderpflege.de/> [Stand: 12.08.2013]
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber
- Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J. & Keil, W. (2012). Todesfälle bei Gurtfixierungen. *Dtsch Arztebl Int*, 109, 27-32.
- Blättner, B., Grewe, A., Liepe, K. & Grundel, A. (2013). Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden. Hochschule Fulda. <http://www.hs-fulda.de/index.php?id=9935> [Stand: 07.08.2013]
- Bonillo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, H. E., Saxl, S., Schacke, C., Steinhusen, C. Wilhelm, I. & Zank, S. (2013). Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Borgloh, B. & Karner S. (2011). Freiheitseinschränkende Maßnahmen als Forschungsgegenstand. *Demenz*, 25, 14-15.
- Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung (2012). Homepage des Bremer Forums gegen Gewalt in Pflege und Betreuung. <http://www.bremer-forum-gegen-gewalt-in-pflege-und-betreuung.de/index.htm> [Stand: 07.08.2013]
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen (2010). Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen. <http://www.beschwerdestellenpflege.de/> [Stand: 07.08.2013]
- Cooper, C., Selwood, A. & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age & Ageing*, 37(2), 151-160.
- DHPol – Deutsche Hochschule der Polizei (2013a). Wissenschaftliche Begleitung des Projekts "Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege " (AstrA). <http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/astra.php> [Stand: 07.08.2013]
- DHPol – Deutsche Hochschule der Polizei (2013b). Aktionsprogramm "Sicher leben im Alter" (Silia). <http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia.php> [Stand: 07.08.2013]

- Dopheide, S. (2013). Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Düsseldorf: Auftaktveranstaltung „Prävention von Gewalt in der Pflege“.
<http://www.uni-duesseldorf.de/home/en/hhu-duesseldorf-information-centre/news/news-archive-in-german/archivmeldungen-detailansicht/article/auftaktveranstaltung-praevention-von-gewalt-in-der-pflege.html?cHash=1f0914005f5c221bc8dfa5847c96d942> [Stand: 07.08.2013]
- Evans, L. K., Strumpf, N. E., Allen-Taylor, S. L., Capezuti, E., Maislin, G. & Jacobsen, B. (1997). A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 45, 675-681.
- Gahr, B. & Ritz-Timme S. (2013). Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf. (unveröffentlichte Projektskizze)
- Görgen, T. (ohne Jahr). Verdachts-Index Misshandlung im Alter (VIMA).
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mcgill.ca%2Ffamilymed%2Fsites%2Fmcgill.ca.familymed%2Ffiles%2Ffeasi_german_version_2013.pdf&ei=7oQTUtSRH4nEsga424CYCg&usq=AFQjCNE_Rm0Av5iJUzeDXisGmlCvQx1wNA&bvm=bv.50952593,d.Yms
 [Stand:07.08.2012]
- Görgen, T., Kreuzer, A., Nägele, B. & Krause, S. (2002). Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. In Band 217, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Görgen, Thomas (2006). „As if I just didn't exist“—Elder abuse and neglect in nursing homes. In Cain, M. & Wahidin, A. (Hrsg.): *Ageing, Crime and Society*. Devon (UK): Willan.
- Görgen, T., Herbst, S., Kotlenga, S., Nägele, B. & Rabold, S. (2012). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. BMBF (Hrsg.).
- Görgen, T., Nägele, B., Kotlenga, S., Fisch, S., Kraus, B. & Rauchert, K. (2012). Sicher leben im Alter. Ein Aktionsprogramm zur Prävention von Kriminalität und Gewalt gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutsche Hochschule der Polizei (Hrsg.).
- Graß, H., Walentich, G., Rothschild, M.A. & Ritz-Timme, S. (2007). Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. *Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien. Rechtsmedizin*, 17, 367-371.
- Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H. & Meyer G. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents towards physical restraints. *J Nurs Scholarsh*, 42, 448-456
- Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2013). Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung des PURFAM-Assessments. *Z Gerontol Geriat*, S. 1-10.
- Higgins, J. P. T., Atman, D. G. & Sterne, J. A. C. (2011). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In Higgins, J. P. T. & Green, S. (Hrsg.), *Cochrane Handbook for System-*

- atic Reviews of Interventions. Version 5.1.0 [updated March 2011]. Verfügbar über <http://www.cochrane-handbook.org/>: The Cochrane Collaboration.
- Hirsch, R. D. & Brendebach, C. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. *Z Gerontol Geriat* 32,449-455.
- Hsieh, H. F., Wang, J. J., Yen, M. & Liu, T. T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 14(3): 377-386.
- HsM - Handeln statt Mißhandeln - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. (2011). Homepage der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. <http://www.hsm-bonn.de/> [Stand: 14.08.2013]
- Huizing, A., Hamers, J. P., Gulpers, M. & Berger, M. (2009). A cluster randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 57, 138-148.
- Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, 42(3), 292-298.
- Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Rissmann, U., Kurrle, S. & Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 59, 333-339.
- Köpke, S., Gerlach, A., Möhler, R., Haut, A. & Meyer, G. (2009). Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke (Hrsg.). <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf> [Stand: 26.08.2013]
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer G. (2012). Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Cluster Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 307, 2177-2184.
- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B. & Meyer, G. (2013). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013 Jun 11. doi:pii: S0020-7489(13)00148-X. 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005 [Epub ahead of print]
- Lang, G. & Enzenhofer, E. (2013). Lebensqualität älterer Frauen bei Abhängigkeit und Gewalt. *Z Gerontol Geriat*, 46, 27–34.
- Mann, E. & Meyer, G. (2008). Medikamentöse Freiheitsbeschränkung in Pflegeheimen im Bundesland Vorarlberg, Österreich: Analyse der ersten Meldungen und Implikationen für eine zukünftige sachgerechte Verwirklichung der gesetzlichen Meldepflicht. *Wien Med Wochenschr*, 158, 489-492.
- MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2013). Das Projekt MILCEA. <http://www.milcea.eu/projekt.html> [Stand: 12.08.2013]
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*, 18, 981-990.

- MILCEA - Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse (ohne Jahr). Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems Ergebnisse des milcea-Projekts. http://www.milcea.eu/index_de.html [Stand: 12.08.2013]
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art.No.:CD007546.
- Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review". J Clin Nurs, 21, 3070-3081.
- Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G. & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. J Am Geriatr Soc, 58, 62-69.
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. J Elder Abuse Negl, 21(3), 187-210.
- Rabold, S. & Görge, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. Z Gerontol Geriat 40, 366-374.
- Reader, T. W. & Gillespie, A. (2013). Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. BMC Health Serv Res, 13, 156.
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2009). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42. Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Berlin: Robert Koch Institut (Hrsg.).
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012). Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung (Hrsg.).
- Schiemberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Von Heydrich, L., Post, L. A. & Weatherill, R. P. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. J Elder Abuse Negl 24(1): 65-83.
- Stadt Stuttgart (2013). Damit Pflege nicht zur Qual wird - Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege. <http://www.stuttgart.de/item/show/2116/1/publ/19466> [Stand: 07.08.2013]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011). Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- SOVD - Sozialverband Niedersachsen e. V. (2004). Das Pflege-Notruftelefon. <http://www.sovd-nds.de/pflegenotruf.0.html> [Stand: 07.08.2013]
- Testad, I., Aasland, A. & Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry, 20, 587-590.

- Testad, I., Ballard, C., Brønnick, K. & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single blind, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 71, 80-86.
- Thoma, J., Zank, S. & Schacke, C. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Z Gerontol Geriat*, 37, 349-350.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Genf: WHO.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M. & Weiss D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 20(3), 276-300.
- Zank, S. & Schacke, C. (2012). *PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen*. Kurzbericht.
- Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A., Weatherill, R. P. & Mastin, T. (2011). Neglect of older adults in Michigan nursing homes. *J Elder Abuse Negl* 23(1), 58-74.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2013). *Gewalt in der Pflege. Hilfsangebote bei Aggression und Gewalt in der Pflege*. <http://gkp.zqp.de/> [Stand: 07.08.2013]

Ausgeschlossene Studien

- Anna Gunde, G., Liepe, K., Blättner, B., & Grewe, H. A. (2012). Violence against elderly care-dependents through family caregivers - A systematic overview about screening- and assessment-instruments. *Pflegewissenschaft*, 14(7-8), 399-407.
- Ballard, J. (2010). Legal implications regarding self-neglecting community-dwelling adults: a practical approach for the community nurse in Ireland. *Public Health Nurs*, 27(2), 181-187.
- Cooper C, Dow B, Hay S, Livingston D, Livingston G. (2013). Care workers' abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously. *Int Psychogeriatr.*, 25(5), 733-41.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(10), 826-838.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*, 189(1), 10-20.
- Daly, J. M., Merchant, M. L. & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: a systematic review. *J Elder Abuse Negl*, 23(4), 348-365.
- DeHart, D., Webb, J., & Cornman, C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: competencies for direct-care staff. *J Elder Abuse Negl*, 21(4), 360-378.
- Désy P. M. & Prohaska, T. R. (2008). The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *J Emerg Nurs.*, 34(5), 396-402.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *Int J Older People Nurs*, 6(2), 153-162.
- Fellmeth, G. L., Heffernan, C., Nurse, J., Habibula, S., & Sethi, D. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 6., CD004534.
- Haggerty, L. A., Hawkins, J. W., Fontenot, H., & Lewis-O'Connor, A. (2011). Tools for screening for interpersonal violence: state of the science. *Violence Vict*, 26(6), 725-737.
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*, 19(3), 162-168.
- 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. *Gerontologist*, 52(1), 13-23.
- Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs*, 6(1), 15-28.

- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G., & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: a review. *Ageing Res Rev*, 12(1), 50-57.
- Norris, D., Fancey, P., Power, E., & Ross, P. (2013). The critical-ecological framework: advancing knowledge, practice, and policy on older adult abuse. *J Elder Abuse Negl*, 25(1), 40-55.
- Pavlou, M. P., & Lachs, M. S. (2008). Self-neglect in older adults: a primer for clinicians. *J Gen Intern Med*, 23(11), 1841-1846.
- Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Post, L. (2009). The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan survey. *J Elder Abuse Negl*, 21(3), 239-252.
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *J Elder Abuse Negl*, 21(3), 187-210.
- Podnieks, E., Penhale, B., Goergen, T., Biggs, S., & Han, D. (2010). Elder mistreatment: an international narrative. *J Elder Abuse Negl*, 22(1-2), 131-163.
- Richardson, B., Kitchen, G. & Lingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 335-341.
- Reader, T. W. & Gillespie, A. (2013). Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Services Research*, 13, 156.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Robertson, T., Daffern, M., Thomas, S., & Martin, T. (2012). De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *J Forensic Nurs*, 8(2), 94-101.
- Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Von Heydrich, L., Post, L. A. & Weatherill, R. P. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *J Elder Abuse Negl* 24(1): 65-83.
- Scott, A., Ryan, A., James, I., & Mitchell, E. A. (2011). Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J Older People Nurs*, 6(2), 110-122.
- Stolee, P., Hiller, L. M., Etkin, M., & McLeod, J. (2012). "Flying by the seat of our pants": current processes to share best practices to deal with elder abuse. *J Elder Abuse Negl*, 24(2), 179-194.
- Stolle, C., Wolter, A., Roth, G., & Rothgang, H. (2012). Effects of the Resident Assessment Instrument in home care settings: results of a cluster randomized controlled trial. *Z Gerontol Geriatr*, 45(4), 315-322.
- Sooryanarayana, R., Choo, W. Y., & Hairi, N. N. (2013). A Review on the Prevalence and Measurement of Elder Abuse in the Community. *Trauma Violence Abuse*.

- Thobaben, M. (2008). Elder Abuse Prevention. *Home Health Care Management Practice*, 20, 194.
- van de Sande, R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*, 199(6), 473-478.
- Zeh, A., Schablon, A., Wohlert, C., Richter, D. & Nienhaus, A. (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen*, 71, 449-459.
- 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. *Geriatr Nurs*, 30(3), 174-187.
- Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A., Weatherill, R. P. & Mastin, T. (2011). Neglect of older adults in Michigan nursing homes. *J Elder Abuse Negl*, 23(1), 58-74.

Anhang

A Suchabfrage in Medline über PubMed

1. (elder abuse) OR violence OR (violent behavior) OR mistreat* OR maltreat* OR neglect
2. resident OR old OR elderly OR (residential facilities) OR (nursing home) OR (home care) OR nurse OR nursing OR care OR caring OR (informal care)
3. (#1 AND #2)
4. (#1 AND #2) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND "2008/07/18"[PDat] : "2013/07/16"[PDat] AND (English[lang] OR German[lang]))

B Erweiterte Suchabfrage in Medline über PubMed

1. (elder abuse) OR violence OR (violent behavior) OR mistreat* OR maltreat* OR neglect
2. resident OR old OR elderly OR (residential facilities) OR (nursing home) OR (home care) OR nurse OR nursing OR care OR caring OR (informal care)
3. (#1 AND #2)
4. (#1 AND #2) AND ("cohort studies"[mesh] OR "case-control studies"[mesh] OR "comparative study"[pt] OR "cohort"[tw] OR "case control"[tw]) AND ("2008/08/10"[PDat] : "2013/08/08"[PDat])

C Übersicht ausgeschlossener Studien

Studie	Begründung für Ausschluss
Anna Gunde et al. (2012)	keine Intervention
Ballard (2010)	keine Gewaltprävention
Cooper et al. (2013)	keine Intervention
Cooper (2009)	keine Intervention
Cornaggia et al. (2011)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Daly et al. (2011)	nicht auf Pflegebedürftige bezogen
DeHart et al. (2009)	keine Intervention
Désy et al. (2008)	nicht auf Pflegebedürftige bezogen
Enmarker et al. (2011)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Fellmeth et al. (2013)	nicht auf Pflegebedürftige bezogen
Haggerty et al. (2011)	keine Intervention
Happell et al. (2010)	nicht auf Pflegebedürftige bezogen

Irvine et al. (2012)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Livingston et al. (2010)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Mysyuk et al. (2013)	Keine Intervention
Norris et al. (2013)	keine Intervention
Pavlou et al. (2008)	keine Gewaltprävention
Page et al. (2009)	keine Intervention
Ploeg et al. (2009)	nicht auf Pflegebedürftige bezogen
Podnieks et al. (2010)	keine Intervention
Richardson et al. (2002)	vor 2008 publiziert
Reader et al. (2013)	keine Intervention
Reeves et al. (2013)	keine Gewaltprävention
Roberton et al. (2012)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Schiamberg et al. (2012)	keine Intervention
Scott et al. (2012)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Stolee et al. (2012)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Stolle et al. (2012)	keine Gewaltprävention
Sooryanarayana et al. (2013)	keine Intervention
Thobaben et al. (2008)	keine Intervention
van de Sande et al. (2011)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Zeh et al. (2009)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Zeller et al. (2009)	Gewalt gegenüber Pflegenden
Zhang et al. (2011)	keine Intervention