

ABSCHLUSSBERICHT

Entwicklung eines Muster-Rahmenkonzeptes zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Kurztitel: EMeRGe

Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Pflegewissenschaft

Verantwortliche Personen:

Projektleitung: Univ.-Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

Projektkoordination: Anja Bergmann, M.Sc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Lea Bremer, M.Sc.

Weitere Mitglieder des Studienteams: Dr. Mathias Haeger & Dr. Simon Eggert (beide ZQP)

Inhalt

1. Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege	1
2. Zielsetzung des Projekts	5
2.1 Muster-Rahmenkonzept	5
2.2 Risikoanalyse.....	5
3. Systematische Literaturrecherche.....	6
3.1 Fragestellung.....	6
3.2 Methodisches Vorgehen	6
3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	6
3.2.2 Literaturrecherche	8
3.2.3 Datenextraktion	9
3.3 Ergebnisse der Literaturrecherche	9
3.3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur	11
3.3.2 Ergebnisse der Datenextraktion	12
3.4 Zusammenfassung der Literaturrecherche	19
4. Entwicklung Risikoanalyse und Muster-Rahmenkonzept	20
4.1 Entwicklung der Risikoanalyse	20
4.2 Entwicklung des Muster-Rahmenkonzepts.....	21
5. Expert*innenworkshops	22
5.1 Ziel und Fragestellung	22
5.2 Methodisches Vorgehen	22
5.2.1 Definition Expert*in.....	22
5.2.2 Vorbereitung und Durchführung Workshop I: Risikoanalyse	23
5.2.3 Vorbereitung und Durchführung Workshop II: Muster-Rahmenkonzept	24
5.3 Ergebnisse Expert*innenworkshops	25
5.3.1 Vorab-Befragung.....	25
5.3.2 Ergebnisse Workshop 1	25
5.3.3 Ergebnisse Workshop 2	27
6. Diskussion und Ausblick	30
6.1 Risikoanalyse.....	30
6.2 Muster-Rahmenkonzept	32
6.3 Limitationen und Schlussfolgerungen.....	33
6.4 Weiteres Vorgehen	34
Literaturverzeichnis	35
Anhang	I
Anhang 1: Dokumentation Datenbankrecherche Scoping Review	I
Anhang 2: Übersicht identifizierte Risikoanalysen	VIII

Anhang 3: Fragebogen Vorabbefragung Expert*innenworkshop I	XIII
Anhang 4: Deskriptive Ergebnisse Vorabbefragung Expert*innenworkshop I	XIX

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien Scoping Review	7
Tabelle 2: Blöcke des Suchstrings	8
Tabelle 3: Arbeitsfelder Expert*innen	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Literaturrecherche	11
Abbildung 2: Länder der eingeschlossenen Studien	12

1. Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege

Gewalt in der Pflege ist ein verbreitetes und relevantes Problem. Sie betrifft sowohl Menschen mit Pflegebedarf als auch (professionell) Pflegende. Ältere Menschen, die angewiesen sind auf Unterstützung in ihrer Lebensführung bzw. auf Pflege, weisen eine hohe Vulnerabilität auf, von Misshandlung oder Missbrauch betroffen zu sein (Eggert & Teubner, 2024). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff Gewalt gegen ältere Menschen wie folgt:

„Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird.“ (WHO, 2022).

Gewalt gegen ältere Menschen kann deren Lebensqualität und Gesundheit stark beeinträchtigen und schwerwiegende körperliche, geistige, finanzielle und soziale Folgen haben (Yunus et al., 2017; Blättner & Grewe, 2017).

Gewalt in der Pflege kann in verschiedenen Formen auftreten, wie psychischer, körperlicher oder sexualisierter Gewalt, Vernachlässigung und Freiheitsentzug sowie finanzieller Ausbeutung. Entsprechende Gewaltereignisse können intendiert oder nicht-intendiert, situativ oder situationsübergreifend von Pflegenden oder von pflegebedürftigen Menschen oder Angehörigen ausgehen (Görgen et al., 2009; Richter, 2019; Schieron, 2015).

Detaillierte Daten über die Prävalenz von Gewaltereignissen in Institutionen, wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Langzeitpflegeeinrichtungen sind international nach wie vor begrenzt, da – auch in Ermangelung validierter Instrumente – keine zuverlässigen Prävalenzstudien vorliegen und Gewalt als Konsequenz oft unsichtbar bleibt (Hirt et al., 2022). Darüber hinaus wird erlebte Gewalt von vulnerablen Personen häufig nicht berichtet, aus Angst vor Konsequenzen (Caspi, 2024), Scham (Hirt et al., 2022) oder weil sich z.B. aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr daran erinnert wird (Fang & Yan, 2018). Demzufolge ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Eine 2017 durchgeführte Literaturübersicht, bei der 52 Studien aus 28 Ländern in verschiedenen Regionen analysiert wurden, liefert Hinweise darauf, dass fast eine von sechs Personen (15,7 %) im Alter von 60 Jahren und älter Gewalt außerhalb von Institutionen erlebt hat (Yon et al., 2017). Eine Übersicht zur Gewalt gegenüber älteren Menschen in Institutionen zeigt auf, dass 64,2 % des Personals angeben in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Form von Gewalt ausgeübt zu haben (Yon et al., 2018). Da Menschen mit Pflegebedarf oft nicht selber befragt werden können, wird in diesen Fällen Gesundheitspersonal zur Ausübung oder Beobachtung von Gewalt befragt. Diese Ergebnisse können jedoch aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten verzerrt sein (Krumpal, 2013).

In Deutschland liegen einige Studien vor, die die Prävalenz von Gewalt speziell im Setting der stationären Langzeitpflege untersuchen. So berichten im Rahmen einer bundesweiten Befragung aus 2021/22 von 1.002 Leitungspersonen 68,9 % der Teilnehmenden von mindestens einem Gewaltereignis in ihrer Einrichtung in den letzten 12 Monaten. 62,9 % geben dabei Gewaltverhalten von Bewohnenden gegenüber Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern an. 18,6% nennen Gewaltverhalten von Mitarbeitenden gegenüber pflegebedürftigen Personen, die in der Einrichtung leben (Eggert & Teubner, 2024).

Hinsichtlich Gewalt zwischen Bewohnenden zeigt eine Studie der Deutschen Hochschule der Polizei und des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) in 73 Pflegeeinrichtungen in NRW, dass 69 % unter 1.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den letzten vier Wochen verbal aggressives Verhalten zwischen pflegebedürftigen Menschen beobachtet hatten. Zudem beobachteten 33 % der Befragten körperliche Gewalt und 10 % sexuell übergriffiges Verhalten (Görgen et al. 2020).

Im Rahmen des Gewaltpräventionsprojekts PEKO 1.0 wurden Prävalenzdaten bezüglich Gewalt ausgehend vom Personal von 1480 Beschäftigten für einen Zeitraum von drei Monaten erhoben. Am häufigsten berichteten die Befragten Vernachlässigung (62 %) oder psychische Gewalt (49 %) ausgeübt zu haben (Dammermann et al. 2023). Eine ältere Studie von Görgen (2009) kommt zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2001 von 360 befragten professionell Pflegenden 72 % in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt oder Vernachlässigung gegenüber pflegebedürftigen Menschen ausgeübt haben. Dabei wurden psychische Gewalt und pflegerische Vernachlässigung in jeweils 54 % der Fälle berichtet. In 30 % der Fälle wurden Bewohnende psychosozial vernachlässigt und bei 24 % kam es zu physischer Gewalt. Ein weiteres zentrales Ergebnis der Studie untermauert den Aspekt, dass Gewaltereignisse gegenüber Menschen mit Pflegebedarf in den Einrichtungen meist verborgen stattfinden und den Leitungspersonen oft nicht bekannt sind (Görgen, 2009).

Die genannten Studienergebnisse verdeutlichen den Handlungsbedarf zum Thema Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege, um sowohl Bewohnende als auch Mitarbeitende vor Gewalt zu schützen. Diesem Handlungsbedarf wird bisher nur zum Teil entsprochen. Zwar sind Arbeitgeber im Gesundheits- und Sozialwesen beispielsweise gesetzlich dazu verpflichtet, Mitarbeitende vor Gefährdungen zu schützen (BGW, 2017). Speziell stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste sind angehalten, passende Strukturen und Maßnahmen vorzuhalten, um den Schutz der Mitarbeitenden zu gewährleisten. Zugleich bestehen bundesweit uneinheitliche und unterschiedlich konkrete Vorgaben, wie Gewaltschutz von pflegebedürftigen Menschen im professionellen Pflegekontext gestaltet werden soll. Im SGB XI wird hierzu keine explizite Vorgabe gemacht.

Aktuell gibt es für Deutschland keine evidenzbasierten Empfehlungen zu konkreten Interventionen für Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Fachliteratur zeigt jedoch, dass die Entwicklung und Umsetzung von Gewaltschutzkonzepten eine geeignete Maßnahme darstellen kann, um das Ziel der Vorbeugung von Gewalt und damit auch deren Reduktion umfassend zu adressieren. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind ähnliche Schutzkonzepte bereits weit verbreitet.

Gewaltschutzkonzepte

Die Implementierung von Gewaltschutzkonzepten auf organisationaler Ebene von Pflegeeinrichtungen ist bundesweit unterschiedlich geregelt und in mehreren Bundesländern bereits gesetzlich verankert (Sulmann et al., 2024). Unter anderem in Hessen und NRW sind entsprechende Schutzkonzepte obligat. Eine erhöhte Sensibilisierung für die Bedeutung von Gewaltprävention in der Pflege und entsprechende Vorgaben haben ggf. dazu beigetragen, dass die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem implementierten Schutzkonzept in den letzten Jahren mutmaßlich gewachsen ist. Zahlen hierzu liegen allerdings nicht vor. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in Deutschland Gewaltschutzkonzepte in der stationären Langzeitpflege nicht flächendeckend implementiert sind und die jeweiligen Umsetzungsstände – soweit eine Implementierung erfolgte – von Heterogenität geprägt sind.

Ein Gewaltschutzkonzept sollte abgestimmt auf den Kontext der jeweiligen Institution entwickelt werden. Damit ein solches Konzept akzeptiert und nachhaltig implementiert wird, kommt dessen partizipativer Gestaltung eine besondere Rolle zu (Blättner & Grundel, 2018; GKV, 2015). Das partizipative Gestaltungsprinzip bedeutet im Rahmen der Entwicklung eines Gewaltschutzkonzepts, dass Bewohnende und Mitarbeitende dessen Entwicklung und entsprechende Entscheidungen aktiv mitgestalten, um dabei ihre Interessen vertreten zu können. Darüber hinaus können sie so ihre Erfahrungen und Wertvorstellungen in die Entwicklung einbringen (BMZ, 2025). Partizipative Entwicklungsprozesse sind somit im Sinne eines Qualitäts- und Organisationsentwicklungsprozesses als Gesamtstrategie einer Einrichtung zu sehen (Schierer et al., 2022). Organisationsentwicklungen sind „mittel- und langfristig geplante, systematische, zielorientierte Veränderungen von Organisationen auf der Grundlage eines gemeinsamen Lernprozesses aller Beteiligten und stellen damit die Anforderung und Grundprinzipien der Schutzkonzeptentwicklung dar“ (Schierer 2022: 115). Schutzkonzepte sind darüber hinaus ein relevantes Qualitätsmerkmal einer Institution (Schierer et al., 2022).

Als Grundlage der Konzeptentwicklung ist die Durchführung einer Risikoanalyse elementarer Bestandteil und Voraussetzung (Schierer et al., 2022). Bei der Risikoanalyse sollen einerseits Situationen oder Faktoren identifiziert werden, die zu Gewalt führen können, und andererseits Ressourcen der Einrichtung, die dazu dienen Gewaltereignisse einzudämmen. Die Ergebnisse

einer solchen Risikoanalyse können dazu beitragen, einrichtungsspezifische Präventionsmaßnahmen festzulegen (Sulmann et al., 2024). Damit verbunden können Handlungssicherheit, institutionelle Klarheit und eine reflektierte Haltung im Umgang mit schwierigen Situationen gefördert werden.

Weiterer Bestandteil eines Gewaltschutzkonzeptes sollte, neben der Durchführung der Risikoanalyse und des partizipativen Ansatzes, ein Leitbild sein, in dem Gewalt sowie ein konsentierter Verhaltenskodex definiert ist. Darüber hinaus sollten Rahmenbedingungen und Zeiträume für Schulungen und Fortbildungen von Mitarbeitenden zur Gewaltprävention festgelegt werden. Als essenziell erscheint die Etablierung von beauftragten Personen für Gewaltprävention. Die Richtlinien für den Umgang mit Verdachtsfällen und Gewaltereignissen sollten erarbeitet werden und allen Beteiligten bekannt sein. Die Implementierung eines entsprechenden Schutzkonzepts ist dabei in verschiedener Hinsicht mit der Entwicklung der Einrichtungskultur verbunden. (Sulmann et al., 2024).

Ziel von Gewaltpräventionskonzepten sind insbesondere die Anerkennung der besonderen Vulnerabilität pflegebedürftiger Menschen und die breite und gemeinsame Definition von Gewalt auf Basis etablierter Kategorisierungen. Ein wirksames Präventionskonzept stellt sowohl den Schutz der Bewohnenden als auch der Mitarbeitenden in den Mittelpunkt. Die partizipative Ausrichtung ist dabei ein zentrales Qualitätsmerkmal. Die aktive Einbindung aller relevanten Gruppen – insbesondere der Bewohnenden und Mitarbeitenden – kann dabei nicht nur die Akzeptanz fördern, sondern ermöglicht auch eine passgenaue, einrichtungsbezogene Ausgestaltung.

Darüber hinaus kann ein gut verankertes Gewaltschutzkonzept auch über den unmittelbaren Gewaltschutz hinaus Wirkung entfalten – etwa durch die damit verbundene Verbesserung des Arbeitsklimas, die Entlastung des Personals und die Reduktion von Personalfluktuation. Es stärkt auf diese Weise nicht nur die Präventionsarbeit innerhalb der Einrichtung, sondern trägt langfristig auch dazu bei, das Vertrauen in die stationäre Langzeitpflege zu erhöhen.

Die Entwicklung und Umsetzung von Gewaltpräventionskonzepten in der stationären Langzeitpflege in Deutschland basieren bisher nicht auf einheitlichen Vorgaben, Kriterien oder Standards. Die in diesem Projekt ausgearbeiteten Elemente beschreiben darum nicht nur zentrale Inhalte eines Gewaltschutzkonzepts, sondern lassen sich zugleich als Ziele und Qualitätskriterien verstehen, die Orientierung für die Pflegepraxis, Pflegepolitik und Verwaltung bieten sollen.

2. Zielsetzung des Projekts

Das Ziel des Projekts EMeRGe (Entwicklung eines Muster-Rahmenkonzeptes zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen) war, die Entwicklung eines bundesweit anwendbaren, unentgeltlich nutzbaren Muster-Rahmenkonzepts als Grundlage und Anleitung zur Er- und Überarbeitung eines einrichtungsspezifischen Gewaltschutzkonzeptes in der stationären Langzeitpflege. Dieses soll in den Einrichtungen den Einstieg in die Thematik sowie den Erarbeitungsprozess von einrichtungsspezifischen Konzepten erleichtern.

2.1 Muster-Rahmenkonzept

Das Muster-Rahmenkonzept stellt keine starre Vorlage dar, die unverändert in Einrichtungen übernommen werden soll. Vielmehr dient es als konkretes Orientierungsangebot, das einen Möglichkeitsraum für die Entwicklung individuell passender Gewaltschutzkonzepte eröffnet. Die konkrete Ausgestaltung eines Gewaltschutzkonzepts soll partizipativ und einrichtungsspezifisch erfolgen – unter aktiver Einbeziehung von Bewohnenden, Mitarbeitenden und weiteren relevanten Akteur*innen. Das Muster-Rahmenkonzept gibt hierfür die methodische und inhaltliche Richtung vor, lässt aber zugleich Raum für kontextbezogene Anpassungen. Es soll Einrichtungen dabei unterstützen, auf Grundlage ihrer jeweiligen Gegebenheiten, Ressourcen und Herausforderungen ein für sie genau passendes Konzept zu entwickeln, das nicht nur wirksam sein, sondern auch nachhaltig verankert werden soll.

2.2 Risikoanalyse

Ein wesentlicher Bestandteil eines einrichtungsspezifischen Gewaltschutzkonzeptes ist die Identifizierung relevanter Risikofaktoren für Gewaltereignisse vor Ort mithilfe einer Risikoanalyse. Diese soll die Einrichtungen dabei unterstützen, gewaltfördernde Faktoren systematisch zu erkennen und darauf aufbauend gezielte Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Im Rahmen des Projekts ist daher eine praxisbezogene und zugleich wissenschaftlich fundierte Anleitung für entsprechende einrichtungsspezifische Risikoanalysen entwickelt worden. Das ursprüngliche Ziel war dabei, eine bereits bestehende evidenzbasierte Vorlage für das Setting der stationären Langzeitpflege zu identifizieren und weiterzuentwickeln. Im Rahmen einer systematischen Recherche zeigte sich jedoch, dass ein solches Instrument bislang nicht existiert. Um dem zu begegnen, wurden mittels eines Scoping Reviews Risikofaktoren für Gewalt im Setting der stationären Langzeitpflege identifiziert. Hierauf aufsetzend wurde dann die Anleitung zur Risikoanalyse konzipiert.

3. Systematische Literaturrecherche

Als Grundlage für die Erstellung des Muster-Rahmenkonzepts wurde ein Scoping Review durchgeführt, um relevante Informationen aus deutschsprachigen und internationalen Publikationen zu extrahieren und zusammenzufassen.

3.1 Fragestellung

Die primäre Forschungsfrage des Scoping Reviews lautete: *Welche praktischen Empfehlungen zur Durchführung einer einrichtungsspezifischen Risikoanalyse hinsichtlich der Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege gibt es?*

Da auf Basis einer ersten Recherche nur wenige bzw. keine Empfehlungen identifiziert werden konnten, weder aus dem deutschsprachigen noch dem internationalen Raum, wurde eine zweite Forschungsfrage ergänzt mit dem Ziel, Risikofaktoren für die verschiedenen Formen von Gewalt in der stationären Langzeitpflege zu identifizieren, die für die Entwicklung einer Risikoanalyse genutzt werden können.

Die sekundäre Forschungsfrage des Scoping Reviews lautete: *Welche Risikofaktoren werden für die Entstehung von Gewalt in der stationären Langzeitpflege berichtet?*

3.2 Methodisches Vorgehen

Scoping Reviews sind eine anerkannte Methode, um Entscheidungsträger*innen in der Gesundheitspolitik einen Überblick über einen aktuellen Forschungsstand zu geben, der wenig erforscht, interdisziplinär oder komplex ist (Peters et al., 2024; Canadian Institute, 2024). Das durchgeführte Scoping Review folgte den Richtlinien des Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020). Die PRISMA-ScR-Checkliste wurde für die Berichterstattung genutzt (Tricco et al., 2018). Das Scoping Review wurde beim Open Science Framework registriert: <https://osf.io/vb6c2> und entsprechend der methodischen Vorgaben in vier Phasen durchgeführt: 1) Suche, 2) Screening, 3) Extraktion, 4) Synthese. Eine kritische Bewertung (engl. Critical Appraisal) der eingeschlossenen Studien wurde nicht durchgeführt.

Parallel zur Literaturrecherche in Datenbanken wurde eine freie Internetrecherche durchgeführt, die darauf abzielte, bestehende Empfehlungen zur Durchführung einer Risikoanalyse der wichtigsten deutschen Trägerverbände stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen sowie der Unfallkassen in Deutschland zu identifizieren. Die Ergebnisse der Internetrecherche wurden anschließend genutzt, um Kategorien für die Datenextraktion abzuleiten.

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Nach der Entwicklung der Forschungsfragen wurden Ein- und Ausschlusskriterien mit Hilfe des PCC-Schemas (Population, Concept, Context) für das Title und Abstract Screening und das Volltext Screening definiert (siehe Tabelle 1).

Hinsichtlich der Population wurden Bewohnende, Angehörige und Mitarbeitende in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen eingeschlossen. Es gab keine Ausschlusskriterien bezüglich der Population.

Bezüglich des Konzepts wurden Studien eingeschlossen, die Interventionen und Gewaltschutzkonzepte untersuchen und eine Risikoanalyse oder Instrumente zum Screenen von Gewalt beinhalten. Darüber hinaus wurden Studien eingeschlossen, die Risikofaktoren für Gewaltbereignisse untersuchen. Ausgeschlossen wurden Studien, die ausschließlich freiheitsentziehende Maßnahmen und Agitation als Phänomen untersuchen. Es wurden Studien eingeschlossen, die eine der nachfolgenden Gewaltformen thematisieren: zwischen Bewohnenden, zwischen Mitarbeitenden, von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden, von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden.

In Hinblick auf den Kontext wurden Studien aus dem Setting der stationären Langzeitpflege eingeschlossen. Studien, die Gewalt im psychiatrischen, pädiatrischen, ambulanten Bereich oder anderen Bereichen, ohne Bezug zur stationären Langzeitpflege, untersuchten, wurden nicht berücksichtigt.

Um die primäre Forschungsfrage zu beantworten, wurden alle Publikationsformen eingeschlossen. Zur Beantwortung der sekundären Forschungsfragen wurden lediglich Primärstudien und Systematische Übersichtsarbeiten eingeschlossen.

Es wurden nur Studien eingeschlossen, die englisch- oder deutschsprachig publiziert wurden. Hinsichtlich des Zeitraums der Veröffentlichung gab es für die erste Literatursuche keine Ein- oder Ausschlusskriterien. Für das Citation-Tracking (s.u.) wurden nur Studien eingeschlossen, die ab dem Jahr 2014 veröffentlicht wurden.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien Scoping Review

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	<ul style="list-style-type: none">• Bewohnende, Mitarbeitende und Angehörige	/
Konzept	<ul style="list-style-type: none">- Interventionen und Gewaltschutzkonzepte, die eine Risikoanalyse oder Instrumente zum Screenen von Gewalt beinhalten- Studien, die Risikofaktoren für Gewaltbereignisse beschreiben <p>Gewaltformen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zwischen Bewohnenden• Zwischen Mitarbeitenden• Zwischen Mitarbeitenden und Bewohnenden• Von Mitarbeitenden ausgehend• Von Bewohnenden ausgehend• Setting SLZP muss im Ergebnisteil klar abgegrenzt sein	<ul style="list-style-type: none">- Studien, die ausschließlich FeM thematisieren- Studien, die ausschließlich Agitation thematisieren- wenn Setting SLZP im Ergebnisteil nicht direkt abgegrenzt ist

Kontext	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Langzeitpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrischer Bereich - Notaufnahme - Pädiatrischer Bereich - Ambulanter Bereich - Sonstige Bereiche ohne Bezug zur stationären Langzeitpflege
Studien-cha-rakteristika	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoanalysen: alle Studentypen • bei Risikofaktoren nur Primärstudien und Systematic Reviews 	<ul style="list-style-type: none"> - bei Risikofaktoren: Studien, die keine Primärstudien oder Systematic Reviews sind
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> - Englisch- und Deutsch-sprachig 	<ul style="list-style-type: none"> - Andere Sprachen als Deutsch oder Englisch
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> - Alle 	/
Zeitraum Cita-tion-Tracking	<ul style="list-style-type: none"> - Studien, die in den letzten 10 Jahren veröffentlicht wurden 	<ul style="list-style-type: none"> - Studien, die älter als 10 Jahre sind

3.2.2 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte am 01.04.2024 in drei Datenbanken:

- MEDLINE (via PubMed)
- CINAHL (via EBSCOhost)
- The Cochrane Library

Der verwendete Suchstring wurde dabei aus MeSH-Begriffen und Begriffen der Freitextsuche zusammengesetzt. Er besteht aus insgesamt drei Blöcken, die „Gewalt“, „Stationäre Langzeitpflege“ und „Risikoanalyse“ als thematische Begriffe beinhalten (vgl. Tabelle 2). Die Verknüpfung der jeweiligen Suchbegriffe sowie die Dokumentation der Datenbanksuche sind dem Anhang 1 zu entnehmen.

Tabelle 2: Blöcke des Suchstrings und verwendete MeSH-Terms

Verwendete MeSH-Terms
„Workplace violence“, „Violence“, „Elder abuse“, „Exposure to violence“, „Physical abuse“, „Aggression“, „Sex offenses“, „Sexual harassment“, „Gender-based violence“
AND
„long-term care“, „Residential facilities“, „Nursing homes“, „Geriatric nursing“, „Housing for the elderly“
AND
„Risk assessment“, „Safety management“, „Risk management“, „Total quality management“, „Organizational case studies“, „Organizational innovation“ „Change management“, „Organizational Policy“, „Quality Assurance, Health care“, „Risk factor“, „Protective factor“

Ergänzend zur Datenbankrecherche wurden in einer Online-Handrecherche bereits bestehende Risikoanalysen von Trägern der stationären Langzeitpflege in Deutschland identifiziert. Hierbei wurden die größten Trägerverbände auf Bundes- und Landesebene berücksichtigt (AWO, DRK, Diakonie, Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Die Johanniter, Malteser, Arbeiter-Samariter-Bund).

Zunächst wurden alle Treffer in die Software „Covidence“ importiert und Duplikate entfernt. Der erste Schritt zur Identifizierung relevanter Studien war die Sichtung der Zusammenfassungen und Titel, die von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt wurde. Bei Konflikten wurde eine dritte Person hinzugezogen. Anschließend wurden die identifizierten Volltexte von zwei Forschenden gescreent. Bei Unstimmigkeiten wurde durch den Diskurs mit bis zu zwei weiteren Forschenden eine Einigung erzielt.

3.2.3 Datenextraktion

Anhand der in der Online-Recherche identifizierten Risikoanalysen wurden induktiv Kategorien abgeleitet, sodass alle aufgeführten Risikofaktoren zu den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden konnten. Das entwickelte Kategoriensystem wurde deduktiv auf die im Scoping-Review identifizierten Risikofaktoren angewandt. Gleichzeitig wurden die identifizierten Risikofaktoren in den Kategorien den verschiedenen Richtungen von Gewalt zugeordnet (von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden, von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden, zwischen Bewohnenden).

3.3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Identifizierte Risikoanalysen

In der Online-Recherche wurden n=9 Risikoanalysen von deutschen Trägern identifiziert. Zusätzlich wurde eine Risikoanalyse aus dem Muster-Rahmenkonzept des MAGS-NRW aus Vorarbeiten der Forschungsgruppe einbezogen, sodass insgesamt n=10 Risikoanalysen vorliegen. Die Risikoanalysen sind von vier unterschiedlichen Trägerverbänden (fünf von einem Trägerverband) sowie einer Unfallkasse. Fokussiert wird überwiegend Gewalt gegenüber „hilfebedürftigen Erwachsenen“ (n=7), eine Risikoanalyse thematisiert ausschließlich Gewalt gegenüber Beschäftigten und in zwei Analysen wird Gewalt in beide Richtungen thematisiert. Fünf der identifizierten Analysen fokussieren primär auf sexualisierte Gewalt. Keine der identifizierten Analysen richtet sich ausschließlich an das Setting der stationären Langzeitpflege, gleichzeitig sind alle Analysen in den Kontext der Erarbeitung von Gewaltschutzkonzepten eingebettet. Die methodischen Vorgehensweisen der Erarbeitung der Risikoanalyse werden heterogen beschrieben. In drei Risikoanalysen werden Fragenkataloge mit teils offen und teils geschlossen gestellten Fragen verwendet. In zwei Risikoanalysen werden Fragebögen mit ge-

schossenen und offenen Fragen verwendet. In drei Risikoanalysen werden lediglich verschiedene Kategorien bzw. einzelne Risikofaktoren oder Fragen beispielhaft aufgelistet. Zwei Risikoanalysen arbeiten mit derselben Tabelle, in der die identifizierten Risikofaktoren hinsichtlich Häufigkeit und Schwere der Auswirkung beurteilt werden. Eine Übersicht der identifizierten Risikoanalysen findet sich in Anhang 2.

Sowohl inhaltlich, als auch bezogen auf das methodische Vorgehen wurde keine der identifizierten Risikoanalysen für die direkte Anwendung im Rahmen der Zielsetzung als geeignet eingestuft. Dies lag zum einen an der fehlenden bzw. nicht nachvollziehbaren Evidenzbasierung, zum anderen daran, dass die Risikoanalysen weder spezifisch für das Setting der stationären Langzeitpflege erstellt wurden, noch alle Richtungen und Formen von Gewalt umfassen.

Datenbankrecherche

Wie in Abbildung 1 dargestellt, wurden in den Datenbanken insgesamt $n=5.737$ Studien identifiziert. Nach dem Entfernen von Duplikaten blieben $n=4.422$ Studien zum Titel- und Abstract Screening. $N=185$ Studien wurden hinsichtlich ihres Volltextes geprüft, von denen 59 eingeschlossen wurden. Im Weiteren wurden durch das Backward-Citation-Tracking weitere $n=5$ Studien eingeschlossen. So konnten am Ende $n=64$ Studien zu Risikofaktoren für Gewaltergebnisse in der stationären Langzeitpflege eingeschlossen werden. Alle eingeschlossenen Studien beschreiben Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt in mindestens einer der gesuchten Konstellationen zwischen Mitarbeitenden und Bewohnenden. Es wurden keine Studien identifiziert, die Empfehlungen zur Durchführung einer Risikoanalyse untersuchen.

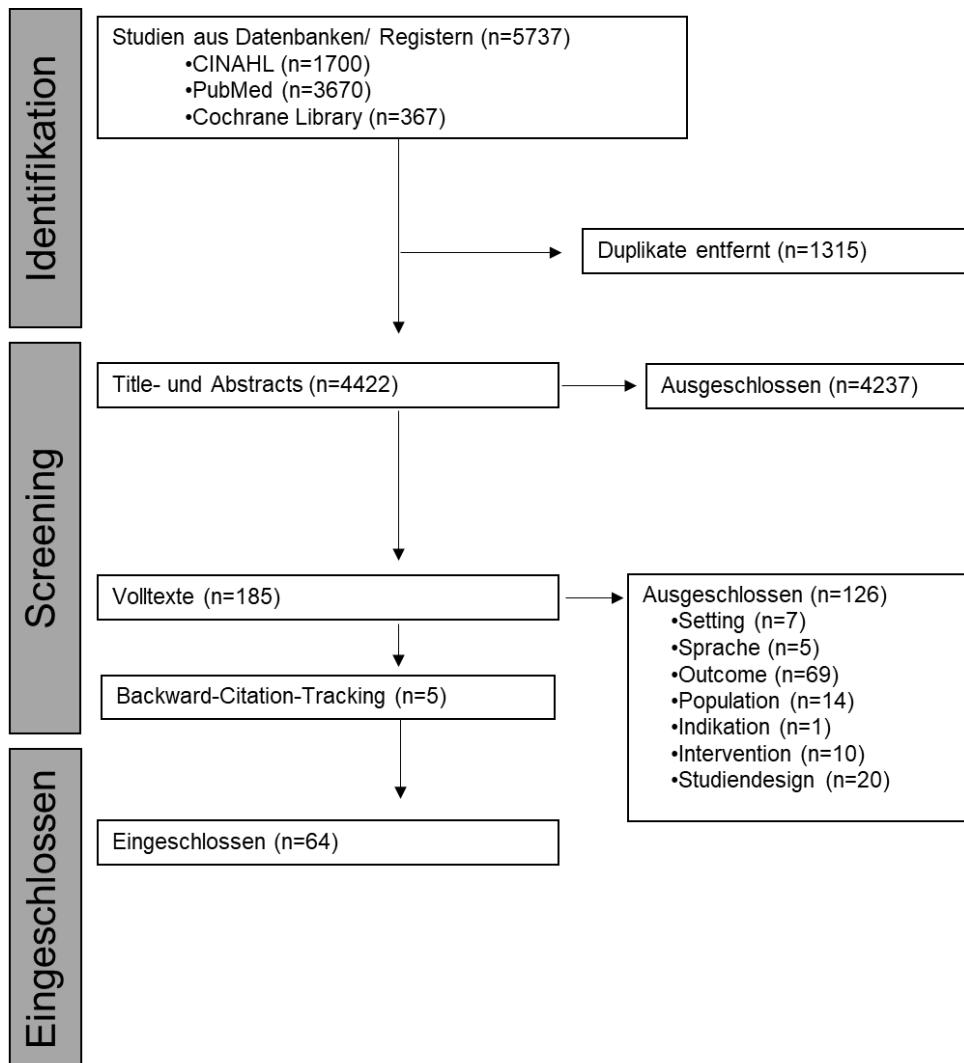


Abbildung 1: Flussdiagramm der Literaturrecherche

3.3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur

Insgesamt liegen n=31 Studien aus den USA vor, n=8 Studien aus Kanada und jeweils n=4 Studien aus der Schweiz und Australien. Jeweils n=2 Studien wurden in Israel, Tschechien, China, Großbritannien und Taiwan durchgeführt. Die übrigen Studien stammen aus Frankreich, Norwegen, Portugal, Schweden, Japan, Deutschland und Dänemark (vgl. Abbildung 2).

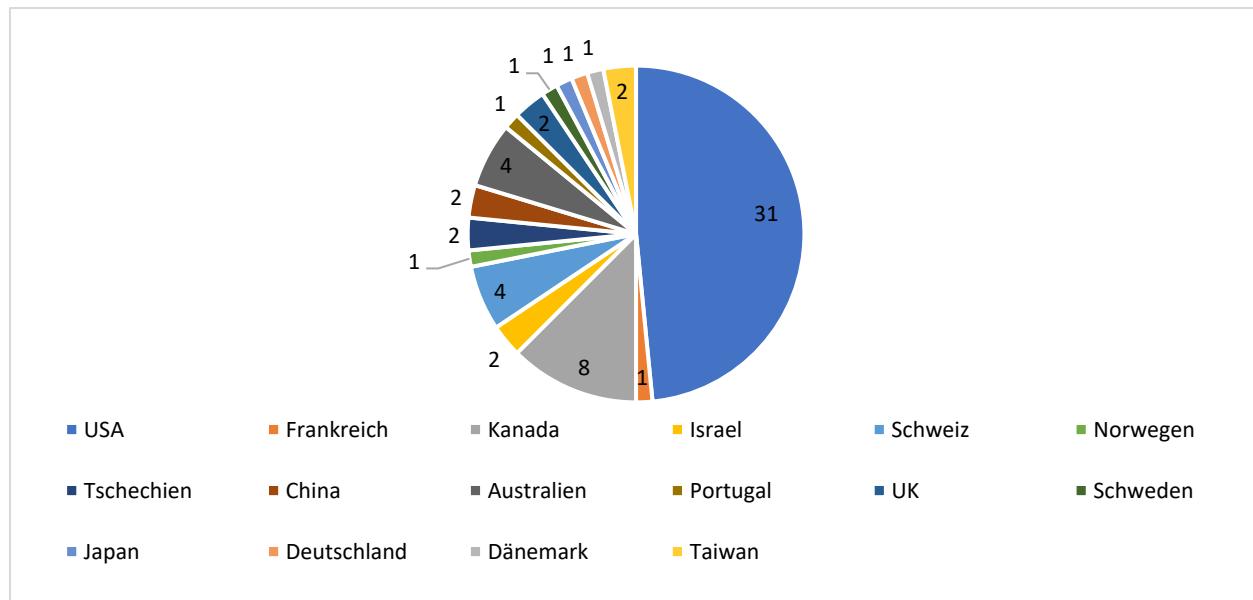


Abbildung 2: Länder der eingeschlossenen Studien

Die eingeschlossenen Studien weisen hinsichtlich ihres Studiendesigns eine erhebliche Heterogenität auf. Die meisten Studien sind Querschnittsstudien (n= 41), gefolgt von Sekundäranalysen (n= 6), systematischen Übersichtsarbeiten (n= 4) und qualitativen Studien (n= 3). Weitere Studiendesigns sind Kohortenstudien (n= 2), Fall-Kontroll-Studien (n= 2), diagnostische Genauigkeitsstudien (n= 2), Fallberichte (n= 1), Studien mit gemischten Methoden (n= 1), Prävalenzstudien (n= 1) und Dissertationen (n= 1).

3.3.2 Ergebnisse der Datenextraktion

Aus den 10 identifizierten Risikoanalysen konnten vier Kategorien zur Strukturierung der in der Datenbankrecherche identifizierten Risikofaktoren abgeleitet werden: 1) Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen, 2) Bewohnende, 3) Mitarbeitende, 4) Bau- und Infrastrukturspekte.

Gewaltformen, die in den eingeschlossenen Studien beschrieben werden, sind verbale Gewalt, psychische, physische, sexualisierte und strukturelle Gewalt sowie finanzielle Ausbeutung, „Elder Abuse“ im Allgemeinen, Vernachlässigung und aggressive Verhaltensweisen.

Die Zuordnung der eingeschlossenen Studien nach Gewaltrichtung ergab insgesamt vier Cluster, basierend auf den jeweiligen Richtungen von Gewaltereignissen:

- 1) Gewalt zwischen Bewohnenden (10 Studien)
- 2) Gewalt von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden (18 Studien)
- 3) Gewalt von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden und Bewohnenden (15 Studien)
- 4) Gewalt von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden (21 Studien)

Die identifizierten Risikofaktoren wurden den vier Clustern zugeordnet. Darüber hinaus wurden die identifizierten Risikofaktoren den Hauptkategorien, die aus der Identifizierung der bestehenden Empfehlungen zur Durchführung einer Risikoanalyse aus Deutschland gebildet wurden, zugeordnet (Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen, Bewohnende, Mitarbeitende, Bau- und Infrastrukturaspekte).

1) Risikofaktoren für Gewalt zwischen Bewohnenden

a. Kategorie Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen

In der identifizierten Literatur wurden folgende Risikofaktoren, die Gewalt zwischen Bewohnenden begünstigen können, im Bereich der Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen genannt:

- Demenz- und Alzheimerabteilungen (Lachs et al., 2016; Shinoda-Tagawa et al., 2004),
- Personalmangel (Baumbusch et al., 2018)
- höhere Anzahl von Pflegehelfenden (Lachs et al., 2016)
- kulturelle Zusammensetzung des Teams (Baumbusch et al., 2018)
- fehlende Schulungen und Erfahrung in der Arbeit mit Demenzerkrankungen (Baumbusch et al., 2018)
- fehlende Handlungssicherheit der Mitarbeitenden (Baumbusch et al., 2018)
- fehlende Angebote von Aktivitäten für Bewohnende (Baumbusch et al., 2018)

b. Kategorie Bewohnende

Identifizierte Risikofaktoren, die Gewalt zwischen Bewohnenden begünstigen können und in der Kategorie „Bewohnende“ subsumiert werden können sind:

- kognitive Beeinträchtigungen (Rosen et al., 2010)
- Bewohnende, die weniger kognitiv und körperlich beeinträchtigt sind als andere Bewohnende (Ferrah et al., 2015; Pillemer et al., 2022, Lachs et al., 2016)
- Demenzerkrankung, insbesondere eine Demenzerkrankung, die den Frontal- und Temporallappen betrifft (Rosen et al., 2010, Schiamborg et al., 2012)
- Depressionen (Pillemer et al., 2022)
- Kommunikationsbarrieren (McDonald et al., 2015)
- körperliche Beeinträchtigungen (Schiamborg et al., 2012)
- Verletzungen der Bewohnenden (Shinoda-Tagawa et al., 2004)
- intolerante Einstellung gegenüber kognitiven Beeinträchtigungen der anderen Bewohnenden (Ferrah et al., 2015)
- männliches Geschlecht (McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2010)
- ältere Bewohnende (Schiamborg et al., 2012)

- jüngere Bewohnende (Pillemer et al., 2022)
- Bewohnende, die nicht afrikanischer-amerikanischer Abstammung sind (Pillemer et al., 2022)
- Verletzung des persönlichen Raums und Ausgrenzung (McDonald et al., 2015)

c. Kategorie Mitarbeitende

Es wurden keine Risikofaktoren bezogen auf Mitarbeitende identifiziert, die zu Gewalt zwischen Bewohnenden führen.

d. Kategorie Bau- und Infrastrukturaspekte

Risikofaktoren, die zu Gewalt zwischen Bewohnenden führen können und in der Kategorie Bau- und Infrastrukturaspekte verortet werden können, sind:

- Raum der Bewohnenden selbst, Gemeinschaftsräume (Lachs et al., 2016; McDonald et al., 2015)
- Räume, die nicht in Sichtweite der Mitarbeitenden sind (Baumbusch et al., 2018)
- Saisonale Schwankungen mit höheren Raten von Gewaltbereignissen in Wintermonaten (Lachs et al., 2016)
- Raumtemperatur, die Lautstärke von Fernsehern, unzureichendes Licht (McDonald et al., 2015)

2) Risikofaktoren für Gewalt von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden

a. Kategorie Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen

Risikofaktoren, die zu Gewalt von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden führen und innerhalb Arbeitsorganisation und in Einrichtungsstrukturen begründet sind, sind:

- hohe Anzahl von Betten und Pflegefachkräften in der Einrichtung (Natan et al., 2010a; Natan et al., 2010b)
- Personalmangel (Gil, 2019; Lindblom et al., 2007)
- hohe Fluktuationsrate (Natan et al., 2010a, Natan et al., 2010b, Lindblom et al., 2007)
- schlechtes bis fehlendes Teamwork (Andela et al., 2018; Arens et al., 2016)
- Probleme, Bewohnende adäquat pflegerisch zu versorgen (Chen et al., 2020)
- fehlender Support von Leitungspersonen (Botngard et al., 2021; Buzgova & Ivanova, 2011)
- geringe soziale Ressourcen der Einrichtung (Wang et al., 2009)

- eine institutionelle Pflegeumgebung, die schwieriges Verhalten der Bewohnenden einschränkt, fehlender Support der Bewohnenden von Familie und Gemeinde und kleinere Einrichtungen können Risikofaktoren sein (Lim, 2020)
- fehlendes Sicherheitsklima der Bewohnenden (Arens et al., 2016)
- Umgebung, in der Bewohnende die einzigen sind, die Gewaltvorfälle melden können, ineffektive Supervisionsmöglichkeiten und fehlende finanzielle Ressourcen der Einrichtung (Kamavarapu et al., 2017)

b. Kategorie Bewohnende

Risikofaktoren, die zu Gewalt von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden führen und in der Kategorie „Bewohnende“ verortet werden können, sind:

- Demenzerkrankungen (Natan et al., 2010b)
- Behaviorale und Psychische Symptome der Demenz (BPSD) der Bewohnenden (Chen et al., 2020)
- Bewusstseinsstörungen, Unterernährung, Stuhlinkontinenz, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (Lindbloom et al., 2007)
- körperliche Beeinträchtigungen (Lindbloom et al., 2007; Post et al., 2010)
- Diabetes (Lindbloom et al., 2007)
- Bewohnende mit Dekubitus (Lindbloom et al., 2007)
- aggressive Verhaltensweisen der Bewohnenden untereinander (Botngard et al., 2021; Schiamborg et al., 2012; Buzgova & Ivanova, 2011)
- herausforderndes Verhalten der Bewohnenden (Hutchison & Kroese, 2015; Post et al., 2010)
- Ablehnen von Pflegemaßnahmen (Post et al., 2010)
- weibliche Bewohnende (Natan et al., 2010b)
- männliche Bewohnende (Lindbloom et al., 2007; Arens et al., 2016)
- nicht weiße Bewohnende (Lindbloom et al., 2007)

c. Kategorie Mitarbeitende

Risikofaktoren, die zu Gewaltereignissen ausgehend von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden führen können und in der Kategorie „Mitarbeitende“ verortet werden können, sind:

- Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Jobs (Buzgova & Ivanova, 2011)
- Intention, den Job zu verlassen und psychologischer Disstress (Botngard et al., 2021).
- die (körperliche) Belastung durch die Arbeit, verbunden mit einem hohen Arbeitsaufwand und Stress (Wang, 2005; Wang et al., 2009; Arens et al., 2016; Buzgova & Ivanova, 2011; Lindbloom et al., 2007)

- hohe emotionale Anforderungen und emotionale Erschöpfung (Andela et al., 2018; Natan et al., 2010b; Arens et al., 2016; Hutchison & Kroese, 2015)
- hohe Jobanforderungen und niedrige Jobkontrolle sowie Autonomie (Rodwell & Demir, 2014; Lim, 2020)
- fehlende Handlungsmöglichkeiten bzgl. Gewaltbereignissen (Kamavarapu et al., 2017)
- Burnout (Natan et al., 2010b; Hutchison & Kroese, 2015; Lindblom et al., 2007)
- schlechte Bezahlung (Shaw, 1998)
- weniger Stunden Arbeit am Tag (Wang et al., 2009)
- jede weitere Stunde Arbeit (Gerberich, 2005)
- weniger lange Beschäftigung in der jeweiligen Einrichtung (Lim, 2020)
- mangelnde Ausbildung (Gil, 2019)
- höherer Bildungsstand (Wang et al., 2009)
- fehlende Erfahrung und Wissen (insbesondere in Sozialwissenschaft) (Buzgova & Inaova, 2011; Hutchison & Kroese, 2015; Lim, 2020)
- fehlende Resilienz, fehlende Haltung gegenüber Gewaltbereignissen (Lim, 2020)
- erste Anzeichen einer Depersonalisierung der Bewohnenden (Andela et al., 2018; Natan et al., 2010b)
- Erfahrung von psychologischem Missbrauch von Bewohnenden gegenüber Pflegenden in der Vergangenheit (Buzgova & Inaova, 2011)
- Drogenmissbrauch, erlebte Gewalt im Privatleben (Levin et al., 2003)

d. Kategorie Bau- und Infrastrukturaspekte

Risikofaktoren, die aus Bau- und Infrastrukturaspekten resultieren, sind:

- wenig Tageslicht (Gerberich et al., 2005)

3) Risikofaktoren für Gewalt von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden und Bewohnenden

Kategorie Bewohnende

Risikofaktoren, die zu Gewaltvorkommnissen von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden und Bewohnenden gleichermaßen ausgehen und in der Literatur identifiziert und in der Kategorie „Bewohnende“ verortet werden konnten, sind:

- kognitive Beeinträchtigungen der Bewohnenden (Berry et al., 2017; Cohen-Mansfield et al., 1992; Conner et al., 2011; Gruber-Baldini et al., 2004; Jackson et al., 1997)
- Demenzerkrankung (Gimm et al., 2018; Gruber-Baldini et al., 2004)
- Depressionen (Beck et al., 1998; Gruber-Baldini et al., 2004; Leonard et al., 2006; Majic et al., 2012; Volicer et al., 2009)

- Psychosen (Gruber-Baldini et al., 2004; Jackson et al., 1997; Rudman et al., 1994), Schizophrenie (Jackson et al., 1997)
- Halluzinationen (Leonard et al., 2006)
- Kommunikationsschwierigkeiten (Jackson et al., 1997)
- körperliche Beeinträchtigungen (Conner et al., 2011, Gimm et al., 2018, Gruber-Baldini et al., 2004; Kang et al., 2021, Rudman et al., 1994)
- Schmerz (Ahn et al., 2015)
- schlechter Gesundheitsstatus und schlechter Schlaf (Cohen-Mansfield et al., 1992)
- Verstopfung (Leonard et al., 2006)
- Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens (Yamada et al., 2015)
- Einnehmen von psychotropen Medikamenten (Gruber-Baldini et al., 2004)
- schlechte interpersonale Beziehung (Cohen-Mansfield et al., 1992)
- antisoziales Verhalten (Diagnose), kriminelles Verhalten in der Vorgeschichte (Gibson & Ferrini, 2014)
- männliches Geschlecht (Cohen-Mansfield et al., 1992; Jackson et al., 1997)
- Status des Verheiratet sein (Gruber-Baldini et al., 2004).

Risikofaktoren, die zu Gewaltereignissen von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden und Bewohnenden führen können und den Kategorien Mitarbeitenden, Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen oder Bau- und Infrastrukturaspekten zugeordnet werden, konnten nicht identifiziert werden.

4) Risikofaktoren für Gewalt von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden

a. Kategorie Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen

Risikofaktoren, die in der genannten Kategorie in der Arbeitsorganisation und den Einrichtungsstrukturen begründet sind:

- Schichtdienst (gerade am Abend oder in der Nacht) (Sharipova et al., 2010)
- Personalmangel (Shaw, 2004)
- fehlende Zeit, Bewohnende bei Aktivitäten zu unterstützen (Tong et al., 2017)
- geschultes und examiniertes Personal (im Vergleich zu Studierenden/Schüler*innen/nicht-examiniertes Personal) (Zeller et al., 2012; Tong et al., 2017)
- eine geringe Führungsqualität sowie fehlende Bekenntnis hinsichtlich der Gewaltprävention aus Sicht der Führungspersonen (Sharipova et al., 2010; Shea et al., 2017)
- fehlender Respekt der Leitungspersonen vor der wichtigen Rolle der Pflegehelfenden (Rico, 2013)

- fehlende Ressourcen der Einrichtung zur Versorgung von an Demenz erkrankten Personen und eine niedrige Entscheidungsmacht der Mitarbeitenden (Morgan et al., 2005)
- unzureichende Angebote zur Weiter- und Fortbildung (speziell bzgl. Demenzerkrankungen und anderen Erkrankungen der Bewohnenden) (Morgan et al., 2005; Levin et al., 2003; Yan et al., 2022).
- bei Situationen wie dem Baden oder das Berühren von Bewohnenden und die Anwesenheit von mehreren Pflegenden (Somboontanont et al 2004; Whall et al. 2008)
- Nichtrespektieren der Privatsphäre von Bewohnenden und falsche Ansätze in der pflegerischen Versorgung (gerade Timing und Schnelligkeit) (Shaw, 2004)
- Zuweisung von Aufgaben, die zu Veränderungen oder Einschränkungen für die Bewohnenden führen (Levin et al., 2003)
- freiheitsentziehende Maßnahmen (Voyer et al., 2005)

b. Kategorie Bewohnende

Risikofaktoren, die die Gewaltentstehung von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden begünstigen und der Kategorie „Bewohnenden“ zugeordnet werden können, sind:

- kognitive Beeinträchtigungen (Lachs et al., 2012; Morgan et al., 2012; Voyer et al., 2005)
- Depressionen (Cen et al., 2018)
- Demenzerkrankungen (Cen et al., 2018; Morgan et al., 2012; Shaw, 2004; Whall et al., 2008; Yan et al., 2022)
- psychische Störungen wie z. B. bipolare Störungen und Schizophrenie (Shaw, 2004)
- psychischer Disstress (Voyer et al., 2005)
- Schlafstörungen (Voyer et al., 2005; Whal et al., 2008)
- Einnehmen von neuroleptischen Medikamenten (Voyer et al., 2005)
- körperliche Beeinträchtigungen (Voyer et al., 2005)
- Kopfverletzungen (Shaw, 2004)
- Agitation, Schmerz (Morgan et al., 2012)
- Unterstützungsbedarf bei der morgendlichen Pflege (Lachs et al., 2012)
- Ablehnen von Pflegemaßnahmen (Morgan et al., 2012; Shaw, 2004)
- jeweilige Persönlichkeiten der Bewohnenden (Morgan et al. 2012; Whall et al. 2008)
- Stimmungsschwankungen der Bewohnenden (Lachs et al., 2012; Morgan et al., 2012)
- aggressive Verhaltensweisen der Bewohnenden (Arens et al., 2016)
- aggressive Verhaltensweisen unter den Bewohnenden (Arens et al., 2016)
- männliches Geschlecht (Voyer et al., 2005; Sharipova et al., 2010)

c. Kategorie Mitarbeitende

Risikofaktoren, die zur Gewaltentstehung von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden führen können und von Mitarbeitenden ausgehen, sind:

- berufliche (körperliche) Belastung der Mitarbeitenden, insbesondere wenn sie „immer auf der Arbeit sind“ und Überstunden machen (Gates et al., 2003; Morgan et al., 2005; Sharipova et al., 2010)
- hohe emotionale Anforderungen und emotionale Erschöpfung der Pflegekräfte (Stutte et al., 2017; Sharipova et al., 2010)
- Rollenkonflikte und Rollenüberlastung der Mitarbeitenden (Sharipova et al., 2010; Shea et al., 2017)
- niedriger Grad an Einbringung in die Strukturen der Einrichtung (Sharipova et al., 2010)
- Wut der Mitarbeitenden (Gates et al., 2003)
- Drogenabhängigkeit (Cen et al., 2018)
- jüngere Pflegekräfte (Tak et al. 2010; Gates et al. 2003; Stutte et al. 2017; Zeller et al. 2012)
- ältere Pflegekräfte (Voyer et al. 2005; Shea et al. 2017)
- weibliche Pflegekräfte (Stutte et al., 2017; Zeller et al., 2012)

d. Kategorie Bau- und Infrastrukturaspekte

Weitere Risikofaktoren, die aus Bau- und Infrastrukturaspekten resultieren, sind:

- Nicht-Tragen von Telefonen oder Alarmen der Pflegenden (Gerberich et al., 2005)
- findet vermehrt in den Räumen der Bewohnenden statt (Yan et al., 2022)

3.4 Zusammenfassung der Literaturrecherche

Insgesamt wurden n=64 Studien im Rahmen des Scoping Review eingeschlossen und ausgewertet. Alle Artikel beschreiben Risikofaktoren zur Entstehung von Gewaltereignissen in der stationären Langzeitpflege. Es wurden keine Artikel identifiziert, die evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung einer Risikoanalyse untersuchen.

Die Kategorisierung der Risikofaktoren der deutschsprachigen Risikoanalysen ergab vier Hauptkategorien: 1) Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen, 2) Bewohnende, 3) Mitarbeitende, 4) Bau- und Infrastrukturaspekte. Aus den eingeschlossenen Studien konnten zudem vier verschiedene Gewaltrichtungen abgeleitet werden: 1) zwischen Bewohnenden, 2) von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden, 3) von Bewohnenden gegenüber Mitarbeitenden, 4) von Bewohnenden gegenüber Bewohnenden und Mitarbeitenden.

Die eingeschlossenen Studien sind in Bezug auf die Definition von Risikofaktoren und Gewalt sowie bzgl. Studiendesign und Berichtsqualität heterogen. Insofern ist eine generalisierbare Aussage über Risikofaktoren im Setting der stationären Langzeitpflege nicht möglich.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die meisten Studien, die Gewaltereignisse innerhalb der stationären Langzeitpflege thematisieren, Risikofaktoren auf Ebene der Bewohnenden untersuchen. Am häufigsten werden kognitive Einschränkungen sowie körperliche Beeinträchtigungen der Bewohnenden als Risikofaktoren berichtet. In Bezug auf Mitarbeitende berichten die meisten Studien körperliche und emotionale Belastung durch die Arbeit, sowie fehlende Handlungssicherheit bezüglich Gewaltereignissen und mangelndes Wissen bezüglich der Erkrankungen der Bewohnenden als Risikofaktoren. Die am häufigsten berichteten Risikofaktoren in der Kategorie „Einrichtungsstrukturen und Arbeitsorganisation“ sind mangelnde Angebote zu Fort- und Weiterbildungen und fehlende Unterstützung durch die Leitungspersonen.

4. Entwicklung Risikoanalyse und Muster-Rahmenkonzept

4.1 Entwicklung der Risikoanalyse

Wie in den Ergebnissen der Literaturrecherche beschrieben, war keine der identifizierten Risikoanalysen für die direkte Anwendung im Rahmen der Zielsetzung als geeignet eingestuft. Die Risikoanalysen konnten jedoch für die Ableitung relevanter Kategorien zur Einteilung der in der Literaturrecherche identifizierten Risikofaktoren genutzt werden: 1) Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen, 2) Bewohnende, 3) Mitarbeitende, 4) Bau- und Infrastrukturspekte. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden zusätzlich Unterkategorien entwickelt. In einem ersten Studienteam-internen Workshop am 09.10.24 wurden die identifizierten Risikofaktoren hinsichtlich ihrer Relevanz diskutiert. Faktoren, zu denen Studienergebnisse heterogen waren (bspw. Alter und Geschlecht der Mitarbeitenden) oder die Wirkmechanismen nicht klar erkennbar (z. B. hohe Anzahl von Beschäftigten) wurden verworfen.

Darüber hinaus wurden die unterschiedlichen Vorgehensweisen der in der Online-Recherche identifizierten Risikoanalysen hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile diskutiert. Eine Risikoanalyse schien zunächst aufgrund ihres Umfangs, Formats und ihrer Ergebnisdarstellung (in Form einer gut überschaubaren Spinnennetzgrafik) besonders geeignet. Nach einem Austausch mit den Entwickler*innen wurde jedoch deutlich, dass für die Umsetzung und Auswertung dieser Risikoanalyse fachliche Unterstützung notwendig ist. Da das Ziel ist, dass die Einrichtungen die in diesem Projekt entwickelte Risikoanalyse selbstständig bearbeiten und umsetzen, ist das identifizierte Instrument nicht passend. Ein weiteres Konstrukt, welches diskutiert wurde, war die Abfrage in Tabellenform, in der die einzelnen Risikofaktoren mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten aufgelistet sind. Bei dieser Form überwog aus Sicht des Studienteams der Nachteil, dass die Bewertung einzelner Faktoren in einem geschlossenen Fragenformat nicht

immer möglich ist, was sich negativ auf die Handhabbarkeit auswirkt. Schlussendlich wurde sich für eine Mischform aus Tabelle und offenen Fragen entschieden. Durch die offen gestellten und ausformulierten Fragen werden Diskussion und Austausch bei der Durchführung der Risikoanalyse angeregt und die aufgeführten Faktoren für das eigene Arbeitsumfeld reflektiert.

Auf dieser Basis wurde ein Fragenkatalog zur Risikoanalyse und -reflektion entwickelt. Um bei der Ableitung relevanter und passender Maßnahmen zu unterstützen, wurde ein Ampelsystem entwickelt, mit dessen Hilfe das Risiko für jede Kategorie diskursiv bewertet wird. Dieses System dient dazu, das Risiko in den Kategorien nicht nur zu benennen, sondern auch hinsichtlich seiner Ausprägung und Dringlichkeit einzuschätzen. Die Einteilung in die Farben Rot, Gelb und Grün erlaubt eine intuitive, aber dennoch strukturierte Risikoeinstufung: Während Grün auf ein niedriges bzw. nicht bestehendes Risiko hinweist, signalisiert Gelb ein potenzielles Risiko mit Handlungsbedarf, in dem zwar bereits Präventionsmaßnahmen bestehen, diese aber noch nicht allen Beteiligten bekannt sind und noch nicht vollständig umgesetzt sind. Rot stellt ein hohes Risiko mit unmittelbarem Interventionsbedarf dar, bei dem es keine Präventionsmaßnahmen gibt und die Risiken der Kategorie in der Einrichtung nicht bekannt sind. Die diskursive Bewertung im Team fördert dabei einen gemeinsamen Reflexionsprozess und unterstützt eine partizipative Entscheidungsfindung über geeignete, bzw. bereits bestehende Maßnahmen zur Risikominimierung.

4.2 Entwicklung des Muster-Rahmenkonzepts

Das Muster-Rahmenkonzept dient als Handlungshilfe für die Er- oder Überarbeitung einrichtungsspezifischer Gewaltschutzkonzepte, wobei der Fokus auf der partizipativen Gestaltung des Gesamtprozesses liegt. Es richtet sich insbesondere an jene Personengruppen, die in die Erarbeitung eingebunden werden müssen, d.h. Mitarbeitende und Bewohnende sowie Leitungs-/Verwaltungspersonal der stationären Langzeitpflege.

Es basiert auf einem Muster-Rahmenkonzept, das am Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter „Auf- & Umbruch im Gesundheitswesen GmbH“ für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW für den Geltungsbereich des Wohn- und Teilhabegesetz (WTG-NRW) entwickelt worden war (stationäre Langzeitpflege, Wohnformen und Werkstätten für behinderte Menschen). Dies wurde in einem Expert*innengremium aus Einrichtungsleitungen, Gewaltpräventionsbeauftragten, Vertreter*innen des LVR und LWL sowie vom Kompetenzzentrum Selbstbestimmt leben NRW (KSL.NRW) diskutiert und entsprechend überarbeitet. Mit Genehmigung des MAGS wurde das Muster-Rahmenkonzept als Arbeitsgrundlage für das vorliegende Konzept verwendet.

In Zusammenarbeit mit dem ZQP wurde das Muster-Rahmenkonzept spezifisch für das Setting der stationären Langzeitpflege angepasst und überarbeitet und um eine für das Setting spezifische Risikoanalyse ergänzt.

Das Muster-Rahmenkonzept wurde in seiner Gliederung zunächst angepasst. Die aufgeführten Maßnahmen wurden den identifizierten Kategorien der Risikoanalyse zugewiesen. Des Weiteren wurden Formulierungen, Fragen und Maßnahmen hinsichtlich ihrer Relevanz für das Setting der stationären Langzeitpflege im Studienteam diskutiert und jene Maßnahmen und Fragen gestrichen, die sich spezifisch auf das Setting der Eingliederungshilfe beziehen. Die Formulierungen wurden entsprechend für die Langzeitpflege angepasst.

5. Expert*innenworkshops

5.1 Ziel und Fragestellung

Im Rahmen des EMeRGe-Projekts wurden zwei Expert*innenworkshops durchgeführt. Beide Workshops hatten das Ziel, die im Projektverlauf entwickelten Bestandteile (Risikoanalyse und Muster-Rahmenkonzept) mit ausgewählten Expert*innen bzgl. inhaltlicher Relevanz und Umsetzbarkeit in der stationären Langzeitpflege zu diskutieren.

Im Rahmen der Entwicklung des Entwurfs der Risikoanalyse wurden für den ersten Workshop folgende Fragestellungen zur Risikoanalyse thematisiert:

1. Sind die aufgeführten Risikofaktoren relevant und beantwortbar?
2. Ist die Bearbeitung der Risikoanalyse in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege umsetzbar?

In einem zweiten Workshop wurde das erarbeitete Muster-Rahmenkonzept durch die Expert*innen bzgl. der folgenden Fragestellungen diskutiert:

1. Inwiefern eignet sich das Muster-Rahmenkonzept zur Unterstützung bei der Erstellung oder Überarbeitung von Gewaltschutzkonzepten in der stationären Langzeitpflege?
2. Sind die aufgeführten Maßnahmen zur Prävention von Gewalt vollständig?

5.2 Methodisches Vorgehen

5.2.1 Definition Expert*in

Es gibt verschiedene Definitionen von Expert*innen, die sich in der Regel auf deren Wissen, die berufliche Stellung bzw. die soziale Rolle in der Gesellschaft beziehen (Gläser & Laudel 2006; Smeddinck, 2005). Das entscheidende Merkmal zur Definition von Expert*innen ist dabei deren spezifisches Wissen, das für andere nicht oder nur schwer zugänglich ist. Das Wissen bzw. die Kenntnisse haben die Expert*innen meist über Jahre hinweg durch deren Aus-

bildung oder berufliche Tätigkeiten erworben. Ihr Wissen bezieht sich auf spezialisierte Fachgebiete und ist nicht an individuelle Persönlichkeitsmerkmale gebunden (Niederberger & Renn, 2017).

Zur Beantwortung der Fragestellungen der beiden Workshops wurden Expert*innen eingeladen, die sich sowohl theoretisch als auch praktisch mit dem Thema Gewaltprävention im Setting der stationären Langzeitpflege befassen (vgl. Tabelle 3). Zum einen Personen aus Einrichtungen, die die Perspektive der Mitarbeitenden, der Bewohnenden und des Leitungspersonals vertreten, da diese Gruppen die Erarbeitung von Gewaltschutzkonzepten maßgeblich umsetzen sollen. Auf Ebene der Trägerverbände wurden Personen identifiziert, die sich Einrichtungsübergreifend mit der Umsetzung der Thematik Gewaltprävention beschäftigen. Aus dem Bereich der Schulung und Beratung wurden Expert*innen identifiziert, welche sich auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Gewaltprävention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege spezialisiert haben und so eine externe Perspektive auf die Umsetzung entsprechender Maßnahmen mitbringen. Aus dem Bereich Wissenschaft und Verwaltung wurden Personen eingeladen, welche sich entweder im Rahmen von Projekten oder Verwaltungstätigkeit (z. B. Prüfbehörden, Kommunal- und Landespolitik) mit dem Thema Gewalt befassen.

*Tabelle 3: Arbeitsfelder Expert*innen*

Einrichtungen und Trägerverbände	Schulungs- und Beratungspraxis	Wissenschaft und Verwaltung
Pflegefachpersonen, Einrichtungsleitungen, Bewohnendenvertretung, Qualitätsbeauftragte, Präventionsfachkräfte	Gewaltpräventionstrainer*innen, Gewaltpräventionsberater*innen, Berater*innen der Unfallkassen	Pflegewissenschaftler*innen, Kommunale Präventions-expert*innen, Sicherheitsfachkräfte, Prüfbeauftragte

5.2.2 Vorbereitung und Durchführung Workshop I: Risikoanalyse

Für den ersten Expert*innenworkshop wurden 24 Personen aus den beschriebenen Gruppen identifiziert und per E-Mail kontaktiert.

Für die Bewertung der inhaltlichen Relevanz und der Beantwortbarkeit der Fragen der Risikoanalyse wurde eine Vorabbefragung entwickelt, in der die Teilnehmenden die Fragen zu den einzelnen Risikofaktoren bzgl. ihrer Relevanz und Beantwortbarkeit mittels einer 5-Punkt Likert-Skala (nicht relevant – relevant) bewerten sollten. Zudem bestand die Möglichkeit, fehlende Faktoren zu ergänzen, sowie offene Fragen zur Bewertung der Form (Tabellenform, Fragenformat und Ampelsystem) zu beantworten. Auf die Befragung konnten die Teilnehmenden über ScoSci-Survey zugreifen (siehe Anhang 3).

Vor dem Expert*innenworkshop wurde die Befragung deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse wurden vorab im Studienteam diskutiert und jene Items und Antworten, welche nicht direkt nachvollziehbar waren für eine vertiefte Diskussion im Expert*innenworkshop ausgewählt.

Der zweistündige Expert*innenworkshop fand am 14.11.2024 online über die Plattform Zoom statt. Der Workshop wurde durch das Studienteam moderiert und protokolliert. Nach einer kurzen Vorstellung des Projekts und des Muster-Rahmenkonzepts, in welches die Risikoanalyse eingebettet wurde, wurden zunächst die fraglichen bzw. ergänzten Risikofaktoren in der großen Gruppe diskutiert und die Möglichkeit für allgemeine Anmerkungen zur Risikoanalyse gegeben. Im Anschluss wurde die Frage der Umsetzbarkeit in zwei Kleingruppen diskutiert, wobei sich neben der allgemeinen Umsetzbarkeit auf den Aspekt der Partizipation durch Beschäftigte und Bewohnende fokussiert wurde. Die Ergebnisse der Kleingruppen wurden an einem Whiteboard gesammelt.

Die Ergebnisse des Workshops wurden in Form eines Protokolls verschriftlicht und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. In einem anschließenden Austausch im Studienteam wurden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit diskutiert und die Risikoanalyse entsprechend angepasst.

5.2.3 Vorbereitung und Durchführung Workshop II: Muster-Rahmenkonzept

Für den zweiten Expert*innenworkshop zum Erstentwurf des Muster-Rahmenkonzepts wurden die Teilnehmenden des ersten Workshops erneut kontaktiert.

Der Erstentwurf des Muster-Rahmenkonzepts wurde den Teilnehmenden vorab zugesandt mit der Bitte, dieses bezüglich der folgenden Fragen kritisch zu lesen:

- Das Muster-Rahmenkonzept soll Einrichtungen bei der Erstellung oder Überarbeitung ihres institutionellen Gewaltschutzkonzepts unterstützen. Inwiefern eignet sich das Muster-Rahmenkonzept zur Erreichung dieses Ziels? Zur Beantwortung dieser Frage können folgende Unterfragen hilfreich sein:
 - o Inwiefern ist der Aufbau logisch strukturiert und förderlich für die Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen Gewaltschutzkonzepts?
 - o Inwiefern sind die Formulierungen verständlich und nachvollziehbar?
- Sind die Präventionsmaßnahmen vollständig?
 - o Welche Maßnahmen sollten ergänzt werden?
 - o Welche Maßnahmen können weggelassen werden?

Diese Fragen wurden in einem zweistündige Online-Workshop (über die Plattform Zoom) am 13.02.2025 diskutiert. Der Workshop wurde durch das Studienteam moderiert und protokolliert. Um sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden auf einem ähnlichen Informationsstand

sind, wurde zu Beginn der Entstehungsprozess sowie der Aufbau des Muster-Rahmenkonzepts kurz dargestellt. Im Anschluss wurden die Fragestellungen in zwei Kleingruppen diskutiert. Die Ergebnisse der Kleingruppen wurden an einem Whiteboard gesammelt.

Die Ergebnisse des Workshops wurden in Form eines Protokolls verschriftlicht und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. In einem anschließenden Austausch im Studienteam wurden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Relevanz für die Anpassung des Muster-Rahmenkonzepts diskutiert.

5.3 Ergebnisse Expert*innenworkshops

5.3.1 Vorab-Befragung

Vor dem Expert*innenworkshop I (Risikoanalyse) wurden die Ergebnisse einer Vorabbefragung der Expert*innen mittels Fragebogen deskriptiv ausgewertet. Insgesamt nahmen elf Personen an der Vorabbefragung teil. Der Großteil der dabei durch die Teilnehmenden einzuschätzenden Items der Risikoanalyse wurde von diesen als relevant und beantwortbar eingestuft (Anhang 4). Alle Items, die von mehr als drei Personen die Einstufung „nicht relevant“ erhielten, wurden im Expert*innenworkshop diskutiert. Uneindeutige Ergebnisse wurden im Studienteam hinsichtlich ihrer Relevanz für die Anpassung der Risikoanalyse diskutiert. Beispielsweise bewerteten alle Teilnehmenden die Frage nach „Stillen Regeln“ als relevant, jedoch schätzten nur fünf Personen die Frage als beantwortbar ein. Hier gaben dann die praktischen Erfahrungen des Projektteams in der Umsetzung von Gewaltpräventionsprojekten den Ausschlag, dieses Item trotzdem belassen, um eine Diskussion zu Stillen Regeln in den Einrichtungen zu fördern.

Auch konnten in der Vorabbefragung Anregungen zur Aufnahme weiterer Risikofaktoren in die Risikoanalyse gemacht werden. Die entsprechenden Ergebnisse wurden ebenfalls im Rahmen eines internen Workshops bewertet und ggf. aufgenommen.

5.3.2 Ergebnisse Workshop 1

An dem Workshop zur Risikoanalyse nahmen 17 Expert*innen aus allen drei Arbeitsfeldern teil (vgl. Tabelle 3). Hiervon beteiligten sich elf Personen an der Vorabbefragung. Die Anmerkungen der Expert*innen zur Risikoanalyse wurden in Form eines Ergebnisprotokolls festgehalten.

Im Folgenden werden jene Aspekte dargestellt, welche von Expert*innen angemerkt wurden. Durch einen Pfeil (→) ist gekennzeichnet, ob und ggf. wie die entsprechenden Anmerkungen umgesetzt wurden bzw. wird erläutert, warum Aspekte nicht berücksichtigt wurden.

a. Allgemeine Relevanz und Formulierung der Abfragen in der Risikoanalyse

- Anpassung und Überprüfung der Fragen hinsichtlich Formats und Verständlichkeit vorzunehmen, vorgeschlagen.
 - Überarbeitung und Anpassung hinsichtlich einfacher Sprache und Verständlichkeit.
- Erstellung von Ankerfragen für jede Kategorie angeregt, um einen ersten offenen Austausch zu wahrgenommenen Risikofaktoren anzuregen (bevor die Vertiefungsfragen in den Subkategorien dazu genutzt werden können, weitere relevante Faktoren zu identifizieren).
 - Umsetzung erfolgt.
- Kategorie „Bau- und Infrastrukturaspekten“ ans Ende der Risikoanalyse zu stellen, vorgeschlagen, da in dieser Kategorie Präventionsmaßnahmen oft schwer realisierbar sind.
 - Umsetzung erfolgt.
- Ergänzung von „Kontakt mit Angehörigen und Leiharbeitenden“ als mögliche Risikofaktoren angeregt.
 - Umsetzung erfolgt.

b. Ampelsystem zur Bewertung des Gesamtrisikos in den jeweiligen Kategorien

- Bewertungssystematik (grün: niedriges Risiko, gelb: mittleres Risiko, rot: hohes Risiko) könnte für Nutzende zu Einschätzungsproblemen führen, wird befürchtet.
 - Ergänzung konkreter Beispiele für die Bewertungskategorien zur Erleichterung der Einschätzung.

c. Möglichkeiten und Grenzen des partizipativen Ansatzes bei der Durchführung einer Risikoanalyse

- Grenzen des partizipativen Ansatzes angemerkt, z. B. weil nicht alle Items gut von allen Bewohnenden selbst beantwortet werden könnten.
 - Jene Fragen der Risikoanalyse, die mit Bewohnenden gemeinsam beantwortet werden können, wurden mit einem „B“ gekennzeichnet.
- Konkrete Anregungen, wie Bewohnende insbesondere in die Durchführung der Risikoanalyse einbezogen werden können, seien nötig.
 - Ergänzung des Abschnitts „Durchführungshinweise“ im Dokument Risikoanalyse

d. Prozessuale Herausforderungen bei der Durchführung

- Vorab-Schulungen für die Durchführung der Risikoanalyse sei sinnvoll, jedoch realistisch nicht umsetzbar.

- Ergänzung einer ausführlichen Beschreibung und von Hinweisen auf notwendige Kompetenzen (z. B. Moderation) und Ressourcen (Zeitansatz) im Abschnitt „Durchführungshinweise“.
- Allgemeine Strukturfragen der Risikoanalyse sollten vorab durch das Leitungspersonal oder durch Mitarbeitende des Qualitätsmanagements beantwortet werden. Die weiteren Fragen der Risikoanalyse können dann nacheinander und getrennt voneinander durch die verschiedenen Berufsgruppen und Bewohnende beantwortet und am Ende gemeinsam diskutiert werden. (Leitungspersonen/ Personen des Qualitätsmanagements/ Mitarbeitende/ Bewohnende)
- In „Durchführungshinweis“ ergänzt.
- Alle Qualifikationsniveaus sollten bei der Beantwortung der Fragen miteinbezogen werden.
- In „Durchführungshinweis“ ergänzt.
- Klare Regeln sollten definiert werden, wer welchen Teil der Risikoanalyse idealer Weise bearbeitet.
- In „Durchführungshinweis“ ergänzt.
- Dokument sei zu lang und damit potenziell abschreckend für die Durchführung.
- Aufteilung in mehrere Dokumente mit entsprechenden Nutzungshinweisen; zudem ist geplant, die Dokumente im Rahmen eines Anschlussprojekts weiter in Bezug auf Nutzerfreundlichkeit zu optimieren.

5.3.3 Ergebnisse Workshop 2

Der erste Entwurf des Muster-Rahmenkonzepts wurde mit zehn Expert*innen aus allen drei Arbeitsfeldern diskutiert (vgl. Tabelle 3). Eine Rückmeldung erreichte das Studienteam schriftlich.

Im Folgenden werden jene Aspekte dargestellt, welche von Expert*innen angemerkt wurden. Durch einen Pfeil (→) ist gekennzeichnet, ob und ggf. wie die entsprechenden Anmerkungen umgesetzt wurden, bzw. wird erläutert, warum Aspekte nicht berücksichtigt wurden.

a. Schulungen

- Schulungen der Mitarbeitenden seien essenziell und Details hierzu fehlten im Konzept.
 - Das Studienteam wies darauf hin, dass das Muster-Rahmenkonzept keine Anleitungen zur Durchführung von Schulungen leisten kann/soll.

b. Aufbau und Formulierungen des Muster-Rahmenkonzepts

- Konzept zusammenzufassen, strukturiert zu verdichten und in mehrere Dokumente aufzuteilen, angeregt.
→ Umsetzung erfolgt.
- Überschriften einzufügen (Grundlagen für Präventionsstrategie, Primär-/ Sekundär-/Tertiärprävention) und Visualisierungen einzubauen, um besseren Überblick zu schaffen, vorgeschlagen.
→ Umsetzung erfolgt.
- Meilensteine einzufügen, um Erfolge sichtbar zu machen und diese „zu feiern“, wirke auf Anwender*innen motivierend.
→ Umsetzung erfolgt.
- Vorteile zu ergänzen, die für die Einrichtung durch die Erarbeitung des Konzepts entstehen sowie Aspekte ergänzen, die Bereitschaft zur Mitarbeit steigern können und den partizipativen Ansatz hervorheben, angeraten.
→ Umsetzung erfolgt.

c. Rolle der „Präventionsbeauftragten Person“

- Rolle und Aufgaben von Präventionsbeauftragten genauer benennen und detaillierter darstellen.
→ Umsetzung wie folgt:
 - Es sollte nicht nur eine präventionsbeauftragte Person benannt sein. Idealerweise werden Präventionsteams gefunden, die zusammenarbeiten und insbesondere auch gemeinsam schulen, um ein größeres Diversitätsspektrum von Ansprechpersonen in der Einrichtung gewährleisten zu können.
 - Präventionsbeauftragte Personen sollten keine Leitungspersonen sein und können zudem aus anderen Arbeitsbereichen der Einrichtung stammen (sozialer Dienst; Hauswirtschaft etc.).
 - Präventionsbeauftragte sollten grundlegendes Interesse am Thema Gewaltprävention haben.
 - Präventionsbeauftragte sollten Haltung zu Gewaltprävention selbst leben, in der Organisation vorantreiben wollen und entsprechend einfordern.
 - Präventionsbeauftragte sollten mit (Entscheidungs-)Kompetenzen von Seiten der Leitungspersonen ausgestattet sein.

- Folgende Punkte wurden im Workshop genannt, aber aufgrund des Ansatzes und der Funktion des Muster-Rahmenkonzepts nicht explizit aufgenommen:
 - o Jährliche, mehrtägige Schulungen von externen Personen, (z. B. Supervisor*innen, Mentor*innen) mit Beispielfällen (alle Gewaltformen, Entwicklung von einheitlichem Gewaltverständnis, Bewertung mit Ampelsystemen).
 - o Übergeordnet zentrale Präventionsbeauftragte z. B. in Trägerverbänden/Zentralen etablieren, die in den Einrichtungen zusätzlich unterstützen können.
 - o Arbeit mit größeren Vertrauensteams, die gerade bei einer hohen Personal-Fluktuationsrate den Prozess stabilisieren kann.

d. Einbettung und Verankerung des Konzepts in Strukturen der Einrichtung

- Muster-Rahmenkonzept solle in bestehende Gewaltschutzkonzepte der Einrichtungen eingebettet werden können.
- eine Einbettung in bestehende Gewaltschutzkonzepte der Einrichtung nicht sinnvoll, da es dahingehend eine externe Beratung benötigt
- Gewaltschutzkonzept muss im Qualitätsmanagement der Einrichtung verankert werden und in die jeweiligen Strukturen der Einrichtung kommuniziert und transportiert werden
→ Keine direkte Umsetzung nötig/möglich.

e. Präventionsmaßnahmen

- Portfolio der Präventionsmaßnahmen ist Sammlung praxisrelevanter Optionen, die bei der Erarbeitung des Konzepts individuell angepasst werden kann.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und umgesetzt.
- Einbindung der Bewohnenden in Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zunehmend schwieriger, wg. kurzer Verweildauern und hohem Pflegebedarf.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und in Durchführungshinweisen ergänzt.
- Nicht nur Angehörigen, sondern auch andere Begleitende (z. B. Seelsorge/Ehrenamt) bei Erarbeitung Schutzkonzept einbeziehen.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und in Durchführungshinweisen ergänzt.
- Verweis auf einrichtungsinternen Beschwerdemanagement vornehmen – sowie mit der Frage „Hat die Einrichtung ein Beschwerdemanagement?“ in Risikoanalyse aufnehmen.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und in Risikoanalyse ergänzt.
- Maßnahme „Bewohnende in den Bewerbungsprozess einbinden“ streichen.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und gestrichen.

- Tipps zur Einbindung der Sicht der Bewohnenden und Angehörigen, zur Beziehungs-gestaltung sowie zur Stärkung von Transparenzstrukturen bzgl. externen Mitarbeiten-den und ehrenamtlich tätigen Personen hinzufügen.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und in Durchführungshinweisen ergänzt.
- Maßnahme „Enttabuisierung, Sensibilisierung, Reflexionskultur“ um „offene Kommu-nikations- und Fehlerkultur“ ergänzen.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und ergänzt.

f. Rolle der Leitung

- Einrichtungsleitung spielt bei Prozess zur Entwicklung des Schutzkonzepts zentrale Rolle, auch weil diese eine positive Haltung bei den Mitarbeitenden zur Umsetzung des Konzepts fördern muss.
→ Bei Überarbeitung berücksichtigt und um Informationsblatt für Einrichtungsleitungen ergänzt.

6. Diskussion und Ausblick

Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Muster-Rahmenkonzept zur Gewaltprävention auf Grundlage bestehender Vorarbeiten entwickelt, das an die Besonderheiten und Bedürfnisse der stationären Langzeitpflege angepasst ist. In dieses wurde insbesondere eine umfassende Risikoanalyse und -reflektion integriert, basierend auf den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche im Rahmen des Scoping Reviews. Um den praktischen Anforderungen und der Komplexität der stationären Langzeitpflege möglichst gerecht zu werden, wurden die Risikoanalyse sowie das überarbeitete Muster-Rahmenkonzept in zwei Workshops mit Expert*innen aus verschiedenen Bereichen der Pflege, Wissenschaft und Verwaltung, weiterentwickelt. Die Anmerkungen der Expert*innen wurden sowohl in die Risikoanalyse als auch das Muster-Rahmenkonzept eingearbeitet.

6.1 Risikoanalyse

Die Risikoanalyse wurde auf Basis von Vorarbeiten und der systematischen Literaturanalyse entwickelt. Hierbei sind verschiedene Aspekte besonders in den Blick zu nehmen: Das Scoping Review ergab eine heterogene Forschungslage, sowohl inhaltlich als auch methodisch. Die Ergebnisse zeigten in der Mehrzahl Risikofaktoren bezüglich Gewalt zwischen Bewohnenden oder von Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden. Zu den am häufigsten berichteten Risikofaktoren zählten kognitive Beeinträchtigungen der Bewohnenden, eine hohe Arbeitsbe-lastung der Mitarbeitenden, insbesondere der Pflegenden, fehlende Schulungen der Mitarbei-

tenden sowie nicht einsehbare und versteckte Räume. Faktoren der Kategorie Arbeitsorganisation, insbesondere aber im Bereich Bau- und Infrastrukturaspekte wurden vergleichsweise selten berichtet. Es konnten weder deutsch- noch englischsprachige publizierte evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung einer einrichtungsspezifischen Risikoanalyse identifiziert werden, was die Entwicklung einer standardisierten Risikoanalyse erschwerte.

Ein Vergleich der im Suchprozess identifizierten Risikoanalysen und der im Rahmen des Projekts letztlich erstellten Risikoanalyse zeigt teils deutliche Unterschiede. So liegt der thematische Fokus in den identifizierten und bestehenden Risikoanalysen stets auf spezifischen Aspekten, zum Beispiel häufig auf sexualisierter Gewalt, während andere Gewaltformen seltener berücksichtigt werden. Zudem unterscheiden sich die Erhebungsinstrumente hinsichtlich ihrer Methodik: Während im vorliegenden Instrument offene Fragen mit einer Tabellenform verwendet wurde, beschränken sich viele der bestehenden Risikoanalysen auf z.T. Ja/Nein-Fragen. Zudem zeigt sich, dass einige in der Literatur genannte Risikofaktoren wie z. B. bauliche Aspekte oder krankheitsbedingte Risikoprofile (z. B. bei dementiellen Erkrankungen von Bewohnenden) häufig nicht abgebildet sind.

Die durchgeführten Workshops verdeutlichen, dass ein Großteil der in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren für Gewalt in der stationären Langzeitpflege auch von den befragten Expert*innen als relevant eingestuft werden (Anhang 4). Diese Übereinstimmung unterstreicht die Praxisrelevanz der bisherigen Forschung und bestätigt die Notwendigkeit, diese Risikofaktoren systematisch in Risikoanalysen zu integrieren.

Die im Rahmen des Projekts entwickelte Risikoanalyse wurde von den Expert*innen insgesamt als fachlich fundiert und das dafür gewählte Ampelsystem als praktikabler Bewertungsansatz für die Risikoanalyse eingeschätzt. Allerdings ist die entwickelte Risikoanalyse umfangreich, da verschiedene Dimensionen mit vielen einzelnen Aspekten zu betrachten sind. Darunter kann die Handhabbarkeit in der Praxis leiden. Das entsprechende Spannungsfeld zwischen Praktikabilität und Genauigkeit beschäftigte sowohl das Studienteam als auch die Expert*innen in den Workshops, aber der Zielkonflikt war naturgemäß nicht zu lösen. Denn ein zentraler Wert der Risikoanalyse soll für Durchführende sein, sich damit ein möglichst umfassendes und differenziertes Bild von der Risikolage in der Einrichtung verschaffen zu können. Aus Sicht des Studienteams spricht für diesen Ansatz, dass auf diese Weise eine Sensibilisierung für die Vielschichtigkeit von Gewaltrisiken und Präventionsperspektiven besonders präsent wird. Vor allem aber kann die Analyse eine detaillierte Grundlage dafür schaffen, passende Präventionsmaßnahmen zu identifizieren sowie zu priorisieren und Veränderungsprozesse zu initiieren.

6.2 Muster-Rahmenkonzept

Auf Grundlage der beschriebenen Vorarbeiten sowie der Diskussion in den Expert*innenworkshops entstanden fünf Dokumente, die für die Entwicklung und Implementierung eines Gewaltschutzkonzepts wichtig sind:

- a) Hintergrundbroschüre Einrichtungsleitung – Warum ist ein Gewaltschutzkonzept in unserer Einrichtung wichtig und sinnvoll?
- b) Nutzungshinweise zum Muster-Rahmenkonzept sowie Verantwortlichkeiten und notwendige Schritte, inklusive der Darstellung von Meilensteinen
- c) Muster-Rahmenkonzept
- d) Anleitung zur Risikoanalyse und -reflektion
- e) Portfolio Präventionsmaßnahmen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)

Das im Projekt entwickelte Muster-Rahmenkonzept wurde von den Expert*innen insgesamt als fachlich fundiert, strukturiert und praktikabel eingeschätzt. Es kann Einrichtungen erheblich dabei unterstützen, ein einrichtungsspezifisches Gewaltschutzkonzept zu entwickeln. Zudem bietet es eine hilfreiche Grundlage zur Orientierung, insbesondere in einem Feld, in dem bislang standardisierte Vorgaben fehlen. Auch die vorgeschlagenen Präventionsmaßnahmen wurden von den befragten Expert*innen insgesamt als sinnvoll und praxisrelevant eingeschätzt.

Gleichzeitig zeigten sich in den Expert*innenworkshops wichtige Herausforderungen. So wurde möglicher zusätzlicher Unterstützungsbedarf von und in Einrichtungen bei der Auseinandersetzung mit dem sensiblen und komplexen Thema Gewaltprävention konstatiert. Dies insbesondere auch, weil die Erarbeitung passender Konzepte Ressourcen benötigt. Insofern grundlegend für einen entsprechenden Prozess ist die Motivation in den Einrichtungen, sich gründlich mit der Thematik zu befassen. Als wesentlich wird dabei insbesondere die andauernde, klar kommunizierte Unterstützung des Prozesses durch die Leitungsebene sowie der kontinuierliche Einbezug aller potenziell betroffenen Gruppen angesehen.

Dies ist leichter zu gewährleisten, wenn alle Akteur*innen – von der politischen bis hin zur operativen Ebene – das Themenfeld Gewaltprävention als essenziellen Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der Pflege und als eine zentrale Chance verstehen. Dazu gehört, Gewaltereignisse nicht primär als normabweichendes, tabuisiertes Phänomen zu verdrängen oder sogar zu leugnen. Es gilt vielmehr, eine Gewalt-bewusste und Gewalt-präventive Kultur zu entwickeln. Entsprechend darf das Phänomen nicht im Dunkelfeld verbleiben, sondern sollte transparent gemacht und als standardmäßig zu adressierender Aspekt des Versorgungsgeschehens professionell bearbeitet werden. Eine solche Anstrengung kann erfolgreich sein, wie z. B. die positive Entwicklung bezüglich der Anwendung Freiheitsentziehender Maßnahmen

(FEM) zeigt. Durch Bemühung auf allen Ebenen (Politik, Gerichte, Betreuer*innen, Behörden, Medizinischer Dienst, Einrichtungen, Mitarbeitende, Bewohner*innen und Angehörigen) ist es aus der Praxis heraus gelungen, die Anwendung von Gewalt in Form von FEM substanziell zu reduzieren (MDB 2025). Ziel des Projekts EMeRGe ist es auch, zu einem ähnlichen Veränderungsprozess in Bezug auf systematischen Gewaltschutz in Einrichtungen der Langzeitpflege beizutragen.

6.3 Limitationen und Schlussfolgerungen

Trotz der fundierten konzeptionellen und empirischen Ausarbeitung zeigen sich im Rahmen des vorliegenden Projekts Limitationen, die bei der Interpretation und Anwendung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So kann es beispielsweise sein, dass trotz umfassender Recherchen Risikoanalysen nicht betrachtet wurden, weil sie z. B. in einer anderen Sprache publiziert sind. Ein weiterer Aspekt ist die Diskussion der Ergebnisse mit den Expert*innen. Diese ist methodisch wichtig, kann jedoch aufgrund der geringen Personenzahl nicht als repräsentativ angesehen werden. Des Weiteren stammen die identifizierten Risikofaktoren v. a. aus Studien, die in den USA durchgeführt wurden. Entsprechend sind einige Risikofaktoren ggf. nur mittelbar auf die Versorgungsstruktur der stationären Langzeitpflege in Deutschland übertragbar. Während z. B. in den USA diesbezüglich strukturelle Ungleichheiten und ökonomischer Druck besonders relevant sind, spielen in Deutschland eher institutionelle Dynamiken, Personalpolitik und kulturelle Normen und Tabus eine Rolle (Eggers et al., 2023; Taylor & Quesnel-Vallée, 2016). Anders als in Deutschland, bestehen in den Vereinigten Staaten neben den – oft auf Bundestaatsebene unterschiedlich ausgestalteten – Maßnahmen im Bereich von Elder Abuse Prevention mit dem „Nursing Home Reform Act“ (1987) sowie bundesweiten Vorgaben durch die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) klar definierte gesetzliche Standards, die Einrichtungen verpflichten, aktive Maßnahmen gegen Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung zu implementieren. Darüber hinaus existieren landesweit staatlich geförderte Ombudspersonen-Programme, die institutionell unabhängig agieren und explizit die Interessen der Pflegeheimbewohner*innen vertreten. In Deutschland fehlt eine vergleichbare flächendeckende und verbindliche Infrastruktur bislang, auch wenn in einigen Bundesländern vergleichbare Schritte gegangen werden (z. B. die Implementierung von Ombudspersonen im Rahmen des WTG-Gesetzes in NRW). Die Art und Umsetzung von Gewaltprävention werden in Deutschland weiter v. a. durch institutionelle Voraussetzungen und Präferenzen bestimmt, was zu großen Unterschieden in der Umsetzung führt.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich aus dem Projekt Folgerungen für Forschung, Praxis und Politik:

Für die Forschung besteht ein wichtiger nächster Schritt in der Validierung und Weiterentwicklung der Risikoanalyse und des Muster-Rahmenkonzepts in der praktischen Anwendung. Dies

schließt die systematische Evaluation der Effekte sowie die Erhebung von Rückmeldungen aus der Praxis ein.

Für die Praxis ergibt sich die Notwendigkeit, die entwickelten Instrumente niedrigschwellig zugänglich zu machen und mit begleitenden Materialien – insbesondere Schulungen, Handreichungen und digitalen Tools – zu unterstützen. Die Umsetzung sollte darüber hinaus durch multiprofessionelle Teams und regelmäßigen Schulungen begleitet werden, wobei insbesondere die Rollen der Leitungsebene und Präventionsbeauftragten im Prozess gezielt gestärkt werden müssen. Insgesamt ist es notwendig, dass das Thema professionell und nachhaltig adressiert wird. Das bedeutet u. a., sich offen, reflektiert, qualifiziert und glaubwürdig für Gewaltprävention zu engagieren. Einrichtungen sollten die Auseinandersetzung mit der Thematik als Chance begreifen, Prozesse und Abläufe zu verbessern und darüber insbesondere die Sicherheit und Zufriedenheit der Bewohnenden und der Mitarbeitenden zu erhöhen. Denn nicht zuletzt unter Gesichtspunkten des Personalmanagements ist offensichtlich: Für Mitarbeitende nachhaltig attraktiv zu sein, kann nur in einem möglichst gewaltfreien Arbeitsumfeld gelingen. Hierzu müssen allerdings die notwendigen Ressourcen – wie zur Erarbeitung von passenden Gewaltpräventionskonzepten sowie zur nachhaltigen Umsetzung entsprechender Maßnahmen – bereitgestellt und deren Umsetzung priorisiert werden.

Auf politischer Ebene wird empfohlen, eindeutige gesetzliche Regelungen zu schaffen, die Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege deutschlandweit als wichtige strukturelle Aufgabe der Einrichtungen klarstellen. Dies umfasst die obligatorische Entwicklung und Umsetzung von Gewaltschutzkonzepten sowie von klaren Zuständigkeiten hinsichtlich der konkreten Verantwortung und Umsetzung von solchen Konzepten. Dies sollte dringend durch Förderprogrammen zur Qualifizierung und Begleitung entsprechender Maßnahmen unterstützt werden. Auch wäre zu prüfen, inwieweit und ggf. in welcher Struktur die Weiterentwicklung bzw. Etablierung von unabhängigen Transparenzstrukturen im Kontext Gewalt in der Pflege zur Präventionsarbeit beitragen können.

Insgesamt zeigt das Projekt nicht nur auf, welche Risikofaktoren in der stationären Langzeitpflege relevant sind und wie ein gelungenes Gewaltschutzkonzept aufgebaut sein sollte, sondern auch, welche strukturellen Voraussetzungen gegeben sein müssen, um Prävention nachhaltig und wirksam zu gestalten. Die Ergebnisse liefern damit eine Grundlage für den weiteren Aufbau eines strukturierten, praxisnahen und rechtlich abgesicherten Gewaltpräventionssystems in Deutschland.

6.4 Weiteres Vorgehen

Es besteht aus fachlicher Sicht kein Zweifel daran, dass Pflegeeinrichtungen dem Thema Gewaltprävention ihres Auftrags entsprechend besonders verpflichtet sind. Dieser Verpflichtung

kommen Einrichtungen offenkundig in unterschiedlichem Maße nach. Barrieren, die einer angemessenen Bearbeitung des Themas seitens der Organisationen entgegenstehen können, sind etwa unklare Vorgaben, Ressourcenknappheit, fehlende konzeptionelle Orientierung und Probleme der Organisationskultur. Dabei besteht nicht selten der Bedarf nach externer Unterstützung. Denn oft bestehen Fragen, beispielsweise: *Wie kann ein funktionaler und realistischer Prozess zur Erarbeitung eines Gewaltschutzkonzepts aussehen? Welche inhaltlichen Elemente sind dabei essenziell? Wie lässt sich Partizipation – insbesondere von Bewohnenden – fördern? Wie kann Nachhaltigkeit in der Präventionsarbeit sichergestellt werden? Wie lässt sich Empowerment insbesondere der Mitarbeitenden in der Organisation zum Thema Gewaltprävention schaffen?*

Die Ergebnisse des Projekts EMeRGe sollen Einrichtungen bei solchen Fragen praxisnah unterstützen, wenngleich sie nicht alle Fragen und Herausforderungen auflösen können. Kern dieser Unterstützung soll ein kostenloses Angebotspaket des ZQP bilden, dass auf den in diesem Bericht dargestellten Erkenntnissen beruht und als zentralen Bestandteil ein nutzerfreundliches, kostenloses Muster-Rahmenkonzept enthält. Nachdem die in diesem Projekt wissenschaftlich erarbeiteten Dokumente unter dem Aspekt der praxistauglichen Nutzerfreundlichkeit weiter optimiert wurden, wird das Gesamtpaket allen Einrichtungen in Deutschland zur Verfügung stehen.

Außerdem ist geplant, mit der Veröffentlichung des Scoping Reviews zur Risikoanalyse in einem Fachjournal, einen Beitrag zum internationalen wissenschaftlichen Diskurs der Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege zu leisten.

So bietet das Projekt EMeRGe auf mehreren Ebenen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege. Es liefert sowohl praxisrelevante Instrumente als auch Impulse für eine strukturelle Weiterentwicklung auf Systemebene – mit dem Ziel, den Schutz vulnerabler Personengruppen zu stärken, Pflegeeinrichtungen und natürlich Pflegende bei ihrer Präventionsarbeit nachhaltig zu unterstützen.

Wir bedanken uns bei den Workshop-Teilnehmenden für Ihre Zeit und Anregungen:

- Batzoni, Hanna (wissenschaftliche Mitarbeiterin/ Doktorandin Hochschule München University of Applied Sciences. Projekt: Entwicklung einer Handreichung für Auszubildende und Studierende der Pflege zur Prävention sexualisierter Gewalt in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen in Bayern)
- Bloch, Kerstin (Caritas Trägergesellschaft „St. Elisabeth“ gGmbH Servicewohnen)
- Blumenberg, Petra (APS-Vorstand, DNQP)
- Börner, Friederike (Präventionsbeauftragte der Malteser Wohnen & Pflegen gGmbH)
- Hött, Jessica (Uniklinik Köln, ehemalige Pflegedienstleitung Caritas)
- Jetzen, Sascha (Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege – HLfGP)
- Kempchen, Ulrike (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V., Amtsgericht Bonn)
- Krampen, Regine (Abteilung VI Pflege/ Aufsicht/ Förderwesen Dezernat 1 Obere Betreuungs- und Pflegeaufsicht, Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege – Außenstelle Gießen)
- Kronenberg-Heydasch, Anja (Landrat Amt für Soziales und Inklusion- WTG-Behörde/ Heimaufsicht)
- Lechner, Tobias (Landeshauptstadt München Kreisverwaltungsreferat (KVR) Hauptabteilung I Sicherheit und Ordnung, Prävention FQA/ Heimaufischt (KVRI/24))
- Markus, Katrin (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V. (BAGSO), Bonn)
- Rick, Mara (Pflege in Not – Beratung bei Konflikt und Gewalt in der Pflege – Berlin)
- Tröbs, Sarah (Fachberaterin Grundsatzfragen Pflege, Medizinischer Dienst Bayern)
- Welk, Lars (BGW Gesamtbereich Präventionsdienste Hauptverwaltung Zentralbereich Organisationsberatung für Sicherheit und Gesundheit)

Literaturverzeichnis

- Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia. *Nursing Research*, 64(4), 256–263. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000099>
- Arens, O. B., Fierz, K. & Zúñiga, F. (2016). Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology*, 63(2), 169–179. <https://doi.org/10.1159/000450787>
- Baumbusch, J., Puurveen, G., Phinney, A., Beaton, M. D. & Leblanc, M. (2018). Family members' experiences and management of resident-to-resident abuse in long-term residential care. *Journal Of Elder Abuse & Neglect*, 30(5), 385–401. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1518179>
- Beck, C., Frank, L., Chumbler, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T. S., Rasin, J. et al. (1998). Correlates of Disruptive Behavior in Severely Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 38(2), 189–198. <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.189>
- Berry, B., Young, L. & Kim, S. C. (2017). Utility of the Aggressive Behavior Risk Assessment Tool in long-term care homes. *Geriatric Nursing*, 38(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.004>
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2017): Prävention von Gewalt und Aggression. <https://www.bgw-online.de/re-source/blob/14706/e4c6d339fc8604f57a65e49b21c1b33a/bgw08-00-070-praevention-von-gewalt-und-aggression-data.pdf>, Zugriff am 04.06.2025
- Blättner, B. & Grundel, A. (2018). Gewaltprävention: Konzepte frühzeitig entwickeln und umsetzen. *Pflegezeitschrift*, 71(4), 34–36. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0449-1>
- Blättner, B., & Grewe, H. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauiber, & A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017. „Die Versorgung der Pflegebedürftigen.“ Stuttgart: Schattauer
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2025): Partizipation. <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/partizipation-14752>, Zugriff am 04.06.2025
- Caspi, E. (2024). Resident's Fear of Retaliation in America's Nursing Homes: An Exploratory Study, *Journal of Applied Gerontology*, 43(5) 497-514. <https://doi.org/10.1177/07334648231214413>
- Cen, X., Li, Y., Hasselberg, M., Caprio, T., Conwell, Y. & Temkin-Greener, H. (2018). Aggressive Behaviors Among Nursing Home Residents: Association With Dementia and Behavioral Health Disorders. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 19(12), 1104-1109.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.010>
- Chen, W., Fang, F., Chen, Y., Wang, J., Gao, Y. & Xiao, J. (2020). The relationship between personality traits, caring characteristics and abuse tendency among professional caregivers of older people with dementia in long-term care facilities. *Journal Of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3425–3434. <https://doi.org/10.1111/jocn.15380>

- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M. S. (1992). The social environment of the agitated nursing home resident. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(11), 789–798. <https://doi.org/10.1002/gps.930071104>
- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, N. Y., Xiao, N. Y. & Post, L. A. (2011). Impairment and Abuse of Elderly by Staff in Long-Term Care in Michigan: Evidence From Structural Equation Modeling. *Journal Of Interpersonal Violence*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1177/0886260510362880>
- Dammermann, A., Bieber, A., Schultes, K., Meyer, G., Köpke, S., & Sander, M. (2023). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Gewaltprävention. In Bischoff, L. L., Otto, A.-K. & Wollesen, B. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim: Praktische Umsetzung für Führungskräfte*. Springer Berlin Heidelberg, 219-234. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67020-0_16
- Eggers, T., Grages, C. & Pfau-Effinger, B. (2023). How culture influences the strengthening of market principles in conservative welfare states: The case of long-termcare policy. *International Journal Of Social Welfare*, 33(2), 413–426. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12612>
- Eggert, S. & Teubner, C. (2024). Gewalt in der stationären Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege*, 1. Auflage, Berlin: 7-20.
- Fang, B., & Yan. E. (2018). Abuse of Older Persons With Dementia: A Review of the Literature, *Trauma, Violence & Abuse*, 19(2) 127-147 <https://doi.org/10.1177/1524838016650185>
- Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D. et al. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: a systematic review. *Age And Ageing*, 44(3), 356–364. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv004>
- Gates, D., Fitzwater, E. & Succop, P. (2003). Relationships of Stressors, Strain, and Anger to Caregiver Assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(8), 775–793. <https://doi.org/10.1080/mhn.24.8.775.793>
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., Watt, G. D. & Jurek, A. (2005). Risk Factors for Work-Related Assaults on Nurses. *Epidemiology*, 16(5), 704–709. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000164556.14509.a3>
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (2015): Prävention in der stationären Pflege. https://gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflege/praevention_stationaere_pflege.jsp, Zugriff am 04.06.2025
- Gibson, R.M. & Ferrini, R. (2014). Identifying and Managing Long-Term Care Residents With Criminal or Correctional Histories: Preliminary Analysis of One Facility's Experience. *Annals of Long-Term Care* 06// 2014;22(6):30-37, New York, New York American Geriatrics Society 2014 06//
- Gil, A. P. (2019). Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *The Journal Of Adult Protection*, 21(2), 126–143. <https://doi.org/10.1108/jap-09-2018-0018>
- Gimm, G., Chowdhury, S. & Castle, N. (2016). Resident Aggression and Abuse in Assisted Living. *Journal Of Applied Gerontology*, 37(8), 947–964. <https://doi.org/10.1177/0733464816661947>

- Gläser, J. & Laudel, G. (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (2., durchges. Auf.). Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Görgen, T. (2009) „Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In: BMFSFJ (Hrsg.) Sicherer Hafen oder gefahrvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. 480–492.
- Görgen, T., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S., Taefi, A., Gerlach, A. et al. (2020). Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DHPol_Praevention_Gewalt_zwischen_Heimbewohnern.pdf, Zugriff am 04.06.2025.
- Hirt, J., Albrecht, L., Heinrich, S., & Zeller, A. (2022). Staff-to-resident abuse in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 22, 563. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03243-9>
- Hutchison, A. & Kroese, B. S. (2015). A review of literature exploring the possible causes of abuse and neglect in adult residential care. *The Journal Of Adult Protection*, 17(4), 216–233. <https://doi.org/10.1108/jap-11-2014-0034>
- Jackson, M. E.; Spector, W. D.; Rabins, P. V. (1997). Risk of behavior problems among nursing home residents in the United States, *Journal of aging and health* 1997;9(4):451-472
- Kamavarapu, Y., Ferriter, M., Morton, S. & Völlm, B. (2017). Institutional Abuse – Characteristics of Victims, Perpetrators and Organisations: a Systematic Review. *European Psychiatry*, 40, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002>
- Kang, B., Pan, W., Karel, M. J. & McConnell, E. S. (2021). Rejection of Care and Aggression among Older Veterans with Dementia: The Influence of Background Factors and Interpersonal Triggers. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 22(7), 1435-1441.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.03.032>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Qualitiy & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramirez, M., Silver, S. et al. (2012). Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *Journal Of General Internal Medicine*, 28(5), 660–667. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2284-1>
- Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., Van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. et al. (2016). The Prevalence of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes. *Annals Of Internal Medicine*, 165(4), 229. <https://doi.org/10.7326/m15-1209>
- Leonard, R., Tinetti, M. E., Allore, H. G. & Drickamer, M. A. (2006). Potentially Modifiable Resident Characteristics That Are Associated With Physical or Verbal Aggression Among Nursing Home Residents With Dementia. *Archives Of Internal Medicine*, 166(12), 1295. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.12.1295>
- Levin, P. F., Hewitt, J. B., Misner, S. T. & Reynolds, S. (2003). Assault of Long-term Care Personnel. *Journal Of Gerontological Nursing*, 29(3), 28–35. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20030301-08>

- Lim, J. (2020). Factors Affecting Mistreatment of the Elderly in Long-Term Care Facilities. *Healthcare*, 8(3), 224. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030224>
- Lindblom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D. & Meadows, S. E. (2007). Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 8(9), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.09.001>
- McDonald, L., Sheppard, C., Hitzig, S. L., Spalter, T., Mathur, A. & Mukhi, J. S. (2015). Resident-to-Resident Abuse: A scoping review. *Canadian Journal On Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 34(2), 215–236. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000094>
- Medizinischer Dienst Bund (MDB) (2025). 8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2025/2025_06_12/2025_06_12_8.PQ-BERICHT.pdf, Zugriff am 21.08.2025.
- Morgan, D. G., Cammer, A., Stewart, N. J., Crossley, M., D'Arcy, C., Forbes, D. A. et al. (2012). Nursing Aide Reports of Combative Behavior by Residents With Dementia: Results from a Detailed Prospective Incident Diary. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 13(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.003>
- Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'Arcy, C., Forbes, D. & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 12(3), 347–358. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00846.x>
- Natan, M. B., Matthews, P. & Lowenstein, A. (2010b). Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes. *Nursing Management*, 17(8), 20–24. <https://doi.org/10.7748/nm2010.12.17.8.20.c8143>
- Natan, M. B., Lowenstein, A. & Eisikovits, Z. (2010a). Psycho-social Factors Affecting Elders' Maltreatment in Long-term Care Facilities. *International Nursing Review* 57, 113–120
- Niederberger, M. & Renn, O. (2017). Das Gruppendelphi-Verfahren. Vom Muster-Rahmenkonzept bis zur Anwendung. Springer VS; 2018.
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In *JBI eBooks*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-24-09>
- Peters, M. D., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Pillemer, K., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D. et al. (2022). Factors associated with resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 70(4), 1208–1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.17622>
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, N. Y. & Biroscak, B. J. (2010). Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors. *Research On Aging*, 32(3), 323–348. <https://doi.org/10.1177/0164027509357705>
- Richter, D. (2019): Nimmt Gewalt gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu? Hypothesen, Daten und soziologische Hintergründe. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 49 (1): 15-18

- Rico, J. S. (2013), Staffing the Nation's Nursing Homes., Staffing the Nation's Nursing Homes 01// 2013;(Ph.D.):125 p-125 p, Northeastern University 2013 01//
- Rodwell, J. & Demir, D. (2014). Addressing Workplace Violence Among Nurses Who Care for the Elderly. *JONA The Journal Of Nursing Administration*, 44(3), 152–157. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000043>
- Rosen, T., Lachs, M. S. & Pillemer, K. (2010). Sexual Aggression Between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis of an Underrecognized Problem. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(10), 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x>
- Rudman, D., Bross, D. & Mattson, D. E. (1994). Clinical indicators derived from the patient assessment instrument in the long-stay residents of 69 VA nursing homes. *Journal Of General Internal Medicine*, 9(5), 261–267. <https://doi.org/10.1007/bf02599652>
- Schiemberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Von Heydrich, L. et al. (2012). Physical Abuse of Older Adults in Nursing Homes: A Random Sample Survey of Adults With an Elderly Family Member in a Nursing Home. *Journal Of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 65–83. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608056>
- Schierer, E., Rabe, A. & Groner, B. (2022). Institutionelle und professionsbezogene Zugänge zum Kinderschutz. In *Edition Centaurus - Perspektiven sozialer Arbeit in Theorie und Praxis*. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35097-0>
- Schieron, M. (2015): Gewaltprävention im Krankenhaus. Mitarbeiter vor Übergriffen schützen. In: Das Krankenhaus, 107 (7): 679-681.
- Sharipova, M., Hogh, A. & Borg, V. (2010). Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(2), 332–340. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00724.x>
- Shaw, M. M. C. (1998). Nursing Home Resident Abuse by Staff: Exploring the Dynamics. *Journal Of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 1–21. https://doi.org/10.1300/j084v09n04_01
- Shaw, Mary M. Conlin (2004). Aggression toward staff by nursing home residents: findings from a grounded theory study, *Journal of gerontological nursing* 2004;30(10):43-54
- Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B. & De Cieri, H. (2017). Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *Journal Of Nursing Scholarship*, 49(2), 236–243. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>
- Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D. & Dreyer, P. I. (2004). Resident-to-Resident violent incidents in nursing homes. *JAMA*, 291(5), 591. <https://doi.org/10.1001/jama.291.5.591>
- Smeddinck, U. (2005). A. Bogner, H. Torgersen (Hrsg.): Wozu Experten? Ambivalenzen der Beziehung von Wissenschaft und Politik. *TATuP Zeitschrift für Technikfolgenabschätzung in Theorie und Praxis*, 14(3), 135–136. <https://doi.org/10.14512/tatup.14.3.135>
- Somboontanont, W., Sloane, P. D., Floyd, F. J., Holditch-Davis, D., Hogue, C. & Mitchell, C. (2004). Assaultive behavior in Alzheimer's disease: identifying immediate antecedents during bathing, *Journal of gerontological nursing* 2004;30(9):22-9; quiz 55-6
- Stutte, K., Hahn, S., Fierz, K. & Zúñiga, F. (2017). Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 38(5), 398–405. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.001>

- Sulmann, D., Haeger, M., Oppermann, C. (2024). Gewaltschutzkonzepte in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege, 1. Auflage, Berlin: 111-116.
- Tak, S., Sweeney, M. H., Alterman, T., Baron, S. & Calvert, G. M. (2010). Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. *American Journal Of Public Health*, 100(10), 1938–1945. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.185421>
- Taylor, M. G. & Quesnel-Vallée, A. (2016). The Structural Burden of Caregiving: Shared Challenges in the United States and Canada. *The Gerontologist*, 57(1), 19–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw102>
- Tong, M., Schwendimann, R. & Zúñiga, F. (2016). Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *International Journal Of Nursing Studies*, 66, 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.005>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals Of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Volicer, L., Van der Steen, J. T. & Frijters, D. H. (2009). Modifiable Factors Related to Abusive Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 10(9), 617–622. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.004>
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N. & Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-5-13>
- Wang, J. (2005) Psychological Abuse Behavior Exhibited by Caregivers in the Care of the Elderly and Correlated Factors in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 13(4):p 271-280
- Wang, J., Lin, M., Tseng, H. & Chang, W. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *International Psychogeriatrics*, 21(02), 314. <https://doi.org/10.1017/s1041610208008211>
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Hong, G. S., DeCicco, B., Ronis, D. L., Richards, K. C., Algase, D. & Beck, C. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 48(6), 721–731. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.721>
- World Health Organization (WHO) (2022): Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550>, Zugriff am 04.06.2025
- Yamada, Y., Denkinger, M. D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Van der Roest, H., Vlachova, M., Richter, T., Gindin, J., Bernabei, R. & Topinkova, E. (2015). Impact of Dual Sensory Impairment on Onset of Behavioral Symptoms in European Nursing Homes: Results From the Services and Health for Elderly in Long-Term Care Study. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 16(4), 329–333. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.11.006>

- Yan, E., Lai, D. W. L., Cheng, S., Kwok, T., Leung, E. M. F., Lou, V. W. Q. et al. (2022). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Prevalence and risk factors. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 71(5), 1666–1670. <https://doi.org/10.1111/jgs.18175>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M. & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal Of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Yunus, R. M., Hairi, N. N. & Choo, W. Y. (2017). Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma Violence & Abuse*, 20(2), 197–213. <https://doi.org/10.1177/1524838017692798>
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R. J. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal Of Nursing Scholarship*, 44(3), 249–257. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2024): ZQP-Report. Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege: ZQP. Online verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_Gewalt_stationaere_Langzeitpflege.pdf , Zugriff am 10.06.2025

Anhang

Anhang 1: Dokumentation Datenbankrecherche Scoping Review

Suchbegriffe für PUBMED	Trefferanzahl
#1 Gewalt <p>Workplace violence (Mesh und tiab) Workplace abuse (tiab) Workplace harassment (tiab) Exposure to violence (mesh und tiab) Physical abuse (mesh und tiab) Physical violence (tiab) Aggression (mesh und tiab) Sex offenses (mesh und tiab) Sexual harassment (mesh und tiab) Gender-based violence (mesh und tiab) Physical assault (tiab) Sexual assault (tiab) Non-physical violence (tiab) Assaultive behavior (tiab) Abuse (tiab) OR abusive (tiab) Maltreat (tiab) Neglect (tiab) Mistreat (tiab) Adverse event (tiab) financial exploitation (tiab) violence (mesh und tiab) restraint, physical (mesh und tiab) Elder abuse (mesh und tiab)</p> <p>NOT: Child abuse (mesh und tiab) Child welfare (mesh und tiab) Antimicrobial (tiab)</p>	830707
#2 Setting Langzeit-pflege <p>Residential facilities (mesh und tiab) Nursing homes (mesh und tiab) Care facilities (tiab) Care home (tiab) Long-term care (mesh und tiab) Geriatric nursing (mesh und tiab) Residential care (tiab) Housing for the elderly (mesh und tiab) Retirement home (tiab) Home for the aged (tiab) OR Homes for the aged (tiab) Residential aged care facilities (tiab)</p>	135092
#3 Risikoanalyse/ Gewaltschutzkonzept/ Risikofaktoren <p>Safety management (mesh und tiab) Risk assessment (mesh und tiab) Risk management (mesh und tiab) Risk analysis (tiab) Hazard analysis (tiab) Protection plan (tiab) Protection concept (tiab) Risk identification (tiab) Prevention resources (tiab) Total quality management (mesh und tiab)</p>	2250933

Suchbegriffe für PUBMED	Trefferanzahl
Organizational case studies (mesh und tiab) Organizational change (tiab) Organizational innovation (mesh und tiab) Change management (mesh und tiab) Organizational Policy (mesh und tiab) Prevention program* (tiab) Prevention strategy (tiab) Safety assessment (tiab) Quality Assurance, Health care (mesh und tiab) Risk factor (mesh und tiab) Protective factor (mesh und tiab) Prognostic factor (tiab)	
#1 AND #2 AND #3	1495

Suchstring PubMed:

#1

Workplace Violence [MH] OR "Workplace Violence*" [TIAB] OR "workplace abus*" [TIAB] OR "workplace harass*" [TIAB] OR Exposure to Violence [MH] OR "Exposure to Violence*" [TIAB] OR Physical Abuse [MH] OR "Physical Abus*" [TIAB] OR "Physical Violenc*" [TIAB] OR Aggression [MH] OR "Aggress*" [TIAB] OR Sex Offenses [MH] OR "Sex Offens*" [TIAB] OR Sexual harassment [MH] OR "Sexual harass*" [TIAB] OR Gender-based violence [MH] OR "Gender-based violence*" [TIAB] OR "Physical assault*" [TIAB] OR "Sexual assault*" [TIAB] OR "Non-physical violence*" [TIAB] OR "Assaultive behavior*" [TIAB] OR "Abus*" [TIAB] OR "Maltreat*" [TIAB] OR "Neglect*" [TIAB] OR "Mistreat*" [TIAB] OR "adverse event*" [TIAB] OR "financial exploitation*" [TIAB] OR Violence [MH] OR "Violen*" [TIAB] OR restraint, physical [MH] OR "restraint, physical*" [TIAB] OR elder abuse [MH] OR "elder abus*" [TIAB] OR "Aggressive Behav*" [TIAB] NOT "child abus*" [TIAB] NOT child abuse [MH] NOT child welfare [MH] NOT "child welfar*" [TIAB] NOT "antimicrobial*" [TIAB]

AND

#2

Residential facilities [MH] OR "Residential facilit*" [TIAB] OR Nursing homes [MH] OR "Nursing homes*" [TIAB] OR "Care facilit*" [TIAB] OR "Care home*" [TIAB] OR Long-term care [MH] OR "Long-term care*" [TIAB] OR Geriatric nursing [MH] OR "Geriatric nurs*" [TIAB] OR "Residential care*" [TIAB] OR Housing for the elderly [MH] OR "Housing for the elderly*" [TIAB] OR "Retirement home*" [TIAB] OR "Home for the aged*" [TIAB] OR "Homes for the aged*" [TIAB] OR "residential aged care facilit*" [TIAB]

AND

#3

Safety Management [MH] OR "Safety Management*" [TIAB] OR Risk Assessment [MH] OR "Risk Assess*" [TIAB] OR Risk Management [MH] OR "Risk Management*" [TIAB] OR "Risk analy*" [TIAB] OR "Hazard analy*" [TIAB] OR "Protection plan" [TIAB] OR "Protection concept" [TIAB] OR "Risk identification*" [TIAB] OR "Prevention resource*" [TIAB] OR total quality management [MH] OR "quality management" [TIAB] OR organizational case studies [MH] OR "organizational case stud*" [TIAB] OR "Organizational change" [TIAB] OR Organizational innovation [MH] OR "Organizational innovation" [TIAB] OR Change management [MH] OR

“Change management” [TIAB] OR Organizational Policy [MH] OR “Organizational Policy” [TIAB] OR “prevention program*” [TIAB] OR “prevention strategy” [TIAB] OR “Safety Assess*” [TIAB] OR Quality Assurance, Health care [MH] OR “Quality Assurance, Health care” [TIAB] OR Risk factor [MH] OR “risk factor*” [TIAB] OR protective factor [MH] OR “protective factor*” [TIAB] OR “prognostic factor*” [TIAB]

Suchbegriffe für CINAHL	Trefferanzahl	
#1 Gewalt	311730	
	Workplace violence (Mesh und tiab) Workplace abuse (tiab) Workplace harassment (tiab) Exposure to violence (mesh und tiab) Physical abuse (tiab) Physical violence (tiab) Aggression (mesh und tiab) Sex offenses (tiab) Sexual harassment (mesh und tiab) Gender-based violence (mesh und tiab) Physical assault (tiab) Sexual assault (tiab) Non-physical violence (tiab) Assaultive behavior (tiab) Abuse (tiab) OR abusive (tiab) Maltreat (tiab) Neglect (tiab) Mistreat (tiab) Adverse event (tiab) financial exploitation (tiab) violence (mesh und tiab) restraint, physical (mesh und tiab) Elder abuse (mesh und tiab) NOT: Child abuse (mesh und tiab) Child welfare (mesh und tiab) Antimicrobial (tiab)	
#2 Setting Lang-zeitpflege	130041	
	Residential facilities (mesh und tiab) Nursing homes (mesh und tiab) Care facilities (tiab) Care home (tiab) Long-term care (mesh und tiab) Gerontologic nursing (mesh und tiab) Residential care (mesh und tiab) Housing for older persons (mesh und tiab) Retirement home (tiab) Home for the aged (tiab) OR Homes for the aged (tiab) Residential aged care facilities (tiab)	
#3 Risikoanalyse/ Gewaltschutz- konzept/ Risikofaktoren	917102	
	Safety management (tiab) Risk assessment (mesh und tiab) Risk management (mesh und tiab) Risk analysis (tiab) Hazard analysis (tiab) Protection plan (tiab)	

Suchbegriffe für CINAHL	Trefferanzahl
Protection concept (tiab) Risk identification (tiab) Prevention resources (tiab) quality management, organizational (mesh und tiab) Organizational case studies (tiab) Organizational change (mesh und tiab) Organizational innovation (mesh und tiab) Change management (mesh und tiab) Organizational Policies (mesh und tiab) Prevention program (tiab) Prevention strategy (tiab) Safety assessment (tiab) Quality Assurance (mesh und tiab) Risk factors (mesh und tiab) Protective factor (tiab) Prognostic factor (tiab)	
#1 AND #2 AND #3	1700

Suchstring CINAHL:

#1

(MH Workplace violence+ OR TI Workplace violence* OR AB workplace violence* OR TI Workplace abus* OR AB Workplace abus* OR TI workplace harass* OR AB workplace harass* OR MH Exposure to violence+ OR TI Exposure to violence* OR AB Exposure to violence* OR TI physical abus* OR AB physical abus* OR TI physical violenc* OR AB physical violenc* OR MH Aggression+ OR TI Aggress* OR AB Aggress* OR TI sex offens*OR AB sex offens* OR MH sexual harassment+ OR TI sexual harass* OR AB sexual harass* OR MH gender-based violence+ OR TI gender-based violence* OR AB gender-based violence* OR TI physical assault* OR AB physical assault* OR TI sexual assault* OR AB sexual assault* OR TI non-physical violence* OR AB non-physical violence* OR TI assaultive behavior* OR AB assaultive behavior* OR TI abus* OR AB abus* OR TI maltreat* OR AB maltreat* OR TI neglect* OR AB neglect* OR TI mistreat* OR AB mistreat* OR AB adverse event* OR TI adverse event* OR TI financial exploitation* OR AB financial exploitation* OR MH violence+ OR TI violen* OR AB violen* OR MH restraint, physical+ OR TI restraint, physical* OR AB restraint, physical* OR MH elder abuse+ OR TI elder abus* OR AB elder abus* NOT MH child abuse+ OR TI child abus* OR AB child abus* NOT MH child welfare+ NOT TI child welfare* NOT AB child welfare* NOT TI antimicrobial* NOT AB antimicrobial*)

AND

#2

(MH residential facilities+ OR TI residential facilit* OR AB residential facility* OR MH nursing homes+ OR TI nursing homes* OR AB nursing homes* OR TI care facilit* OR AB care facility* OR TI care home* OR AB care home* OR MH long-term care+ OR AB long-term care* OR TI long-term care* OR MH gerontologic nursing+ OR TI gerontologic nurs* OR AB gerontologic nurs* OR MH residential care+ OR TI residential care* OR AB residential care* OR MH housing for older persons+ OR TI housing for older persons* OR AB housing for older persons* OR TI retirement home* OR AB retirement home* OR TI home for the aged* OR AB home for the aged* OR TI homes for the aged* OR AB homes for the aged* OR residential aged care facilit* OR AB residential aged care facility*)

AND

#3

(TI safety management* OR AB safety management* OR MH risk assessment+ OR TI risk assess* OR AB risk assess* OR MH risk management+ OR AB risk management* OR TI risk management* OR TI risk analy* OR AB risk analy* OR TI hazard analy* OR AB hazard analy* OR TI protection plan* OR AB protection plan* OR TI protection concept* OR AB protection concept* OR TI risk identification* OR AB risk identification* OR TI prevention resources* OR AB prevention resources* OR MH quality management, organizational+ OR TI quality management, organizational* OR AB quality management, organizational* OR TI organizational case studies* OR AB organizational case studies* OR AB organizational innovation* OR MH organizational change+ OR TI organizational change* OR AB organizational change* OR MH change management+ OR TI change management* OR AB change management* OR MH organizational policies+ OR AB organizational policies* OR TI organizational policies* OR TI prevention program* OR AB prevention program* OR TI prevention strategy* OR AB prevention strategy* OR TI safety assess* OR AB safety assess* OR MH Quality Assurance+ OR TI Quality Assurance* OR AB Quality Assurance* OR MH risk factors+ OR TI risk factor* OR AB risk factor* OR TI protective factor* OR AB protective factor* OR TI prognostic factor* OR AB prognostic factor*)

Suchbegriffe für COCHRANE	Trefferanzahl
#1 Gewalt Workplace violence (Mesh und tiab) Workplace abuse (tiab) Workplace harassment (tiab) Exposure to violence (mesh und tiab) Physical abuse (mesh und tiab) Physical violence (tiab) Aggression (mesh und tiab) Sex offenses (mesh und tiab) Sexual harassment (mesh und tiab) Gender-based violence (mesh und tiab) Physical assault (tiab) Sexual assault (tiab) Non-physical violence (tiab) Assaultive behavior (tiab) Abuse (tiab) OR abusive (tiab) Maltreat (tiab) Neglect (tiab) Mistreat (tiab) Adverse event (tiab) financial exploitation (tiab) violence (mesh und tiab) restraint, physical (mesh und tiab) Elder abuse (mesh und tiab) NOT: Child abuse (mesh und tiab) Child welfare (mesh und tiab) Antimicrobial (tiab)	176792

Suchbegriffe für COCHRANE		Trefferanzahl
#2 Setting Langzeitpflege	Residential facilities (mesh und tiab) Nursing homes (mesh und tiab) Care facilities (tiab) Care home (tiab) Long-term care (mesh und tiab) Geriatric nursing (mesh und tiab) Residential care (tiab) Housing for older persons (tiab) Retirement home (tiab) Home for the aged (tiab) OR Homes for the aged (tiab) Residential aged care facilities (mesh und tiab)	18700
#3 Risikoanalyse/ Gewaltschutzkonzept/ Risikofaktoren	Safety management (mesh und tiab) Risk assessment (mesh und tiab) Risk management (mesh und tiab) Risk analysis (mesh und tiab) Hazard analysis (tiab) Protection plan (tiab) Protection concept (tiab) Risk identification (tiab) Prevention resources (tiab) quality management (tiab) Organizational case studies (mesh und tiab) Organizational change (mesh und tiab) Organizational innovation (mesh und tiab) Change management (mesh und tiab) Organizational Policies (mesh und tiab) Prevention program (tiab) Prevention strategy (tiab) Safety assessment (tiab) Quality Assurance (tiab) Risk factors (mesh und tiab) Protective factor (mesh und tiab) Prognostic factor (tiab)	153360
#1 AND #2 AND #3		314

Suchstring Cochrane:

#1 (Workplace violence (MeSH) OR workplace violenc* (tiab) OR workplace abus* (tiab) OR workplace harassment* (tiab) OR Exposure to violence (MeSH) OR Exposure to violence (tiab) OR physical abse (MeSH) OR Aggression (MeSH) OR aggression* (tiab) OR Sex of-fenses (MeSH) OR sex offens* (tiab) OR physical abus* (tiab) OR physical violenc* (tiab) OR sexual harassment (MeSH) OR sexual harassment* (tiab) OR Gender-based violence (MeSH) OR gender-based violenc* (tiab) OR physical assault* (tiab) OR sexual assault* (tiab) OR non-physical violenc* (tiab) Or assaultive behaviour* (tiab) OR abus* (tiab) OR maltreat* (tiab) OR neglect* (tiab) OR mistreat* (tiab) OR adverse event* (tiab) OR financial ex-ploitation* (tiab) OR Violence (MeSH) OR violenc* (tiab) OR restraint, physical (MeSH) OR physical restraint* (tiab) OR elder abuse (MeSH) OR elder abus* (tiab) NOT Child abus* (tiab) NOT child abuse (MeSH) NOT Child welfare (MeSH) NOT child welfar* (tiab) NOT anti-microbial* (tiab)

AND

#2 (residential facilities (MeSH) OR residential facilit* (tiab) OR Nursing Homes (MeSH) OR nursing home* (tiab) OR care facility* (tiab) OR care hom* (tiab) OR long-term care (MeSH) OR long-term care* (tiab) OR geriatric nursing (MeSH) or geriatric nurs* (tiab) OR residential care* (tiab) OR housing for older person* (tiab) OR retirement home* OR home for the aged* (tiab) OR homes for the aged* (tiab) OR Homes for the aged (MeSH) OR residential aged care facility* (tiab))

AND

#3 (Safety Management (MeSH) OR safety management* (tiab) OR Risk assessment (MeSH) OR risk assess* (tiab) OR risk management (MeSH) OR risk manag* (tiab) OR risk analys* (tiab) OR hazard analys* (tiab) OR protection plan* (tiab) OR protection concept* (tiab) risk identific* (tiab) prevention resource* (tiab) OR quality manag* (tiab) Organizational case studies (MeSH) OR organizational case stud* (tiab) OR Organizational innovation (MeSH) OR organizational innovat* (tiab) organizational chang* (tiab) OR change management (MeSH) OR change manag* (tiab) OR organizational policy (MeSH) OR organizational polic* (tiab) OR prevention program* (tiab) OR prevention strategy* (tiab) OR safety assess* (tiab) OR quality assuranc* (tiab) OR risk factors (MeSH) OR risk factor* (tiab) OR protective factor (MeSH) OR protective factor* (tiab) OR prognosis (MeSH) OR prognostic factor* (tiab))

Anhang 2: Übersicht identifizierte Risikoanalysen

	Muster-Rahmenkonzept MAGS NRW (2023)	Malteser (2019)	AWO (2014)	BGW (k.A.)	Diakonie Baden (2023)
Fokus und Kontext	Gewalt gegenüber Mitarbeitenden und Nutzer*innen im Rahmen des WTG-Geltungsbereichs Anleitung zur Erstellung eines Gewaltpräventionskonzepts für Leistungsanbietende im Geltungsbereich des WTG-NRW	Sexualisierte Gewalt gegenüber Bewohnenden im Bereich Wohnen und Pflegen Schutzkonzept zur Prävention und Intervention von sexualisierter Gewalt Stationäre Langzeitpflege Ambulante Dienste	Gewalt gegenüber anvertrauten Menschen Grundsatzpapier mit Bausteinen zur einrichtungsspezifischen Anpassung und Umsetzung eines Präventionskonzepts Alle Settings	Gewalt gegenüber Beschäftigten Gefährdungsbeurteilung „Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen“ im Kontext Arbeitsschutz	Gewalt gegenüber anvertrauten Menschen Richtet sich an verschiedene Einrichtungen, Basis eines zu erstellenden Schutzkonzepts
Ziel der Risikoanalyse	Grundlage des Konzepts; gemeinsame Ermittlung von Ursachen und Auslösern für Gewalt sowie Gelegenheitsstrukturen; Analyse der Ressourcen und Entwicklungspotentiale als Grundlage sinnvoller und umsetzbarer Präventionsmaßnahmen	Identifizierung und Einschätzung von Gefahrenpotentialen für sexualisierte Gewalt; Auseinandersetzung mit und Sensibilisierung für das Thema im Träger und Einrichtungen; Ableitung von Konsequenzen und konkreten Handlungsschritten im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses; fortlaurende Auseinandersetzung und Weiterentwicklung des Schutzkonzepts	Enttabuisierung; Gewalt besprechbar machen; Ableitung eines Risikoprofils als Grundlage für Präventionskonzept	Gefährdungen vermeiden durch Beseitigung der Ursachen oder Schutzmaßnahmen	Gefährdungsfaktoren frühzeitig erkennen und festhalten; Ableitung entsprechender Schutzmaßnahmen
Durchführende	Partizipativ: Alle Beteiligten, insb. Vulnerable Personengruppen	QM-Team Mind. Zwei Mitarbeitende für Kategorien Bewohner/Patient	Leitungspersonal	k.A.	Mitarbeitende, Führungskräfte, Anvertraute und deren Angehörige

Instrument	Fragenkatalog	Fragebogen, in dem in jeder Kategorie verschiedene Aussagen auf Wohnbereichs- sowie Einrichtungsebene eingeschätzt werden, Ergebnisaufbereitung durch QM in Spinnennetzgrafik	Auflistung einer Auswahl von Risikofaktoren	Exemplarische Fragen	Leitfragen
Kategorien	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturen und (Arbeits-) Prozesse - Nutzende - Mitarbeitende - Situationen mit erhöhtem Risiko - Gelegenheitsstrukturen - Vorhandene Ressourcen - Einrichtungsspezifische Besonderheiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewohnende - Team - Arbeitsorganisation - Bauliche Gegebenheiten - Beratung, Information und Beschwerde 	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur - Kultur - Mitarbeitende - Nutzende 	<ul style="list-style-type: none"> - Technisch-baulich - Organisatorisch - Personenbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppenspezifische Besonderheiten - Bereiche im direkten Kontakt mit Anvertrauten - Situation der Mitarbeitenden im jeweiligen Arbeitsbereich - Bauliche Besonderheiten - Transparenz

	Caritas Erzbistum Aachen (2022)	Erzdiözese Bamberg (2022)	Caritas Erlangen (2022)	Caritas Erzbistum Köln (2016)	Caritas Würzburg (2024)
Fokus und Kontext	(sexualisierter) Gewalt gegenüber Minderjährigen und schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen Institutionelles Schutzkonzept zur Prävention gegen sexualisierte und andere Formen von Gewalt (Textvorschläge mit Erläuterungen): richtet sich inhaltlich an Vorlagen des Diözesan-caritasverbandes Bamberg aus	(sexualisierte) Gewalt gegenüber Minderjährigen und schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen Rahmenkonzept und Manual Institutioneller Gewaltschutz	(sexualisierte) Gewalt (physisch, psychisch, sexualisiert) gegenüber Minderjährigen und schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen; gegenüber Mitarbeitenden Rahmenkonzept Gewaltprävention und Gewaltschutz	(sexualisierte) Gewalt gegenüber anvertrauten Personen Arbeitshilfe zur Prävention sexualisierter Gewalt, Institutionelle Schutzkonzepte in Einrichtungen der Erwachsenenhilfe	Gewalt gegenüber Minderjährigen und schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen Institutionelles Schutzkonzept, richtet sich an verschiedene Einrichtungsformen, muss für jeweiligen Kontext angepasst werden
Ziel der Risikoanalyse	Gefahrenpotenziale und mögliche Gelegenheitsstrukturen in Einrichtung erkennen; Überprüfung der Organisation auf Risiken und Schwachstellen für sexualisierte Gewalt; Grundlage für konzeptionelle und strukturelle Verbesserungen und Weiterentwicklung Schutzkonzept	Erster Schritt, um Thema in Organisation hineinzutragen und Auseinandersetzungsprozess anzustoßen; Gefahrenpotenziale und Gelegenheitsstrukturen in der Einrichtung bewusst machen; Gemeinsam mit Potentialanalyse Grundlage für Weiterarbeit am Gewaltschutzkonzept	Risiko - und Potentialanalyse: Ermittlung Risiken Gewaltschutz betreffend, Identifizierung, Prüfung, ggf. weiterer Ausbau bereits vorhandener Mechanismen zur Verhinderung von Gewalt	Bestandsaufnahme aktueller und möglicher Risikofaktoren sowie vorhandener Schutzmechanismen; Grundlage jeglichen weiteren Handelns zur Erstellung des Schutzkonzepts; erste Präventionsmaßnahme	Schwachstellen und Gefährdungen in der eigenen Einrichtung identifizieren, die Täterinnen oder Täter für Missbrauchstaten ausnutzen könnten
Durchführende	Präventionsfachkraft, Trägervertretung, MAV-Vertretung, Leitungsebene, Mitarbeitende, Ehrenamtliche, Vertretung der Betreuten	Beteiligung Anvertraute und Beschäftigte	Einrichtungsleitung (verantwortlich für Analyse und Umsetzung der Ergebnisse), Mitarbeitende aus verschiedenen Bereichen der Einrichtung, Mitarbeitervertreter:innen, Bewohner:innen, Angehörige	Partizipative Herangehensweise ist für den gesamten Prozess zu empfehlen, Mitarbeiter, Ehrenamtliche, Klienten	k.A.

Instrument	Textbausteine zur Verschriftlichung der Risikoanalyse; Beispieldaten zu Aufarbeitung, Bedingungen, Arbeitsabläufen, Strukturen; Kopiervorlage Plakat Risikoanalyse	Tabelle zum Ausfüllen: Beschreibung Situation -> Bewertung (Häufigkeit und Schwere Auswirkungen: jeweils Skala von 1-5) -> Ableitung Maßnahmen	Vorlage des DiCV Bamberg als Richtschnur verwendet: Tabelle zum Ausfüllen: Beschreibung Situation -> Bewertung (Häufigkeit und Schwere Auswirkungen: jeweils Skala von 1-5) -> Ableitung Maßnahmen	Offen und geschlossen gestellte Musterfragen, unterteilt in Allgemein sowie spezifisch für „Altenhilfe“, „Behindertenhilfe“, Krankenhaus: Passende Fragen werden ausgesucht/ergänzt; Ergänzt durch ausführliche Anleitung	SOLL/-IST-Zustands-Instrument; offene und geschlossene Fragen
Kategorien	<ul style="list-style-type: none"> - Alltägliche Arbeitsabläufe - Umgang mit Sexualität - Risikoorte und Zeiten - „etc.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe und Arbeitsfeld - Bauliche Gegebenheiten - Risikozeiten - Organisation - Qualitätsmanagement - Träger - Wissen - Aufarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe und Arbeitsfeld - Bauliche Gegebenheiten - Risikozeiten - Organisation - Qualitätsmanagement - Träger - Wissen - Aufarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitfragen - Zu berücksichtigende Aspekte <p>Thematische Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe - Strukturen - Personal - Konzeptionelle Verankerung - Umgang mit Sexualität - Regeln - Kultur Organisation/Haltung Mitarbeitende - Personalauswahl/-einstellung - Qualifizierung Mitarbeitende - Qualitätsmanagement - Krisenmanagement - Umgang mit irritierten Systemen <p>Altenhilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbst(pflege)kompetenz - Pflege-Fachkompetenz - Konzept Umgang Sexualität - Sensibilität und Sprachfähigkeit - Baulicher Rahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe - Räumlichkeiten - Personal - Konzeptionelle Verankerung - Strukturen - Umgang mit Sexualität - Kultur der Organisation - Krisenmanagement - Qualitätsmanagement

Quellenangaben Risikoanalysen:

AWO (2014): https://einrichtungsdatenbank.awo.de/sites/default/files/2017-05/AWO_Bundesverband_Gewaltpr%C3%A4vention.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

BGW (k.A.): <https://www.bgw-online.de/resource/blob/9322/393524e35b7b7dfd79ee5ec133d52d04/bgw08-00-070-gewalt-und-aggression-in-betreuungsberufen-download-fragen-gefaehrdungsbeurteilung-download-data.pdf> [Zugriff am 30.06.2025].

Caritas Erzbistum Aachen (2022): <https://www.caritas-ac.de/unser-verband/neues-aus-der-verbandlichen-caritas/arbeitshilfe-des-dicv-aachen-zur-erstellung-eines-institutionellen-schutzkonzeptes-erschienen-3b2141> [Zugriff am 30.06.2025].

Caritas Bamberg (2022): <https://caritas-bamberg.de/export/sites/caritas/caritas-dioezesanverband/.galleries/downloads/Institutioneller-Gewalt-schutz-in-der-Caritas-Rahmenkonzept-und-Manual-Version-3-2022.pdf> [Zugriff am 30.06.2025].

Caritas Erlangen (2022): https://caritas-erlangen.de/wp-content/uploads/2024/04/gewaltschutz_rahmenkonzept.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

Caritas Erzbistum Köln (2016): https://www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/rat_und_hilfe/sexualisierte-gewalt/.content/.galleries/praevention-downloads/Arbeitshilfe_Praevention_Heft_1_-_Einzelseiten.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

Caritas Würzburg (2024): https://www.caritas-wuerzburg.de/fileadmin/Bistum_Folgeseiten/AGkE/Risikoanalyse_fuer_Traeger_und_Leitung_verpflichtend_.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

Diakonie Baden (2023): https://www.diakonie-baden.de/fileadmin/user_upload/Diakonie-Baden/Verband/Sexualisierte_Gewalt/2023-05-04-Rahmenschutzkonzept.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

Muster-Rahmenkonzept MAGS NRW (2023): Zugriff durch Autor*innen.

Malteser (2019): https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Personal/18-0894_Broschuer_Schutzkonzept_Wohnen_Pflegen_2022-11_e_compressed.pdf [Zugriff am 30.06.2025].

Anhang 3: Fragebogen Vorabbefragung Expert*innenworkshop I

Liebe Expert*innen,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und den Fragebogen beantworten. Der Fragebogen ist inhaltlich in die vier Risikobereiche eingeteilt, die sie auch im Erstentwurf der Risikoanalyse finden.

Im Folgenden bitten wir Sie, die Risikofaktoren bezüglich ihrer Relevanz sowie der Beantwortbarkeit zu bewerten. Im Anschluss bitten wir Sie noch um Ihre Einschätzung hinsichtlich Form und Aufbau der Risikoanalyse.

Die Teilnahme an der Befragung ist anonym (es werden keine soziodemografischen Daten abgefragt) und freiwillig.

Die Ergebnisse werden in den Expert*innenworkshop eingebunden. Mit der Beantwortung der Fragen tragen Sie zu einem zielgerichteten Austausch in unserem Workshop bei.

Bei Fragen oder Anmerkungen kontaktieren Sie uns gerne jederzeit per E-Mail:

lea.bremer@uk-koeln.de

anja.bergmann@uk-koeln.de

Vielen Dank.

Im Folgenden bitten wir Sie, die Relevanz und die Beantwortbarkeit der Risikofaktoren in der Kategorie "Bau- und Infrastrukturaspekte" einzuschätzen.

1. Wie schätzen Sie die Relevanz der Abfrage der folgenden Risikofaktoren ein?

	nicht relevant	relevant
Wo gibt es nicht einsehbare oder versteckte, abgeschiedene Räume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wo ist die Innenbeleuchtung unzureichend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wo gibt es Außen- oder Innenbereiche, die nicht beleuchtet sind (z.B. Personalparkplätze, Flure, Abstellkammern)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viele Mehrbettzimmer gibt es in Ihrer Einrichtung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchen Bereichen sind die Beschäftigten nicht adäquat mit EDV-Equipment (PC, tragbare Alarne, Mobiltelefone etc.) ausgestattet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchen Bereichen sind die Beschäftigten nicht mit geeigneten und funktionierenden Pflegehilfsmitteln (Lifter, Pflegematerial, etc.) ausgestattet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inwiefern sind die Bewohnenden nicht mit geeigneten und funktionierenden Pflegehilfsmitteln (Gehhilfen, Mobilstuhl, etc.) ausgestattet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere relevante Risikofaktoren in dieser Kategorie?

3. Ist die folgende Risikoabfrage durch eine Gruppe aus Beschäftigten und Bewohnenden (wie im Einführungstext der Risikoanalyse beschrieben) beantwortbar?

	(eher) ja	(eher) nein
Wo gibt es nicht einsehbare oder versteckte, abgeschiedene Räume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo ist die Innenbeleuchtung unzureichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo gibt es Außen- oder Innenbereiche, die nicht beleuchtet sind (z.B. Personalparkplätze, Flure, Abstellkammern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Mehrbettzimmer gibt es in Ihrer Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen sind die Beschäftigten nicht adäquat mit EDV-Equipment (PC, tragbare Alarne, Mobiltelefone, etc.) ausgestattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen sind die Beschäftigten nicht mit geeigneten und funktionierenden Pflegehilfsmitteln (Lifter, Pflegematerial etc.) ausgestattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwiefern sind die Bewohnenden nicht mit geeigneten und funktionierenden Pflegehilfsmitteln (Gehhilfen, Mobilstuhl, etc.) ausgestattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschlussbericht EMeRGe

6. Ist die folgende Risikoabfrage durch eine Gruppe aus Beschäftigten und Bewohnenden (wie im Einführungstext der Risikoanalyse beschrieben) beantwortbar?

	(eher) ja	(eher) nein
Inwiefern besteht Personalmangel- und Fluktuation, der/die zu Herausforderungen in der Beaufsichtigung, Beobachtung und Versorgung der Bewohnenden führt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen haben Beschäftigte eine geringe Autonomie und Entscheidungskompetenz bezogen auf die Ausübung ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen werden Beschäftigte nicht effizient und ausreichend durch die Vorgesetzten bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wann kommt es dazu, dass aufgrund der institutionellen Pflegeumgebung das Verhalten der Bewohnenden eingeschränkt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wann besteht Zeitdruck während der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten (z.B. durch wiederkehrend erhöhtes Arbeitsaufkommen zu bestimmten Zeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen sind Teamwork und Sicherheitsklima unzureichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen ist die Fehlerkultur unzureichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen wird nicht über Gewaltereignisse gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche stillen Regeln oder ungeschriebenen Gesetze gibt es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann sind Bewohnende unbeaufsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann sind Beschäftigte alleine tätig (z.B. Nachtdienst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei welchen Prozessen oder Abläufen wird die Intimsphäre von Bewohnenden nicht gewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann führen Beschäftigte körpernahe Tätigkeiten alleine durch (z.B. in Einbettzimmern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann sind Bewohnende mit externen Personen alleine (z.B. Handwerker, Fahrdienst etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann treffen der Wille/die Bedürfnisse der Bewohnenden und der Wille/die Bedürfnisse der Beschäftigten konflikthaft aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann treffen der Wille/die Bedürfnisse der Bewohnenden untereinander konflikthaft aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen und wann werden freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden bitten wir Sie, die Relevanz und die Beantwortbarkeit der Risikofaktoren in der Kategorie "Bewohnende" einzuschätzen.

7. Wie schätzen Sie die Relevanz der Abfrage der folgenden Risikofaktoren ein?

	nicht relevant	relevant
Welche der folgenden Erkrankungen treten bei Ihren Bewohnenden regelmäßig auf, die Wahrnehmung und Kognition verändern, herausforderndes Verhalten begünstigen oder die Sexualität verändern: Demenz (die den Frontal- und Temporallappen betrifft), Depression, Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Psychose, Wahnvorstellungen, bipolare Störungen, Angststörung, Delir, Diabetes Mellitus, Kopfverletzung, Dekubitus, Alkohol- oder Drogenkonsum?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Medikamente mit psychotroper Wirkung einnehmen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben und/oder stark abhängig und eingeschränkt in ihrer Selbstbestimmung sind aufgrund von folgenden Ursachen: Mobilitätseinschränkungen, vermindertem Bewusstsein, kognitiver Einschränkung, erschwerter Kommunikation, Unterernährung, Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die chronische oder akute Schmerzen haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Schmerzen haben und diese nicht artikulieren können?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Pflegehandlungen und -Maßnahmen ablehnen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die keine Anbindung an und/oder Unterstützung von familiären und sozialen Netzwerken haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die unzufrieden sind mit der angebotenen Pflege in Ihrer Einrichtung und/oder den angebotenen Aktivitäten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die sich aggressiv verhalten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

8. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere relevante Risikofaktoren in dieser Kategorie?

Abschlussbericht EMeRGe

Im Folgenden bitten wir Sie, die Relevanz und die Beantwortbarkeit der Risikofaktoren in der Kategorie "Arbeitsorganisation und Einrichtungsstrukturen" einzuschätzen.

4. Wie schätzen Sie die Relevanz der Abfrage der folgenden Risikofaktoren ein?

	nicht relevant	relevant
Inwiefern besteht Personalmangel- und Fluktuation, der/die zu Herausforderungen in der Beaufsichtigung, Beobachtung und Versorgung der Bewohnenden führt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen haben Beschäftigte eine geringe Autonomie und Entscheidungskompetenz bezogen auf die Ausübung ihrer Tätigkeit?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen werden Beschäftigte nicht effizient und ausreichend durch die Vorgesetzten bei der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wo und wann kommt es dazu, dass aufgrund der institutionellen Pflegeumgebung das Verhalten der Bewohnenden eingeschränkt wird?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wo und wann besteht Zeitdruck während der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten (z.B. durch wiederkehrend erhöhtes Arbeitsaufkommen zu bestimmten Zeiten)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen sind Teamwork und Sicherheitsklima unzureichend?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen ist die Fehlerkultur unzureichend?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen wird nicht über Gewaltereignisse gesprochen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Welche stillen Regeln oder ungeschriebenen Gesetze gibt es?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann sind Bewohnende unbeaufsichtigt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann sind Beschäftigte alleine tätig (z.B. Nachtdienst)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Bei welchen Prozessen oder Abläufen wird die Intimsphäre von Bewohnenden nicht gewahrt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wann führen Beschäftigte körpernahe Tätigkeiten alleine durch (z.B. in Einbettzimmern)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann sind Bewohnende mit externen Personen alleine (z.B. Handwerker, Fahrdienst etc.)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann treffen der Wille/die Bedürfnisse der Bewohnenden und der Wille/die Bedürfnisse der Beschäftigten konflikthaft aufeinander?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann treffen der Wille/die Bedürfnisse der Bewohnenden untereinander konflikthaft aufeinander?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen und wann werden freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

5. Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere relevante Risikofaktoren in dieser Kategorie?

Abschlussbericht EMeRGe

Im Folgenden bitten wir Sie, die Relevanz und die Beantwortbarkeit der Risikofaktoren in der Kategorie "Bewohnende" einzuschätzen.

7. Wie schätzen Sie die Relevanz der Abfrage der folgenden Risikofaktoren ein?

	nicht relevant	relevant
Welche der folgenden Erkrankungen treten bei Ihren Bewohnenden regelmäßig auf, die Wahrnehmung und Kognition verändern, herausforderndes Verhalten begünstigen oder die Sexualität verändern: Demenz (die den Frontal- und Temporallappen betrifft), Depression, Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Psychose, Wahnvorstellungen, bipolare Störungen, Angststörung, Delir, Diabetes Mellitus, Kopfverletzung, Dekubitus, Alkohol- oder Drogenkonsum	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Medikamente mit psychotroper Wirkung einnehmen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben und/oder stark abhängig und eingeschränkt in ihrer Selbstbestimmung sind aufgrund von folgenden Ursachen? Mobilitäts einschränkungen, vermindertem Bewusstsein, kognitiver Einschränkung, erschwerter Kommunikation, Unterernährung, Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die chronische oder akute Schmerzen haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Schmerzen haben und diese nicht artikulieren können?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Pflegehandlungen und -Maßnahmen ablehnen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die keine Anbindung an und/oder Unterstützung von familiären und sozialen Netzwerken haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die unzufrieden sind mit der angebotenen Pflege in Ihrer Einrichtung und/oder den angebotenen Aktivitäten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die sich aggressiv verhalten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

8. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere relevante Risikofaktoren in dieser Kategorie?

9. Ist die folgende Risikoabfrage durch eine Gruppe aus Beschäftigten und Bewohnenden (wie im Einführungstext der Risikoanalyse beschrieben) beantwortbar?

	(eher) ja	(eher) nein
Welche der folgenden Erkrankungen treten bei Ihren Bewohnenden regelmäßig auf, die Wahrnehmung und Kognition verändern, herausforderndes Verhalten begünstigen oder die Sexualität verändern: Demenz (die den Frontal- und Temporallappen betrifft), Depression, Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Psychose, Wahnvorstellungen, bipolare Störungen, Angststörung, (verkanntes) Delir, Diabetes Mellitus, Kopfverletzung, Dekubitus, Alkohol- oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Medikamente mit psychotroper Wirkung einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben und/oder stark abhängig und eingeschränkt in ihrer Selbstbestimmung sind aufgrund von folgenden Ursachen? Mobilitäts einschränkungen, vermindertem Bewusstsein, kognitiver Einschränkung, erschwerter Kommunikation, Unterernährung, Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die chronische oder akute Schmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Schmerzen haben und diese nicht artikulieren können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die Pflegehandlungen und -Maßnahmen ablehnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die keine Anbindung an und/oder Unterstützung von familiären und sozialen Netzwerken haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die unzufrieden sind mit der angebotenen Pflege in Ihrer Einrichtung und/oder den angebotenen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Einrichtung Bewohnende betreut, die sich aggressiv verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschlussbericht EMeRGe

Im Folgenden bitten wir Sie, die Relevanz und die Beantwortbarkeit der Risikofaktoren in der Kategorie "Beschäftigte" einzuschätzen.

10. Wie schätzen Sie die Relevanz der Abfrage der folgenden Risikofaktoren ein?

	nicht relevant	relevant
In welchen Bereichen fehlt den Beschäftigten Handlungssicherheit in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Gewalt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen fehlen den Beschäftigten Kenntnisse über Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen fehlenden den Beschäftigten Kompetenzen im Bereich der Deeskalation?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen fehlt den Beschäftigten eine angemessene Qualifikation zur Versorgung von Bewohnenden mit den in 3.1 genannten Krankheitsbildern?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Inwiefern gibt es Beschäftigte, die bereits physische oder psychische Gewalt durch Bewohnende erlebt haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Inwiefern gibt es Anzeichen dafür, dass Beschäftigte ihre vertragliche Arbeitszeit inkl. Überstunden regelmäßig überschreiten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Inwiefern gibt es Anzeichen dafür, dass Beschäftigte in besonderem Maße belastet sind (z.B. übernächtigter, gestresster, belasteter und unausgeglichener Eindruck)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen arbeiten Beschäftigte, bei denen in der Vergangenheit ein respektloser Umgang mit Bewohnenden beobachtet wurde und das Problembewusstsein dafür fehlte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchen Bereichen arbeiten Beschäftigte, bei denen der Verdacht besteht, dass sie während der Arbeitszeit Alkohol- oder Drogen konsumieren?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

11. Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere relevante Risikofaktoren in dieser Kategorie?

12. Ist die folgende Risikoabfrage durch eine Gruppe aus Beschäftigten und Bewohnenden (wie im Einführungstext der Risikoanalyse beschrieben) beantwortbar?

	(eher) ja	(eher) nein
In welchen Bereichen fehlt den Beschäftigten Handlungssicherheit in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen fehlen den Beschäftigten Kenntnisse über Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen fehlenden den Beschäftigten Kompetenzen im Bereich der Deeskalation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen fehlt den Beschäftigten eine angemessene Qualifikation zur Versorgung von Bewohnenden mit den in 3.1 genannten Krankheitsbildern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwiefern gibt es Beschäftigte, die bereits physische oder psychische Gewalt durch Bewohnende erlebt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwiefern gibt es Anzeichen dafür, dass Beschäftigte ihre vertragliche Arbeitszeit inkl. Überstunden regelmäßig überschreiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwiefern gibt es Anzeichen dafür, dass Beschäftigte in besonderem Maße belastet sind (z.B. übernächtigter, gestresster, belasteter und unausgeglichener Eindruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen arbeiten Beschäftigte, bei denen in der Vergangenheit ein respektloser Umgang mit Bewohnenden beobachtet wurde und das Problembewusstsein dafür fehlte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchen Bereichen arbeiten Beschäftigte, bei denen der Verdacht besteht, dass sie während der Arbeitszeit Alkohol- oder Drogen konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschlussbericht EMeRGe

Im Folgenden bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Form und Aufbau der Risikoanalyse zu beantworten.

13. Die Risikoanalyse ist als Tabellenform konzipiert. Ist die Tabellenform geeignet für die Durchführung einer partizipativen Risikoanalyse? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz und beschreiben Sie ggf. eine Alternative.

14. Um die Durchführenden bei der Identifizierung einrichtungsspezifischer Risikofaktoren zu unterstützen, werden zu den einzelnen Risikofaktoren offene Fragen gestellt, welche in der nebenstehenden Spalte schriftlich festgehalten werden sollen. Ist dies ein gelungener Ansatz, der die Teilnehmenden bei der Einschätzung von Risikofaktoren unterstützt? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz und beschreiben Sie ggf. eine Alternative.

15. Um den Handlungsbedarf bezogen auf die jeweilige Risikokategorie zu veranschaulichen, sollen die Teilnehmenden diesen anhand eines Ampelsystems einschätzen. Ist die Anleitung zur Einschätzung des Handlungsbedarfs geeignet? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz und beschreiben Sie ggf. eine Alternative.

16. Falls Sie noch weitere Anmerkungen haben, finden Sie hier dafür Platz.

Anhang 4: Deskriptive Ergebnisse Vorabbefragung Expert*innenworkshop I

Bau- und Infrastrukturaspekte				
Item	Relevanz n (%)			Beantwortbarkeit
	Nicht relevant	Neutral	Relevant	Ja n (%)
Nicht einsehbare Räumlichkeiten	2 (18)	2 (18)	7 (64)	11 (100)
Unzureichende Innenbeleuchtung	4 (36)	1 (9)	6 (55)	11 (100)
Unbeleuchtete Innen- oder Außenbereiche	3 (27)	1 (9)	7 (64)	10 (91)
Anzahl Mehrbettzimmer	3 (27)	4 (36)	4 (36)	10 (91)
Kein adäquates EDV-Equipment	-	4 (36)	7 (64)	9 (82)
Keine adäquaten Pflegehilfsmittel Mitarbeitende	2 (18)	-	8 (73)	10 (91)
Keine adäquaten Pflegehilfsmittel Bewohnende	1 (9)	3 (27)	7 (64)	11 (100)
Im Freitext ergänzte Risikofaktoren zu Bau- und Infrastrukturaspekten				
<ul style="list-style-type: none"> - Alleinarbeit, z.B. in der Nacht - Die Frage 3 Mehrbettzimmer zielt meiner Einschätzung nach auf fehlende Rückzugsmöglichkeiten für Bewohner*innen ab. Es stellt sich die Unterfrage nach alternativen Rückzugsmöglichkeiten aber auch verschiedenen Gemeinschaftsräumen damit Bewohner*innen sich aufteilen können - Erfahrungsgemäß sind alle (Bewohner)Zimmer ein Risikofaktor, eine detaillierte Abfrage wurde in unseren Einrichtungen verworfen - Haben die Bewohnenden in allen Bereichen die Möglichkeit, einen Alarm auszulösen? - Optische/Visuelle Reize (Farben, Bilder, etc.) - Pflegekräfte versorgen meist alleine eine zu pflegende Person, wodurch es häufiger zu Gewalt kommt. In Form von psychischer aber auch physischer Gewalt 				
Arbeitsorganisation und Einrichtungsstruktur				
Item	Relevanz n (%)			Beantwortbarkeit
	Nicht relevant	Neutral	Relevant	Ja n (%)
Personalmangel / -fluktuation	1 (9)	-	10 (91)	8 (73)
Geringe Autonomie bzgl. Ausübung von Tätigkeiten	3 (27)	4 (36)	4 (36)	7 (64)
Ineffiziente Unterstützung durch Vorgesetzte	-	1 (9)	10 (91)	7 (64)
Einschränkung Verhalten Bewohnende (instit. Zwänge)	-	-	11 (100)	9 (82)
Zeitdruck durch wiederkehrend erhöhtes Arbeitsaufkommen	1 (9)	-	10 (91)	11 (100)
Unzureichendes Teamwork / Sicherheitsklima	1 (9)	2 (18)	8 (73)	6 (54)

Unzureichende Fehlerkultur	-	1 (9)	10 (91)	5 (45)
Fehlende Kommunikation über Gewalt	-	-	11 (100)	10 (91)
Stille Regeln und Gesetze	-	-	11 (100)	5 (45)
Ort und Zeit zu denen Bewohnende unbeaufsichtigt	1 (9)	2 (18)	8 (73)	10 (91)
Ort und Zeit zu denen Mitarbeitende alleine tätig	-	2 (18)	9 (82)	11 (100)
Prozesse in denen Intimsphäre Bewohnende beeinträchtigt	1 (9)	-	10 (91)	10 (91)
Körpernahe Tätigkeit durch Mitarbeitende alleine	1 (9)	3 (27)	7 (64)	11 (100)
Ort/Zeit zu denen Bew. mit externen MA alleine	1 (9)	3 (27)	7 (64)	7 (64)
Konflikt Wille/Bedürfnisse MA <-> Bewohnende	-	1 (9)	10 (91)	10 (91)
Konflikt Wille/Bedürfnisse Bewohnende untereinander	-	2 (18)	9 (82)	9 (82)
Kontext von Einsatz freiheitsentziehender Maßn.	-	1 (9)	10 (91)	10 (91)
Im Freitext ergänzte Risikofaktoren zu Arbeitsorganisation und Einrichtungsstruktur				
<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es gesonderte (schriftliche!) Regelungen für verhaltensauffällig Bewohner/ Patienten? - Interaktion und Kommunikation z.B. Sprachbarrieren, Wording etc. (auf allen Ebenen) - Konflikte durch Angehörige - Pat. Werden häufig nicht adäquat durch die niedergelassenen Neurologen betreut. Auch bereits auffällig gewordene Pat. Werden nicht oder ungerne medikamentös eingestellt. Auch bei Alarmierung der Polizei erfolgt eine Einweisung meist nicht von aggressiven Pat. Weil sie bei Eintreffen der Beamten sich beruhigt haben - Welche Regeln/ Verhaltensweisen werden durch die Einrichtung aufgestellt, bzw. bestehen (Rhetorik vs. Realität) 				
Mitarbeitende				
Item	Relevanz n (%)			Beantwortbarkeit
	Nicht relevant	Neutral	Relevant	
Fehlende Handlungssicherheit bzgl. Umgang mit Konflikten und Gewalt	-	1 (9)	10 (91)	8 (73)
Anzeichen für Arbeitszeitüberschreitung	1 (9)	2 (18)	8 (73)	9 (82)
Erlebte physische o. psychische Gewalt durch Bew.	1 (9)	2 (18)	8 (73)	10 (91)
Fehlende Kenntnisse über Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten	-	1 (9)	10 (91)	10 (91)
Fehlende Kompetenzen bzgl. Deeskalation	-	-	11 (100)	8 (73)

Verdacht auf Alkohol- oder Drogenkonsum während Arbeitszeit	-	1 (9)	10 (91)	8 (73)
Fehlen von Qualifikation zur Versorgung von Krankheitsbildern	-	1 (9)	10 (91)	9 (82)
Anzeichen für Belastung	-	1 (9)	10 (91)	9 (82)
Beobachtung von respektlosem Umgang mit Bew. In Vergangenheit und fehlendem Problembewusstsein	-	1 (9)	10 (91)	9 (82)
Im Freitext ergänzte Risikofaktoren zu Mitarbeitende				
<ul style="list-style-type: none"> - aggressives Verhalten durch Mitarbeitende und untereinander - gibt es kollegiale Unterstützung NACH einem psychischen oder physischen Gewaltereignis? - Inwieweit werden Rassismus und Diskriminierung wahrgenommen? 				
Bewohnende				
Item	Relevanz n (%)			Beantwortbarkeit
	Nicht relevant	Neutral	Relevant	Ja n (%)
Erkrankungen, die regelhaft auftreten	-	-	11 (100)	10 (91)
Medikamente	-	-	11 (100)	9 (82)
Bew. mit hohem Unterstützungsbedarf/ starker Abhängigkeit und Einschränkungen in Selbstbestimmung	1 (9)	1 (9)	9 (82)	10 (91)
Ablehnen von Pflegehandlung	-	-	11 (100)	8 (73)
Schmerzen, die nicht artikuliert werden können	2 (18)	1 (9)	8 (73)	8 (73)
Akute oder chronische Schmerzen	2 (18)	2 (18)	7 (63)	10 (91)
Aggressives Verhalten	-	-	11 (100)	10 (91)
Keine Anbindung an soziale/ familiäre Netzwerke	3 (27)	2 (18)	6 (54)	8 (73)
Unzufriedenheit mit Pflege/ Aktivitäten	-	4 (36)	7 (63)	8 (73)
Im Freitext ergänzte Risikofaktoren zu Bewohnenden				
<ul style="list-style-type: none"> - Gefühlt würde ich die Drogen und Alkoholabhängigkeit als eigenen Risikofaktor herausgreifen - Hier müsste für eine Abfrage eventuell nochmals geklärt werden, was bedeutet „aggressives Verhalten“ - Komorbiditäten ggf. Teilhabebeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen (z.B. ICF) in den Fokus rücken statt Diagnosen und Symptome - Ohne sich dem Rassismus-Vorwurf auszusetzen aber welche Rolle spielen mögliche kulturelle Unterschiede (z.B. Rolle der Frau in der Gesellschaft) - Sind Bewohnende bekannt, die sich unzufrieden über ihre Sexualleben äußern bzw. werden Auffälligkeiten bemerkt, die darauf hindeuten können 				

- Wenig bis keine spezifischen Beschäftigungsangebote und mangelnde sinnhafte Beschäftigung im Tagesablauf sowie beständige Berieselung durch TV und Radio (hier vor allem Sender wie 1live etc.)