

# AGGRESSION IN DER LANGZEITPFLEGE

EIN DIFFERENZIERTER ÜBERBLICK ÜBER DIE PROBLEMATIK

DIRK RICHTER



## IMPRESSUM

### **Herausgeberin**

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter  
Zieglerstrasse 53  
Postfach 1003  
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33  
info@curaviva.ch  
www.curaviva.ch

**Copyright Titelbild:** iStockphoto, © Tobias Helbig

**Layout:** Satzart AG, Bern

**Druck:** Rub Media AG, Bern

**Auflage:** 2000 Ex.

**Ausgabe:** Januar 2013

Aus Gründen der Verständlichkeit kann es vorkommen, dass im Text nur die männliche oder die weibliche Form gewählt wird. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

# AGGRESSION IN DER LANGZEITPFLEGE

EIN DIFFERENZIERTER ÜBERBLICK ÜBER DIE PROBLEMATIK

DIRK RICHTER

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
1.1	Aggressives Verhalten: Begriff und Definition	8
1.2	Weitere Begriffe: Gewalt, Aggression, Missbrauch, Misshandlung, herausforderndes Verhalten	8
1.3	Aggressionsformen	9
1.4	Beteiligte an Aggressionen in der Langzeitpflege	10
1.5	Ursachen der Aggressionsentstehung in der Langzeitpflege	11
1.5.1	Biologische Faktoren	11
1.5.2	Psychologische Faktoren	11
1.5.3	Räumliche Umwelt und soziale Faktoren	11
<b>2</b>	<b>Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern gegen Mitarbeitende</b>	<b>12</b>
2.1	Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegen Mitarbeitende	13
2.2	Situationen mit aggressivem Verhalten	14
2.3	Bewohnerinnen- und bewohnerbezogene Faktoren	14
2.4	Aggressives Verhalten als komplexes Geschehen	15
2.5	Folgen für die Pflege- und Betreuungsperson und die Pflegebeziehung	16
2.5.1	Körperliche Folgen	16
2.5.2	Psychische Folgen	16
2.5.3	Nachsorge	17
2.5.4	Folgen für die Pflegebeziehung	17
2.6	Vorhersage, Erkennung, Reporting	17
2.7	Umgang mit akuter beziehungsweise drohender Aggression und Gewalt	18
2.7.1	Herstellung einer sicheren Lage	18
2.7.2	Bedürfnisbefriedigung	19
2.7.3	Verbale Deeskalation	19
2.7.4	Nonverbale Deeskalation	20
2.8	Physische Interventionen	20
2.8.1	Sedierende Medikation	21
2.8.2	Körpertechniken und freiheitsbeschränkende Massnahmen	21
2.9	Prävention aggressiven Verhaltens	22
2.9.1	Soziale Massnahmen	22
2.9.2	Verhalten von Pflege- und Betreuungspersonen	23
2.9.3	Pflegerische Interventionen	24
2.9.4	Architektonische und designtechnische Massnahmen	24

<b>3</b>	<b>Aggressives Verhalten von Mitarbeitenden gegen Bewohnerinnen und Bewohner</b>	<b>26</b>
3.1	Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegen Bewohnerinnen und Bewohner	27
3.2	Typologie von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewohner	28
3.3	Hintergründe von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewohner	28
3.3.1	Personelle Faktoren der Mitarbeitenden	28
3.3.2	Bewohnerinnen- und Bewohnerbezogene Faktoren	29
3.3.3	Pflegesituation und Organisation	29
3.3.4	Pflegerische Subkultur	30
3.4	Erkennung/Reporting	30
3.5	Prävention	31
3.5.1	Unterstützung für Mitarbeitende	31
3.5.2	Personalauswahl	31
3.5.3	Schulungen für Mitarbeitende	31
3.5.4	Transparenz und Vertrauen	31
<b>4</b>	<b>Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern gegen Mitbewohnerinnen und -bewohner</b>	<b>32</b>
4.1	Häufigkeit, Typologie und Folgen	33
4.2	Umgang und Prävention	34
<b>5</b>	<b>Aggressive Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen</b>	<b>36</b>
5.1	Häufigkeit, Typologie und Folgen	37
5.2	Umgang und Prävention	38
<b>6</b>	<b>Allgemeine Handlungsempfehlungen: Konzepte und Schulungen</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Anhang</b>	<b>42</b>
7.1	Autor	43
7.2	Mitglieder der Resonanzgruppe	43
7.2	Literatur	44
7.4	Weiterführende Materialien	47

# 1

## Einleitung

Aggressives Verhalten ist ein häufig vorkommendes und vielschichtiges Problem in Einrichtungen der Langzeitpflege. Mehrere Entwicklungen der letzten Jahre und Jahrzehnte machen es notwendig, sich intensiv mit der Thematik zu befassen. Erinnert sei an die verschiedenen Missbrauchsskandale in Langzeiteinrichtungen, an die zunehmende Aufmerksamkeit für Aggression gegen Mitarbeitende oder aber an das neue Erwachsenenschutzrecht, welches sich unter anderem zum Ziel gesetzt hat, die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen juristisch besser zu regeln.

Diese Entwicklungen betreffen nicht nur die Schweiz, die Thematik beschäftigt nahezu alle westlichen Gesellschaften gleichermaßen. Wie in anderen Institutionen des Gesundheitswesens können Aggressionen und aggressive Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern sowie zwischen Bewohnern selbst zu erheblichen nachteiligen Folgen für alle Beteiligten führen.

Dieses Themenheft über «Aggression in der Langzeitpflege» hat sich zum Ziel gesetzt, die Thematik der Aggression in der Langzeitpflege von allen Seiten zu betrachten und Hinweise zu geben, wie mit aggressivem Verhalten besser umgegangen werden kann, wenn es nicht gelingen kann, Aggressionen zu mindern oder zu vermeiden. Vorab sei deshalb ausdrücklich betont, dass es nicht im Sinne des Verfassers und auch erst recht nicht zielführend im Sinne des Umgangs mit Aggressionen sein kann, dass die «Schuld» einseitig den Einrichtungen beziehungsweise Mitarbeitenden oder aber den Bewohnerinnen und Bewohnern zugeschoben wird.

Im Einklang mit der aktuellen Forschung über Aggressionsentstehung und Aggressionsvermeidung im Gesundheitswesen wird hier davon ausgegangen, dass Aggression und Gewalt in aller Regel in zwischenmenschlichen Interaktionen und daraus resultierenden Notlagen entstehen. Diese Perspektive weist dem Verhalten und der Verhaltensmodifikation aller Beteiligten eine entscheidende Rolle bei der Vermeidung oder Bewältigung aggressiven Verhaltens zu.

Für einen adäquaten professionellen Umgang mit Aggressionen im Gesundheitswesen ist ein Verständnis für die Entstehung zentral. Von wenigen und sehr speziellen psychischen Zuständen und sozialen Situationen abgesehen, kann angenommen werden, dass aggressives Verhalten dann auftritt, wenn die Aggressoren sich in einer subjektiven Notlage befinden, in der sie sich nicht anders zu helfen wissen, als aggressiv zu reagieren. Mit anderen Worten, Aggressoren werden nicht aus freien Stücken aggressiv, sondern dies ist zumeist durch Hilflosigkeit bedingt.

Die Bewältigung von Aggressionen im weitesten Sinne und die Deeskalation einer aggressiven Situation im engeren Sinne fokussieren auf einen Umgang mit den Notlagen und der Hilflosigkeit, welche dem Verhalten zugrunde liegen. Neben der unmittelbaren Gefahrenabwehr muss die Frage nach der Ursache aggressiven Verhaltens im Mittelpunkt der ganzen Problematik stehen.

Zur Thematik der Aggression und Gewalt in der Pflege beziehungsweise in der Langzeitpflege existiert eine umfangreiche Sach- und Fachliteratur. Dieses Themenheft basiert im Wesentlichen auf der aktuellen Forschungsliteratur aus dem In- und Ausland.

## 1.1 Aggressives Verhalten: Begriff und Definition

Das Themenfeld der Aggression und Gewalt ist (nicht nur im Gesundheitswesen) mit erheblichen begrifflichen Problemen behaftet. Bis anhin existiert keine allgemein akzeptierte Definition für den Begriff «Aggression». Gleiches gilt für den Begriff «Gewalt» und die Abgrenzung von Aggression und Gewalt (de Haan 2008; Richter 2012 b). In der gegenwärtigen Forschungsliteratur gibt es zwei grundlegende Ansätze, um sich der Thematik zu nähern:

- Die Intention der Schädigung: Aggression oder Gewalt liegt dann vor, wenn eine Handlung mit dem Ziel der Schädigung einer anderen Person oder Sache vorliegt.
- Die Opferperspektive: Aggression oder Gewalt liegt dann vor, wenn das «Opfer» eine Handlung als aggressiv oder gewalttätig wahrnimmt.

In der Praxis zeigt sich sehr schnell, wo die Grenzen der beiden genannten Ansätze liegen. Gerade bei Aggressionen durch kognitiv eingeschränkte Menschen ist ein Ziel der Schädigung oftmals kaum zu erkennen. Und auch die Opferperspektive ist nicht immer zielführend. Viele Aggressionen gegen demenziell erkrankte Menschen werden von diesen gar nicht als solche erlebt.

Vor dem Hintergrund der genannten Schwierigkeiten, die Begriffe exakt zu definieren und voneinander abzugrenzen, wird folgende Arbeitsdefinition für den Terminus «Aggression» vorgeschlagen:

### **Aggressives Verhalten – Definition**

Aggressives Verhalten liegt dann vor, wenn eine Handlung zur körperlichen oder seelischen Schädigung einer Person führen kann und/oder von der Zielperson als bedrohlich schädigend wahrgenommen wird. Die aggressive Handlung kann körperlich (auch nonverbal durch Mimik und Gestik) erfolgen, aber auch nicht körperlich durch verbale Aussagen. Ein Sonderfall ist in diesem Zusammenhang die Vernachlässigung als Folge einer unterlassenen Handlung.

Die Beantwortung der Frage, ob eine Handlung als aggressiv betrachtet wird, ist somit abhängig vom Kontext und von der Perspektive der Beteiligten. Damit ist jedoch keine Willkürlichkeit der Definition beschrieben, sondern es wird darauf verwiesen, dass die Handlung immer im Zusammenhang mit der jeweiligen Einrichtung und der Verletzlichkeit der Beteiligten gesehen werden muss.

## 1.2 Weitere Begriffe: Gewalt, Aggression, Missbrauch, Misshandlung, herausforderndes Verhalten

«Gewalt» ist begrifflich ebenfalls nur schwierig von «Aggression» zu unterscheiden. Die Abgrenzung zwischen aggressiven und gewalttätigen Handlungen wird üblicherweise als graduell betrachtet. In diesem Sinne übersteigt Gewalt in ihrem Ausmass und in ihren Folgen Aggression. Eine aggressive Handlung bedeutet somit nicht in jedem Fall Gewalttätigkeit, während gewalttätige Handlungen üblicherweise Aggression beinhalten.

Gleichermassen schwierig sind die Definition und die trennscharfe Abgrenzung der Begriffe «Missbrauch» und «Misshandlung». Missbrauch und Misshandlung können sowohl körperliche wie auch verbale und seelische Elemente beinhalten. Missbrauch zielt auf die Bedürfnisbefriedigung auf Kosten anderer. Diese Bedürfnisbefriedigung kann, aber muss nicht mit körperlichen Handlungen einhergehen. Anekdotisch bekannt geworden sind beispielsweise der finanzielle



Missbrauch von älteren und schutzbefohlenen Menschen oder aber Videoaufnahmen in entwürdigenden Situationen durch Mitarbeitende. Bei der Misshandlung stehen dagegen eher körperliche Handlungen im Vordergrund. Allerdings ist auch die Misshandlung nicht ausschliesslich auf körperliche Handlungen beschränkt.

Eine weitere Problematik ist die Begriffsbestimmung bezüglich Misshandlung durch unterlassenes Handeln. Durch Vernachlässigung werden die Bedürfnisse Schutzbefohlener nicht adäquat befriedigt; unter Umständen werden auch erhebliche körperliche und/oder seelische Konsequenzen nachfolgen. Eine objektive Definition dieses Sachverhalts ist schwierig. Auch hier spielen Perspektivität und Subjektivität der Wahrnehmung eine gewichtige Rolle.

Als gewissermassen politisch korrekter Terminus wird die Begrifflichkeit «herausforderndes Verhalten» zunehmend auch in der Langzeitpflege für die Charakterisierung aggressiven Verhaltens von Bewohnerinnen und Bewohnern angewendet. Dieser aus der Behindertenbewegung stammende Begriff ist deutlich umfassender, geht aber weit über die Zielsetzung dieser Veröffentlichung hinaus. So gehören auch nicht aggressive Verhaltensweisen wie Herumwandern und wiederholtes Schreien zum herausfordernden Verhalten insofern ist der Begriff unscharf. Des Weiteren könnte er lediglich auf das entsprechende Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner angewendet werden, die nachfolgend beschriebenen Aggressionsformen von Mitarbeitenden könnten damit definitiv nicht umschrieben werden.

## 1.3 Aggressionsformen

Aggressivität kommt in verschiedener Weise zum Ausdruck:

- körperlich: im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten kommt es zu einem Körperkontakt;
- nicht körperlich: aggressives Verhalten wird durch verbalen Ausdruck, Mimik oder Gestik ausgeübt;
- sexuell: körperliche oder nicht körperliche Aggressionen haben sexuelle Konnotationen;
- Vernachlässigung: körperliche oder seelische Bedürfnisse werden von Mitarbeitenden nicht adäquat befriedigt.

## 1.4 Beteiligte an Aggressionen in der Langzeitpflege

Aggressivität kann zwischen allen beteiligten Gruppen sowie innerhalb aller Gruppen in Langzeitpflegeeinrichtungen entstehen.

	Bewohner/Bewohnerinnen	Mitarbeitende/Pflegende
Bewohner/ Bewohnerinnen	Bewohnerinnen und Bewohner werden durch andere Bewohner durch körperliche, nicht körperliche, sexuelle sowie unter Umständen finanzielle Handlungen in Mitleidenschaft gezogen.	Pflegende und andere Mitarbeitende werden körperlich, nicht körperlich oder sexuell in Mitleidenschaft gezogen.
Mitarbeitende/ Pflegende	Bewohnerinnen und Bewohner werden durch körperliche, nicht körperliche, sexuelle sowie unter Umständen finanzielle und virtuelle Handlungen und Unterlassungshandlungen in Mitleidenschaft gezogen.	Mitarbeitende gegen Mitarbeitende: in der Regel verbale Aggressionen, die zu Mobbing oder sexuellen Anzüglichkeiten gerechnet werden.*
Angehörige	Bewohnerinnen und Bewohner werden durch zumeist finanziell bedingte Handlungen (Stehlen) in Mitleidenschaft gezogen.*	Angehörige werden verbal aggressiv aufgrund von Beschwerden oder Unzufriedenheit mit der Situation der Bewohnerinnen und Bewohner.

\* Diese Aggressionsformen werden im Themenheft nicht ausführlich behandelt.

Wie im weiteren Verlauf noch verschiedentlich ausgeführt wird, ist aggressives Verhalten in den meisten Fällen ein interaktives Geschehen. Das heißt, Aggressor beziehungsweise Aggressorin und Opfer sind nicht immer eindeutig zu bestimmen. Gleichwohl muss an verschiedenen Stellen diese Unterscheidung gemacht werden. Damit die Relativierung jedoch immer deutlich bleibt, werden die Beteiligten in Anführungszeichen als «Aggressor» und «Opfer» bezeichnet.

## 1.5 Ursachen der Aggressionsentstehung in der Langzeitpflege

Die Ursachen für aggressives Verhalten sind in aller Regel vielfältig. Oft ist es nicht nur eine Ursache, welche zum potenziell schädigenden Verhalten führen kann. Biologische, psychologische und soziale Faktoren treten gemeinsam auf und treten in Interaktion miteinander, daher spricht man auch von einem biopsychosozialen Geschehen.

### 1.5.1 BIOLOGISCHE FAKTOREN

Ein Teil der Ursachenkonstellationen ist sicherlich in der Biologie des Menschen zu suchen. Genetische Aspekte können dabei genauso wirksam sein wie neurobiologische Faktoren. In der Neurobiologie spielen in diesem Zusammenhang sowohl allgemeine Faktoren eine Rolle wie beispielsweise die Verarbeitung oder Hemmung aggressiver Impulse wie auch altersbedingte Veränderungen, die sich beispielsweise im Rahmen einer demenziellen Entwicklung ergeben.

### 1.5.2 PSYCHOLOGISCHE FAKTOREN

Die Psychologie sieht ebenfalls verschiedene Aspekte an der Aggressionsentstehung beteiligt. In der aktuellen psychologischen Forschung wird das Zusammenspiel von Person und Situation stark betont (Anderson & Bushman 2002; Anderson & Carnagey 2004). Bei der Person geht es um bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, um geschlechtsspezifische Eigenschaften, um Annahmen, Einstellungen, Werte und längerfristige Ziele einer Person sowie um sogenannte Skripte. Unter Skripten versteht man mehr oder weniger automatisierte Abläufe, die Menschen in bestimmten Situationen abrufen. So reagieren die meisten Menschen angesichts eines aggressiven Gegenübers relativ gleichförmig zu verschiedenen Zeitpunkten. Ein zentraler psychologischer Aspekt ist die Verarbeitung äußerer Reize. Wie eingangs schon angedeutet wurde, entsteht aggressives Verhalten in aller Regel dadurch, dass sich der spätere «Aggressor» durch bestimmte Merkmale in seiner Umwelt oder auch nur in seiner wahrgenommenen Umwelt herausgefordert fühlt. In der Psychologie spricht man in diesem Zusammenhang von **aversiver Stimulation** (Berkowitz 1993). Aggressivität entsteht in aller Regel nicht ohne einen aversiven Stimulus als Auslöser.

### Aversive Stimulation

Eine aversive Stimulation ist ein Reiz, der eine negative Gegenreaktion hervorruft. Ein solcher Reiz kann im Verhalten eines Gegenübers liegen, er kann aber auch durch die allgemeine Situation des «Aggressors» bedingt sein. Die allgemeine Situation kann sich für Betroffene so gestalten, dass Enttäuschung und Wut entstehen. Dies betrifft beispielsweise krankheitsbedingte Einschränkungen oder Restriktionen, welche durch freiheitsbeschränkende Massnahmen auferlegt worden sind. Zu aversiven Stimulationen können auch unbefriedigte Bedürfnisse gezählt werden, wie sie etwa Schmerzsituationen oder Hunger und Durst darstellen. Gerade bei demenziellen Entwicklungen ist auch daran zu denken, dass die kognitiven Einschränkungen zu erheblichen Unsicherheiten, zu Furcht oder der Wahrnehmung führen können, «ausgeliefert» zu sein. Auch die Pflegeabhängigkeit als solche kann schon als aversive Stimulation betrachtet werden.

### 1.5.3 RÄUMLICHE UMWELT UND SOZIALE FAKTOREN

Neben den biologischen und psychologischen Aspekten spielt die soziale Situation eine besondere Rolle für die Entstehung aggressiven Verhaltens. Räumliche Bedingungen, das Verhalten des betreuenden Personals, Lärm und Gerüche: All dies kann aggressives Verhalten hervorrufen. Die soziale Situation ist auch relevant, wenn man aggressives Verhalten von Betreuungspersonen erklären möchte. Bei reaktiver Aggression ist zumeist eine Überforderungssituation vorhanden. In diesem Falle wissen auch die Pflege- und Betreuungspersonen sich nicht mehr anders zu helfen als durch verbale oder sogar physische Aggression. Bei instrumenteller Aggression spielt die Entdeckungswahrscheinlichkeit eine gewisse Rolle, der soziale Status und das Einkommen, was möglicherweise zu Diebstählen führen kann, oder aber auch die gesamte Arbeitssituation, welche von einzelnen Personen durchaus als frustrierend erlebt wird.

# 2

## Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern gegen Mitarbeitende

Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern ist eine sehr häufig anzutreffende Belastung für Mitarbeitende in der Langzeitpflege. Im Vergleich zu Angestellten an anderen Arbeitsplätzen und Institutionen haben Mitarbeitende ein relativ grosses Risiko, von Aggressionen betroffen zu werden.

## 2.1 Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegen Mitarbeitende

Die Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegen Mitarbeitende ist in verschiedenen internationalen Studien untersucht worden. Wie eine kürzlich vorgelegte Übersichtsarbeit zu diesem Thema gezeigt hat, können keine klaren Zahlenangaben zur Prävalenz gegeben werden (Zeller et al. 2008). Zu unterschiedlich sind die Instrumente und Methoden, mit denen die Daten erhoben wurden. Hinzu kommt auch die oben schon angesprochene Schwierigkeit, Aggression und Gewalt zu definieren. In manchen Untersuchungen war das Pflege- und Betreuungspersonal zwischen einmal täglich bis einmal jeden zweiten Tag im Durchschnitt von aggressivem Verhalten betroffen, andere Studien berichteten lediglich einen bis vier Vorfälle pro Jahr.

Aus den verschiedenen Studien wird jedoch deutlich, dass verbale Aggressionen weitaus häufiger vorkommen als körperliche Gewalt. Zu den verbalen Aggressionen zählen Anschreien, Vorwürfe, Drohungen, Flüche oder sexuelle Belästigungen. Bei den körperlichen Angriffen handelt es sich um Schläge, das Werfen mit

Gegenständen, Haare ziehen, Spucken oder das Armverdrehen.

In einer ebenfalls kürzlich veröffentlichten Studie über das Erleben aggressiven Verhaltens in Pflegeheimen in der Schweiz haben fast alle der über 800 befragten Pflege- und Betreuungspersonen angegeben, schon einmal während ihrer Berufstätigkeit aggressives Verhalten erlebt zu haben (Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens 2012). Über 80% gaben an, Aggressionen innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Datenerhebung erlebt zu haben. Von diesen hatten drei viertel verbale Aggressionen berichtet, ein gutes Viertel gab an, Bedrohungen erlebt zu haben, und über 50% waren körperlich attackiert worden. Bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung, berichteten knapp 40% der Befragten über das Erleben aggressiven Verhaltens der Bewohnerinnen und Bewohner. In diesen letzten sieben Tagen vor der Befragung waren knapp 50% verbal und knapp 43% körperlich angegriffen worden.

## 2.2 Situationen mit aggressivem Verhalten

Aggressives Verhalten gegen Mitarbeitende ist oftmals nicht vorhersehbar und kann in jeder Situation vorkommen (Pulsford & Duxbury 2006). Allerdings ist Aggressivität in bestimmten Situationen wahrscheinlicher als in anderen. Diese Situationen betreffen insbesondere das Eindringen in den persönlichen Nahbereich. In Institutionen, die körperliche Pflege verabreichen, ist das Eindringen in den Nahbereich unvermeidbar. Als Situationen mit einem relativ hohen Aggressionsrisiko haben sich vor allem direkte Pflegesituationen herausgestellt. Beim Baden oder Waschen, in Duschsituationen, beim Essenanreichen, beim Toilettengang oder beim Anziehen sowie beim Transfer oder Transport wird die überwiegende Anzahl von Aggressionen gegen Mitarbeitende registriert.

Gerade bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern lässt sich aggressives Verhalten nicht immer vorhersehen. Im Vergleich zu weniger eingeschränkten Personen zeigen vor allem demenziell eingeschränkte Menschen öfter ein impulsives Verhalten, das auch für Pflegende, welche die Bewohnerinnen und Bewohner gut kennen, nicht immer vorsehbar ist. Sicher ist, dass psychosozialer Stress bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, wie etwa der Tod eines nahen Verwandten oder aber ein nicht stattgefundener Besuch, das Aggressionsrisiko steigern kann.

Die Hintergründe für Aggressionen in Pflegesituationen sind jedoch nicht immer ausschliesslich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zu suchen. Das Verhalten des Pflege- und Betreuungspersonals kann ebenfalls erheblich zur Aggressionsentstehung beitragen (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Dies gilt vor allem für die Kommunikation, welche verbal, aber auch per Mimik und Gestik stattfindet. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang nicht, was die Pflege- und Betreuungsperson mit ihrem Verhalten beabsichtigt, sondern vielmehr, wie ihr Verhalten von der Bewohnerin oder dem Bewohner erlebt wird.

Bedingt durch die arbeitsorganisatorischen und ökonomischen Zwänge, kommt es nicht selten zu schnellem Eindringen in die persönliche Sphäre der Bewohnerinnen und Bewohner. Aggressives Verhalten kann auch dann hervorgerufen werden, wenn pflegerische Handlungen und Verrichtungen nicht ausreichend angekündigt oder erklärt werden. Die entscheidende Frage ist in jedem Fall, ob das Verhalten der Pflege- und Betreuungspersonen von den Bewohnerinnen und Bewohnern als bedrohlich erlebt werden kann. Daher kann es sehr wohl passieren, dass Pflegemassnahmen angekündigt werden, aber von den Bewohnerinnen oder Bewohnern nicht in der gleichen Weise verstanden werden.

## 2.3 Bewohnerinnen- und bewohnerbezogene Faktoren

Die Erfahrung im Umgang mit pflegebedürftigen älteren und oft kognitiv eingeschränkten Personen lehrt jedoch, dass nicht jede aggressive Situation vermieden werden kann. Die Umstände der Aggressionsentstehung liegen auch nicht in jedem Fall im situativen Kontext. Ein bekanntes Risiko ist die kognitive Einschränkung, welche nicht selten zu einer Verknennung der

Situation führen kann. Des Weiteren können vor allem bei demenziellen Entwicklungen auch psychotische Symptome wie Wahnerleben oder Halluzinationen auftreten. Das Wahnerleben im Rahmen einer Demenz ist häufig paranoid gefärbt. Die Betroffenen haben beispielsweise das Gefühl, bestohlen worden zu sein oder aber vergiftet zu werden. Wie leicht vorstellbar ist,

reicht ein solches subjektives Erlebnis aus, sich wehren zu wollen oder gar körperlich aggressiv zu werden. Im Rahmen einer demenziellen Entwicklung kann es auch zu optischen Halluzinationen kommen. So werden etwa Tiere oder Fabelwesen, aber auch Muster gesehen, und auch solches Erleben kann ängstigend wirken und zu aggressivem Verteidigungsverhalten führen.

Auch biografische Faktoren können sich abträglich auf die Pflegesituation auswirken. Wenn etwa Pflegepersonen als Menschen aus der Vergangenheit der Bewohnerinnen und Bewohner verkannt werden, kann dies positive, sehr wohl aber auch negative Folgen haben. In Fällen, in denen die Beziehung konfliktbe-

den war, wird möglicherweise die Pflege durch diese Personen abgelehnt.

Möglicherweise spielen Persönlichkeitsfaktoren eine weitere Rolle (Morales-Vives & Vigil-Colet 2012). Zu diesen Persönlichkeitsfaktoren zählen etwa Aggressivität, Impulsivität oder Impulskontrollstörungen, die bei den betreffenden Personen auch schon vor der altersbedingten Pflegeabhängigkeit vorhanden gewesen sein können. Manche Menschen haben zeitlebens ihre Konflikte mit aggressivem Verhalten zu lösen versucht. Unter Umständen haben auch ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen mit möglicherweise dissozialem Verhalten schon früher vorgelegen.

## 2.4 Aggressives Verhalten als komplexes Geschehen

In der konkreten Situation kommen häufig die genannten situativen Aspekte, die Persönlichkeitsaspekte und das Verhalten der Pflege- und Betreuungspersonen zusammen (Pulsford & Duxbury 2006). Oftmals ist es nicht nur ein Faktor, der dazu führt, dass eine Situation eskalieren kann. Nicht von ungefähr wird das Verhalten von älteren und kognitiv eingeschränkten Personen als «herausfordernd» beschrieben. Das ungewöhnliche, bisweilen auch bizarre Verhalten ruft bei Menschen in der Umgebung entsprechende Reaktionen hervor, die unter Umständen angstbesetzt sind oder aber eine Verteidigung anstreben. Möglich ist ebenfalls, dass auf das herausfordernde Verhalten nicht adäquat reagiert wird, weil die dahinterstehenden Bedürfnisse nicht erkannt werden. Zudem hängt es von der Persönlichkeit der Pflege- und Betreuungsperson ab, ob sie sich in der Lage sieht, eine Situation zu deeskalieren. Wenn dann noch Zeitdruck hinzukommt oder pflegerische Verrichtungen nicht ausreichend ange-

kündigt oder erklärt werden, wird eine aggressive Reaktion der Bewohnerin oder des Bewohners wahrscheinlicher.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden bei Gefährdungen und auch bei Situationen mit fremd-aggressivem Verhalten eingesetzt. Dennoch dienen sie nicht nur der Sicherheit aller Beteiligten, sie können auch den gegenteiligen Effekt haben, dass sich die betroffenen Bewohnerinnen zu einer verteidigenden Reaktion herausgefordert fühlen. Körperliche Restriktionen, aber ebenso die Verweigerung bestimmter Wünsche sind häufige Anlässe für aggressive Verhaltensweisen.

## 2.5 Folgen für die Pflege- und Betreuungsperson und die Pflegebeziehung

Körperliche Angriffe werden von den betroffenen Mitarbeitenden als belastend erlebt. Allerdings kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass verbale Aggressionen oder gar sexuell gefärbte Äusserungen «besser» oder «leichter» verarbeitet werden (Richter 2012c). Verbale Aggressionen wie das Infragestellen professioneller Kompetenzen (z.B. «Sie haben ja keine Ahnung von der Pflege.») oder Kommentare zur Person (z.B. «Wollen Sie nicht mal etwas abnehmen? Sie sehen ja unmöglich aus.») können belastender sein als ein harmloser Schlag auf den Arm.

### 2.5.1 KÖRPERLICHE FOLGEN

Die körperlichen Folgen für die Pflege- und Betreuungsperson als «Opfer» einer gewalttätigen Handlung sind überwiegend kleinere Schäden. Kratzwunden, Bisswunden, ausgerissene Haare oder aber Hämatome sind oftmals zu erkennen (Richter 1999). Neu ist ein Studienbefund, der gezeigt hat, dass auch allgemeine muskuloskelettale Beschwerden mit dem Ausmass von Aggressionen in Pflegeheimen zusammenhängen (Miranda, Punnett, Gore & Boyer 2011). Schwere körperliche Verletzungen kommen in Alterseinrichtungen vermutlich seltener vor als etwa in psychiatrischen Institutionen, sind aber nicht auszuschliessen. Bei vorliegendem Körperschaden sollte ein Arzt aufgesucht werden für eine allfällige Wundversorgung, zur Prüfung des Infektionsschutzes und möglicherweise zur Einleitung weiterer diagnostischer Massnahmen (Röntgen usw.). Wichtig ist schliesslich die adäquate Dokumentation des Vorfalls und des Schadens für die Erstattung möglicher Kosten durch die Unfallversicherung.

### 2.5.2 PSYCHISCHE FOLGEN

Wissenschaftlich kaum erforscht sind die psychischen Folgen für die betroffenen Mitarbeitenden. Die meisten körperlichen Angriffe werden von den Mitarbeitenden problemlos verarbeitet. Wenn der Angriff schwerer war und unerwartet kam, kann es zu akuten Belastungsreaktionen kommen, die einige Tage und in seltenen Fällen auch länger anhalten. Allerdings darf von einem geringen Körperschaden nicht in jedem Fall auf ein nicht vorhandenes psychisches Folgeproblem geschlossen werden; auch klei-

nere Körperschäden können sich traumatisierend auswirken. Aus anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind denn eben auch posttraumatische Belastungsreaktionen nach Übergriffen auf Mitarbeitende bekannt (Richter & Berger 2009). Für Langzeitpflegeeinrichtungen kann dies ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, vermutlich betrifft es aber nur eine sehr geringe Anzahl Betroffener.

Der Umgang mit Aggressionen und die Verarbeitung einer aggressiven Handlung durch Pflege- und Betreuungspersonen sind sehr uneinheitlich. Auf welche Weise dies geschieht, das hängt von sehr vielen Faktoren ab. Besondere Relevanz haben in diesem Zusammenhang die Lebens- und die Berufserfahrung. In der Regel gelingt es älteren und berufserfahrenen Mitarbeitenden weitaus besser, mit belastenden Situationen umzugehen. Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass körperliche oder verbale Attacken von älteren Mitarbeitenden immer problemlos verarbeitet werden.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Unerwartetheit eines Angriffs (Richter 2007). Wenn ich weiss, dass ein Bewohner jeden Morgen gleich missmutig bis aggressiv darauf reagiert, geweckt zu werden, dann kann ich mich darauf einstellen und dann wird seine Reaktion mir so gut wie nichts ausmachen. Das kann auch für körperliche Aggressionen gelten. Wenn eine kognitiv und sprachlich eingeschränkte Bewohnerin ihre Bedürfnisse nicht äussern kann und auf die Bemühungen, sie zu waschen, immer mit einer körperlichen Abwehr reagiert, dann bin ich ebenfalls in der Lage, mich darauf vorzubereiten.

Ebenfalls einfacher zu verarbeiten ist ein Übergriff, wenn er in seinen Ursachen nachvollzogen werden kann. Dies gilt vor allem für Angriffe, die mehr oder weniger demenzbedingt sind. Dann nämlich kann sich das «Opfer» relativ sicher sein, dass der Angriff nichts mit seiner/ihrer Person oder dem Verhalten der Pflege- und Betreuungsperson zu tun hat. Dieser Umstand macht ein sehr gutes Wissen über Ursachen, Symptome und Folgen von Erkrankungen erforderlich, insbesondere über psychiatrische und neuro-



logische Krankheitsbilder. Ist dieses Wissen vorhanden, fällt es wesentlich leichter, sich von krankheitsbedingtem Verhalten zu distanzieren.

### 2.5.3 NACHSORGE

Die wichtigste und glücklicherweise auch am häufigsten angewendete Form der Nachsorge sind ein gutes Team und eine gute Führung, mit der die Situation besprochen werden kann, beispielsweise im Rahmen von Supervision und Intervision. Sollten die psychischen Folgen sich erheblich auf die betroffene Person auswirken, so ist eine psychologische oder psychiatrische Abklärung notwendig. Aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind nachsorgende Betreuungsformen für die traumatisierte Person bekannt (Richter 2012 a). Ziel einer Nachsorgebetreuung ist die Unterstützung der betroffenen Person hinsichtlich ihrer zentralen Bedürfnisse, des Erhalts der Arbeitsfähigkeit und der allfälligen Überleitung in professionelle Therapie. An eine Psychotherapie ist zu denken, wenn die Probleme über längere Zeit anhalten.

Die psychischen Folgen aggressiven Bewohnerinnen- oder Bewohnerverhaltens werden hier deshalb etwas ausführlicher behandelt, weil sie einen gewichtigen

Faktor im Rahmen des allgemeinen Belastungserlebens von Pflege- und Betreuungspersonen darstellen. Neben dem Umgang mit Sterben, Tod und Leiden sowie neben den organisatorischen Arbeitsbedingungen wird in den einschlägigen Untersuchungen zur abnehmenden Berufs- und Arbeitsmotivation üblicherweise die Aggressionsproblematik hervorgehoben (Camerino, Estry-Behar, Conway, Van der Heijden & Hasselhorn 2008; Estry-Behar et al. 2008). Angesichts des teilweise schon ausgeprägten Mangels an Pflegepersonen in der Langzeitpflege sollte daher der Prävention aggressiven Verhaltens und der Prävention von Folgen für die Pflege- und Betreuungspersonen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

### 2.5.4 FOLGEN FÜR DIE PFLEGEBEZIEHUNG

Aggressive Handlungen können sich negativ auf die Pflegebeziehung auswirken. Zum einen erhöhen derartige Handlungen die Furcht der Pflege- und Betreuungspersonen vor erneuten Attacken, was erwartbar das eigene Verhalten beeinflusst. Zum zweiten machen sie misstrauisch und erschweren den Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung. Und dies kann sich wiederum auf das Verhalten des Bewohners oder der Bewohnerin negativ auswirken.

## 2.6 Vorhersage, Erkennung, Reporting

Wie oben schon angetönt wurde, ist ein aggressives Verhalten gerade bei kognitiv eingeschränkten Personen nicht immer vorab zu erkennen. Gerade Personen mit solchen Einschränkungen reagieren aus Sicht von Pflege- und Betreuungspersonen oftmals ohne Vorwarnung und impulsiv. Dies gilt aber nicht für alle Fälle von Aggression und Gewalt. Folgende Frühwarnzeichen sind bekannt (Richter 1999):

#### Frühwarnzeichen für aggressives Verhalten

- feindselige Grundstimmung
- drohende Körperhaltung und Gestik
- geringe Körperdistanz zwischen Mitarbeitendem und Bewohner/-in
- verbale Bedrohungen und Beschimpfungen
- psychomotorische Erregung oder Anspannung
- Sachbeschädigungen, gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zur Vorhersage aggressiven Verhaltens bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen liegen bis anhin nicht vor. Es existieren jedoch Risikoeinschätzungsskalen wie die Brøset Violence Checklist (BVC) in deutscher Sprache, die dazu beitragen können, die Aufmerksamkeit zu schärfen und unter Umständen stärker präventiv tätig zu werden (Abderhalden & Gurtner 2007; Details siehe «Weiterführende Materialien»).

Generell weiss man aus der Aggressionsforschung im Gesundheitswesen, dass früheres aggressives Verhalten der beste Prädiktor auch für zukünftige Aggressionen ist. Daher ist eine sorgfältige Pflegeanamnese auch auf das Sozial- und Konfliktverhalten in der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten.

Ob ein standardisiertes Berichtswesen sinnvoll ist, hängt vom Setting der Einrichtung und insbesondere von der Häufigkeit aggressiver Vorfälle ab. Aus der Perspektive des Verfassers sollte etwa bei Wohngruppen mit einem grossen Anteil von demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern ein solches Reporting installiert werden. In diesem Zusammenhang ist von selbst entworfenen Formularen abzuraten, da nicht nur das Reporting, sondern auch die statistische Auswertung wichtig sind. Als Quasi-Standard hat sich in Europa in Einrichtungen des Gesundheitswesens die SOAS-R durchgesetzt (Staff Observation Aggression Scale – Revised), die auch in verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen schon zur Anwendung gekommen ist (Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker 2005; Pulsford et al. 2011). Neben einer deutschsprachigen Formularversion auf Papier ist eine IT-Version erhältlich, die möglicherweise in die IT-Umgebung der Institution eingebunden werden kann (Details siehe «Weiterführende Materialien»).

## 2.7 Umgang mit akuter beziehungsweise drohender Aggression und Gewalt

Der Umgang mit akuter beziehungsweise drohender Aggression und Gewalt bedarf eines wohl überlegten und bezüglich der Folgen abgestuften Vorgehens. Grob beschrieben, sollten die nachfolgenden Schritte erfolgen (Richter 2006, 2011):

- Herstellung einer sicheren Lage
- Bedürfnisbefriedigung
- Deeskalation
  - Verbal
  - Nonverbal
- Physische Interventionen
  - Sedierende Medikation
  - Anwendung körperlicher Gewalt und freiheitsbeschränkender Massnahmen

### 2.7.1 HERSTELLUNG EINER SICHEREN LAGE

Droht eine Situation zu eskalieren oder wird schon von der Bewohnerin oder dem Bewohner Gewalt angewendet, so steht die Sicherheit aller Beteiligten im Vordergrund. Dies bedeutet unter Umständen das Entfernen von Gegenständen, die als «Waffen» gebraucht werden können, sowie das In-Sicherheit-Bringen von Mitbewohnerinnen und -bewohnern. Gleichzeitig ist von Pflege- und Betreuungspersonen abzuschätzen, ob die Anzahl der anwesenden Mitarbeitenden ausreicht, die Situation ohne grosse Schäden zu bewältigen. Sollte das nicht der Fall sein, ist sofort Hilfe zu organisieren; in aller Regel können die Pflege- und Betreuungspersonen dabei auf ihre Intuition vertrauen.

### 2.7.2 BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Für Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen ist es zunächst besonders wichtig, dass die eventuell hinter dem aggressiven Verhalten liegenden körperlichen und/oder psychischen Bedürfnisse geprüft und nach Möglichkeit befriedigt werden (Dettmore, Kolanowski & Boustani 2009). Entsprechend wichtig ist eine interdisziplinäre Abklärung möglicher Ursachen unter Beteiligung des/der behandelnden Arztes/Ärztin. Folgende Bedürfnisse beziehungsweise Gesichtspunkte sind dabei zu beachten:

- Schmerzen
- Hunger/Durst
- Schlaf
- Blasen-/Darmentleerung
- Lärm
- Lichtverhältnisse
- Über- oder Unterstimulation
- Unpassende Stimulation (z. B. für das Alter nicht adäquate Radiomusik)
- Langeweile
- Soziale Isolation
- Zu viele Sozialkontakte

Nicht selten sind es diese physischen oder psychischen Belastungen, die als Auslöser für Aggressionen dienen. Diese Faktoren können ebenfalls als aversive Stimulationen betrachtet werden, auch wenn sie nicht von aussen auf den Aggressor oder die Aggressorin treffen. Dass starke Schmerzen, unbefriedigte Nahrungsprobleme oder Schlafentzug aggressiv machen können, ist sicherlich den meisten Menschen einseitig. Ein weiteres wichtiges Problem ist das Delir. Dieses äussert sich durch hyperaktives, aber auch durch hypoaktives Verhalten, oft verbunden mit erheblicher Desorientierung. Ursachen sind häufig Flüssigkeitsmangel, Medikamente oder Infektionen. Die ursächliche Behandlung ist hier essenziell.

### 2.7.3 VERBALE DEESKALATION

Sollten die oben beschriebenen Problemlagen nicht oder nicht mehr vorliegen und wird dennoch keine Änderung im Verhalten sichtbar, ist der nächste Schritt die Deeskalation. Systematisches Deeskalationsverhalten sollte zum Standard in der Altenpflege zählen.

Die Möglichkeiten zur Deeskalation sind je nach Situation sehr unterschiedlich, klare Rezepte, die in jeder Situation helfen, können nicht gegeben werden. Allerdings gibt es einige Grundregeln, welche beachtet werden sollten:

- Zeigen Sie Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness.
- Machen Sie sich realistische Erwartungen: Traue ich mir zu, diese Situation zu deeskalieren?
- Kontrollieren Sie nicht Ihr Gegenüber, sondern kontrollieren Sie die Situation.
- Deeskalation wirkt am besten als frühe Intervention.
- Versuchen Sie Zeit zu gewinnen für sorgfältige Entscheidungen und zur Reduktion der Spannung (schauen Sie z.B. für ein paar Sekunden aus dem Fenster).
- Führen Sie die Intervention mit sichtbarem Selbstbewusstsein aus, ohne zu provozieren.
- Vermeiden Sie Machtspiele zwischen Ihnen und der anderen Person.

Diese Grundlagen tragen zu einer guten Kommunikationsatmosphäre bei. Strategisch betrachtet, kann Deeskalation allerdings noch mehr bewirken. Wie also sieht eine Strategie in derartigen Situationen aus? Nach der Beachtung der unmittelbaren und mittelfristigen Sicherheitsaspekte (Fluchtoptionen, Gefahr für weitere Personen) sind dies vor allem:

- Herstellung einer professionellen Arbeitsbeziehung
- Identifikation von und Umgang mit substanziellen Problemen des Aggressors
- Umgang mit Emotionen und Gefühlen des Aggressors
- Aufzeigen von Optionen und Alternativen

Die zentrale Herangehensweise für alle aufgeführten Ziele ist das sogenannte aktive Zuhören. Dabei geht es darum, der aggressiven Bewohnerin oder dem aggressiven Bewohner zu signalisieren, dass man ihre oder seine Anliegen ernst nimmt und die Bedürfnisse erkennen möchte.

### Aktives Zuhören

Aktives Zuhören signalisiert Echtheit, Wertschätzung und Empathie. Diese Kommunikationsform erfolgt im Wesentlichen durch das Paraphrasieren des Gehörten oder Wahrgenommenen («Ich verstehe, das...»; «Ich kann Ihre Sorgen nachvollziehen»; «Das würde mir auch Angst machen.»). Wichtig sind auch die Wahrnehmung und das Paraphrasieren der Emotionen («Ich sehe, dass Sie sehr aufgeregt sind.»; «Ich nehme wahr, wie sehr Ihnen das Angst macht.»). Durch aktives Zuhören wird vermittelt, dass man sein Gegenüber ernst nimmt und wertschätzt.

Zum Ernstnehmen der Anliegen des Aggressors beziehungsweise der Aggressorin gehört auch, von Bewohnerinnen und Bewohnern wahrgenommene Phänomene adäquat zu behandeln. Bei erkennbaren Wahnerlebnissen oder Halluzinationen ist es besonders relevant, diese Phänomene nicht abzustreiten («Ja, das ist wirklich schrecklich, wenn man beklaut wird.»; «O ja, diese Muster (oder Tiere) an der Wand können einem schon Angst machen.»). Das Erleben ist für den Bewohner oder die Bewohnerin in diesem Moment sehr real und ein Abstreiten der Existenz dieser Phänomene macht eine Arbeitsbeziehung nahezu unmöglich. Erfahrungen in Bereich Validati-

onsverfahren können an dieser Stelle für Pflege- und Betreuungspersonen sehr hilfreich sein.

Schliesslich gilt es, die Autonomie des Aggressors zu betonen und ihm oder ihr zu signalisieren, dass er oder sie ebenfalls am weiteren Verlauf mitzubestimmen hat. Die Betonung der Autonomie ist deshalb wichtig, weil Restriktionen zumeist als aversive Stimulationen erlebt werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Eskalation steigt. Allerdings dürfen keine Zugeständnisse oder Zusicherungen gemacht werden, welche dann im weiteren Verlauf nicht eingehalten werden können. Das würde lediglich zu einer zeitlichen Verlagerung des aggressiven Verhaltens führen.

### 2.7.4 NONVERBALE DEESKALATION

Bei allen verbalen Deeskalationsschritten ist darauf zu achten, dass diese auch von adäquaten nonverbalen Botschaften begleitet werden. Mimik und Gestik spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Deeskalation. Der Gesichtsausdruck, die Körperhaltung und insbesondere die Armhaltung sollten ebenfalls eine deeskalative Botschaft vermitteln. Sind die Botschaften nicht kongruent, können sie zu einer weiteren Verwirrung des Aggressors oder der Aggressorin führen, und unter Umständen wird der nonverbalen Botschaft mehr Glauben geschenkt als dem gesprochenen Wort.

## 2.8 Physische Interventionen

Sollten die zuvor beschriebenen Massnahmen nicht greifen und droht dazu Gefahr für weitere Personen oder auch für den Aggressor oder die Aggressorin, sind physische Interventionen notwendig. Die zur Verfügung stehenden Mittel der medikamentösen Sedierung und der Anwendung von körperlicher

Gewalt beziehungsweise freiheitsbeschränkender Massnahmen dürfen sowohl nach aktueller Schweizer Gesetzeslage wie auch nach pflegerischem Selbstverständnis nur die letzten Mittel («Ultima Ratio») sein (SGG 2011). Das heisst, physische Interventionen dürfen erst dann zur Anwendung kommen, wenn die

oben beschriebenen pflegerischen und psychosozialen Interventionen nicht zum Erfolg geführt haben und weitere Gefahr durch den Aggressor oder die Aggressorin droht.

Aus verschiedenen anderen Bereichen des Gesundheitswesens ist bekannt, dass physische Interventionen, die oftmals unter Zwang oder unter Androhung von Zwang erfolgen, potenziell traumatisierend für die betroffenen Personen sein können. Selbst wenn bis anhin noch keine Literatur hierzu aus dem Altersbereich bekannt ist, kann diese Folge auch hier nicht ausgeschlossen werden.

Die Frage der Priorisierung der einzelnen physischen Interventionen, also ob zunächst die Medikation oder der körperliche Zwang angewendet wird, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Hierzu bedarf es einer eingehenden ärztlichen Einschätzung der Lage beziehungsweise der Notwendigkeiten. Nicht selten kommt es zu einem simultanen Einsatz von Medikation und Zwang.

### 2.8.1 SEDIERENDE MEDIKATION

Der Einsatz sedierender Medikation ist selbstverständlich nur nach ärztlicher Indikationsstellung und Anordnung möglich. Es können an dieser Stelle keine umfassenden Ratschläge für sämtliche gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder gegeben werden, das würde den Rahmen des Arbeitsheftes sprengen. Weil die Demenz eines der bekanntesten Krankheitsbilder ist, soll hier exemplarisch darauf eingegangen werden.

Die einschlägigen Leitlinien zur pharmakologischen Behandlung agitierter und aggressiver Verhaltenssymptome bei einer Demenzerkrankung betonen ebenfalls die notwendigen vorgängigen psychosozialen und pflegerischen Massnahmen. Führen diese Massnahmen nicht zum Erfolg, so kommt eine zusätzliche Behandlung mit atypischen Neuroleptika in Frage. Ferner ist die Behandlung vorliegender Grunderkrankungen zu beachten. Bei psychiatrischen Symptomen wie Wahn und Halluzinationen und vor allem beim Vorliegen eines Delirs ist der Einsatz von Neuroleptika unumgänglich.

Generell gilt ein Gebot des restriktiven Umgangs mit Psychopharmaka bei einer demenziellen Erkrankung, das selbstverständlich auch bei aggressivem Verhalten beachtet werden sollte. Eine relativ neue (deutsche) Behandlungsleitlinie zur Demenz fasst diese Problematik folgendermassen:

«Vor dem Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden. Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt beziehungsweise modifiziert werden. Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind» (DGPPN/DGN 2009, S. 57).

### 2.8.2 KÖRPERTECHNIKEN UND FREIHEITS-BESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Lässt sich die Situation nicht deeskalieren, sind verteidigende Körpertechniken und möglicherweise auch Transportgriffe anzuwenden, welche nicht das Risiko eines schädigenden Effekts für den Bewohner oder die Bewohnerin bergen. Entsprechende schonende beziehungsweise sanfte Techniken sind bei verschiedenen Anbietern für Deeskalation und Aggressionsmanagement erlernbar. Falls notwendig, sollten diese Massnahmen immer von mehreren Mitarbeitenden gleichzeitig ausgeführt werden. Dabei gilt es vor allem, Risikobereiche des Körpers entsprechend zu berücksichtigen (Kopf, Bauch, Genitalien usw.). Die Anwendung von diesen und anderen freiheitsbeschränkenden Massnahmen sollte nach Möglichkeit nur durch geschultes Personal erfolgen.

Der Einsatz von Körpertechniken und Zwangsmassnahmen wie beispielsweise dem Festhalten gegen den Willen oder einer Fixation kann traumatisierend auf die davon betroffenen Personen wirken, dies gilt auch für nicht unmittelbar betroffene Mitbewohnerinnen und -bewohner. Je nach Status der kognitiven Einschränkung sollten diese Massnahmen anschliessend mit den direkt betroffenen Personen nachbesprochen werden, unter Umständen auch unter Mitwirkung der Angehörigen. Der Einsatz solcher Massnahmen sollte

immer in dem Bewusstsein erfolgen, dass die Pflegebeziehung hierdurch nachhaltig negativ beeinträchtigt werden kann.

Die Indikationen und die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen können an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Es sei auf die zahlrei-

chen Veröffentlichungen im Zusammenhang mit dem Erwachsenenschutzrecht hingewiesen, insbesondere auf die Publikation der Schweizerischen Gerontologischen Gesellschaft (SGG 2011).

## 2.9 Prävention aggressiven Verhaltens

Die Prävention aggressiven Verhaltens von Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen setzt am Verhalten der Pflege- und Betreuungspersonen, am Wissen über neuropsychiatrische Krankheitsbilder und an den daraus resultierenden pflegerischen Interventionen an. Für die Vorbeugung und die Vermeidung aggressiven Verhaltens ist ein interdisziplinärer Austausch, unter Einbezug des ärztlichen Dienstes, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Aktivierungstherapie und unter Umständen auch der Angehörigen, notwendig. Entsprechende Fallbesprechungen sollten regelmässig insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit «herausforderndem» Verhalten durchgeführt werden. Schliesslich gilt es, die baulichen und sozialen Umgebungsfaktoren zu analysieren und unter Umständen den Notwendigkeiten anzupassen.

### 2.9.1 SOZIALE MASSNAHMEN

Zur Prävention aggressiven Verhaltens trägt sicher die Angebots-, Freizeits- und Tagesstruktur der Institution bei. Auch hier geht es wieder um die adäquate Mischung aus Stimulation, Rückzug und autonomer Entscheidungsfindung der Bewohnerinnen und Bewohner. Eine gute Zusammenarbeit von Pflege und Aktivierungstherapie ist hier essenziell. Gemeinsam sollte eine auf den Bewohner oder die Bewohnerin angepasste Tagesstruktur geplant werden, welche ihm oder ihr Sicherheit im Tagesverlauf vermittelt und Selbstbestimmung fördert.

### **Aggressionsbewältigung: der interdisziplinäre Ansatz**

Frau K., 80-jährig, leidet an einem demenziellen Syndrom und lebt seit einigen Monaten im Pflegeheim, da ihr Ehemann mit der Betreuung zu Hause überfordert war.

Sie geht tagsüber mit abweisender, mürrischer Miene ruhelos hin und her. Mehrmals täglich beginnt sie plötzlich mit wutverzerrtem Gesicht zu schreien, greift dann nach dem nächsten Gegenstand (einmal erwischte sie ein Tafelmesser) und schlägt damit auf die nächststehende Person (Personal oder Mitbewohnerinnen) heftig ein. Wegen eindeutiger Gefährdung von Drittpersonen besteht rascher Handlungsbedarf.

Das Betreuungsteam (das Pflegeteam der entsprechenden Wohngruppe, die Ärztin, die Aktivierungstherapeutin, die Leiterin Pflege) führt ein gemeinsames strukturiertes Gespräch durch:

- Was liegen für Schwierigkeiten vor, welche Probleme?
- Zusammentragen möglichst vieler Informationen (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Diagnosen, Erfahrungen, Beobachtungen...).

- Was ist Frau K. wichtig? Welche Ressourcen hat sie?
- Gibt es erkennbare Ursachen für das Problem? Wie lässt sich das Problem erklären und verstehen?
- Welche Bedürfnisse hat Frau K.?
- Rolle der Angehörigen?
- Zielsetzung: Was will man erreichen? Was ist realistisch?
- Welche Massnahmen sind zu treffen? Wer macht was?

Aufgrund dieses Gespräches werden unter anderem folgende Massnahmen umgesetzt: Frau K. erhält im Alltag Wischer, Putzlappen usw. angeboten, die sie immer wieder gerne benutzt; sie isst in einem abgetrennten Raum in ruhiger Atmosphäre an einem Zweiertisch; es wird ihr tagsüber immer wieder zu trinken angeboten; Besuche des Ehemannes werden unterstützt und gefördert; sie erhält aktivierende Einzeltherapie mit Musik; die häufigen Harnwegsinfekte werden jeweils rasch behandelt (auch die dabei auftretenden Schmerzen); jegliche Hektik wird möglichst vermieden; potenziell gefährliche Gegenstände (z. B. Küchenmesser) werden sicher verstaut; abends erhält sie ein sedierendes Antidepressivum. Unter diesen Massnahmen geht das aggressive Verhalten von Frau K. deutlich zurück.

### **2.9.2 VERHALTEN VON PFLEGE- UND BETREUUNGSPERSONEN**

Das Verhalten der Pflege- und Betreuungsperson kann ein entscheidender aversiver Stimulus sein, der aggressives Verhalten hervorruft. Daher ist das Alltagsverhalten, aber auch das Verhalten in der Situation mit drohender Aggression ein entscheidender Faktor zur Deeskalation. Es sei noch einmal betont, dass es hier nicht um Schuldzuweisungen geht, sondern um die Tatsache, dass zur Deeskalation eben nur das Verhalten der Mitarbeitenden gesteuert werden kann, nicht aber das der Bewohnerinnen und Bewohner.

Je nach Bewohnerklientel und Häufigkeit von Aggressionen sollten die Mitarbeitenden systematisch hinsichtlich Deeskalation und Aggressionsmanagement geschult werden (Richter & Needham 2007). Für den alltäglichen Umgang miteinander ist die Herstellung einer vertrauensvollen und kooperativen Atmosphäre besonders wichtig. Es liegt in der Verantwortung der Leitungspersonen, sicherzustellen, dass eine solche Atmosphäre von allen Mitarbeitenden gewährleistet wird. In diesem Zusammenhang ist auch auf sprachliche Probleme sowie unterschiedliche Mentalitätshintergründe einzugehen. Für das Verhalten in Risikosituationen sollten klare Pflegestandards beziehungsweise Arbeitsanweisungen vorliegen.

Während die zuvor genannten Hinweise für die Prävention auf Ebene der Institution gelten, können zusätzlich Hinweise für die Prävention auf der individuellen Ebene der Pflege- und Betreuungspersonen gegeben werden. Hier gilt es in erster Linie, das eigene Verhalten in Stresssituationen zu kennen und unter Umständen zu modifizieren. Mitarbeitende sollten sich bezüglich ihrer Gefühle und Einstellungen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern bewusst sein, insbesondere dann, wenn es sich um Aggressionen dreht. Weiterhin sollten sie ihren verbalen und nonverbalen Kommunikationsstil kennen und auch diesen unter Umständen modifizieren. Damit zusammen hängt auch der individuelle Konfliktstil, beispielsweise, ob man Konflikte eher vermeidet oder «proaktiv» angeht.

### 2.9.3 PFLEGERISCHE INTERVENTIONEN

In der Pflege haben sich mittlerweile verschiedene Interventionen etabliert. Diese gilt es im Team abzusprechen und durch geeignete und möglichst geschulte Personen anwenden zu lassen. Neben der Kommunikation und dem Umgang mit Konflikten stehen den Pflege- und Betreuungspersonen weitere Ansätze zur Verfügung, welche insbesondere auf Beruhigung und adäquate Stimulation zielen. Dazu zählen unter anderem die folgenden Interventionen (Dettmore et al. 2009):

- Biografiearbeit
- Validation,
- Musiktherapie beziehungsweise musikalische Interventionen
- Snoezelen
- Handmassage
- Entspannungsverfahren
- Umgang mit Tieren beziehungsweise Therapietiere
- Lichttherapie

Selbstverständlich sollten diese Interventionen in Absprache mit weiteren Berufsgruppen erfolgen, vor allem mit dem ärztlichen Dienst und mit der Physiotherapie. Darüber hinaus sollten die Interventionen nach einem eingehenden Assessment erfolgen, beispielsweise mit der auch auf Deutsch vorliegenden

und evaluierten «Serial Trial Intervention» (Fischer, Kuhlmei, Sibbel & Nordheim 2008; Kuhlmei 2010).

### 2.9.4 ARCHITEKTONISCHE UND DESIGNTECHNISCHE MASSNAHMEN

Es ist schon verschiedentlich angedeutet worden, wie sehr die Umgebungsfaktoren in Einrichtungen der Langzeitpflege aggressives Verhalten stimulieren können. Insbesondere kognitiv eingeschränkte ältere Menschen benötigen eine Umgebung, die ihnen sowohl Orientierung und Freiraum als auch Sicherheit bietet. Diese Balance zwischen Freiraum und Sicherheit ist oft nur schwierig umzusetzen, zumal die Massnahmen für mehrere verschiedene Personen gleichzeitig vorzustattengehen.

Schwierig hinzubekommen ist die für jeden Bewohner oder jede Bewohnerin adäquate Mischung aus Stimulation, Ermöglichung von Sozialkontakten und Rückzugsräumen, eigener Privatsphäre und Sicherheitsaspekten. Die grosse Relevanz baulicher und designerischer Faktoren wird zwischenzeitlich von allen Seiten anerkannt. Es existieren auch zahlreiche Empfehlungen insbesondere zum alters- und demenzgerechten Bauen (Bohn 2010). Aus wissenschaftlicher Sicht muss jedoch eingestanden werden, dass die meisten dieser Empfehlungen nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit geprüft worden sind, sodass eindeutige Hinweise an dieser Stelle noch nicht gegeben werden können.



**NOTIZEN**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# 3

## Aggressives Verhalten von Mitarbeitenden gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Aggressives Verhalten von Mitarbeitenden gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen ist seit mehreren Jahrzehnten ein wichtiges Thema in der gerontologischen und pflegerischen Literatur (Daly, Merchant & Jogerst 2011; Pillemer & Moore 1989). Ausgehend von den Vereinigten Staaten, haben sich in der Vergangenheit zahlreiche Studien auch in mehreren europäischen Ländern mit dieser Thematik befasst (leider nicht in der Schweiz). Trotz der intensiven wissenschaftlichen Beschäftigung sind dennoch an vielen Stellen grosse Lücken zu beklagen. Dies beginnt mit einer bis heute nicht vorhandenen umfassenden Definition von Missbrauch oder Misshandlung in Langzeitpflegeeinrichtungen, geht über eine grosse Dunkelziffer bei der Häufigkeit von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewoh-

ner bis hin zu nicht ausreichendem Wissen bezüglich der Prävention.

Das Nichtwissen hängt im Wesentlichen mit der ganz besonderen Konstellation der Pflegebeziehung zusammen. Die «Opfer» sind zumeist kognitiv eingeschränkt und nur in einer geringen Masse auskunftsfähig. Die «Täterinnen und Täter» riskieren bei Bekanntwerden der Taten ihren Arbeitsplatz. Zudem ist aggressives Verhalten in keinsten Weise mit dem Ethos des Berufs vereinbar. Daher ist die gesamte Thematik nach wie vor mit einem relativ umfassenden Tabu belegt. Auch in der Öffentlichkeit werden Missbrauch und Misshandlung durch Pflege- und Betreuungspersonen in aller Regel nur nach grösseren Skandalen diskutiert.

### 3.1 Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Wie schon beschrieben wurde, existieren bis anhin keine verlässlichen Zahlen über die Häufigkeit von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewohner. Dies liegt zum einen daran, dass die Betroffenen oft nicht befragt werden können, und zum anderen daran, dass die vorliegenden Zahlen zumeist bei Pflege- und Betreuungspersonen erhoben worden sind. Aus verschiedenen internationalen Untersuchungen ist bekannt geworden, dass zwischen 10 und 50% der befragten Pflegenden innerhalb eines Jahres selbst

missbräuchlich oder misshandelnd tätig gewesen sind (überwiegend Vernachlässigung und verbale Aggressionen, siehe unten) (Cooper, Selwood & Livingston 2008). Eine noch grössere Anzahl der Befragten hat zudem angegeben, dass sie Zeuginnen oder Zeugen von entsprechenden Handlungen ihrer Berufskolleginnen und -kollegen geworden sind. Nur ein äusserst geringer Teil dieser Vorfälle wurde gemeldet oder gar zur Anzeige gebracht. In der Schweiz ist bisher keine Untersuchung zu diesem Sachverhalt erfolgt.

## 3.2 Typologie von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner kann – ähnlich der Gewalt gegen Mitarbeitende – körperlich, verbal oder sexuell erfolgen. Darüber hinaus sind jedoch noch für Pflegeberufe spezifische Formen aggressiven Verhaltens bekannt. Gemäss der internationalen Literatur und den Erfahrungen in vielen Ländern sind folgende Aggressionsformen vorgekommen (in Anlehnung an: Görgen n.d.):

- Körperliche Gewalt: u.a. schlagen, stossen, zum Trinken oder Essen zwingen
- Verbale Aggression: u.a. beschimpfen, beleidigen, drohen, lächerlich machen oder vor anderen Personen blossstellen
- Sexuelle Aggression: u.a. verbale Anzüglichkeiten oder sogar Körperkontakt im Intimbereich
- Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten: u.a. Psychopharmaka zum Ruhigstellen
- Missbräuchlicher Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen: u.a. Einsatz mechanischer Mittel, um die Bewegung einzuschränken
- Durchführung von Massnahmen, welche unter strengen pflegerischen und medizinischen Gesichtspunkten

- vernachlässigbar wären: u.a. Dauerkatheter bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die mit mehr Zeiteinsatz auch anders versorgt werden könnten
- Vernachlässigung von Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und Unterlassen notwendiger pflegerischer Massnahmen: u.a. nicht zur Toilette begleiten oder eine Person eingekotet über längere Zeit liegen lassen
- Finanzielle Ausbeutung: u.a. Diebstahl oder sich unangemessen bezahlen lassen für Gefälligkeiten
- Entwürdigende Zurschaustellung: u.a. Aufnahmen leidender oder unbekleideter Bewohnerinnen und Bewohner erstellen

In den meisten Fällen aggressiven Verhaltens von Mitarbeitenden handelt es sich um Vernachlässigung von Bedürfnissen und um verbale Aggressionen. Körperliche Gewalt oder sexuelle Aggressionen sind dagegen eher selten. Genaue Daten liegen mangels entsprechender Untersuchungen jedoch nicht vor.

## 3.3 Hintergründe von Aggressionen gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Die Hintergründe und Ursachen von aggressivem Missbrauch und Misshandlung durch Mitarbeitende sind vielfältig (Schiamberg et al. 2011). Sie liegen zum einen in der Person der aggressiven Pflege- und Betreuungsperson, zum anderen in Eigenschaften der Bewohnerin oder des Bewohners, in der Pflegebeziehung und damit einhergehend in organisatorischen Bedingungen und können schliesslich auch in der Subkultur eines bestimmten Heimes verortet sein.

### 3.3.1 PERSONELLE FAKTOREN DER MITARBEITENDEN

Die personellen Faktoren der Mitarbeitenden können sich in verschiedener Weise auswirken. Ein nicht unerheblicher Teil aggressiven Verhaltens liegt in der massiven Belastung einzelner Personen, begründet durch die Arbeitssituation. Aggressionen können dann auftreten, wenn einzelne Mitarbeitende sich durch organisatorische Vorgaben oder aber durch die Pflegesituation (z.B. Leiden, Sterben) überfordert fühlen (Richter & Sauter 1997). Oftmals wird dies subjektiv gar nicht entsprechend erlebt. Nicht selten sind die

aggressiven Pflege- und Betreuungspersonen seelisch ausgebrannt, werden zynisch und sind emotional distanziert von den von ihnen zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohnern. Eigene psychosoziale Probleme oder gar psychische Erkrankungen und Behinderungen können dieses Verhalten noch verstärken. Eine geringe berufliche Motivation und eine nicht ausreichende Ausbildung können ebenfalls ihre Beiträge zur Entwicklung aggressiver Reaktionen leisten.

Nicht auszuschliessen ist zudem, dass bestimmte Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen sich für pflegerische Tätigkeiten interessieren, in denen sie Macht ausüben können. Körperliche Pflege und psychosoziale Betreuung sind immer mit einem Machtgefälle verbunden. Die Tatsache, dass es sich um helfende Beziehungen handelt, verhindert unter Umständen die Einsicht darin, dass eindeutige Abhängigkeiten entstehen.

### 3.3.2 BEWOHNERINNEN- UND BEWOHNER-BEZOGENE FAKTOREN

Zahlreiche Untersuchungen und viele Erfahrungen in den Langzeiteinrichtungen haben gezeigt, dass nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner gleichermassen vom aggressiven Verhalten der Mitarbeitenden betroffen sind. Grob gesagt: Je älter, kognitiv eingeschränkter und körperlich behinderter die Betroffenen sind, desto grösser ist auch das Risiko, missbraucht oder misshandelt zu werden (Daly 2011). Bei den genannten Merkmalen ist eine deutlich grössere Pflegeabhängigkeit vorhanden, wodurch das Risiko steigt, zum Beispiel vernachlässigt zu werden. Zudem steigt – wie oben beschrieben wurde – mit den aufgezeigten Merkmalen auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Bewohnerinnen und Bewohner selbst aggressiv auf Pflege- und Betreuungspersonen reagieren. Auch bei aggressivem Verhalten gegen Bewohnerinnen und

Bewohner ist eine interaktive Komponente nicht ausser Acht zu lassen. Gerade in solchen Fällen ist die Begrifflichkeit des «herausfordernden Verhaltens» angemessen. Schliesslich muss berücksichtigt werden, dass gerade kognitiv eingeschränkte und demenziell erkrankte Personen sich unter Umständen an bestimmte kurz zurückliegende Begebenheiten nicht erinnern können und oftmals nicht auskunftsfähig sind. Dies senkt in den Augen der «Täterinnen» und «Täter» die Aufdeckungswahrscheinlichkeit.

### 3.3.3 PFLEGESITUATION UND ORGANISATION

Die Arbeitsbedingungen können ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Entstehung aggressiven Verhaltens durch Mitarbeitende spielen (Schiemberg et al. 2011). Personalmangel, Personalrotation, Zeitdruck, unzureichende Ausbildung sowie inadäquates Verhalten gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern erschweren den Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung. Die Zunahme von hochbetagten und generell gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern überfordert viele Heimeinrichtungen. Es mangelt nicht selten an spezifischem Wissen über psychiatrische Krankheitsbilder und am richtigen Verhalten der davon betroffenen Personen.

Ebenfalls relevant sind die möglicherweise nicht oder nur unzureichend vorhandene Aufsicht durch Vorgesetzte und das Wegschauen der Berufskolleginnen und -kollegen. Anders als in anderen Settings des Gesundheitswesens mit schwierigen Pflegesituationen (z.B. psychiatrische Kliniken) existiert in vielen Langzeitpflegeeinrichtungen auch keine Kultur des Austauschs und der Entlastung. Intervention und Supervision gehören nur in wenigen Institutionen zur Routine.

### 3.3.4 PFLEGERISCHE SUBKULTUR

Ein bis anhin nur wenig beachteter Aspekt der Entstehung aggressiver Verhaltensweisen ist möglicherweise ein bestimmtes Milieu oder eine Subkultur, welche bestimmte Handlungen erst ermöglicht oder sogar einfordert. Nach entsprechenden Untersuchungen in deutschen Langzeitpflegeeinrichtungen hat der Kriminologe und Sozialwissenschaftler Thomas Görge (Görge n.d.) hierfür folgende Merkmale beschrieben:

- das stillschweigende Übereinkommen, Gewaltanwendung sei unter Umständen unumgänglich
- die Überzeugung, Bewohnerinnen und Bewohner kontrollieren und sogar erziehen zu müssen
- das Aufkommen gemeinsamer Erklärungs- und Rechtfertigungsstrategien für das gemeinsame Fehlverhalten.

## 3.4 Erkennung/Reporting

Aus dem bisher Beschriebenen sollte deutlich geworden sein, wie schwierig das Erkennen und Aufdecken von aggressiven Handlungen gegen Bewohnerinnen und Bewohner ist (Payne & Fletcher 2005). Zum Teil fehlt es an dem Bewusstsein, bestimmte Handlungen als aggressiv oder gar gewalttätig einzustufen, zum Teil hält man aggressives Verhalten für notwendig und schliesslich haben «Whistleblower» auch in der Pflege einen schlechten Stand. In den letzten Jahren sind in verschiedenen Ländern unabhängige Beschwerdestellen eingerichtet worden, bei denen anonym bestimmte Vorfälle berichtet werden können (Pickens & Halphen 2011). In der Schweiz existieren in verschiedenen Kantonen ebenfalls unabhängige Beschwerdestellen oder Ombudsstellen, welche ebenfalls auf diese Thematik ansprechbar sein sollten.

Körperliche Symptome und plötzliche Verhaltensänderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern können ein Indiz für Gewalterfahrungen sein. Hämatome, Frakturen oder der Widerstand gegen eine körperliche Untersuchung sind ohne Zweifel unspezifische Anzeichen, da sie vielfältige Ursachen haben können. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass es sich um Folgen aggressiver Handlungen handeln kann. Generell gilt es, die Mitarbeitenden und insbesondere die Heimärztinnen und Heimärzte dafür zu sensibilisieren, dass hinter den genannten Symptomen eben auch aktuelle Gewalt- und Missbrauchserfahrungen stecken können.

## 3.5 Prävention

Die Prävention kann sich auf verschiedene Aspekte fokussieren, die einerseits Mitarbeitende bei ihrer schweren Tätigkeit unterstützen und eine adäquate Personalauswahl sicherstellen, dann aber auch auf das Erkennen aggressiver Handlungen und ihrer Folgen setzen sowie auf die Transparenz in den Einrichtungen.

### 3.5.1 UNTERSTÜTZUNG FÜR MITARBEITENDE

Mehrere Untersuchungen sowie Gerichtsprozesse haben gezeigt, dass die Täterinnen und Täter oftmals überfordert waren mit ihrer Arbeitssituation und mit dem Umgang mit Sterben und Leid. Viele Pflegende, die zuvor hochmotiviert gewesen sind, waren ausgebrannt und wussten sich nur durch Herabsetzung und Zynismus zu helfen, wodurch dann das Risiko aggressiver Handlungen stieg. Es wurde schon angesprochen, dass es in vielen Einrichtungen der Langzeitpflege keine Kultur des Austauschs gibt, die sich über den Pflegealltag hinaus auf Probleme einzelner Mitarbeitender bezieht. Schwierigkeiten und Befindlichkeiten, aber auch Überforderungserleben muss von den Leitungspersonen erkannt und angesprochen werden. Instrumenten wie Supervision und Intervision sollte ausreichend Zeit und – wo erforderlich – auch personelle Unterstützung eingeräumt werden. Letztendlich ist die Prävention aggressiven Verhaltens der Mitarbeitenden vor allem eine Führungsaufgabe, der sich Leitungspersonen sowie gesamte Institutionen stellen müssen.

### 3.5.2 PERSONALAUSSWAHL

In Zeiten des teilweise schon eingetretenen, teilweise drohenden Pflegenotstands schrumpft der Pool geeigneter Mitarbeitender erheblich. Es stellt sich nunmehr das Dilemma, dass gerade in Zeiten zunehmender Belastung durch eine Mangelsituation die psychosoziale Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern besonders relevant ist. Zahlreiche Gerichtsprozesse im Zusammenhang mit Gewalt durch Pflegende haben deutlich gemacht, dass die Passung zwischen dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes und der Eignung der gewalttätig gewordenen Mitarbeitenden nicht gestimmt hat und dies teils schon während der Auswahl hätte Berücksichtigung finden können.

### 3.5.3 SCHULUNGEN FÜR MITARBEITENDE

Ein weiterer Baustein in der Prävention sind Schulungen für Mitarbeitende, die sich zum Ziel setzen, zu sensibilisieren, Aggressionen und ihre Folgen zu erkennen und womöglich den Umgang mit eigenen aggressiven Anteilen zu erkennen und zu hinterfragen. Aus der Literatur sind hierzu spezifische Kompetenzen bekannt geworden (DeHart, Webb & Corman 2009). Einen nicht unerheblichen Teil von derartigen Schulungen nimmt die schon angesprochene Sensibilisierung ein. Hier geht es darum, auf die zum Teil nicht bewusste Ausübung von Zwang hinzuweisen, die möglicherweise zum Berufsalltag gehört. So ist bis vor Kurzem in vielen Einrichtungen nicht bekannt gewesen, dass Bettgitter freiheitsbeschränkende Massnahmen darstellen oder dass das unverhältnismässige Wartenlassen von eingenästen Bewohnerinnen und Bewohnern der Vernachlässigung nahekommt. Des Weiteren geht es darum, körperliche und verhaltensbezogene Folgen der Gewaltanwendung zu erkennen und adäquat einzuordnen (s. 3.4).

### 3.5.4 TRANSPARENZ UND VERTRAUEN

Der letzte Aspekt ist zugleich besonders schwierig herzustellen – wenn er nicht schon vorhanden ist. In den Einrichtungen der Langzeitpflege sollte ein allgemeines und von den Mitarbeitenden geteiltes Verständnis der Offenheit im Umgang mit Bewohnern und mit anderen Mitarbeitenden herrschen und zugleich sollte klar sein, dass das eigene Verhalten von anderen Mitarbeitenden beobachtet und – wo nötig – angesprochen wird. In Kombination mit der Sensibilisierung für riskante Aspekte des eigenen Verhaltens können Transparenz und Vertrauen einer Subkultur entgegenwirken, welche aggressives Verhalten toleriert oder gar einfordert.

Es ist die Aufgabe der Leitungspersonen, diese Offenheit mit Vertrauen zu kombinieren. Hier geht es nicht darum, eine Kontrollmentalität auszubilden und Mitarbeitende unter Generalverdacht zu stellen. Erst die Kombination von Transparenz und Vertrauen ist die Basis, dass zum einen das Aufdeckungsrisiko steigt und zum anderen Unterstützungsbedarf durch Mitarbeitende geäussert werden kann.

# 4

Aggressives Verhalten von  
Bewohnerinnen und Bewohnern gegen  
Mitbewohnerinnen und -bewohner



Ein lange unberücksichtigtes Gebiet der Problematik in Langzeitpflegeeinrichtungen ist die Aggression zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern (Rosen, Pillemer & Lachs 2008). Dies ist umso erstaunlicher, als jede und jeder Mitarbeitende entsprechende Auseinandersetzungen kennt und es zum normalen Alltag gehört, diese Konflikte zu entschärfen und zu bewältigen. Erst vor weniger als 10 Jahren begannen sowohl die Forschung wie auch vereinzelte Einrichtungen, sich

mit dieser Thematik zu beschäftigen. Bis anhin liegen dementsprechend nur sehr wenige Studien vor und auch die praktischen Erfahrungen mit Präventionsmassnahmen sind rar. Daher kann an dieser Stelle nur ein kurzer Überblick über die Thematik gegeben werden, in der Hoffnung, dass sich Einrichtungen und Forschung zukünftig vermehrt diesem Problemfeld zuwenden.

## 4.1 Häufigkeit, Typologie und Folgen

Über das Ausmass der Aggression zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern liegen keine zuverlässigen Daten vor. Es gibt jedoch Hinweise, dass innerhalb der Bewohnerschaft weitaus mehr Aggressionen vorkommen als zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern und Mitarbeitenden (Soreff 2012). Viele der Vorfälle werden von den Mitarbeitenden nicht wahrgenommen und wenn, dann dem üblichen Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner zugerechnet.

Die Typologie des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen, die oben im Zusammenhang mit der Aggression gegen Mitarbeitende beschrieben wurde (Pillemer et al. 2012). Es handelt sich mehrheitlich um verbale Aggressionen, aber auch um körperliche Aggressionen, Diebstähle, Territorialverletzungen sowie um potenziell sexuell gefärbte Vorfälle, beispielsweise nackt in ein anderes Zimmer gehen oder sexuelle Avancen machen (Castle 2012). Oft steht auch die kognitive Einschränkung im Hintergrund, sodass sich andere Bewohner durch ein massives Verhalten eines gestörten Mitbewohners verängstigt fühlen.

Über die Täter ist bekannt, dass sie tendenziell eher verwirrt sind, herumwandern, allgemein aggressives Verhalten zeigen und sich insgesamt sozial eher «herausfordernd» verhalten (Shinodo-Tagawa et al. 2004). Bei den Opfern kann es sich sowohl um aktive und nicht pflegeabhängige Bewohnerinnen und Bewohner handeln, die jemandem «im Weg stehen», als auch um kognitiv eingeschränkte Personen, deren Verhalten von weniger eingeschränkten Personen als provozierend erlebt wird. Das Zusammenleben von mehr und weniger kognitiv eingeschränkten Personen lässt von vornherein ein entsprechendes Konfliktpotenzial erwarten (Lindenmann 2012). Die Folgen der aggressiven Handlungen unter Bewohnerinnen und Bewohnern unterscheiden sich nicht wesentlich von den schon oben beschriebenen Konsequenzen. Neben den tendenziell eher kleineren physischen Verletzungen (Hämatome, Kratzwunden usw.) sind aber auch die psychischen Folgen wie Verängstigungen zu beachten.

## 4.2 Umgang und Prävention

Die Prävention zielt zunächst auf ein geschärftes Bewusstsein beziehungsweise eine geschärfte Wahrnehmung des Problems unter den Mitarbeitenden. Im Übrigen kommen die gleichen Schritte wie bei der Aggression gegen Mitarbeitende zum Tragen (Lindenmann 2012). Bei akuter Gewaltandrohung ist Sicherheit für alle Beteiligten die höchste Maxime, auch kommen hier die Deeskalationstechniken zum Einsatz. Bei wiederkehrenden Auseinandersetzungen zwischen bestimmten Personen ist selbstverständlich an die räumliche Trennung des Aggressors von seinem oder ihrem Opfer zu denken (Rosen, Lachs et al. 2008).

## NOTIZEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# 5

## Aggressive Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen

Familienangehörige spielen in Langzeitpflegeeinrichtungen in der Regel eine besondere und auch grössere Rolle als in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aufgrund des normalerweise längerfristigen Aufenthalts lernen sich Mitarbeitende und besuchende Angehörige über die Zeit hinweg besser kennen und meistens kommt es auch zu einer guten Kooperation zwischen beiden Gruppen. Gleichwohl wird von Mitarbeitenden auch häufig über Konflikte

berichtet, die üblicherweise verbal eskalieren. Diese Auseinandersetzungen werden von den Mitarbeitenden als teilweise sehr belastend erlebt (Abrahamson, Suito & Pillemer 2009). Wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Thematik sind sehr rar, daher können an dieser Stelle nur cursorische Hinweise und Empfehlungen gegeben werden.

## 5.1 Häufigkeit, Typologie und Folgen

Über die Häufigkeit verbaler (und selten körperlicher) Aggressionen zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen liegen nur wenige Untersuchungen vor. Zwei amerikanische Studien aus den 1990er-Jahren legen jedoch nahe, dass diese nicht selten vorkommen (Vinton & Mazza 1994; Vinton, Mazza & Kim 1998). Vermutlich werden diese Vorfälle in der Routine der Einrichtungen gar nicht als besonders relevant registriert und dokumentiert, weil sie nicht mit der direkten Pflege zu tun haben.

Im Hintergrund dieser Konflikte liegen häufig unterschiedliche Auffassungen über die Pflege und die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner (Iecovich 2000). Angehörige legen naheliegenderweise eine hohe Priorität auf die Versorgung ihrer Familienmitglieder, was sich nicht immer im Alltag der Pflegeeinrichtung realisieren lässt. Dann kommt es oft zu Konflikten über die adäquate Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Eine weitere Quelle für Konflikte ist das wahrgenommene Verhalten von Mitarbeitenden, das von den Angehörigen nicht geschätzt wird (Umgang mit Bewohnern, Ansprache, Transparenz der Handlungen usw.). Schliesslich drehen sich viele Konflikte um Absprachen für Zuständigkeiten bezüglich der Versorgung.

Können diese Konflikte nicht adäquat gelöst werden, wirken sie sich potenziell negativ für alle Beteiligten aus. Aus Sicht der Angehörigen verliert die Einrichtung das Image eines guten Heims; es kann sogar dazu führen, dass die Bewohner auf Veranlassung der Angehörigen die Einrichtung verlassen beziehungsweise wechseln. Für die Mitarbeitenden werden die Angehörigen mit Konfliktpotenzial, sobald sie sich persönlich oder telefonisch melden, zu einer permanenten Stressquelle – was wiederum dazu führen kann, dass die Angehörigen auf Distanz gehalten werden (Bauer 2006). Mitarbeitende erleben die Interaktionen mit Angehörigen zudem als sehr zeitaufwendig und schätzen es wenig, von der Pfl egetätigkeit abgehalten zu werden (Utley-Smith et al. 2009). Es ist auch nicht auszuschliessen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner unter dem konflikthaften Verhältnis zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen zu leiden haben.

## 5.2 Umgang und Prävention

Für den Umgang mit Konflikten mit Angehörigen sollten grundlegende Prinzipien wie Transparenz, Einbezug in die Pflegeplanung und umfangreiche Kommunikation gelten. Auch kann die Bezugspersonenpflege als ein wichtiges Instrument für eine verbesserte Integration der Angehörigen gelten.

Im Detail sollten bei Konfliktsituationen Kommunikations- und Deeskalationstechniken ausreichend sein (Empathie, aktives Zuhören, Wertschätzung der Meinung des anderen usw.). Sollten diese Techniken nicht hinreichen, ist der Hinzuzug einer dritten, möglicherweise neutralen Person anzuraten, welche – idealerweise mit Mediationswissen ausgestattet – zu einer Schlichtung der Problemlage führen kann.

Ein ungewöhnlicher Weg, der aber gleichwohl die Dringlichkeit der Problematik zeigt, wurde in einer amerikanischen Studie unternommen. Dort schulten die Projektleiter sowohl Mitarbeitende als auch Angehörige mit Kommunikations- und Konfliktlösetechniken (Pillemer et al. 2003). Im Ergebnis zeigte sich nach 2 Monaten und selbst noch nach 6 Monaten, dass in beiden Gruppen ein deutlich besseres Verständnis für die Sichtweise und die Problemlage der jeweils anderen Gruppe vorhanden war.

Aus eigener Erfahrung in einem Projekt in einer Langzeitpflegeeinrichtung in der Schweiz kann der Verfasser noch die Empfehlung geben, eine Rollenklärung der Pflege- und Betreuungspersonen mit den Angehörigen durchzuführen. So ist vielen Angehörigen nicht klar, dass etwa bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen die Pflegenden die Letztverantwortung tragen und Einwände gegen das pflegerische Wissen und Ethos nicht umsetzen müssen.

Abschliessend sei auf das von Curaviva erarbeitete Angehörigenkonzept für Langzeitpflegeeinrichtungen hingewiesen.

## NOTIZEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# 6

## Allgemeine Handlungsempfehlungen: Konzepte und Schulungen



Auf sehr allgemeiner Ebene soll auch an dieser Stelle bezüglich der bewohnerbezogenen Aggression auf die grosse Relevanz von Wissen und Kompetenzen bei bestimmten Krankheitsbildern hingewiesen werden. Dies gilt vor allem für neuropsychiatrische oder gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, die im Alltag die Mitarbeitenden immer wieder vor erhebliche Herausforderungen stellen. Leider bestehen weithin Kompetenzdefizite auch jenseits des Umgangs mit der Demenz bei Krankheitsbildern wie Alkoholabhängigkeit und -missbrauch, Depression, Delir oder dem zerebrovaskulären Insult. Das Verständnis der Krankheit und ihrer verhaltensbezogenen Folgen ist unabdingbar für einen adäquaten Umgang mit Aggressionen. Regelmässige Teamanlässe zu dieser Thematik können ebenfalls zur Verbesserung der Situation beitragen.

Für einen adäquaten und auf Dauer angelegten Umgang mit der Aggressionsproblematik wird an dieser Stelle empfohlen, ein auf die jeweilige Einrichtung zugeschnittenes Konzept oder einen Leitfaden zu entwickeln, der umfassend sämtliche Aggressionseignisse in der Einrichtung beschreibt und präventiv angeht. Entsprechende Konzepte sind auch in der Schweiz schon für Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt worden (Zeller & Heinzer 2010).

Ein solches Konzept beziehungsweise ein solcher Leitfaden könnte folgenden Aufbau haben:

- Beschreibung der Problematik
- Erkennung und Risikoeinschätzung drohender Aggressionseignisse
- Dokumentation aggressiver Vorfälle
- Informationspflichten gegenüber Kollegen und Vorgesetzten
- Verhaltensrichtlinien
- Notfallszenarien
- Präventionsmassnahmen
- Nachbearbeitung und Nachsorge
- Umgang mit Beobachtungen aggressiven Verhaltens durch Pflege- und Betreuungspersonen

Entsprechende Pflegestandards zum Umgang mit aggressivem Verhalten bei Bewohnerinnen und Bewohnern oder zum Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen können aus diesem Konzept abgeleitet werden.

Mit einem solchen Konzept verbunden werden könnte zudem eine Erhebung der vorhandenen Gesprächsführungs- und Deeskalationskompetenzen der Mitarbeitenden. In diesem Zusammenhang ist auch auf das Sprachvermögen sowie die Haltung gegenüber aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern von Mitarbeitenden aus allen Kulturkreisen zu achten.

Sehr empfohlen wird die Schulung dieser Kompetenzen. Wie die Ausführungen deutlich gemacht haben sollten, sind grundlegende Fertigkeiten der Deeskalation in verschiedener Hinsicht wertvoll. Konfliktvermeidungsstrategien und -techniken helfen sowohl im Umgang mit aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern als auch bei drohenden Konflikten mit Angehörigen. Systematische Schulungen dieser Kompetenzen sind bis anhin im Langzeitpflegebereich nur sporadisch durchgeführt worden. Hochschulen und selbstständige Trainerinnen/Trainer bieten mittlerweile auch in der Schweiz entsprechende Kurse und Schulungen an.

Zum verbesserten Umgang mit psychosozialen Belastungen der Mitarbeitenden, die – nicht nur, aber auch – durch aggressives Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner hervorgerufen werden, sollten Verfahren wie Supervision oder Intervision verstärkt in der Langzeitpflege angeboten werden. In Langzeitpflegeeinrichtungen mangelt es häufig an Austauschmöglichkeiten, die über die Arbeitsroutine hinausgehen. Erfahrungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens haben gezeigt, dass solche Instrumente in der Tat das Belastungserleben und die Konfliktpotenziale vermindern können.

# 7

## Anhang

## 7.1 Autor



Dirk Richter ist Dozent für angewandte Forschung und Entwicklung im Institut Pflege der Berner Fachhochschule (BFH). Nach einer Ausbildung zum Pflegefachmann und anschließender Berufserfahrung studierte er Soziologie (mit Doktorat und Habilitation). Anschliessend war er langjährig als Forscher und Qualitätsmanager in einer psychiatrischen Klinik tätig. Seit 2009 ist Dirk Richter an der BFH beschäftigt.

## 7.2 Mitglieder der Resonanzgruppe

Die Entstehung dieses Themenheftes beratend begleitet haben:

- Anne Fankhauser, Bereichsleitung Aktivierung, Wohn- und Pflegezentrum Fischermätteli, Köniz
- Regula Schmitt-Mannhart, Fachärztin Innere Medizin spez. Geriatrie, tilia Stiftung für Langzeitpflege, Köniz
- Sari Wettstein, Geschäftsleiterin, Domicil Steigerhubel, Bern

## 7.3 Literatur

- Abderhalden, C. & Gurtner, C. (2007). Wie reliabel ist die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC) zur Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos? In: M. Schulz, C. Abderhalden, I. Needham, S. Schoppmann & H. Stefan (Hrsg.), *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung: Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel* (S. 105–109). Untertendorf: Ibicura.
- Abrahamson, K., Sutor, J. J. & Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase burnout? *Journal of Ageing and Health*, 21, 895–912.
- Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51.
- Anderson, C. A. & Carnagey, N. L. (2004). Violent evil and the general aggression model. In: A. G. Miller (Hrsg.), *The Social Psychology of Good and Evil* (S. 168–192). New York/London: Guilford Press.
- Bauer, M. (2006). Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 45–52.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Causes, Consequences and Control*. New York: McGraw Hill.
- Bohn, F. (2010). *Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.
- Camerino, D., Estry-Behar, M., Conway, P. M., Van der Heijden, B. & Hasselhorn, H.-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 35–50.
- Castle, N. G. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 340–356.
- Cooper, C., Selwood, A. & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151–160.
- Daly, J. M. (2011). Evidence-based practice guideline: Elder abuse prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 37, 11–17.
- Daly, J. M., Merchant, M. L. & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 348–365.
- de Haan, W. (2008). Violence as an essentially contested concept. In: S. Body-Gendrot & P. Spierenburg (Hrsg.), *Violence in Europe* (S. 27–40). New York: Springer.
- DeHart, D., Webb, J. & Corman, C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: Competencies for direct-care staff. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 360–378.
- Dettmore, D., Kolanowski, A. & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Gerontological Nursing*, 30, 8–17.
- DGPPN/DGN (2009). *S3-Leitlinie «Demenzen»*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde / Deutsche Gesellschaft für Neurologie.
- Estry-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., et al. (2008). Violence risks in nursing – results from the European «NEXT» Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107–114.
- Fischer, T., Kuhlmeier, A., Sibbel, R. & Nordheim, J. (2008). Die deutsche Fassung der «Serial Trial Intervention» (STI-D). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 21, 199–203.
- Görgen, T. (n.d.). *Gewalt gegen alte Menschen im stationären Bereich*. Abgefragt am 15.10.2012, von [www.bibb.de/redaktion/altenpflege\\_saarland/.../pdfs/gewalt\\_o3.pdf](http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/.../pdfs/gewalt_o3.pdf)

- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34, 73–88.
- Kuhlmei, A. (2010). Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI-D). Berlin: Charité-Universitätsmedizin Berlin.
- Lindenmann, R. (2012). Aggressionsergebnisse in Pflegeheimen. In: G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 412–419). Bern: Huber.
- Miranda, H., Punnett, L., Gore, R. & Boyer, J. (2011). Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 52–57.
- Morales-Vives, F. & Vigil-Colet, A. (2012). Are old people so gentle? Functional and dysfunctional impulsivity in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 24, 465–471.
- Nijman, H. L. I., Palmstierna, T., Almvik, R. & Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: A review. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 172–175.
- Payne, B. K. & Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33, 119–125.
- Pickens, S. & Halphen, J. M. (2011). Elder mistreatment in the long-term care setting. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 19, 30–35.
- Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., et al. (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52, 24–33.
- Pillemer, K. & Moore, D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29, 314–320.
- Pillemer, K., Suitor, J. J., Henderson, C. R., Meador, R., Schultz, L., Robison, J., et al. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members. *The Gerontologist*, 43 (Special Issue II), 96–106.
- Pulsford, D. & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: A review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 611–618.
- Pulsford, D., Duxbury, J. & Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 97–104.
- Richter, D. (1999). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg: Lambertus.
- Richter, D. (2006). Non-physical conflict management and de-escalation. In: D. Richter & R. Whittington (Hrsg.), *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (S. 125–144). New York: Springer.
- Richter, D. (2007). Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter: Theorie, Empirie, Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D. (2011). How to De-escalate a Clinical Risk Situation to Avoid Coercive Measures. In: T. Kallert, J. Mezzich & J. Monahan (Hrsg.), *Coercive Treatment in Psychiatry* (S. 57–79). London: Wiley.
- Richter, D. (2012 a). Prävention psychischer Folgen und Nachsorge nach Gewaltereignissen im Gesundheitswesen. In: G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 427–451). Bern: Huber.

- Richter, D. (2012 b). Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 67–88). Bern: Huber.
- Richter, D. (2012 c). Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Psychische Pflege heute*, 18, 13–17.
- Richter, D. & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter: Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt*, 80, 68–73.
- Richter, D. & Needham, I. (2007). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34, 7–14.
- Richter, D. & Sauter, D. (1997). Patiententötungen und Gewaltakte durch Pflegekräfte: Beweggründe, Hintergründe, Auswege. Eschborn: DBFK-Verlag.
- Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., et al. (2008). Resident-to-Resident Aggression in Long-Term Care Facilities: Insights from Focus Groups of Nursing Home Residents and Staff. *Journal of the American Geriatric Society*, 56, 1398–1408.
- Rosen, T., Pillemer, K. & Lachs, M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behaviour*, 13, 77–87.
- Schiemberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffiore, R. J., Weatherill, R. P., et al. (2011). Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 190–211.
- SGG (2011). *Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen*. Bern: Schweizerische Gerontologische Gesellschaft.
- Shinodo-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D. & Dreyer, P. I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291, 591–598.
- Soreff, S. (2012). *Violence in the nursing homes: Understandings, management, documentation and impact of resident-to-resident aggression* [Electronic Version]. *Essential Notes in Psychiatry*.
- Utley-Smith, Q., Colon-Emerich, C. S., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., et al. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23, 168–177.
- Vinton, L. & Mazza, N. (1994). Aggressive behavior directed at nursing home personnel by resident family members. *The Gerontologist*, 34, 528–533.
- Vinton, L., Mazza, N. & Kim, Y.-S. (1998). Intervening in family-staff conflicts in nursing homes. *Clinical Gerontologist*, 19, 45–68.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R. J. G. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, online.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens, R. J. G. (2008). Aggressive behaviour of nursing home residents towards caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30, 174–187.
- Zeller, A. & Heinzer, M. (2010). *Aggression im Alters- und Pflegeheim: Ein Konzept bietet Unterstützung*. *Novacura* (H. 9/10), 23–25.

## 7.4 Weiterführende Materialien

Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R), deutschsprachige Version  
[http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/8\\_2\\_3a.pdf](http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/8_2_3a.pdf)

Brøset Violence Checklist (BVC), deutschsprachige Version  
[http://www.needham-abderhalden.ch/html/body\\_bvc-ch.html](http://www.needham-abderhalden.ch/html/body_bvc-ch.html)

G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), Aggression und Aggressionsmanagement:  
Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe.  
Bern: Huber 2012.











Aggressives Verhalten ist ein häufiges Phänomen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Sowohl Mitarbeitende als auch Bewohnerinnen und Bewohner können Opfer von körperlichen oder verbalen Aggressionen werden. Auf der Basis aktueller Forschungsliteratur gibt das Themenheft einen differenzierten Überblick über die Problematik und liefert Ratschläge zur Vorbeugung, Vermeidung sowie zum Umgang mit aggressivem Verhalten.

**CURAVIVA.CH**

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ  
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES  
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI  
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

CURAVIVA Schweiz · Zieglerstrasse 53 · 3000 Bern 14 · Telefon +41 (0)31 385 33 33 · [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) · [info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)