

Gewalt In Der Praktischen Ausbildung – Wahrnehmen Und Erleben Von Gewalt Aus Der Perspektive Der Auszubildenden Der Gesundheits- Und Krankenpflege. Eine Konzeptanalyse

Diamonde Kullnig MSc 1, Mag.^a Astrid Sobczak 1 , Mag.^a Dr. ⁱⁿ Martina Hiemetzberger 1, Karin Bauer MSc MSc 1, Anna-Maria Schille MSc MPH 1, Adela Neziri 1, Julia Baumann 1, Kathrin Vith 1, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Mogg 2 & FH-Prof. Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Simone Grandy 2

1 Wiener Gesundheitsverbund – Campus Donaustadt, 2 FH Campus Wien

Abstract. Diese Konzeptanalyse untersucht die vielfältigen Formen von Gewalt in der Pflegepraxis, indem sie die Charakteristika, Vorbedingungen und Konsequenzen von Gewalthandlungen in Gesundheitseinrichtungen beleuchtet. Unter Verwendung von Rodgers evolutionärer Konzeptanalyse (2000) wurden insgesamt 34 relevante Literaturquellen, einschließlich Studien, Reviews und theoretischer Diskurse, analysiert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Gewalt in der Pflege sowohl direkte Formen wie physische und verbale Übergriffe umfasst, als auch indirekte Formen, die in strukturellen Missständen und Arbeitsplatzdynamiken verankert sind. Besonders hervorgehoben wird die Vulnerabilität von Patient*innen und Auszubildenden, die oft in asymmetrischen Machtverhältnissen und konfliktbeladenen Interaktionen eingebunden sind. Diese Dynamiken können zu physischen und psychischen Belastungen führen und die Pflegequalität sowie die Arbeitszufriedenheit signifikant beeinträchtigen. Die Studie betont die Notwendigkeit, durch personenzentrierte Praxisanleitungen, Bewusstseinsbildung und eine offene Fehlerkultur, ein unterstützendes Lern- und Arbeitsumfeld zu schaffen, um präventive und korrektive Maßnahmen gegen Gewalt zu verstärken.

Keywords: Gewalt, Praxislernphasen, Pflegepraxis, Auszubildende, Gesundheits- und Krankenpflege

1 EINLEITUNG

Der Begriff Gewalt wird unterschiedlich definiert und subjektiv interpretiert. Gewalt passiert nicht nur körperlich und offensichtlich, sondern vielfach auch verdeckt. Die Beziehung zwischen Pflegerezipient*in und Pflegenden ist aufgrund des Angewiesenseins auf fremde Strukturen und der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit durch Asymmetrie gekennzeichnet [4]. Der Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und Pflegerezipient*innen wird durch Auszubildende unterschiedlich aufgefasst. Zum einen beobachten Auszubildende fürsorgliche Zuwendung, zum anderen nehmen sie ein bevormundendes, aber auch unterlassendes Verhalten wahr. Dazu zählen das Aufzwingen des eigenen Willens bis hin zu verbal aggressiven und demütigenden Verhalten oder auch pflegerische Vernachlässigung [5]. Das wahrgenommene asymmetrische Verhältnis zwischen Pflegenden und Rezipient*innen stellt eine sensible und mitunter konfliktbehaftete Beziehung dar, welche zur Entwicklung von verschiedenen Formen der Gewalt führen kann [6]. Ebenso kann die Beziehung zwischen Pflegenden und Auszubildenden durch eine Asymmetrie gekennzeichnet sein. Studien zeigen, dass Auszubildende einem Risiko von Aggression und Gewalt ausgesetzt sind, das ihre Rolle als unerfahrene Pflegekräfte beeinflussen kann [2]. Der Druck, der auf Studierenden lastet ist nicht nur dem Workload des Studiums geschuldet, sondern auch dem emotionalen Druck und der Fürsorge zum Wohle der Patient*innen [7]. Gewalt gegen Pflegeempfänger*innen und Auszubildende ist multifaktoriell, ebenso werden die Gewaltformen in der Literatur unterschiedlich benannt und beschrieben [8]. Um die Entstehung von Gewalthandlungen in der Pflegepraxis und Gesundheitseinrichtungen in ihrer Komplexität und ihrem Kontext zu verstehen, bedarf es Gewalttheorien und Konzepte aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen, die sich auf Vorbedingungen, Merkmale und Konsequenzen von Gewalt beziehen.

2 METHODEN

Die vorliegende Konzeptanalyse wurde als Teil einer qualitativen, multimethodischen Studie mit partizipativen Ansatz durchgeführt, um die Charakteristika und ihre Spezifikationen von Gewalt in der Pflegepraxis unter Verwendung der grundlegenden Prinzipien der Konzeptanalyse nach Rodgers [3] zu definieren. Rodgers evolutionäre Konzeptanalyse erfolgt in sechs Schritten: (i) Konzept Identifikation, (ii) Identifikation des Kontexts und Settings, (iii) Bestimmung stellvertretender Begriffe, (iv) Identifikation der Hauptmerkmale des Konzepts sowie möglicher Vorbedingungen und Konsequenzen, (v) Erstellen eines Modellfalls, (vi) Ableiten von Hypothesen, Schlussfolgerungen für die Praxis [3].

2.1. Literaturrecherche

In einem umfassenden Literaturreview wurden deutsch- und englischsprachige Quellen von 1971 bis 2023 analysiert. Die Suche erfolgte in den Datenbanken Science Direct, Medline, PubMed, EBSCO, Ovid und Cinahl. Schlüsselwörter wie "Gewalt" und "Pflegepraxis" wurden verwendet, um relevante Artikel zu identifizieren. Als Bezugswissenschaften wurden Philosophie und Soziologie gewählt. Alle Artikel, die Definitionen, Bedingungen, Merkmale und Konsequenzen von Gewalt in der Pflege enthielten, wurden abgerufen und nicht relevante Artikel wurden ausgeschlossen. In der anfänglichen Suche wurden mehr als 35 Veröffentlichungen gefunden. Basierend auf den Einschlusskriterien wurden 18 Artikel ausgewählt und anhand des Beurteilungsinstruments CASP auf ihre Qualität überprüft.

Um weitere Merkmale zu identifizieren, wurde die eingeschlossene Literatur um Praxisdokumente, theoretische Diskurse sowie Fachbücher und weitere Literatur ergänzt, was zu einer Gesamtanzahl von 34 Quellen eingeschlossener Literatur führte (siehe Tabelle 1).

Im nächsten Schritt wurden aus den eingeschlossenen Artikel stellvertretende Begriffe identifiziert.

Tabelle 1 Übersicht der eingeschlossenen Literatur (eigene Darstellung, 2024)

Literatur	Anzahl (n=34)
Reviews	n=5 [9][10][11][13]
Konzeptanalysen	n= 4 [14][17] [18][19]
Qualitative Studien	n=5 [20][21][22][23][24])
Quantitative Studien	n=3 [25][26][27]
Praxisdokumente	43 (n=1)
Theoretischer Diskurs	n=9 [16][28][29][30][31][32][33][34][35]
Fachbücher	n=4 [36][37][38][39]
Sonstige Literatur	n=2 [40][41]
Pflegekonzepte	n=1 [42]

2.2 Datenanalyse

Zur formalen Datenanalyse wurde, wie von Rodgers [3] empfohlen, eine thematische Inhaltsanalyse durchgeführt, um aus den eingeschlossenen Texten Vorbedingungen, Charakteristika und mögliche Konsequenzen zu extrahieren. Zur Absicherung der Güte wurde die gesamte inkludierte Literatur von zwei Autor*innen analysiert und gemeinsam reflektiert, um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten [43].

2.3 Ethische Überlegungen

Die Praxisdokumente sowie der Musterfall dieser Konzeptanalyse wurden durch die Mitwirkung Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege erstellt. Da es sich bei Auszubildenden um eine vulnerable Gruppe handelt, liegt für dieses Forschungsprojekt ein positives Votum der Ethikkommission der FH Campus Wien [44] vor (EK Nr. 78/2022).

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse beschreiben das Phänomen unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Vulnerabilität von Patient*innen und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege und dem damit einhergehenden Spannungsverhältnis in der Pflegepraxis.

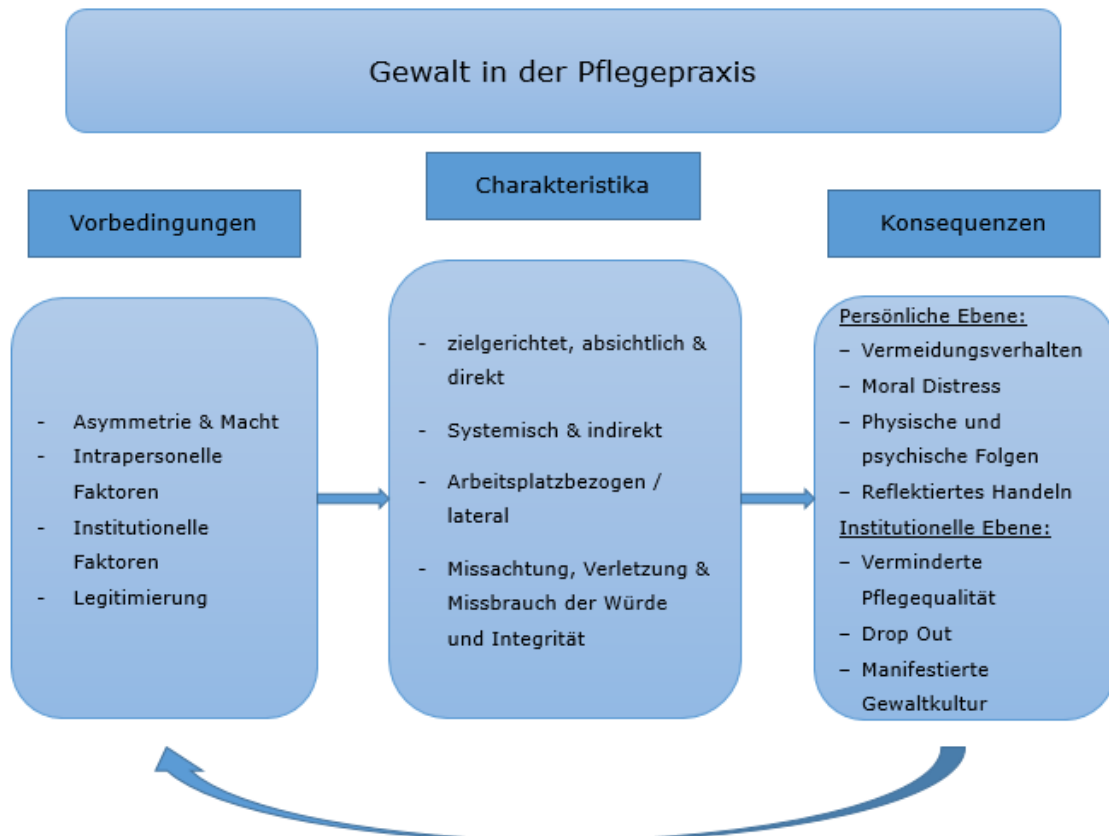


Abbildung 1 Vorbedingungen, Charakteristika und Konsequenzen von Gewalt in der Pflegepraxis (eigene Darstellung, 2024)

3.1 Vorbedingungen

Bestehende Asymmetrie und ungleiche Machtverhältnisse in der Betreuung von Patient*innen sowie hierarchische Strukturen sind mögliche Vorbedingungen für gewaltvolle Handlungen in Gesundheitseinrichtungen [38]. Auf der intrapersonellen Ebene können eigene Gewalterfahrungen von Pflegepersonen sowie mangelnde fachliche Qualifikation, aber auch fehlendes Wissen und Sensibilisierung über Gewalt und eine nicht patient*innenzentrierte Prioritätensetzung das Risiko von Gewaltsituationen erhöhen [15][23][42]. Institutionelle Faktoren die Gewalt in Gesundheitseinrichtungen begünstigen sind strukturelle, diskriminierende Strukturen, qualitativer und quantitativer Personalmangel sowie mangelnde Führungsqualitäten bei direkten Vorgesetzten und Insitutsleitungen [12][14][24][25]. Gewisse gewaltvolle Pflegehandlungen, wie beispielsweise Fixierungsmaßnahmen, Medikamentenverabreichung sind mit einer Legitimierung verbunden, allerdings kann es durch fehlende Abwägung von alternativen Handlungen zu einer Überlegitimierung von Gewalthandlungen kommen [19][20][28][29][31][32].

3.2 Charakteristika

Die Charakteristika von Gewalt in der Pflegepraxis umfassen verschiedene Dimensionen, die sowohl auf direkte als auch auf indirekte Weise manifestiert werden können. Zu den direkten Formen zählen zielgerichtetes, absichtliches Handeln, das in Missachtung, Verletzung und Missbrauch der Würde und Integrität der betroffenen Person mündet. Indirekte Formen der Gewalt sind systemisch und können sich auf den Arbeitsplatz beziehen, einschließlich lateraler Gewalt, die zwischen Kolleg*innen auftritt.

Direkte, zielgerichtet und absichtlich

Gewalt in der Pflege umfasst ein breites Spektrum an Handlungen, die physische Übergriffe wie Schlagen und Festhalten beinhalten können, aber auch subtilere Formen wie Medikamentenmissbrauch oder übermäßige Sedierung. Sexuelle Übergriffe reichen von unangemessenen Berührungen bis hin zu expliziten Handlungen, während verbale Gewalt von Bedrohungen bis zu erniedrigenden Kommentaren, Manipulation oder einem Ignorieren der betroffenen Personen reicht[11]. Gewalt kann insofern direkt oder indirekt zu Tage treten, wobei letztere durch Selektion und Exklusion erfolgt, was zu persönlicher Erniedrigung führen kann. Kulturelle Gewalt durch Herabwürdigung von Lebensweisen ist ebenso relevant wie physische Bestrafung oder unverhältnismäßige, freiheitseinschränkende Maßnahmen. In jedem Fall zeichnet sich die jeweilige Handlung durch die Anwendung von Macht aus, der eine Absicht zu Grunde liegt, wodurch ein Ziel erreicht werden soll. Dies kann auch mit einer scheinbar legitimierten Handlung zum Wohle der Patient*innen oder Auszubildenden in Verbindung gebracht werden [8][10][11][12][13][14][16] [17][18][20][24][33][35][39] [39][40][41][30][47]

Systemisch & indirekt

Strukturelle Missstände in Organisationen manifestieren sich häufig subtil und werden deshalb seltener wahrgenommen und thematisiert. Sie können in harmlos erscheinenden bürokratischen Akten versteckt sein, die als Machtinstrumente dienen. Solche Handlungen können sowohl gegen bestehende Ordnungen verstoßen, als auch diese durch Legitimierung aufrechterhalten, wobei die Gewalt tief in den Strukturen der Organisation verwurzelt ist. Strukturelle Gewalt ist oft ohne sichtbare Akteur*innen, schwer zu identifizieren, und wird in Fällen sogar als moralisch positiv oder notwendig angesehen. Sie kann intern verankert sein, was zur Polyviktimsierung führen und sich als stille Norm im Hintergrund etablieren kann. Die Legitimierung solcher Machtstrukturen durch die Machthabenden aber auch durch ausführende Akteur*innen kann kulturelle Gewalt rechtfertigen und als notwendiges Übel darstellen. In personalen Strukturen führt dies zu eingeschränktem Handlungsspielraum, Mangel an Entscheidungsmöglichkeiten und ungleichen Kommunikations- und Kräfteverhältnissen, wobei in Gewaltsituationen zwischen Pflegepersonal und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege, die Bestimmungsmacht beim bestehenden Pflegepersonal liegt und Auszubildende oft kein Mitbestimmungsrecht haben [10][16] [28][31][32][33][35][36][38][39][42][47].

Arbeitsplatzbezogen und lateral

Lateral, arbeitsplatzbezogene Gewalt, in Gesundheitseinrichtungen beschreibt destruktive Verhaltensweisen zwischen Kolleg*innen, zu denen in den Praxislernphasen ebenso Auszubildende gezählt werden können. Diese interpersonellen Konflikte sind geprägt von absichtlichen und wiederholten Handlungen, die mit der Zeit eskalieren können. Hierbei zeigt sich eine Tendenz, dass dienstältere Pflegepersonen häufiger in die Rolle der Aggressor*innen schlüpfen, während jüngere Mitarbeiter*innen zu Leidtragenden werden. Verhaltensmuster wie das Ignorieren, Niedermachen und Ausschließen von Personen oder das Unterlassen von Anleitungssequenzen sowie sexuellen Anspielungen und Belästigungen unterstreichen die destruktive Dynamik, die an spezifische Personen gebunden sein kann

und die Arbeitsatmosphäre sowie die Patient*innenversorgung erheblich beeinträchtigen [17][21][28][29][47].

Missachtung, Missbrauch der Würde und Integrität der betroffenen Person

Im Kontext der Pflegepraxis ist Gewalt ein multifaktorielles Phänomen, das sich in verschiedensten Formen manifestiert und einschneidende Auswirkungen auf die Würde und Integrität von Patient*innen sowie Auszubildende hat. Diese Gewalt reicht von offensichtlichen körperlichen Übergriffen bis hin zu subtileren Formen wie Diskriminierung und Vernachlässigung. Sie äußert sich in der Missachtung persönlicher Bedürfnisse, der Verletzung von Ansprüchen auf Autonomie und in der Entwürdigung durch entmenschlichendes Verhalten. Die institutionellen Strukturen können solche Handlungen ermöglichen oder sogar verstärken, insbesondere wenn Machtasymmetrien ausgenutzt werden und ein Klima der Stigmatisierung und des Respektmangels herrscht [8][10][18][20][19][23][24][35][40][42].

3.3 Konsequenzen

Aus Gewalt in der Pflegepraxis ergeben sich Konsequenzen sowohl auf persönlicher als auch auf institutioneller Ebene. Auf persönlicher Ebene zeigen Pflegekräfte einerseits ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf Konfrontation und ein Ansprechen von Gewaltereignissen sowie damit einhergehend einen moralischen Distress[9][14]. Andererseits kann es auch zu reflektiertem Handeln kommen, in dem Betroffene Ereignisse direkt ansprechen und sich Fort- sowie Weiterbildungen widmen. Auf der institutionellen Ebene ist die Gefahr einer sinkenden Pflegequalität und eingeschränkter Sicherheit der Patient*innen gegeben [10][13][14][17]. Dies führt zu vermehrten Fehlern in pflegerischen Arbeitsabläufen und einer möglichen Erhöhung der Morbidität und Mortalität. Von Gewalt betroffene Patient*innen, Pflegepersonen und Auszubildende entwickeln psychische und physische Symptome, die die Gesundheit nachhaltig negativ beeinträchtigen können[9][14]. Pflegekräfte selbst erleben Arbeitsunzufriedenheit bis hin zu Depressionen oder Burnout und entscheiden sich möglicherweise den Beruf zu verlassen. Eine institutionalisierte Gewalkultur führt zu wiederholten Gewalthandlungen und verstärkt die Internalisierung von Unterdrückung und führt letztlich wieder zu den Vorbedingungen zurück[35][39].

3.4 Modellfall

Frau G. ist eine stationär aufgenommene 80-jährige Patient*in. Sie ist an Demenz erkrankt und ist in ihrer Mobilität eingeschränkt. Ein Pflegestudierender ist bei der Morgenrunde für die Körperpflege der Patient*in zuständig. Der Studierende geht ins Zimmer, kündigt die Körperpflege an und beginnt damit. Frau G. fängt an zu schreien und schlägt um sich. Der Pflegestudierende bricht die Pflege ab und informiert die zuständige diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Diese steht unter erheblichem Zeitdruck, da sie für die Versorgung von 15 Patient*innen verantwortlich ist. Sie gehen zusammen ins Patientenzimmer. Die Pflegeperson führt die Körperpflege trotz der abwehrenden Haltung von Frau G. fort. Sie weist den Studenten an, Frau G.s Arme festzuhalten, so dass sie die Intimpflege durchführen kann. Sie erklärt der Patientin, dass die „Windel“ gewechselt werden muss. Nach Beendigung der Körperpflege meint die Pflegeperson, dass jeder Patient und jede Patientin nach der Morgenrunde fertig gewaschen sein muss, da danach aufgrund der Therapievorbereitung und Visite keine Zeit mehr ist. Beim Verlassen des Zimmers werden die Waschutensilien und das unberührte Frühstückstableau abgeräumt.

4 CONCLUSIO

Die Ergebnisse der Konzeptanalyse zeigen auf, wie vielfältig Gewalt auftreten kann. In Anbetracht der besonderen Vulnerabilität von Auszubildenden und Patient*innen, wird ein Spannungsverhältnis in der Pflegepraxis erzeugt. Einerseits kommt es zu durchaus legitimierte Gewalttaten andererseits kann es, bei unzureichender Reflexion des eigenen Gewaltverständnisses gepaart mit weiteren intrapersonellen Faktoren, wie fehlendem Wissen und Haltung der Pflegepersonen sowie intrainstitutionellen Faktoren, wie beispielsweise qualitativer und quantitativer Personalmangel, zu einer Überlegitimierung kommen. Die Komplexität des Gewalt-Phänomens in der Pflegepraxis haben Auswirkungen auf die Pflege- und Ausbildungsqualität, die physische und psychische Gesundheit aller Beteiligten sowie auf Gesundheitseinrichtungen, welche sich in Form von hoher Personalfuktuation oder abnehmender Arbeitszufriedenheit zeigen kann. Die Identifikation von Gewaltmustern, deren Vorbedingungen und Folgen bieten eine Grundlage für die Entwicklung von Interventionsstrategien und die Überarbeitung von Lehrplänen, um ein unterstützendes Lern- und Arbeitsumfeld zu schaffen.

Für die Praxis könnten sich personenzentrierte Praxisanleitung durch das gesamte Team sowie eine Bewusstseinsbildung über den eigenen Ausbildungsauftrag anbieten, um angelehnt an der *social learning theory* [45] ein lernförderndes Klima zu schaffen. Darüber hinaus ist eine offene Fehlerkultur in Form von Ansprechen und Nachbesprechen von Ereignissen sowie eine aktive Nutzung von Meldesystemen empfehlenswert, um in weiterer Folge der bestehenden Asymmetrie durch Sensibilisierung in Form von Schulungen und Fortbildungen entgegenzuwirken.

Die Sensibilisierung für Gewalt kann in Ausbildungseinrichtungen in Form von Wissensvermittlung in Lehrveranstaltungen wie Ethik im Gesundheitswesen, Lehrveranstaltungen der Bezugswissenschaften wie Soziologie und Psychologie sowie theoriegestützten Praxisreflexionen geschehen, um einen erweiterten Gewaltbegriff zu erarbeiten, der über die bekannten Gewaltformen, wie physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt hinausgeht. Theoriegestützte Modelle - wie beispielsweise die Anwendung des Reflexionszyklus nach Gibbs [46] o.ä. zur Nachbesprechung von Gewaltereignissen können dabei helfen, die Situationen einerseits zu reflektieren und sich für etwaige nachfolgende Ereignisse vorzubereiten und einer zementierten Gewaltkultur in Gesundheitseinrichtungen entgegenzuwirken. Für die Forschung sind organisationsspezifische quantitative Erhebungen der Gewaltwahrnehmung, Studien zu den Grenzen der Legitimierung sowie Interventionsstudien empfehlenswert. Dazu könnte ein verstärkter Fokus auf den partizipativen Forschungsstil gelegt werden, um die betroffenen Personen - wie Auszubildende - stärker an der Forschung zu beteiligen. Darüber hinaus können die gewonnenen Ergebnisse in bestehende Präventionskonzepte eingeflochten werden.

5 REFERENZEN

- [1] Filbert, S. (2018). Subtile Gewalt als moralische Herausforderung im Altenpflegeheim. In: Sauer, T., Schnurrer, V., Bockenheimer-Lucius, G. (Hrsg.). *Angewandte Ethik im Gesundheitswesen: aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Berlin. Münster: LIT Verlag.
- [2] Hopkins, M., Fetherston, C.M. & Morrison P. (2014). Prevalence and characteristics of aggression and violence experienced by Western Australian nursing students during clinical practice, *Contemporary Nurse*, 49:1, 113-121, <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081961>
- [3] Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis and evolutionary view. In B. Rodgers & K. Knafel (Eds.), *Concept development in nursing* (2nd ed., pp. 77–102). Philadelphia, PA: Saunders.

- [4] Oelke, U. (2020). Gewalt in der Pflege. Padua, 15(2), 95-100. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000543>
- [5] Schönemann, A. (2020). *Nur gut gemeint? Gewalt in der Intensivpflege*. Berlin: Springer Verlag.
- [6] Osterbrink, J., & Andratsch, F. (2015). Gewalt in der Pflege: Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. (Vol. 6210). Beck.
- [7] Msiska, G., Smith, P. and Fawcett, T. (2014) Emotive Responses to Ethical Challenges in Caring: A Malawian Perspective. *Nursing Ethics*, 21, 97-107. <https://doi.org/10.1177/0969733013487191>
- [8] Kraft, S. (2022). Untersuchung des Erlebens von Pflegefachkräften hinsichtlich Gewalt gegenüber Patienten in der stationären Akutpflege- eine qualitative Analyse, *HB Science* 13:69-80, <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00365-3>.
- [9] Balkaran, K., Linton, J., Doupe, M., Roger, K., Kelly, C. (2023). Research an Abuse in Home Care: A Scoping Review. *Trauma, Violence & Abuse* 1-13. <https://doi.org/10.1177/15248380231165922>.
- [10] Hirt, J.; Adlbrecht, L., Heinrich, S., Zeller, A. (2022). Staff-to-resident abuse in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatr.*, 22:563. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03243-9>
- [11] Jafarian-Amiri, S.; Zabihi, A., Qqlehsari, M. (2020). The challenges of supporting nursing students in clinical education. *Journal of Education and Health Promotion* 9(8). 1-6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_13_20.
- [12] Malmedal, W., Kilvik, A., Steinshei, G., Botngård, A. (2020). A literature review of survey instruments used to measure staff-to-resident elder abuse in residential care settings. *Nursing Open*, 7:1650-1660. <https://doi.org/10.1002/nop2.573>.
- [13] Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, Huber, M., Sethi, D., (2018): The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67.
- [14] Al-Quadi, M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of Occupational Health* (63) 1-11. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>.
- [15] Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Blekken L, Malmedal W. (2021) Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Mar 19;21(1):244. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>. PMID: 33740965; PMCID: PMC7977325.
- [16] Moebius, S., & Wetterer, A. (2011). Symbolische Gewalt. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 36, 1-10.
- [17] Christie, W. (2013). Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurses Wounded Healer: *OJIN The online Journal of Issues in Nursing* 19:1.
- [18] Jackson, B.; Sadler LS. (2022). Structural violence: an evolutionary concept analysis.

Journal of Advanced Nursing. 2022, Nov, 78 (11): 3495-3516.

<https://doi.org/10.1111/jan.15341>

- [19] Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, Liao Y, Xu Y, Zhang Y. (2019). Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2019 Apr 20;6(3):343-348. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.04.002>.
- [20] Bahanur, M. A. (2022). The Investigation of Forms and Causes of Symbolic Violence: Patient Safety. *International Journal of Caring Sciences*, 2022, 15(2), 793-803
- [21] Hover, L. A., & Williams, G. B. (2022). New nurses' experience with lateral violence and their decision to remain in nursing. *International Journal for Human Caring*, 26(4), 199-208.
- [22] Kraft, S. (2022). Untersuchung des Erlebens von Pflegefachkräften hinsichtlich Gewalt gegenüber Patienten in der stationären Akutpflege- eine qualitative Analyse, *HB Science* 13:69-80, <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00365-3>.
- [23] Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkievicz, J., Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research* 20:199, 1-14, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4>.
- [24] Saga S, Blekken LE, Nakrem S, Sandmoe A. Relatives' experiences with abuse and neglect in Norwegian nursing homes. A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021 Jul 11;21(1):684. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06713-9>.
- [25] Andela, M., Truchot, D., Huguenotte, V. (2018). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence* 36, Issue 11-12. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>.
- [26] Jester, D., Molinari, V., Bowblis, J., Dobbs, D., Zgibor, J., Andel, R. (2022). Abuse and Neglect in Nursing Homes: The Role of Serious Mental Illness, *Gerontologist* 62(7), 1038-1049, <https://doi.org/10.1093/geront/gnab183>.
- [27] Malmedal, W., Kilvik, A., Steinshei, G., Botngård, A. (2020). A literature review of survey instruments used to measure staff-to-resident elder abuse in residential care settings. *Nursing Open*, 7:1650-1660. <https://doi.org/10.1002/nop2.573>.
- [28] Bourdieu, P. (1997). Eine sanfte Gewalt. Pierre Bourdieu im Gespräch mit Irene Dölling und Margarete Steichrücke. In: Dölling, I.: Ein alltägliches Spiel. Frankfurt/ Main: Suhrkamp, 218-230.
- [29] Braun, A. (2021). Strukturelle Gewalt – ein analytisch überschätzter Begriff. In: *Friedens- und Konfliktforschung* 10, 5–35 (2021). <https://doi.org/10.1007/s42597-021-00057-1>
- [30] Galtung, J. (1975). Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek bei Hamburg
- [31] Galtung, J. (1971). Gewalt, Frieden und Friedensforschung, in: D. Senghaas (Hrsg.), *Kritische Friedensforschung*, Frankfurt M., S. 55-104

- [32] Heitmeyer, W., & Soeffner, H. G. (2004). *Gewalt: Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme*. Suhrkamp
- [33] Peter, J. (2017) Zur Dynamik der Gewalt, *Pflege & Gesellschaft*, 2017, 22(2), 183-186
- [34] Unterkofler, U. (2014). Gewalt – ein umstrittener Begriff. In *Gewalt als Risiko in der offenen Jugendarbeit: Eine professionstheoretische Analyse* (1. Auflage,. 35–46). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctvbkjt5x.5>
- [35] Waldenfels, B. (1990). *Der stachel des Fremden*. Suhrkamp
- [36] Brunner, C. (2020). *Epistemische Gewalt: Wissen und Herrschaft in der kolonialen Moderne* (1. Auflage). transcript Verlag.
- [37] Weimann-Sandig, N. (2022). *Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen: Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität-Chancen, Risiken, Herausforderungen*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- [38] Schröder, J. (Hrsg.). (2019). *Gewalt in Pflege, Betreuung und Erziehung: Verschränkungen, Zusammenhänge, Ambivalenzen*. Beltz Juventa
- [39] Staudhammer, M. (2018). *Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege*. Berlin: Springer.
- [40] World Health Organization. (2010). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*
- [41] Wiener Gesundheitsverbund (2023). *Gewaltprävention im Wiener Gesundheitsverbund*
- [42] Needham, I. & Sauter D. (2023). *Aggression und Gewalt*. in: Sauter, D., Needham, I., Abderhalden, C., & Wolff, S. (Eds.). (2023). *Lehrbuch psychiatrische pflege*. Hogrefe AG. 619-639
- [43] Flick, U. (2003). Qualitative Sozialforschung—Stand der Dinge. *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven: Ein Handbuch*, 309-321.
- [44] Ethikkommission FH Campus Wien (2021). *Wissenswertes Ethikkommission FH Campus Wien*. Version 25.05.2021.
- [45] Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie (1. Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta
- [46] Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit.
- [47] Honneth, A. (1990). Integrität und Mißachtung. *Merkur*, 44(501), 1043-1054.