

Un/Doing Violence und Un/Doing Care – Grenzziehungspraktiken im Kontext von Gewalt in der Pflege im Alter aus transdisziplinärer Perspektive¹

Grit Höppner, Anna Wanka und Vera Gallistl

Zusammenfassung

Der demografische Wandel und die Umstrukturierung des Gesundheitswesens tragen in ihrer Verschränkung zu einer „Pflegekrise“ bei. Diese kann sich auch darin zeigen, dass sich Pflegepraktiken und Gewalt vermischen und die Grenzen zwischen Schutz und Gewalt verschwimmen. Solche Grenzen werden mit Blick auf die Pflege älterer Menschen bisher nur unzureichend theoretisiert und empirisch erforscht. Unsere These ist, dass dies zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass es kein gemeinsames, das heißt zwischen den damit befassten Fachdisziplinen geteiltes Verständnis dessen gibt, was Gewalt in der Pflege im Alter konkret bedeutet, und dass bisher keine übergreifende transdisziplinäre Debatte existiert, die ein solches gemeinsames Verständnis fördert.

Ziel dieses Beitrags ist es, einen theoretischen und methodischen Ansatz zu entwickeln, der die disziplinären Unterschiede im Wissen zu Gewalt in der Pflege älterer Menschen erfasst. Konzeptionell stützen wir uns auf Karen Barads (2003; 2007) agentiellen Realismus und erweitern damit Adele Clarkes (2005; Clarke u.a. 2018) Methodologie der Situationsanalyse, um Grenzziehungspraktiken im Rahmen einer Boundary-Mapping-Analyse von Gewalt in der Pflege im Alter herauszuarbeiten. Dafür wurden beispielhaft zwei Vignetten aus der geriatrischen und pflegewissenschaftlichen Fachliteratur, die Gewaltsituationen in der Pflege älterer Menschen schildern, auf Basis eines strukturierten Literaturreviews ausgewählt. Die zwei Vignetten wurden sequenzanalytisch im Hinblick auf die Frage analysiert, welches Verständnis von Gewalt im Alter durch sie sichtbar werden.

Eine so angelegte beispielhafte Analyse von zwei kontrastierenden Fallvignetten zu Gewalt im Alter verdeutlicht, dass derzeit deutliche Unterschiede in disziplinspezifischen Vorstellungen darüber bestehen, wie Gewalt im Alter erkannt, erklärt und gerechtfertigt werden kann. Der relationale Zugang, der in diesem Beitrag für die Analyse gewählt wurde, verdeutlicht außerdem, in welcher Beziehung Vorstellungen von Gewalt und Vorstellungen von Pflege im Alter bestehen. Abgrenzungen zwischen diesen beiden Phänomenen entstehen durch Altersgrenzen (als Alterskodierungen) und Geschlechtergrenzen (als Geschlechterkodierungen), die Indikatoren dafür sind, wer pflegt (und wer pflegebedürftig ist) und was als gewalttätig angesehen wird (und was nicht). In der Diskussion reflektieren wir die Ergebnisse der Boundary-Mapping-Analyse und geben Hinweise darauf, wie Grenzen in Pflegesituationen anders gezogen werden können.

Schlagwörter: agentieller Realismus, Gerontologie, Situationsanalyse, Boundary-Mapping-Analyse, Interdisziplinarität

¹ Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um die durch die Autorinnen überarbeitete und gekürzte Übersetzung ihres englischsprachigen Kapitels im Sammel-

Abstract

Demographic change and the restructuring of healthcare systems mutually shape a “care crisis”. Under such circumstances, practices of caring and violence can blend, and boundaries between protection and violence blur. However, violence in elder care is both under-theorized and under-researched. In this paper, we argue that this is partly because there is no shared understanding between the disciplines involved of what constitutes violence in elder care – and no overarching transdisciplinary debate to come to such a common understanding.

The aim of this paper is to develop a conceptual and methodological approach for mapping disciplinary and practical differences in knowledge about violence in elder care. Conceptually, we draw on Karen Barad's (2003; 2007) approach of agential realism while methodologically, we expand Adele Clarke's (2005; Clarke u.a. 2018) approach of situational analysis to include boundary-making practices, as “boundary-mapping analysis”, into the analysis of violence in elder care. Therefore, we selected two vignettes from the geriatric and nursing literature describing violent situations in the care of older people as examples based on a structured literature review. Both vignettes were analyzed sequentially regarding the question of what understanding of violence in elder care they reveal.

This exemplary analysis of two contrasting case vignettes on violence in elder care illustrates that there are currently clear differences in discipline-specific ideas about how violence in elder care can be recognized, explained, and justified. The relational approach chosen for the analysis in this article also illustrates the relationship between perceptions of violence and perceptions of care in later life. Distinctions between these two phenomena are created by age boundaries (as age codes) and gender boundaries (as gender codes), which are indicators of who is caring (and who is in need of care) and what is (and is not) considered violent. In the discussion, we reflect on the results of the boundary-mapping analysis and suggest how boundaries can be drawn differently in care situations.

Keywords: agential realism, gerontology, situational analysis, boundary-mapping analysis, interdisciplinarity

1. Einleitung

Der demografische Wandel und die Umstrukturierung des Gesundheitswesens stellen den Pflegesektor zusammen mit anderen gesellschaftlichen Entwicklungen vor neue Herausforderungen, die aktuell als „Pflegekrise“ diskutiert werden (siehe hierzu auch die Beiträge von Brückner, Becke und Kumbrück/Koppe in diesem Band). Ein akuter Fachkräftemangel führt zu Problemen in der Qualität der Pflege und trägt potenziell zu einem Anstieg von Missbrauch und Gewalt in der Pflege bei. Die Identifikation und Bekämpfung von Gewalt sind in diesem Kontext schwierig und werden durch die genannten krisenhaften, rahmenden Bedingungen noch weiter erschwert. Trotz dieser Herausforderungen ist das Bewusstsein für Gewalt

band *Linking ages. A dialogue between childhood and ageing research* von Wanka u.a. (2024).

in der Pflege, insbesondere in der Pflege älterer Menschen, gering und wissenschaftlich wenig erforscht. Studien zeigen, dass das Risiko, von Gewalt betroffen zu sein, mit zunehmendem Alter steigt, insbesondere wenn ein intensiver Pflegebedarf vorliegt (zum Beispiel Görgen 2012; Eggert u.a. 2017; Hirsch 2017). Die Dunkelziffer ist hoch, da Gewalt in der Pflege schwer nachzuweisen ist und ein gesellschaftliches Tabu darstellt.

In der Forschung zur Gewalt gegen ältere Menschen identifizieren wir drei Lücken: einen fehlenden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs, eine mangelnde Theoretisierung und deutliche empirische Leerstellen. Definitionen von Gewalt variieren je nach Fachgebiet, was deren Erkennung und ursächliche Bekämpfung erschwert. Unser Ziel ist es vor diesem Hintergrund, Wissensunterschiede zu Gewalt im Alter zu rekonstruieren und einen transdisziplinären Dialog anzuregen. Als ersten Schritt in diese Richtung nehmen wir in diesem Artikel eine beispielhafte qualitative Analyse von zwei Vignetten aus zwei Artikeln aus geriatrischen und pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften vor. Auf Basis einer strukturierteren Literaturrecherche wurden diese beiden Vignetten als Beispiele dafür ausgewählt, wie die Fachliteratur typische Situationen von Gewalt in der Pflege älterer Menschen schildert. Diese zwei Vignetten analysieren wir sequenzanalytisch hinsichtlich der Frage, welche disziplinären Verständnisse von Gewalt in der Pflege älterer Menschen sichtbar werden.

Mithilfe einer Sequenzanalyse werden so Grenzen zwischen gewalttätigen und nicht-gewalttätigen Praktiken in der Pflege älterer Menschen, Erklärungen zur Gewaltentstehung, Lösungsvorschläge und fachspezifische Verständnisse sichtbar. Die Identifikation dieser Grenzen ermöglicht einen transdisziplinären Dialog und die Diskussion disziplinärer und praktischer Logiken im Umgang mit Gewalt in der Pflege. Auf Basis dieser Ergebnisse argumentieren wir abschließend, dass Grenzen zwischen Pflege und Gewalt als nicht festgelegt, sondern dynamisch verstanden werden sollten, vor allem, weil unsere Analyse zeigt, dass Grenzen zwischen Pflege und Gewalt in der Praxis alters- und geschlechtsspezifisch verhandelt werden. Eine alternative Diskussion über diese Grenzen könnte neue Perspektiven aufzeigen.

2. Grenzziehungspraktiken als Schwerpunkt

Um die Grenzziehungen herauszuarbeiten, die in unterschiedlichen fachlichen Diskursen zu Gewalt im Alter relevant gemacht werden, stützen wir

uns konzeptionell und methodisch auf Karen Barads (2003; 2007) Ansatz des „agentiellen Realismus“ und ihre Idee der Grenzziehungspraktiken. Barad hat einen agentiell-realistischen Ansatz zu Ethik, Ontologie und Epistemologie entwickelt und argumentiert, dass „Phänomene“ – wie etwa das Phänomen der Gewalt in der Pflege älterer Menschen – keine bereits existierenden Beziehungen zu anderen Phänomenen haben; vielmehr werden Phänomene durch Grenzziehungspraktiken und die damit etablierten Beziehungen in der Praxis konstituiert (Barad 2003: 815). Barad (2003: 822; 2007: 208) nennt diese Praktiken „Intra-Aktionen“, im Gegensatz zu Interaktionen, die die vorherige Existenz unabhängiger Entitäten und Relata voraussetzen. Intra-Aktionen sind „materiell-diskursive Praktiken“ (Barad 2003: 818), durch die sich die Beziehung zwischen Materialität und Bedeutung konstituiert.

Wenn es um das Phänomen der Gewalt in der Pflege älterer Menschen geht, können die verschiedenen disziplinären und praktischen Kenntnisse, Erklärungen und Lösungen als fortlaufende Praktiken verstanden werden, in denen Körper, technische Artefakte, Alltagsobjekte, Räume, Bedeutungen, Bilder und Repräsentationen voneinander unterschieden und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Gewalt in der Pflege im Alter als Phänomen entsteht innerhalb dieser Arrangements, und ihre Form verändert sich mit den Veränderungen der Arrangements. Dies impliziert ein Verständnis von Gewalt, das nicht auf dem Dualismus von Opfer und Täter*innen aufbaut. Stattdessen werden Prozesse von Viktimisierung und Gewalt als ein *doing* verstanden – etwas, das durch eine Reihe von materiell-diskursiven Praktiken getan wird. Darüber hinaus sind im Bereich der Gewaltprävention die Praktiken des *undoing* von Gewalt (Hirschauer 2014; Höppner/Wanka 2021) ebenso wichtig. Anders als bei der Verhinderung oder Minimierung von Gewalt bezieht sich ein *undoing violence* auf Praktiken, in denen Gewalt negiert oder lächerlich gemacht wird, in denen Gewalt als irrelevant oder als nicht der Rede wert erscheint oder in denen das Reden über Gewalt als Tabu markiert wird. Darüber hinaus kann eine solche *un/doing*-Perspektive dazu beitragen, Alterskodierungen zu rekonstruieren, in denen Dichotomien wie jung/nicht jung, alt/nicht alt hervorgebracht werden. Clary Krekula (2009) bezeichnet solche Alterskodierungen als „altersbasierte Unterscheidungspraktiken“ und lenkt unsere Aufmerksamkeit somit auf die *un/doings*, die das Alter als Differenzkategorie verfestigen. Insbesondere in der Pflege im Alter sind soziale Interaktionen zwischen den Altersgruppen üblich. Beschreibungen, Definitionen und Lösungen von Gewalt in der Pflege im Alter können daher nicht nur Grenzen zwischen Gewalt

und Nicht-Gewalt, sondern auch zwischen Phänomenen festlegen, die als alt oder jung gelten oder die kein zugewiesenes Altersmerkmal haben. Ähnliches ist auch für Geschlechterkodierungen möglich, die Geschlecht als Differenzkategorie und somit Geschlechterdifferenzen untermauern. Theresa Wobbe (1993) hat mit dem Konzept von Verletzungsmächtigkeit und Verletzungsoffenheit gezeigt, dass durch den Dualismus von Täter*innen und Opfern Geschlechterdifferenzen reproduziert und verfestigt werden. Die Pflege älterer Menschen als nach wie vor vorrangig weiblicher Arbeitsbereich kann diese Geschlechterkodierungen reproduzieren, aber auch in Frage stellen, denn Frauen erleiden in diesem Setting einerseits sowohl Visktimierungserfahrungen und können andererseits auch die Ausübenden von Gewalt sein.

3. Methoden

Wie nun kann das *doing* und *undoing* solcher Grenzziehungspraktiken empirisch erfasst werden? In diesem Beitrag werden wir dieses Vorhaben mittels der Anwendung der Situationsanalyse und deren Weiterentwicklung zur Boundary-Mapping-Analyse umsetzen. Die Situationsanalyse wurde von Adele Clarke (2005) als poststrukturalistische Methode zur Grounded Theory Methodology (GTM; Glaser/Strauss 1967) entwickelt. Karen Barads (2007) Konzept der materiell-diskursiven Praktiken aufgreifend verfolgt eine Boundary-Mapping-Analyse das Ziel, grenzziehende Praktiken der Wissensproduktion zu rekonstruieren. Sie wurde für die hier dargestellte Analyse in den folgenden Schritten umgesetzt:

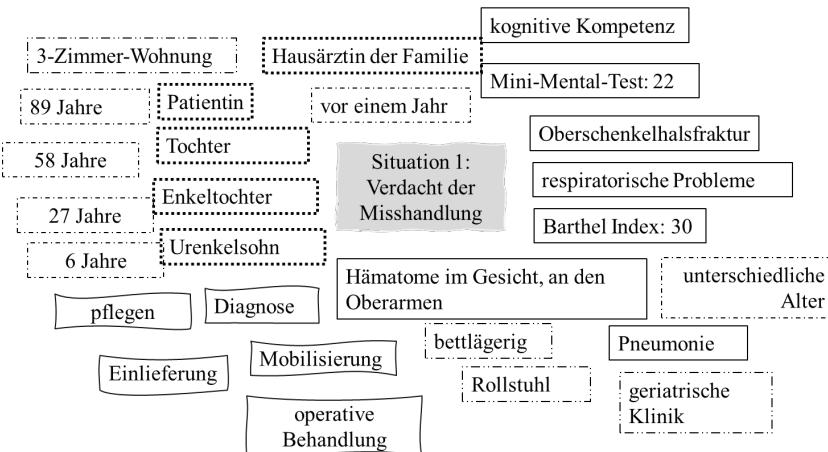
In einem ersten Schritt wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, in der deutschsprachige und englischsprachige Literatur zu Gewalt in der Pflege älterer Menschen zusammengetragen wurde. Der Fokus lag dabei auf einer Sammlung wissenschaftlicher Artikel in Fachzeitschriften und Sammelbänden der letzten zehn Jahre im europäischen und angloamerikanischen Kontext anhand von vorab festgelegten Stichworten². Dafür wurden unterschiedliche Suchmaschinen (zum Beispiel PubMed und Scopus) verwendet.

2 Die verwendeten Stichwörter waren jeweils in Kombination miteinander: space (Ort, Raum), intimate partner violence (Partnergewalt, Partner*innengewalt, Gewalt in der Partnerschaft), abuse (Missbrauch), neglect (Vernachlässigung), old persons (Alter, höheres Lebensalter, ältere Menschen), age (Alter, Altern), women (Frauen), private (privat), institutional (institutionell), life course (Lebenslauf, Lebensverlauf).

In der so gesammelten Literatur wurden in einem zweiten Schritt in den deutschsprachigen Beiträgen fünf Vignetten identifiziert, die aus der Sicht der jeweiligen Fachdisziplin typische Fälle von Gewalt in der Pflege älterer Menschen darstellen sollen. Diese können für die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte verwendet werden, um eine professionelle Haltung auszubilden bzw. die eigene Haltung zu reflektieren; und sie haben daher eine wichtige Bedeutung in der (Re-)Produktion von fachspezifischem Wissen. Eine Vignette verstehen wir als Mikrogeschichte einer Handlungssituation bzw. eines Schlüsselerlebnisses, die eine konkrete Praxiserfahrung, die als Gewalt gerahmt wird, möglichst anschaulich beschreibt (Höppner u.a. 2022). Demzufolge wurden Textstellen, in denen ausschließlich Beispiele für Gewalt aufgelistet werden, nicht als Vignetten identifiziert und daher nicht in die Analyse einbezogen. Auf Basis einer explorativen Analyse wurden zwei Vignetten für eine tiefergehende, sequenzanalytische Analyse ausgewählt. Auswahlkriterien waren dabei einerseits die Dichte und Länge der jeweiligen Vignette, andererseits die fachdisziplinäre Verortung. Hinsichtlich der fachdisziplinären Verortung wurde eine Kontrastierung angestrebt, sodass eine Vignette aus einer eher medizinischen Zeitschrift mit einer Vignette aus einer pflegewissenschaftlichen Zeitschrift verglichen werden konnte.

In einem dritten Schritt haben wir *messy maps* der in der Fallvignette geschilderten Situation erstellt. Dazu haben wir alle Elemente, die in der Vignette erwähnt wurden, zusammengetragen. In einem vierten Schritt haben wir diese *messy maps* kategorisiert, indem wir – wie von Clarke (2005) vorgeschlagen – die Elemente in menschliche Akteur*innen (zum Beispiel den Patienten, den Arzt, die Tochter), zeitliche Elemente (zum Beispiel das Alter), räumliche Elemente (zum Beispiel die Drei-Zimmer-Wohnung) und weitere Praktiken (zum Beispiel die Pflege) eingeteilt haben. Zudem haben wir eine Kategorie medizinischer Beurteilungen als eine spezifische Art von Praktiken hinzugefügt (Abbildung 1). In einem fünften und letzten Schritt haben wir die Beziehungen und Grenzen zwischen diesen Elementen ermittelt, sie zueinander in Beziehung gesetzt und so *situational maps* erstellt.

Abbildung 1: Situational map von Vignette 1 (medizinische Perspektive)



Vignette 1: Medizinische Perspektive

Situation: Verdacht der Misshandlung. Die unterschiedlichen Randmarkierungen beziehen sich auf verschiedene Kategorien (im Uhrzeigersinn: zeitliche Elemente, menschliche Akteur*innen, medizinische Beurteilungen, räumliche Elemente, medizinische Praktiken).

Nach dem ersten Mapping wurden die so ausgearbeiteten Grenzen und Grenzziehungspraktiken der jeweiligen Vignette mittels einer Sequenzanalyse analysiert. Dazu wurde der Text der Vignette Wort für Wort gelesen, den Rest des Textes abgedeckt, die Bedeutung der Worte und Assoziationen diskutiert, und überlegt, welche Wörter folgen könnten. Zum Beispiel haben wir bei „eine 89-Jährige“ diskutiert, warum das Alter einer Person die erste Information ist, die wir als Leser*innen erhalten; was es bedeutet, 89 Jahre alt zu sein (zum Beispiel: Ist das sehr alt? Sollte sich diese Charakterisierung auf eine Person am Ende des Lebens beziehen?); wie dieses spezifische Alter mit dem Verständnis von Gewalt aus einer medizinischen Perspektive zusammenhängen könnte; und welche anderen Beschreibungen folgen könnten (zum Beispiel Frau). Im letzten Schritt kehrten wir zu den *messy maps* zurück, um besser zu verstehen, wie und wo in der Vignette Grenzen zwischen den beschriebenen Phänomenen gezogen wurden, und fügten diese Grenzen in die *situational maps* ein.

4. Mapping von Gewalt in der Pflege älterer Menschen: empirische Analyse

Die vorliegende Analyse stützt sich auf die Untersuchung von zwei Vignetten als Fallbeispiele dafür, wie sich ein *un/doing* von Gewalt in der Pflege im Alter äußern kann. Diese Vignetten wurden in einem geriatrischen (medizinischen) und einem pflegewissenschaftlichen Fachbeitrag über Gewalt in der Pflege Älterer veröffentlicht, um den Leser*innen beispielhaft Fälle von Gewalt zu veranschaulichen. Die Fälle basieren auf fiktionalen oder realen Erfahrungen und unterscheiden sich je nach Fachgebiet und Leser*innenschaft stark. Für diesen Beitrag haben wir zwei dieser Vignetten ausgewählt – eine von einem Arzt, eine von einer Pflegerin geschrieben – und sie mithilfe der Boundary-Mapping-Analyse ausgewertet (siehe Kapitel 2.).

4.1 Vignette 1: Der Verdacht auf Gewalt in der Pflege im Alter

Die erste Vignette, die hier analysiert wird, wurde 2016 in einer deutschen medizinischen Fachzeitschrift veröffentlicht. Der Autor des Artikels ist Facharzt für Innere Medizin und klinische Geriatrie in einer geriatrischen Klinik in Deutschland (Zeeh 2016). Die Vignette lautet wie folgt:

„Eine 89-jährige Patientin wurde von ihrer Hausärztin in unsere geriatrische Klinik eingewiesen. Seit einem operativ behandelten Oberschenkelhalsbruch vor einem Jahr war sie nur noch stundenweise in den Rollstuhl mobilisierbar und ansonsten bettlägerig. Sie wirkte kognitiv kompetent, das geriatrische Assessment ergab einen Barthel-Index von 30 von 100 möglichen Punkten. Im Mini-Mental-Test erzielte die Patientin 22 von 30 Punkten. Sie lebte mit ihrer 58-jährigen Tochter, ihrer 27-jährigen Enkelin und deren 6-jährigen Sohn in ihrer Dreizimmerwohnung und wurde hauptsächlich von der Tochter gepflegt. [...] Die Hausärztin wurde wegen Atembeschwerden gerufen und stellte eine Pneumonie fest. Zusätzlich fanden sich multiple, unterschiedlich alte Hämatome im Gesicht und an den Oberarmen. Die Hausärztin wies die Patientin mit ‚V.a. Pneumonie‘ und ‚V.a. Misshandlung‘ ein. [...] Unsere Vermutung war, dass zumindest ein Teil der Hämatome nicht von Bettstürzen, sondern von Misshandlungen herrührten. Die Patientin bestritt das aber mehrfach und sagte, sie habe eine ‚gute Tochter‘, die es ‚schwer hat im Leben‘. In jedem Fall wolle sie zurück in die gemeinsame Wohnung, ‚niemals in ein Heim‘.“

Was sagt uns diese Vignette über Grenzziehungspraktiken im Kontext der Entstehung und Überwindung von Gewalt in der Pflege älterer Menschen? Es zeichnen sich vier Grenzen ab (Abbildung 2):

Die erste Grenze wird durch eine zentrale Materialität gezogen: ein alter menschlicher Körper, der durch seine Unbeweglichkeit und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet und von der Hausärztin und von noch nicht genannten Personen abhängig ist, die den Körper in den Rollstuhl heben und den Körper im Bett pflegen. Die Formulierung „nur noch“ verweist auf einen Abbauprozess, der langfristig und potenziell irreversibel ist; eine Rehabilitation scheint unmöglich. Die Bedeutung, die mit dem Körper verbunden wird, ist eine Belastung, weil der Körper nicht in der Lage ist, sich selbstständig zu bewegen; er ist immobil. Die Vignette verdeutlicht eine alterskodierte Stresssituation, in deren Kontext sich die vermutete Gewalt abspielt.

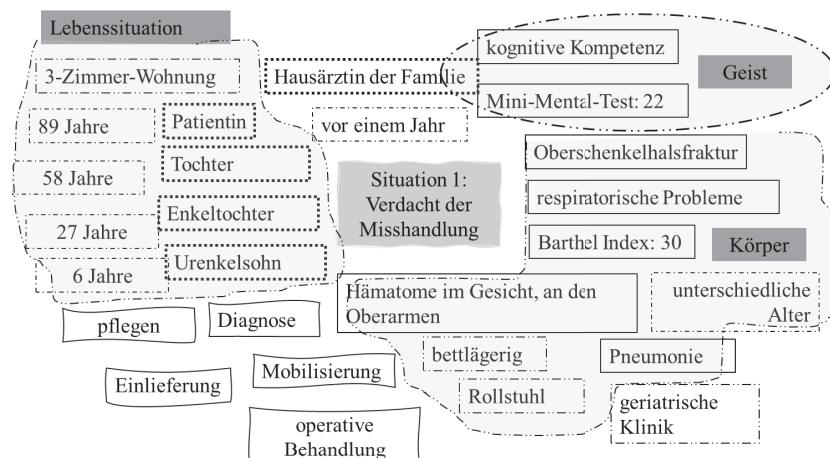
Die zweite Grenze wird durch eine Segmentierung der Patientin gezogen: Während der Körper unbeweglich ist, scheint der Geist kognitiv kompetent zu sein. Um diese Einschätzung zu untermauern, werden zwei unterschiedliche medizinische Untersuchungen angeführt.

Die dritte Grenze bezieht sich auf die Wohnsituation der namenslosen Patientin: Vier Personen werden erwähnt, die sich eine Drei-Zimmer-Wohnung teilen. Die räumlichen Kapazitäten erscheinen am Limit und die Bedarfe des Körpers der Patientin werden durch die Erwähnung der Räumlichkeiten implizit mit der Bedeutung der Last verbunden. Im Gegensatz zu den drei Körpern der Tochter, der Enkelin und des Urenkels erscheint der alternde Körper als etwas, der Raum braucht.

Die vierte Grenze wird gezogen, als es um den Körper der Patientin geht, der als möglicher Beweis für Gewalt dient. Beim Gewaltverdacht wird der Körper der Frau in Körperteile segmentiert, die entweder Gewalt beweisen könnten (Hämatome im Gesicht und an den Oberarmen) oder auf Vernachlässigung hinweisen (die Lungenentzündung) oder die keine Beweise liefern. Diese Körperteile werden von der Psyche der Frau differenziert betrachtet, was sich darin äußert, dass die Patientin in der Vignette sehr wenig spricht, dann – als sie erstmals zu Wort kommt – die Gewalt-erfahrung aber vehement abstreitet. In dieser Phase des Gewaltverdachts wird die Handlungsfähigkeit insbesondere den Körperteilen zugeschrieben, die mögliche Beweise für die Gewalt liefern; sie sprechen scheinbar für die Frau und die gesamte Familiensituation, die sich in einem generationen-übergreifenden Zusammenleben manifestiert. Die Frau hingegen spricht in der Phase des Gewaltverdachts kaum; ihr wird in dieser Phase Handlungs-

fähigkeit abgesprochen. Erst in der Phase, in der über den weiteren Verbleib der Frau entschieden wird, wird die Beteuerung der älteren Frau, ihre Tochter sei ihr gegenüber nicht gewalttätig gewesen, Gehör geschenkt, und sie wird unter Auflagen zurück in ihr häusliches Umfeld entlassen. Die Körperteile, denen zuvor im Sinne eines Beweises Handlungsfähigkeit zugeschrieben worden war, werden bei dieser Entscheidung nur eingeschränkt berücksichtigt. Denn am Ende der Vignette wird den pflegenden Angehörigen mehr Unterstützung – sowohl menschlich, in Form von Pflegepersonal, als auch nicht-menschlich, in Form eines Toilettenstuhls – bei der Pflege der älteren Frau gewährt, in der Hoffnung, dass dies die Pflegebelastung und damit das Risiko von Gewalt verringern wird (siehe ausführlicher in Zeeh 2016).

Abbildung 2: Grenzziehungs-Map von Vignette 1 (medizinische Perspektive)



Vignette 1: Medizinische Perspektive

Situation: Verdacht der Misshandlung. Die Unterschiede in den Randmarkierungen beziehen sich auf verschiedene Kategorien (im Uhrzeigersinn: zeitliche Elemente, menschliche Akteur* innen, medizinische Bewertungen, räumliche Elemente, andere Praktiken). Es werden Grenzen um den alten Körper, zwischen Körper und Geist, der Wohnsituation des Körpers und dem Körper als Beweis für Gewalt gezogen.

Die Analyse zeigt, dass das Ziel der hier dargestellten geriatrischen Perspektive darin besteht, Gewalt durch die Verwendung von medizinischen Kategorien und Diagnosen quasi objektiv nachzuweisen und Hinweise auf

Gewalt an verschiedenen Körperteilen zu finden. Vier Grenzziehungspraktiken – um den alten Körper, zwischen Körper und Geist, die Wohnsituation und den Körper als Beweis für Gewalt – segmentieren die Gewaltsituation. Diese Ordnung ist nicht willkürlich, sondern sie macht das Innen und Außen dieser Grenzen – und damit die scheinbaren Entitäten, die sie dadurch hervorbringen – interpretierbar und bewertbar. Wüssten wir beispielsweise in dieser Vignette nur von einer Frau, die in einer Drei-Zimmer-Wohnung lebt, könnten wir dies nicht unbedingt mit Gewalt in Verbindung bringen. Wenn wir jedoch wissen, dass sie in dieser Wohnung zusammen mit drei anderen Personen unterschiedlichen Alters lebt und damit sowohl die menschlichen Akteur*innen als auch die Wohnsituation einbeziehen, können wir die Wohnsituation als beengt interpretieren, was auf Stress und Überlastung der dort lebenden Menschen hindeuten könnte. Die grenzziehenden Praktiken segmentieren eine Mikroperspektive innerhalb eines breiteren Kontextes, der durch die Notwendigkeit von Hilfe und Abhängigkeitsbeziehungen in einer Gesellschaft der weiblich konnotierten Fürsorge strukturiert ist. Dabei können Stress und Überforderung Gewalt in der häuslichen, informellen Pflege im Alter bis zu einem gewissen Grad scheinbar erklären.

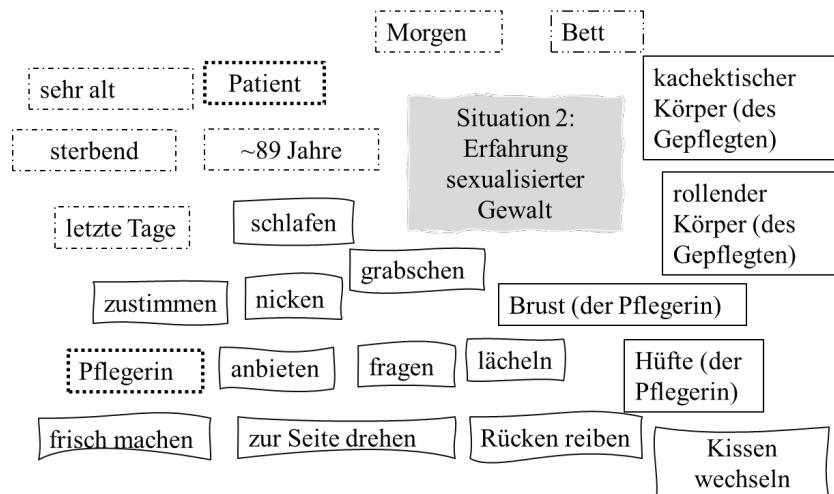
4.2 Vignette 2: Sexualisierte Gewalt in der Pflege im Alter

Die zweite Vignette wurde 2017 in einem deutschen Sammelband mit dem Titel *Sexuelle Gewalt gegen erwachsene Schutz- und Hilfebedürftige* veröffentlicht. Die Autorin des Kapitels arbeitet als Präventionsbeauftragte in den Bereichen Personalentwicklung und Bildung sowie als Dozentin an Hochschulen (Rose 2017). Die Vignette lautet wie folgt:

„Ich ging morgens zu einem sehr alten, sterbenden Patienten (ca. 85 Jahre alt), der die letzten Tage fast nur noch schlafend verbracht hatte, um ihm anzubieten, ihn etwas frisch zu machen. Er willigte ein und ich machte ihn soweit möglich etwas frisch. Als ich ihn auf die rechte Seite drehen musste, um die Unterlage zu wechseln und um den Rücken einzureiben, forderte ich ihn auf, sich doch einfach an mir festzuhalten, wenn ich ihn zu mir rüber drehe. Schläfrig nickte er. Anstatt wie erwartet an die Flanke zu greifen, rollte er mit seinem ganzen Körper (zum Glück war er kachektisch) gegen mich und griff an meine Brust und lächelte zufrieden [...].“

Werden die beiden *situational maps* der zwei Vignetten miteinander verglichen, so zeigt sich, dass medizinische Beurteilungen in der Beschreibung der zweiten Situation eine untergeordnete Rolle spielen und stattdessen Praktiken der Pflege und Betreuung im Vordergrund stehen. Diese Praktiken zielen sowohl auf den Körper (zum Beispiel rollen, wechseln) als auch auf die Gefühlslage bzw. Stimmung des Patienten (zum Beispiel Erfragen der Zustimmung).

Abbildung 3: *Situational map* von Vignette 2 (pflegerische Perspektive)



Vignette 2: Pflegerische Perspektive

Situation: Erfahrung sexualisierter Gewalt. Unterschiede in den Randmarkierungen beziehen sich auf verschiedene Kategorien (im Uhrzeigersinn: zeitliche Elemente, menschliche Akteur*innen, medizinische Einschätzungen, räumliche Elemente, andere bezogene Praktiken).

Welche Grenzen werden in dieser Vignette gezogen (Abbildung 3)? Die erste Grenze wird durch die Beschreibung einer Pflegesituation in einem institutionellen Umfeld gezogen, in der zwei menschliche Körper mit klar verteilten Rollen und Aufgaben sowie mit jeweils spezifisch zugeschriebener Handlungsfähigkeit verbunden werden: Die aktive Pflegerin führt pflegerische Aufgaben aus, während der passive Patient umsorgt wird. Der Patient wird durch sein Alter („sehr“ alt, 85 Jahre), seinen Gesundheitszu-

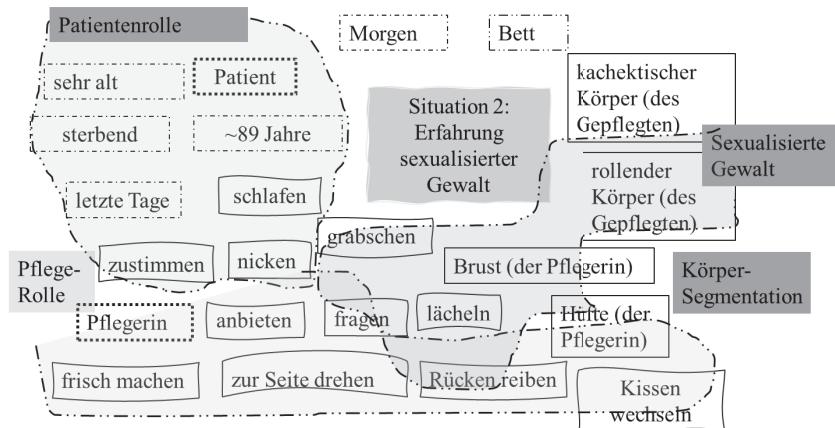
stand („sterbend“) und seine Aktivitäten der letzten Tage beschrieben, die auf einen degenerativen Prozess hinweisen („fast nur noch schlafen“).

Die zweite Grenze wird durch die ausführliche Beschreibung einer spezifischen Pflegepraktik gezogen (das heißt das Frischmachen), mit der der Patient einverstanden ist. Hier kommt es zu einer engen Verschränkung von Körpern und Pflegeobjekten. Die Pflegerin muss den fast schlafenden Körper auf den Rücken drehen, um die Auflage zu wechseln. Dafür beugt sie sich auf das Bett, in dem die Pflege stattfindet und das zunächst nur vom Körper des Patienten belegt war; während der Pflegepraktik wird es auch vom Körper der Pflegerin belegt.

Die dritte Grenze wird durch eine Segmentierung des Körpers der Pflegerin gezogen: Während Körperteile der Pflegerin während der Pflegesituation berührt werden dürfen (Flanke), sind andere nicht erlaubt (Brust).

Die vierte Grenze wird gezogen, als die Pflegesituation in eine Gewalt-situation übergeht, und es werden dafür Gründe genannt. In der Gewalt-situation wird der Körper des Mannes ebenfalls in Körperteile segmen-tiert, die Gewalt verursachen (Körper, Hand) und Körperteile, die Gewalt beweisen sollen (Mund) und somit Rückschlüsse auf die Intentionalität zulassen. Der Körper des Patienten bewegt sich falsch („rollte er mit seinem ganzen Körper [...] gegen mich“) und wird so zum Instrument der Gewalt; diese Körperlichkeit ist in dieser Situation mit Macht verbunden. Der Pati-ent berührt Körperteile der Krankenschwester (Brust), die nicht berührt werden dürfen. Er lächelt, was mit der Bedeutung von Intentionalität ver-bunden ist und die Möglichkeit ausschließt, dass die Handlung ein Unfall oder ein Versuch war, aus dem Bett aufzustehen („lächelte zufrieden“). Die verschiedenen Körperteile sprechen für den Patienten, während er schweigt und lächelt. Sie sprechen auch für Pflegesettings, die nicht neutral, sondern alters- und geschlechtsspezifisch kodiert sind. Durch diese grenzziehenden Praktiken wird die Handlungsfähigkeit von der Pflegerin auf den Patienten übertragen; die Handlungsfähigkeit wird nun dem Körper, der Hand und dem Mund des Patienten zugeschrieben.

Abbildung 4: Grenzziehungs-Map von Vignette 2 (pflegerische Perspektive)



Vignette 2: Pflegerische Perspektive

Situation: Erfahrung sexualisierter Gewalt. Die unterschiedlichen Randmarkierungen beziehen sich auf verschiedene Kategorien (im Uhrzeigersinn: zeitliche Elemente, menschliche Akteur*innen, medizinische Einschätzungen, räumliche Elemente, andere Bezugspraktiken).

Die Analyse zeigt, dass der zentrale Fokus der pflegerischen Perspektive auf der Pflegesituation liegt, die auf der Grundlage von impliziten Normen zum Pflegeverhalten als gewalttätig oder nicht gewalttätig bewertet wird. Dabei stehen keine konkreten Kategorien und Diagnosen zur Verfügung, stattdessen werden die eigene Einschätzung der Pflegerin (und im hier nicht dargestellten Teil der Vignette auch die Einschätzung ihrer Kolleginnen; siehe ausführlicher in Rose 2017) zur Bewertung der Situation herangezogen. Das Pflegesetting wird durch vier materiell-diskursive Grenzen hergestellt: die Differenzierung von Körpern, Rollen und Aufgaben von Pflegerin und Patient, die pflegerische Praxis des Frischmachens mit der Verschränkung von Körpern und Pflegeobjekten und die Segmentierung des Körpers des Patienten und der Pflegerin. In ihrer Beziehung zueinander koproduzieren diese Grenzen ein Pflegesetting, das mit Bedeutungen wie Unterstützung, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit aufgeladen wird. Die vierte Grenze markiert den Übergang von der Pflege- zur Gewaltsituation mittels der Segmentierung des Patienten- und Pflegekörpers und der Übertragung von Handlungsfähigkeit.

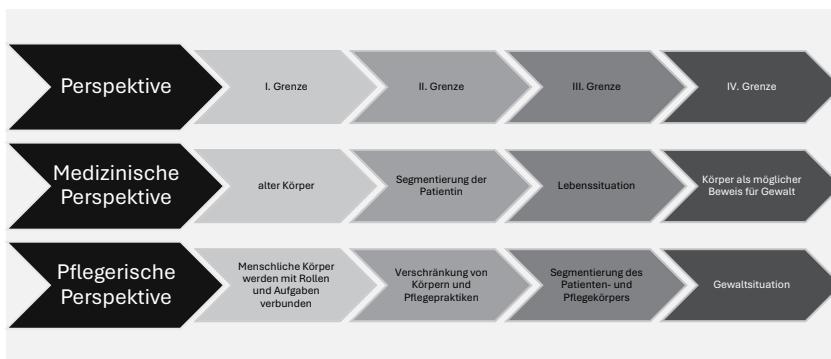
Die Vignette endet mit Gedanken der Pflegerin über mögliche Gründe für das Verhalten des Patienten („Vielleicht denkt er auch, ich bin seine

Frau oder weiß nicht so richtig, was er tut.“), ihrer Bewertung der Situation aus Perspektive einer professionellen Ethik des Pflegeberufs, auf die der sprachliche Imperativ verweist („Wäre er jünger und nicht in dieser präfinalen Verfassung, dann wäre ich jetzt entsetzt und sauer, aber diese Situation ist eher humorvoll zu nehmen.“), sowie der Bewertung dieser Situation durch ihre direkten Kolleginnen (siehe ausführlicher in Rose 2017). Abschließend lachen sie über die Situation, weil der Mann alt war, im Sterben lag und sie ihn außerdem mochten – drei Indikatoren, die eine Distanz zu den eigenen Emotionen ermöglichen und dazu beitragen, die Deutung des Verhaltens von Gewalt zu Nicht-Gewalt zu verschieben – und dies, obwohl dieser Beitrag im Sammelband mit dem Titel *Sexuelle Gewalt gegen erwachsene Schutz- und Hilfebedürftige* erschienen ist. Daraüber hinaus sprechen die Kolleginnen über „sexuelle Übergriffigkeiten von Patienten, die uns wirklich stören“. Durch diese Aussage wird deutlich, dass eine Pflegesituation unter bestimmten Bedingungen durchaus als (sexuelle) Gewalt bewertet werden kann. Dieser Teil der Vignette verdeutlicht somit alters- und geschlechtsspezifische Vorstellungen von Gewalt, die sowohl Pflegesituationen prägen als auch den professionellen Umgang damit.

5. Diskussion

Ziel dieses Beitrags ist es, disziplinäre und praktische Unterschiede im Wissen über Gewalt in der Pflege im Alter mit Hilfe von Karen Barads Ansatz der materiell-diskursiven Grenzziehungspraktiken zu analysieren. Die empirische Analyse verdeutlicht die Grenzen, die aus medizinischer und pflegerischer Perspektive in zwei Vignetten gezogen wurden, die in Abbildung 5 zusammengefasst werden.

Abbildung 5: Zusammenfassung der Grenzziehungspraktiken aus medizinischer und pflegerischer Perspektive



Der Vergleich dieser Grenzen verdeutlicht Überschneidungen aufgrund der pflegerischen Kontexte, insbesondere aber disziplinspezifische Vorstellungen zum Entstehen und Erkennen von Gewalt, Verständnisse zu gewalttätigen und nicht-gewalttätigen Handlungen, Reaktionen auf Gewalt und Vorschläge zur Minimierung oder Vermeidung von Gewalt. Die erste Vignette, die für eine medizinische Leser*innenschaft geschrieben wurde, stützt sich bei der Erkennung von Gewalt auf medizinische Diagnosen und Beurteilungsinstrumente und quantifiziert sie somit. Fokus dieser Bewertungen ist in erster Linie der alte Körper, der vom Geist der Akteurin getrennt ist und der vergangene Gewalterfahrungen bezeugen, beweisen und sichtbar machen kann. Die Entstehung von Gewalt wird in der Vignette andeutungsweise mit der Überforderung in einen Zusammenhang gebracht, die ein alter Körper in einer ungeeigneten Wohnsituation bei seinen Pflegenden auslösen kann. Diese Deutung der Gewaltentstehung prägt auch die Maßnahmen, die ergriffen werden, um Gewalt in Zukunft zu minimieren oder zu verhindern.

Die zweite Vignette, die aus pflegerischer Sicht geschrieben ist, konzentriert sich dagegen auf die Pflegesituation. Hier wird Gewalt nicht quantifiziert und hinterlässt keine sichtbaren Spuren am Körper. In der Gegenüberstellung beider Vignetten wird somit das enge medizinische Verständnis von Gewalt als körperliche Gewalt deutlich, die über Körperverletzungen diagnostizierbar ist (Zeeh 2016), während aus pflegerischer Sicht unter bestimmten Bedingungen Gewalt in einem weiteren Sinne definiert wird und unter anderem auch sexualisierte Gewalt einschließen kann (Büscher 2020; Eggert u.a. 2017). Anders als in der medizinischen Begutachtung in

der ersten Vignette richtet sich die Pflege in der zweiten Vignette nicht nur auf den alten Körper, sondern bezieht den älteren Menschen als Person mit eigenen Präferenzen und Absichten ein: Der Patient wird um Zustimmung zur Durchführung von Pflegepraktiken an seinem Körper (zum Beispiel Umziehen, Bewegen) gebeten und er gibt diese Zustimmung nonverbal. Hier ist es nicht der Körper oder das räumliche Wohnumfeld, sondern der Geist, in dem die Entstehung von Gewalt verortet wird: Ob die Berührung der Brust der Pflegerin beabsichtigt war oder nicht, macht den Unterschied zwischen sexualisierter Gewalt und einem bloßen Versehen aus. Während die Vignette durch das Lächeln des älteren Mannes ein absichtliches Verhalten andeutet, lässt sie die Pflegerin und die Leser*innen im Unklaren darüber. Obwohl der Mann als einwilligungsfähig dargestellt wird, wird er nicht direkt nach seinen Absichten gefragt – stattdessen sucht die Pflegerin nach Entschuldigungen für sein Verhalten. Auch dieses Verständnis von Gewalt prägt die Folgen, nämlich dass die anderen Pflegerinnen über die Situation lachen.

Folglich verstehen auch die Fachkräfte ihre Rolle in Gewaltsituationen je nach ihrer disziplinären Verortung unterschiedlich. Während die Rolle der Ärztin eher der einer Detektivin gleicht, die nach körperlichen Spuren sucht und diese auswertet, ist die Pflegekraft selbst Akteurin in einer Gewaltsituation – entweder als Opfer wie in der analysierten Vignette oder als Täter*in (zum Beispiel Görgen 2012; Ölhoff 2022). Die kontrastierende Perspektive, die in dieser Analyse eingenommen wurde, trägt somit dazu bei, sowohl disziplinäre und praktische Logiken in der Altenpflege als auch jeweils spezifische Opfer- und Täter*innenzuschreibungen zu identifizieren, die einen effektiven und gemeinsamen Gewaltschutz behindern können. Um Gewalt in der Pflege im Alter sichtbar zu machen und zu minimieren, ist daher ein transdisziplinärer Dialog vonnöten (zum Beispiel Schaeffter 2011).

6. Schlussfolgerung für die Erforschung von Gewalt in der Pflege im Alter

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass es in der Forschung bislang kein gemeinsames Verständnis von Gewalt in der Pflege älterer Personen gibt. Stattdessen stellen wir fest, dass es in den verschiedenen Disziplinen und Handlungsfeldern unterschiedliche Auffassungen über die Beschaffenheit von Gewalt, zu Erklärungen für ihre Entstehung und Möglichkeiten zu ihrer Bekämpfung gibt. Indem wir uns auf Karen Barads Ansatz ma-

teriell-diskursiver Abgrenzungspraktiken stützen und diese mit Hilfe von Mapping-Tools empirisch anwenden, können wir diese disziplinären Unterschiede und ihre Alters- und Geschlechterkodierungen explizit machen. Aus den gewonnenen Ergebnissen lassen sich Rückschlüsse auf Definitionen von Gewalt in der Pflege älterer Menschen ziehen, die fachspezifisch sind. Die erste Vignette ist an die geriatrisch-medizinische Gewaltdefinition des National Research Council (2003) zum *elder mistreat* anschlussfähig, in der das Versäumnis der Pflegekraft, die Grundbedürfnisse einer älteren, pflegebedürftigen Person zu erfüllen, hervorgehoben wird. Denn in der Boundary-Mapping-Analyse wurde unter anderem deutlich, dass die Hämatome im Gesicht und an den Oberarmen der älteren Frau ein Hinweis darauf sein können, dass ihre körperliche Integrität im häuslichen Pflegekontext nicht sichergestellt ist und somit ein wichtiges Grundbedürfnis nicht erfüllt wird. Gewalt wird dabei nicht als aktive Handlung gegenüber einer pflegebedürftigen, älteren Person verstanden, sondern als fehlende Sicherstellung von Schutz und – wie gezeigt – auch als eine Form der Vernachlässigung. Die zweite Fallvignette orientiert sich zwar an der gerontologisch-pflegenden Perspektive, die von der Action on Elder Abuse (1995) und der Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (WHO 2002) beeinflusst ist und in der Gewalt als einmalige oder wiederholte körperliche, psychische, emotionale, sexuelle oder finanzielle Gewalthandlung und Vernachlässigung gefasst wird. Allerdings wird in dieser Definition die ältere Person als Opfer von Gewalt definiert – und nicht eine jüngere Pflegerin, wie dies in der Vignette der Fall ist. Zudem greift in dieser Vignette auch nicht die feministische Definition von Gewalt gegenüber Frauen, wie dies die dargestellte Gewaltsituation eines Mannes gegenüber einer Frau nahelegen würde. Denn sonst wäre das gewalttätige Handeln auch eines älteren, sterbenden Mannes nicht bagatellisiert oder entschuldigt worden. Hier wird deutlich, dass die vorhandenen Definitionen nur einen Teil der möglichen Gewalthandlungen in der Pflege im Alter abdecken und nicht thematisierte Gewalthandlungen dadurch unsichtbar, unsagbar oder tabuisiert werden (Höppner 2023). Daraus ergeben sich vier Implikationen für zukünftige Forschungen zu Gewalt in der Pflege im Alter: erstens die Dezentralisierung des Subjekts in Gewaltarrangements und -praktiken; zweitens eine genauere Betrachtung der *doings* und auch *undoings* von Gewalt; drittens die Nutzung des Potenzials einer Linking-Ages-Perspektive auf Gewalt; und viertens die Erforschung neuer methodischer Herangehensweisen für die Gewaltforschung.

Erstens ist es hilfreich, Gewalthandlungen als materiell-diskursive Praktiken zu betrachten und diese Praktiken als Arrangements mit verschiedenen Elementen in *situational maps* zu visualisieren. So kann der Fokus von Person A als Täter*in und von Person B als Opfer von Gewalt hin zu Pflege- und Gewaltpraktiken verschoben werden. Im höheren Alter wird der Lebensraum, in dem sich eine Pflegebeziehung vollzieht, als zentraler Ort verstanden, an dem Gewalt stattfindet. In Studien wird daher die Pflegebeziehung zwischen alten Menschen und Pflegekräften analysiert. Einige dieser Studien erklären die Entstehung von Gewalt durch die Überlastung der Pflegenden (zum Beispiel Nägele u.a. 2010; Zeeh 2016) und des Pflegesystems (zum Beispiel Hirsch 2017; Kraft 2022); andere Studien fokussieren auf Vernachlässigung (zum Beispiel Görgen 2012; Ölhoff 2022). Einige Studien befassen sich mit Bewohner*innen von Pflegeheimen und deren gewalttätigem Verhalten gegenüber anderen Bewohner*innen (zum Beispiel Pillemer u.a. 2012) oder Pflegekräften (zum Beispiel Görgen/Nägele 2005; Görgen 2012; Baer 2014; Rose 2017). Diese Studien fokussieren aber vorrangig menschliche Akteur*innen und zeigen nicht, dass Gewalt nicht nur zwischen Menschen und damit als ein intersubjektives Beziehungshandeln entsteht, sondern dass räumliche Anordnungen von Körpern und Pflegeobjekten sowie Normen des Pflegeverhaltens und Vorstellungen von Verletzlichkeit und Dominanz erst Gelegenheiten für Gewalt schaffen. Zwar werden in Studien zu Gewalt in der Pflege im Alter unterschiedliche Formen von Materialität berücksichtigt, zum Beispiel der alte Körper, der als kranker Körper problematisiert und als hilfsbedürftig konstruiert wird (Gutzmann/Pantel 2019), ökonomische Abhängigkeiten oder finanzielle Ausbeutung, die als finanzielle Gewalt beschrieben werden (Acierno u.a. 2010), Pflegehilfsmittel, die unter bestimmten Bedingungen Gewalt fördern oder verhindern können (Zeeh 2016), oder beengte Wohnverhältnisse in Doppelzimmern in Pflegeheimen, mit denen ein erhöhtes Gewaltrisiko einhergeht (Suhr/Kuhlmey 2020). Diese Materialitäten werden dabei aber vorrangig als passiv oder neutral definiert und es wird ihnen Handlungsfähigkeit abgesprochen, die sie in den Wechselwirkungen miteinander aber entfalten können. Deshalb vertreten wir die Ansicht, dass die Verengung von Gewalt in Pflegesettings auf ein intersubjektives Handeln das aktive Zusammenspiel zwischen Körpern, Pflegehilfsmitteln, Räumen, Diskursen, Repräsentationen und institutionellen Rahmenbedingungen verkennt, in denen gewalttätige Handlungen und Gewaltsettings ko-konstituiert werden. Wir schlagen deshalb den Begriff der interobjektiven Gewalt vor und beziehen uns damit auf Bruno Latours (2001) Idee der Interobjektivität. Interob-

jektive Gewalt bedeutet, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass ausschließlich Menschen gegeneinander gewalttätig werden, sondern dass wir unseren Blick auf alle Entitäten und Diskurse erweitern müssen, die als gewalttätige Akteur*innen bei der Entstehung von Gewalt involviert sind. Ein solches interobjektives Verständnis von Gewalt erkennt die materielle Vielfalt von Gewaltsettings an und vermeidet kausale Vorannahmen, die einzig dem Menschen Handlungsfähigkeit zuerkennen. Das bedeutet nicht, Menschen als Gewalttäter*innen zu entlasten, sondern stattdessen empirisch zu rekonstruieren, in welchen materiell-diskursiven Praktiken Gewalt entsteht, aufrechterhalten oder minimiert werden kann.

Zweitens ist es wichtig, die *doings* und *undoings* von Gewalt in den Blick zu nehmen (Höppner/Wanka 2021). Gerade bei einem Thema wie Gewalt, das stigmatisiert und tabuisiert wird und zu dem insbesondere im höheren Lebensalter geschwiegen wird (Hartmann/Hoebel 2020), ist es von entscheidender Bedeutung, nicht nur zu erklären, was Gewalt ist und wie Gewalt überwunden werden kann, sondern auch, was als nicht-gewalttätig verstanden wird und welches Handeln keine Konsequenzen hat. Aus einer medizinischen Perspektive ist es beispielsweise schwierig, psychische Gewalt, die nicht durch Assessment-Instrumente messbar gemacht werden kann, als Gewalt festzustellen und zu definieren. Es besteht die Gefahr, solche Formen von Gewalt unsichtbar zu machen. Aus pflegerischer Perspektive haben hingegen Handlungen, die nicht auf eine böse Absicht zurückzuführen sind oder die entschuldigt werden können, jedenfalls in der analysierten Vignette keine Konsequenzen.

Dies führt uns zur dritten Implikation, nämlich dem Potenzial einer Linking-Ages-Perspektive (Wanka u.a. 2024) zur Erforschung von Gewalt. Es wurde deutlich, dass einige der disziplinären und praktischen Logiken nicht spezifisch für die Pflege im Alter sind, sondern auch in anderen Pflegesettings zu finden sein könnten, zum Beispiel in einem Kinderkrankenhaus. In der institutionellen Kinderpflege und Pflege im Alter finden wir ähnliche Kontexte vor, in denen Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegekräfte und anderes Gesundheitspersonal zusammenarbeiten, und diese Pflegebeziehungen sind durch Pflegebedürftigkeit, Vertrauen und Abhängigkeit gekennzeichnet. Hinzu kommt, dass das strukturelle Problem der Überlastung in der Pflege, Betreuung und Erziehung von Kindern und der Pflege und Betreuung von Älteren ähnlich ist (Zeit.de 2022). Trotz dieser Ähnlichkeiten zeigte sich auch, dass Gewalt und Pflege alterscodiert sind (Krekula u.a. 2017) und dadurch im Verlauf des Lebens auf jeweils spezifische Art und Weise verknüpft werden. Die zweite Vignette zu sexualisierter

Gewalt gegen eine Pflegerin würde in dieser Weise eher weniger in einem Lehrbuch für Erzieher*innen beschrieben werden, weil Kinder zumeist als Opfer, nicht Täter*innen, von sexualisierter Gewalt verstanden werden. Eine Linking-Ages-Perspektive hilft, solche Verbindungen zwischen spezifischen Lebensphasen und Gewalt sichtbar zu machen. Dies ist nicht nur für die Rekonstruktion von Altersspezifika im Kontext von Gewalt wichtig, sondern auch für das Wissen über Gewalt im gesamten Lebensverlauf, das zur Minimierung von Gewalt in sorgenden Gesellschaften beiträgt.

Viertens haben wir einen neuen methodischen Ansatz zur Erforschung von Grenzziehungspraktiken im Allgemeinen und Grenzziehungen im Kontext von Gewaltphänomenen im Besonderen vorgestellt. Auch wenn unser methodisches Vorgehen noch eher ein Experiment als eine etablierte Methode ist, könnte sie Gewaltforschende dazu inspirieren, ihre methodische Arbeit zu ändern. Indem wir Gewalt als eine materiell-diskursive Praxis verstehen und sie durch *situational maps* visualisieren, werden Menschen dezentriert und Grenzziehungspraktiken des Arrangements sichtbar gemacht, in denen sich Gewalt ko-konstituiert. Die Methode der *boundary maps* zur Visualisierung solcher Grenzziehungspraktiken in Anlehnung an Karen Barads Ansatz des agentiellen Realismus ist besonders hilfreich, weil sie sowohl eine prozessorientierte als auch eine vergleichende Analyse des disziplinären und praktischen Wissens über Gewalt in der Pflege im Alter ermöglicht. Mittels der *boundary maps* kann analysiert werden, in welchen Grenzziehungen Elemente als Bestandteile einer Gewaltsituation konstruiert werden und welche dadurch irrelevant gemacht werden.

Die vorliegende Studie hat nicht nur hinsichtlich des Umfangs des empirischen Materials – zwei Fallvignetten – sondern auch hinsichtlich des Umfangs der berücksichtigten disziplinären Wissensbestände Grenzen. Weiteres disziplinäres Wissen, etwa der Sozialen Arbeit, könnte das Verständnis von Gewalt ebenso bereichern, wie zum Beispiel das Alltagswissen von Kindern und älteren Menschen oder ihrer Bezugspersonen. Darüber hinaus könnte die Methode des Mappings um andere Formen von *maps* erweitert werden, wie zum Beispiel *maps* zu sozialen Welten oder Arenen (um die Logiken und Verständnisse von Gewalt beispielsweise in verschiedenen Institutionen abzubilden) oder Positions-Maps, um die unterschiedlichen Positionen oder Diskurse über Gewalt zu kontextualisieren und zueinander in Beziehung zu setzen.

Literatur

- Acierno, Ron/Hernandez, Melba A./Amstadter, Ananda B./Resnick, Heidi S./Steve, Kenneth/Muzzy, Wendy/Kilpatrick, Dean G. 2010: Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potential neglect in the United States. The National Elder Mistreatment Stud, *American Journal of Public Health*, Jg. 100, S. 292–297.
- Action on Elder Abuse 1995: *Action on elder abuse's definition of elder abuse*. London: Action on Elder Abuse.
- Baer, Udo 2014: *Wenn alte Menschen aggressiv werden: Demenz und Gewalt – Rat für Pflegende und Angehörige*. Weinheim: Beltz.
- Barad, Karen 2003: Posthumanist performativity. Toward an understanding of how matter comes to matter, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, Jg. 28, H. 3, S. 801–831.
- Barad, Karen 2007: *Meeting the universe halfway. Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Durham/London: Duke University Press.
- Büscher, Andreas 2020: Gewalt gegen ältere Menschen: Pflegewissenschaftliche Sicht. In: Ralf Suhr/Adelheid Kuhlmeij (Hg.): *Gewalt und Alter*. Berlin: De Gruyter, S. 9–19.
- Clarke, Adele E. 2005: *Situational analysis. Grounded theory after the postmodern turn*. London: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412985833>.
- Clarke, Adele E./Friese, Carrie/Washburn, Rachel 2018: *Situational analysis: Grounded theory after the interpretive turn*, 2. Aufl. London: Sage.
- Eggert, Simon/Schnapp Patrick/Sulmann, Daniela 2017: ZQP-Analyse. Gewalt in der stationären Langzeitpflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): *ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, S. 13–24.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. 1967: *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New Brunswick/London: AldineTransaction.
- Görgen, Thomas 2012: *Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen – Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: BMFSJ.
- Görgen, Thomas/Nägele, Barbara 2005: Nahraumgewalt gegen alte Menschen, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 38, S. 4–9. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0283-0>.
- Gutzmann, Hans/Pantel, Johannes 2019: Seelische Gesundheit. In: Karsten Hank/ Frank Schulz-Nieswandt/Michael Wagner/Susanne Zank (Hg.): *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos, S. 223–248.
- Hartmann, Eddie/Hoebel, Thomas 2020: Stichwort: Verschwiegene Gewalt, *WestEnd – Neue Zeitschrift für Sozialforschung*, Jg. 1, S. 71–79.
- Hirsch, Rolf D. 2017: Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe. In: Martin Wazlawik/ Stefan Freck (Hg.): *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Sexuelle Gewalt und Pädagogik*. Wiesbaden: Springer VS, S. 67–88.

- Hirschauer, Stefan 2014: Un/doing differences. Die Kontingenz sozialer Zugehörigkeiten / Un/doing differences. The contingency of social belonging. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 43, H. 3, S. 170–191.
- Höppner, Grit 2023: Gewalt gegen Frauen. Eine intersektionale Betrachtung von Barrieren im Gewaltschutz der Sozialen Arbeit, *Soziale Passagen*, Jg. 15, S. 531–549. <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00483-3>.
- Höppner, Grit/Ader, Sabine/Notzon, Swantje 2022: Selbst- und praxisreflexives Lernen. Ein didaktisches Konzept zur Herausbildung professioneller Identität von Studierenden der Sozialen Arbeit in der Praxisphase, *Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, Jg. 4, S. 357–376.
- Höppner, Grit/Wanka, Anna 2021: Un/doing age. Multiperspektivität als Potential einer intersektionalen Betrachtung von Differenz- und Ungleichheitsverhältnissen, *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 50, H. 1, S. 42–57. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2021-005>.
- Kraft, Stephanie 2022: Untersuchung des Erlebens von Pflegefachkräften hinsichtlich Gewalt gegenüber Patienten in der stationären Akutpflege – eine qualitative Analyse, *Heilberufe Science*, Jg. 13, S. 69–80.
- Krekula, Clary 2009: Age coding on age-based practices of distinction, *International Journal of Ageing and Later Life*, Jg. 4, H. 2, S. 7–31.
- Krekula, Clary/Arvidson, Markus/Heikkilä, Satu/Henriksson, Andreas/Olsson, Eva 2017: On gray dancing. Constructions of age-normality through choreography and temporal codes, *Journal of Aging Studies*, Jg. 42, S. 38–45.
- Latour, Bruno 2001: Eine Soziologie ohne Objekte? Anmerkungen zur Interobjektivität, *Berliner Journal für Soziologie*, Jg. 11, H. 2, S. 237–252.
- National Research Council 2003: *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an ageing America*. Washington DC: The National Academies Press.
- Nägele, Barbara/Kotlenga, Sandra/Görgen, Thomas/Mauder, Bekje 2010: Ambivalente Nähe. Eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements. In: Thomas Görgen (Hg.): *Sicherer Hafen oder gefährliche Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Berlin: BMFSFJ, S. 208–480.
- Ölhöft, Jörn 2022: *Alte Menschen als Opfer von Gewalt und Vernachlässigung im stationären Pflegesetting. Eine Hellfeldstudie hinsichtlich Häufigkeit, Phänomenologie, Strafverfolgungspraxis und Ursachen am Beispiel nordrhein-westfälischer Alten- und Pflegeheime*. Dissertation: Ruhr-Universität Bochum.
- Pillemer, Karl/Chen, Emily K./Van Haitsma, Kimberly S./Teresi, Jeanne/Ramirez, Mildred/Silver, Stephanie/Sukha, Gail/Lachs, Mark S. 2012: Resident-to-resident aggression in nursing homes. Results from a qualitative event reconstruction study, *Gerontologist*, Jg. 52, S. 24–33.
- Rose, Andrea 2017: Sexualisierte Gewalt in der Alten- und Krankenhilfe. In: Martin Wazlawik/Stefan Freck (Hg.): *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Sexuelle Gewalt und Pädagogik*. Wiesbaden: Springer VS.

- Schaeffter, Ortfried 2011: Die Kontingenzerperspektive auf den Forschungsgegenstand. In: Christiane Hof/Joachim Ludwig/Burkhard Schäffer (Hg.): *Steuerung – Regulation – Gestaltung. Governance-Prozesse in der Erwachsenenbildung zwischen Struktur und Handlung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 232–239.
- Suhr, Ralf/Kuhlmeij, Adelheid (Hg.) 2020: *Gewalt und Alter*. Berlin: De Gruyter.
- Wanka, Anna/Freutel-Funke, Tabea/Andresen, Sabine/Oswald, Frank (Hg.) 2024: *Linking ages. A dialogue between childhood and ageing research*. London: Routledge.
- Wobbe, Theresa 1993: Geschlechterverteilung im sozialen Raum. In: Heiner Meulemann/Agnes Elting-Camus (Hg.): *26. Deutscher Soziologentag. Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 113–116.
- WHO (World Health Organization) 2002: *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: WHO.
- Zeeh, Joachim 2016: Gewalt gegen alte Menschen ist häufiger, als Sie denken, *MMW – Fortschritte der Medizin*, Jg. 158, H. 18, S. 63–68.
- Zeit.de 2022: Übergriffe auf Klinikpersonal häufen sich. <https://www.zeit.de/gesundheit/2022-12/kinderkliniken-notstand-uebergriffe-gewalt-rotes-kreuz> (Zugriff 1. März 2023).