



Abschlussbericht

Projekt

Gewaltfreie Pflege

Prävention von Gewalt gegen Ältere in der
pflegerischen Langzeitversorgung

Abschlussbericht erstellt von:

Ludger Jungnitz (MDS)

Michael Neise (Universität zu Köln)

Uwe Brucker (MDS)

Dr. Andrea Kimmel (MDS, bis 12/2014)

Prof. Dr. Susanne Zank (Universität zu Köln)

IMPRESSUM

Gefördert durch



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Förderkennzeichen: IIA5-2513-ZPK-632

Laufzeit 1.7.2013 – 31.12.2015

Fördersumme: 287.500,- €

Herausgeber

Projekt „Gewaltfreie Pflege“

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: u.brucker@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Autoren

Leitung: Uwe Brucker, MDS

Projektmitarbeiter: Ludger Jungnitz
Dr. Andrea Kimmel bis 12/2014

Wissenschaftliche Begleitung: Michael Neise
Prof. Dr. Susanne Zank
Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie.
Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie.
Humanwissenschaftliche Fakultät
Universität zu Köln

Review: Hannelore Kötter, MDS

August 2017

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	9
1 Einführung und Hintergrund des Projektes	10
2 Forschungsstand	13
2.1 Begriffsbestimmungen	13
2.1.1 Gewalt / Gewalt gegen Ältere / Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege.....	13
2.1.2 Formen von Gewalt	14
2.1.3 Gewaltfreie Pflege	20
2.2 Ausgangslage des Projekts	21
2.3 Prävalenz von Gewalt in der Pflege	24
2.3.1 Gewalt gegen Ältere	25
2.3.2 Gewalt gegen ältere Menschen in der Langzeitpflege	25
2.3.3 Gewalt gegen Pflegenden.....	27
2.3.4 Gewalt zwischen Bewohnern	28
2.3.5 Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Familienstand	28
2.3.6 Auswirkungen von Gewalt.....	29
2.3.7 Fazit	29
2.4 Mögliche Ursachen und Auslöser von Gewalt	31
2.4.1 Theoretische Erklärungsansätze	31
2.4.1.1 Strukturelle Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege.....	33
2.4.1.2 Kultureller Hintergrund / Migrationshintergrund	36
2.4.1.3 Situative Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege.....	36
2.4.1.4 Individuelle Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege	38
2.4.1.5 Multidimensionale Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege	38
2.4.2 Risikofaktoren für Gewalt in der Pflege.....	39
2.4.3 Zusammenfassung.....	42
2.5 Pflege in Deutschland am Beispiel der ambulanten Versorgung.....	43
2.6 Interventions- und Präventionsansätze.....	46
2.6.1 Zum Begriff der Gewaltprävention	46
2.6.2 Überblick zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei Gewalt in Pflegebeziehungen	47

2.6.3	Präventionsansatz des Projekts „Gewaltfreie Pflege“: Intervention durch kommunale Akteure und Akteure des Gesundheitssystems.....	51
3	Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	53
3.1	Methode	55
3.1.1	Methodik zu EP1.....	55
3.1.2	Methodik zu EP2.....	56
3.1.3	Methodik zu EP3.....	57
3.2	Gesamtbeurteilung der Durchführung	58
4	Projektverlauf.....	62
4.1	Stuttgart	62
4.2	Dortmund	64
4.3	Landkreis Fulda	65
4.4	Potsdam.....	66
5	Ergebnisse der Projektphasen	68
5.1	Ergebnisse der Vorbereitungs- und Entwicklungsphase: Vorhandene Strukturen der Kommunen .	69
5.1.1	Zentrale Ansprechpartner mit definierten Zuständigkeiten, die allen Akteuren bekannt sind	69
5.1.2	Wissen der Akteure	72
5.1.3	Sensibilisierung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Öffentlichkeit und Wissen über Ansprechpartner und Hilfsangebote	73
5.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Strukturanalyse in den Kommunen	73
5.1.5	Fokussiertes (Pflege-)Setting	74
5.1.6	Gründe für Projektbeteiligung.....	74
5.1.7	Geplante kommunale Zuständigkeiten	75
5.1.8	Geplante Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen	77
5.2	Ergebnisse der Implementierungsphase: Umsetzung der geplanten Maßnahmen	77
5.2.1	Umsetzung der geplanten Implementierungsmaßnahmen	78
5.2.2	Umsetzung der Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen	85
5.2.3	Exkurs Potsdam	91
5.3	Ergebnisse der Gewaltfallerfassung	92
5.4	Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege vor Ort: Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen	98

5.4.1	Fulda	98
5.4.2	Dortmund	98
5.4.3	Stuttgart	98
5.4.4	Potsdam.....	98
5.5	Empfehlungen für die weitere Forschung.....	99
6	Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	100
6.1	Ergebnisse zu den leitenden Fragestellungen im Projekt.....	100
6.2	Handlungsempfehlungen zur Prävention von Gewalt in der Pflege.....	106
6.2.1	Zuständigkeiten schaffen und Verantwortlichkeiten wahrnehmen	106
6.2.2	Empfehlungen für Institutionen, die einen Beratungsauftrag haben	106
6.2.3	Empfehlungen für Pflegeinstitutionen	107
6.2.4	Empfehlungen zur Erarbeitung von Handlungsleitlinien	108
6.2.5	Ein Meldewesen und Case Management etablieren.....	109
6.2.6	Gemeinsam für das Thema sensibilisieren und informieren	110
6.2.7	Multiplikatoren-Effekte nutzen	110
6.2.8	Nachhaltigkeit erzeugen	111
6.3	Förderliche Faktoren.....	111
6.3.1	Schaffung regelmäßig tagender, interdisziplinär besetzter Steuerungsgremien innerhalb der Kommune	111
6.3.2	Dem Thema eine politische Bedeutung geben.....	113
6.3.3	Projektcharakter der Implementierungsmaßnahmen.....	113
6.3.4	Politischer Kümmerer	114
6.3.5	Anbindung an vorhandene Strukturen	114
6.3.6	Fallmanagement und aufsuchende Arbeit (funktionelle Charakteristika von Zuständigkeiten)	115
6.4	Hinderliche Faktoren.....	115
6.4.1	Institutionelle Fluktuation in kommunalen Steuerungsgremien.....	115
6.4.2	Divergierende Weisungsbefugnisse über Implementierungsmaßnahmen	116
6.5	Rechtliche Grundlagen schaffen	116
6.6	Heimaufsicht.....	117
6.6.1	Empfehlung zur Schaffung eines Erwachsenenschutzgesetzes in Anlehnung an die Regelungen zum Kinder- und Jugendschutz (SGB VIII)	119
6.6.2	Empfehlungen zur Stärkung von pflegenden Angehörigen.....	120
6.6.3	Empfehlungen zur Ausbildung, Aufklärung und Bewusstseinsbildung	120

6.6.4	Empfehlung zur Einbindung von Ärzten und Krankenhäusern (Entlassmanagement)...	121
6.7	Empfehlungen zum Themenkomplex der finanziellen Ausbeutung von alten und pflegebedürftigen Menschen	122
6.7.1	Empfehlungen zum Bereich der Stellvertretung: Betreuung und Vollmacht	122
6.7.2	Empfehlungen zum Betrugs- und Unterschlagungsdelikten (auch die Erberschleichung)	123
6.7.3	Empfehlungen zum Schutz von alten Menschen und Pflegebedürftigen vor finanzieller Ausbeutung für Banken und Sparkassen.....	123
6.8	Empfehlungen des 16. Familiengerichtstages und des hessischen Landespräventionsrates:	124
6.9	Gender Mainstreaming Aspekte	125
6.10	Fazit	127
7	Literaturverzeichnis	131
8	Weitere Internetressourcen	142
9	Anhang I: Exkurse	145
9.1	Diskussion des Gewaltbegriffs.....	145
9.2	Die finanzielle Ausbeutung alter und pflegebedürftiger Menschen - Kein Thema - kein Problem?	148
10	Anhang II: Methodische Anmerkungen und verwendete Instrumente	170
10.1	Instrumente der Vorbereitungsphase	170
10.1.1	Erhebungs- und Auswertungsmethodik der Literaturanalyse.....	170
10.1.2	Instrument zur Identifizierung der Schlüsselakteure	173
10.1.3	Interviewleitfäden für die Strukturanalyse.....	177
10.2	Instrumente der wissenschaftlichen Begleitforschung	193
10.2.1	Expertenleitfaden zur Reflektion der Implementierungsphase (Erhebungsphase 2)	193
10.2.2	Fragebogen zu kommunalen Auftaktveranstaltungen in Dortmund und Fulda.....	196
10.2.3	Kommunaler (Gewalt-)Fallerfassungsbogen	198
11	Anhang III: Erstellte Materialien und Verbreitung der Projektergebnisse	204
11.1	Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit	204
11.2	Fortbildungsmaterialien.....	226
11.3	Verbreitung der Ergebnisse	237

11.4	Kommunenspezifisches Ergänzungsmaterial	247
-------------	--	------------

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

ABUEL	Studie: „ <i>Abuse and Health Among Elderly in Europe</i> “ (Soares et al. 2010)
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CI	Konfidenzintervall (<i>confidence interval</i> , der Bereich, in dem ein statistischer Wert mit 95%iger Wahrscheinlichkeit liegt)
DO	Dortmund
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GfP	Projekt Gewaltfreie Pflege
EP1, EP2, EP3	Erhebungsphasen der wissenschaftlichen Begleitung
HAVS	Hessisches Amt für Versorgung und Soziales (Träger der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht)
INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
IV	Interventionsverfahren
LZP	Langzeitpflege
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MW	Mittelwert
mesh	<i>medical subject headings</i> (Literaturrecherche)
MILCEA	<i>Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse</i>
N, n	Anzahl befragter Personen in Studien
o.J.	ohne Jahresangabe
o.S.	ohne Seitenangabe
PD	Pflegedienst(e)
PDL	Pflegedienstleitung
SD	Standardabweichung (<i>standard deviation</i>) (statistisches Maß für die Streuung der Werte einer Zufallsvariablen um ihren Erwartungswert)
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
TI AB, tiab	in Titel oder <i>Abstract</i> (Literaturrecherche)
UA	Unterarbeitsgruppe
Vgl.	Vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation (<i>World Health Organization</i>)
KfN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.

Zusammenfassung

Das Projekt Gewaltfreie Pflege – Prevention of Elder Abuse (GfP) wurde von August 2013 bis Dezember 2015 mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) bearbeitet. Zielsetzung war die Implementierung kommunaler Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Falle von Gewalt gegen ältere Menschen in der Langzeitpflege unter Beteiligung von vier Modellkommunen. Der MDS arbeitete mit den zu Projektbeginn gegründeten Steuerungsgremien der beteiligten Kommunen (Potsdam, Landkreis Fulda, Dortmund, Stuttgart) zusammen, um gemeinsam spezifische Maßnahmen zu erarbeiten und diese zu implementieren. Die wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens erfolgte durch den Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie der Universität zu Köln von Prof. Dr. Zank. Ausgangspunkt der geplanten Studie waren die auf europäischer Ebene entwickelten Ergebnisse und Empfehlungen des Projekts MILCEA¹ (*Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse*), die auf das Langzeitpflegesystem in Deutschland übertragen, in einen systematischen Präventionsansatz überführt und in den Modell-Kommunen praktisch umgesetzt und implementiert werden sollten. Ein zentrales Ziel war die Festlegung und Abstimmung von Zuständigkeiten und klaren Handlungsabläufen zwischen den professionellen Akteuren des stationären und ambulanten Pflege-settings (z. B. Heimaufsicht, Beratungsstellen, stationäre/ambulante Pflegeeinrichtungen etc.). Alle Prozesse wurden im Rahmen einer multiplen Fallstudie wissenschaftlich begleitet und die hieraus resultierenden Erkenntnisse so aufbereitet, dass nun erste differenzierte Hinweise bereitstehen, unter welchen Gestaltungsbedingungen eine regelhafte und bundesweite Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen vor Gewalt gelingen kann und welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren hierbei zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus wurde auf Basis der Erfahrungswerte aus den Kommunen ein themenspezifisches Fortbildungspaket für Pflegende entwickelt, das allen Interessierten zum Download zur Verfügung steht². Die Datenlage zur Prävalenz von Gewalt gegen pflegebedürftige ältere Menschen in der Langzeitpflege ist in Deutschland – anders als in anderen Ländern – unbefriedigend, weil bislang keine repräsentativen Daten z. B. aus empirisch belastbaren Prävalenzstudien zur Verfügung stehen. Die vorliegenden Untersuchungen gehen von einem großen Dunkelfeld aus. Die im Verlauf des Projekts sich herauskristallisierten Handlungsempfehlungen auf unterschiedlichen Ebenen richten sich an Gesetzgebung, Wissenschaft und Verwaltung.

¹ Vgl. Kimmel, Schempp und Brucker (2012)

² www.milcea.eu

1 Einführung und Hintergrund des Projektes

Gisela Stein ist examinierte Pflegefachkraft und als Gutachterin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beschäftigt. Frau Stein sucht das Ehepaar Schmidt auf, um eine Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit bei der 85jährigen Frau Schmidt durchzuführen. Das Ehepaar Schmidt lebt in einer 2-Zimmer-Wohnung in der Innenstadt von Dortmund. Herr Schmidt ist 71 Jahre alt, er kümmert sich um seine Ehefrau und hat wegen der zunehmenden Unterstützung, die er leisten muss, einen Antrag auf Pflegegeld gestellt. Frau Schmidt hat eine Demenz vom Alzheimertyp im Anfangsstadium.

In der Begutachtungssituation stellt Frau Stein fest, dass Herr Schmidt Fragen, die an Frau Schmidt gerichtet sind, stets selbst beantwortet und seine Frau nicht zu Wort kommen lässt. Frau Schmidt hingegen wirkt eingeschüchtert und in sich gekehrt. Die Gutachterin entdeckt außerdem einige verblasste Hämatome am rechten Oberarm von Frau Schmidt. Die Gesprächssituation ist allerdings so angespannt, dass Frau Stein nicht nachfragt, zumal sie den Ehemann nicht mit einem unbegründeten Verdacht brüskieren möchte.

Frau Stein verlässt die Wohnung des Ehepaars mit einem unguten Gefühl. Sie lässt der Eindruck nicht los, dass Herr Schmidt mit der Pflege seiner Ehefrau überfordert ist und nicht weiß, wie er mit der Erkrankung umgehen soll.

Das Gefühl, dass in der häuslichen Situation des Versicherten etwas nicht stimmt, wird von Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes nicht selten beschrieben. Aber was ist in derartigen Verdachtsfällen zu tun? An wen soll sich Frau Stein mit ihrem Verdacht wenden? Wer ist zuständig? Der MDK, die Pflegekasse oder gar die Polizei? Welche Unterstützungsangebote könnten Herrn Schmidt helfen und welche Unterstützungsangebote stehen generell in Dortmund zur Verfügung?

Das Eintreten von Pflegebedürftigkeit geht mit der Erfahrung einher, Einschränkungen in verschiedenen Bereichen der selbstständigen Lebensführung zu erleben und von der Hilfe anderer abhängig zu werden. Soziale Beziehungen sind idealerweise von einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Geben und Nehmen gekennzeichnet; Pflegebedürftigkeit kann dieses Gleichgewicht erheblich stören. Chronische Belastungen durch die kontinuierlich zu leistende Unterstützung eines nahestehenden Menschen können zu einer Erosion sozialer Beziehungen führen. Nicht selten besteht die Gefahr, dass Gewalt, sei sie psychischer oder physischer Natur, ins Spiel kommt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfahren europaweit jährlich 2,7 Prozent (das sind 4 Millionen Menschen) der über 60-Jährigen körperliche Gewalt, bei psychischer Gewalt geht man von 29 Millionen (19,4 Prozent) aus. Finanziell ausgebeutet werden rund 6 Millionen ältere Menschen. Man geht davon aus, dass ein Viertel der zu Hause gepflegten älteren Menschen im Zeitraum eines Jahres mindestens einmal beschimpft, angeschrien oder auf andere Art gedemütigt werden. In Deutschland werden zwischen 5 und 10 Prozent der älteren Menschen Opfer von Gewalt; bei Pflegebedürftigen ist der Anteil höher; das Dunkelfeld ist dabei erheblich³.

Die Ursachen für das Entstehen dieses Phänomens sind komplex. In der häuslichen Pflege ist es oft ein Missverhältnis zwischen dem Hilfe- und Betreuungsbedarf des pflegebedürftigen Menschen auf der

³ Hirsch (2003)

einen und der Begrenztheit der in der Familie verfügbaren Fähigkeiten und Ressourcen auf der anderen Seite. Frustrationen, Auseinandersetzungen bis hin zu gewalttätigen Handlungen sind die Folge. Insbesondere bei lange andauernder Pflege ist die Hauptpflegeperson vielfach einem permanenten Ungleichgewicht normativ geprägter Rollenerwartungen ausgesetzt, mal ist sie verärgert oder enttäuscht über mangelnde Solidarität innerhalb der Familie, ein andermal empfindet sie Schuld und eigene Unzulänglichkeiten angesichts der zu erfüllenden Anforderungen.

Aber auch in der professionellen Langzeitpflege findet Gewalt statt. Wir wissen, dass zehn Prozent aller Heimbewohner in Deutschland regelmäßig psychotrope Medikamente als Bedarfsmedikation erhalten, zwei Drittel davon in der Nacht. Die Hauptindikation bei Gabe von Psychopharmaka lautet Unruhe des Bewohners⁴. Dies lässt den Schluss zu, dass strukturelle Probleme in der Versorgung medikamentös kompensiert werden sollen⁵, wenn z. B. die mangelnde Personaldichte eines Pflegeheims in der Nacht oder am Wochenende mit einer Zunahme von verabreichten psychotropen Medikamenten korreliert.

Dass Menschen, die auf fremde Hilfe, Unterstützung und Pflege angewiesen sind, Gewalt erfahren, widerspricht in eklatanter Weise den sozialstaatlichen und humanitären Vorstellungen, wie mit dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe angemessen umzugehen ist. Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbst bestimmtes und selbständiges Leben führen zu können. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen den Willen des zu Pflegenden beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn der hilfebedürftige Mensch seine Bedürfnisse nicht mehr verbal äußern kann. Alle in der professionellen Pflege tätigen Akteure tragen hier - insbesondere für ihren jeweiligen Wirkungsbereich - eine gesetzlich verankerte, berufsethische und nicht zuletzt moralische Verantwortung.

Wie also kann verhindert werden, dass Gewalt in Pflegebeziehungen entsteht? Wie können Laien und professionell Pflegende befähigt werden, die notwendige Unterstützung zu leisten, ohne die Würde des pflegebedürftigen Menschen zu verletzen?

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) ist in einem internationalen Kooperationsprojekt⁶ diesen Fragen nachgegangen und hat das professionelle Langzeitpflegesystem in Deutschland genauer unter die Lupe genommen. Es mangelt dabei nicht an Strukturen. Es gibt zahlreiche Institutionen, die mit pflegebedürftigen Menschen, auch außerhalb der professionellen Langzeitpflege, in Kontakt kommen. Zudem existiert eine Reihe engagierter Initiativen und Projekte, die sich den Schutz pflegebedürftiger Menschen zur Aufgabe gemacht haben. Deutlich wurde aber auch, dass die Verantwortlichkeiten im System der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen für Fragen zur Prävention und Intervention meist ungeklärt und keine zentralen Ansprechpartner bekannt sind. Zuständigkeiten überschneiden sich, ohne dass die Schnittstellen koordiniert werden. Kurz: Es fehlt an einer regelhaften Verantwortlichkeit für ein zent-

⁴ Landeshauptstadt München (2015), S. 13

⁵ Vgl. Wetzel (2013) (Süddeutsche Zeitung vom 28.6.2013)

⁶ www.milcea.eu

rales Fallmanagement, um bei Bedarf – vor allem außerhalb institutioneller Kontexte – zu intervenieren, Risikofaktoren zu erkennen und drohende Gewalt zu verhindern. Zudem ist das Thema, abgesehen von medienträchtigen Skandalen, nach wie vor ein Tabu⁷.

Im Rahmen des Projektes wurden daher erstmalig gemeinsam mit vier Modellkommunen in Deutschland Maßnahmen zur Gewaltprävention entwickelt und in die Praxis umgesetzt. Der Fokus lag dabei auf einer Verbesserung der Kooperationsstrukturen aller Akteure, die auf kommunaler Ebene mit pflegebedürftigen Menschen in Kontakt kommen. Vier Kommunen, der Landkreis Fulda, die Landeshauptstadt Stuttgart, die Landeshauptstadt Potsdam und die Stadt Dortmund, haben sich bereit erklärt, an diesem Vorhaben mitzuwirken. Gemeinsam mit relevanten Akteuren (z. B. Heimaufsicht, Beratungsstellen, stationäre/ambulante Pflegeeinrichtungen etc.) sollte es insbesondere um die Festlegung von Zuständigkeiten und klaren Handlungsabläufen zur Prävention von Gewalt in Pflegebeziehungen gehen. Der MDS und die Wissenschaftler der Universität Köln haben die Diskussionen und Entwicklungsschritte in den Kommunen begleitet und ausgewertet. Im Ergebnis liegen nun wichtige Hinweise und Empfehlungen für eine regelhafte und bundesweite Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen vor Gewalt vor, die anderen Kommunen als Beispiel dienen sollen. Gleichzeitig sollen die Ergebnisse den Projektgeber über strukturelle Barrieren in der Praxis informieren.

Der vorliegende Abschlussbericht ist wie folgt gegliedert: Im theoretischen Teil in KAPITEL 2 wird zunächst der Forschungsstand zum Thema Gewalt in der Pflege ausgeführt. Dabei werden insbesondere die Ursachen von Gewalt in den unterschiedlichen Settings beleuchtet und vorhandene Präventionsansätze vorgestellt. KAPITEL 3 informiert über die Fragestellungen und das methodische Vorgehen im Projekt und KAPITEL 4 beschreibt den Projektverlauf in den vier Kommunen. In KAPITEL 5 werden die Ergebnisse der Projektphasen zusammenfassend dargestellt und diskutiert. Hier werden außerdem offene Fragen und Grenzen des Projektes erläutert. Auf dieser Grundlage werden in KAPITEL 6 Handlungsempfehlungen zur Prävention von Gewalt in der Pflege abgeleitet und erläutert.

⁷ Vgl. Dieck (1993)

2 Forschungsstand

Grundlage des Projekts war eine Erhebung und Beschreibung des derzeitigen Wissensstandes zum Thema "Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege", zu dessen Erweiterung das Projekt beitragen soll. Nach Klärung der notwendigen Begrifflichkeiten wird im Folgenden der aktuelle Forschungsstand zum Phänomen "Gewalt in der Pflege", die diesbezüglichen Entstehungsbedingungen (Ursachen, Risikofaktoren) und vorliegende Ansätze zur Vermeidung von Gewalt dargestellt. Auf dieser Grundlage wurde der hier verfolgte Präventionsansatz entwickelt.

2.1 Begriffsbestimmungen

Im Rahmen eines Projektes ist es notwendig, sich auf ein gemeinsames Verständnis der zu verwendenden Begriffe zu einigen. Dies betrifft insbesondere die Schlüsselbegriffe "Gewalt", "Alter" und "Pflege-setting".

2.1.1 Gewalt / Gewalt gegen Ältere / Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege

Die dem Projekt zugrunde liegende Bezeichnung "Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege" wurde zunächst aus dem internationalen Begriff *„elder abuse“* hergeleitet. *„Elder abuse“* gilt als Sammelbegriff für Misshandlung, Vernachlässigung und Ausbeutung älterer Menschen und ist in der internationalen Forschung vorherrschend⁸. Die Definition der WHO ist ebenfalls international weitgehend akzeptiert:

„Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“⁹.

Gemeint sind demzufolge Formen emotionaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung und finanzieller Missbrauch. Bereits im Rahmen des Vorgängerprojekts MILCEA (*Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse*) hatte im Hinblick auf die Trennschärfe dieser Definition Konsens bestanden¹⁰. Diese Definition ist allerdings nicht auf pflegebedürftige Menschen beschränkt. Sie schließt alle älteren Menschen ein, die in ihrer Alltagsbewältigung auf die Unterstützung anderer angewiesen sind¹¹.

⁸ Elder abuse ist nicht vollständig ins Deutsche übersetzbar, da die wörtliche Übersetzung ‚Missbrauch‘ im deutschen zu sehr mit ‚sexuellem (Kindes-) Missbrauch‘ besetzt ist (vgl. Görgen 2005, S. 3) und ‚Misshandlung‘ zu stark auf die körperliche Seite einschränkt. Auch zielt der Begriff nicht speziell auf die Gruppe der älteren Pflegebedürftigen.

⁹ Vgl. WHO (2002), WHO (2008), deutsche Übersetzung: Kimmel et al. (2012), S. 11

¹⁰ Vgl. Schempp et al. (2012), S. 16ff

¹¹ Görgen et al. (2010, S. 25) kritisieren hier, dass der Terminus ‚Gewalt gegen alte Menschen‘ mittlerweile oft „und leider meist in dieser Bedeutung nicht offengelegt“ als Synonym für ‚Misshandlung und Vernachlässigung älterer pflegebedürftiger Menschen‘ gebraucht werde.

Für die WHO -Definition spricht darüber hinaus, dass sie den Bereich sonstiger Straftaten an Älteren, wie z.B. Handtaschenraub, von solchen Handlungen abgrenzt, die innerhalb einer Vertrauensbeziehung begangen werden¹². Zudem beinhaltet sie nicht nur eine personelle Schädigung durch aktives Handeln, sondern auch eine mögliche Schädigung infolge des Unterlassens einer notwendigen Handlung. Letzteres erfüllt den Tatbestand der Vernachlässigung, die auch unbeabsichtigt bzw. unwissentlich eine Schädigung bewirken kann¹³.

Im Rahmen des Projekts bezieht sich der Begriff "Gewalt" ausschließlich auf die *interpersonelle* Form dieses Phänomens, also Gewalt zwischen mindestens zwei Personen. Der (in Anlehnung an Galtung¹⁴) häufig als gewaltförmig beschriebene Charakter *kultureller, struktureller und institutioneller Rahmenbedingungen* wird nach dieser Definition (und auch im Projekt) nicht als Gewalt im engeren Sinne verstanden. Allerdings werden die institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen, die *ein Gewalthandeln von Personen begünstigen*, als Ziel präventiver Maßnahmen diskutiert (siehe Kap. 2.4 und 2.6). Innerhalb des Projektes „Gewaltfreie Pflege“ wird „Gewalt gegen Ältere“ verstanden als elder abuse im Sinne der oben zitierten und präzisierten WHO-Definition. Eine trennscharfe Bestimmung, wann „Alter“ beginnt, wurde im Projekt nicht vorgenommen, in der Regel sind hier (pflegebedürftige) Menschen der Altersgruppe 65+ gemeint.

Um der Komplexität des interaktiven Geschehens in Pflegesettings gerecht zu werden, in der Gewalt häufig wechselseitig ausgeübt wird, erfolgt nun eine Konkretisierung zum Verständnis von „Gewalt in der Pflege“. Es würde die Aufgabenstellung dieses Projekts verfehlen, wenn man die im Laufe der Zeit auch wechselnden Kontroversen um den Gewaltbegriff in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen bis heute hier nachzeichnen wollte. Eine ausführlichere Diskussion des Gewaltbegriffs kann jedoch im Anhang I dieses Berichts nachgelesen werden.

2.1.2 Formen von Gewalt

Der WHO¹⁵ entsprechend wird auch hier nach folgenden Formen der Gewaltausübung in der Pflege differenziert:

- körperliche Gewalt (z. B. Schlagen oder Treten),
- psychische Gewalt (z. B. Drohungen, Beleidigungen, Ignorieren),
- sexuelle Gewalt (z. B. gewaltsam herbeigeführter Sexualkontakt),
- finanzielle Ausbeutung (z. B. Diebstahl; Erberschleichung, Vollmachtsmissbrauch und Unterschlagung von Eigentum),
- Vernachlässigung (z. B. unangemessene Versorgung mit Nahrung und Getränken)¹⁶,

¹² Alternative Übersetzungen von elder abuse sind deshalb auch „Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“ (Görgen und Nägele 2006) oder „Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Umfeld“ (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 2015, S. 12) oder „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum“ (Görgen et al. 2002).

¹³ auch wenn dies, wie unten ausgeführt, in der WHO-Definition nur implizit enthalten ist.

¹⁴ Vgl. Galtung (1975)

¹⁵ WHO (2002)

¹⁶ Kimmel et al. (2012), S. 11

- Einschränkung des freien Willens (unnötige freiheitsentziehende Maßnahmen, Einschränkung durch z. B. institutionelle Strukturen und Abläufe, Behinderungen in der Ausübung der Zivilrechte, z. B. Wahl des Wohnortes, Heirat).

Letzteres betrifft insbesondere ältere Menschen in der stationären Langzeitpflege.

Körperliche Gewalt

Unter dem Begriff der physischen Misshandlung Pflegebedürftiger fassen zum Beispiel Görden et al. (2010)¹⁷:

- das grobe Anfassen,
- das Schubsen oder Stoßen,
- das bewusste zu heiße oder zu kalte Baden/Duschen,

und die britische Prävalenzstudie ergänzt:

- das Treten, Beißen oder Schlagen (mit der Faust),
- das Verbrennen oder Verbrühen,
- die Bedrohung mit einem Messer oder einer (Schuss)waffe,
- die Verletzung mit einem Messer oder einer (Schuss)waffe,
- die gewaltsame Einschränkung der Bewegungsfreiheit,
- das Einschließen,
- das Verabreichen von Drogen oder Medikamenten zwecks Ruhigstellung,
- die unangemessene Fixierung.¹⁸

Freiheitsentziehende Maßnahmen (die letzten vier Kategorien) sind unter körperliche Gewalt zu fassen, worauf bereits die Regelung des § 1906 Abs. 4 BGB hinweist: Diesbezügliche „Maßnahmen“ sind richterlich zu genehmigen. Für den Betroffenen macht es jedoch keinen Unterschied, ob die Fixierung mit oder ohne Genehmigung des Betreuungsrichters erfolgt; aus der Betroffenenperspektive sind körpernahe Fixierungen wie auch die Gabe psychotroper Medikamente, die gegen den Willen des Betroffenen/seines Stellvertreters zur Anwendung kommen und ihn in seiner (Fort-)Bewegungsfreiheit einschränken (sollen), Gewalt.

Psychische Gewalt

Görden et al. (2010) fassen unter verbale Aggression/ psychische Misshandlung folgendes:

- beschimpfen,
- anschreien,
- absichtlich ärgern,
- respektlos behandeln,
- absichtlich beleidigen,

¹⁷ Görden, T. (Hrsg.) (2010), S. 184

¹⁸ Biggs et al. (2009), S. 5, eigene Übersetzung

- auslachen,
- mit Worten bedrohen,
- vor anderen lächerlich machen,
- Schamgefühle absichtlich verletzen.

Aus den Kategorien der britischen Prävalenzstudie lässt sich ergänzen:

- ausschließen und ignorieren,
- drohen, anderen Schaden zuzufügen, an denen der Person etwas liegt,
- den Kontakt zu der Person wichtigen Menschen unterbinden.

Sexuelle Gewalt

Die britische Prävalenzstudie fragt hier, ob ein Familienmitglied, eine vertraute Person oder eine Pflegekraft

- mit der befragten Person auf sexualisierte Art gesprochen hat, die unangenehme Gefühle ausgelöst hat,
- sie gegen ihren Willen sexuell angefasst oder dies versucht hat,
- sie gezwungen hat, pornografisches Material anzuschauen oder dies versucht hat,
- sie zu Geschlechtsverkehr gezwungen oder dies versucht hat.

Die Befragten berichteten hier jedoch nur von den ersten beiden Punkten¹⁹.

Vernachlässigung

Für Görge et al. (2010) umfasst Vernachlässigung die pflegerische und die psychische Vernachlässigung. Pflegerische Vernachlässigung beinhaltet z. B.

- die Mundpflege zu vernachlässigen,
- eine Person nicht rechtzeitig zu lagern,
- eine Person absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten zu lassen,
- sie absichtlich nicht zu waschen,
- die Aufforderung an Pflegebedürftige, in eine Inkontinenzvorlage (Windel) zu urinieren/koteten, obwohl sie zur Toilette begleitet werden können und wollen,
- die Wäsche bei Inkontinenz nicht zu wechseln,
- eine Person nicht ausreichend mit Nahrung/Flüssigkeit oder
- eine Verletzung nicht sorgfältig genug zu versorgen.

Die Wünsche einer Person absichtlich zu ignorieren fällt in den Bereich psychosozialer Vernachlässigung.

In der britischen Prävalenzstudie wurde Vernachlässigung definiert als

Wiederholter Entzug von Hilfen, die die ältere Person im täglichen Leben benötigt, d. h. bei

¹⁹ Biggs et al. (2009), S. 7

- Aktivitäten des täglichen Lebens (Lebensmittel- oder Kleidungskauf, Zubereitung von Mahlzeiten, tägliche Hausarbeit, Reise oder Transport),
- persönlicher Pflege (Aufstehen, Waschen oder Baden, An- oder Auskleiden, Essen inklusive der mundgerechten Portionierung, Ausscheidung),
- der korrekten Dosierung und Einnahme von Medikamenten.²⁰

Bei Vernachlässigung ist zwischen *wissentlicher* und *unwissentlicher* zu unterscheiden. bzw. *aktiver* und *passiver Vernachlässigung* (Dieck 1993). *Passive Vernachlässigung* ist dabei die „Unterlassung von Handlungen infolge des Nichterkennens von Bedarfssituationen oder des unzureichenden Hilfefpotentials“. Hierunter fällt beispielsweise das „Alleinlassen des Älteren über eine unangemessene Zeit, das Vergessen von notwendigen Hilfeleistungen, unzureichende Pflege mit dem Ergebnis von Mangelernährung, Dehydration, Dekubitalgeschwüren“. Bei der *aktiven* (wissentlichen) *Vernachlässigung* „verweigert der Helfende bewusst Handlungen, die auf den erkennbaren Bedarf des Adressaten der Pflege gerichtet wären. Beispiele sind die bewusste Vernachlässigung pflegerischer Handlungen wie des Waschens, der Reinigung des Bettes, der Versorgung mit Essen und Getränken“²¹.

Freiheitsentziehende und –einschränkende Maßnahmen, Einschränkungen des freien Willens

Die international abgestimmte Definition für freiheitseinschränkende Maßnahmen umfasst

„jegliche Handlungen oder Maßnahmen, die eine Person daran hindert, sich an einen Ort oder in eine Position ihrer Wahl zu begeben und/oder den freien Zugang zu ihrem Körper begrenzt durch irgendeine Maßnahme, die direkt am oder in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht ist und nicht durch die Person selbst kontrolliert oder mühelos entfernt werden kann“²².

Grundsätzlich kann zwischen körpernahen und körperfernen freiheitseinschränkenden oder –entziehenden Maßnahmen (FEM) unterschieden werden. Mit körpernahen FEM sind alle Maßnahmen gemeint, die direkt auf die Bewegungsfreiheit einer Person Einfluss nehmen, z. B. beidseitig hochgezogene Bettgitter, Fixiergurte, die die Person nicht öffnen kann sowie feste Stecktische am Stuhl oder Rollstuhl. Körperfern sind Maßnahmen, die indirekt auf die Bewegungsfreiheit einer Person Einfluss nehmen, z. B. abgeschlossene Wohnbereiche bzw. Zimmer und Trickschlösser. Dabei kann auch das Wegnehmen von Hilfsmitteln zur Fortbewegung eine FEM sein.²³

Jede freiheitseinschränkende Maßnahme bedarf der wirksamen Zustimmung des Betroffenen oder, wenn diese nicht möglich ist, im stationären Bereich ersatzweise der Zustimmung des gesetzlichen Betreuers und der richterlichen Genehmigung, wenn sie regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum angewandt wird. In Einrichtungen, in denen verhältnismäßig viele Bewohner wirksam der freiheitsentziehenden Maßnahme zugestimmt haben, stellt sich die Frage der pflegfachlichen und ethischen Ausrichtung der Einrichtung: man bedient sich der Zustimmung der Bewohner, bedarf deshalb

²⁰ Dies war gegeben, wenn im vergangenen Jahr Familienmitglieder, enge Freunde oder Pflegekräfte diesbezügliche Hilfen in einer der o. a. Kategorien im vergangenen Jahr zehnmal oder häufiger oder in mindestens einem vom Pflegebedürftigen als „schwerwiegend“ empfundenen Fall verweigerten. Biggs et al. (2007), S. 14, eigene Übersetzung

²¹ Dieck (1993), S. 394, Dieck (1987), S. 311, (erstellt in Anlehnung an Hickey und Douglass 1981, O'Malley, et al. 1984, Valentine und Cash 1986).

²² Abraham et al. (2015), S. 7

²³ Vgl. Abraham et al. (2015a), S. 4

keiner richterlichen Genehmigung, für Bettgitter, Gurtsysteme, Steckbretter etc. Man fördert jedoch damit eine Pflege, welche der Immobilisierung der Bewohner Vorschub leistet. Pflegefachlich bedarf ein solcher Ansatz allemal einer kritischen Revision.

Jede freiheitsentziehende Maßnahme bleibt trotz richterlicher Genehmigung eine Einschränkung der Grundrechte des Betroffenen und ist deshalb auf das notwendige und begründete Maß zu beschränken. Sie muss zudem geeignet sein, das intendierte Ziel zu erreichen. Dies gilt ebenso für den häuslichen Bereich, für den es keine richterliche Genehmigungspflicht gibt. Zur Frage der Vermeidung von freiheitsentziehenden oder –beschränkenden Maßnahmen gibt es in Deutschland seit ca. 10 Jahren eine intensive Diskussion. Die verschiedenen Ansätze sind dokumentiert unter „Werdenfelser Weg“²⁴, „Redufix“²⁵ und „Leitlinie FEM“²⁶ und sind inzwischen in vielen Kommunen und Pflegeeinrichtungen etabliert.

Görgen et al. (2010) erhoben in einer Befragung ambulanter Pflegekräften zum Thema "Gewalt gegen Pflegebedürftige" deshalb „problematische Freiheitseinschränkungen“ und kategorisierten diese in mechanische und medikamentöse Formen. Problematische mechanische Freiheitseinschränkungen sind dabei:

- eine Person auf Wunsch der Angehörigen einzusperren,
- eine Person auf Wunsch der Angehörigen zu fixieren oder
- eine Person zu fixieren, um weniger Mühe zu haben.

Problematische medikamentöse oder grundpflegerische Maßnahmen:

- eine Person auf Wunsch der Angehörigen medikamentös zu sedieren,
- eine Person medikamentös zu sedieren, um weniger Mühe zu haben oder
- eine Person auf Grund unzureichender Personalausstattung nicht bedarfsgerecht zu unterstützen.

Einschränkungen *des freien Willens* liegen vor, wenn dem Adressaten zustehende Handlungen gegen seinen Willen unterbunden werden. Beispiele sind hier Verletzungen der Menschenrechte und Behinderungen in der Ausübung der Zivilrechte, z. B. die Wahl des Wohnortes, eine Heirat, die Abfassung eines Testaments²⁷. Obwohl sich der Wortlaut des § 1906 Abs. 4 BGB zur Genehmigungspflicht von FEM nur auf die stationäre Pflege bezieht und die Rechtsprechung im ambulanten Bereich uneinheitlich ist, bleiben die strafrechtlichen Aspekte von Freiheitsberaubung und/oder Körperverletzung bestehen.

²⁴ Vgl. <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939>, <http://werdenfelser-weg-original.de>, Abruf jeweils 30.11.2015

²⁵ Vgl. <http://www.redufix.de>, Abruf 30.11.2015

²⁶ Vgl. <http://www.leitlinie-fem.de>, Abruf 30.11.2015. Einen guten Überblick bieten hier außerdem Meyer und Abraham (2013) und die Internetseite http://www.pflege-gewalt.de/professionell_Pflegende_Artikel/freiheitsentziehende-massnahmen-und-alternativen.html (Abruf 30.11.2015).

²⁷ Vgl. Dieck (1987), S. 311

Finanzielle Ausbeutung / finanzieller Missbrauch

Finanzielle Ausbeutung/finanzieller Missbrauch ist das Ausnutzen eines Vertrauensverhältnisses, um Bargeld, Eigentum oder Vermögenswerte des älteren Menschen gegen seinen Willen an sich zu bringen bzw. die Verfügungsmacht über sie zu erlangen. Dies kann durch Diebstahl, Betrug, Bedrohung, Täuschung oder Zwang geschehen. Finanzieller Missbrauch von alten Menschen gilt in Staaten wie den USA als ein schwerwiegendes soziales Problem mit gravierenden Folgen für die Opfer, deren Familienangehörige und nicht zuletzt auch für die Gesellschaft. Finanzielle Ausbeutung/finanzieller Missbrauch ist der illegale oder unsaubere Umgang mit Geld, Vermögenswerten und anderem Eigentum von alten und anderen vulnerablen Personen. Die Situationen sind geprägt davon, dass eine Person, den freien Willen einer anderen Person durch die Ausnutzung seiner (Beziehungs-)Position und Autorität über die andere Personen so beeinflusst, dass diese andere Person sich gezwungen sieht, einer Vereinbarung zuzustimmen. Die hauptsächlichen Merkmale sind dabei moralischer und psychischer Druck, der möglich wird in einer Beziehung, die gekennzeichnet ist von Machtgefälle und unterschiedlich verteilter Willensstärke.²⁸

In Deutschland spielt das Thema „finanzielle Ausbeutung“ im Kontext von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Menschen so gut wie keine Rolle.²⁹ Die Fundstellen in der Literatur³⁰ schweigen sich dazu nahezu alle aus. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2008 hat zum Thema Gewalt gegen alte Menschen in 49 Studien keine Untersuchung finden können, die sich mit einem Konzept oder der Messung von finanzieller Ausbeutung alter Menschen beschäftigt hätte.³¹

Im Projekt „Gewaltfreie Pflege“³² war in keiner der beteiligten Modellkommunen das Thema konnotiert mit „Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Menschen“, sodass es auch nicht verwundert, dass finanzieller Missbrauch in keinem Gewaltpräventionskonzept (bislang) Erwähnung findet. Das Ausklammern des finanziellen Missbrauchs aus der Prävention von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Menschen ist anscheinend nicht untypisch. So wurden in einem kleinen Lehrforschungsprojekt der Fachhochschule Köln Interventionsmöglichkeiten und Interventionspraxis bei Gewalt in der Pflege in der Stadt Köln erforscht. Dabei hatten immerhin 3 von 9 befragten Experten die finanzielle Ausbeutung als Gewaltform genannt. In der sich im Projekt anschließenden Maßnahmenplanung blieben diese Aussagen jedoch folgenlos.³³ Diese Erfahrungen spiegeln sich mit den Befunden, die aus der v.a. US amerikanischen Fachliteratur berichtet werden: finanzielle Ausbeutung ist die am wenigsten untersuchte

²⁸ Brucker (2016) Finanzieller Mißbrauch alter und pflegebedürftiger Menschen- Kein Thema-kein Problem? Teil 1 BtPrax (25), 163-167; Teil 2 BtPrax (25) 221-226.

²⁹ Als Ausnahme sind u.a. zu nennen die Arbeiten, die in den vergangenen Jahren am Institut für Kriminologie und interdisziplinäre Gewaltprävention der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster unter Leitung von Thomas Görden entstanden sind; die Quellenangaben dazu finden sich im Verlauf dieses Kapitels.

³⁰ So setzen sich in der Fachzeitschrift für Pflege „Pflege in Bayern“ in der Ausgabe 01.2014 (Nr. 29) auf 14 Seiten sechs Autoren mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ auseinander; der Aspekt der finanziellen Ausbeutung findet keine Erwähnung.

³¹ Cooper et al. (2008)

³² <http://www.milcea.eu/gfp.html> zuletzt am 25.11.2015

³³ Brosey et al (2012)

und am wenigsten verstandene und möglicherweise die am schwersten aufzudeckende Form der Gewaltausübung gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen.³⁴ Vermutlich auch deshalb, weil die Modelle von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Personen, sich an den Formen der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche orientieren; und diese liefern keine Erklärungen für die finanzielle Ausbeutung von alten und pflegebedürftigen Menschen. Dafür ist eine andere analytische Herangehensweise indiziert. Die finanzielle Ausbeutung von älteren und pflegebedürftigen Menschen ist völlig unterbewertet, in der Öffentlichkeit unterrepräsentiert und wird kaum verfolgt.³⁵ Zur Initiierung von Präventionsmaßnahmen gegen finanzielle Ausbeutung sind berufliche Vernetzungen indiziert, die sich über die der Gesundheits- und Sozialberufe hinaus erstrecken müssen. Diese Kontakte zu den Entscheidungsebenen von Banken und Sparkassen sowie zu den zuständigen Stellen bei der Polizei sind bei den beteiligten Kommunen des Projekts bisher noch nicht vorhanden.

Ein Exkurs zu diesem Thema befindet sich in Anhang I dieses Berichts.

Todesfälle

Letztendlich kann es aufgrund von körperlicher Gewalt, Vernachlässigung, mechanischer oder medikamentöser Fixierung zu Todesfällen kommen. Hier besteht die Gefahr, dass ein mögliches Fremdverschulden nicht erkannt wird³⁶. Sowohl das korrekte Verhalten von Personal in der Auffindesituation als auch die ärztliche Leichenschau muss deshalb fachgerecht erfolgen³⁷. Einen anderen wichtigen Aspekt behandelt Beine in seinem Buch „Krankentötungen in Kliniken und Heimen: Aufdecken und Verhindern“³⁸, der jedoch nicht zentraler Gegenstand dieses Projekts ist.

2.1.3 Gewaltfreie Pflege

Im Projekt „Gewaltfreie Pflege“ wird Gewalt *in der Langzeitpflege* in den Blick genommen. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) definiert Langzeitpflege als

„eine Reihe von Dienstleistungen für Menschen, die aufgrund chronischer körperlicher oder geistiger Erkrankungen über einen längeren Zeitpunkt Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen“³⁹.

Pflegebedürftigkeit soll hier jedoch nicht auf Empfänger von Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI beschränkt werden, auch wenn viele der innerhalb dieses Projektes diskutierten Präventionsmaßnahmen auf Menschen bezogen sind, die innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung diesbezügliche Leistungen erhalten.

Die Langzeitpflege älterer Menschen erfolgt in unterschiedlichen Settings, die sich folgendermaßen einteilen lassen:

³⁴ Hafemeister (2004)

³⁵ Vgl. MetLife Mature Market Institute (2009), S. 5

³⁶ Vgl. Görgen (2012a), S. 3

³⁷ Vgl. Berzlanovich und Graß (2012)

³⁸ Beine (2011)

³⁹ „Long-term care systems bring together a range of services for people who depend on ongoing help with the activities of daily nursing caused by chronic conditions of physical or mental disability“: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2005), S. 3. Deutsche Übersetzung der Definition: Lethbridge (2011), S. 1

- *informelle Pflege*, d. h. Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige oder sonstige Bezugspersonen,
- *ambulante Pflege*, d. h. Pflege in der Häuslichkeit durch professionelle Pflegekräfte
- *stationäre Pflege*, d. h. Pflege in einer Einrichtung durch professionelle Pflegekräfte

Im Rahmen des Projekts wurden alle drei Formen berücksichtigt.

Im Projekt bestand Konsens darüber, dass die Thematik von Aggression, Missstand und Gewalt im Pflegebereich aus zwei Perspektiven – aus der von Pflegebedürftigen und der von Pflegenden (professionell und familiär) – gesehen werden muss. Die Mehrdimensionalität von aggressiven und gewalttätigen Handlungen in die Betrachtungen einzubeziehen, heißt auch, Pflegebedürftige sowie professionell und familiär Pflegende gleichsam als „Opfer“ und „Täter“ zu betrachten.

Nicht wenige Beschäftigte in Betreuungs- und Pflegeberufen zählen die Aggressivität oder Gewalttätigkeit, die sie durch Patienten, Pflegebedürftige und Betreute erfahren müssen zu ihrem beruflichen Alltag. Nicht nur die körperlichen Folgen dieser Übergriffe machen den betroffenen Pflegenden zu schaffen; die subjektiv empfundene Verletzung der persönlichen Integrität können Angst, Kränkungs-, Entwertungs- und Bedrohungsgefühle hervorrufen, die bis zur psychischen Traumatisierung der Betroffenen führen können.

Aus den vorgenannten Gründen, dem häufig nicht einfach zu durchschauenden Macht- und Abhängigkeitsgefüge, der möglichen Wechselseitigkeit von Gewalthandlungen, der Gefahr, aus einer vorgebliehen Expertenposition heraus vorschnell eigene Sichtweisen und Lösungen aufzuzwingen, ist es naheliegend, künftig nicht mehr von „Gewalt gegen Ältere“ oder „Gewalt gegen pflegebedürftige Ältere“ zu sprechen, sondern von *Gewalt in Pflegebeziehungen*, oder positiv gewendet von *„Gewaltfreier Pflege“*; bei dieser Semantik bleibt offen, von wem die Gewalt ausgeht.

2.2 Ausgangslage des Projekts

Beginnend mit den ersten Thematisierungen in Großbritannien in den 1970er Jahren wurde das Phänomen „Gewalt gegen (pflegebedürftige) Ältere“ international seit den 80er Jahren, in Deutschland seit den 90er Jahren öffentlich benannt und wissenschaftlich beforscht. Mitte der 2000er Jahre hat in Deutschland eine Forschung zu Präventions- und Interventionsansätzen eingesetzt, an die das vorliegende Forschungsprojekt anschließt.

In der Gestalt des ‚Granny-Battering‘ wurde das Thema der ‚Gewalt gegen Ältere‘ im Jahr 1975 erstmals in die britische Literatur eingeführt⁴⁰: Die seinerzeitigen Texte umrissen das Phänomen von Miss-handlung und Vernachlässigung Älterer als Problem innerhalb der Familie erstmalig⁴¹. Seither entwickelte sich dessen Bedeutsamkeit zunehmend⁴².

Meilensteine in der internationalen Entwicklung waren der Aktionsplan der Vereinten Nationen über das Altern (2002)⁴³, in dem sich alle Staaten unter anderem zur Prävention von Gewalt gegen ältere

⁴⁰ Vgl. Burston (1975); Baker (1975)

⁴¹ Vgl. Kalaga et al. (2007)

⁴² Vgl. Smith und Long (2011)

⁴³ Vgl. Vereinte Nationen (2002)

Menschen verpflichteten sowie die Toronto-Erklärung der WHO zur weltweiten Prävention von Gewalt gegen Ältere⁴⁴. Letztere nennt bereits die wichtigsten und bis heute gültigen relevanten Handlungsfelder: Die fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Notwendigkeit einer systematischen Verknüpfung unterschiedlicher gesellschaftlicher Bereiche, die herausragende Rolle von Fachkräften der Pflege und der Gesundheitsversorgung, die Bedeutung von Fortbildungen sowie von Aufklärung und Information der Öffentlichkeit durch die Medien⁴⁵. Weiterhin fordert die Toronto-Erklärung die Einbeziehung der kulturellen wie auch der Geschlechterperspektive, die Berücksichtigung besonders schutzbedürftiger Personen wie hochaltrige Menschen, Menschen mit Behinderung, Frauen und sozial Schwache. Die Förderung einer Kultur der Solidarität unter den Generationen und die Entwicklung von Strukturen und Diensten (Gesundheits- und Sozialdienste, rechtlicher Schutz, polizeiliche Eingriffsrechte usw.) werden hier ebenfalls postuliert⁴⁶.

Im Jahr 2006 erklärte das 1997 gegründete International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA) den 15. Juni zum "Weltweiten Tag gegen die Misshandlung älterer Menschen" (World Elder Abuse Awareness Day), was im Dezember 2011 durch die UN-Resolution A/RES/66/127 bestätigt wurde. Im Rahmen des Daphne III Programms der europäischen Kommission veröffentlichte das EUSTaCEA Projektkonsortium 2010 die „Europäische Charta der Rechte und Pflichten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“⁴⁷. Auch in Deutschland werden an diesem Tag seit einigen Jahren Veranstaltungen zum Thema Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Menschen initiiert. Am 19. Februar 2014 verabschiedete das Ministerkomitee des Europarats die Empfehlung CM/Rec(2014)2 zur Förderung der Menschenrechte von älteren Menschen⁴⁸. Bereits im Jahr 2005 wurde in Deutschland die von einer Arbeitsgruppe des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einberufenen „Runden Tisch Pflege“ erarbeitete „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Pflegecharta) veröffentlicht⁴⁹.

Seit den 90er Jahren wird auch in der deutschen Fachöffentlichkeit das Thema unter den Begriffen ‚Gewalt in der Pflege‘ und ‚Gewalt gegen alte Menschen‘ geführt⁵⁰. Bereits 1987 und 1993 veröffentlichte Margret Dieck richtungweisende Artikel, in denen sie den Forschungs- und Handlungsbedarf für Deutschland aufzeigte⁵¹. Zahlreiche Veröffentlichungen von Rolf Hirsch, die im Rahmen der Ende der 90er Jahre gegründeten Pflegebeschwerdestelle *HsM – Handeln statt Misshandeln* in Bonn entstanden, machten das Problem der Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit bekannt⁵². Eine systematische Erforschung von *Kriminalität im Leben alter Menschen* erfolgte in Deutschland durch die gleichnamige,

⁴⁴ World Health Organization (2002)

⁴⁵ Zusammenfassung nach Smith E.; Long N.M. (2011), eigene Übersetzung

⁴⁶ World Health Organization (2002), eigene Übersetzung

⁴⁷ EUSTaCEA (2010)

⁴⁸ Council of Europe, Committee of Ministers (2014)

⁴⁹ BMFSFJ (2014)

⁵⁰ Vgl. Görgen und Nägele (2005), S. 5

⁵¹ Vgl. Dieck (1987) und Dieck (1993)

⁵² Vgl. Bonner Schriftenreihe Gewalt im Alter – Gesamtverzeichnis

1995 veröffentlichte Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KfN) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend⁵³. Mit dem *wissenschaftlichen Begleitprojekt zu Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum*⁵⁴, dessen Ergebnisse 2002 veröffentlicht wurden, und der *Studie zu Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen*, die sich auch mit Gewalt in Pflegebeziehungen Älterer beschäftigte (veröffentlicht 2009), liegen nunmehr zwei vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Studien vor, die das Thema auch für den bundesdeutschen Raum umfassend erschließen⁵⁵. Nachdem die aktiven Bestrebungen zur Umsetzung der Pflegecharta von Seiten des zuständigen Ministeriums im Jahre 2012 endeten, fehlt es seither an konkreten Anhaltspunkten, ob und in welchem Umfang die Pflegecharta in stationären Einrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten Berücksichtigung findet⁵⁶.

Seit 2008 wurden in Deutschland zudem eine Reihe von praxisorientierten Projekten zur Gewaltprävention in der Pflege durchgeführt⁵⁷:

- Im Projekt *Silia (Sicher leben im Alter)* der Deutschen Hochschule der Polizei, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Jugend und Senioren wurden 2008 bis 2012 Instrumente zur Gewaltprävention für ambulante Pflegedienste wie Schulungsunterlagen, Vorlagen für Fallbesprechungen und zum Beschwerdemanagement sowie ein Screeninginstrument auf Grundlage des *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* entwickelt⁵⁸.
- Aufbauend auf der *LEANDER-Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten* (2001 bis 2005) der Freien Universität Berlin entwickelte die Universität zu Köln zusammen mit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin 2009 bis 2012 im ebenfalls vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekt *PURFAM (Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen)* ein Assessmentverfahren für ambulante Pflegedienste und andere professionelle Akteure⁵⁹.
- In den Jahren 2009 bis 2011 führte der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) gefördert von der Europäischen Kommission zusammen mit Partnern aus Luxemburg, den Niederlanden, Österreich und Spanien das Projekt *MILCEA (Monitoring Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse)* durch, im Rahmen dessen Empfehlungen für die Implementierung eines Monitoring-Systems entwickelt wurden⁶⁰.
- Die Hochschule Fulda erprobte von 2011 bis 2014 in ihrem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt *„Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und*

⁵³ Vgl. Wetzels et al. (1995)

⁵⁴ Vgl. Görgen et al. (2002)

⁵⁵ BMFSFJ (2009) / Görgen (2010)

⁵⁶ Vgl. Mahler (2015), S. 16

⁵⁷ Die folgende Darstellung beruht auf dem Überblick zu durchgeführten Projekten zur Gewaltprävention in der Pflege in Deutschland durch Meyer und Abraham 2013, S. 24ff.

⁵⁸ Vgl. http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia_abschluss.php, Abruf 18.11.2015

⁵⁹ Vgl. <http://www.hf.uni-koeln.de/34652>, <http://www.khsb-berlin.de/forschung/projekte/2006-bis-2009/purfam/>, <https://www.hf.uni-koeln.de/35748> (Abruf jeweils 18.11.2015) und Bonillo et al. (2013)

⁶⁰ Vgl. <http://www.milcea.eu>

vermeiden‘ Handlungsstrategien für ambulante Pflegedienste und entwickelte entsprechende Handlungsempfehlungen⁶¹. Alle Ergebnisse flossen in die Online-Sammlung von Instrumenten für das Erkennen und die gerichtsverwertbare Dokumentation von (körperlichen) Folgen von Gewalt *befund-gewalt.de* ein.

- Im Zuge eines vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter geförderten Projekts *‘Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen’* entwickelte die Universitätsklinik Düsseldorf im Zeitraum 2013 bis 2015 ein Konzept zu Verfahrensweisen im stationären und ambulanten Pflegesetting und Instrumente für Gewaltprävention. Die Ergebnisse sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht veröffentlicht.

2.3 Prävalenz von Gewalt in der Pflege

Ein Großteil der internationalen Forschung beschäftigt sich mit Fragen zum Ausmaß des Gewaltvorkommens in diesem Bereich. Um die Bedeutsamkeit eines Phänomens belegen zu können, bedarf es einer belastbaren Datenlage, wobei hier in Anlehnung an die Epidemiologie meist auf das Konzept der Prävalenz zurückgegriffen wird⁶². Prävalenzwerte beziehen sich immer auf einen bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum und können als mehr oder weniger präzise Schätzungen gelten⁶³. Zu unterscheiden sind dabei Schätzungen, die sich auf die Bevölkerungsgruppe der *älteren Menschen* (meist definiert als 60 oder 65 Jahre und älter) beziehen von denjenigen, die die Gruppe der *pflegebedürftigen älteren Menschen* fokussieren.

⁶¹ Vgl. <http://www.hs-fulda.de/index.php?id=9935>, Abruf 18.11.2015

⁶² Zur Problematik der Anwendung des Prävalenzkonzepts in der Sozialforschung siehe Fallon (2006), S. 8: „When applied to other fields of social science, however, incidence and prevalence become problematic. Both terms are widely used but without the precision that applies to their use in the medical field. It is often unclear whether figures that are cited are correctly described as either incidence or prevalence rates. In addition, the accuracy and precision of estimates of incidence and prevalence are questionable, because of methodological problems in obtaining robust estimates.”

⁶³ Görden et al. (2009), S. 36: „Während sich Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im »dritten Lebensalter« auf der Basis der vorhandenen Dunkel- wie Hellfelddaten recht verlässlich quantifizieren lassen, bestehen in Bezug auf Hochaltrige und Pflegebedürftige diesbezüglich Unschärfen. Hohes Lebensalter, Krankheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit gehen tendenziell mit erhöhter Anfälligkeit der Person gegenüber etwaigen Viktimisierungsversuchen einher, ferner mit einer reduzierten Fähigkeit, im Falle der Opferwerdung Anzeige zu erstatten oder sich in anderer Weise selbst um Hilfe und Abhilfe zu bemühen. Görden et al. (2004): „die absoluten Angaben aus Befragungen — unabhängig vom methodischen Zugang — [müssen] in jedem Fall fehlerbehaftet bleiben und [dürfen] insofern nicht zum Nennwert genommen werden.“ (Hervorhebung im Original).

2.3.1 Gewalt gegen Ältere

Insgesamt ist die Bandbreite der international erhobenen Prävalenzdaten zu Gewalt gegen Menschen über 60 Jahre sehr groß, sie schwankt zwischen 1% und 35%⁶⁴. Für Europa schätzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf der Grundlage der ABUEL-Studie von 2010⁶⁵, dass knapp 3 Prozent aller 60 Jahre und älteren Menschen in Europa innerhalb eines Jahres mindestens einmal körperliche Gewalt widerfährt. Von psychischer Gewalt sind etwa 20 Prozent aller älteren Menschen innerhalb eines Jahres betroffen, knapp 4 Prozent werden in irgendeiner Form finanziell ausgebeutet und weniger als 1 Prozent erleben eine Form sexueller Gewalt⁶⁶.

Die Ergebnisse weiterer Studien weisen geringere Gesamtzahlen auf: Die irische Prävalenzstudie von 2010 erhob eine Gesamtprävalenz von 2,2%⁶⁷, die erste britische Prävalenzstudie 2005 bis 2007 berichtet von einer Prävalenz von 4% bezogen auf einen Zwölfmonatszeitraum, in dem ein Familienmitglied, ein enger Freund, eine Pflegekraft, ein Nachbar oder ein Bekannter Gewalt gegen eine Person über 65 Jahre ausgeübt hat⁶⁸.

Die WHO schätzt unter Bezugnahme auf eine koreanische Studie⁶⁹ das Ausmaß des Problems weltweit so ein, dass 4 bis 6% der Menschen über 65 Jahren im Zeitraum eines Monats von Gewalt betroffen sind⁷⁰. Konservativ geschätzt kann für europäische Länder davon ausgegangen werden, dass 2 bis 4% der Bevölkerung über 64 Jahren innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten mindestens einmal physische Gewalt, sexuelle Gewalt oder finanzielle Ausbeutung erlebt oder mindestens 10-mal psychische Gewalt bzw. Vernachlässigung⁷¹. Insgesamt ist damit die Anzahl der von Gewalt betroffenen älteren Menschen hoch, wenn auch insgesamt niedriger als die Gruppe jüngerer Menschen⁷².

2.3.2 Gewalt gegen ältere Menschen in der Langzeitpflege

Studien zur Gewaltein-schätzung gegen *pflegebedürftige ältere Menschen* bestätigen die Ergebnisse von Studien zur Gewalt gegen Ältere im sozialen Nahfeld. Pflegebedürftige Personen höheren Alters

⁶⁴ World Health Organization (2008)

⁶⁵ Abuse and Health Among Elderly in Europe, Soares et al. (2010)

⁶⁶ Sethi et al. (2011), S. viii.

Körperliche Gewalt: 2,7%, psychische Gewalt: 19,4%), finanzielle Ausbeutung: 3,8%, sexuelle Gewalt 0,7%, innerhalb eines Jahres, Europa.

Trotz der Nennung von Dezimalwerten hinter dem Komma sind Prävalenzzahlen eher als Schätzungen anzusehen.

⁶⁷ Physische, psychische und sexuelle Gewalt sowie Vernachlässigung und finanzieller Ausbeutung innerhalb von 12 Monaten bei Menschen von 65 Jahren und älter in Irland. Bei psychischer Gewalt und Vernachlässigung zählten 10 und mehr Vorfälle innerhalb von 12 Monaten. Naughton et al. (2010), S. 4

⁶⁸ O’Keeffe et al. (2007), S. 3

⁶⁹ Oh et al. (2006)

⁷⁰ World Health Organization (2014), S. 15, World Health Organization (2014a). Basierend auf Oh et al. (2006), die in einer systematischen Review von Cooper, Selwood und Livingston (2008) die evidentesten Ergebnisse lieferte.

⁷¹ Schätzungen basierend auf Biggs et al. (2009) und Naughton et al. (2010)

⁷² Vgl. Wetzels et al. (1995), S. 52, zit n. Görgen et al. (2006), S. 6

gelten dabei jedoch als verletzbarer als gleichaltrige Personen ohne Unterstützungsbedarf. Den Schätzungen einer britischen Prävalenzstudie (2006) zufolge, stieg die Zwölfmonats-Prävalenz von *elder abuse* bei älteren Personen mit zunehmenden Gesundheitseinbußen in Privathaushalten deutlich⁷³. Am häufigsten erfuhren ältere Menschen mit steigendem Hilfebedarf Formen von Vernachlässigung⁷⁴, hochaltrige Frauen waren dabei am häufigsten betroffen⁷⁵. Die Prävalenz von interpersoneller Gewalt⁷⁶ nahm mit Zunahme des Alters jedoch eher ab. Eine Ausnahme bildet der Bereich der finanziellen Ausbeutung: betroffen war mit steigendem Alter ein höherer Anteil der hier befragten Männer. Der Anteil von Männern im Alter von 85 Jahren und älter, die von finanzieller Ausbeutung berichteten, war mit 2,5% sechsmal höher als der der Männer zwischen 66 und 85 Jahren mit 0,4%. Von der Gruppe der studienteilnehmenden Frauen konnte dieser Effekt nicht bestätigt werden⁷⁷. Die Ergebnisse einer Befragung von Angehörigen weisen darauf hin, dass die Prävalenz bei Pflegebedürftigkeit und Demenz höher ist⁷⁸.

Übereinstimmend gelten *Menschen mit dementiellen Veränderungen* im informellen Setting als besonders gefährdet. Mehr als ein Drittel der befragten pflegenden Angehörigen einer niederländischen Studie von 1996 gaben an, mindestens einmal eine Form von Gewalt gegen ihren dementiell veränderten Angehörigen ausgeübt zu haben⁷⁹. Gemäß einer US-Studie aus dem Jahr 1992 berichtete ein Anteil von 5% der hier befragten Angehörigen von *körperlicher* Gewalt innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung.⁸⁰ In der deutschen LEANDER-Studie gaben 21% der 888 pflegenden Angehörigen an, dem demenzkranken Menschen gegenüber oft oder sehr oft ‚lauter zu werden‘. 2,5% berichteten von häufigen Drohungen und Einschüchterungen und 1% davon, den Pflegebedürftigen oft oder sehr oft ‚härter anzufassen‘⁸¹.

Auch ein Aufenthalt im Pflegeheim ist keine Garantie für Gewaltfreiheit. Ein Sechstel des Pflegepersonals *stationärer Pflegeeinrichtungen* berichtete lt. einer taiwanischen Studie von 2006 davon, schon

⁷³ 1,2% bei Befragten mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand (Selbstauskunft), 3,7% mit mittelmäßigem Gesundheitszustand und 9,2% mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand. Biggs et al. (2009), S. 9

⁷⁴ 5,1% der Befragten mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand, 0,4% bei Befragten mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand, Biggs et al. (2009), S. 10f. Zum Vernachlässigungsbegriff der britischen Studie siehe S. 20.

⁷⁵ 5,0% aller befragten Frauen 85 und älter gegenüber 1,1% aller befragten Frauen zwischen 66 und 85, Biggs et al. (2009), S. 8

⁷⁶ Körperliche, psychische und sexuelle Gewalt

⁷⁷ Biggs et al. (2009), S. 9

⁷⁸ Beach et al. (2005), S. 157,159, zit. n. Cooper et al. (2008): Ein Viertel (N=295, CI=20,5-31%, Zeitraum unbekannt) der in einer US-Studie von 2005 in privaten Haushalten befragten kognitiv oder körperlich eingeschränkten Menschen über 60 Jahren berichtete von mehr als einer Handlung gegen sie gerichteter psychischer Gewalt, während ein Prozent hier von körperlicher Gewalt berichtete.

⁷⁹ N=169, CI=37-55%, Pot et al (1996), zit. n. Cooper et al. (2008). Die nachfolgend nach der systematischen Review von Cooper et al. (2008) zitierten Studien sind diejenigen mit der zu der Zeit besten Evidenz.

⁸⁰ N=195, CI= 1,9 - 8,1%, Paveza et al. (1992), zit. n. Cooper et al. (2008)

⁸¹ Thoma, Schacke und Zank (2004), zit. n. Zank und Schacke o.J.

mindestens einmal erhebliche Misshandlung beobachtet zu haben. Nahezu alle Pflegekräfte (99%) gaben an, innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten mindestens einmal eine Form von Misshandlung beobachtet zu haben⁸². Körperliche Gewalt gegen Bewohner haben einer US-amerikanischen Studie zufolge 40% der befragten stationären Pflegekräfte innerhalb eines Jahres beobachtet und 10% gaben an, innerhalb dieser Zeitspanne selbst körperliche Gewalt ausgeübt zu haben⁸³. Dabei handelte es sich vor allem um freiheitsentziehende Maßnahmen.

In einer Befragung *ambulanter Pflegekräfte* durch Rabold, Görgen und Mitarbeiter im Jahr 2005 berichteten 40% der Studienteilnehmer darüber, innerhalb der letzten 12 Monate wenigstens eine Form problematischen Verhaltens gegenüber einem Pflegebedürftigen gezeigt zu haben. Den größten Anteil nahmen hier die Kategorien *verbale Aggression /psychische Misshandlung* (21%), *pflegerische Vernachlässigung* (19%) und *absichtliches Ignorieren von Wünschen der Gepflegten* (16%) ein. Im Gegenzug waren die befragten Pflegekräfte häufig selbst *Übergriffen durch Gepflegte* ausgesetzt⁸⁴.

2.3.3 Gewalt gegen Pflegende

Es ist davon auszugehen, dass Pflegende in einem hohen Maß Gewalt durch Pflegebedürftige ausgesetzt sind – sei es intentional oder unbeabsichtigt. So geben in der Untersuchung von Görgen et al. rund zwei Drittel der befragten Pflegekräfte an, innerhalb der letzten 12 Monate von Pflegebedürftigen physisch oder verbal angegriffen bzw. sexuell belästigt worden zu sein. Über verbal aggressives Verhalten wurde dabei am häufigsten berichtet (rund 61%), gefolgt von physischen Übergriffen (rund 36%). Rund 17 Prozent der befragten Pflegekräfte berichtete von sexuell belästigenden Verhaltensweisen Pflegebedürftiger, wobei es sich hier sowohl um verbale sexuelle Belästigungen durch Pflegebedürftige handelt, als auch um körperliche Übergriffe.⁸⁵ Zugleich belegte die Befragung pflegender Angehöriger in derselben Studie, „dass familial Pflegende in beträchtlichem Ausmaß körperliche und verbale Übergriffe durch Pflegebedürftige erleben. Zwar gaben 61,5% der Befragten an, im zurückliegenden Jahr keinen einzigen einschlägigen Vorfall erlebt zu haben, doch berichteten 32,9% von verbal aggressiven Verhaltensweisen und 17,1% von körperlichen Übergriffen. Die berichteten Häufigkeiten waren hoch: in der Gesamtstichprobe entfielen auf eine familial Pflegende in einem Jahr rund 25 verbale Angriffe und 10 körperliche Übergriffe⁸⁶.

⁸² Wang (2006), zit. n. Cooper et al. (2008)

⁸³ Pillemer und Moore (1989), zit. n. Cooper et al. (2008)

⁸⁴ Zwei Drittel der von Görgen und Mitarbeitern befragten Pflegekräfte (N=503) berichten von mindestens einer Situation von Gewalt durch Gepflegte innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten (68%), 61% von verbaler Aggression, 36% von physischer Gewalt, 17% von sexueller Belästigung und unter ein Prozent von Diebstahl. BMFSFJ 2009, S. 181f

⁸⁵ Görgen et al. (2009a), S. 28

⁸⁶ Görgen et al. (2009a), S. 32

2.3.4 Gewalt zwischen Bewohnern

Die Gewaltausübung zwischen Bewohnern stationärer Einrichtungen wird erst seit einigen Jahren diskutiert, vor allem im US-amerikanischen Raum obwohl einiges dafür spricht, dass diese Form der Gewaltausübung die häufigste in Heimen ist und diejenige mit den schwersten Auswirkungen auf Ältere⁸⁷. Lachs, Teresi und Ramirez⁸⁸ fanden in einer Untersuchung mit 2.000 Bewohnern aus 10 zufällig ausgewählten Pflegeeinrichtungen im Staat New York heraus, dass in einem Zeitraum von vier Wochen 19,8 Prozent der Bewohner von Gewalt durch andere Bewohner betroffen waren. Verbale Attacken wie „verfluchen“, „anschreien“ oder „anbrüllen“ mit 16 Prozent kamen dabei am häufigsten vor, gefolgt von körperlichen Angriffen wie „schlagen“, „treten“ oder „beißen“ mit 5,7 Prozent und sexuellen Übergriffen beispielsweise durch das „Zeigen der Genitalien“, durch „Berührungen“ oder den Versuch, „sexuelle Gefälligkeiten“ zu erlangen mit 1,3 Prozent.

Die Ergebnisse legen auch nahe, dass jüngere, selbstständigere Bewohner und solche, die zu auffälligem Verhalten neigen, eher in Übergriffe involviert sind als andere. Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Betroffenheit von Übergriffen durch andere Bewohner wurden nicht festgestellt, Afro-Amerikaner waren weniger involviert als Weiße und Latinos⁸⁹.

2.3.5 Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Familienstand

In Anlehnung an die Ergebnisse einer britischen Prävalenzstudie zum Thema *elder abuse* von 2006 scheinen ältere Frauen mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit einer Vernachlässigung oder interpersoneller Gewalt (körperliche, psychische oder sexuell) ausgesetzt zu sein als Männer⁹⁰ (3,8% zu 1,1%). Dieser signifikante Unterschied bleibt auch dann stabil, wenn konkrete Formen einer Vernachlässigung unberücksichtigt bleiben (2,3% zu 0,6%) und nur die Kategorie interpersoneller Gewalt einbezogen wird (1,6% zu 0,1%). Kaum abschätzbar ist jedoch, wie groß die Unterschiede zwischen *pflegebedürftigen* Frauen und Männern sind. Bei Frauen lässt sich der wachsende Einfluss des Faktors Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter daran ablesen, dass die Kategorie Vernachlässigung bei Frauen im Alter von über 84 Jahren mit 5% am höchsten ist. Eine gegenläufige Tendenz zeichnet sich bei der Gruppe gleichaltriger Männer ab, was nicht ausschließlich auf die bei Männern vorliegende geringere Pflegequote zurückgeführt werden kann.

Bei Männern im höheren Lebensalter stieg jedoch die Wahrscheinlichkeit, Opfer finanzieller Ausbeutung zu werden, wohl auf Grund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Prävalenz finanzieller Ausbeutung ist bezogen auf die gesamte Lebensspanne des höheren Alters in beiden Geschlechtergruppen identisch⁹¹. Das Risiko, Opfer interpersoneller Gewalt zu werden (bereinigt um Vernachlässigung und finanzielle Ausbeutung), scheint dagegen für beide Geschlechter mit dem Älterwerden abzunehmen.

⁸⁷ Vgl. Lachs (2013)

⁸⁸ Lachs et al. (2014)

⁸⁹ Vgl. Segelken und Young (2014) / Weill Cornell Medical College (2014)

⁹⁰ 3,8% Frauen > 65 Jahre zu 1,1% Männer > 65 Jahre, alle Gewaltformen zusammen, Biggs et al. S. 8

⁹¹ Biggs et al. (2009); S. 8f

Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und erlebter Misshandlung. Studienteilnehmer, die während ihres Berufslebens einfache manuelle Tätigkeiten oder einfache Dienstleistungen ausgeübt hatten, berichteten weit häufiger von erlebter Misshandlung (4.1%) als ehemalige Beschäftigte des Mittelstandes und Selbstständige (0.1%). Die Gesamtbelastung mit Gewalt war in der Gruppe der verheirateten Älteren erheblich höher als in der Gruppe der getrennt lebenden, geschiedenen oder verwitweten Befragten (1,4%). Alleinstehende Ältere erfuhren dagegen mit höherer Wahrscheinlichkeit Formen finanzieller Ausbeutung als diejenigen, die in einer Partnerschaft lebten.⁹²

Die Länder vergleichende europäische ABUEL-Studie⁹³ fand dagegen nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Demnach waren in Schweden, Deutschland und Italien mehr Männer als Frauen psychischer Gewalt ausgesetzt, während sich die Ergebnisse der anderen vier untersuchten Länder⁹⁴ umgekehrt darstellten. Frauen berichteten von häufigeren sexuellen Gewalterfahrungen als Männer, bei Männern stand die finanzielle Ausbeutung an der Spitze.

2.3.6 Auswirkungen von Gewalt

Ältere Menschen, die Gewalt ausgesetzt waren, zeigten in der ABUEL-Studie häufiger Angstsymptome und körperliche Beschwerden als Personen dieser Altersgruppe ohne Gewalterfahrung. Im Zusammenhang mit interpersoneller Gewalterfahrung standen eine Häufung depressiver Symptome und ein Verlust subjektiver Lebensqualität⁹⁵.

Zu den Auswirkungen von Gewalt, die gegenüber Berufsangehörigen in den Pflege- und Betreuungsberufen ausgeübt wird, liegen in Deutschland eine ganze Reihe von Untersuchungen vor: Nach der NEXT-Studie⁹⁶ sind insbesondere Pflegende in Psychiatrien (70,3%) und in Alten- und Pflegeheimen (69,1%) sehr häufig mit aggressiven und/oder unfreundlichen Patienten und Bewohnern konfrontiert. Vergleichsweise eher niedrig ist die Konfrontation mit Gewalt im Bereich der ambulanten Dienste (52,9%). Die Anteile der Befragten, die **immer** mit solchen Patienten konfrontiert sind, liegen in Alten- und Pflegeheimen bei 26% und in Psychiatrien bei 21%. Diese dauerhafte Konfrontation steigert die emotionale Belastung der Fachkräfte und hat deutlichen Einfluss auf das Burnout-Erkrankungsrisiko.

Ein Anhaltspunkt für die Problematik sind die bei der Berufsgenossenschaft gemeldeten Versicherungsfälle. Die Meldungen aus den Altenpflegeheimen lagen 2002 an der Spitze, obwohl die Anzahl der dort Beschäftigten „nur“ auf dem 12. Platz rangierte.⁹⁷

2.3.7 Fazit

Daten zur Gewaltbetroffenheit älterer Menschen liegen zwar vor; die Datenlage zum Thema „Gewalt gegen pflegebedürftige Ältere“ ist jedoch immer noch unzureichend. Vergleichbare, repräsentative

⁹² Biggs et al. (2009), S. 8f

⁹³ Soares et al. (2010), S. 38 und 77

⁹⁴ Griechenland, Litauen, Portugal, Spanien

⁹⁵ Soares et al. (2010), S. 50, 56, 63, 70

⁹⁶ Hasselhorn, et al. (2005)

⁹⁷ Vgl. ausführlich: von Hirschberg et al (2009)

Daten zum Gewaltaufkommen gegen Ältere im sozialen Nahraum (ohne Berücksichtigung einer möglichen Pflegebedürftigkeit) sind in geringem Umfang für Großbritannien und Irland verfügbar, mit Einschränkungen auch für urbane Zentren von sieben weiteren europäischen Ländern (ABUEL-Studie).

Auf Grundlage dieser Daten lässt sich sagen, dass die 12-Monats-Prävalenz von *Gewalt gegen Ältere im sozialen Nahraum* (ohne Differenzierung nach Pflegebedürftigkeit) im einstelligen Bereich liegt. Zwei bis sechs Prozent der Menschen über 65 erleben innerhalb eines Jahres irgendeine Form körperlicher oder sexueller Gewalt, finanzieller Ausbeutung oder sind wiederholter Vernachlässigung oder psychischer Gewalt ausgesetzt.

Die Prävalenz von *Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige* bewegt sich dagegen – bezogen auf einen Zeitraum von 12 Monaten – im Bereich von zehn Prozent. Dabei sind pflegerische oder soziale Vernachlässigung und finanzielle Ausbeutung die am häufigsten vorkommenden Formen. Es ist von hoher Wahrscheinlichkeit, dass etwa ein Viertel aller Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres mindestens einmal mit Gewalt konfrontiert wird. Zudem kann von einem hohen Anteil vermeidbarer freiheitsentziehender Maßnahmen ausgegangen werden, sowohl im stationären als auch im ambulanten und informellen Bereich. Wenn auch bei Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen (Bettgitter und Fixierungen) in den vergangenen Jahren ein Rückgang zu verzeichnen ist, so ist die absolute Zahl der genehmigten Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB von über 60 Tausend neu genehmigten Maßnahmen in 2014 sehr hoch⁹⁸. Formen der medikamentös bedingten Sedierung sind statistisch unberücksichtigt.

Im häuslichen Bereich gibt es Gewalterfahrungen in Form körperlicher oder psychischer Gewalt oder Vernachlässigung in Ehe- / Lebenspartnerschaften, aber auch unter anderen Familienangehörigen. Finanzielle Ausbeutung erfolgt sowohl durch nicht im Haushalt lebende, meist jüngere Familienmitglieder oder Verwandte, als auch durch Außenstehende wie Pflegekräfte oder andere Personen, die sich das Vertrauen der älteren Menschen erschleichen.

Während ältere Frauen insgesamt wesentlich häufiger von Gewalt im sozialen Nahraum betroffen sind als Männer, sind die Befunde zu Geschlechtsunterschieden in der Gewaltbetroffenheit von *pflegebedürftigen Älteren* nicht eindeutig. Ebenfalls ohne Berücksichtigung einer möglichen Pflegebedürftigkeit erhöhen ein niedriger sozioökonomischer Status und das Zusammenleben mit dem Ehepartner das statistische Risiko von Gewaltbetroffenheit älterer Menschen.

Erfahrene Gewalt geht mit einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens des Betroffenen einher, hier sind Angstsymptome und körperliche Beschwerden, bei interpersoneller Gewalt auch depressive Symptome und Einschränkungen in der Lebensqualität messbar.

„Auch wenn die Angaben zur Prävalenz je nach Untersuchungsansatz stark variieren“, so die zusammenfassende Einschätzung von Meyer und Abraham (2013), „wird insgesamt deutlich, dass es sich bei dem Phänomen »Gewalt in der Pflege« nicht um Einzelfälle handelt“, sondern dass das Phänomen insbesondere im Hinblick auf psychische Gewalt ein bedeutendes Problemfeld darstelle⁹⁹.

⁹⁸ Vgl. Deinert, H. (2016)

⁹⁹ Meyer und Abraham (2013), S. 10

Mit Erhebung des Ausmaßes von Gewalt gegen Ältere im sozialen Nahraum sind lediglich Aussagen über das Vorkommen von Gewalt getroffen; es sind damit weder Aussagen über die möglichen Ursachen der Gewaltausübung getroffen, noch über die Qualität der Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem. Prävalenzforschung verengt hier notwendigerweise den Blick mit ihrer quantitativen, auf die Gesamtheit der Bevölkerungsgruppe ausgerichteten Perspektive. Sie kann Hinweise auf das Ausmaß eines Problems und mögliche Binnendifferenzierungen, z.B. über besonders betroffene Gruppen liefern, die über die unmittelbare Alltagserfahrung hinausgehen. Gewalt gegen pflegebedürftige Ältere ergibt sich jedoch aus ganz speziellen situativen Bedingungen. Diese gilt es in den Blick zu nehmen. Erst wenn geklärt ist, wie und aus welchem Grund es zu diesen Grenzüberschreitungen und Rechtsverletzungen kommt, kann der Gewalt wirkungsvoll begegnet werden.

2.4 Mögliche Ursachen und Auslöser von Gewalt

Davon ausgehend, dass die Möglichkeit der Ausübung von Gewalt und Zwang in jeder zwischenmenschlichen Beziehung potentiell vorhanden ist¹⁰⁰, das Verbot der Ausübung interpersoneller Gewalt aber mittels des Gewaltmonopols des Staates durchgesetzt und von den meisten Individuen erfolgreich verinnerlicht ist, stellt sich nicht nur die Frage nach den *Ursachen* von Gewalt, sondern auch die Frage nach den *Bedingungen*, unter denen das äußere und innere Verbot der Gewaltausübung durchbrochen wird¹⁰¹. In der Praxis ist es meist ein Zusammenwirken von situativen Bedingungen und persönlichen Merkmalen, die das Risiko einer Gewaltausübung erhöhen.

Die Erforschung der Bedingungen, die die Ausübung von Gewalt in Pflegebeziehungen begünstigen, kann auf Makro-, Meso- und Mikroebene erfolgen. Dazu gibt es verschiedene theoretische und empirische Zugänge. Die im Wesentlichen sechs theoretischen Erklärungsansätze von Perel-Levin (2008)¹⁰² werden ergänzt durch die empirische Gewaltforschung, die eine Reihe von Faktoren herausgearbeitet hat, die statistisch mit einer empirisch feststellbaren erhöhten Gewaltausübung korrelieren und als *statistische Risikofaktoren* für eine Gewaltausübung gegen Pflegebedürftige gelten:

2.4.1 Theoretische Erklärungsansätze

Bei den theoretischen Ansätzen (Abbildung 1) zur Beschreibung der Entstehungsbedingungen von Gewalt in der Pflege setzt die erste Gruppe der von Perel-Levin beschriebenen Ansätze auf der *strukturellen* oder Makroebene an. Das sind zum einen diejenigen, die die strukturellen Ungleichheiten in den Möglichkeiten von Männern und Frauen kritisieren, ihre Interessen und Bedürfnisse durchzusetzen („feministische Theorien“). Gewaltausübung wird hier vorrangig unter der Annahme betrachtet, dass körperliche Gewalt eine männliche Ressource ist, um Macht auszuüben, und sowohl persönliche als auch gesellschaftliche Machtungleichheiten zwischen Männern und Frauen aufrecht zu erhalten. In der Konsequenz erklärt dies einen Teil der höheren Belastung älterer Frauen durch interpersonale Ge-

¹⁰⁰ „Der Mensch muß nie, kann aber immer gewaltsam handeln. Gewalt ist eine Option menschlichen Handelns, die ständig präsent ist.“ (Popitz 1992, S. 50f); Popitz bezieht Gewalt ausschließlich auf körperliche Gewalt.

¹⁰¹ Gewaltausübung gegenüber Personen kann, muss aber nicht immer einen Zweck verfolgen. Demnach lassen sich instrumentelle und expressive Gewalt unterscheiden, wobei bei der instrumentellen Gewalt die Absicht des Ausübenden erkennbar ist, einem anderen Menschen seinen Willen aufzuzwingen, während die expressive Gewaltausübung keinem anderen erkennbaren Zweck dient als sie selbst.

¹⁰² Perel-Levin (2008), S. 8

walt: Einseitige Gewalt in Partnerschaften („Häusliche Gewalt“) wird in der Regel durch männliche Lebenspartner/Ehemänner ausgeübt und trifft vor allem Frauen. Gewalt gegen Ältere (im sozialen Nahraum) ist hier häufig eine Fortsetzung „häuslicher Gewalt“.

Ebenfalls auf struktureller Ebene setzen politisch-ökonomische Theorien an, die die sozialen und ökonomischen Bedingungen untersuchen, die Pflegebeziehungen und die in ihnen handelnden Akteure beeinflussen („politisch-ökonomische Theorien“). Als *situative Ansätze* lassen sich nach Perel-Levin diejenigen bezeichnen, die die Interaktion innerhalb der Pflegebeziehung, also auf der Mikroebene, in den Fokus nehmen.

Das „Belastungsparadigma“¹⁰³ bzw. die Stresstheorie oder *situational theory* (Perel-Levin) geht davon aus, dass es vor allem die Überlastungssituation pflegender Angehöriger ist, die die (instrumentelle und expressive) Gewaltausübung begünstigt. Die „Austauschtheorie“ wiederum legt den Fokus auf das Ungleichgewicht von Geben und Nehmen innerhalb der Pflegebeziehung, das zu Unzufriedenheit, Misshandlung oder Vernachlässigung führen kann. Bei beiden Erklärungsansätzen ist eine Verbindung zu strukturellen Bedingungen gegeben, in die die Pflegebeziehung eingebunden ist.

Die Ansätze, die den Blick auf *Persönlichkeitsstrukturen und -merkmale* richten, sehen Ursachen in Persönlichkeitsstörungen mindestens einer der beteiligten Personen („Psychopathologische Ansätze“) oder in der ‚gelernten Gewalt‘, bei der Gewaltanwendung als Mittel der Konfliktaustragung familiär weitergegeben wurde („Lerntheorie“ bzw. „transgenerationaler Gewaltkreislauf“).

¹⁰³ Zank und Schacke (2013), Bubolz-Lutz (2011)

Abbildung 1: Erklärungsansätze für Gewalt gegen Ältere

Theoretische Ansätze		Erklärung
Strukturelle Ansätze	Feministische Theorie	Zentral sind die ungleichen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern. Männer nutzen demnach das Mittel Gewalt, um ihre Macht zu demonstrieren.
	Politisch-ökonomische Theorien	Die einseitige Konzentration auf das Individuum wird kritisiert. Eine Forderung lautet, den Blick auf die Wirkung struktureller Faktoren zu richten.
Situative Ansätze	Belastungsparadigma	Überlastungen in der häuslichen (und professionellen) Pflege schüren ein Klima, das Gewalt begünstigt.
	Austauschtheorie	Familienbeziehungen zeichnen sich durch wechselseitige Abhängigkeiten aus. Ist das Geben und Nehmen nicht ausbalanciert, können Gefühle der Unzufriedenheit in Misshandlung und Vernachlässigung münden.
Individuelle Ansätze	Psychopathologische Ansätze	Es besteht eine Korrelation zwischen verhaltensauffälligen Personen und Gewaltvorkommnissen.
	Lerntheorie oder transgenerationaler Gewaltkreislauf	Erlernte Verhaltensmuster (in der Kindheit) dienen als Erklärung für Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen im Erwachsenenalter.

Quelle: in Anlehnung an Perel-Levin (2008); S. 8. Bonillo, Heidenblut & Philipp-Metzen et al. (2013), S. 30

Ergänzend zu Perel-Levin lässt sich auf der Mesoebene die Kritik an der Institution Pflegeheim sehen, die einerseits eine strukturelle Machtungleichheit zwischen Pflegenden und Gepflegten schafft, in der aber auch die Pflegenden in Hierarchien und Zwänge eingebunden sind. Die Leitungsverantwortlichen wiederum handeln im Rahmen von politisch-ökonomischen Vorgaben.

Die genannten Erklärungsansätze stehen dabei nicht im Widerspruch oder in Konkurrenz zueinander, sondern sind eher als sich ergänzend zu verstehen. In der Praxis verschränken sich die ökonomischen, politischen und institutionellen Rahmenbedingungen, das Geschlechterverhältnis, die Beziehungsqualität, die konkrete Pflegesituation und die Persönlichkeitsmerkmale der Beteiligten zu einer jeweils einzigartigen Konstellation. Für die Prävention von Gewalt in der Pflege heißt das erst einmal, dass die Beseitigung gewaltbegünstigender Faktoren auf allen Ebenen stattfinden muss. Präventive Maßnahmen auf nur einer Ebene sind zwar möglich, werden aber immer wieder an die Grenzen der Bedingungen stoßen, die auf der jeweiligen Ebene nicht lösbar sind (beispielsweise kann eine Pflegekraft im stationären Bereich wenig gegen die Anwendung von aus ihrer Sicht unangemessenen freiheitsentziehenden Maßnahmen tun, wenn sie nicht von der Institutionsleitung unterstützt wird. Eine Heimleitung wird Schwierigkeiten haben, einen aus ihrer Sicht angemessenen Personalschlüssel umzusetzen, wenn der Träger andere Prioritäten setzt).

2.4.1.1 Strukturelle Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege

Für viele Autoren ist das Thema „Gewalt gegen Ältere“ bzw. Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige eingebunden in einen größeren Zusammenhang struktureller Bedingungen. Einige Autoren sprechen hier von *struktureller Gewalt*. Der Begriff der strukturellen Gewalt stützt sich auf Galtung, nach dessen Auffassung Gewalt jedes Handeln ist, „welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeit, Identität und Freiheit) durch personelle,

strukturelle oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert“¹⁰⁴. Hirsch (2011) folgt dieser Sichtweise, wenn er schreibt, dass Gewalt auf drei Ebenen entstehe - personell, strukturell, kulturell - und diese sich gegenseitig beeinflussten¹⁰⁵. Konkret unterscheidet er strukturelle Gewalt von *kultureller Gewalt*, da sich Letztere auf „immanente Wertvorstellungen und kollektive Vorurteile“ beziehe, die eine Verringerung von [struktureller und interpersoneller, d. V.] Gewalt erheblich erschweren; diese sogar stützten¹⁰⁶. Hauptkritikpunkt an Galtungs Begriff der strukturellen Gewalt ist, dass dieser auf Phänomene fokussiere, die mit sozialer Ungleichheit präziser beschrieben (und kritisiert) werden könnten¹⁰⁷.

In zugespitzter Form formulieren Smith und Long ihre Kritik an der Begrifflichkeit der strukturellen und kulturellen Gewalt indem sie schreiben, dass „das Versagen der Gesellschaft, ihrer älteren Bevölkerung angemessen zu dienen, *elder abuse*“ darstelle¹⁰⁸. In diesem Bericht wird von strukturellen - meist im Sinne von gesetzlich gestalteten - Rahmenbedingungen die Rede sein, in denen Pflege stattfindet.

Institutionelle Rahmenbedingungen, z. B. in Pflegeheimen, werden ebenfalls häufig mit dem Begriff der strukturellen oder institutionellen Gewalt in Zusammenhang gebracht. Exemplarisch kritisiert hier Müller-Hergl (2011) die „institutionellen Bedingungsverhältnisse, die Menschen zu Sachen verdinglichen“, dem Zwang zur Herstellung ‚ordentlicher Leiber‘, denen die vorgeschriebene Menge Flüssigkeit und Medikamente verabreicht werden müsse und die täglich umfänglich gewaschen werden müssten, da sonst die abgerechnete Leistung nicht erbracht wurde, denen der Lebensrhythmus der Institution aufgezwungen werde¹⁰⁹. Er ist der Ansicht, „dass die negative und ausschließlich problembezogene Sichtweise von pflegebedürftigen Menschen in Heimen zusammen mit einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis, die den Finanzierungssystemen in den meisten westlichen Industriestaaten zugrunde liegen, ein beachtliches gewaltförderndes Potential enthalten“¹¹⁰. Müller-Hergl sieht außerdem auf Grundlage der Studienergebnisse von Shinan-Altman und Cohen (2009) einen Zusammenhang zwischen Burnout des Pflegepersonals und vermehrter Gewaltanwendung: „Je größer die emotionale Erschöpfung, die Depersonalisierung zusammen mit geringen Erfolgserlebnissen, einhergehend mit moralischem Stress (Unfähigkeit, das als richtig Erkannte zu tun), desto unzufriedener sind professionell Pflegenden und desto eher kommt es zu Misshandlungen. Insbesondere wächst die Bereitschaft, Gewalthandlungen anderer stillschweigend hinzunehmen (und der Leitungen, dies als unvermeidliche »Entlastungen« der Mitarbeiterinnen zu dulden: Hauptsache, die Leute funktionieren, »schaffen was weg«)“¹¹¹.

Bereits 1993 zitierte Dieck die Auffassung von Käppeli, Gewaltanwendung in Pflegeheimen könne vermieden werden, da wir „genau wissen, unter welchen Bedingungen ein Betagter höchstwahrscheinlich

¹⁰⁴ Galtung (1993), zitiert nach Hirsch (2011), S. 11

¹⁰⁵ Hirsch (2002), zitiert nach Hirsch (2011), S. 11

¹⁰⁶ Hirsch (2011), S. 11

¹⁰⁷ Exemplarisch für die Kritik an Galtungs Begriff der strukturellen Gewalt: Riekenberg (2008)

¹⁰⁸ Smith und Long (2011)

¹⁰⁹ Vgl. Müller-Hergl (2011), S. 10 und 11

¹¹⁰ Müller-Hergl (2011), S. 11

¹¹¹ Müller-Hergl (2011), S. 10

menschlich würdig gepflegt wird, und wann nicht“¹¹². Auch Käppeli hebt auf den deutlichen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität der Patienten und der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals ab¹¹³. „In nahezu allen westlichen Industriestaaten (vielleicht mit Ausnahme Norwegens und Dänemarks)“, so auch Müller-Hergl (2011), „wird mit einer Zuspitzung beruflicher Belastungen, einem Absenken des Qualifikationsniveaus und einem Absinken der Pflege- und Versorgungsqualität gerechnet: die Nichterfüllung von Standards wird zum flächendeckenden Regelfall, der — obwohl skandalisiert — unvermeidlicher und ewig reproduzierter Aspekt der organisationalen, finanziellen und politisch gewollten Systemzusammenhänge bildet“. „Eben dies“, so Müller-Hergl, „nennt man — zusammenfassend — strukturelle Gewalt“. Demnach werden die institutionellen Rahmenbedingungen der Altenpflege durch die politischen Rahmenbedingungen gesetzt.

Als strukturell sind auch die Auswirkungen *sozialer Ungleichheit* auf ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf anzusehen. Bauer und Büscher (2007) warnen vor der Tendenz, bestehende soziale Ungleichheiten durch das Gesundheitssystem zu verstärken. Die Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme und Nutzung von Leistungen im Gesundheitswesen scheinen, so Bauer und Büscher, „auf Effekte mangelnder Nutzungskompetenzen, auf Nicht-Wissen oder soziale Scham“ zurück zu gehen¹¹⁴. Auch Heusinger (2007) sieht dies durch die Ergebnisse ihrer milieuspezifisch ausgewerteten Interviews bestätigt: „Außer bei Pflegebedürftigen aus den gehobenen Milieus bestehen in den Pflegearrangements große Informationsdefizite, die auf einen hohen Bedarf an (neutraler) Beratung schließen lassen, die Unterstützung beim Geltend machen von Ansprüchen und der Vermittlung von Hilfen aller Art bietet“¹¹⁵.

Gleichwohl sehen Bauer und Büscher in der „vielfach geforderten Zunahme von Selbst- und Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung“ die Gefahr der Reproduktion sozialer Ungleichheit¹¹⁶. Speziell in der Pflege stelle sich die Versorgungssituation für bestimmte Gruppen und Milieus schon jetzt als Überforderung dar. Daraus ergebe sich die „in gewisser Weise dilemmatorische Situation“, dass universelle Angebote nicht auf die Bedürfnisse derjenigen ausgerichtet seien, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem bestimmten sozialen Milieu ein erhöhtes Risiko der Versorgungsabhängigkeit und damit häufig auch der Pflegebedürftigkeit haben. „Soziale Ungleichheiten vergrößern sich somit bei universeller Ausrichtung der Angebote“¹¹⁷.

Deshalb müssten „die Anpassungsprobleme ressourcenschwacher Gruppen an die Anforderungen guter Versorgung“ im Mittelpunkt ungleichheitsorientierter Pflegeforschung stehen¹¹⁸. Die Ressourcen-

¹¹² Käppeli (1990), S. 78, zit. n. Dieck (1993)

¹¹³ Käppeli (1990), S. 74, 85f, zit. n. Dieck (1993)

¹¹⁴ Bauer und Büscher (2007), S. 310

¹¹⁵ Heusinger (2007), S. 329

¹¹⁶ Bauer und Büscher (2007), S. 312

¹¹⁷ Bauer und Büscher (2007), S. 313

¹¹⁸ Bauer und Büscher (2007), S. 313

ungleichheiten, vor allem die Fähigkeits-, Mentalitäts- und Kompetenzunterschiede, die eng an ungleiche Sozialisations- und Herkunftsbedingungen gekoppelt seien, müssten hier (neben der ungleichen Verfügbarkeit über Geld und andere materielle Ressourcen) genauer beachtet werden¹¹⁹.

Andererseits ist laut Heusinger (2007) die weit reichende Aktivierung von sozialen Netzwerken in den einfachen Milieus (soziales Kapital) eine entscheidende Ressource, die bei einem Verständnis von professioneller Pflege und Versorgung, „das die systematische Förderung der sozialen Integration zu einem festen Bestandteil professioneller Arbeit macht“ einbezogen werden müsse. Pflegebedürftige in den Arbeitermilieus verfügten über ein „vergleichsweise großes praktisches Selbsthilfepotential in ihrem sozialen Nahraum, während dies in den gehobenen Milieus deutlich kleiner ausfällt. In den gehobenen Milieus haben Pflegebedürftige dennoch gute Chancen auf eine hohe Versorgungsqualität, weil sie über genügend Geld, Wissen und entsprechende Erfahrungen verfügen“ (S. 329)¹²⁰.

Eine nach den Bedürfnissen und Ressourcen Angehöriger unterschiedlicher sozialer Milieus differenzierende Informations- und Unterstützungspolitik für Pflegebedürftige und deren Angehörige wäre hier eine Konsequenz für die künftige Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur.

2.4.1.2 Kultureller Hintergrund / Migrationshintergrund

Für eine häufigere oder seltenere Gewaltbetroffenheit Älterer aufgrund unterschiedlicher kultureller Hintergründe gibt es derzeit keine Belege. Vielmehr wiesen Hernandez-Tejada et al. (2013) in den USA nach, dass nicht der kulturelle Hintergrund, sondern geringeres Einkommen, schlechterer Gesundheitszustand und geringere soziale Unterstützung dazu führen, dass Angehörige ethnischer Minderheiten hier statistisch häufiger betroffen sind. Die Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund zu einem weit höheren Anteil zu den unteren Einkommensschichten zählen und dadurch einen eingeschränkten Zugang zu Unterstützungsressourcen haben, spielt augenscheinlich eine weit größere Rolle als unterschiedliche kulturelle Hintergründe.

2.4.1.3 Situative Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege

Im Bereich der situativen Erklärungsansätze ist das Belastungsparadigma pflegender Angehöriger eine zentrale Komponente zur Erklärung der Entstehung von Gewalt in der Pflege. Dies bestätigte sich auch in den Interviews mit kommunalen Akteuren des hier Bericht erstattenden Projekts. Dieser Ansatz wird deshalb im Folgenden eingehender diskutiert.

Die Betreuung chronisch kranker älterer Menschen ist für die Angehörigen potenziell mit erheblichen negativen (psychischen, sozialen, materiellen und gesundheitlichen) Konsequenzen verbunden; das haben zahlreiche Studien belegt¹²¹. Nach diesem Ansatz kann eine problematische Dynamik entstehen, wenn Angehörige - trotz einer originär positiven Einstellung zur Übernahme der Versorgung - die Pflegesituation und das Verhalten des zu pflegenden Menschen als belastend erleben. Exemplarisch fasst Dieck (1993) diesen Ansatz dahingehend zusammen,

„dass ein Missverhältnis zwischen dem Hilfe- und Betreuungsbedarf des älteren Menschen auf der einen und der Begrenztheit der in der Familie verfügbaren Fähigkeiten und Ressourcen zur

¹¹⁹ Bauer und Büscher (2007), S. 314

¹²⁰ Heusinger (2007), S. 329

¹²¹ Bspw. Zank & Schacke (2007), Gutzmann & Zank (2005)

Gewährleistung dieser Unterstützung auf der anderen Seite Frustrationen und Auseinandersetzungen begünstigt. Der Stress auf Seiten des Gewaltanwenders, in der Regel des Haupthelfenden und Hauptpflegenden, wird verursacht durch eine Inkongruenz zwischen der Verpflichtung zur Solidarität innerhalb der Familie und der Erwartung eines reziproken Hilfeverhaltens. Insbesondere bei lange andauernder Pflege ist der Hauptpflegende einem permanenten Ungleichgewicht normativ geprägter Erwartungen ausgesetzt, denn er empfindet einerseits Verärgerung oder Enttäuschung über mangelnde Solidarität innerhalb der Familie (denn in der Regel übernimmt ein Familienmitglied die Pflegeverantwortung, mehr implizit als explizit) und andererseits Schuld und eigene Unzulänglichkeiten angesichts des zu erfüllenden Hilfebedarfs, da er den Anforderungen nicht voll genügt. Stress erscheint insoweit begründet in konfligierenden Normen und empfundenen Unzulänglichkeiten angesichts gestellter Erwartungen¹²².

Zudem konnte im Rahmen der LEANDER-Studie "Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten" (LEANDER, Zank & Schacke, 1997) gezeigt werden, dass insbesondere die Belastung durch aggressives Verhalten und Verwirrtheitssymptome des Pflegebedürftigen das Risiko von Gewalt in der Pflege erhöht.

In dem Zusammenhang weist Bubolz-Lutz (2011)¹²³ jedoch darauf hin, dass der Fokus auf das Belastungserleben pflegender Angehöriger nicht dazu führen darf, diese per se als hilflos einzuschätzen. Zudem bestehe das Risiko, so Bischofberger und Jähne (2015), „dass kranke, behinderte oder ältere Personen in der Familie oder im Freundeskreis eine Last“ seien „und auf diese defizitäre soziale Position reduziert“ würden¹²⁴. Görgen et al. (2009b) bemerken diesbezüglich, dass mit der Übernahme von Pflege nicht nur Belastungen, sondern auch Chancen und Gewinne verknüpft sein können. Je nach subjektiver Einschätzung werden Anforderungen, die mit der Pflege eines nahe stehenden Menschen verbunden sind, von Angehörigen mithin selbst als positive Herausforderung beschrieben. Diese Bewertung bezieht sich sowohl auf die Beziehung zur pflegebedürftigen Person als auch auf die persönliche Entwicklung und Identitätsstärkung und deckt sich mit den Ergebnissen der LEANDER-Studie. Auch hier wurde der Stellenwert der subjektiven Bewertung von Stressoren als entscheidender Faktor für das Belastungserleben deutlich.

Bischofberger und Jähne schlagen vor, das Belastungsparadigma zu erweitern und den vielfach verwendeten Begriff der *Entlastung* durch den Begriff der *Unterstützung* zu ersetzen. Pflegende Angehörige seien als „Koproduzierende“ im System der Gesundheitsversorgung zu betrachten und ihre gesellschaftliche Leistung entsprechend anzuerkennen. Dabei solle ihre Beanspruchung keinesfalls verschleiert werden, aber sie seien Experten in eigener Sache und nicht vorrangig belastete Empfänger von Hilfeleistungen¹²⁵. Für die Entwicklung von Interventions- und Präventionsansätzen gegen Gewalt in Pflegebeziehungen bedeutet dies vor allem, pflegende Angehörige als kompetente Partner auf Augenhöhe wahrzunehmen und passgenaue, an den Ressourcen der Beteiligten orientierte Maßnahmen abzustimmen.

¹²² Dieck (1993), S. 395

¹²³ Bubolz-Lutz (2011), S. 1

¹²⁴ Bischofberger und Jähne (2015), S. 129f

¹²⁵ Ebd.

2.4.1.4 Individuelle Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege

Bei den individuellen Ansätze wurden im Kapitel *Theoretische Erklärungsansätze* nach Perel-Levin psychopathologische Ansätze, bei denen eine Korrelation zwischen verhaltensauffälligen Pflegepersonen und Gewaltvorkommnissen angenommen wird, und die Lerntheorie bzw. der transgenerationale Gewaltkreislauf unterschieden, bei denen erlernte Verhaltensmuster (in der Kindheit) als Erklärung für Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen im Erwachsenenalter dienen.

Das Zurückführen von Gewaltausübung gegenüber pflegebedürftigen oder abhängigen Älteren auf individuelle Eigenschaften des Täters oder der Täterin findet am ehesten ihren Niederschlag in der Identifizierung von individuellen Risikofaktoren, wie sie im Kapitel 2.4.2 als Persönlichkeitsmerkmale des Pflegenden aufgeführt werden, wie psychische Erkrankung oder psychische Probleme, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, sowie die belastete Vorbeziehung zwischen pflegendem Angehörigen und gepflegter Person. Im Rahmen einer Präventionsstrategie sind diese als wichtige zu identifizierende Indikatoren innerhalb eines Assessment von Bedeutung. Eine Veränderbarkeit ist hier ebenfalls eher auf individueller Ebene zu erwarten.

2.4.1.5 Multidimensionale Ansätze zur Gewalt in der Langzeitpflege

Nicht nur für Dieck (1993) ist „unbestreitbar und unstrittig: Die Prozesse, die zu Gewaltsituationen führen, in denen alte Menschen als Gewaltopfer oder Gewaltempfänger erscheinen, sind komplex, die Gründe für die Gewaltanwendung vieldimensional. In aller Regel gibt es keine einfache und einzige Diagnose und keine leichte, abrufbare Hilfe zur Behebung des Problems“¹²⁶. Perel-Levin (2008) plädiert für ein *ökologisches Modell*, das „das Zusammenspiel von individuellen Faktoren und Kontextfaktoren“ berücksichtige und Gewalt „als ein komplexes Zusammenspiel zwischen den individuellen Charakteristika der beteiligten Personen“ betrachte, ihre Beziehung, den Bedingungen der sie umgebenden direkten sozialen Umwelt und den größeren strukturellen und sozialen Faktoren wie den politischen Rahmenbedingungen und sozialen Normen, in die die Beziehung eingebettet sei¹²⁷. Auch sei ein partizipativer Ansatz, der die Sichtweisen der als pflegebedürftig und abhängig definierten Personen einbezieht, bisher noch nicht entwickelt¹²⁸.

Dieck umreißt an gleicher Stelle die Grundzüge eines Interaktionsansatzes zur Erklärung der Entstehung von Gewalt in Pflegebeziehungen: „Befasst man sich mit der Entstehungsgeschichte der Gewalttaten, so wird in aller Regel deutlich, dass Gewalt als Teil eines schwierigen Interaktions- und Kommunikationsprozesses zu verstehen ist. Gewalt findet statt, wenn dieser Prozess eskaliert, außer Kontrolle gerät. Es ist keineswegs auszuschließen, dass das formale Opfer am Anfang der Entstehungsgeschichte der Gewalt steht, nicht nur im Sinne der Familiengeschichte, sondern durchaus begrenzter am Anfang eines kurzfristigeren Kommunikationsgeschehens. Psychische Gewalt kann körperliche Gewalt auslösen, beide Interagierenden können zugleich Opfer und Täter sein. Angesichts des Umstandes, dass es in unserer Gesellschaft eine ausgeprägte Tabuierung der Gewaltanwendung gegen Eltern gibt, kann

¹²⁶ Dieck (1993), S. 396

¹²⁷ Perel-Levin (2008), S. 8

¹²⁸ Perel-Levin (2008), S. 8

das Gewalt anwendende, erwachsene Kind sehr wohl zum Leidtragenden der eigenen Gewalttat werden“¹²⁹.

Um ein von Perel-Levin in die Diskussion gebrachtes, noch nicht entwickeltes ‚ökologisches Modell‘ zu skizzieren, gehen wir davon aus, dass mangelnde soziale Kontrolle nicht die Ursache von Gewalt in Pflegebeziehungen darstellt, sondern diese lediglich begünstigen, sprich: die Abhängigkeit des Pflegebedürftigen vom Pflegenden - in der informellen Pflege oft eine wechselseitige - die relative Isolation der häuslichen Pflegesituation, die häufig stillschweigende Duldung im stationären Bereich, die Angst oder Scham von Abhängigen, von Übergriffen zu berichten, ein Wegschauen des sozialen Umfeldes gehören zu den Situationen, in denen soziale Kontrolle und Sanktionierung brüchig werden und Gewalt möglich wird. Als eigentlicher Auslöser ist anzunehmen, dass die Pflegebeziehungen konflikthaft sind, dass die Interessen und Bedürfnisse von mindestens einer Seite der Beteiligten nicht mehr ausreichend erfüllt sind, was zu einer gewaltsamen Durchsetzung oder expressivem Agieren führen kann. Hier findet häufig eine für Außenstehende schwer zu verstehende Interaktion statt, die sich über Monate und Jahre herausgebildet haben kann. Dabei werden die Rahmenbedingungen, in denen Pflege geschieht, nur teilweise von den Pflegenden und Gepflegten bestimmt, sondern vorrangig von finanziellen und ökonomischen Vorgaben des Systems der Gesundheitsversorgung beeinflusst, von unterstützenden Angeboten (im Sinne von Bischofberger und Jähnke) vor Ort oder davon, wie pro-aktiv diese den Betroffenen angeboten werden, um nur einige strukturelle Faktoren zu nennen.

Im Hintergrund wirken darüber hinaus eine von vielen Autoren angeführte Altersdiskriminierung und die Tabuisierung von Altern, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit, die Ältere und Pflegebedürftige nicht als eine am gesellschaftlichen Leben *teilhabende* Bevölkerungsgruppe, sondern als eine vom gesellschaftlichen Leben abgetrennte ansehen, als ‚Sonderfall‘. Bereits 1990 schrieb die Gewaltkommission der Bundesregierung: „Unter den alten Menschen sind insbesondere die aufgrund von Krankheit oder Gebrechlichkeit Pflege- oder Beistandsbedürftigen oder wirtschaftlich Abhängigen misshandlungsgefährdet ...Ihre Misshandlung kann einerseits als Symptom der Überforderung ihrer Familienangehörigen und Betreuer mit den Aufgaben der Altenpflege gesehen werden. Andererseits mag sie ein Ausdruck der sozialen Abwertung des Alters und einer angstbestimmten psychischen Abwehrhaltung gegenüber dem Elend der Gebrechlichkeit sein“¹³⁰.

2.4.2 Risikofaktoren für Gewalt in der Pflege

In der empirischen Forschung wurde eine Reihe von Risikofaktoren identifiziert, die Gewalt in Pflegebeziehungen begünstigen. Die umfangreiche Auswertung der internationalen Literatur zu Risikofaktoren von MILCEA wird hier ergänzt durch ein Review von Wang et al. und nach Pflegesetting dargestellt:

¹²⁹ Dieck (1993), S. 395

¹³⁰ Schwind et al. (1990), S. 167

Gewaltbe- günstigende Faktoren (Risi- kofaktoren) in Pflegebezie- hungen	Stationäre Pflege	Professionelle ambulante Pflege	Informelle Pflege
Strukturelle Bedingungen	Unzureichende Personalaus- stattung: qualitativ wie quan- titativ	Unzureichende Personalaus- stattung (durchschnittliche Anzahl von Personen mit De- menz, die eine Pflegekraft zu betreuen hat)	
	Belastende Arbeitsbedingun- gen (Schichtarbeit, man- gelnde Flexibilität, niedrige Bezahlung bei hoher Arbeits- belastung)		
Situative Be- dingungen	(Schlechtes) Betriebsklima Hohe Arbeitsbelastung und Burnout von Mitarbeitern	(Schlechtes) Betriebsklima Hohe Arbeitsbelastung und Burnout von Mitarbeitern	Finanzielle Abhängigkeit der pflegenden Person Zusammenleben von pflegen- der und gepflegter Person / Zusammenleben mit anderen Geringe soziale Unterstützung
	Soziale Isolation der älteren Person	Soziale Isolation der älteren Person	Soziale Isolation der älteren Person – außer mit der Per- son, mit der sie ggf. zusam- menwohnt
Merkmale der Beziehung zwi- schen pflegen- der Person und älterer Person			Schlechte Beziehung in der Vergangenheit Disharmonische, konfliktrei- che Familienbeziehung Familien- oder Eheprobleme

Persönlichkeitsmerkmale des Pflegenden	Unzufriedenheit im Arbeits- und Privatleben	Unzufriedenheit im Arbeits- und Privatleben	Fehlendes Wissen und unzureichende Pflegekompetenz
	Häufige Gedanken an Jobwechsel ("innere Kündigung")	Häufige Gedanken an Jobwechsel ("innere Kündigung")	Belastung oder Überforderung der pflegenden Person
	Psychische Erkrankung	Psychische Erkrankung	Psychische Erkrankung oder psychische Probleme
	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
Persönlichkeitsmerkmale des Pflegebedürftigen	Verhaltensauffälligkeiten (herausforderndes¹³¹ oder aggressives Verhalten oder Widerstand gegen Pflegehandlungen)	Verhaltensauffälligkeiten (herausforderndes oder aggressives Verhalten oder Widerstand gegen Pflegehandlungen)	Herausforderndes oder aggressives Verhalten
	Depression / depressive Symptome	Depression / depressive Symptome	Psychische Erkrankung oder psychische Probleme / Depressive Symptome
	Kognitive Beeinträchtigung(z.B. Demenz)	Kognitive Beeinträchtigung(z.B. Demenz)	Kognitive Beeinträchtigung(z.B. Demenz)
			Funktionale Abhängigkeit (hoher Assistenzbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens)
			Schlechte körperliche Gesundheit, körperliche Schwäche
			Niedriges Einkommen oder geringes Vermögen¹³²
			Trauma oder frühere Misshandlung

Quelle: Schempp et al. (2012), S. 37,42,43f; Wang et al. (2015), S. 576.

Wenn Risikofaktoren beschreiben, was die Ausübung von Gewalt begünstigt, stellt sich die Frage, inwieweit diese für die Prävention von Gewalt in Pflegebeziehungen nutzbar gemacht werden können. Pillemer et al. (2007) fassen zusammen:

„Zusammengefasst legt die Forschung nahe, dass die Wahrscheinlichkeit körperlicher Gewalt gegen Ältere in Situationen steigt, in denen verschiedene Faktoren zutreffen: (1) eine gemeinsame Wohnsituation, (2) eine ältere Person mit einem gewissen Grad an körperlicher Vulnerabilität, (3) ein Familienmitglied, das psychische Probleme und/oder eine Suchtmittelabhängigkeit hat, (4) ein Familienmitglied, das zu einem gewissen Grad vom Opfer abhängig ist und (5) ein Kontext relativer sozialer Isolierung. Jedem dieser Risiken könnte einzeln begegnet werden, aber es ist wahrscheinlich, dass eine aus mehreren Komponenten bestehende präventive Intervention (*multicomponent prevention intervention*), die auf mehrere oder alle diese Faktoren zielt, effektiver sein wird“¹³³.

Die differenzierte Forschung zu Risikofaktoren, insbesondere in den USA, zielt vor allem auf deren Nutzbarmachung im Rahmen systematischer Screening- oder Assessmentverfahren. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, Interventions- und Präventionsmaßnahmen gezielt bei Personengruppen anzusetzen, die diese Risikofaktoren vorweisen. Pillemer et al. bemerken hier, diese seien zwar noch nicht entwickelt, aber „theoretisch vielversprechend“¹³⁴. Eine systematische Verbindung von theoretischen Annahmen und empirisch belegbaren Risikofaktoren hat bisher noch nicht stattgefunden. Solange keine evaluierten Screening- / Assessment-Instrumente verpflichtend in ein Monitoring-System integriert sind, wie von MILCEA gefordert¹³⁵, stellt die Forschung zum Thema Risikofaktoren lediglich einen, wenn auch wichtigen, Beitrag zur Entwicklung systematischer Präventionsansätze dar.

2.4.3 Zusammenfassung

Interpersonelle Gewalt gilt nicht als Pflegespezifikum, weshalb in Pflegebeziehungen nach Bedingungen gefragt wird, unter denen soziale Kontrolle versagt und es zu Gewaltausübung kommt. Diese Bedingungen werden zum einen durch theoretische Erklärungsmodelle und zum anderen durch empirisch gewonnene Risikofaktoren beschrieben. Die theoretischen Modelle sowie die Risikofaktoren reflektieren strukturelle, situative und individuelle Bedingungen, die Einfluss auf die Pflegebeziehung haben können.

Als strukturelle Bedingungen, die Gewaltausübung gegen ältere Pflegebedürftige begünstigen, gelten Altersdiskriminierung, institutionelle Bedingungen von Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen und die unzureichende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die habituellen Ressourcen der unteren Einkommensschichten. Für die Wirkung eines anderen kulturellen/Migrationshintergrundes gibt es keine Hinweise, die unabhängig vom sozialen Status sind. Unzureichende Personalausstattung und Ar-

¹³¹ Zur Verwendung des Begriffs „herausforderndes Verhalten“ bei Demenz vgl. Bartholomeyczik et al. (2006), S. 13: „Die Expertengruppe einigte sich auf den Begriff »herausfordernd«, weil dieser Begriff Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch“.

¹³² Ethnizität bzw. race ist kein Risikofaktor, wenn er gegen Einkommen, gesundheitlichen Status und soziale Unterstützung kontrolliert wird; vgl. Hernandez-Tejada et al. (2013).

¹³³ Pillemer et al. (2007), S. 251, eigene Übersetzung

¹³⁴ Pillemer et al. (2007), S. 250, eigene Übersetzung

¹³⁵ Kimmel et al. (2012), S. 23

beitsbelastung gehen statistisch mit einem erhöhten Risiko für die Ausübung von Gewalt durch Pflegekräfte gegenüber Gepflegten einher. In der informellen Pflege gibt es eine Vielzahl situativer und persönlichkeitsbezogener Risikofaktoren für erhöhte Gewaltausübung.

Situationsspezifische Belastungsfaktoren für erhöhtes Gewaltisiko sind schlechtes Betriebsklima, hohe Arbeitsbelastung und Burnout von Mitarbeitern in der professionellen Pflege, finanzielle Abhängigkeit der pflegenden Person, Zusammenleben von pflegender und gepflegter Person oder Zusammenleben mit anderen und geringe soziale Unterstützung in der informellen Pflege. Hier kommen als Belastungs- und damit Risikofaktoren die schlechte Beziehung zwischen Gepflegtem und pflegendem Angehörigen in der Vergangenheit, eine disharmonische, konfliktreiche Familienbeziehung bzw. Familien- oder Eheprobleme dazu. Allen Settings gemeinsam ist die soziale Isolierung des Gepflegten als ein Faktor für ein erhöhtes Risiko von Gewaltbetroffenheit.

Die zu Gewalt führenden Bedingungen so zu beeinflussen, dass Gewalt in Pflegebeziehungen verhindert oder verringert wird, ist das Ziel des vorliegenden Projektes. Im Kapitel 2.6 werden dazu die in der internationalen Literatur diskutierten Präventions- und Interventionsansätze ausgewertet.

2.5 Pflege in Deutschland am Beispiel der ambulanten Versorgung

Pflegebedürftigkeit ist für Pflegebedürftige verbunden mit dem Verlust von Selbständigkeit und Autonomie. Verlusterleben zeigt sich aus anderer Perspektive auch für die Person, die innerhalb der Familie die Pflege übernimmt, wenn eigene Bedürfnisse sich im Verlauf der mitunter lange andauernden Pflegezeit an den Erfordernissen und Unterstützungslagen des Pflegebedürftigen relativieren. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Übernahme von Pflegeverantwortung ist ein Lebensereignis, das für die Beteiligten mit dem Beginn eines neuen Lebensabschnitts gleichgesetzt werden kann; gleichzeitig aber auch als Verlust des bisherigen, gewohnten eigenen Lebens erlebt wird. Pflegebedürftigkeit stellt für alle in der Familie Beteiligten ein kritisches Lebensereignis dar. Vom Pflegebedürftigen wie auch von pflegenden Angehörigen wird ein hohes Maß an Lernfähigkeit und Veränderungsbereitschaft verlangt. Das bezieht sich sowohl auf die handlungspraktischen Kompetenzen der Alltagsbewältigung und Pflegedurchführung als auch auf die Beziehungsgestaltung zwischen allen an dem häuslichen Pflegearrangement beteiligten Personen und Institutionen. Wenn diese Anpassung an die neue Lebenslage von auch nur einem der Beteiligten nicht gelingt, sind möglicherweise recht schnell sozialstaatlich bereit zu stellende Interventionsstrategien gefragt, um prekäre Beziehungs- und Pflegesituationen zu vermeiden.

Zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben und Entbehrungen stellt der Gesetzgeber seit 1994 ein gefächertes Angebot von Leistungen aus der Pflegeversicherung bereit, das sich seitdem in mehreren Rechtsfortschreibungen weiter ausdifferenziert hat. Ob diese Angebote und die sich mittlerweile gebildete Infrastruktur der Versorgung geeignet und hinreichend sind, die Bedarfslagen der Pflegenden wie der Pflegebedürftigen so abzudecken, dass darüber auch präventiv Gewalt in der Pflege vermieden werden kann, bedarf des genaueren Hinsehens.

Das Versorgungssystem ist in Deutschland gegliedert:

- Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt u.a. Sachleistungen bei Krankheit und Behinderung durch Vertragspartner der Krankenkassen; häusliche Krankenpflege durch einen Pflegedienst sichert die Grund- und Behandlungspflege auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung in der Regel auf die Dauer von 4 Wochen.

- Rehabilitations- und Beratung zu Präventionsleistungen können bei Vorliegen der Indikation nicht nur vom Arzt sondern auch unmittelbar durch den MDK im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ausgelöst werden.
- Leistungen der Pflegeversicherung setzen dauerhafte Pflegebedürftigkeit, einen Antrag und das Vorliegen der im SGB XI genannten Kriterien voraus. Wird die Pflege in Eigenregie der Familie organisiert, kann der Versicherte wählen zwischen Geld-, Sach- und Kombinationsleistung. Die Leistungen sind nach oben begrenzt und orientieren sich am Grad der Pflegebedürftigkeit.
- Sofern der Versicherte die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwände aus eigenen Mitteln nicht aufbringen kann, kommt bei festgestellter Bedürftigkeit¹³⁶ ergänzend Sozialhilfe durch den örtlichen Sozialhilfeträger in Betracht.

Diese gegliederten Zuständigkeiten werden nicht nur überlagert durch wenig transparent gemachte divergierende Interessen von Pflege- und Krankenkassen, Sozialhilfeträgern und leistungserbringenden Diensten und Institutionen. Der individuellen Pflegesituation vor allem im häuslichen Bereich liegt auch eine bislang wenig untersuchte Grundhypothese des Gesetzgebers der ersten Pflegeversicherungsstunde zugrunde: die Teilleistungsversicherung des SGB XI „ergänzt bei häuslicher Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“ (so § 4 Abs. 2 SGB XI). Diese „ergänzenden Leistungen“ der Pflegeversicherung unterstellen ganz grundsätzlich das Vorliegen und Funktionieren des gesetzgeberisch zur Privatsache erklärten häuslichen Versorgungsarrangements, ohne dass diese bedeutende Annahme auf ihre Voraussetzungen und Realitätsnähe jemals wissenschaftlich untersucht noch ernsthaft von einem der zahlreichen Experten der Pflege je in Frage gestellt worden wäre. Die familiäre, häusliche Pflege wird im SGB XI als grundsätzlich möglich und auch funktionierend gedacht. Pflege und Pflegeleistung sind von der finanziellen Seite des Versicherten und seiner Familie betrachtet unter der gesetzgeberischen Grundannahme zu beleuchten, ob sich der Pflegebedürftige und seine Familie zum einen die erforderliche Pflege leisten kann und zum anderen unter dem tatsächlichen Aspekt, dass wenn man es sich finanziell leisten kann, man auch tatsächlich in der Lage ist, entweder die Pflege selbst zu erbringen oder sie als Dienstleistung vor Ort zu organisieren.

Bei der finanziellen Frage hat sich der Gesetzgeber im Hinblick auf die Verteilung der Verantwortungsebenen festgelegt: die Pflegeversicherung leistet einen nach Pflegestufe/-grad gestaffelten Zuschuss zur prinzipiell privat zu erbringenden oder privat zu organisierenden und zu finanzierenden Pflege. Wer die Finanzierung aus eigenen Kräften nicht stemmen kann, hat die Möglichkeit Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) zu beantragen, die Kinder subsidiär an ihre Unterhaltsverpflichtungen zu erinnern, oder sich exklusiv auf die ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung zu beschränken.

Zur Prävalenz der häuslichen Pflegearrangements, die sich mangels ausreichender Alterseinkünfte und -vermögen für die einzig mögliche Alternative entscheiden, nur die ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen, ist wenig bekannt¹³⁷; deren Folgen durchaus: Mängel in der Versorgung durch Überforderung der pflegenden Angehörigen und unterschiedliche Ausprägungen pflegerischer Vernachlässigung bis hin zur Unterversorgung.

¹³⁶ Die Bedürftigkeitsprüfung erfolgt nach §§ 82ff, 85ff, 90 SGB XII

¹³⁷ Die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger der über 80 Jährigen lag 2013 bei ca. 700.000- sagt aber nichts über deren soziale Altersabsicherung u.a. Sozialstatus aus.

Das Angewiesen sein auf die Hilfe, Unterstützung und Pflege macht aufgrund der bestehenden latenten Abhängigkeitssituation verletzlich. Der Schutz dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe wird systematisch vernachlässigt¹³⁸. Es fehlt an einem systematischen Schutz vor Unterversorgung, Vernachlässigung, Gewalt und Misshandlung; die systematische Verschränkung von Hilfen und Schutz, ähnlich wie in der Kinder- und Jugendhilfe fehlt.¹³⁹

Rat- und Hilfesuchende wissen vielfach nicht, welche Angebote es in ihrem Umfeld gibt, wie sie Leistungen in Anspruch nehmen können und welche Beratung sie wo erwarten können. Eine Antwort des Gesetzgebers bestand darin, dass er die Beratung der Pflegebedürftigen veränderte. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008 siedelt in § 7a SGB XI die Pflegeberatung bei den Pflegekassen an; die Pflegestützpunkte wurden unter gemeinsamer Verantwortung von Ländern, Kommunen und Pflegekassen konzipiert. Pflegestützpunkte werden auf Initiative der obersten Landesbehörden errichtet. Allerdings sind die Arbeits- und Funktionsweisen von Pflegestützpunkten nicht bundeseinheitlich; in Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden bislang keine Pflegestützpunkte eingerichtet. In wenigen Bundesländern gelang eine konsequente Verschränkung der vorhandenen Infrastruktur mit Pflegestützpunkten zu implementieren; Pflegeberatung gestalten die Pflegekassen mit unterschiedlicher Strategie als eigene Aufgabe aus. Kleinere Kassen haben die Aufgabe an kommerzielle Dienstleister out-sourced. Auch unter methodischen Aspekten ist keine einheitliche Aufgabenwahrnehmung festzustellen (unterschiedliche Dokumentation aufgrund unterschiedlicher Software-Systeme). Dabei sind die Grundlagen durch ein einheitliches Rahmenkonzept und unmissverständliche Qualifizierungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbands gelegt; die Aus- und Weiterbildungen zu Pflegeberatern bleiben unterschiedlich. Die Fallberatung vor Ort wird überlagert durch Telefonberatung durch zentralisierte Call-Center. Die Evaluation zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zeigt, dass eine Case-Management-basierte Beratung von Pflegebedürftigen Wirkung zeitigen kann; unabhängig davon, wo diese angesiedelt ist: die Belastungssituationen in der häuslichen Pflege lassen sich abmildern, die Pflegearrangements verbessern sich, unerwünschte und nicht erforderliche Heimeinzüge werden vermieden.¹⁴⁰ Die Aufnahme der Beratung auch im Sinne von Case-Management in das Aufgabenspektrum der Pflegeversicherung im Jahr 2008 war demnach richtig; es mangelt an der flächendeckenden Implementierung. Dieser Befund wird auch durch den Sachverständigenbericht im Gesundheitswesen¹⁴¹ geteilt: Für eine auf Autonomieerhalt und Teilhabe setzende, präventiv orientierte Versorgung und Pflege sind tragfähige Strukturen der Pflegeberatung und -information bedeutsame Elemente, denn sie leisten Unterstützung bei drohender oder sich manifestierender Pflegebedürftigkeit und können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und stationäre Unterbringungen zu verhindern bzw. zu verzögern. Es werden auch Anreize gefordert, um zu neuen Formen der Organisation der ambulanten Pflege zu gelangen, gerade auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Steuerung (Einführung von Case Management/Primary Nursing zur Verbesserung der personellen Kontinuität und Versorgungsqualität). Dabei zeigen die dargestellten Versorgungsprobleme die Rich-

¹³⁸ Hoberg et al. (2013)

¹³⁹ Zenz (2007)

¹⁴⁰ Klie et al. (2013)

¹⁴¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014)

tung auf, die es anzugehen gilt: es gibt in Deutschland für latent gefährdete pflegebedürftige Menschen keine Zuständigkeit und kein System für die Wahrnehmung einer kontinuierlich verantwortlichen Aufmerksamkeit.¹⁴² Darüber hinaus bedarf es vielfach der Abklärung von Problemlagen und der Koordination wie Abstimmung.

Bei der Benennung der Ursachen in der pflegerischen Versorgung sind neben den „ergänzenden Leistungen“ der Pflegeversicherung systemische Defizite greifbar:

Hoberg et al. machen eine ganze Reihe systemischer Defizite aus¹⁴³:

- Zentralisierung und Wettbewerbsorientierung sowohl von Leistungserbringerorganisationen wie auch von Kranken- und Pflegekassen stehen einem Sozialraum- und Gemeinwesenbezug im Weg.
- Präventions- und Rehabilitationsorientierung ist kaum ausgeprägt.
- Es fehlt ein wirksamer Lotse für Pflegebedürftige, Angehörige, Nachbarn. Versorgungsplanung und Koordination der Leistungen sind trotz des erwähnten Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI defizitär. Die Verschränkung der Pflegestützpunkte mit der kommunalen Sozialarbeit, dem Entlassmanagement der Krankenhäuser und den gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX lässt noch auf sich warten.

Zum letzten Punkt wird sich zeigen, ob und inwieweit die mit dem PSG III eingeführte Möglichkeit der modellhaften Übernahme der Gesamtverantwortung für die Beratung durch bis zu 60 Kommunen zu besseren Ergebnissen führen wird.

2.6 Interventions- und Präventionsansätze

2.6.1 Zum Begriff der Gewaltprävention

Abgeleitet aus der Epidemiologie im Sinne der Verhinderung des Auftretens bzw. Wiederauftretens einer Krankheit in der Bevölkerung oder in Bevölkerungsgruppen, wird der Begriff Prävention inzwischen auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen verwendet. Ausgehend von der sozialmedizinischen Definition von Prävention durch Caplan¹⁴⁴ entwickelte sich der Begriff Gewaltprävention. Nach Caplan lässt sich Prävention in drei Stufen untergliedern. Primärprävention zielt darauf ab, das Auftreten von Gewalt im Vorfeld zu verhindern. Sekundärprävention bezieht sich auf Maßnahmen oder Interventionen zur Vermeidung von Gewalt bei identifizierten Risikogruppen. Tertiärprävention beinhaltet Maßnahmen oder Interventionen, die die Auswirkungen (hier: von ausgeübter Gewalt) behandeln und einem möglichen Wiederauftreten (hier: von Gewalt) vorbeugen sollen.

Allgemein kann unterschieden werden zwischen Maßnahmen zur Verhältnis- und Maßnahmen zur Verhaltensprävention. **Verhältnisprävention** meint alle Maßnahmen, die auf struktureller Ebene ansetzen, also auf die Veränderung der Strukturen, die die eigentlichen Zielpersonen umgeben, während

¹⁴² Hoberg et al. (2013)

¹⁴³ aaO

¹⁴⁴ Caplan (1964)

Verhaltensprävention alle Interventionen beschreibt, die sich an Personen oder Personengruppen richten und bei diesen eine Verhaltensänderung bewirken sollen¹⁴⁵.

Eine umfassende Definition dazu stammt von Schatz (2002):

Gewaltprävention bezeichnet „alle institutionellen, personellen, verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, die der Entstehung von Gewalt vorbeugen bzw. diese reduzieren. Diese Maßnahmen zielen ab auf die Person selbst, auf die Lebenswelt dieser Adressaten wie auch auf den Kontext der sie tangierenden sozialen Systeme“¹⁴⁶.

Eine Vielzahl von Autoren weist darauf hin, dass wenig bis keine evidenzbasierten Erkenntnisse darüber vorliegen, welche Interventionen Gewalt gegen Ältere reduzieren¹⁴⁷. „Die Forschungsliteratur über Misshandlung von Älteren liefert noch keine schlüssigen Richtlinien für Präventionsprogramme“, stellen Pillemer et al. 2007 fest, und an dieser Feststellung hat sich bisher wenig geändert: „Auch Ploeg und Kollegen (2009)“, fassen Meyer und Abraham den Stand 2013 zusammen, „kamen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Gewalt gegenüber älteren Menschen zu dem Schluss, dass ein erheblicher Evidenzmangel auf diesem Gebiet besteht. So konnten lediglich insgesamt acht Interventionsstudien zur Gewaltprävention allgemein gegenüber älteren Menschen identifiziert werden. Keine der eingeschlossenen Studien zielte spezifisch auf die Gewaltprävention in Pflegebeziehungen ab. Zudem konnten aufgrund methodischer Limitationen keine zuverlässigen Aussagen über die Effektivität der Interventionen getroffen werden“¹⁴⁸.

Eine ‚Erfolgsmessung‘ ist bei einem Phänomen wie Gewalt in Pflegebeziehungen schwierig und die „Effizienz eines Programmes“ wird nach Smith und Long (2011) „häufig eher nach seiner Möglichkeit beurteilt, irgendetwas zu tun, als nach seiner Fähigkeit, das Problem zu lösen“. Sie warnen ebenfalls, dass jede implementierte Intervention ihre Grenzen habe, dass Erfolg in der Beseitigung von Misshandlung oft in kleinen Schritten gemessen werde und eine vollständige Lösung weder möglich noch realistisch sei¹⁴⁹. Eine Evidenzbasierung von Präventionsmaßnahmen erscheint trotzdem notwendig: So befürchten Pillemer et al., „dass einige weit verbreitete Ansätze zur Prävention und zum Umgang mit *elder abuse* in einigen Fällen unerwartete negative Konsequenzen haben könnten“¹⁵⁰.

Trotz fehlender Evidenz mangelt es nicht an Vorschlägen für Präventionsmaßnahmen auf allen Ebenen, die im Folgenden aufgegriffen werden.

2.6.2 Überblick zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei Gewalt in Pflegebeziehungen

Die folgende Auflistung beinhaltet Präventionsmaßnahmen zur Gewalt gegen Ältere, die unterschiedlichen Handlungsebenen (EU-weit, überregional, kommunal, institutionell) zugeordnet und an unterschiedliche Zielgruppen gerichtet sind:

¹⁴⁵ Vgl. Uhl (2005), S. 41

¹⁴⁶ Schatz (2002), o.S.

¹⁴⁷ Vgl. Kalaga et al. (2007), Daly (2011), Smith and Long (2011), Meyer und Abraham (2013)

¹⁴⁸ Meyer und Abraham (2013), S 34

¹⁴⁹ Smith und Long (2011), S 171, eigene Übersetzung

¹⁵⁰ Pillemer et al. (2007), S. 251, eigene Übersetzung

1. Allgemeine Maßnahmen zur Prävention – Zielgruppe: Gesamtbevölkerung oder spezielle Gruppen

- EU-Ebene
 - Recht des Pflegebedürftigen auf Schutz vor Gewalt verankern ^{M)}
 - [Europäische Richtlinie]^{M*)}
 - [Aufstellen EU-weiter Richtlinien/eines EU-weiten Aktionsplans] ^{M*)}
 - [Europäischer Aktionsplan]^{M*)}
 - [Benennung eines EU-weiten Ansprechpartners]^{M*)}
 - Einrichtung einer EU-Experten-Arbeitsgruppe ^{M)}
 - Evaluation der Instrumente und Schulungsprogramme ^{M)}
 - Internationale Leitlinie zur Sicherstellung der Güte der angewandten Instrumente ^{M)}
 - Validität der in der Forschung diskutierten Indikatoren und Risikofaktoren überprüfen ^{M)}
 - Förderung weiterer Forschung ^{M) L) T)}
 - Intensivierung internationalen (Forschungs-) Austauschs ^{L)}
 - Schaffung einer internationalen Datenbank (von Forschungsergebnissen, insb. zu Evaluation und Prävalenz) ^{L)}
 - Ausweitung der Forschung auf andere Länder, wie z.B. Rumänien oder Ungarn ^{L)}
 - Ausweitung der Forschung auf unbearbeitete Forschungsfelder wie ältere Menschen mit (kognitiven) Behinderungen, Ältere mit Migrationshintergrund ^{L)}, Forschung, die auch die kulturellen Unterschiede herausarbeitet ^{L) T)}
 - Öffentliche Aufklärungskampagnen (TV und Radio-Spots, Flyer, Plakate, öffentliche Vorträge) ^{P) M) G)}
 - ^{T)} Altersdiskriminierung thematisieren, Bewusstseinswandel bei jüngeren Menschen und rüstigen Älteren schaffen ^{L)}, Thematisierung von Themen wie Pflege und Altern insgesamt ^{L)}
- Nationale / überregionale Ebene
 - *Gesetzliche Verbesserungen*
 - Gesetzliche Verankerung des Rechts des Pflegebedürftigen auf Schutz vor Gewalt^{M)}
 - Gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen und umsetzen — ähnlich wie in verschiedenen Ländern im Bereich der häuslichen Gewalt gegen Kinder und Frauen ^{L) T)}
 - Ein „Erwachsenenschutz“, der neben älteren Menschen auch Erwachsene mit psychischen Gesundheitsproblemen, Lernschwierigkeiten und anderen Behinderungen einschließt ^{L)}
 - Gesetzliche Verbesserungen und Konzepte zur Prävention finanzieller Ausbeutung entwickeln ^{M)}
 - Aufstellen nationaler Richtlinien / eines nationalen Aktionsplans^{M)}/ einer nationalen Präventionsstrategie ^{L)}
 - Benennung eines nationaler Ansprechpartners ^{M)}
 - Einrichtung einer zentralen, für Informationssammlung, Dokumentation, Erstellung von Schulungsmaterialien etc. zuständigen Stelle ^{G)}
 - Eine breit geführte öffentliche Diskussion um die aktuelle und mittelfristige gesellschaftliche Ausgestaltung und Finanzierung von Pflege im Alter ^{G)}
 - Maßnahmen zur Sicherung der materiellen Grundversorgung älterer Menschen ^{G)}
 - Einrichtung einer nationalen Experten-Arbeitsgruppe^{M)}
 - Förderung weiterer Forschung ^{M) G) L)}
 - Neuorganisation von Pflegeheimen, die den Erfordernissen besonderer Kontrolle, Überwachung und begleitender psychologischer Betreuung des Personals Rechnung tragen ^{B)}
 - Erweiterung der Möglichkeiten der Aufsicht über ambulante Pflegedienste und der Qualitätskontrolle in diesem Bereich ^{G)}
 - (Flächendeckende) Implementierung von Screening- und Assessment-Instrumenten^{M)}
 - Schaffung spezifischer Angebote für Migranten ^{G)}
 - Verbesserung der materiellen Ausstattung und der Befugnisse von Seniorenvertretungen ^{G)}, intensive Auseinandersetzung von Senioren-Selbstorganisationen mit der Thematik ^{G)}
 - Überregionale telefonische Beratungsdienste (prüfen, ob sinnvoll) ^{G)}, Vereinheitlichung des Zugangs und der Öffentlichkeitsarbeit der lokalen Beratungsdienste ^{G)}
 - Verbesserung der Ausbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen ^{M) T)}, insbesondere von Ärzten ^{L)}, die Gewaltproblematik systematisch und flächendeckend in die Aus- und Fortbildung von Pflege- und medizinischen Berufen integrieren ^{G)}

- **Kommunale Ebene**
 - Leitfäden / Handlungspläne (bei Gewaltverdacht) für Kommunen entwickeln, Verantwortlichkeiten festlegen ^{M)}
 - Konzepte zur Prävention finanzieller Ausbeutung entwickeln ^{M)}
 - Bewusstsein von Professionellen erhöhen (Bildungsmaterialien und Workshops für Profis, die mit älteren Erwachsenen arbeiten) ^{P) M) G) T)}, (Mediziner, Pfleger, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen etc.) auch über Altersdiskriminierung aufklären ^{L)}
- **Institutionelle Ebene**
 - Ausreichende personelle Besetzung (v. a. in stationären Einrichtungen) ^{I) L)}
 - Der Schwere der Arbeit entsprechende Arbeitsorganisation und Vergütung ^{D)}
 - Leitfäden / Handlungspläne (bei Gewaltverdacht) in Institutionen entwickeln, Verantwortlichkeiten festlegen ^{M)}
 - Gewaltschutzbeauftragte in Pflegeorganisationen / ausgebildete Deeskalationstrainer bei jedem Träger / „IseF“^{I)}

2. Maßnahmen zur Prävention – Zielgruppe: Potenzielle Risikopersonen/-gruppen

- **Kommunale Ebene**
 - Ausbau von einschlägigen Beratungs- und Hilfeangeboten auf lokaler Ebene; sowohl Angebote für den Bereich der Pflege als auch thematisch breit angelegte und nicht auf die Gewaltproblematik beschränkte Kriseninterventions- und Beratungsdienste für ältere Menschen ^{G)}
 - Sensibilisierung und Fortbildung anderer (kommunaler) Akteure ^{M)}
 - Informations- und Unterstützungsangebote für ehrenamtliche Kräfte ^{M)}
 - Ärzte nehmen eine Schlüsselrolle im Erkennen von und der Intervention bei Gewalt gegen Älteren ein ^{M) T)}; Sensibilisierung und Fortbildung von Hausärzten ^{M) G)}; Verbesserte Ausbildung von Ärzten zur Erkennung von Misshandlung alter Menschen ^{B)}
- **Professionelle Pflege**
 - Screening ^{P)M)} / Assessment ^{M)} / Früherkennung ^{K)}
 - Praxisleitfaden zum Erkennen von Gewaltindikatoren und zum Umgang mit vermuteten oder bestätigten Gewaltfällen; primär an diejenigen Berufsgruppen gerichtet, bei denen in besonderem Maße Kontakte mit älteren Gewaltopfern zu erwarten sind; Verbreitung mit einer qualifizierten Fortbildung gekoppelt ^{G)}
 - Supervision, Fallbesprechungen als Standard für professionelle Pflegekräfte ^{I) L)}; begleitende psychologische Betreuung des besonders stressexponierten stationären Pflegepersonals ^{B)}
 - Fortbildung von Pflegekräften zum Thema Demenz ^{P) L)}
 - Burnout-Prophylaxe: Leitungen schulen, Überforderung von Pflegekräften zu erkennen ^{I)}
 - Kontrolle und Überwachung des besonders stressexponierten stationären Pflegepersonals ^{B) L)}
 - Prävention freiheitsentziehender Maßnahmen durch Medikalisierung: Beratungsansatz plus Informieren plus Verpflichtung zu schulen ^{I)}
- **Informelle Pflege**
 - Sensibilisierung und Empowerment älterer Menschen und Pflegebedürftiger ^{M)}
 - Beratung, Sensibilisierung und Fortbildung pflegender Angehöriger ^{M)}; trägerneutrale oder trägerübergreifende Beratungsangebote für pflegende Angehörige ^{G)}
 - Information pflegender Angehöriger über Entlastungsangebote ^{M) I)}; systematische und umfassende Information Pflegenden und Pflegebedürftiger über vorhandene Hilfe-, Beratungs- und Fortbildungsangebote, z.B. mit dem Versand der Pflegegeldbescheide ^{G)}
 - Unterstützung von Pflegenden (z.B., Stressmanagement, Kurzzeitpflege etc.) ^{P)M)}; entlastende Dienste für pflegende Angehörige ^{G)}
 - Fortbildung von pflegenden Angehörigen zum Thema Demenz ^{P)}

- Interventionen, die auf Personengruppen mit bekannte Risikofaktoren zielen, wie Behandlung psychische Probleme, Suchtbehandlung, berufliche Förderung, Schaffen von erschwinglichem Wohnraum^{P)} / Vermittlung einer angemessenen Wohnung oder Anpassung der Wohnung an die Bedarfssituation^{D)}
- Proaktive Angebote gegenüber bestimmten Gruppen mit besonderen Viktimisierungsrisiken (Demenzranke, Schwerstpflegebedürftige, Personen mit eingeschränkter Mobilität und eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten); Balance zwischen wirksamer Hilfe und Wahrung der Autonomie^{G)}

3. Interventionen – Zielgruppe: Gewaltbetroffene

- Nationale / überregionale Ebene
 - (Einführung einer) Meldepflicht^{P)} B)¹⁵¹
 - “Adult Protective Services”^{P)}
- Kommunale Ebene
 - Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle / Hotline^{M)} mit der Kompetenz und den Ressourcen zum Fallmanagement^{Z)}; Möglichkeit der anonymen Meldemöglichkeit (auch für Pflegefachkräfte^{I)}; Ausbau von Pflege-Beschwerde- und Schlichtungsstellen^{G)}
 - Gute Netzwerkarbeit zwischen Akteuren der Pflege und Beratung und vor allem auch in den Gemeinden vor Ort^{I)}
 - Verknüpfung von telefonischen Beratungs- und Hilfeangebote für von Gewalt bedrohte und betroffene ältere Menschen mit proaktiven, aufsuchenden Maßnahmen^{G)}
 - Screening / Früherkennung^{P)} K)
 - Hausbesuch durch Polizei und Sozialarbeiter^{P)} (teilweise negative Effekte)
 - Social support, Selbsthilfegruppen^{P)}
 - Frauenhäuser und Notunterkünfte^{P)}
 - Schaffung geeigneter Schutz- und Krisenräume für ältere Frauen / Anpassung der Angebote für von Gewalt betroffene Frauen an die Zielgruppe der älteren Frauen^{G)} Z)
 - Behandlung von psychischen Problemen und Suchtmittelabhängigkeit^{P)}
 - Anti-Aggressivitäts-Training, Beratung^{P)}
 - Unterstützungsangebote für Pflegenden^{P)}

Quellen:

B) Bericht der Gewaltkommission der Bundesregierung (Schwind et al. 1990)

D) Dieck 1993

G) Görgen et al. (2002a) (Empfehlungen auf der Basis einer Expertentagung)

I) Nennung durch Interviewpartner im Projekt „Gewaltfreie Pflege“ 2013-2015

L) Tagungsbericht Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen: Tagung Gewalt und Vernachlässigung gegenüber alten Menschen 2010 (Wilms 2010)

M) MILCEA-Final Report (Schempp et al 2007)

M*) Übertragung von nationalen MILCEA-Empfehlungen auf die EU-Ebene

P) Pillemer et al. (2007)

T) The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (WHO 2003)

• Z) Zwischenergebnis im Projekt „Gewaltfreie Pflege“

• K) PurFam-Assessment, Zank & Schacke (2013)

¹⁵¹ Bericht der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission): „Vorschlag Nr. 7: Befürwortet wird die Einführung von gesetzlich präzisierten Melderechten für Ärzte und andere Berufsgruppen, die einer Schweigepflicht unterliegen, bei Kindes-, Partner- und Altenmisshandlung. Vorschlag Nr. 8: Sollte es zu der mehrfach geforderten Meldepflicht für Ärzte, Pflegepersonal usw. kommen, so wäre diese so zu gestalten, dass sie zunächst nur die vorrangig befassten sozialen Stellen erreicht. Adressat: Bundesgesetzgeber“ (Schwind et al. 1990, S. 185).

2.6.3 Präventionsansatz des Projekts „Gewaltfreie Pflege“: Intervention durch kommunale Akteure und Akteure des Gesundheitssystems

In Abstimmung mit den Partnerkommunen sollten folgende Maßnahmen für die Erprobung innerhalb des Projekts „Gewaltfreie Pflege“ berücksichtigt werden:

Auf kommunale Strukturen gerichtet (Verhältnisprävention):

- Ausbau von einschlägigen Beratungs- und Hilfeangeboten auf lokaler Ebene; sowohl Angebote für den Bereich der Pflege als auch thematisch breit angelegte und nicht auf die Gewaltproblematik beschränkte Kriseninterventions- und Beratungsdienste für ältere Menschen ^{G)}
- Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle / Hotline ^{M)} mit der Kompetenz und den Ressourcen zum Fallmanagement ²⁾; Möglichkeit der anonymen Meldemöglichkeit (auch für Pflegefachkräfte ¹⁾); Ausbau von Pflege-Beschwerde- und Schlichtungsstellen ^{G)}
- Leitfäden / Handlungspläne (bei Gewaltverdacht) für Kommunen entwickeln, Verantwortlichkeiten festlegen ^{M)}
- Gute Netzwerkarbeit zwischen Akteuren der Pflege und Beratung und vor allem auch in den Gemeinden vor Ort ¹⁾
- Verknüpfung von telefonischen Beratungs- und Hilfeangebote für von Gewalt bedrohte und betroffene ältere Menschen mit proaktiven, aufsuchenden Maßnahmen ^{G)}
- Konzepte zur Prävention finanzieller Ausbeutung entwickeln ^{M)}

An kommunale Akteure gerichtet (Verhaltensprävention):

- Bewusstsein von Professionellen erhöhen (Bildungsmaterialien und Workshops für Profis, die mit älteren Erwachsenen arbeiten) ^{P) M) G) T)} (Mediziner, Pfleger, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen etc.) auch über Altersdiskriminierung aufklären ^{L)}
- Sensibilisierung und Fortbildung anderer (kommunaler) Akteure ^{M)}
- Informations- und Unterstützungsangebote für ehrenamtliche Kräfte ^{M)}
- Ärzte nehmen eine Schlüsselrolle im Erkennen von und der Intervention bei Gewalt gegen Ältere ein ^{M) T)}; Sensibilisierung und Fortbildung von Hausärzten ^{M) G)}; Verbesserte Ausbildung von Ärzten zur Erkennung von Misshandlung alter Menschen ^{B)}

Folgende Kernelemente waren im Rahmen dieses Projekts – in Anlehnung an die Empfehlungen von MILCEA¹⁵² – für die Entwicklung und Erprobung eines kommunalen Präventionskonzepts von besonderer Bedeutung:

Zentraler Ansprechpartner: Es gibt einen zentralen Ansprechpartner zum Thema Gewalt mit definierten Zuständigkeiten, der allen Akteuren bekannt ist.

Klare Handlungsleitlinien auf kommunaler Ebene und innerhalb der Organisationen: Alle Akteure, die professionell oder ehrenamtlich mit älteren Pflegebedürftigen in Kontakt kommen,

¹⁵² Vgl. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/120712_final_report_milcea.pdf, Abruf 21.1.2016

wissen, wer im Falle von Gewalt in Pflegebeziehungen und von Risikosituationen gegenüber älteren Pflegebedürftigen wofür zuständig ist. Innerhalb dieser zuständigen Institutionen wissen alle Mitarbeiter, welche Möglichkeiten sie haben, ihre Verantwortung wahrzunehmen.

Es gibt *Wissen und Standards zum Erkennen von Gewalt in Pflegebeziehungen und von Risikosituationen*, die allen Akteuren, die professionell oder ehrenamtlich mit älteren Pflegebedürftigen in Kontakt kommen, bekannt sind.

Sensibilisierte Akteure: Alle Akteure, die professionell oder ehrenamtlich mit älteren Pflegebedürftigen in Kontakt kommen, sind auch in Bezug auf ihr eigenes Verhalten gegenüber älteren Pflegebedürftigen für Gewaltfreiheit sensibilisiert.

Sensibilisierte Angehörige, Umfeld und Öffentlichkeit: Ältere Pflegebedürftige, deren Angehörige, ihr Umfeld und die Bevölkerung sind für das Thema sensibilisiert und wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie ihr eigenes Verhalten oder das Verhalten anderer als Risiko oder als manifeste Gewalt wahrnehmen.

3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

Die Universität zu Köln¹⁵³ war im vorliegenden Projekt *Gewaltfreie Pflege – Prevention of elder abuse (GfP)* beauftragt, die kommunalen Entwicklungs- und Implementierungsprozesse wissenschaftlich zu begleiten.

Die konkrete Forschungsfragestellung, die sich aus den kommunalen Prozessverläufen ableitete, teilte sich dabei in zwei Unterfragestellungen auf:

1. Welche kommunenspezifischen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei Gewalt in der Pflege wurden im Rahmen der projektbeteiligten Kommunen entwickelt und welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind geplant, damit kommunale Maßnahmen nutzbar werden? (Reflektion der Entwicklungsphase)
2. Konnten die entwickelten Zuständigkeiten in die Praxis implementiert werden, und welche Maßnahmen wurden umgesetzt, damit die implementierten Zuständigkeit bekannt werden konnten? (Reflektion der Implementierungsphase)

Dabei wurden Faktoren aufgedeckt, die sich während der Entwicklungs- und Implementierungsprozesse als flankierende Bedingungen herausstellten. Auf diese Weise sollten Handlungsempfehlungen aus dem Forschungsprojekt an andere Kommunen und die Politik ausgesprochen werden. Folgende Schlüsselfragen waren dabei zu berücksichtigen:

- Was sind die wesentlichen Merkmale des Präventionsansatzes und welche sind für die Hauptakteure entscheidend? Worin werden von Entscheidungsträgern Vor- und Nachteile gesehen? Wie gut ist der Präventionsansatz in der Praxis umsetzbar?
- Wie wird die Implementierung in der jeweiligen Untersuchungseinheit (organisationaler Akteur) geplant, umgesetzt und welche Ressourcen (personell, zeitlich, technisch) sind hierfür erforderlich?
- Wie kann der jeweilige organisationale Kontext der beteiligten Akteure beschrieben werden? Was ist förderlich und hinderlich für die Implementierung des Präventionsansatzes?
- Welche Merkmale der individuellen Akteure in den beteiligten Organisationen tragen zur erfolgreichen Implementierung bei? Wie beurteilen die Anwender Kosten und Nutzen? Wie ist die Akzeptanz?
- Wie gut kann die Innovation, der systematische Präventionsansatz im Versorgungsalltag umgesetzt werden?
- Welche Faktoren beeinflussen seitens der Zielgruppe eine erfolgreiche Implementation des Präventionsansatzes? Führt die Anwendung tatsächlich zum Schutz des älteren pflegebedürftigen Menschen vor Gewalt? Werden durch die Implementation des Ansatzes Risiken für Gewalt minimiert?

¹⁵³ Vertreten durch den Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie.

- Wie kann der äußere Umgebungskontext beschrieben werden und wie beeinflusst er die Implementierung? Gibt es externe Einflüsse, die die Implementierung der Innovation, des systematischen Präventionsansatzes behindern?

Neben den zentralen Fragestellungen zur Prozessevaluation verfolgte die wissenschaftliche Begleitung das Ziel, Ergebnisse über die Ergebnisqualität zu generieren, um Hinweise über die Effektivität implementierter Zuständigkeiten ableiten zu können.

Bei der Konzipierung des Forschungsdesigns und des methodischen Vorgehens im Projekt war die Tatsache zu berücksichtigen, dass die beteiligten Modellstädte¹⁵⁴ und kommunalen Prozesse heterogene Bedingungen aufwiesen, die eine Vergleichbarkeit der Kommunen beeinträchtigt:

Einerseits handelte es sich in der vorliegenden Studie um ein Fallstudienmuster im *Multiple-Case-Design* [1]¹⁵⁵ und andererseits divergierten die Zielsetzungen und Rahmenbedingungen zwischen den Kommunen bedeutsam, so dass eine Vergleichbarkeit und Generalisierung von Ergebnissen nur eingeschränkt möglich war:

- Die Maßnahmen sollten auf die individuellen Bedingungen der beteiligten Kommunen zugeschnitten sein,
- die Modellkommunen wiesen einen unterschiedlichen Prozessstand auf,
- die Maßnahmen wurden für unterschiedliche kommunale Settings erarbeitet.

Nachfolgend ist in Abbildung 2 das Forschungsdesign der wissenschaftlichen Begleitung veranschaulicht.

¹⁵⁴ Dortmund, Stuttgart, Landkreis Fulda, Potsdam

¹⁵⁵ Zielt auf die Vergleichbarkeit von Fällen.

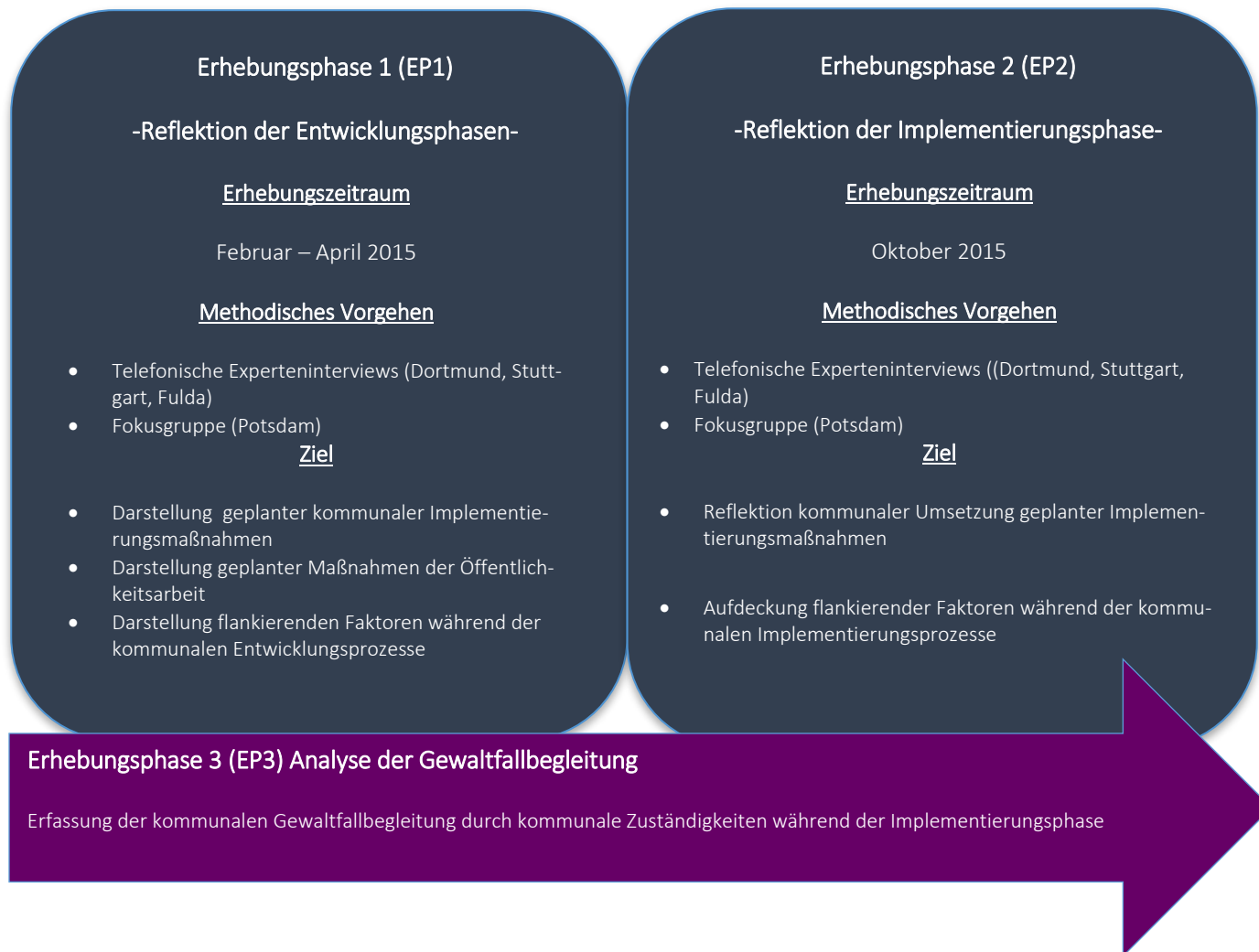


Abbildung 2: Forschungsdesign

Abbildung 2 zeigt auf, dass sich die wissenschaftliche Begleitung in drei Erhebungsphasen unterteilt. Während die Erhebungsphasen 1 (EP1) und 2 (EP2) auf die Erfassung und Implementierung von kommunalen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege und deren Bekanntmachung abzielte, fokussierte Erhebungsphase 3 (EP3) begleitend zu den kommunalen Implementierungsphasen die Analyse der Gewaltfallbegleitung durch die regionalen Zuständigkeiten und implementierten Verfahrenswege.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst das methodische Vorgehen differenziert nach den benannten Erhebungsphasen (EP1-3) dargestellt und im Anschluss werden die Ergebnisse veranschaulicht.

3.1 Methode

In den drei Erhebungsphasen (EP1-3) wurden unterschiedliche Erhebungsverfahren angewandt, die befragten Akteure und Instrumente werden daher nach den Erhebungsphasen 1-3 beschrieben.

3.1.1 Methodik zu EP1

Die Implementierungsmaßnahmen sind während der Entwicklungsphasen gemeinsam zwischen dem *Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)* und den beteiligten Kommunen ausgearbeitet worden. Allerdings zeigen die Kommunen ein unterschiedliches Vorgehen

während der Entwicklung auf und haben die Maßnahmen in eigenverantwortlicher Gestaltung ausgearbeitet, die sich an den regionalen Strukturen orientieren.

Aufbauend auf diesen Strukturen hat sich die wissenschaftliche Begleitung zu EP1 für die Verwendung eines deskriptiv-explorativen Ansatzes der Datengenerierung entschieden [2]. Es ist ein Interviewleitfaden (vgl. Anhang) erarbeitet worden, der die entwickelten *Implementierungsmaßnahmen*, geplanten *Implementierungsstrategien* und *flankierende Faktoren* während der kommunalen Entwicklungsphasen erfasst.

Im Austausch mit dem MDS sind kommunale *Stakeholder* identifiziert worden mit deren Expertise die Daten zu den regionalen Entwicklungsphasen erfasst wurden. Neben der regionalen Projektkoordination sind institutionell Vertreter befragt worden, die eine breite Perspektive auf die kommunalen Entwicklungsphasen ermöglicht haben. Abbildung 3 gibt eine Übersicht über die befragten Institutionen zu EP1.



Abbildung 3: Befragte institutionelle Vertreter zu EP1.

Die Datenerfassung erfolgte über leitfadenbasierte Telefoninterviews mit den Experten der Kommunen Stuttgart, Dortmund und Fulda. Der telefonische Zugang wurde aus zeit- und kostenökonomischen Gründen gewählt. Potsdam stellte bei der Datenerhebung eine Ausnahme dar, da es im gemeinsamen Austauschprozess mit dem MDS nicht möglich war, zentrale Akteure der Kommune zu identifizieren. Daher ist die Entscheidung gefallen, die Daten mittels eines Fokusgruppeninterviews zu generieren.

Die durchgeführten Interviews wurden aufgenommen und auf Basis des *einfachen Transkriptionssystems* [3] transkribiert. Die Analyse des schriftlich fixierten Datenmaterials erfolgte nach der Methode der *inhaltlich-strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse* [4, 5]. Nach Kuckartz (2014) wird die Methode insbesondere dazu verwendet, Inhalte zu explorieren, die thematisch angesprochen werden [4]. Für eine ausführliche Darstellung des Analyseablaufs wird an dieser Stelle ebenfalls auf Kuckartz (ebd.) verwiesen.

3.1.2 Methodik zu EP2

Während EP1 auf die Reflektion der kommunalen Entwicklungsphasen und die Darstellung der geplanten Implementierungsmaßnahmen abzielt, fokussiert EP2 die faktische Implementierung entwickelter

Maßnahmen und die Erfassung flankierender Maßnahmen während des Implementierungsprozesses. Dazu ist erneut ein Interviewleitfaden auf Basis einschlägiger *Outcomes* der Implementierungsforschung¹⁵⁶ [6] entwickelt und an die kommunalen Implementierungsmaßnahmen angepasst worden (vgl. Anhang II).

Da Potsdam zu EP2 nicht mit der Implementierung entwickelter Maßnahmen starten konnte, ist für Potsdam ein gesonderter Leitfaden entwickelt worden, der im Kern auf die Gründe der ausgebliebenen Implementierung abzielt (vgl. Anhang II).

Zu EP2 sind abermals sowohl die regionalen Koordinatoren des Projektes befragt worden als auch Vertreter von Institutionen, denen in der praktischen Umsetzung der Maßnahmen eine tragende Rolle zukommt¹⁵⁷. Abbildung 4 veranschaulicht dazu eine Übersicht.

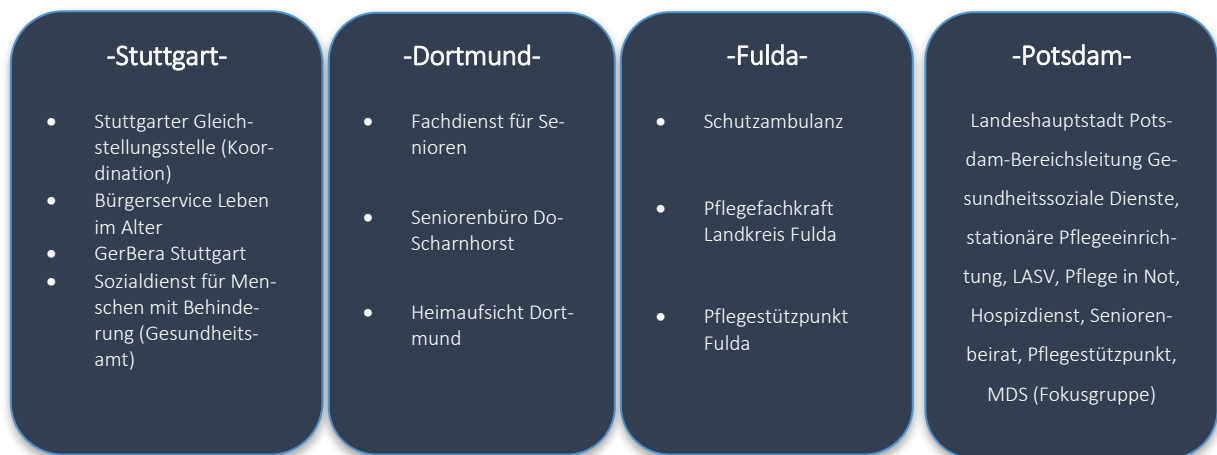


Abbildung 4: Befragte institutionelle Vertreter zu EP2

Die Datenerfassung erfolgte erneut mittels Telefoninterviews. In Potsdam ist aus den bereits zu EP1 benannten Gründen wiederholt eine Fokusgruppe durchgeführt worden.

Die Analyse zu EP2 ist auf Basis der mitgeschnittenen Interviewdaten erfolgt.

3.1.3 Methodik zu EP3

Neben der Beschreibung der entwickelten Implementierungsmaßnahmen (EP1) und dem Implementierungsprozess (EP2), wurde durch die Universität zu Köln ein selbstkonstruierter, digital ausfüllbarer Erhebungsbogen von Gewaltfällen erstellt (vgl. Anhang) und an die zentralen kommunalen Zuständigkeiten und fallbegleitenden Instanzen vor Beginn der Implementierungsphase ausgegeben (vgl. Kapitel 3)¹⁵⁸. Die fallbegleitenden Instanzen wurden gebeten, die Bögen nach Beendigung der Fallbegleitung per Email ausgefüllt zurückzusenden. Das Ziel ist die Generierung von Informationen über das

¹⁵⁶ Erfasste Kategorien der Implementierungsauscomes: Implementierte Zuständigkeiten, Zentrale Falldokumentation, Verfahrenswege & Rücklauf, Rund-um-die-Uhr Ansprechstrukturen (alles projektspezifische Indikatoren der Kategorie Wiedergabetreue, vgl. Petermann 2014), Widerstände, Ressourcen, Angemessenheit, Handlungssicherheit, umgesetzte Maßnahmen von Öffentlichkeitsarbeit und Mitarbeiteraufklärung.

¹⁵⁷ Die Identifizierung der zentralen Akteure geschah im gemeinsamen Austausch zwischen der wissenschaftlichen Begleitung und dem MDS.

¹⁵⁸ Nur Stuttgart, Dortmund, Fulda, da Potsdam nicht in die Implementierungsphase wechselte.

Gelingen der kommunalen Fallbegleitung und implementierten Verfahren. Anzumerken ist, dass aufgrund divergierender Zeitpläne die Implementierungsphasen bezüglich der Kommunen variierten: Während in den Kommunen Dortmund und Fulda der Erfassungsbogen sechs Monate angewandt wurde, konnte in Stuttgart lediglich ein Erfassungszeitraum von vier Wochen im Rahmen des Projektes umgesetzt werden, da sich der Start der kommunalen Implementierungsphase verzögerte.

3.2 Gesamtbeurteilung der Durchführung

Ausgehend von den Empfehlungen des MILCEA-Projekts, wurde zunächst ein auf Monitoring, Screening und Assessmentverfahren ausgerichteter Präventionsbegriff zugrunde gelegt:

Von Prävention kann dann gesprochen werden, wenn die Identifikation von Gewalt und/oder Gewalt Risiken und die Einleitung von konkreten Maßnahmen zum Schutz des pflegebedürftigen Menschen systematisch miteinander verknüpft werden: Das beinhaltet zum einen eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation des Pflegeprozesses, um entweder Risikosituationen sicher erkennen oder tatsächlich stattgefundenen Gewalt aufdecken zu können. Falls Gewalt stattgefunden hat oder stattzufinden droht, müssen auf der Basis dieser Informationen zum anderen konkrete Schutzmaßnahmen eingeleitet werden. Weil stets mehrere Akteure in die pflegerische Versorgung involviert sind (z.B. Pflegeeinrichtung; Heimaufsicht, gesetzlicher Betreuer), müssen diese auch in einen systematischen Präventionsansatz eingebunden und die verschiedenen Maßnahmen aufeinander abgestimmt sein. Alle beteiligten Akteure müssen sich der Indikatoren und Risikofaktoren für Gewalt bewusst sein; Risiken müssen regelmäßig überprüft und kontrolliert werden. Dafür sind Screening- und Assessment-Instrumente notwendig. Weiter muss ein Maßnahmenkatalog implementiert sein, der Instrumente und Strategien zum Schutz des pflegebedürftigen Menschen vorsieht. Verantwortlichkeiten müssen dort klar formuliert sein, damit bei einem konkreten Risiko oder Verdacht unverzüglich Informationen an den zuständigen Adressaten weitergeleitet werden können. Nach Durchführung bestimmter Maßnahmen sollte deren Wirksamkeit evaluiert werden: Falls der Schutz des Pflegebedürftigen nicht gewährleistet werden konnte, müssen weitere Maßnahmen zur Anwendung kommen. (Projektantrag 2012)

Die Interviews mit kommunalen Schlüsselakteuren und Diskussionen mit den kommunalen Steuerungsgremien ergaben, dass diese einer flächendeckenden Einführung von Assessment- und Screeninginstrumenten nicht folgen konnten. Dies überstiege nicht nur die vorhandenen Ressourcen, sondern auch die rechtlichen Kompetenzen der kommunalen Akteure. Stattdessen erfolgte eine Konzentration auf die Entwicklung bzw. Stärkung eines niedrighwelligen Meldewesens auf freiwilliger Basis mit Betonung des Beratungs- gegenüber dem repressiven Ansatz (niedrighwellige Anlaufstellen und Hotlines).

Das Projekt war gekennzeichnet durch eine wesentlich längere Entwicklungsphase und dadurch verkürzte begleitete Implementierungsphase als geplant: Die Entwicklung von kommunalen Präventionskonzepten hat in allen Kommunen mehr Zeit in Anspruch genommen als erwartet. Selbst in Stuttgart, wo noch zum Zeitpunkt des letzten Zwischenberichts das Projekt aufgrund des langen eigenständigen Vorlaufs in der Kommune kurz vor der Umsetzung zu sein schien, traten Verzögerungen auf, weil das Steuerungsgremium feststellte, dass ein ‚one-fits-all‘-Ansatz in der Prävention von Gewalt in der häuslichen Pflege nicht funktioniert, da die Fallkonstellationen deutlich unterschiedlich sind. Auf Grund dessen erfolgte hier eine Umorientierung auf ein Case-Management-Konzept, aus der zunächst die Notwendigkeit einer erneuten Schulung aller Akteure resultierte.

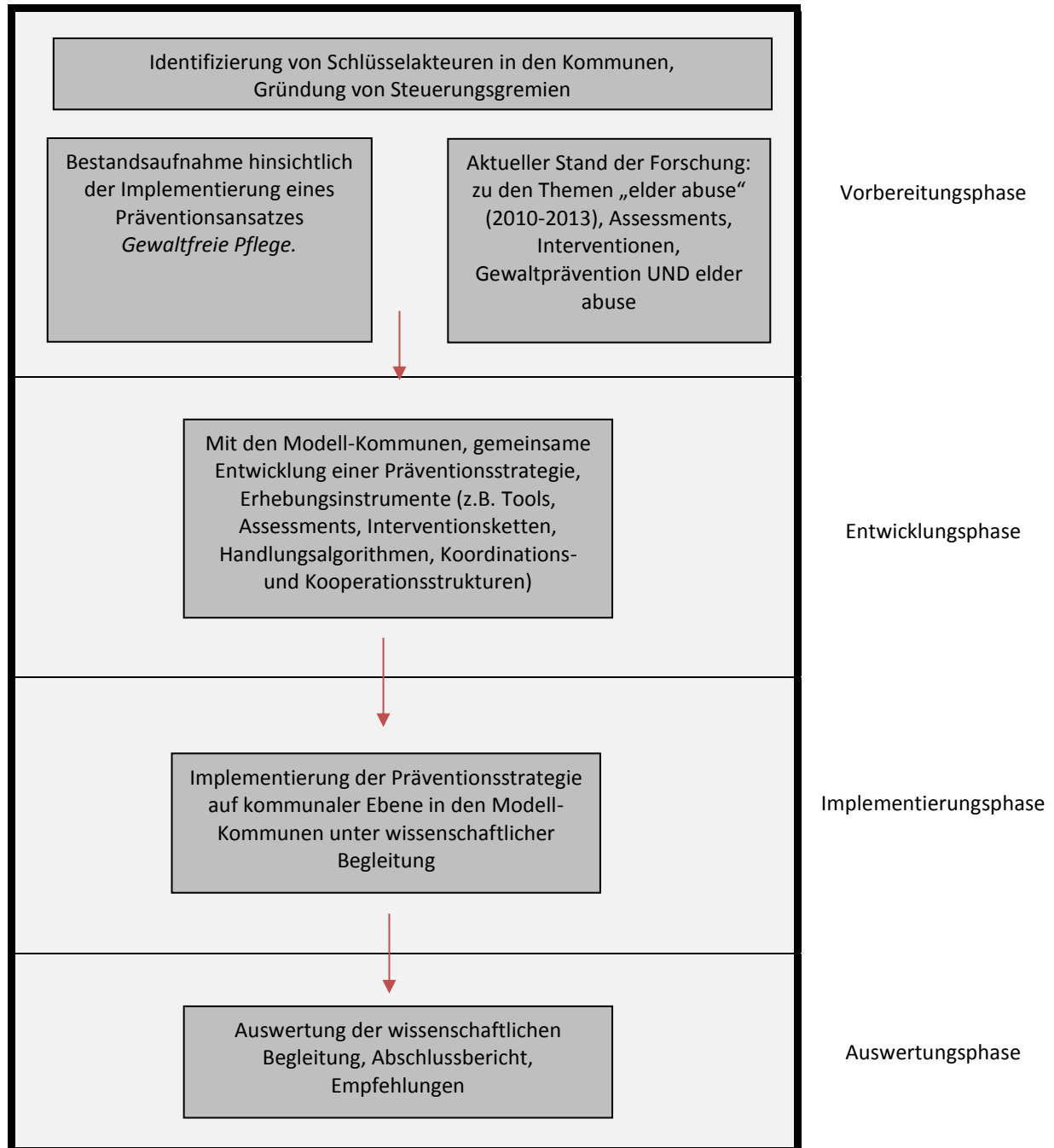
In Dortmund, Stuttgart und im Landkreis Fulda wurde die wissenschaftliche Begleitung der Implementierungsphase - entgegen der ursprünglichen Planung - auf ein halbes Jahr verkürzt. Dies führte dazu,

dass nur vergleichsweise wenige Fälle in der Fallerfassung auftauchten und auch die auszuwertenden Erfahrungen der beteiligten Akteure sich auf einen vergleichsweise engen Zeitraum bezogen. In Potsdam dauerten die Entwicklungsprozesse aufgrund des hier gewählten basisdemokratischen Ansatzes, länger als in den anderen Kommunen. Für die Entwicklung und Implementierung eines kommunenspezifischen Präventionsansatzes heißt das, dass hierfür von Zeiträumen von zwei bis drei Jahren ausgegangen werden sollte.

Arbeitsphasen des Projektes

Das Projekt wurde in vier Arbeitsphasen durchgeführt, die dem nachfolgenden Schaubild zu entnehmen sind:

Abbildung 5: Die Projektphasen im Überblick



Vernetzung als Projektschwerpunkt

Wesentlicher Schwerpunkt war die bessere Vernetzung und Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der beteiligten kommunalen Akteure. In Anlehnung an Görgen et al. (2002) wurden drei Arten von Netzwerken - mit zunehmender Intensität der Zusammenarbeit - unterschieden:

- Vernetzung als Information ist die selbstverständliche Grundlage, damit die verschiedenen Anbieterinnen und Anbieter bzw. Dienstleisterinnen und Dienstleister gegenseitig über die Inhalte der Arbeit und die konkreten Angebote informiert sind. Sie nutzen diese Information, indem sie bei Bedarf auf die anderen Angebote hinweisen.
- Vernetzung als Koordination setzt die Information über die Angebote voraus. Hier stimmen sich die Anbieterinnen und Anbieter über Delegation bzw. konkreten Angebote ab, entweder durch Absprache gleichberechtigter Träger, durch Delegation bzw. Koordination der Angebote durch eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator oder durch stärkere Verantwortungsübernahme der Koordinatorin bzw. des Koordinators (organisiert z. B. die Treffen innerhalb eines Netzwerks etc.).
- Vernetzung als Kooperation geht noch über Informations- und Koordinationsnetzwerke hinaus, weil gemeinsame Aktivitäten geplant und umgesetzt werden.¹⁵⁹

Im Rahmen des Projekts „Gewaltfreie Pflege“ wurden in den vier Modellkommunen alle drei Ebenen vernetzt. Darüber hinaus wurden verschiedene zielgruppenspezifische verhaltenspräventive Interventionen (Maßnahmen zur Schulung und Bewusstseinsbildung) implementiert. Details dazu sind dem folgenden Kapitel zu entnehmen.

¹⁵⁹ Vgl. Görgen et al. (2012), S. 413f

4 Projektverlauf

Das vorliegende Kapitel dient einem differenzierten Überblick über die kommunalen Entwicklungsprozesse. Dazu werden die kommunal-strukturellen Begebenheiten und Entwicklungsverläufe transparent abgebildet, damit der heterogene Charakter der beteiligten Modelkommunen deutlich wird. In allen Städten wurden zur Entwicklung von Implementierungsmaßnahmen kommunenspezifische Steuerungsgremien in enger Absprache zwischen dem MDS und den ortsansässigen Ansprechpartnern gegründet¹⁶⁰ und basierend auf einer Strukturanalyse durch bedeutsame Stakeholder (u. a. kommunale Aufsichtsbehörden, Beratungs- und Servicestellen, stationäre und ambulanten Pflegeanbieter, Leistungsträger) ergänzt und somit ein Zugang zum Projektfeld ermöglicht. Die Zusammensetzung der Steuerungsgremien variierte dabei allerdings bezüglich der Kommunen und den angestrebten Implementierungsmaßnahmen erheblich. Das vorliegende Kapitel gliedert sich daher nach den beteiligten Kommunen.

4.1 Stuttgart

Das Steuerungsgremium Stuttgart *Runder Tisch Gewalt gegen Ältere und in der häuslichen Pflege*¹⁶¹ wurde bereits 2010 auf Initiative der *Abteilung für individuelle Chancengleichheit Stuttgart* zur Implementierung von Maßnahmen gegen Gewalt in der häuslichen Pflege innerhalb der Kommune gegründet. Der Prozessverlauf innerhalb der Kommune war daher weitestgehend unabhängig von der Projektgestaltung durch den MDS organisiert und die wissenschaftliche Begleitung stand somit im Vordergrund. Abbildung 6 vermittelt eine Übersicht über den Stuttgarter Prozessverlauf.

Im gemeinsamen Austausch von Vertretern kommunaler Einrichtungen zielte das Steuerungsgremium auf eine nachhaltige kommunale Vernetzung im Bereich Prävention und Intervention bei Gewalt in Pflegekonstellationen und auf die Implementierung von Unterstützungsmaßnahmen ab.

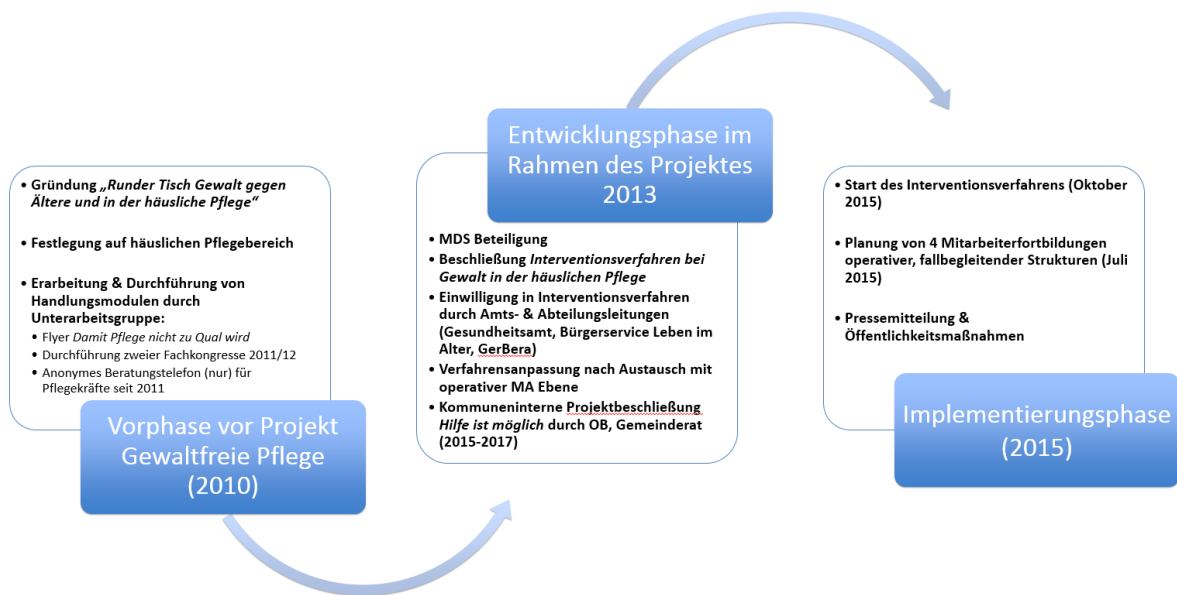
Bereits in der Vorphase des Projektes GfP wurden verschiedene Handlungsmodule entwickelt und durchgeführt (zwei Fachkongresse, Flyer-Entwicklung *Damit Pflege nicht zur Qual wird*, Implementierung eines anonymen Beratungstelefons für Pflegekräfte)¹⁶².

¹⁶⁰ Stuttgart: Abteilung für individuelle Chancengleichheit; Dortmund: Sozialamt - Fachdienst für Senioren; Landkreis Fulda: Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Fulda; Potsdam: Landesamt Potsdam-Sozial- und Gesundheitsplanung.

¹⁶¹ Name des Stuttgarter Steuerungsgremiums.

¹⁶² Für detailliertere Informationen zum Material und den Inhalten siehe Stuttgarter Flyer im Anhang.

Abbildung 6: Stuttgarter Prozessverlauf



Ab 2013 wurde die Implementierung des Handlungsmoduls *Interventionsverfahren bei Gewalt in der häuslichen Pflege* beschlossen. Als Begründung wurde die geringe Nutzung des bisherigen Beratungstelefons genannt und der Wunsch einzelner Pflegekräfte, systematische Unterstützungsstrukturen bei Gewalt in der informellen Pflege zu implementieren.

Es wurde unter Mitarbeit verschiedener Vertreter des Steuerungsgremiums ein Vorschlag für ein systematisches Interventionsverfahren bei Gewalt in der häuslichen Pflege entwickelt, das vorsah, *Rund-um-die-Uhr* Zuständigkeiten unter Beteiligung von fallbegleitenden Strukturen¹⁶³ zu etablieren.

Die ersten Entwürfe wurden allerdings von der operativen Mitarbeiterebene aufgrund eines zu stark aufgeprägten ordnungsrechtlichen Charakters und dem Wunsch, kommunale Doppelstrukturen zu vermeiden, abgelehnt. Das finale Verfahren für die kommunale Interventionsstrukturen sah vor, eine Erstanlaufstelle bei Gewalt zu etablieren, mit direkter Anbindung an die Stuttgarter Pflegestützpunkte¹⁶⁴ und die Förderung einer engen Zusammenarbeit mit den oben benannten fallbegleitenden Institutionen.

¹⁶³ Die Beratung und Unterstützung älterer, behinderter und/oder pflegebedürftiger Menschen ist in Stuttgart in drei unterschiedliche kommunale Verantwortungsstrukturen aufgeteilt:

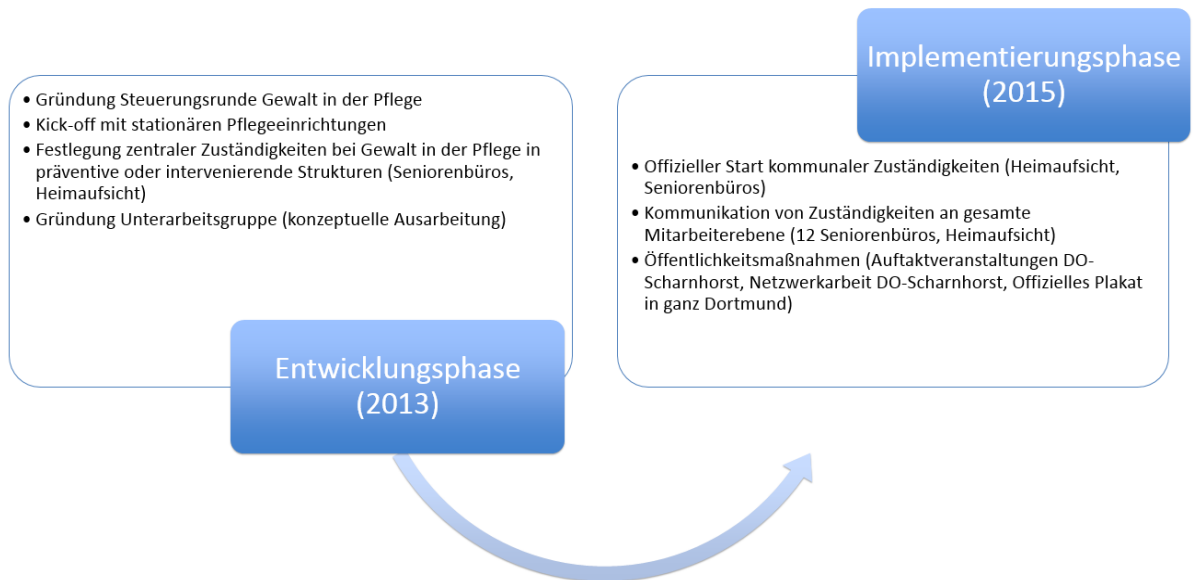
- *Bürgerservice Leben im Alter* angegliedert am Sozialamt mit Zuständigkeit für unterstützungsbedürftige Menschen über 65 Jahre
- *Gerontopsychiatrische Dienst* in gemeinsamer Trägerschaft der Caritas, der evangelischen Gesellschaft und dem Klinikum Stuttgart mit Zuständigkeit für psychisch kranke Menschen über 65 Jahre
- *Sozialdienst für Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung* angesiedelt am Gesundheitsamt für psychisch kranke Menschen zwischen 18 und 65 Jahre.

¹⁶⁴ In Stuttgart gibt es insgesamt zwei Pflegestützpunkte, die sich in gemeinsamer Trägerschaft zwischen der Landeshauptstadt Stuttgart und dem Verbund der Kranken- und Pflegekassen befinden. Die zwei Pflegestützpunkte bieten Hilfe- und Unterstützungsangebote zum Thema Pflege an und teilen ihre Zuständigkeit in den inneren und äußeren Stadtbezirk. Das Angebot der Pflegestützpunkte kann Mo, Mi, Fr (9 - 12 Uhr) und Do (16 - 17 Uhr) genutzt werden.

4.2 Dortmund

In Kooperation mit dem *Sozialamt - Fachdienst für Senioren* wurde zu Projektbeginn 2013 das Dortmunder Steuerungsgremium bei Gewalt in der Pflege mit weisungsbefugten Vertretern der kommunalen Versorgungslandschaft gegründet. Abbildung 7 vermittelt ergänzend eine grafische Übersicht.

Abbildung 7: Dortmundener Prozessverlauf



Das Steuerungsgremium erarbeitete Zuständigkeiten, die für den gesamten Pflegebereich (häuslich, ambulant, stationär) greifen, und sah vor, diese öffentlich bekannt zu machen. Darüber hinaus zielte sie darauf ab, ein interdisziplinäres Bewusstsein für die einschlägige Thematik unter den beteiligten Institutionen zu fördern.

Die konzeptionelle Erarbeitung von Inhalten für die kommunalen Zuständigkeiten und die Ausarbeitung zur Öffentlichkeitsarbeit geschah durch eine Unterarbeitsgruppe des Steuerungsgremiums in regelmäßigem Austausch mit dem MDS.

Im Ergebnis wurde die Heimaufsicht als intervenierende und ordnungsrechtliche Instanz in Dortmund festgelegt¹⁶⁵. Ergänzend wurden den Seniorenbüros eine präventive und sensibilisierende Zuständigkeit zugeordnet, um dem empfindlichen einschlägigen Thema auf eine niederschwellige und unterstützende Weise gerecht werden zu können.¹⁶⁶ Darüber hinaus wurde eine verstärkte Vernetzung zwischen den benannten Institutionen vereinbart.

¹⁶⁵ Nach dem Wohn- und Teilhabegesetz von NRW besteht die rechtliche Zuständigkeit bei der Heimaufsicht sowohl für den professionellen ambulanten wie für den stationären Pflegebereich (vgl. dazu § 2, 8 WTG). Daher wird diese als prädestinierte kommunale Instanz in Dortmund gesehen, um bei Gewalt in der Pflege zu intervenieren, da sie mit einer rechtlichen Expertise und Erfahrungswissen ausgestattet ist.

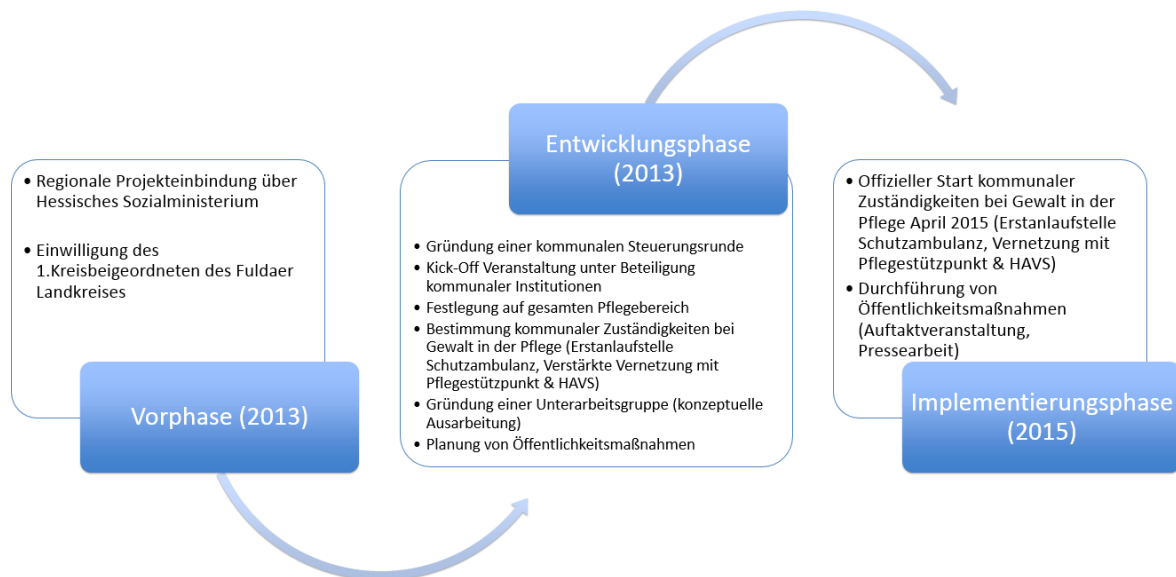
¹⁶⁶ Den Theorien zur Entstehung von Gewalt in Pflegekonstellationen folgend, sind Fälle nicht automatisch mit einem strafrechtlichen Charakter verbunden. Dies macht eine präventive und unterstützende Ausrichtung häufig notwendig.

Die öffentliche Sensibilisierung wurde auf den Stadtteil *Dortmund-Scharnhorst* beschränkt, damit der organisatorische Aufwand im Projekt geringer ausfiel, und in die Verantwortung des ansässigen Seniorenbüros gegeben. Konkret wurde im Rahmen der Implementierungsphase eine Auftaktveranstaltung mit Experten des institutionellen (ambulanten, stationären) Pflegebereichs im Stadtteil durchgeführt und eine Veranstaltung für pflegende Angehörige (häuslicher Pflegebereich) zum einschlägigen Thema organisiert (April & Mai 2015). Vorgestellt wurden auch Inhalte eines Fortbildungskonzeptes zur Thematik, das vom MDS und der Qualitätsbeauftragten der städtischen Seniorenheime Dortmund auf Basis etablierter Programme zusammengestellt wurde. Nach Umsetzung der stadtteilbezogenen Sensibilisierung sollte eine Ausweitung auf das gesamte Stadtgebiet diskutiert und umgesetzt werden.

4.3 Landkreis Fulda

Der Landkreis Fulda¹⁶⁷ gründete in enger Absprache mit dem MDS zu Beginn des Projektes 2013 ein Steuerungsgremium. Abbildung 8 vermittelt dazu eine Übersicht.

Abbildung 8: Fuldaer Prozessverlauf



Das Steuerungsgremium fokussierte ähnlich wie in Dortmund die Implementierung kommunaler Zuständigkeiten für den gesamten Pflegebereich (häuslich, ambulant, stationär) bei Gewalt in Pflegekonstellationen und die Förderung der öffentlichen Sensibilisierung zur einschlägigen Thematik.

Im Rahmen einer regelmäßigen Unterarbeitsgruppe mit Vertretern des Steuerungsgremiums wurden unterschiedliche Themen zur Implementierung diskutiert (u. a. Abklärung institutioneller Aufgabenspektren in der Gewaltthematik, institutionelle Zugangsmöglichkeiten in Häuslichkeit und Einrichtungen, datenschutzrechtliche Möglichkeiten).

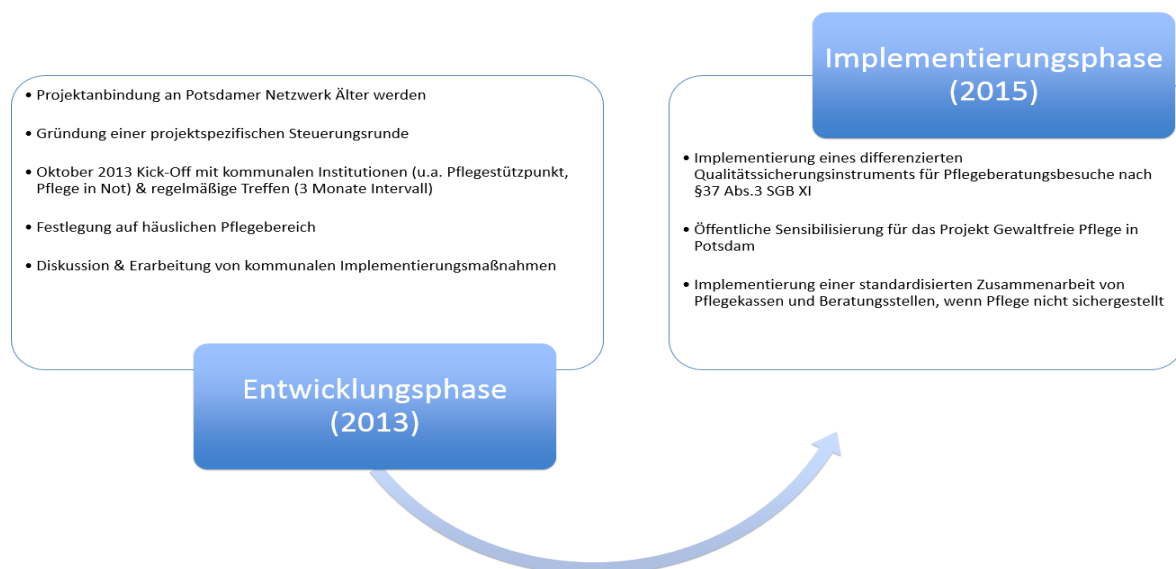
¹⁶⁷ Die Koordination im Landkreis Fulda verlief über den 1. Kreisbeigeordneten in enger Zusammenarbeit mit der ortsansässigen Schutzambulanz.

Im Ergebnis wurde eine Zweiteilung der Zuständigkeiten festgelegt: das Hessische Amt für Versorgung und Soziales (HAVS) als zuständige Institution für Gewalt in stationären und ambulanten Pflegekonstellationen und der kommunale Pflegestützpunkt für Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen. Zudem wurde die örtliche *Schutzambulanz* als Erstanlaufstelle und weitervermittelnde Instanz an die fallbegleitenden Institutionen benannt. Auch stand die öffentliche Sensibilisierung im Rahmen von Pressearbeit und der Durchführung einer kommunalen Auftaktveranstaltung im Fokus der kommunalen Umsetzung.

4.4 Potsdam

In Potsdam lag die Koordination des zu Beginn des Projektes gegründeten Steuerungsgremiums für Gewalt in der häuslichen Pflege bei der Gesundheits- und Sozialplanung der Landeshauptstadt. Abbildung 9 vermittelt eine Übersicht.

Abbildung 9: Potsdamer Prozessverlauf



Das Steuerungsgremium strebte dabei eine Anbindung und Vernetzung mit dem bestehenden *Netzwerk Älter werden* in Potsdam an.¹⁶⁸

Die Möglichkeiten der kommunalen Projektziele wurden von Oktober 2013 bis April 2015 während der Entwicklungsphase sehr breit diskutiert (u. a. Defizite in der pflegerischen Versorgungslandschaft, anzustrebendes Pflegesetting und Zielgruppen, Möglichkeiten von intervenierenden Zuständigkeiten).

In der Folge des Austausches, beschloss das Steuerungsgremium die Implementierung eines differenzierten Fragebogens im Rahmen der Pflegeberatungssituationen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und eine Verbesserung von differenzierten Kommunikationswegen zwischen Pflegediensten, Pflegekassen und niederschweligen Beratungsstellen vor allem im häuslichen Bereich bei Gewalt und Überforderung in der

¹⁶⁸ Das Netzwerk „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“ hat sich 2006 in Potsdam gegründet und verfolgt das Ziel eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Diensten und Einrichtungen anzustreben zum Wohle der älteren Bürgerinnen und Bürger innerhalb der Kommune. Dabei umfasst das Netzwerk unterschiedliche Institutionen aus den Bereichen Bildung, Seniorenvertretung, Wohnungsunternehmen, ambulante Dienste, stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen, Wohnungsunternehmen und Stadtverwaltung.

Pflege. Zudem wurden eine Ausweitung der öffentlichen Sensibilisierung zur Thematik und die verstärkte Bekanntmachung kommunaler Unterstützungsmaßnahmen als projektspezifische Ziele in Potsdam festgelegt.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen war allerdings mit erheblichen Hürden verbunden, welche in der Konsequenz die Implementierung der angedachten Maßnahmen im zur Verfügung stehenden Zeitrahmen verhinderten. Im folgenden Kapitel wird in dem *Exkurs Potsdam* auf diese hinderlichen Begebenheiten eingegangen.

5 Ergebnisse der Projektphasen

Das folgende Kapitel fasst die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Projektphasen zusammen. Bei der Auswertung der Entwicklungsphase durch die wissenschaftliche Begleitung (Erhebungsphase 1) liegt der Fokus auf der Darstellung und Begründung von geplanten Implementierungs- und Öffentlichkeitsmaßnahmen aus Sicht der in den Kommunen befragten Experten.¹⁶⁹ Die Auswertung der Implementierungsphase (Erhebungsphase 2) zeigt, wie weitreichend und auf welche Art die geplanten Maßnahmen im Rahmen der Implementierungsphasen umgesetzt werden konnten. Die Auswertung der Fallbegleitungsbögen (Erhebungsphase 3) veranschaulicht die Resultate der gemeldeten und begleiteten Gewaltfälle. Die Darstellung beruht im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Erhebungsphase 2 und 3 der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes durch Mitarbeiter des Lehrstuhls für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie der Humanwissenschaftlichen Fakultät an der Universität zu Köln.

Die konkrete Forschungsfragestellung, anhand derer die kommunalen Prozessverläufen ausgewertet wurden, teilte sich dabei in zwei Unterfragestellungen auf:

1. Welche kommunenspezifischen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei Gewalt in der Pflege wurden im Rahmen der projektbeteiligten Kommunen entwickelt und welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind geplant, damit kommunale Maßnahmen nutzbar werden? (Reflektion der Entwicklungsphase)
2. Konnten die entwickelten Zuständigkeiten in die Praxis implementiert werden und welche Maßnahmen wurden umgesetzt, damit die implementierten Zuständigkeit bekannt werden konnten? (Reflektion der Implementierungsphase)

Dabei wurde nach Bedingungen geforscht, die sich während der Entwicklungs- und Implementierungsprozesse als förderliche oder hinderliche Faktoren erwiesen. Auf diese Weise sollten Handlungsempfehlungen aus dem Forschungsprojekt an andere Kommunen und die Politik herausgearbeitet werden.

Neben diesen zentralen Fragestellungen zur Prozessevaluation verfolgt die wissenschaftliche Begleitung das Ziel, Ergebnisse über die Ergebnisqualität zu generieren, um Hinweise auf die Effektivität implementierter Zuständigkeiten ableiten zu können.

Die Datenerfassung erfolgte über leitfadenbasierte Telefoninterviews mit Schlüsselakteuren der Kommunen Stuttgart, Dortmund und Landkreis Fulda und mittels eines Fokusgruppeninterviews in Potsdam und eines digital ausfüllbaren Erhebungsbogens von Gewaltfällen.

¹⁶⁹ Vgl. Kapitel 11; Anhang 11.1.-11.3 in diesem Bericht

5.1 Ergebnisse der Vorbereitungs- und Entwicklungsphase: Vorhandene Strukturen der Kommunen

5.1.1 Zentrale Ansprechpartner mit definierten Zuständigkeiten, die allen Akteuren bekannt sind

Zu unterscheiden sind hier der Eingriff bei Bekanntwerden von akuter Gewaltanwendung, die Gefahrenabwehr (*Intervention*), und das Verhindern von Gewaltanwendung gegen ältere Pflegebedürftige im Vorfeld (*Prävention*). Auch wenn der Schwerpunkt des Projektes auf der Prävention liegt, so war es den Teilnehmern der Steuerungsgremien in allen Kommunen wichtig, die Zuständigkeiten in der Intervention¹⁷⁰ klarzustellen.

Die Zuständigkeiten im Bereich der *Intervention* bei der akuten und zukünftigen Gefahrenabwehr sind weitgehend gesetzlich geregelt (im häuslichen Bereich die Polizei-, Ordnungsbehörden und der sozialpsychiatrische Dienst sowie in Nordrhein-Westfalen die Heimaufsicht-Nachfolge, im stationären Bereich die Heimaufsicht-Nachfolgeorganisationen, in Hessen im professionellen ambulanten Bereich ebenfalls die Heimaufsicht Nachfolge Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht).

Bei der *Prävention* sind die institutionellen Strukturen in allen vier Kommunen unterschiedlich. In allen vier Kommunen gibt es niedrigschwellige Anlaufstellen, an die sich Betroffene, pflegende Angehörige, Angehörige des Umfeldes und zum Teil auch Pflegekräfte wenden können, wenn sie selbst Opfer sind, mögliche Gewalt beobachtet haben, selbst Gewalt ausgeübt haben, Aggressionen bei sich aufgrund von Überforderung oder anderen Risikofaktoren erleben oder sich unsicher sind, ob eine der vorgenannten Umstände zutreffen. Diese Anlaufstellen sind jedoch vom organisatorischen Zuschnitt unterschiedlich und werden auch unterschiedlich explizit in dieser Funktion beworben:

In *Potsdam* existiert ein Beratungsangebot, das sich ausdrücklich als Beratungsangebot zur Prävention eskalierender Gewalt, vor allem im Bereich der informellen Pflege, versteht (*Pflege in Not Brandenburg*). Die vom Land und der AOK Nordost geförderte Anlaufstelle in freier Trägerschaft ist für das gesamte Land Brandenburg zuständig. Neben telefonischer und persönlicher Beratung führt sie beratende Hausbesuche sowie Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch und arbeitet eng mit dem *Pflegestützpunkt* in Potsdam (s. u.) zusammen. Der Begriff der Gewaltprävention wird dabei lediglich in der Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit verwendet; gegenüber der Öffentlichkeit werden bewusst die Begriffe „schwierige Pflegesituation“ und „Konflikt“ verwendet.

Im *Landkreis Fulda* versteht sich die *Schutzambulanz* als ergänzendes Hilfsangebot für Frauen, Männer, Kinder, Jugendliche und Senioren, die von Gewalt betroffen sind. Hauptaufgaben des vom Land und dem Landkreis finanzierten Modellprojekts in kommunaler Trägerschaft sind die gerichtsverwertbare Beweissicherung und Dokumentation von Verletzungen, aber auch die Vermittlung von Hilfsangeboten. Von Menschen über 65 Jahre wird sie bisher selten in Anspruch genommen.

Parallel zu diesen Anlaufstellen gibt es in Potsdam und im Landkreis Fulda zentrale *Pflegestützpunkte* (nach § 92c SGB XI), die gemeinsam von den Kommunen und den Pflegekassen finanziert werden. Sie sind jeweils mit einer Sozialarbeitsfachkraft und einer Pflegefachkraft besetzt. Als niedrigschwellige Anlaufstellen für die Bevölkerung alle Fragen der Pflege betreffend sind diese auch für oben genannte

¹⁷⁰ Sofern man nicht die Intervention als Bestandteil von Prävention begreifen möchte.

Fragen der Gewaltprävention zuständig und ansprechbar. In der Außendarstellung wird auf diesen Aspekt ihres Angebots bisher nicht hingewiesen. Im Landkreis Fulda ist der Pflegestützpunkt in den gleichen Räumlichkeiten wie die Schutzambulanz innerhalb des Gebäudes eines Gesundheitszentrums angesiedelt.

In *Dortmund* und *Stuttgart* gibt es dezentrale Seniorenberatungsstellen in kommunaler Trägerschaft (Stuttgart: *Bürgerservice Leben im Alter*) bzw. kommunaler Trägerschaft in Zusammenarbeit mit freien Trägern der Wohlfahrtspflege (Dortmund: *Seniorenbüros*), die in allen Stadtbezirken bzw. Stadtteilen vertreten sind.

In *Stuttgart* wird dies ergänzt durch acht stadtteilnahe *Gerontopsychiatrische Dienste (GerBera)* in freier Trägerschaft, die den Gemeindepsychiatrischen Zentren angegliedert sind und neben der Begleitung der betroffenen Menschen auch deren Angehörige beraten. In Stuttgart existiert außerdem mit dem *StadtSeniorenRat Stuttgart*, ein von der Stadt geförderter gemeinnütziger Verein. Die Beschwerde- u. Beratungsstelle ist zuständig für Probleme der Altenpflege, für Betroffene / Angehörige, Bezugspersonen von älteren / behinderten / pflegebedürftigen Menschen im häuslichen oder stationären Bereich, Mitarbeitern von Fachdiensten und Einrichtungen und sonstigen Interessenvertretern (z. B. Bevollmächtigte, Bewohnervertreter). Daneben gibt es zwei zentralisierte *Pflegestützpunkte* in gemeinsamer Trägerschaft der Kommune und der Pflegekassen mit einem Schwerpunkt auf Leistungsberatung, die für jeweils eine Stadthälfte zuständig sind.

In *Dortmund* sind die Beratungs- und Unterstützungsaufgaben für Ältere und deren Angehörige, das Case-Management bei Problemen wie auch die Vernetzung von Angeboten in den 12 *Seniorenbüros* in jedem Stadtbezirk zusammengefasst. In den Räumen dieser Stadtteilzentren bieten zu bestimmten Zeiten Pflegeberater der Krankenkassen Beratung an. Die Seniorenbüros sind in gemeinsamer Trägerschaft der Kommune und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege.

Bewertung der zentralen Ansprechpartner nach Sozialraumorientierung und Aufgabenbündelung

Neben den vielfältigen Unterschieden in Organisationsform, Ausstattung, Trägerschaft, Finanzierung und teilweise auch inhaltlicher Ausrichtung erscheinen hier auf struktureller Ebene zwei Aspekte wesentlich: Die Sozialraumorientierung (sozialraumnah versus zentralisiert) und die Bündelung von verschiedenen beratenden und unterstützenden Aufgaben bei einer Organisation bzw. in den gleichen Räumlichkeiten versus einer Verteilung verschiedener Aufgaben auf mehrere Organisationen respektive verschiedene Orte (Aufgaben gebündelt versus verteilt). Eine *sozialraumnahe Bündelung* von präventiven Aufgaben wie Beratung, Case Management, Aufklärung/Sensibilisierung und kommunaler Vernetzung bei einer Organisation oder mehreren eng miteinander kooperierenden Organisationen ist hier als optimal anzusehen, während eine *Verteilung* dieser Aufgaben auf mehrere Organisationen an unterschiedlichen *sozialraumfernen* Standorten sich eher als weniger geeignet für die Wahrnehmung gewaltpräventiver Aufgaben darstellt, weil Mehrfachzuständigkeiten zu zusätzlichem Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf führen, die in einer gebündelten, sozialraum-nahen Ausgestaltung effektiver erscheinen.

	Dezentral	Zentral
Aufgaben gebündelt	Dortmund <i>Seniorenbüros</i>	(Landkreis Fulda) <i>Pflegestützpunkt & Schutzambulanz</i>
Aufgaben verteilt	Stuttgart <i>Beratungsstellen Bürgerservice Leben im Alter, Gerontopsychiatrische Beratungsstellen</i>	Potsdam <i>Pflegestützpunkt, Beschwerde- und Beratungsstelle Pflege In Not</i> Stuttgart <i>Pflegestützpunkte, Beschwerde- und Beratungsstelle StadtSeniorenRat</i>

Abbildung 10: Versorgungsstrukturen Beratung

Die Bündelung von Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsaufgaben an sozialraumnahen Standorten ist in Dortmund durch die Seniorenbüros weitestgehend verwirklicht. Im Landkreis Fulda werden die Angebote der *Schutzambulanz* und des *Pflegestützpunktes* zwar tendenziell sozialraumfern für den Landkreis zentral an einem Ort angeboten, diese arbeiten bewusst in den gleichen Räumlichkeiten und kooperieren eng. In Potsdam sind die Aufgaben zwischen Pflegebeschwerde- und Präventionsstelle (*Pflege in Not Brandenburg*) und *Pflegestützpunkt* aufgeteilt und werden an zwei zentralen, voneinander getrennten Orten angeboten (wobei die Vernetzung der Pflegebeschwerdestelle mit dem Pflegestützpunkt konzeptionell verankert ist). In Stuttgart gibt es sowohl zentrale als auch dezentrale Angebote, die auf verschiedene Organisationen verteilt sind. Die Diversifizierung der Aufgaben ist mit drei zentralen Akteuren mit verschiedenen Aufgabenbereichen und verschiedenen Angeboten vergleichsweise hoch ausgeprägt.

Diese unterschiedlichen Strukturen schlagen sich in den verschiedenen Schwerpunkten der entwickelten kommunalen Handlungspläne zur Verbesserung der Prävention von Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege nieder. Während in Dortmund-Scharnhorst und im Landkreis Fulda der Schwerpunkt auf einer Profilschärfung der jeweiligen Institutionen gegenüber Öffentlichkeit in Bezug auf Gewaltprävention in der Pflege älterer Menschen lag, bedurfte es in Potsdam noch einer größeren Bekanntheit des bestehenden Angebots. In Stuttgart wurden mit der Bündelung der Aufgaben in eine zentrale

Anlaufstelle die Voraussetzungen dafür geschaffen, diese gegenüber der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

5.1.2 Wissen der Akteure

Weitere Anforderungen an ein kommunales Präventionskonzept erstrecken sich auf Wissen der Akteure über Zuständigkeiten im Falle von Gewalt und von Risikosituationen gegenüber älteren Pflegebedürftigen, Wissen über Mittel, diese Verantwortung wahrzunehmen, Wissen und Standards der Akteure zum Erkennen von Gewalt und von Risikosituationen sowie ein hoher Sensibilisierungsstand in Bezug auf eigenes gewaltfreies Verhalten gegenüber älteren Pflegebedürftigen.

Auf kommunaler Ebene wurde das Thema „Gewalt in der Pflege“ in den untersuchten Kommunen seit der Gründung von Runden Tischen / Steuerungsgremien zu diesem Thema thematisiert. In Dortmund, Potsdam und im Landkreis Fulda wurden diese Runden Tische auf Initiative des MDS im Rahmen der Projektdurchführung gegründet, in Stuttgart bestand dieser bereits vor Projektstart. In allen vier Modellkommunen bauten diese Steuerungsgremien auf bereits bestehende Vernetzungsgremien auf. Innerhalb der meisten befragten Institutionen fand die Thematisierung von Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege wenig systematisch, sondern eher einzelfallbezogen statt. Nur eine Minderheit der befragten Institutionen berichtete von vorhandenem spezifischem Fachwissen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Thema Gewalt; das Wissen der Mitarbeiter weise zudem bislang wenig Anwendungsbezug auf. Die Mehrzahl der befragten Akteure gab an, dass bereits unterschiedliche Maßnahmen ergriffen worden seien, um Mitarbeiter ihrer Institution auf das Thema aufmerksam zu machen und Wissen zu generieren. Die dort ergriffenen Maßnahmen waren je nach Institution in ihrer Art (schriftliche Informationen, Fortbildungen & Schulungen, Fall- & Dienstbesprechungen im Team) und in ihrem Umfang (einmalig, mehrmalig-unregelmäßig, regelmäßig) sehr unterschiedlich.

In der Tendenz ergab sich hier ein wenig überraschender Zusammenhang: Je näher eine Institution in ihrem bisherigen Aufgabenzuschnitt am Thema Gewaltprävention und Intervention bei Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige arbeitet, desto eher haben deren Mitarbeiter auch Fachwissen hierüber. Schulungs-, Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen innerhalb der Institutionen finden bei einzelnen Akteuren statt, sind aber in den meisten Institutionen nicht Standard. Dort, wo sie gesetzlich vorgeschrieben sind, wie z. B. für stationäre Pflegeeinrichtungen und ihnen gleichgestellten Wohnformen in Brandenburg, gibt es keine einheitlichen inhaltlichen Vorgaben. Ein Beispiel für das Vorhandensein eines institutionellen Standards ist die *Städtische Seniorenheime Dortmund gemeinnützige GmbH*, die zum Thema Gewalt in der Pflege in ihren Einrichtungen regelmäßig Fortbildungen durchführen, mit dem Schwerpunkt des Selbstschutzes und Deeskalationsstrategien bei Übergriffen von Bewohnern gegenüber Personal.

Instrumente zur Einschätzung von Gewalt oder von Risikosituationen waren in keiner der befragten Institution oder Dienste im Einsatz. Die meisten Befragten sahen Fortbildungs- und Sensibilisierungsbedarf sowohl bei Pflegefachkräften als auch bei Mitarbeitern von Diensten und Führungskräften aber auch Informationsbedarf bei pflegenden Angehörigen. Vor allem von ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen wurde vorgeschlagen, eine speziell geschulte Ansprechperson für Gewaltprävention auf Trägerebene zu schaffen.

5.1.3 Sensibilisierung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Öffentlichkeit und Wissen über Ansprechpartner und Hilfsangebote

Die meisten befragten Experten sahen eine Sensibilisierung der Bevölkerung, vor allem aber eine Sensibilisierung von pflegenden Angehörigen, als notwendig an. Unzureichendes Wissen über Krankheitsbilder und deren Symptome, über Therapien und deren Alternativen, Überforderung und Scham, sich Hilfe zu holen, sahen die meisten befragten Experten als Hauptursachen, die zu Gewaltanwendung gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich führen können.

Informelle Vernetzungsstrukturen, Beziehungen der Akteure untereinander, ihre Rolle im Entwicklungs- und Implementierungsprozess

Mit Hilfe des Instruments „Akteursmapping“ aus der Akteursanalyse¹⁷¹ wurden die Netzwerkbeziehungen der Akteure anhand der Antworten auf die Frage dargestellt, wer wen als gewünschten zentralen Ansprechpartner benannte¹⁷². Auf diese Art kristallisierte sich heraus, wer von den befragten Akteuren als zentral gesehen wird und wer aufgrund seiner engen Vernetzung als zentral angesehen werden kann.

Neben der Nachfolgebehörden der früheren Heimaufsicht kristallisierten sich hier die bereits benannten Schlüsselakteure heraus und es bestätigte sich, dass diese Akteure eine zentrale Rolle bei einer besseren Vernetzung und als zentraler Ansprechpartner spielen könnten.

Daneben gibt es weitere Akteure, die aufgrund ihrer Stellung im Netzwerk oder ihrer Stellung in der Kommune als „Schlüsselakteure“ (*key stake holders*¹⁷³) bezeichnet werden müssen. Im Landkreis Fulda nimmt hier zum Beispiel die *Pflegefachkraft des Landkreises* (zuständig für die Begutachtungen im Rahmen von Hilfen zur Pflege nach SGB XII) durch Doppelfunktionen in der Schutzambulanz und enge Zusammenarbeit mit dem politischen Koordinator eine Schlüsselrolle ein.

5.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Strukturanalyse in den Kommunen

In allen vier Kommunen konnten bereits bestehende Präventionsstrukturen identifiziert werden. Es gab in allen vier Kommunen sowohl Akteure, die für Intervention bei Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege zuständig waren (wenn auch nicht in allen Settings) als auch Akteure, die Präventionsangebote machen. In Dortmund und im Landkreis Fulda wurde es von den befragten Experten als notwendig herausgestellt, dass diese Akteure lediglich weiter qualifiziert und, wie auch in Potsdam, bekannter gemacht werden sollten. In Stuttgart erwies es sich als Aufgabe, verschiedene Akteure zu vernetzen und zu einer Anlaufstelle zusammenzufassen, sowie deren Mitarbeiter zu qualifizieren. In allen Kommunen wurde eine Sensibilisierung sowohl von Mitarbeitern der beteiligten Institutionen wie auch von Pflegefachkräften und von pflegenden Angehörigen als notwendig angesehen. Ein systematischer, den Mitarbeitern aller beteiligten Akteure bekannter Handlungsplan bei Bekanntwerden von Risiken und manifester Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige war in keiner der untersuchten Kommunen vorhanden, wenn auch bei den einzelnen verantwortlichen Diensten wie Heimaufsichtsbehörden, Betreu-

¹⁷¹ Vgl. Zimmermann (2006).

¹⁷² In den Interviews wurde erhoben, mit wem die befragten Akteure zusammenarbeiten und wen sie als zentralen Ansprechpartner für das Thema Gewalt in der Langzeitpflege Älterer benennen würden.

¹⁷³ Vgl. Zimmermann (2006), S. 19

ungsbehörden, Sozialpsychiatrischer Dienst, Pflegestützpunkten und speziellen Anlaufstellen Fachwissen, Kompetenz und Vernetzungswissen zum Umgang mit Gewalt- und Ausbeutungsfällen vorhanden war. Das Vorhandensein von Handlungssicherheit bei den Organisationen und ihren Mitarbeitern nimmt ab, so ein weiteres Ergebnis der Analyse, je weniger Intervention bei Gewalt zu deren Kernaufgaben gehört. Der Qualifizierungsstand in Bezug auf Erkennen von Anzeichen von Gewalt und Risiken, Sensibilisierung gegenüber eigenem Verhalten und Wissen um Kompetenzen und Zuständigkeiten bei Risiko- und Verdachtsfällen war bei den Pflegefachkräften der befragten Pflegedienste und stationären Einrichtungen sehr unterschiedlich, abhängig vom Engagement des Trägers und den gesetzlichen Vorgaben des Bundeslandes.

Tabelle 1 veranschaulicht eine Übersicht der entwickelten Implementierungsmaßnahmen und geplanten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Fortbildung bezogen auf das adressierte Setting bei Abschluss der Entwicklungsphase in den Kommunen¹⁷⁴. Außerdem wurden die Aussagen der interviewten Schlüsselakteure zu den Gründen für die Projektbeteiligung zusammengefasst.

5.1.5 Fokussiertes (Pflege-)Setting

Während zwei Kommunen (Dortmund, Landkreis Fulda) Zuständigkeiten für alle Pflegesettings (stationär, ambulant, informell) bei Auftreten von Gewalt in der Pflege anstreben, einigten sich die Steuerungsgremien der anderen zwei Kommunen (Stuttgart, Potsdam) auf Maßnahmen, die nur den informellen Pflegebereich adressieren.

5.1.6 Gründe für Projektbeteiligung

Als Begründung für die Teilnahme am Projekt *Gewaltfreie Pflege* wurden unterschiedliche Aspekte von den kommunalen Vertretern benannt (vgl. Tabelle 1). Kommunenübergreifend stehen die fehlenden Zuständigkeiten (Dortmund, Stuttgart) bzw. der fehlende Nutzen etablierter Zuständigkeiten (Landkreis Fulda) für Gewalt in der (informellen) Pflege im Vordergrund oder aber eine defizitäre Informationsweitergabe an bestehende Institutionen, wie dem *Pflegestützpunkt* und *Pflege in Not* in Potsdam.

Ein weiterer Grund für die Projektteilnahme wurde von den befragten Experten in der Handlungsunsicherheit auf operativer Mitarbeiterebene und in den fallaufdeckenden Ebenen im Umgang mit Gewaltfällen gesehen. Im Landkreis Fulda und in Stuttgart wurde in diesem Zusammenhang ein *Dilemma* benannt, mit dem sich Pflegekräfte in der Praxis konfrontiert sähen: Pflegekräfte können sich demnach in dem Zwiespalt befinden, im Fall von Gewalthandlungen Dritter gegenüber einer schutzbefohlenen, pflegebedürftigen Person verantwortlich für die Beendigung der Gewalt zu sein¹⁷⁵, andererseits Nachteile von Seiten des Arbeitgebers befürchten, wenn dies zum Verlust des Kunden oder einem schlechten Image des Arbeitsgebers führen könnte. Die Experten schilderten, dass es bereits Fälle gegeben habe, in denen Mitarbeiter mit der Kündigung durch ihren Arbeitgeber konfrontiert wurden, da sie Fälle von Gewalt in der häuslichen Angehörigenpflege weitergeleitet hätten. Diese beschriebenen Dilemma-Situationen führten dazu, dass der notwendige Bedarf einer unabhängigen und neutralen Hilfestruktur unter den kommunalen Experten in Stuttgart Anerkennung fand. Aus dieser Perspektive

¹⁷⁴ Mit Blick auf die angedachten Maßnahmen der kommunalen Öffentlichkeitsarbeit ist zu bemerken, dass diese bis zum Zeitpunkt der Auswertung der Entwicklungsphase nicht abschließend geplant waren und sich teilweise noch in der Ausarbeitung befanden.

¹⁷⁵ Schon allein aufgrund der gesetzlichen Garantenpflicht nach §13 StGB.

wurde es als notwendig erachtet, kommunale Zuständigkeiten zu etablieren und bekannt zu machen, die eine entlastende und neutrale Klärung der Situation herbeiführen können, ohne dabei Pflegekräfte in ihrer professionellen Berufsausübung auf sich alleingestellt zu lassen¹⁷⁶.

5.1.7 Geplante kommunale Zuständigkeiten

Die entwickelten Implementierungsmaßnahmen sind ebenfalls Tabelle 1 zu entnehmen. Im Kern ging es in den Modellkommunen um die Festlegung von Zuständigkeiten auf kommunaler Ebene, wenn Gewalt in der Pflege aufgedeckt wird (Dortmund, Stuttgart, Landkreis Fulda) und eine systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Instanzen. Während der Landkreis Fulda und die Landeshauptstadt Stuttgart dabei eine Erstanlaufstelle für Gewalt in der Pflege vorschalteten, um Fälle von Gewalt entgegenzunehmen, die eventuelle Zuständigkeit zu prüfen und im zweiten Schritt an fallbegleitende Instanzen weiterzuvermitteln, wurde in Dortmund beschlossen, die bestehende zwischen intervenierender Behörde (Heimaufsichtsbehörde) und Anlaufstellen mit niedrigschwelligen, präventiv gedachten Angeboten (Seniorenbüros) klar geteilte Zuständigkeit beizubehalten und offensiv bekannt zu machen.

¹⁷⁶ Der von einzelnen Experten hier verwendete Begriff des „Verantwortungs-Dilemmas“ erweist sich als irreführend, da ein Mitarbeiter nicht für die Wahrung von Unternehmensinteressen verantwortlich gemacht werden kann, die dem übernommenen Auftrag, hier die Aufrechterhaltung der Gesundheit des Pflegebedürftigen, widersprechen.

Tabelle 1: Kommunale Implementierungsmaßnahmen zum Zeitpunkt der Auswertung der Entwicklungsphase

	Kommune			
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda	Potsdam
Fokussiertes (Pflege-)Setting	stationär / ambulant / informell, (auf den Stadtbezirk Scharnhorst bezogen)	informell	stationär / ambulant / informell	informell
Gründe für Projektbeteiligung	• Fehlen präventiver Zuständigkeiten • Bekanntmachung der ordnungsrechtlichen Zuständigkeiten	• Fehlen von intervenierenden Zuständigkeiten in der informellen Pflege • Fehlendes öffentliches Bewusstsein für Thematik • Verbesserung der Informationsweitergabe • Handlungsunsicherheit professioneller Pflegekräfte (Dilemma)	• Demographischer Wandel (wachsender Handlungsbedarf) • Verbesserung der Informationsweitergabe & wenig Nutzung bestehender Strukturen • Verminderung von Hemmschwellen, Zugangshindernissen in der Häuslichkeit • Handlungsunsicherheit professioneller Pflegekräfte (Dilemma)	• Kommunale Handlungsunsicherheiten • Verbesserung der Informationsweitergabe & Notwendigkeit einer systematischen Ausdifferenzierung von Pflegeberatungen nach §37 Abs.3 SGB XI
Geplante kommunale Zuständigkeiten	• Zweigeteilte Anlaufstellen bei Gewalt in der Pflege: • <i>Heimaufsicht</i> mit ordnungsrechtlichem Charakter • <i>Seniorenbüros</i> mit präventiven Unterstützungscharakter • Systematische Vernetzung von Seniorenbüros & Heimaufsicht	• Interventionsverfahren (IV) bei Gewalt in der informellen Pflege: • Erstanlaufstelle bei <i>Pflegestützpunkt</i> & eigener Nummer • Systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Strukturen (<i>Bürgerservice Leben im Alter</i>, <i>Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GerBera)</i>, <i>Gesundheitsamt</i>, Polizei)	• Erstanlaufstelle <i>Schutzambulanz</i> bei Gewalt in der Pflege • Systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Strukturen (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>HAVS</i>, Polizei)	• Vernetzung von kommunalen Institutionen zur Thematik Gewalt in der Pflege (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>Pflege in Not</i>, Pflegekassen) • Implementierung eines Assessmentbogens zur Differenzierung von Pflegeberatungsbesuchen nach §37 Abs. 3 SGB XI
Angedachte Öffentlichkeits- / Schulungsmaßnahmen	• Anwerben kommunaler Zuständigkeiten im Stadtteil DO-Scharnhorst in altersspezifischen Netzwerken • Durchführung von 2 Auftaktveranstaltungen in DO-Scharnhorst (Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit) • Flyer- & Plakatverbreitung in pflegerischen Versorgungsstrukturen (ganzes Stadtgebiet) • Thematische Einbindung in Pflegekursen der Barmer Krankenkasse & Demenz-Service Zentrum	• Fortbildungen operativer Ebene fallbegleitender Institutionen (<i>Bürgerservice Leben im Alter</i>, <i>Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GerBera)</i>, <i>Gesundheitsamt</i>) • Pressearbeit • Verbreitung eines Flyers über das Interventionsverfahren	• Auftaktveranstaltung im Rahmen der Seniorenwochen & Einbeziehung des örtlichen Versorgungsbereichs • Dauerhafter Presseartikel zur kommunalen Zuständigkeit in Regionalzeitung (<i>Marktkorb</i>) • Einbindung des Themas in die Fortbildungsprogramme von Weiterbildungsinstitutionen für Fachkräfte & Angehörigenkursen • Flyer über <i>Schutzambulanz</i> in Seniorenwegweiser, • Thematische Homepageanpassung der <i>Schutzambulanz</i>	• Gewaltschutz als Kernthema im <i>Netzwerk Älter werden</i> • Schulung ambulanter Pflegedienste zum Thema Gewalt & Leitfadenanwendung nach § 37 Abs. 3 SGB XI • Öffentlichkeitskampagne über Projekt & Zuständigkeiten (u.a. über Angebote von <i>Pflege in Not</i>) • Anbindung an öffentliche Events (<i>Internationaler Tag der Pflege</i>, <i>Elder Abuse Day</i>, <i>Internationaler Tag der älteren Menschen</i>) • Projektanbindung an Akademie 2. Lebenshälfte

Potsdam stellte bei den Implementierungsmaßnahmen eine Ausnahme dar, da bereits zwei Institutionen für Interventionen bei Gewalt in der informellen Pflege im Rahmen ihres originären Tätigkeitsbereichs zuständig waren: *Pflege in Not Brandenburg* und der *Pflegestützpunkt*. Die im Rahmen des Projekts geplanten Maßnahmen in Potsdam bestanden daher darin, einerseits über das Thema öffentlich aufzuklären und das Angebot von *Pflege in Not Brandenburg* bekannter zu machen, andererseits Meldungen von Fällen in der informellen Pflege transparent zu machen und systematisch zu fördern - durch Anpassung der Informationsweitergabe im Zusammenhang mit Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Dieser Informationsfluss soll durch die Implementierung eines Assessmentbogens¹⁷⁷ in Potsdamer ambulanten Pflegediensten geschehen. Im Rahmen von Beratungsbesuchen sollen differenzierte Informationen zur Belastung pflegender Angehöriger und zur Qualität der Pflegebeziehung mittels des Bogens erfasst und an die zuständige Pflegekasse weitervermittelt werden.

5.1.8 Geplante Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen

Ein weiterer Schwerpunkt der Kommunen war die Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit und die Bekanntmachung von Implementierungsmaßnahmen. In allen beteiligten Kommunen wurden Maßnahmen zur Bekanntmachung von Zuständigkeiten geplant (u. a. mittels Auftaktveranstaltungen, Bekanntmachung in etablierten Netzwerken, Pressearbeit), sowohl gegenüber den Mitarbeitern beteiligter Institutionen als auch gegenüber der Öffentlichkeit. Darüber hinaus gab es in Stuttgart und Potsdam einen weiteren Schwerpunkt zur Sensibilisierung der operativen Mitarbeiterebene zum Thema Gewalt in der Pflege, damit fallbegleitenden Instanzen (Stuttgart) und potentiellen Fallaufdeckern (Potsdam) mehr Sicherheit vermittelt werden kann.

Einen weiteren Schwerpunkt stellte die Implementierung von Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen für professionelle Pflegekräfte und pflegende Angehörige dar. In Dortmund wurde hier ein zusätzliches Modul in einen bestehenden Kurs für Angehörige aufgenommen. Im Rahmen des Projektes wurden bestehende frei verfügbare Fortbildungsmodule gesichtet¹⁷⁸ und in Zusammenarbeit der Qualitätsbeauftragten der Städtischen Seniorenheime Dortmund mit dem MDS eine Präsentation als Musterfortbildung für Pflegekräfte, Mitarbeiter von kommunalen Einrichtungen und Laien erstellt, die allen Projektpartnern zur Verfügung gestellt wurde¹⁷⁹. Im Landkreis Fulda erfolgte eine Implementierung dieser Fortbildung durch die zwei größten Anbieter von Fortbildungen für Altenpflegekräfte, die die Fortbildung zu Gewaltprävention in der Pflege in ihr Fortbildungsprogramm aufnahmen.

5.2 Ergebnisse der Implementierungsphase: Umsetzung der geplanten Maßnahmen

Die geplanten Maßnahmen wurden in den Kommunen Dortmund, Stuttgart und im Landkreis Fulda während der Implementierungsphase ab April 2015 umgesetzt. Im Folgenden werden die von der wissenschaftlichen Begleitung erhobenen Ergebnisse der Implementierungsphase in den Kommunen dargestellt¹⁸⁰. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Implementierungsergebnisse. Tabelle 3 stellt einen

¹⁷⁷ Das Erhebungsinstrument wurde von Pflege in Not Berlin und der Fachstelle für pflegende Angehörige Berlin entwickelt und sollte in Potsdam in abgewandelter Form implementiert werden.

¹⁷⁸ Siehe Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen in Anhang III, Kapitel 01.2.

¹⁷⁹ Der Foliensatz und ein Begleitheft mit Materialien sind beim MDS abrufbar. Siehe Anhang III.

¹⁸⁰ Ergebnisse der Erhebungsphase 2 der wissenschaftlichen Begleitung

Überblick über die umgesetzten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Schulung der operativen Mitarbeiter*innen dar. Abschließend wird auf die Kommune Potsdam gesondert eingegangen, da sich die Entwicklungsphase hier über den gesamten Projektzeitraum erstreckte und die Implementierung nicht innerhalb des Projektzeitraums begann.

Die Umsetzung der geplanten Implementierungsmaßnahmen wurde anhand der Kriterien *Wiedergabetreue der Implementierungsmaßnahmen, Umsetzung der geplanten Implementierungsmaßnahmen, Widerstände gegen die Umsetzung, Ressourcen, Nutzung und Angemessenheit, Erhöhung der Handlungssicherheit* ausgewertet und werden im Folgenden anhand dieser Kategorien dargestellt.

5.2.1 Umsetzung der geplanten Implementierungsmaßnahmen

Wiedergabetreue der Implementierungsmaßnahmen

Kommunale Zuständigkeiten: In drei Kommunen (Dortmund, Landkreis Fulda, Stuttgart) sind die angedachten kommunalen Zuständigkeiten (vgl. Tabelle 2) im Rahmen des Projektes implementiert worden. Allerdings variieren die implementierten Zuständigkeiten zwischen den Kommunen je nach Pflegesetting und Eingriffsbefugnis.

Tabelle 2: Kommunale Implementierungsergebnisse

	Implementierungsergebnisse		
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda
Implementierte Zuständigkeiten	Zweigeteilte Zuständigkeit ¹⁸¹ & systematische Vernetzung seit April 2015: • Intervenierend (Heimaufsicht) • Präventiv (Seniorenbüros) • Akute Zuständigkeiten (Polizei, Ordnungsamt)	Kommunales Interventionsverfahren (IV) mit dem Namen „Hilfe ist möglich: Institutionelle Vernetzung & Intervention bei Gewalt & Überlastung in der häuslichen Pflege“ seit Oktober 2015: • Erstanlaufstelle beim <i>Pflegestützpunkt</i> mit eigener Nummer; keine Möglichkeit für anonyme Meldungen • Systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Institutionen bei latentem Gewaltauftreten • Akute Zuständigkeiten (Polizei, Notfalldienste)	Erstanlaufstelle & kommunale Vernetzung seit April 2015: • Erstanlaufstelle bei <i>Schutzambulanz</i> mit explizit benannter Möglichkeit zur anonymen Meldemöglichkeit • Systematische Vernetzung mit: ○ <i>Betreuungs- und Pflegeaufsicht des Hessischen Amt für Versorgung & Soziales (HAVS)</i> (Gewalt in der professionellen Pflege) ○ <i>Pflegestützpunkt</i> (Gewalt in der informellen Pflege) ○ Akute Zuständigkeiten (Polizei, Ordnungsamt)
Dokumentation	Institutionsinterne Gewaltfalldokumentation • <i>Seniorenbüros</i>: Zentral zwischen Seniorenbüros • <i>Heimaufsicht</i> • Keine institutionsübergreifende Dokumentation	Institutionsübergreifende Gewaltfalldokumentation mit zentraler Fallanalyse • Standardisierter Assessmentbogen mit Verschlüsselungssystem¹⁸² • Keine Vermittlung und Auswertung anonymen Anrufe¹⁸³	Zentrale Falldokumentation • Gerichtsverwertbare Falldokumentation bei Schutzambulanz (auch anonyme Aufnahme) • Institutionsinterne Dokumentation des Fallverlaufes bei fallbegleitenden Instanzen (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>HAVS</i>)
Verfahrenswege & Rückmeldung	• Systematische Weiterleitung ordnungsrechtlicher Fälle an Heimaufsicht bei Gewalt in der Pflege • Regelmäßige telefonische Rückmeldung zwischen Heimaufsicht – Seniorenbüros über Fallverlauf	• Systematische Weiterleitung an fallbegleitende Institutionen bei Verdacht auf latente Gewaltfälle in der Pflege • Systematische Rückmeldung durch Assessmentbogen mit Erläuterung über weiteres Verfahren (max. 2 Monate nach Fallauftreten)	• Systematische Weiterleitung an fallbegleitende Instanzen • Regelmäßige Rückmeldung durch <i>Pflegestützpunkt</i> • Keine/ uneinheitliche Rückmeldung durch <i>HAVS</i>¹⁸⁴
Rund-um-die-Uhr Strukturen	• Bereitschaftsnummer bei Heimaufsicht • Bei Akutfällen: Polizei	• Keine 24 Std. Rufbereitschaft • Bei Akutfällen: Polizei & Notfalldienste	• Keine 24 Std. Rufbereitschaft • Bei Akutfällen: Polizei & Notfalldienste

¹⁸¹ Die erste Stelle, die in Dortmund Erkenntnis von einem möglichen Gewaltfall erlangt, prüft wer einzubeziehen ist und vermittelt systematisch weiter (zwischen *Heimaufsicht-Seniorenbüros*).

¹⁸² Verschlüsselungssystem passwortgeschützt durch 7Zip.

¹⁸³ In Stuttgart wurde die Entscheidung getroffen, keine anonymen Anrufe weiterzuleiten bzw. auszuwerten, um einer fälschlichen Denunzierung von Gewaltfällen vorzubeugen.

¹⁸⁴ Die fehlende Rückmeldung durch das Betreuungs- und Pflegeaufsicht des HAVS an die Schutzambulanz wird maßgeblich im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen gesehen. Die einheitliche Rückmeldung durch den *Pflegestützpunkt* in Abgrenzung wird im Besonderen durch die räumliche Nähe und persönliche Zusammenarbeit der Institutionen gesehen. Auch geschieht teilweise eine enge Kooperation im Rahmen der Fallbesprechungen.

	Implementierungsergebnisse		
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda
Widerstände	- Keine Widerstände auf Mitarbeiterebene bei <i>Heimaufsicht & Seniorenbüros</i>, da an originäre Tätigkeit ansetzt - Sorge vor Überlastung bei erhöhtem Fallaufkommen	- Keine Widerstände auf Mitarbeiterebene, da Interventionsverfahren an originäre Tätigkeit ansetzt - Sorge vor Überlastung bei erhöhtem Fallaufkommen - Widerstände auf Ebene der Leitungsstrukturen, da Unklarheit über Verantwortlichkeit der operativen Prozessumsetzung (u.a. Einführung des Assessmentbogens) - Technischer Widerstand (Kompatibilitätsprobleme mit Verschlüsselungssoftware (bei Gerontopsychiatrischen Beratungsstellen))	Keine Widerstände auf Mitarbeiterebene
Ressourcen	Aus bestehenden Ressourcen gedeckt	- Aus bestehenden Ressourcen gedeckt - Aber: Stuttgarter Projektcharakter (bis 2017) berücksichtigt Gelder von Kommune, wenn eine empirische Notwendigkeit belegt wird	Aus bestehenden Ressourcen gedeckt
Angemessenheit der Zuständigkeiten	Pflegesetting-übergreifender Vernetzung - Seniorenbüros als niederschwellige, vertrauensvolle Zugangsmöglichkeit der präventiven Beratung mit stadtteilgebundener Vernetzung - Heimaufsicht mit guter Zusammenarbeit zu Institutionen der Strafverfolgung (u.a. Staatsanwaltschaft) als intervenierende Zuständigkeit	- Institutionsübergreifende <i>systematische</i> Vernetzung über Interventionsverfahren für systematischen Informationsfluss und zentrale Auswertungsoption - Aber: Maßnahmen gegen finanzielle Ausbeutung bleiben unangemessen (keine ordnungsrechtliche Handhabe im Interventionsverfahren)	Pflegesetting-übergreifende Vernetzung Sinnvolle Aufteilung der Zuständigkeiten mit breiter Abdeckung der Versorgungslandschaft
Handlungssicherheit	Gestärktes Bewusstsein, Sensibilität für Thema & Zuständigkeiten bei Mitarbeiterebene (<i>Heimaufsicht, Seniorenbüros</i>)	- Gestärktes Bewusstsein, Sensibilität für Thema & Zuständigkeiten bei Mitarbeiterebene im Rahmen des Interventionsverfahren (fallbegleitende Instanzen) - Aber: Notwendigkeit Gewalt in Feld von Pflege noch näher zu erläutern (u.a. Entstehungsursachen, Interventionsmöglichkeiten)	- Gestärktes Bewusstsein & Sensibilität für Thema & Zuständigkeiten bei Mitarbeiterebene (<i>Schutzambulanz, Pflegestützpunkt</i>) - Aufbesserung der Handlungssicherheit in Fachöffentlichkeit (durch Teilnahme an Auftaktveranstaltung)

Dortmund stellt dabei eine Mischform aus präventiven und intervenierenden Zuständigkeiten dar.

In Landkreis Fulda ist die *Schutzambulanz* als Clearingstelle in Fällen von Gewalt in der Pflege festgelegt worden mit dem Ziel, in erster Instanz den Fall von möglicher Gewalt zu beurteilen und im Anschluss an fallbegleitende Instanzen (*Pflegestützpunkt*, *Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht (HAVS)*) weiterzuvermitteln. Die Anrufe bei der Erstanlaufstelle in Landkreis Fulda dürfen explizit auch anonym erfolgen, um so Hemmungen bei der Informationsweitergabe auf Seiten fallaufdeckender Strukturen zu reduzieren.

In Stuttgart hingegen fokussieren die implementierten Zuständigkeiten ausschließlich den informellen Pflegebereich. Ähnlich wie im Landkreis Fulda ist auch hier eine Erstanlaufstelle mit Anbindung an die zwei ortansässigen Pflegestützpunkte implementiert worden unter Verwendung einer eigenen Beratungsnummer. Allerdings werden nur Anrufe aufgenommen und weitergeleitet, bei denen die anrufende Person die eigenen persönlichen Daten transparent macht, damit aus Sicht der Stuttgarter Experten einer systematischen *Denunzierung* von vermeintlichen (Gewalt-) Tätern vorgebeugt werden kann.

(Gewalt-)Falldokumentation

Die Dokumentation von gemeldeten Gewaltfällen variiert zwischen den kommunenspezifischen Verfahren. In Dortmund werden institutionsinterne Dokumentationen von Gewaltfällen separat durchgeführt¹⁸⁵, wobei eine zentrale Dokumentationsdatenbank zwischen den stadtteilbezogenen Seniorenbüros besteht.

In Landkreis Fulda werden Fälle von Gewalt in der Pflege im Rahmen der Erstanlaufstelle *Schutzambulanz* intern dokumentiert und notfalls gerichtsverwertbar aufbereitet¹⁸⁶. Die fallbegleitenden Strukturen (*Pflegestützpunkt*, *Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht*) nutzen ihre institutionsinternen Dokumentationssysteme.

In Stuttgart ist ein zentrales und systematisches Dokumentationssystem implementiert worden. Dabei wird im Rahmen des Interventionsverfahrens ein selbstkonstruierter Assessmentbogen institutionsübergreifend eingesetzt und die Ergebnisse werden im Anschluss statistisch ausgewertet.

Verfahrenswege und Rückmeldung

In Dortmund und im Landkreis Fulda sind Verfahrenswege implementiert worden, die Informationen über potentielle Gewaltfälle per telefonischen Austausch zwischen den Institutionen vermitteln. Nach Fallabschluss wird das Ergebnis systematisch an die zuvor weiterleitenden Institutionen zurückgemeldet. Die Implementierung in Landkreis Fulda zeigt, dass eine regelmäßige Rückmeldung über den Fallverlauf an die *Erstanlaufstelle Schutzambulanz* durch den *Pflegestützpunkt* umgesetzt wird. Rückmeldungen durch die *Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht* geschehen hingegen unregelmäßig und unsystematisch. Der Grund für diese Differenzen wird einerseits in der räumlichen Nähe zwischen

¹⁸⁵ Bezieht sich auf die Kooperation zwischen präventiver Strukturen der Seniorenbüros und intervenierender Strukturen der Heimaufsicht.

¹⁸⁶ Um bei strafrechtlichen Verstößen vor Gericht eingesetzt werden zu können.

Schutzambulanz und *Pflegestützpunkt* wahrgenommen, die eine regelmäßige Rückmeldung vereinfacht, und andererseits datenschutzrechtliche Bestimmungen, die eine Rückmeldung durch das *HAVS* beeinträchtigen¹⁸⁷.

In Stuttgart ist ein zentrales und trägerübergreifendes Informationsweiterleitungssystem implementiert worden. Dabei wird ein entwickelter Assessmentbogen durch die Erstanlaufstelle bis einschließlich *Punkt 4* (vgl. Anhang) ausgefüllt und im Anschluss an die fallbegleitenden Instanzen systematisch weitergeleitet. Der Bogen wird dabei über eine Software verschlüsselt¹⁸⁸ übermittelt und nach Fallabschluss (jedoch spätestens nach zwei Monaten) von den begleitenden Instanzen ausgefüllt zurückgeschickt und zentral ausgewertet.

Darüber hinaus zeigen die implementierten Verfahren in allen Kommunen, dass gemeldete Gewaltfälle sofort an die Polizei oder die kommunalen Notfalldienste weitergeleitet werden, wenn ein Fall von akuter, manifester Gewalt vorliegt. Der Austausch mit den strafrechtlichen Behörden erfolgt dabei in allen Kommunen in wechselseitigem Austausch, wenn auch auf *unsystematische*¹⁸⁹ Art und Weise.

Rund-um-die-Uhr Strukturen

Die Implementierung der kommunalen Zuständigkeiten zeigt, dass lediglich in Dortmund eine Bereitschaftsnummer bei der Heimaufsicht feststeht, die bei Gewalt in der Pflege auch außerhalb der institutionellen Ansprechzeiten greift. In den anderen Kommunen sind aufgrund knapper finanzieller und personeller Ressourcen keine *Rund-um-die-Uhr-Struktur* implementiert worden. Außerhalb der Öffnungszeiten verweisen daher alle kommunalen Institutionen an die örtliche Polizei sowie die regionalen Notfalldienste.

Widerstände / Anpassungen

Die Implementierung der kommunalen Zuständigkeiten ist in allen drei Kommunen von den Mitarbeitern der operativen Ebene adaptiert worden, ohne dabei Widerstände gegen die Tätigkeitserweiterungen zu erzeugen. Ein Grund in der reibungslosen Implementierung wird aus Sicht der Experten darin gesehen, dass die Zuständigkeiten, die nun offiziell an die Institutionen angegliedert sind, auch bereits vor der Projektdurchführung in der praktischen Tätigkeit eine Rolle eingenommen hatten und sich durch die Implementierung keine bedeutsame Veränderung eingestellt hat. Allerdings besteht auf Mitarbeiterebene der Dortmunder und Stuttgarter Institutionen die Befürchtung, dass durch das Projekt eine mögliche Erhöhung des Fallaufkommens durch die gegebenen Ressourcen nicht mehr zu bewältigen sein wird.

Während im Landkreis Fulda und Dortmund die Implementierung planmäßig durchgeführt worden ist¹⁹⁰, ist es in Stuttgart zu Verzögerungen und Anpassungen gekommen. Daher ist die Implementie-

¹⁸⁷ An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Fälle zuvor von der *Schutzambulanz* erfasst und an die *Betreuungs- und Pflegeaufsicht des HAVS* weitervermittelt werden, daher ist die Argumentation der fehlenden Rückmeldung durch die befragten Experten über den Datenschutz nur eingeschränkt schlüssig. Aus Sicht der wiss. Begleitung wäre hier eine klarere Kommunikation der systematischen Rückmeldung nötig.

¹⁸⁸ Verschlüsselungssoftware: *7Zip*

¹⁸⁹ Die Fälle werden zwar sofort an die Polizei weitergeleitet, allerdings besteht in keiner Kommune ein systematisches Dokumentations- und Rückmeldeverfahren mit den Akutstrukturen.

¹⁹⁰ Implementierungsstart der kommunalen Zuständigkeiten im April 2015.

rungsphase des Projektes in Stuttgart erst im Oktober 2015 angelaufen und deckt damit den komplexen Prozesscharakter der Implementierung innerhalb der Kommune auf. Gründe für die Verzögerungen werden von den befragten Experten in Unklarheiten auf der Verantwortungs- und Leitungsebene gesehen. Da eine Vielzahl kommunaler Institutionen und unterschiedlicher Träger in das Interventionsverfahren involviert sind, mussten regelmäßig interne verwaltungsspezifische Absprachen über die konkreten Implementierungsprozesse und Verantwortlichkeiten kommuniziert werden, die die Prozessverzögerungen erklären. Konkret stellte es sich als problematisch heraus, ein institutionsübergreifendes Dokumentationsverfahren mit einem systemkompatiblen Verschlüsselungssystem (7Zip) zu implementieren. Da die Datenschutzabteilung der Kommune Bedenken im interinstitutionellen Austausch sieht, ist die Entscheidung getroffen worden, das Dokumentationssystem mit einem Verschlüsselungsverfahren auszustatten. Die technischen Anpassungen des Verfahrens an das IT-System der Stuttgarter Gerontopsychiatrischen Beratungsstellen (*Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (Ger-Bera)*) halten allerdings noch an, sodass das Dokumentationssystem zu Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase, noch nicht gänzlich in Betrieb genommen war.

In Stuttgart ist zu Beginn der Implementierungsphase im Oktober 2015 diskutiert worden, ob eine Erweiterung des Interventionsverfahrens auf den stationären Bereich anzustreben ist. Allerdings sind diese Überlegungen nicht abschließend geklärt. Aus Sicht der befragten Experten, wird dies als problematisch wahrgenommen, da in Stuttgart bereits klare Zuständigkeiten im stationären Bereich bestehen (u. a. *die örtliche Heimaufsicht*) und ein Runde von Stuttgarter Heimträgern zum Thema „Gewaltfreie Pflege“ keinen Handlungsbedarf sieht.

Darüber hinaus sind im Rahmen des Stuttgarter Interventionsverfahrens keine Maßnahmen implementiert worden, die ordnungsrechtliche Konsequenzen berücksichtigen - im Sinne einer rechtlich verankerten *Erwachsenenfürsorge*.

Abschließende Anpassungen in Stuttgart sehen vor, den Runden Tisch als einen Fachbeirat zweimal im Jahr einzuberufen, um das bisherige Interventionsverfahren regelmäßig zu optimieren. Dabei ist eine Ausweitung von Zuständigkeiten bei latenter Gewalt in der informellen Pflege auf präventive Zuständigkeiten als ein zukünftiger Schritt geplant.

Ressourcen

Die kommunalen Verläufe der Implementierungsphasen zeigen, dass keine weiteren Ressourcen für die Implementierung der kommunalen Zuständigkeiten aufgewendet werden und der Mehraufwand der institutionellen Tätigkeitserweiterungen aus dem gegebenen Etat finanziert wird. Dies geht in erster Linie auf das geringe Fallaufkommen von Gewalt in der Pflege in den Kommunen zurück¹⁹¹.

Finanzielle Aufwendungen bestehen in erster Linie im Rahmen der Umsetzung von öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen. Diese können ebenfalls aus dem gegebenen Etat der beteiligten Institutionen der Kommunen getätigt werden¹⁹².

¹⁹¹ Dabei ist zu bemerken, dass sich Stuttgart bis zur Auswertung lediglich vier Wochen in der Implementierungsphase befand.

¹⁹² Eine Ausnahme stellt Dortmund dar (siehe unten: Umsetzung der Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen).

Angemessenheit von Zuständigkeiten

Aus Sicht der befragten Experten werden die implementierten Maßnahmen als angemessen wahrgenommen um mit Fällen von Gewalt in der Pflege umzugehen, wenn diese aufgedeckt und gemeldet werden. Insbesondere die breite Aufstellung der Zuständigkeiten und *pflegesetting-übergreifende* Vernetzung werden als angemessen erachtet (Dortmund, Landkreis Fulda). Allerdings ist anzumerken, dass in Stuttgart die Implementierungsphase im Rahmen des Projektes zu kurz ausfiel, um nachweislich empirische Belege zu erzeugen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen kommunenübergreifend, dass die zuständigen Stellen eine wirksamere öffentliche Bekanntheit erreichen müssen, damit Fälle von Gewalt auch gemeldet werden können.

In Dortmund zeigt sich in der Fallbegleitung (vgl. Kapitel 5.3), dass in der Tätigkeit der niederschweligen Beratungsdienste (Seniorenbüros) Defizite bestehen, die eine klare Aufdeckung von manifester Gewalt nicht allein aus der institutionellen Perspektive ermöglicht und eine deutlich breitere und intensivere Beziehungsarbeit notwendig werden lässt:

„...Der Pflegeberatungsprozess durch Beziehungsaufbau vielmehr noch gestärkt werden muss. Und das, denke ich mal, ist ein wichtiger Punkt. Man muss vielmehr Menschen noch kennenlernen, um, sagen wir es mal so, eine Vermutung wirklich zu fundieren“ (Dortmunder Expertenzitat zu Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase).

In Stuttgart werden fehlende ordnungsrechtliche Handlungsmöglichkeiten im Rahmen des Interventionsverfahrens bemängelt. Daher wird das Interventionsverfahren zwar als angemessen für einen kommunalen Umgang mit latenten Gewaltfällen erachtet, wenn die Teilnahme durch Betroffene auf Einverständnis beruht. Allerdings werden die Zuständigkeiten als unzureichend bewertet, wenn im Falle von latenter Gewalt ordnungsrechtlich zu intervenieren wäre, was aufgrund fehlender rechtlicher Möglichkeiten aber nicht geht:

„Unser Problem war ja immer (...), es gibt keine Erwachsenenfürsorge, ja... und das wir auch nicht ordnungsrechtlich ohne weiteres, da jetzt wie so ‘ne zweite Polizeibehörde dann (...) agieren können“ (Stuttgarter Expertenzitat zu Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase).

Handlungssicherheit

In den beteiligten Kommunen (Stuttgart, Landkreis Fulda, Dortmund) hat sich aus Perspektive der befragten Experten eine gesteigerte Handlungssicherheit für die operative Mitarbeiterebene der beteiligten Institutionen eingestellt. Durch die Projektbeteiligung ist das Thema in Bezug auf den Gewaltbegriff, die kommunalen Verfahrenswege und Zuständigkeiten anderer Institutionen zum Thema transparent gemacht worden.

In Landkreis Fulda wird ebenso eine Verbesserung der thematischen Sensibilität in der fachöffentlichen Versorgungslandschaft gesehen - durch die breite Bekanntmachung der Thematik im Rahmen der Auftaktveranstaltung.

In Stuttgart wird eine stärkere Fokussierung der Gewaltthematik im Pflegekontext von Seiten der fallbegleitenden Instanzen gewünscht, da hier noch Bedarf besteht, die Handlungssicherheit bei den Mitarbeitern auszubauen.

5.2.2 Umsetzung der Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen

Umgesetzte Öffentlichkeitsmaßnahmen

Im Rahmen der kommunalen Implementierungsphasen sind Maßnahmen in drei beteiligten Kommunen während des laufenden Projekts umgesetzt worden (Stuttgart, Landkreis Fulda, Dortmund).

Die umgesetzten Maßnahmen sind Tabelle 3 zu entnehmen. Es zeigt sich, dass die Kommunen in ihrer Ausgestaltung der Maßnahmen ein ähnliches Vorgehen aufweisen, mithilfe derer sie Bekanntheit für die kommunalen Zuständigkeiten erzeugen.

Sowohl in Dortmund als auch in Landkreis Fulda sind Auftaktveranstaltungen durchgeführt worden, um in der Stadt bzw. im Stadtteil *Do-Scharnhorst* die festgelegten kommunalen Zuständigkeiten anzuwerben. Auch sind in den 3 Kommunen Flyer erstellt und in Institutionen der Versorgungslandschaft verteilt, wie auch Pressemitteilungen geschaltet worden, um auf die einschlägigen Auftaktveranstaltungen hinzuweisen (Landkreis Fulda, Dortmund) und die implementierten Verfahren anzuwerben (Stuttgart). In Dortmund ist die Öffentlichkeitsarbeit aus Ressourcenkapazitäten allerdings auf *Dortmund-Scharnhorst* beschränkt geblieben, während die anderen beiden Kommunen das gesamte Stadtgebiet einbezogen haben.

In Dortmund musste, neben der Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit auf das gesamte Stadtgebiet, auch von der angedachten, stadtteilübergreifenden Werbekampagne im Rahmen des Projektes aus finanziellen Gründen abgesehen werden. Diese Maßnahmen, wie auch das Anwerben der neuen Zuständigkeiten der Dortmunder Heimaufsicht für das professionelle (ambulant und stationär) Pflegesetting¹⁹³ im gesamten Stadtgebiet sollten 2016 anlaufen und damit das Projekt in der Kommune nachhaltig ausweiten.¹⁹⁴

Auch in Stuttgart besteht der Plan die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit für 2016 auszuweiten, wenn die empirischen Erfahrungswerte ergeben, dass Fälle von Gewalt in der Pflege in einem unzureichendem Maße gemeldet werden. Auch wird von Seiten der Experten bemängelt, dass die implementierten Zuständigkeiten im Amtsblatt zwar angeworben worden sind (siehe Anhang), allerdings der Fokus des Interventionsverfahrens auf die Begleitung bei Überforderungssituationen gelegt wurde. Hier ist aus Sicht der Stuttgarter Experten eine klare Benennung der Gewaltthematik angedacht mit Verweis darauf, dass das Interventionsverfahren greift, wenn latente Gewalt bereits vorliegt.

¹⁹³ Nach Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)

¹⁹⁴ Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gewaltfreie Pflege auf das gesamte Stadtgebiet zu erstrecken unterstellt u. a., dass Fachwissen und entsprechende Strukturen in allen Stadtteilen vorhanden sind und dass die für die Öffentlichkeitsarbeit verantwortlichen Institutionen einbezogen sind.

Tabelle 3: Umgesetzte Maßnahmen der Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit

	Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen		
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda
Umgesetzte Öffentlichkeitsmaßnahmen	2 Auftaktveranstaltungen in (Fach-)Öffentlichkeit + 8 (Multiplikatoren-) Veranstaltungen im Netzwerk des Stadtteils Do-Scharnhorst = insgesamt 260 Teilnehmer 600 Flyer & 20 Plakate in Versorgungsstrukturen Do-Scharnhorst zur Info über 2 Auftaktveranstaltungen 3 Pressemitteilungen über Auftaktveranstaltungen (2x <i>Ruhrnachrichten</i>, 1x <i>Stadtanzeiger</i>, Frühjahr 2015)	- Informationsflyer über Interventionsverfahren (28000 Stück) - Verteilung über Amtsblatt (24000) mit 2-seitigem Artikel - Persönliche Anschreiben mit Flyer an Versorgungseinrichtungen (4000 Flyer versandt) - Anbindung an verwandte Veranstaltung („Eine Polin für die Oma“) - Presseartikel zum Bewerben der Rufnummer (<i>Stuttgarter Nachrichten</i>, Juni 2015)	- Anpassung Homepage, Flyer & Handouts der <i>Schutzambulanz</i> mit Zuständigkeitsverweis bei Gewalt in der Pflege - Auftaktveranstaltung mit Anbindung an kommunale Seniorenwochen (insgesamt 80 Teilnehmer) 3 Pressemitteilungen zur Zuständigkeit der Schutzambulanz als Erstanlaufstelle bei Gewalt in der Pflege (<i>Fulda Tageszeitung</i>, Regionale Zeitung <i>Marktkorb</i>, <i>Osthessische Internetseite Fuldainfo</i>)
Nachhaltigkeit	bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen	bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen	bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen
Kosten	Aus bestehenden Mitteln des Seniorenbüros DO-Scharnhorst (Sozialamt Dortmund) getragen	- Aus bestehenden Mitteln der Gleichstellungsstelle getragen 1000 € für Flyerdruck (aus gegebenen Budget)	Aus bestehenden Mitteln der <i>Schutzambulanz</i> (Landkreis Fulda) getragen
Maßnahmen der Mitarbeiteraufklärung	Interne Mitarbeiterschulung aller Dortmunder <i>Seniorenbüros</i> (27 TN) & Mitarbeitern der <i>Heimaufsicht</i>, März 2015	- Regelmäßige Informationsweitergabe an fallbegleitende Institutionen (Erzeugung von Multiplikationswirkung) 4x Informations-/ Fortbildungstage mit fallbegleitenden Instanzen (ca. 50 TN) durch <i>Frauen/Männerinterventionsstellen</i> & <i>Fachberatungsstelle Gewaltprävention Stuttgart</i>, Juni-Juli 2015	Interne Mitarbeiteraufklärung über Zuständigkeiten als Erstanlaufstelle & die Vernetzung mit <i>Pflegestützpunkt</i>, <i>HAVS</i>
Inhalte	- Austausch über Gewaltbegriff - Information über Zuständigkeiten (<i>Heimaufsicht</i>, <i>Seniorenbüros</i>) & rechtliche Basis (WTG¹⁹⁵) - Betretrungsrecht bei Gefahr in Verzug (im häuslichen Bereich) - Dienststelle mit Erstkontakt entscheidet über Infoweiterleitung (Seniorenbüro o. Heimaufsicht)	- Gewaltbegriff & Formen - Auswirkungen von Gewalt - Interventionsansätze bei häuslicher Gewalt (Kommunikation, Recht, Interventionsverfahren)	- Mitarbeiteraufklärung über zukünftige Verfahrenswege - Sensibilisierung zum Gewaltthema in der Pflege & im Alter
Angemessenheit der Schulungsmaßnahmen	- Übernahme der Zuständigkeiten durch Mitarbeiter - Aber: Notwendigkeit einer regelmäßigen Auffrischung der Thematik ab 2016 in Vollversammlungen der Seniorenbüros geplant	- Trägerübergreifende Fortbildungen wird als sinnvoll erachtet - Erhöhung der Handlungssicherheit & Adaption der Zuständigkeiten durch MA Ebene - Aber: - Wenig Bezug zur Thematik Gewalt in der Pflege - Wenig praktische Übungen (u.a. Rollenspiele) ➤ Planung weiterer Schulungen für 2016 zu den Inhalten: - Pflege - Beratung & Zugang in die Häuslichkeit	- Adaption der Zuständigkeiten auf MA Ebene der Schutzambulanz als Erstanlaufstelle bei Gewalt in der Pflege - Aber: Keine systematische Aufklärung der fallbegleitenden Instanzen (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>Heimaufsicht</i>)

¹⁹⁵ Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) stellt in NRW die rechtliche Basis für ordnungsrechtliche Eingriffsbefugnisse im prof. Pflegebereich (ambulant, stationär).

Die Bedeutsamkeit der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der projektspezifischen Implementierung von kommunalen Zuständigkeiten wird in diesem Zusammenhang durch eine Expertenaussage zu Erhebungsphase 2 Auswertung der Implementierungsphase deutlich unterstrichen:

„Ich denk die Öffentlichkeitsarbeit wär das Wichtigste an dem ganzen Projekt“ Stuttgarter Expertenzitat zu Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase.

Exkurs: Reflektion der Fuldaer Auftaktveranstaltung

Die Reflektion der Fuldaer Auftaktveranstaltungen¹⁹⁶ wird im folgenden Exkurs zu den umgesetzten Öffentlichkeitsmaßnahmen veranschaulicht. Die Universität zu Köln hat dazu in Fulda, ergänzend zur prozessbegleitenden Methodik, einen teilstandardisierten Fragebogen ausgeben lassen (vgl. Anhang).

Die Teilnehmer wurden in diesem Fragebogen darum gebeten, sowohl die *Veranstaltungsorganisation* und die Zufriedenheit mit den *Veranstaltungsinhalten* zu bewerten als auch die praktischen Implikationen für die eigenen beruflichen Tätigkeiten einzuschätzen. Zudem sind offene Fragen zum Nutzen und den Erwartungen an die kommunalen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege erfasst worden.

Der Fragebogen ist zu Beginn der Veranstaltung im Rahmen der *Fuldaer Seniorenwochen* im Juni 2015 durch den MDS ausgeteilt und im Anschluss wieder eingesammelt worden.

Insgesamt haben 80 Personen an der Auftaktveranstaltung teilgenommen. 32 Fragebögen sind von den Teilnehmern ausgefüllt und zurückgegeben worden, was einer Rücklaufquote von 40 Prozent entspricht.

Personenbezogene Angaben

Tabelle 4 veranschaulicht die personenbezogenen Angaben zu den Teilnehmern der kommunalen Auftaktveranstaltung. Die divergierende Anzahl erklärt sich damit, dass zu einigen Fragen unvollständige Angaben gemacht wurden.

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass eine ganze Spannweite an unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen an der Veranstaltung partizipierte. Die größte Gruppe stellen dabei Vertreter des professionellen Pflegebereichs mit (71,9 %) dar, aber auch ein pflegender Angehöriger (3,1 %) und verschiedene Vertreter aus dem kommunalen und ordnungsrechtlichen Bereich (12,5 %) haben teilgenommen.

¹⁹⁶ In Dortmund wurden ebenfalls Auftaktveranstaltungen durchgeführt, allerdings wurden zu wenige Fragebögen ausgefüllt, um eine adäquate Bewertung der Veranstaltungen zuzulassen (n=6). In Potsdam und Stuttgart wurden keine Auftaktveranstaltungen durchgeführt.

Tabelle 4: Personenbezogene Angaben zur Fuldaer Auftaktveranstaltung

Personenbezogene Angaben der Teilnehmer an der Auftaktveranstaltung			
Alter	n=32	MW (SD) ¹⁹⁷	45,8 (10,2)
Geschlecht	n=32	Anzahl (%)	
weiblich			21 (65,6)
Bezug zum Thema	n=31	Anzahl (%)	
Professioneller Pflegebereich			23 (71,9)
Staatlich			6 (26,1)
Privat			2 (8,7)
Wohlfahrt			12 (52,2)
Nicht angegeben			3 (13) ¹⁹⁸
Laien(pflege)Bereich			1 (3,1)
Ordnungsbehörde			4 (12,5)
Ausbildungsbereich			1 (3,1)
Sonstiger Bereich			2 (6,3)
Berufliche Position / Tätigkeit	n=27	Anzahl (%)	
Pflegefachkraft			2 (7,4)
PDL/Stellv. Leitung/ Instituti- onsleitung			11 (40,7)
Senioren-/Pflegeberatung			5 (18,5)
Ordnungsbehörde/ Gefah- renabwehr			4 (14,8)
Lehrerin in der Pflegeausbil- dung			1 (3,7)
Angestellte der Kommune			1 (3,7)
MA in Betreuungsverein			1 (3,7)
Auszubildende			1 (3,7)

Bewertung der Veranstaltungsorganisation, Inhalte und praktischen Konsequenzen

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse zur Bewertung der Veranstaltungsorganisation, der Veranstaltungsinhalte und der praktischen Konsequenzen¹⁹⁹.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer sowohl mit der Veranstaltungsorganisation (MW 3,0) als auch mit den Veranstaltungsinhalten (MW 3,1) im Durchschnitt zufrieden waren.

Auch zeigt sich anhand der Einschätzungen, dass neue Inhalte vermittelt werden konnten (MW 3,3) und die Bereiche der praktischen Implikation einen hohen Stellenwert einnehmen (*Bedeutsamkeit für die eigene Tätigkeit* MW 3,5; *Involvierung der kommunalen Zuständigkeiten in Fallbegleitung* MW 3,7; *Steigerung der Handlungssicherheit* MW 3,5).

Die offenen Anmerkungen zur Veranstaltungsorganisation und den Inhalten zeigen allerdings auch, dass einige Teilnehmer ein schlechtes Zeitmanagement während der Veranstaltung empfanden, da vereinzelte Referenten zu viel Zeit in Anspruch genommen haben. Zudem konnte man den offenen

¹⁹⁷ MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

¹⁹⁸ Prozentangaben beziehen sich auf die Teilnehmer, die angaben, allgemein im professionellen Pflegebereich tätig zu sein.

¹⁹⁹ Die Fragen wurden auf einer 4-stufigen Skala beantwortet (1= *sehr unzufrieden* oder *stimme gar nicht zu* bis 4= *sehr zufrieden* oder *ich stimme zu*).

Anmerkungen entnehmen, dass die Veranstaltung als thematisch sehr abwechslungsreich wahrgenommen worden ist.

Tabelle 5: Bewertung der Fuldaer Auftaktveranstaltung

Einschätzung von Veranstaltungsorganisation, Veranstaltungsinhalten, praktischer Konsequenzen		
	n	MW (SD) ²⁰⁰
Organisation		
Zufriedenheit mit der Veranstaltungsorganisation	n=32	3,0 (0,74)
Inhalte		
Zufriedenheit mit Veranstaltungsinhalten	n=32	3,1 (0,73)
Neue Inhalte erlernt	n=31	3,3 (0,64)
Praktische Konsequenzen		
Bedeutsamkeit für die eigene praktische Tätigkeit	n=32	3,5 (0,62)
Involvieren der kommunalen Zuständigkeit in Fallbegleitung	n=32	3,7 (0,46)
Steigerung der Handlungssicherheit im Umgang mit Gewaltfällen in der Pflege	n=32	3,5 (0,67)

Nutzen und Erwartungen an kommunale Zuständigkeiten

Die offenen Fragen zu Nutzen und Erwartungen an die kommunalen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege sind nur von wenigen Teilnehmern beantwortet worden (n=11). Die Antworten drücken folgende Erwartungen an die kommunalen Zuständigkeiten aus:

- stärkere kommunale Vernetzung (institutionellen Austausch; mehr Prozesstransparenz),
- vertrauensvolle, niederschwellige Beratung,
- flexible, individuelle Hilfe bei Gewalt in der Pflege,
- stärkere Öffentlichkeitsarbeit (auch durch das Anbieten von Schulungsmaßnahmen innerhalb von Pflegeeinrichtungen),
- stärkere Politisierung des Themas *Personalschlüssel in Pflegeeinrichtungen*²⁰¹ und damit die Reduzierung von Überforderungssituationen in Einrichtungen.

Dabei zeigen die benannten Erwartungen, dass auf Seiten der Veranstaltungsteilnehmer der Wunsch nach vertrauensvollen Unterstützungsmaßnahmen besteht, die mit einer besseren institutionellen Vernetzung einhergehen sollten. Zudem besteht der Wunsch nach einer breiten öffentlichen Bekanntmachung des Themas, um auf strukturelle Missstände in Pflegeeinrichtungen hinzuweisen.

Die Generalisierbarkeit der offenen Antworten sind aufgrund der sehr geringen Fallzahlen (n=11) stark eingeschränkt. Anzumerken ist auch, dass diese Nutzerperspektive nur auf den Landkreis Fulda zu beziehen ist.

²⁰⁰ MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

²⁰¹ Eine Aussage aus den Fragebögen gibt an, dass aufgrund eines schlechten Personalschlüssels häufig Überforderung in Institutionen entsteht, was in Gewalt münden kann.

Erzeugung von Nachhaltigkeit

Während in allen Kommunen Maßnahmen der Öffentlichkeit durchgeführt wurden, zeigt sich, dass eine nachhaltige Gestaltung von Öffentlichkeitsmaßnahmen nicht umgesetzt werden konnte. Während in Fulda und Stuttgart eine regelmäßige Veröffentlichung in Pressemitteilungen geplant war, ist dies (bislang) nicht weiter fortgeführt worden.

Da in Stuttgart lediglich eine kurze Implementierungsphase zu Erhebungsphase 2/Auswertung der Implementierungsphase stattgefunden hat und damit das Fehlen nachhaltiger Strukturen zu erklären ist, bleibt dies in Landkreis Fulda auf Basis der ermittelten Daten ungeklärt.

In Dortmund ist geplant, eine stadtteilübergreifende Werbekampagne im Jahr 2016 durchzuführen, um im Projekt mehr Nachhaltigkeit zu erzeugen.

Kostenübernahme

Die entstandenen Kosten zur Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit konnten aus den bestehenden öffentlichen Mitteln der jeweiligen Kommunen getragen werden und haben somit keine weiteren finanziellen oder personellen Kosten erzeugt. Allerdings wird aus Sicht der Experten erneut über weitere Gelder zu entscheiden sein, wenn es durch die Öffentlichkeitsmaßnahmen zu einem erhöhten Fallaufkommen kommen sollte und dadurch ein erhöhtes Arbeitspensum entsteht. Dies ist allerdings in keiner Kommune der Fall gewesen (vgl. Kapitel 4).

Maßnahmen der Mitarbeiteraufklärung und Inhalte

In allen drei Kommunen ist die operative Mitarbeiterebene explizit über die neuen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege geschult worden.

Während in Dortmund die Mitarbeiter sämtlicher Seniorenbüros und der Heimaufsicht über den Gewaltbegriff, neue Zuständigkeiten (intervenierend/ präventiv), die engere Vernetzung der Institutionen und die Möglichkeiten des Betretungsrechts bei Gefahr in Verzug im Rahmen eines internen Fortbildungstages aufgeklärt wurden, haben in Stuttgart vier Fortbildungstage mit Mitarbeitern der Erstanlaufstelle und Mitarbeitern der fallbegleitenden Institutionen (*Bürgerservice Leben im Alter*, *Gerontopsychiatrische Beratungsstellen*, *Gesundheitsamt*) zum allgemeinen Gewaltbegriff, Formen, Auswirkungen und Interventionsansätze bei Gewalt stattgefunden (siehe Anhang).

In Landkreis Fulda ist die Mitarbeiteraufklärung vordergründig im internen Team der Schutzambulanz zu Inhalten des Gewaltbegriffes im Alter und in der Pflege und der engeren Vernetzung mit begleitenden Instanzen (*Pflegestützpunkt*, *HAVS*) geschehen. Mitarbeiter der fallbegleitenden Institutionen sind dabei nicht zusätzlich geschult worden, da durch die Anbindung an das bestehende Tätigkeitsfeld bereits ausreichend Expertise auf Seiten der fallbegleitenden Instanzen besteht.

Angemessenheit

Die Aufklärung der Mitarbeiterebene zeigt, dass die institutionellen Zuständigkeiten adaptiert worden sind, was aus Dortmunder Sicht auch in einem stärkeren Austausch zwischen den beteiligten Institutionen zu erkennen ist:

„Seit dieser Absprache (...) hat sich der Kontakt zwischen Seniorenbüro und Heimaufsicht, von Seiten der Seniorenbüros stark erhöht.“ (Aussage eines Dortmunder Experten zu Erhebungsphase 2).

Insbesondere in Dortmund und Stuttgart zeigt sich, dass für das Jahr 2016 weitere Schulungsmaßnahmen angedacht sind, um das Thema bei den Mitarbeitern auch dauerhaft zu aktualisieren. Gerade in

Stuttgart sehen die fallbegleitenden Instanzen eine explizite Notwendigkeit, da das Thema in der ersten Schulungswelle nicht explizit auf den Pflegekontext angepasst worden ist und die operative Ebene weiteren Wissensbedarf in Stuttgart sieht.

5.2.3 Exkurs Potsdam

In Potsdam ist zur Auswertung der Implementierungsphase eine weitere Fokusgruppe mit den kommunalen Experten des Steuerungsgremiums durchgeführt worden. Da die Kommune nicht in die projektspezifische Implementierungsphase wechseln konnte, ist im Rahmen der Gruppendiskussion der Fokus auf die Gründe der fehlenden Umsetzungsmöglichkeit gelegt worden (vgl. Anhang).

Kommunale Zuständigkeiten: In Potsdam zeigte sich bereits zu Beginn der Entwicklungsphase, dass zwei unterschiedliche Einrichtungen als kommunale Anlaufstellen, ihre Zuständigkeit bei Gewalt in der informellen Pflege verorten: der *Pflegestützpunkt* und *Pflege in Not Brandenburg*²⁰².

Diese Zweiteilung wird aus Sicht der Experten auch im Rahmen des Projektes als sinnvoll empfunden und von einer Zentrierung auf eine Einrichtung abgesehen, da der *Pflegestützpunkt* vordergründig eher beratend tätig ist und insbesondere in Fällen von Überforderung in Potsdam berät und agiert, während die Institution *Pflege in Not* als eine Spezialeinrichtung explizit für Fälle von Gewalt zu verstehen ist und in ganz Brandenburg ihre Verantwortlichkeit sieht.

Falls Gewaltfälle in Beratungssituationen des *Pflegestützpunktes* transparent werden, findet bei Bedarf ein Austausch mit *Pflege in Not* statt, der von beiden Seiten als gewinnbringend bewertet wird, allerdings nicht systematisch erfolgt. Eine Systematisierung wird von Seiten der institutionellen Vertreter als kontraindiziert wahrgenommen, da das Fallaufkommen in der Praxis zu gering ausfällt.

Implementierung kommunaler Interventionsmaßnahmen: Der Fokus der projektspezifischen Maßnahmen in Potsdam liegt in der Implementierung eines (aus) differenzierten Qualitätserfassungsinstrumentes im Rahmen der Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in regionalen ambulanten Pflegediensten sowie in einer Förderung der engeren Vernetzung von regionalen Pflegekassen und niederschwellig aufgestellten Beratungseinrichtungen (u.a. *Pflegestützpunkt*, *Pflege in Not Brandenburg*). Das Ziel sollte die Implementierung eines standardisierten Verfahrens zwischen Pflegediensten, Pflegekassen und Beratungsstellen sein, um Fälle von Gewalt und pflegerischer Überforderung besser ermitteln zu können. Die Implementierung des Instruments konnte im Rahmen der Implementierungsphase in Potsdam nicht geschehen. Im Rahmen der durchgeführten Fokusgruppe benennen die kommunalen Experten folgende Gründe, die den Wechsel in die Implementierungsphase verhindert haben:

- fehlende Praktikabilität des vorhandenen Formulars für den Beratungsbeuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI,
- Wechsel der projektspezifischen Koordination in Potsdam im Rahmen des Projektes und einhergehende Verzögerung des Implementierungsprozesses

²⁰² Die wissenschaftliche Begleitforschung interessierte in diesem Zusammenhang zunächst, warum es innerhalb der Kommune diese Zweiteilung gibt und warum im Rahmen des Projektes keine zentrale Zuständigkeit für Gewaltfälle in der Pflege implementiert wurde bzw. davon abgesehen wurde.

- ausstehende Zustimmung zur Nutzung und Anpassung des entwickelten Qualitätsinstrumentes durch Entwickler,
- ausstehende, weitere Kooperationsgespräche mit Pflegekassen und Berliner Projektpartnern (*Pflege in Not Berlin*),
- fehlendes Implementierungskonzept für das weitere geplante Modelvorhaben,
- knappe Zeitressourcen im laufenden Projekt.

Basierend auf den benannten Gründen und dem Fehlen von personellen wie auch finanziellen Mitteln ist in Potsdam die Entscheidung getroffen worden ein Anschlussprojekt zu initiieren, um eine nachhaltige Implementierung eines geeigneten Instrumentes zur Verbesserung der Qualität von Pflegeberatungen nach § 37 Abs.3 SGB XI zu ermöglichen.

Öffentlichkeitsmaßnahmen

Im Rahmen der Tätigkeit von *Pflege in Not Brandenburg* werden bestehende Unterstützungsmaßnahmen bei Gewalt in der Pflege bereits durch eine breite und andauernde Öffentlichkeitsarbeit bekannt gemacht. Allerdings zeigten die Angaben der Experten, dass das Projekt *Gewaltfreie Pflege* aufgrund knapper zeitlicher und finanzieller Ressourcen nicht im Rahmen des Projektes beworben bzw. öffentlich bekannt gemacht werden konnte.

Das Potsdamer Steuerungsgremium strebt für das Jahr 2016 eine breite Werbekampagne an, die im Zusammenhang mit dem angedachten Folgeprojekt in Potsdam verwirklicht werden soll. Jedoch sind auch hier bislang keine ausdifferenzierten Handlungsstrategien erarbeitet worden, die als Handlungsempfehlungen im vorliegenden Projekt ableitbar sind.

5.3 Ergebnisse der Gewaltfallerfassung

Im Folgenden wird auf die Ergebnisse der Gewaltfallerfassung²⁰³ während der Implementierungsphase eingegangen, damit Aussagen über die Nutzungsfrequenz und Qualität der kommunalen Zuständigkeiten und Verfahren abgeleitet werden können. Die Darstellung wird dabei kommunenspezifisch veranschaulicht, um dem individuellen Fallcharakter der Kommunen gerecht zu werden.

Dortmund

Die Gewaltfallerfassung anhand des entwickelten Fallerfassungsbogens während der Implementierungsphase (April bis September 2015) beschränkte sich in Dortmund auf den Stadtteil *DO-Scharnhorst* und die festgelegten kommunalen Zuständigkeiten (*Seniorenbüro, Heimaufsicht*).

Im halbjährigen Verlauf der Implementierungsphase ist weder auf Seiten der Heimaufsicht ein Fall von Gewalt in der Pflege aus diesem Stadtteil gemeldet worden noch konnte im Rahmen der Beratungstätigkeit der *Seniorenbüros* ein solcher identifiziert und weitergeleitet werden.

Aus Sicht der beteiligten Akteure war dieses Ergebnis einerseits der räumlichen Grenzen (Konzentration auf einen Stadtteil), andererseits aber auch dem engen Erfassungszeitraum von nur sechs Monaten geschuldet.

²⁰³ Erhebungsphase 3 der wissenschaftlichen Begleitung

Auch zeigte sich während der Beratungsgespräche der Seniorenbüros das Problem der Trennschärfe von individuellen Fällen. In vielen Beratungssituationen wurde ein hohes Maß an pflegerischer Überforderung sichtbar, die entweder von sozialem Rückzug oder depressiven Verstimmungen der pflegenden Angehörigen begleitet wurde. Gewalt konnte im Rahmen dieser Gespräche dennoch nicht konkret thematisiert werden. Um ein spekulatives Vorgehen und eine fälschliche Denunzierung von vermeintlichen Gewalttätern zu vermeiden, konnte kein Fall zweifelsfrei identifiziert werden. Darüber hinaus wurde die ausbleibende Thematisierung von Gewaltfällen seitens der zu beratenden Personen (u. a. pflegende Angehörige) nicht im mangelnden Problembewusstsein, sondern vorrangig in Ängsten vor negativen Konsequenzen gesehen.

Als weitere Hürde der Aufdeckung wurde die unscharfe Bedeutung des Gewaltterminus geäußert, welche die Problematik der Trennschärfe zwischen *Gewalt-* und *Nicht-Gewalt-Einschätzung* zusätzlich erschwert. Die Wahrnehmung von Gewalt variiert von Fall zu Fall und von Person zu Person auffallend:

„Die Begrifflichkeit Gewalt, wenn man 5 Menschen fragt, wird man wahrscheinlich 5 verschiedene (...) Wahrnehmungen auch feststellen können“ (Aussage eines Dortmunder Experten in Erhebungsphase 2).

Zudem wird ein Grund für die fehlenden Meldungen in der stark vorhandenen Tabuisierung der Gewaltthematik gegen pflegebedürftige, ältere Menschen in der Öffentlichkeit gesehen.

Den niedrigschwelligen Komm-Struktur-Charakter der bestehenden Angebote des *Seniorenbüros* mit einer offensiven, in die lokale Öffentlichkeit kommunizierten gewaltpräventiven Arbeit zu verbinden, erwies sich als ein von Anfang an im Steuerungsgremium diskutiertes Dilemma. Es bestanden hier wiederholt geäußerte Befürchtungen, dass das Seniorenbüro negativ mit dem Thema Gewalt identifiziert werde, hier nicht mehr als Unterstützungs- sondern als Strafverfolgungsinstitution wahrgenommen werde. Von Beginn an wurde ebenfalls die Befürchtung der Stigmatisierung von pflegenden Angehörigen durch Verwendung des Gewaltbegriffs geäußert.

Die konstruktive Auseinandersetzung im Team des *Seniorenbüros* über das Gewaltpotential in jedem einzelnen Beratungsfall hat zu einem differenzierteren Verständnis der Thematik geführt und die Erkenntnis hervorgebracht, dass eine stärkere Beziehungsarbeit und ein stärkerer Beziehungsaufbau notwendig ist, um Gewaltfälle klar zu identifizieren, wenn diese nicht zuvor von außen an die Zuständigen herangetragen worden sind.

Im gesamten Dortmunder Stadtgebiet sind während der Implementierungsphase insgesamt 43 Meldungen über Gewaltvorkommnisse bzw. Gewaltvermutungen in Pflegekonstellationen gegen ältere Menschen bei der Heimaufsicht eingegangen. Davon sind 40 Meldungen dem stationären und drei Meldungen dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Die gemeldeten Fälle wiesen keinen strafrechtlichen Charakter auf, sondern waren zu 50 Prozent ordnungsrechtlich zu lösen. Durch Anordnungen der Heimaufsicht konnten alle Fälle geklärt werden. Die geringeren Meldungen aus dem ambulanten Bereich an ordnungsrechtlichen Verstößen weisen darauf hin, dass die Heimaufsicht in ihrer Tätigkeitserweiterung in der (Fach-) Öffentlichkeit in Dortmund noch nicht ausreichend wahrgenommen wird.

Landkreis Fulda

Die Gewaltfallerfassung anhand des Fallerfassungsbogens erstreckte sich im Landkreis Fulda ebenfalls über die projektbegleitende Implementierungsphase von sechs Monaten (April bis September 2015).

In diesem Zeitraum sind fünf Fälle von vermuteter und manifester Gewalt gegen pflegebedürftige, ältere (> 65 Jahre) Personen im Landkreis an die Erstanlaufstelle *Schutzambulanz* gemeldet worden. Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die gemeldeten Fälle und deren Begleitung.

Die Fallschilderung zeigt, dass die *Schutzambulanz* als Erstanlaufstelle bei Fällen von Gewalt in der Pflege in erster Linie als vermittelnde Instanz agiert und vordergründig die gemeldeten Gewaltfälle an das *HAVS* oder den *Pflegestützpunkt* weitervermittelt. Akute Fälle, die einen Einsatz der Polizei notwendig erscheinen lassen, hat es in dem Erfassungszeitraum nicht gegeben, so dass keine Aussagen über den konkreten Umgang mit Akutfällen abgeleitet werden können.

In vier Fällen hat es im Vorfeld der Meldung bereits eine Gewalthandlung gegeben (körperliche, psychische, strukturelle Gewaltformen oder Formen von Vernachlässigung), was ein intervenierendes Vorgehen notwendig gemacht hat. Die Begleitung und Vermittlung der eingegangenen Fälle zeigt darüber hinaus, dass die Fallbegleitungen nicht weitergeführt werden konnten, wenn die betroffenen Personen die Unterstützung abgelehnt haben (vgl. Tabelle 6: *Fall 1 + 5*). Freiwilligkeit ist eine entscheidende Voraussetzung für die Handlungsmöglichkeiten in der Fallbegleitung.

Ein Problem in der Fallbegleitung zeigt sich darin, dass die *Schutzambulanz* Fälle weitergibt, die Rückmeldung durch das *HAVS* allerdings (aus datenschutzrechtlichen Gründen) nicht systematisch geschieht, so dass auch eine zentrale Falldokumentation in Landkreis Fulda nicht gänzlich ermöglicht werden kann.

Tabelle 6: Gewaltfallbegleitung im Landkreis Fulda

Fuldaer Gewaltfallbegleitung (April-September 2015)					
Angaben	1. Fall	2. Fall	3. Fall	4. Fall	5. Fall
Ausfüllende Institution	Schutzambulanz	Schutzambulanz	Schutzambulanz	Schutzambulanz	Schutzambulanz
Präventives o. intervenierendes Vorgehen	Intervenierend	Intervenierend	Intervenierend	Präventiv	Intervenierend
Fallbeschreibung	Pflegebedürftige in Einrichtung stark vernachlässigt: Schlaganfall wurde vertuscht, keine Ausgabe von Essen zwischen Hauptmahlzeiten + Strukturelle Gewalt in Einrichtung („Anweisung Bewohner in Schach zu halten“)	Ältere, pflegebedürftige Frau wird von Sohn bevormundet, zur Medikamenteneinnahme & Trinken genötigt gegen ihren Willen	Ältere, pflegebedürftige Frau wird mit Verbrennungsblasen im Mund aufgefunden. PK hat heißen Tee zu hastig angereicht, gleiche PK steht im Verdacht anderen BW geschlagen zu haben. PDL deckelt Vorfall, Angehörige nicht informiert.	Älteres Paar (Frau dementiell erkrankt), Ehemann überfordert, verwahrloset in neuer Wohnung. Wohnung liegt nahe der Wohnung des Sohnes, Sohn kümmert sich, aber nicht ausreichend.	Ältere Dame in Tagespflege wird zuhause von Ehemann geschlagen, was durch den Transportdienst aufgefallen sei beim nach Hause bringen. (Schutzambulanz soll Dokumentation des Falles durchführen)
Gewaltform / Intensität	Körperliche Gewalt (niedrige Intensität), psychische Gewalt (hohe Intensität) + strukturelle Gewalt	Psychische Gewalt (hohe Intensität)	Körperliche Gewalt (hohe Intensität)	Vernachlässigung (mittelgradige Intensität) & pflegerische Überforderung	körperliche Gewalt (mittelgradige Intensität)
Kontakt-aufnehmende Person / Involvierte Person	Sohn der Pflegebedürftigen	Person einer anderen Institution/ Einrichtung	Anonyme Person, weiblich	Freunde/ Bekannte des Ehepaares	HAVS
Pflegebedürftige Person	79 Jahre alt, weiblich, wohnhaft im Pflegeheim	80 Jahre alt, weiblich, Pflegestufe 3, zuhause lebend mit Sohn und dessen Lebensgefährtin	80 Jahre alt, weiblich, verwitwet, Pflegestufe 3, wohnhaft im Pflegeheim	Ehepaar beide Ende 70, verheiratet, Frau ist schwer dement, wohnen selbständig in eigener Wohnung, 2x in der Woche <i>Essen auf Rädern</i>	80 Jahre alt, weiblich, verheiratet, wohnhaft mit Ehemann (92 Jahre alt) in gemeinsamen Haushalt, 2x / Woche in Tagespflege, Versorgung durch Ehemann, Tochter
Kontaktfrequenz	1 mit meldender Person	Mehrmaliger Kontakt mit kontaktaufnehmenden Institution	1 mit meldender Person	1 mit meldenden Personen, 2 Hausbesuche durch Pflegestützpunkt	1 mit HAVS und PDL der Einrichtung,
Fallkonsequenz / Aufklärung	Weitergabe von Kontaktdaten des HAVS, da Kontaktherstellung durch Schutzambulanz abgelehnt wurde.	Gemeinsame Fallbesprechung mit Pflegestützpunkt mit dem Ergebnis ein Einzelgespräch mit der Pflegebedürftigen über Wohnwünsche zur führen, mit Hausarzt über Medikamentenmissbrauch & mit Sohn, um Entlastungsangebote weiter zu unterbreiten.	Weitergabe des Falles an HAVS, welche sich weiter um den Fall kümmert.	Weiterleitung an Pflegestützpunkt, Hausbesuche und Beratungsgespräche durch Pflegestützpunkt.	Gewaltfalldokumentation abgelehnt durch Betroffene, Meldung an Hausarzt, PDL der Tagespflegeeinrichtung, Austausch mit HAVS, Angaben durch Beteiligte eher intransparent

Die Auswertung der Gewaltfallbegleitung zeigt, dass in den meisten (häuslichen) Fällen eine pflegerische Überforderungssituation besteht, in denen Unterstützungsangebote gern angenommen werden und in Folge dessen der Zugang zur Häuslichkeit im Regelfall zugelassen wird.

Stuttgart

Das Stuttgarter Interventionsverfahren ist seit dem 21. Oktober 2015 offiziell implementiert. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass insgesamt fünf Anrufe bei der Erstanlaufstelle eingegangen sind. Allerdings hat sich keiner dieser Fälle auf eine Meldung von Gewalt in der Häuslichkeit bezogen²⁰⁴, so dass das Interventionsverfahren bislang nicht angewandt werden konnte.

Aus Sicht der Experten ist zu wenig (Implementierungs-) Zeit seit Start des Interventionsverfahren (vier Wochen) vergangen, um Rückschlüsse auf den Erfolg des Interventionsverfahrens ziehen zu können²⁰⁵.

Auch sehen die Experten als Grund für ausbleibende Fallmeldungen, dass andere kommunal-politische Themen gegenwärtig eine stärkere öffentliche Aufmerksamkeit erzeugen (u.a. *kommunale Flüchtlingspolitik*) und damit das Thema Gewalt in der informellen Pflege trotz Öffentlichkeitsarbeit innerhalb der Kommune nicht so präsent erscheint.

Die kommunalen Experten empfehlen trotz ausstehender Empirie folgende Handlungsstrategien, um Zugang in die Häuslichkeit von Betroffenen zu ermöglichen:

- mehrmalige telefonische und schriftliche Unterstützungsangebote anbieten,
- unangekündigte Hausbesuche durchführen,
- einen persönlichen Kontakt herstellen.

Allerdings zeigen die Möglichkeiten im Rahmen des Interventionsverfahrens auch, dass bei Ablehnung von Hilfe die Eingriffsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind, da das Verfahren letztlich auf Unterstützungsstrategien setzt und keine ordnungsrechtlichen Sanktionierungsmöglichkeiten beinhaltet. Es sei denn, es handelt sich um akute Gewaltfälle.

Kommunenübergreifendes Fazit zur Gewaltfallbegleitung

Die kommunalen Implementierungsphasen zeigen im Ergebnis, dass nur im Landkreis Fulda Fälle von Gewalt in der Pflege an die zentralen Zuständigkeiten gemeldet wurden. Diese Fälle sind an die fallbegleitenden Instanzen weitervermittelt und begleitet worden. Eine zentrale Auswertung und Dokumentation ist in Landkreis Fulda nur eingeschränkt implementiert worden, da die Rückmeldung durch die *Betreuungs- und Pflegeaufsicht beim Hessischen Amt für Versorgung und Soziales* lediglich unsystematisch durchgeführt wird.

Die Gründe für die fehlenden Fallmeldungen in den anderen Kommunen sind vielfältig:

²⁰⁴ Bei drei Anrufen handelte es sich um Personen, die lediglich Interesse in dem Interventionsverfahren zeigten, bei einem Anruf ging es um eine pflegerische Überforderungssituation in der Gewalt keine Rolle spielte und bei einem Anruf bestand der Wunsch einer Arztpraxis noch weitere Flyer zu dem Interventionsverfahren zu erhalten.

²⁰⁵ Aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen im Rahmen der Projektlaufzeit, war eine spätere Datenerhebung im Rahmen von Erhebungsphase in Stuttgart von Seiten der wissenschaftlichen Begleitforschung nicht weiter aufzuschieben.

- Stadtteilbegrenzung des Erfassungsgebiets grenzt Wahrscheinlichkeit der Fallerfassung ein (Dortmund),
- knapper Zeitrahmen (Stuttgart),
- fehlende Trennschärfe zwischen Überforderung und Gewalt, deshalb Notwendigkeit des Beziehungsaufbaus zur Fallaufdeckung von latenter Gewalt durch präventive Strukturen (Dortmund),
- Tabuisierung in Öffentlichkeit und Angst vor negativen Konsequenzen bei Betroffenen; divergierende Vorstellungen darüber, wo Gewalt beginnt (Dortmund),
- andere kommunale Themen stehen mehr im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung (Stuttgart),
- bei Gewaltfallbegleitung: Fehlende Handhabe in der privaten Häuslichkeit aufgrund fehlender ordnungsrechtlicher Sanktionsbefugnis (Landkreis Fulda; Stuttgart aus vorherigen Erfahrungen fallbegleitender Instanzen).

Zusammenfassung

In den Projektkommunen sind im Untersuchungszeitraum wenige Fälle identifiziert worden, wie sie in der Literatur problematisiert werden. Warum das so ist, konnte im Rahmen des vorgegebenen Zeitraums nicht zweifelsfrei geklärt werden.

5.4 Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege vor Ort: Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen

5.4.1 Fulda

Die erweiterten Kompetenzen der Schutzambulanz Fulda werden auch in Zukunft beibehalten. Die Intensivierung der Aufklärung lokaler Akteure – insbesondere in den Gemeinden des Landkreises und bei Pflegeanbietern - ist konkret geplant. Eine Fortsetzung der Aufklärungsveranstaltungen im Rahmen der jährlichen Seniorenwoche ist geplant. Das Steuerungsgremium beabsichtigt, sich weiterhin im halbjährlichen Abstand zu treffen, um sich über aktuelle Vernetzungsfragen auszutauschen und Aufklärung zu planen. Das Fortbildungsangebot zu Gewaltfreier Pflege bei zwei Fortbildungsträgern im Landkreis wird aufrechterhalten.

5.4.2 Dortmund

Das Seniorenbüro Dortmund-Scharnhorst wird weiterhin über das Thema aufklären, wenn auch nicht mehr als Schwerpunktthema, wie während des Projektzeitraums geschehen. Das Steuerungsgremium der Stadt wird das Thema weiterverfolgen. Derzeit ist eine stadtweite Kampagne mit Postern in allen städtischen Einrichtungen geplant. Die Qualifizierung der Mitarbeiter der Seniorenbüros in den anderen Stadtbezirken wird erwogen.

5.4.3 Stuttgart

Das Projekt „Institutionelle Vernetzung bei Gewalt in der häuslichen Pflege“ der Stadt Stuttgart wird unabhängig vom Projekt „Gewaltfreie Pflege“ von der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und dem Bürgerservice *Leben im Alter* weiterverfolgt. Nach der Einrichtung einer Erstanlaufstelle bei Gewalt in der häuslichen Pflege und der Schulung von Mitarbeitenden dieser Erstanlaufstelle sind die nächsten Schritte die Schulung der Fachdienste, die Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen und die Planung und Durchführung einer Öffentlichkeitskampagne.

5.4.4 Potsdam

In Potsdam wird im Jahr 2016 ein Modellprojekt zur Optimierung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt; die Ergebnisse sollen in die Beratungen zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI einfließen, die nach § 37 Abs. 5 SGB XI von den Vertragsparteien – nach § 113 SGB XI bis zum 1. Januar 2018 – zu erstellen sind. Das Steuerungsgremium wird dieses Projekt begleiten und weiterhin die Beratungsstelle *Pflege in Not Brandenburg* bei der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit beraten.

5.5 Empfehlungen für die weitere Forschung

Repräsentative Daten zu Gewalt gegen Ältere, Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege und Gewalt in Pflegebeziehungen fehlen

Für Deutschland liegen bisher weder belastbare noch international vergleichbare Zahlen zur Prävalenz von Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege vor; von Gewalt gegen ältere im sozialen Nahraum in eingeschränktem Maße²⁰⁶. Anknüpfend an MILCEA²⁰⁷ wird hier die Einsetzung einer Arbeitsgruppe (möglichst auf europäischer Ebene), besser noch die Gründung eines „*EU research centre on elder abuse*“²⁰⁸ empfohlen, die anknüpfend an die Vorarbeiten der britischen Prävalenzstudie²⁰⁹, die von der irischen Prävalenzstudie²¹⁰ übernommen und von der europäischen ABUEL-Studie²¹¹ ergänzt wurden, Instrumente zur repräsentativen und vergleichbaren Erhebung nicht nur von Gewalt gegen Ältere, sondern auch von Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege entwickelt.

Weiterhin wird eine repräsentative Prävalenzstudie von Gewalt gegen Ältere und von Gewalt gegen Ältere in der Langzeitpflege für Deutschland empfohlen.

Erklärungsmodelle für die Ursachen von Gewalt in Pflegebeziehungen sind nach wie vor bruchstückhaft

Wünschenswert wäre die Entwicklung eines „ökologischen Modells“, das die verschiedenen Erklärungsansätze für die Entstehungsbedingungen von Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige (strukturelle, situative und individuelle Modelle und Risikofaktoren, vgl. Kapitel 2.4) zusammenführt bzw. hierarchisiert. Bis dahin werden Präventionsansätze weiterhin notwendigerweise ‚eklektizistisch‘ bleiben. Angesichts des real existierenden Problems wird es allerdings nicht möglich sein, ‚gar nichts zu tun‘ und auf bessere Erkenntnisse zu warten.

Erweiterung der Prävention auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und mit Behinderungen und Beeinträchtigungen sowie auf Pflegebedürftige jeden Alters

Ebenso sollte eine vergleichbare, idealerweise internationale Basis für die Erfassung von Gewalt gegen Pflegebedürftige und gegen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen von Regelprüfungen, Begutachtungen und Qualitätsprüfungen durch die Akteure des Gesundheitssystems erarbeitet werden. Hier wäre es sinnvoll, das Erkennen von Gewaltbetroffenheit und den Schutz von Menschen mit Behinderungen²¹², von Pflegebedürftigen jeden Alters und von Menschen unter gesetzlicher Betreuung auf die gleiche Basis zu stellen.

²⁰⁶ Vgl. Kapitel 2.3, S. 33

²⁰⁷ Kimmel et al. (2012), S. 24

²⁰⁸ Soares et al. (2010), S. 106

²⁰⁹ O’Keeffe et al. (2007), Biggs et al. (2009)

²¹⁰ Naughton et al. (2010)

²¹¹ Soares et al. (2010)

²¹² Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention.

6 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

6.1 Ergebnisse zu den leitenden Fragestellungen im Projekt

In allen der beteiligten Kommunen ist es gelungen, die wesentlichen Stakeholder der pflegerischen Versorgungslandschaft für die Mitarbeit an den Steuerungsgremien und damit für das Thema „Gewaltfreie Pflege“ zu gewinnen.

Damit wurde eine der wesentlichen und notwendigen Voraussetzung geschaffen, um Präventionsmaßnahmen zunächst entwickeln und schließlich umsetzen zu können, denn mit der aktiven Teilnahme an den Steuerungsgremien wurde eine Verantwortungsübernahme der einzelnen Organisationen für eine Prävention von Gewalt vollzogen.

Gleichwohl konnten trotz konkreter Ansprache von Vertretern der Ärzteschaft mit Ausnahme der Landeshauptstadt Stuttgart diese nicht für eine Mitarbeit in den jeweiligen Steuerungsgremien gewonnen werden.

Die Tatsache, dass sich Ärzte nur schwer für pflegespezifische Themen rekrutieren lassen, deckt sich mit Erfahrungen aus anderen Projekten im Bereich der Pflege- und Versorgungsforschung. Gleichwohl sind gerade Ärzte diejenigen, die einen Einblick in die Pflegebeziehungen und gleichzeitig einen Einfluss aufgrund ihrer Autorität haben, dass die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung geschaffen werden können.

Der Einbezug in Stuttgart ist deshalb gelungen, weil die Leiterin der Gleichstellungsstelle zum Thema „Gewaltfreie Pflege“ auf eigene Initiative hin, eine Fortbildung bei der Landesärztekammer durchgeführt hatte. Das heißt, dass Netzwerkarbeit in der Pflegelandschaft immer auch die Ärzteschaft miteinbeziehen muss, und nicht nur punktuell zu bestimmten Fragestellungen.

Nachfolgend werden die Fragestellungen der Implementierungsstudie in zusammenfassender Weise beantwortet:

Was sind die wesentlichen Merkmale des Präventionsansatzes und welche sind für die Hauptakteure entscheidend? Worin werden von Entscheidungsträgern Vor- und Nachteile gesehen? Wie gut ist der Präventionsansatz in der Praxis umsetzbar?

Die in den vier Kommunen erarbeiteten Präventionsansätze bestehen jeweils aus einem Bündel unterschiedlicher Maßnahmen und sollten auf mehreren Ebenen wirken – entsprechend der vorab definier-

ten Empfehlungen aus dem MILCEA-Projekt. Die Präventionsmaßnahmen wurden nicht Setting-übergreifend ausgestaltet, sondern variieren, je nachdem, ob es um eine Prävention von Gewalt in der häuslichen, der stationären oder der rein informellen Pflege ging.

Den Präventionsmaßnahmen insgesamt liegt eine individuelle Herangehensweise im Sinne eines Case-Managements zugrunde: Während noch zu Beginn des Projekts in den beteiligten Kommunen darüber diskutiert worden ist, verbindliche Handlungs-Algorithmen und Assessments zu entwickeln – z. B. um Gewaltrisiken erkennen zu können – und diese standardmäßig umzusetzen, stellte sich im Verlauf heraus, dass die Grundlage für eine Prävention immer der individuelle Fall sein muss, der je nach Konstellation flexible und niedrigschwellige Handlungsalternativen verlangt. Das kann entweder eine Beratung und je nach Ausgestaltung des individuellen Falls eben ein standardisiertes Assessment sein.

Insgesamt ist in allen Modellkommunen der Beratungscharakter von Präventionsmaßnahmen im Gegensatz zu einem repressiven Ansatz als erfolgversprechend erachtet worden.

Eine Umsetzung dieser Maßnahmen kann allerdings nur gelingen, wenn eine kontinuierliche Kooperation zwischen den Stakeholdern der professionellen Langzeitpflege stattfindet, d. h. durch regelmäßig stattfindende und strukturierte Treffen zum Thema „Gewaltfreie Pflege“.

Wie wurde die Implementierung geplant, umgesetzt und welche Ressourcen (personell, zeitlich und technisch) waren hierfür erforderlich?

Zunächst verständigte man sich in den Steuerungsgremien darauf, wer wofür zuständig ist; d. h. auch wer die Hauptverantwortung für die Implementierung der Präventionsmaßnahmen trägt. Dies wurde von den Amts- und Abteilungsleitungen der im Steuerungsgremium vertretenen Mitarbeiter genehmigt. Zur politischen Absicherung wurden rechtzeitig auch Bürgermeister bzw. der Stadtrat in die Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden.

Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen wurde weiter in allen Modellkommunen durch intensive Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit flankiert. So wurden Informationsmaterialien für ambulante Dienste und Ehrenamtliche erarbeitet und zur Verfügung gestellt. Es gab gut besuchte Informationsveranstaltungen für die Fachöffentlichkeit, Pressemitteilungen im Amtsblatt und zielgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Gewaltfreie Pflege“.

Es zeigte sich, insbesondere für das informelle Pflegesetting, dass die reine Information über das Vorhandensein z. B. von Beratungstelefonen oder Ansprechpartnern für Betroffene, nicht ausreicht, damit diese Angebote überhaupt in Anspruch genommen werden. Vielmehr bedarf es des Aufbaus einer Beziehung zu den pflegenden Haushalten, um eine Vertrauensbasis zwischen den professionellen Helfern

der Kommune (kommunale Zuständigkeit) und den Adressaten der Präventionsmaßnahmen zu schaffen.

Das kostet Zeit, Qualifikation und Geld.

Wie kann der jeweilige organisationale Kontext der beteiligten Akteure beschrieben werden? Was ist förderlich und hinderlich für die Implementierung des Präventionsansatzes?

Spiegelbildlich zu einem „Gewaltverantwortlichen“ für die Kommune, braucht es einen „Gewaltverantwortlichen“ in jeder einzelnen der am Steuerungsgremium beteiligten Organisationen.

Bei allen beteiligten Organisationen wurde daher ein zentraler Ansprechpartner für das Thema „Gewaltfreie Pflege“ benannt, beim MDK in Stuttgart genauso wie für die städtischen Pflegeheime in Dortmund. Weiterhin wurde organisationsintern festgelegt, wie man mit Verdachtsfällen umzugehen hat und wann und wohin ein solcher Fall die Organisation, wie etwa den MDK, verlässt und was dann damit passiert.

In den Steuerungsgremien wurde beschlossen, welche der beteiligten Organisationen innerhalb einer Kommune federführend für die Fallbegleitung im Sinne eines Case-Managements zuständig ist. Diese Organisation konnte gleichzeitig auch für die notwendige Intervention im Einzelfall zuständig sein.

Für eine Intervention bedarf es allerdings entsprechender rechtlicher Kompetenz. Dies war nicht allen Modellkommunen gewährleistet, weil nur in den Bundesländern NRW und Hessen, die Heimaufsichtsbehörde, auch für das ambulante Pflegesetting Beratungs- und Eingriffskompetenzen hat.

Innerhalb der jeweiligen Organisationen bestehen unterschiedliche Arbeits- und Herangehensweisen, je nach Aufgabe in der Langzeitpflege. Damit die unterschiedlichen Strukturen innerhalb der Organisationen und in den Kommunen den Prozess des Case-Managements nicht behindern, wurde im Projekt ein einheitliches Instrument zur Evaluation der Fallbegleitung („Fallerfassungsbogens“ bei kritischen Fällen in der Pflege) entwickelt und in die Praxis umgesetzt.

Welche Merkmale der individuellen Akteure in den beteiligten Organisationen tragen zur erfolgreichen Implementierung bei? Wie beurteilen die Anwender Kosten und Nutzen? Wie ist die Akzeptanz?

Das Hauptmerkmal sind die Einstellungen der verantwortungstragenden Akteure zum Thema: Die Beteiligten der Steuerungsgremien waren sich meist unausgesprochen einig, was in einer Pflegebeziehung, informell oder formell, passieren darf oder nicht. Das ist die jeweils individuelle Seite einer förderlichen Einstellung. Diese Einstellung kann durch fortbildende Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Im Projekt wurde ein professionsübergreifendes Fortbildungskonzept entwickelt und in den Kommunen angewandt. Die angesprochenen Organisationen in den Modellkommunen hatten ein großes

Interesse an diesem Fortbildungskonzept, sowohl die Nachfrage als auch die Teilnahme waren hoch und trugen in den Modellkommunen zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen bei.

Für die erfolgreiche Implementierung eines Präventionsansatzes ist aber nicht nur die individuelle Seite einer förderlichen Einstellung relevant, sondern auch eine Verständigung darüber – sowohl innerhalb einer Organisation als auch organisationsübergreifend - notwendig, welchen Anspruch die Gesellschaft, in dem Fall die Kommune, an zwischenmenschliche Beziehungen allgemein und im Umgang mit hilfebedürftigen und älteren Menschen hat.

Ausgangspunkt ist dabei ein humanistisch geprägtes Menschenbild, wie sie auch in der Pflege-Charta zum Ausdruck kommt (BMFSFJ, 2014). Damit ist ein weiterer förderlicher Faktor für die erfolgreiche Umsetzung und Implementierung der Präventionsmaßnahmen verknüpft: Das war im Projekt das persönliche Engagement einzelner Vertreter aus unterschiedlichen Organisationen, was eine hinreichende aber keine notwendige Bedingung für die erfolgreiche Umsetzung eines Präventionsansatzes ist.

Die Akzeptanz in den Modellkommunen war durchgehend gegeben. Man war sich aber in allen vier Modellkommunen darüber im Klaren, dass für der Aufbau von Präventionsstrukturen im Rahmen des Projektes nur unter dem Gesichtspunkt als „Add on“ Leistung der bestehenden Strukturen möglich war, weil nahezu keine Gewaltfälle während der Projektlaufzeit gemeldet wurden und zu bearbeiten waren.

Ein etabliertes Präventionssystem mit regelmäßig zu begleitenden Fällen kann nicht mehr als eine „Add-on-Leistung“ innerhalb der bestehenden Strukturen bearbeitet werden, sondern bedarf ausreichender, eigener Personalstrukturen.

Wie gut kann die Innovation, der systematische Präventionsansatz im Versorgungsalltag umgesetzt werden?

Die Innovation – der systematische Präventionsansatz – kann dann erfolgreich in den Versorgungsalltag umgesetzt werden, wenn innerhalb der einzelnen Organisation die dafür notwendige organisatorische Gestaltungshoheit seitens der Leitung wahrgenommen wird.

Das bedeutet, dass organisationsintern seitens der Leitung beim Thema „Flagge“ gezeigt wird, und die notwendigen förderliche Einstellungen, wie oben beschrieben, eine organisationsinterne Verallgemeinerung erfährt.

Jede Organisation trägt nur einen Teil der Verantwortung für die Umsetzung des Präventionsansatzes. Das heißt, es ist notwendig, dass jede Organisation sich ihres Beitrags bewusst ist und die unterschiedlichen Zuständigen innerhalb der Kommune organisationsübergreifend festgeschrieben werden.

Welche Faktoren beeinflussen seitens der Zielgruppe eine erfolgreiche Implementation des Präventionsansatzes? Führt die Anwendung tatsächlich zum Schutz des älteren pflegebedürftigen Menschen vor Gewalt? Werden durch die Implementation des Ansatzes Risiken für Gewalt minimiert?

Da die oben beschriebenen notwendigen Voraussetzungen für Gewaltprävention und entsprechende Maßnahmen während der Projektlaufzeit erst entwickelt und in Ansätzen implementiert worden sind, können keine verlässlichen Aussagen darüber getroffen werden, ob die implementierten Präventionsmaßnahmen tatsächlich dazu geführt haben, dass Gewalt verhindert werden konnte. Gleichwohl haben die „Gewaltbeauftragten“ im Rahmen der Nachbefragung angegeben, dass das Projekt zu mehr Handlungssicherheit bei den beteiligten Akteuren geführt habe und das Thema weiter ausgebaut werden solle.

Insgesamt ist es nicht gelungen, einen umfassenden Präventionsansatz in den vier Modellkommunen umzusetzen. Trotzdem wurden einzelnen Maßnahmen umgesetzt, die auch nach dem Projekt fortgeführt werden.

In Fulda werden die erweiterten Kompetenzen der Schutzambulanz auch in Zukunft beibehalten. Die Intensivierung der Aufklärung lokaler Akteure – insbesondere in den Gemeinden des Landkreises und bei Pflegeanbietern – ist konkret geplant. Eine Fortsetzung der Aufklärungsveranstaltungen im Rahmen der jährlichen Seniorenwoche ist ebenfalls beabsichtigt.

Das Steuerungsgremium beabsichtigt, sich weiterhin im halbjährlichen Abstand zu treffen, um sich über aktuelle Vernetzungsfragen auszutauschen und Aufklärung zu gewaltfreier Pflege zu betreiben. Das Fortbildungsangebot zu Gewaltfreier Pflege bei zwei Fortbildungsträgern im Landkreis wird aufrechterhalten.

Das Seniorenbüro Dortmund-Scharnhorst wird weiterhin über das Thema aufklären, wenn auch nicht mehr als Schwerpunktthema, wie während des Projektzeitraums geschehen. Das Steuerungsgremium der Stadt wird das Thema weiterverfolgen. Eine stadtweite Kampagne mit Postern ist in allen städtischen Einrichtungen geplant. Die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Seniorenbüros in den anderen Stadtbezirken wird erwogen.

In Stuttgart ist während der Projektlaufzeit ein eigenständiges Projekt entstanden, das sich speziell mit Gewaltprävention in der häuslichen Pflege beschäftigt: „Institutionelle Vernetzung bei Gewalt in der häuslichen Pflege“. Diese wird von der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und dem Bürgerservice Leben im Alter weiterverfolgt.

Nach der Einrichtung einer Erstanlaufstelle bei Gewalt in der häuslichen Pflege und der Schulung von Mitarbeitenden dieser Erstanlaufstelle sind die nächsten Schritte die Schulung der Fachdienste, die Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen und die Planung und Durchführung einer Öffentlichkeitskampagne.

In Potsdam wird im Jahr 2016 ein Modellprojekt zur Optimierung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt; das Steuerungsgremium wird dieses Projekt begleiten und weiterhin die Beratungsstelle Pflege in Not Brandenburg bei der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit beraten. Die Ergebnisse sollen in die Beratungen zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI einfließen, die nach § 37 Abs. 5 SGB XI von den Vertragsparteien – nach § 113 SGB XI bis zum 1. Januar 2018 – zu erstellen sind.

Wie kann der äußere Umgebungskontext beschrieben werden und wie beeinflusst er die Implementierung? Gibt es externe Einflüsse, die die Implementierung der Innovation, des systematischen Präventionsansatzes behindern?

In Deutschland gibt es anders als z. B. in England die Primary Nurse keine unabhängige Verbindung, die eine vertrauensgetragene Beziehung in die pflegenden Haushalte hinein hat. Das heißt der äußere Umgebungskontext sieht gar nicht vor, dass es so etwas wie einen systematischen Präventionsansatz gibt. Der präventive Hausbesuch ist zwar immer wieder Thema von wissenschaftlichen Projekten, wurde aber als flächendeckendes Angebot nie realisiert. Der Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI kann und soll einen präventiven Hausbesuch nicht ersetzen.

Die Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass nach wie vor, keine politische Absicht besteht, dem Thema den Stellenwert einzuräumen, den die Fachöffentlichkeit der mit Pflege befassten Professionen als notwendig erachtet. Das trägt zu einer Bagatellisierung und randständigen Behandlung des Themas bei. „Gewalt in der Pflege“ „politisch zu besetzen“ ist legitim aber noch nicht gleichbedeutend mit konsequenter und systematischer Gewaltprävention.

6.2 Handlungsempfehlungen zur Prävention von Gewalt in der Pflege

Die Grundlage für eine systematische Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen in der pflegerischen Versorgung zu schaffen, war oberstes Ziel dieses Projektes. Mit der modellhaften Implementierung der zuvor entwickelten Maßnahmen in vier Kommunen konnten wichtige Erkenntnisse über die wesentlichen Voraussetzungen, unter denen die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Gewalt gelingen kann, gewonnen werden. Die Handlungsempfehlungen leiten sich zuvörderst aus den Empfehlungen der Experten aus den Modellkommunen ab und beziehen sich v. a. auf organisationsinterne und organisationsübergreifende Strukturen und Prozesse, die notwendig sind, um Maßnahmen der Gewaltprävention entwickeln und letztlich umsetzen zu können. Diese wurden mit solchen Empfehlungen aus der Literatur, die sich im Laufe des Projekts bestätigt haben sowie mit Erfahrungen und Ergebnissen aus den Diskussionen des Projektteams ergänzt. Dabei werden nicht nur die förderlichen Faktoren für gewaltpräventive Strukturen und Maßnahmen aufgezeigt, sondern auch hinderliche Faktoren benannt. Die Handlungsempfehlungen können anderen Kommunen als Hilfe dienen und Ansatzpunkte für eine optimierte Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen liefern.

6.2.1 Zuständigkeiten schaffen und Verantwortlichkeiten wahrnehmen

In allen Organisationen, die mit potentiellen Opfern von Gewalt in der Pflege in Kontakt treten können, bedarf es der Sensibilisierung aller Mitarbeiter für das Thema. Gewalt muss im eigenen Arbeits- und Tätigkeitsbezug grundsätzlich für möglich gehalten werden.

In einem weiteren Schritt schafft jede Organisation für die Mitarbeiter die sachlichen Voraussetzungen, um das Thema „Gewaltfreie Pflege“ auch als Organisationsanliegen für die Mitarbeiter deutlich zu machen (Fortbildungen, Ansprechpartner, Vernetzung).

6.2.2 Empfehlungen für Institutionen, die einen Beratungsauftrag haben

Handlungsempfehlung: Mitarbeiter von Organisationen/Institutionen, die Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes leisten, müssen für das Thema sensibilisiert werden. Organisationen benötigen rechtliche Möglichkeiten und sollen zudem verpflichtet werden, sich mit der zuständigen Stelle für Gewaltfragen auszutauschen und zu vernetzen. Da ordnungsrechtliche Sanktionsbefugnisse in der privaten Häuslichkeit gegen den Willen von Betroffenen nicht umsetzbar sind, wird empfohlen, den systematischen Informationsfluss zwischen fallaufdeckenden Diensten (Pflegedienst), leistungstragenden Diensten (Pflegekassen) und (gewalt-)fallbegleitenden Instanzen rechtlich klar zu regeln und so Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene in der Häuslichkeit leichter zugänglich zu machen.

Erläuterung: Die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zum Austausch und zur Vernetzung von Beratungsstellen und zuständiger Behörde, aber auch von MDK bedürfen einer kritischen Revision unter den Gesichtspunkten der Gewaltprävention.

Opfer und Täter bedürfen nach der akuten Gewaltphase der Beratung darüber, wie zukünftig Gewaltsituationen vermieden werden können. Beratung muss u. a. auch alternative Pflegesettings und die Eignung der Pflegeperson fokussieren können. Beratung muss im Einzelfall auch Case- und Care-Management umfassen.

6.2.3 Empfehlungen für Pflegeinstitutionen

Handlungsempfehlung 1: In allen professionell tätigen Pflegediensten und (teil-) stationären Einrichtungen sowie bei den Anbietern niedrigschwelliger Angebote, die mit möglichen Gewaltopfern in Kontakt kommen, ist ein Präventionskonzept von Gewaltfreier Pflege zu fordern, das u.a. einen für Gewaltfragen verantwortlichen Mitarbeiter vorsieht, dem ähnlich einem Betriebsrat besonderer arbeitsrechtlicher Schutz gewährt wird. Die Umsetzung des zu schaffenden Gewaltpräventionsgesetz wird dann von der zuständigen Stelle (ähnlich wie in § 8 WTG NRW) kontrolliert. Die durch das Präventionsgesetz verankerte Aufgabe der Pflegekassen, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen, wird begrüßt. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung des Leitfadens Prävention nach § 5 SGB XI sollte daher das Thema Gewaltprävention miteinbezogen werden.

Erläuterung: Jede Pflegeeinrichtung muss ein Konzept für die Prävention von Gewalt vorhalten. Dieses sollte unterschiedliche Maßnahmen vorsehen, wie etwa hausinterne Fortbildungen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein. Mitarbeitern, die Gewalt in der Pflege erleben, muss die Möglichkeit der kollegialen und ggf. auch professionell psychologischen Beratung gegeben werden; auch Supervision wird als sinnvoll erachtet.

In ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen wird empfohlen Gewaltschutzbeauftragte zu benennen, die zum einen niedrigschwelliger und neutraler Ansprechpartner im Kollegium, zum anderen Multiplikator und Wissensvermittler sind²¹³.

Handlungsempfehlung 2: Zum Schutz von pflegebedürftigen alten Menschen bedarf es einer einheitlichen, Bundesländer übergreifenden Regelung zur Frage, ob Mitarbeiter von sozialen Diensten, Pflegediensten, Haushaltshilfen etc. vom Pflegebedürftigen bevollmächtigt werden dürfen, Geschenke annehmen und erben dürfen.

Erläuterung: Um die Sensibilität sowohl der Pflegeorganisationen als auch der dort Beschäftigten nachhaltig zu gestalten, bedarf es einer verpflichtenden Auseinandersetzung mit dem Thema „Gewaltfreie Pflege“. Dazu zählen ein Präventionskonzept, Fortbildungen sowie strukturell die Bereitstellung von geeignetem Personal, das im Bedarfsfall beratend hinzugezogen werden kann. Die Schweigepflicht und der arbeitsrechtliche Schutz dieser Personen soll die Unabhängigkeit vor Weisungen des Arbeitgebers gewährleisten. Im Rahmen des Projekts *Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege, von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz von Heim-/Pflegeleitungen und Heimaufsichten* des Universitätsklinikums Düsseldorf²¹⁴ sind hier dezidierte Empfehlungen zur Ausgestaltung dieses Instrumentes erarbeitet worden²¹⁵. Es bedarf auch einheitlicher Regelungen, unter welchen Voraussetzungen die Angehörigen der Sozial-, Gesundheits- und Pflegeberufe Geschenke von Pflegebedürftigen annehmen und ob sie erben dürfen; auch ob sie von ihnen bevollmächtigt werden dürfen.

²¹³ Ähnlich der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ nach § 8a Abs. 2 SGB VIII.

²¹⁴ Siehe www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/Alge/005-GW03-002.pdf, Abruf 19.1.2016

²¹⁵ Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes unveröffentlicht.

6.2.4 Empfehlungen zur Erarbeitung von Handlungsleitlinien

Jede Institution, die mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in Kontakt kommt, muss sich der eigenen Verantwortung stellen und organisationsinterne Konzepte zum Umgang mit der Thematik entwickeln und umsetzen. Am Beispiel des MDK wurde dies in der Projektlaufzeit durchgeführt. Es wurde von den Gremien der MDK-Gemeinschaft eine Leitlinie verabschiedet mit Handlungsempfehlungen und kann in seinen Grundsätzen auch auf andere Institutionen übertragen werden:

- Die Geschäftsleitung der MDK verdeutlicht gegenüber den Gutachtern die Bedeutung und Wichtigkeit des Themas für die Medizinischen Dienste. Die Gutachter des MDK werden im Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ regelmäßig geschult. Schulungsinhalte und Foliensätze dazu liegen beim MDS und bei einzelnen MDK bereits vor. Der MDS bietet ab 2016 dazu ein Spezialseminar an; die MDK nehmen das Thema in ihre Fortbildungen für die Gutachter mit auf. Der MDK überlässt den Gutachtern Informationsmaterial (z. B. Flyer), mit Kontaktdaten der örtlichen Beratungsstellen, die er im Haushalt der Versicherten im Bedarfsfall überreichen kann.
- Der MDK stellt seinen Gutachtern einen im Thema besonders ausgewiesenen Kollegen als Ansprechpartner zur Seite, der z. B. in schwierigen Einzelsituationen den Gutachter kollegial beraten kann, um zu einer abgestimmten weiteren Vorgehensweise zu gelangen. Ergebnis jeder Beratung ist, dass ein nächster Handlungsschritt festgelegt wird.
- Der MDK sorgt dafür, dass der Gutachter weiß, wann er welche Stellen im MDK einzuschalten hat; er sorgt für eine betriebsinterne Beratungskultur auf verschiedenen Ebenen (wie Fachebene, Rechtsabteilung, Geschäftsleitung).
- Bei Bedarf wird seitens des MDK auch die Möglichkeit einer externen Supervision angeboten.
- Der MDK wirkt auch bei den Pflegekassen darauf hin, dass diese ebenfalls im Thema besonders qualifizierte Ansprechpartner benennen, die zu Fallberatungen hinzugezogen werden können.

Erläuterungen: In zunehmendem Umfang wird das Thema „Gewaltfreie Pflege“ seitens der Kommunen thematisiert. Netzwerke und Handlungsabläufe sind im Entstehen; der MDK sollte in diesen sich bildenden Systemen ebenso vernetzt sein wie die Pflegekassen.

Den Gutachtern des MDK wird ein Handlungsleitfaden an die Hand gegeben werden.

Im Sinne eines organisationsübergreifenden Präventionsansatzes ist es sinnvoll, dass der MDK bei den Pflegekassen darauf hinwirkt, dass die von ihm informierten Pflegekassen dem MDK gegenüber transparent machen, welche Konsequenzen und Maßnahmen sie aus den ihnen offen gelegten Informationen gezogen/getroffen haben.

Im Kontext des Gewaltverdachts wird angeregt, dass der Gesetzgeber die strengen Datenschutzregeln, die im Zusammenhang mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zwischen MDK und Pflegekasse bestehen, überdenkt; der Präventionsschutz könnte hier gestärkt werden.

6.2.5 Ein Meldewesen und Case Management etablieren

Um die Hemmschwellen zur Meldung von Gewaltfallmeldungen so gering wie möglich zu gestalten bedarf es strategischer Konzepte, die auch die Handlungsoptionen der mit einzubeziehenden Personen und Stellen einschließen.

Neutrale Außenwirkung, anonyme Meldemöglichkeiten, 24h-Bereitschaftsnummer zur Erhöhung von Gewaltfallmeldungen

Empfehlung: Kommunale Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege sollten eine neutrale Außenwirkung (trägerunspezifisch) erzeugen, anonyme Meldemöglichkeiten bei Gewalt und eine Rund-um-die-Uhr Bereitschaftsnummer aufweisen, um so Hemmschwellen der Gewaltfallmeldungen gering zu halten.

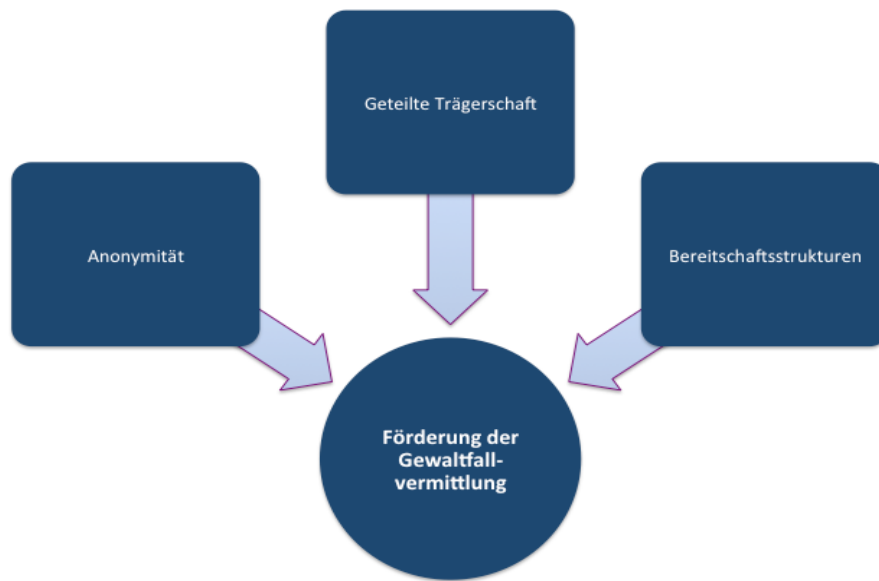


Abbildung 11: Maßnahmen zu Erhöhung der Gewaltfallmeldungen

Erläuterung: Die festgelegten Zuständigkeiten zur Prävention von Gewalt in der Pflege sollten insgesamt drei wesentliche Merkmale aufweisen, damit Gewaltfälle von fallaufdeckenden Instanzen (u. a. Pflegedienste, Privatpersonen) auch gemeldet werden.

1. Die jeweilige Zuständigkeit für das Thema sollte in der Öffentlichkeit neutral, d. h. unabhängig von einer bestimmten Institution, wie etwa der Pflegekasse kommuniziert werden. Die Verfahrenswege oder Zuständigkeiten werden mit einem neutralen Namen²¹⁶ ausgestattet oder Zuständigkeiten an geteilte Trägerschaften angegliedert²¹⁷, um so dem Trugschluss einer einseitigen Schirmherrschaft durch die Kommunen oder einer bestimmten Institution entgegenzuwirken.
2. Es ist sinnvoll, auch anonym gemeldeten Fällen von Gewalt in der Pflege nachzugehen. Allerdings muss durch die kommunalen Zuständigkeiten eine detaillierte Fallanalyse erfolgen,

²¹⁶ Das Interventionsverfahren in Stuttgart wurde mit einem eigenen Namen („Hilfe ist möglich: Institutionelle Vernetzung und Intervention bei Gewalt und Überlastung in der häuslichen Pflege“) und einer eigenen Rufnummer ausgestattet.

²¹⁷ Die Zuständigkeiten in Stuttgart, Fulda, Potsdam weisen eine geteilte Trägerschaft von Land, Kommune oder Krankenkassen auf.

um den Gewaltverdacht durch Dritte zu bestätigen bzw. zu verwerfen. Die Möglichkeit, Fälle von Gewalt anonym zu melden, wurde nicht von allen Kommunen als förderlich erachtet. In Stuttgart entschied sich das Steuerungsgremium dagegen, anonyme Fälle in das Interventionsverfahren aufzunehmen und zu begleiten, da auf diese Weise einer Denunzierung von vermeintlichen Tätern entgegen gewirkt werden soll. Im Landkreis Fulda hingegen wird durch die zentralen Zuständigkeiten explizit auf die Möglichkeit der anonymen Meldemöglichkeit hingewiesen.

3. Bereitschaftsstrukturen (u. a. Bereitschaftstelefonnummern) sollten umgesetzt werden, damit bei Gewalt in der Pflege auch außerhalb der offiziellen Öffnungszeiten eine direkte Anbindung an die zuständigen Instanzen gewährleistet ist. Allerdings scheint dies zumeist mit den gegebenen finanziellen Mitteln der Kommunen nicht zu finanzieren sein.

6.2.6 Gemeinsam für das Thema sensibilisieren und informieren

Öffentlichkeitsarbeit und Information über Zuständigkeiten in einer Kommune für das Thema Gewaltprävention sind wesentliche Voraussetzungen für das Funktionieren der geschaffenen Strukturen.

Organisation an übergeordnete Hierarchieebenen kommunaler Verwaltungen anbinden

Handlungsempfehlung: Es ist zu empfehlen, die Organisation von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit an übergeordnete kommunale Verwaltungsebenen anzugliedern, um auf diese Weise bestehende Ressourcen zu erschließen und so ein möglichst breites Konzept der Öffentlichkeitsarbeit umzusetzen mit unterschiedlichen Zugangskanälen (u.a. Auftaktveranstaltungen, Pressearbeit im Amtsblatt, flächendeckende Flyer-Verbreitung). Die für die Öffentlichkeitsarbeit in der Kommune zuständigen Stellen sind frühzeitig einzubeziehen.

Erläuterung: Um eine möglichst breite und flächendeckende Öffentlichkeitsarbeit bei der Implementierung von Zuständigkeiten und Verfahrenswegen zu ermöglichen, ist eine Anbindung an übergeordnete hierarchische Instanzen der kommunalen Verwaltung zu empfehlen, wie dies in Stuttgart und Fulda geschehen ist. Die vor Ort bestehende Öffentlichkeitsarbeit sollte frühzeitig involviert werden. Dadurch besteht die Möglichkeit notwendige Ressourcen und Gelder zu generieren und bestehende Ressourcen kostengünstig zu nutzen, wie eine Veröffentlichung im kommunalen Amtsblatt. Die Gestaltung sollte möglichst mehrsprachig erfolgen in Abhängigkeit von der spezifischen regionalen Zusammensetzung ethnischer Gruppen und einer multikulturellen Gesellschaft gerecht sein.

Als konkrete Maßnahmen können Auftaktveranstaltungen für die (Fach-)Öffentlichkeit (Dortmund, Fulda), Pressearbeit (Dortmund, Stuttgart, Landkreis Fulda) und die Verbreitung von Flyern in pflegerischen Versorgungsinstitutionen (Dortmund, Landkreis Fulda) oder der privaten Häuslichkeit (Stuttgart) empfohlen werden. Auch eine Anpassung der Homepage von zentralen Zuständigkeiten und die Bekanntmachung im Rahmen von *Social Media* Plattformen sind aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung anzuviseieren.

6.2.7 Multiplikatoren-Effekte nutzen

Handlungsempfehlung: Öffentlichkeitsarbeit sollte an bereits bestehende kommunale Veranstaltungen angebunden werden und eine Einbindung der Gewaltthematik in die Curricula ausbildender Pflegegeschulen ist herbeizuführen, um Multiplikatoren-Effekte zu nutzen.

Erläuterung: Die kommunalen Experten empfehlen, dass die projektspezifischen Verfahren und das Thema Gewalt in der Pflege im Allgemeinen über bereits etablierte Veranstaltungen bekannt gemacht werden sollen. Zum Beispiel wurde die kommunale Auftaktveranstaltung im Landkreis Fulda an die regionalen Seniorenwochen und in Stuttgart an den *Aktionstag für Zivilcourage* angebunden, um so Multiplikatoren-Effekte herbeizuführen, ohne dabei zusätzliche Ressourcen zu verbrauchen. Auch wird empfohlen, das Thema Gewalt in der Pflege in pflegerischen Ausbildungsbetrieben und Pflegeschulen zu integrieren und auf diese Weise auf die kommunalen Zuständigkeiten hinzuweisen, wie dies in der Kommune Landkreis Fulda durchgeführt worden ist.

Die Notwendigkeit, das Thema flächendeckend bekannt zu machen, wird als Beitrag zur Enttabuisierung des Themas angesehen, was auch an der sehr geringen Anzahl von Meldungen von Gewaltfällen und der Auswertung der Fuldaer Auftaktveranstaltung abgeleitet wurde.

6.2.8 Nachhaltigkeit erzeugen

Handlungsempfehlung: Um das Thema Gewalt in der Pflege und kommunale Zuständigkeiten bekannt und nutzbar werden zu lassen, ist es nötig, dass die Öffentlichkeitsarbeit nachhaltig organisiert wird und damit fortlaufend geschehen kann.

Erläuterung: Keine der Kommunen konnte die Öffentlichkeitsmaßnahmen nachweislich dauerhaft bekannt machen²¹⁸. Trotzdem empfehlen alle kommunalen Experten, dass eine nachhaltige Bewerbung sinnvoll und notwendig ist. Dabei sollte eine nachhaltige Veröffentlichung in kommunalen Amtsblättern oder kostenfreien Regionalzeitungen betrieben werden (vgl. Stuttgart, Fulda) sowie eine Einbindung der Thematik in ausbildende Institutionen oder Angehörigenkurse (Dortmund, Landkreis Fulda).

6.3 Förderliche Faktoren

6.3.1 Schaffung regelmäßig tagender, interdisziplinär besetzter Steuerungsgremien innerhalb der Kommune

Handlungsempfehlung: Für die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen der Gewaltprävention ist es notwendig, innerhalb der Kommune ein interdisziplinär besetztes Steuerungsgremium zu etablieren. Dessen Mitglieder sollten regelmäßig zusammenkommen, die Ziele, welche die Kommune in Sachen Gewaltprävention erreichen möchte, festlegen und die Arbeitsprozesse gemeinsam koordinieren. Für die inhaltliche Ausgestaltung und Präzisierung der Präventionsmaßnahmen, auf die sich die Mitglieder des Steuerungsgremiums einigen, sind kleinere Unterarbeitsgruppen empfehlenswert. Um eine höhere Verbindlichkeit der Arbeitsergebnisse nach außen und nach innen erreichen zu können, sollten sich die Steuerungsgremien eine Geschäftsordnung geben.²¹⁹

Erläuterung: Wie die Ergebnisse aus den Modellkommunen zeigen, ist es notwendig, einen regelmäßigen Austausch zwischen den beteiligten Akteuren einer Kommune zu gewährleisten und gleichzeitig die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Institutionen in die Erarbeitung von Maßnahmen der Gewaltprävention einfließen zu lassen. Primäre Funktion dieses Gremiums ist es, sich gemeinsam auf

²¹⁸ Dabei ist anzumerken, dass Stuttgart gegen Projektende erst in die Implementierungsphase wechselte und Potsdam gar nicht in die Implementierungsphase übergang.

²¹⁹ Vgl. Anhang III, Anlage 18: Geschäftsordnung über Aufgaben, Struktur und Mitglieder des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“ der Landeshauptstadt Stuttgart vom 30.11.2015.

Maßnahmen, die innerhalb der Kommune zum Schutz älterer und pflegebedürftiger Menschen ergriffen werden sollen, zu verständigen und diese im Sinne von konkreten Zielvorgaben zu konsentieren.

Die Mitglieder der kommunalen Steuerungsgremien sollten in regelmäßigen Abständen (ca. 8-12 Wochen) zusammenkommen. Zweckmäßig ist es, die Steuerungsgremien an bereits bestehende Netzwerke anzubinden, um den organisatorischen Mehraufwand möglichst gering zu halten und bereits bestehende, gute Kooperationen nutzen zu können.

Empfohlen wird weiter, die Steuerungsgremien mit *Stakeholdern* zu besetzen, die in ihrer Organisationseinheit Entscheidungsbefugnis haben, damit die Abstimmungsprozesse zwischen den Intuitionen nicht verzögert werden. Darüber hinaus sollten die Steuerungsgremien interdisziplinär aufgestellt sein und die jeweils unterschiedlichen Blickwinkel und Verantwortlichkeiten zum Thema Gewaltprävention berücksichtigen. Unbedingt erforderlich ist es, dass Fach- und vor allem Hausärzte stärker an solchen Prozessen beteiligt werden. Gerade diese Berufsgruppe besitzt in ihrer Funktion des „Lotsen im Gesundheitssystem“ die Möglichkeit, Gewalt zu erkennen und zu vermeiden, während andere fallbegleitende Instanzen mit Zugangshindernissen konfrontiert sind. Weiterhin sollten Rechtsabteilungen und Datenschutzbeauftragte der Kommunen in den Steuerungsgremien beteiligt werden, um systematischen Datenschutzverstößen vorzubeugen und Rechtssicherheit bei der Beschließung von Maßnahmen zu erzeugen.

Abbildung 12: Zusammensetzung kommunaler Steuerungsgremien



Neben der Entscheidungshoheit über die zu entwickelnden Maßnahmen sind die Förderung der *multidisziplinären Vernetzung*, Erzeugung von *interinstitutioneller Akzeptanz* und die *Vermeidung von Doppelstrukturen* als sekundärer Nutzen der Steuerungsgremien zu benennen.

Darüber hinaus sollten Unterarbeitsgruppen (UAG) die in dem Steuerungsgremium konsentierten Ziele und Maßnahmen der Gewaltprävention präzisieren, z.B. die notwendige Öffentlichkeitsarbeit und Informationspolitik betreffend. Die UAG sind mit den Steuerungsgremien zu vernetzen und sollten regelmäßig dem Steuerungsgremium berichten.

Gerade zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Thema innerhalb einer Kommune sind Fallbeispiele aus unterschiedlichen Pflegesettings zum Thema Gewalt in der Pflege hilfreich.

6.3.2 Dem Thema eine politische Bedeutung geben

Handlungsempfehlung: Anbindung der Maßnahmenentwicklung an externe Hierarchieebenen erzeugen. Dabei ist sowohl ein enger Austausch zwischen der regionalen politischen Ebene und der höchsten kommunalen Verwaltungsebene zielführend, als auch eine enge Rücksprache mit der operativen Mitarbeiter*enebene herzustellen, um neue Zuständigkeiten und Tätigkeitserweiterungen gemeinsam entwickeln zu können.

Erläuterung: Die Einbindung externer Hierarchieebenen ist durch Experten dreier Kommunen²²⁰ als förderlich für die Entwicklung von Maßnahmen der Gewaltprävention erachtet worden.

Der externen Einbindung von übergeordneten Instanzen mit einer direkten Anbindung an die kommunale Politik und Verwaltungsstrukturen hat einen großen Stellenwert. Auf diese Weise lassen sich Implementierungsmaßnahmen aus Sicht der Experten besser bewilligen und die interinstitutionelle Beteiligung durch übergreifende Weisungsbefugnis (u.a. Gemeinderat, Oberbürgermeister, Landrat etc.) stärken und *Top-Down-Prozesse* umsetzen. Daher wird es als sinnvoll erachtet, die Koordination der Entwicklung von Maßnahmen zur Gewaltprävention direkt an diejenigen Institutionen anzugliedern, die sich im engen Austausch mit der kommunalpolitischen und oberen Verwaltungsebene befinden.

In Stuttgart zeigte sich beispielsweise, dass erste Entwürfe des implementierten Interventionsverfahrens von den Mitarbeitern der fallbegleitenden Institutionen als zu praxisfern und nicht umsetzbar empfunden wurde, so dass eine Anpassung der Implementierungsmaßnahmen durch das Steuerungsgremium notwendig wurde.

6.3.3 Projektcharakter der Implementierungsmaßnahmen

Handlungsempfehlung: Die Entwicklung von kommunalen Maßnahmen und Verfahren zur Prävention von Gewalt in der Pflege sollte einen Projektcharakter aufweisen und möglichst eine externe Projektbegleitung vorsehen. Dabei ist der Entwicklung von Maßnahmen zur Gewaltprävention ausreichend Zeit zu widmen.

Erläuterung: Die Entwicklung von Maßnahmen zur Gewaltprävention im Rahmen eines Modellvorhabens hat sich aus Sicht der Experten als gewinnbringend erwiesen. So ist beispielsweise in Stuttgart ein eigenes Projekt entstanden²²¹.

Aus Sicht der Experten ist so eine stringente und klare Umsetzung der Ziele zu gewährleisten, mögliche unterschiedliche Interessenslagen können so besser miteinander vereinbart werden. Auch auf die Generierung von Geldern aus dem Etat der Kommunen, um Investitionen für wirksame Öffentlichkeitsmaßnahmen tätigen zu können, scheint sich dies förderlich auszuwirken. An der Leitung des Steuerungsgremiums sollte ein im Projektmanagement ausgewiesener und erfahrener Mitarbeiter beteiligt sein.

²²⁰ Dortmund, Stuttgart, Fulda

²²¹ Kommunale Projektlaufzeit 2015-2017

Die beteiligten Kommunen (Dortmund, Landkreis Fulda, Potsdam) beschreiben die externe Projektbegleitung durch den MDS als sinnvoll; ein neutraler und sachlicher Austausch zwischen den verschiedenen Institutionen einer Kommune, mit ihren jeweils unterschiedlichen Aufgabengebieten und Verantwortlichkeiten wurde so erleichtert. Auf diese Weise kann eine einseitige Dominanz einzelner Institutionen vermieden werden. Dies führt bei allen beteiligten Akteuren zu mehr Akzeptanz.

6.3.4 Politischer Kümmerer

Handlungsempfehlung: Um das Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ in arbeitsfähige Strukturen überführen zu können, empfiehlt es sich, in der Kommune eine Person zu gewinnen, die Handlungskompetenz aufgrund ihrer herausgehobenen Verantwortung innerhalb der Kommune hat und das Thema politisch befördern will und damit ein neues Gestaltungsfeld der Kommune eröffnet; kurz: eine Person, die sich selbst als politischer Kümmerer für das Thema versteht.

Erläuterung: In drei von vier Kommunen hat es sich als nützlich erwiesen, dass das Thema von einer Person (mit) getragen wurde, die man als „politisches Zugpferd“ in der Kommune bezeichnen kann. Das sind Personen, die in der Hierarchie der Kommune unterschiedlich verortet waren: Sozialdezernent, Stabsstelle beim Oberbürgermeister, Leiter des Fachdienstes Seniorenarbeit. Gemeinsam war diesen Personen, dass sie das Thema als neue Aufgabe ihrer Kommune etablieren wollten und das Thema aus Überzeugung an der Sache politisch und öffentlich befördert haben.

6.3.5 Anbindung an vorhandene Strukturen

Handlungsempfehlung: Zuständigkeiten innerhalb einer Kommune für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen der Gewaltprävention sollten auf bereits vorhandenen Strukturen aufbauen, eine gute Vernetzung im Stadtgebiet aufweisen und einen niederschweligen Zugang ermöglichen.

Erläuterung: Aus Sicht aller beteiligter Kommunen konnte als Gestaltungsempfehlung abgeleitet werden, dass eine Anbindung an bereits gegebene Strukturen als sinnvoll erachtet wird. Als Vorteile für dieses Vorgehen wurden benannt:

- Nutzen des bestehenden fachfundierte Erfahrungswissens,
- ressourcensparende Implementierung und Kapazitätsbereitstellung,
- Vermeidung doppelter Zuständigkeiten,
- Aufbau auf ähnliches Tätigkeitsfeld verhindert Überforderung der operativen Mitarbeiter-ebene.

Neben dem Aufbau auf den gegebenen Strukturen äußern Experten aus drei Kommunen (Dortmund, Stuttgart, Landkreis Fulda), dass es sinnvoll sei, die Zuständigkeiten an Institutionen mit einer guten Vernetzung im Stadtgebiet anzubinden, um so eine bürgernahe und flexible Hilfe anbieten zu können, wenn Gewalt aufgedeckt wird. In Dortmund und Stuttgart war die Anbindung an fallbegleitende Einrichtungen im Stadtteil von Vorteil, weil es auch der (Fach-) Öffentlichkeit die Möglichkeit der niederschweligen Nutzung von implementierten Zuständigkeiten gab.

6.3.6 Fallmanagement und aufsuchende Arbeit (funktionelle Charakteristika von Zuständigkeiten)

Handlungsempfehlung: Kommunale Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege sollten im Sinne eines individuellen Case- bzw. Care-Managements die Möglichkeit zu flexiblem Fallzugang bieten, Unterstützungscharakter für die Pflegedyade (Opfer und Täter) aufweisen und die Förderung nachhaltiger Beziehungsarbeit im Beratungsprozess beinhalten.

Erläuterung: Aus Sicht der kommunalen Experten sollten die Zuständigkeiten in einer Kommune bei Gewalt in der Pflege die Möglichkeit eines individuellen Case-bzw. Care Managements beinhalten, da die Gründe für das Auftreten von Gewalt komplex sein können²²²; damit wird auch eine individuelle und flexible Herangehensweise an den jeweiligen Fall notwendig. Eine Standardisierung von Verfahrenswegen wurde von den Experten insbesondere in Stuttgart als schematisch abgelehnt, da man auf diese Weise dem komplexen und individuellen Charakter nicht gerecht werden kann.

Bei der Implementierung von Maßnahmen zeigt es sich als sinnvoll, bei einem Gewaltverdacht in der informellen Pflege Hausbesuche anbieten zu können, um die Beziehungsarbeit zwischen kommunaler Mitarbeiter und den betroffenen Personen zu stärken, womit eine adäquate Fallaufdeckung und ein offener Umgang mit Gewalthandlungen ermöglicht wird. In diesem Kontext werden sowohl dem Opfer als auch dem Täter präventive und intervenierende Maßnahmen angeboten.

Die Stuttgarter und Fuldaer Experten benennen einen persönlichen Zugang, das mehrmalige Anbieten von Terminen und unangekündigte Hausbesuche als wirksame Strategien, um einen Zugang in die Häuslichkeit zu erlangen, wenn Gewalt in der Pflege vermutet wird.

Daneben sind kurze und systematische Informationswege bei institutionsübergreifender Zuständigkeit zu gewährleisten (Dortmund, Landkreis Fulda, Stuttgart), um schnell Maßnahmen ergreifen zu können und eine einheitliche Übersicht über Fallinformationen zu gewährleisten. Dabei ist zu empfehlen, systematische Rückmeldung zwischen den beteiligten Institutionen einzuführen. Als exemplarisches Beispiel kann hier das zentrale Dokumentationssystem in Stuttgart dienen, in dem die beteiligten Institutionen per Email und Verschlüsselungssystem eine einheitliche Rückmeldung durchführen, um Fälle am Ende zentral auswerten zu können.

6.4 Hinderliche Faktoren

Nachfolgend werden Faktoren beschrieben, die sich als hinderlich für die Entwicklungs- und Implementierung von Maßnahmen der Gewaltprävention ausgewirkt haben. Die Identifikation solcher Faktoren ist notwendig, wenn es darum geht, Maßnahmen der Gewaltprävention nachhaltig in die Praxis umzusetzen.

6.4.1 Institutionelle Fluktuation in kommunalen Steuerungsgremien

Die Fluktuation der in den kommunalen Steuerungsgremien beteiligten Stellen und Personen ist hinderlich für die Entwicklung und Konsentierung von Maßnahmen der Gewaltprävention, da hierdurch Entscheidungsfindungsprozesse verzögert werden. Notwendig ist personelle und institutionelle Konti-

²²² Perel-Levin (2008), siehe auch Kapitel 2.4

nuität. Empfohlen wird, dass Entwicklungsprozesse und Ergebnisse protokolliert werden, um alle Institutionen auf dem laufenden Stand zu halten. Auch ist es ratsam, die Treffen und die Termine der Steuerungsgremien frühzeitig im Voraus zu planen und bekannt zu geben.

6.4.2 Divergierende Weisungsbefugnisse über Implementierungsmaßnahmen

Die Beteiligung von unterschiedlichen Trägern am Interventionsverfahren in Stuttgart hat ein hohes Maß an organisatorischem Mehraufwand im Rahmen der Implementierungsprozesse erzeugt, da die beteiligten Träger mit divergierenden Weisungsbefugnissen verknüpft waren und institutionsübergreifende Klärungsprozesse in Stuttgart im Rahmen der Interventionsverfahren-Implementierung notwendig werden ließen:

„(...)weil diese Abstimmungsprozesse, dass jeder immer alles Bescheid weiß und die richtigen PC-Voraussetzungen besitzt, das ist sehr hinderlich in Stuttgart. (...) Ja aber auch Informationsprobleme oder Weisungsbefugnisse, ja, also der Bürgerservice Leben im Alter, die Erstanlaufstelle ist uns nicht weisungsbefugt, ja, was wir dann daraus machen und was wir zurückmelden das müssen wir uns dann auch ganz genau überlegen (...).“ (Aussage einer Stuttgarter Expertin zu Erhebungsphase 2 Auswertung der Implementierungsphase).

Die in den Kommunen vorhandenen Stellen und Institutionen, die sich in den Steuerungsgremien trafen, achten sehr auf die ihnen zugewiesene Entscheidungskompetenz; das kann im Einzelfall die Kooperation erschweren bis verunmöglichen. Sollten diese Konkurrenzen nicht verhandelbar sein, bedarf es einer eindeutigen Entscheidung über Zuständigkeit und Weisungsbefugnis seitens der Verwaltungsebene.

Die Prävention von Gewalt in der Pflege –auch wenn sie an bestehende Organisationseinheiten ange-dockt wird- kann mittelfristig nicht als nebenher zu erledigendes Thema, als Add-on zu den bisherigen Aufgaben erledigt werden. Die systematische Bearbeitung der Prävention bedarf der Ausstattung mit personellen und finanziellen Ressourcen. Berechnungen dazu wurden im Projekt nicht angestellt.

6.5 Rechtliche Grundlagen schaffen

Das Grundgesetz bietet mittelbar oder unmittelbar den Schutz von alten und behinderten Menschen. In Art. 1 GG ist die Würde des Menschen „unantastbar“, Art. 2 GG schützt das Recht auf „freie Entfaltung der Persönlichkeit“ genauso wie das auf „Leben und körperliche Unversehrtheit“. Nach dem Rechts- und Sozialstaatsprinzip ist der Staat verpflichtet, den Schutz von Menschenwürde und Persönlichkeitsrechten - das beinhaltet auch den Schutz vor Gewalt für die „systematisch Schwächeren“²²³ oder besonders vulnerablen Menschen in der Gesellschaft - zu gewährleisten.

Dem Gewaltschutz von Frauen und Kindern, wurde in zahlreichen Normen v.a. im Familien- und Jugendhilferecht Rechnung getragen. Die einzelgesetzliche Konkretisierung des Schutzes vor Gewalt im Alter und bei Pflegebedürftigkeit ist dagegen in Deutschland (noch) nicht erfolgt.

Der Gesetzgeber hat der demographischen Entwicklung insofern Rechnung getragen, dass die Pflegeversicherung seit 1995 die Risiken der hauptsächlich mit zunehmendem Alter eintretenden Pflegebedürftigkeit als Sozialversicherung absichern hilft. Die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehö-

²²³ Zenz: Gewaltschutz im Alter. Ethik und Recht vor neuen Herausforderungen (2014)

rigen werden aktuell durch die Regelungen von Pflegestärkungsgesetz (PSG) I, II und III weiter differenziert und verbessert. Die Leistungserhöhungen und die Möglichkeit einer flexibleren Inanspruchnahme von unterschiedlichen Leistungen im ambulanten Bereich sollen den Grundsatz ambulant vor stationär stärken. Der Gesetzgeber setzt mit den Pflegestärkungsgesetzen auch deutliche Impulse zur Infrastrukturentwicklung in der Langzeitpflege und überlässt dies nicht mehr wie in der Vergangenheit ausschließlich den Marktmechanismen.

Im Bereich der Langzeitpflege gibt es in Deutschland Regelungen für Inspektionsinstanzen, die sowohl im häuslichen Bereich wie auch im Bereich der institutionellen Heimversorgung die Qualität der Dienstleistung Pflege fokussieren: die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) prüfen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen die Qualität der professionell erbrachten Pflege (§§ 114ff SGB XI); als ordnungsrechtliche Behörde fungieren die Heimaufsichtsbehörden mit unterschiedlichem Aufgabenzuschnitt. Je nach Bundesland ist die sachliche Zuständigkeit dieser Behörden mit Ausnahme der Bundesländer Hessen und NRW auf die Beratung und ordnungsrechtliche Aufsicht von vollstationären Pflegeeinrichtungen beschränkt. Eine ordnungsrechtliche Zuständigkeit für den Bereich der häuslichen Pflege gibt es bislang nur in den Bundesländern Hessen und NRW.

Die vorliegenden Kriterien zur Beurteilung von Pflegequalität in ihren ausdifferenzierten Unterthemen sollen zu einem qualitativ hochwertigen pflegerischen Umgang mit hilfe- und pflegebedürftig gewordenen alten Menschen führen. Keines dieser Qualitätsentwicklungssysteme in der Pflege thematisiert jedoch ausdrücklich „elder abuse“ und Gewalt. Allerdings sind mit den Qualitätskriterien oder –indikatoren die Indikatoren von elder abuse sowie die meisten Risikofaktoren beschrieben. Im Projekt MILCEA wurde vorgeschlagen, ein nationales Monitoring-System zur Prävention von Gewalt gegen alte und pflegedürftige Menschen so zu gestalten, dass man an bestehende nationale Strukturen anknüpfen kann. Um Bürokratie weitgehend zu vermeiden, sollte der Fokus darauf gerichtet werden, wie das Monitoring der Prävention von elder abuse in bestehende Strukturen effizient integriert werden kann, bevor man die Schaffung neuer Strukturen diskutiert.

Die am häufigsten innerhalb des Projekts von Praktikern und kommunalen Akteuren erhobene Forderung ist die nach einer eindeutigen gesetzlichen Regelung von Zuständigkeiten in Fällen von vermutterter bzw. wahrgenommener Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige, vor allem im informellen Setting. Das am häufigsten genannte Vorbild sind hier die Regelungen zu Interventionen bei Kindeswohlgefährdung nach § 8 SGB VIII. Eine abgestufte Reaktion, bei der der erste Schritt im Anbieten von Hilfen und nicht in Sanktionen besteht, halten hier die meisten Experten für angemessen.

Am Beispiel bestehender Strukturen und Institutionen in Deutschland soll hier exemplarisch gezeigt werden, wie die Weiterentwicklung bereits existierender Schutzmechanismen in Richtung Monitoring der Prävention von elder abuse aussehen kann.

6.6 Heimaufsicht

Im stationären Setting der Langzeitpflege hat in Deutschland die staatliche Heimaufsicht den gesetzlichen Auftrag, die Interessen und das Wohl der Bewohner von Pflegeheimen zu schützen. Zur Durchsetzung dieses Schutzes hat diese Behörde auch wirksame ordnungsrechtliche Mittel.

Handlungsempfehlung: Gewaltprävention wird für alle pflegenden Institutionen, ambulant und (teil-)stationär zur Pflicht; der Gesetzgeber nimmt dieses Ziel als Aufgabe in die jeweiligen Heimgesetze der Länder auf, was in § 8 WTG NRW bereits normiert ist.

Erläuterung: Die Heimaufsicht ermittelt bisher nicht zielgerichtet „Elder abuse“ im Pflegeheim. Dieses relative Defizit kann durch die entsprechende Anpassung der Heimgesetze der Länder behoben werden; Mitarbeiter von Heimaufsicht haben dabei bereits beratende wie auch Eingriffskompetenzen.

Handlungsempfehlung: Die Landes-Gesetzgeber schaffen in jedem Bundesland eine ordnungsrechtliche Zuständigkeit für alle Pflegesettings. Ergänzend dazu schafft der Gesetzgeber Verfahrensvorschriften, die regeln, wie diese Behörden bei Gewalt im Alter und bei Pflegebedürftigkeit vorzugehen haben.

Erläuterung: Professionell Pflegende im ambulanten wie im vollstationären Bereich, aber auch pflegende Angehörige, Nachbarn und Ehrenamtliche brauchen bundesweit eine fachlich für Gewalt in der Pflege zuständige Anlaufstelle. In Hessen ist mit der Betreuungs- und Pflegeaufsichtsbehörde (HBPA) eine Behörde mit ordnungsrechtlichen Befugnissen geschaffen, deren Zuständigkeit sich auch auf die ambulante Pflege erstreckt. Um dies auch für die anderen Bundesländer zugänglich zu machen, erscheint es zielführend, die ehemals bestehende Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers wieder herzustellen und die Zuständigkeit auf sämtliche Pflegesettings auszudehnen.

Mit Ausnahme von Hessen und NRW- gibt es keine Parallelstruktur zur Heimaufsicht in den ambulanten Pflegesettings. Mit Schaffung einer rechtlich abgesicherten Zuständigkeit, soll eine hilfe- und nicht straforientierte Stelle geschaffen werden, die auch gegen den Willen pflegender Angehöriger mit entsprechenden Beratungs-, Ermittlungs- und Maßnahmekompetenzen intervenieren kann, wie es aus dem Kinderschutz bekannt ist. Dabei gilt es, die Balance zwischen Schutzbedarf und Autonomie des Pflegebedürftigen auszuloten.

In Anlehnung an die Empfehlungen von Gisela Zenz sollen bei Anhaltspunkten von Gewalt in der Pflege und erfolglosen Beratungs- und Hilfeangeboten die Beratungsstellen, Pflegekassen, MDK u.ä. verpflichtet sein, das Familien- oder Betreuungsgericht anzurufen. Das Gericht hätte dann die Einleitung eines Verfahrens zu prüfen, und Ermittlungen zur Einschätzung der Gefährdungssituation zu prüfen. Was das Gericht vermitteln kann sind in erster Linie Hilfen, Mediation und Beratung, Verpflichtungen zu regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen, oder auch ein Hausverbot für den gewalttätigen Angehörigen. Auch der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Gastfamilie wird als sinnvoll angesehen.²²⁴ Dafür wären die Rechtsgrundlagen materiell- wie verfahrensrechtlich erst zu schaffen.

Handlungsempfehlung: Der Gesetzgeber weist den bisherigen Heimaufsichtsbehörden (Behörde) die örtliche und sachliche Zuständigkeit für die Prävention von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Personen zu. Der Gesetzgeber gestaltet die Zuständigkeit dieser Behörde inhaltlich (materiell-rechtlich) und verfahrensrechtlich im Sinne einer wirksamen Gewaltprävention aus.

Erläuterung: Alle Personen und Organisationen, die in den jeweiligen Settings in der Pflege Kontakt zu potentiellen Opfern von Elder Abuse haben, benötigen eine zuständige Stelle (Behörde), an die sie sich mit ihren Hinweisen zu Gewalt in der Pflege wenden können; diese gibt es bislang in Deutschland nicht.

Diesen Personen und Organisationen wird ein Assessment-Tool an die Hand gegeben mit dessen Hilfe sie Risikofaktoren und Indikatoren von Gewalt erfassen (vgl. z. B. das Instrument von PurFam). Informationen, die auf Gewalt hinweisen, werden an die Behörde regelmäßig weitergeleitet. Die Behörde ermittelt im Rahmen ihrer Tätigkeit, ob die Verdachtsmomente zutreffen und gibt den berichtenden Personen über ihre Überprüfung der Verdachtsfälle in einem feststehenden Zeitraum ein Feedback. Diese Personen können sein: die als ehrenamtliche Interessenvertreter der Bewohner arbeitenden

²²⁴ Zenz (2014) a.a.O.

Heimförsprecher und die neu zu schaffende Stelle eines „Elder-Abuse-“ (Gewalt-) Beauftragten in jedem Pflegeheim. Letztgenannte Person ist qualifiziert im Thema, im Heim beschäftigt und unterliegt der Schweigepflicht. Auch Mitarbeiter der Medizinischen Dienste, Ärzte, Apotheker sind hier zu nennen.

Die Sensibilisierung und Vernetzung von Personen und Organisationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit Älteren und Pflegebedürftigen in Kontakt kommen, sind weitere Schritte zu einer systematischen Gewaltprävention. Das sind nicht nur professionelle Akteure und Institutionen wie Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenhäuser, Ärzte, Betreuer, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, MDK, Pflegekassen, sozial- und gerontopsychiatrische Dienste, Betreuungsbehörden oder Betreuungsgerichte, sondern auch Ehrenamtliche und Selbsthilfeorganisationen wie z. B. die Alzheimergesellschaft u. a.). Auch für die häusliche Pflege ist die Verbreitung eines Assessment-Tools an Personen, die mit potentiellen Opfern dieser Settings regelmäßig in Kontakt kommen, zu empfehlen.

So kann es dort, wo Beratung nicht zielführend ist, weil es sich z. B. um eine akute Gewaltsituation handelt, notwendig werden, Opfer und Täter (zeitweise) zu trennen. Hierzu bedarf es der rechtlichen Voraussetzungen. Der für Gewalt zuständigen Stelle müssen Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, die pflegebedürftige Person (vorübergehend) anderenorts pflegen und wohnen zu lassen. Im Projekt wurden Analogien zu Frauenhäusern oder lokal vorzuhaltende Pflegezimmer z. B. in einem Pflegeheim diskutiert.

Handlungsempfehlung: Es sollte eine Meldepflicht an die zuständige Stelle für Gewalt in der Pflege geschaffen werden. Welche Daten dazu erhoben werden, sollte im Interesse eines einheitlichen Datensatzes ebenfalls vom Gesetzgeber vorgegeben werden, damit im Sinne eines Gewaltmonitorings lokal, regional und bundesweit miteinander vergleichbare Daten aufbereitet, regelmäßig ausgewertet und veröffentlicht werden können.

Erläuterung: Prävention von Gewalt in der Pflege bedarf eines systematischen Monitorings, welches auf bundeseinheitlich vergleichbaren Daten basiert. Um eine belastbare Beurteilung der Strukturen und Maßnahmen im Kontext von Gewaltprävention mittelfristig vornehmen zu können, müssen strukturiert Erkenntnisse in Form von festzulegenden Daten dokumentiert werden. Diese werden dann turnusmäßig idealerweise auf lokaler, regionaler und bundeszentraler Ebene ausgewertet.

6.6.1 Empfehlung zur Schaffung eines Erwachsenenschutzgesetzes in Anlehnung an die Regelungen zum Kinder- und Jugendschutz (SGB VIII)

Handlungsempfehlung: Es wird ein eigenes Schutzgesetz für ältere und pflegebedürftige Menschen empfohlen in Anlehnung an das SGB VIII.²²⁵ Bei Gewalt in der Pflege wird empfohlen, systematische und ausdifferenzierende Maßnahmen zu ergreifen, die auch passgenaue Konsequenzen für die Regelversorgung der Pflegekassen nach sich ziehen. Die Balance zwischen Persönlichkeitsrechten und Schutz des Einzelnen ist dabei zu beachten.

Erläuterung: Die Experten der Kommune Potsdam fordern die Ausarbeitung eines Schutzgesetzes für ältere und pflegebedürftige Menschen in Anlehnung an das Kinder- und Jugendschutzgesetz (SGB VIII).

²²⁵ Innerhalb der Bundesregierung läge die fachliche Zuständigkeit für ein solches Gesetz beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Analysen zu Beginn des Projekts zeigten, dass Potsdam bereits kommunale Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege geschaffen hat²²⁶, die allerdings keine ordnungsrechtlichen Eingriffsbefugnisse bei Gewalt in der informellen Pflege beinhaltet, sondern auf die freiwillige Bereitschaft Betroffener setzt.

Als Ziel verfolgte die Kommune weiterhin eine Ausdifferenzierung von Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch zuständige Pflegedienste und eine systematische Weiterleitung an die Pflegekassen, die im weiteren Verlauf zur Abwendung von Gewalt passende Konsequenzen einleiten sollen.

Die Potsdamer Experten empfehlen weiterhin eine Ausdifferenzierung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit standardisierten Handlungsempfehlungen an die zuständigen Pflegekassen. Zudem bedarf es einer die Pflegekassen verpflichtenden Meldepflicht bei Gewalt in der Pflege an unterstützende und fallbegleitende Instanzen.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist neben dieser notwendigen Anpassung auch eine systematische Spezifizierung von Beratungen der Pflegekassen nach § 7a SGB XI zu empfehlen mit einem Fokus auf die Anpassung individueller Versorgungspläne in Fällen von Gewalt.

Da ordnungsrechtliche Eingriffe in der privaten Häuslichkeit gegen den Willen von Betroffenen derzeit nicht umsetzbar sind, ist zu empfehlen, einen systematischen Informationsfluss zwischen fallaufdeckenden Diensten (Pflegedienst), leistungstragenden Diensten (Pflegekassen) und (gewalt-)fallbegleitenden Instanzen von Rechtswegen herbeizuführen und so Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene in der Häuslichkeit leichter zugänglich zu machen.

6.6.2 Empfehlungen zur Stärkung von pflegenden Angehörigen

Handlungsempfehlung: Maßnahmen zur Prävention und Intervention von Gewalt gegen pflegebedürftige und abhängige Ältere sollten die Bedeutung der Gesundheit und der psycho-sozialen Unterstützung pflegender Angehöriger berücksichtigen. Ein schlechter Gesundheitszustand und soziale Isolation informell Pflegender sind bedeutende Risikofaktoren für Gewalt. Programme zur Verbesserung der Gesundheit und zur Förderung der sozialen Unterstützung sollten deshalb entwickelt, implementiert bzw. weiter verbessert werden²²⁷. „Für Menschen in der Arbeitswelt gelten seit langem Schutzgesetze - für pflegende Angehörige gibt es bis heute nichts Vergleichbares“²²⁸.

Die Schaffung von lokalen Anlaufstellen für pflegende Angehörige ist im Aufbau; die Einrichtung einer zentralen Telefon-Hotline kann diese Angebote sinnvoll ergänzen.

6.6.3 Empfehlungen zur Ausbildung, Aufklärung und Bewusstseinsbildung

Handlungsempfehlungen: Es wird die Aufnahme des Themas „Gewalt in Pflegebeziehungen“ in die Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe empfohlen.

Es werden sowohl bundesweite wie auch lokale oder regionale Kampagnen, zur Stärkung des Bewusstseins von Rechten Älterer, einschließlich dem Recht auf Gewaltfreiheit empfohlen.

²²⁶ Pflege in Not Brandenburg

²²⁷ Vgl. Soares et al. (2010), S. 109

²²⁸ Fischer-Doetzki (2015), S. 20

Erläuterung: Die Aufnahme des Themas Gewalt in Pflegebeziehungen in die Ausbildungscurricula sensibilisiert die Berufsangehörigen zum frühestmöglichen Zeitpunkt und schafft Multiplikatoren für das Thema, wenn die Ausgebildeten in die Praxis gehen.

Die Aufklärung über Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangeboten bei Pflegebedürftigkeit, sollte das Thema Gewalt mit umfassen. Neben der Darstellung der Möglichkeiten der „Entlastung“ für pflegende Angehörige geht es auch um einen Abbau der Verdrängung des Themas Altern.

Die Erstellung entsprechender Materialien zur Nutzung auf lokaler Ebene würde bundesweite Kampagnen ergänzen.

6.6.4 Empfehlung zur Einbindung von Ärzten und Krankenhäusern (Entlassmanagement)

Handlungsempfehlung: Es wird die Entwicklung einer systematischen Strategie zur Sensibilisierung und Vernetzung von Hausärzten beim Erkennen von Anzeichen für mögliche Gewalt in der Pflege empfohlen. Dabei sind die Bedenken zur ärztlichen Schweigepflicht zu berücksichtigen. Die Einbeziehung der Ärztekammern und der Fachgesellschaften sollte gewährleistet sein.

Erläuterung: Die zentrale Rolle, die (Haus-)Ärzte beim Erkennen und Intervenieren bei Gewalt in der Pflege einnehmen, wird sowohl von den kommunalen Akteuren als auch in der Literatur immer wieder betont. Ärzte sind häufig die einzigen Professionellen, die Zugang zu rein informellen Pflegesettings haben. Es ist wenig darüber bekannt, welche Maßnahmen Ärzte ergreifen, wenn sie Gewalt in der Pflege ihrer Patienten begegnen. Entsprechende Informationen für Ärzte sind zwar verfügbar, aber offenbar noch wenig bekannt²²⁹.

Es gelang in keiner der Modellkommunen trotz vielfacher Bemühungen eine Einbindung von Ärzten. Es ist davon auszugehen, dass für eine freiwillige Investition von Zeit kein ausreichender Anreiz geboten wird und die Ansprache nicht ausreichend milieuspezifisch war.

Neben einer Aufnahme von entsprechenden Qualifizierungen in den zertifizierten Fortbildungskatalog wäre es denkbar, das geplante Beratungstelefon für Ärzte und Angehörige von Heilberufen in Fällen von vermuteter Kindesmisshandlung²³⁰ auf Fälle von vermuteter Misshandlung Älterer und älterer Pflegebedürftiger zu erweitern.

Handlungsempfehlung: Mit Adolph und Ulrich (2015) wird die „enge Verzahnung von Pflegestützpunkten und Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser“ empfohlen.

Erläuterung: Durch die systematische Information über ambulante Versorgungsangebote im Rahmen des Entlassmanagements kann eine Erhöhung der Nutzerzahlen der ambulanten Beratung unter benachteiligten Gruppen erreicht werden.

²²⁹ Z. B. die Webseite www.befund-gewalt.de und das Ärztliche Praxishandbuch Gewalt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und des Hessischen Sozialministeriums (2013).

²³⁰ Vgl. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/899213/verdacht-kindesmisshandlung-hotline-aerzten-aerzte-kommt.html, Abruf 29.1.2016

6.7 Empfehlungen zum Themenkomplex der finanziellen Ausbeutung von alten und pflegebedürftigen Menschen

Die Handlungsempfehlungen beziehen sich bei der finanziellen Ausbeutung auf verschiedene Themenbereiche:

6.7.1 Empfehlungen zum Bereich der Stellvertretung: Betreuung und Vollmacht

Handlungsempfehlung Betreuung: Bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung mit dem Aufgabenkreis „Vermögenssorge“ oder „alle Aufgabenkreise“ wird bei der erstmaligen Vermögensaufstellung die Einführung des so genannten 4-Augen-Prinzips unter Beteiligung des Betreuungsgerichts oder der Betreuungsbehörde empfohlen.

Erläuterung: Bislang ist bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung durch das Betreuungsgericht zum Aufgabenkreis Vermögenssorge / alle Aufgabenkreise der bestellte Betreuer die Person, die alleine die erstmalige Vermögensaufstellung des künftigen Betreuten erstellt. Darin wird bereits eine strukturelle Schwäche im Verfahren der Betreuerinitialisierung gesehen. Böswilligen Betreuern wird es hier allzu leicht gemacht: Denn was in dieser Aufstellung des Vermögens nicht aufgelistet wird, wird in späteren Streitfällen auch nicht auftauchen, weil es nie vorhanden war.

Handlungsempfehlung: Die Landesjustizverwaltung wird aufgefordert, die Betreuungsgerichte personell so auszustatten, dass die regelmäßige Kontrolle aller Betreuer durch das Betreuungsgericht gewährleistet ist.

Erläuterung: Aus Gründen des Personalmangels findet bei Gericht – regional unterschiedlich – die Überprüfung der Betreuer in völlig unzureichender Weise statt. Das ist sowohl bei ehrenamtlich bestellten Betreuern wie auch bei Berufsbetreuern bekannt und kann bewusst zum Nachteil des Betreuten genutzt werden. Dieser strukturelle Mangel in der Justiz fördert geradezu die „guten Tatgelegenheiten“.

Handlungsempfehlung: Der Gesetzgeber sollte die notariell beglaubigten und beurkundeten Vollmachten mit einer Meldepflicht der Notare an die Bundesnotarkammer verknüpfen, damit die Gerichte bei auffälligen Vollmachten dort leichter darauf zugreifen können.

Erläuterung: Die jahrelang mit Kampagnen beworbene Form der Betreuungsvermeidung mit Errichtung einer Vorsorgevollmacht zeigt Wirkung. Allerdings auch in ihren rechtspolitisch nicht gewollten schädigenden Auswirkungen für die Vollmachtgeber und deren Familienangehörige. Die Zahl der beantragten Kontrollbetreuungen für Bevollmächtigte nimmt zu; ebenso nimmt die Zahl der BGH-Urteile zum Thema Vorsorgevollmacht deutlich zu, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass es mit der gewillkürten Stellvertretung reichlich Probleme gibt. Allerdings stärkt der BGH²³¹ in seiner neueren Rechtsprechung die Stellung des Bevollmächtigten in der Weise, dass er die Möglichkeiten eines Widerrufs durch den Kontrollbetreuer an eine besondere Zuweisung als eigenständigen Aufgabenkreis durch das Betreuungsgericht knüpft. Dem Kontrollbetreuer sei die Widerrufsbefugnis nicht automatisch verliehen. Die darin zum Ausdruck kommende Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und der Risikotragung steht in einem unmittelbaren Widerspruch zu den Bestrebungen, das Risiko der erteilten Vollmacht für den Vollmachtgeber zu minimieren. Diesen Widerspruch könnte nur der Gesetzgeber

²³¹ BGH Beschluss vom 23.09.2015 – XII ZB 624/14, BtPrax 2015,235f.

aufheben. Sowohl im Hinblick auf die Prozesse der Anbahnung, des Zustandekommens wie auch der Errichtung einer Vollmacht ist der Gesetzgeber gut beraten, seine grundsätzlich wohlwollende Gutgläubigkeit zu Lauterkeit und Benevolentia der Bevollmächtigten einer kritischen Revision zu unterziehen. Das gilt insbesondere für Organisationen und Personen, die sich aktiv und systematisch um die Bevollmächtigung bestimmter, meist wohlhabender Personen bemühen; die Vollmachtserschleichung sollte in ihren Entstehungskontexten und schädigenden Folgen systematisch untersucht werden.

Zudem wird empfohlen, dass die Betreuungsvereine von den Landesjustizverwaltungen darin unterstützt werden, dass sie zu den rechtlichen Risiken von Vorsorgevollmachten Schulungen und Beratungen anbieten können.

6.7.2 Empfehlungen zum Betrugs- und Unterschlagungsdelikten (auch die Erberschleichung)

Handlungsempfehlung: Bei den Betrugs- und Unterschlagungstatbeständen wird in Anlehnung an die im anglo-amerikanischen Recht praktizierte Rechtsfigur des „undue influence“ empfohlen, zu prüfen, wie die Grundsätze des undue influence in das deutsche Erwachsenenschutzrecht Eingang finden können. Die im deutschen Recht ausschließlich in Anschlag gebrachte Frage nach der Geschäftsfähigkeit bzw. Testierfähigkeit, greift bei vulnerablen Personen zu kurz, wenn unter Ausnutzung einer Beziehungsposition verletzbare Personen so beeinflusst werden, dass diese sich gezwungen sehen, einer Vereinbarung zuzustimmen.

Bei dem spezifischen Betrugsdelikt der sog. Erberschleichung wird empfohlen, hier prozessual eine Beweislastumkehr einzuführen.

Erläuterung: Bei vielen Betrugs- und Unterschlagungsdelikten (besonders prägnant bei der sog. Erberschleichung) handelt es sich regelmäßig um größere Werte, die die Hände wechseln; nicht selten mit der Folge von mitunter jahrelang andauernden Rechtsstreitigkeiten. Das deutsche Recht kennt die auf die Willensbeeinflussung des Erblassers eingehende Figur des undue Influence (vgl. ausführlich dazu im Anhang zur Finanziellen Ausbeutung) nicht. Das macht die Aufklärung der Umstände, die zum Streitgegenstand führen, regelmäßig schwierig bis unmöglich. Die in den USA, Israel und Australien entwickelten Kriterien zur Überprüfung der Einflussnahme auf die Willensbildung, der Vulnerabilität und der Vertrauensbildung zwischen vulnerablen Menschen und Nutznießer der Vermögensverschiebung wären auch für das deutsche Rechtssystem ein wirksamer Beitrag zur Stärkung der Schutzrechte Erwachsener und Pflegebedürftiger.

6.7.3 Empfehlungen zum Schutz von alten Menschen und Pflegebedürftigen vor finanzieller Ausbeutung für Banken und Sparkassen

Handlungsempfehlungen: Angehörigen von Sozial- und Gesundheitsberufen, aber auch Beratungsstellen, Pflegestützpunkten und Pflegekassen sowie Banken und Sparkassen (Bausparkassen) wird empfohlen, ihre Mitarbeiter im Thema finanzielle Ausbeutung regelmäßig zu schulen. Banken und Sparkassen sollten ihren Kunden gegenüber für aktive Prävention von finanzieller Übervorteilung werben und ihr Personal adäquat schulen.

Erläuterung: Angehörige älterer Menschen, Mitarbeiter in Banken und in Gesundheits- und Sozialberufen haben nicht nur eine relativ hohe Kontaktdichte zu pflegebedürftigen älteren Menschen, sondern verfügen auch über spezifische fachliche Erkenntnismöglichkeiten, zumindest nach entsprechender Fortbildung, um die Opferwerdung eines alten Menschen zu erkennen. Daher sollten themenbezogene Sensibilisierungs- und Fortbildungsansätze vor allem diese Berufsgruppen fokussieren.

6.8 Empfehlungen des 16. Familiengerichtstages und des hessischen Landespräventionsrates:

Der 16. Deutsche Familiengerichtstag hat bereits im Jahr 2005 im AK 15 „Familiale Gewalt im Alter“ unter Leitung von Prof. Dr. Dr. h.c. Gisela Zenz folgende Vorschläge unterbreitet, die weder an Aktualität verloren noch an Konkretisierung bislang gewonnen haben:

„Als Möglichkeiten der Prävention schlägt der Arbeitskreis vor:

1. Eine ausdrückliche gesetzliche Gewährleistung des Rechts auf gewaltfreie Pflege, vergleichbar dem § 1631 Abs. 2 BGB, der ein Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung gewährleistet, ...
2. Der Arbeitskreis schlägt ein mehrstufiges Verfahren vor, um die Situation von Pflegenden und Pflegebedürftigen zu erleichtern und Gewalt zu begegnen.

- a) Bei Bekanntwerden einer häuslichen Pflegesituation sollen z. B. Ärzte sowie Mitarbeiter von Pflegediensten oder Betreuer den Kontakt zu einer Beratungsstelle vermitteln. Länder oder Kommunen haben im Rahmen einer Bedarfsplanung eine Beratungsstelle einzurichten, deren Aufgabe es ist, Beratungsangebote zu machen und bedarfsgerechte Hilfe zu vermitteln.“²³²

Es werden multidisziplinäre Teams empfohlen, die im Rahmen eines Case-Managements die Fälle bewerten, entsprechende Interventionen planen und die verantwortlichen Institutionen koordinieren sowie den Erfolg der Interventionen überprüfen.

- b) Wenn Anhaltspunkte für eine Gefährdung der pflegebedürftigen Person durch Gewalt bestehen und Hilfeangebote erfolglos sind, ist die Beratungsstelle verpflichtet, das Familiengericht anzurufen.
- c) Das Familiengericht prüft die Einleitung eines Verfahrens zum Zweck von
 - aa) Ermittlungen,
 - bb) Hilfevermittlung, Mediation, sonstigen Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr,
 - cc) unter bestimmten Voraussetzungen auch Maßnahmen gegen den Willen des/der Betroffenen, i. d. R. in Verbindung mit der Einrichtung einer Betreuung.“²³³

Die Abwägung der größtmöglichen Wahrung der Autonomie der abhängigen Person unter gleichzeitiger Anerkennung ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit aufgrund von tatsächlichen Abhängigkeiten stellt hier eine besondere Herausforderung dar. Es ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen, dass die „Rechtsschutzdefizite und Rechtsschutzpotentiale in der familialen Pflege“ derzeit an der Universität Frankfurt erforscht werden und „Konsequenzen für Wohlfahrtsverbände, Verwaltung und Gesetzgebung in Bund, Ländern und Kommunen in entsprechender Kooperation unter besonderer Einbeziehung der Praxis“ erarbeitet werden²³⁴.

²³² Deutscher Familiengerichtstag e.V. (2005), S. 2

²³³ Deutscher Familiengerichtstag e.V. (2005), S. 2

²³⁴ Projekt VERA: https://www.uni-frankfurt.de/62128813/Projekt_VERA Abruf 18.08.2017

Handlungsempfehlung: Es wird empfohlen, die Forderung des hessischen Landespräventionsrates zu realisieren: „Die vielen klärungsbedürftigen Rechtsfragen in diesem Zusammenhang bedürfen der systematischen Bearbeitung durch eine spezifisch qualifizierte Gesetzgebungskommission.“

Erläuterung: Maßnahmen der Prävention und einer nicht straforientierten Intervention brauchen materiell-rechtliche, verfahrensrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. Welche Anleihen aus dem Rechte- und Pflichtenkatalog von Jugendämtern und Familiengerichten bei Kindeswohlgefährdung auf den Bereich der Alterswohlgefährdung sinnvoll übertragen werden könnten, sollte von einer bereits vom hessischen Landespräventionsrat geforderten Expertenkommission erarbeitet werden.²³⁵

6.9 Gender Mainstreaming Aspekte

Um geschlechtsspezifische Wirkungen des Projektes abschätzen zu können, war es wichtig, die Situation von Frauen und Männern zu analysieren und geschlechtsspezifische Strukturen der Gewaltanwendung im Pflegebereich zu kennen²³⁶. Es sollte untersucht werden, ob das Projekt geschlechtsspezifische Strukturen eher reproduzieren oder abbauen würde. Folgende Fragen wurden in dem Zusammenhang berücksichtigt:

- Welche geschlechtsspezifischen Ungleichheitsstrukturen bestehen im relevanten Interventionsbereich, die bei der Überprüfung der Projektwirkungen zu berücksichtigen sind? Welche regions- oder bereichsspezifischen Besonderheiten lassen sich feststellen?
- Sind Frauen und Männer unterschiedlich von Gewalt und Gewaltausübung betroffen?
- Sind Frauen aus anderen Gründen gewaltbetroffen als Männer?
- Haben Frauen und Männer unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen?
- Gewaltbedingungen und Chancen körperlicher und psychischer Unversehrtheit für Frauen und Männer: Wie lässt sich die künftige Gewaltbetroffenheitsentwicklung einschätzen?
- Können zukunftssträchtige Präventionsbereiche für Frauen und Männer gleichermaßen nutzbar gemacht werden: Haben Frauen und Männer in der Zielgruppe andere Ausgangslagen und Probleme, und können Frauen und Männer deswegen unterschiedlich von dem Projekt profitieren?
- Haben Frauen vor dem Hintergrund der regionalen (geschlechterstrukturierten) Pflegesituation die gleichen Chancen, nach Projektteilnahme vor Gewalt geschützt zu sein? — Was sind mögliche Gründe?
- Werden durch das Projekt in der geplanten Form geschlechtsspezifische Gewaltstrukturen im Pflegebereich fortgesetzt oder abgebaut?
- Fördert das Projekt die Prävention von Gewalt gegen Frauen und Männer?

Geschlecht spielt bei der Viktimisierung älterer Menschen in der Langzeitpflege in unterschiedlicher Hinsicht eine Rolle:

²³⁵ Zenz (2014). In: Gartner et al.

²³⁶ Vgl. Bergmann und Pimminger (2004).

- In der ambulanten und stationären Pflege schlägt sich die geschlechtssegregierte Arbeitsteilung nieder: die dort Tätigen sind überwiegend Frauen.
- In der Pflege durch Angehörige spielen geschlechtsspezifische Machtstrukturen in Beziehungen eine beeinflussende Rolle.
- Bei der Viktimisierung älterer Menschen in der Langzeitpflege sind geschlechtsspezifische Tabus und Schamgefühle zu berücksichtigen. Dies betrifft vermutlich insbesondere Männer.
- Im Zusammenspiel kommunaler Akteure können interpersonell und interinstitutionell Geschlechterhierarchien hemmenden oder auch fördernden Einfluss auf die konstruktive Kooperation haben.

Die Hinweise auf eine höhere Viktimisierungsprävalenz in der Langzeitpflege aufgrund von Geschlecht sind widersprüchlich (vgl. Kap. 2.3). Es gibt Hinweise auf eine insgesamt höhere Viktimisierung von Frauen gegenüber Männern, insbesondere im Bereich der sexuellen Gewalt und im Bereich der pflegerischen Vernachlässigung im höheren Alter. Eine möglicherweise höhere Viktimisierung von Männern im Bereich der finanziellen Ausbeutung gilt es ebenfalls zu berücksichtigen. Faktoren wie sozio-ökonomischer Status und Risikofaktoren wie Zusammenleben mit anderen, dementielle Veränderungen, (vgl. Kap. 2.3) spielen eine vergleichbar große Rolle beim Risiko, Gewalt im Alter zu erleben zu spielen, wie das Geschlecht.

Bezüglich der geschlechtssegregierten Arbeitsteilung in der Pflege bemerken z. B. Görgen et al. (2009)²³⁷: „Pfleagemotivation, die Wahl des Pflegearrangements und die mit der Pflege notwendige Erweiterung von Kompetenzbereichen sind in eine Struktur geschlechtlicher Arbeitsteilung eingebettet. Hieraus resultieren einerseits für Männer und Frauen spezifische Belastungsaspekte, zum anderen ist auch der Umgang mit Pflegeanforderungen und Pflegebelastungen nach wie vor von gesellschaftlich dominanten Geschlechterbildern geprägt.“ „Obwohl »Care« als Sorge- und Pflegearbeit (für ältere Menschen) daher eine Tätigkeitsform ist, die nicht »natürlicherweise« an ein Geschlecht gebunden ist“, so auch Backes, Amrhein, Wolfinger (2009), „wird sie hierzulande dennoch traditionell in die primäre Verantwortung von Frauen gestellt. ... Die Geschlechterverhältnisse in der Pflege sind im Sinne einer »hierarchischen Komplementarität« strukturiert. Diese hierarchischen Geschlechterstrukturen werden fortlaufend im beruflichen wie familiär-häuslichen Bereich reproduziert und schlagen sich in einer gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern (»Geschlechterverhältnisse«) und dadurch vermittelten Lebenslagen nieder“. Mit dem Fokus des Projektes auf Gewaltprävention kann der Einfluss des Projektes auf diese ‚Vergeschlechtlichung‘²³⁸ von Pflege jedoch als gering eingeschätzt werden.

In Anbetracht der bisher wenig entwickelten zielgruppenspezifischen Präventionsansätze erschien eine Differenzierung nach Geschlecht als nicht vordringlich. Aufgrund der Diskussionen und Interviews mit den kommunalen Akteuren wurden kaum Hinweise darauf gefunden, dass Handlungspläne auf kommunaler Ebene unterschiedlich formuliert sein müssen, je nachdem, ob sie die Gewalt an pflegebedürftigen Männern oder Frauen fokussieren. Eine Ausnahme bildet dabei der Aspekt der häuslichen

²³⁷ Görgen et al. (2009), S. 29

²³⁸ Backes, Amrhein, Wolfinger (2009), S.13

Gewalt: Hier gibt es sowohl Hinweise darauf, dass Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige eine Fortsetzung von bereits früher bestehender häuslicher Gewalt sein kann, als auch, dass sich ein bestehendes Gewaltverhältnis in einer solchen Situation umdrehen kann. Dies ist den intervenierenden Stellen – das zeigen die im Projekt geführten Diskussionen – bewusst. Da jede Fallkonstellation ein spezielles Case Management erfordert, sind für diese Fallkonstellationen keine nach Geschlechtern getrennten Handlungspläne erstellt worden.

In Bezug auf die These von besonderen Schamsschwellen von pflegenden Männern bei Inanspruchnahme von Hilfen gab es im Rahmen des Projektes keine Hinweise, die diese These erhärtet hätte.

Eine *Teilhabe* der Betroffenengruppe war innerhalb des Projektes schwer zu verwirklichen. Am ehesten gelang dies noch in der Modellkommune Potsdam, bei der Vertreter des Seniorenbeirats an dem Steuerungsgremium teilnahmen. Eine gesonderte Repräsentation von Frauen und Männern war hier jedoch nicht möglich.

6.10 Fazit

1. In den Modellkommunen des Projekts konnte gezeigt werden, dass das Thema Prävention und „Gewaltfreie Pflege“ in bereits bestehende Strukturen integriert werden kann.
2. Damit für das Thema „Gewaltfreie Pflege“ klare örtliche und sachliche Zuständigkeitsregelungen getroffen werden können, bedarf es des Handelns des Gesetzgebers. Für die Erarbeitung und Umsetzung von Handlungsalgorithmen innerhalb einer Kommune hat sich im Projekt eine in der politischen Hierarchie der Kommune entsprechend positionierte und für das Thema engagierte Person wichtige Erfolgsvoraussetzung erwiesen.
3. In allen Institutionen und Organisationen, die professionell oder aufgrund ehrenamtlicher Tätigkeiten mit potentiellen Opfern von Gewalt in der Pflege in Kontakt treten können, bedarf es in einem ersten Schritt der Sensibilisierung für das Thema; das heißt Gewalt muss nicht nur als theoretisch denkbare Konstruktion, sondern auch im eigenen Arbeits- und Tätigkeitsbezug für grundsätzlich möglich gehalten werden.
4. In einem weiteren Schritt muss innerhalb der Organisation, in der die Person tätig ist, eine Zuständigkeitsregelung getroffen werden, so dass jedem Mitarbeiter klar ist, an wen er sich wenden kann, wenn er einen Verdacht von Gewalt in der Pflege beobachtet hat.
5. In der Kommune muss gegenüber den professionell und ehrenamtlich tätigen Organisationen geregelt werden, wer in der Kommune Ansprechpartner und zuständige Stelle für „Gewaltfreie Pflege“ ist (Heimaufsicht, Pflegestützpunkt etc.).
6. Die Arbeitsweise dieser zuständigen Stelle muss in der Öffentlichkeit transparent gemacht werden, so dass für Betroffene deutlich wird, dass man dort Beratung und Unterstützung und nicht Sanktionierung erwarten kann.
7. Die zuständige Stelle muss seitens des Gesetzgebers mit den erforderlichen Kompetenzen ausgestattet werden. Dazu gehört auch, dass die Rechtsgrundlagen für ein Meldewesen und die Statistik der Daten für ein Monitoring der Prävention von Gewalt in der Pflege geschaffen wird.

8. Im Projekt sind die mit Gewalt in der Pflege assoziierten Problemfälle eher „ausnahmsweise“ bei den zuständigen Stellen gemeldet worden. Die Gründe für diese Praxisabweichungen von den in der Fachliteratur aufgezeigten Problemlagen sehen wir zum einen in der Kürze der Projektlaufzeit: die in den bestehenden Pflegeorganisationen in Angriff genommenen Sensibilisierungsmaßnahmen und Zuständigkeitsregelungen waren zum Abschluss des Projekts noch nicht so etabliert, dass von einer organisationsübergreifenden, eingespielten Kommunikation zur zuständigen Stelle ausgegangen werden konnte.
9. Die erforderlichen Öffentlichkeitskampagnen zur Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit wurde zwar in allen Modellkommunen für erforderlich gehalten; die dafür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen waren weder von den Kommunen noch vom Projekt her vorgesehen. Zudem setzt eine breit angelegte Öffentlichkeitskampagne voraus, dass die zuständige Stelle entsprechend mit Personal, Handlungswissen und -kompetenzen ausgestattet ist.
10. Aussagen über die Wirkungen aller eingeleiteten Maßnahmen sind zum Zeitpunkt der Beendigung des Projekts noch nicht abschließend möglich. Allerdings konnte eine Vielzahl von notwendigen Voraussetzungen für das Gelingen einer systematischen Prävention von Gewalt in der Pflege identifiziert werden, die in der Gesamtheit zu erfüllen sind.

Nachhaltigkeit des Projektthemas in den beteiligten Kommunen

Auf ausdrücklichen Wunsch des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hat der MDS ein Jahr nach Abschluss des Projekts Fragen zur nachhaltigen Entwicklung des Themas an die im Projekt beteiligten Kommunen gestellt.

Die Antworten erreichten den MDS bis Mitte Juli 2017.

Die Fragen und Antworten sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt:

Frage 1: Welche der im Projekt „Gewaltfreie Pflege“ stattgefundenen Aktivitäten bestehen bei Ihnen bis zum heutigen Tag fort? a) Tagt der „Runde Tisch Gewaltfreie Pflege“ in Ihrer Kommune noch regelmäßig? Falls ja: mit welchen Themen hat er sich seit Abschluss des Projekts beschäftigt? Falls nein: benennen Sie hier bitte die seit Abschluss des Projekts für die Fortsetzung des Runden Tisches hemmenden Faktoren.		b) Haben in Ihrer Kommune seit Abschluss des Projekts weiterführende Aktivitäten zur Etablierung des Themas „Gewaltfreie Pflege“ stattgefunden. Falls ja: beschreiben Sie bitte diese Aktivitäten. Falls nein: benennen Sie bitte die hierfür hemmenden Faktoren.	
Dortmund	Fulda	Potsdam	Stuttgart
a) Nein	Ja; halbjährig	Ja; Steuerung durch Netzwerk Älterwerden in der LH Potsdam; alle 3 Monate	Ja
b) Mangelnde Personalressourcen	Ja; neue Teilnehmer gewonnen; Schulung der Ärzte	Projekt zur Optimierung der Beratungsbesuch nach § 37 Abs.3 SGBXI; Abschluß Mai 2017	Prävention finanzielle Ausbeutung; Enkeltrick; Austausch mit Polizei und Bankenvertretungen; Vollmachtsmissbrauch; Erfahrungen mit Beratungs- und Hilfetelefon; Projek-

			tauswertung; Planung einer Fachtagung zum Thema
Frage 2: Ist die breitere Öffentlichkeit seitens der am Projekt beteiligten kommunalen Fachstellen nach Abschluss des Projekts weiter für das Thema „Gewaltfreie Pflege“ sensibilisiert worden? a) Falls ja: welche Aktivitäten haben seitdem stattgefunden?		b) Falls nein: benennen Sie bitte die hierfür hemmenden Faktoren.	
Thema bei Dienstbesprechungen; mangelnde Personalressourcen			Amtsblattartikel; Infostände bei Veranstaltungen in der Königstrasse; Vorträge bei Frauengruppen und Landesseniorenrat
Frage 3: Die im Projekt beteiligten Institutionen (Pflegedienste, Heime, Pflegekassen, Heimaufsichts- und Betreuungsbehörden u.a.) und Einzelpersonen (Seniorenvertreter, u.a.) der Fachöffentlichkeit aus der Langzeitpflege zeigten sich am Thema Gewaltfreie Pflege nach unserer Wahrnehmung engagiert und von der Bedeutung des Themas überzeugt. Haben Sie als Kommune weitere Aktivitäten in Richtung dieser Institutionen und Einzelpersonen unternommen? a) Falls ja, welche? b) Falls nein: Welche Aktivitäten der Fachöffentlichkeit zum Thema „Gewaltfreie Pflege“ haben Sie seit Beendigung des Projekts wahrgenommen?			
a) Thema in: Öffentliche Sitzung des Seniorenbeirats; Pflegekonferenz; Dienstbesprechung der Heimaufsicht mit Trägervertretern		Ja; Kooperation mit Pflege in Not Brandenburg, Pflegestützpunkt der LH Potsdam, Pflege in Not Berlin. Fachstelle für pflegende Angehörige Berlin, Kontakt- und Beratungsstelle MmD und deren Angehörige, Volkssolidarität Mittelmark u.a.	Ja; a) Weiterleitung von Informationen über Veranstaltungen/ Veröffentlichungen zum Thema b) Die am Runden Tisch beteiligten Pflegedienste greifen das Thema regelmäßig in Mitarbeiterbesprechungen auf; Landesärztekammer hat im März 2017 eine Fortbildung zum Thema angeboten
Frage 4: Falls die Aktivitäten zum Thema „Gewaltfreie Pflege“ und deren Prävention in Ihrer Kommune nach Abschluss des Projekts zum Erliegen gekommen sind, interessieren uns die hierfür maßgeblichen Gründe. Mit welchen Maßnahmen hätte man nach Ihrer Einschätzung das Thema nach Abschluss des Projekts nachhaltiger gestalten können?			
Fehlende personelle Ressourcen. Geplante Plakataktion hätte Wirksamkeit in der Öffentlichkeit erreicht; Thema sei ein „Langzeitthema“			Keine Angaben

Zusammenfassende Bewertung: Eine nachhaltige Beschäftigung mit dem Thema Gewaltprävention in der Pflege gibt es in den Landeshauptstädten Potsdam und Stuttgart sowie im Landkreis Fulda; die Steuerungsgremien treffen sich noch regelmäßig und haben nach Abschluß des Projektes in beiden Kommunen die Aktivitäten zum Thema eher ausgedehnt; sowohl hinsichtlich der Themen wie auch im Hinblick auf die Adressaten. Über das Netzwerk Älterwerden in der LH Potsdam finden dort vierteljährig Treffen zum Thema statt. Von April 2016 bis Mai 2017 hat man in der Landeshauptstadt Potsdam mit Unterstützung der Länder Brandenburg und Berlin ein Modellprojekt zur Optimierung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt, deren wesentlichen Inhalte auch in die beim Qualitätsausschuß Pflege stattfindenden, aber zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Berichtspassage im Juli 2017 noch nicht abgeschlossenen Empfehlungen zu diesem Beratungsbesuch einfließen werden. In Dortmund hingegen sind die Aktivitäten Mangels Ressourcen zurückgefahren worden.

7 Literaturverzeichnis

- Abraham, J.; Henkel, A.; Köpke, S.; Kupfer, R.; Meyer, G.; Möhler, R. (2015): Mehr Freiheit wagen! Eine Kurzinformation für Pflegende. Leitlinie Freiheitsentziehende Maßnahmen - Die Initiative zur Begrenzung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege. Unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/FEM_Brosch_Pflegende_2014_RZ.pdf, Abruf 30.11.2015.
- Abraham, J.; Henkel, A.; Köpke, S.; Kupfer, R.; Meyer, G.; Möhler, R. (2015a): Mehr Freiheit wagen! Eine Kurzinformation für Betreuer, Angehörige und Ärzte. Leitlinie Freiheitsentziehende Maßnahmen - Die Initiative zur Begrenzung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege. Unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/FEM_Brosch_Betreuer_2014_RZ.pdf, Abruf 30.11.2015.
- ABUEL: siehe Soares et al. (2010).
- Acierno, R., Hernandez-Tejada, M. et al. (2009): The National Elder Mistreatment Study. National Institute of Justice. Unter: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf>, Abruf 09.07.2015.
- Adolph, H.; Ulrich, H. (2015): Vernetzung über die Sektorengrenzen hinweg muss das Ziel sein. Gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit für benachteiligte ältere Menschen. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). Unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=3e8b8a887d3019c14eb6a8917a72c487>, Abruf 16.07.2015.
- Amstadter, A. B., Zajac, K., Strachan, M., Hernandez, M. A., Kilpatrick, D. G. & Acierno, R. (2011): Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina Elder Mistreatment Study. *Journal for interpersonal violence*; 26(15), 2947-2972.
- Backes, G.; Amrhein, L.; Wolfinger, M. 2009: Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik – eine Kurzfassung. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2009): „Wenn die Töchter nicht mehr pflegen... Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege. Werkstattbericht, erstellt von Heike Gumpert. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 12-16. Unter: library.fes.de/pdf-files/wiso/06694.pdf, Abruf 10.11.2015.
- Baker, A.A. (1975): "Granny Battering". *Modern Geriatrics*. 5 (8), S. 20-24.
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Sowinski, C., Besselmann, K.; Dürrmann, P.; Haupt, M. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf, Abruf 07.10.2015
- Bauer, U.; Büscher, A. (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge. *Pflege & Gesellschaft* 12. Jg. 2007 H.4: 304-317.
- Beach, S. R.; Schulz, R.; Williamson, G.M.; et. al. (2005): Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 255-61.
- Beine, K. H. (2011): Krankentötungen in Kliniken und Heimen: Aufdecken und Verhindern. Lambertus
- Berzlanovich, A.; Graß, H. (2012): Leitfaden und Checkliste zur Optimierung der Todesursachenfeststellung bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen. In: Artkämper, H.; Berzlanovich, A.; Block, U.; Görgen, T.; Graß, H.: *Sicher leben im Alter. Prävention und Aufklärung von Tötungsdelikten an alten und pflegebedürftigen Menschen*. Münster: Deutsche Hochschule der Polizei, S. 7-19. Unter: http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A14_Kap.3.4_Handreichung_Praevention_Aufklaerung.pdf, Abruf 30.11.2015.
- Bergmann, N., Pimminger, I. (2004): GeM-Leitfaden zur Verankerung von Gender Mainstreaming bei Projektträgern. Wien (L&R Sozialforschung, GeM-Koordinationsstelle für Gender Mainstreaming im ESF).

Belle S.H. et al. (2006): Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Int Med*; 145(10): 727-738, 213-216.

Biggs, S.; Manthorpe, J.; Tinker, A.; Doyle, M.; Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21 (1).

Bischofberger, I.; Jähnke, A. (2015): »Entlastung von Angehörigen« — Konzeptionelle Neuausrichtung. *Pflege* 2015; 28 (3): 129-131. DOI 10.1024/1012-5302/a000420. Unter: <http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000420>, Abruf 01.07.2015.

BMFSFJ siehe: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Boatcă, M.; Lamnek, S. (2003): Gewalt als Phänomen unserer Zeit. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SuB)*, 26. Jg., Heft 2, S. 123-134. Unter: www.lai.fu-berlin.de/homepages/boatca/Boatca_Lamnek_Gewalt_als_Pha_nomen_unserer_Zeit_2003.pdf?1367082565, Abruf 05.10.2015.

Bonillo, M.; Heidenblut, S.; Phillip-Metzen, H.E.; Saxl, S.; Schacke, C.; Steinhusen, C.; Wilhelm, I.; Zank, S. (2013): Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention - Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer. (PURFAM-Manual).

Borchardt, A.; S.E. Göthlich (2009): *Erkenntnisgewinnung durch Fallstudien*, in *Methodik der empirischen Forschung*, S. Albers, et al., Editors. Springer: Wiesbaden. p. 33-48.

Brosey, D. et al (2012): Lehrforschungsprojekt Krisenintervention bei Gewalt in der häuslichen Pflege in Köln. Fachhochschule Köln. Unter: <http://www.sw.fh-koeln.de/sandbox/groups/diesacademicus2012/wiki/7be93/attachments/64dcc/Projektbericht.pdf?sessionID=78d806fd74af503259aac334c704c16c945bef5a>, Abruf 03.08.2015.

Brucker, U. (2016): Finanzieller Mißbrauch alter und pflegebedürftiger Menschen – Kein Thema - kein Problem? *BtPrax* (25) S. 163-167 (Teil 1) und *BtPrax* (25) S. 221-226 (Teil 2)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Auflage, Berlin. Unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrttiger-Menschen.pdf, Abruf 15.01.2016.

Bubolz-Lutz, E. (2011): Pflegende Angehörige und ihre Bedarfslagen. Vortrag im Landtag am 18. April 2011. Unter: http://www.pflegebegleitung-hessen.de/wp-content/uploads/Pflegende-Angeh%C3%B6rige-Bubolz_Lutz.pdf, Abruf 25.09.2015.

Burston, G. R. (1975): "Granny Battering". *British Medical Journal* (3), S. 592.

Caplan, G. (1964): *Principles of preventic psychiatry*. New York/London.

Chen, T. (2011): How to Stop Domestic Financial Abuse. How to prevent, and recover, from this type of dangerous behavior. Unter: <http://money.usnewscom/money/blogs/my-money/2011/04/26/how-to-stop-domestic-financial-abuse>, Abruf 08.06.2015.

Choi, N. G.; Kulick, D. B.; Mayer, J. (1999): Financial exploitation of elders. Analysis of risk factors bases on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10 (3/4), 39-62.

Conrad, K. J.; Iris, M.; Ridings, J. W. et al. (2001): Conceptual Model and Map of Financial Exploitation of Older Adults: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 23. S. 304-325.

Cooper, C.; Selwood, A.; Livingston, G. (2008): The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age & Ageing*, 37(2), S. 151-160.

Council of Europe, Committee of Ministers (2014): Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons. Unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&>, Abruf 07.12.2015.

Deacon B. (1997): Global social policy, international organizations and the future of welfare. London (Sage).

Deinert, H. (2016): Betreuungszahlen 2014. In *Betreuungsrechtliche Praxis, BtPrax*, Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung, 25. Jahrgang, S. 9-12

Delany, J. (2002): Long Distance Caregiving Project.

Department of Health (2000): No Secrets: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. Unter: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194272/No_secrets_guidance_on_developing_and_implementing_multi-agency_policies_and_procedures_to_protect_vulnerable_adults_from_abuse.pdf, Abruf 10.07.2015.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium (2013): *Ärztliches Praxishandbuch Gewalt*. Berlin: Kramarz-Verlag.

Deutscher Familiengerichtstag e.V. (2005): Ergebnisse des 16. Deutschen Familiengerichtstags. Arbeitskreis 15. Familiäre Gewalt im Alter. AK-Leiterin: Prof. Dr. Dr. h.c. Gisela Zenz. Brühl: Deutscher Familiengerichtstag e.V.. Unter: http://s293942038.online.de/resources/2005_Arbeitskreis_15.pdf, Abruf 26.01.2016.

Dieck M. (1987) Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext: ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie* Heft 20, Seiten 305-313.

Dieck M. (1993): Gewaltanwendung gegen alte Menschen: Ist die Beachtung des Tabus wichtiger als Aufklärung, Prävention, Hilfe? In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 73. Jahrgang, Heft 11, Seiten, S. 393-400.

Dresing, T.; Pehl, T. (2013): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5 ed., Marburg.

Eisikovits, Z.; Koren, C.; Band-Winterstein, T. (2013): The social construction of social problems: the case of elder abuse and neglect. *International Psychogeriatrics*, Vol 25, Special Issue 08, August 2013, S. 1291-1298.

EUSTaCEA (2010): Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance). Unter: www.biva.de/wp-content/uploads/DE_European_Charter_Daphne044.pdf / www.age-platform.eu/images/stories/Final_European_Charter.pdf, Abruf 07.12.2015.

Fallon, P. (2006): Elder abuse and/or neglect. Literature review. Wellington (Ministry of Social Development). Unter: <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/literature-reviews/elder-abuse-neglect/elder-abuse-neglect-report.doc>, Abruf 02.09.2015.

Fischer-Doetzki, E. (2015): Nötig sind passgenaue und bezahlbare Unterstützungsangebote. *Krankenpflege - Soins infirmiers - Cure infirmieristiche* 5/2015.

Forschungsverbund „Gewalt gegen Männer“ (2004): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Pilotstudie. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin (BMFSFJ). Unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/studie-gewalt-maenner-langfassung.pdf>, Abruf 14.01.2016.

Fricke, A. (2015): Hotline von Ärzten für Ärzte kommt. *ÄrzteZeitung* vom 17.11.2015. Unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/899213/verdacht-kindesmiss-handlung-hotline-aerzten-aerzte-kommt.html, Abruf 25.01.2016.

Galtung, J. (1975): *Strukturelle Gewalt*. Reinbek: Rowohlt.

Galtung J. (1993): Kulturelle Gewalt. In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.): Aggression und Gewalt. Stuttgart, 52-73.

Görge, T., Kreuzer, A., Nägele, B.; Krause, S. (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. Stuttgart; Berlin; Köln (Kohlhammer), (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 217). Unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24194-SR-Band-217.pdf>, Abruf 02.09.2015.

Görge, T.; Nägele, B.; Kotlenga, S. (2002) (=Görge et al. 2002a): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum — Empfehlungen auf der Basis einer Expertentagung. In: Görge et al. (2002), S. 689-692.

Görge, T.; Greve, W.; Tesch-Römer, C.; Pfeiffer, C. (2004): Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten. Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Förderung eines Forschungsprojekts. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KfN-Forschungsberichte Nr. 94). Unter: www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb94.pdf, Abruf 10.12.2016.

Görge, T. (2005): Nahraumgewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover. Unter: www.praeventionstag.de/dokumentation/download.cms?id=106, Abruf 30.11.2015.

Görge, T.; Greve, W. (Hrsg.) (2005): Gewalt gegen alte Menschen - Stand der Forschung, L. Nordrhein-Westfalen, Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik: Münster. p. 53-72.

Görge, T.; Nägele B. (2005): Nahraumgewalt gegen alte Menschen. Folgerungen aus der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojekts. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 1, S. 4-9.

Görge, T.; Herbst, S.; Rabold, S. (2006): Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege. Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“. Hannover: KfN.

Görge, T.; Nägele, B. (2006): Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen. Dokumentation einer Fachtagung und eines Expertenforums am 14. und 15. 6. 2006 in Hannover. Hannover/Göttingen: KfN Materialien für die Praxis – Nr.2 / Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.. Unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/dokumentation-wehrlos-im-alter,property=pdf,bereich=sprache=de,rwb=true.pdf und www.kfn.de/versions/kfn/assets/mfp2.pdf, Abruf 12.01.2015.

Görge, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2009): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Unter: https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-und-Gewalterfahrungen_C3_84lterer.pdf, Abruf 18.01.2016.

Görge, T.; Bauer, R.; Fritsch, N.; Greve, W.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Mauder, B.; Mild, N.; Nachtmann, J.; Nägele, B.; Nowak, S.; Pfeiffer, C.; Rabold, S.; Rauchert, K.; Schröder, M.; Tesch-Römer, C.; Winkelsett, B. (2009) (Görge et al. 2009a): „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-Gewalterfahrungen-Leben-alter-Menschen-langfassung.pdf, Abruf 02.09.2015.

Görge, T. (Hrsg.) (2010): Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Frankfurt a.M. (Verlag für Polizeiwissenschaft). (=Görge et al. 2009a).

Görge, T.; Rauchert, K.; Nägele, B.; Kotlenga, S. & Rabold, S. (2010): Sicher leben im Alter? Ergebnisse einer Studie und Konzept eines Aktionsprogramms zur Förderung der Sicherheit älterer Menschen. *Kriminalistik*, 64 (11), 644-651.

Görge, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B. & Rabold, S. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. 5. Auflage. Berlin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Unter: https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-und-Gewalterfahrungen-_C3_84lterer,property=pdf,be-reich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, Abruf 01.12.2015.

Görge, T. (2012a): Fakten und Hintergründe. In: Artkämper, H.; Berzlanovich, A.; Block, U.; Görge, T.; Graß, H.: *Sicher leben im Alter. Prävention und Aufklärung von Tötungsdelikten an alten und pflegebedürftigen Menschen*. Münster: Deutsche Hochschule der Polizei, S. 3-5. Unter: http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A14_Kap.3.4_Handreichung_Praeven-tion_Aufklaerung.pdf, Abruf 30.11.2015.

Görge, T. et al. (2014): Sicherheitspotentiale im höheren Lebensalter. Bericht an das BMFSFJ. Unter: https://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/Goergen_et_al_Sicherheitspotenzi-ale_Bericht.pdf, Abruf 24.11.2015.

Gordon, R (1983): An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Report*, 98, 2, 107-10.

Gutzmann, H. & Zank, S. (2005): *Demenzen. Medizinische und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten*. Grundriss der Gerontologie, Band 17, Stuttgart: Kohlhammer.

Haermeyer, B.; Marienfeld, B. (2013): jahresbericht bevölkerung. dortmunderstatistik2013. Dortmund: Stadt Dortmund, Dortmunder Systemhaus - Bereich Statistik. Unter: www.dortmund.de/media/p/statistik_3/statistik/veroeffentlichungen/jahresberichte/bevoelkerung_1/Nr_199_Bevoelke-rung.pdf, Abruf 20.01.2016.

Hafemeister, T. L. (2004): Financial Abuse of the elderly in domestic settings. In: R. Bonnie; R. Wallace (Eds.): *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an ageing America* (pp. 382-445). Washington, DC: National Academies Press

Hasselhorn, H.-M.; Müllwer, B. H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Wirtschaftsverlag. Neuwied.

Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2013): Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege – Die Entwicklung des PURFAM-Assessment-Instrumentes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (7), S. 431-440.

Heitmeyer, W., Hagan, J. (2002): *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden.

Hernandez-Tejada; M. A.; Amstadter, A.; Muzzy, W.; Aciernao, R. (2013): The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings. *J Elder Abuse Negl*;25:281-93, doi. Unter: 10.1080/08946566.2013.770305 / <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694735/>, Abruf 14.12.2015.

Heusinger, J. (2007): Freundin, Expertin oder Dienstmädchen —zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements. *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jahrgang, H.4, S. 318-330.

Hickey, T.; Douglass, R. L. (1981): Neglect and abuse of older family members: professional's' perspectives and case experience, in: *The Gerontologist* 21 (1981) 2, S. 171-176.

Hirsch, R.D. (2002): Das „Gewalt-Assessment“. In: Gutzmann H.; Hirsch RD.; Teising M. & Kortus R. (Hrsg.) Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Band 3. Kohlhammer, Stuttgart, 643-662.

Hirsch, R.D. (2002a): Gewalt in der Pflege Demenzkranker. Alzheimer Info 02/2002. Unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/gewalt-in-der-pflege.html>, Abruf 15.01.2016.

Hirsch, R.D. (2003): Gewalt gegen alte Menschen. Ein Überblick zur Situation in Deutschland – Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen. S. 13-31. Unter: http://www.kriminalpraevention.de/files/DFK/dfk-publikationen/2003_gewalt_gegen_alte_Menschen.pdf, Abruf 15.01.2016.

Hirsch, R.D. (2011): Gewalt in der Pflege: Ursachen, Häufigkeiten und Prävention. Österreichische Pflegezeitschrift 1/2011, S. 10-17.

Hirschberg, K.R., von; Zeh, A.; Kähler, B. (2009): Gewalt und Aggression in der Pflege - Ein Kurzüberblick. Hamburg. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.

Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg. S. 8.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009): Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19D, Kurzfassung, Version 1.0. IQWiG, 13.01.2009.

Jähnke, A.; Bischofberger, I. (2015): Entlastung von Angehörigen neu denken. Krankenpflege I Soins infirmiers I Cure infirmieristiche, 5/2015, S. 19-21. Unter: www.careum.ch/documents/10180/3484631/Jaehnke_Bischofberger_Krankenpflege_2015.pdf/070fad34-12ae-4002-a654-53b6f98da063, Abruf 01.07.2015.

Jungnitz, L.; Puchert, R.; Schrimpf, N.; Schröttle, M.; Mecke, D.; Hornberg, C. (2013): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland - Haushaltsbefragung. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Berlin: Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb435.pdf, Abruf: 11.12.2016.

Kalaga, H.; Kingston, P.; Penhale, B.; Andrews, J.A. (2007): A Review Of Literature On Effective Interventions That Prevent And Respond To Harm Against Adults. Scottish Government Social Research.

Käppeli, S. (1990): Gewaltanwendung und deren Prävention in der Pflege alter Menschen in Institutionen, in: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie: Alter, Aggressivität und Gewalt. Verhandlungsbericht der Jahrestagung SGG 1989, Basel, S. 72-94.

Kimmel, A.; Brucker, U.; Schempp, N. (2012): Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems Ergebnisse des MILCEA-Projekts. Essen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)). Unter: <http://www.milcea.eu/pdf/Milcea-deutsch-Internet.pdf>, Abruf 18.12.2015.

Kleinschmidt, K. (1997). Elder abuse: A review. Annals of Emergency Medicine, 30, 463-72.

Klie, T.; Frommelt, M.; Schneekloth, U. (2013): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Berlin. Unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011__7a_Abs_SGB_XI.pdf, Abruf 24.02.2016.

Kreuzer, A. (2014): Gewalt gegen Senioren im öffentlichen Raum und in Heimen. Strafrechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie Präventionsansätze. In: Gaertner, T.; Gansweid, B.; Gerber, H.; Schwegler, F.; Mittelstaedt, G. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung, 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage, 682 Seiten, Oldenbourg: de Gruyter, S. 439-453.

- Krug E.G.; Dahlberg L.L.; Mercy J.A.; Zwi A.B.; Lozano R. (Hrsg.) (2002): World Report on Violence and Health. Genf (World Health Organization). Unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf, Abruf 22.9.2015.
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lachs, M. (2013): Violence in the Nursing Home. Who's Doing What to Whom? Presentation on Elder Abuse and Its Prevention Public Workshop of the Forum on Global Violence Prevention, 17.-18. April 2013, Washington, DC. Unter: iom.nationalacademies.org/~media/0EC73263A47C446D89D3099CC8C32FF9.ashx / <http://iom.nationalacademies.org/Activities/Global/ViolenceForum/2013-APR-17/Day%201/Panel%202/15-Lachs-Video.aspx>, Abruf 05.01.2016.
- Lachs, M.; Teresi, J.A.; Ramirez, M. (2014): Documentation of Resident to Resident Elder. Mistreatment in Residential Care Facilities. FYO 42USC3721. 2010-2013 Prevent, Detect, and Respond to Abuse, Neglect and Exploitation of Elderly Individuals and Individuals in Residential Care Facilities Program. Final Report. New York: Cornell University and Hebrew Home at Riverdale. Unter: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/246429.pdf, Abruf 25.01.2016.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat (Hrsg.) (2015): Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht 2013/2014. München: Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat. Unter: https://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Kreisverwaltungsreferat/fachspezifisch/HA-I/Heimaufsicht/Dokumente/Qualitaetsbericht-2013_2014/Qualit%C3%A4tsbericht%202013_2014.pdf, Abruf 21.01.2016.
- Leitlinie FEM (2009). Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Hamburg und Witten: Universität Hamburg, Universität Witten/Herdecke, .
- Lethbridge, J. (2011): Pflegedienste für ältere Menschen in Europa - eine Herausforderung für die Gewerkschaften. Kurzfassung & Empfehlungen. Brüssel: European Federation of Public Service Unions.
- Lithwick, M.; Beaulieu, M.; Gravel, S., & Straka, S. (1999): The mistreatment of older adults: Perpetrator—victim relationships and interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 95-112.
- Mahler, C. (2015): Menschenrechte in der Pflege. Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss. Berlin (Deutsches Institut für Menschenrechte).
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.
- MetLife Mature Market Institute (2009): Broken trust: Elders, Family and Finances, New York. Unter: <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/mmi-study-broken-trust-elders-family-finances.pdf>, Abruf 03.08.2015.
- Meyer, G.; Abraham, J. (2013): Gewaltprävention in der Pflege. Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Unter: <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment01.pdf>, Abruf 02.09.2015.
- Michell-Auli, P.; Strunk-Richter, G.; Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der "Werkstatt Pflegestützpunkte". Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2015): "Ich kann nicht mehr" – Konflikte und Gewalt in der Pflege älterer Menschen. Potsdam: MASGF. Unter: http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/PiN%20-%20Konflikte%20und%20Gewalt%20in%20der%20Pflege%20%C3%A4lterer%20Menschen.pdf, Abruf 30.11.2015.

Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G. (2011): Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Müller-Hergl, C. (2011): Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse):Stand der Diskussion [Mai 2011]. Witten: Landesinitiative Demenz-Service NRW. Unter: http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Arbeitspapiere/Gewalt-und-Vernachlaessigung_Elder_Abuse.pdf, Abruf 08.07.2015.

Naughton, C.; Drennan, J.; Treacy, M.P.; Lafferty, A.; Lyons, I.; Phelan, A.; Quin, S.; O'Loughlin, A.; Delaney, L. (2010): Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. Report Summary. Dublin: University College Dublin.

Naughton, C., Drennan, J. et al. (2012): Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey, *Age Ageing* 41 (1), 98-103.

Neuhaus, A., Isfort, M. Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln. Unter: <http://www.dip.de>, S. 17.

O'Keeffe, M.; Hills, A.; Doyle, M.; McCreadie, C.; Scholes, S.; Constantine, R.; Tinker, A.; Manthorpe, J.; Biggs, S.; Erens, B. (2007): UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report. Prepared for Comic Relief and the Department of Health. Unter: <http://www.natcen.ac.uk/media/308684/p2512-uk-elder-abuse-final-for-circulation.pdf>, Abruf 18.05.2015 und <http://www.elderabuse.org.uk/Documents/AEA%20documents/Prevalence%20Report-Full.pdf>, Abruf 03.09.2015.

Oh, J.; Kim, H.S.; Martins, D. et al. (2006): A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 203-14.

O'Malley, T. A.; O'Malley, H. C.; Everitt, D. E.; Sarson, D. (1984): Categories of family mediated abuse and neglect of elderly persons, in: *Journal of American Geriatrics* 32 (1984) 5, S. 362-369.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2005): Long-term Care for Older People. Paris: OECD-Publishing.

Paveza, G.J.; Cohen, D.; Eisdorfer C. et al. (1992): Severe family violence and Alzheimers-disease-prevalence and risk-factors. *Gerontologist* 1992; 32: 493-7.

Peisah, C.; Finkel, S.; Shulman, K. et al. (2009): The wills of older People: Risk factors for undue influence. *International Psychogeriatrics* 21: 7-15.

Perel-Levin, S. (2008): Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Genf (World Health Organization).

Petermann, F. (2014): Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, 65(3): p. 122-128.

Pillemer, K.; Moore, D.W. (1989): Abuse of patients in nursing-homes - Findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989; 29: 314-20.

Pillemer, K.; Mueller-Johnson, K.; Mock, S.; Sutor, J.; & Lachs, M. (2007). Interventions to prevent elder mistreatment. In Doll, L. S.; Bonzo, S. E.; Sleet, D. A.; Mercy, J. A.; & Haas, E. N.; eds.; *Handbook of Injury and Violence Prevention*. New York: Springer, pp. 241-56.

Popitz (1992): *Phänomene der Macht*, 2. stark erweiterte Auflage, Tübingen.

- Pot, A.M.; Dyck, R.; Jonker, C. et al. (1996): Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; V31: 156-62.
- Rabold, S.; Görgen, T. (2007): Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Heft 5, S. 366, 367.
- Reemtsma, J.P. (2008): Vertrauen und Gewalt. Versuch über eine besondere Konstellation der Moderne. Hamburg.
- Riekenberg, M. (2008): Auf dem Holzweg? Über Johan Galtungs Begriff der „strukturellen Gewalt“, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, Online-Ausgabe, 5, H. 1. Unter: <http://www.zeithistorische-forschungen.de/1-2008/id=4655>, Abruf 07.12.2015, Druckausgabe: S. 172-177.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014. Unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=521>, Ziffer 226.
- Schacke, C. & Zank, S. (2009). Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversionen (BIZA - D-PV). Schriftenreihe des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität, Nr. 23. Siegen: Universität Siegen.
- Schatz, G. (2002): Gewaltprävention. In: Becker-Textor, I.; Textor M.R. (Hrsg.) (o.J.): SGB VIII - Online-Handbuch. Unter: <http://www.sgbviii.de/S84.html>, Abruf 07.10.2015.
- Schempp, N.; Brucker, U.; Kimmel, A. (2012): Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Unter: www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf, Abruf 08.01.2016.
- Schrötte, M.; Müller, U. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: BMFSFJ. Unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen-teileins,property=pdf>, Abruf 08.01.2016.
- Schwind, H-D.; Baumann, J.; Lösel, F.; Remschmidt, H.; Eckert, R.; Kerner, H-J.; Stümper, A.; Wassermann, R.; Otto, H.; Rudolf, W.; Berckhauer, F.; Steinhilper, M.; Kube, E.; Steffen, W. (Hrsg.) (1990): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). Band I: Endgutachten und Zwischengutachten der Arbeitsgruppen, Berlin.
- Segelken, R.; Young, J. (2014): Elder-to-elder abuse is common in nursing homes. *Cornell Chronicle* 10.11.2014. Unter: <http://www.news.cornell.edu/print/21071>, Abruf 05.01.2016.
- Sethi, D.; Wood, S.; Mitis, F.; Bellis, M.; Penhale, B.; Iborra Marmolejo, I.; Lowenstein, A.; Manthorpe, G.; Ulvestad Kärki, F. (Hrsg.) (2011): European report on preventing elder maltreatment. Rom: World Health Organization.
- Shinan-Altman, S.; Cohen, M. (2009) Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. *The Gerontologist* 49(5) 674-684.
- Smith E.; Long N.M. (2011): Elder abuse. What works and does not work to prevent it? In: Ryan P; Coughlan BJ (Hrsg.): Ageing and older adult mental health: Issues and implications for practice. 2011; S. 159-175 xiii 277.
- Soares, J.J.F.; Barros, H.; Torres-Gonzales, F.; Ioannidi-Kapolou, E.; Lamura, G.; Lindert, J.; de Dios Luna, J.; Macassa, G.; Melchiorre, M.G.; Stankūnas, M. (2010): Abuse and Health Among Elderly in Europe (ABUEL). Kaunas. Unter: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:377016/FULLTEXT01.pdf>, Abruf 03.09.2015.

- Social Care Institute for Excellence – SCIE (2011): Assessment. Financial Crime against Vulnerable Adults. Great Britain. Unter: <http://www.cie.org.uk/publications/reports/report49.pdf>, Abruf 10.07.2015.
- Thoma, J.; Schacke, C.; Zank, S. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37 (5), 349-350.
- Teri L. et al. (2005): Training Community Consultants to Help Family Members Improve Dementia Care: A Randomized Controlled Trial. Gerontologist; 45(6): 802-811.
- Thieler, V.; Böh, W.: Tatort Erbschleicher. Eine Rechtsdokumentation über Erbschleicherei in Deutschland. Unter: <http://www.erbrechtsstiftung.de/index.php?id=965>, Abruf 07.07.2015.
- Uhl, A.; Gruber, Ch. (2004) Suchtprävention. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.) Sucht und Suchtbehandlung Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis, Wien.
- Uhl, A. (2005): Präventionsansätze und –theorien. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.28 2005,Nr. 3/4, S. 39-45.
- US Department of Labor; Womens`s Bureau: Latest Annual Data; Charts 9 und 21. Unter: http://www.dol.gov/wb/stats/latest_annual_data.htm#labor, Abruf 05.08.2015.
- Valentine, D.; Cash, T. (1986): A definitional discussion of elder maltreatment, in: Journal of Gerontological Social Work, 9 (1986) 3, S. 17-28.
- Vereinte Nationen (2002): Zweite Weltversammlung über das Altern. Madrid, 8.-12. April 2002. A/CONF.197/9 (auszugsweise Übersetzung). Unter: www.un.org/depts/german/conf/altern/ac197-9.pdf, Abruf 18.11.2015.
- Wang J.J (2006): Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. Arch Gerontol Geriatr 2006; 42: 307-18.
- Wang, X.M; Brisbin, S.; Loo, T.; Straus, S. (2015): Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention.Canadian Medical Association Journal (CMAJ), 2015 May 19; 187(8), S. 575-81.
- Weill Cornell Medical College (2014): Study Highlights Prevalence of Mistreatment Between Nursing Home Residents. Pressemitteilung, New York, 6.11.2014. Unter: <http://weill.cornell.edu/news/pr/2014/11/study-highlights-prevalence-of-mistreatment-between-nursing-home-residents-pillemer-lachs.html>, Abruf 05.01.2016.
- Wetzel, J. (2013): Altenheime in München. Zu wenig Pfleger, zu vielePsychopharmaka. Süddeutsche Zeitung vom 28.6.2013. Unter: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/altenheime-in-muenchen-zu-wenig-pfleger-zu-viele-psychopharmaka-1.1708622>, Abruf 21.01.2016.
- Wetzels P.; Greve W.; Mecklenburg E.; Bilsky W.; Pfeiffer C. (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd 105. Kohlhammer, Stuttgart.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- World Health Organization (2002): The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Genf: World Health Organization. Unter: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf, Abruf 18.01.2016.
- World Health Organization (2008): A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. Genf: World Health Organization. Unter: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43869/1/9789241563581_eng.pdf, Abruf 01.09.2015.

World Health Organization (2011): siehe Sethi et al. (2011).

World Health Organization (2014): Global Status Report on Violence Prevention. Genf: World Health Organization. Unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf, Abruf 18.01.2016.

World Health Organization (2014a): Elder abuse. Fact sheet N°357. Updated December 2014. Unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>, Abruf 04.09.2015.

Yin, R.K. (2009): Case Study Research. Design and Methods. 4th ed., California: Sage.

Zank, S.; Schacke C. (2007): Abschlussbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zank, S.; Schacke, C. (Hrsg.) (2013): Abschlussbericht Projekt Potentiale und Risiken In der familialen Pflege alter Menschen (PURFAM). Köln, Berlin: Universität zu Köln, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin. Unter: https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung_2015.pdf, Abruf 04.12.2015.

Zenz, G. (2007): Gewalt gegen alte Menschen. Daten, Fakten, Defizite. Wie der Schutz verbessert werden muss. Forschung Frankfurt, S. 111-114. Unter: <http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/36050536/111-114-zenz.pdf>; Abruf 25.02.2016.

Zenz, G. (2014): Grenzen der Pflegeberatung bei Gewalt in der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Übertragbare Strukturelemente aus Jugendhilfe und Familienrecht. Unter: http://msagd.r1p.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Pflegefachtagungen_2014/Grenzen_der_Pflegeberatung_bei_Gewalt_in_der_Versorgung.pdf, Abruf 02.09.2015.

Zenz, G. (2014): Gewaltschutz im Altern. Ethik und Recht vor neuen Herausforderungen. In Götz et al. (Hrsg.) Familie-Recht Ethik. Festschrift für Gerd Brudermüller zum 65. Geburtstag. Beck Verlag München. S. 953-962.

Zenz, G. (2014): Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen in häuslicher Pflege. Zum Gesetzgebungsbedarf im Familien- und Sozialrecht. In: Gartner, Th. et al: Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung: 3. Auflage, Berlin. S. 453-462.

8 Weitere Internetressourcen

Ergebnisse des Projekts Gewaltfreie Pflege:

Die Ergebnisse des Projektes Gewaltfreie Pflege und der Abschlussbericht sind nach Veröffentlichung über die Homepage des MDS verfügbar: <http://www.mds-ev.de/>, Suchwort: Gewaltfreie Pflege. Stand Ende 2015: <http://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/gewaltfreie-pflege>.

Webseiten, auf die im Rahmen des Berichts hingewiesen wird:

Aus kritischen Ereignissen lernen. Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege,
Schlagwort: Gewalt,
<https://www.kritische-ereignisse.de/suche.html?q=gewalt>,
Abruf 29.01.2016.

Bonner Schriftenreihe Gewalt im Alter – Gesamtverzeichnis,
http://www.hsm-bonn.de/Verzeichnis_Gewalt_im_Alter.pdf,
Abruf 02.09.2015.

Befund: Gewalt. Online-Hilfe für das Erkennen und die gerichtsverwertbare Dokumentation von (körperlichen) Folgen von Gewalt,
<http://befund-gewalt.de>,
Abruf 06.05.2015.

European Charter of the Rights and Responsibilities of Older People in Need of Long-Term Care and Assistance,
http://www.age-platform.eu/images/stories/Final_European_Charter.pdf,
Abruf 07.12.2015.

Leitlinie Freiheitsentziehende Maßnahmen,
<http://www.leitlinie-fem.de>,
Abruf 30.11.2015

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS),
<http://www.mds-ev.de/>,
<https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/gewaltfreie-pflege.html>,
<http://www.mds-ev.de/presse-aktuelles/presse-detail/welttag-gegen-misshandlung-aelterer-menschen-15-juni-mds-vorbeugung-kann-vor-gewalt-in-der-pfleg.html>
Abruf jeweils 29.01.2016.

Projekt Breaking the Taboo,
Violence against older women within the family – recognizing and acting,
<http://www.btt-project.eu>,
Abruf 06.05.2015.

Projekt Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege. Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz von Heim-/Pflegeleitungen und Heimaufsichten.
<http://www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/Alge/005-GW03-002.pdf>,
Abruf 29.01.2016.

Projekt LEANDER,
Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten,
<http://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>,
Abruf 18.01.2016.

Projekt MILCEA,
Monitoring in Long-Term Care Pilot Projekt on Elder Abuse,
<http://www.milcea.eu>,
Abruf 18.11.2015.

Projekt PURFAM,
Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen,
<http://www.hf.uni-koeln.de/34652>,
<http://www.khsb-berlin.de/forschung/projekte/2006-bis-2009/purfam>,
<https://www.hf.uni-koeln.de/35748>,
Abruf jeweils 18.11.2015,
<http://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM-Assessment-1.pdf>,
Abruf 06.05.2015.

Projekt SAFER CARE,
Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden,
<http://www.hs-fulda.de/index.php?id=9935>,
Abruf 18.11.2015.
https://www.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/PDF/Forschungsprojekte/InterpersGewalt/SaferCare/pgpapers_2014_01_Grundel_et_al.pdf,
Abruf 06.05.2015.

Projekt SiliA,
Aktionsprogramm "Sicher leben im Alter",
http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia_abschluss.php,
http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A6_Kap.3.2_Schulungshandreichung_Pflyegedienste.pdf,
Abruf jeweils 06.05.2015.

Projekt VERA,
Menschenwürde und Persönlichkeitsrechte bei Versorgungsabhängigkeit im Alter - Rechtsschutzdefizite und Rechtsschutzpotentiale in der familialen Pflege,
www.uni-frankfurt.de/53969239/VERA,
Abruf 26.01.2016.

REDUFIX,
Projekt und Schulungsmaßnahme zur Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen in der Altenpflege,
<http://www.redufix.de>,
Abruf 30.11.2015

UN-Behindertenrechtskonvention, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile. Abruf 2.12.2015.

Von Hirschberg, K.R.; Kähler, B. (2009): Gewalt und Aggression in der Pflege - ein Kurzüberblick -. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW. Unter:
https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_forschung/EP-PUGA-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzueberblick_Download.pdf,
Abruf 06.05.2015.

Werdenfelser Weg,
<http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939>,
<http://werdenfelser-weg-original.de>,
Abruf jeweils 30.11.2015

Zentrum für Qualität in der Pflege: Gewaltprävention in der Pflege,
<http://www.pflege-gewalt.de>,
Abruf 30.11.2015

9 Anhang I: Exkurse

9.1 Diskussion des Gewaltbegriffs

Zur Klärung des Begriffs ‚*Elder abuse*‘ oder ‚Gewalt gegen ältere Menschen‘, werden die folgenden Ausführungen herangezogen: Görgen et al. weisen darauf hin, dass „der Terminus »Gewalt gegen alte Menschen« mittlerweile oft (und leider meist in dieser Bedeutung nicht offen gelegt) als Synonym für »Misshandlung und Vernachlässigung älterer pflegebedürftiger Menschen« gebraucht“ werde. Sie plädieren für die Verwendung der letzteren Variante²³⁹. Eine Schwierigkeit – auch im Hinblick auf die Nutzung von Prävalenzdaten – ergibt sich hier jedoch aus dem Umstand, dass die Bevölkerungsgruppe pflegebedürftiger älterer Menschen nicht mit der Gruppe älterer Menschen übereinstimmt, sondern eine Teilmenge derselben bildet. Wissenschaftliche Untersuchungen lassen diesen Sachverhalt jedoch häufig außer Acht.

Der zweite Einwand betrifft den ‚Gewalt‘-Begriff. Schon der Begriff ‚*elder abuse*‘ ist eine Verkürzung der geläufigen Kombination von ‚*elder abuse and neglect*‘. Görgen et al. knüpfen hier mit der Begrifflichkeit ‚Misshandlung und Vernachlässigung‘ an²⁴⁰. Sie argumentieren:

„Ein sehr weiter Gewaltbegriff, wie er in der deutschen Diskussion derzeit dominiert, bietet mannigfaltige Skandalisierungspotenziale ... und umfasst per definitionem einen sehr weiten und in sich heterogenen Phänomenbereich. Der Begriff bedarf daher in der Diskussion der Erläuterung und Differenzierung. Sicherlich müssen begriffliche Fassungen eines gesellschaftlichen Problems relativ kurz sein, sollen sie sich in der Öffentlichkeit durchsetzen. Ob man jedoch an Klarheit gewönne, wenn man den Begriff „Gewalt gegen ältere Menschen“ durch das Begriffspaar „Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen“ ersetzte, bliebe fraglich.

Die präzisere Wortwahl erscheint aber weniger anschlussfähig an den deutschsprachigen Diskurs. Hier wurde in den vergangenen Jahrzehnten mit der Thematik Gewalt gegen Frauen, insbesondere der häuslichen Gewalt im Sinne von Partnergewalt und sexueller Gewalt, aber auch mit der Gewalt an Schulen und (seltener) der Gewalt am Arbeitsplatz die Grundlagen für eine öffentliche Problematisierung unrechtmäßiger und unerwünschter Handlungen gelegt. Die Begriffe „Gewalt gegen Ältere“ und „Gewalt in der Pflege“ knüpfen an diesen Diskurs an und stellen die Misshandlung, Vernachlässigung und Ausnutzung Älterer damit auf eine Ebene mit diesen gesellschaftlichen Problemen. Mit dem Gewaltbegriff wird somit auf das höhere ‚Skandalisierungspotential‘²⁴¹ gesetzt.

Arthur Kreuzer fordert hingegen, zu differenzieren:

„Wenn man die Thematik erörtert, ist der allgemein gebrauchte Begriff der Gewalt in Frage zu stellen. Er ist „zur Skandalisierung gesellschaftlicher Sachverhalte wie kein anderer geeignet“ [Görgen/Greve 2005]. Er weckt medial gut vermittelbar Betroffenheit und Problembewusstsein. Aber Wirkungen sind ambivalent. Präventiv erscheint er ungeeignet. Das haben wir in der Evaluation eines Modellprojekts zur Prävention von Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum und dabei namentlich bei der Einführung eines Krisen- und Beratungstelefons für Gewalt im Al-

²³⁹ Görgen et al. (2010), S. 25

²⁴⁰ Görgen et al. (2002), S. 443f, Görgen et al. (2006), S. 58f

²⁴¹ Görgen et al. (2002), S. 36

ter festgestellt. Er ist geeignet, einerseits bei engem Begriffsverständnis das weite Feld von Vernachlässigung und Misshandlung zu verkürzen auf strafrechtlich Relevantes, andererseits bei weitem Verständnis Pflegenden ins Zwielficht zu bringen und zu entmutigen sowie das Ausmaß tatsächlicher und strafrechtlich als solche begreifbarer Gewalt weit zu überzeichnen und zu dramatisieren. Damit trägt er dazu bei, unnötig Ängste vor der Pflege im Alter zu wecken und Hilfestellen nicht in Anspruch zu nehmen, weil Hilfsanlässe mit Gewalt konnotiert werden, obwohl es ganz überwiegend um sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung geht.

Deswegen sollte die Begrifflichkeit bereichsspezifisch möglichst treffsicher gewählt werden. Das bedeutet, den Gewaltbegriff zu verwenden in einer engen Definition, wenn es um Strafgesetzes- und Rechtsprechungskontexte geht. In sozialarbeiterischen und pflegeberuflichen, auch in kriminologischen Kontexten ist die weite Begrifflichkeit von Vernachlässigung und Misshandlung („*abuse and neglect of the elderly*“) vorzuziehen. Bedingt durch die Weite zu erfassender Verhaltensweisen und durch bereichsspezifisch und professionsbezogen unterschiedliche Sichtweisen und Bedürfnisse wird es aber nicht zu einer schärferen und dennoch allgemeingültigen Begriffsbestimmung kommen können“²⁴².

Im Deutschen hat der Begriff „Gewalt“ zwar auch eine negative, mitunter stigmatisierende und diskriminierende, auch skandalisierende Konnotation. Deshalb aber - gerade unter Präventionsaspekten - auf den Begriff „Gewalt“ zu verzichten, um mögliche Adressaten nicht abzuschrecken, halten wir für nicht zielführend. Den behaupteten Nachweis der Entmutigung pflegender Angehöriger durch die Verwendung des „Gewalt“-Begriffs konnten wir nicht finden.

Die interpersonelle Beziehung zwischen Gepflegtem und Pflegendem ist – insbesondere bei länger andauernden Pflegesituationen - nicht völlig konfliktfrei; auch professionell Pflegenden gelingt es nicht immer, ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu wahren. Dabei ist es individuell unterschiedlich, aus welchem Grund und wie häufig Konflikte entstehen, wie sie verlaufen (offen oder verdeckt), ob sie von den Beteiligten gleichermaßen wahrgenommen und ob sie thematisiert und gelöst werden (können). Konflikte in Pflegebeziehungen müssen nicht in Gewalt münden; sie können. Gewalt kann dabei sowohl von der hilfebedürftigen wie auch von der pflegenden Person ausgehen. Gewaltgeprägte Pflegebeziehungen zeichnen sich oft dadurch aus, dass die Rolle von Täter und Opfer stetig wechselt. Die Beziehungen zwischen pflegenden Angehörigen und hilfebedürftigem älteren Menschen sind in der Regel über Jahre gewachsen. Die Wechselwirkungen des gegenseitigen Austausches sind nicht immer von Reziprozität getragen, so kann auf Seiten des Pflegenden ein von Asymmetrie geprägtes Machtverhältnis zum Gepflegten entstehen. Die Übernahme der Pflege durch Angehörige erfolgt oft unvorbereitet. Für Pflegenden wie Gepflegte stellen sich der zunehmende Hilfebedarf und die Notwendigkeit von häuslicher Pflege als eine kritische Situation dar, die sich meist über einen längeren Zeitraum entwickelt hat. Pflegenden Angehörigen sind körperlichen, psychischen und finanziellen Belastungen ausgesetzt, nicht selten sind sie mit eigenen sozialen Einschränkungen konfrontiert.

Nach Heitmeyer/Hagan ist die Thematisierung von Gewalt mit einigen „Fallen“ verbunden:²⁴³

- Umdeutungsfalle: Gewalt wird ausschließlich psychologisierend thematisiert, in dem personalisiert, generell pathologisiert oder biologisiert wird, so dass z. B. moralische, gesellschaftliche, politisch gesetzte Aspekte keine Berücksichtigung finden (müssen).

²⁴² Kreuzer (2014), S. 443f

²⁴³ Vgl. Heitmeyer et al. (2002), S. 21

- Skandalisierungsfalle: spektakuläres Vokabular soll bessern und schneller zu öffentlichem Gehör verhelfen.
- Inflationsfalle: die Ausdehnung des Gewaltbegriffs insinuiert, dass es gewaltarme oder – freie Bereiche kaum noch gibt.
- Moralisierungsfalle: Betroffenheitsdiskurse führen vielfach zu „schwarz-weiß-Denken“, mit simplifizierender Opfer-Täter und „Gut“ und „Böse“ Zuordnung.
- Normalitätsfalle: gewalttätige Handlungen werden als natürlich, unvermeidbar und „normal“ begriffen und damit bagatellisiert und verharmlost.
- Reduktionsfalle: Gewalt wird auf vereinfachende Erklärungen und Kausalitätszuschreibungen auf persönliche Eigenschaften einer Person reduziert.

Mögliche Ursachen für das Entstehen von Gewalt in einer Pflegebeziehung sind vielfältig. Als wesentlich gelten hier Faktoren, die sich auch wechselseitig beeinflussen können:

- Be- und Überlastung durch die häuslichen Pflege (z. B. physische und psychische Überforderung, „36-Stunden-Pflege“), Scham vor der Inanspruchnahme fremder Hilfen, unzureichende Hilfsangebote),
- Probleme in der Pflegebeziehung (z. B. Konflikte bereits vor Eintreten der Erkrankung, rigide Interaktionsmuster, veränderte Beziehungs- und Rollenwahrnehmung, Wesensveränderung des zu Pflegenden, Aggressivität und Gewalt seitens des zu Pflegenden; keine Dankbarkeit, nur Unzufriedenheit),
- Persönlichkeitsmerkmale von "Opfer" und "Täter" (z. B. psychische Störungen und Verhaltensstörungen des Kranken, "Helfersyndrom" des Angehörigen; Suchtprobleme),
- Soziale Unterstützung und allgemeine Lebensbedingungen (z. B. finanzielle Probleme, enge Räumlichkeiten, wenig professionelle Hilfsangebote, unzureichende Anleitung und Unterstützung); Aufgabe der Berufstätigkeit, von Hobbies, Verlust sozialer Beziehungen bis hin zur Isolation.

Keiner der genannten Faktoren ist monokausal verantwortlich für die Entstehung von Gewalt in der Pflegebeziehung. Ihr Zusammenwirken erhöht jedoch das Risiko, sodass die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zur Stabilisierung gegeben sein kann. Nur so kann einer Eskalation vorhandener Probleme in der Betreuung vorgebeugt werden.²⁴⁴

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in der Diskussion um „Gewalt gegen Ältere“ ein weiter Gewaltbegriff vorherrscht, welcher körperliche und seelische Formen der Misshandlung sowie pflegerische Vernachlässigung, oft auch psychosoziale Formen der Vernachlässigung und schließlich Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber älteren Menschen einbezieht. In den Vereinigten Staaten umfasst das Begriffspaar „elder abuse and neglect“ darüber hinaus die Kategorie der Selbst-Vernachlässigung älterer Menschen, Schädigungen also, die ohne Einwirkung Dritter zu Stande kommen.

²⁴⁴ Vgl. Hirsch (2002a) in Alzheimer-Info 02/2002

9.2 Die finanzielle Ausbeutung alter und pflegebedürftiger Menschen - Kein Thema - kein Problem?

Zur Relevanz von finanzieller Ausbeutung alter und pflegebedürftiger Menschen

Länder, die bereits auf eine längere Tradition in der Auseinandersetzung mit Gewalt gegen alte Menschen zurückblicken, messen der finanziellen Ausbeutung einen hohen praktischen Stellenwert zu. Die Prävalenz der finanziellen Ausbeutung rangiert in der Gewaltstudie aus South Carolina (2012) mit 6,1% von den Häufigkeiten vor der Vernachlässigung (5,4%), der psychischen Gewalt (5,1%), der körperlichen Gewalt (1,8%) und der sexuellen Übergriffe (0,3%).²⁴⁵

South Carolina (2012)	Justizministerium USA (2008)
Vernachlässigung: 5,4%	5,1%
Psychische Gewalt: 5,1%	4,6%
Körperliche Gewalt: 1,8%	1,6%
Sexuelle Übergriffe: 0,3%	0,6%
Finanzielle Ausbeutung: 6,1%	5,2% durch Familienmitglieder

Finanzielle Ausbeutung ereignet sich in den USA in 98 % aller Beziehungen, in denen Gewalt vorkommt, sei es in Form der Verweigerung des Zugangs zu Geld, sei es, dass das Vermögen geplündert wird.²⁴⁶ Das Vorliegen von finanzieller Ausbeutung alter und pflegebedürftiger Menschen kann demnach als Indikator für andere Formen von Gewalt gelten.

In der repräsentativen Studie des Justizministeriums der USA²⁴⁷ aus 2008 hat man in einer stratifizierten und randomisierten Untersuchung die Prävalenz von Gewalt bei Personen im Alter von 60+ (8.777 alte Menschen und 813 Proxys) über ein Jahr untersucht. Mehr als einer von 10 Befragten gab an, in den vergangenen 12 Monaten Gewalt erfahren zu haben. Diese Einjahresprävalenz belegte: 4,6% seelische und psychische Gewalt, 1,6% körperliche Gewalt, 0,6% sexuellen Missbrauch, 5,1% potentielle Vernachlässigung und 5,2% laufende finanzielle Ausbeutung durch Familienmitglieder.

Die Prävalenz von Gewalt und Vernachlässigung lag bei der nationalen Prävalenzstudie zu Gewalt und Vernachlässigung aus 2012 in Irland²⁴⁸ relativ niedrig bei 2,2% bezogen auf die vorausgegangenen 12 Monate. Dabei lag die finanzielle Ausbeutung mit 1,3% vor der psychologischen (1,2%); die körperliche Gewalt lag bei 0,5%, die Vernachlässigung bei 0,3% und die sexuelle Misshandlung bei 0,05%.

²⁴⁵ Amstadter et al (2011)

²⁴⁶ Chen (2011)

²⁴⁷ Acierno et al. (2009)

²⁴⁸ Naughton et al. (2012), <http://ageing.oxfordjournals.org/search?author1=Jonathan+Drennan&sort-spec=date&submit=Submit>

Bei der univariaten Analyse zeigte sich, dass niederes Einkommen, körperliche Gebrechen, seelische Erkrankungen und mangelhafte soziale Unterstützung verbunden sind mit einem höheren Risiko, Opfer von Gewalt zu werden. Wobei die beiden letztgenannten Prädiktoren am stärksten sind. Täter waren zur Hälfte die erwachsenen Kinder (50%); die zu 50% arbeitslos waren und zu 20% Suchtprobleme aufwiesen.

Zahlen aus Deutschland liegen nicht vor; es gibt keine repräsentative Prävalenzstudie.

Eine hierzulande noch nicht beachtete Entwicklung wird in den USA auch im Kontext mit finanzieller Ausbeutung problematisiert: ein sehr hoher Anteil an Frauen ist berufstätig (57% waren es 2014, wovon 74,2% eine Vollzeitstelle hatten²⁴⁹). Diese Frauen sind nicht die häuslich Pflegenden in der Pflege der Elterngeneration und haben auch nicht mehr den ganzen Überblick über die Pflegesituation, vor allem dann, wenn sie weit weg vom Pflegehaushalt wohnen. In den USA gibt es 2002 bereits 3,3 Millionen sog. Longdistance Caregivers (mehr als 6,6 Millionen werden es 2017 sein)²⁵⁰. Darin wird ein Risiko für vermehrte finanzielle Ausbeutung der Pflegebedürftigen gesehen, die in solchen Settings mit fremden, meist schlecht bezahltem Personal versorgt werden.

Die Parallelität zu deutschen Verhältnissen liegt nahe: das arbeitsrechtliche Gebot zur Flexibilität und Mobilität der Arbeitnehmer hat die Generationen in den Familien vielfach räumlich getrennt, so dass auch hier die bereits in den USA beobachtete Pflege der Elterngeneration nicht mehr von den Töchtern, Söhnen etc. wahrgenommen werden kann. Prävalenzzahlen zu diesen Konstellationen, in denen dann oft osteuropäische Haushaltshilfen im Haus des Pflegebedürftigen wohnen, liegen auch hier für Deutschland nicht vor; Schätzungen gehen von einer Anzahl von 100.000 Haushaltshilfen aus, die in Deutschland tätig sind²⁵¹. Dasselbe gilt für Italien, in denen ähnliche Situationen mit im Haus wohnenden, oft ausländischen Hilfen bestehen (sog. badanti). Die grundsätzlich damit assoziierten Risiken der finanziellen Ausbeutung werden grundsätzlich nicht anders eingeschätzt als sie aus den USA bekannt sind.

Formen der finanziellen Ausbeutung

In der No Secrets-Definition²⁵² aus England heißt es zu finanzieller Ausbeutung, oder dem synonym verwendeten Begriff des finanzielles Missbrauchs: Finanzieller oder materieller Missbrauch umfasst Diebstahl, Betrug, Ausbeutung, das unter Drucksetzen in Bezug auf Willenserklärungen, das Eigentum oder Erbe oder in Bezug auf finanzielle Transaktionen oder den Missbrauch oder die Unterschlagung oder Veruntreuung von Eigentum, Besitztümern oder Unterstützungsleistungen. Seit 2005 werden im Vereinigten Königreich in den Mental Capacity Act unter Verstößen im Kontext mit finanziellem Missbrauch gelistet:

- Diebstahl
- Betrug
- Betrug unter Ausnutzung einer (Vertrauens-) Stellung

²⁴⁹ US Department of Labor; Women's Bureau

²⁵⁰ Delaney (2002)

²⁵¹ Neuhaus et al. (2009)

²⁵² Department of Health (2000)

- Betrug durch Verschleierung von Informationen
- Betrug durch Vorspiegelung falscher Tatsachen
- Erpressung
- Fälschung
- Misshandlung oder Vernachlässigung

In einer neueren amerikanischen Studie²⁵³ zu financial exploitation haben 16 Experten 6 Clusters gebildet und eine Priorisierung nach deren Bedeutung im Alltag alter Menschen vorgenommen:

1. Diebstahl und Betrug
2. Nötigung und Zwang
3. Finanzielle Opferwerdung
4. Hinweise auf möglichen finanziellen Missbrauch
5. Finanzielle Ansprüche
6. Schwierigkeiten bei der Geldverwaltung

Die unten stehende Kreuztabelle bildet das Modell von Conrads et al. ab, das die Dimensionen von finanzieller Ausbeutung priorisieren und messen soll und zudem Handlungsempfehlungen für das mit dieser Thematik beschäftigte Personal formuliert.

²⁵³ Conrad et al. (2011)

Messmodel zum Thema **Finanzielle Ausbeutung alter Menschen**

Art der finanziellen Ausbeutung	Zustand des alten Menschen	Link zu früheren Modellen	Evaluation durch das Personal oder andere Personen
Der größte Schweregrad der Indikatoren steht oben			
Diebstahl und Betrug, z.B. am Geldautomat; Unterschlagung von Geld; Taten im Kontext von Eigentumsübertragung; überhöhte Entgeltverlangen für Dienstleistungen,	entspricht den Standards für Betrug und Diebstahl mit oder ohne Vulnerabilität; führen zu lebensverändernden oder lebensbedrohlichen Bedingungen	vertrauensbasierte Beziehung: kann, muss aber nicht bestehen	Schwere finanzielle Ausbeutung erfordert Intervention einschließlich der Untersuchung und rechtlichen Verfolgung
Finanzielle Opferwerdung; Vertrauensmissbrauch über Tricks, Lügen, nicht eingehaltene Versprechen	Ernste mentale, körperliche oder umgebungsbezogene Konsequenzen	Nicht beachtete Wirkung auf andere: Opfer, Familie, öffentliches Sozialsystem	Schwere finanzielle Ausbeutung erfordert Untersuchung und rechtliche Verfolgung; erhält soziale Dienstleistungen
Finanzielle Ansprüche: das Geld der alten Menschen für sich selbst verwenden; die Weigerung ihnen ihre Anteile auszuzahlen	schädliche mentale, körperliche oder umgebungsbezogene Konsequenzen	Stellenwert der Ungleichheit: Entzug oder willentliche Vernachlässigung der Interessen des alten Menschen	Chronische finanzielle Ausbeutung, erfordert Intervention, z.B. einstweilige Verfügung, Betreuer, Pfleger
Nötigungen und Zwang: Ausnutzen, Druck ausüben,	finanzielle Ausbeutung führt zu einem schlechteren Lebensstil, aber das Verständnis der alten Leute ist ggf. unklar	Machtkampf: unzulässige Beeinflussung, Heimlichtuerei, Täuschung; Zwang	Finanzielle Ausbeutung: unbezahlte Rechnungen, nicht sichergestellte Versorgung, Aufsicht, Fortbildung

Hinweise auf möglichen finanziellen Missbrauch: finanzielle Abhängigkeit; vermischtes Geld und Vermögen	Einwilligung mag vorliegen, aber möglicherweise unzulässige Beeinflussung; kein substantieller Einfluss auf den Lebensstil	Das Fehlen von offener Überprüfung der Geldprozesse und Beziehung des alten Menschen zum vermeintlichen Ausbeuter	Vermutete finanzielle Ausbeutung. Untersuchen: wer profitiert? Hat ein qualifizierter Experte untersucht? Waren die Transaktionen ethisch vertretbar? Schulung und Aufsichtigung?
Risikofaktor alter Mensch wie Schwierigkeiten bei der Geldverwaltung; Vertrauensperson macht die Vermögensverwaltung der alten Person	Risiko von finanzieller Ausbeutung (von hoch bis niedrig)	Vulnerabilität	Primärprävention und Kapazitätsbewertung: Was versteht der alte Mensch? Gibt es eine angemessene Planung? Ist Rechtsberatung notwendig?
Der geringste Schweregrad der Indikatoren steht unten			

Der Wille alter und pflegebedürftiger Personen – unangemessene oder ungehörige Beeinflussung (undue influence)

Das Anwachsen der Zahl von Menschen im hohen Lebensalter korreliert mit der Zunahme krankheitsbedingter kognitiver Störungen. Parallel dazu gibt es eine wachsende Zahl von alten Menschen, die einigen Wohlstand erworben haben. Beide Umstände zusammengekommen machen alte Menschen vulnerabel für unzulässige, ungehörige bzw. unangemessene Beeinflussung (undue influence). Bei diesem in einigen Commonwealth-Staaten, den USA, Israel und anderen Ländern bestehenden Rechtskonstrukt wird eine Situation zu Grunde gelegt, in der eine Person den freien Willen einer anderen Person durch die Ausnutzung seiner (Beziehungs-) Position und Autorität über die andere Person so beeinflusst, dass diese andere Person sich gezwungen sieht, einer Vereinbarung zuzustimmen. Die hauptsächlichen Stellgrößen dabei sind moralischer und psychischer Druck, der möglich wird in einer Beziehung, die geprägt ist von Machtgefälle und unterschiedlich verteilter Willensstärke.

Dabei ist vielfach die (nachträglich zu treffende) Abgrenzung schwierig: die Frage, ob es finanzielle Ausbeutung war oder ob der alte Mensch willentlich und bewusst eine schlechte finanzielle Entscheidung getroffen hat.

Zur Vornahme dieser komplizierten Abgrenzung sind verschiedene Tests und rechtliche Standards entwickelt worden, um den Nachweis von „undue influence“ führen zu können.

In einem ersten Schritt wird undue influence abgegrenzt vom Tatbestand der Nötigung:

Nötigung	Unangemessene Beeinflussung (undue influence)
Das Einverständnis durch den Geber wird durch Androhung von Gewalt oder eines empfindlichen Übels herbeigeführt	Das Einverständnis wird durch die Dominierung des Willens des Gebers herbeigeführt
ist hauptsächlich physischer aber auch psychischer Druck	ist moralische Macht- und psychische Druckausübung
Hat erklärtermaßen Gewaltgepräge	Ist eher subtil, raffiniert und schwer greifbar
Adressat ist nicht nur der Geber, sondern auch seine Verwandte und Freunde und andere Personen	Adressat ist gezielt der Geber

Peisah et al. stellen die Ergebnisse einer in Australien eingerichteten TASK-Force zur Beschreibung klinischer Kriterien dar für unzulässige Beeinflussung v. a. in Bezug auf letztwillige Verfügungen²⁵⁴. Dabei wurden auch Risikofaktoren für die Vulnerabilität im Hinblick auf diese unangemessene Beeinflussung formuliert. Ärztlichen Gutachter soll damit eine Entscheidungshilfe an die Hand gegeben werden, damit sie dem Betreuungsgericht z. B. Hinweise geben können, wenn bei einer Person eine Gefährdungslage für „undue influence“ (unangemessene Beeinflussung) vorliegt. Das Vorliegen einer oder mehrerer dieser Risikofaktoren stellen für die Gutachter „Rote Flaggen“ für akute Risiken für Gefahrenlagen dar.

²⁵⁴ Peisah et al. (2009)

„Roten Flaggen“ für unangemessene Beeinflussung sind für die australische Task-Force:

Risikofaktoren in der Beziehung

- Eine Person in einer Vertrauensposition oder eine Person von welcher der Testierer abhängig ist in Bezug auf seine körperlichen oder emotionalen Bedürfnisse

Risikofaktoren im Sozialen Umfeld

- Isolierung oder Absonderung der Person
- Veränderungen in familiären Beziehungen oder in der Familiendynamik
- Kürzlich eingetretener schmerzlicher Verlust z. B. des Partners
- Familienstreitigkeiten

Risikofaktoren im psychischen und physischen Bereich

- Körperbehinderung
- Unspezifische psychologische Faktoren wie z. B. letzter Wille am Sterbebett; sexuelles Verfügungsobjekt, schwere Erkrankung mit Abhängigkeit und Abbauerscheinungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Suchtmittel
- Seelische Krankheiten wie Demenz, Delir, Stimmungs- und paranoide Schwankungen

Rechtliche Risikofaktoren

- Der Nutznießer führt die Willensäußerung herbei oder regt sie aktiv an
- Die Willenserklärung enthält unübliche Bestimmungen
- Der Inhalt bevorteilt den Nutznießer
- Der Inhalt steht in Widerspruch zu vorangegangenen Willensbekundungen
- Zur selben Zeit wurden auch andere Dokumente abgeändert

Rechtliche Standards zur Prüfung von undue influence (USA und Israel)

Unangemessene Beeinflussung setzt Testierfähigkeit voraus. Zur Prüfung von unangemessener Beeinflussung haben Gerichte in den USA und in einigen Commonwealth-Staaten sowie in Israel Tests und rechtliche Standards entwickelt in denen, unterschiedlich kombiniert, diese Komponenten als Kriterien beschrieben sind, die gerichtlich bestellten Gutachtern an die Hand gegeben werden:

1. Eine Vertrauensbeziehung, die für die Einfluss nehmende Person die Möglichkeit schafft, die Testamenterrichtung zu beeinflussen
2. Eine Vulnerabilität oder Anfälligkeit des Erblasser bezüglich unzulässiger Beeinflussung
3. Ein Hang oder Bereitschaft des Tatverdächtigen, Einfluss nehmen zu wollen
4. Der Einfluss ist unangemessen und ungebührlich
5. Die Einfluss nehmende Person hat die Beziehung genutzt um eine Testamentsänderung herbeizuführen, die ohne ihre unangemessenen Einflussnahme nicht stattgefunden hätte
6. verdächtige Umstände um die Willensbildung²⁵⁵

²⁵⁵ <http://e-lawresources.co.uk/Undue-Influence.php> mit Links zu weiteren Gerichtsentscheidungen; zuletzt am 7.7.2015

Gerichte in Israel legen 4 Kriterien an die unangemessene Beeinflussung an:

1. Prüfung der Unabhängigkeit zum Zeitpunkt der Abgabe der Willenserklärung: Feststellung in welchem Ausmaß der Testierer körperlich und vor allem psychisch unabhängig war
 - a) Physische Faktoren beim Testierer sind:
 - Behinderungen oder Einschränkungen beim Sehen, Hören,
 - in der Mobilität,
 - eingegrenzte oder beeinträchtigte Kommunikation
 - b) Psychische Faktoren beim Testierer sind:
 - Einsamkeit
 - Heiratsversprechen
 - Zeitdruck am Sterbebett
 - sterbenskranke Menschen unter Medikamenteneinfluss
 - pflegebedürftige Menschen in Abhängigkeit
 - die Angst verlassen und alleine gelassen zu werden
 - der Kummer und die Trauer um den Verlust einer tiefen Beziehung
 - Persönlichkeitsstörungen oft im Zusammenhang mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch sowie
 - eine ganze Reihe psychiatrischer Krankheitsbilder machen Menschen anfällig für unangemessene Beeinflussung.
2. Prüfung der Hilfe: die Feststellung, in welchem Ausmaß der Nutznießer dem Testierer geholfen hat.
3. Die Prüfung der Beziehung: die Feststellung der Art und Intensität der Beziehung. Bei der Überprüfung der Beziehungen wird ein Vergleich der Beziehungen, die der Testierer zu anderen Menschen hatte und der Beziehung, die er zum tatverdächtigen Nutznießer hatte, vorgenommen.
4. Die Prüfung der Umstände, unter denen die Willenserklärung vollzogen wurde.²⁵⁶

Bei der Prüfung der Vulnerabilität einer Person in Bezug auf unangemessene Beeinflussung sind die Gutachter gehalten, die verschiedenen Risikofaktoren zu prüfen, die alte und pflegebedürftige Menschen für derartige Einflussnahmen empfänglich machen. Die Wahrscheinlichkeit, dass unangemessene Beeinflussung stattfindet, ist umso höher beim Vorliegen folgender Situationen:

- Es liegt eine besondere Beziehung vor, in welcher der Testierer sich auf die andere Person verlässt oder ihr erhebliches Vertrauen entgegenbringt.
- Es liegt eine besondere Form der Isolierung vor, ob auf Grund körperlicher Einschränkungen oder wegen Kommunikationsstörungen, die den freien Informationsfluss einschränkt und es erlaubt, die Wahrheit auf subtile Art und Weise zu verzeichnen oder zu verfälschen.
- Es liegt eine Verletzlichkeit vor, die es erlaubt, Einfluss nehmen zu können durch die geistige Verfassung oder besondere emotionale Umstände (z. B. den Entzug von Zuneigung oder die Überredung auf Grundlage sozialer, kultureller oder religiöser Konvention oder Verpflichtung).

²⁵⁶ S. Shoet (2001) zitiert in C. Peishah a.a.O.

Die Einflussfaktoren können nach Peisah et al. subtil, hinterlistig und machtvoll sein; und manchmal reiche auch nur geringer Druck, um das erwünschte Ergebnis zu erzielen.

Erberschleichung als Form des Betrugs nach § 263 StGB

Undue influence fokussiert das Verhalten der beeinflussenden Person nicht nur auf die im deutschen Strafrecht als Ausprägung des Betruges nach § 263 StGB gängige Formulierung der Erberschleichung. Parallelen zwischen undue influence und Erberschleichung sind unvermeidlich, weil letztere in den anderen Staaten eine häufige Erscheinungsform von undue influence darstellt. Die Erberschleichungssituationen sind nach Thieler und Böh²⁵⁷ (die folgenden Ausführungen gehen weitgehend auf die Autoren zurück) geprägt von der:

1. Ausnutzung der Willensschwäche,
2. Ausnutzung einer Krankheit,
3. Ausnutzung einer psychischen Abhängigkeit,
4. Ausnutzung von Drucksituationen,
5. Ausnutzung einer Hilflosigkeit und
6. ähnlichen Umständen (beispielsweise falsche Versprechen).

Ein unredliches Verhalten des Begünstigten ist der Erberschleichung vorausgesetzt.

Im Umkehrschluss wird nicht von Erberschleichung auszugehen sein, wenn die Begünstigung

1. aus Motivation der Lauterkeit,
2. aus Verärgerung über Dritte oder Angehörige,
3. als Dank für langjährige Freundschaft oder
4. als Dank für eine Pflege

erfolgt ist.

Auch nach Thieler und Böh zeigt sich die besondere Vulnerabilität älterer Menschen für Erberschleichung v. a. wegen ihrer sozialen Vereinsamung. Ältere Menschen ohne regelmäßige Sozialkontakte und Ansprechpartner stellen einen die Tat erleichternden Umstand für den Erberschleichenden dar, sein Vorhaben zu realisieren; der Täter braucht keinen alternativen Ansprechpartner zu fürchten. Die Einsamkeit im Alter in Verbindung mit einer im anglo-amerikanischen Sprachraum mit „Ageism“ beschriebenen Altersdiskriminierung gilt als wichtige Ursache im Bereich der Erberschleichung; Alter und ältere Menschen werden oft assoziiert mit negativ besetzten Zuschreibungen wie stur, inflexibel, eigensinnig, einsam, krank und hilfebedürftig.

„Einsamkeit entsteht also durch die Koppelung des Alleinseins mit dem Gefühl des unzureichenden privaten Austauschs mit anderen oder einem empfundenen Mangel oder Verlust an sozialen Quellen emotionaler Bindung, Wärme und Trost. So kann ein Mensch sich einsam fühlen, obwohl er in ein soziales Netz eingebunden ist. Im Mittelpunkt steht also nicht die Verfügbarkeit und Häufigkeit von sozialen Kontakten zu Familienangehörigen oder Freunden, sondern der qualitative Aspekt im Sinne einer gelungenen Bedürfniserfüllung durch Beziehungen zu anderen.“²⁵⁸

Zusammenfassend beschreiben die Autoren für Vereinsamung im Alter folgende Risikofaktoren:

1. schlechter Gesundheitszustand, insbesondere Einschränkung der Bewegungsfähigkeit,

²⁵⁷ Thieler et al.

²⁵⁸ dieselben

2. fehlende bzw. unbefriedigende Sozialkontakte, insbesondere Mangel an Freunden,
3. Kinderlosigkeit bzw. schlechtes Verhältnis zu den Kindern,
4. Erkenntnis des erfolglosen Ausgangs von Beziehungen durch Tod, Verlust des Lebenspartners,
5. Mangel an sozialen Kompetenzen, vor allem Kommunikationsfähigkeit,
6. Orientierung der Wahrnehmung an negativen Erfahrungen.

Als Gründe für die Zunahme von Erberschleichung in den vergangenen Jahren werden von diesen Autoren genannt:

1. Familienzerfall

Die Zerfall der Familienstrukturen insbesondere in den Städten erleichtert einem Erberschleichenden den Zugang zu einem künftigen Opfer.

2. Singles in Deutschland

Die Zunahme der Einpersonenhaushalte, insbesondere die Zunahme von Singles mit fehlender Einbindung in die Familienstrukturen, erhöht die Gefahr der Erberschleichung noch weiter.

3. Erhöhte Lebenserwartung

Der Anstieg des Lebensalters führt dazu, dass mehr Menschen einsam und verlassen sterben, weil die Spanne bis zum Tod sich verlängert und häufig die Angehörigen und Freunde vorverstorben sind.

4. Der Kreis der Pflegepersonen

Die gestiegene Lebenserwartung bedeutet auch, dass zunehmend Pflege in Haushalten von Menschen stattfindet, die vererben und damit Opfer von Erberschleichenden werden können. Bei hohem Pflegebedarf wird die Pflege oft von Personen, die von weit herkommen, durchgeführt, die weder Kontakt zur Familie noch zum Freundeskreis der gepflegten Person haben.

Die soziale Kontrolle der früheren „Dorfgemeinschaft“ geht verloren; die Anonymität in der Nachbarschaft in den Städten nimmt zu.

5. Mangelnde Kontrolle

Eine Kontrolle der Personen, die mit dem Erblasser zu tun haben, ist kaum möglich. Die Anonymität im Wohnbereich, bzw. die selbst gewählte Isolierung, führen dazu, dass die Erberschleichung bis zum Tod der betroffenen Person nicht auffällt.

Nach Einschätzung der Autoren „sind in einigen Fällen die Verwandten und Angehörigen aber selbst an der Einsamkeit des Erblassers schuld, da das Interesse gegenüber dem Betroffenen abgenommen hat. Die eigenen Wünsche sind so stark, dass der Kontakt zu Verwandten auf jährliche Geburtstage beschränkt wird. Alles andere, auch die persönliche Pflege, wird als Belastung angesehen. Damit öffnet man der Erberschleichung Tür und Tor.“

6. Finanzielle Motive

Die Zunahme der Erberschleichungsfälle wird auch dem Umstand zugeschrieben, dass aktuell in Deutschland erhebliche Geldsummen und andere Vermögenswerte vererbt werden und deshalb eine Erberschleichung besonders lohnenswert erscheint.

Indikatoren für Erberschleichung

1. Isolierung des Erblassers

Warnzeichen sind: Die Isolierung und Abschottung des Betroffenen nach außen. Der Erberschleichende schafft es, das persönliche Vertrauen des Betroffenen zu gewinnen. Er kümmert sich auch meist tatsächlich viel um den Betroffenen, wie z. B. das Entgegennehmen der Post (auch um sich das Lesen der Post zu ermöglichen) und damit die Kontrolle über die Korrespondenz des Betroffenen.

Kontrolle über das Telefon und die Telefongespräche kann so weit gehen, dass die Post umgeleitet oder das Telefon abgemeldet wird.

2. Besuchsverbot für Angehörige und Freunde

Zur vollständigen Abschottung des Betroffenen werden auch Besuchsverbote ausgesprochen. Es gibt in Deutschland kein Recht auf Besuch für Angehörige.

3. Gehirnwäsche

Häufig erfolgt eine Art von Gehirnwäsche des Betroffenen. Durch ständige Wiederholung der Gefahren, die durch die bösartigen Angehörigen drohen, ist es für den Erberschleichenden leicht, eine ausreichende Bevollmächtigung zu erhalten, um den Ausschluss der Angehörigen und seine exklusive Handlungsmacht zu bekommen.

4. Wohnsitzwechsel

Als weiterer Indikator wird der Wohnsitzwechsel genannt. Weit weg von den Angehörigen bei gleichzeitiger Beschränkung von Post und Telefon wird der Betroffene weiter isoliert; in einer fremden Umgebung lässt sich der Einfluss der Angehörigen noch leichter beschränken. Zugleich erhöht sich die Abhängigkeit des Betroffenen gegenüber dem Erberschleichenden.

Bei der Tatbestandsverwirklichung der Erberschleichung handelt es sich regelmäßig um größere Werte, die die Hände wechseln; nicht selten mit der Folge von mitunter jahrelang andauernden Rechtsstreitigkeiten. Das deutsche Recht kennt die auf die Willensbeeinflussung des Erblassers eingehende Figur des Undue Influence nicht. Das macht die Aufklärung der Umstände, die zum Streitgegenstand führen, regelmäßig schwierig bis unmöglich. Dem Vorschlag, dem Problem mit einer Beweislastumkehr zu begegnen, hat man sich seitens des federführenden Ministeriums (BMJV) bisher nicht nähern wollen.

Sachverhalte aus dem Bereich der Stellvertretung: rechtliche Betreuung und Vollmacht

Das Erwachsenenschutzrecht ist in Deutschland durch das Betreuungsrecht scheinbar klar geregelt: für eine Person, die nicht mehr in der Lage ist, die eigenen (finanziellen) Angelegenheiten zu regeln und die Folgen seiner Entscheidungen nicht mehr überschauen kann, ist in einem differenzierten Amtsermittlungsverfahren des Betreuungsgerichts die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung nach § 1896 BGB vorgesehen; alternativ sieht der Gesetzgeber die gewillkürten Formen der Stellvertretung mit deren im Vergleich zur rechtlichen Betreuung erhöhten Risiken (Vollmachten) vor.

Aus den Bereichen der rechtlichen Betreuung und der gewillkürten Stellvertretung (Bevollmächtigung) werden immer wieder Missbrauchsfälle berichtet, die teilweise auch auf strukturelle Mängel im Feld zurückzuführen sind. Görgen²⁵⁹ hat die bekannt gewordenen Fälle folgendermaßen kategorisiert.

- Das Erschleichen, Fälschen und der Missbrauch von Vollmachten zum Nachteil des Vollmachtgebers;
- gezielte Betreuerbestellung, um „ungestört“ handeln zu können;
- finanzielle Ausbeutung/Schädigung im Rahmen rechtlicher Betreuung, sowohl familienangehöriger wie auch familienfremder Betreuer (v. a. Abhebungen, Ab- und Umbuchungen zu Lasten des Opfers, falsche Rechnungslegung gegenüber dem Betreuungsgericht; Abschluss von Verträgen zu Lasten des Opfers);
- illegale Vermögenstransfers, mit denen ältere Menschen an ihrem Vermögen geschädigt werden;
- das eigennützige Einwirken auf Entscheidungen älterer Menschen, Fragen der Vermögensverwendung betreffend (z. B. Testamente oder Schenkungen); und
- Betrugs- und Diebstahlsdelikte aus Vertrauenspositionen oder durch Personen, die durch ihre berufliche Stellung Zugriff auf Geld und Wertgegenstände haben.

Weitere strukturelle Schwachpunkte im Bereich der gesetzlichen Betreuung sind:

- Bei Einrichtung einer rechtlichen Betreuung durch das Betreuungsgericht zum Aufgabenkreis Vermögenssorge ist der bestellte Betreuer, die Person, die alleine die erstmalige Vermögensaufstellung des künftigen Betreuten erstellt. Darin wird bereits eine strukturelle Schwäche im Verfahren der Betreuerinitialisierung gesehen. Denn was in dieser Aufstellung nicht aufgelistet wird, wird in späteren Streitfällen auch nicht auftauchen. Daher wird bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung mit dem Aufgabenkreis „Vermögenssorge“ oder „alle Aufgabenkreise“ bei der erstmaligen Vermögensaufstellung die Einführung des so genannten 4-Augen-Prinzips unter Beteiligung des Betreuungsgerichts oder der Betreuungsbehörde gefordert.
- Die regelmäßige Kontrolle der Betreuer durch das Betreuungsgericht findet aus Personalmangel bei Gericht vielfach in völlig unzureichender Weise statt. Das ist sowohl bei ehrenamtlich bestellten Betreuern wie auch bei Berufsbetreuern bekannt und kann bewusst zum Nachteil des Betreuten genutzt werden. Dieser strukturelle Mangel in der Justiz fördert geradezu die „guten Tatgelegenheiten“.
- Die jahrelang aus Kostengründen mit Kampagnen beworbene Form der Betreuungsvermeidung zur Errichtung einer Vollmacht zeigt Wirkung. Allerdings auch in ihren rechtspolitisch nicht gewollten schädigenden Auswirkungen. Den Schaden haben in den hier zu besprechenden Fallkonstellationen die Vollmachtgeber und deren Familienangehörige. Die Zahl der beantragten Kontrollbetreuungen für Bevollmächtigte nahm – regional unterschiedlich- zu.

²⁵⁹ Görgen et al (2014), S. 72

- Die aktuelle BGH Rechtsprechung zu Inhalt und Grenzen des Kontrollbetreuers²⁶⁰ stärkt die Position des Bevollmächtigten gegenüber dem Kontrollbetreuer. Danach könne der Betreuer eine Vorsorgevollmacht nur dann widerrufen, wenn ihm diese Befugnis als eigenständiger Aufgabenkreis ausdrücklich zugewiesen sei. Dieser Aufgabenkreis dürfe dem Betreuer nur dann übertragen werden, wenn das Festhalten an der erteilten Vorsorgevollmacht eine künftige Verletzung des Wohls des Betroffenen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit und in erheblicher Schwere befürchten lasse und mildere Maßnahmen nicht zur Abwehr eines Schadens geeignet erscheinen. Auch nach wirksamem Widerruf der Vorsorgevollmacht durch den Betreuer könne der Bevollmächtigte noch im Namen des Betroffenen Beschwerde gegen die Betreuerbestellung einlegen. Der BGH räumt dem Selbstbestimmungsrecht des Vollmachtgebers und somit den erteilten Vollmachten Verfassungsrang ein. Angesichts der steigenden Anzahl der seitens der Betreuungsgerichte eingerichteten Kontrollbetreuungen, deren regelmäßiger Ausgangspunkt im Verdacht der den Vollmachtgeber schädigenden Vollmachtausübung liegt, mag es sich um eine rechtsdogmatisch möglicherweise nicht zu beanstandende Entscheidung handeln; sie trägt der Vulnerabilität der meist hochaltrigen Vollmachtgeber nicht Rechnung, sondern stellt sich im Gegenteil auf den Standpunkt, die (meist lange zurückliegende) Willensbekundung des Vollmachtgebers, die aufgrund inzwischen eingetretener kognitiver Störungen nicht mehr korrigiert werden kann, habe Verfassungsrang.

Sowohl im Hinblick auf die Prozesse der Anbahnung, des Zustandekommens wie auch der Errichtung einer Vollmacht ist der Gesetzgeber gut beraten, seine grundsätzlich wohlwollende Gutgläubigkeit zu Lauterkeit und Benevolentia aller Bevollmächtigten einer kritischen Revision zu unterziehen. Das gilt insbesondere für Organisationen und Personen, die sich aktiv und systematisch um die Bevollmächtigung bestimmter, meist wohlhabender Personen bemühen.

In diesem Zusammenhang wurde im Projekt „Gewaltfreie Pflege“ die Frage aufgeworfen, wie sich die beiden Verbände, in denen Berufsbetreuer organisiert sind, zu dem Thema Finanzieller Missbrauch alter und pflegebedürftiger Menschen positionieren. Ein Verband wollte sich nach Auskunft seines Vorsitzenden zu dem Fragenkomplex nicht äußern, der andere Verband (Bundesverband der Berufsbetreuer, BdB) hat ausführlich Stellung genommen. Er verweist auf seine 2005 verabschiedete Berufsethik und Leitlinien, in denen seine Mitglieder verpflichtet werden, die Vermögenswerte der Klienten sachkundig und umsichtig zu sichern. Dazu gehören u. a.

- Eine Bestandsaufnahme der Vermögenswerte zu Beginn der Betreuung, bei der ein unabhängiger Zeuge hinzugezogen wird („Vieraugenprinzip“) und die Vermögenswerte von einer unabhängigen Stelle geschätzt werden
- Vermögensverwaltung zum Wohl des Betreuten und nicht der Erben oder der eigenen Vergütung
- Dokumentation der Einnahmen und Ausgaben
- Strikte Trennung von Eigentum und Vermögen der Klienten vom eigenen Eigentum
- Keine Geschäfte mit sich selbst, Ehe- und Lebenspartnern oder Angestellten

²⁶⁰ BGH vom 28.7.2015 II ZB 674/14; FamRZ 2015, 249

- Keine Annahme von Schenkungen oder Erbschaften von den Klienten

Der BdB diskutiert diese Thematik auch mit Organisationen wie Transparency International.

„Finanzielle Ausbeutung“ ist nicht dezidiert Gegenstand von Fortbildungen des BdB; das Thema kommt indirekt über die Leitlinien und Berufsethik zum Tragen.

Der BdB bietet eine Beschwerdestelle mit vorgelagerter Schlichtung und bietet seinen Mitgliedern telefonische Rechtsberatung. Zur Prävention von Missbrauchsfällen gibt es im BdB eine Arbeitsgruppe, die sich um die Standardentwicklung u. a. der Vermögenssorge kümmert. Gegenüber dem Gesetzgeber fordert der BdB einheitlich normierte Zulassungskriterien für Berufsbetreuer, Qualitätskriterien für die Betreuung sowie die Errichtung einer Bundeskammer für Betreuer, die u. a. den Erlass einer für alle Berufsbetreuer verbindlichen Berufsordnung beinhalten soll mit Regelungen zur Ausbildung, Berufszulassung und Entzug der Zulassung. Ein in Arbeit befindliches verbandseigenes Qualitätsregister, in dem sich Mitglieder auf besondere Qualitätskriterien verpflichten, ist derzeit in der Erprobung.

Zum Täter von finanzieller Ausbeutung alter und pflegebedürftiger Menschen

Heute verfügen mehr ältere Menschen über Vermögen und Einkommen. So befindet sich nach Aussage des Sozioökonomischen Panels in den Haushalten im Lebensalter zwischen 66 und 99 Jahren das relative Einkommensarmuts- und Vermögensarmutsrisiko unterhalb der Altersgruppe der 36-45 Jährigen; was sich bei den dann zu erwartenden geänderten Erwerbsbiographien in den nächsten Jahren sicher ändern wird.

Dieses im hohen Alter verfügbare Geld und Vermögen macht diese Altersgruppe, in der auch ein hoher Anteil Pflegebedürftiger vertreten ist, für Straftäter und unlautere Geschäftemacher attraktiv.

Kriminologen gehen davon aus, dass Straftäter im Hinblick auf ihre Opfer und ihre Tatmittel ein aus ihrer Sicht zweckrationales, strategisches Vorgehen wählen. So werden Wege des Zugangs der Tatverdächtigen zu den Opfern z. B. an der Klassifikation von Zugangswegen im Sinne der „Routine Activity Theory“ (nach Felson & Boba, 2009) beschrieben. Danach geht man davon aus, dass der oft in beobachtbaren Gewohnheiten und Routinen verlaufende Alltag von alten und pflegebedürftigen Menschen Gelegenheiten für kriminelles Verhalten schafft. Drei Faktoren müssen dafür zeitlich und örtlich zusammenkommen: Ein motivierter Täter, ein geeignetes Opfer und die Abwesenheit geeigneter „Guardians“ (Wächter). Beim Zusammentreffen dieser Faktoren, können Täter den Zugang zu den potenziellen Opfern über natürliche oder vorgetäuschte „private Beziehungen“, „berufliche Stellungen oder sich überlappende „Aktionsräume“ erhalten.

Für Deutschland gibt es keine empirischen Daten zu alten und pflegebedürftigen Menschen als Opfer unseriöser, aggressiver Verkaufspraktiken (Kaffeefahrten, Haustürgeschäfte, unseriöser Vertrieb von Gesundheitsprodukten und Gesundheitsdienstleistungen etc.), zur finanziellen Ausbeutung bzw. Vermögensschädigung durch Angehörige, zu Vermögensdelikten durch professionell mit alten Menschen in Verbindung stehenden Personen (Pflegekräfte, rechtliche Betreuer, Ärzte etc.), zum Missbrauch von Vollmachten oder zu Fällen und Formen des Anlagebetrugs im Alter. Der Täter kann ein Familienmitglied sein, ein Freund, ein Sozialarbeiter, Pfleger oder auch ein Fremder, der sich die Vulnerabilität des Opfers zu Nutze machen will. Ein Unterschied charakterisiert die Täterdifferenzierung generell: es gibt Täter, die aus einer Vertrauensposition heraus handeln und andere, dem Opfer fremde Täter, die

sich oft das Vertrauen des Opfers erschwindeln. Die Vertrauensposition kann geprägt sein durch private, meist verwandtschaftliche Beziehungen, berufliche oder auch ehrenamtliche Funktionen; das Ausnutzen dieser Positionen ermöglicht oder erleichtert meist die Tatbegehung.

Taten aus dem nahen sozialen Umfeld der Opfer

Es wird von Missbrauch von Geld aus der Familie berichtet, das für Pflege- und Heimkosten und als Taschengeld im Heim gedacht war (z. B. Zugriff auf Rente), in Folge dessen die Rechnungen der Pflegeeinrichtungen nicht bezahlt wurden bzw. der Heimbewohner bei „abgegriffenem“ Taschengeld sich keine Extras im Heim leisten konnte.

Aus Pflegeheimen weiß man auch von Vermögensübergriffen, bei denen Verwandte den pflegebedürftigen Bewohnern das ihnen zustehende Vermögen vorenthalten haben in dem sich z. B. diese Verwandten die den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern zustehenden Sozialleistungen angeeignet haben. Eine typische Konstellation, um regelmäßigen Kontakt zu älteren Menschen und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, sind beispielsweise Hilfsdienste im Haushalt und Pflegedienste.²⁶¹ So berichtet die Süddeutsche Zeitung am 12.7.2015 von einem Fall, bei dem der testierfähige schwerkranke Mann seiner polnischen Pflegerin „in tiefer Dankbarkeit“ 80.000 Euro testamentarisch zugesprochen hat; sie hatte ihn 5 Jahre lang versorgt. In diesem Fall scheint es zwar bitter für die Kinder des Erblassers, aber legal gewesen zu sein. Anders wurde der Fall nach § 7 Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen entschieden, wonach eine Geschäftsführerin eines ambulanten Pflegedienstes kein Erbe antreten darf. Das OLG begründete seine Entscheidung damit, dass die Geschäftsführerin die Vermutung eines inneren Zusammenhangs zwischen der Pflegetätigkeit einerseits und ihrer Erbeinsetzung andererseits hätte widerlegen müssen, was ihr nicht gelungen sei. Die Bestimmung des § 7 HGBP habe insbesondere den Zweck, pflegebedürftige Menschen davor zu schützen, aufgrund ihrer Abhängigkeit Pflegepersonal finanziell begünstigen zu müssen. Das OLG wies allerdings auch darauf hin, dass ein Verstoß gegen § 7 HGBP nur angenommen werden könne, wenn der Begünstigte von der Zuwendung weiß.²⁶² Allerdings bleibt hier die Besonderheit, dass das Hessische Landesrecht die Regelung des Begünstigungsverbots aus § 14 HeimG ausdrücklich auf die ambulanten Dienste für anwendbar erklärt hat. In den meisten anderen Landesgesetzen zum Heimrecht ist dies nicht geschehen. Die Rechtsprechung hat es auch für unzulässig erklärt, wenn die Ehefrau eines Heimmitarbeiters (OLG Frankfurt am Main (20 W 71/99) oder die Ehefrau eines Heimleiters (OLG Düsseldorf Az.: 3 Wx 250/97) im Testament als Erben eingesetzt werden.

²⁶¹ Vgl. Görgen et al. (2014) a.a.O. S. 349

²⁶² OLG Frankfurt – Beschluss vom 12.05.2015 – 21 W 67/14

Vulnerabilität der Opfer von finanzieller Ausbeutung

Die Schädigung der Opfer kann darin bestehen, dass

- nicht im besten Interesse der betroffenen Person gehandelt wird,
- die Person zu etwas überredet wird,
- sie unter Druck gesetzt wird, damit sie Schenkungen macht oder Darlehen vergibt,
- Eigentum unterschlagen wird oder
- Beihilfen und Unterstützungsgelder sich angeeignet werden.

Es kann sich um Diebstahl handeln, um Gaunergeschäfte oder Betrügereien im Kontext von neuen oder alten Formen von Butterfahrten.

Die Frage nach der Ausprägung von Vulnerabilität des Opfers ist von Bedeutung, wenn es um den Opferschutz geht und die Frage auftaucht, wann und wie man sich schützend in die persönlichen Angelegenheiten eines Erwachsenen einmischt. Hier wird die Frage der Verantwortungsübernahme einzelner oder auch von Organisationen (z. B. auch von Banken) zum Schutz der erkennbaren Vulnerabilität der alten Menschen Thema.

Bei der Beurteilung des Grads der Vulnerabilität wird in England ein Aspekt mit betrachtet, der –übertragen auf deutsche Verhältnisse- folgendermaßen formuliert sein könnte:

Der Einstieg zur Frage, ob es sich bei einem älteren Menschen um eine vulnerable Person handelt, kann in der Beantwortung der Frage liegen, ob die Person Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht. Jedenfalls sind in dieser Gruppe viele Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu schützen. Dabei sind nicht alle Personen, die Pflegeversicherungsleistungen beziehen, automatisch nicht mehr in der Lage, sich und ihr Hab und Gut selbst zu schützen; umgekehrt gibt es sicherlich auch Personen, die keine Pflegeleistungen beziehen und nicht für ausreichenden Selbstschutz sorgen können. Für die letztgenannte Gruppe werden als Risikofaktoren oder Vulnerabilitäten genannt:

- Ein Mangel an Leistungsfähigkeit zur Einschätzung dessen, was passiert
- Die Abhängigkeit von Dritten, um die Pflege oder die finanziellen Angelegenheiten zu organisieren
- Kognitive Beeinträchtigungen, die Einfluss haben auf die Entscheidungsfindung
- Niedriges Niveau, mit finanziellen Möglichkeiten umzugehen
- Todesfall, soziale Isolierung, Einsamkeit, die möglicherweise ein Einfallstor für finanzielle Ausbeutung bieten
- Leichtgläubige bzw. vertrauensselige Persönlichkeit
- Speziell bei alten Menschen: eventuell angewachsenes Vermögen in Verbindung mit bescheidener Lebensführung und einem Wahrnehmungsmangel bezüglich der Herausforderungen des modernen Lebens machen sie anfälliger
- Besondere Faktoren wie das Lebensalter, soziale Isolierung und/oder abnehmender oder sich verändernder kognitiver Zustand können vulnerable Menschen potentiell zu wiederholten oder chronischen Opfern werden lassen.

Es gibt Fälle mit scheinbar klarer Ausgangslage: wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, ihre finanziellen Angelegenheiten zu regeln und die Folgen seiner Entscheidungen nicht mehr überschauen kann: für solche Fälle ist in Deutschland die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung nach § 1896 BGB vorgesehen.

Risikofaktoren beim Opfer

Die meisten Präventionsansätze fokussieren vor allem die Risiken, die in der Person des Opfers zu finden sind.²⁶³

Als mögliche Risikofaktoren gelten folgende Eigenschaften der (vulnerablen) Person:

- sie befindet sich in einer Abhängigkeit vom Tatverdächtigen (dieser ist z. B. rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigter oder pflegende Person)
- sie ist in der Selbständigkeit beeinträchtigt (körperliche Einschränkungen, Immobilität oder Pflegebedürftigkeit)
- sie hat Schädigungen bei körperlichen und mentalen Funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (auch der Kommunikation)
- Ausdruck dieser Schädigung und Beeinträchtigung sind, dass die Person unter rechtlicher Betreuung steht oder einen Bevollmächtigten hat oder, dass sie einen Pflegedienst nutzt oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebt.

Folgen finanzieller Ausbeutung für die betroffenen Opfer

Die Folgen der finanziellen Ausbeutung sind für die Betroffenen sehr viel weitreichender als nur der Verlust von Geld und Vermögenswerten und haben oft unmittelbare Auswirkungen auf die weitere soziale und gesundheitliche Entwicklung der davon betroffenen älteren Personen. Die finanzielle Ausnutzung alter und pflegebedürftiger Menschen kann die Betroffenen um ihre Lebensersparnisse und ihr Vermögen bringen und sie ihrer wirtschaftlichen Grundlage und Unabhängigkeit berauben.²⁶⁴ Der Verlust an Ressourcen geht auch einher mit einer Verringerung von Handlungsoptionen und führt zur Störung der Lebensqualität älterer Menschen. Hinzu kommt, dass mangels nennenswerter Einkommensquellen, der erlittene materielle Verlust von den älteren Personen auch nicht mehr kompensiert werden kann; der Weg in die Altersarmut ist vielfach unausweichlich. Viele Betroffene sind danach beschämt und ihr Selbstwertgefühl ist mitunter nachhaltig erschüttert. Der Schaden führt bei vielen Opfern zu Armut, Depression, Verunsicherung, Verängstigung und zur Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit.²⁶⁵ Sozialarbeiter berichten, dass solche Taten die Personen derart erschüttern, dass sie jegliches Selbstvertrauen verlieren, weiterhin ein Leben in Unabhängigkeit führen zu können. Erfahrungen aus England zeigen auch, dass der Allgemeinzustand von Personen, die vor

²⁶³ Görgen (2014) a.a.O. S. 246f

²⁶⁴ Choi et al. (1999)

²⁶⁵ Social Care Institute for Excellence –SCIE- (2011)

solchen Ereignissen keine Sozialleistungen gebraucht haben, sich dermaßen verschlechtert hat, dass sie danach Sozialleistungen in Anspruch nehmen mussten.²⁶⁶

Aktuelle Beispiele für den Modus Agendi bei der Tatbegehung

In der deutschen Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“²⁶⁷ zeigte sich, dass es – gegenläufig zur Kriminalitätsbelastung insgesamt – besondere Gefährdungspotenziale im hohen Alter im Bereich der Vermögensdelikte gibt. Vor allem bei Betrugsdelikten und Trickdiebstählen werden gezielt ältere Menschen als Opfer ausgewählt, weil dort aus Täterperspektive besonders günstige Tatbedingungen vermutet werden.

Görgen et al. (2014) haben rund 30 Experten aus Polizei, Staatsanwaltschaft, Verbraucher- und Opferchutzorganisationen und Kreditinstituten sowie Opfer und Täter einschlägiger Delikte befragt zu Betrugsdelikten, Trickdiebstählen und anderen mit Täuschungen verknüpfte Vermögensdelikte.

Dabei sind einige typische Tatbegehungen bei älteren Menschen identifiziert worden:

Zusammengefasst sind es organisierte Tatbegehungsweisen, bei denen sich Täter unter Einsatz einer Legende Zugang zu älteren und hochaltrigen Opfern verschaffen. Die Täter machen sich dabei die oft isolierte Lebenssituation und Einsamkeit älterer Menschen zu Nutze, die die Tatvorbereitung erleichtern. Die hohe Vulnerabilität älterer und pflegebedürftiger Opfer durch körperliche und kognitive Einschränkungen, begünstigt nicht nur die Tatbegehung, sondern erschwert danach auch die Aufklärung der Tat.

Enkeltrick

Die aktuell bekannteste Tatbegehungsweise, bei der unter Vorspiegelung einer falschen Identität Zugriff auf das Vermögen des Opfers erlangt wird, wird als Enkeltrick bezeichnet. Bei diesem Modus Agendi ruft ein Täter die Zielperson an und erweckt durch geschickten Gesprächsaufbau den Eindruck, eine dem Opfer vertraute Person zu sein, die ohne Nennung des Namens anhand der Stimme erkannt werden kann. Die Anrufer sitzen meist in einem osteuropäischen Land (v. a. Polen und baltische Staaten) und durchsuchen deutsche Telefonbücher gezielt nach alten deutschen Vornamen. Das Telefonat beginnt mit der Frage: ‚Rate mal, wer ich bin?‘ Und dann: ‚Ja, du bist der Enkel XY?‘ Wird ein Name genannt, verwickeln die Täter die ältere Person in ein Gespräch. Im nächsten Schritt wird eine überraschend eingetretene finanzielle Notlage vorgegaukelt. Man komme kurzfristig nicht ans Geld heran und die Frage, ob die Oma/Tante nicht kurzfristig Geld erübrigen könne. Man schickt dann die alten Leute zur Bank, auch ein Taxi wird gerufen, um das Geld abzuholen. Wenn dann das Geld da ist, ruft der Enkel an, sagt, er habe im Moment keine Zeit, aber ein Bekannter werde gleich vorbeikommen. Der holt dann das Geld ab. Es werden hohe Geldbeträge übergeben.²⁶⁸

²⁶⁶ SCIE a.a.O. S 10f

²⁶⁷ Görgen et al. (2010)

²⁶⁸ Den Fall eines aus Polen gesteuerten Netzwerkes schildert spiegel-online am 1.6.2014: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/enkeltrick-mafia-ein-clan-eine-masche-ein-millionenvermoegen-a-972756.html> download zuletzt am 4.8.2015

Gesprächsweise sagte uns ein Polizeibeamter der Polizeidirektion Darmstadt (14.7.2015), dass in seinem Zuständigkeitsbereich bei gelungenem Enkeltrick nie weniger als 10.000 € übergeben worden seien (meist Beträge zwischen 10 und 50 Tausend Euro). An einem Samstag im Juli 2015 sind bei der Inspektion in Darmstadt alleine 10 Fälle mit dem Enkeltrick gemeldet worden, die jedoch nicht über das Versuchsstadium hinauskamen. Nach Einschätzung der Polizei bleibt es in ca. 90% der Enkeltrickversuche bei der straflosen Vorbereitungshandlung. Die vielfältigen Informationen der Polizei²⁶⁹ und der Medien scheinen hier Wirkung zu zeigen. Die inzwischen aufgelöste SoKo bei der Polizeidirektion Karlsruhe kooperierte mit der polnischen Polizei und kann über eine hohe Aufklärungsquote berichten.

Handwerkertrick

Die Täter klingeln an der Haustür des Opfers oder nehmen zielgerichtet Kontakt über den Gartenzaun auf. Die Täter geben sich dann als reisende Handwerker aus und weisen das Opfer darauf hin, dass am Dach oder an der Einfahrt Schäden vorhanden seien, die dringend behoben werden müssten. Die Täter bieten den Opfern an, die notwendigen Reparaturen sofort und zu einem günstigen Preis auszuführen.

Zettel- und Stadtwerkertrick

Nach mündlicher Einschätzung mehrerer erfahrener Polizeibeamter scheint diese Form des Vermögensdeliktes auf dem Vormarsch zu sein. Zu dieser Deliktsgruppe zählen:

Taten, bei denen die Täter vorgeben, mit einem akuten Hilfebedarf zufällig an der Wohnungstür des Opfers zu erscheinen. Sie bitten dabei etwa um Gegenstände wie ein Glas Wasser, Stift und Papier oder darum, die Toilette benutzen zu dürfen. Weiterhin handelt es sich um Taten, bei denen die Täter eine berufliche Rolle vortäuschen und ein konkretes Anliegen an die ältere Zielperson haben: sie geben sich dabei etwa als Mitarbeiter der Stadt- oder Wasserwerke aus, die dringend etwas überprüfen müssen.

Die Rolle von Banken und anderen Kreditinstituten

Insbesondere für Straftaten wie den Enkeltrick, bei denen die Täter systematisch eine Geldabhebung durch das Opfer erbitten, können aufmerksame Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kreditinstituten als potenzielle Guardians eine wichtige Schutzfunktion erfüllen und viele Taten bereits in der Begehung verhindern. So weist ein Mitarbeiter der Sparkasse Darmstadt darauf hin, dass sich das Kreditinstitut im Rahmen des öffentlichen Auftrages auch gegenüber verletzlichen Kunden verpflichtet wisse; weshalb das Personal zum Thema sensibilisiert wurde und man bei Verdachtsfällen die Polizei einschalte.

Dabei ist das für alle Banken eine heikle Gratwanderung zwischen Wahrung des Bankgeheimnisses und Schutz von vulnerablen Kunden.

²⁶⁹ Als Beispiel die Flyer der Polizei in Hessen: <https://www.polizei.hessen.de/Praevention/Trick-und-Taschen-diebstahl-Betrug/broker.jsp?uMen=c0570ee1-825a-f6f8-6373-a91bbcb63046&uCon=ff4500d5-b979-4601-3362-d61edad490cf&uTem=bff71055-bb1d-50f1-2860-72700266cb59> oder die Beratung der Polizei unter: <http://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/betrug/enkeltrick.html> download zuletzt am 14.07.2015

Was sich in Deutschland nur im Einzelfall dokumentieren lässt, ist in den USA für die Banken flächendeckend Selbstverständlichkeit: Banken schulen ihre Mitarbeiter, sensibilisieren Nachbarn, Bekannte von potentiellen Opfern und die Öffentlichkeit. So besteht seit 1996 im Staat Massachusetts eine öffentlich-private Partnerschaft zwischen dem Amt für Altenhilfe, dem Generalstaatsanwalt, dem Bankenverband von Massachusetts und dem Büro für Verbraucherangelegenheiten, deren Informations- und Schulungsmaterialien für ihre Mitarbeiter als Downloads zur Verfügung gestellt werden.²⁷⁰ In einer technisch aufwändigeren Version hat die Bankenvereinigung des Staates Oregon zusammen mit dem dortigen Generalstaatsanwalt und den Ämtern für Justiz sowie Gewaltprävention und -untersuchung von älteren Menschen ein mehrteiliges Schulungsmodul ins Netz gestellt, in dem zuletzt an Hand von kommentierten Videos sechs Szenarien nachgezeichnet werden, die auf Youtube eingestellt sind; ergänzt wird das Ganze durch ein Fortbildungsmanual für die Bankangestellten, das zuletzt 2013 überarbeitet wurde.²⁷¹ Ähnlich handelt der Bankenverband von Nebraska²⁷²: neben dem Fortbildungsmanual für die Bankmitarbeiter lassen sich diese im Bedarfsfall vom Kunden ein Formular unterzeichnen, in dem vor Betrug in den verschiedenen Ausprägungen gewarnt wird. Damit will man auch erreichen, dass die Bankmitarbeiter einen Eindruck bekommen, ob das ältere Gegenüber, den Sachverhalt versteht.

Eine aktuelle Publikation der amerikanischen Anwaltskammer thematisiert „Elder Abuse“ in Form eines Pocketguides im Kitteltaschenformat. Dort wird zum Thema „Finanzielle Ausbeutung“ u. a. ausgeführt: (aus: Rechtsfragen in Bezug auf Elder Abuse. Ein Taschenführer zur Rechtsdurchsetzung)²⁷³

Finanzielle oder materielle Ausbeutung

„... die gesetzeswidrige oder missbräuchliche Verwendung von Geld, Eigentum oder Vermögen von älteren Personen. Beispiele- nicht abschließend- das Einlösen von Schecks älterer Menschen ohne Erlaubnis oder Berechtigung; die Fälschung der Unterschrift eines Älteren; Missbrauch oder Entwenden von Geld oder Besitztümern eines Älteren; eine ältere Person zu einer Unterschrift nötigen oder zwingen (seien es Verträge oder andere Willenserklärungen) und die missbräuchliche Ausübung einer Betreuung, oder einer Vollmacht.“

Mögliche Indikatoren:

Anzeichen und Symptome (nicht abschließend):

- plötzliche Veränderungen auf dem Bankkonto oder im Umgang mit der Bank, dazu zählen auch unerklärte Überweisung von hohen Summen Gelds von einer Person, welche die ältere Person begleitet;

²⁷⁰ http://www.massbankers.org/MBRD/Education_Training/Bank/MBRD/MB_TechnologyFraud/Bank_Reporting_Project.aspx?hkey=db03b243-2fd2-41b9-abb4-87fd56086e26 zuletzt am 23.10.2015

²⁷¹ <http://www.oregonbankers.com/community/elder-exploitation-prevention/>

²⁷² <http://www.nebankers.org/index.php/bank-security/elder-abuse-prevention-handbook.html#.Vi3rritgEU4> mit weiteren Links zu Broschüren und Merkblättern.

²⁷³ L.A. Stiegel; American Bar Association; Commission on Law and Ageing: Legal Issues Related to Elder Abuse. A Pocket Guide for Law Enforcement. 2014. Als download: http://www.americanbar.org/groups/law_ageing/resources/elder_abuse/legal_issues_related_to_elder_abuse_guides.html zuletzt 26.10.2015

- die Aufnahme von zusätzlichen Namen auf die Liste der Zeichnungsberechtigten für die ältere Person
- unerlaubte Barabhebung durch den Gebrauch der Bankomatkarte der älteren Person
- abrupte Veränderungen der Willenserklärung oder anderer finanzieller Dokumente
- unerklärtes Verschwinden von Geldern oder anderen Wertgegenständen
- Nachlässigkeit in Bezug auf unbezahlte Rechnungen, obwohl ausreichende finanzielle Mittel vorhanden sind
- Auffinden einer gefälschten Unterschrift einer älteren Person, mit der finanzielle Überweisungen getätigt wurden oder Eigentumsübertragungen vorgenommen wurden
- das plötzliche Auftreten von vorher nicht in Erscheinung getretenen Verwandten, die Rechte an den Angelegenheiten und Besitztümern der älteren Person geltend machen
- unerklärliche und plötzliche Vermögensübertragungen an ein Familienmitglied oder an einen Familienfremden
- Dienstleistungen, die nicht notwendig sind oder
- der Bericht einer älteren Person über ihre finanzielle Ausbeutung

Mögliche Straftaten

- | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|
| - Gewalt gegen Ältere | - Unterschlagung, Veruntreuung | - Finanzielle Ausbeutung |
| - Unterschriftenfälschung | - Betrug (z. B. Kreditkarte, Steuer; Krankenkassen) | |
| - Identitätsbetrug | - Diebstahl | - Geldwäsche |

Zusammenfassung und Empfehlungen zur Prävention:

- Bei Vermögensdelikten an älteren und pflegebedürftigen Menschen sind die Täter sowohl Fremde als auch Personen aus dem sozialen Umfeld. Allgemein wird von einem großen Dunkelfeld ausgegangen, vor allem wenn die Tatbegehungen aus sozialen Beziehungen heraus erfolgen. Die Bereitschaft der älteren Opfer, Strafanzeige auch gegen eigene Familienangehörige zu stellen überwindet meistens nicht die Schamgrenze oder die Angst, von der (sozialen) Umwelt, meist den Familienangehörigen, nicht mehr als selbständig handlungsfähig eingeschätzt zu werden.
- Angehörige älterer Menschen, Mitarbeiter in Banken und in Gesundheits- und Sozialberufen haben nicht nur eine relativ hohe Kontaktdichte zu pflegebedürftigen älteren Menschen, sondern verfügen auch über spezifische fachliche Erkenntnismöglichkeiten, zumindest nach entsprechender Fortbildung, um die Opferwerdung einer alten Menschen zu erkennen. Daher sollten themenbezogene Sensibilisierungs- und Fortbildungsansätze vor allem diese Berufsgruppen fokussieren.
- Beratungsstellen und Pflegestützpunkte bedürfen der Sensibilisierung für das Thema.
- Professionell Pflegende im ambulanten wie im vollstationären Bereich brauchen bundesweit eine fachlich für Gewalt in der Pflege zuständige Anlaufstelle. In Hessen ist mit der Betreuungs- und Pflegeaufsichtsaufsichtsbehörde (HBPA) eine Behörde mit ordnungsrechtlichen Befugnissen geschaffen, deren Zuständigkeit sich auch auf die ambulante Pflege erstreckt. Um dies auch für die anderen Bundesländer zugänglich zu machen, erscheint es zielführend, die ehemals bestehende Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers wieder herzustellen und die Zuständigkeit auf sämtliche Pflegesettings auszudehnen.
- Der Gesetzgeber ist gefragt, wenn es darum geht, den Opferschutz zu optimieren: bei der Vermögensaufstellung im Betreuungsrecht sollte das 4-Augen-Prinzip eingeführt werden; das streitige Zustandekommen der letztwilligen Verfügung (Erberschleichung) kann durch eine Beweislastumkehr erschwert werden.
- Zudem wäre zu prüfen, wie die Erfahrungen der genannten Länder mit dem Rechtskonstrukt des „undue influence“ auch für die deutsche Rechtsfortschreibung zum Nutzen von alten und pflegebedürftigen Menschen nutzbar gemacht werden könnten.
- Maßnahmen der Prävention und einer nicht straforientierten Intervention brauchen materiell-rechtlich, verfahrensrechtlich und institutionelle Rahmenbedingungen; welche Anleihen aus dem Rechte- und Pflichtenkatalog von Jugendämtern und Familiengerichten bei Kindeswohlgefährdung auf den Bereich der Alterswohlgefährdung sinnvoll übertragen werden könnten, sollte von einem bereits vom hessischen Landespräventionsrat geforderten Expertenkommission erarbeitet werden.²⁷⁴

²⁷⁴ Zenz (2014)

10 Anhang II: Methodische Anmerkungen und verwendete Instrumente

10.1 Instrumente der Vorbereitungsphase

10.1.1 Erhebungs- und Auswertungsmethodik der Literaturanalyse

Die Literaturrecherche erstreckte sich auf englischsprachige und deutschsprachige Veröffentlichungen zwischen den Jahren 2000 und 2015 zu (kommunalen) Präventions- und Interventionsstrategien und Prävalenz bei Gewalt gegen Ältere. Eine spezielle Suche in der gleichen Datenbasis wurde zu Hausärzten und Gewalt gegen Ältere durchgeführt. Diese Literaturrecherche wurde ergänzt durch weitere relevante Literatur, die auf anderen Wegen gefunden wurde.

Für Veröffentlichungen über Gewalt gegen Ältere wurde via *Dimdi* in den Datenbanken *ME00*, *PY81* (*PSYINDEX*), *PI67* (*PsycINFO*), *EM00* (*EMBASE*), *IS00* (*SciSearch*) und via *PubMed* in der Datenbank *MedLine* nach den Ausdrücken [elder abuse (TI AB), elderly abuse (TI AB), elder neglect (TI AB), elderly neglect (TI AB), elder mistreatment, elderly mistreatment, elder maltreatment, elderly maltreatment oder altenmisshandlung] gesucht (zum Teil nur im Titel oder Abstract (TI AB bzw. tiab)) sowie nach einer Kombination von [alte menschen, alte* (TI AB), aelter* (TI AB), älter* (TI AB) oder senior* (TI AB)] mit [gewalt*, misshandlung*, mißhandlung* oder vernachlässigung*].

Die Suche nach Veröffentlichungen zu Präventions- und Interventionsstrategien und Prävalenz erfolgte anhand der Suchbegriffe [intervention*, prevention*, prävention*, prevalence, prävalen*, strateg*, "community respons*", "community approach*", kommunal*]. Ausschlusskriterien waren conference abstracts und conference reviews, sowie Veröffentlichungen zu Kindern und Jugendlichen (NOT child* OR kind*) OR adolescen* OR jungend* OR young* OR infant* OR infancy).

Die Kombination der beiden Suchen zu Veröffentlichungen über *Gewalt gegen Ältere* und über *Präventions- und Interventionsstrategien und Prävalenz* ergab in den mit *Dimdi* durchsuchten Datenbanken 393 Treffer und in *MedLine* 737 Treffer nach Bereinigung der Doppelungen.

Für die Suche über Texte zu *Hausärzten* und *Gewalt gegen Ältere* wurde via *Dimdi* in der oben genannten Datenbasis die oben beschriebene Suche zu Veröffentlichungen über *Gewalt gegen Ältere* mit den Suchbegriffen *general practitioner*, *general practitioners*, *general practioner*, *family doctor**, *hausarzt**, *allgemeinmedizin** kombiniert. Dies ergab ohne die Doppelungen 4 Treffer.

Dimdi (div. DBs) Recherche Gewalt gegen Ältere (Präventions- und Interventionsansätze) Datenbankauswahl: ME00, PY81 (PSYINDEX), PI67 (PsycINFO), EM00 (EMBASE), IS00 (SciSearch)	
Recherche nach Präventions- und Interventionsansätzen sowie nach Prävalenz bei <i>elder abuse</i>	Zusatzrecherche nach <i>elder abuse</i> & Hausärzten
elder abuse (TI AB) OR elderly abuse (TI AB) OR elder neglect (TI AB) OR elderly neglect (TI AB) OR elder mistreatment OR elderly mistreatment OR elder maltreatment OR elderly maltreatment OR altenmisshandlung OR alte menschen OR alte* (TI AB) OR aelter* (TI AB) OR älter* (TI AB) OR senior* (TI AB) AND gewalt* OR misshandlung* OR mißhandlung* OR vernachlässigung* AND intervention* OR prevention* OR prävention* OR prevalence OR prävalen* OR strateg* OR "community respons**" OR "community approach**" OR kommunal* AND PY=2000 to 2015 AND LA=(ENGLISH; GERMAN) NOT (BASE=EMBASE AND SU=MEDLINE) NOT DT=(conference abstract OR conference review) NOT child* OR kind*) OR adolescen* OR jugend* OR young* OR infant* OR infancy	elder abuse (TI AB) OR elderly abuse (TI AB) OR elder neglect (TI AB) OR elderly neglect (TI AB) OR elder mistreatment OR elderly mistreatment OR elder maltreatment OR elderly maltreatment OR altenmisshandlung OR alte menschen OR alte* (TI AB) OR aelter* (TI AB) OR älter* (TI AB) OR senior* (TI AB) AND gewalt* OR misshandlung* OR mißhandlung* OR vernachlässigung* AND general practitioner OR general practitioners OR general practioner OR family doctor* OR hausarzt* OR allgemeinmedizin* AND PY=2000 to 2015 AND LA=(ENGLISH; GERMAN) NOT (BASE=EMBASE AND SU=MEDLINE) NOT DT=(conference abstract OR conference review)
Treffer: 393 (andere doppelt)	Treffer: 4 (andere doppelt)

PubMed Recherche <u>Gewalt gegen Ältere (Präventions- und Interventionsansätze)</u>	
elder abuse[mesh]²⁷⁵ OR elder abuse[tiab] OR elderly abuse[tiab] OR elder neglect[tiab] OR elderly neglect[tiab] OR elder mistreatment OR elderly mistreatment OR elder maltreatment OR elderly maltreatment AND intervention* OR prevention* OR prevalence OR strateg* OR community respons* OR community approach* AND "english"[Language] OR "german"[Language] AND "2000"[Date - Publication] : "2015"[Date - Publication] NOT child* OR adolescen* OR young* OR infant* OR infancy Treffer: 737	elder abuse[mesh] OR elder abuse[tiab] OR elderly abuse[tiab] OR elder neglect[tiab] OR elderly neglect[tiab] OR elder mistreatment OR elderly mistreatment OR elder maltreatment OR elderly maltreatment AND general practitioner OR general practitioners OR general practioner OR family doctor* AND "english"[Language] OR "german"[Language] AND "2000"[Date - Publication] : "2015"[Date - Publication] Treffer: 19

Die Treffer wurden in einem ersten Schritt anhand des Titels nach Relevanz gesichtet und von den ausgewählten Veröffentlichungen Abstracts bestellt. Kriterien waren hier, dass es um Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen geht und dass Interventions- oder Präventionsstrategien oder Prävalenzen beschrieben werden. Von Veröffentlichungen, bei denen dies nicht erkennbar war, wurden ebenfalls Abstracts geordert. Die 72 Abstracts aus der *Dimdi*-Recherche und 139 Abstracts aus der *Pubmed*-Recherche wurden einem weiteren Selektionsprozess mit den gleichen Kriterien unterzogen. Auf diese Weise wurden 53 relevante Texte bestellt (29 *Dimdi*, 30 *Pubmed*, 4 „Hausärzte“). Bevorzugt ausgewertet für die Literaturanalyse wurden systematische Reviews und deutschsprachige Studien.

²⁷⁵ Medical Subject Headings

10.1.2 Instrument zur Identifizierung der Schlüsselakteure

Erhebungsbogen für die Kommunen Projekt <i>Gewaltfreie Pflege</i>	
Als Grundlage zur Kick-Off Veranstaltung Projekt <i>Gewaltfreie Pflege</i> ist es für die Vorbereitung unterstützend, die teilnehmenden Akteure und ihre Funktion im Bereich Alter und Pflege zu kennen. Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, damit dieses Hintergrundwissen in die Vorbereitung der kommenden Kick-Off Veranstaltung einfließen kann.	
S1: welche relevanten Akteure sind im Projekt <i>Gewaltfreie Pflege</i> involviert?	
Setting für die Implementierung (ambulant oder stationär)	☐ ambulant ☐ stationär
S2: Stehen Ihnen für die Teilnahme an diesem Projekt finanzielle oder personelle Ressourcen zur Verfügung? Wenn JA, in welchem Umfang?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
S3: Sind Ihrer Meinung nach alle relevanten Akteure Ihrer Kommune im Projekt Gewaltfreie Pflege vertreten? Bei Nein: Welche Akteure fehlen als Vertretung im Projekt <i>Gewaltfreie Pflege</i> ?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

S4: Wer ist in der Kommune Ansprechpartner für das Projekt <i>Gewaltfreie Pflege</i>?	
S5: Sind in der Kommune Kooperationsstrukturen zu Pflege und Gewalt vorhanden? Und wenn JA welche?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
S6: Sind in der Kommune Koordinationsstrukturen zu Pflege und Gewalt vorhanden? Und wenn JA, Wer sind innerhalb der Kommune die koordinierenden Ansprechpartner für Kooperationsstrukturen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
S7: Gibt es in Ihrer Kommune eine Ansprechperson oder eine definierte Zuständigkeit bei Gewaltverdacht gegen pflegebedürftige Menschen? Und wenn JA, welche?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
S8: Finden in Ihrer Kommune und den beteiligten Institutionen Fortbildungen zum Thema Gewalt und Pflege und/ oder Alter statt? Wenn JA, wer veranstaltet diese Fortbildungen? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

P1: Gibt es auf kommunaler oder institutioneller Ebene Erhebungsinstrumente für das Erfassen von Gewalt an älteren Menschen von denen Sie wissen? Wenn JA, welche und wo werden diese angewandt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt _____ _____ _____ _____
P2: Gibt es auf kommunaler oder institutioneller Ebene Maßnahmenkette (Interventionskette) wenn Gewalt an pflegebedürftigen Menschen festgestellt wird? Und wenn JA, wie sieht dieser aus?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt _____ _____ _____ _____
P3: Findet auf kommunaler oder institutioneller Ebene unregelmäßige Treffen unter den Akteuren zum Thema Gewalt und Pflegebedürftigkeit statt? Wen JA, wie häufig? Mit welchen Erfahrungen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
P4: Finden in ihrer Kommune (interdisziplinäre) Fallkonferenzen statt, in welcher die Betroffenen das Thema Gewalt und Alter zum Thema haben? Wenn JA, wie häufig?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt _____ _____ _____ _____

P5: Gibt es in Ihrer Kommune ein Melde- und/ oder Dokumentationssystem für Vorfälle zu Gewalt, Pflegebedürftigkeit und Alter? Wenn JA, Bitte beschreiben sie dies in Stichpunkten.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
P6a: Gibt es in Ihrer Kommune eine Beratungsstelle für ältere Menschen mit Gewalterfahrung? Wenn JA, wo ist diese angegliedert (Komm- und Gehstruktur?) Wie ist die Nutzungshäufigkeit? 6Pb: Gibt es in ihrer Kommune eine Beratungsstelle für pflegende Angehörige mit Gewalterfahrung? Wenn JA, wo ist diese angegliedert (Komm- und Gehstruktur?) Wie ist die Nutzungshäufigkeit?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
P7: Gibt es in ihrer Kommune eine Beratungsstelle für professionell Pflegende? Wenn JA, wo ist diese angegliedert (Komm- und Gehstruktur?)	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
E1: Findet in Ihrer Kommune eine Ergebnisüberprüfung statt, nachdem in einem Fall Gewalt erkannt und Maßnahmen eingeleitet wurden? Wenn JA, in welchem zeitlichen Rahmen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

E2: Meinung? Wünsche?	

10.1.3 Interviewleitfäden für die Strukturanalyse

Standardisierter Leitfaden für die Experteninterviews mit den identifizierten Akteuren dem Steuerungsgremium:

(angewandt in Dortmund und Stuttgart)

Leitfaden für die Experteninterviews mit den identifizierten Akteuren dem Steuerungsgremium		
Soziodemographische Daten:		
Name: _____		
Institution: _____		
Position: _____		
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich		
Kommune: ☐ Stuttgart ☐ Potsdam ☐ Dortmund ☐ Landkreis Fulda		
Für welches Setting sind Sie zuständig?:		
☐ ambulant ☐ stationär ☐ beide Settings ☐ Sonstige: _____		
Tätigkeitsbereich:		
Bitte geben Sie an, welche Zielgruppe Sie fokussieren und ob Ihre Tätigkeit unmittelbar auf diese Zielgruppe gerichtet ist oder mittelbar zu dem behandelten Klientel gehört (Mehrfachnennungen möglich):		
☐ Ältere Menschen ☐ Pflegebedürftige Menschen ☐ Opfer von Gewalt ☐ vorwiegend weibliches Klientel ☐ vorwiegend männliches Klientel ☐ Sonstige, nämlich: _____	☐ unmittelbar ☐ unmittelbar ☐ unmittelbar ☐ unmittelbar ☐ unmittelbar ☐ unmittelbar	☐ mittelbar ☐ mittelbar ☐ mittelbar ☐ mittelbar ☐ mittelbar ☐ mittelbar

Beteiligung an dem kommunalen Steuerungsgremium im Rahmen des Projektes „Gewaltfreie Pflege:

Im Rahmen des Projektes werden folgende Akteure an dem Steuerungsgremium teilnehmen und involviert sein:

Bitte nennen Sie weitere Akteure in Ihrer Kommune, von denen Sie denken, dass Sie relevant sind für Interventionsmaßnahmen zur Gewaltprävention in der Pflege und von denen Sie sich eine Beteiligung am Projekt wünschen:

I. Ressourcen - Wissen

1a. Ist Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Ihrer Kommune ein Thema?

☐ Ja ☐ nein

1b. Wird Gewalt(-prävention) gegen ältere, pflegebedürftige Menschen in Ihrer Institution regelmäßig thematisiert?

☐ Ja ☐ nein (bei nein weiter mit Frage 1e)

1c. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Mitarbeiter Ihrer Institution mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ gut auskennen (z.B. Gewaltformen, Risikofaktoren benennen können, Interventionsabläufe kennen bei bestehender Gewalt)?

☐ Ja ☐ nein

1d. Wie wurden Mitarbeiter bislang in Ihrer Institution für das Thema Gewalt in der Pflege sensibilisiert? Findet die Wissensvermittlung/ Erfahrungsaustausch regelmäßig statt?

- ☐ Schriftliche Informationen (Organisationsinterne Rundschreiben, Informationsblätter, eigene Webseite)
- ☐ Fortbildungen/Schulungen (einmalig)
- ☐ Fortbildungen/ Schulungen (mehrmalig, unregelmäßig)
- ☐ Fortbildungen/Schulungen (regelmäßig, in folgenden Abständen):

- ☐ Plattformen/ Netzwerk für Erfahrungsaustausch
- ☐ Sonstige, nämlich: _____

1e. Besteht Bedarf an Wissensvermittlung zum Thema Gewalt in der Pflege in Ihrer Institution?

☐ ja ☐ nein

1f. Steht Mitarbeitern Ihrer Institution Schulungs- oder Informationsmaterial zur Gewaltprävention zur Verfügung?

☐ ja, nämlich: _____ ☐ nein, weiter mit 2

1g. Besteht Anpassungsnotwendigkeit des Materials (z.B. fehlende Inhalte)

☐ ja ☐ nein

1h. Wünschen Sie sich für Ihre Institution Schulungsmaßnahmen zum Thema Gewalt in der Pflege?

☐ ja, weil _____

☐ nein, weil _____

II. Ressourcen – Personal

2a. Gibt es in Ihrer Institution einen Ansprechpartner zum Thema Gewalt in der Pflege?

☐ ja, nämlich: _____ ☐ nein (bei nein weiter mit Frage 1c)

2b. Was macht diese Person im Allgemeinen und im Hinblick auf ihre Funktion zum Thema Gewalt (-Prävention) innerhalb Ihrer Institution?

–

2c. Wer ist aus Ihrer Sicht geeignet als Ansprechpartner zum Gewaltthema in Ihrer Institution? Bitte Benennen Sie diese Person namentlich und ihre Funktion?

–

2d. Welche Maßnahmen wünschen Sie sich, um besser als bislang dem Thema Gewaltprävention in der Pflege gerecht werden zu können im Rahmen Ihrer Institution?

☐ Fortbildungen/Schulungen

☐ Signalcards/Assessment

☐ Plakate/Flyer

☐ bestimmten Ansprechpartner auf kommunaler Ebene, nämlich: _____

☐ gewaltbeauftragte Ansprechperson

☐ Sonstige Maßnahmen, nämlich: _____

III. Ressourcen – unterstützend

3a. Wird in Ihrem institutionsspezifischen Leitbild/ Leitlinie zum Thema Gewalt in der Pflege Bezug genommen?

☐ ja ☐ nein

3b. Gibt es in Ihrer Institution bereits Handlungs-/ Dienstanweisungen zum Umgang mit Gewalt in der Pflege?

☐ ja, weiter mit Frage 2 ☐ nein

3c. Gewalt ist ein Thema in Ihrer Institution (siehe Wissen 1a). Wieso gibt es bisher keine Handlungsanweisungen zum Umgang mit Gewalt in der Pflege?

–

3d. Wird Gewalt in der Pflege in Ihrer Institution registriert und dokumentiert?

- ☐ ja, nämlich durch: _____
☐ nein, bei nein weiter mit Frage VI

3e. Werden die Gewaltregistrierung/ Dokumentation und die konkrete Gewaltaufklärung evaluiert?

- ☐ ja ☐ nein

3f. Werden die registrierten Daten zu Gewaltfällen/ Auftreten weitergeleitet?

- ☐ ja, an _____ ☐ nein

3g. Werden auf dieser Basis Interventionsmaßnahmen geplant und umgesetzt?

- ☐ ja, in Form von _____ ☐ nein

Interventionsverfahren. Ressourcen – Rolle

4a. Welche Aufgabe/ Funktionen sehen Sie für Ihre Institution im Rahmen der kommunalen Gewaltprävention?

—

4b. Wer sollte aus **Ihrer** Sicht die Funktion des zentralen Ansprechpartners in Ihrer Kommune übernehmen?

—

V. Ressourcen – organisational

5a. Gibt es Institutionen mit denen Sie in der Gewalt (-prävention) zusammen arbeiten?

- ☐ ja, nämlich: _____
☐ nein, weiter mit Frage **5d**

5b. In welchem Umfang besteht die Zusammenarbeit?

- ☐ regelmäßig/ dauerhaft ☐ unregelmäßig ☐ sonstiges

5c. Worin besteht im Einzelnen die Zusammenarbeit?

- ☐ Zusammenarbeit bei der Klärung & Lösung von konkreten Fällen
☐ gemeinsame politische Einflussnahme & Lobbyarbeit
☐ Informationsweitergabe
☐ Austausch von Schulungsmaterial
☐ sonstige Inhalte der Zusammenarbeit: _____

5d. Mit wem würden Sie eine Zusammenarbeit zur nachhaltigen Gewaltprävention auf kommunaler Ebene für sinnvoll halten?

VI. Rechtliche Legitimation

6a. Welche rechtlichen Befugnisse benötigen Sie/ Ihre Institution zukünftig aus Ihrer Sicht, um Gewalt präventiv begegnen zu können?

VII. Allgemeines/ Verbindlichkeit:

7a. Welche Maßnahmen wünschen Sie sich im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege ganz konkret?

7b. Ist Ihre Institution bereit, aktiv am Projekt teilzunehmen?

☐ja

☐nein

7c. Was könnte Ihre Institution konkret zum Projekt beitragen? In welcher Rolle sehen Sie sich und Ihre Institution im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege?

Qualitativer Leitfaden für die Experteninterviews mit den identifizierten Akteuren der Steuerungsgremien:

(angewandt in Potsdam und im Landkreis Fulda)

(Grau gedruckte Fragen sind optional)

Projekt Gewaltfreie Pflege Leitfaden für die Experteninterviews mit Akteuren

Soziodemographische Daten InterviewpartnerIn:

Name: _____

Institution: _____

Position: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Kommune: ☐ Stuttgart ☐ Potsdam ☐ Dortmund ☐ Landkreis Fulda

Für welches Setting sind Sie zuständig?:

☐ ambulant ☐ stationär ☐ beide Settings

☐ Sonstige:

Tätigkeitsbereich:

Inwiefern haben Sie mit älteren Menschen in der Langzeitpflege mittelbar bzw. unmittelbar zu tun?

Welche Zielgruppe fokussieren genau: (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Ältere Menschen | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |
| ☐ Pflegebedürftige Menschen | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |
| ☐ Opfer von Gewalt | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |
| ☐ vorwiegend weibliches Klientel | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |
| ☐ vorwiegend männliches Klientel | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |
| ☐ Sonstige, nämlich: _____ | ☐ unmittelbar | ☐ mittelbar |

I Offene Fragen zu Problembeschreibung und Lösungsansätzen

1.a. Welche Form der Gewalt gegen Ältere sehen Sie als das größte Problem?

1.b. Wo sehen sie die wichtigsten Ursachen der Gewalt?

1.c. Wo würden Sie Prävention ansetzen?

(Nachfrage: In Ihrer Institution / auf übergeordneter (kommunaler) Ebene)

1.e. Wo sehen Sie Ihre Institution in der Verantwortung für die Prävention von Gewalt gegen Ältere in der Pflege?

1.f. Was bräuchten sie, um diese Verantwortung wahrzunehmen? Unter welchen Bedingungen könnten Sie dies umzusetzen?

***Optional: 1.f.1.** Bräuchten Sie/Ihre Institution aus Ihrer Sicht (andere) rechtliche Befugnisse, um Gewalt besser präventiv begegnen zu können?
Wenn ja, welche?*

1.g. Wie realistisch ist das Eintreten dieser Bedingungen? Von wem / wovon wäre das abhängig?

II Offene Fragen zu Rolle / Beteiligung an dem kommunalen Steuerungsgremium im Rahmen des Projektes „Gewaltfreie Pflege:

2.a. *Falls nicht bereits beantwortet:*

Welche Aufgabe/ Funktionen sehen Sie für Ihre Institution im Rahmen einer kommunalen Gewaltprävention?

(Was könnte Ihre Organisation zu einer kommunalen Präventions- / Interventionsstruktur beitragen?)

2.b. Wer sollte aus Ihrer Sicht die Funktion des zentralen Ansprechpartners in Ihrer Kommune übernehmen?

2.c. *Falls nicht Teilnehmer in Steuerungsgremium:*

Im Rahmen des Projektes werden folgende Akteure an dem Steuerungsgremium teilnehmen und involviert sein:

2.d. Bitte nennen Sie weitere Akteure in Ihrer Kommune, von denen Sie denken, dass Sie relevant sind für Interventionsmaßnahmen zur Gewaltprävention in der Pflege und von denen Sie sich eine Beteiligung am Projekt wünschen:

2.e. Gibt es Institutionen mit denen Sie in der Gewalt (-prävention) zusammen arbeiten?

☐ ja, nämlich: _____

☐ nein, weiter mit Frage 2.h.

2.f. In welchem Umfang besteht die Zusammenarbeit?

- ☐ regelmäßig/ dauerhaft ☐ unregelmäßig
☐ sonstiges

2.g. Worin besteht im Einzelnen die Zusammenarbeit?

- ☐ Zusammenarbeit bei der Klärung & Lösung von konkreten Fällen
☐ gemeinsame politische Einflussnahme & Lobbyarbeit
☐ Informationsweitergabe
☐ Austausch von Schulungsmaterial
☐ sonstige Inhalte der Zusammenarbeit: _____

2.h. Mit wem würden Sie eine Zusammenarbeit zur nachhaltigen Gewaltprävention auf kommunaler Ebene für sinnvoll halten?

2.i. *Falls nicht bereits bei 1.c. beantwortet:*

Welche Maßnahmen wünschen Sie sich im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege ganz konkret?

2.j. Ist Ihre Institution bereit, aktiv am Projekt teilzunehmen?

☐ja ☐nein

2.k. *Falls nicht bereits bei 1.e. beantwortet:*

Was könnte Ihre Institution konkret zum Projekt beitragen? In welcher Rolle sehen Sie sich und Ihre Institution im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege?

2.l. Was sind Ihrer Meinung nach die größten zu erwartenden Schwierigkeiten in der Umsetzung einer Präventionsstrategie in Ihrer Kommune?

2.m. Wo sehen sie die Rolle des MDS / des Projektes „Gewaltfreie Pflege“ bei der Entwicklung und Umsetzung einer kommunalen Präventionsstrategie?

2.n. Haben Sie weitere Anmerkungen / Verbesserungsvorschläge?

III. Geschlossenen Fragen:

Die folgenden Fragen sind eher für Institutionen, die in direktem pflegenden Kontakt mit älteren Menschen sind

3.a. Optionale Frage Ist Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Ihrer Kommune

ein Thema?

☐ Ja

☐ nein

3.b. Wird Gewalt(-prävention) gegen ältere, pflegebedürftige Menschen in Ihrer Institution regelmäßig thematisiert?

☐ Ja ☐ nein (bei nein weiter mit Frage 1e)

3.c. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Mitarbeiter Ihrer Institution mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ gut auskennen (**optional**: z.B. *Gewaltformen, Risikofaktoren benennen können, Interventionsabläufe kennen bei bestehender Gewalt*)?

☐ Ja ☐ nein

Interventionsverfahren. Ressourcen – Personal

4.a. Gibt es in Ihrer Institution einen Ansprechpartner zum Thema Gewalt in der Pflege?

☐ ja, nämlich: _____ ☐ nein (bei nein weiter mit Frage 1c)

4.b. Was macht diese Person im Allgemeinen und im Hinblick auf ihre Funktion zum Thema Gewalt (-Prävention) innerhalb Ihrer Institution?

4.c. Wer ist aus Ihrer Sicht geeignet als Ansprechpartner zum Gewaltthema in Ihrer Institution? Bitte Benennen Sie diese Person namentlich und ihre Funktion?

4.d. Welche Maßnahmen wünschen Sie sich, um besser als bislang dem Thema Gewaltprävention in der Pflege gerecht werden zu können im Rahmen Ihrer Institution?

☐ Fortbildungen/Schulungen

☐ Signalcards/Assessment

☐ Plakate/Flyer

☐ bestimmten Ansprechpartner auf kommunaler Ebene, nämlich: _____

☐ gewaltbeauftragte Ansprechperson

☐ Sonstige Maßnahmen, nämlich: _____

V. Ressourcen – unterstützend

5.a. Wird in Ihrem institutionsspezifischen Leitbild/ Leitlinie zum Thema Gewalt in der Pflege Bezug genommen?

☐ ja

☐ nein

5.b. Gibt es in Ihrer Institution bereits Handlungs-/ Dienstanweisungen zum Umgang mit Gewalt in der Pflege?

☐ ja, weiter mit Frage 2 ☐ nein

5.c. Gewalt ist ein Thema in Ihrer Institution (siehe Wissen 1a). Wieso gibt es bisher keine Handlungsanweisungen zum Umgang mit Gewalt in der Pflege?

–

5.d. Wird Gewalt in der Pflege in Ihrer Institution registriert und dokumentiert?

☐ ja, nämlich durch: _____

☐ nein, bei nein weiter mit Frage VI

5.e. Werden die Gewaltregistrierung/ Dokumentation und die konkrete Gewaltaufklärung evaluiert?

☐ ja ☐ nein

5.f. Werden die registrierten Daten zu Gewaltfällen/ Auftreten weitergeleitet?

☐ ja, an _____ ☐ nein

5.g. Werden auf dieser Basis Interventionsmaßnahmen geplant und umgesetzt?

☐ ja, in Form von _____ ☐ nein

5.h. Wie wurden Mitarbeiter bislang in Ihrer Institution für das Thema Gewalt in der Pflege sensibilisiert? Findet die Wissensvermittlung/ Erfahrungsaustausch regelmäßig statt?

- ☐ Schriftliche Informationen (Organisationsinterne Rundschreiben, Informationsblätter, eigene Webseite)
- ☐ Fortbildungen/Schulungen (einmalig)
- ☐ Fortbildungen/ Schulungen (mehrmalig, unregelmäßig)
- ☐ Fortbildungen/Schulungen (regelmäßig, in folgenden Abständen): _____
- ☐ Plattformen/ Netzwerk für Erfahrungsaustausch
- ☐ Sonstige, nämlich: _____

5.i. Besteht Bedarf an Wissensvermittlung zum Thema Gewalt in der Pflege in Ihrer Institution?

☐ ja ☐ nein

5.j. Steht Mitarbeitern Ihrer Institution Schulungs- oder Informationsmaterial zur Gewaltprävention zur Verfügung?

☐ ja, nämlich: _____ ☐ nein, weiter mit 5.i

5.h. Besteht Anpassungsnotwendigkeit des Materials (z.B. fehlende Inhalte)

☐ ja ☐ nein

5.i. Wünschen Sie sich für Ihre Institution Schulungsmaßnahmen zum Thema Gewalt in der Pflege?

- ☐ ja, weil _____
- ☐ nein, weil _____

Fragebögen „Heimleiter/innen-Befragung“

Fragebogen „Soziodemographische Daten“

Die hier erhobenen personenbezogenen und institutionsspezifischen Daten werden separat von dem teilstandardisierten Fragebogen „Stationäre Pflegeeinrichtungen“ aufbewahrt. Ihre Erfassung dient den Projektpartnern lediglich der einfacheren Koordination und unterliegt dem Datenschutz.

Soziodemographische Daten:

Name:

Institution:

Position:

Geschlecht:

Teilnahmebereitschaft:

Ist Ihre Institution bereit, weiterhin am Projekt Gewaltfreie Pflege teilzunehmen?

☐ Ja ☐ Nein

Fragebogen „Stationäre Pflegeeinrichtungen“ (Institutionsperspektive)**I. Ressourcen – Wissen:**

1a. Wird das Thema Gewalt gegen ältere & pflegebedürftige Menschen aus Ihrer Sicht in Ihrem Mund ausreichend thematisiert?

☐ Ja, durch folgende Maßnahmen:

☐ Nein, es muss sich folgendes ändern:

1b. Wird Gewalt(-prävention) gegen ältere, pflegebedürftige Menschen in Ihrer Institution regelmäßig thematisiert?

☐ Ja, durch folgende Maßnahmen:

☐ Nein, weil:

1c. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Mitarbeiter Ihrer Institution mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ gut auskennen (z.B. in der differenzierten Einschätzung von Gewaltformen, der Kenntnis über Risikofaktoren, interne & externe Interventionsketten kennen)?

☐ Ja

☐ Grundkenntnis vorhanden, differenziertes Wissen nötig/sinnvoll

☐ Nein

1d. Wie wurden Mitarbeiter Ihrer Institution bislang für das Thema Gewalt in der Pflege sensibilisiert?

☐ Schriftliche Informationen (z.B. organisationsinterne Rundschreiben, Informationsblätter, schriftliche Dienstanweisungen, Leitbild, Webseite), nämlich:

☐ einmalige Fortbildung/Schulung

☐ mehrmalige, unregelmäßige Fortbildung/ Schulung

☐ mehrmalige, regelmäßige Fortbildung/ Schulung

☐ spez. Plattformen/ Netzwerke zum Erfahrungsaustausch

☐ kollegiale Fallberatung zum Thema Gewalt

☐ Sonstige, nämlich: _____

1e. Besteht Bedarf an Wissensvermittlung zum Thema Gewalt in der Pflege in Ihrer Institution?

☐ Ja, insbesondere für folgende Inhalte:

☐ Nein

1f. Steht Mitarbeitern Ihrer Institution Schulungs- & Informationsmaterial zur Gewaltprävention zur Verfügung?

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein, weiter mit Frage 1h

1g. Besteht Anpassungsnotwendigkeit des Materials (z.B. fehlende Inhalte)

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein

1h. Wünschen Sie sich konkret Schulungsmaßnahmen zum Thema Gewalt in der Pflege?

☐ Ja, mit folgendem Schwerpunkt:

☐ Nein

1i. Wünschen Sie sich für Ihre Institution weitere Maßnahmen, um Gewalt in der Pflege präventiv gerecht zu werden?

☐ Signalcards & Assessmentinstrumente, um Gewalt strukturell zu erfassen

☐ Plakate/ Flyer

☐ eine Ansprechperson für Gewaltprävention innerhalb ihrer Institution

☐ weitere Maßnahmen, nämlich:

—

II. Ressource – Personal:

2a. Gibt es in Ihrer Institution einen Ansprechpartner zum Thema Gewalt in der Pflege?

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein. Wer wäre aus Ihrer Sicht ein geeigneter Ansprechpartner in Ihrer Institution?
(weiter mit Frage 3a.):

2b. Welche Aufgaben & Funktionen übernimmt die unter 2a. angegebene Person im Hinblick auf Gewalt in der Pflege und möglichen Präventivmaßnahmen im Einzelnen?

—

III. Ressource – unterstützend:

3a. Wird in Ihrem institutionsspezifischen Leitbild/ Leitlinie zum Thema Gewalt in der Pflege explizit Bezug genommen?

☐ Ja, unmittelbar & ausdrücklich

☐ Ja, aber nur mittelbar bzw. ableitbar von folgenden Inhalten:

☐ Nein

3b. Gibt es in Ihrer Institution konkrete Handlungs-/Dienstanweisungen, wie mit Gewaltfällen umzugehen ist?

☐ Ja, nämlich (weiter mit Frage 3e.):

☐ Nein

3c. Warum gibt es bisher keine Handlungsanweisungen, wie mit Gewaltfällen umzugehen ist?

3e. Werden Gewaltfälle in Ihrer Institution registriert & dokumentiert?

☐ Ja, durch:

☐ Nein

3f. Wird die Gewaltregistrierung bzw. Dokumentation und die Aufklärung des Gewaltfalles evaluiert?

☐ Ja, durch:

☐ Nein

3g. Werden registrierte Gewaltfälle zur Auswertung weitergeleitet?

☐ Ja, an externe Institution

☐ Ja, nur interne Auswertung

☐ Nein

3h. Werden auf Basis der registrierten und ausgewerteten Gewaltfälle spezifische Interventionsfälle geplant und umgesetzt?

☐ Ja, in Form von:

☐ Nein

Interventionsverfahren.**Ressource – Rolle:**

4a. Welche Aufgabe und Funktion sehen Sie für ihre Institution im Rahmen der kommunalen Gewaltprävention?

- 4b.** Wer sollte aus Ihrer Sicht die Funktion des zentralen Ansprechpartners für Gewaltfälle in der Pflege innerhalb ihrer Kommune übernehmen (bitte namentlich benennen)?

V. Ressource – organisational:

- 5a.** Gibt es bereits Institutionen mit denen Sie im Rahmen der Gewaltprävention in der Pflege zusammenarbeiten?

☐ Ja, nämlich:

☐ Nein, weiter mit 5d.

- 5b.** In welchem Umfang besteht die Zusammenarbeit?

☐ Regelmäßig/ dauerhaft

☐ Unregelmäßig

☐ Sonstiges:

- 5c.** Worin besteht die Zusammenarbeit?

☐ Bei der Klärung & Lösung von Fällen

☐ politische Einflussnahme & Lobbyarbeit

☐ Informationsaustausch

☐ Austausch von (Schulungs-)Material

☐ Sonstige Zusammenarbeit:

- 5d.** Mit wem halten Sie eine Zusammenarbeit zur nachhaltigen Gewaltprävention auf kommunaler Ebene für sinnvoll?

—

VI. Rechtliche Legitimation:

- 6a.** Welche rechtlichen Befugnisse benötigt Ihre Institution zukünftig vom Gesetzgeber, um Gewalt präventiv begegnen zu können?

—

VII. Allgemeines/ Verbindlichkeit:

- 7a.** Welche Maßnahmen wünschen Sie sich im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege ganz konkret um die stationäre Gewaltprävention in der Pflege für die Kommune Dortmund zu verbessern?

—

- 7b.** Was kann Ihre Institution konkret zum Projekt beitragen? In welcher Rolle sehen Sie ihre Institution im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege?

10.2 Instrumente der wissenschaftlichen Begleitforschung

10.2.1 Expertenleitfaden zur Reflektion der Implementierungsphase (Erhebungsphase 2)

Interviewleitfaden mit kommunalen Ansprechpersonen zur Intervention/ Prävention bei Gewalt in der Langzeitpflege (Reflektion der Implementierungsphase)

Vielen Dank, dass Sie uns die Gelegenheit für dieses Interview geben!

Nachdem in ihrer Kommune kommunale Maßnahmen entwickelt wurden zur Prävention/ Intervention bei Gewalt in der Langzeitpflege älterer Menschen und diese Maßnahmen eingeführt worden sind, möchten wir Sie über die Implementierungsergebnisse befragen.

Im Rahmen des Interviews möchten wir von Ihnen wissen, welche Aspekte sich förderlich und hinderlich auf die Implementierung von Maßnahmen ausgewirkt haben. Ihre Erfahrungen sollen dazu dienen Handlungsempfehlungen auch an andere Kommunen aussprechen zu können.

Das Interview wird ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen und ich möchte während des Interviews ein Aufnahmegerät mitlaufen lassen zur besseren Kontrolle meiner Mitschrift und zur Gewährleistung der späteren Auswertung. Sind Sie damit einverstanden?

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verarbeitet.

Haben Sie vor Beginn des Interviews noch Fragen?

Dann würde ich das Aufnahmegerät nun anstellen und mit der Interviewsituation beginnen!

Themenschwerpunkt 1: Implementierungsergebnisse (kommunaler Zuständigkeiten)

Aus der Entwicklungsphase zeigte sich, dass kommunenspezifische Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege festgelegt wurden:

Stuttgart: Interventionsverfahren bei Gewalt in der häuslichen Pflege mit

Erstanlaufstelle bei Pflegestützpunkten und geclusterte, standardisierte Weiterleitung von Informationen an fallbegleitende Institutionen (Bürgerservice Leben im Alter, GerBera, Gesundheitsamt, bei akuten Situationen an ordnungsrechtliche Instanzen Ordnungsamt, Polizei, Krisendienste)

Dortmund: 2-geteilte Zuständigkeit bei Gewalt in der Pflege (Setting übergreifend):

- *Seniorenbüros als gewaltpräventive, sensibilisierende Ansprechstrukturen*
- *Heimaufsicht als gewaltintervenierende Ansprechstrukturen*
- *Intensivierte Zusammenarbeit/ Vernetzung*

Fulda: Erstanlaufstelle Schutzambulanz bei Gewalt in der Pflege und

Weitervermittlung an fallbegleitende Instanzen (Hessisches Amt für Versorgung und Soziales, wenn prof. Versorgende involviert sind und Pflegestützpunkt in der häuslichen Pflege)

A. Wiedergabetreue:

- Inwiefern konnten die geplanten kommunalen Zuständigkeiten wie geplant umgesetzt werden, hinsichtlich:
- Bestand eine zentrale Falldokumentation/ Clusterung von Fällen? Wie sah diese aus?
- Wurde systematisch eine Rückmeldung nach Fallbegleitungen an zentrale Zuständigkeiten über den Fallausgang durchgeführt?
- Vernetzung mit anderen (fallbegleitenden) Institutionen, wie sieht die stärkere Vernetzung in der Praxis aus?
- Ansprechzeiten der zentralen Zuständigkeiten, Gibt es eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung bzw. Rufbereitschaft?
- Gab es Anpassungen während der praktischen Implementierung? Welche?
- Gab es weitere Maßnahmen, die nicht implementiert werden konnten? Warum nicht?
- Auf welche Probleme sind Sie in der Anwendung des Fallerfassungsbogens gestoßen?

B. Widerstände

- Auf welche (internen und externen) Widerstände sind Sie während der Implementierung kommunaler Zuständigkeiten gestoßen?

C. Ressourcen

- Welche Ressourcen mussten zusätzlich aufgewendet werden im Hinblick auf:
- kommunale Zuständigkeiten (u.a. personelle Verstärkung, Materialkosten)
- Wer hat die Kosten getragen?

D. Nutzung und Angemessenheit

- Inwiefern halten Sie die kommunalen Zuständigkeiten für angemessen, um mit Gewalt in der Pflege umzugehen?
- Werden die Zuständigkeiten genutzt? In welchem Umfang?
- Sehen Sie Lücken in der Versorgung?

E. Gewaltfallbegleitung (auch Fälle von massiver Überforderung, die Gewalt vermuten lassen)

- Führen die kommunalen Zuständigkeiten dazu, dass Gewaltfälle tatsächlich abgewendet werden können? Welche Institutionen sind dabei noch involviert?
- Welche Handlungsstrategien haben sich als sinnvoll erwiesen, um einen Zugang zum Klientel (Opfer, Täter) herzustellen?
- Welche Unterstützung oder Interventionsmaßnahmen wurden in den konkreten Fällen für Opfer/ Täter angegangen?

F. Handlungssicherheit

- Haben Sie den Eindruck, dass die kommunalen Zuständigkeiten zu mehr Handlungssicherheit führen konnten im Hinblick auf
- fallbegleitende Strukturen
- Zielgruppe (fallaufdeckende Akteure)
- Betroffene (Opfer, Täter)?
Und inwiefern?

Themenschwerpunkt 2: Öffentlichkeitsarbeit

Bitte schildern Sie, welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit in Ihrer Kommune tatsächlich umgesetzt wurden, im Hinblick auf Inhalte und Zielgruppen? in der

Welche Strategien haben Sie verwendet, um die Öffentlichkeitsarbeit nachhaltig zu gestalten?

Welche Kosten sind im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit entstanden und wer hat diese getragen?

Für wie angemessen beurteilen Sie die durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit?

Themenschwerpunkt 3: Mitarbeiterschulungen/ Sensibilisierung

Welche Strategien wurden unternommen, um die Mitarbeiterebene der kommunalen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege über die Tätigkeitserweiterungen aufzuklären?

Welche Inhalte wurden dabei angesprochen?

Haben Sie den Eindruck, dass die gesamte Belegschaft von den MA adaptiert werden konnte?

Sind Kosten dabei entstanden und wer hat diese getragen?

Für wie angemessen beurteilen Sie die Mitarbeiterschulungen/ Sensibilisierung?

Themenblock 4: Weitere förderliche & hinderliche Faktoren während der Implementierung

Bitte benennen Sie offen, welche Aspekte Sie als förderlich und hinderlich während der Implementierungsphase erlebt haben?

Themenblock 5: Übertragbare Empfehlungen

Bitte überlegen Sie abschließend, welche Empfehlungen Sie an andere Kommunen bei der Implementierung von kommunalen Zuständigkeiten aussprechen würden, im Falle der Implementierung von kommunalen Zuständigkeiten bei Gewalt in der Pflege?

Vielen Dank für Ihre Zeit

10.2.2 Fragebogen zu kommunalen Auftaktveranstaltungen in Dortmund und Fulda

Fragebogen zur kommunalen Auftaktveranstaltung des Projektes <i>Gewaltfreie Pflege (GfP)</i>			
<u>I. Angaben zur Person</u>			
Alter: _____ Jahre			
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich			
In welchem Bezug stehen sie zum Pflegekontext?			
☐ Professioneller Kontext, wenn ja: welche Trägerschaft? ☐ Staatlich ☐ Privat ☐ Wohlfahrt			
☐ Laienkontext (z.B. pflegende Angehörige) ☐ Sonstiges: _____			
Welche Tätigkeit üben Sie genau im pflegerischen Kontext aus (Welche Position bekleiden Sie, wenn Sie im prof. Versorgungsbereich tätig sind)?			
_____ _____ _____			
<u>II. Bewertung der Veranstaltung</u>			
<u>Organisation</u>			
<i>Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation der Veranstaltung (Einladung, Umfang, Teilnehmerzahl, Gestaltungsrahmen)?</i>			
sehr unzufrieden (1)	unzufrieden (2)	zufrieden (3)	sehr zufrieden (4)
Bitte notieren Sie hier etwas, wenn Sie Anmerkungen bezüglich der Veranstaltungsorganisation haben:			
_____ _____ _____			
<u>Inhalte</u>			
<i>Wie zufrieden sind Sie mit den Inhalten der Veranstaltung?</i>			
sehr unzufrieden (1)	unzufrieden (2)	zufrieden (3)	sehr zufrieden (4)
<i>Ich habe neue Inhalte dazu gelernt?</i>			
ich stimme gar nicht zu (1)	ich stimme eher nicht zu (2)	ich stimme etwas zu (3)	ich stimme zu (4)
Bitte notieren Sie hier etwas, wenn Sie Anmerkungen bezüglich der Veranstaltungsinhalte haben:			
_____ _____ _____			
<u>Praktische Konsequenzen</u>			
<i>Ich halte die Inhalte der Veranstaltung für meine praktische Tätigkeit für bedeutsam.</i>			
ich stimme gar nicht zu (1)	ich stimme eher nicht zu (2)	ich stimme etwas zu (3)	ich stimme zu (4)
<i>Wenn ich Gewalt- oder Überforderungssituationen in der Pflege begegne, halte ich es für realistisch, die kommunal zuständigen Akteure zu involvieren.</i>			
ich stimme gar nicht zu (1)	ich stimme eher nicht zu (2)	ich stimme etwas zu (3)	ich stimme zu (4)

Die heutige Veranstaltung hat meine Handlungssicherheit im Umgang mit Gewalt- & Überforderungssituationen in der Pflege gestärkt.

ich stimme gar nicht zu

(1)

ich stimme eher nicht zu

(2)

ich stimme etwas zu

(3)

ich stimme zu

(4)

Nutzen & Erwartungen

Bitte notieren Sie, welchen Nutzen Sie in den Akteuren mit kommunaler Zuständigkeit bei Gewalt- und Überforderungssituationen in der Pflege sehen.

Bitte notieren Sie, welche Erwartungen Sie an die kommunalen Akteure bei Gewalt und Überforderung in der Langzeitpflege älterer Menschen haben.

10.2.3 Kommunal (Gewalt-)Fallerfassungsbogen



GEWALTFREIE PFLEGE
PREVENTION OF ELDER ABUSE

Fragebogen zur Begleitung von kritischen Fällen im Projekt Gewaltfreie Pflege

Zielsetzung & Anwendungshinweise

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vorliegende Fragebogen dient der Begleitung von kritischen Fällen in Pflegesituationen im Rahmen des Projektes *Gewaltfreie Pflege* durch die kommunal zuständigen Akteure. Es sollen Informationen generiert werden, die Aufschluss über die Fallart, das Fallaufkommen, die Kontaktaufnahme, den Begleitungsprozess und den Fallabschluss geben. Dabei unterscheidet der Fragebogen eine **präventive von einer intervenierenden** Fallbegleitung. Es sollen nur die Fälle dokumentiert werden, die **von Außen** (z.B. durch Angehörige, andere Institutionen) an die begleitenden Institutionen herangetragen wurden.

Die Universität zu Köln bittet die kommunalen Akteure darum, den Fragebogen im Zeitraum vom 01.05.15 – 31.10.15 (6 Monate) anzuwenden. Bei Abschluss der Begleitung eines kritischen Falles bitten wir darum, dass der digitale Fragebogen ausgefüllt an die Emailadresse michael.neise@uni-koeln.de zurückgeschickt wird.

Für Ihre aktive Unterstützung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung möchten wir uns nochmals herzlich bedanken.



Humanwissen-
schaftliche Fakultät

Department für
Heilpädagogik und
Rehabilitation

Lehrstuhl für
Rehabilitations-
wissenschaftliche
Gerontologie

Prof. Dr. Susanne Zank
(Projektleitung)

Michael Neise
(wiss. Mitarbeiter)

Herbert-Lewin-Str. 2
50931 Köln

Telefon
+49 221 470-4786

Telefax
+49 221 470-3793

Email:
michael.neise@uni-koeln.de



Digitaler Fallfassungsbogen bei kritischen Fällen in der Pflege

Begleitende (ausfüllende) Institution:

Datum:

1. Fallschilderung & Falleinschätzung

Bitte unterscheiden Sie im folgenden Abschnitt zunächst in eine:

A. Intervenierende Fallbegleitung

Im vorliegenden Fall ist bereits Gewalt gegen eine ältere, pflegebedürftige Person (>65 Jahre) aufgetreten und machte eine intervenierende Fallbegleitung nötig,

B. Präventive Fallbegleitung

Im vorliegenden Fall bestand eine Pflegesituation in der ein Gewaltauftreten gegen eine ältere und pflegebedürftige Person (> 65 Jahre) ohne Ihre institutionelle Unterstützung zukünftig nicht ausgeschlossen werden konnte.

Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur in einer Spalte aus, je nachdem ob **A. Intervenierende Fallbegleitung** oder **B. Präventive Fallbegleitung** vorlag.

A. Intervenierende Fallbegleitung

Bitte schildern Sie kurz den Fall bei Kontaktaufnahme. Warum wurde Ihre Institution um Unterstützung gebeten? Warum musste in dem vorliegenden Fall interveniert werden?

B. Präventive Fallbegleitung

Bitte schildern Sie kurz den Fall bei Kontaktaufnahme. Warum wurde Ihre Institution um Unterstützung gebeten? Warum war eine präventive Fallbegleitung nötig? Gab es Anzeichen für ein erhöhtes Gewaltrisiko? Wenn ja, welche?



GEWALTFREIE PFLEGE
PREVENTION OF ELDER ABUSE

Gewaltform & Intensität
(Mehrfachnennung möglich)

Gewaltform

☐ körperliche Gewalt

☐ psychische Gewalt

☐ sexualisierte Gewalt

☐ Vernachlässigung

☐ nicht legitimierte
freiheitsentziehende
Maßnahmen

☐ Finanzielle Ausbeutung

☐ Sonstiges: _____

Gewaltintensität

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

☐ niedrig

☐ mittel

☐ hoch

2. Erstkontakt

(Bitte machen Sie in diesem Abschnitt Angaben zur kontaktaufnehmende Person)

Wer hat sich mit dem kritischen Fall an Ihre Institution gewendet (bitte Bezug zur pflegebedürftigen Person angeben z.B. Angehöriger, prof. Pflegekraft, andere Institution)

3. Angaben zur älteren pflegebedürftigen Person

(Bitte machen Sie in diesem Abschnitt Angaben zur pflegebedürftigen Person)

Alter: _____

Geschlecht:

☐ weiblich

☐ männlich



GEWALTFREIE PFLEGE
PREVENTION OF ELDER ABUSE

Familienstand:		Pflegestufe:	
☐	verheiratet	☐	0
☐	verwitwet	☐	1
☐	geschieden	☐	2
☐	Lebenspartnerschaft	☐	3
☐	ledig	☐	3 mit Härtefall
Demenzdiagnose:		Demenzschwere:	
☐	Ja, wenn ja:	☐	leichte Demenz
☐	Nein	☐	mittlere Demenz
☐		☐	schwere Demenz
Wohnsituation der pflegebedürftigen Person bei Erstkontakt:			
☐	in eigenem Haushalt, wenn ja:	Wie viele weitere Personen und wer?	
☐	(Pflege-) Heim		
☐	Alternative Wohnform (z.B. Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen)		
☐	Sonstige Wohnform: _____		
Pflegerische Versorgungssituation bei Erstkontakt:			
☐	selbstständig (ohne fremde Hilfe)	Wer ist Hauptpflegeperson?	
☐	Versorgung durch Laienpflege, wenn ja:	☐	Ehemann
		☐	Ehefrau
		☐	Sohn
		☐	Tochter
		☐	Schwiegersohn
		☐	Schwiegertochter
		☐	anderer Angehöriger/ Freund
☐	Versorgung durch ambulanten Pflegedienst		
☐	Versorgung im stationären Pflegesetting (z.B. Pflegeheim)		
☐	Sonstiges: _____		



GEWALTFREIE PFLEGE
PREVENTION OF ELDER ABUSE

4. Angaben zu der Person, die in den kritischen Fall involviert ist

(Bitte machen Sie in diesem Abschnitt Angaben zu der Person, die neben der pflegebedürftigen Person, ebenfalls in den kritischen Fall involviert ist)

Alter: _____

Geschlecht:

☐ weiblich

☐ männlich

Beziehungsgrad zur pflegebedürftigen Person:

☐ Angehörige(r),
wenn ja:

Welche verwandtschaftliche Beziehung?

☐

Ehemann

☐

Ehefrau

☐

Sohn

☐

Tochter

☐

Schwiegersohn

☐

Schwiegertochter

☐

anderer Angehöriger/ Freund

☐ Prof. Pflegekraft

☐ Sonstige: _____

Wohnsituation: Lebt mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt?

☐ Ja

☐ Nein

5. Fallbegleitung

(Bitte schildern Sie in diesem Abschnitt, wie sich die Fallbegleitung gestaltet hat)

Bitte schildern Sie welche Maßnahmen Sie in dem vorliegenden Fall getroffen haben um die Situation der **pflegebedürftigen Person** zu verbessern:

Bitte schildern Sie welche Maßnahmen Sie in dem vorliegenden Fall getroffen haben um die Situation für **die Person** zu verbessern / zu verändern, die **in den kritischen Fall (mit-) involviert** gewesen ist:



GEWALTFREIE PFLEGE
PREVENTION OF ELDER ABUSE

Kontakthäufigkeit

Wie viele Kontakte hat es über die Fallbegleitung gegeben...

...mit der pflegebedürftigen Person?

- ☐ 0 Kontakte
☐ 1 Kontakt
☐ 2 Kontakte
☐ 3 Kontakte
☐ 4 Kontakte
☐ >4 Kontakte

...mit der Person, die in den kritischen Fall involviert war?

- ☐ 0 Kontakte
☐ 1 Kontakt
☐ 2 Kontakte
☐ 3 Kontakte
☐ 4 Kontakte
☐ >4 Kontakte

...mit beiden zusammen?

- ☐ 0 Kontakte
☐ 1 Kontakt
☐ 2 Kontakte
☐ 3 Kontakte
☐ 4 Kontakte
☐ >4 Kontakte

Wo haben dabei die Kontakte überwiegend stattgefunden...?

...mit der pflegebedürftigen Person?

...mit der Person, die in den kritischen Fall involviert war?

...mit beiden zusammen?

Fallkonsequenz

Welches Ergebnis konnte in dem vorliegenden Fall erreicht werden? Welche Konsequenzen ergaben sich für die pflegebedürftige Person und die Person, die in den kritischen Fall involviert (gewesen) ist? Warum konnte der Fall möglicherweise nicht abgeschlossen werden?

Anmerkungen

Bitte notieren Sie abschließend weitere Anmerkungen, die Sie zu diesem Fall haben. Gab es Besonderheiten?

11 Anhang III: Erstellte Materialien und Verbreitung der Projektergebnisse

11.1 Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit

Im Projekt erstellte Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit

In den Modellkommunen wurden im Laufe des Projektes (in Stuttgart bereits vor Beginn des Projektes) verschiedene Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit erstellt. Außerdem erschienen in lokalen Zeitungen und auf Internetpräsenzen Artikel über das Projekt, Ankündigungen von und Berichte über Veranstaltungen im Rahmen der Projektdurchführung. Als Beispiele für eine mögliche Öffentlichkeitsarbeit zum Thema werden im Folgenden die während des Projekts von den Kommunen und vom MDS erarbeiteten Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit dokumentiert, zum anderen weitere ‚gute-Praxis‘-Beispiele aus anderen Ländern vorgestellt²⁷⁶. In Kapitel 10.3 sind unter *Presseartikel und Öffentlichkeitsarbeit in den Modellkommunen im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege* weitere Dokumente der Öffentlichkeitsarbeit in den Kommunen aufgeführt.

²⁷⁶ Das Copyright liegt bei den jeweiligen Veröfentlichern.

Anlage 1: Stuttgarter Flyer „Damit Pflege nicht zu Qual wird“

Liebe Pflegepatienten, liebe Angehörige,

Liebe Stuttgarterinnen,
liebe Stuttgarter,

die Pflege der älteren Generation gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen betreut und versorgt.

Diese Tätigkeit kostet viel Kraft, körperlich wie auch seelisch. Manchmal geht es über die Kräfte. Damit eine derartige Situation möglichst nicht entsteht, gibt es eine Reihe von Beratungsmöglichkeiten in Stuttgart, die Sie in kritischen Pflegesituationen in Anspruch nehmen können.

Stellen Sie die Fragen, wie Sie eine gute und langfristige Pflege zu Hause gewährleisten können, zu Ihrem eigenen Wohl und zum Wohl Ihrer Angehörigen.



Ihr
Oberbürgermeister
Dr. Wolfgang Schuster



Häusliche Pflege: Herausforderung oder Überforderung

Plötzlich und ohne große Vorlaufzeit können Sie durch Krankheit oder Unfall pflegebedürftig werden und Ihre Angehörigen müssen entscheiden, ob sie diese Aufgabe übernehmen wollen. Dabei lassen sich häufig weder Umfang noch Dauer der Pflege abschätzen.

Tipp: Nehmen Sie sich Zeit, miteinander über Wünsche, Ängste und gegenseitige Belastungen zu reden. Lassen Sie sich gemeinsam beraten!

Sie haben ein Recht auf Information und Beratung über

- Auswirkungen der Krankheiten im Alter
- Pflegerische Hilfen (Pflegedienste, Kurzzeitpflege, Tagespflege)
- Anträge auf finanzielle Unterstützung
- Praktische Entlastung
- Hilfsmittel
- Psychologische Begleitung
- Individuelle Schulungen und Pflegekurse

Kann und will ich die Pflege übernehmen?

In der Regel übernehmen die Frauen in den Familien diese Aufgabe mit großem Engagement. Sie ahnen zunächst nicht, was auf sie zukommt.

Im Laufe der Zeit werden die Auswirkungen auf die eigene Berufstätigkeit und die Familie deutlich. Wird die Pflege nicht auf viele Schultern verteilt, drohen schnell Belastung, Überforderung, Erschöpfung.

Nehmen Sie sich Zeit zu prüfen, ob Sie die häusliche Pflege übernehmen können / wollen.

Folgende Fragen können hilfreich sein:

- Bin ich wirklich bereit, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen?
- Bin ich körperlich und seelisch dazu in der Lage?
- Was bedeutet dies für meine Familie und meine sozialen Beziehungen?
- Kann ich wirklich Beruf / Familie und Pflege vereinbaren?
- Möchte / kann ich meine Arbeitszeit reduzieren?
- Was bedeutet dies für meine finanzielle Situation?
- Wer kann mich unterstützen (weitere Angehörige? Professionelle Dienste...)?

Wenn Sie bereits pflegen...

Oft werden erst im Laufe der Zeit die Auswirkungen auf die eigene Familie deutlich. Wird die Pflege nicht auf viele Schultern verteilt, drohen schnell Belastung, Überforderung, Erschöpfung.

Anzeichen können sein:

- Sie werden krank
- Sie weinen schnell
- Sie rasten schnell aus, schimpfen oder schlagen eventuell sogar

Tipp: Schützen Sie sich vor Überforderung!

- Lehnen Sie zu weitgehende Forderungen des Pflegebedürftigen klar ab.
- Holen Sie sich Unterstützung zum Beispiel durch professionelle Dienste, ehrenamtliche Besuchsdienste, Tagesbetreuung oder Kurzzeitpflege.
- Sprechen Sie über Ihre Gefühle.

Gewalt in der Pflege

Nicht selten entstehen Grenzsituationen in der Pflege, in denen es im Extremfall auch zu Gewalthandlungen kommen kann, wie zum Beispiel Beschimpfungen, Drohungen, Einsperren und Schlagen.

Gewalt kann sich aber auch als Vernachlässigung, als Einschränkung des freien Willens oder als finanzielle Ausbeutung zeigen. Gewalt kann von allen Beteiligten an der Pflege ausgehen.

Tipp: Setzen Sie Grenzen, wenn es zu verbalen oder tätlichen Übergriffen des / der Pflegebedürftigen kommt!

Aggressionen oder gewalttätige Handlungen von Pflegepersonal sind nicht akzeptabel – sprechen Sie darüber!

Falls Sie selbst gewalttätig geworden sind, bitten Sie Nachbarn oder Freund, die Pflege für einige Zeit zu übernehmen.

Suchen Sie für sich Beratung und eventuell therapeutische Begleitung.

Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege

Auf Initiative der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart, hat sich ein Runder Tisch zum Thema „Gewalt in der häuslichen Pflege“ gebildet.

Ziel dieses interdisziplinären Fachaustausches ist es, gemeinsam gegen Gewalt in der Pflege aktiv zu werden.

Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern, Landeshauptstadt Stuttgart Eberhardstr. 61,
Tel. 0711 – 216-6395.

Beratungsmöglichkeiten in Stuttgart für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Landeshauptstadt Stuttgart, Bürgerservice
Leben im Alter, Eberhardstr. 33,
Tel. 07112163818
(in jedem Stadtteil vertreten)

StadtSeniorenRat
Beschwerde- und Beratungsstelle für Probleme der Altenpflege, Fritz-Elsas-Str. 40,
Tel. 0711 – 6509923

Gerontopsychiatrische Dienste
Ihre Pflegekasse
Ihr Pflegestützpunkt
Ihre hausärztliche Praxis

Informationen und Anlaufstellen finden Sie auch unter

www.netz-fuer-pflegende.de
www.alzheimerberatung-stuttgart.de

Herausgeber

- Stadt Stuttgart
- TK-Landesvertretung Baden-Württemberg

STUTTGART 

**Techniker
Krankenkasse**
Gesund in die Zukunft.

11 / 2010

Gemeinsam aktiv
gegen Gewalt in der
häuslichen Pflege

STUTTGART 

**Techniker
Krankenkasse**
Gesund in die Zukunft.

Anlage 2: Einladungen Fachkongresse 2011 und 2012 Stuttgart

Anmeldung

Fachkonferenz für Pflegedienstleitungen
Gewalt in der häuslichen Pflege
Erkennen. Klären. Lösungen finden.

An der Fachkonferenz am 14. Juli 2011,
13.30 bis 17.00 Uhr, nehme ich teil:

Name, Vorname

Arbeitgeber

Adresse

Telefon

E-Mail

Ich melde mich für folgenden Workshop an
(Pro Teilnehmer/in ein Workshop):

WORKSHOP 1	
WORKSHOP 2	
WORKSHOP 3	

Bitte tragen Sie eine **1** für den Workshop ein, an dem Sie vorrangig teilnehmen möchten, und eine **2** für die Alternative, falls der von Ihnen gewünschte Workshop schon überfüllt ist.

Ort, Datum Unterschrift

Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege

Auf Initiative der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich ein Runder Tisch zum Thema „Gewalt in der häuslichen Pflege“ gebildet. Ziel dieses interdisziplinären Fachaustausches ist es, gemeinsam gegen Gewalt in der häuslichen Pflege aktiv zu werden.

Beteiligt am Fachaustausch sind Ausbildungsbetriebe, Beratungsstellen und -dienste, Berufsverbände, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Pflegedienste, Polizei, der StadtSeniorenrat sowie weitere städtische Ämter und Dienststellen.

Der Runde Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ trifft sich viermal jährlich.

Folgende weitere Aktivitäten sind geplant:

Einrichtung einer Anonymen Beratung für Pflegekräfte ab September 2011

Wir freuen uns über weitere Institutionen und Einrichtungen, die sich gegen Gewalt in der häuslichen Pflege engagieren wollen.

Tagungsort:
Rathaus
Marktplatz 1
70173 Stuttgart
Mittlerer Sitzungssaal
4. Stock

Tagungskosten:
Keine

Anmeldung bis 1. Juli 2011
mit dem Anmeldeformular per Post, Fax oder Mail

Wir versenden keine Anmeldebestätigung. Anmeldungen werden nach Datumseingang berücksichtigt. Sollten mehr Anmeldungen eingehen als die Kapazität erlaubt, müssen wir leider Absagen verschicken.

Veranstalterin:
Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern der Landeshauptstadt Stuttgart in Zusammenarbeit mit dem Runden Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“

Kontakt:
Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern
Hannelore Ernst
Telefon 0711/216-6395
Fax 0711 / 216-6945
E-Mail: Hannelore.Ernst@Stuttgart.de

Fachkonferenz

für Pflegedienstleitungen
14. Juli 2011

Gewalt in der häuslichen Pflege

Erkennen. Klären. Lösungen finden.

STUTTGART | 

Sehr geehrte Pflegedienstleitung,

als Führungskraft in der ambulanten Pflege sind Sie jeden Tag mit anspruchsvollen Aufgaben und neuen Herausforderungen konfrontiert. Von Ihrer Führungskompetenz und Ihrem Fachwissen hängen nicht nur Pflegequalität, sondern auch Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab.

Nicht selten entstehen in der häuslichen Pflege Grenzsituationen, in denen es im Extremfall auch zu Gewalthandlungen wie Beschimpfungen, Drohungen, Einsperren oder Schlägen kommen kann. Gewalt kann sich aber auch als Vernachlässigung, als Einschränkung des freien Willens oder als finanzielle Ausbeutung zeigen. Gewalt kann von allen an der Pflege Beteiligten ausgehen:

- Pflegekräfte können Zielpersonen von verbalen oder tätlichen Angriffen sein.
- Pflegekräfte selbst können unangemessen, aggressiv und gewalttätig handeln.
- Pflegekräfte können Vernachlässigung, Einschränkung oder gewalttätige Handlungen von pflegenden Angehörigen vermuten oder beobachten.

In all diesen Situationen benötigen Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bereitschaft zuzuhören, ein Klima der Offenheit und Wertschätzung, aber auch klare Handlungsanweisungen, Intervention und Unterstützung. In unserer Fachkonferenz wollen wir einen Überblick über entsprechende Situationen geben und in drei Workshops unterschiedliche Aspekte beleuchten.

Wir laden sie hierzu herzlich ein.

Dr. Ursula Matschke

Programm

13.30 Uhr Begrüßung

Dr. Ursula Matschke, Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern der Landeshauptstadt Stuttgart

13.40 Uhr Aggressivität und Gewalt in der häuslichen Pflege – erkennen und angemessen reagieren

Dr. Johannes Nau, Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart

14.10 Uhr Kaffeepause

14.30 Uhr Workshops

16.30 Uhr Berichterstattung aus den Workshops

17.00 Uhr Ende der Fachkonferenz

Workshops

WORKSHOP 1

Beschimpfen, Kratzen, Spucken – Aggression gegen Pflegekräfte

- Was sind Auslöser und Ursachen von Gewalthandlungen von Pflegebedürftigen?
- Wie können sie verhindert werden?
- Wie können Pflegestrukturen gestaltet werden, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter optimal zu schützen?

Dr. Johannes Nau, Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart

WORKSHOP 2

Bei uns doch nicht! – Aggression und Gewalt von Pflegekräften

- Gewaltfördernde Faktoren aufzudecken und das Handeln zu reflektieren, zählen zu den zentralen Aufgaben einer Pflegedienstleitung. Wie kann die Gewaltbereitschaft eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin erkannt werden?
- Welche Handlungsmöglichkeiten haben Sie?
- Wie gehen Sie mit Vorwürfen aus dem Umfeld um?

Petra Eberle-Dittus, Diakoniestationen Stuttgart

WORKSHOP 3

Vernachlässigung und Gewalt durch Familienangehörige

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten sind oft die einzigen Personen, die Vernachlässigung und Gewalt durch Familienangehörige bemerken. Sie kommen dabei in eine fast unauflösbare Zwickmühle: Sie müssen mit den Angehörigen sprechen und sie mit ihren Wahrnehmungen konfrontieren, gleichzeitig müssen sie sichern, dass die Familie weiterhin die Pflege durch den Pflegedienst zulässt. Welche Unterstützung brauchen sie in dieser Situation von der Pflegedienstleitung und von ihrem Träger?

Theresa Rütten, Bürgerservice Leben im Alter

Fachkonferenz

für Pflegedienstleitungen

14. Juli 2011

**Anmeldung bitte bis
1. Juli 2011 per Post
oder Fax 0711/216-6945**

Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung für individuelle Chancengleichheit
Hannelore Ernst
Eberhardstraße 61
70173 Stuttgart

Anmeldung

2. Fachkonferenz für Pflegedienstleitungen
aus dem ambulanten und stationären Bereich
Gewalt in der häuslichen Pflege

An der Fachkonferenz am 27. November 2012,
von 13.30 bis 17.00 Uhr, nehme ich teil:

Name, Vorname

Arbeitgeber/Arbeitgeberin

Adresse

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Gemeinsam aktiv gegen Gewalt in der häuslichen Pflege

Auf Initiative der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich 2010 ein Runder Tisch zum Thema „Gewalt in der häuslichen Pflege“ gebildet. Ziel dieses interdisziplinären Fachaustausches ist es, gemeinsam gegen Gewalt in der häuslichen Pflege aktiv zu werden.

Dabei wirken Vertreterinnen und Vertreter von Ausbildungsbetrieben, Beratungsstellen und -diensten, Berufsverbänden, Krankenkassen und Medizinischem Dienst der Krankenkassen, von Pflegediensten, der Polizei, dem Stadtseniorenrat und von städtischen Ämtern und Dienststellen mit.

Der Runde Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ trifft sich vierteljährlich.

Wir freuen uns über weitere Institutionen, die sich beteiligen möchten.

Anonymes Beratungstelefon für Pflegekräfte und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema „Gewalt in der häuslichen Pflege“

Telefon 0711/23182955

Montags – mittwochs – freitags

Jeweils 12.30 bis 14.30 Uhr

Achtung: Keine Beratung an Feiertagen

Tagungsort:

Rathaus
Marktplatz 1
70173 Stuttgart
Mittlerer Sitzungssaal
4. Stock

Tagungskosten:

Keine

Anmeldung bis 9. November 2012

mit dem Anmeldeformular per Post, Fax oder
formlos per E-Mail

Wir versenden keine Anmeldebestätigung. Anmeldungen werden nach Datumseingang berücksichtigt. Sollten mehr Anmeldungen eingehen als die Kapazität erlaubt, müssen wir leider Absagen verschicken.

Veranstalterin:

Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern der Landeshauptstadt Stuttgart in Zusammenarbeit mit dem Runden Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Südwest e.V.

Kontakt:

Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung für individuelle Chancengleichheit
von Frauen und Männern
Hannelore Ernst
Telefon 0711/216-6395
Fax 0711 / 216-6945
E-Mail: Hannelore.Ernst@Stuttgart.de

2. Fachkonferenz

für Pflegedienstleitungen
aus dem ambulanten und
stationären Bereich

27. November 2012

Gewalt in der häuslichen Pflege

Personalpolitische Herausforderungen.
Rechtsgrundlagen.
Lösungen für die tägliche Praxis.

STUTTGART 

SEHR GEEHRTE PFLEGEDIENSTLEITUNG,

als Führungskraft in der ambulanten und stationären Pflege sind Sie jeden Tag mit anspruchsvollen Aufgaben und neuen Herausforderungen konfrontiert. Von Ihrer Führungskompetenz und Ihrem Fachwissen hängen nicht nur Pflegequalität, sondern auch Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab – in Zeiten von Fachkräftemangel ein wichtiger Beitrag zur Personalbindung.

Mit unserer zweiten Fachkonferenz wollen wir für Anzeichen von Gewalt in der häuslichen Pflege sensibilisieren und ermutigen, angemessen, eindeutig und klar auf diese oftmals komplexen und vielschichtigen Herausforderungen zu reagieren.

Leitende Fragen werden sein:

- Nur ein ungutes Gefühl oder bereits Gewalt? – Wie komme ich zu einer differenzierten Abklärung der Situation?
- Bin ich überhaupt zuständig?
- Wie reagiere ich wirksam auf sexuelle Übergriffe und Tätlichkeiten gegen meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?
- Prävention statt Eskalation: Wie kann eine Sicherheitskultur entwickelt werden?
- Wo kann ich in Stuttgart Unterstützung finden?
- Welche rechtlichen Fragen sind relevant?

Darüber hinaus besteht Gelegenheit für eigene Fragen und den Fachaustausch untereinander.

Wir laden sie herzlich ein und freuen uns auf Ihr Kommen.

Dr. Ursula Matschke

Programm

- 13.30 Uhr Begrüßung**
Dr. Ursula Matschke, Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern
- 13.40 Uhr Konflikte und Gewalt in Pflegebeziehungen: Eine Herausforderung – nicht nur – für Pflegedienstleitungen**
Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Bonn
- 14.10 Uhr Gewaltprävention und Intervention als Führungsaufgabe**
Dr. Johannes Nau, Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart
- 14.40 Uhr Fallbeispiele**
- 14.50 Uhr Kaffeepause**
- 15.10 Uhr Aufgreifen statt verstecken – mit Mut und Klarheit Tabus entkräften**
Christine und Richard Viziotis, Pflegedienst Stuttgart-West
- 15.30 Uhr Beistand und Unterstützung Was gibt es schon in Stuttgart**
Theresa Rötten, Bürgerservice Leben im Alter Stuttgart

- 15.50 Uhr Rechtliche Klärungen**
Heinz R. Straßner, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Strafrecht
- 16.20 Uhr Vertiefung der Fallbeispiele**
- 16.45 Uhr Zusammenfassung und Ausblick**
Dr. Ursula Matschke, Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern
- 17.00 Uhr Ausklang und Gespräche am Panoramafenster**
- Im Anschluss laden wir Sie ein zum öffentlichen Vortrag**
- 18.00 Uhr Gewalt und Misshandlung in der Pflege: Nur Überforderung?**
Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Vorsitzender des gemeinnützigen Vereins „Handeln statt Miß handeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“
- Rathaus, Mittlerer Sitzungssaal

2.Fachkonferenz

für Pflegedienstleitungen
aus dem ambulanten und
stationären Bereich

27. November 2012

**Anmeldung bitte bis
9. November 2012 per Post
oder Fax 0711/216-6945**

Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung für individuelle Chancengleichheit
Hannebrie Ernst
Eberhardsstraße 61
70173 Stuttgart

Anlage 3: Anonymes Beratungstelefon (seit 2011)

Gewalt in der häuslichen Pflege

Anonymes Beratungstelefon für Pflegekräfte und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Telefon 07 11/23 1829 55

Montags – mittwochs – freitags
Jeweils 12.30 bis 14.30 Uhr
Außer an Feiertagen!

RUFEN SIE AN – LASSEN SIE SICH BERATEN WENN

- Sie Vernachlässigung, Einschränkung oder gewalttätige Handlungen von pflegenden Angehörigen beobachten oder vermuten.
- Kolleginnen/Kollegen unangemessen, aggressiv oder gewalttätig handeln.
- Sie selbst verbalen oder tätlichen Angriffen von Pflegebedürftigen ausgesetzt sind und nicht wissen, wie Sie damit umgehen können.
- Sie bei sich selbst Neigung zu grobem oder gewalttätigem Handeln feststellen.
- Sie sich klar werden wollen, wie Sie mit Ihrer PDL darüber sprechen können.

➔ **DIE BERATUNG IST ANONYM UND KOSTENFREI.**

GEMEINSAM AKTIV GEGEN GEWALT IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

Auf Initiative der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern und des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich im Januar 2010 ein Runder Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ gebildet. Ziel dieses interdisziplinären Fach-austausches ist es, gemeinsam gegen Gewalt in der häuslichen Pflege aktiv zu werden.

Die anonyme Beratung für Pflegekräfte und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten erfolgt im Rahmen eines Beratungsnetzes durch Mitglieder des Runden Tisches.

Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern
70161 Stuttgart
Telefon 0711/216-6395

STUTTGART |

Anlage 4: Beratungstelefon / Interventionsverfahren Stuttgart (2015)

Wenn häusliche Pflege überfordert und zu Gewalt führt

Häusliche Pflege verlangt den Beteiligten häufig sehr viel ab. Sie ist anstrengend, belastet körperlich und auch emotional. Sie kann die Angehörigen, die Pflegekräfte, aber auch die Menschen, die gepflegt werden müssen, so überfordern, dass es zu Gewalthandlungen kommt. Um das zu verhindern, bietet die Landeshauptstadt Stuttgart:

- Beratung zu Ihrer persönlichen (Pflege-)Situation
- Informationen über Hilfe- und Entlastungsangebote
- Vermittlung konkreter Unterstützung
- Hilfe bei der Suche nach tragfähigen Lösungen

STUTTGART |

Beratungs- und Hilfetelefon der Landeshauptstadt Stuttgart

Telefon 0711 216-99880

Montag, Mittwoch und Freitag 9 bis 12 Uhr
Donnerstag 16 bis 17 Uhr

Außerhalb dieser Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet, der Montag bis Freitag regelmäßig abgehört wird. Sie werden dann zurückgerufen.

Rufen Sie an, wenn

- Sie als Pflegebedürftige/r nicht mehr gut versorgt sind;
- Sie als Pflegekraft oder pflegende Angehörige keine Kraft mehr haben;
- es immer öfter zum Streit miteinander kommt;
- der/die Pflegebedürftige aggressiv ist;
- Sie pflegenden Angehörigen helfen wollen;
- Sie bei anderen Streit oder Gewalt in der häuslichen Pflege sehen oder vermuten.

Anlage 5: Dortmund Flyer

Umgang mit schwierigen Situationen

Infos und Anregungen
für pflegende Angehörige

Anmeldung: 0231/ 50 29680



21.Mai 2015

17:30 Uhr

Städt. Begegnungszentrum
Gleiwitzstr. 277
44328 Dortmund



Wir möchten mit Ihnen über Pflege reden. Sicher, Sie pflegen sehr liebevoll. Wie es im Leben so ist, kann es aber auch im Alltag mit pflegebedürftigen Menschen durchaus schwierige Situationen geben und genau dies ist das Thema unserer Infoveranstaltung.

Der Alltag ist durch eine Menge Aufgaben und wenig Zeit für die persönlichen Dinge geprägt. Wenn es dann zu Problemen kommt, gibt es meist mehr Fragen als Antworten: wie kann man mit schwierigen Situationen gut umgehen?

Wir freuen uns wenn Sie am 21. Mai 2015 in Städt. Begegnungszentrum kommen. Für eine gute Organisation bitten wir um eine telefonische Anmeldung.

Kontakt: Seniorenbüro Scharnhorst
tel. 0231/5029680

Anlage 6: Information zur Schutzambulanz Fulda und Flyer



HESSEN
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration



VERLETZT
PROTEKTION
ALLIANZ



JUSTUS-LIEBIG-
UNIVERSITÄT
GIESSEN



LANDKREIS
FULDA

Informationen zur Schutzambulanz Fulda

Was ist die Schutzambulanz?

Die Schutzambulanz Fulda ist ein im öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedeltes Modellprojekt zur **Verbesserung der Versorgung von Gewaltopfern** in den Landkreisen Fulda, Bad Hersfeld-Rotenburg und dem Vogelsbergkreis. Träger sind das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sowie der Landkreis Fulda. Wissenschaftlich begleitet und supervidiert wird die Schutzambulanz durch das Institut für Rechtsmedizin der Universitätskliniken Gießen und Marburg.

Was bieten wir an?

- Wir bieten eine **klientenbeauftragte gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungsfolgen** sowie die Asservierung der Beweisstücke und Spuren an, die die betroffene Person sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt in einem gerichtlichen Verfahren verwenden kann. Die Entscheidung, eine Anzeige zu erstatten, liegt bei der betroffenen Person selbst.
- Die Dokumentation durch die Schutzambulanz ist **kostenfrei** und kann auch unabhängig von einer Strafanzeige erfolgen.
- Die Dokumentation erfolgt in der Schutzambulanz, kann jedoch nach Absprache auch im Krankenhaus oder an einem anderen geschützten Ort durchgeführt werden.
- Wir **begleiten** nach sexualisierter Gewalt bei Bedarf und Wunsch die betroffene Person in ein Krankenhaus und fotografieren und dokumentieren vorhandene Begleitverletzungen am Körper. Zur Beweissicherung ist eine fachärztliche Untersuchung im Krankenhaus oder in einer gynäkologischen Praxis notwendig.
- Wir **unterstützen** bei der Weitervermittlung an regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen.
- Wir **vermitteln** Hilfe bei rechtlichen Fragen.
- Wir **stellen** bei Bedarf und Wunsch den **Kontakt** zu ambulanten und stationären Einrichtungen **her**, wenn Verletzungen einer medizinischen Erstversorgung bedürfen. Die medizinische Erstversorgung selbst ist in der Schutzambulanz nicht möglich.
- Die Schutzambulanz ist auch **Anlaufstelle** bei **Gewalt in der Pflege**.

Wir beraten kostenfrei, auf Wunsch anonym und unterliegen der Schweigepflicht.

Die Schutzambulanz Fulda ist Montag – Freitag von 08:00 – 16:00 Uhr unter der Rufnummer **(06 61) 60 06-12 00** erreichbar.

Kontakt und Information unter:

Schutzambulanz Fulda
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Email: schutzambulanz@landkreis-fulda.de
Homepage: www.schutzambulanz-fulda.de



**SCHUTZ
AMBULANZ**

Hinweise zur Dokumentation.

- » Die Dokumentation ist kostenlos.
- » Sie benötigen keine Krankenversichertenkarte.
- » Die Dokumentation ersetzt keine ärztliche Behandlung.
- » Wenn Sie vor der Dokumentation medizinisch versorgt wurden, bringen Sie bitte die Befunde mit, die im Zusammenhang mit der Gewalttat stehen.
- » Bewahren Sie - wenn möglich - Beweisstücke, wie z.B. Kleidung, in einer sauberen Papiertüte an einem trockenen Ort auf und bringen Sie diese mit.
- » Eine Dokumentation ist auch möglich, wenn Sie sich derzeit in einem Krankenhaus aufhalten.



SCHUTZ AMBULANZ

Kostenlose Hilfe für Opfer von Gewalt



SCHUTZ AMBULANZ





**Kostenlose Hilfe
für Opfer von
Gewalt**




Ihr vereinbarter Termin bei uns:

Am um Uhr

Wo:
Schutzambulanz Fulda
Gerloser Weg 20, 36039 Fulda

Hilfe:
06 61 / 60 06 12 00



Schutzambulanz Fulda
Gerloser Weg 20, 36039 Fulda
Tel. 06 61 / 60 06 12 00
E-Mail: schutzambulanz@landkreis-fulda.de
www.schutzambulanz-fulda.de

HESSEN



Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration

**LANDKREIS
FULDA**



**JUSTUS-LIEBIG-
UNIVERSITÄT
GIESSEN**



WIDENGE
PREVENTION
ALLIANCE



Tel. 06 61 / 60 06 12 00

www.schutzambulanz-fulda.de

Gewalt kann jeden treffen.

- » Jeder kann Gewalt erfahren, unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Religion und Kultur.
- » Gewalt kann überall vorkommen: z.B. in der Familie, an öffentlichen Plätzen, in Schulen, am Arbeitsplatz.
- » Gewalt kann in unterschiedlichen Formen auftreten. Es gibt körperliche, seelische und sexualisierte Gewalt.
- » Gewalt hat viele Folgen. Zu den direkten und sichtbaren Verletzungsfolgen gehören Abschürfungen, Blutergüsse, Wunden, Prellungen und Knochenbrüche. Gewalt kann aber auch psychische Folgen haben. Gewalt kann zu Problemen an der Arbeit führen. Gewalt kann die Betroffenen isolieren.

Wir sind für Sie da.

- » Die Schutzambulanz Fulda unterstützt Menschen, die Gewalt erlebt haben.
- » Die Schutzambulanz ist auch Anlaufstelle bei Gewalt in der Pflege.
- » Unsere Angebote sind kostenlos und auf Wunsch anonym.
- » Wir unterliegen der Schweigepflicht.

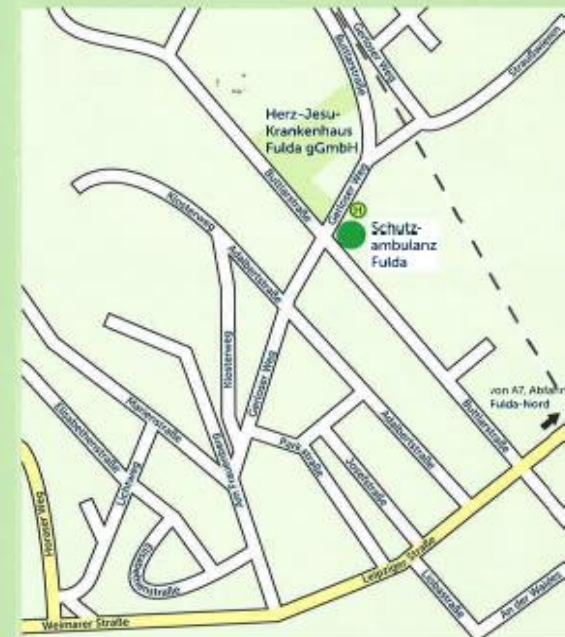
Was können wir Ihnen anbieten?

- » Wir dokumentieren und fotografieren die Folgen der Gewalt und können Beweismaterial, wie z. B. Kleidungsstücke, für Sie sicher aufbewahren.
- » Das bedeutet: Falls Sie sich entschließen sollten (auch zu einem späteren Zeitpunkt) eine Anzeige zu erstatten, hilft Ihnen die Dokumentation nachzuweisen, dass Sie Gewalt erfahren haben.
- » Die Dokumentation kann als Beweis in einem gerichtlichen Verfahren oder als Nachweis bei Behörden verwendet werden. Sie entscheiden, ob Sie beispielsweise eine Strafanzeige erstatten, einen Antrag auf Opferschadigung oder auf Kontaktsperre und Wohnungszuweisung stellen wollen.
- » Wir informieren über regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen und vermitteln auf Wunsch den direkten Kontakt.
- » Wir helfen bei der Kontaktaufnahme mit medizinischen Versorgungseinrichtungen.
- » Eine Dokumentation ist auch möglich, wenn Sie in einem Krankenhaus sind.
- » Wir vermitteln Hilfe in rechtlichen Fragen.

Wie können Sie uns erreichen?

- » Wir sind telefonisch erreichbar unter
06 61 / 60 06 12 00
- » Wenn Sie uns eine E-Mail schreiben wollen:
schutzambulanz@landkreis-fulda.de

Wo finden Sie uns?



- » Die Schutzambulanz befindet sich gegenüber dem Herz-Jesu-Krankenhaus im 1. Obergeschoss des Zentrum Vital, Gerloser Weg 20, 36039 Fulda.
- » Die Räumlichkeiten der Schutzambulanz sind barrierefrei erreichbar.
- » Über öffentliche Verkehrsmittel erreichbar: Linie 1, Haltestelle: Fulda Herz-Jesu-Krankenhaus.

Anlage 7: Pressemitteilung des MDS zum Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen am 15.6.2015



PRESSEMITTEILUNG

Essen, den 12. Juni 2015

**Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen 15. Juni:
MDS: Vorbeugung kann vor Gewalt in der Pflege schützen**

Mehr als jeder dritte Pflegende hat sich gegenüber pflegebedürftigen Menschen mindestens schon einmal unangemessen verhalten – das Spektrum reicht vom Anschreien und Beschimpfen bis hin zu körperlicher Gewalt, pflegerischer Vernachlässigung und Ruhigstellen mit Medikamenten. Der MDS setzt sich für die gezielte Vorbeugung von Gewalt in Pflegebeziehungen ein und entwickelt in einem Projekt Präventionsansätze in Modellkommunen.

„Ältere Menschen, die sich oftmals nicht mehr selbst äußern und wehren können, benötigen einen besonderen Schutz vor den verschiedenen Formen der Gewalt. Ein besonderes Augenmerk legen wir dabei auf das oftmals nicht hinterfragte Ruhigstellen mit Medikamenten. Mit unserem Projekt „Gewaltfreie Pflege“ wollen wir Wege der Vorbeugung zum Schutz vor Gewalt voranbringen“, sagt Uwe Brucker, Leiter des Team Pflege beim MDS. Im Projekt „Gewaltfreie Pflege“, das der MDS im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums derzeit durchführt, wird in den vier Modellkommunen Stuttgart, Potsdam, Dortmund und Landkreis Fulda ein Präventionsansatz entwickelt. Im Zentrum steht dabei die Information und Aufklärung, die Schaffung von Anlaufstellen von Betroffenen und Fortbildungsangebote für Pflegende. Die Ergebnisse des Projekts sollen zum Jahresende vorgestellt werden.

Hintergrund:

Mit dem Welttag gegen die Misshandlung älterer Menschen der Vereinten Nationen (15. Juni) wird auf die Gewalt gegen ältere Menschen aufmerksam gemacht. Gewalt umfasst dabei körperliche, psychische und sexuelle Gewalt, sowie die Vernachlässigung und die finanzielle Ausbeutung von älteren Menschen. Vorgänger des Projekts „Gewaltfreie Pflege“ war das Projekt MILCEA (Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse), das der MDS im Auftrag der Europäischen Kommission 2012 abgeschlossen hat. Dabei wurden Rahmenempfehlungen zur Prävention von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Menschen erarbeitet, die nun im Nachfolgeprojekt (Laufzeit Juli 2013 bis Ende 2015) in die Praxis umgesetzt werden. Pflegende Angehörige und Pflegekräfte, die unsicher über das eigene Verhalten sind oder fragwürdiges Verhalten bei anderen beobachten, sollten sich an Pflegestützpunkte, an Seniorenberatungsstellen, Pflegebeschwerdestellen oder an die Heimaufsicht zu wenden.

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) berät den GKV-Spitzenverband in medizinischen und pflegerischen Fragen. Er koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MDK.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) begutachten Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung im Auftrag der Pflegekassen.

Seite 1 von 1

MDS e.V. – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327-0 – Fax: 0201 8327 100 – www.mds-ev.de

Quelle: [www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/Archiv/2015/12. Juni 2015/2015-06-12 Gewalt in der Pflege_fin.pdf](http://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/Archiv/2015/12._Juni_2015/2015-06-12_Gewalt_in_der_Pflege_fin.pdf),

Abruf 15.1.2016.

Anlage 8: Posterpräsentation des Projekts auf dem 20. Deutschen Präventionstag in Frankfurt/Main am 8. und 9.6.2015

GEWALTFREIE PFLEGE

WAS KÖNNEN KOMMUNEN TUN, UM GEWALT IN DER PFLEGE ZU VERHINDERN?

Die Pflegeberaterin verlässt die Wohnung des Ehepaares Schmidt mit ungutem Gefühl: Während des Besuchs hat Herr Schmidt seine dementiell veränderte Frau mehrmals unterbrochen und einmal sogar angeschrien. Sie hat den Eindruck, dass Herr Schmidt mit der Situation überfordert ist und Unterstützung und Entlastung bedurft. Sie vermutet, dass er nicht weiß, wie er mit der Erkrankung seiner Frau umgehen soll. Wiesoll die Pflegeberaterin zurück in ihrer Dienststelle reagieren?

GEWALT IN DER PFLEGE

Pflegebeziehungen sind nicht frei von Gewalt. Ältere pflegebedürftige Menschen werden immer wieder Opfer finanzieller Ausbeutung, eingesperrt, isoliert, angeschrien oder mit Medikamenten ruhig gestellt. Auch körperliche oder sexualisierte Gewalt kommt vor. Gleichzeitig können auch Gepflegte beleidigend und aggressiv oder körperlich gewalttätig sein.

Die Nachtwache eines Pflegeheims erfährt in einer Fortbildung, dass über 85-jährige Menschen mit Demenz in der Regel nur 6 Stunden schlafen. Bisher wurde das Aufwachen von Bewohnern nach 1 Uhr von der allein arbeitenden Nachtwache als „Einruhe“ wahrgenommen, der sie mit ärztlich verordneten psychotropen Medikamenten im Rahmen der Bedarfsmedikation begegnete. Nach dieser Fortbildung stellt sich die Nachtwache die Frage, ob sie ihr eigenes Handeln und das ihrer Kollegen weiterhin verantworten kann. Mit wem könnte sie diese Frage besprechen?

Herr Knaus hört aus der Nachbarwohnung, in der Frau Mertens sehr zurückgezogen mit ihrem bettlägerigen Vater lebt, öfter Schreie. Herr Knaus weiß von seinem Nachbarn, dass Frau Mertens als einzige Tochter die Pflege übernommen hat. Er spricht Frau Mertens darauf an. Diese wirkt schuldbehaftet, sagt aber, dass ihr Vater schon immer laut und aggressiv gewesen sei. Herr Knaus hat noch immer ein ungutes Gefühl und überlegt, an wen er sich wenden kann.

DAS PROJEKT „GEWALTFREIE PFLEGE“

GEWALTFREIE PFLEGE
PROJEKTION VON GEWALT IN DER PFLEGE

- Laufzeit: Juli 2013 – Dezember 2015
- Finanzierung: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Durchführung: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDK)
- Ulrich Bruckner, Dr. Andreas Kimmel, Ludger Jungnitz
- Wissenschaftliche Begleitung: Universität zu Köln, Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie
- Prof. Dr. Susanne Zank, Michael Neise

DAS PROJEKT

- ... bringt alle kommunalen Akteure an einen Tisch.
- ... untersucht und beschreibt die Bedingungen vor Ort.
- ... entwickelt gemeinsam mit den kommunalen Akteuren ein passendes Präventionskonzept für die jeweilige Kommune.
- ... entwickelt Maßnahmen für die jeweilige Kommune, um Gewalt frühzeitig zu begegnen und zu verhindern.
- ... entwickelt in Zusammenarbeit mit den städtischen Seniorenheimen ein Fortbildungskonzept für Pflegekräfte und Pflegenden Angehörige.
- ... setzt diese Präventionskonzepte vor Ort um.
- ... begleitet die Durchführung wissenschaftlich.
- ... erstellt einen Bericht mit Empfehlungen für andere Kommunen, was sie für eine gewaltfreie Pflege tun können.

BEISPIEL DORTMUND – MODELLSTADTBEZIRK SCHARNHORST

Das Seniorenheim Dortmund Scharnhorst wird als Anlaufstelle für gewaltfreie Pflege bekannt gemacht.

In allen lokalen Vernetzungsgremien und in der lokalen Presse wird das Thema öffentlich gemacht.

Informationsveranstaltungen für Fachkräfte des Gesundheitswesens und für pflegenden Angehörige werden durchgeführt.

Den Leitungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten wird ein Fortbildungskonzept angeboten.

In bestehende Angehörigenkurse wird das Thema integriert.

Eine breitere Öffentlichkeitskampagne wird geplant.

Im Stadtbezirk werden alle relevanten Organisationen vernetzt.

Die Anwendung auf das gesamte Stadtgebiet wird geplant.

VERANTWORTUNG NEU DURCHLEBEN

Rahmenbedingungen	Management in Pflegeeinrichtungen sorgt für ausreichend Personal bei Tag und Nacht.
Professionelle Pflege	Führungskräfte schaffen eine Vertrauenskultur im Personal. Es gibt klare Ansprechpartner bei Verdacht auf Gewalt. Pflegekräfte sind geschult im Umgang mit Konfliktsituationen und Aggressionen sowie mit schwierigem und herausforderndem Verhalten bei Demenz.
Pflegende Angehörige	Pflegende Angehörige werden über ihre Motive für die Pflegeübernahme und ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten beraten. Pflegende Angehörige sind geschult. Unterstützungsmöglichkeiten sind bekannt. Fallbegleitung ist gewährleistet.
Kommune	Es gibt abgestimmte Verfahrenswege zwischen kommunalen Akteuren (MDK, PKV, Beratungsstellen usw.) und in den Organisationen. Mitarbeiter sind sensibilisiert und geschult. Eine kompetente und gut vernetzte niedrigschwellige Anlaufstelle bei Gewalt in der häuslichen Pflege ist in der Bevölkerung bekannt. Kommune und Pflegekassen haben Angebote zur Beratung und Schulung von pflegenden Angehörigen. Das Thema „Gewaltfreie Pflege“ ist durch Öffentlichkeitsarbeit enttabuisiert.

MDK
 MEDIZINISCHER DIENST
 DES SPITZENVERBANDES
 BUND DER KRANKENKASSEN

Bundesministerium
 für Gesundheit
 Bundeszentrale für
 gesundheitliche
 Aufklärung

Bundesministerium
 für Gesundheit
 Bundeszentrale für
 gesundheitliche
 Aufklärung

Weitere Information unter: www.milca.eu

Anlage 9: Weitere Beispiele für Öffentlichkeitsarbeit

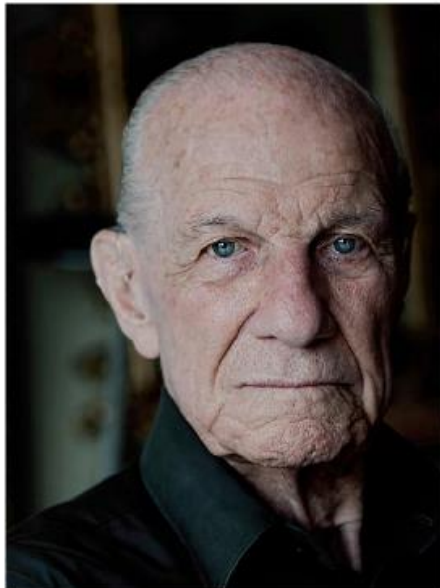
Abbildung 13: Kampagne 2011/2012 im Baskenland, Spanien

(zum Teil übersetzt durch MDS).

Abbildung 14: Demenzkampagne zur Situation Angehöriger

des Demenz-Servicezentrums Bergisches Land, der Evangelischen Stiftung Tannenhof und der Diakonie im Rheinland.

Abbildung 15: Toolkit für kommunale Öffentlichkeitsarbeit zum Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen (englisch)



Sein ganzes Leben lang wurde Juan gesiezt. Jetzt, mit 85 Jahren, wird er mit „Juanito“ angesprochen. Lass es nicht zu!

Die Verkündlichung und Verniedlichung von älteren Menschen ist auch Gewalt. Lass es nicht zu!

IMPULSO Y A ACCIÓN
DESARROLLO EN LA
COMUNIDAD DE LA
TRANSICIÓN SOCIAL



Die Selbstständigkeit älterer Menschen zu missachten ist auch Gewalt. Negar la autonomía a las personas mayores también es maltrato.

Lass es nicht zu!

Was ist Gewalt gegen Ältere?

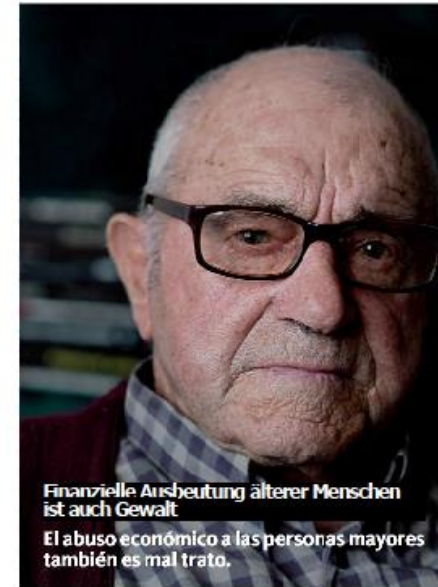
Una de las definiciones más aceptadas es la ratificada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002: "El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor".

Dentro de la categoría general de "malos tratos hacia las personas mayores" se incluyen varios tipos, destacando entre ellos el maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia.

Wie erkennt man Gewalt gegen Ältere?

Para cada tipo de maltrato existen una serie de indicadores que deben hacer pensar en la posibilidad de que estemos ante una situación de maltrato.

Maltrato físico: moratones, fracturas, quemaduras, heridas...



Finanzielle Ausbeutung älterer Menschen ist auch Gewalt. El abuso económico a las personas mayores también es maltrato.

Maltrato psicológico: cambios de conducta, miedo inexplicable, ansiedad, depresión...

Maltrato económico: patrón irregular de gastos, cambios repentinos en el testamento...

Abuso sexual: moratones en el pecho o genitales, enfermedades venéreas sin explicación...

Negligencia: carencia de cuidado personal, úlceras por presión, malnutrición...

Wie begegne ich älteren Menschen respektvoll?

Del mismo modo que a una persona de cualquier otra edad, sabiendo que se trata de gente que necesita una serie de cuidados propios de su edad. A grandes rasgos cualquier actitud que incluya una postura dialogante, responsable y comunicativa contribuye notablemente a mejorar el bienestar de la persona mayor.



**A Juan, toda la vida
le han tratado de usted.
Es ahora, con 85 años,
cuando todos
han empezado
a llamarle Juanito.**

Infantilizar a las personas mayores
también es maltrato.
No dejes que ocurra.



**Negar la autonomía a las personas mayores
también es maltrato.**

No dejes que ocurra.

¿Qué es maltrato?

Una de las definiciones más aceptadas es la ratificada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002: "El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor".

Dentro de la categoría general de "malos tratos hacia las personas mayores" se incluyen varios tipos, destacando entre ellos el maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia.

¿Cómo detectarlo?

Para cada tipo de maltrato existen una serie de indicadores que deben hacer pensar en la posibilidad de que estemos ante una situación de maltrato.

Maltrato físico: moratones, fracturas, quemaduras, heridas...



**El abuso económico a las personas mayores
también es maltrato.**

Maltrato psicológico: cambios de conducta, miedo inexplicable, ansiedad, depresión...

Maltrato económico: patrón irregular de gastos, cambios repentinos en el testamento...

Abuso sexual: moratones en el pecho o genitales, enfermedades venéreas sin explicación...

Negligencia: carencia de cuidado personal, úlceras por presión, malnutrición...

¿Cómo ofrecer un buen trato a las personas mayores?

Del mismo modo que a una persona de cualquier otra edad, sabiendo que se trata de gente que necesita una serie de cuidados propios de su edad. A grandes rasgos cualquier actitud que incluya una postura dialogante, responsable y comunicativa contribuye notablemente a mejorar el bienestar de la persona mayor.



Inesek bere negozioa zuzendu du 36 urtez. Gaur haren iritzia ez dute aintzat hartzen.

Adinekoei jaramonik ez egitea ere tratu txarra da.

Ez horrelakorik onartu.



Adinekoei autonomia ukatzea ere tratu txarra da.

Ez horrelakorik onartu.

Zer da tratu txarra?

Definizioz, zaharrei buruzko 2002. urtean Osasunaren Munduko Erakundeak berretsitakoa da: «konfiantza-itxaropena dagoen edozer harremanen barruan, adinekoren bati kaltea edo atsekabea eragiten dion ekintza bat (behin edo gehiagotan egindakoa) edo ez egite bati da tratu txarra.

«Adinekoren aurkako tratu txar» kategoria orokorraren barruan mota asko daude; horien artean nabarmengarrienak, tratu txar fisikoa, psikologikoa, ekonomikoa, sexuala eta arduragabekeria.

Nola detektatu?

Tratu txar mota bakoitzaren aurrean, tratu txar horien berri emango diguten hainbat adierazle edukiko ditugu.

Tratu txar fisikoa: ubeldurak, hausturak, erreduak, zauriak...



Adinekoez ekonomikoki abusatzea ere tratu txarra da.

Tratu txar psikologikoa: jarrera aldaketak, azalpenik gabeko beldurra, estutasuna, depresioa...

Tratu txar ekonomikoa: diru ateratze ohitura irregularrak, testamentuaren bat-bateko aldaketak...

Sexu gehiegikeriak: ubeldurak bularraretan edo genitaltan, azalpenik gabeko eritasun benereak...

Arduragabekeria: zaintza pertsonalik eza, presioak eragindako ultzerak, elikadura okerra...

Nola eman tratu egokia adinekoei?

Beste edozer adinekori ematen zalon bezala, jakinik adinaren eraginez zaintza berezia behar dutela. Oro har, elkarrizketarako irekia, ardurtsua eta komunikatiboa den edozer jarrera lagungarria da adinekoren ongizatea nabarmen hobetzeko.

www.mit-demenz-leben.de



Ich war **wütend,**
auf meine Oma

doch in der Demenz-Beratung habe ich gelernt, ihre Erkrankung zu akzeptieren. Heute weiß ich, wie ich richtig mit ihr umgehen kann. Wir haben schöne Momente, auch wenn sie manchmal gar nicht weiß, wer ich bin.
Information: 02191/121212

Das Förderprogramm von:

gefördert durch:

gefördert durch:

gefördert durch:

gefördert durch:


www.mit-demenz-leben.de



Ich habe bei der Pflege
meines Vaters **versagt,**

habe ich mir lange vorgeworfen. Erst in der Alzheimer-Angehörigengruppe konnte ich offen über meine Schuldgefühle sprechen und sie überwinden.
Information: 02191/121212

Das Förderprogramm von:

gefördert durch:

gefördert durch:

gefördert durch:

gefördert durch:


Quelle: www.demenz-service-bergischesland.de/aktivitaeten-und-projekte.html, Abruf 25.1.2016

www.mit-demenz-leben.de



**Ich habe meine Mutter
abgeschoben,**

sagen die Nachbarn. Doch seitdem sie in der
Demenz-Wohngemeinschaft lebt, geht es uns
beiden besser. Gestern haben wir zum ersten
Mal wieder gemeinsam gelacht.

Information: 02191/121212

Öffentlichkeitsarbeit
www.mit-demenz-leben.de

gefördert durch
Diakonie III
www.diakonie-berlin.de

mit Unterstützung von
EWV KATZ SP ARBEITSSCHENK Solingen STROHM

www.mit-demenz-leben.de



**Meine Frau ist mir
lästig,**

behauptet meine Schwägerin.
Aber seitdem der ambulante
Dienst kommt, kann ich endlich
mal wieder Freunde treffen.
Das hilft mir und meiner Frau.

Information: 02191/121212

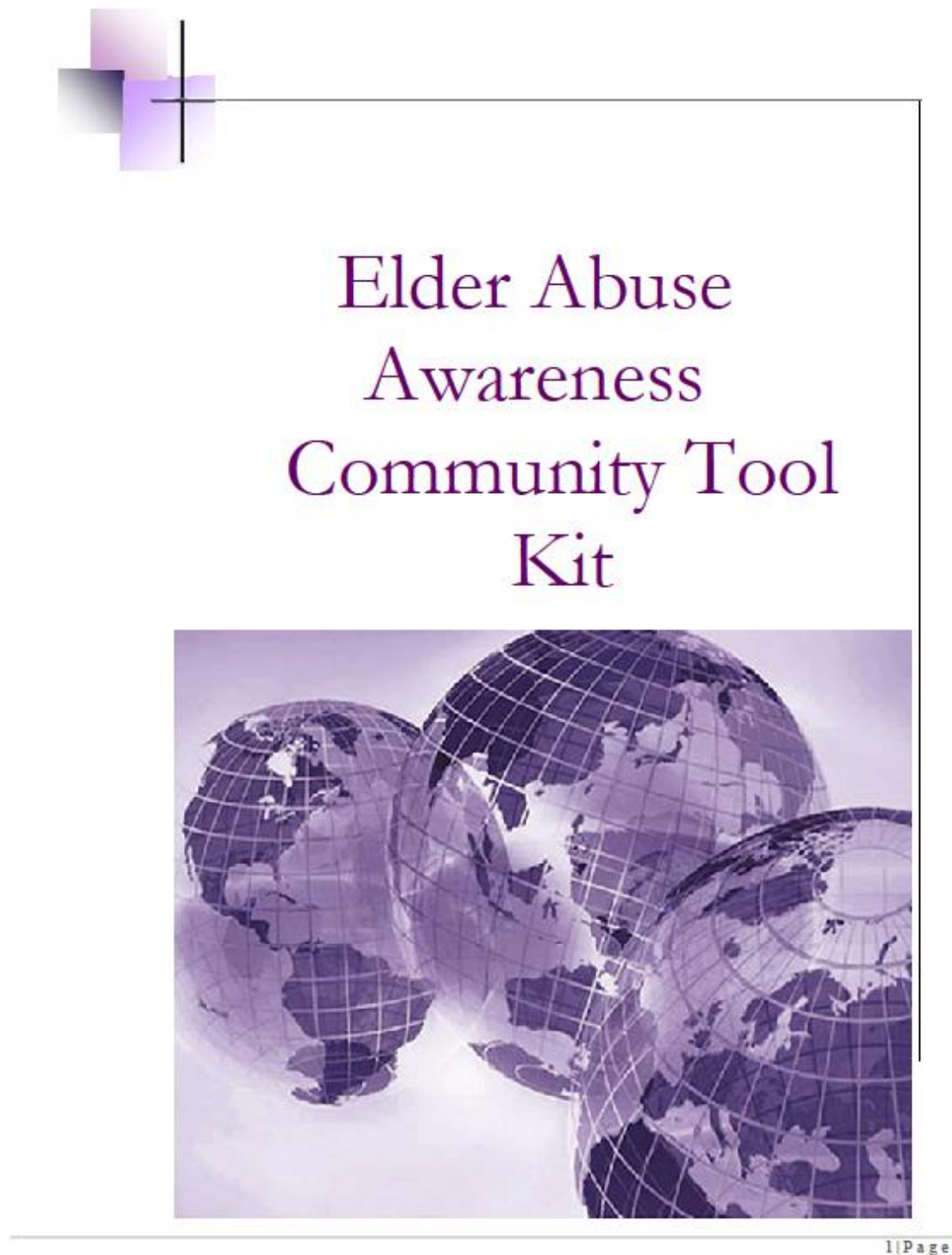
Öffentlichkeitsarbeit
www.mit-demenz-leben.de

gefördert durch
Diakonie III
www.diakonie-berlin.de

mit Unterstützung von
EWV KATZ SP ARBEITSSCHENK Solingen STROHM

Quelle: www.demenz-service-bergischesland.de/aktivitaeten-und-projekte.html, Abruf 25.1.2016

Abbildung 16: Toolkit für kommunale Öffentlichkeitsarbeit zum Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen (englisch)



http://www.inpea.net/images/weaad_community_guide_toolkit.pdf

Quelle: http://www.inpea.net/images/weaad_community_guide_toolkit.pdf, Abruf 25.1.12016

11.2 Fortbildungsmaterialien

Im Rahmen des Projektes wurde eine Fortbildungsvorlage entwickelt. Als Vorarbeit wurde eine Synopse der Inhalte der einzelnen Module von frei verfügbaren Fortbildungskonzepten erarbeitet.

Anlage 10: **Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen**

Tabelle 7: Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen 2015

Vorbemerkung: Derzeit gibt es nicht die Standardfortbildung zur Sensibilisierung von Pflegepersonen zu Gewalt in der Pflege. Vielmehr gibt es eine Reihe von Schulungen, oft sind die Konzepte von einzelnen Fortbildungsanbietern entwickelt. Im Folgenden werden frei zugängliche Materialien verglichen und als Synopse der einzelnen inhaltlichen Module nebeneinander gestellt, um Pflegeorganisationen und Anbietern von Fortbildungen zu erleichtern, ein Fortbildungskonzept zu erstellen. In dieser Zusammenstellung tauchen nicht auf die geschützten Konzepte von Kontaktreflexion, Achtsamkeitstraining und Deeskalationstraining. Dies stellt keine Aussage über die Qualität und Wirksamkeit dieser Trainings dar.

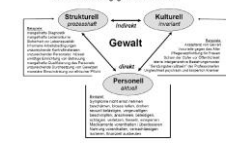
Entlang der Module des ausführlichsten Curriculums des Projektes Breaking the Taboo, das zwar für die Prävention von Gewalt gegen ältere Frauen entwickelt wurde, größtenteils aber auf ältere Menschen unabhängig des Geschlechts anwendbar ist, werden die Bausteine bzw. Module der anderen Handreichungen parallel gestellt. Die Übersicht gibt den Wissensstand Ende 2015 dar.

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse <i>Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de</i>					
Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
AutorInnen, Bezugsquelle, Jahr	Projektteam Breaking the Taboo http://www.btt-project.eu/	Görge u.a. 2012 http://www.dhpol.de/de/meldungen/downloads/hochschule/13/A6_Kap.3.2_Schulungshandreichung_Pflegegedienste.pdf	Bonillo u.a. (2013): Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention - Ein Manual für die ambulante Pflege. Kohlhammer. http://www.khsb-berlin.de/forschung/projekte/2006-bis-2009/purfam/ http://www.hf.uni-koeln.de/35748 http://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM-Assessment-1.pdf	Grundel u.a. 2014 https://www.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/PDF/Forschungsprojekte/InterpersGewalt/SaferCare/pgpapers_2014_01_Grundel_et_al.pdf	
Zielgruppe der Fortbildung	- Pflegefachkräfte - Pflegehelferinnen - Haushaltshilfen - andere Berufsgruppen, die in Privathaushalten älterer Frauen arbeiten,	- Ambulante Pflegekräfte - Zielgruppe der vorliegenden Schulungsmaterialien sind zunächst Leitungskräfte im Bereich der ambulanten Pflege sowie im Berufsfeld Pflege TÄ-	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste	- Vornehmlich Pflegepersonal aus der ambulanten Versorgung - Auf andere Pflegebereiche übertragbar	

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse

Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de

Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
	beispielsweise Physiotherapeutinnen oder Sozialarbeiterinnen. Ehrenamtliche, zum Beispiel Besuchsdienste oder andere Dienstleistungen auf freiwilliger Basis anbieten	tige, die aufgrund Ihres Tätigkeitsprofils Aufgaben als Multiplikatorinnen / Multiplikatoren sowie im Bereich der berufsfieldbezogenen Bildung übernehmen			
Ziel / Setting	- Bewusstsein für Gewalt gegen ältere Frauen in Familien und die Bedeutung für Intervention und Prävention schaffen. - Wissen gegenüber Definitionen von Gewalt, Dynamiken und Risikofaktoren erweitern. - Fähigkeiten zu entwickeln, Gewalt gegen ältere Frauen in Familien zu erkennen.	Umgang mit Problemen der Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege	Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen – vorbeugen – handeln	Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Setting Diese Handlungsempfehlungen dienen dem Erkennen und Vermeiden von Gewalt gegen im häuslichen Umfeld gepflegten älteren Menschen	
Umfang, Dauer	- Das gesamte Training besteht aus neun Modulen zu jeweils 1,5 Stunden, insgesamt also 13,5 Stunden. - Wenn der ganze Trainingskurs abgehalten wird, sollte dies entweder an zwei aufeinander folgenden Tagen passieren oder in kleineren Einheiten mit jeweils einem oder zwei Modulen pro Woche.	- drei thematisch aufeinander aufbauenden Workshops à ca. 90 Minuten. - Ergänzend können den Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende der ersten beiden Workshops Arbeitsaufträge erteilt werden, die sie auf die nächste Schuleinheit vorbereiten			
Methoden	Diverse	- Lehrgespräche - Übungen			
Begrüßung, Vorstellung(srunde)	Modul 1: Thema 1 „Begrüßung und Vorstellungsrunde“				

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse <i>Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de</i>					
Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
	Thema 4 „Berufliche Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit Gewalt gegen ältere Frauen in Familien“				
Spezielle Aspekte des Programms	Modul 2: Thema 2 „Aspekte von Gewalt gegen ältere Frauen in Familien“				
Gewaltdefinition(en) Gewaltformen	Modul 2: Thema 3 „Verschiedene Gewaltformen kennenlernen“ <i>Modul 2 – Handout 3: FORMEN DER GEWALT</i>	1. Grundlagen: Erscheinungsformen und Hintergründe von Misshandlung und Vernachlässigung 1.1 Was ist „Gewalt“? – Annäherung an eine Begriffsdefinition 1.2 In welchen Formen können Misshandlung und Vernachlässigung auftreten? 1.3 Was unterscheidet Fälle von Misshandlung/Vernachlässigung Pflegebedürftiger voneinander?	Modul 1 Basiswissen Gewalt in der Pflege 1.1 Gewaltbegriff 1.2 Definition 1.3 Formen der Gewalt	2. Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Setting 2.1 Definition	Hirsch u.a.: Triade der Gewalt gegen alte Menschen ¹  (Downloadquelle der Grafik: EP-PUGA S. 9) www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_forschung/EP-PUGA-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzeberblick_Download.pdf
Prävalenz	MODUL 3 Gewalt gegen ältere Frauen in Familien: Daten, Risikofaktoren, soziale Dynamik von Gewalt und die Opferperspektive Thema 1 „Prävalenz von Gewalt gegen ältere Frauen in Familien“			2.2 Häufigkeit von Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Angehörige	
Risikofaktoren, Entstehungsgründe	MODUL 3 Gewalt gegen ältere Frauen in Familien: Daten, Risikofaktoren, soziale Dynamik von Gewalt und die Opferperspektive Thema 2: Gewalt gegen Ältere Frauen in Familien – Risikofaktoren <i>Quiz: Pflegende Angehörige und Gewaltopfer (Power-Point)</i>	1.4 Welche Faktoren begünstigen oder verstärken Konflikt- und Gewaltdynamiken?	Modul 2 Früherkennung und Dokumentation 2.1.1 Gewalt begünstigende Faktoren / Risikofaktoren	2.3 Risikofaktoren für Gewalterfahrungen 2.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt	Hirsch u.a.: Faktorenmodell zur Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen ² 

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse

Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de

Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
					(Downloadquelle der Grafik: EP-PUGA S. 11) (s.o.)
Beziehungs-Dynamik, Beziehungskonstellationen	MODUL 3 Gewalt gegen ältere Frauen in Familien: Daten, Risikofaktoren, soziale Dynamik von Gewalt und die Opferperspektive Thema 3 „Die soziale Dynamik der Täter-Opfer-Beziehung“ 3.1 Soziale Dynamiken von Gewaltbeziehungen aus Geschlechtsspezifischer Perspektive 3.2 Familiensysteme, mit Fokus auf Pflege-Und Abhängigkeitsbeziehungen	1.5 Welche typischen Problemkonstellationen zeigen sich in Fällen der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich?			
Berufsethische und Rechtliche Aspekte	MODUL 4 Gewalt erkennen Thema 1 „Indikatoren/Signale für Gewalt“ 1.1 Signale des Opfers Physische/körperliche Gewalt: Gesetzlicher Hintergrund Psychische und emotionale Gewalt: Gesetzlicher Hintergrund Sexuelle Gewalt: Gesetzlicher Hintergrund Finanzielle oder ökonomische Gewalt: Gesetzlicher Hintergrund Vernachlässigung: Gesetzlicher Hintergrund	3. Rolle und Aufgaben von Pflegediensten sowie Pflegedienstmitarbeiterinnen und Kontext von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger 3.1 Berufsethische Verantwortung 3.1.1 ICN-Ethikkodex für Pflegenden 3.1.2 Das Therapeutische Bündnis 3.2 Rechtliche Verantwortung: Garantenstellung 4 Rechtliche Fragestellungen im Kontext von Misshandlung/Vernachlässigung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich 4.1 Strafbare Handlungen 4.2 Befugnisse und Pflichten des Pflegedienstes bzw. der Pflegekraft	Modul 3 Rechtliche Aspekte	4. Rechte und Pflichten professioneller Pflegefachkräfte 4.1 Schweigepflicht und Informationsweitergabe 4.2 Rechtliche Konsequenzen beim Unterlassen und Anzeigepflicht 4.3 Dokumentation	

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse					
Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de					
Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
		Anhang III: Antworten zu häufig gestellten rechtlichen Fragen			
Signale erkennen	MODUL 4 Gewalt erkennen Thema 1 „Indikatoren/Signale für Gewalt“ 1.1 Signale des Opfers 1.2 Anzeichen auf Seiten der Täterin Thema 2 „Schritte des Erkennens“		Modul 2 Früherkennung und Dokumentation 2.1 Begriffsklärungen 2.1.2 Indikatoren 2.1.3 Direkte Beobachtung 2.2.2 PURFAM Checkliste: Pflegekraft	6. Auffällige oder unklare Befunde	
Risiko-Assessment		2. Risikoassessment für Misshandlung/Vernachlässigung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich <i>Anhang II: Risikoassessment-Instrument</i>	2.2 PURFAM-Assessment zur Erfassung problematischer Pflegesituationen 2.2.1 Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung 2.2.4 Einverständniserklärung		
Ansprechen / Intervention	Modul 5: Gewalt ansprechen Thema 1 „Gewalt gegenüber dem Opfer ansprechen“ Thema 2 „Schwierigkeiten, die beim Ansprechen der Gewalt auftreten können“ Thema 3 „Den Täter auf die Gewalt ansprechen“	5. Umgang mit kritischen Situationen im Pflegehaushalt 5.2 Ansprechen kritischer Situationen im Pflegehaushalt 5.2.1 Ausgangspunkt 5.2.2 Grundsätze der Gesprächsführung im Pflegehaushalt 5.2.3 Lange geplant oder akut erforderlich – unterschiedliche Gesprächssituationen	Modul 4 Intervention 4.1 PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht 4.2 Unterstützungsmöglichkeiten (bei Überlastungssituationen) 2.2.3 PURFAM Checkliste: Team	3. Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt 3.1 Handlungsalgorithmus 5 Auffälligkeiten sensibel ansprechen	
Sicherheitsplanung und Dokumentation	Modul 6: Thema 1 „Sicherheit gewährleisten“ Thema 2 „Dokumentieren“			7. Dokumentation auffälliger Befunde 7.1 Der Dokumentationsbogen bei auffälligen Befunden 7.2 Beschreibende Dokumentation von Auffälligkeiten 7.3 Verwendung des Körperschemas bei der Dokumentation	• Befund-Gewalt.de: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen • Ärztliches Praxishandbuch Gewalt. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium. ISBN:

Übersicht über Module und Inhalte von verfügbaren Fortbildungsmaterialien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen - Synopse <i>Projekt Gewaltfreie Pflege 2013–2015 · www.milcea.eu · www.mds-ev.de</i>					
Modul / Thema	Breaking the Taboo 2	SiliA A6 Kap. 3.2 Schulungshandreichung Pflegedienste	PURFAM	Hochschule Fulda: Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen. Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte	Andere
				7.4 Dokumentationsvorlage 7.5 Fotodokumentation 7.6 Angaben zu den Schilderungen und Beobachtungen	978-3-941130-12-8. Buchhandelspreis: 29.90 € Kap. 10 Gefahren für ältere Menschen in der Pflege Kap. 11 Fixierung aus Fürsorge – Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Pflegebedürftigen mit umfangreichem Anhang und Dokumentationshilfen, Infobögen für die Patientin in mehreren Sprachen, Adressteil, med-doc-card und dent-doc-card für die gerichts feste Dokumentation
Kooperation / Vernetzung / Interventionskette	Modul 7: Thema 2 „Mit wem kooperieren?“ Thema 3 „Prinzipien erfolgreicher Kooperation“	5.2.4 Lokale „Landkarte der Unterstützer“	Modul 4 Intervention 4.3 Interne und externe Zuständigkeiten	3.2 Externe Akteure	
Haltung, Selbstwahrnehmung und Selbstreflexivität	Modul 8: „Umgang mit schwierigen Situationen und Sorge um uns selbst“				Kontaktreflexion, Achtsamkeitstraining und Deeskalationstraining
Praxisübungen	Modul 9: Dieses Modul soll in Form von Praxisübungen eine Zusammenfassung der wichtigsten Lernergebnisse aus allen bisherigen Modulen (1 bis 8) ermöglichen. Es ist allerdings auch hier nicht das gesamte Modul durchzuführen, sondern es sollen nur bestimmte Übungen herausgenommen und durchgeführt werden. Die Trainerinnen sollten jeweils entscheiden, ob, wann und wo die Übungen am besten passen.	Anhang I: Fallbeispiele			

Anlage 11: Im Rahmen des Projekts vom MDS und den Städtischen Seniorenheimen Dortmund entwickelte Fortbildungsvorlage

Gewaltfreie Pflege

Vorlage für eine Fortbildung

Vorbemerkungen:

Die vorliegenden Folien und der Materialband sollen Fortbildungsinstitutionen und Dozent/innen als Grundlage für die Durchführung von Fortbildungen zum Thema „Gewaltfreie Pflege“ dienen. Sie wurden von Maria Luig (Städt. Seniorenheime Dortmund gGmbH – SHDO) und Uwe Brucker (Medizinischer Dienst Spitzenverband der Krankenkassen e.V. - MDS) entwickelt. Sie werden Fortbildner/innen frei zur Verfügung gestellt. Der Materialband wurde von Ludger Jungnitz (MDS) zusammengestellt.

Wir bitten bei der Verwendung auf die Autorenschaft hinzuweisen.

Um eine qualitativ hochwertige Fortbildung anzubieten, reichen diese Vorlagen nicht aus. Wir gehen davon aus, dass Dozent/innen vertieftes Wissen zum Thema Gewalt und Gewaltprävention in der Pflege haben.

Zur Vorbereitung empfehlen wir folgende Minimal-Lektüre:

Gewalt in der familialen Pflege.

Prävention, Früherkennung, Intervention - ein Manual für die ambulante Pflege.

Marion Bonillo, Sonja Heidenblut, H. Elisabeth Philipp-Metzen, Susanna Saxl, Claudia Schacke.

Kohlhammer Verlag (Stuttgart) 2013. 121 Seiten. ISBN 978-3-17-022488-9.

Darüber hinaus empfehlenswert

„Gewalt gegen ältere Patientinnen und Patienten“ und

„Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege“

in: *Ärztliches Praxishandbuch Gewalt.*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium.

Seitenzahl: ca. 288. ISBN: 978-3-941130-128.

Wenn alte Menschen aggressiv werden.

Demenz und Gewalt - Rat für Angehörige und Pflegende.

Udo Baer, Gabriele Frick-Baer, Gitta Alandt. Beltz Verlag (Weinheim, Basel) 2014. 156 Seiten. ISBN 978-3-407-

85986-0

Bitte beachten Sie auch die Empfehlungen am Ende der Handreichung.

Dortmund / Essen im März 2015

MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Städt. Seniorenheime
DORTMUND
SHDO.de
Pflegen | Betreuen | Beraten

Deckblatt der Fortbildungsvorlage mit Erläuterungen zum Gebrauch.

Gewaltfreie Pflege

Information und Handlungsempfehlung

02.02.2015 Gewaltfreie Pflege SHDO.de MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

Was ist Gewalt?

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gewalt als den absichtsvollen Gebrauch von körperlichem Zwang oder psychischer Macht. Dies schließt Drohungen mit ein. Darüber hinaus schließt der Gewaltbegriff auch nicht-körperbezogene Handlungen und Unterlassungen sowie den Einsatz verschiedenster Machtmittel mit ein.

Eine einfache Definition von Gewalt lautet „wenn etwas kaputt geht. Dabei kann sich die Gewalt in Schlägen ausdrücken oder in Worten, sie kann laut oder leise, gut gemeint, versehentlich oder bössartig sein – es geht etwas kaputt. Was immer kaputt geht oder zumindest kaputtgehen kann, ist die Würde der Betroffenen.“ (Baer, Weinheim 2014)

Die genaue Betrachtung „Gewaltfreie Pflege“ bietet die Chance, präventiv das Entstehen von Gewalt zu verhindern. Gewalt kann von Pflegenden und Pflegebedürftigen ausgehen.

SHDO.de MDS

Gewaltformen gegen Pflegebedürftige

- Psychische / seelische Gewalt
- Vernachlässigung
- Körperliche Gewalt

SHDO.de MDS

Weitere Gewaltformen

- Finanzielle Ausbeutung
- Sexueller Mißbrauch
- Einschränkung des freien Willens

SHDO.de MDS

Freiheitsentziehende Maßnahmen bleiben aus Sicht der Pflegebedürftigen immer Gewalt, auch wenn sie betreuungsrichtigerlich genehmigt wurden. Sie müssen in jedem Einzelfall erforderlich und geeignet sein.

- Therapeutisch
- Abschließen des Zimmers
- Wegnehmen der Handtasche
- Bettgitter
- Psychotrope Medikamente

SHDO.de MDS

Formen institutioneller Gewalt

Personal	- Zu wenig qualifiziertes Personal - Zu wenig Personal - Nichtbeachtung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse
Regeln	- Starre Tagesabläufe - Verbote an Pflegebedürftige - Ungezielte Arbeitsorganisation
Pflege	- Keine Mobilisation - Nichtbeachtung von Wünschen und Bedürfnissen - Keine Prophylaxen - Keine Gespräche

SHDO.de MDS

Die ersten sechs Folien der entwickelten Fortbildungsvorlage.

Gewaltfreie Pflege

Information und Handlungsempfehlung

– Materialband –

**Weiterführende Informationen zur Fortbildung
der Städt. Seniorenheime Dortmund gemeinnützige GmbH
und des Medizinischen Dienstes Spitzenverband der Krankenkassen e.V. (MDS)**



Deckblatt des Materialbandes (Handreichung) zur Fortbildungsvorlage.

Anlage 12: Programm Mitarbeiterschulungen Stuttgart

Informationsveranstaltungen mit Fachfortbildung

zum Projekt „Hilfe ist möglich: Institutionelle Vernetzung und Intervention bei Gewalt und Überlastung in der häuslichen Pflege“

Programm

9 bis 12 Uhr	Begrüßung und Vorstellung des Projektes „Hilfe ist möglich...“ Abteilung für Individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern Bürgerservice Leben im Alter Einführung in das Thema „Häusliche Gewalt“ und „Gewalt in der häuslichen Pflege“ mit praktischen Übungen ➤ Ausmaß und Formen der Gewalt ➤ Hintergründe und Auswirkungen von Gewalt - Gewaltdynamiken Ursula Maier, Fraueninterventionsstelle - FIS Katrín Sailer, Fachberatungsstelle Gewaltprävention
12 bis 13 Uhr	Mittagspause
13 bis 16 Uhr	Möglichkeiten und Maßnahmen gegen „Häusliche Gewalt“ und „Gewalt in der häuslichen Pflege“ mit praktischen Übungen ➤ Kommunikation und Haltung ➤ Rechtliche Grundlagen ➤ Das Stuttgarter Hilfesystem Ursula Maier, Fraueninterventionsstelle - FIS Katrín Sailer, Fachberatungsstelle Gewaltprävention

Folgende Termine stehen zur Auswahl:

Mittwoch, 17. Juni 2015
Mittwoch, 24. Juni 2015
Dienstag, 30. Juni 2015
Mittwoch, 8. Juli 2015
- jeweils 9 bis 16 Uhr -

Wir bitten um Anmeldung auf beiliegendem Anmeldebogen bis spätestens 5. Juni 2015.

11.3 Verbreitung der Ergebnisse

Beiträge auf Kongressen und Veranstaltungen

Das Projekt wurde im Berichtszeitraum auf folgenden Veranstaltungen präsentiert:

- 2014-03-25: Infotagung der Diözesanen Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen im Bistum Münster (DiAG-MAV) in Kooperation mit der Diözesanen Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz (BAG-MAV): "Gewalt in der Pflege". Infotagung mit Erfahrungsaustausch für MAVen aus Einrichtungen der Altenhilfe. Präsentation des Projektes und Einführung ins Thema (Dr. Andrea Kimmel)
- 2014-03-27: Kommunale Frühjahrspflegekonferenz Dortmund: Präsentation des Projektes (Ludger Jungnitz).
- 2014-05-16: Fortbildung des MDK Sachsen-Anhalt. Präsentation des Projektes, Einführung ins Thema (Ludger Jungnitz).
- 2014-06-12: Abschlusstagung „Gemeinsam Gewalt gegen ältere Menschen begegnen – Erkenntnisse, Herausforderungen und Perspektiven“ SAFER-CARE Fulda. Kurzpräsentation des Projektes auf dem Panel (Ludger Jungnitz).
- 2014-09-25: „DGGG“ Kongress „Stress und Altern - Chancen und Risiken“ Halle. Symposium „Familiale Pflege“. Präsentation „Projekt Gewaltfreie Pflege – Prevention of elder abuse“ (Ludger Jungnitz und Michael Neise).
- 2014-09-26: 2. Fachtag „Handlungskompetenzen erweitern“ Chemnitz. Gegen Gewalt in der Pflege. Präsentation des Projektes. Workshop-Moderation „Verdacht auf Pflegegewalt – was tun?“ (Ludger Jungnitz).
- 2014-10-23: Kommunale Pflegekonferenz Dortmund. Präsentation zum Stand des Projektes (Ludger Jungnitz).
- 2015-03-18: Frühjahrsfachtagung Demenz, Saarlouis. Vortrag Gewaltfreie Pflege (Dr. Andrea Kimmel).
- 2015-06-08: 20. Deutscher Präventionstag in Frankfurt/Main. Posterpräsentation des Projekts Gewaltfreie Pflege (Ludger Jungnitz) (siehe S. 218).
- 2015-06-22: 7. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) zum Thema „Prävention und Pflege“. Workshop 6: „Gewalt und Missbrauch in der Pflege“. Vorstellung des Projektstands. (Ludger Jungnitz).

Publikationen

- Brucker, U.; Kimmel, A.; Jungnitz, L. (2014): Das Projekt „Gewaltfreie Pflege“. Kommunales Frühwarnsystem in der Erprobung. In: Praxis Pflegen, Ausgabe 17/2014, S. 12ff.
- »Wir brauchen klare Zuständigkeiten und eine nationale Leitlinie«. MDS-Experte Uwe Brucker zur Verhinderung von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen. In: „Soziale Sicherheit“ 8-9, 2014; S. 314ff.

Pressemitteilungen

Zur Anlage 7: Pressemitteilung des MDS zum Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen am 15.6.2015

siehe S. 217.

Presseartikel und Öffentlichkeitsarbeit in den Modellkommunen im Rahmen des Projektes Gewaltfreie Pflege

Im Folgenden werden weitere Aktivitäten und Veröffentlichungen der Kommunen im Rahmen des Projekts dokumentiert.

Anlage 13: Presseartikel Amtsblatt Stuttgart

10 · Gesundheit Stuttgart: Amtsblatt - Nr. 25 - 21. Oktober 2015

Wenn häusliche Pflege überfordert

Beratungs- und Hilfefunktion der Stadt nimmt Arbeit auf – Zielgruppe sind Pflegekräfte und Pflegebedürftige

Häusliche Pflege ist Höchstleistung: Sie ist häufig anstrengend, sie belastet körperlich und emotional. In Stuttgart lebten Ende 2013 knapp 9000 Pflegebedürftige mit anerkannter Pflegestufe – über 20.000 Menschen sind es nach Schätzungen insgesamt, die zu Hause durch Familienangehörige mit oder ohne Unterstützung von Pflegediensten versorgt und gepflegt werden. Pflege kann die Angehörigen, die Pflegekräfte und die zu pflegenden Menschen so überfordern, dass es zu Gewalt kommt.

Studien gehen davon aus, dass rund drei Prozent der Pflegebedürftigen von körperlicher und knapp 20 Prozent von psychischer Gewalt betroffen sind. Sie geschieht – ähnlich wie häusliche Gewalt – im engen familiären Umfeld. Gewalt kann von allen an der Pflege Beteiligten ausgehen: Von den Pflegebedürftigen selbst, von pflegenden Angehörigen oder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegediensten. Die Täterrollen sind oft das Ergebnis von Doppel- und Dreifachbelastung, Hilflosigkeit, Überforderung und mangelnder Unterstützung – aber auch von Krankheit.

Die Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern hat daher in Kooperation mit dem Bürgerservice Leben im Alter ein Beratungs- und Hilfefunktion unter der Nummer 216-99880 eingerichtet. Das Angebot ist kostenlos und bietet:

- Beratung zur persönlichen (Pflege-)Situation.
- Informationen über Hilfe- und Entlastungsangebote direkt in den Stadtteilen.
- Vermittlung konkreter Unterstützung und Weiterleitung an die zuständigen Dienste.
- Hilfe bei der Suche nach geeigneten Lösungen.

Nutzen sollen das Angebot insbesondere Pflegebedürftige, die nicht mehr gut versorgt sind, und Pflegenden, die keine Kraft mehr haben. Auch wenn es immer über zum Streit kommt, Pflegebedürftige aggressiv sind, Stuhl und Gewalt in der Pflege impliziert wird oder wenn pflegenden Angehörigen geholfen werden soll, ist ein Anruf sinnvoll.

Fragen und Antworten

Wie zeigt sich Gewalt in der häuslichen Pflege?

- Körperliche Gewalt: schlagen, festbinden, an den Haaren ziehen, überdosieren von Medikamenten.
- Psychische Gewalt: beschimpfen, drohen, Gespräche verweigern, mit dem Heim drohen.
- Mangelernährung, im Bett liegen lassen, unzureichende Reinigung der Wundbereiche oder Isolierung sind Anzeichen für Vernachlässigung.
- Für die Einschränkung des freien Willens sprechen das Einschließen in die Wohnung oder etwa das Verschließen des Tagesablaufs und der Kleidung.
- Der Missbrauch von Pflegegeld, Rente und Vermögen, aber auch von Vollmachten deutet auf finanzielle Ausbeutung hin.



Guter Wille, starke Belastung: Experten vermuten eine hohe Dunkelziffer bei Gewalt in der häuslichen Pflege. Foto: DAK

GEWALT IN DER PFLEGE ENTARBEITEN

Gewalt in der häuslichen Pflege ist nach wie vor stark tabuisiert. Um dieses Tabu aufzubrechen, hat die städtische Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern in enger Zusammenarbeit mit dem Bürgerservice Leben im Alter das zweijährige Projekt „Hilfe ist möglich – Institutionelle Vernetzung und Intervention bei Gewalt und Überlastung in der häuslichen Pflege“ aufgelegt.

Ziel ist eine Erwerbsstelle mit Beratung und Unterstützung für Frauen und Männer, die durch Pflege überlastet sind oder bei sich gewalttätiges Verhalten befürchten oder beobachten. Außerdem

werden Pflegebedürftige, Pflegekräfte, Mitarbeitende von Beratungsstellen und die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert.

Auch die enge Vernetzung der Stuttgarter Fach- und Beratungsdienste, die Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten und eine Evaluation zählen zu den Projektzielen.

Das Beratungs- und Hilfefunktion 216-99880 ist Montag, Mittwoch und Freitag von 9 bis 12 Uhr, Donnerstag 16 bis 17 Uhr besetzt. Außerhalb dieser Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet, der Montag bis Freitag regelmäßig abgehört wird.

• Sexuelle Gewalt zeigt sich unter anderem in unangenehmen Berührungen und erzwungenen sexuellen Handlungen.

Wie kann ich Überlastung und Überforderung durch Pflege erkennen?

Es gibt einige Warnsignale, die auf eine Überlastung hindeuten. Dazu zählen chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Nervosität, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen oder das Gefühl innerer Leere. Auch Gereiztheit, Aggressivität und Angriffslust sind deutliche Zeichen. Körperliche Beschwerden wie Magen-Darm-Probleme oder Kopf- und Rückenschmerzen kommen ebenfalls häufig vor.

Wie sieht die häusliche Pflege in Deutschland aus?

Meist übernehmen nahe Angehörige – vor allem Frauen – mit großem Engagement diese Aufgabe, ohne zu wissen, was konkret auf sie zukommt. Die „typische“ Pflegenden ist 61 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder und ist erwerbstätig, also doppelt oder sogar dreifach belastet. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt mehr als drei Stunden täglich, über mehr als drei Jahre hinweg. Auch der Anteil der pflegenden Männer nimmt in den letzten Jahren zu. (trk)

Das Faltblatt zum neuen Beratungs- und Hilfefunktion liegt diesem Amtsblatt bei. Es ist außerdem bei Ärzten, Ärzten und Pflegediensten erhältlich. Der Flyer kann zudem auf stuttgart.de/pflegealter heruntergeladen werden.

Anlage 14: Öffentlichkeitsarbeit des Seniorenbüros Dortmund-Scharnhorst während des Projektzeitraums - (zusammengestellt von Ulrich Rönsch, Seniorenbüro Dortmund-Scharnhorst)

Infoveranstaltungen und Vorträge zum Projekt „Pflege ohne Gewalt“

23. März 2015	Arbeitskreis Senioren Stadtbezirk Scharnhorst
Teilnehmende	20 Personen; Leitungen der Seniorenbegegnungstätten; Gemeindese-niorenarbeit, Seelsorger; Mitarbeiter Aktionsplan Soziale Stadt; Be-zirksbeamte der Polizei.
Vortrag	Ulrich Rönsch/ Bericht über Ziele des Projekts, Verlauf des Projekts und geplante Veranstaltungen/Aktionen; kurze inhaltliche Impulse zum Thema.
Einschätzung	spürbares Interesse der Teilnehmenden und rege Diskussion mit viel persönlichem Bezug. Trotzdem: keine Impulse zur weiteren Kooperation seitens der Teilnehmenden.
24. März 2015	Forum „Sicherheit in Scharnhorst“
Teilnehmende	22 Personen; engagierte Bürger im Stadtteil Scharnhorst-Ost; Besucher des Städt. Begegnungszentrum; Leitung der Polizeiwache Scharnhorst; Bezirksbürgermeister;
Vortrag	Ulrich Rönsch/ Bericht über Ziele des Projekts, Verlauf des Projekts und geplante Veranstaltungen/Aktionen; kurze inhaltliche Impulse zum Thema.
Einschätzung	Diskussion über Versorgungssituation für Seniorenpflege im Stadtbezirk angeregt; Insgesamt positives Feedback; keine Anregungen zum Thema seitens der Teilnehmenden: „wohlwollendes Zuhören“.
28. März 2015	Runder Tisch Scharnhorst-Ost
Teilnehmende	34 Personen; Akteure aller Bereiche des Sozialwesens im Stadtbezirk; Ratsvertreter, Seniorenbeirat, engagierte Bürger, Scharnhorster Vereine; Gemeindemitglieder
Vortrag	Ludger Jungnitz/ Ziele des Projekts; Thema Gewalt in der Pflege; Ab-lauf des Projekts.
Einschätzung	Vorstellung des Projekts in einer Runde von interessierten Akteure der Sozialarbeit im Stadtbezirk; allgemeine Information im Kontext Sozialer Arbeit im Stadtbezirk. Hinweis: Gewalt in der Pflege entsteht in den

Strukturen und Rahmenbedingungen (strukturelle Gewalt) Das Projekt spricht strukturelle Gewalt nicht an. Feedback vom Seniorenbeirat wird weiter seitens des Seniorenbüros verfolgt.

23. April 2015

Info für professionell Pflegende im Stadtbezirk Scharnhorst

Teilnehmende

14 Personen: ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegeberater, Bezirksbeamter der Polizei, Betreuungsdienste.

Vorbereitung

32 Akteure/Einrichtungen/ Dienste über MDS und Stadt Dortmund angeschrieben; inhaltliche Vorbereitungen und Absprachen; Erstellen des Programmablaufes

Vortrag

Herr Jungnitz / Einführung in die Ziele des Projekts; Projektverlauf
Herr Berens - Heimaufsicht Do. / Aufgaben der Heimaufsicht im stationären Bereich, aktuelle rechtliche Bedingungen
Herr Brucker/ Impulsvortrag Gewaltfreie Pflege; Vorstellung der Fortbildungsmaterialien; Weitergabe der Infomappe mit allen Fortbildungsmaterialien.

Feedback

Die Anzahl der Teilnehmenden blieb unter den Erwartungen. Trotzdem kann von einem ein Schnitt durch die Versorgungsstruktur des Stadtbezirks gesprochen werden. 9 im Stadtbezirk ansässige Pflegeeinrichtungen und Akteure waren anwesend.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Infoveranstaltung lief wie geplant. Insgesamt kam keine Diskussion auf, zeitweise gab es seitens der Teilnehmenden „stille Momente“. Die weitergehenden Inputs blieben unter den Erwartungen. Eine Folgeveranstaltung zur Nachhaltigkeit wurde vereinbart.

06. Mai 2015

Vortrag „Pflege ohne Gewalt“ SoVD Ov. Do. Scharnhorst

Teilnehmende

56 Personen; Mitglieder SoVD, durchweg Senioren, z. T. pflegende Angehörige.

Vortrag

Ulrich Rönsch — Pflege ohne Gewalt; Umgang mit schwierigen Situationen. Mündlicher Vortrag anhand der ausgearbeiteten Powerpoint-Präsentation; Fokus Laien/pflegende Angehörige interessierte Bürger

Vorbereitung

Präsentation auf Zielgruppe umgestellt; Presseankündigung durch SoVD;

Feedback

Vortrag dauerte ca. 35 Minuten — die vorliegende Präsentation diene als Rahmen für den fokussierten Inhalt.

In Folge kam es zu einer lebhaften Stellungnahme einiger Zuhörer: Angehörige von einer Pflegeheimbewohnerin schilderten die Situation sehr impulsiv. In der Pflegeeinrichtung geschehen ständig Dinge die hier unter niedrigschwelliger Gewaltform beschrieben wurde. Es wurde die Hilflosigkeit der Angehörigen gegenüber institutioneller Gewalt betont. Personalmangel und Arbeitsverdichtung wurden als Ursache eindeutig benannt.

Eine ehemals pflegende Angehörige zeigte sich sehr betroffen: je niedrigschwelliger die Gewaltformen aufgezeigt wurden umso mehr fühlte sie sich als gewalttätig, da sie sehr wohl in Alltagssituationen beispielsweise die Stimme lauter erhoben habe. Trotzdem sei sie überzeugt, gute Pflege geleistet zu haben. Sie würde sich für ein Interview im Kontext des Projekts gerne bereit erklären.

21.05.2015

„Umgang mit schwierigen Situationen“ - Treffen pflegender Angehöriger / interessierte Ehrenamtliche

Vorbereitung:

mündliche Ankündigung während vorangegangener Vorträge:

23. März — Arbeitskreis Senioren;

28. März - Runder Tisch Scharnhorst;

23. April — Treffen der Pflegefachkräfte

06. Mai - Vortrag SoVD

Presse: 08.05. Lokalredaktion/ Nord- Ost der RuhrNachrichten & Ost-Anzeiger/NordAnzeiger; ausführlicher Artikel mit Terminvorankündigung und Foto (Team Seniorenbüro Scharnhorst) — ist als kleine Notiz erschienen; 15.05. telefonische Rücksprache mit der Lokalpresse und erneut Artikel mit Foto übersandt;

600 Flyer und 20 Plakate gedruckt;

Verteiler: Diakoniestation Nord-Ost; Caritas Sozialstation Brackel/Asseln/Scharnhorst; Pflegedienst Senge; Pflegedienst Ferguson; Tagespflege Burgholz / Innenstadt Nord; Tagespflege WBZ / Innenstadt Ost; Tagespflege St. Elisabeth — Kurl; Geriatrie / St. Elisabeth — Kurl; Betreuungsgruppe Städt. Begegnung Scharnhorst.

Anlage 15: Dortmunder Presseartikel zur Auftaktveranstaltung

Häusliche Pflege ohne Gewalt meistern

Extremsituationen für Pflegende Angehörige

SCHARNHORST. Das Seniorenbüro Scharnhorst lädt am Donnerstag, 21. Mai, zu einem Info-Nachmittag für pflegende Angehörige ein.

Wie können pflegende Angehörige unterstützt werden, um in der Pflege mit schwierigen Situationen sachlich damit umzugehen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das Projekt „Gewaltprävention in der Pflege“, das der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Essen (MDS) und die Universität zu Köln mit der Stadt Dortmund zusammen durchführt.

Eines ist klar: wer pflegebedürftige Angehörige hat, hat viel zu tun. Die Regel ist es, dass die Pflege zu Hause liebevoll und einfühlsam ist. Die Familie ist immer noch „Deutschlands größter Pflegedienst“. Und doch ist es so, dass es im Alltag auch schwierige Situationen gibt, mit denen Menschen umgehen müssen. Ob es die Unterstützung bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme ist, oder ob es um Betreuung und Aufsicht geht, Zeit ist oft das, was fehlt. Manchmal steht bei vielen pflegenden Angehörigen der Gedanke im Raum, dass alles zu viel ist und der „Alltag mit Pflege“ einen Menschen auch überfordern kann.

Hier setzt das Projekt „Pflege ohne Gewalt“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der Stadt an. Das Senioren-

büro Scharnhorst bietet am Donnerstag, 21. Mai, einen Nachmittag für pflegende Angehörige. An diesem Termin ist das Thema der Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege. Dass es diese auch für pflegende Angehörige gibt, ist bekannt und für Viele Alltag.

Um 17.30 Uhr wird Ludger Jungnitz vom MDS interessierte pflegende Angehörige in der Begegnungsstätte Scharnhorst, Gleiwitzstraße 277, begrüßen.

Nachfolgend gibt es den Vortrag „Umgang in schwierigen Situationen“ von Maria Luig, städt. Seniorenheime

Dortmund. Ulrich-Rönsch vom Seniorenbüro Scharnhorst wird hierbei über Unterstützungsmöglichkeiten direkt „vor Ort“ für pflegende Angehörige berichten.

Insgesamt wurde mit der Planung des Nachmittages ein Infopaket geschnürt, welches die Bedürfnisse pflegender Angehöriger in den Mittelpunkt stellt und trotzdem Gespräche nicht zu kurz kommen lässt.

Für die Organisation des Nachmittages ist eine Anmeldung unter der Rufnummer des Scharnhorster Seniorenbüros, ☎ 50 296 80, erforderlich.



Die lokalen Organisatoren: (v.li.) Die Mitarbeiter des Seniorenbüro Scharnhorst, Stephanie Werner-Keller, Ulrich Rönsch und Monika Wedekind. Foto: U. Rönsch

Anlage 16: Fulda Presseartikel



Foto: Daniel Singh

01.04.15 - FULDA

[Schutzambulanz als Anlaufstelle](#)

Gewalt in der Pflege wirksam begegnen - Projekt geht in die Umsetzungsphase

Im Landkreis Fulda erhalten derzeit fast zehntausend Menschen über 65 Jahren Leistungen von den Pflegekassen, weil sie in irgendeiner Form der Pflege oder Unterstützung bedürfen. Über die Hälfte wird von Angehörigen gepflegt, ungefähr ein Drittel in einer stationären Einrichtung. Jeder sechste Pflegebedürftige erhält Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Pflegebedürftigkeit geht mit einem Verlust an Eigenständigkeit und Selbstbestimmung einher – für den Gepflegten, oft aber auch für den Pflegenden. Pflegebedürftigkeit führt immer zu Abhängigkeiten und begründet ein Verhältnis, in dem die entstehenden Abhängigkeiten gut ausbalanciert werden müssen. In den allermeisten Fällen gelingt diese Pflegebeziehung. Es gibt jedoch auch Gewalt gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen, die eher im Verborgenen stattfindet und von körperlicher und emotionaler Misshandlung bis zur finanziellen Ausbeutung reichen kann. Auch Vernachlässigung ist eine Form von Gewalt, wenn zum Beispiel ein älterer Mensch nicht ausreichend mit Nahrungsmitteln, Flüssigkeit oder Medikamenten versorgt wird. Häufig steckt hinter dem problematischen Verhalten keine böse Absicht, sondern Überforderung und eine starke persönliche Belastung. Aber auch Pflegebedürftige sind nicht immer nur gute Menschen. Manche Angehörige und Pflegekräfte müssen sich einiges gefallen lassen.

Der Landkreis Fulda möchte sich verstärkt darum bemühen, ältere pflegebedürftige Menschen besser vor Gewalt zu schützen. Er wird dabei vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Universität Köln unterstützt. Das Projekt „Gewaltfreie Pflege“ hat zum Ziel, in vier Modellkommunen die Voraussetzungen zu schaffen, dass Gewalt gegenüber älteren und pflegebedürftigen Menschen wirksam begegnet werden kann. Bei den Kommunen handelt es sich neben Fulda als einzigen

Landkreis um die Städte Dortmund, Potsdam und Stuttgart. In ihnen sollen zur Prävention von Fällen vermuteter oder erfolgter Gewalt Handlungspläne erarbeitet werden. Hierzu hat sich in der Region eine Arbeitsgruppe „Gewaltfrei Fulda“ gebildet, in der unter anderem der Landkreis, Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, die Heim- und Pflegeaufsicht sowie das Polizeipräsidium Ostthessen vertreten sind.

Im Landkreis Fulda steht die Schutzambulanz im Zentrum Vital zur Verfügung, wo Gewaltopfer Hilfe und Unterstützung – bis hin zur gerichtsfesten Dokumentation von Verletzungen – finden können. Die Mitarbeiterinnen haben auch ein offenes Ohr, wenn es um Gewalt in der Pflege geht. Pflegebedürftige ältere Menschen, Angehörige und professionelle Pflegekräfte können sich unter der Telefonnummer (0661) 6006-1200 an die Schutzambulanz als Anlaufstelle wenden, um von dort aus gegebenenfalls zu anderen Anbietern weitervermittelt zu werden. Alle Anliegen werden auf Wunsch anonym behandelt. Auch wird es anlässlich der diesjährigen Frauenwoche am Donnerstag, 25. Juni, um 10.00 Uhr im Kreishaus eine Informationsveranstaltung zum Thema „Gewalt in der Pflege“ geben. Zudem sollen verstärkt Fortbildungen für Pflegekräfte durchgeführt werden, um auf diese Weise zu gewährleisten, dass alle Dienste und Organisationen, die mit Pflegebedürftigen zu tun haben, noch besser wissen, was in Fällen von Gewalt in der Pflege zu tun ist.+++

26.6.2015
FZ

Mehr Vorsorge für die gewaltfreie Pflege

Landkreis Fulda gehört zu den bundesweiten Vorreitern in Modellprojekt

FULDA

Egal, ob alte Menschen zuhause oder im Heim gepflegt werden: Sie werden regelmäßig Opfer von Gewalt. Das geht aus Umfragen hervor. Auf dem Weg zu einer gewaltfreien Pflege soll ein Modellprojekt helfen. Daran nehmen vier Kommunen teil: die Städte Dortmund, Potsdam und Stuttgart – sowie der Landkreis Fulda.

Von unserem Mitarbeiter **VOLKER NIES**

Dass Fulda mit drei deutlich größeren Städten an dem Projekt teilnimmt, liegt an der Schutzambulanz, in der sich bereits seit 2010 Opfer von Gewalt melden können. Hier werden ihre Verletzungen dokumentiert, und es wird weitere Hilfe organisiert – ohne dass das in eine Strafanzeige münden muss.

Die Schutzambulanz wird im Landkreis jetzt zum zentralen Ansprechpartner für alle, die mit Gewalt in der Pflege konfrontiert werden (siehe Info-Kasten). „Gewalt in der Pflege ist oft noch ein Tabuthema. Grund dafür ist oft eine Überforderung der Pflegenden“, sagte Erster Kreisbeigeordneter Dr. Heiko Wingenfeld (CDU) gestern bei der Auftaktveranstaltung für das Programm „Gewaltfreie Pflege“. Das Thema ist wichtig: 100.000 Senioren im Kreis sind heute auf Pflege angewiesen.

Ein Ziel des bis Ende dieses Jahres laufenden Programms ist es, die Prävention auszubauen, den Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen Schulungen anzubieten, Ansprechpartner für das Thema in jeder Institution zu benennen, den Betroffenen Zugang zu Hilfe zu verschaffen und weiter in der Öffentlichkeit über das Thema zu informieren. Die Vertreter betroffener Institutionen treffen sich zum Austausch in einem Qualitätszirkel. Dieser Austausch soll fortgesetzt werden.

Projektleiter Ludger Jungnitz sagte, Gewalt sei nicht nur körperliche Gewalt wie Schläge und Freiheitsberaubung, sondern psychische Gewalt wie Beschimpfungen und Drohungen, Vernachlässigungen, sexueller Missbrauch, finanzieller Ausbeutung und die Einschüchterung des freien Willens. Es gehe auch institutionelle Gewalt, wenn etwa eine Pflegeeinrichtung zu wenig Personal oder zu wenig Fachpersonal hat. Konzentriert man sich auf die körperliche Gewalt, gibt es vier bis sechs Prozent Betroffene. Rechnet man die psychische Gewalt – ein, könnte es 27 Prozent Betroffene geben.

Ludger Jungnitz sagte abschließend, es gehe nicht um fächendeckende Kontrolle, sondern darum, für das Problem zu sensibilisieren und auf jeder Ebene Verantwortliche zu benennen.

Kriminaldirektor Klaus Wittich als Vertreter des Polizeipräsidiums Ostthessen, Erster Kreisbeigeordneter Heiko Wingenfeld und Projektleiter Ludger Jungnitz (von links) eröffneten die Auftaktveranstaltung. Foto: Volker Nies

SCHUTZAMBULANZ

Die Schutzambulanz ist Ansprechpartner für Gewaltopfer aus der Region. Die Hilfe ist kostenfrei. Sie ist von Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr erreichbar unter Telefon (0661) 6006-1200.

WEB schutzambulanz-fulda.de

Fuldaer Zeitung, 26.6.2015

Aktuelles
Die Kreisseiten
Fulda informiert
ePaper
Bildergalerien
MGV
Vereinscommunity



Insider-Infos, Praxis-Tipps,
spannende Storys und coole Jobs





Gewalt in der Pflege vorbeugen

Bei der gut besuchten Auftaktveranstaltung des Projekts „Gewaltfreie Pflege“ im Kreishaus von links: Ludger Jungnitz, Erster Kreisbeigeordneter Dr. Heiko Wingenfeld, Polizeidirektor Klaus Wittich Foto: S. Waldmann

am 29.06.2015

Landkreis Fulda ist eine von bundesweit vier Modellkommunen

FULDA (was). Der Landkreis Fulda möchte Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen wirksamer als bislang begegnen. Aus diesem Grund beteiligt er sich mit den drei weiteren Modellkommunen Dortmund, Potsdam und Stuttgart an dem bundesweiten Projekt „Gewaltfreie Pflege“. Am Donnerstag fand die Auftaktveranstaltung im Kreishaus mit über einhundert Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt.

Zielsetzung des vor knapp zwei Jahren gestarteten Projekts, das der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unter wissenschaftlicher Begleitung der Universität Köln durchführt, ist die Entwicklung und Erprobung von Präventionskonzepten. Im Mittelpunkt stehen die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit, die Schulung und Fortbildung von pflegenden Angehörigen und Pflegekräften sowie die Schaffung von Anlaufstellen für Entlastungs- und Unterstützungsangebote.

Bei der Begrüßung betonte Erster Kreisbeigeordneter Dr. Heiko Wingenfeld, dass es darum gehen müsse, ein gesellschaftliches Tabuthema offen zu kommunizieren und für die Betroffenen Hilfestellung anzubieten. Angesichts des Wegbrechens großfamiliärer Strukturen auch im ländlichen Raum wachse tendenziell die Gefahr der Überforderung in problematischen Pflegebeziehungen. Der Landkreis Fulda sei überschaubar und biete daher die besondere Chance, durch eine engere Kooperation und Vernetzung der Beteiligten bestehende Strukturen zu optimieren.

Ludger Jungnitz zeigte sich als Vertreter des Spitzenverbandes der Krankenkassen von der bisherigen Resonanz auf das Projekt beeindruckt. Schätzungen der WHO gingen davon aus, dass vier bis sechs Prozent der Pflegebedürftigen Gewalt erfahren würden. Dies reiche von körperlicher und psychischer Misshandlung bis zur finanziellen Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens. Durch die Übernahme von Verantwortung auf allen Ebenen könne solchen Auswüchsen vorgebeugt werden.

Anschließend stellten verschiedene Referenten die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Institution in Bezug auf die Vermeidung und Verhinderung von Gewalt in der Pflege älterer Menschen durch frühzeitiges Erkennen und Intervenieren dar. Die Bandbreite reichte von der Schutzambulanz, dem Pflegestützpunkt und der Pflegekraft des Landkreises Fulda über das Polizeipräsidium Ost-hessen, das Ordnungsamt der Stadt Fulda sowie die Betreuungs- und Pflegeaufsicht bis zur Betreuungsbehörde des Landkreises und den Fortbildungseinrichtungen von Mediana und Caritas.


Vereinscommunity


Zuhause gesucht!


LANDKREIS
FULDA
Die Kreisseiten


Bundesliga
TippSpiel


Stadtgeflüster!

ÄHNLICHE ARTIKEL



Die Panoramafahrt am Sonntag zu einer Aussicht durch das "Land der offenen Fernen" Foto: privat

09.07.2015

Panoramafahrt durch die Rhön

[http://www.marktkorb.de/index.php?id=351&tx_ttnews\[year\]=2015&tx_ttnews\[month\]=06&tx_ttnews\[day\]=29&tx_ttnews\[tt_news\]=402&cHash=70459b609880e5b29e66ba6131325b1](http://www.marktkorb.de/index.php?id=351&tx_ttnews[year]=2015&tx_ttnews[month]=06&tx_ttnews[day]=29&tx_ttnews[tt_news]=402&cHash=70459b609880e5b29e66ba6131325b1), Abruf 18.8.2015

Zugänglichkeit der Ergebnisse für mögliche Nutzer

Die Ergebnisse des Projektes und der Abschlussbericht sind über die Homepage des MDS verfügbar:

www.mds-ev.de

Stichwort: Gewaltfreie Pflege

Die bereits bestehenden Webpräsenzen²⁷⁷ zu den Projekten Gewaltfreie Pflege und MILCEA werden ergänzt.

²⁷⁷ Stand Ende 2015: www.milcea.eu und www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/gewaltfreie-pflege.

11.4 Kommunenspezifisches Ergänzungsmaterial

Anlage 17: Assessmentbogen für Interventionsverfahren in Stuttgart



Assessmentbogen für Erstanlaufstelle „Gewalt in der häuslichen Pflege“

1. Angaben zur/zum Anrufenden und Einwilligung zur Datenweitergabe

Datum:	
Uhrzeit:	
Name der/des Anrufenden:	
Anrufende(r) = Betroffene(r)	☐
Kontaktaten der/des Anrufenden:	
Welche Rolle hat die/der Anrufende?	
Angehörige(r)	☐
Pflegekraft/hauswirtschaftliche(r) Mitarbeiter/-in	☐
Nachbar/-in	☐
Gesetzliche Betreuung	☐
Sonstiges	☐
Wurde das Geschehen persönlich beobachtet?	☐ ja ☐ nein
Datum/Zeitpunkt der Beobachtung:	
Wie oft in den letzten vier Wochen?	Mal
Oder wurde das Geschehen zur Kenntnis gegeben?	☐ ja ☐ nein

Die/Der Anrufende ist mit der Weitergabe ihrer/seiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Dienst (Bürgerservice Leben im Alter, GerBera, Gesundheitsamt) einverstanden:

☐ ja ☐ nein, in diesem Falle erfolgt keine Weiterbearbeitung

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/-in Erstanlaufstelle

2. Angaben zur Situation der/des Betroffenen

Einschätzung der Situation durch die Erstanlaufstelle	
kritisch	☐
sehr kritisch	☐
lebensbedrohlich	☐
Polizei wurde eingeschaltet	☐
Welche Form der Gewalt liegt vor?	
Körperliche Gewalt	☐
Psychische Gewalt	☐
Vernachlässigung	☐
Sexuelle Gewalt	☐
Finanzielle Gewalt	☐

3. Bewertung durch die Erstanlaufstelle und der Leitung des Bürgerservice Leben im Alter

Aus der Bewertung des Sachverhalts ergibt sich ein Tätigwerden der Erstanlaufstelle, weil (Bitte eine Abwägung zwischen Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung und anderen Grundrechten durchführen!)	
Die Weitergabe der Kontaktdaten und des Assessmentbogens/der Daten erfolgt aus den oben genannten Gründen	☐ ja
Die Daten wurden an folgende Institutionen weitergeleitet:	
am (Datum)	
Bewertung wurde durchgeführt am	
von (Namenskürzel)	

4. Kontaktdaten der/des Betroffenen

(Bitte nur erfassen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Bewertung unter 3. zu dem Schluss kommt, dass die betreffenden Institutionen informiert werden müssen.)

Name der/des Betroffenen	
Alter der/des Betroffenen	Jahre
Kontaktdaten der/des Betroffenen	
Bestehen kognitive Einschränkungen?	☐ ja ☐ nein

Felder sperren

5. Bearbeitung durch den entsprechenden Dienst

Folgende Maßnahmen wurden getroffen:	
Kontakt wurde aufgenommen	☐
Infomaterial wurde übergeben	☐
Betroffene(r) wurde Klient/-in	☐
Zusammenarbeit wurde abgelehnt	☐
Angelegenheit wurde nicht bearbeitet	☐
Begründung:	
Fall ist für die Erstanlaufstelle abgeschlossen	☐

Rücksendung des ausgefüllten Assessmentbogens an die Erstanlaufstelle soll innerhalb von zwei Monaten erfolgen!

Anlage 18: Geschäftsordnung

Geschäftsordnung über Aufgaben, Struktur und Mitglieder des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“

1. Aufgaben des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege

Die Mitglieder des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“ vertreten die unterschiedlichen Bereiche und Berufsgruppen, die auf Grund ihrer Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen mit dem Thema „Überforderung und Gewalt in der häuslichen Pflege“ konfrontiert sein können oder in den Bereichen Aufklärung über, Prävention von, Interventionen bzw. Sanktion gegen Gewalt in der häuslichen Pflege arbeiten.

Ziel des Fachaustauschs ist zu einer Enttabuisierung von Gewalt in der häuslichen Pflege beizutragen, privat und professionell Pflegende für Ursachen und Ausdrucksformen von Gewalt in der häuslichen Pflege zu sensibilisieren und gemeinsam Strategien zur Prävention und zum Abbau von Gewalt und Überforderung in der Pflege zu entwickeln.

Der Runden Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ hat dabei eine doppelte Aufgabe:

1. Zum einen wirkt er als „Ideenschmiede“ zur Prävention und zum Abbau von Gewalt in der häuslichen Pflege.
2. Zum anderen wirkt er als Fachbeirat für das Projekt „Hilfe ist möglich: Interdisziplinäre Vernetzung und Intervention bei Gewalt und Überlastung in der häuslichen Pflege“.
Dabei begleitet und unterstützt er den Fortgang des Projektes fachlich, z. B. durch Hinweise auf Stolpersteine oder durch Vorschläge zur Überwindung von Hindernissen. Zum anderen ist der Fachbeirat Bindeglied zwischen dem Projekt und den sachverantwortlichen Akteuren und Akteurinnen der Praxis. Indem die Mitglieder des Fachbeirates aktuelle Informationen und Ergebnisse an die Leitung und die operative Bereiche ihres jeweiligen Arbeitsfeldes vermitteln und ggf. koordinierend tätig sind, tragen sie zu einem Mehr an Transparenz im Sinne eines gegenseitigen "voneinander wissen" - "miteinander arbeiten" bei.

Die Mitglieder des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“ wirken freiwillig zusammen und sind nicht gegenseitig weisungsbefugt. Im Rahmen des gesetzten Ziels, zum Abbau von Gewalt und Überforderung in der häuslichen Pflege beizutragen, koppeln sie gewonnene Erfahrungen aus den Beratungen des Runden Tisches und Erkenntnisse aus dem Projekt „Hilfe ist möglich: Interdisziplinäre Vernetzung und Intervention bei Gewalt und Überlastung in der häuslichen Pflege“ in ihre Einrichtungen zurück und setzen sich für die Implementierung von Maßnahmen und / oder Bewertung der Projekterfahrungen im eigenen Arbeitsbereich ein.

2. Struktur des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“

Der Runde Tisch „Gewalt in der häuslichen Pflege“ tagt zwei- bis viermal jährlich. Sitzungstermine werden jeweils zum Jahresbeginn festgelegt. Die Sitzungen werden von der Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern inhaltlich vorbereitet, geleitet sowie dokumentiert. Die Einladungen zu den Sitzungen mit Tagesordnung erfolgen ca. zwei Wochen vor dem entsprechenden Termin. Die Mitglieder des Beirats können weitere Tagesordnungspunkte vorschlagen.

Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Auf Vorschlag des Runden Tisches kann weiteren Sachkundigen die Teilnahme gestattet werden.

Sollte eine förmliche Abstimmung zu einem bestimmten Thema notwendig sein, sind „Institutionen“ mit jeweils einem Sitz vertreten. Mehrere Teilnehmende der gleichen Institution stimmen untereinander ab, wer das Stimmrecht wahrnehmen wird.

Sitzungsgelder und finanzielle Auslagen für die Fachbeiratsmitglieder können nicht erstattet werden.

3. Mitglieder (Institutionen) des Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“ (Stand März 2016)

- Abteilung Integration der Landeshauptstadt Stuttgart
- Amt für öffentliche Ordnung der Landeshauptstadt Stuttgart
- Anna Haag Mobil
- AOK Stuttgart-Böblingen
- Betreuungsbehörde Stuttgart
- Bürgerservice Leben im Alter der Landeshauptstadt Stuttgart
- DBfK Südwest
- Diakoniestation Stuttgart
- Eva – Evangelisches Gesellschaft Stuttgart e.V.
- Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH
- Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart
- Klinikum Stuttgart
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- MDK Baden-Württemberg - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Pflegedienst Stuttgart-West
- Polizeipräsidium Stuttgart
- Staatsanwaltschaft Stuttgart
- StadtSeniorenrat Stuttgart
- Techniker Krankenkasse – Landesvertretung Baden-Württemberg
- Zentrum selbstbestimmt Leben – Aktive Behinderte in Stuttgart

Anlage 19: Plakatentwürfe zur Sensibilisierung



~~Schlagen, Schütteln, Kratzen, mechanische Fixierung, z. B. Einsatz von Gurten, Entzug von körperlichen Hilfsmitteln z. B. Wegnahme des Rollators, Medikamentenmissbrauch, z. B. nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe, meist zur Ruhigstellung, sexueller Missbrauch, z. B. Missachtung der Intimsphäre, sexuelle Andeutungen, Aggression, emotionale oder psychische Gewalt, z. B. verbale Aggression, Schreien, Schimpfen, Missachten, Ignorieren, soziale Isolation, Handeln gegen den Willen, Androhung körperlicher Gewalt, Demütigungen und Beleidigungen, Manipulation, Missbrauch der Machtposition, Missachtung der Privatsphäre, Überredung / Nötigung zu Geldgeschenken, Entwenden von Geld / Wertgegenständen, Vernachlässigung, z. B. Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag, unzureichende medizinische Versorgung, z. B. mangelhafte Wundversorgung, mangelhafte Pflege, schlechte Hygiene, Nahrungs- und / Flüssigkeitsentzug, Pflege ohne Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen~~