



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

ZQP-REPORT

Gewaltprävention in der Pflege





Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

ZQP-REPORT

Gewaltprävention in der Pflege

Herausgeber

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstr. 45
10117 Berlin
V. i. S. d. P. : Dr. Ralf Suhr

Redaktion – in alphabetischer Reihenfolge –

Simon Eggert, Zentrum für Qualität in der Pflege
Katharina Lux, Zentrum für Qualität in der Pflege
Daniela Sulmann, Zentrum für Qualität in der Pflege
Daniela Vähjunker, Zentrum für Qualität in der Pflege

Fotos

S. 5, 38, Portrait Dr. Ralf Suhr, Laurence Chaperon
S. 12, Portrait Prof. Dr. Thomas Görgen, Deutsche Hochschule der Polizei
S. 24, 29, Portrait Simon Eggert, Laurence Chaperon
S. 24, Portrait Dr. Patrick Schnapp, Laurence Chaperon
S. 24, 29, Portrait Daniela Sulmann, Laurence Chaperon
S. 29, Portrait Dr. Katharina Jung, Laurence Chaperon
S. 34, Portrait Jens Abraham, UKH/Zentrale Fotostelle
S. 34, Portrait Prof. Dr. Gabriele Meyer, privat
S. 43, Portrait Anke Buhl, privat
S. 49, Portrait Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Christoph Müller
S. 52, Portrait Gerda Graf, privat
S. 56, Portrait Karola Miowsky-Jenensch, Andreas Kirsch
S. 67, Portrait Prof. Dr. Dagmar Brosey, privat
S. 74, Portrait Uwe Brucker, privat

Grafik und Satz

zwoplus, Berlin

Druck

Das Druckteam Berlin

Alle Rechte vorbehalten

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.
© Zentrum für Qualität in der Pflege

Stand der Informationen

Juli 2017. Trotz sorgfältiger Recherche und Prüfung übernimmt der Herausgeber keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Bei den Inhalten handelt es sich um unverbindliche Informationen.

2. überarbeitete Auflage, Berlin 2017

ISBN (Print) 978-3-945508-21-3
ISBN (Online) 978-3-945508-40-4
ISSN (Print) 2198-865X
ISSN (Online) 2943-9426
<https://doi.org/10.71059/CETR9797>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort, Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP	5
Analyse	7
Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege, Thomas Görgen	8
ZQP-Analyse: Gewalt in der stationären Langzeitpflege, Simon Eggert, Patrick Schnapp und Daniela Sulmann	13
ZQP-Analyse: Wahrnehmung der Bevölkerung von Gewalt in der Pflege, Simon Eggert, Katharina Jung und Daniela Sulmann	25
Initiativen zur Prävention von Gewalt in der Pflege, Jens Abraham und Gabriele Meyer	30
Zur Bedeutung sexualisierter Gewalt in der Pflege, Ralf Suhr	35
Akteure	39
„Familiäre Pflege muss gelernt werden“, Anke Buhl	40
„Zu Hause kann es größte Zuwendung geben, aber auch vielschichtige Formen von Gewalt“, Rolf D. Hirsch	44
„Es gibt keine Rechtfertigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen“, Gerda Graf	50
„Auf das Wissen um Handlungsalternativen und die Haltung kommt es an“, Karola Miowsky-Jenensch	53
Impulse	57
Gewalt durch Wissen vorbeugen: Onlineportal Gewaltprävention in der Pflege	58
Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Altenpflege begrenzen: Leitlinie FEM	59
Gewalt erkennen und richtig dokumentieren: Online-Hilfe „Befund: Gewalt“	60
Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden: Der verfahrensrechtliche Ansatz Werdenfeller Weg	61
Beschäftigte unterstützen und Gewalt vorbeugen: Gesundheitsdienstportal der Unfallkasse NRW	62
Reflexion	63
Der besondere Unterstützungsbedarf von Menschen mit rechtlicher Betreuung, Dagmar Brosey	64
Die Rolle von Medikamenten als freiheitsentziehende Maßnahme, Uwe Brucker	68
Ausblick: Aktuelle Studien des ZQP	75
Service	77
Zusammengefasst: Informationen und praktische Hinweise	78
Hilfsangebote	84
Weitere kostenlose Produkte des ZQP	87

Über die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist eine bundesweit tätige, operative und gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Berlin. Das ZQP wurde vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. errichtet. Ziel ist die wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Pflegequalität. Als Wissensinstitut für die Pflege richtet die Stiftung ihre Arbeit auf Forschung, Wissensmanagement und den Theorie-Praxis-Transfer aus. Das ZQP unterstützt mit seinem Wissen vier Hauptzielgruppen: Pflegende, Wissenschaftler, politische Akteure und Journalisten. Dies soll pflegebedürftigen Menschen dienen; sie stehen im Fokus der Stiftungsarbeit.

Dafür trägt die Stiftung zu einer kritischen Bestandsaufnahme der Pflegequalität in Deutschland bei und entwickelt praxistaugliche Konzepte für eine qualitativ hochwertige, an den individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtete Versorgung. Thematische Schwerpunkte sind dabei: Patientensicherheit und Gewaltprävention | Prävention und Rehabilitation im Kontext Pflege | Stärkung von Pflegekompetenz und Pflegewissen | Qualitätsentwicklung und -darstellung | Pflegeberatung.

Die ZQP-Schriftenreihe, zu der auch der vorliegende Report gehört, und die Online-Produkte sind zentrale Instrumente der Stiftung zum Theorie-Praxis-Transfer. Hierdurch wird das Wissen aus den Projekten und Forschungsarbeiten kostenfrei unter anderem an pflegende Angehörige und professionell Pflegende aber auch an Meinungsbildner und Entscheider vermittelt.

In die gesamte Stiftungsarbeit bindet das ZQP ausgewiesene Wissenschaftler sowie Vertreter von Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen, Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie Berufsverbänden und Politik ein.

Vorwort

Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender
des Zentrums für Qualität in der Pflege



Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

in fast allen Bereichen des Lebens können problematische Situationen bis hin zu Gewalt vorkommen – dies gilt auch für die Pflege.

Gewalt gegen Kinder, Frauen oder Menschen mit Migrationshintergrund sind längst im gesellschaftlichen Problembewusstsein verankert. Über Gewalt in Pflegebeziehungen hingegen wird noch weitestgehend geschwiegen. Erfolgreiche Maßnahmen zur Gewaltprävention erfordern jedoch ein Problembewusstsein, nicht nur seitens der beteiligten Akteure und der relevanten Entscheidungsträger, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege vertritt die Überzeugung, dass sachliche Aufklärung über Gewalt in der Pflege einen zentralen Beitrag zur Prävention leistet.

Zudem liegt es aus Sicht des ZQP in der Verantwortung unserer Gesellschaft – gerade bei so schwierigen Themen wie Aggression und Gewalt – Pflegenden und Pflegebedürftigen die Unterstützung bereitzustellen, die sie für eine gute Pflege brauchen. Hierfür gilt es, ein Klima für einen offenen Austausch zu schaffen, um dem Thema transparent und dennoch kritisch begegnen zu können. Nur so können Präventionsmaßnahmen wirksam dort ansetzen, wo sie notwendig sind.

Mit diesem Report wollen wir einen Beitrag hierzu leisten. Er bietet Daten und Fakten zum aktuellen Wissensstand sowie Empfehlungen zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt in der Pflege.

Im Namen der Stiftung ZQP möchte ich mich ausdrücklich bei den Expertinnen und Experten für die Mitwirkung an dieser Schrift bedanken: Jens Abraham (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.), Prof. Dr. Dagmar Brosey (Technische Hochschule Köln), Anke Buhl (PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein), Prof. Dr. Thomas Görgen (Deutsche Hochschule der Polizei), Gerda Graf (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband), Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch (Forum Altern ohne Gewalt), Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Karola Miowsky-Jenensch (Pflegestation Meyer und Kratzsch, Berlin).

Zudem bedanke ich mich beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung der ersten Auflage dieser Schrift, die nun in zweiter, überarbeiteter Auflage vorliegt.

Ihr

Ralf Suhr

Analyse

Diese Rubrik gibt einen Einblick in den Forschungsstand zum Vorkommen und zur Prävention von Gewalt in der Pflege.

Zudem geben die Ergebnisse von zwei ZQP-Analysen Hinweise darauf, welche Rahmenbedingungen zur Prävention von Gewalt in stationären Einrichtungen als wichtig erachtet werden und wie das Thema in der Bevölkerung wahrgenommen wird.

Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege

Thomas Görgen

Begriff

Die Formulierung „Gewalt in der Pflege“ bringt zwei Begriffe zusammen, die ein auf den ersten Blick antagonistisch erscheinendes Paar bilden. So ist „Pflege“ prosozial ausgerichtet und soll Menschen trotz bedeutsamer Einschränkungen ihrer Gesundheit und Alltagskompetenz ein Leben in Würde und mit einem unter den gegebenen Umständen möglichst hohen Maß an Lebensqualität ermöglichen. Der Begriff „Gewalt“ hingegen

ist hierzu konträr: Wer Gewalt ausübt, zwingt einer anderen Person den eigenen Willen auf, verletzt ihre physische und psychische Integrität, bricht soziale und strafrechtliche Normen und setzt sich damit der sozialen Ächtung und der Strafverfolgung aus. Nun ist „Gewalt und Pflege“ nicht das einzige in diesem Sinne ungewöhnliche Begriffspaar. Wir sprechen von Gewalt in Intimpartnerschaften oder Gewalt in der Erziehung seitens der Eltern – auch dies sind Konstellationen, die nicht grundsätzlich auf „Gewalt“ ausgerichtet sind. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass Menschen sich in der Pflege – ebenso wie in der Partnerschaft oder der Erziehung – sehr nahekommen.

Wenn von Gewalt in der Pflege die Rede ist, ist ferner festzustellen, dass „Gewalt“ dabei in der Regel in einem recht weiten Sinne gebraucht wird. In diesem Zusammenhang meint der Begriff nicht nur körperlichen Zwang, sondern

auch verbal aggressives und demütigendes Verhalten, pflegerische Vernachlässigung und oft auch psychosoziale Formen der Vernachlässigung, Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber älteren Menschen. Gewalt umfasst somit aktives Tun ebenso wie

das Unterlassen von Handlungen, die im Interesse der pflegebedürftigen Person eigentlich geboten wären.

International ist meist nicht von „Gewalt in der Pflege“, sondern von „elder abuse and neglect“ oder „elder mistreatment“ die Rede.

International ist meist nicht von „Gewalt in der Pflege älterer Menschen“, sondern von „elder abuse and neglect“ oder auch

„elder mistreatment“ die Rede. Am weitesten verbreitet und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommen ist eine Definition der britischen Organisation Action on Elder Abuse (AEA). Diese definiert elder abuse als einmalige oder wiederholte Handlung, beispielsweise Unterlassung einer angemessenen Handlung, die sich in einer Beziehung ereignet, in der eine Vertrauens-erwartung besteht, und die dem älteren Menschen Schaden zufügt oder Leiden verursacht (AEA, 1995; WHO, 2008).

Als wesentliche Formen von elder abuse werden in der Regel benannt:

- körperliche Misshandlungen
- psychische Misshandlung/verbale Aggression
- pflegerische Vernachlässigung

- emotionale/psychosoziale Vernachlässigung
- finanzielle Ausbeutung
- vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie.

Verbreitung

Gewalt in Pflegebeziehungen ist ein Phänomen, das weitgehend im Verborgenen bleibt, und dessen Verbreitung

sich nicht ohne weiteres durch einen Blick in Statistiken von Polizei, Justiz oder anderen Institutionen ermitteln lässt. Außer über amtliche Statistiken sind Gewalt- und Kriminalitätsphänomene grundsätzlich auch über sogenannte Opferwerdungsbefragungen zugänglich. Dabei werden repräsentative Stichproben der Bevölkerung nach ihren Erfahrungen befragt, und die Interviewten berichten dann auch von Vorkommnissen, die in offiziellen Daten keinen Niederschlag gefunden haben. Dieser Weg stößt allerdings in Bezug auf Fragen der Misshandlung und Vernachlässigung schnell an seine Grenzen. Menschen mit Pflegebedarf – und unter ihnen insbesondere die große Gruppe der demenziell Erkrankten – sind durch Fragebogenstudien oder Interviews nur stark eingeschränkt erreichbar.

Daten zu Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege stammen daher in der Regel nicht von den Betroffenen selbst, sondern zum Beispiel aus Befragungen von Pflegekräften, pflegenden Angehörigen, von einschlägigen Institutionen wie der Heimaufsicht oder den Medizinischen Diensten. Eine abschließende Antwort auf die Frage, wie

viele pflegebedürftige ältere Menschen von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen sind, kann es nicht geben – es sind aber immerhin Annäherungen möglich.

Einschlägige Forschungen weisen insgesamt darauf hin, dass Pflegebedürftige in beträchtlichem Maß Gewalt in dem bereits genannten weiten Sinn erfahren.

So gaben in einer Studie von Thoma, Schacke und Zank (2004) 20,9 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen

von Demenzkranken an, gegenüber den Pflegebedürftigen oft oder sehr oft „lauter zu werden“. 2,5 Prozent berichteten von häufigen Drohungen oder Einschüchterungen. Ein Prozent der Befragten gab an, den Pflegebedürftigen oft beziehungsweise sehr oft „härter anzufassen“.

Pflegende Angehörige von Demenzkranken in Deutschland geben an, ...

- ~ 21 %** gegenüber den Pflegebedürftigen oft/sehr oft lauter zu werden
- 9,5 %** voll Groll zu sein, was der Angehörige einem zumutet
- 2,5 %** häufiger Drohungen/Einschüchterungen auszusprechen
- 1 %** den Pflegebedürftigen oft/sehr oft härter anzufassen

Thoma et al., 2004

In einer Befragung von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste fanden Rabold und Görden (2007), dass 39,7 Prozent der Befragten von mindestens einer Form eigenen problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürfti-

gen berichteten, die im Zeitraum der letzten zwölf Monate stattgefunden hatte.

Am weitesten verbreitet waren in dieser Studie die Angabe des Anwendens verbaler Aggression und Formen psychischer Misshandlung (21,4 Prozent der Befragten) sowie pflegerische Vernachlässigung (18,8 Prozent).

8,5 Prozent der Interviewten berichteten auch von mindestens einem Fall physischer Gewalt. In einer Zusammenschau von Forschungsergebnissen aus verschiedenen Ländern kommen Cooper, Selwood und Livingston (2008) zu dem Schluss, dass etwa ein Drittel der pflegenden Angehörigen und ein Sechstel der professionellen Pflegekräfte in bedeutsame Formen von Misshandlung verstrickt sein könnte, von denen nur ein kleiner Teil einschlägigen Institutionen bekannt wird.

Risikofaktoren für das Entstehen von Gewalt in der Pflege sind vielgestaltig.

häufig von aggressivem Verhalten von Mitbewohnern betroffen sind (Görgen, 2017); für die Pflegeeinrichtungen wie für die dort Tätigen erwachsen daraus Herausforderungen, auch hier für den Schutz der Bewohner zu sorgen.

Entstehungsbedingungen

Mit dem Begriff „Gewalt in der Pflege“ ist häufig die Vorstellung assoziiert, dass es sich dabei um ein Phänomen handelt, das aus Belastung oder Überlastung erwächst. Sicher-

lich ist Pflege eine verantwortungsvolle, fordernde und bisweilen belastende Aufgabe. Überlastung kann ein Grund für problematisches bis hin zu gewalttätigem Verhalten sein. Doch zeigt die For-

schung, dass die Risikofaktoren für das Entstehen von „Gewalt in der Pflege“ vielgestaltig sind.

503 Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste in Deutschland berichten ...

- ~ 40 %** von problematischem Verhalten (> 1 Mal) in den letzten 12 Monaten gegenüber Pflegebedürftigen
- 21 %** von psychischer und verbaler Misshandlung
- 19 %** von pflegerischer Vernachlässigung
- 9 %** von physischer Gewalt

Rabold & Görgen, 2007

In der Befragung von Rabold und Görgen (2007) stellte sich das Risiko schwerwiegenden oder häufigen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen als erhöht dar, wenn die Pflegekräfte

- häufig Übergriffen (psychischer, physischer oder sexueller Art) durch Pflegebedürftige ausgesetzt waren,
- Alkohol als Mittel zur Bewältigung beruflich bedingter Belastungen einsetzten,
- regelmäßig eine hohe Anzahl von Demenzzkranken zu versorgen hatten und
- die insgesamt von ihrem Pflegedienst erbrachte Qualität pflegerischer Leistungen kritisch einschätzten.

In jüngster Zeit wird verstärkt auch der Umstand wahrgenommen, dass in stationären Einrichtungen lebende Pflegebedürftige

In einer qualitativen Interviewstudie in 90 häuslichen Pflegearrangements (Nägele et al., 2010) wurde außerdem herausgearbeitet, dass sich für die pflegebedürftige Person riskante Konstellationen vielfach durch folgende Bedingungen auszeichneten:

- Die Qualität der Beziehung wurde vor Pflegeübernahme als schlecht beschrieben.
- Die Beziehung zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person war stark hierarchisch geprägt.
- Die Pflegeperson sah sich mit aggressivem und schwierigem Verhalten des Pflegebedürftigen konfrontiert.
- Der pflegende Angehörige war selbst in schlechter physischer und psychischer Verfassung.
- Der pflegende Angehörige neigte zu Substanzmissbrauch.
- Es mangelte den Angehörigen an Wissen um Krankheitssymptome und -verläufe.
- Die wirtschaftliche Lage des Haushalts war prekär.
- Es gab Hinweise auf eine primär finanzielle Motivation zur Aufrechterhaltung der Pflege.

Ein Bericht der WHO (Sethi et al., 2011) kommt zu dem Schluss, dass vor dem Hintergrund existierender Untersuchungen unter anderem dementielle Erkrankungen, die soziale Isolation des Opfers, psychische Störungen und Alkoholmissbrauch aufseiten des Täters sowie Abhängigkeit zwischen beiden (in Bezug auf

Finanzen, Wohnung, aber auch auf emotionaler Ebene) als bedeutsame Risikofaktoren angesehen werden müssen.

Misshandlung und Vernachlässigung können nicht ausschließlich vor dem Hintergrund pflegeinduzierter Belastung und Überlastung verstanden werden.

Es bedarf weiterer Forschung, um die Bedeutung anderer Risikofaktoren besser bemessen zu können. Dazu gehören etwa gesellschaftliche Einstellungen zu Gewalt und Zwang sowie allgemein zum Alter ebenso wie die sozialen und ökonomischen Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet.

mischen Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet.

Zusammenfassung

Wenn es um Pflege geht, hat das Wort „Gewalt“ das Potenzial, Aufmerksamkeit zu wecken. Die Vielzahl der Phänomene, die damit üblicherweise bezeichnet werden, wird aber durch eine Formulierung wie „Misshandlung und Vernachlässigung“ besser abgebildet.

Misshandlung und Vernachlässigung sind für die Forschung schwer zugängliche Tatbestände, weil sie sich in offiziellen Statistiken kaum niederschlagen und die potenziell Betroffenen für Befragungen nur bedingt erreichbar und auskunftsfähig sind. Vorliegende Befunde weisen jedoch darauf hin, dass Misshandlung und Vernachlässigung in der professionellen wie der familialen Pflege weit verbreitet sind.

Misshandlung und Vernachlässigung können nicht ausschließlich vor dem Hintergrund pflegeinduzierter Belastung und Überlastung verstanden werden. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auch Merkmale des Opfers (wie Demenz oder eine schwache

soziale Einbindung), des Gewalt Ausübenden (wie Alkoholkonsum, schlechte physische oder psychische Verfassung), die Beziehung

zwischen Pflegenden und Gepflegten sowie der finanzielle Kontext, in dem die Pflege stattfindet, von Bedeutung sind.

Literatur

Action on Elder Abuse (AEA) (1995). Action on Elder Abuse's definition of elder abuse.

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

Görgen, T. (2017). Sichere Zuflucht Pflegeheim? Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen: Bestandsaufnahme eines sich entwickelnden Forschungsfeldes. DHPol.

Nägele, B., Kotlenga, S., Görgen, T. & Leykum, B. (2010). Ambivalente Nähe: eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements. In T. Görgen (Hrsg.), „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und

Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Verlag für Polizeiwissenschaft, 208-480.

Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. *Z Gerontol Geriatr*, 40, 366-374.

Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Iborra, I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. & Kärki, F. U. (2011) (Hrsg.). *European report on preventing elder maltreatment*. WHO/Europe.

Thoma, J., Schacke, C. & Zank, S. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie. *Z Gerontol Geriatr*, 37(5), 349-350.

World Health Organization (WHO) (2008). *A global response to elder abuse and neglect*.

Zum Autor

Prof. Dr. Thomas Görgen ist Professor für Kriminologie und Leiter des Fachgebiets „Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention“ an der Deutschen Hochschule der Polizei. Sein Forschungsschwerpunkt ist Gewalt gegen ältere Menschen.



ZQP-Analyse: Gewalt in der stationären Langzeitpflege

Simon Eggert, Patrick Schnapp und Daniela Sulmann

- in alphabetischer Reihenfolge -

I. Hintergrund der Befragung

Ende 2015 gab es in Deutschland 2,9 Millionen Menschen, die pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung waren. Von ihnen wurden knapp drei Viertel zu Hause versorgt und gut ein Viertel in stationären Einrichtungen (Statistisches Bundesamt, 2017). Ende 2007 waren es noch weniger als 2,3 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2008). Diese Entwicklung wird sich in Zukunft fortsetzen. Eine Prognose geht davon aus, dass es 2030 knapp 3,5 Millionen, 2040 schon knapp vier Millionen Pflegebedürftige geben wird – wobei steigende Zahlen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch nicht berücksichtigt sind (Rothgang et al., 2016).

Pflegebedürftige sind von Gewalt vermutlich stärker betroffen als ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind. Denn Charakteristika, die mit Pflegebedürftigkeit einhergehen – kognitive Einschränkungen, körperliche Einschränkungen oder anderweitig schlechte Gesundheit – sind in der internationalen Forschung als Risikofaktoren identifiziert worden, Gewalt zu erleben (Lachs & Pillemer, 2015; Lindert et al., 2013).

Dennoch spielt das Thema Gewalt gegen Pflegebedürftige im Bewusstsein der Bevölkerung eine eher untergeordnete Rolle. Dies zeigen zum Beispiel zwei Bevölkerungsbefra-

gungen, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2012 und 2014 durchgeführt hat (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2012, 2014).

International findet man wenige Studien, die spezifisch Gewalt in der Pflege thematisieren. Vielmehr taucht das Thema als Sonderfall der Forschung zur Gewalt gegen Ältere auf („elder abuse and neglect“ oder „elder maltreatment“). Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt gegen Ältere („elder maltreatment“) als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion, die im Rahmen einer Vertrauensbeziehung stattfindet und wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“ (Sethi et al., 2011, S. 1, eigene Übersetzung).

Gewalt fängt also nicht erst beim Schlagen an. Vernachlässigung, Demütigung oder schlechte Pflege sind auch Formen von Gewalt. Dabei muss sie nicht immer von einer Person ausgehen, sondern kann auch in Strukturen begründet sein, zum Beispiel starre Tagesabläufe in Pflegeeinrichtungen, die es nicht erlauben, auf individuelle Wünsche eines Bewohners einzugehen. Auch der Eingriff in die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen ist Gewalt, ebenso psychische wie körperliche Misshandlung (auch in Form sexuellen Missbrauchs), missbräuchliche Gabe von Medikamenten und finanzielle

Ausbeutung (Görgen, 2015; Schnapp, 2016; Suhr, 2015). Eine besondere Form der Gewalt stellen freiheitsentziehende Maßnahmen dar. Das bedeutet, eine Person wird gegen ihren Willen durch Vorrichtungen, Gegenstände oder Medikamente in ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt. Dazu gehören mechanische Fixierungen, wie Bettgitter, Gurte, Stecktische, das Absperren eines Zimmers und ruhigstellende Medikamente, wie Schlafmittel oder Psychopharmaka. Häufig wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen damit begründet, Stürze und Verletzungen bei Pflegebedürftigen vermeiden zu wollen. Jedoch kann die Anwendung sogar zu einer Zunahme von Stürzen und Verletzungen führen, da die Bewegungsfähigkeit nachlässt. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden auch bei Menschen mit Demenz mit der Absicht eingesetzt, Unruhe und Umherirren zu reduzieren. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit kann aber gerade bei ihnen erhöhte Unruhe und Aggressivität bewirken (Köpke et al., 2015). Weil freiheitsentziehende Maßnahmen schwerwiegende psychische und physische Folgen mit sich bringen können, dürfen sie nur eingesetzt werden, wenn die betreffende Person schriftlich zustimmt oder um Lebensgefahr oder erhebliche Gesundheitsschädigungen abzuwenden. Bei Personen, die nicht einwilligungsfähig sind, ist die Zustimmung des gesetzlichen Betreuers erforderlich, zusätzlich muss immer eine richterliche Genehmigung eingeholt werden.

Pflegende können also verschiedene Formen von Gewalt gegen Pflegebedürftige anwenden – sie können aber auch selbst Gewalt erfahren (Franz et al., 2010; Schablon et al., 2012), zum Beispiel indem sie beschimpft, gekniffen oder sexuell belästigt werden. Ein

erhöhtes Risiko haben Pflegende, die Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Verhaltensstörungen betreuen.

Es gibt international auch einige Arbeiten, die Aggressionen zwischen Bewohnern von stationären Einrichtungen untersuchen (zusammenfassend: Ferrah et al., 2015). Das erste Projekt dazu in Deutschland wird zurzeit gemeinsam vom ZQP und der Deutschen Hochschule der Polizei durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Wie häufig Gewalt gegen Pflegebedürftige in Deutschland vorkommt, ist nicht genau bekannt (Görgen, 2015; Schnapp, 2016; Suhr, 2015). Der Grund: Alle methodischen Zugänge, die zur Erforschung von Gewaltvorkommnissen in den Sozialwissenschaften üblicherweise eingesetzt werden, haben Schwächen und Grenzen – und diese treten bei der Erforschung von Gewalt gegen Pflegebedürftige besonders deutlich hervor.

Untersuchungen, bei denen Teilnehmer gefragt werden, ob sie in letzter Zeit Gewalt erfahren haben, sind hier kaum geeignet. Diese Befragungen setzen unter anderem voraus, dass ein in Frage stehendes Verhalten überhaupt wahrgenommen und als berichtenswert verstanden wird. Körperliche und kognitive Einschränkungen können dazu führen, dass Ereignisse kaum oder nicht wahrgenommen werden. Zudem kann es sein, dass Gewalt nicht als solche erkannt oder benannt wird, zum Beispiel aus Angst aufgrund bestehender Abhängigkeiten. Aus diesen Gründen dürfte die Häufigkeit von Opferwerdungen bei Befragungen Pflegebedürftiger deutlicher unterschätzt werden als bei Befragungen der meisten anderen Bevölkerungsgruppen. Es

kommt hinzu, dass insbesondere Menschen mit Demenz nur sehr eingeschränkt auskunftsfähig sind (ähnlich Görden, 2015; Lachs & Pillemer, 2015).

Geeigneter scheinen Untersuchungsdesigns, bei denen die Teilnehmer nach Gewalt gefragt werden, die sie selbst ausgeübt haben. Hierbei muss jedoch darauf gesetzt werden, dass diese über ihr eigenes Handeln wahrheitsgemäß Auskunft geben. Dass bei solch heiklen Themen wie Gewalt manche Befragte unwahre Antworten geben, um ein übermäßig positives Bild von sich zu zeichnen, ist in der Befragungsforschung unter dem Stichwort „sozial erwünschtes Antwortverhalten“ bekannt (zusammenfassend Krumpal, 2013; Tourangeau & Yan, 2007). Außerdem kann es auch hier zu fehlerhaften Angaben kommen, weil Verhaltensweisen, die als Gewalt definiert sind, nicht als solche verstanden werden.¹ Beide Phänomene führen auch hier zu einer Unterschätzung von solchen Vorkommnissen.

Sozialwissenschaftler, die strafrechtlich relevante Aspekte von Gewalt in der Pflege untersuchen wollen, ziehen dafür häufig polizeiliche Kriminalstatistiken heran. Eine bekannte Schwäche dieser Datenquelle ist, dass sie nur solche Fälle abbildet, die der Polizei bekannt werden – was in aller Regel aufgrund einer Anzeige geschieht. Die hieraus resultierende Diskrepanz zwischen tatsächlichen und in der Statistik abgebildeten Vorkommnissen dürfte bei Gewalt gegen Pflegebedürftige besonders groß sein. Hinzu kommt, dass solche

Statistiken Pflegebedürftige als Opfer nicht gesondert ausweisen.

Das heißt keineswegs, dass es unmöglich ist, Aussagen zur Gewalt gegen Pflegebedürftige in Deutschland zu treffen. In der Zusammenschau und Bewertung verschiedener Quellen lassen sich näherungsweise Angaben machen.

Für eine Befragung zum Thema Vernachlässigung und Misshandlung ambulant versorgter Pflegebedürftiger durch Pflegekräfte wurden 2005 alle Mitarbeiter ambulanter Dienste in Hannover angeschrieben und gebeten, über ihr eigenes Verhalten in den letzten zwölf Monaten Auskunft zu geben. Dabei gaben 40 Prozent der Teilnehmer mindestens eine Verhaltensweise zu, die von den Studienautoren als Misshandlung oder Vernachlässigung eingestuft wurde. Die Werte waren 21 Prozent für psychische Misshandlung, 19 Prozent für pflegerische Vernachlässigung, 16 Prozent für psychosoziale Vernachlässigung, neun Prozent für physische Misshandlung und zehn beziehungsweise vier Prozent für mechanische beziehungsweise medikamentöse Freiheitseinschränkung; sexuelle Übergriffe wurden nicht berichtet (Rabold & Görden, 2007).

Die internationale Forschung zeigt, dass das Risiko von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen Gewalt zu erfahren, eher höher ist als das von ambulant versorgten Personen (Castle, Ferguson-Rome & Tedesi, 2015). Dieser Schluss liegt auch nahe, wenn man die eben dargestellten Ergebnisse aus dem ambulan-

¹ Deshalb wird in Befragungen meist nach möglichst konkreten Verhaltensweisen gefragt. Jedoch muss hier häufig ein Kompromiss gefunden werden zwischen dem Ziel der möglichst konkreten Beschreibung von Vorkommnissen und dem Ziel, den Fragebogen möglichst kurz zu halten.

ten Sektor vergleicht mit denen einer ähnlich aufgebauten Befragung von Pflegekräften in stationären Einrichtungen in Hessen². Hier berichteten 72 Prozent der Befragten, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal ein Verhalten gezeigt zu haben, das von den Autoren als Misshandlung oder Vernachlässigung eingestuft wurde. Am häufigsten berichteten die Befragten von psychischer Misshandlung und pflegerischer Vernachlässigung (je 54 Prozent); die Werte waren 30 Prozent für psychosoziale Vernachlässigung, 24 Prozent für physische Misshandlung und 28 beziehungsweise sechs Prozent für mechanische beziehungsweise unangemessene medikamentöse Freiheitsbeschränkung; sexueller Missbrauch wurde nicht berichtet (Görgen, 2009).

Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen können die Zahlen aus dem Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) herangezogen werden. Danach wurden 2013 am Tag der unangekündigten Überprüfung bei zwölf Prozent der Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen festgestellt; bei acht Prozent von diesen lagen die juristisch erforderlichen Einwilligungen oder Genehmigungen nicht vor (MDS, 2014). In Studien zeigen sich große Unterschiede zwischen Einrichtungen: So lag in einer Untersuchung von 30 Heimen der Anteil der Bewohner, die freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgesetzt waren, zwischen vier und 59 Prozent (Köpke & Meyer, 2008).

Pharmakologisch ausgerichtete Studien legen den Schluss nahe, dass freiheitsentzie-

hende Maßnahmen in Form nicht indizierter Medikation ein nennenswertes Phänomen darstellen. In einer Übersichtsarbeit zur Anwendung von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen stellt Thürmann (2017) fest, dass häufig Psychopharmaka verordnet werden, die auf der PRISCUS-Liste stehen. Diese Liste verzeichnet Medikamente, die man „bei älteren Menschen möglichst nicht anwenden sollte oder deren Dosierung angepasst werden muss“ (Holt, Schmiedl & Thürmann, 2010, S. 544), weil ihre Einnahme für ältere Patienten ein erhöhtes Risiko darstellt. Die Autorin kommt zu dem Schluss: „Es existiert eine Diskrepanz zwischen den restriktiven Anwendungsempfehlungen dieser Medikamente und der tatsächlichen Verordnungsprävalenz“ (Thürmann, 2017, S. 119). Die Münchner Heimaufsicht hat die Verwendung sogenannter „Bedarfs-Psychopharmaka“ untersucht. Dies sind Psychopharmaka, die zusätzlich zu fest verordneten Medikamenten bei Bedarf gegeben werden. Pflegekräfte dürfen diese Medikamente in solchen Situationen verabreichen, für die der behandelnde Arzt eine entsprechende Indikation formuliert hat. Die häufigsten Indikationen waren in dieser Untersuchung Schlafstörungen und Unruhe; die Medikamente wurden zu zwei Dritteln nachts gegeben (Landeshauptstadt München, 2013). Die Autoren werten dies als Hinweis darauf, „dass fehlende strukturelle und personelle Konzepte kompensiert werden. Gerade zu den Abend- und Nachtstunden wird mit knappen Personalkapazitäten gearbeitet“ (Landeshauptstadt München, 2013, S. 31).

² Jedoch waren die verwendeten Fragebögen nur ähnlich, nicht etwa genau analog aufgebaut. In der Studie in stationären Einrichtungen wurde nach 46 verschiedenen Verhaltensweisen gefragt, die dann als Missbrauch oder Vernachlässigung eingestuft wurden, in der Studie im ambulanten Sektor nur 33 (Rabold & Görgen, 2007, Görgen, T., persönliche Kommunikation, 1. Juni 2017). Daher wären etwas höhere Zahlen für den ambulanten Sektor auch dann zu erwarten, wenn die tatsächlichen Raten gleich wären. Außerdem fanden die Untersuchungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Städten statt.

Die bisherige Forschung zeigt also, dass Gewalt gegen ältere, speziell auch pflegebedürftige Menschen ein nennenswertes Phänomen ist. Laut der Prüfergebnisse des MDS kommen auch freiheitsentziehende Maßnahmen oft vor. Pharmakologische Studien legen den Schluss nahe, dass zu diesem Zweck häufig auch Medikamente eingesetzt werden.

Mit der hier vorgelegten Analyse leistet das ZQP einen weiteren Beitrag zur Bearbeitung des Themas, indem untersucht wird, welche Instrumente zur Prävention von Gewalt in stationären Einrichtungen vorhanden sind und welche Rahmenbedingungen als wichtig erachtet werden. Hierfür wurden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte dazu befragt. Darüber hinaus wurden sie um ihre Einschätzungen zur Häufigkeit von Gewaltvorkommnissen in der Pflege gebeten.

II. Methoden und Vorgehensweise

Bei der Entwicklung des Fragebogens für die Studie stellte die Frage zu Gewaltvorkommnissen in der Pflege eine besondere Herausforderung dar. Theoretisch denkbar wäre es gewesen, die Befragten nach Gewaltereignissen in ihrer Einrichtung zu fragen. Dies schien jedoch wenig sinnvoll, da zu erwarten stand, dass viele Befragte Probleme gehabt hätten, hierzu zutreffende Aussagen zu machen. Stattdessen wurden die Befragten gebeten, im Sinne eines Experteninterviews einzuschätzen, wie häufig verschiedene Gewaltformen „insgesamt in der stationären Pflege“ vorkommen.

Als Antwortmöglichkeiten angeboten wurden die verbalen Häufigkeitsbeschreibungen „nie“, „selten“, „gelegentlich“ und „oft“. Empirische Studien haben gezeigt, dass die

Abstände zwischen „nie“ und „selten“, „selten“ und „gelegentlich“ sowie „gelegentlich“ und „oft“ von Befragten als etwa gleich groß wahrgenommen werden (Rohrmann, 1978).

Die Studie wurde als computergestützte Telefonbefragung (CATI) durchgeführt. Befragt wurden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte in stationären Einrichtungen. Die Stichprobe umfasst 250 Befragte aus 250 verschiedenen Einrichtungen. Die Dienste und Einrichtungen wurden aus einer Liste der Grundgesamtheit per Zufallsauswahl selektiert. Die Befragung wurde vom 26. April bis 18. Mai 2017 durchgeführt.

Um Abweichungen von der Grundgesamtheit auszugleichen, die durch differenzielle Nichtteilnahme entstehen, wurde die Stichprobe nach Kombination von Trägerschaft (privat; freigemeinnützig/öffentlich) und Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen (bis 50; 51–100; über 100) gewichtet. Hierfür wurde die Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt, 2017) herangezogen. Die Werte der Gewichte reichen von 0,70 bis 2,35. Die statistische Fehlertoleranz der Untersuchung in der Gesamtstichprobe liegt bei +/- sechs Prozentpunkten.

III. Ergebnisse

Wichtigkeit des Themas und Schätzungen der Häufigkeit

- Knapp die Hälfte der Befragten (47 Prozent) sagt, dass Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege stationäre Einrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellen.

- Den Befragten zufolge sind die häufigsten Gewaltformen verbale Aggressivität, Vernachlässigung und körperliche Gewalt.
- Die Häufigkeit von Gewaltanwendung wird in der Befragung eher unterschätzt.

Für die Befragung wurden gezielt Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte angesprochen.

47 Prozent der Befragten gaben an, dass sie „Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege“ für ein Thema halten, das stationäre Pflegeeinrichtungen „in der heutigen Zeit vor ganz besondere Herausforderungen“ stellt.

Weiter wurde gefragt, wie häufig verschiedene Formen der Gewalt „insgesamt in der stationären Pflege“ vorkommen. Es wurde darauf geachtet, dass die Frage nicht zu abstrakt, sondern anschaulich und kurz formuliert war, gleichzeitig aber ein breites Verhaltensspektrum abdeckte. So lautete zum Beispiel die Frage zur verbalen Aggressivität:

„Und wie ist es mit verbaler Aggressivität von professionellen Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen, also zum Beispiel durch Anschreien oder herabsetzende Bemerkungen?“

Kommt das Ihrer Meinung nach insgesamt in der stationären Pflege ‚nie‘ vor – ‚selten‘ – ‚gelegentlich‘ – oder ‚oft‘?“

In ähnlicher Weise wurde auch nach verbaler Vernachlässigung, körperlicher Gewalt, Freiheitsentziehenden Maßnahmen und finanziellem Missbrauch gefragt. Diese wurden wie folgt eingeführt:

Vernachlässigung: *„Und wie ist es damit, dass professionelle Pflegekräfte den Pflegebedürftigen*

Hilfe vorenthalten, also zum Beispiel Inkontinenz-Material nicht wechseln, obwohl dies nötig wäre?“

Körperliche Gewalt: *„Und wie ist es mit körperlicher Gewalt von professionellen Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen, also zum Beispiel durch Schubsen, hart Anfassen oder Schlagen?“*

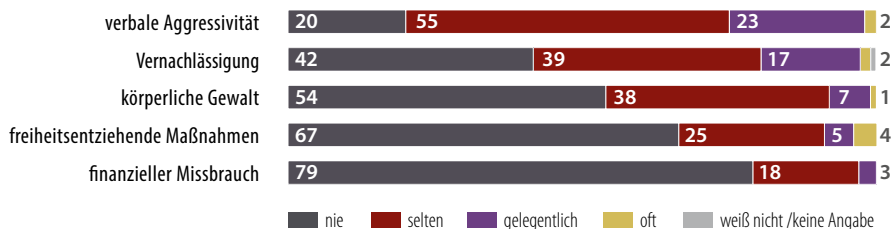
Freiheitsentziehende Maßnahmen: *„Und wie ist es damit, dass professionelle Pflegekräfte die Pflegebedürftigen gegen ihren Willen in der Bewegungsfreiheit einschränken, also zum Beispiel durch Festbinden, Einschließen oder die Gabe von nicht angezeigten Medikamenten?“*

Finanzieller Missbrauch: *„Wie ist es damit, dass professionelle Pflegekräfte die Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen ausnutzen, um sich selbst finanziell zu bereichern, also zum Beispiel Unterschriften unter Verträge erzwingen oder Geldgeschenke einfordern?“*

Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

Dass in der Einschätzung der Befragten verbale Aggressivität und Vernachlässigung in der Pflege häufiger vorkommen als die anderen Missbrauchsformen, deckt sich mit den Erkenntnissen der Forschung zu Gewalt in der stationären Pflege in Deutschland. Die Ergebnisse sind dennoch sehr überraschend. Denn zwischen 20 und 79 Prozent der Befragten geben an, dass das in Frage stehende Verhalten „insgesamt in der stationären Pflege“ „nie“ vorkommt. Diese Angaben stehen nicht in Einklang mit dem aktuellen Wissensstand über Gewalt gegen Pflegebedürftige und der konsentierten Experteneinschätzung, dass alle im Fragebogen zur Auswahl gestellten Gewaltformen in der Pflege vorkommen. Mehr noch: Selbst wer den Fachdiskurs zum

Abbildung 1: Einschätzungen zur Häufigkeit verschiedener Gewaltformen in der Pflege insgesamt
n = 250; Angaben in Prozent.



Thema nicht verfolgt, dürfte aus Medienberichten wissen, dass es in deutschen stationären Einrichtungen alle Formen der Gewalt gibt.

Die für die Analyse erhobenen Zahlen zur Häufigkeit von Gewaltanwendung professioneller Pflegekräfte gegen Pflegebedürftige stellen nach Einschätzung des ZQP eine tendenzielle Unterschätzung des Problems dar. Vielmehr ist mit einer noch höheren Auftretshäufigkeit von Gewalthandlungen zu rechnen. Viele Faktoren könnten zu einer solchen Unterschätzung beitragen: Sozial erwünschtes Antwortverhalten, wie es bei als heikel empfundenen Themen (insbesondere bei telefonischen Befragungen) nicht ungewöhnlich ist (Toureangeau & Yan, 2007), ein Missverständnis der Fragen dahingehend, dass nur von der eigenen Einrichtung die Rede sei, Tabuisierung und mangelnder Wille, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen sowie fehlendes Problembewusstsein können Gründe sein. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, auf seriöse Weise mehr Aufmerksamkeit für das Thema zu erzeugen.

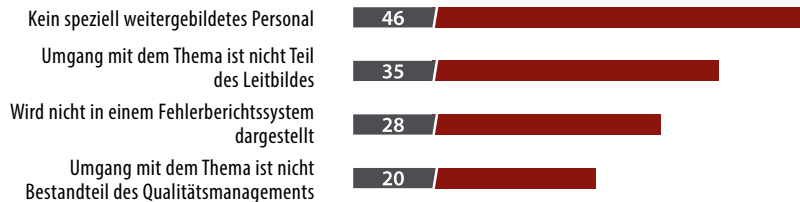
Maßnahmen zum Umgang mit Aggressionen und Gewalt

- Strukturen, die bei der Eindämmung von und dem Umgang mit aggressiven Situationen helfen könnten, sind in vielen Einrichtungen offenbar deutlich verbesserungsfähig.
- In fast der Hälfte der Einrichtungen (46 Prozent) gibt es kein Personal, das speziell für den Umgang mit Konflikten, Aggression und Gewalt geschult ist.
- In einem Fünftel der Einrichtungen (20 Prozent) ist das Thema nicht expliziter Bestandteil des Qualitätsmanagements, in über einem Viertel (28 Prozent) wird es nicht in einem Fehlerberichtssystem dargestellt.

Verschiedene Strukturmerkmale könnten dabei helfen, aggressiven Situationen in der stationären Pflege vorzubeugen und/oder mit entstandenen Situationen umzugehen. Daher wurden die Teilnehmer gefragt, welche Strukturen dieser Art es in den Einrichtungen gibt beziehungsweise wo diesbezügliche Verbesserungsbedarfe vorhanden sein könnten.

Abbildung 2: Anteil der stationären Einrichtungen, in denen eine Form des Umgangs mit aggressiven Situationen nicht institutionalisiert ist

n = 250; Mehrfachantworten möglich.



„Manche Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste richten bestimmte Maßnahmen ein, um aggressiven Situationen vorzubeugen oder damit umzugehen, wenn sie doch einmal vorkommen. Andere Einrichtungen und Dienste machen dies nicht. Bitte sagen Sie mir für jede der folgenden Maßnahmen, ob es dies bei Ihnen gibt – oder nicht.“

In der Abbildung 2 dargestellt sind die Anteile der Einrichtungen, in denen es bestimmte Strukturmerkmale *nicht* gibt. Hier zeigt sich, dass die erfragten Maßnahmen/Merkmale in nennenswerten Anteilen der Einrichtungen nicht vorhanden sind.

Beachtenswert scheint insbesondere das Ergebnis zu speziell für den Umgang mit Aggressionen geschultem Personal. In Deutschland werden von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Multiplikatorenschulungen angeboten. Evaluationen zeigen verbessertes Wissen und positive Einschätzungen der Schulungen (Peller & Dauber, 2011; Richter, 2011). Dass 46 Prozent der Einrichtungen kein speziell für den Umgang mit Aggressionen geschultes Personal haben, in vielen Einrichtungen Vorfälle nicht in einem Fehlerberichtssystem berichtet

werden können und insbesondere das Thema nicht ausdrücklich Bestandteil des Qualitätsmanagements ist, weist darauf hin, dass der Prävention und dem Umgang mit Gewalt in Pflegeeinrichtungen häufiger nicht die Beachtung zukommt, die angesichts der Relevanz für Pflegebedürftige notwendig scheint.

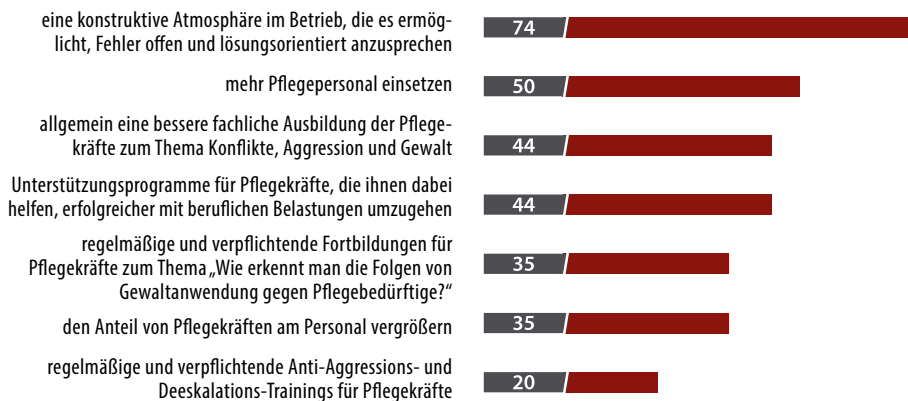
Rahmenbedingungen zur Gewaltprävention

- Knapp drei Viertel der Befragten (74 Prozent) sagen, eine konstruktive Fehlerkultur sei zur Verringerung von Gewalt von professionellen Pflegekräften gegen Pflegebedürftige „ganz besonders wichtig“.
- Die Hälfte (50 Prozent) hält mehr Pflegepersonal zur Gewaltprävention für „ganz besonders wichtig“.
- Auch die bessere fachliche Ausbildung zu dem Thema wird von einem Großteil der Befragten (44 Prozent) als entsprechend relevant angesehen.

In einer weiteren Frage ging es allgemeiner um Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, die dabei helfen können, Gewalt durch professionelle Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zu verringern. Hierfür wurde den Teilnehmern

Abbildung 3: Anteil der Befragten, die angeben, dass eine Rahmenbedingung „ganz besonders wichtig“ ist

n = 250; Mehrfachantworten möglich.



eine Liste von Rahmenbedingungen vorgelegt, die sie danach bewerten sollten, wie wichtig sie seien.

Die Erfahrung zeigt, dass bei Fragen dieser Art häufig wenig aussagekräftige Ergebnisse entstehen, weil Befragte fast alle Antwortmöglichkeiten auswählen. Deshalb wurde zusätzlich zu den beiden Antwortmöglichkeiten „nicht wichtig“ und „wichtig“ gezielt die Antwortmöglichkeit „ganz besonders wichtig“ angeboten. Die Ergebnisse in Abbildung 3 zeigen, wie häufig diese gewählt wurde.

„Wenn es darum geht, Gewalt beziehungsweise Aggression von professionellen Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen zu verringern – was würde da helfen? Ich nenne Ihnen jetzt sieben mögliche Maßnahmen. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob dies Ihrer Meinung nach ‚nicht wichtig‘ ist – ‚wichtig‘ – oder sogar ‚ganz besonders wichtig‘, um das Problem in den Griff zu bekommen.“

Um das Problem ‚Gewalt beziehungsweise Aggression von professionellen Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen‘ in den Griff zu bekommen: Wie wichtig ist ...?“

Als bei weitem am wichtigsten eingeschätzt wird eine konstruktive Fehlerkultur, also eine Atmosphäre, „die es ermöglicht, Fehler offen und lösungsorientiert anzusprechen“ (Itemformulierung). Dies ist eine Einflussgröße, die durch entsprechende Managemententscheidungen beeinflussbar ist.

Als verhältnismäßig unwichtig angesehen werden Fortbildungen und Trainings. Dies überrascht tendenziell, weil diese in der Fachliteratur als besonders hilfreich beschrieben werden, um Handlungssicherheit zur Vorbeugung von und zum Umgang mit Gewalt zu erlangen (Köpke et al., 2012).

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit erweitert das Wissen über Gewalt in der Pflege. Hierfür wurden von Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten in der stationären Pflege Einschätzungen zum Thema erfragt. Inhalte der Befragung waren unter anderem die Häufigkeit von Gewalt gegen Pflegebedürftige durch professionelle Pflegekräfte, strukturelle Merkmale der Einrichtung des Befragten, die bei der Eindämmung von Gewalt helfen können, und Rahmenbedingungen, die Einfluss auf Gewalt gegen Pflegebedürftige haben. Per computergestütztem Telefoninterview wurden hierfür 250 zufällig ausgewählte Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte von stationären Einrichtungen befragt. Die Ergebnisse wurden nach Trägerschaft und Größe nachgewichtet. Die Stichprobe ist repräsentativ für die stationären Einrichtungen in Deutschland.

Knapp die Hälfte der Befragten (47 Prozent) sagt, dass Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege stationäre Einrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellen.

Die Teilnehmer wurden außerdem danach gefragt, wie oft Gewalt von professionellen Pflegekräften gegen Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ausgeübt wird. Diese Frage bezog sich nicht auf die befragte Einrichtung selbst, sondern insgesamt auf die stationäre Pflege. Demnach ist die als am häufigsten beschriebene Gewaltform verbale Aggressivität: Zwei Prozent der Befragten sagen, dies komme oft vor, 23 Prozent gelegentlich, 55 Prozent selten. Die nächsthäufigen Gewaltformen sind Vernachlässigung (zwei Prozent oft; 17 Prozent gelegentlich; 39 Prozent selten) und körperliche Gewalt (ein

Prozent oft; sieben Prozent gelegentlich; 38 Prozent selten).

Geeignete Maßnahmen und Strukturen können dabei helfen, Gewalt vorzubeugen und erfolgte Gewaltereignisse so zu verarbeiten, dass ihre Häufigkeit in Zukunft verringert wird. In vielen Einrichtungen sind solche Bedingungen offenbar deutlich verbesserungsfähig. So beschäftigt knapp die Hälfte der Einrichtungen kein speziell für das Thema fortgebildetes Personal (46 Prozent), in über einem Viertel können Gewaltvorkommnisse nicht in einem Fehlerberichtssystem dargestellt werden (28 Prozent) und in einem Fünftel ist der Umgang mit dem Thema nicht expliziter Bestandteil des Qualitätsmanagements (20 Prozent).

Um Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegekräfte zu verringern, ist nach Meinung der Befragten eine gute Fehlerkultur ganz besonders wichtig – dies geben fast drei Viertel von ihnen an (74 Prozent). Der Einsatz von mehr Pflegepersonal (50 Prozent), bessere Unterstützung für überlastetes Personal (44 Prozent) und eine bessere Ausbildung zum Thema „Konflikte, Aggression und Gewalt“ (44 Prozent) werden auch von vielen Befragten als ganz besonders wichtig angesehen.

Die für die Analyse erhobenen Häufigkeiten von Gewaltanwendung professioneller Pflegekräfte gegen Pflegebedürftige stellen nach Einschätzung des ZQP aufgrund des aktuellen internationalen Forschungsstands eine tendenzielle Unterschätzung des Problems dar. Es ist daher mit einer noch höheren Auftrittshäufigkeit von Gewalthandlungen zu rechnen.

Literatur

- Castle, N., Ferguson-Rome, J. C. & Teresi, J. A. (2015). Elder abuse in residential long-term care: An update to the 2003 National Research Council report. *J Appl Gerontol*, 34, 407-43.
- Ferrah, N., Murphy, B., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D., Flicker, L. & Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age Ageing*, 44, 356-364.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*, 10, 51-58.
- Görgen, T. (2009). „Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In T. Görgen (Hg.), „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen: Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen (S. 480-491). BMFSFJ.
- Görgen, T. (2015). Wo Gewalt in der Pflege vorkommt. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Gewaltprävention in der Pflege* (S. 12-15).
- Görgen, T. (2017). Sichere Zuflucht Pflegeheim? Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen: Bestandsaufnahme eines sich entwickelnden Forschungsfeldes. DHPol.
- Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2010). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 543-551.
- Köpke, S. & Meyer, G. (2008). Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen. *Pflegezeitschrift*, 61, 556-559.
- Köpke, S., Möhler, R., Abraham, J., Henkel, A., Kupfer, R., Meyer, G. (2015): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: A randomized controlled trial. *JAMA*, 307, 2177-2184.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Qual Quant*, 47, 2025-2047.
- Lachs, M. S. & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *N Engl J Med*, 373, 1947-1956.
- Landeshauptstadt München (2013). Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht 2011/2012.
- Landeshauptstadt München (2015). Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht 2013/2014.
- Lindert, J. U., Soares, J. J. F., Csöff, R. M., Barros, H., Torres-González, F., Iodannidi-Kapolou, E., . . . & Stanek, M. (2013). Gewalt und Gesundheit bei älteren Menschen in Europa. Verlag der Evangelischen Gesellschaft.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (2014). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI.
- Peller, A. & Dauber, C. (2011). ProDeMa – Evaluation 2009/2010.
- Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. *Z Gerontol Geriatr*, 40, 366-374.
- Richter, D. (2011). Qualitätssicherung in der Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainerinnen und -trainer durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Rohrmann, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Soc Psychol (Gott)*, 9, 222-245.
- Rothgang, H., Kalwitski, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016.
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohlert, C., Harling, M. & Nienhaus, A. (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system. *BMJ Open*, 2, e001420.

Schnapp, P. (2016). Gewalt gegen Pflegebedürftige: Fakten und Hilfe. www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/?id=artikelautor&artikel2=1023 [Stand: 30.06.2017]

Sethi, D., Wood, S., Mitis, M., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, . . . & Kärki, F. U. (2011). European report on preventing elder maltreatment. WHO/Europe.

Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt (2017). Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse.

Suhr, R. (2015). Pflege ohne Gewalt. Gesundheit und Gesellschaft, 18(7-8), 22-28.

Tourangeau, R. & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys, Psychol Bull, 133, 859-83.

Thürmann, P. A. (2017). Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.), Pflege-Report 2017 (S. 119-130). Schattauer.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2012). Gewalt im Kontext Pflege. Kerninformationen zur ZQP-Umfrage.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2014). ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der Pflege“.

Zu den Autoren

Simon Eggert ist Geistes- und Sozialwissenschaftler und Bereichsleiter im ZQP.

Dr. Patrick Schnapp ist Soziologe und Projektleiter im ZQP.

Daniela Sulmann ist Dipl.-Pflegerin und examinierte Krankenschwester. Sie ist Bereichsleiterin im ZQP.



ZQP-Analyse: Wahrnehmung der Bevölkerung von Gewalt in der Pflege

Simon Eggert, Katharina Jung und Daniela Sulmann

- in alphabetischer Reihenfolge -

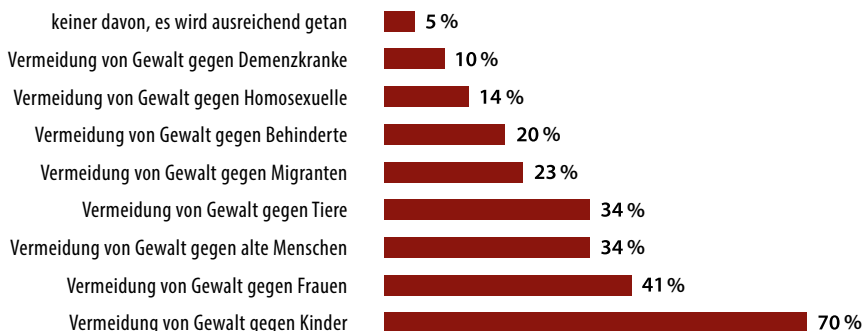
Das gesellschaftliche Problembewusstsein für Aggression und Gewalt in der Pflege ist noch wenig ausgeprägt. Ein öffentlicher Diskurs zum Thema entstand erst in den 1990er-Jahren, entwickelte sich eher schleppend und flackerte meist nur punktuell und im Zuge skandalisierender Medienberichterstattung auf. Um aktuelle Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Gewalt in der Pflege in der Bevölkerung wahrgenommen wird, hat das Zentrum für Qualität in der Pflege im April 2014 eine bevölkerungsrepräsentative Studie durchgeführt.

In dieser anonymen Umfrage wurden mittels einer repräsentativen Stichprobe Einstellungen der Bevölkerung zu dem Themenbereich „Aggression und Gewalt in der Pflege“ erfragt. Befragt wurden 2.521 Personen über 18 Jahre.¹

Einstellungen zu Gewalt im Kontext der Pflege

Der Schutz vor Gewalt, sowohl des Einzelnen als auch spezifischer Gruppen in der Gesellschaft, gehört in Deutschland zu den zentralen Aufgaben des Staates. In diesem Zusammenhang wurden die Befragten ge-

Abbildung 1: „Gewalt kann sich gegen unterschiedliche Gruppen richten: Aufgabe des Staates ist es unter anderem, die Gefährdeten durch vorbeugende Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt zu schützen. In welchen der folgenden Bereiche wird dabei Ihrer Meinung nach zu wenig getan? Wo besteht also aus Ihrer Sicht noch dringend Handlungsbedarf?“ Gesamtheit, n = 2.521; Mehrfachantworten möglich.



¹ Befragung mittels „forsa.omninet“. Als Erhebungsmethode kam die In-Home-Befragung per PC beziehungsweise Set-Top-Box am TV-Bildschirm zum Einsatz. Anschließend wurde die Personenstichprobe nach Region, Alter, Geschlecht und Bildung ausgewertet. Die statistische Fehlertoleranz der Untersuchung in der Gesamtstichprobe lag bei +/- zwei Prozentpunkten.

ten, bis zu drei Gruppen zu benennen, für die sie einen dringenden staatlichen Handlungsbedarf zur Vermeidung von Gewalt sehen.

Die meisten Befragten (70 Prozent) sahen mit Abstand den größten Handlungsbedarf in der Vermeidung von Gewalt gegenüber Kindern. Hingegen wurde lediglich von einem Drittel (34 Prozent) die Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen genannt. Die Vermeidung von Gewalt gegenüber Demenzkranken nannte sogar nur ein Zehntel der Befragten.

Des Weiteren wurden Einschätzungen zu Verbesserungspotenzialen der Versorgungssituation älterer pflegebedürftiger Menschen erhoben (Abbildung 1). Hier sah nur knapp ein Fünftel (18 Prozent) der Befragten das Thema „Schutz vor Gewalt und Aggression“ in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als relevant an. Die „Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen“ nannten nur 19 Prozent. Hingegen erfuhren Aspekte der bedürfnisorientierten Versorgung, wie „mehr Zeit für persönliche Zuwendung und Kommunikation“ (69 Prozent) oder „Berücksichtigung der Individualität“ (43 Prozent), weitaus mehr Zustimmung.

Bestimmte Krankheitsbilder, zum Beispiel Demenz, können starke Unruhe, Rastlosigkeit, Stürze und die Gefahr des Weglaufens mit

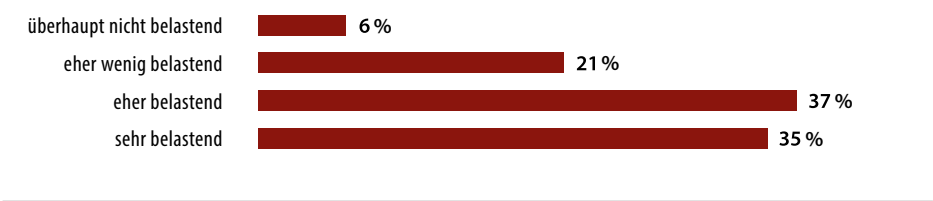
sich bringen. Versuche, diese Verhaltensweisen zu begrenzen, können für die betroffenen Menschen das Risiko darstellen, Opfer problematischen oder gar gewalttätigen Verhaltens zu werden.

Nach ihrer Einschätzung zu geeigneten Maßnahmen speziell in der Versorgung ruheloser und verwirrter hilfebedürftiger Menschen gefragt, gab die deutliche Mehrheit (70 Prozent) an, den Einsatz von Gurten zur Bewegungseinschränkung abzulehnen. Auch Medikamenten oder anderen Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit der Personen einschränken, stehen die Befragten eher ablehnend gegenüber. Hingegen zeigte sich eine relativ hohe Akzeptanz gegenüber technischen Hilfsmitteln zur Überwachung (84 Prozent befürworteten beispielsweise den Einsatz von Alarmsensoren).

Persönliche Pflegeerfahrungen und Belastung

Insgesamt ein Fünftel der Befragten gab an, eigene Erfahrungen mit der Pflege eines nahestehenden Menschen zu haben, wobei der Anteil der Frauen mit Pflegeerfahrung höher lag. Um Einschätzungen zur persönlichen Belastungssituation zu erhalten, wurden Personen mit eigener Pflegeerfahrung zu ihrer Pflegetätigkeit befragt. Die überwiegende

Abbildung 2: „Als wie belastend empfinden beziehungsweise empfanden Sie es, einen Menschen zu pflegen?“ Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503.



Mehrheit (72 Prozent) dieser Gruppe gab an, die Pflege als belastend zu empfinden (Abbildung 2).

Vor dem Hintergrund der Prävention von Gewalt in der Pflege sind neben Angaben zur Belastungssituation auch Einschätzungen zu Entlastungsmöglichkeiten von besonderem Interesse. Speziell der Kontakt zu einer vertrauten Person spielt hierbei für Pflegendende eine wichtige Rolle bei der seelischen Entlastung; eine solche Möglichkeit sich auszusprechen wird auch von der überwiegenden Mehrheit (79 Prozent) genutzt. Dennoch bleibt ein relevanter Anteil (8 Prozent), dem dieser Kontakt fehlt.

Des Weiteren wurden Personen mit persönlicher Pflegeerfahrung um ihre Einschätzungen zu konkreten Maßnahmen der Unterstützung pflegender Angehöriger gebeten. Als mit Abstand wichtigsten Aspekt nannten die Befragten hierbei die Unterstützung durch professionelle medizinisch-pflegerische Hilfe (76 Prozent). Danach folgten verschiedene Angebote zur vorübergehenden Übernahme der Pflegetätigkeit, wie beispielsweise Verhinderungspflege (64 Prozent). Auch Angebote der Beratung und Schulung stellen eine wirksame Unterstützung dar – so nannten 29 Prozent der Befragten „Kurse zur Pflege“ sowie 25 Prozent „Angebote der Pflegeberatung“ als bedeutsame Hilfen (Abbildung 3).

Abbildung 3: „Welche der folgenden Aspekte sind Ihrer Meinung nach am wichtigsten, um pflegende Angehörige zu entlasten?“ Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503; Mehrfachantworten möglich.



Erfahrungen mit unangemessenem Verhalten und Gewalt

Die Befragten wurden auch zu ihren persönlichen Erfahrungen mit Aggression und Gewalt in der Pflege befragt. Es wurde vorab nicht definiert, was unter „unangemessenem Verhalten“ zu verstehen ist. Somit sind die Ergebnisse also auch durch die jeweilige persönliche Einschätzung der Befragten beeinflusst. 35 Prozent der Personen mit Pflegeerfahrung gaben an, sich schon mindestens einmal unangemessen bei der Pflege verhalten zu haben (Abbildung 4).

Von sechs Prozent der Befragten wurden hierbei körperliche Aggressionen genannt, 79 Prozent gaben an, unangemessene Dinge gesagt zu haben. 26 Prozent berichteten davon, schon einmal erforderliche Hilfen oder Aufmerksamkeit entzogen zu haben.

Unangemessenes Verhalten kommt nicht nur gegenüber pflegebedürftigen Menschen vor. Die Befragung zeigt auch, dass zwei Fünftel (40 Prozent) der Befragten sich unangemessen von einer pflegebedürftigen Person behandelt fühlten, acht Prozent einmal und 32 Prozent mehrmals (Abbildung 5).

Eine ausführliche Darstellung der Befragungsergebnisse ist auf der Webseite des ZQP zu finden: www.zqp.de/portfolio/meinungsbild-gewalt-in-der-pflege-aus-bevoelkerungssicht-2014/.

Abbildung 4: „Und kam es schon einmal vor, dass Sie sich selbst in einer Belastungssituation unangemessen verhalten haben, als Sie eine Person gepflegt haben beziehungsweise bei Ihrer jetzigen Pflege?“ Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503.

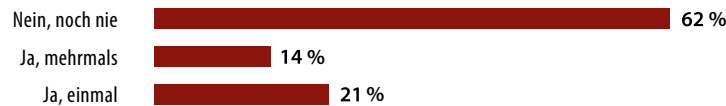
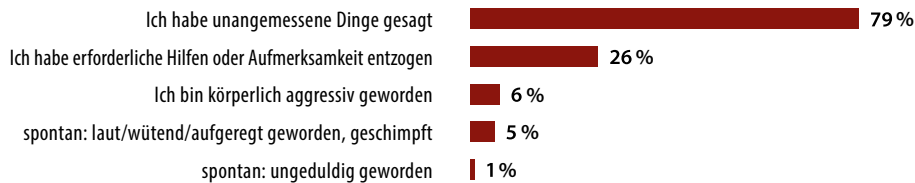


Abbildung 5: „Und in welcher Weise haben Sie sich aus Ihrer Sicht problematisch verhalten?“

Nur Personen die angaben, sich mindestens einmal im Kontext der Pflege unangemessen verhalten zu haben. n = 177; Mehrfachantworten möglich.



Zu den Autoren

Simon Eggert ist Geistes- und Sozialwissenschaftler und Bereichsleiter im ZQP.

Dr. Katharina Jung ist Biowissenschaftlerin. Sie war Projektleiterin im ZQP.

Daniela Sulmann ist Dipl.-Pflegerin und examinierte Krankenschwester. Sie ist Bereichsleiterin im ZQP.



Initiativen zur Prävention von Gewalt in der Pflege

Jens Abraham und Gabriele Meyer

Das genaue Ausmaß von Gewalt in der Pflege in Deutschland ist nicht bekannt. Sicher ist jedoch, dass im Kontext von Pflegebeziehungen eine erhöhte Gefahr für aggressive bis hin zu gewalttätigen Situationen besteht. Alle an der Pflege beteiligten Personen können betroffen sein. Doch welche Maßnahmen und Ansätze gibt es, um Gewalt in der Pflege wirksam und nachhaltig vorzubeugen?

Zum Stand der Forschung hat unsere Arbeitsgruppe im Jahr 2013 eine systematische Literaturrecherche nach internationalen, kontrollierten Studien und systematischen Übersichtsarbeiten (ab dem Jahr 2008) in verschiedenen Fachdatenbanken durchgeführt. Außerdem erfolgte eine umfassende Online-Recherche nach nationalen Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten. Beauftragt wurde das Projekt von der Stiftung ZQP. Die Recherche wurde für den vorliegenden Report im März 2017 aktualisiert. Im Forschungsüberblick lag das Augenmerk auf Arbeiten, die sich mit der Thematik „Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen“ befassen haben.

Internationale Studienlage zur Gewaltprävention in der Pflege

Die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche sind weiterhin und gerade ange-

sichts der hohen Relevanz dieser Thematik ernüchternd, wie auch andere aktuelle systematische Literaturanalysen schlussfolgern (Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo, 2016; Dong, 2015; Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016). Die Recherche ergab lediglich zwei kontrollierte Studien, in der eine konkrete Intervention zur Gewaltprävention untersucht wurde.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind weiterhin und gerade angesichts der hohen Relevanz des Themas ernüchternd.

So hatte ein Team aus Taiwan die Wirksamkeit eines Gruppenschulungsprogramms zur Reduzierung psychischer Misshandlungen durch Pflegenden im Pflegeheim untersucht

(Hsieh, Wang, Yen & Liu, 2009). Obwohl die Ergebnisse darauf hinweisen, dass gewalttätiges Verhalten verringert werden kann, ist aufgrund methodischer Einschränkungen kein zuverlässiger Schluss über die Wirksamkeit dieser Intervention möglich. Zudem ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutschen Gegebenheiten auch im Hinblick auf die soziokulturellen Unterschiede fraglich.

In einer methodisch angemessenen Studie aus Großbritannien wurde die Wirksamkeit eines individuellen Therapieprogramms zur Stärkung der mentalen Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz untersucht (Cooper, Barber, Griffin, Rapaport & Livingston, 2015). Das Programm

führte jedoch nicht zu einer Verringerung von gewalttätigem Verhalten.

Nationale Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege

Auf nationaler Ebene gibt es zahlreiche Präventionsbestrebungen zum Thema „Gewalt in der Pflege“. Im Rahmen der Recherche wurden verschiedene wissenschaftlich begleitete Projekte identifiziert, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Ein Großteil der Projekte stellt hierbei Maßnahmen zur Gewaltprävention im häuslichen Umfeld in den Fokus, einige Projekte betrachten die Thematik sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegekontext.

„Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz“ (AStrA)

Das Praxisprojekt der Deutschen Hochschule der Polizei aus dem Jahr 2013 fokussierte auf Maßnahmen zur Prävention von Gewalt in der familialen Pflege von Menschen mit Demenz. Das Ziel war hierbei die Entwicklung eines Aggressions- und Stress-Reduktions-Programms („Aktion Stress-Abbau“) für pflegende Angehörige.

„Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PURFAM)

Im Mittelpunkt dieses Projekts stand die Gewaltprävention in familialen Pflegesettings durch konkrete Maßnahmen zur Früherkennung vorhandener Gewaltpotenziale. Hierzu wurde unter anderem ein entsprechendes Bewertungsinstrument entwickelt und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten im

Umgang damit geschult (Zank & Schacke, 2012).

„Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden“

Ziel des Projekts war es, Pflegende für die Gefahr familiärer Gewalt im häuslichen Umfeld zu sensibilisieren und gleichzeitig durch gezielte Aufklärung deren Handlungssicherheit zu stärken. Dabei sollten Handlungsempfehlungen auf Grundlage des aktuellen Wissensstands aufgezeigt und in der Praxis verankert werden.

„Sicher leben im Alter“ (SiliA)

Im Rahmen dieses Projekts wurden verschiedene Handlungsansätze zur Gewaltprävention für ambulante Pflegedienste erprobt. Hierzu zählten beispielsweise interne Fallbesprechungen im Rahmen von Schulungen und Maßnahmen zur Organisationsentwicklung. Zudem wurde ein Instrument zur Einschätzung von Gewalt im Rahmen der häuslichen Pflege (VIMA – Verdachts-Index Misshandlung im Alter) entwickelt (Görgen et al., 2012).

„Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen“

Das Projektziel war die Entwicklung eines praxistauglichen Konzepts einschließlich konkreter Verfahren und Instrumente zur Gewaltprävention in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (Gahr & Ritz-Timme, 2013).

„Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse“ (MILCEA)

Gegenstand des länderübergreifenden Projekts war die Entwicklung eines übergeordneten Systems zur Erkennung und Erfassung von Gewalt in der professionellen beziehungsweise familialen häuslichen sowie stationären Langzeitpflege (MDS, 2013).

Das Nachfolgeprojekt „Gewaltfreie Pflege – Prevention of Elder Abuse“ startete im Jahr 2013 auf nationaler Ebene. Ziel war die Entwicklung und Umsetzung eines systematischen Ansatzes zur Gewaltprävention in der ambulanten und stationären Pflege auf kommunaler Ebene. Dazu zählt unter anderem die Schaffung einheitlicher kommunaler Strukturen, die bei Gewaltfällen nachhaltig greifen können (MDS, 2014).

Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen als Aufgabe der Pflegekassen

Prävention von Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen ist eines von fünf Handlungsfeldern des im August 2016 veröffentlichten Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes. Welche konkreten Präventionsleistungen erbracht werden, ist bisher nicht bekannt. In dem Leitfaden werden beispielsweise die Entwicklung und Umsetzung von einrichtungsinternen Handlungsleitlinien und Konzepten zur Prävention von Gewalt empfohlen.

Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege

Spricht man über problematisches Verhalten in der Pflege, so wird auch die Anwendung freiheitseinschränkender beziehungsweise freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) wie Bettgitter oder Fixiergurte immer wieder

kontrovers diskutiert. Unsere Arbeitsgruppe hat in diesem Zusammenhang im Jahr 2009 eine wissenschaftsbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung solcher Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege entwickelt (Köpke et al., 2009). Darin werden auf Basis des verfügbaren Wissens

Auf Grundlage der Leitlinie FEM wurde ein Programm entwickelt, das zur Verringerung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen beitragen soll.

von einer multidisziplinären Expertengruppe Empfehlungen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen getroffen. Auf Grundlage dieser Leitlinie wurde zudem ein Programm entwickelt, das zur Verringerung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen beitragen soll.

Dazu zählen unter anderem Schulungen aller Pflegenden und sogenannter FEM-Beauftragten oder auch die Bereitstellung von Informationsbroschüren für alle Beteiligten. Die praktische Wirksamkeit des Programms wurde hierzu in einer kontrollierten Studie mit 36 Pflegeheimen überprüft. Es konnte gezeigt werden, dass die Zahl der Anwendungen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen innerhalb von sechs Monaten in der Interventionsgruppe deutlich zurückgingen, während sie in der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieben. Negative Effekte, wie die oftmals

diskutierte Zunahme von Stürzen oder die vermehrte Verordnung von Psychopharmaka, blieben aus (Köpke et al., 2012). Aktuell werden im Rahmen einer größeren Studie mit insgesamt 120 Pflegeheimen Wirksamkeit, Sicherheit sowie Kosteneffektivität des leitliniengestützten Interventionsprogramms untersucht. Die Ergebnisse werden aller Voraussicht nach im Herbst 2017 vorliegen.

Fazit

Auch wenn das Thema Gewalt in der Pflege zunehmend in die fachöffentliche und gesellschaftliche Diskussion gerückt ist, besteht ein grundsätzlicher Forschungsbedarf zu wirksamen Maßnahmen der Gewaltprävention sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege. In Deutschland existieren zwar zahlreiche Initiativen und Projekte zu diesem Thema, nichtsdestotrotz können aktuell keine zuverlässigen Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit gezogen werden. Eine Aussage dazu, welches Präventionskonzept letztendlich die gewünschte Wirkung auch

nachhaltig erreicht, kann zu diesem Zeitpunkt kaum getroffen werden. Dringend benötigt werden also aussagekräftige Studien zu sorgfältig vorbereiteten Programmen der Gewaltprävention in der Pflege. Sollte sich ein Programm als wirksam, sicher, akzeptiert und erschwinglich herausstellen, darf der nachhaltigen Verankerung in die Pflegepraxis nichts im Wege stehen.

Für den Bereich der Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen hingegen liegen bereits evaluierte Interventionsprogramme vor, die auch in die Pflegepraxis eingebracht werden.

Es ist eine erfreuliche Entwicklung, dass die Prävention von Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen Teil des in Umsetzung befindlichen Präventionsgesetzes ist. Welche konkreten Handlungen aus dem Gesetz und dem korrespondierenden Leitfaden erwachsen, bleibt abzuwarten.

Literatur

Baker P., Francis D., Hairi N., Othman S., Choo W (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010321.

Cooper, C., Barber, J., Griffin, M., Rapaport, P. & Livingston, G. (2016). Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: Randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr*, 28(6), 881-887.

Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc*, 63(6), 1214-1238.

Gahr, B. & Ritz-Timme, S. (2013). Projekt: Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege. Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz von Heim-/Pflegeleitungen und Heimaufsichten. www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/Alge/005-GW03-002.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 27.06.2014]

Görgen, T., Nägele, B., Kotlenga, S., Fisch, S., Kraus, B. & Rauchert, K. (2012). Sicher leben im Alter. Ein Aktionsprogramm zur Prävention von Kriminalität und Gewalt gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutsche Hochschule der Polizei (Hrsg.).

Hsieh, H. F., Wang, J. J., Yen, M. & Liu, T. T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 14(3), 377–386.

Köpke, S., Gerlach, A., Möhler, R., Haut, A. & Meyer, G. (2009). Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke (Hrsg.). www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf [Stand: 27.06.2017]

Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Cluster Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 307, 2177–2184.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2013). Das Projekt MILCEA. www.milcea.eu/projekt.html [Stand: 27.06.2017]

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2014). Gewaltfreie Pflege. Zur Prävention von elder abuse. www.milcea.eu/gfp.html [Stand: 27.06.2017]

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56(Suppl 2), S194–S205.

Zank, S. & Schacke, C. (2012). PURFAM – Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen. Kurzbericht. www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Kurzbericht_28.06.12.pdf [Stand: 27.06.2017]

Zu den Autoren

Jens Abraham, M.Sc., ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und ist an verschiedenen Forschungsprojekten zu freiheitsentziehende Maßnahmen beteiligt.



Prof. Dr. Gabriele Meyer ist Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften und Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie war verantwortlich für die Entwicklung der evidenzbasierten „Leitlinie FEM“. Sie ist Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Zur Bedeutung sexualisierter Gewalt in der Pflege

Ralf Suhr

Definition und Vorkommen

Sexueller Missbrauch stellt die wohl versteckteste und am stärksten tabuisierte Form von Gewalt gegen ältere Personen dar. Denn während das Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ in der öffentlichen Wahrnehmung zunehmende Aufmerksamkeit erfährt, bleibt selbst in Fachkreisen weiterhin nahezu unbeachtet, dass ältere Menschen auch Opfer sexueller Übergriffe werden können.

Sexueller Missbrauch bezeichnet einen nicht einvernehmlichen Kontakt jeglicher Art, der sich des Sexuellen bemächtigt. Dazu gehört auch der sexualisierte Kontakt mit einer nicht einwilligungsfähigen Person. Zu seinen Formen zählen unter anderem sexuelle Nötigung und Vergewaltigung, erzwungene Nacktheit und Exhibitionismus aber auch unerwünschte Berührung, Bedrängung, das Benutzen sexualisierter Fäkalsprache sowie das unfreiwillige, sexuell explizite Fotografieren einer Person oder das erzwungene Anschauen pornografischen Materials (Teaster & Roberto, 2004).

Mögliche Gründe für die fehlende öffentliche Wahrnehmung können sowohl in der verbreiteten Auffassung gesehen werden, dass das höhere Lebensalter eine asexuelle Lebensphase sei. Ebenso besteht die Vorstellung, dass sexueller Missbrauch grundsätzlich

auf sexuelle Attraktivität zurückgehe und Menschen im höheren Lebensalter kaum Zielgruppe sexuellen Antriebs seien. Allerdings ist sexueller Missbrauch unabhängig von der sexuellen Motivation immer auch eine Form der Macht- und Gewaltausübung.

Sexualisierte Gewalt trifft also unter anderem auch ältere Personen. Und gerade hilfe- und pflegebedürftige Menschen stellen hierbei durch die speziellen Abhängigkeitsverhältnisse und die oftmals starken körperlichen und kognitiven Einschränkungen einen besonders vulnerablen Personenkreis dar.

Sexueller Missbrauch stellt die wohl versteckteste und am stärksten tabuisierte Form von Gewalt gegen ältere Personen dar.

Die exakte Angabe der Häufigkeit von sexualisierter Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen ist auf Grundlage vorhandener Forschungserkenntnisse nur mit Einschränkungen

möglich. Dies liegt unter anderem an der fehlenden einheitlichen Definition, was sexualisierte Gewalt ist, sowie an weiteren methodischen Schwierigkeiten, beispielsweise aufgrund uneinheitlicher Erhebungsinstrumente. Auch aufgrund unterschiedlicher primärer Datenquellen beziehungsweise verschiedener Zugänge zur Zielgruppe sind die ohnehin wenigen vorhandenen Studien zum Thema nur eingeschränkt vergleichbar.

Zudem ist die Dunkelziffer sexueller Missbrauchsfälle hoch, und die Scham der Opfer sexueller Gewalt ist im Vergleich zu anderen Gewaltdelikten besonders ausgeprägt. Dies trifft in besonderer Weise für ältere Menschen zu. Anzunehmen ist, dass Erziehung und Sozialisation ursächlich für deren Schweigen sind. Zum Beispiel gibt es Hinweise darauf, dass ältere Menschen sexuelle Gewalterfahrungen in der Ehe anders bewerten als jüngere und weniger Möglichkeiten sehen, gewaltgeprägte Partnerschaften zu verändern.

Eine Befragung unter Mitarbeitern von Institutionen der Opferschutzhilfe ergab hierzu beispielsweise, dass nach deren Einschätzungen von 100 Opfern sexueller Gewalt circa 26 Prozent der 20- bis 40-jährigen Frauen

Anzeige erstatteten, wohingegen dies nur für sieben Prozent der über 60-Jährigen angegeben wurde (Göring und Nägele, 2006)

Auch die Angst davor, keinen Glauben geschenkt zu bekommen oder sogar aufgrund der verbreiteten Ignoranz gegenüber sexuellem Missbrauch von älteren Menschen diskreditiert zu werden, kann Grund dafür sein, dass ältere Opfer ihre Erlebnisse für sich behalten. Nicht zuletzt nimmt die Fähigkeit, externe Hilfe zu holen, mit zunehmendem Alter aufgrund körperlicher Gebrechlichkeit oder geistiger Einschränkungen ab.

Sexualisierte Gewalt gegen ältere Menschen kann sowohl Frauen als auch Männer treffen. Hauptsächlich wird in der wissenschaftlichen Literatur von Gewalt gegen ältere Frauen berichtet. Die Täter sind fast immer männ-

lich. Es kann sich dabei um den Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte oder Bekannte, eine fremde Person oder auch Mitarbeiter professioneller Institutionen, wie zum Beispiel eine Pflegekraft, sowie demenziell erkrankte oder psychisch gestörte Mitbewohner handeln.

In ihrem „European Report on Preventing Elder Maltreatment“ (WHO, 2011) schätzte die Weltgesundheitsorganisation die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs von Men-

schen über dem sechzigsten Lebensjahr auf 0,7 Prozent. Ähnliche Zahlen (0,6 Prozent) liegen aus den USA vor (Acierno et al., 2010). Einer regionalen Erhebung aus Schweden zufolge berichten 2,2 Prozent der befragten Frauen und 1,2 Prozent der Männer über 65 Jahre davon,

Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (Kristensen & Lindell, 2013). Es gibt auch Hinweise darauf, dass ältere Männer als Opfer sexuellen Missbrauchs in Prävalenzschätzungen deutlich unterrepräsentiert und einem ähnlichen Risiko wie Frauen ausgesetzt sind (WHO, 2002; Teaster et al., 2007).

Die meisten Opfer sexueller Gewalt in Pflegeeinrichtungen zeigen deutlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Sie sind hochgradig kognitiv oder funktionell eingeschränkt – durch eine Demenz, eine psychische Erkrankung oder körperliche Gebrechlichkeit. Studien weisen darauf hin, dass vor allem hochaltrige Pflegebedürftige (79- bis 99-Jährige) Opfer sexualisierter Gewalt werden (Malmedal et al., 2015).

Die meisten Opfer sexueller Gewalt in Pflegeeinrichtungen zeigen deutlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf.

Ausblick: Prävention braucht Bewusstsein

Eine der Grundvoraussetzungen, um sexualisierter Gewalt gegen ältere Menschen wirksam vorbeugen zu können, besteht zunächst in der Enttabuisierung des Phänomens. Hierzu gehört eine gesamtgesellschaftliche Sensibilisierung. Es muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass auch ältere pflegebedürftige Menschen Opfer sexueller Übergriffe werden können. Denn gerade dieser besonders verwundbare Personenkreis, mit zunehmend eingeschränkten Fähigkeiten, sich zu äußern und Hilfen zu holen, ist auf ein sensibilisiertes, aufmerksames und engagiertes Umfeld angewiesen.

Daneben hat die Aufklärung der Fachkreise und eine weitere Qualifikation von Fachkräften zentrale Bedeutung.

Wissensvermittlung schafft Handlungssicherheit, nicht nur bei ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal, sondern auch bei Polizei- und Justizbediensteten oder bei Pflegegebern. Hierbei müssen einerseits fatale Fehlannahmen revidiert werden, die auch bei Fachkräften bestehen – beispielsweise die teilweise vorhandene Vorstellung, Menschen

mit schweren kognitiven Einschränkungen würden keine Beeinträchtigung durch sexuelle Gewalt erfahren (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007). Andererseits bedarf es speziell geschulten Personals, nicht zuletzt mit Blick auf eine zeitnahe und sorgfältige medizinisch-pflegerische Befunderhebung bei vermuteten Vorfällen sexualisierter Gewalt.

Hierbei kommt auch der stärkeren Vernetzung der verschiedenen Akteure eine besondere Rolle zu. Eine Maßnahme zur Prävention kann darin gesehen werden, das Thema ältere Menschen verstärkt bei Institutionen zur Unterstützung von Gewaltopfern zu verankern sowie im Gegenzug den Aspekt der sexualisierten Gewalt im Bereich der professionellen Altenhilfe und Pflege zu etablieren.

Im Hinblick auf die Barrieren für Opfer sexualisierter Gewalt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssen besonders niedrigschwellige Unterstützungsangebote aufgebaut werden.

Im Hinblick auf die Barrieren für Opfer sexualisierter Gewalt, Hilfe in Anspruch zu nehmen und von dem Erlebten zu berichten, müssen besonders niedrigschwellige Unterstützungsangebote aufgebaut werden. Nicht zuletzt bedarf es hierzu dringend mehr Forschung, um auf Grundlage valider Daten derartige Angebote und Interventionen entwickeln und ihre Wirksamkeit überprüfen zu können.

Literatur

Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Stece, K., Muzzy, W. & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in

the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*, 100 (2), 292–297.

Görge, T. & Nägele, B. (2006). Sexuelle Viktimisierung im Alter. *Z Gerontol Geriatr*, 39 (5), 382–389.

Kristensen, K. & Lindell, L. (2013). OFREDAD: Om våld och övergrepp mot äldre personer. Gotland, Sweden: Socialförvaltningen.

Malmmedal, W., Iversen, M.H. & Kilvic, A. (2015). Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature review. *Nurs Res Pract*, dx.doi.org/10.1155/2015/902515.

Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P.B., Mendiondo, M.S., Abner, E.L., Cecil, K.A. & Tooms, M.R. (2007). Sexual Abuse of Vulnerable Adults in Care Facilities: Clinical Findings and a Research Initiative. *JAPNA*, 12(6): 332–339.

Teaster, P.B. & Roberto, K.A. (2004). Sexual Abuse of Older Women Living in Nursing Homes. *J Gerontol Soc Work*, 40 (4), 105–119.

Teaster, P.B., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiondo, M.S., Abner, E. Cecil, K. & Tooms, M. (2007). From Behind the Shadows: A Profile of the Sexual Abuse of Older Men Residing in Nursing Homes. *J Elder Abuse Negl*, 19 (1–2), 29–45

World Health Organization (WHO) (2002). The World Report on Violence and Health.

World Health Organization (WHO) (2011). European Report on Preventing Elder Maltreatment.

Zum Autor

Dr. Ralf Suhr ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege sowie der Stiftung Gesundheitswissen. Es ist Arzt und Wissenschaftler mit dem Schwerpunkt Gewalt in der Pflege und elder abuse.



„Familiäre Pflege muss gelernt werden“

Interview mit Anke Buhl, Beratungsstelle PflegeNotTelefon
Schleswig-Holstein

Viele Menschen zögern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn Sie Probleme bei der Pflege eines Angehörigen haben. Wie ist Ihre Erfahrung? Wann wenden sich Menschen an Sie?

Ja, diese Erfahrung machen wir auch. Bei dem Eingeständnis „Ich brauche Hilfe bei der Pflege“ wird häufig befürchtet, dass der Partner oder der pflegebedürftige Elternteil vielleicht daran zweifeln könnte, dass die Pflege gern übernommen wird, dass die Unterstützung durch Dritte auch als Zurückweisung empfunden werden könnte. Viele der pflegenden Angehörigen übernehmen die Pflege mehr oder weniger freiwillig, und sie sind oft fest davon überzeugt, dass sie es schaffen werden. Wenn es dann doch schwieriger wird als gedacht, länger dauert als angenommen oder die körperliche und psychische Erschöpfung doch größer ist als vermutet, dann ist Hilfe anzunehmen ein großer und nicht immer leichter Schritt. Und es gibt tatsächlich nicht immer eine echte Option. Die nächtliche Betreuung und Unterstützung, die sehr kräftezehrend sein kann, ist in der häuslichen Pflege immer noch ein Problem. An uns wenden sich die Menschen sowohl mit ganz konkreten Fragen nach Ent-

lastungsangeboten, aber auch mit der Bitte um Gespräche, um verfahrenere Familiensituationen zu klären oder um sich zu beschwe-

ren, wenn die Pflege durch die Profis nicht so läuft wie sie es sich vorstellen.

Sie rufen aus Verzweiflung an, weil sie nicht wissen, wie sie die Situation besser meistern können – Tür abschließen, um das Weglaufen zu verhindern? Medikamente geben, um eine Nacht mal wieder schlafen zu können? Eine Windel oder Vorlage benutzen, um nicht immer wieder das Bad sauber machen zu müssen? Zum Essen und Trinken zwingen, auch wenn der Appetit vielleicht nicht mehr da ist?

Seit Jahren bieten Sie telefonische Beratung für Pflegebedürftige, Angehörige, rechtliche Betreuer, Nachbarn, Pflegekräfte und andere in die Pflege involvierte Menschen in Notsituationen an. Wer wendet sich hauptsächlich an Sie und welche Themen stehen im Vordergrund?

An uns wenden sich die Menschen mit konkreten Fragen nach Entlastungsangeboten aber auch wegen verfahrenere Familiensituationen oder, um sich über professionelle Pflege zu beschweren.

An uns wenden sich hauptsächlich pflegende Angehörige, überwiegend Töchter. In den letzten Jahren registrieren wir eine Zunahme von Gesprächen mit pflegenden Söhnen oder auch Enkelkindern. Pflegebedürftige Menschen selber wenden sich nur

selten an uns. Pflegekräfte schildern uns auch immer wieder ihre Arbeitssituationen, andere Personengruppen rufen seltener an,

kommen aber regelmäßig zu unseren regionalen Veranstaltungsreihen. Dort greifen wir die Themen auf, die wir aus der Erfahrung mit den Anrufern heraus als besonders bedeutsam eingestuft haben: „Das geschieht zu Ihrem eigenen Schutz? Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege“, „Bloß keine künstliche Lebensverlängerung – Vorsorgevollmachten in der Diskussion“, „Gleich nimm ich ihr die Klingel weg – Gewalt in der Pflege“, „Lieber tot als pflegebedürftig – Suizid im Alter“, um nur einige Themen zu nennen.

Können Sie abschätzen, in wie viel Prozent der bei Ihnen eingehenden Anrufe weitergehende Maßnahmen eingeleitet werden, oder ob der Anruf und die Ansprache bereits genügen?

Auch wenn nach unserer Auffassung der Anruf und die Ansprache nicht immer ausreichend sind, so entscheiden doch die Anrufer selber darüber, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden. Die Angst, dass bei weiteren Maßnahmen die Repressalien wachsen, die schwierige Pflegesituation eventuell eskaliert oder vielleicht konkrete Entscheidungen zur Beendigung einer bestimmten Pflegekonsultation getroffen werden müssen, halten viele Anrufer davon ab, weiteren Maßnahmen tatsächlich zuzustimmen. Manchmal rufen die Menschen nach längerer Zeit wieder an, und erst dann sind sie bereit, gemeinsam mit uns nach weitergehenden Lösungen zu suchen. Wir machen die Erfahrung, dass

Letztendlich entscheiden doch die Anrufer selbst darüber, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden.

bei höchstens 20 Prozent der Anrufer eine weitergehende Maßnahme eingeleitet werden soll.

Wenden sich Menschen an Sie, die aufgrund von Überlastung Grenzen

überschreiten und Auswege suchen? Welche Faktoren sind das dann, die das Fass zum Überlaufen bringen?

Ja, auch wir erleben, dass Pflegesituationen Menschen an ihre persönlichen Grenzen bringen. Allerdings nehmen wir deutliche Unterschiede in den Pflegebeziehungen wahr. Die Pflege eines Ehepartners gestaltet sich anders als die Pflege eines Elternteils. Neben familiären Konflikten und Streitereien, die als zusätzliche Belastung empfunden werden – zum Beispiel die Frage: „Geht es noch zu Hause oder sollte Mutter nicht schon längst in ein Heim?“ –, sind es häufig mangelnde, tatsächliche Unterstützungsleistungen durch andere Familienmitglieder, was eine tiefe Enttäuschung wachsen lässt, und damit das Alleingelassensein nicht nur ein

Gefühl von Überforderung ist, sondern tatsächliche Realität widerspiegelt. Die Pflegesituation wird innerfamiliär sehr häufig als „unfair und ungerecht aufgeteilt“ wahrgenommen. Wenn wir solche Äußerungen am Telefon hören, sind wir immer

Die gute Analyse der familiären Strukturen und Wirkmechanismen ist ein wichtiger Schlüssel für präventive Angebote.

hellwach, die Enttäuschung kann schnell zu Wut werden. Die Perspektive, dass die Situation aussichtslos ist, kann nach unserer Erfahrung ein Auslöser für den Versuch sein, die Lösung durch gewalttätiges Handeln her-

beizuführen. Damit ist die gute Analyse der familiären Strukturen und Wirkmechanismen ein wichtiger Schlüssel für präventive Angebote.

Durch Ihre Arbeit haben Sie auch Einblick in die familiäre Pflege. Welche Rolle spielen dort freiheitsentziehende Maßnahmen? Können Sie einige Beispiele nennen?

Freiheitsentziehende Maßnahmen spielen durchaus eine große Rolle. Gerade wenn der unterstützende Personenkreis klein und die Pflege zeitlich sehr anspruchsvoll ist oder durch eine Demenz zusätzlich herausgefordert wird, dann wird häufiger über freiheitsentziehende Maßnahmen nachgedacht. Allerdings wird der Begriff nicht verwendet. Es geht oft um den Schutz des Pflegebedürftigen.

Die Pflege von Menschen mit Demenz birgt besondere Herausforderungen, und pflegende Angehörige können öfter in ein Dilemma geraten. Was raten Sie in solchen Situationen? Darf man zum Beispiel seinen Vater in der Wohnung einschließen, um kurz einkaufen zu gehen?

Wir geben in der Regel keine Ratschläge, wir versuchen, gemeinsam die Situation

zu verstehen und bieten in Kooperation mit anderen Beratungsstellen – zum Beispiel der „AWO-Beratungsstelle für Pflege und Demenz“ oder dem „Kompetenzzentrum Demenz“ – auch Hausbesuche an, um die gesamte Situation besser erfassen zu können.

Das Dilemma verstehen wir und verurteilen niemanden, der so eine Entscheidung getrof-

fen hat. Aber die Anrufe machen deutlich, dass dies häufig keine wirkliche Lösung ist, und durch das Einschließen oder andere Maßnahmen auch viel Kummer und Sorgen entstehen können.

Ein frühzeitiger und offener familiärer Austausch über die Erwartungen an eine Pflegesituation kann helfen, falsche Vorstellungen auszuräumen.

Welche Maßnahmen können helfen, Gewalt in der familialen Pflege vorzubeugen?

Ein frühzeitiger, offener und guter familiärer Austausch darüber, wie die Erwartungen in Pflegesituationen wechselseitig sind, kann helfen, falsche Vorstellungen schon vor Beginn einer oft langjährigen Pflege auszuräumen. Die Pflege älterer Familienangehöriger wird zukünftig immer stärker eine Entwicklungsaufgabe kommender Generationen werden. Diejenigen, die die Pflege übernehmen, müssen auf jeden Fall kontinuierlich geschult und auch im pflegerischen Alltag begleitet werden. Sie benötigen ausreichend Informationen über Entlastungs- und

Unterstützungsmöglichkeiten und in schwierigen Pflegesituationen auch die Möglichkeit einer kurzfristigen Auszeit und eines Austauschs. Krisen-

telefone sollten rund um die Uhr erreichbar sein. Die familiäre Pflege muss gelernt werden.

Damit die Menschen der Aufgabe gewachsen sind, werden mehr Angebote benötigt, um die pflegerische Kompetenz zu steigern.

Welche Unterstützung benötigen Ratsuchende am dringendsten?

Es kommt darauf an ... Auf jeden Fall Angebote, um die pflegerische Kompetenz zu steigern, damit die Menschen der Aufgabe überhaupt gewachsen sind. Darüber hinaus Ansprechpersonen, die sich in die Situation der Ratsuchenden hineinversetzen können, und je nach Bedarf konkrete Entlastungsangebote vermitteln, bei einer Beschwerde unterstützen sowie Krisenintervention oder

das kontinuierliche Gespräch anbieten können. Darüber hinaus wünschen wir uns mehr soziale Aufmerksamkeit und Mut all derjenigen, die im Umfeld der konkreten Pflegesituation schon frühzeitig etwas hätten sagen oder ansprechen können – also auch in diesem Arbeitsfeld ist Zivilcourage dringend erforderlich.

Frau Buhl, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Im Gespräch

Anke Buhl ist Diplom-Sozialpädagogin und Sozialarbeiterin. Sie arbeitet als Referentin für Alten- und Pflegepolitik bei der AWO Schleswig-Holstein gGmbH und ist Projektkoordinatorin der Beratungsstelle PflegeNotTelefon beim AWO Landesverband Schleswig-Holstein e.V.



„Zu Hause kann es größte Zuwendung geben, aber auch vielschichtige Formen von Gewalt“

Interview mit Rolf D. Hirsch, Initiative „Handeln statt Misshandeln – Forum Altern ohne Gewalt“

Sie setzen sich seit Jahrzehnten gegen Gewalt in der Pflege ein. Woher kommt dieses unermüdliche Engagement?

Gewalt hat meine Kindheit mitgeprägt. Es herrschte die „schwarze Pädagogik“. Ich habe nie verstanden, warum man ein Kind schlagen muss, damit es ein guter Mensch wird. Mit circa sechs Jahren, kurz vor Schuleintritt, habe ich am Münchner Hauptbahnhof erlebt, wie ein Gefangener, obwohl an den Händen gefesselt, den ihn begleitenden Polizisten entwischen wollte. Diese verfolgten ihn über die Gleise. Als sie ihn erreichten, verprügelten sie ihn auf barbarische Weise.

Meine Eltern sahen das gar nicht. Diese Situation hat mich entsetzt. Ich habe das aber in mich gefressen. Das wollte ich ändern. Gewaltanwendung als Lösung war und ist für mich unakzeptabel, auch wenn ich manche Fantasien dazu auch habe. Auch gefesselte alte Menschen blicken einen oft auf eine Art und Weise an, sodass man diese Prozedur nur barbarisch nennen, aber auf keinen Fall als „pflegeerleichternd“ oder „therapeutisch“ akzeptieren kann.

Was hat sich in den letzten 30 Jahren im Umgang mit dem Thema Gewalt in der Pflege geändert?

Verändert hat sich viel zum Positiven, auch wenn mir das zu langsam geht. Die Institutionen sind zwar nicht mehr ganz so „total“, wie Goffman sie beschrieben hat, doch bleibt eine Art Totalität, die mir zu schaffen macht. Natürlich hat sich die Heimsituation völlig verändert. Es kommen mehr Menschen mit Demenz und Hochaltrige in Einrichtungen. Nicht Schritt gehalten haben die hierfür erforderlichen personellen, strukturellen und ökonomischen Mittel. In der „Schwärze“ der Einrichtungen gibt es aber zunehmend mehr

Ein grundsätzliches Umdenken hat sich noch lange nicht etabliert.

bunte Flecken. Doch das grundsätzliche Umdenken hat sich noch lange nicht etabliert. Zu viele Interessen unterschiedlicher Verantwortlicher lassen sich häufig nicht mit einem

würdevollen Menschenbild vereinbaren. Viele Altenpflegeheime verkommen immer mehr zu Siecheneinrichtungen. Entscheidend ist für die Träger gleich welcher Richtung meist Profit. Immer weniger Personal, weniger Fachkenntnis, Arbeitsmittelverringering und so weiter. Nur die Rede davon, dass die Pflege nicht bezahlbar sei, fördert einen destruktiven Teufelskreis, der ohne klare strukturelle Veränderungen nicht gestoppt werden kann. Die Politik allein dafür verantwortlich zu machen, ist unzureichend.

Da die meisten Menschen mit Demenz zu Hause gepflegt werden, kann sich beim

Thema Gewalt nicht nur auf Pflegeinstitutionen bezogen werden. Zu Hause kann es die größte Liebe und Zuneigung geben, aber auch die schlimmste Ausuferung von Gewalt. Hierfür gibt es derzeit zu wenig Unterstützung für Angehörige und ambulante Pflegedienste.

Die wirklichen Themen und Herausforderungen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Allerdings: In Heime kommen vermehrt die schwierigsten und komplikationsreichsten Menschen. Man kann fast von einem Getto sprechen. Auch die Unterstützung des Pflegepersonals, ihre Arbeit professionell und adäquat durchführen zu können, zum Beispiel in Bezug auf Deeskalationstraining, Supervision, Arbeitsmittel, Dienstplan oder Bezugspflege, ist immer noch erheblich defizitär. Die Ausbildungen haben sich verbessert, die Möglichkeiten, diese Erkenntnisse in die tägliche Arbeit einbringen zu können, eher verschlechtert. Langsam beginnt zumindest bei den freizeitsentziehenden Maßnahmen ein Umdenken, leider nicht durch die Pflege, sondern durch

die Justiz mit dem „Werdenfelser Weg“ initiiert. Verändert hat sich auch das Verhalten vieler Pflegekräfte, die die Pflege mit den alten Menschen durchführen und ihre Arbeit nicht mehr ausschließlich pragmatisch und routinemäßig durchführen. Auch Heimleiter sind vermehrt daran interessiert, ein positives Milieu in ihrer Einrichtung zu entwickeln und gemeindenah zu arbeiten.

Gewalt in der Pflege ist facettenreich und vielschichtig. Welche Themen oder Pro-

bleme haben Sie zuletzt bei Ihrer Arbeit besonders beschäftigt?

Der Umgang mit dem Betreuungsrecht: Eine Betreuung wird zu häufig eingerichtet, Angehörige zum Teil zu wenig einbezogen und Kontrolle besteht hierfür kaum. Als Konsequenz fühlt sich der Betreute entmündigt. Es wird nicht oft genug klargestellt, dass eine Betreuung für den betroffenen Menschen eingerichtet werden soll, und nicht über oder gegen ihn.

Ein weiteres Thema sind die mangelnden Fortbildungen für Pflegekräfte in den Bereichen Supervision, Balint-Gruppe, ethisches Konsil, Runder Tisch, konfliktbezogene Fallbesprechung mit allen Beteiligten und Umgang mit herausforderndem Verhalten – um nur einige zu nennen. Auch muss zu dem Thema mehr Öffentlichkeitsarbeit in Gremien, Medien und auf Kongressen geleistet werden.

Zudem stellen sich folgende Fragen: Wie kommt es, dass Mitarbeiter verrohen, gewalttätig werden und dies als notwendig empfinden; wieso werden

Misstände in Institutionen immer wieder geleugnet und als Einzelfälle betrachtet und nicht als unakzeptabel verurteilt?

Und nicht zuletzt ein ganz anderer Aspekt: Wie kann man bei Mitarbeitern den Sinn für Humor fördern, um in kritischen Situationen eine humorvolle Lösung zu finden? Es heißt oft „alternativlos“. Mit Humor könnten öfter neue kreative Lösungen und Wege gefunden, die Neugier am alten Menschen geweckt und Konflikte deutlich verringert

Die alleinige Rede davon, dass Pflege nicht bezahlbar sei, fördert einen destruktiven Teufelskreis.

werden. Mit Respekt, Anstand und Würde könnten auf heitere Weise das Milieu und die Beziehungsarbeit verbessert werden.

Was genau sind die Ziele und Aufgaben der neuen Initiative „Handeln statt Misshandeln – Forum Altern ohne Gewalt“?

Die grundlegenden Anliegen des Forums sind, analog zu den Zielen des aufgelösten Vereins „Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“, Altersdiskriminierung, Gewalt und Misshandlung, wo immer sie auftritt, aktiv zu bekämpfen und die gewaltfördernden Mängel der strukturellen Rahmenbedingungen in der Altenpflege, Gerontopsychiatrie und Geriatrie zu thematisieren und zu analysieren. Dies jedoch, ohne dabei zu skandalisieren, sondern vielmehr die Öffentlichkeit zu sensibilisieren. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist hierbei handlungsleitend, und wir bemühen uns auch, diese zu verbreiten und ihr zu mehr Geltung zu verhelfen. In unserer praktischen Arbeit versuchen wir, präventiv tätig zu werden, indem wir unter anderem Angehörige und alle an der Pflege Beteiligten unterstützen, relevante regionale Einrichtungen und Stellen vernetzen und insgesamt versuchen, eine Anlaufstelle für alte Menschen und deren Angehörige in kritischen Situationen zu sein, die zu Gewalt führen können oder in denen Gewalthandlungen schon stattgefunden

haben. Als Privatinitiative sind unsere Möglichkeiten jedoch eingeschränkt.

Welche Hilfe können Sie anbieten und welchen Handlungsspielraum haben Sie, wenn Ihnen problematische, gar gewalttätige Situationen zugetragen werden?

Mit Humor könnten neue kreative Lösungen und Wege gefunden, die Neugier am alten Menschen geweckt und Konflikte deutlich verringert werden.

Da nur in der Altenarbeit erfahrene Ehrenamtliche unterschiedlicher Professionen – zum Beispiel Ärzte, Alten- und Krankenpfleger und Juristen – diese Tätigkeiten ausüben, sind die personellen Ressourcen eingeschränkt. Beim Telefonat wird geklärt, worum

es sich handelt und wer involviert ist. Wir motivieren dann, zu einem Besuch in der Beratungsstelle oder vor Ort, um weitere Schritte besprechen zu können. Ziel ist es, lösungsorientiert zu arbeiten und nicht die Schuldfrage in den Fokus zu stellen – das ist meist der falsche Ansatz.

Kleine Schritte sind oft Erfolg versprechender als „große Entwürfe“. Und unsere Erfahrung ist, dass sich kaum einer der Beteiligten dem Verbesserungsprozess verweigert. Manche Angehörige möchten auch nur eine telefonische Beratung, zum Beispiel zum Betreuungsrecht, oder Adressen lokaler Einrichtungen. Anfragen aus

Die Schuldfrage in den Fokus zu stellen, ist der falsche Ansatz.

anderen Teilen Deutschlands versuchen wir entweder an entsprechende Krisentelefone weiterzureichen oder auf örtliche Unterstützungsangebote hinzuweisen, zum Beispiel Alzheimer-Gesellschaft, Selbsthilfegruppen,

Gesundheitsamt, Betreuungsbehörde, Weiser Ring, Seelsorge, Heimaufsicht, MDK.

Was raten Sie Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung Zeuge von problematischen, aggressiven Situationen oder Vernachlässigungen werden? Wie sollte man vorgehen?

Zunächst hören wir aufmerksam zu, ohne gleich Ratschläge zu erteilen. Wir motivieren, mit den Pflegekräften, der Heim- und Pflegedienstleitung oder auch dem Arzt zu sprechen. Dabei sollte weniger angesprochen werden, wer Recht hat oder schuld ist, sondern wie diese Situation behoben werden kann. In einigen Fällen konnten wir mit dem Heim ein gemeinsames Gespräch vereinbaren und im Rahmen einer Mediation vermittelnd tätig sein – meist mit Erfolg. Wichtig ist, den Einzelfall vor Augen zu haben und eine Vorverurteilung grundsätzlich zu vermeiden. Gerade die „kleinen Grausamkeiten“ sind leider sowohl seitens der Institutionen aber auch durch manche Angehörige fast an der Tagesordnung und bedürfen eines Sinneswandels der Einrichtung und Person. Manche Angehörige sind selbst so verunsichert oder machen sich Vorwürfe, die sie dem Pflegepersonal aufhalsen, sodass für sie ein psychoedukatives Gespräch oder eine Psychotherapie sinnvoll wäre. Bei allen Handlungen ist der Selbstschutz zu beachten. Keine Misshandlung – sei sie auch noch so gering – sollte toleriert und mit Personalmangel entschuldigt werden.

Wichtig ist, den Einzelfall vor Augen zu haben und eine Vorverurteilung grundsätzlich zu vermeiden.

Wir versuchen, auf menschliche und liebevolle Weise mit den Betroffenen und auch den vermeintlichen „Tätern“ umzugehen, und suchen das Gespräch.

Wie können Menschen, für die eine rechtliche Betreuung besteht, geschützt werden? Und wie sollte man vorgehen, wenn man den Eindruck hat, dass eine Betreuung missbräuchlich erfolgt?

Der Schutz ist in solchen Situationen sehr schwierig, da Betreuung von vielen, auch Professionellen, mit Vormundschaft gleichgesetzt wird. Auf sein Recht zu beharren, nützt wenig und ist meist kontraproduktiv. Die Einstellung, dass eine rechtliche Betreuung für den Betreuten sein soll, und sein Wille so gut es geht bei Handlungen führend sein sollte, ist leider immer noch nicht weit

verbreitet. Ist ein rechtlicher Berufsbetreuer tätig, bleibt des Öfteren die Familie bei Handlungen ausgeschlossen. Manchmal besteht auch eine „unheilige Allianz“ zwischen Arzt, Richter, Pflegeheim und Betreuer. Diese zu lösen, gelingt kaum. Ein medizinisches Gutachten hilft hier selten. Betreute können so leicht Opfer krimineller oder problematischer Situationen werden. Es herrscht eine Vielzahl an Möglichkeiten, das Betreuungsrecht zu missbrauchen. Das bedeutet auch, dass jede Situation nur individuell angegangen werden kann. Häufig geht es hier um Geld, insbesondere, wenn Angehörige streiten.

Da ist es oft sehr schwer, helfen zu können.

Es ist wichtig, alle „Parteien“ zu hören, um dann einen Lösungsweg zu finden. Vielfältige Schicksale hängen daran. Beteiligte sind oftmals

verzweifelt und hadern mit dem Rechtsstaat. Wir bemühen uns, auf menschliche und unterstützende Weise mit den Betroffenen und auch den vermeintlichen „Tätern“ umzugehen, und suchen das Gespräch. Zudem versuchen wir, von zu vielen Anschreiben abzuraten – beispielsweise haben Schreiben an das Gericht meist eher eine negative Wirkung. Sinnvoll ist es auch mit der Betreuungsbehörde zu sprechen, um gemeinsam einen gangbaren Weg zu finden. Außerdem ist es wichtig, mit den hilfesuchenden Personen entlastende Gespräche zu führen.

Wir ermutigen die Menschen, an der Situation nicht zu verzweifeln, sondern vielmehr „kleine Lücken“, zum Beispiel Absprachen mit dem Pflegepersonal, zu identifizieren, die die Möglichkeit bieten, die Situation im Interesse des Betreuten zu verbessern.

Welche Hilfen benötigen Ratsuchende am dringendsten?

Ratsuchende erbitten in einer Notsituation Hilfe. Der Erstkontakt ist wichtig und dient zunächst dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Dann benötigen sie eine kompetente und weiterführende Unterstützung, nicht nur Ratschläge oder gar ein „Ich bin nicht zuständig“. Mögen Pflegestützpunkte, „Leuchttürme“ und ähnliche Einrichtungen auch eine gute Hilfe sein, so werden viele Menschen damit immer noch nicht erreicht. Es bedarf einer regionalen beziehungsweise kommunalen Anlaufstelle, in der auch Professionelle tätig sind und die ohne Hürden zu erreichen ist. Eine solche Stelle sollte auf

jeden Fall einen Altenpfleger und einen Sozialarbeiter beschäftigen und unabhängig sein.

Dies ist zumindest moralisch – wenn schon nicht gesetzlich vorgegeben – eine kommunale Aufgabe, die bereits für alle anderen

Viele Menschen werden immer noch nicht erreicht. Es bedarf einer kommunalen Anlaufstelle, in der auch Professionelle tätig sind und die ohne Hürden zu erreichen ist.

Alters- oder Problemgruppen angeboten werden, nicht aber für alte Menschen und deren Angehörige. Eine Notruf-Nummer sollte so in Bus, Straßenbahn beziehungsweise Zeitung plakatiert sein, dass sie für jeden Hilfesuchenden sichtbar ist.

Ärzten kommt hierbei eine besondere Aufgabe zu. Sie sollten solche Hilfen auch vermitteln und über regionale Einrichtungen ausreichend Bescheid wissen und vernetzt sein. Auch Selbsthilfegruppen können unterstützend sehr hilfreich sein, wie zum Beispiel die Alzheimer-Gesellschaft. Sie sollten jedem Angehörigen dringendst empfohlen und nicht nur als mögliche Option angesprochen werden. Ratsuchende sind aber nicht nur Menschen mit Demenz oder deren Angehörige, sondern auch alte Menschen ohne kognitive Störung, die sich in einer Krisensituation befinden. Hierfür gibt es derzeit fast keine Anlaufstellen.

Da auch die Anzahl der Pflegekräfte, die Rat suchen, steigt, bedarf es hierfür ebenfalls einer kompetenten Anlaufstelle, die sich in die oben genannte Struktur integrieren lässt. Auch andere Berufsgruppen melden sich vermehrt, doch ist deren Interesse an Unterstützung derzeit noch gering. Die Hemmschwelle ist oft größer als das nachhaltige Interesse, etwas zu ändern.

Mit Carolin Emcke, der Trägerin des Friedenspreises des deutschen Buchhandels 2016 bin ich der Meinung, dass es nicht reicht, Gewalt zu verurteilen. Sie muss in ihrer Funktionsweise betrachtet werden. Unsere Aufgabe ist zu zeigen, wo etwas anderes möglich gewesen wäre, wo jemand sich anders entscheiden hätte können, wo jemand einschreiten hätte können und wo jemand auch aussteigen hätte können! Es ist an der Zeit alte Menschen endlich auch

wirklich an der Gesellschaft, gerade wenn sie Konflikte haben oder auf Unterstützung angewiesen sind, real teilhaben zu lassen.

Herr Professor Hirsch, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Im Gespräch

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch ist Psychiater und Psychologe mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie. Er ist Gründungsmitglied der Privatinitiative „Handeln statt Misshandeln – Forum Altern ohne Gewalt“ und war Begründer der eingestellten Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter „Handeln statt Misshandeln“. Er ist Träger des Verdienstkreuzes 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland, 2009.



„Es gibt keine Rechtfertigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen“

Interview mit Gerda Graf, ehemalige Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof

Wie sind Sie als Leiterin einer Pflegeeinrichtung mit Aggression und Gewalt umgegangen?

Wir haben offen über Aggression und Gewalt in der Wohnanlage Sophienhof diskutiert – und das auf mehreren Ebenen. In den Wohnbereichen haben wir bei den täglichen Zusammenkünften der Mitarbeiter, im Sinne einer ethischen Reflexion, das Thema berührende Tagesabläufe besprochen. Dabei sind auch Verhaltensauffälligkeiten wie starke Unruhe oder Aggressivität zur Sprache gekommen. Auf der Leitungsebene ist die Reflexion bei jeder Morgenbesprechung geschehen. Das gleiche galt für die Wochenrunde und die Monatsrunde. Wenn es die Situation erfordert hat, dann haben wir zusätzlich Haus- und Fachärzte miteinbezogen, zum Beispiel im Rahmen hermeneutischer Fallbesprechungen oder ethischer Konsile.

Worum geht es bei hermeneutischen Fallbesprechungen und ethischen Konsilen?

Eine hermeneutische Fallbesprechung dient dazu, die Situation der betreffenden Person, zum Beispiel eines Bewohners mit herausforderndem Verhalten, aus verschiedenen

Perspektiven zu interpretieren und zu verstehen, um zu einer gemeinsamen Situations einschätzung zu gelangen und schließlich angemessene Maßnahmen abzuleiten.

Ein Ethikkonsil ist ebenfalls eine Fallbesprechung, die in berufsübergreifender Zusammensetzung stattfindet. Hierbei wird eine ethische Analyse und Bewertung des Problems vorgenommen. Auf dieser Grundlage wird eine ethisch begründete und von den Beteiligten mitgetragene Empfehlung erarbeitet. Bei Bedarf wird externe Beratung hinzugezogen.

Wie ist die Entscheidung gefallen, keine freiheitsentziehenden Maßnahmen einzusetzen? Und welche Vorbereitungen und Voraussetzungen waren für die Umsetzung nötig?

Die grundlegende Entscheidung war bereits vor über zehn Jahren gefallen und basierte auf einem ganz einfachen Grundsatz. Nämlich der Tatsache, dass niemand seiner Freiheit entzogen werden will und darf. Daran hat sich auch eine Organisation wie ein Pflegeheim zu orientieren. Auch im Falle bestimmter Krankheiten, wie beispielsweise bei einer Demenz, gibt es keine Rechtferti-

Niemand darf seiner Freiheit entzogen werden. Daran hat sich auch eine Organisation wie ein Pflegeheim zu orientieren.

gungen für freiheitsentziehende Maßnahmen.

Eine erste Maßnahme war, den Begriff „Aggression“ durch den Begriff „Verhaltensauffälligkeit“ zu ersetzen. Dies ist auch Bestandteil des sogenannten HoLDe-Konzepts der Wohnanlage Sophienhof (Hospiz, Lebenswelt und Demenz, Anmerkung der Redaktion), das nicht nur körperliche Bedürfnisse berücksichtigt, sondern in gleichem Maße emotionale Unterstützung und religiöse Begleitung umfasst. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Realisierung einer fixierungsfreien Einrichtung war beispielsweise eine konsequente Visitenkultur durch Haus- und Fachärzte sowie regelmäßige Fort- und Weiterbildungen für unsere Mitarbeiter.

Wie haben die Mitarbeiter auf die Entscheidung reagiert, keine freiheitsentziehenden Maßnahmen anzuwenden? Und hatten Sie den Eindruck, dass die Teams dahinterstehen?

Diese Frage lässt sich ganz kurz beantworten. Die Entscheidung wurde von den Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen, da diese Maßnahme ja auch den ganz persönlichen Anspruch

auf Freiheit widerspiegelt. Die Teams haben voll hinter dieser Haltung gestanden und waren auch bei der Umsetzung kreativ und engagiert.

Wie sollte man damit umgehen, wenn Bewohner ständig umherirren und zum Beispiel die Gefahr besteht, dass sie stürzen?

Welche Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt es?

Zunächst einmal sollten Bewohner, bei denen Verhaltensauffälligkeiten wie starke Unruhe bis hin zu Umherirren bekannt ist, neben der Versorgung durch den Hausarzt immer auch neurologisch oder gerontopsychiatrisch behandelt werden. Die Fachärzte sollten regelmäßig zur Visite kommen und darüber hinaus auch ansprechbar sein, wenn zwischenzeitlich Fragen oder Probleme aufkommen. Zudem sollten sie zu Fallbesprechungen und ethischen Konsilen hinzugezogen werden.

Um unruhige Bewohner zu betreuen, können Alltagsbegleiter eingesetzt werden. Zur Sturzprophylaxe helfen Niedrigflurbetten und Bewegungsmelder zeigen den Pflegenden an, ob eine Person, die stark sturzgefährdet ist, sich gerade auf den Weg macht. Zudem ist es hilfreich, mehrmals wöchentlich Sturzprophylaxe und Rollatoren-Training

durch Physiotherapeuten anzubieten, um die Mobilität und Sicherheit der Bewohner zu verbessern. All das sind nur Beispiele – letztlich kommt es darauf an, alle Wahrnehmungen zu evaluieren und entsprechend bedürfnisorientiert zu handeln.

Wir hatten weniger schwerwiegende Stürze, und die Zahl der Krankenhauseinweisungen ist in den letzten Jahren stetig gesunken.

Muss man keine haftungsrechtlichen Konsequenzen befürchten, zum Beispiel wenn jemand stürzt, aus dem Bett fällt oder sich verirrt? Wie kann man sich absichern?

Im Sophienhof hatten wir eher weniger schwerwiegende Stürze. Die Zahl der Kran-

kenhauseinweisungen ist in den letzten zehn Jahren sogar stetig gesunken.

Haftungsrechtlichen Konsequenzen habe ich nicht besonders befürchtet. Mir war immer bewusst, dass eine hundertprozentige Absicherung nicht möglich ist. Wichtig ist, dass wir fachlich gut begründet handeln und alle Mitarbeiter voll und ganz dahinterstehen können. Zentral ist hier auch eine ganz ehrliche und offene Kommunikation mit den Angehörigen sowie Vorsorgebevollmächtigten in jeder Hinsicht. Angehörige sollten beispielsweise über eine bestehende Sturzgefahr und die Vorkehrungen sowie auch die Abwägungen zu Maßnahmen genau informiert werden. Sie sollten in alle Maßnahmen mit einbezogen – auch in die Suche nach einer verirrten Person. Dass ein

Bewohner gesucht werden musste, ist in den letzten zehn Jahren allerdings nur zwei Mal vorgekommen.

Was raten Sie Führungskräften, die ebenfalls auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichten wollen?

Es ist wichtig und hilfreich, alle Mitarbeiter einzubinden, um gemeinsam kreative Ideen zur Vermeidung von Fixierungen zu finden.

Zeigen Sie Zivilcourage und setzen Sie durch, woran Sie glauben!

Ganz wichtig sind passgenaue Fortbildungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter. Außerdem ist es wichtig und vor allem auch hilfreich, alle Mitarbeiter einzubinden, um gemeinsam kreative Ideen zur Vermeidung von Fixierungen zu finden.

Frau Graf, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Im Gespräch

Gerda Graf ist Dipl.-Pflegerin und war Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof in Niederzier. Sie ist Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbands e. V. und Trägerin des Verdienstkreuzes am Bande der Bundesrepublik Deutschland, 2007.



„Auf das Wissen um Handlungsalternativen und die Haltung kommt es an“

Interview mit Karola Miowsky-Jenensch, Pflegestation Meyer und Kratzsch

Ambulante Pflegedienste versorgen heutzutage viele Menschen mit Demenz. Wie ist es möglich, dass sogar Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz zu Hause versorgt werden und leben können, ohne sich oder andere zu gefährden?

Nicht jeder Mensch mit einer Demenz gefährdet sich automatisch selbst oder andere Personen in seinem Umfeld. Viele können mit entsprechender

professioneller Hilfe noch lange zu Hause leben. Ausschlaggebend ist hier die ausführliche Beratung zu Risikopotenzialen, pflegerischen Angeboten und Hilfsmitteln sowie Wohnraumanpassungen. Die daraus resultierenden Maßnahmen ermöglichen diesen Menschen ein gefahrloseres Leben in ihrer gewohnten Umgebung.

Vor welchen Herausforderungen stehen ambulante Dienste, um Menschen mit Demenz das Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen? Und wo sind die Grenzen dessen, was ein ambulanter Dienst leisten kann?

Das Leben zu Hause kann nicht allein durch ambu-

Nicht jeder Mensch mit einer Demenz gefährdet sich automatisch selbst oder andere Personen in seinem Umfeld. Viele können mit entsprechender Hilfe noch lange zu Hause leben.

lante Pflegedienste gewährleistet werden. Kooperation und Netzwerkarbeit sind von großer Bedeutung. Nur das Zusammenspiel von vielen Akteuren gewährleistet eine gute, den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entsprechende Pflege. Hierzu gehören zum Beispiel Tagespflegestätten, Alltagsbegleiter, Angehörige und Nachbarschaftshilfen.

Wenn allerdings eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt – zum

Beispiel jemand verlässt im Winter im Nachthemd die Wohnung oder macht offenes Feuer im Wohnraum – sind die Grenzen erreicht.

Wie gehen Sie in Ihrem ambulanten Dienst mit problematischen familialen Pflegekonstellationen um? Gibt es ein festgelegtes Vorgehen?

Problematische familiäre Pflegekonstellationen entstehen häufig durch Überforderung mit der Pflegesituation, auch können alte

Konflikte plötzlich wieder in den Vordergrund treten. Angehörige verfügen nicht über eine professionelle Distanz, auf der anderen Seite

Nur das Zusammenspiel von vielen Akteuren gewährleistet eine gute Pflege.

kommt häufig ein schlechtes Gewissen auf, weil die Pflege an „Fremde“ abgegeben wird.

Im Rahmen einer Verfahrensbeschreibung zur Informationsweitergabe ist unseren Mitarbeitern der Umgang mit schwierigen Gegebenheiten bekannt. Die Pflegesituation wird im Rahmen eines Hausbesuchs durch die leitende Fachkraft und einen Sozialpädagogen analysiert, woraufhin entsprechende Hilfsangebote für den Pflegealltag vorgeschlagen werden. Auch Hilfen zur Kontaktaufnahme zu anderen Institutionen werden seitens des Pflegedienstes unterstützt.

Werden Ihre Kollegen speziell zu Gewalt und Aggression geschult? Falls ja – was wird vermittelt?

Das Thema „Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz“ wird bei uns jedes Jahr besonders im Fortbildungsprogramm berücksichtigt. Inhalte der Schulung fokussieren Aspekte wie „Auslösendes Ereignis verstehen“, „Betrachtung des tatsächlichen Verhaltens“ sowie mögliche Maßnahmen wie Validation, Besprechungen mit Klienten, basale Stimulation und deeskalierende Strategien.

Wie und wie häufig sind ambulante Dienste mit freiheitsentziehenden Maßnahmen konfrontiert, zum Beispiel Einschließen oder Fixieren einer Person, die ständig weglaufen möchte?

Das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen kommt im ambulanten Bereich insofern vor, als Angehörige den Wunsch äußern, mehr Sicherheit für den Klienten zu gewähr-

leisten – dies könne dann ihrer Meinung nach erreicht werden, indem beispielsweise Türen abgeschlossen, Bettgitter hochgezogen werden und so weiter. Im Praxisalltag werden diese Wünsche allerdings nur vereinzelt an uns herangetragen.

Wenn immer häufiger Weglauf- beziehungsweise Hinlauff Tendenzen beobachtet werden, muss die Frage gestellt werden, ob die bestehende Wohnform für die betroffene Person noch angemessen ist. Möglicherweise haben sich die Bedürfnisse mit fortschreitender Demenz verändert. Der Bezug zur eigenen Häuslichkeit ist eventuell verloren gegangen, oder auch der Wunsch nach Nähe und Gemeinsamkeit kann Antrieb für diese Tendenzen sein.

Wenden Ihre Mitarbeiter in bestimmten Situationen auch freiheitsentziehende Maßnahmen an? Falls ja, können Sie ein Beispiel geben? Wie war in diesem Fall der rechtliche Hintergrund und welche organisationsbezogenen Regelungen bestanden?

Eine wichtige Rolle spielt die Haltung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Eine wichtige Rolle spielt hier die innere Haltung zum Thema. Unsere Mitarbeiter sind angehalten, freiheitsentziehende Maß-

nahmen zu vermeiden und Alternativen zu finden. Eine freiheitsentziehende Maßnahme wird nur in Betracht gezogen, wenn keine willkürlichen Bewegungen erkennbar sind und es um die Sicherheit im Rahmen der Sturzprophylaxe geht und auch keine weiteren Alternativen zur Verfügung stehen.

Zum Beispiel im Fall von Frau W.: Sie lebt in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit

Demenz. Die Demenz ist weit fortgeschritten und eine verbale Kommunikation ist mit ihr nicht mehr möglich. Auch in der Mobilität gibt es starke Einschränkungen. Kleine Eigenbewegungen und unwillkürliche Bewegungen sind zu beobachten. Auf Wunsch der Tochter – bestellt als rechtliche Betreuerin – werden zur Nachtruhe die Bettgitter im Rahmen der Sturzprophylaxe hochgezogen. Der Bauchgurt am Rollstuhl wird nur benutzt, wenn Frau W. sehr unruhig ist. Eine ablehnende Reaktion gegen diese Maßnahmen ist nicht zu erkennen.

Beide Maßnahmen werden in einem vorgegebenen Prozess dokumentiert und im Rahmen der Pflegevisite regelmäßig nach vorgegebenen Zeitfenstern evaluiert. Die Ausführung erfolgt erst nach schriftlicher Zustimmung der Betreuerin – in diesem Fall der Tochter.

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen gemacht? Wenden sie sich an Sie, um Unterstützung in problematischen Pflegesituationen zu erhalten?

Die Basis einer guten Zusammenarbeit ist Vertrauen. Besteht ein vertrauensvoller Kontakt zur Bezugspflegekraft, werden Sorgen, Bedürfnisse und Probleme seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen schneller angesprochen.

Ein Beispiel: Als Frau A. noch mobil war, gehörte der sonntägliche Besuch in einer Konditorei zu ihren festen Ritualen. Bedauerlicherweise war ihre Demenz nun aber

bereits so weit fortgeschritten, dass ihre Orientierung bezüglich Personen, Ort und Zeit vollständig verloren gegangen war. Immer öfter versuchte sie aber dennoch, allein ihre Wohnung zu verlassen, um ihr altes Café aufzusuchen. Ihre Tochter war deshalb sehr besorgt, konnte sie aber auch nicht in die Konditorei begleiten, da sie selbst außerhalb wohnte und nicht die Möglichkeit hatte, jedes Wochenende ihre Mutter zu besuchen.

Es kam immer häufiger zu belastenden Streitereien zwischen Mutter und Tochter, bis die Tochter sich entschloss, den Pflegedienst auch damit zu beauftragen, ihre Mutter sonntags in

die Konditorei zu begleiten. Der pflegerische Einsatz bei Frau A. wurde nun am Sonntag zeitlich so angepasst, dass der Konditoreibesuch in Begleitung einer Pflegekraft ermöglicht wurde. Und die Tendenz, ihre Wohnung verlassen zu wollen, ist nun nachweislich zurückgegangen.

Durch seelische und körperliche Erschöpfung, die sich der Angehörige oft nicht eingestehen kann, kommt es auch zu unterschiedlichen Sichtweisen der Pflegesituation. Wir erleben häufig, dass zum Beispiel beim Einzug in eine Wohngemeinschaft Angehörige anfänglich extrem anspruchsvoll sind, was in der Regel aus ihrem schlechten Gewissen resultiert, ihren Angehörigen „weggegeben“ zu haben. Dieses Verhalten legt sich meist, wenn die Betroffenen sich eingelebt haben und die Angehörigen erkennen, dass ihr Familienmitglied gut gepflegt und betreut wird.

Angehörige sind ein fester Bestandteil im Pflegesystem und erbringen täglich eine außergewöhnliche Leistung.

Abschließend die Frage: Welche Hilfe und Unterstützung benötigen pflegende Angehörige aus Ihrer Sicht am dringendsten?

Angehörige sind ein fester Bestandteil im Pflegesystem und erbringen täglich eine außergewöhnliche Leistung. Sie benötigen eine umfassende kompetente fachliche Beratung, um schnell die vielen Hilfsangebote und Hilfsmittel zu finden, die den Bedürf-

nissen ihres betroffenen Familienmitglieds entsprechen. Viele Hilfs- und Entlastungsangebote sind Angehörigen nicht bekannt. Die Informationen sollten an zentralen Stellen

wie Hausarztpraxen und Apotheken zugänglich sein.

Viele Hilfs- und Entlastungsangebote sind Angehörigen nicht bekannt. Die Informationen sollten an zentralen Stellen zugänglich sein.

Frau Miowsky-Jenensch, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Im Gespräch

Karola Miowsky-Jenensch ist Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA) und examinierte Krankenschwester. Sie arbeitet als Qualitätsmanagement-Beauftragte in der Pflegestation Meyer und Kratzsch, Berlin.



Impulse

In dieser Rubrik werden Projekte beziehungsweise Internetangebote vorgestellt, die über Gewalt in der Pflege aufklären und beim Umgang damit unterstützen. Sie geben außerdem Impulse für die Entwicklung weiterer Angebote.

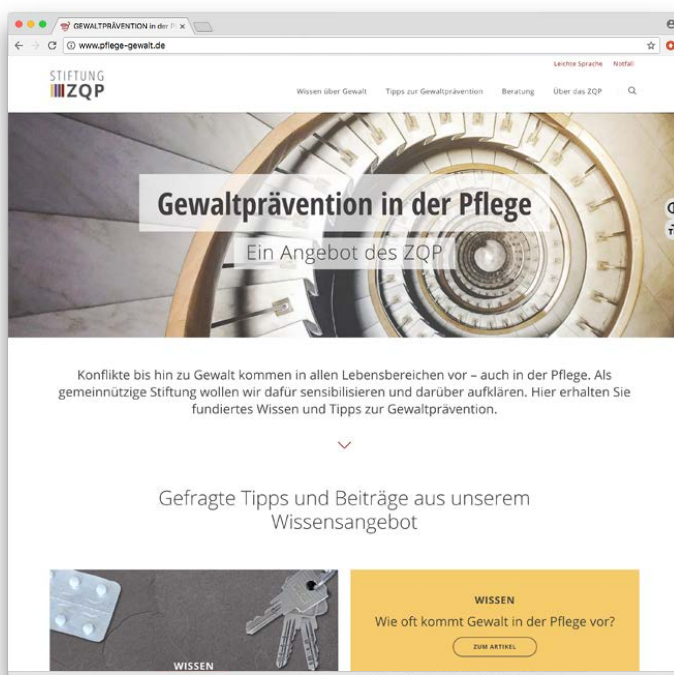
Gewalt durch Wissen vorbeugen: Onlineportal Gewaltprävention in der Pflege

Sachliche und einfach nachvollziehbare Informationen für alle, die sich für pflegebedürftige Menschen engagieren, sind wichtige Voraussetzungen, um Gewalt in der Pflege vorzubeugen.

Das ZQP bietet auf www.pflege-gewalt.de Basiswissen und Praxishinweise zu den verschiedenen Aspekten von Aggression und Gewalt im Kontext Pflege. Dazu gehören Informationen über Erscheinungsformen, Anzeichen und Häufigkeit von Gewalt sowie praktische Hinweise, wie Gewalt in der Pflege vorgebeugt oder damit umgegangen werden kann.

Zudem bietet das Onlineportal eine Übersicht über Krisen- und Nottelefonen, die in Problemsituationen helfen. Eine aktuell erreichbare Nummer ist auf den ersten Blick auffindbar.

Hauptzielgruppe des Onlineportals sind Pflegenden und alle, die sich für pflegebedürftige Menschen engagieren. Aber auch Pflegebedürftige selbst sind angesprochen. Die Inhalte basieren auf dem bestverfügbaren Wissen. Sie sind allgemein verständlich und übersichtlich – gemäß der fundierten ZQP-Methode zur Vermittlung pflegerelevanten Wissens – aufbereitet. Ein Teil der Informationen wird in „Leichter Sprache“ angeboten.



Weitere Informationen

➔ www.pflege-gewalt.de

Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Altenpflege begrenzen: Leitlinie FEM

Zu einer Pflegepraxis beizutragen, die sich an der Menschenwürde der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen orientiert und die deren Recht auf sichere Bewegung achtet, ist das Kernziel der „Initiative zur Begrenzung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege“. Um Wissen bereit zu stellen, die der professionellen Pflege helfen, möglichst ganz auf freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten, wurde daher bereits 2009 mithilfe einer Expertengruppe die „Leitlinie FEM“ entwickelt und 2015 aktualisiert.

Zur Entwicklung der Leitlinie wurde eine Interventionsstudie durchgeführt. Sie zeigte, dass mit Umsetzung der Leitlinie Freiheitsentzug erfolgreich und ohne negative Folgen für Pflegebedürftige reduziert werden kann.

Auf der Webseite der Initiative stehen unter anderem die gesamte Leitlinie sowie Broschüren, Flyer und Poster mit Kurzinformationen bereit. Zudem werden die Implementierungsstudie IMPRINT

und ein Praxisprogramm zur Umsetzung der Leitlinie in Pflegediensten und -einrichtungen in Schleswig-Holstein vorgestellt.

Die Initiative ist ein Kooperationsprojekt der Universität zu Lübeck, der Universität Hamburg, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Universität Witten/Herdecke.

Die Projekte wurden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.



Weitere Informationen

➔ www.leitlinie-fem.de

Gewalt erkennen und richtig dokumentieren: Online-Hilfe „Befund: Gewalt“

Die Folgen von Gewalt von Symptomen anderer Erkrankungen zu unterscheiden, ist auch für medizinische Fachkräfte nicht immer einfach. Das Onlineangebot www.befund-gewalt.de soll Ärzten, professionell Pflegenden und anderen Gesundheitsfachkräften dabei helfen, Gewaltfolgen zu erkennen und gerichtsverwertbar zu dokumentieren. Dazu werden unter anderem konkrete Anzeichen körperlicher und psychischer Gewalt beschrieben.

Für die Dokumentation werden Vordrucke bereitgestellt, auf denen die Befunde für ein eventuelles späteres Gerichtsverfahren verwertbar festgehalten werden können – mit dem Ziel, Ermittlungsverfahren zu ermöglichen, die nicht aufgrund mangelnder Beweise eingestellt werden müssen.

Außerdem werden die Nutzer dabei unterstützt, einen Verdacht anzusprechen und Betroffenen Unterstützung zu vermitteln. Sie erhalten neben Formulierungshilfen für das Gespräch mit Betroffenen auch allgemeine

Hinweise und Links zu Beratungsstellen sowie Informationen zur Rolle von Polizei und Justiz.

Die Informationen und Empfehlungen sind fundiert und praxisorientiert dargestellt.

Das Onlineangebot ist ein Kooperationsprojekt des Public Health Institute der Hochschule Fulda und des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Entwicklung der Webseite wurde mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds und einer Kofinanzierung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration gefördert.



Weitere Informationen

➔ www.befund-gewalt.de

Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden: Der verfahrensrechtliche Ansatz Werdenfelser Weg

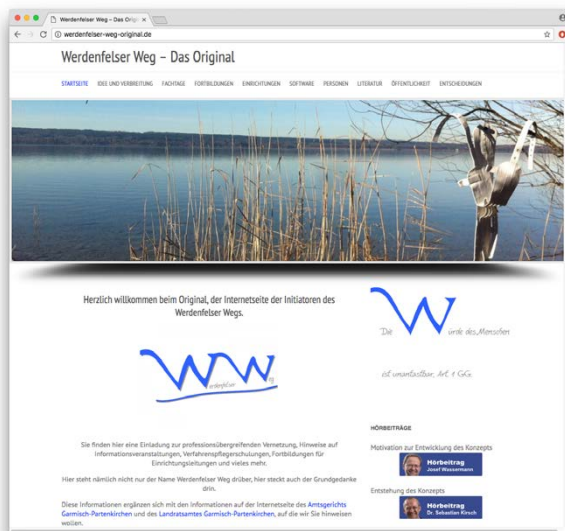
Der Werdenfelser Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz mit dem Ziel, Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen wie Bauchgurte, Bettgitter und Vorsatzische zu verbessern. Damit sollen Fixierungen in stationären Einrichtungen der Altenpflege und für Menschen mit Behinderungen sowie in somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern minimiert werden.

Dazu werden vom Gericht spezialisierte Verfahrenspfleger eingesetzt, die gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen nach Alternativen suchen. Sie verfügen über pflegfachliches Wissen zur Vermeidung von FEM und juristisches Wissen über deren rechtliche Kriterien.

Die Webseite der Initiative bietet ausführliche Informationen zu Idee und Verbreitung des Werdenfelser Wegs. Pflegefachleute und Einrichtungen erhalten Informationen zu Schulungsangeboten beziehungsweise zur Fortbildung zum Verfahrenspfleger.

Zudem werden Materialien bereitgestellt, wie Vortragsfolien, gerichtliche Entscheidungen oder Argumentationshilfen für Juristen in Bezug auf die Genehmigungspflicht von Bettgittern.

Entstanden ist die Initiative aus einem professionsübergreifenden Netzwerk in Garmisch-Partenkirchen mit Beteiligten aus Amtsgericht, Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen sowie Angehörigen und Betreuungspersonen.



Weitere Informationen

➤ www.werdenfelser-weg-original.de

Beschäftigte unterstützen und Gewalt vorbeugen: Gesundheitsdienstportal der Unfallkasse NRW

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen stellt mit dem Onlineangebot „Gesundheitsdienstportal“ Beschäftigten im Gesundheitswesen und pflegenden Angehörigen Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bereit. Dies schließt auch Informationen und Praxishinweise zur Gewaltprävention in der Pflege ein.

Die Materialien geben – sowohl auf der betrieblich-organisatorischen als auch der individuellen Ebene – Hinweise, wie Aggressionen und Gewalt vermieden, Beschäftigte geschützt und bei der Bewältigung problematischer Situationen unterstützt werden können.

Als Handlungshilfen können zum Beispiel verschiedene Informationsblätter heruntergeladen werden, wie Gefährdungsbeurteilungen, Checklisten mit Risikofaktoren oder eine Übersicht zu sicherheitsgerechtem Verhalten und zu Notrufmöglichkeiten für alleinarbeitende Personen.

Ein zentrales Thema ist das Konfliktmanagement in Bezug auf Probleme zwischen Patienten, Pflegebedürftigen, Angehörigen und Beschäftigten im Gesundheitswesen. In einem interaktiven Programm werden Hintergrundinformationen, Schulungsmaßnahmen, Kommunikations- und Deeskalationsstrategien sowie Nachsorgemaßnahmen vorgestellt.

Dieses Programm wurde in Zusammenarbeit mit mehreren Unfallkassen erstellt.



Weitere Informationen

➤ www.gesundheitsdienstportal.de/gewaltpraevention

Reflexion

In dieser Rubrik beleuchten Experten spezielle Handlungsfelder im Kontext Gewaltprävention in der Pflege. Im Fokus stehen zum einen der Unterstützungsbedarf von Menschen mit rechtlicher Betreuung und zum anderen der Einsatz von Medikamenten als freiheitsentziehende Maßnahme. Darüber hinaus wird über zwei aktuelle Studien des ZQP zum Thema Gewaltprävention in der Pflege informiert.

Der besondere Unterstützungsbedarf von Menschen mit rechtlicher Betreuung

Dagmar Brosey

Grundlegendes zur Betreuung

Pflegebedürftige Menschen sind in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen. Dazu gehören auch die rechtlichen Angelegenheiten, zum Beispiel Überweisungen vorzunehmen, Verträge abzuschließen, Sozialleistungen zu beantragen oder eine Entscheidung über ärztliche Behandlungsmaßnahmen einzuholen. Der Unterstützungsbedarf variiert bei den pflegebedürftigen Menschen naturgemäß sehr stark und ist immer individuell zu bestimmen. Unterstützung gibt es in verschiedenen Formen. Das Recht sieht zwei

Unterstützungsformen vor, die mit einer Vertretungsbefugnis verbunden sind. Das bedeutet, dass ein Stellvertreter für die pflegebedürftige Person handeln kann. Unterstützung kann bedeuten, eine Entscheidung für die Person umzusetzen (zum Beispiel Kündigung der Tageszeitung). Sie kann aber auch bis zur Entscheidungsübernahme reichen, wenn die Person nicht mehr äusserungs- oder entscheidungsfähig ist. Besonders wichtig ist, dass weder das Vorliegen einer Vorsorgevollmacht noch die gerichtliche Entscheidung über die Bestellung eines Betreuers Aussagen dazu machen, ob eine Person selbst entscheiden kann oder nicht. Sie behält vielmehr ihre Entscheidungszu-

ständigkeit und ist an allen Entscheidungen zu beteiligen, solange sie dies möchte und äusserungsfähig ist.

Die Kompetenzen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen werden – insbesondere wenn eine Demenz vorliegt – viel zu häufig unterschätzt. Gleichzeitig werden Handlungskompetenzen ihrer Vertreter überschätzt. Es kommt daher zum Beispiel gegenüber Ärzten oder auch in finanziellen Fragen häufig dazu, dass pflegebedürftige Menschen nicht mehr an Entscheidungen partizipieren und sogar in ihrem Beisein übergangen werden. Eine Beteiligung an

Die Kompetenzen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen werden – insbesondere wenn eine Demenz vorliegt – viel zu häufig unterschätzt.

Entscheidungen ist für die Lebensqualität jedoch sehr wichtig; und so ist der unterlassene Einbezug des Menschen, um den es geht, auch eine Form der Gewalt. Betreuer sowie Bevollmächtigte haben die Aufgabe, Pflegebedürftige bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass ihre Wünsche, Fähigkeiten und Interessen berücksichtigt werden. Vielfach fehlt es anderen Personen an Kommunikationsfähigkeiten, sich gegenüber Pflegebedürftigen verständlich auszudrücken oder sie zu verstehen. Betreuer und Bevollmächtigte müssen aber dafür sorgen, dass die pflegebedürftigen Menschen in ihrem Informationsbedarf und ihren Entscheidungsrechten

nicht übergangen werden (Artikel 12 der Behindertenrechtskonvention der UN).

Einrichtung einer Betreuung

Eine rechtliche Betreuung erhält eine Person durch eine Entscheidung des Betreuungsgerichts. Dazu kann sie selbst einen Antrag stellen oder Dritte (Angehörige, Sozialdienste) können dem Gericht einen Hinweis erteilen.

Voraussetzung für die Bestellung einer rechtlichen Betreuung ist, dass jemand krankheits- oder behinderungsbedingt seine Angelegenheiten nicht besorgen kann und somit Unterstützungsbedarf hat.

Das Betreuungsgericht prüft, ob die Voraussetzungen für eine Bestellung eines Betreuers vorliegen. Dabei wird auch begutachtet, ob soziale Hilfen ausreichen oder ob eine Vollmacht an eine Vertrauensperson erteilt werden kann. Das Gericht hört die pflegebedürftige Person selbst an, um ihre Fähigkeiten und Wünsche in Erfahrung zu bringen. Außerdem werden die Betreuungsbehörde und ein ärztlicher Sachverständiger mit einem Gutachten über die pflegebedürftige Person beauftragt. Die Bestellung eines Betreuers gegen den Willen der pflegebedürftigen Person kommt nur ausnahmsweise in Betracht. Dazu darf der Pflegebedürftige keinen freien Willen im Hinblick auf die Bestellung eines Betreuers bilden können, das bedeutet, dass ein unabweisbarer Schutzbedarf besteht, den der Betroffene nicht erkennt.

Die rechtliche Betreuung ist damit auch ein Schutzinstrument. Geschützt werden soll

Die rechtliche Betreuung ist damit auch ein Schutzinstrument. Geschützt werden soll die Autonomie des betreuten Menschen.

die Autonomie des betreuten Menschen; erreicht werden soll eine Lebens- und Versorgungssituation, die den Vorstellungen und der Würde des pflegebedürftigen Menschen entspricht. Dies ist bedeutsam bei abnehmenden Kommunikationsfähigkeiten. Der Betreuer hat bei Entscheidungen immer Wünsche und Präferenzen des Betreuten zu berücksichtigen. Daher ist es im Fall einer beginnenden Pflegebedürftigkeit sinnvoll,

Wünsche und Präferenzen zur Lebensgestaltung schon vorzeitig in einer Betreuungs- oder Pflegeverfügung niederzulegen. Kann die pflegebedürftige Person nicht mehr an der Entscheidung mitwirken, muss der Betreuer immer überlegen, welche Entscheidung die

pflegebedürftige Person treffen würde. Das ist die Handlungsleitlinie. Bei schwierigen Situationen ist für den Betreuer das Denken in Alternativen wichtig; dazu können sie sich auch bei den Betreuungsvereinen beraten lassen.

Schutz im Rahmen einer Betreuung

Pflegebedürftige Menschen mit Unterstützungsbedarf werden häufig Schwierigkeiten haben, die Personen, von denen sie gepflegt und betreut werden, zu überwachen. Es ist daher von überragender Bedeutung, dass der Betreuer immer das Wohl des Betreuten im Blick hat, dessen Wünsche, Rechte und Interessen berücksichtigt und diese auch gegenüber (Gewalt ausübenden) Pflegepersonen vertritt. Das Betreuungsgericht ist mit der Überwachung des Betreuers beauftragt, der dem Gericht regelmäßig zu berichten hat. Für gravierende Entscheidungen, zum Beispiel

den Verkauf eines Hauses, die Kündigung einer Wohnung, im Falle risikoreicher medizinischer Behandlungen oder bei Freiheitsentziehung, muss der Betreuer immer die Genehmigung des Gerichts einholen, um handeln zu können. So kann das Gericht präventiv prüfen, ob der Betreuer pflichtgemäß handelt, und kann eingreifen, wenn dies nicht so ist.

Rechtlich betreute Menschen oder ihre Vertrauenspersonen können sich jederzeit an das Betreuungsgericht wenden, wenn sie sich durch das Handeln des Betreuers schlecht vertreten fühlen oder gar missbräuchliches Handeln bemerken. Das Gericht muss bei Pflichtwidrigkeiten des Betreuers einschreiten und kann ihn, wenn es notwendig ist, entlassen und eine andere Person bestellen. Das Gleiche gilt übrigens, wenn ein Bevollmächtigter die Vollmacht missbraucht und zum Beispiel Geld veruntreut oder die Pflege nicht ausreichend organisiert. Auch hier kann das Betreuungsgericht einschreiten.

Vorgehen in einer Gewaltsituation

In einer Gewaltsituation sollten Betreuungsbehörde und Betreuungsgericht eingeschaltet werden, um eine Intervention zu veranlassen. In vielen Fällen wird eine neutrale Betreuungsperson für den pflegebedürftigen Menschen bestellt, welche deren Schutzinteressen wahrnimmt.

Die betreuende Person muss immer das Wohl der betreuten Person im Blick haben und deren Wünsche, Rechte und Interessen auch gegenüber Pflegepersonen vertreten.

Häufig sind Pflegende auch gleichzeitig die Betreuer oder Bevollmächtigten. Für den Fall

einer gewalthaften oder missbräuchlichen Pflegesituation ist diese Konstellation nicht geeignet, die Schutzinteressen von Pflegebedürftigen zu sichern. In anderen Fällen sind die Betreuer oder Bevollmächtigten womöglich nicht in der Lage, die Interessen der

pflegebedürftigen Person zu vertreten, oder es gibt noch gar keinen Betreuer oder keine bevollmächtigte Person.

Dies wird wegen der Komplexität einer derartigen Situation häufig ein Berufsbetreuer sein. Diese Person hat wiederum zum Wohl des pflegebedürftigen Menschen zu handeln und dabei dessen Wünsche zu berücksichtigen. Für den Fall, dass die häusliche Pflegesituation Gewalt und/oder schwere Vernachlässigung aufweist, kann der Betreuer eine anderweitige Unterbringung in einer betreuten Wohnform organisieren. Häufig ist dies in Notsituationen schnell zu veranlassen,

gegebenenfalls ist eine Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich. Ein Betreuer kann mittels Aufenthaltsbestimmungsrecht oder Umgangsbestimmungsrecht die Maßnahmen auch

gegenüber Dritten durchsetzen, die sich zum Beispiel weigern, den pflegebedürftigen Menschen gehen zu lassen.

Rechtlich betreute Menschen können sich jederzeit an das Betreuungsgericht wenden, wenn sie sich durch das Handeln des Betreuers schlecht vertreten fühlen.

Ein Umzug in ein Pflegeheim gegen den Willen der pflegebedürftigen Person ist nicht zulässig. Will der Betroffene in der Wohnung bleiben und gibt es die Möglichkeit, eine ambulante Pflege zu organisieren, wäre mithilfe von Polizei und Gericht der Verweis der Gewalt ausübenden Person aus der Wohnung zu organisieren. Nur im Ausnahmefall,

wenn eine erhebliche Lebens- oder Leibesegefahr akut vorliegt, darf ein Betreuer mit der Genehmigung des Betreuungsgerichts eine Unterbringung gegen den Willen in einer geschlossenen Einrichtung veranlassen.

Zur Autorin

Prof. Dr. Dagmar Brosey ist Professorin für Zivilrecht mit Schwerpunkt Familien- und Jugendrecht und Direktorin des Instituts für Soziales Recht (ISR) der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften an der Technischen Hochschule Köln. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen rechtliche Betreuung und Gewalt in der Pflege.



Die Rolle von Medikamenten als freiheitsentziehende Maßnahme

Uwe Brucker

In die Statistik der betreuungsgerichtlich genehmigten freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) ist Bewegung gekommen. Die Zahl der 2015 bundesweit durch die Betreuungsgerichte neu genehmigten (unterbringungsähnlichen) Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB ist mit 59.945 Genehmigungen zwar noch hoch, im Vergleich zu den Vorjahren jedoch deutlich rückläufig. So sind die bei Gericht beantragten Maßnahmen

von 106.021 im Jahr 2010 auf 66.489 im Jahr 2015 um mehr als ein Drittel (37,3 Prozent) zurückgegangen. Die Gerichte werden auch kritischer im Hinblick auf die Genehmigungspraxis: die Ablehnungsquote lag 2010 bei 7,45 Prozent und 2015 bei 9,84 Prozent. Vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland rund 857.000 Plätze in Pflegeheimen gibt, lag 2015 bei 59.945 gerichtlich genehmigten Anträgen eine Inzidenz von sieben Prozent vor. Diese Zahlen korrespondieren mit der im 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS (2014) berichteten rückläufigen Tendenz bei freiheitsentziehenden Maßnahmen: Lag die Prävalenz 2012 noch bei 20 Prozent, so ist sie im Bericht von 2014 auf 12,5 Prozent gesunken. Die Statistik des Bundesamts für Justiz weist von 2010 bis 2015 einen Rückgang der richterlichen Genehmigungen um rund 38,9 Prozent aus, was auf die zahlreichen Initiativen (redufix, Werdenfelser Weg, PEA e.V. u. a.) zur Vermeidung von freiheitsentziehenden

Maßnahmen zurückgeführt wird. Bei der Art der Fixierung überwiegen nach wie vor die hochgestellten Bettseilenteile (Bettgitter), gefolgt von Steckbrettern an Rollstühlen und Gurtfixierungen.

Es kann von einer hohen Dunkelziffer von Pflegebedürftigen ausgegangen werden, die medikamentös ihrer Bewegungsfreiheit beraubt werden.

Allerdings: Ruhigstellungen von Heimbewohnern mittels Medikamenten werden in der Regel den Betreuungsgerichten nicht zur Genehmigung vorgelegt. Es kann von

einer hohen Dunkelziffer von Pflegebedürftigen ausgegangen werden, die medikamentös ihrer Bewegungsfreiheit beraubt und vielfach ohne ärztliche Aufklärung über die Wirkungen der Medikamente Opfer von verordneter und verabreichter Körperverletzung werden.

Genehmigungspflichtige Medikamente nach § 1906 Abs. 4 BGB

Die Gabe eines Medikaments kann freiheitsentziehende Wirkung haben und damit der betreuungsgerichtlichen Genehmigungspflicht unterliegen.

Die Voraussetzungen beschreibt das Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen:

1. Die Verabreichung eines Medikaments stellt eine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB dar, wenn

der Betroffene dadurch gezielt in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden soll.

2. Während die mechanische Freiheitsentziehung sich nur auf die materiellen Freiheitsgarantien des Art. 2 Abs. 2 GG allein bezieht, wird die medikamentöse Freiheitsentziehung in doppelter Hinsicht grundrechtsrelevant.

3. Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll. Bei der Behandlung von Symptomen der Ängstlichkeit steht der subjektive Leidensdruck der Betroffenen im Vordergrund, eine Ruhigstellung ist nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene Nebenwirkung.

Problem: Anwendung psychotroper Medikamente

Medikamente, die auf die Psyche wirken, sogenannte psychotrope Medikamente, können Erleben und Verhalten verändern. Hierzu gehören Hypnotika, wie Benzodiazepine, die unter anderem beruhigend, angstlösend, schlaffördernd und muskelentspannend wirken. Psychotrop wirken außerdem Medikamente gegen Depressionen sowie Antipsychotika/Neuroleptika, die hauptsächlich bei Halluzinationen und wahnhaften Störungen eingesetzt werden.

Mit fortschreitender Erkrankung beziehungsweise steigendem Alter werden häufig mehrere verschiedene Wirkstoffe verordnet und verabreicht (Polymedikation). Dies

führt zu einer Zunahme unerwünschter Wechselwirkungen der Wirkstoffe. Besonders gefährdet sind Menschen mit Demenz. In Deutschland hatten 2015 knapp 64 Prozent der Pflegeheimbewohner eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, viele davon leiden an einer Demenz. Aufgrund typischer Symptome wie Unruhe, Störungen des Nachtschlafes und des Tag-Nacht-Rhythmus erhielten sie häufig psychotrope Medikamente, die hiergegen wirken sollen. 66 Prozent dieser Medikamente wurden nachts verabreicht (Landeshauptstadt München, 2013).

Dabei sollten psychotrope Medikamente wie Schlafmittel nur in Situationen angewendet werden, die durch Verhaltensempfehlungen und fachlich begründete Interventionen nicht ausreichend verbessert werden können und die zu einer erheblichen Belastung des Betroffenen und der Pflegenden führen. Denn die Wirkungen beziehungsweise Nebenwirkungen und damit gesundheitliche Risiken können beträchtlich sein: zum Beispiel Benommenheit, Verschlechterung der Kognition, Kreislaufprobleme und Stürze.

Prävalenz

Laut dem jüngsten Qualitätsbericht der Münchener Heimaufsicht bekommen 51 Prozent der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen Psychopharmaka (ebd.).

Richter et al. berichteten 2012 über Versorgungsprävalenzen von psychotropen Medikamenten für Bewohner von deutschen und österreichischen Pflegeheimen. Von 5.336 Heimbewohnern wiesen mehr als die Hälfte kognitive Einschränkungen auf. Das mittlere Alter betrug 85 Jahre, der Frauenanteil lag

bei 80 Prozent. Zwischen 52 und 77 Prozent der Bewohner (je nach Kohorte) erhielten ein Psychopharmakon, zwischen 15 und 30 Prozent ein sedierendes Medikament aus der Gruppe der Benzodiazepine. Antidepressiva wurden zwischen 20 und 37 Prozent der Bewohner verordnet. Neuroleptika erhielten zwischen 28 und 46 Prozent der Bewohner; dabei erhöhten unruhiges Verhalten und eine höhere Pflegestufe die Wahrscheinlichkeit, ein Neuroleptikum verordnet zu bekommen.

Bewohner von Pflegeheimen erhalten auch sogenannte Bedarfspsychopharmaka. In der Frage 10.4. der Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDS und des GKV-Spitzenverbandes (Stand 4.10.2016) heißt es dazu: „Ist eine Bedarfsmedikation angeordnet, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde.“ Vielfach wird die Dosierung dem Bedarf und somit den Pflegenden überlassen. Nach einer Erhebung der Münchner Heimaufsicht sind das nochmals zehn Prozent der Bewohner (Landeshauptstadt München, 2013). In der stationären Altenhilfe werden demnach wenig medizinische, pflegerische und betreuerische Strategien vor der Verabreichung von Psychopharmaka angewendet. Medikamentöse Therapie wird nicht als letzter Schritt angesehen, sondern scheint die überwiegende Vorgehensweise zu sein.

Anwendungsdauer

59 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten das verordnete Antipsychotikum (Neuroleptikum) mindestens ein Jahr, meist wegen

Verhaltensstörungen bei Demenz (De Mauleon & Sourdet, 2014). Die Verordnungsdauer steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Deuschl & Maier et al., 2016). Die mit dem längerfristigen Einsatz von Antipsychotika verbundenen Risiken sind unter anderem motorische Unruhe, Gewichtszunahme, Herzversagen, Schlaganfälle, Verschlechterung der Kognition und Stürze.

Ähnliche Verordnungszeiten beschreibt der Pflegereport 2017 (Jacobs et al., 2017). 49 Prozent der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56 Prozent mit Hypnotika und Sedativa erhielten 2015 diese Medikamente für mindestens ein Jahr. Leitlinien von Fachgesellschaften empfehlen anderes: Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu Angst- und Zwangsstörungen empfiehlt die Anxiolytika nicht länger als acht bis zwölf Wochen für die Behandlung (AKDAE, 2003). Auch die Hypnotika bei Schlafstörungen sollten nur kurzfristig und vorübergehend, circa vier Wochen, genommen werden. Strenger sind die aktuellen Beers-Kriterien der American Geriatrics Society: Sowohl der Einsatz von Benzodiazepinen als auch von sogenannten Z-Substanzen werden als generell ungeeignet bei älteren Menschen eingestuft (American Geriatrics Society, 2015).

Die Dauerverordnungsrate von Antidepressiva bei Pflegebedürftigen liegt laut Pflegereport 2017 bei 56 Prozent (Jacobs et al., 2017). Es wird vermutet, dass die Antidepressiva auch zur Behandlung von Hyperaktivität, zur Schlafinduktion oder zur Verbesserung der Schmerztherapie zum Einsatz kommen.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass in Deutschland alten Menschen – vor allem Demenzkranken – zu viele, zu hoch dosierte und zu lange psychotrope Medikamente gegeben werden. Wirkungen und Nebenwirkungen sind bereits im Vierten Altenbericht der Bundesregierung 2002 beschrieben, zum Beispiel Unruhe, Verwirrtheit, Kreislaufprobleme, Bewusstseinsstrübung, Stürze (BMFSFJ, 2002).

Laut Pflegereport sind diese (Neben-)Wirkungen 54,4 Prozent der befragten Pflegenden weitestgehend bekannt und vielfach zumindest nicht unerwünscht (Jacobs et al., 2017).

Ärztliche Aufklärung und Einwilligung von Pflegebedürftigen

Grundsätzlich gilt: Der Patient beziehungsweise Pflegebedürftige muss rechtzeitig wissen, was medizinisch mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll. Zwischen dem, was der Gesetzgeber von der ärztlichen Aufklärung erwartet und dem, was in der Praxis eines Pflegeheimalltags an Aufklärung über die Behandlung mit Medikamenten stattfindet, bestehen häufig Diskrepanzen.

Jeder ärztliche Heileingriff – dazu zählt auch die medikamentöse Therapie – erfüllt laut BGH den Tatbestand der Körperverletzung (§§ 823 Abs.1 und 2 i. V. m. § 223ff StGB). Die Rechtswidrigkeit des Eingriffs entfällt, wenn der Patient einwilligt. Die Einwilligung bezieht sich auf eine Behandlung *lege artis*,

also auf die gewissenhafte und sorgfältige Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst neuesten Wissensstandes. Der Patient muss in der Lage sein, Wesen, Bedeutung und Tragweite der beabsichtigten ärztlichen Maßnahmen erfassen zu können, also über

die erforderliche Einwilligungsfähigkeit verfügen. Bei einem einwilligungsunfähigen Erwachsenen, der keine Einsichtsfähigkeit in die jeweilige Maßnahme besitzt (zum Beispiel Bewusstlose, psychisch Kranke oder altersbedingt stark

kognitiv beeinträchtigte Patienten), muss die Einwilligung durch einen Betreuer erteilt werden, der vom Betreuungsgericht zu bestellen ist oder von einem wirksam eingesetzten Bevollmächtigten.

Besteht die Gefahr einer längeren oder erheblichen Schädigung des Patienten durch den Eingriff, bedarf der Betreuer oder Bevollmächtigte der Zustimmung zur Einwilligung durch das Betreuungsgericht (§ 1904 BGB). Laut Bundesamt für Justiz sind im Jahr 2015 circa 1.600 Anträge gestellt worden, was angesichts der circa 1,3 Millionen Betreuungsverfahren wenig erscheint.

Klärt der Arzt den Patienten nicht, falsch oder unzureichend auf, kann er gegebenenfalls wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung bestraft werden – auch wenn die Verschlimmerung des Leidens oder gar der Tod des Patienten als schicksalhaft eingestuft werden muss und kein ärztlicher Behandlungsfehler begangen wurde.

Zwischen dem, was der Gesetzgeber von der ärztlichen Aufklärung erwartet und dem, was in der Praxis eines Pflegeheimalltags an Aufklärung über die Behandlung mit Medikamenten stattfindet, bestehen häufig Diskrepanzen.

Schnittstelle Pflege und ärztliche Versorgung

Der Pflegereport 2017 verweist auf die Schnittstellenfunktion von Pflegefachkräften zur ärztlichen Versorgung und damit auch zur medikamentösen Behandlung von herausforderndem oder anderem psychisch auffälligem Verhalten bei gerontopsychiatrisch geprägten Krankheitsbildern (Jacobs et al., 2017).

Bei der Befragung von 2.323 Pflegekräften zeigte sich, dass vier von fünf Befragten (84 Prozent) nach eigenen Angaben auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka hinwirken. Die Angabe „selten/nie“ kam von 15,9 Prozent der Befragten. „Überraschend ist dabei, in welchem Umfang die Befragten angaben, dass sie selbst eine Verordnung von Psychopharmaka veranlassen. 57 Prozent der Pflegefachkräfte wirken „gelegentlich“ auf eine Verordnung hin und jede Vierte (27 Prozent) tut dies „regelmäßig“. Inwiefern hier die Indikationsstellung als ärztliche Vorbehaltsaufgabe tangiert ist, bedürfte genauerer Analyse. Jedenfalls der formale Verweis seitens auf Psychopharmakagaben angesprochener Pflegefachkräfte auf die Verantwortung des Arztes, der schon wisse, was ärztlich zu verordnen sei, erscheint vor diesem Hintergrund als Schutzbehauptung, die der eigenen beruflichen Verantwortung nicht gerecht wird.

Einflussfaktoren: Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals

Aktuelle Prognosen gehen von einem Anstieg demenzieller Erkrankungen bis zum

Jahr 2030 aus, was auch wachsende Anforderungen an die pflegerische Versorgung des Personenkreises bedeutet (RKI, 2015). Die professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine komplexe und anspruchsvolle pflegerische Tätigkeit und erfordert gerontopsychiatrische Kenntnisse. Denn es bedarf eines breiten fachlichen Wissens um die Krankheitsbilder und deren medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieformen. Doch verbindliche Vorgaben an eine gerontopsychiatrische Qualifikation des Pflegepersonals gibt es bislang nicht. Eine normative Vorgabe zur Beschäftigung von Pflegefachkräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung besteht im deutschen Pflegesystem nicht.

Weder die im Rahmen der Föderalismusreform in Länderzuständigkeit gekommenen Nachfolgegesetze des Heimgesetzes noch (Rahmen-)Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern halten hierzu eine Regelung für geboten. Die Entscheidungen des Gesetzgebers gehen in eine andere Richtung: Seit 1.1.2017 haben Pflegebedürftige in Pflegeheimen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (§ 43b SGB XI). Die Regelung löst § 87b SGB XI ab. „Die regelhaft zu erbringenden Leistungen der Betreuung nach §§ 41 bis 43 (bisher soziale Betreuung) bleiben von § 43b unberührt und werden nicht auf die zusätzlichen Betreuungskräfte verlagert“, so die amtliche Begründung des Pflegestärkungsgesetzes II.¹ Es handelt sich bei den ‚zusätzlichen‘ Betreuungskräften um geringfügig qualifizierte Personen², die in aller Regel keine Flankierung durch eine geron-

1 SGB XI PflegeVG Handbuch. KKF Verlag Altötting 2017. §43b SGB XI S. 107 f.

2 Orientierungspraktikum von 40 Stunden, 160 Stunden Qualifikation, zwei Wochen Praktikum.

topsychoiatrische Fachpflegekraft erhalten. Die ‚zusätzlichen‘ Betreuungskräfte in den Dienstplan der Grundpflege zu integrieren, ist zwar ein Beitrag zur Flexibilisierung der Fachkraftquote, doch wenn zum Beispiel die Essensgabe durch die Betreuungsassistenten von der Einrichtung zur „therapeutischen Nahrungsaufnahme“ umetikettiert wird, konterkariert das den Willen des Gesetzgebers, wie diese Betreuungskräfte eingesetzt werden sollen. „Anstatt die Pflegefachkräfte in den Heimen tatsächlich zu entlasten, wird die Versorgung auf immer mehr pflegerische Laien übertragen“³.

Für eine gelingende Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind neben der fachlichen Qualifikation auch eine wertschätzende und verstehende Grundhaltung sowie eine Reihe von organisatorischen Rahmenbedingungen erforderlich. Als förderliche Faktoren gelten kleine Betreuungsgruppen, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Öffnung zu Gemeinschaftsräumen, die Schaffung einer Atmosphäre, die ein Sorge- und Geborgenheitsgefühl entstehen lässt und die Sicherstellung eines stimmigen personellen Umfelds (Bezugspflege, Kontinuität). Als hinderliche Elemente gelten unvorhergesehene Neuigkeiten, Überraschungen, Fremde und wechselndes Personal (Bartholomeyczik & Halek, 2017).

Das Lehrbuchwissen, dass gerade Menschen mit Demenz personelle Kontinuität brauchen, steht im Widerspruch zu dem gravierenden Anstieg geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege. Ein profes-

sioneller Zugang zu Demenzkranken besteht aus fachlich reflektierter Kommunikation und Beziehungsarbeit, die das Aufspüren der Bedürfnisse und Motivationslagen dieser Menschen fokussieren. Diese Anforderungen sind nicht nur anspruchsvoll, sondern auch zeitintensiv. Die vielfach in der Pflege vorherrschenden Arbeitsbedingungen assoziieren jedoch mit erheblichem Zeitdruck und Stress beim Personal. Dies kann sich auch auf die Stimmungslage der Bewohner übertragen. Die Folgen werden dann als Unruhe, herausforderndes, agitiertes, nicht selten auch aggressives Verhalten beim Bewohner beschrieben, mit dem das Personal umgehen muss. Lösungsmöglichkeiten, diese belastende Arbeitssituation beherrschbar gestalten zu können, scheinen in der Ruhigstellung von Bewohnern gefunden zu werden: in der Verabreichung psychotroper Medikamente und in der Anwendung von körpernahen Fixierungen.

Folgender Schluss drängt sich auf: Es sind zwar keine intendierten, aber hingenommene, notwendige Folgen der politischen Ökonomie der Altenpflege. Die damit nicht nur in Kauf genommene, sondern nicht selten auch zielgerichtet herbeigeführte Freiheitsberaubung in Verbindung mit der Körperverletzung von alten und pflegebedürftigen Heimbewohnern stellen ganz und gar keinen Gegensatz zu der ansonsten pro sozial besetzten Pflege alter Menschen dar, sondern werden zum unvermeidlichen Kollateralschaden in einem nicht mehr hinterfragbaren Geschäftsmodell Altenpflege.

3 Johanna Knüppel vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe; In: Die Welt, 31.5.2015.

Literatur

AKDAE (2003). Angst- und Zwangsstörungen. Arzneiverordnungen in der Praxis. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Angst.pdf [Abruf 05.07.2017]

American Geriatrics Society (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 63(11), 2227-2246.

Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2017): Pflege von Menschen mit Demenz. In Jakobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflegereport 2017*. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 51-62.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002). *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*.

De Mauleon, A., Sourdet, S. et al. (2014). Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: Results from the Right Time Place Care study. *J Am Med Dir Assoc*, 15(11), 812-8.

Deuschl G., Maier W et al. S3-Leitlinie Demenzen. 2016. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. www.dgn.org/leitlinien. [Abruf 05.07.2017]

Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2017). *Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer Verlag.

Landeshauptstadt München (2013). *Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht 2011/12*. S. 30ff.

MDS (2014). 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Absatz 6 SGB XI. S. 34f.

MDS & GKV (Hrsg.) (2016). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – Stationäre Pflege*.

Richter, T., Mann, E., Meyer, G., Haastert, B., & Köpke, S. (2012). Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc*, 13(2), 187-e7.

RKI (2015). *Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. S. 442 ff.

Zum Autor

Uwe Brucker ist Senior Berater im Fachteam Pflege beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und Vertreter des MDS als Mitkoordinator im Projekt MILCEA (Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse).



Ausblick: Aktuelle Studien des ZQP

ZQP-STUDIE

Gewalt gegen Pflegebedürftige – Prävention durch Hausärzte

Hintergrund: Bisher ist wenig darüber bekannt, wie gut Hausärzte in der Lage sind zu erkennen, ob Gewalt gegen ihre pflegebedürftigen Patienten ausgeübt wird und welche Einstellungen sie zu ihrer Rolle beziehungsweise Verantwortlichkeit hierbei haben.

Ziel: Erstmals werden quantitative Daten zu Wissen und Einstellungen von Hausärzten im deutschsprachigen Raum in Bezug auf Gewalt gegen pflegebedürftige Patienten erhoben. Mithilfe der Ergebnisse sollen Maßnahmen konzipiert werden, die auch spezifisch auf

verschiedene Zielgruppen, zum Beispiel deutsche Internisten und österreichische Allgemeinmediziner, zugeschnitten werden können.

Die Studie kann auch international dazu beitragen, den Wissensstand zu erhöhen und damit die Situation pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Die Ergebnisse werden Anfang 2018 veröffentlicht.

Partner: Medizinische Universität Wien und Kassenärztliche Bundesvereinigung

FORSCHUNGSPROJEKT VON DHPOL UND ZQP

Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung

Hintergrund: Im Zusammenhang mit Gewalt und Aggression in der Pflege steht in der Regel das Verhalten von Pflegenden – also Angehörigen und Mitarbeitern ambulanter Dienste oder stationärer Einrichtungen – gegenüber Pflegebedürftigen im Vordergrund. Zudem wird in Forschung und Praxis auch Gewalt von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegenden thematisiert. Erst seit wenigen Jahren wird Aggression unter Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen als Problemfeld wahrgenommen.

Ziel: Es wird eine bisher einmalige Analyse des Phänomens Gewalt und Aggression unter Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland und seiner Bedeutung in

der pflegerischen Arbeit durchgeführt. Dazu werden unter anderem die Erfahrungen von Pflegekräften und die Sicht von Bewohnern untersucht.

Auf Grundlage der Studie wird ein Schulungskonzept für die Aus- und Fortbildung in der Pflege entwickelt und zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden Anfang 2019 veröffentlicht.

Partner: Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol)

Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Service

In dieser Rubrik sind grundlegende Informationen zusammengefasst und Praxishinweise zur Gewaltprävention in der Pflege dargestellt. Ergänzt wird der Serviceteil durch Informationen über Hilfsangebote und Adressen von Einrichtungen, die – auch im Notfall – beraten und unterstützen.

Zusammengefasst: Informationen und praktische Hinweise

Grundlegendes



Was ist Gewalt in der Pflege?

- Unmittelbare körperliche Gewalt: Schlagen, Schütteln, Festhalten, mechanische Fixierung
- Psychische Gewalt: Schreien, Drohen, Ignorieren, Beleidigen
- Medikamentenmissbrauch: nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe
- Vernachlässigung: Unterlassen von notwendigen Hilfen, mangelnde Nahrungs- oder Flüssigkeitsversorgung
- Finanzielle Ausbeutung: unbefugte Verfügung über Vermögen, Nötigung zu Geschenken
- Sexueller Missbrauch: Missachtung der Intimsphäre, nicht einvernehmliche Intimkontakte



Wie kann Gewalt gegen Pflegebedürftige konkret aussehen?

Beispiele

- Abfällige Bemerkungen machen, schimpfen
- Über den Kopf hinweg sprechen
- Radio oder Fernseher ungefragt ein- oder ausschalten
- Hilfsmittel wie Klingel, Brille, Prothese, Gehstock wegnehmen
- Bevormunden, z. B. Schlafenszeiten festlegen, zum Aufstehen oder Essen zwingen
- Lange auf Hilfe warten lassen
- Zu fest anfassen, rütteln, schubsen



Welche Ursachen kann Gewalt in der Pflege haben?

Bei Pflegenden – Beispiele

- Mangelndes Wissen und Kompetenz, um das Verhalten des Pflegebedürftigen richtig einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren
- Konflikte in der Partnerschaft, der Familie, im Pflorgeteam
- Ständiger Druck, Überlastung, Überforderung
- Suchterkrankung
- Finanzielle Probleme
- Hohes Aggressionspotenzial
- Beengte Wohnverhältnisse

Bei Pflegebedürftigen – Beispiele

- Gefühle der Hilflosigkeit und Fremdbestimmung, Angst oder Verzweiflung
- Krankheitsbedingte Veränderungen im Gehirn, z. B. bei einer Demenz



Was sind Anzeichen für Gewalt?

Anzeichen für Gewalt sind nicht immer eindeutig. Manche Symptome können Folge einer Erkrankung oder eines Sturzes sein. In jedem Fall aber sollten die Ursachen geklärt und eine ärztliche Untersuchung veranlasst werden, zum Beispiel wenn...

- Hautabschürfungen, Platzwunden, blauen Flecken, Abdrücke an Hand- und Fußgelenken oder Verletzungen im Intimbereich auftreten.
- der Pflegebedürftige schlecht ernährt ist.
- der Pflegebedürftige scheu, demütig, verängstigt, schreckhaft, teilnahmslos oder aggressiv wirkt.
- der Pflegebedürftige in unterschiedlichen Einrichtungen behandelt wird, um häufige Verletzungen zu verheimlichen.
- zwischen Verletzungszeit und Behandlung unverhältnismäßig lange Zeit vergeht.
- Geld oder Wertgegenstände verschwinden.
- der Pflegendе gleichgültig, übermäßig angespannt oder überfürsorglich wirkt, Nachfragen Abwehr auslösen oder Erklärungen widersprüchlich sind.

Praktische Hinweise



Was ist zu tun, wenn eine problematische Pflegesituation in einer Familie beobachtet wird?

- In Pflegesituationen mit hohem Aggressionspotenzial und Gewaltrisiko sollte Pflegebedürftigen und Pflegenden Beratung angeboten werden, wie sie entlastet und bei der Pflege unterstützt werden können.
- Die Hilfe sollte immer wieder angeboten werden, auch wenn diese zunächst abgelehnt wird.



Was ist zu tun, wenn professionell Pflegende sich problematisch verhalten?

- Die Haus- oder Dienstleitung muss über das Fehlverhalten informiert werden.
- Dauern die Probleme dennoch an, sollte eine der folgenden Stellen informiert werden: Pflegekasse/private Pflegeversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Heimaufsicht oder auch kommunale Beschwerdestellen.



Wann sollte die Polizei verständigt werden?

Wenn es sich um schwerwiegende oder wiederkehrende Fälle von Gewalt handelt, ist die Polizei zu informieren, zum Beispiel bei...

- körperlichen Verletzungen wie Quetschungen, Biss-, Kratz- oder Schnittwunden.
- Vernachlässigung, zum Beispiel Unterernährung, hygienische Verwahrlosung.
- eingeschüchtertem und verängstigtem Verhalten des Pflegebedürftigen.
- wiederkehrend problematischem Verhalten des Pflegenden trotz professioneller Beratung und vorgeschlagener bzw. veranlasster Entlastungsangebote.
- Hinweisen auf Medikamentenmissbrauch, der auch nach Rücksprache mit den Verantwortlichen nicht eingestellt wird.



Welche Verantwortung haben professionell Pflegende, wenn sie Gewalt beobachten?

Professionell Pflegende sind verpflichtet, Gegenmaßnahmen zu ergreifen, wenn sie Vernachlässigung und andere Formen von Gewalt gegen Pflegebedürftige wahrnehmen (Garantenpflicht).

- Die Haus- oder Pflegedienstleitung muss informiert werden; diese müssen unverzüglich wirksame Maßnahmen zum Schutz des Pflegebedürftigen einleiten.
- Bei rechtlicher Betreuung müssen der Betreuer, die Betreuungsbehörde oder das Betreuungsgericht informiert werden.
- Bei akuter Gefahr sind Pflegebedürftige zu schützen, ohne sich selbst in Gefahr zu bringen; falls möglich, sollte Hilfe geholt werden, zum Beispiel Kollegen oder Nachbarn – im Notfall auch die Polizei.
- Beobachtungen und Gewaltfolgen müssen dokumentiert werden, unter anderem um juristische Schritte gegen die verursachende Person einleiten zu können; Vordrucke für eine gerichtsverwertbare Dokumentation stehen auf www.befund-gewalt.de zur Verfügung.



Welche besondere Verantwortung haben Führungskräfte in der Pflege?

Führungskräfte in der Pflege müssen dafür sorgen, dass Pflegebedürftige vor Gefahren für Körper und Seele geschützt werden.

- Über Aggression und Gewalt sollte offen, sachlich und lösungsorientiert gesprochen und so eine unterstützende Fehlerkultur in der Organisation geschaffen werden.
- Alle Hinweise auf problematische Vorkommnisse sind ernst zu nehmen.
- Bei akuter Gefahr ist der Betroffene unverzüglich zu schützen.
- Der Pflegebedürftige sowie dessen Angehörige sollten unbedingt einbezogen werden, um abzustimmen, wie nach einem problematischen Vorfall vorgegangen werden soll.
- Die Handlungssicherheit der Mitarbeiter sollte gestärkt werden. Dabei helfen zum Beispiel einrichtungsinterne Richtlinien für den Umgang mit problematischen Situationen sowie regelmäßige Fortbildungen, wie Trainings zur Deeskalation oder Kommunikation.

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)



Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?

Wenn eine Person gegen ihren Willen durch Gegenstände oder Medikamente in ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und dies nicht ohne fremde Hilfe überwunden werden kann, handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (FEM). Dazu gehören:

- Mechanische Fixierungen, z. B. Bettgitter, Gurte, Stecktische
- Einsperren, z. B. durch komplizierte Schließmechanismen an Türen
- Sedierende Medikamente, z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel
- Auch: Wegnahme von notwendigen Hilfsmitteln, z. B. Schuhe, Brille, Rollator



Warum sollten freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden?

FEM sind eine besondere Form der Gewalt. Sie können schwerwiegende psychische und physische Folgen haben:

- Häufig werden FEM damit begründet, Stürze und Verletzungen vermeiden zu wollen. Jedoch können sie dies noch begünstigen, da Bewegungsfähigkeit und Muskelkraft nachlassen.
- FEM werden auch bei Menschen mit Demenz eingesetzt, um Unruhe und Umherirren zu reduzieren. Wenn jedoch die Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird, kann das erhöhte Unruhe und Aggressivität bewirken.



Was ist bei freiheitsentziehenden Maßnahmen rechtlich zu beachten?

- FEM dürfen nur eingesetzt werden, wenn die betreffende Person schriftlich zustimmt oder um Lebensgefahr sowie erhebliche Gesundheitsschädigungen abzuwenden.
- Bei Personen, die nicht einwilligungsfähig sind, ist die Zustimmung des gesetzlichen Betreuers erforderlich, der dafür eine richterliche Genehmigung einholen muss.
- Für die Genehmigung ist ein ärztliches Attest erforderlich. Dazu gehören Informationen über den Gesundheitszustand der Person und darüber, warum, in welcher Weise und wie lange die FEM voraussichtlich angewendet werden sollen und ob Alternativen bereits versucht wurden oder fehlen.
- Bei jeder FEM muss der Pflegebedürftige zu seinem Schutz kontinuierlich beobachtet werden.
- Die Anwendung und Beobachtung muss sorgfältig und nachvollziehbar dokumentiert werden.
- Werden unterschiedliche Maßnahmen angewendet, ist jeweils eine gesonderte gerichtliche Genehmigung erforderlich.



Wie lassen sich freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden?

- Alternativen zu FEM werden in Schulungen und Fortbildungen vermittelt. Maßgebliche Orientierung für Pflegefachkräfte bieten auch die Leitlinie „Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“ (vgl. Seite 59) und die „Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“ der Landeshauptstadt München (Link: goo.gl/MKismi).
- Beim „Werdenfelser Weg“ wird ein pflegefachlich geschulter Verfahrenspfleger in das gerichtliche Genehmigungsverfahren einbezogen und nach Alternativen zu FEM gesucht (vgl. Seite 61).

Hilfsangebote

Überlastung erkennen und Entlastungsangebote nutzen

Um problematische, ungesunde Pflegesituation zu vermeiden, ist es für Pflegende wichtig, Anzeichen von Überlastung zu erkennen und Entlastungsangebote rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

Pflegende zögern oft zu lange, bevor sie Hilfe annehmen – mit negativen Folgen: Viele leiden an gesundheitlichen Problemen, zum Beispiel schmerzhaften Muskelverspannungen und Schlafstörungen. Nicht selten führt ständige Überlastung wiederum zu ungeduldigem bis hin zu aggressivem Verhalten. Ein Teufelskreis entsteht.

Um die Pflege gut zu bewältigen und problematischen Pflegesituationen vorzubeugen, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten für pflegende Angehörige und professionell

Pflegende, mit denen Belastung und Entlastung in ein gesundes Verhältnis gebracht werden können. Sie sollten zuerst vor allem eigene Grenzen und Bedürfnisse identifizieren und beachten.

Pflegende Angehörige können zum Beispiel gezielte Auszeiten von der Pflege nehmen und eigenen Interessen nachgehen. Solche Auszeiten werden stunden-, tage- oder wochenweise von der Pflegeversicherung getragen. Zur Organisation der Pflege gibt es einen Anspruch auf kostenlose professionelle Beratung. Die Pflegeberatung kann ganz entscheidend dazu beitragen, dass die Pflegesituation für alle Beteiligten gut gestaltet wird.

Professionell Pflegende sollten das Gespräch mit Kollegen und Vorgesetzten suchen, um einen Weg aus der Überforderung oder Überlastung zu finden.

Warnsignale für Überlastung:

- Energiemangel, ständige Müdigkeit
- Nervosität, innere Unruhe
- Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- Gereiztheit, Aggressivität
- Schuldgefühle oder -zuweisungen
- Allgemeine Angstgefühle
- Gefühl, wertlos zu sein
- Schlafstörungen
- Magen-Darm-Beschwerden
- Kopf- oder Rückenschmerzen
- Herzrasen

Hilfe gibt es unter anderem bei...

Beratungsstellen. Sie bieten kostenlose Beratung zur Pflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an. Sie helfen auch in problematischen Pflegesituationen. Kontaktdaten sind online zu finden unter www.zqp.de/beratungsdatenbank.

Nottelefonen. Die Experten haben viel Erfahrung mit konfliktreichen Situationen, hören genau zu und unterstützen im akuten Notfall. Einige Telefonnummern sind auf den Seiten 85–86 gelistet.

Ärzten. Sie können Verletzungen behandeln und beraten, wie es weitergehen könnte, zum Beispiel ob Anzeige bei der Polizei erstattet werden sollte. Ärzte unterliegen der Schweigepflicht.



Ausgewählte Hilfetelefone bei Gewalt in der Pflege

- in alphabetischer Reihenfolge -

Weitere Hilfetelefone sind auf www.pflege-gewalt.de sowie in der Datenbank zur Beratung in der Pflege www.zqp.de/beratungsdatenbank zu finden.

Beratungs- und Hilfetelefon der Stadt Stuttgart zur häuslichen Pflege

Telefon: 0711/21 69 98 80

Erreichbarkeit: Mo, Mi und Fr 9–12 Uhr, Do 16–17 Uhr

www.stuttgart.de/item/show/535186/1/dept/159373

Beschwerdetelefon Pflege Hamburg

Telefon: 040/28 05 38 22

Erreichbarkeit: Mo, Di und Fr von 9–12 Uhr, Do 14–17 Uhr

E-Mail: beschwerdetelefon-pflege@hamburg-mitte.hamburg.de

www.hamburg.de/beschwerdetelefon-pflege

Handeln statt Misshandeln (HsM) Frankfurter Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.

Telefon: 069/20 28 25 30

Erreichbarkeit: Mo–Fr 10–12 Uhr

E-Mail: info@hsm-siegen.de

www.hsm-frankfurt.de

Handeln statt Misshandeln (HsM) Siegener Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.

Telefon: 0271/66 09 78 7

Erreichbarkeit: Mo und Do 9–12 Uhr

E-Mail: hsm-siegen@arcor.de

www.hsm-siegen.de

Help-Line für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen

Telefon: 0421/79 48 49 8

Erreichbarkeit: Mo – Fr 14–17 Uhr

E-Mail: helpline@sozialag.de

www.helpline-bremen.de

Notruftelefon für Fälle von Gewalt in der Pflege (Essen)

Telefon: 0201/88 500 88

Erreichbarkeit: Mo – Fr 8:30–12:30 Uhr

E-Mail: seniorenreferat@essen.de

www.essen.de/leben/seniorinnen_und_senioren/lebenslage_senioren_1.de.html

Pflege in Not Berlin

Telefon: 030/69 59 89 89

Erreichbarkeit: Mo, Mi und Fr 10–12 Uhr, Di 14–16 Uhr

E-Mail: pflege-in-not@diakonie-stadtmitte.de

www.pflege-in-not.de

Pflege in Not Brandenburg (PiN)

Telefon: 0180/26 55 56 6 *

Erreichbarkeit: Mo und Fr 9–12 Uhr, Mi 14–18 Uhr

E-Mail: pin@dwpotsdam.de

www.pflege-in-not-brandenburg.jimdo.com

Pflege-Notruftelefon des Sozialverbandes Niedersachsen e.V.

Telefon: 0180/20 00 87 2 *

Erreichbarkeit: Mo – Fr 9–13 Uhr

www.sovd-nds.de/pflegenotruf.0.html

PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein

Telefon: 01802/49 48 47 *

Erreichbarkeit: täglich 24 Stunden

E-Mail: post@pflege-not-telefon.de

www.pflege-not-telefon.de

Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums

Telefon: 030/20 17 91 31

Erreichbarkeit: Mo – Do 9–18 Uhr

E-Mail: info@wege-zur-pflege.de

www.wege-zur-pflege.de

* ggf. zusätzliche Gebühren

Weitere kostenlose Produkte des ZQP

ZQP-Reporte

Junge Pflegende

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

ZQP-Ratgeber

Umgang mit Scham – Praxistipps für pflegende Angehörige

Gute Pflege erkennen – Professionelle Pflege zu Hause

Essen und Trinken – Praxishinweise für den Pflegealltag

Demenz – Impulse und Ideen für pflegende Partner

Natürliche Heilmittel und Anwendungen für pflegebedürftige Menschen

Hautreinigung und -pflege – Praxishinweise für den Pflegealltag

Mundgesundheit – Praxishinweise für den Pflegealltag

Die kostenlosen Reporte und Ratgeber können Sie per E-Mail an bestellung@zqp.de bestellen oder als PDF-Datei unter www.zqp.de herunterladen.



ZQP-Online-Produkte

Beratung zur Pflege

Datenbank mit Kontaktinformationen von über 4.500 nicht kommerziellen

Beratungsangeboten im Kontext Pflege in Deutschland

www.zqp.de/beratungsdatenbank



Gewaltprävention in der Pflege

Onlineportal mit zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationen zum Thema

Gewalt in der Pflege, zu konkreten Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie

aktuell erreichbare Notrufnummern für akute Krisensituationen in der Pflege

www.pflege-gewalt.de



