



## Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL)

Projektbericht

Februar 2023

Zentrum für Qualität in der Pflege

Dr. Simon Eggert

Dr. Mathias Haeger

Katharina Lux

Dr. Christian Teubner

Daniela Vähjunker

Pauline Wagner

Deutsche Hochschule der Polizei

Prof. Dr. Thomas Görgen

Chantal Höhn

Natalie Köpsel

Sascha Mousawi

Zitiervorschlag:

Eggert, S., Haeger, M., Teubner, C., Wagner, P., Köpsel, N., Höhn, C., ... Görgen, T. (2023). Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL). Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege; Deutsche Hochschule der Polizei.

Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iii
Tabellenverzeichnis .....	iv
Projektbeirat.....	v
Einleitung.....	1
Hintergrund .....	1
Zielstellung/Forschungsfragen .....	4
Teilprojekte .....	5
P1 Systematische Literaturrecherchen .....	5
Methode.....	5
Ergebnisse.....	7
Zusammenfassung und Diskussion.....	14
P2 Hellfeldanalyse auf Basis staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu Sexualdelikten .....	19
Methode.....	19
Ergebnisse.....	21
Zusammenfassung und Diskussion.....	41
P3 Qualitative Interviewstudie in Einrichtungen.....	44
Methode .....	44
Ergebnisse.....	45
Zusammenfassung und Diskussion.....	54
P4 Qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten.....	57
Methode.....	57
Ergebnis .....	58
Zusammenfassung und Diskussion.....	65
P5 Quantitative Interviews mit Führungskräften der stationären Langzeitpflege .....	68
Methode.....	68
Ergebnisse.....	68
Zusammenfassung und Diskussion.....	76
P6 Entwicklung und Erprobung der Arbeitsmaterialien für die professionelle Pflege.....	79
Ziele, Zielgruppen und Einsatzbereiche .....	79
Aufbau und Inhalte.....	80
Externe Qualitätssicherung .....	81
Aktueller Stand und Ausblick.....	82

Zusammenfassung von Literaturarbeiten und empirischen Arbeiten .....	83
Ausblick .....	88
Literatur .....	90

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Flowchart zum Scoping Review .....	7
<b>Abbildung 2</b> Tathandlungen bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (in % der Geschädigten, 121 Handlungen gegenüber 47 Personen) .....	26
<b>Abbildung 3</b> Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (79 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 47 Geschädigten).....	27
<b>Abbildung 4</b> Verfahrensausgang bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern .....	29
<b>Abbildung 5</b> Tathandlungen bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern (in % der Geschädigten, 80 Tathandlungen in 28 Tatvorkommnissen an 24 Personen) .....	32
<b>Abbildung 6</b> Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern (30 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 24 Geschädigten).....	34
<b>Abbildung 7</b> Verfahrensausgänge bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern .....	34
<b>Abbildung 8</b> Tathandlungen bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (horizontale Achse: Zahl der Geschädigten, 18 Tathandlungen an 14 Personen) .....	37
<b>Abbildung 9</b> Art der Straftaten gemäß den Strafanzeigen bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (15 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 14 Geschädigten).....	38
<b>Abbildung 10</b> Verfahrensausgänge bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern .....	39
<b>Abbildung 11</b> Erinnerung an mindestens einen Vorfall von Gewalt bzw. sex. Gewalt in der Einrichtung gegen Bewohnerinnen oder Bewohner innerhalb der letzten zwölf Monate, unterteilt nach Gewaltkonstellationen (n = 1.002) .....	70
<b>Abbildung 12</b> Herausforderungen durch das Thema „Aggressives oder gewaltsames Verhalten gegen Bewohnerinnen und Bewohner“ (n = 1.002) .....	70
<b>Abbildung 13</b> Regelmäßige Probleme in der Einrichtung, Personal zu finden, das den Ansprüchen der Einrichtung genügt (n = 1.002) .....	71
<b>Abbildung 14</b> Regelmäßige Probleme bei der Suche nach Personal, das den Ansprüchen der Einrichtung genügt, und Auftreten von Gewalt (n = 1.000).....	72
<b>Abbildung 15</b> Wird das Thema „Prävention sex. Gewalt“ bei der Qualifizierung von Pflegehilfskräften bzw. in der Pflegeausbildung ausreichend vermittelt? (n = 1.002).....	73
<b>Abbildung 16</b> Wahrgenommene Kompetenz der examinierten Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ (n = 1.002).....	74
<b>Abbildung 17</b> Maßnahmen zur Prävention bzw. zum Umgang mit sex. Gewalt (n = 1.002) .....	75

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Übersicht zu in der Literatur aufgeführten Hands-on- und Hands-off-Delikten sex. Gewalt .	8
<b>Tabelle 2</b> Tatverdächtigen-Opfer-Konstellationen bei Viktimisierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern .....	23
<b>Tabelle 3</b> Darstellung von zentralen Kodierungen.....	58

## Projektbeirat

Das Projekt „Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL)“ wurde durch einen Beirat beratend begleitet, in dem, neben Vertreterinnen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, auch Expertinnen und Experten zum Thema „Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege“ vertreten waren: Akteurinnen und Akteure aus dem Versorgungsumfeld der stationären Pflege, aus der Forschung, aus der Gerichtsmedizin, aus dem Bereich der Aus- und Fortbildung sowie aus der Selbsthilfe und spezialisierten Beratungsstellen. Der Projektbeirat setzte sich (in alphabetischer Reihenfolge) aus folgenden Mitgliedern zusammen:

- Prof. Dr. Andrea Berzlanovich (Medizinische Universität Wien, Forensische Gerontologie & Gerichtsmedizin)
- Prof. Dr. Beate Blättner † (Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit)
- Anke Buhl (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste Schleswig-Holstein)
- Siegfried Huhn (Pflegerberatung und Bildung)
- Dr. Andrea Kimmel (Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes)
- Tobias Lechner (Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat, FQA/Heimaufsicht)
- Katrin Markus (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen)
- Birgit Pätzmann-Sietas (Deutscher Pflegerat)
- Dr. Matthias Rau (Bundeskriminalamt, Forschungs- und Beratungsstelle Polizeiliche Kriminalstatistik)
- Melanie Rosendahl (Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe – Frauen gegen Gewalt e. V.)
- Maren Tepper / Dr. Andrea Bernateck (i. V.) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- Dr. Werner Tschan (Experte für sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen)

Im Projektverlauf fanden zwei Projektbeiratstreffen im Online-Format statt: das erste in der Startphase des Projektes zur Abstimmung der geplanten Projektschritte und das zweite in der Schlussphase zur Vorstellung und Diskussion der Projektergebnisse, insbesondere in Bezug auf das entwickelte Arbeitsmaterial. Außerdem wurde im Verlauf des Projekts mit ausgewählten Beiratsmitgliedern mit besonderen Schulungserfahrungen eine „Workshoprunde“ zur Materialentwicklung durchgeführt.

† Unsere sehr vermisste Kollegin Frau Prof. Dr. Beate Blättner ist während des Projekts verstorben. Sie war unter anderem eine der angesehensten Expertinnen zu dem Thema „Gewalt in der Pflege“ in Deutschland und hat grundlegende Arbeiten in dem Themenfeld geleistet. Wir danken ihr für diese Beiträge, auf denen auch dieses Projekt aufbauen durfte, und natürlich auch für ihre Mitarbeit an diesem Projekt.

## Einleitung

### Hintergrund

Gewalt in der Pflege ist ein gesamtgesellschaftlich hoch relevantes Thema mit besonderer Bedeutung für das Gesundheitswesen in Deutschland. Sowohl alle an der Pflege beteiligten Personen (Zeh et al., 2009) als auch andere Akteurinnen und Akteure in der gesundheitlichen Versorgung können direkt oder indirekt von Gewalt betroffen sein sowie zur Detektion von Gewaltvorfällen beitragen (Moser et al., 2022). Vor allem für derzeit ungefähr fünf Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2022) ist die Bedeutsamkeit gewaltfreier Pflege erheblich, denn Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen kann deren Lebensqualität erheblich reduzieren und stellt für sie ein Gesundheitsrisiko dar (Blättner & Grewe, 2017).

Gewalt gegen pflegebedürftige Personen im Sinne des SGB XI kommt hierzulande in allen Settings der Langzeitpflege nicht nur ausnahmsweise vor (Eggert et al., 2018; Görgen, 2010; Görgen et al., 2020). Entsprechende Vorfälle zu verhindern bzw. bei auftretenden Fällen erfolgreich zu intervenieren, ist daher ein Präventionsthema von erheblicher Bedeutung, das nicht zuletzt entschlossenes politisches Engagement verlangt (Eggert & Suhr, 2022).

Typischerweise wird unterschieden zwischen psychischen und physischen Gewaltformen, sexueller bzw. sexualisierter Gewalt, finanzieller Ausbeutung und Vernachlässigung (Lachs & Pillemer, 2015). Auch Freiheitseinschränkungen verschiedener Art werden dazugezählt (Görgen, 2017). Gewalt kann situativ oder situationsübergreifend ausgeübt werden. Neben individuellem Gewaltverhalten kann gerade in Pflegeorganisationen auch strukturelle Gewalt beobachtet werden (Hirsch, 2011).

Wie häufig Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen genau vorkommt, ist schwer zu sagen, da die pflegebedürftigen Personen insbesondere aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation oft nicht direkt zu Gewaltereignissen befragt werden können und sich zudem scheuen, über Gewalterfahrungen durch diejenigen Personen zu sprechen, von denen sie sich abhängig fühlen (Midgley, 2016). Aus diesen Gründen wird häufig auf die Befragung von an der Versorgung beteiligten Personen zu selbst ausgeübter oder beobachteter Gewalt zurückgegriffen, was jedoch das Risiko einer Untererfassung (Skarbek-Kozietulska et al., 2012) bzw. ein Verzerrungsrisiko aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens (Krumpal, 2013) birgt. In einer aktuellen internationalen Metaanalyse zur Gewalt durch „health care workers“ an pflegebedürftigen Menschen wird erneut eine breite Streuung von Prävalenzwerten sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Gewaltformen berichtet (Conti et al., 2022). Eine Analyse der Daten zeigt mit bis zu 28 Prozent die höchste Prävalenz bei verbaler Gewalt und mit 1 bis 2 Prozent die geringste Prävalenz bei sexueller bzw. sexualisierter Gewalt (im Folgenden: sex. Gewalt). Damit knüpft die Studie an frühere Übersichtsarbeiten an (Yon et al., 2019; Yon et al., 2017). Für Deutschland liegen nur wenige Studien in Bezug auf die Häufigkeit von Gewaltverhalten von Pflegepersonal in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege vor, die meist auf Befragungen basieren. Beispielsweise geht aus einer Umfrage unter Pflegepersonal zum Verhalten von Kolleginnen und Kollegen hervor, dass von allen Befragten 62 Prozent verbale oder psychische Gewalt, 35 Prozent körperliche Gewalt und 1 Prozent sex. Gewalt beobachtet haben (Görgen, 2004).

Potenzielle Opfer-Täterinnen/Täter-Konstellationen<sup>1</sup> sind dabei vielfältig. So kann Gewalt innerhalb einer Gruppe von Personen (z. B. zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern) oder zwischen Personen verschiedener Gruppen (z. B. zwischen Pflegefachpersonen und pflegebedürftigen Personen) stattfinden. Diesbezüglich führt eine aktuelle Studie zu den von den Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen beobachteten Gewaltvorkommnissen innerhalb der letzten zwölf Monate auf, dass verschiedene Gewaltkonstellationen von 63,0 Prozent (durch Besucherinnen und Besucher gegen Beschäftigte) bis hin zu 95,1 Prozent (zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern) berichtet wurden (Dorn & Blättner, 2021).

Verhalten, das als Gewalt in der Pflege gilt oder verstanden werden kann, muss nicht mit einer Schädigungsabsicht verbunden sein und auch nicht zwangsläufig ein Delikt im Sinne des Strafrechts darstellen (Görge, 2017; Pillemer et al., 2016). Die Wahrnehmung solcher Handlungen steht in einem normativen kulturellen Kontext und kann sich individuell und rollenabhängig unterscheiden – zum Beispiel in Bezug auf eine als sex. Gewalt wahrgenommene bzw. empfundene Handlung während der Körperpflege zwischen pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen und Pflegefachpersonen (Conti et al., 2022).

In der Literatur besteht keine allgemeingültige Definition für sex. Gewalt im Pflegekontext. Das National Center on Elder Abuse in den USA verweist für die Personengruppe älterer Menschen bspw. auf eine nicht einvernehmliche Art und Weise des Kontaktes und nennt Beispiele wie ungewollte Berührungen, Fotos im entkleideten Zustand oder auch den Zwang zu sexuellen Handlungen (National Center on Elder Abuse [NCEA]). Zudem kann sex. Gewalt in verbale, nonverbale und körperliche Erscheinungsformen unterteilt werden (National Center on Elder Abuse [NCEA]; Vaupel et al., 2021). Daneben gibt es weitere Definitionen, die bspw. beabsichtigte oder unbeabsichtigte Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe unterscheiden (Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn, 2019) oder auch das Spektrum erweitern, indem die Vorbereitung und Geheimhaltung sex. Gewalt hinzugezählt wird (Deutscher Caritasverband, 2021). Unter Berücksichtigung der genannten Studien kann sex. Gewalt im Kontext der stationären Langzeitpflege wie folgt definiert werden:

*Sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt gegen eine pflegebedürftige Person bezeichnet sie betreffende und von ihr (ggf. mutmaßlich) unerwünschte Handlungen oder andere Grenzverletzungen mit sexuellem Bezug. Dies gilt nicht weniger, wenn eine Person ihren Willen nicht äußern kann oder nicht einwilligungsfähig ist. Entsprechende Handlungen können verbal oder nonverbal erfolgen oder mit körperlicher Berührung verbunden sein. Diese Handlungen müssen nicht sexuell motiviert oder mit dem Vorsatz verbunden sein, der betreffenden Person Schaden oder Leid zuzufügen. Zur sexuellen bzw. sexualisierten Gewalt zählt auch, einvernehmliche Sexualität nicht zuzulassen oder sexuelle Bedürfnisse lächerlich zu machen.*

Diese allgemein gehaltene Definition zur sex. Gewalt soll im Folgenden auf die spezielle Gruppe der älteren pflegebedürftigen Personen in der stationären Langzeitpflege spezifiziert werden. Diese Personengruppe steht im Fokus des Projekts. Dennoch werden auch Erkenntnisse aus angrenzenden Bereichen (z. B. Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder psychiatrischen Patientinnen und

---

<sup>1</sup> Wenn im Folgenden für Menschen, die auf eine Art handeln, die als sex. Gewalt definiert ist, der Begriff „Täterin“ bzw. „Täter“ verwendet wird, ist dies nicht zwingend als rechtlicher Terminus zu verstehen. So wird auch über Studienergebnisse berichtet, bei denen unklar ist, ob für die dort erfassten Handlungen tatsächlich eine Täterschaft im strafrechtlichen Sinne festgestellt wurde oder hätte festgestellt werden können.



Patienten) und für andere Zielgruppen (z. B. Pflegepersonal) genutzt, um das Themenfeld umfassend zu beleuchten und Transfermöglichkeiten aufzudecken.

Gewalt und insbesondere sex. Gewalt gegen ältere Menschen werden selten erkannt, gemeldet und entsprechend in der Forschung betrachtet (Acierno et al., 2010; Castle & Beach, 2013; Rosen et al., 2010; Teaster & Roberto, 2004a). Sex. Gewalt gilt als eine besonders stark tabuisierte Form der Gewalt. Aus diesem Grund vermuten Expertinnen und Experten auch eine hohe Zahl an nicht entdeckten Vorkommnissen insbesondere im Bereich der Pflege. Ältere pflegebedürftige Personen können aufgrund kognitiver Einschränkungen oder bedingt durch ihre Multimorbidität oft nicht direkt zu Gewalterlebnissen befragt werden; zudem scheuen sie sich, über Gewaltgeschehnisse zu sprechen, die von Personen ausgehen, von denen sie abhängig sind (Görge, 2010). Die Erhebungen beruhen deshalb meist auf Selbst- oder Zeuginnen-/Zeugen-Berichten professionell Pflegenden oder pflegender Angehöriger und können entsprechend subjektiv geprägt sein. So ist bspw. ein limitierender Aspekt, der bereits bei allgemeinen Themen wie der Sexualität zu beobachten ist, dass sich Aussagen zu solchen Themen oftmals an einer sozialen Erwünschtheit orientieren und Zahlen somit nicht immer belastbar sind (Krumpal, 2013). Bei Beobachtungen zur sex. Gewalt zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern werden höhere Zahlen berichtet als in anderen Konstellationen (Dorn & Blättner, 2021). Die eingangs genannten Prävalenzangaben für sex. Gewalt von professionell Pflegenden gegenüber pflegebedürftigen Personen werden hingegen als sehr gering angegeben, beziehen sich jedoch meist nur auf die von professionell Pflegenden berichteten bzw. beobachteten Übergriffe. In einer aktuellen Befragung in deutschen Pflegeeinrichtungen wurde differenziert nach verbaler, nonverbaler und körperlicher sexueller Belästigung und Gewalt gegen Beschäftigte gefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei allen drei Formen der sexuellen Belästigung und Gewalt über 50 Prozent der Beschäftigten stationärer Einrichtungen mindestens einen Vorfall in den letzten zwölf Monaten berichteten (Vaupel et al., 2021). Die Autorinnen und Autoren verweisen in dem Zusammenhang auch darauf, dass vielen Beschäftigten keine präventiven Maßnahmen in der eigenen Einrichtung bekannt seien. Entsprechend besteht in diesem Bereich Handlungsbedarf, um das Auftreten von Ereignissen und das Risiko schwerer Folgen sowohl für Betroffene als auch für Gewaltausübende abzuschwächen.

Im Bereich der Prävention sex. Gewalt im Kontext stationärer Langzeitpflege ist die internationale Studienlage bisher stark begrenzt. Es liegen relativ wenige Arbeiten zu Interventionen vor, die zugleich einen eher geringen Evidenzgrad aufweisen (Marshall et al., 2020). Genannte Limitationen der vorhandenen Studien sind dabei unter anderem, dass noch zu wenig über Zusammenhänge mit verschiedenen Einflussfaktoren (wie z. B. auf sozialer, physiologischer und psychologischer Ebene) bekannt ist und dass sex. Gewalt meist nur subjektiv erfasst wird. Für die Prävention verschiedener Gewaltformen zeigt eine frühere Übersichtsarbeit, dass durch einige Interventionen (z. B. Schulungsmaßnahmen) vermutlich das Wissen und die Einstellung der am Pflegeprozess beteiligten Personen verbessert werden können, es aber unklar ist, ob sich dadurch auch Gewaltvorkommnisse reduzieren (Baker et al., 2016). Eine aktuellere Studie untersuchte Interventionen zur Gewaltprävention gegen Pflegefachpersonen (Somani et al., 2021). Die größten Effekte wurden hierbei für Mehrkomponenten-Interventionen (Interventionen, die z. B. administrative, verhaltensbezogene und umweltbezogene Ansätze verfolgen) gefunden. Als sehr wichtiger Aspekt wird zudem eine positive Unterstützung der am Pflegeprozess beteiligten Personen sowie des Leitungspersonals benannt (Somani et al., 2021). In diesem Zusammenhang entwickelte das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) gemeinsam mit der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol) Arbeitsmaterialien, die einen

ähnlichen Ansatz zur Gewaltprävention verfolgen, jedoch den Fokus auf Gewalt zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern legen, wobei sex. Gewalt ebenfalls explizit thematisiert wird (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2020).

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die vor diesem Hintergrund durchgeführten Maßnahmen in dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekt SeGEL dar.

### Zielstellung/Forschungsfragen

Es gibt in Deutschland bislang nur wenig Erkenntnisse über sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Das vorliegende Projekt SeGEL sollte daher auf Grundlage einer umfassenden Analyse internationaler Literatur, der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten, qualitativer Interviews mit Pflegefachpersonen und weiteren Expertinnen und Experten sowie einer quantitativen Befragung von Leitungspersonen verschiedener Einrichtungen der stationären Langzeitpflege folgende Aspekte näher beleuchten:

- Erscheinungsformen/Dimensionen sex. Gewalt
- (wahrgenommene) Verbreitung entsprechender Verhaltensweisen
- Personen-, Situations- und Kontextmerkmale einschlägiger Vorkommnisse
- Folgen von sex. Gewalt
- auslösende Bedingungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren
- Präventions- und Interventionsansätze auf der personellen und institutionellen Ebene

Zentrales Ziel des Projektes war es, relevante Ansatzpunkte für Prävention und Intervention zu gewinnen, um auf dieser Grundlage Arbeitsmaterialien zur Prävention von sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu entwickeln sowie diese gemeinsam mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechender Organisationen zu testen und insbesondere für die pflegerische Aus- und Fortbildung unentgeltlich zugänglich zu machen.

## Teilprojekte

### P1 Systematische Literaturrecherchen

*Simon Eggert, Mathias Haeger, Christian Teubner & Pauline Wagner*

Es wurden zwei Literaturrecherchen durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zum Thema „Sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege“ sowie zu bestehenden Interventionen bei sex. Gewalt zu ermitteln. Die Recherche zum erstgenannten Thema erfolgte über ein Scoping Review, das der Sichtung der nationalen und internationalen Literatur bezüglich Definition, Formen sex. Gewalt, geschätzter Prävalenz, Charakteristika von Opfern sowie Täterinnen und Tätern, Folgen sex. Gewalt sowie Risiko-, Schutz- und Kontextfaktoren diente. Im Anschluss untersuchte ein Rapid Review speziell die Präventions- und Interventionsansätze im Themenbereich „Sex. Gewalt in Pflegesettings“.

Für beide Reviews wurden Suchstrategien für systematische Recherchen in verschiedenen fachbezogenen Datenbanken festgelegt. Durch vorab formulierte Ein- und Ausschlusskriterien fand die Auswahl von relevanten Studien zu sex. Gewalt in der Pflege und entsprechenden Interventionen statt. Das weitere methodische Vorgehen wird im Folgenden zusammengefasst.

### Methode

#### **Ein- und Ausschlusskriterien**

Der Aufbau beider Reviews folgte der PRISMA-Checkliste für systematische Übersichtsarbeiten (Page et al., 2021). Die Einschlusskriterien für das Scoping Review umfassten zwischen den Jahren 2000 und 2021 erschienene Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache. Zur untersuchten Population gehörten Bewohnerinnen und Bewohner und/oder Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe. Dabei musste mindestens einer der folgenden Ergebnisparameter/Outcomes enthalten sein, um die Studie einzuschließen: Definition sex. Gewalt, Formen/Ausprägungen sex. Gewalt, geschätzte Prävalenz sex. Gewalt, Charakteristika Opfer sowie Täterinnen und Täter, Folgen sex. Gewalt (physisch, psychisch und sozial), Risiko- und Schutzfaktoren sowie Kontextfaktoren (z. B. räumlich oder personell). Eine Eingrenzung in Bezug auf das Studiendesign gab es für das Scoping Review nicht.

Das Rapid Review stützte sich bezüglich des Veröffentlichungszeitraums sowie der sprachlichen Eingrenzung auf dieselben Ein- und Ausschlusskriterien. Um die Chance zu erhöhen, passende Literatur zu diesem Themenbereich zu finden, wurden die Einschlusskriterien bezüglich des Settings im Rapid Review ausgeweitet. Demnach erfüllten solche Studien die Kriterien, die sich neben den Beschäftigten oder Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege auch mit denen der ambulanten oder informellen Pflege sowie der Akutpflege beschäftigten. Des Weiteren wurde der Bereich der Pflege von Menschen mit Behinderung als mögliches Setting einbezogen. Eingeschlossen wurden alle qualitativen, quantitativen oder Mixed-Methods-Studien, die zum Zeitpunkt der Recherche in Planung, laufend oder abgeschlossen waren. Interventionen konnten Maßnahmen (z. B. Schulungen oder Fortbildungen, Plakate, Leitlinien, Handreichungen) bezüglich der Prävention oder als Folge von (Verdachts-)Fällen sex. Gewalt sein. Von Interesse waren ebenfalls Evaluationen der Maßnahmen (z. B. Anzahl beobachteter Fälle, Einschätzung Fachpersonal, Aufarbeitung gemeldeter Fälle, Wahrnehmung

von Interventionsangeboten). Für einen Studieneinschluss musste mindestens einer der folgenden Ergebnisparameter/Outcomes in der Studie enthalten sein: Formen sex. Gewalt, Zielgruppen und Zielstellungen der Maßnahmen, Formen und Inhalte der Intervention, ggf. Ergebnisse der Evaluation. Von den genannten Kriterien musste aus jeder Kategorie (wie etwa Population oder Setting) mindestens ein Einschlusskriterium zutreffend sein, damit ein Einschluss dieser Studie erfolgte.

Für beide Reviews fand ein Ausschluss der Studien statt, die die Kriterien in einem der oben genannten Bereiche nicht erfüllten. Studien, die verschiedene Populationen oder Settings zusammen betrachteten, wurden berücksichtigt, sofern ein Rückschluss auf die formulierten Einschlusskriterien möglich war.

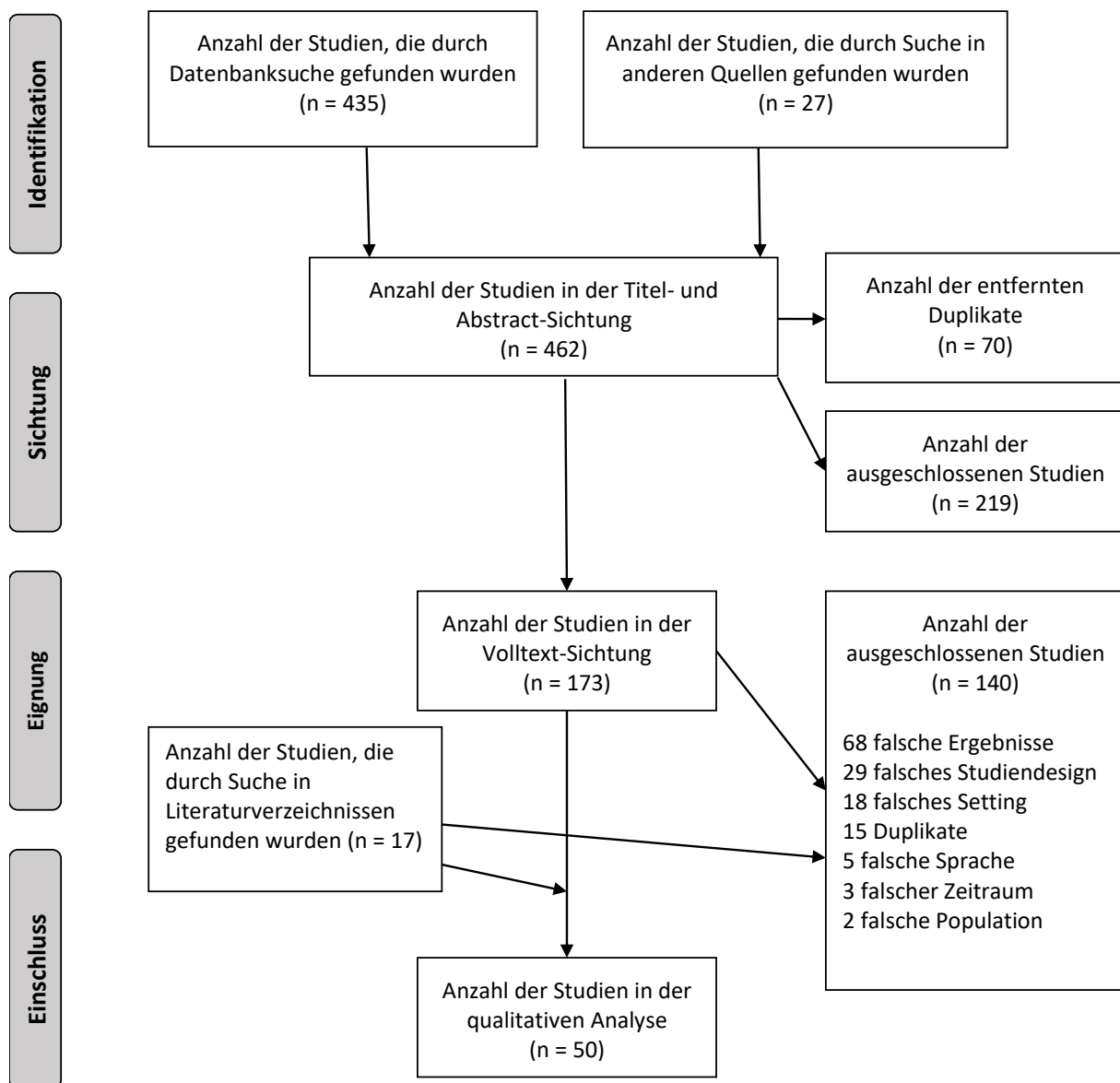
### **Literatursuche und Reviewprozess**

Für das Scoping Review fand eine systematische Suche in den Literatur-Datenbanken MEDLINE und CINAHL (über die Suchplattform EBSCOhost) statt. Zudem erfolgte eine Suche mit Begriffskombinationen in den Literatur-Datenbanken KrimDok, KrimLit, NCJRS und GeroLit. Die genauen Suchstrings für die einbezogenen Datenbanken CINAHL, MEDLINE, NCJRS, KrimDok und KrimLit sind im Anhang beigefügt. Eine Handsuche in einschlägigen deutschsprachigen Zeitschriften im Bereich „Pflege“ schloss sich an. Nach Sichtung der genannten Datenbanken und Zeitschriften folgte bei der berücksichtigten Literatur ein direktes und indirektes „citation tracking“ (Hirt et al., 2020). Der Auswahlvorgang der Studien stützte sich technisch auf das Tool Covidence. Das Titel- und Abstract-Screening sowie das Volltext-Screening wurden von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Konflikte bezüglich des Ein- oder Ausschlusses von Studien wurden diskutiert und bei Unstimmigkeiten durch eine dritte Person entschieden. Der Suchprozess zur Auswahl geeigneter Studien ist exemplarisch für das Scoping Review in Abbildung 1 dargestellt.

Für das Rapid Review wurde ebenfalls eine systematische Suche in den oben genannten Datenbanken durchgeführt – mit Ausnahme von NCJRS und GeroLit. Die Erstellung der Suchstrings erfolgte nach der gleichen Vorgehensweise wie beim Scoping Review. Eine entsprechende Übersicht befindet sich im Anhang. Auch hier fand ein direktes und indirektes „citation tracking“ nach zusätzlicher Literatur Anwendung. Für die Auswahl der Studien kam ebenso das Tool Covidence zum Einsatz, ebenfalls mit schrittweiser Sichtung der Studien durch zwei Personen. Insgesamt konnten 549 Studien bezüglich ihrer Eignung anhand der festgelegten Einschlusskriterien gesichtet und schließlich zwölf Studien in die qualitative Analyse eingeschlossen werden.

Der Prozess der Datenextraktion erfolgte für beide Reviews mithilfe einer Tabelle, die verschiedene Informationen zu den einzelnen Studien zusammenfasste, wie etwa Angaben zur Referenz, Studiencharakteristika wie Land, Zielpopulation und Setting sowie Informationen zu den einzelnen Ergebnisparametern. Für das Scoping Review fand eine Ergänzung der Ergebnisparameter durch die Kategorie „Sex. Gewalt und demenzielle Erkrankungen“ statt. Diese Kategorie wurde erst durch die Sichtung der Literatur als eigenständig relevanter Ergebnisparameter identifiziert.

**Abbildung 1**  
Flowchart zum Scoping Review



## Ergebnisse

### Scoping Review

Eingeschlossen werden konnten verschiedene Formen von Querschnitts- und Längsschnittstudien, Mixed-Methods-Studien, qualitativen Studien und Reviews. Der überwiegende Teil dieser Studien wurde in den USA durchgeführt (n = 26). Mit einigem Abstand folgten Deutschland mit sechs Studien und mit jeweils zwei Studien Australien, Dänemark, Kanada, die Niederlande, Norwegen und die Schweiz. Jeweils eine Studie konnte aus den Ländern Israel, Slowenien und Spanien für die Literaturübersicht ausgewertet werden, drei Studien erhoben Daten aus mehreren Ländern (Fileborn, 2017; McDonald et al., 2015; Yon et al., 2019). Die Settings waren in allen Studien stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen wie Pflegeheime (privat/öffentlich/freigemeinnützig, städtisch/ländlich), geriatrische, nicht psychiatrische Einrichtungen, Altenpflegeeinrichtungen und Hospize. Die Anzahl der

untersuchten oder befragten Personen in den eingeschlossenen Studien streute stark und lag zwischen  $n = 1$  (Speck et al., 2013) und  $n = 4.939$  (Clausen et al., 2013) in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

In 15 Studien wurde eine Definition sex. Gewalt zugrunde gelegt. Sieben davon nutzten die Definition des National Center on Elder Abuse, nach der sexueller Missbrauch als ein „nicht einvernehmlicher sexueller Kontakt jeglicher Art mit einer älteren Person“ („non-consenting sexual contact of any kind with an elderly person“) definiert ist (Castle, 2012a, 2012b; Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Teaster et al., 2007). Weitere Definitionen bezogen sich eher auf „unangemessenes sexuelles Verhalten“ (inappropriate sexual behavior, kurz ISB) wie bspw. sich zu entblößen (Kohnen et al., 2021), „sexuelle Aggression“ (Heidenreich & Kuhnke-Wagner, 2012; Rosen et al., 2010; Stutte et al., 2017), „intimitätssuchendes Verhalten“ (de Medeiros et al., 2008) oder „unerwünschte sexuelle Zuwendung“ (Grigorovich & Kontos, 2019). Im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen wurden zudem die Begriffe der sexuellen Enthemmung, der sexuellen Unangepasstheit oder der Hypersexualität genutzt, die sexuell bedingte Probleme oder einen ausgeprägten Sexualtrieb beschreiben und sich nach Beginn einer Demenz entwickeln können (Alkhalil et al., 2004).

Neben den verschiedenen Definitionsansätzen wurden auch unterschiedliche Formen sex. Gewalt beschrieben. Diese können, wie in Tabelle 1 dargestellt, in Hands-on-Delikte (mit direktem körperlichem Kontakt zwischen Täterin bzw. Täter und Opfer) und Hands-off-Delikte (ohne direkten körperlichen Kontakt zwischen Opfer und Täterin bzw. Täter) unterschieden werden (Abner et al., 2019).

**Tabelle 1**

Übersicht zu in der Literatur aufgeführten Hands-on- und Hands-off-Delikten sex. Gewalt

<b>Hands-on-Delikte</b>	<b>Hands-off-Delikte</b>
unangemessene Berührungen (Umarmungen, Grapschen, physischer Kontakt zu Genitalien, Gesäß oder Brüsten), dazu zählen auch unnötige, schmerzvolle, schädliche oder obsessive Berührungen im Genitalbereich und unerwünschtes Streicheln	sexuelle Bemerkungen, Kommentare, Witze
versuchte Stimulation von Genitalorganen	verbaler sexueller Missbrauch
ungefragtes Zurechtzupfen der Kleidung anderer Personen	unerwünschte Gespräche über Themen sexueller Art
(sexualisiertes) Küssen	unangemessenes sexuelles Interesse am Körper des Opfers, dazu zählen Anstarren und/oder Kommentieren intimer Körperstellen des Opfers
(versuchte) vaginale Vergewaltigung (genital-vaginale Penetration, manuell-vaginale Penetration, vaginale Penetration durch ein Objekt)	unerwünschte sexuelle Aufmerksamkeit
(versuchte) anale Vergewaltigung (genital-anale Penetration, manuell-anale Penetration, anale Penetration durch ein Objekt)	Verführungsversuche sexueller Art

oral-genitaler Kontakt / oraler Genitalkontakt	öffentliches Masturbieren
Kontakt zwischen Penis und Vagina	unerwünschtes Zeigen von Pornografie
erzwungene Prostitution des Opfers / sexuelle Ausbeutung	voyeuristische Aktivitäten
sadistische sexuelle Handlungen	obszöne Gesten, „Luftküsse“
sexuelle Aggression / aggressive sexuelle Interaktion	sexualisierte Fotografie
Sodomie	Exhibitionismus
(versuchen,) sich in das Bett des Opfers (zu) legen	
Entblößung durch andere / erzwungene Nacktheit	
sexueller Kontakt zu Personen, die nicht konsensfähig sind	

Die verschiedenen Formen von sex. Gewalt wurden unter anderem durch Checklisten erhoben. Häufig wurden das SASBA (St Andrews Sexual Behaviour Assessment) (Bartleet et al., 2014; Kohnen et al., 2021) und das Comprehensive Sexual Assault Assessment Tool-Elder (CSAAT-E) (Burgess, 2006) verwendet.

Die Angaben zur Häufigkeit sex. Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen gegen Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen variieren in internationalen Studien. Wurde sex. Gewalt von Pflegepersonal gegen Bewohnerinnen und Bewohner betrachtet, so kamen Untersuchungen zu dem Schluss, dass 0,4 bis 0,7 Prozent der fraglichen Population innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal Opfer solcher Handlungen wurde (Botngard et al., 2020; Yon et al., 2019). Wurde sex. Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern betrachtet, berichteten 37,6 Prozent der hierzu befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass sie sich an mindestens eine solche Handlung gegen Bewohnerinnen oder Bewohner durch eine andere Bewohnerin oder einen anderen Bewohner in einem Zeitraum von zwölf Monaten erinnerten (Dorn & Blättner, 2021).

Wurde sex. Gewalt gegen Beschäftigte in Langzeitpflegeeinrichtungen durch Bewohnerinnen oder Bewohner untersucht, führte dies ebenfalls zu unterschiedlichen Angaben. Wurden etwa Pflegende in Schweizer Einrichtungen befragt, berichteten 15,4 Prozent der Teilnehmenden, von mindestens einem Vorfall innerhalb der letzten vier Wochen betroffen gewesen zu sein (Stutte et al., 2017). In einer anderen Arbeit wurden Beschäftigte in Altenpflegeheimen in Deutschland (Hessen und Nordrhein-Westfalen) befragt und 44,2 Prozent gaben hierbei an, innerhalb der letzten zwölf Monate mit mindestens einer Äußerung oder Handlung konfrontiert gewesen zu sein, die in der Studie als entsprechende Gewalt eingestuft wurde (Dorn & Blättner, 2021).

In den eingeschlossenen Studien wurden Bewohnerinnen und Bewohner, Pflegepersonal sowie andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Opfer sex. Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen identifiziert. Die Gruppe der als Täterinnen oder Täter wahrgenommenen Personen (bei sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner) wurde in der Literatur in fünf Kategorien unterteilt: (1) fremde Menschen oder Bekannte/Freunde der Bewohnerinnen/Bewohner, (2) Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, (3) Verwandte, (4) (Ehe-)Partnerinnen oder (Ehe-)Partner der Bewohnerinnen/Bewohner und (5) andere Pflegeheimbewohnerinnen oder Pflegeheimbewohner (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007).

Neben den im Folgenden beschriebenen Charakteristiken der Täterinnen bzw. Täter und Opfer gehen aus der Literatur auch verschiedene Kontextfaktoren hervor, die sex. Gewalt begünstigen können.

### Pflegebedürftige – Opfercharakteristik

Die am häufigsten in der Literatur beschriebenen Merkmale viktimisierter Personen sind: weibliches Geschlecht, kognitive oder mentale sowie körperliche Einschränkungen, Kommunikationsschwierigkeiten, eine schwere Behinderung oder Multimorbidität, auf die Pflegebetreuung angewiesen zu sein oder auch verwitwet zu sein (Burgess et al., 2005b; Fileborn, 2017; Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Speck et al., 2013; Teaster et al., 2008). Teaster et al. (2007) fokussierten sich in ihrer Studie ausschließlich auf männliche Opfer sex. Gewalt in Pflegeheimen und kamen im Rahmen ihrer Erhebung zu dem Schluss, dass diese ebenfalls häufig kognitive und körperliche Einschränkungen aufweisen und pflegebedürftig sind (77 Prozent).

### Pflegebedürftige und Angehörige – Tätercharakteristik

Die eingeschlossenen Studien verzeichnen einen überproportionalen Anteil männlicher Täter gegen weibliche Opfer (Nielsen et al., 2017; Smith et al., 2018; Teaster & Roberto, 2004b). Pflegebedürftige Menschen, die sexuell gewaltsam handeln, sind laut Studienlage häufig kognitiv beeinträchtigt, psychisch erkrankt, durch Medikamente enthemmt oder weisen eine Substanzmittelabhängigkeit auf (de Medeiros et al., 2008; Heiland, 2016; Malmedal et al., 2015; Nielsen et al., 2017; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Rosen et al., 2010; Teaster et al., 2015; Teaster et al., 2008).

Betrachtet man die „Tätergruppe“ der Angehörigen, so wurden die Taten hier meist durch die Ehepartner begangen. Die entsprechend zur Anzeige gebrachten und in der Literatur dokumentierten Taten umfassen vor allem sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen (Alon et al., 2018).

### Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Opfercharakteristik

In etwa der Hälfte der eingeschlossenen Studien wurden Beschäftigte in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu ihren Erfahrungen und ihrem Umgang mit sex. Gewalt in ihrem Arbeitskontext befragt.<sup>2</sup> Trotz der Studienanzahl können nur wenig belastbare Aussagen getroffen werden. Eine Studie deutet jedoch darauf hin, dass das Risiko, viktimisiert zu werden, bei männlichen und älteren Pflegefachpersonen geringer zu sein scheint (Stutte et al., 2017). Die Formen sex. Gewalt, von denen Pflegefachpersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege betroffen waren, umfassten sowohl Hands-off-Delikte als auch Hands-on-Delikte (Abner et al., 2019; Castle, 2012a; Daly et al., 2011; Myers et al., 2019).

### Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Tätercharakteristik

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, die in Studien als Täterinnen bzw. Täter erfasst wurden, standen oftmals bereits vor der fraglichen Tat im Zusammenhang mit (Sexual-)Delikten, wiesen unbehandelte psychische Erkrankungen auf, missbrauchten Substanzmittel oder hatten eine niedrige soziale Kompetenz (Burgess, 2006; Lindbloom et al., 2007; Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Smith et al., 2018; Teaster et al., 2015; Teaster et al., 2008). Zudem scheint eine verbreitete Eigenschaft der in den entsprechenden

---

<sup>2</sup> Sex. Gewalt zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Langzeitpflege wurde in der vorliegenden Recherche nicht erfasst und stand auch in den eingeschlossenen Studien nicht im Fokus der Betrachtung.



Arbeiten identifizierten Täterinnen oder Täter zu sein, dass sie sich oft gezielt wehrlose und gebrechliche Opfer suchten (Malmedal et al., 2015; Smith et al., 2018).

### Folgen

Sex. Gewalt kann sehr weitreichende Folgen auf unterschiedlichen Ebenen haben, die Opfer und Täterin bzw. Täter betreffen. In der eingeschlossenen Literatur wurde meist in die körperliche, psychische und soziale Ebene unterschieden, wobei auf der sozialen Ebene die Folgen nicht spezifisch für sex. Gewalt untersucht wurden. Verschiedene Studien berichteten die Perspektive der pflegebedürftigen Personen (Burgess et al., 2000; Castle, 2012b; Fileborn, 2017; Lindbloom et al., 2007; Malmedal et al., 2015; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Smith et al., 2019; Speck et al., 2013; Teaster et al., 2015; Teaster et al., 2007; Teaster et al., 2008) oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Clausen et al., 2013; Grigorovich & Kontos, 2019; Heidenreich & Kuhnke-Wagner, 2012; Lindbloom et al., 2007; Malmedal et al., 2015; McDonald et al., 2015; Myers et al., 2019; Smith et al., 2018; Teaster et al., 2007).

Als mögliche Folgen für die Opfer sex. Gewalt wurden am häufigsten genannt:

- Körperliche Folgen: Verletzungen, wie z. B. Risse oder Prellungen; Blutungen oder Rötungen im vaginalen oder genitalen Bereich; sexuell übertragbare Krankheiten; Verschlechterung bereits bestehender Erkrankungen, was ggf. die Mortalität erhöht
- Psychische Folgen: Anzeichen von Stress (verbal, nonverbal, posttraumatisch); Depression; Panik- oder Schlafstörung; allgemeine Verschlechterung kognitiver Funktionen; ggf. auch Aggression und Wut. Speziell für die pflegebedürftigen Personen wurde von Verweigerung von Pflege und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von erhöhter Unzufriedenheit und einem erhöhten Burn-out-Risiko berichtet.

Als mögliche Folgen für die Täterinnen und Täter wurden im Wesentlichen die aus den Vorfällen resultierenden Maßnahmen genannt: aufseiten der Bewohnerinnen und Bewohner die Verlegung oder Überweisung der Person sowie Änderungen im Betreuungsplan, aufseiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeitsrechtliche Folgen, bei Verurteilung auch Geldstrafen, gemeinnützige Arbeit oder Gefängnisaufenthalte.

### Risiko- und Schutzfaktoren

Verschiedene Studien nannten Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf sex. Gewalt für die pflegebedürftigen Personen (Burgess, 2006; Fileborn, 2017; Görgen, 2006; Heiland, 2016; Kettl, 2008; Kohnen et al., 2021; McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018) sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Langzeitpflege (Daly et al., 2011; Kettl, 2008; Lindbloom et al., 2007; Nielsen et al., 2017; Stutte et al., 2017). In den genannten Studien wurden folgende Risiko- und Schutzfaktoren aufgeführt:

- Für pflegebedürftige Personen als Opfer:
  - Risikofaktoren: weibliches Geschlecht; kognitive Einschränkungen; eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; soziale Isolation; Abhängigkeit des Opfers von der potenziellen Täterin bzw. vom potenziellen Täter – vor allem bei Reviktimisierung
  - Schutzfaktoren: um Hilfe rufen; zeitnahe Meldung und gute Dokumentation von Vorfällen
- Für pflegebedürftige Personen als Täterinnen bzw. Täter:

- Risikofaktoren: männliches Geschlecht; strukturelle Veränderungen im Gehirn (z. B. durch Infarkte oder Demenz); Medikamenteneinnahme; psychische Störungen; sexuelle Pathologie
- Schutzfaktoren: höherer Bildungsgrad; bestehende Ehe
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Opfer:
  - Risikofaktoren: weibliches Geschlecht; Einsatz in der körpernahen Pflege
  - Schutzfaktoren: Schulungen zum Erkennen von und Eingreifen bei sex. Gewalt; Ansprechen/Beschweren bei Kolleginnen und Kollegen bzw. dem Leitungspersonal
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Täterinnen bzw. Täter:
  - Risikofaktoren: männliches Geschlecht; kriminelle Vergangenheit; Substanzmittelmissbrauch; unbehandelte psychische Erkrankungen

### Kontextfaktoren

Sofern zeitliche Angaben gemacht wurden, ereigneten sich die meisten in den Studien berichteten Fälle, bei denen pflegebedürftige Personen Opfer waren, abends, nachts oder in den frühen Morgenstunden (Smith et al., 2018; Smith et al., 2019); häufig im Zimmer oder im Bett des Opfers (Burgess et al., 2005b; Smith et al., 2019) oder wenn allgemein der Zugang zu schutzbedürftigen Personen leicht möglich war (Fileborn, 2017). Erschwerend für das Erkennen sex. Gewalt kommen häufig fehlende Zeuginnen und Zeugen oder eine fehlende Beweissicherung hinzu, die das Geschehen belegen könnten (Burgess et al., 2005b; Teaster et al., 2015). Kommunikationsschwierigkeiten mit kognitiv eingeschränkten Opfern sex. Gewalt im Rahmen von Untersuchungen können ebenfalls das Bekanntwerden behindern (Burgess et al., 2000). Für die Pflegenden scheint die körperliche Nähe zu pflegebedürftigen Personen mit kognitiver Einschränkung oder Demenz während Pflegehandlungen (z. B. Intimpflege) mit einem erhöhten Auftreten sex. Gewalt zusammenzuhängen (de Medeiros et al., 2008; Nielsen et al., 2017). Zudem scheint es einen Zusammenhang zwischen sexuellen Aggressionen und einem erhöhten Risiko für personelle Fluktuation (Clausen et al., 2013) sowie einer negativen Veränderung der Arbeitsfähigkeit (gemessen am Arbeitsfähigkeitsindex – Work Ability Index, WAI) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu geben (Heidenreich & Kuhnke-Wagner, 2012). In einer Studie zeigte sich, dass sex. Gewalt von Leitungspersonen, abweichend von der Einschätzung der übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, häufig als Einzelfall-Phänomen angesehen wird (Nielsen et al., 2017), was einen angemessenen Umgang mit sex. Gewalt erschwert. Als vorteilhaft – in Bezug auf eine geringere Wahrscheinlichkeit, sex. Gewalt zu erleben – wurden hingegen ein autonomer Arbeitsstil, eine zureichende Ressourcenausstattung und eine starke Unterstützung am Arbeitsplatz berichtet (Rodwell & Demir, 2014; Stutte et al., 2017). Im weiteren Sinne kann auch das spezielle Setting der stationären Langzeitpflege, im Vergleich zur Akutpflege, als ein Kontextfaktor betrachtet werden, der sex. Gewalt begünstigt (Nielsen et al., 2017).

### Sex. Gewalt und demenzielle Erkrankungen

Der Kontext von demenziellen Erkrankungen und sex. Gewalt wurde in den eingeschlossenen Studien häufig thematisiert. Vier Studien befassten sich konkret mit der Thematik des enthemmten und unangemessenen sexuellen Verhaltens bzw. der sex. Gewalt im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen. Drei dieser Studien wurden in den USA durchgeführt (Alkhalil et al., 2004; de Medeiros et al., 2008; Speck et al., 2013), eine in den Niederlanden (Bartelet et al., 2014). Auffällig ist hierbei, dass demenzielle Erkrankungen sowohl für die Viktimisierung durch sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als auch für die Ausübung sex. Gewalt relevant sind. Auch in der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz wird sex. Gewalt überwiegend von Männern

ausgeübt, Frauen sind in dieser Gruppe jedoch stärker repräsentiert als in der Gruppe der Täterinnen und Täter ohne diagnostizierte Demenz (Alkhalil et al., 2004; Daly et al., 2011). Auffälliges Verhalten bei Menschen mit Demenz kann sich in verschiedenen Formen äußern, bspw. in Form von sexueller Unangepasstheit und Hypersexualität, die sich unter anderem in intimitätssuchendem oder enthemmtem Verhalten niederschlagen (Alkhalil et al., 2004; Bartelet et al., 2014; de Medeiros et al., 2008). Die Ursachen hierfür sind nicht vollends geklärt, diskutiert werden diesbezüglich jedoch sowohl organische Ursachen als auch Medikationen (Alkhalil et al., 2004). Die ausgeübten Formen sex. Gewalt reichen auch hier von „leichteren“ Übergriffen in Form von sexuellen Bemerkungen oder unangemessenen Umarmungen anderer Personen (Alkhalil et al., 2004; de Medeiros et al., 2008) bis hin zu schweren körperlichen Übergriffen (Speck et al., 2013).

## Rapid Review

Der überwiegende Anteil der eingeschlossenen Studien wurde in den USA durchgeführt (n = 7). Zwei der eingeschlossenen Studien kamen aus Australien sowie jeweils eine Studie aus Spanien, Kanada und Deutschland. Die untersuchten Populationen konnten folgenden Personengruppen zugeordnet werden: Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, medizinisches Personal, soziales und psychologisches Personal, nicht pflegerisches/medizinisches Personal, andere Gruppen wie etwa Angehörige oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Polizei. Die eingeschlossenen Studien bezogen sich auf stationäre und häusliche (ambulante/informelle) Pflegesettings. Acht Studien beschäftigten sich dabei mit Präventions- und Interventionsmaßnahmen in stationären Settings wie etwa Einrichtungen des betreuten Wohnens, Langzeitpflege-/Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie psychiatrischen Kliniken oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Zwei Studien nahmen Notaufnahmen in Krankenhäusern in den Fokus. Eine Studie nahm sowohl ambulante als auch stationäre Settings in den Blick. Eine Studie konzentrierte sich auf Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Pflege durch häusliche Pflegehelferinnen und Pflegehelfer.

Die Synthese der eingeschlossenen Studien legt nahe, dass sich bisher ein geringerer Anteil an Studien ausschließlich mit der Prävention von sex. Gewalt (n = 2) beschäftigte. Ein größerer Anteil an Studien befasste sich sowohl mit der Prävention als auch mit der Intervention bei erfolgter sex. Gewalt (n = 4). Der Großteil der eingeschlossenen Studien untersuchte ausschließlich Interventionen bei bereits erfolgter sex. Gewalt oder bei Verdachtsfällen (n = 6). Dabei waren die betrachteten Opfer-Täterinnen/Täter-Konstellationen in den Studien sehr unterschiedlich (Gewalt ausgehend von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern gegen ebendiese oder gegen Personal, Gewalt ausgehend von Personal gegen Bewohnerinnen bzw. Bewohner). Es hat sich gezeigt, dass es verschiedene Formen von Interventionen gibt, die bei sex. Gewalt in Pflegesettings angewendet werden können. In den eingeschlossenen Studien wurden edukative oder auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Verhalten oder die Einrichtung bezogene Maßnahmen thematisiert und untersucht – wobei diese Maßnahmen auch gewisse Überschneidungsmengen aufweisen und nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen sind, da etwa edukative Maßnahmen sich bspw. auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung beziehen. Der überwiegende Anteil der Studien beschäftigte sich mit edukativen Maßnahmen (n = 6) wie Schulungen, Fortbildungen und Online-Kursen (Smith et al., 2021; Teresi et al., 2020) oder mit mitarbeiterinnen- und mitarbeiterbezogenen Maßnahmen (n = 7) wie bspw. Berichterstattung gegenüber anderen Kolleginnen und Kollegen oder Supervisorinnen und Supervisoren sowie forensisch-medizinische Untersuchungen durch dafür geschulte Pflegefachpersonen (Burgess et al., 2006; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012; Villar et al.,

2020). Zu den verhaltensbezogenen Maßnahmen (n = 4) gehörten unter anderem Vorgehensweisen zum Umgang mit sex. Gewalt wie etwa ein sensibler und professioneller Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bei entsprechenden Vorfällen (Burgess et al., 2018) oder auch therapeutische Aktivitäten sowie medikamentöse Behandlungen für die Täterin oder den Täter (Brazil et al., 2003). Als einrichtungsbezogene Maßnahmen (n = 2) wurden bspw. die Einführung von Richtlinien oder Betriebsvereinbarungen zum Thema „Sex. Gewalt“ und die Etablierung von Vertrauenspersonen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die Prävention bzw. Nachsorge von Vorfällen sex. Gewalt thematisiert (Adler et al., 2021).

Es wurde zwar bei sechs Studien eine Evaluation/Beurteilung in Form von Befragungen oder Interviews durchgeführt bzw. war diese in Planung, allerdings konnten daraus kaum quantifizierbare Ergebnisse ermittelt werden. Dennoch hat sich gezeigt, dass insbesondere die edukativen Maßnahmen wie etwa Online-Programme oder das SANE-Programm positiv von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den Beurteilerinnen und Beurteilern bewertet wurden (Campbell et al., 2010; Smith et al., 2021). Das traf auch für Parameter wie Weiterempfehlung an Kolleginnen und Kollegen, gestärktes Bewusstsein für Erkennung und Verhinderung von unangemessenem sexuellen Verhalten (Befragung von Pflegefachpersonen bei Online-Programm), verbesserte Qualität der Beweissicherung, Anstieg der Verfolgungsraten bei sex. Gewalt und bessere Vernetzung zwischen Strafverfolgung und dem Personal der Pflegeeinrichtungen (Befragung von Polizei/Staatsanwaltschaft bei SANE-Programm) zu. In den anderen Evaluationen wurde deutlich, dass es in vielen Bereichen Verbesserungswünsche gibt, wie bspw. mehr und besser ausgebildetes Personal, etwa durch Fortbildungen und Trainings zum Umgang mit sexuellem Missbrauch oder mit verhaltensauffälligen Personen. Zudem sollte es den befragten Personen zufolge mehr spezialisierte Dienste für Personen mit Verhaltensproblemen (wie etwa bei Personen mit Demenz) in Langzeiteinrichtungen geben sowie geriatrische Hilfstteams, die unmittelbar helfen können (Brazil et al., 2003; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012). Diese Teams sind auf altersbezogene Erkrankungen spezialisiert und können unter anderem als Beratungsdienst für ältere Menschen in stationären Einrichtungen fungieren. Darüber hinaus wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen der Bedarf nach rechtzeitigen Opferuntersuchungen nach einem Vorfall sex. Gewalt geäußert, um die Spuren eines Vorfalls zeitnah zu sichern und somit die Beweislage zu stärken, bspw. im Falle einer Strafverfolgung der Täterin oder des Täters (Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012). Zudem wurde im Hinblick auf ein durchgeführtes Online-Trainingsprogramm der Wunsch geäußert, dass mehr praktische Fallbeispiele einbezogen und die Inhalte an verschiedene Rollen und Personengruppen angepasst werden sollten (Smith et al., 2021).

Eine Studie wies einen Rückgang der (dokumentierten) Fälle von sex. Gewalt am Arbeitsplatz nach der Durchführung eines Online-Trainingsprogramms aus. Allerdings konnte zu dem Parameter „Sex. Gewalt“ aufgrund geringer eingeschlossener Fallzahlen keine statistische Auswertung zur Effektivität der Intervention vorgenommen werden (Anderson, 2006).

## Zusammenfassung und Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sex. Gewalt in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen als hoch relevante Herausforderung gesehen werden sollte – diese bisher aber gerade auch in Deutschland zu wenig thematisiert und erforscht wurde. Dies kann zum Teil auch damit zusammenhängen, dass sex. Gewalt ein schwer zu definierendes Phänomen ist, das sich in zahlreichen unterschiedlichen Formen zeigen kann und dessen Erfassung somit nicht leicht ist. Eine festgelegte und umfassende Definition/Abgrenzung von sex. Gewalt ist mit Schwierigkeiten verbunden, da die

Einschätzung sex. Gewalt stark mit den subjektiven Eindrücken von Opfer und Täterin bzw. Täter verbunden ist. Laut einer Studie von Rosen et al. (2010) besteht zudem die Problematik, dass insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen unangemessene sexuelle oder sexualisierte Verhaltensweisen oft nur Ausdruck eines Wunsches nach Nähe und Intimität sind. Eine Unterscheidung zwischen angemessenen und unangemessenen Verhaltensweisen sowie eine genaue Wahrnehmung der Umgebung sind für Menschen mit kognitiven Erkrankungen teilweise nicht mehr möglich. Dies sind Aspekte, die bei der Definition von sex. Gewalt durchaus berücksichtigt werden sollten. Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre es möglicherweise sinnvoll, sich dem Definitionsproblem mithilfe von Mixed-Methods-Designs zu nähern. Ein Beispiel für ein solches Vorgehen ist eine Studie, in der mithilfe von offenen Fragen nach Beispielen für sex. Gewalt bzw. sexuellen Missbrauch gegen Bewohnerinnen und Bewohner gefragt wurde, um daraus einen quantitativen Fragebogen zur Erfassung sex. Gewalt zu entwickeln (Castle, 2012b).

Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflegefachpersonen und weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege können einer Vielzahl von Erscheinungsformen sex. Gewalt ausgesetzt sein, die Hands-off-Delikte, wie etwa verbale sexuelle Belästigung oder Anstarren der (sekundären) Geschlechtsmerkmale, sowie Hands-on-Delikte, wie etwa das Berühren der Genitalregion und unerwünschtes Küssen bis hin zur Vergewaltigung, umfassen können. Während in der Literatur Hands-off-Delikte von älteren Menschen wesentlich häufiger berichtet wurden als Hands-on-Delikte (Nobels et al., 2021), überwog allerdings die Anzahl der gemeldeten bzw. zur Anzeige gebrachten Hands-on-Delikte für stationäre Pflegesettings in zwei der eingeschlossenen Studien (Abner et al., 2019; Teaster et al., 2015). Ein Grund hierfür könnte sein, dass Hands-off-Delikte, bspw. verbale sex. Gewalt, häufig nicht als Delikte wahrgenommen oder bagatellisiert und somit auch nicht gemeldet werden, obwohl die Folgen des Erlebens verbaler Gewalt ebenso gravierend sein können, wie bspw. bei körperlicher Gewalt (Richter, 2014). Auffallend ist in den beiden Studien, dass in der Mehrzahl der gemeldeten/angezeigten Fälle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als mutmaßliche Täterinnen und Täter angesehen werden, aber nur bei einem Bruchteil der nachgewiesenen Fälle. Dies mag die Schwierigkeit unterstreichen, Fälle von sex. Gewalt auch nachzuweisen. Bei verschiedenen Hands-on-Delikten kommen erschwerend die Angst und die Scham des Opfers hinzu, sich nach einem solchen Übergriff einer entsprechenden Untersuchung zu unterziehen (Abner et al., 2019; Burgess et al., 2005a; Teaster et al., 2015). Auch hier ist die Studienlage, aufgrund von Einzelfallbetrachtungen, explorativen Studien oder auch nicht repräsentativen Stichprobengrößen, als begrenzt einzuschätzen.

Robuste Prävalenzangaben zu sex. Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen sind auf Grundlage der aktuellen Forschungslage kaum möglich. Hierzu tragen verschiedene methodische Schwierigkeiten bei, wie bspw. uneinheitliche Erhebungsinstrumente, der schwierige Zugang zur Gruppe der Opfer, deren oft eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder eingeschränkter Auskunftswille sowie die nur begrenzt als belastbar anzunehmenden Auskünfte von zu interviewenden Zeuginnen und Zeugen oder Täterinnen und Tätern sex. Gewalt (Compton et al., 1997; Görgen, 2001; Görgen & Nägele, 2003; Krumpal, 2013; Lachs & Pillemer, 2015; Tourangeau & Yan, 2007). Sicherlich muss dabei auch limitierend berücksichtigt werden, dass ein nicht geringer Anteil an eingeschlossenen Studien lediglich die Aussagen und Erfahrungen des Personals in Pflegeheimen erfasst hat. In einer Übersichtsarbeit (Yon et al., 2019) lag die geschätzte Häufigkeit sex. Gewalt in Studien, die auf Basis der Angaben von Bewohnerinnen oder Bewohnern oder von deren Angehörigen ermittelt wurde, deutlich höher als die Schätzungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem resultieren

Befragungen, die Tabuthemen wie sexuelle Aktivitäten zum Gegenstand haben, laut Krumpal (2013) häufig in ungenauen Kalkulationen, da die soziale Erwünschtheit bei solchen Fragen die Ergebnisse stark verzerren kann. Dies könnte in dieser Übersichtsarbeit möglicherweise zu einer Unterschätzung des Personals als Täterinnen oder Täter geführt haben.

Alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen sowie Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung können Opfer sex. Gewalt werden oder selbst Täterin oder Täter sein. Es gibt jedoch bestimmte Eigenschaften oder Situationen, die das Auftreten sex. Gewalt wahrscheinlicher machen und somit Risikofaktoren für sex. Gewalt darstellen. Dazu zählen unter anderem das weibliche Geschlecht, kognitive Beeinträchtigungen (insbesondere Demenz), körpernahe Pflegehandlungen sowie abendliche oder frühmorgendliche Zeiten. Daneben gab es nur wenige weitere Hinweise auf Risiko- und Schutzfaktoren für das Auftreten von sex. Gewalt. Dazu zählen etwa die Abhängigkeit des Opfers von der Täterin bzw. dem Täter (insbesondere bei pflegebedürftigen Personen) sowie als Schutzfaktor für das Personal eine offene Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen oder der Leitung. Insgesamt ist die Studienlage bei den Risiko- und Schutzfaktoren bisher wenig belastbar, denn aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns und Studiensettings ist zu beachten, dass diese Ergebnisse nicht als wissenschaftlich fundierte Nachweise, sondern eher als Hinweise für mögliche Risiko- und Schutzfaktoren angesehen werden können.

Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung stellt offenbar einen besonderen Risikofaktor hinsichtlich sex. Gewalt dar, da sie in den aufgefundenen Studien sowohl ein häufiges Opfermerkmal als auch ein häufiges Merkmal von Täterinnen und Tätern darstellt. Menschen mit Demenz gelten aufgrund ihrer Vulnerabilität und erhöhten Abhängigkeit von den sie pflegenden Personen als besonders betroffen von sex. Gewalt (Malmedal et al., 2015; Smith et al., 2018). Im Zusammenhang mit der Ausübung sex. Gewalt werden verschiedene Ursachen für „unangemessenes sexuelles Verhalten“ oder auch „Hypersexualität“ bei Menschen mit Demenz diskutiert. Allerdings ist die diesem Verhalten zugrunde liegende Pathophysiologie bei Menschen mit Demenz offenbar noch nicht vollends geklärt (Alkhalil et al., 2004). Aufgrund der geringen Anzahl an Studien mit Fokus auf demenzielle Erkrankungen im Zusammenhang mit sex. Gewalt ist es zudem nur begrenzt möglich, generalisierte Aussagen zu Charakteristika der Opfer und Täterinnen oder Täter sowie zu den Ursachen für unangemessenes sexuelles Verhalten zu treffen. Aus den gefundenen Ergebnissen wird deutlich, dass Menschen mit Demenz eine für die Prävention sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege besonders relevante Zielgruppe mit spezifischen Herausforderungen sind. Zugleich besteht erheblicher weiterer Forschungsbedarf.

Opfer sex. Gewalt zu werden, kann sowohl für pflegebedürftige Menschen als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung erhebliche physische, mentale und soziale Folgen haben. Entsprechende Folgen genauer zu analysieren, sollte ein Gegenstand weiterer Forschungsarbeit sein. So lohnend dieses Ziel erscheint, so wenig leicht erreichbar scheint es. Denn Querschnittstudien können auf entsprechende Fragen kaum Antworten liefern. Ein Grund hierfür ist, dass Folgen von sex. Gewalt oft schwer erkennbar sind, sich – insbesondere im Falle psychischer Beeinträchtigungen – erst mit Zeitverzug zeigen können und bei gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen nicht unbedingt erkennbar ist, inwieweit diese ursächlich mit einer entsprechenden Viktimisierung verbunden sind (Bäslack, 2006). Zudem sind die Auswirkungen abhängig von individuellen Faktoren wie der persönlichen Gesundheit, biografischen Erfahrungen oder individuellen Bewältigungsmechanismen, wodurch die Ergebnisse nicht auf alle Personen im Pflegekontext übertragbar sind (Bäslack, 2006). Daher wäre eine Kombination aus qualitativen und quantitativen

Forschungsmethoden hilfreich – vor allem aber die Durchführung von Längsschnittstudien mit hinreichenden Teilnehmerzahlen erforderlich, um die Folgen für Opfer sex. Gewalt gut erfassen und beschreiben zu können. Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit wurden hauptsächlich andere systematische Übersichtsarbeiten gefunden, die die Folgen sex. Gewalt lediglich als einen Teilaspekt untersucht haben. Eine schwerpunktmäßige und umfassende Betrachtung der Folgen, in einer eigenständigen Arbeit, wäre demnach eine notwendige Ergänzung der bestehenden Literatur.

Die bisherige Studienlage deutet zudem darauf hin, dass edukative Maßnahmen wie Schulungen oder Online-Trainingsprogramme einen vielversprechenden Ansatz zur Prävention von und zum Umgang mit sex. Gewalt in Pflegesettings darstellen könnten. Jedoch sollten auch diese Maßnahmen an Bedürfnisse oder Wünsche des Personals, wie zum Beispiel mehr praktische Fallbeispiele innerhalb der Schulungen, angepasst werden. Es kann bei der Entwicklung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen eine Herausforderung sein, die verschiedenen Opfer-Täterinnen/Täter-Konstellationen und die Vielfältigkeit sex. Gewalt entsprechend allen genannten Aspekten zu berücksichtigen sowie alle relevanten Personengruppen einzubeziehen. Insbesondere die Einbeziehung und Sensibilisierung der Leitungsebenen scheint sinnvoll und notwendig zu sein, da bspw. den Einrichtungsleitungen laut einer qualitativen Studie von Nielsen et al. (2017) nicht bewusst ist, dass es im Pflegealltag zu Vorfällen von sex. Gewalt kommt. Hierbei scheint ein digitales, anonymes Berichts- bzw. Lernsystem ein sinnvolles Unterstützungselement zu sein, das jedoch in eine ganzheitliche organisationale Sicherheitskultur zu implementieren ist.

In Bezug auf das Rapid Review konnte keine vergleichbare systematische Übersichtsarbeit gefunden werden, die sich mit der Prävention oder Intervention von sex. Gewalt in Pflegesettings beschäftigt hat. Eine Übersichtsarbeit von Baker et al. (2016) zum Thema „Gewalt“ fand allerdings heraus, dass edukative Maßnahmen möglicherweise die Erkennung von Missbrauch zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern verbessern können, was sich mit den Ergebnissen dieses Rapid Reviews überschneidet. Dennoch bleibt auch aus Sicht der Autorinnen und Autoren letztlich ungewiss, ob die dort angewendeten edukativen Maßnahmen das fragliche Wissen verbessern und zu einer Verringerung von Missbrauchsfällen führen können (Baker et al., 2016). Zudem muss erwähnt werden, dass sich diese Ergebnisse nicht auf Präventions- und Interventionsmaßnahmen speziell zu sex. Gewalt in Pflegesettings konzentrierten.

Das Rapid Review zeigte, dass ein größerer Anteil an Studien sich bisher mit der Intervention bei bereits erfolgter sex. Gewalt oder Verdachtsfällen beschäftigt hat und ein geringerer Anteil an Studien mit der Prävention von sex. Gewalt. Laut Burgess et al. (2018) ist es wichtig, das Personal unter anderem zu sexuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu schulen und dafür zu sensibilisieren, dass auch ältere Menschen eine Sexualität haben, die vom Pflegepersonal anerkannt werden sollte. Ein angemessenes Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner könnte in manchen Fällen helfen, die Notwendigkeit einer Intervention zu verhindern und schon präventiv bspw. sexuelle Aggressionen bei Menschen mit Demenz zu vermeiden (Cornelison & Doll, 2013). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der Fokus der Forschung mehr auf Präventionsmaßnahmen etwa in Form von Schulungen und Trainings zur Vorbeugung von sex. Gewalt in der Altenpflege gelegt werden sollte, wie sich auch im Rahmen der Evaluation einiger eingeschlossener Studien zeigte (Brazil et al., 2003).

Die Zusammenschau der Studien offenbarte eine Reihe an Limitationen. So hat sich gezeigt, dass die Studienlage im Bereich der sex. Gewalt in der Pflege sehr heterogen ist und die Studiendesigns oftmals nur sehr begrenzte Einblicke liefern können, was die Aussagekraft einschränkt und die Interpretation

der Ergebnisse erschwert. Hinzu kommt, dass nur sehr wenige Studien aus Deutschland in die vorliegenden Übersichtsarbeiten einbezogen werden konnten. Der Großteil der Studien kam aus anderen Ländern mit zum Teil sehr unterschiedlichen Pflegesystemen und entsprechend abweichenden Rahmenbedingungen, was die Einordnung und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland erschwert. Des Weiteren wäre eine größere Anzahl von Längsschnittstudien notwendig, um das Phänomen der sex. Gewalt in Bezug auf Prävalenzen, auslösende Faktoren, Charakteristika der beteiligten Personen, kurz- und langfristige Folgen sowie hilfreiche/effektive Präventions- und Interventionsmaßnahmen genauer einordnen zu können.

Hinsichtlich des eingangs skizzierten Umstands, dass in Deutschland eine stetig wachsende Zahl an Personen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege lebt und auch hier ein zunehmender Personalbedarf für deren Pflege verzeichnet wird, erscheint es dringend notwendig, das Problemfeld der sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stärker in den Fokus von Forschungsbemühungen zur Präventionsstärkung und zum Umgang mit sex. Gewalt zu rücken. Weitere Studien mit längeren Nachbeobachtungszeiträumen und größeren Stichproben wären notwendig, um die langfristige Effektivität der Maßnahmen und die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse besser beurteilen zu können.



## P2 Hellfeldanalyse auf Basis staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu Sexualdelikten

*Thomas Görgen, Chantal Höhn & Natalie Köpse*

Mittels einer Analyse staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu (Gewalt-)Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland wurden unter anderem Erkenntnisse zur Tatphänomenologie, zu Tatverdächtigen<sup>3</sup>-Opfer-Konstellationen und zur Tatgenese gewonnen. Darüber hinaus zielte die Aktenanalyse auf Möglichkeiten der Früherkennung von Risikokonstellationen und Perspektiven einer verbesserten Prävention ab. Justizielle Akten enthalten vielfältige und detaillierte Informationen zu Tat-, Tatverdächtigen- und Opfermerkmalen, zu Tatgenese, -kontext und -motivation, zur Tatentdeckung und behördlichen Kenntniserlangung sowie zur justiziellen Aufarbeitung des jeweiligen Falls. Ihrer Natur nach sind solche Dokumente auf das Hellfeld, also die behördlich registrierten und strafjustiziell bearbeiteten Fälle, beschränkt (und stellen hier eine reichhaltige Datenquelle dar, vgl. etwa (Leuschner & Hüneke, 2016); zu Analysen justizieller Akten siehe u. a. auch (Hellstern, 1984; Karstedt-Henke, 1982; Parisot et al., 2021), während ihnen das sogenannte Dunkelfeld verborgen bleiben muss.

### Methode

Sondierungen bei Polizei und Justiz zu Beginn des Projekts zeigten, dass sich das Hellfeld behördlich registrierter und bearbeiteter Fälle sexueller Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen nicht einfach über polizeiliche oder justizielle Registerdaten erschließen ließ. Für das deliktische Phänomen (Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung einer Person) wäre dies möglich gewesen, nicht jedoch mit Blick auf den Tatort bzw. Tatkontext „Stationäre Langzeitpflegeeinrichtung“. Hier wäre allenfalls an händische Sichtungen polizeilicher Vorgangsdaten zu Sexualdelikten zu denken gewesen, die jedoch – auf Kurzbeschreibungen von Fällen rekurrierend – unscharf hätten bleiben müssen und zudem angesichts von ca. 100.000 Fällen von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung pro Jahr und einer Verteilung der Datenbestände auf 16 Länderpolizeien und zwei Polizeien des Bundes im Rahmen des Projekts keinesfalls hätten geleistet werden können.

Angesichts dieser Randbedingungen wurde eine Recherchestrategie gewählt, die auf Pressemitteilungen der Justiz sowie die mediale Gerichtsberichterstattung zu einschlägigen Fällen zurückgriff. Mit einer bundesweiten Perspektive und einem Fokus auf Vorkommnisse aus den Jahren 2010 bis 2020<sup>4</sup> wurden umfangreiche webbasierte Recherchen durchgeführt. Die zentralen inhaltlichen Einschlusskriterien waren: (1) Es handelte sich um Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. (2) Die Taten wurden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen begangen.

---

<sup>3</sup> Im Rahmen der Hellfeldanalyse wird zur Bezeichnung derjenigen Personen, die im Verlaufe der untersuchten Verfahren im Verdacht standen, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen zu haben, durchgängig der Begriff „Tatverdächtige“ verwendet. Der Terminus bezeichnet zunächst Personen, die (nach polizeilichem Ermittlungsergebnis) der Beteiligung an einer Straftat verdächtig sind. Im weiteren Verlauf des Verfahrens kann aus einer tatverdächtigen Person eine beschuldigte, angeschuldigte, angeklagte und auch verurteilte Person werden. Auf derartige fallbezogene Begrifflichkeiten wird im vorliegenden Kapitel – ebenso wie auf die Begriffe „Täterin“ oder „Täter“ – zugunsten des Terminus „Tatverdächtige“ verzichtet.

<sup>4</sup> Jüngere Fälle wurden ausgeschlossen, da hier nicht von einem rechtskräftigen Verfahrensabschluss ausgegangen werden konnte, was regelmäßig dazu führt, dass die Akten von der Justiz nicht zu Untersuchungszwecken zur Verfügung gestellt werden (können).

Die Fallsuche richtete sich in erster Linie auf Taten zum Nachteil der in den Einrichtungen lebenden Personen; sofern im Zuge der Recherchen Fälle identifiziert wurden, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen Opfer sexueller Übergriffe wurden, wurden diese ebenfalls einbezogen.

Die Recherchen erfolgten mittels Suchabfragen, in denen phänomenbezogene Begrifflichkeiten („sexueller Missbrauch“, „Vergewaltigung“, „sexuelle Nötigung“, „Sexualstraftat“, „Sexualstraftäter“, „sexuell missbraucht“, „sexuelle Selbstbestimmung“ etc.) mit Begriffen kombiniert wurden, die auf den Kontext der stationären Langzeitpflege ausgerichtet waren („Pflegeheim“, „Pflegeeinrichtung“, „Heim“, „Langzeitpflege“, „Senioreneinrichtung“, „Altersheim“, „Bewohnerin“, „Bewohner“, „stationär“, „Pflegebedürftige“ etc.). Zum Teil wurden darüber hinaus Suchbegriffe integriert, die die Suche deutlicher auf justizielle Verfahren lenkten („Amtsgericht“, „Landgericht“, „Urteil“, „Freispruch“, „verurteilt“, „freigesprochen“, „Strafgesetzbuch“, „Richter“, „Richterin“, „Schöffengericht“, „Strafkammer“, „Freiheitsstrafe“, „Strafe“, „Bewährung“, „schuldfähig“, „schuldunfähig“ etc.). Die Recherchen brachten in der Regel Pressemitteilungen der Justizbehörden oder Medienberichte zutage; sie wurden so lange fortgesetzt, bis durch modifizierte Suchabfragen kaum noch Hinweise auf bis dahin unbekannt gebliebene Fälle generiert werden konnten und insofern eine gewisse Sättigung eingetreten war.

Mittels dieser Vorgehensweise wurden 79 potenziell einschlägige Vorkommnisse identifiziert.<sup>5</sup> Nicht in jedem Fall ergab sich die Einschlägigkeit eindeutig aus der medialen Berichterstattung. Dies betraf insbesondere die Frage der Tatörtlichkeit – wenn etwa in der Berichterstattung ohne weitere Spezifikation von einem „Heim“ die Rede war (das sich dann möglicherweise bei näherer Betrachtung als Einrichtung des betreuten Wohnens erwies). Bereits zu diesem Zeitpunkt war ersichtlich, dass der Phänomenbereich „Sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege“ offenbar vielgestaltig ist und dass dazu auch sehr schwerwiegende Vorkommnisse zum Nachteil von Bewohnerinnen und Bewohnern gehören. Neben Fällen des sexuellen Missbrauchs durch Pflege- und Betreuungspersonal wurden auch Gewalthandlungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch schwere sexuelle Gewaltvorkommnisse durch den Opfern zuvor fremde Tatverdächtige, die sich von außen kommend Zutritt verschafft hatten, identifiziert. Da die medialen Berichte in aller Regel keine justiziellen Aktenzeichen enthielten, wurde der Versuch unternommen, diese auf der Basis von (den Medienberichten entnommenen) Fallbeschreibungen, Orts- und Zeitangaben und Angaben zu beteiligten Personen sowie zum Verfahrensausgang bei den örtlich zuständigen Staatsanwaltschaften zu erfragen, was in 60 Fällen gelang. In einem nächsten Schritt wurden bei den Staatsanwaltschaften für diese 60 Fälle Anträge nach § 476 StPO (Auskünfte und Akteneinsicht zu Forschungszwecken) gestellt. Im Ergebnis wurden zu 53 Fällen die Verfahrensakten (bzw. in zwei Fällen die jeweils sehr umfangreichen Urteile) in Papierform und vereinzelt auf Datenträgern für Auswertungszwecke zur Verfügung gestellt. Nach einer anhand des Aktenmaterials vorgenommenen Prüfung auf Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien wurden sechs Akten ausgeschlossen, sodass die Untersuchungstichprobe justizielle Akten zu 47 Verfahren umfasst.

Zur Datenerfassung wurde ein spezifisch auf den Gegenstandsbereich zugeschnittenes standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt. Dieser Aktenanalysebogen umfasst folgende große Inhaltsbereiche:

---

<sup>5</sup> Bei der Projektplanung war ein Sample von 40 einschlägigen Verfahren und zugehörigen Akten angestrebt worden.

- Tatphänomenologie und Tatgenese: Opfer- und Tatverdächtigencharakteristika, (prädeliktische) Beziehung, Tatgeschehen, Tatkontext und Tatfolgen, tatfördernde Umstände und Tatgelegenheitsstrukturen, Tatentdeckung
- polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Fallbearbeitung: Kenntniserlangung, Anzeigenerstattung, polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen/Maßnahmen
- justizieller Verfahrensgang und -ergebnis: Verfahrenseinstellungen, gerichtliche Urteile, Sanktionen

Über die Bearbeitung des Analysebogens hinaus wurde zu jeder Akte eine freitextliche Fallzusammenfassung angefertigt, die den Geschehensablauf und den Verfahrensgang im Zusammenhang darstellt. Darüber hinaus wurden fallbezogene Besonderheiten (z. B. mit Blick auf Opfer- und Tatverdächtigenmerkmale, Umfang der polizeilichen bzw. justiziellen Fallbearbeitung, Schwierigkeiten des Tatnachweises, fehlende Befragungen von Opferzeuginnen und -zeugen sowie Auffälligkeiten in der Tatwürdigung) vermerkt.

Auf Basis der 47 ausgewerteten Verfahrensakten werden im Folgenden, orientiert an den wesentlichen Inhaltsbereichen der Datenerhebung und des Instruments, Ergebnisse vorgestellt.

## Ergebnisse

Mit Blick auf die tatbeteiligten Personen werden einführend (soziodemografische) Opfer- und Tatverdächtigenmerkmale beschrieben. In den untersuchten Vorgängen waren insgesamt 90 Personen von sexuellen Gewaltstraftaten betroffen. Die größte Gruppe der Geschädigten machten Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen aus ( $n = 87$ ), lediglich drei Geschädigte waren in den Einrichtungen beruflich tätig. Nachfolgend werden zunächst Informationen zur Gruppe der geschädigten Bewohnerinnen und Bewohner dargestellt. Eine kurze Analyse zu sexuell viktimisierten Beschäftigten folgt im Anschluss.

## Charakteristika der viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen

Die in ihrer sexuellen Selbstbestimmung verletzten Bewohnerinnen und Bewohner waren durchschnittlich 72 Jahre alt (Altersspanne 14<sup>6</sup> bis 96 Jahre), überwiegend deutscher Staatsangehörigkeit (97,6 Prozent) und zu 92,0 Prozent weiblich, zu 8,0 Prozent männlich. 57,5 Prozent der viktimisierten Einrichtungsbewohnerinnen und -bewohner lebten zum Tatzeitpunkt in Einzelzimmern, immerhin 23,0 Prozent in Doppelzimmern; zu den sonstigen Geschädigten (19,5 Prozent) konnten den Akten diesbezüglich keine Angaben entnommen werden. 75,9 Prozent der Geschädigten wurden rechtlich betreut – entweder von Familienangehörigen, Berufsbetreuerinnen und -betreuern oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Betreuungsvereins. Eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI konnte bei 71,3 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner anhand der Akten sicher festgestellt werden; zu den sonstigen Geschädigten lagen keine Angaben vor. Die Pflegebedürftigkeit spiegelte sich auch im Hilfebedarf bei Alltagstätigkeiten (70,1 Prozent) wider. Bemerkenswert ist, dass 58,3 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, für die ein solcher Hilfebedarf identifiziert wurde, auf Unterstützung in jeglichen Lebenslagen (Hygiene, Toilettengang, An- und Umkleiden, Nahrungsaufnahme) angewiesen waren. Zudem wurden weitere Indikatoren zum Gesundheitszustand erhoben, die eine Vulnerabilität der Betroffenen wahrscheinlicher machen: 85,1 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner litten an kognitiven, neurologischen oder psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz) und zeigten dies durch Verhaltensauffälligkeiten wie zum Beispiel Verwirrung und Desorientierung (zur Person sowie zu Raum und Zeit). Weitverbreitet waren auch Mobilitätsbeeinträchtigungen bei 52,9 Prozent der Personen – die sich oftmals in Gehbehinderungen (26,4 Prozent der Geschädigten) oder vollständiger Immobilität (25,3 Prozent der Geschädigten) äußerten – sowie Inkontinenz bei 42,5 Prozent der Opfer. Ferner wurden für 54,0 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner krankheits- und behinderungsbedingte Kommunikationseinschränkungen wie Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses (28,7 Prozent) oder der Sprachmotorik (16,1 Prozent) berichtet. Vielfach fanden sich zu derartigen Vulnerabilitätsmerkmalen in den Akten keine belastbaren Informationen. Dies erklärt sich häufig daraus, dass die entsprechenden Angaben für das Strafverfahren nicht ausschlaggebend erschienen. Die oben angegebenen Prozentwerte müssen insofern als Mindestwerte betrachtet werden, die tatsächliche Prävalenz unter den Geschädigten dürfte in der Regel höher liegen.

### Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung(en)

In Bezug auf die prädeliktische Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung<sup>7</sup> ließ sich zunächst feststellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner in unterschiedlichen Opfer-Tatverdächtigen-Konstellationen sexuell viktimisiert werden können. Die Gewalt ausübenden Tatverdächtigen wurden drei Kategorien zugeordnet. Im weiteren Verlauf werden die drei unterschiedlich stark vertretenen Tatverdächtigen-Gruppen – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, Bewohnerinnen und Bewohner und einrichtungsfremde Personen – näher betrachtet. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Anzahl der Tatverdächtigen auf die jeweiligen Gruppen sowie die Anzahl der jeweils viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner.

<sup>6</sup> Das niedrige Alter einzelner Opfer ist darin begründet, dass vereinzelt Fälle eingeschlossen wurden, die sich in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung und in Pflegewohngemeinschaften ereignet hatten, deren Klientel jünger als in Einrichtungen der stationären Altenhilfe war.

<sup>7</sup> Prädeliktische Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung meint das Verhältnis, in dem Opfer und Tatverdächtige vor der Tat zueinander standen.

**Tabelle 2**

Tatverdächtigen-Opfer-Konstellationen bei Viktimisierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern

<u>Tatverdächtige</u>	<u>Anzahl Tatverdächtige</u>	<u>Anzahl Opfer Bewohnerinnen/Bewohner</u>
Beschäftigte	25	49
Bewohner <sup>8</sup>	16	24
Einrichtungsfremde Personen	6	14

### **Sexuelle Übergriffe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern**

Das Erscheinungsbild sexueller Übergriffe des Einrichtungspersonals gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern ist sehr vielgestaltig. Weniger als 50 Prozent der Beschäftigten haben ausschließlich eine Person viktimisiert, teilweise geschah dies in gemeinschaftlicher Tatbegehung und auch die Tathandlungen, die Umstände der Tat sowie die Tatentdeckungsprozesse divergieren stark voneinander. Vor den nachfolgenden fallübergreifenden Beschreibungen sollen die Übergriffe von Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen anhand von zwei Beispielen veranschaulicht werden.

#### Fallbeispiel 1:

Eine Krankenpflegerin entdeckte auf dem Mobiltelefon ihres Ex-Partners, der in derselben Einrichtung wie sie als Krankenpflegehelfer tätig war, Bilder und Videos sexueller Übergriffe gegenüber drei Bewohnerinnen der Einrichtung. Die Geschädigten waren (bei der ersten aufgezeichneten Tatbegehung) 22, 32 und 51 Jahre alt und mehrfach schwerbehindert; für alle drei Frauen waren geistige Behinderungen, teilweise mit vollständiger Sprachunfähigkeit, bescheinigt. Eine der Geschädigten war vermutlich blind und konnte keine willkürlichen Bewegungen ausführen, keine der drei Frauen war in der Lage, das Bett ohne Hilfe zu verlassen. Auf den Aufnahmen ist zu sehen, wie der Tatverdächtige die Brüste der Frauen knetet, seinen Finger anal oder vaginal in die Geschädigten einführt oder sie nach dem Duschen nackt in ihr Zimmer stellte. Nach der Entdeckung dieser Tatdokumentationen ging die Krankenpflegerin mit Kollegen und der Einrichtungsleitung zur Polizei und erstattete Anzeige. Der tatverdächtige Krankenpflegehelfer wurde wegen insgesamt 14 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu vier Jahren und neun Monaten Freiheitsentzug verurteilt und mit einem dreijährigen Berufsverbot belegt.

#### Fallbeispiel 2:

Der Ehemann einer Heimbewohnerin sah bei einem Besuch im Heim, dass vor dem Zimmer seiner Frau ein Pflegewagen stand. Als er die Tür öffnete, sah er einen Krankenpflegehelfer vor dem erhöhten Pflegebett seiner Frau stehen, der „stoßähnliche“ Bewegungen vollführt habe, während die Ehefrau mit abgespreizten Beinen und am Unterkörper entkleidet auf dem Bett gelegen habe. Der Ehemann benachrichtigte unverzüglich die Polizei. Anhand von DNA-Spuren der Geschädigten auf dem Penisstrang des Tatverdächtigen sowie durch Vernehmungen des Pflegepersonals und des Ehemanns wurde der Krankenpflegehelfer der Tat überführt und nach § 179 StGB (Fassung vor 2016) wegen sexuellen Missbrauchs widerstandsunfähiger Personen zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und acht Monaten verurteilt.

<sup>8</sup> Da alle in den Einrichtungen wohnenden tatverdächtigen Personen männlichen Geschlechts waren, wird für diese Gruppe von Tatverdächtigen im entsprechenden Zusammenhang fortan das Maskulinum genutzt (und nicht weiter von Bewohnerinnen und Bewohnern gesprochen).

### Tatverdächtigencharakteristika: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen

Insgesamt waren 25 der 47 tatverdächtigen Personen in den Pflegeeinrichtungen, in denen die Taten begangen wurden, beruflich tätig. Diese Gruppe wird im Folgenden näher betrachtet. Das Alter der Personen lag zum Tatzeitpunkt zwischen 20 und 80<sup>9</sup> Jahren (durchschnittlich: 44 Jahre). Die Geschlechteranteile unter den Tatverdächtigen waren spiegelbildlich zu denen unter den geschädigten Bewohnerinnen und Bewohnern: 92,0 Prozent waren männlich, 8,0 Prozent weiblich. Die Tatverdächtigen besaßen mehrheitlich die deutsche Staatsangehörigkeit (76,0 Prozent) und waren, soweit hierzu Informationen vorlagen, zu 37,5 Prozent verheiratet, zu 12,5 Prozent in einer festen Partnerschaft, zu 29,2 Prozent ledig und zu 20,8 Prozent geschieden. Weiterhin wurden Angaben zum schulischen und beruflichen Werdegang der Tatverdächtigen erhoben: Soweit bekannt, beendeten zehn der tatverdächtigen Personen die Schule mit einem Volks- bzw. Hauptschulabschluss, fünf mit einem Realschulabschluss und jeweils zwei mit dem Abitur oder gänzlich ohne Abschluss. Insgesamt 64,0 Prozent hatten einen Beruf im (Kranken-)Pflegebereich erlernt. Die berufliche Anstellung der tatverdächtigen Personen gestaltete sich folgendermaßen: Am häufigsten war der bzw. die Tatverdächtige in der zum Tatort gewordenen Pflegeeinrichtung als Pflegehilfs- oder Pflegefachkraft tätig (jeweils 44,0 Prozent bzw. elf Personen), wenige hatten Leitungsfunktionen (Einrichtungs- oder Wohnbereichsleitung) inne (8,0 Prozent bzw. zwei Personen) oder waren noch in der Ausbildung (4,0 Prozent bzw. eine Person). Für 28,0 Prozent der Tatverdächtigen waren unterschiedliche kognitive, neurologische oder psychische Störungsbilder dokumentiert (z. B. Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, sexuelle Devianzen oder auch Schizophrenie), die in einigen Fällen bspw. in cholerischen oder aggressiven Verhaltensweisen zum Ausdruck kamen. Sechs Personen, somit knapp ein Viertel der Tatverdächtigen, waren zuvor bereits gerichtlich verurteilt worden und hatten entsprechende Einträge im Bundeszentralregister<sup>10</sup>. Bei drei dieser Personen war der Eintrag einschlägig, bezog sich also auf Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

Eine Besonderheit der von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begangenen Taten ist, dass einige Sexualdelikte im Kontext weiterer (Straf-)Taten begangen wurden. So gab es zum Beispiel in einem Fall mehrere Tatverdächtige, die an ihrem Arbeitsplatz pflegebedürftige Menschen nicht nur sexuell belästigten, sondern auch bestahlen, verletzten, demütigten und teilweise ermordeten. In einem anderen Fall nahm eine Altenpflegerin an mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern sexuelle Handlungen und weitere Gewalttaten vor (z. B. Ohrfeigen oder kaltes Abduschen einer Bewohnerin), filmte dies und schickte diese Videoaufnahmen an eine Internetbekanntschaft. Sie erhielt von dieser wiederum kinderpornografisches Material. In einem weiteren Fall wurden Taten eines Altenpflegehelfers in der Einrichtung entdeckt, nachdem er in Verdacht geraten war, im öffentlichen Raum (in diesem Falle an einem See) Videoaufnahmen von sich entkleidenden Frauen und Kindern angefertigt zu haben. Im Zuge der polizeilichen Ermittlungen wurden das Kameramaterial sowie diverse Speichermedien des Tatverdächtigen ausgewertet und hierbei unter anderem Belege für Sexualdelikte an mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern der Altenpflegeeinrichtung, in der der

<sup>9</sup> Ein Tatverdächtiger war zum Zeitpunkt der Tatbegehung Inhaber und Leiter der Pflegeeinrichtung und ging dieser Tätigkeit bis ins Alter von 80 Jahren nach. Dies erklärt die breite Altersspanne der Tatverdächtigen. Das Alter der sonstigen tatverdächtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist recht gleichmäßig auf die Altersspanne von 20 bis 60 Jahren verteilt.

<sup>10</sup> In das beim Bundesamt für Justiz geführte Bundeszentralregister (BZR) werden insbesondere rechtskräftige Strafaussprüche (bzw. Anordnungen von Maßregeln der Besserung und Sicherung) deutscher Gerichte wegen rechtswidriger Taten eingetragen (siehe zum BZR etwa Tolzmann, 2015). Die geläufige Formulierung, dass eine Person „Vorstrafen“ habe, bezieht sich zumeist auf Einträge im BZR.

Tatverdächtige tätig war, gefunden. Insgesamt stellen derartige Fälle, die sich durch eine gewisse Versatilität in Bezug auf Begehungsweisen und Opfer auszeichnen, jedoch eher Ausnahmen dar. In der Mehrzahl der hier untersuchten Fälle wurden den Tatverdächtigen ausschließlich Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung pflegebedürftiger Personen zur Last gelegt.

Im Zuge der folgenden Darstellungen werden nur solche Tathandlungen und Vorfälle in Betracht gezogen, die vonseiten der zuständigen Staatsanwaltschaft als Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung gewertet wurden. Etwaige andere Vorfälle sowie die davon betroffenen Personen wurden nicht in die Auswertung integriert. In die später folgende Darstellung der Verfahrensausgänge und richterlichen Urteile fließen diese weiteren Taten bzw. Opfer hingegen insofern ein, als dass die Urteile sich auf die Gesamtheit der den Beschuldigten in dem jeweiligen Verfahren zur Last gelegten Taten beziehen.

### Tatgeschehen bei Sexualdelikten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern

Die 25 tatverdächtigen Beschäftigten begingen Sexualdelikte an insgesamt 49 Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtungen. Von 14 der 25 Tatverdächtigen wurde genau eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner viktimisiert, wobei in einem Fall drei Tatverdächtige gemeinschaftlich handelten. Vier Tatverdächtige begingen Taten an jeweils zwei Personen, drei an drei Opfern und weitere drei an vier Personen; in einem Fall wurden acht pflegebedürftige Personen von einem Beschäftigten sexuell angegriffen. 19 der geschädigten Personen wurden einmal von der bzw. dem jeweiligen Tatverdächtigen viktimisiert; in zahlreichen weiteren Fällen kam es zu mehrfachen Viktimisierungen, bis hin zu einer Person, die 16-mal von sexuellen Übergriffen eines Tatverdächtigen betroffen war<sup>11</sup>.

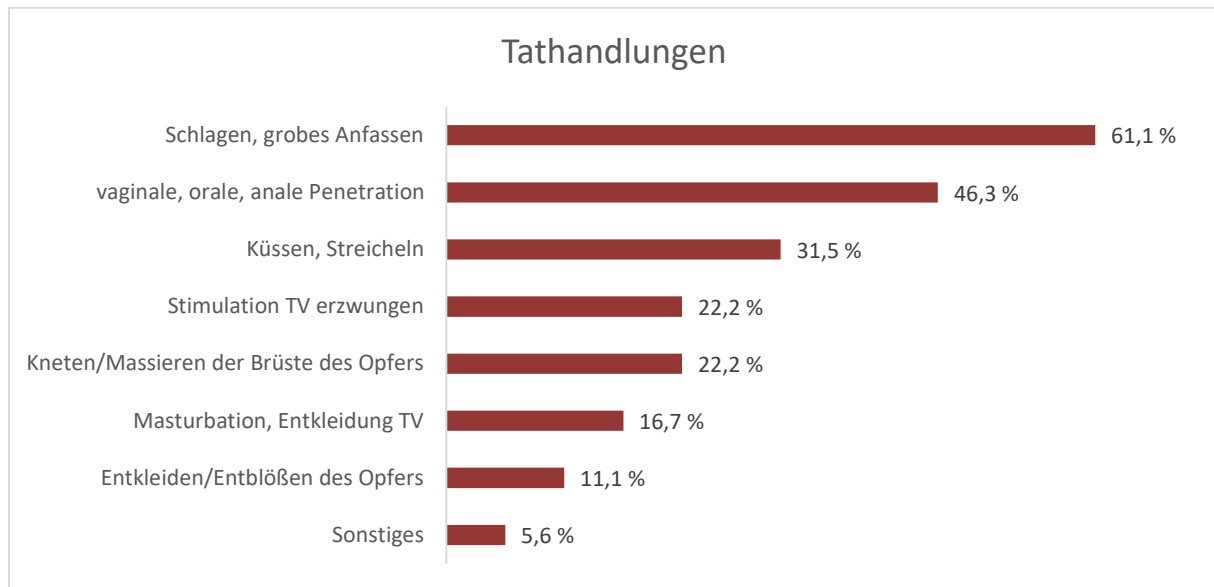
Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begangenen Übergriffe fanden in 81,1 Prozent der Fälle in den Zimmern der viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner statt und dort fast ausschließlich in den Betten der Opfer. Ein bedeutsamer Teil der Taten wurde nachts zwischen 21 und 6 Uhr begangen (32,1 Prozent), gefolgt von den Morgenstunden (zwischen 6 und 10 Uhr, in 22,6 Prozent der Fälle) sowie dem Abend (zwischen 17 und 22 Uhr, in 15,1 Prozent der Fälle). In vielen Verfahren stellte sich im Zuge der Ermittlungen heraus, dass der bzw. die Tatverdächtige zu diesem Zeitpunkt alleine im Dienst war und somit erleichterten Zugang zu den häufig wehrlosen, teilweise schlafenden Opfern hatte. Die Tathandlungen umfassten unter anderem grobes Anfassen bzw. Schlagen des Opfers (61,1 Prozent der Fälle erfolgt), vaginale, anale oder orale Penetration (46,3 Prozent), Küssen und Streicheln des Opfers (31,5 Prozent), Kneten oder Massieren der Brüste des Opfers (22,2 Prozent) bis hin zu erzwungenem Kontakt mit Tatverdächtigen bzw. deren Genitalien (22,2 Prozent). Abbildung 2 zeigt eine detaillierte Aufschlüsselung der Tathandlungen. Zahlreiche Taten umfassten mehrere Tathandlungen; die Abbildung stellt dar, bei wie viel Prozent der Geschädigten die jeweilige Handlung in den Akten dokumentiert wurde.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Im Zuge der Ermittlungen stellte sich in mehreren Verfahren heraus, dass das Opfer nicht zum ersten Mal von dem Tatverdächtigen viktimisiert wurde. Die oben genannten (Mehrfach-)Viktimisierungen beziehen sich ausschließlich auf Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

<sup>12</sup> Dabei sind auch nicht unmittelbar sexuell konnotierte Handlungen wie Schlagen und grobes Anfassen einbezogen, die im Vollzug sexueller Gewalttaten von den Täterinnen und Tätern eingesetzt werden.

**Abbildung 2**

*Tathandlungen bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (in % der Geschädigten, 121 Handlungen gegenüber 47 Personen)*



Für den überwiegenden Teil der Bewohnerinnen und Bewohner (60,0 Prozent) wurden in den Akten keine durch die sexuellen Gewalthandlungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlittenen körperlichen Verletzungen dokumentiert. In 22,0 Prozent der Fälle wurden laut Tatvorwurf zugefügte physische Verletzungen registriert. Hierbei zeigten sich vor allem leichte körperliche Schädigungen (11,8 Prozent) in Form von Hämatomen. In den Fällen, in denen eine psychische Schädigung als Folge der Tat ermittelt werden konnte (37,3 Prozent), wurden am häufigsten Folgeerscheinungen wie Angst und starke Nervosität beschrieben. Gründe für die insgesamt selten nachweisbaren Tatfolgen bei den Opfern lagen unter anderem darin, dass mehrere Taten erst mit zeitlichem Verzug aufgedeckt werden konnten. So wurden bspw. im Laufe von Ermittlungen Beschäftigte als Zeuginnen oder Zeugen zu einem akuten Vorfall befragt und berichteten im Zuge dessen von zurückliegenden Vorfällen gegenüber anderen Personen, die sodann als weitere Opfer einer bzw. eines Tatverdächtigen in die Ermittlungen integriert werden konnten. In solchen Fällen einer verzögerten Kenntniserlangung waren unmittelbare Tatfolgen wie Verletzungen in der Regel nicht mehr feststell- und nachweisbar.

Bei 27,8 Prozent der sexuellen Übergriffe, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begangen wurden, gab es unmittelbare Tatzeuginnen und -zeugen; zumeist handelte es sich hierbei um Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege. Diese teilten ihre Beobachtungen in der überwiegenden Anzahl der Fälle ihren Vorgesetzten mit, die wiederum die Strafverfolgungsbehörden (hier ausschließlich die Polizei<sup>13</sup>) in Kenntnis setzten. Einrichtungs- sowie Pflegedienstleitungen wandten sich am häufigsten an die Polizei, um die Taten zur Anzeige zu bringen (und erstatteten insgesamt 38,9 Prozent der Anzeigen), aber auch Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter (14,9 Prozent) sowie Angehörige der Opfer (z. B. Kinder oder Partnerinnen und Partner, 9,5 Prozent) gaben ausschlaggebende Hinweise an die Polizei. Die anzeigenden Personen erlangten vor allem durch Kolleginnen und Kollegen oder durch die Opfer selbst Kenntnis von der Tat, wobei Letztgenanntes

<sup>13</sup> Eine Anzeigerstattung ist auch gegenüber der Staatsanwaltschaft möglich, doch ist der Zugang über die Polizei nicht nur in diesem Deliktsfeld der üblichere.



häufig nur sehr eingeschränkt möglich war, da viele der Opfer durch gesundheitliche Einschränkungen wie Desorientierung zu Raum, Zeit oder Person<sup>14</sup> nicht in der Lage waren, sich mitzuteilen.

Vonseiten der Polizei wurde in Fällen vermuteter Sexualdelikte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern vor allem nach § 177 StGB (Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung) sowie § 174a StGB (Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen) ermittelt. Darüber hinaus waren unter anderem die §§ 179 StGB (Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen; 2016 aufgehoben) sowie 174c StGB (Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses) für die polizeilichen Ermittlungen von Bedeutung.

Abbildung 3 zeigt die Arten der Straftaten gemäß den Strafanzeigen. Da in vielen Fällen wegen Verstößen gegen mehrere Normen des Strafgesetzbuches ermittelt wurde, ergeben sich zu den Übergriffen von 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf 49 Geschädigte insgesamt 79 Straftatbestände, die Gegenstand der polizeilichen Ermittlungen waren.

### Abbildung 3

*Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (79 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 47 Geschädigten)*



Im Zuge der Ermittlungen wurden vonseiten der Polizei Pflegeprotokolle angefordert und ausgewertet (hinsichtlich des Beschäftigungsnachweises der Tatverdächtigen zum Tatzeitpunkt), ggf. ärztliche Untersuchungen der Geschädigten veranlasst, Zeuginnen und Zeugen vernommen und potenziell körperzellhaltige Spuren zu sichern versucht. Vernehmungen der Geschädigten waren häufig nicht möglich (z. B. aufgrund demenziell bedingter Einschränkungen des Gedächtnisses), aber wenn sie doch stattfinden konnten, ein wichtiges Beweismittel im Zuge der Gerichtsverhandlung.

Zu den Beweggründen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, solch eine Tat zu begehen, wurden, wenn vorhanden, Informationen aus rechtspsychologischen/psychiatrischen Gutachten sowie polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Vernehmungen der Tatverdächtigen erhoben: Für sechs

<sup>14</sup> Zur Bedeutung und Verbreitung einschlägiger Desorientierung im Alter und bei Einschränkungen des kognitiven Status siehe Peer et al. (2015), Rodriguez et al. (2021).

Tatverdächtige wurde die Befriedigung des Wunsches nach Sexual- bzw. Intimkontakt, häufig einhergehend mit dem Wunsch nach Macht und Kontrolle über das Opfer, als Hauptmotiv der Tatbegehung identifiziert. Vier der Tatverdächtigen (darunter das bereits vorher beschriebene Trio) begingen die Sexualdelikte einerseits zum Ausüben von Macht und Kontrolle gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern und andererseits zur persönlichen Unterhaltung. Zwei tatverdächtige Mitarbeiter gaben in den Vernehmungen an, die sexuellen Handlungen seien vermeintlich einvernehmlich gewesen. Eine auf ältere Personen bezogene Paraphilie<sup>15</sup> wurde für einen der Tatverdächtigen bescheinigt.

Berufsbedingt hatten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit des unkontrollierten Zugangs zu den Opfern und deren Zimmern, den Tatorten (z. B. während des Nachtdienstes). Mit 72,9 Prozent war dies der am häufigsten dokumentierte taterleichternde Umstand, dicht gefolgt von der eingeschränkten physischen Widerstandsfähigkeit der Opfer (in 70,8 Prozent der Fälle) bzw. deren verminderter Aussagefähigkeit (64,6 Prozent). In 56,3 Prozent der Fälle gab es außer den Geschädigten keine weiteren Tatzeuginnen oder -zeugen.

---

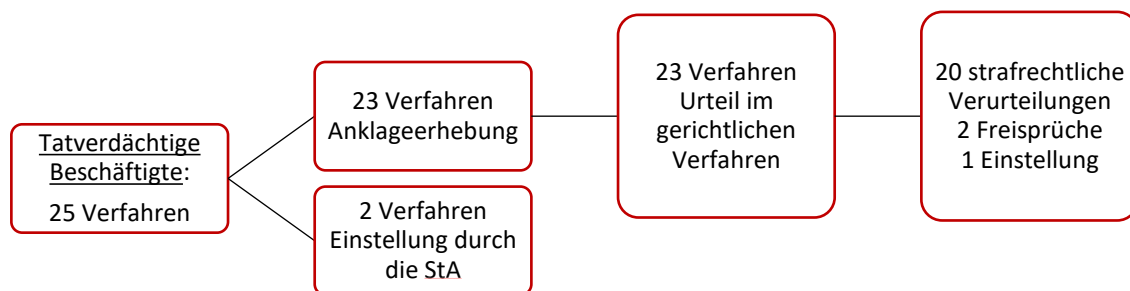
<sup>15</sup> Kritisch zum Konzept einer derartigen „Gerontophilie“ u. a. Janssen (2014).

## Verfahrensverlauf und -ergebnis bei Verfahren gegen tatverdächtige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Folgenden sollen Verlauf und Ausgang der Verfahren dargestellt werden<sup>16</sup> (Abb. 4). In Bezug auf zwei der 25 tatverdächtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden die Ermittlungen seitens der Staatsanwaltschaft eingestellt. Gründe für diese Verfahrenseinstellungen waren unter anderem eine fehlende bzw. zweifelhafte Schuldfähigkeit der Tatverdächtigen, eine unzureichende Beweislage, geringe Tatschwere und fehlendes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung.

### Abbildung 4

*Verfahrensausgang bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern*



In 23 Verfahren erhob die Staatsanwaltschaft Anklage gegen die bzw. den Tatverdächtige(n). Die Anklageerhebung erfolgte am häufigsten nach § 177 StGB (Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung), nämlich in elf Fällen, in acht Fällen nach § 174a StGB (Sexueller Missbrauch von [...] Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen) und in sechs Fällen nach § 174c StGB („Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“). Außerdem wurde in zwei Fällen Anklage nach § 183 StGB (Exhibitionistische Handlungen) erhoben sowie in einzelnen Fällen nach § 184i StGB (Sexuelle Belästigung) und § 223 StGB (Körperverletzung). Darüber hinaus erfolgten Anklagen wegen weiterer Straftatbestände, unter anderem wegen des 2016 aufgehobenen § 179 StGB (Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen), wegen Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornografischer Inhalte (§ 184b StGB) und wegen Verletzung der Vertraulichkeit des Wortes (§ 201 StGB). Im Zuge der auf die Anklage folgenden Hauptverhandlung wurden zwei Tatverdächtige freigesprochen, ein weiteres Verfahren wurde in der Hauptverhandlung eingestellt. In den weiteren 20 Verfahren führten die polizeilichen und später staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen zu strafrechtlichen Verurteilungen. Wie bei der Anklageerhebung wurden die Beschuldigten am häufigsten wegen der Straftatbestände der §§ 174a, 174c und 177 StGB verurteilt. Dabei wurden Sanktionen in Form unbedingter (d. h. nicht zur Bewährung ausgesetzter) Freiheitsstrafen in 14 Verfahren sowie in Form bedingter (also zur Bewährung ausgesetzter) Freiheitsstrafen in fünf Verfahren, teilweise in Kombination mit Geldstrafen, verhängt sowie in einem Verfahren ausschließlich eine Geldstrafe. Nebenstrafen und weitere Sanktionen bezogen sich in zwei

<sup>16</sup> Die nachfolgend dargestellten Verfahrensausgänge beziehen sich auf die hier analysierten Fälle von Sexualstraftaten gegenüber Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Da die Täterinnen und Täter zum Teil zugleich auch wegen anderer Taten (z. B. nicht sexueller Körperverletzungsdelikte) angeklagt waren und in solchen Fällen vom Gericht letztlich Gesamtstrafen gebildet wurden (siehe dazu Bringewat, 1987; Wilhelm, 2007), flossen in die Urteilsbildung zum Teil auch solche sonstigen Taten ein.

Verfahren auf § 70 StGB, der ein Berufsverbot – in diesem Kontext für die Ausübung sämtlicher Pflegetätigkeiten – beinhaltet, sowie auf die Ableistung gemeinnütziger Arbeit. Bei der psychiatrischen Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit wurde ein Beschuldigter als schuldunfähig (§ 20 StGB) eingestuft.

### **Sexuelle Übergriffe von Bewohnern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern**

Im Aktenmaterial fanden sich weiterhin sexuelle Übergriffe durch Mitbewohner der Einrichtungen, in denen die pflegebedürftigen Opfer lebten. Insgesamt 24 Bewohnerinnen und Bewohner wurden von Mitbewohnern viktimisiert. Bewohner der Pflegeeinrichtungen machten somit die zweitgrößte Gruppe der Tatverdächtigen aus (n = 16). Da ein Tatverdächtiger an einem Opfer verschiedene Taten an unterschiedlichen Tagen begehen konnte, übersteigt die Zahl der Tatvorkommnisse (n = 28) die der Geschädigten. Auch diese Fallgruppe soll im Folgenden anhand eines Beispiels illustriert werden.

#### Fallbeispiel:

Einer Nachtschwester eines Altenheims fiel auf den Aufnahmen einer Überwachungskamera, die auf die Flure der Einrichtung gerichtet war, auf, dass ein Bewohner im Laufe der Nacht mehrfach in ein bestimmtes (Doppel-)Zimmer ging. Sie begab sich daraufhin in das Zimmer, um nach den Bewohnerinnen zu schauen, und stellte fest, dass bei beiden Bewohnerinnen die Bettdecke entfernt worden war. Eine der Bewohnerinnen war zudem am Unterkörper entkleidet und ihre Slipeinlage war verschoben. Die ältere der beiden Geschädigten (92 Jahre) war dement und bettlägerig, sie konnte sich dementsprechend nicht gegen einen Angreifer wehren und war infolge der Demenz nicht vernehmungsfähig. Ihre ebenfalls demenziell erkrankte 75-jährige Zimmernachbarin berichtete, dass der tatverdächtige Bewohner in das abgedunkelte Zimmer eingetreten sei, bei ihrer Mitbewohnerin versucht habe, mit der Hand in deren Windel zu gelangen, und sich, nachdem dieser Versuch gescheitert sei, zu ihr begeben habe. Er habe ihr einen Finger vaginal eingeführt und sehr schmerzhaft ihre Brüste geknetet. Der 53-jährige Tatverdächtige war aufgrund eines Korsakow-Syndroms in seiner Auffassungsgabe und Erinnerungsfähigkeit stark beeinträchtigt, hatte außerdem eine leichte Intelligenzminderung und war bereits wegen eines Sexualdelikts vorbestraft. Er war erst wenige Monate vor der Tat auf die Station verlegt worden und vorher aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs in einem geschlossenen Bereich der Einrichtung untergebracht gewesen. Eine Pflegestufe hatte er nicht. Im Verlauf der Hauptverhandlung gestand der Tatverdächtige die Tat an der 92-jährigen Bewohnerin und wurde wegen mangelnder weiterer Beweise – die Aussagefähigkeit der 75-jährigen Zimmernachbarin war aufgrund ihrer Demenz angezweifelt worden – ausschließlich für diese Tat wegen versuchten sexuellen Missbrauchs bei eingeschränkter Steuerungsfähigkeit (§§ 179, 21, 22 StGB) zu einem Jahr Freiheitsstrafe verurteilt; ferner wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet (§ 63 StGB).

In dem soeben beschriebenen Fall erstreckten sich die Tathandlungen nicht auf ein einzelnes Opfer; eine Viktimisierung von zwei und mehr Bewohnerinnen war in 31,3 Prozent der hier untersuchten Fälle von Taten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern zu konstatieren. Der Fall veranschaulicht zudem eine mehrfach aufgetretene Problemkonstellation: Sexuell übergriffige Bewohner waren (im Schnitt und besonders stark in einigen Einzelfällen) deutlich jünger als die viktimisierten Opfer, hatten häufig eine Vorgeschichte, in der Substanzmittelkonsum offenbar eine relevante Rolle spielte, mit assoziierten Folgeerkrankungen – wie etwa dem Korsakow-Syndrom – bzw. Verhaltensveränderungen und waren den viktimisierten (z. T. bettlägerigen) Bewohnerinnen und Bewohnern körperlich deutlich überlegen.

### Tatverdächtigencharakteristika: Bewohner der Einrichtung

Die in der Einrichtung lebenden Personen, die sexuelle Übergriffe gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern begingen, waren ausnahmslos männlichen Geschlechts. Alle Tatverdächtigen hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Im Durchschnitt waren sie 59 Jahre alt, die Altersspanne lag zwischen 19<sup>17</sup> und 77 Jahren. Über die Hälfte war zum Zeitpunkt der letzten Tat geschieden bzw. befand sich in einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft (56,3 Prozent bzw. neun Personen), über ein Drittel war ledig (37,5 Prozent bzw. sechs Personen) und ein Bewohner war zum Tatzeitpunkt verheiratet. Ähnlich wie die tatverdächtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügten auch die tatverdächtigen Bewohner in 43,8 Prozent der Fälle (n = 7 Personen) über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss. Vier Personen (25,0 Prozent) hatten die Schule ohne Abschluss beendet, zwei mit dem Abitur und eine mit der mittleren Reife. Für die beiden verbleibenden Personen lagen keine Informationen zu Bildungsabschlüssen vor. Die sexuellen Übergriffe zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern ereigneten sich vor allem vor dem Hintergrund gravierender Krankheitsbilder. Der gesundheitliche Zustand der tatverdächtigen Bewohner variierte jedoch sehr stark zwischen den Personen: Während (laut Dokumentation in den Akten) zwei vollständig auf Hilfe bei Alltagstätigkeiten wie dem Toilettengang, der Nahrungsaufnahme, der Körperhygiene und dem An- sowie Umkleiden angewiesen waren, konnten fünf Personen all diese Tätigkeiten alleine bewältigen. Bei allen 16 Tatverdächtigen wurden in den Akten kognitive oder neurologische Erkrankungen bzw. psychische Störungen belegt (z. B. Alkoholabhängigkeit, Korsakow-Syndrom, Persönlichkeitsstörung mit paranoid-schizoiden Anteilen, Depression, Intelligenzstörungen, organische Persönlichkeitsstörungen, exogene Psychosen oder auch Demenz). Alle 16 Tatverdächtigen wiesen insofern komplexe Diagnosen auf, da bei ihnen jeweils mindestens zwei Störungsbilder festgestellt worden waren. Mit den Schädigungen der Nervenfunktionen sowie der psychischen Gesundheit gingen diverse Verhaltensauffälligkeiten einher:<sup>18</sup> Acht Bewohner fielen durch aggressives Verhalten auf, für sieben Bewohner wurde zeitliche, räumliche und zum Teil auch personelle Desorientierung beschrieben, sechs hatten Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen, ebenfalls sechs wiesen einen verflachten Affekt oder eine Affektstarre auf, vier waren suizidgefährdet und drei fielen durch distanzloses Verhalten oder Störungen der Impulskontrolle auf. In einzelnen Fällen wurde von Enthemmtheit, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, einer Einschränkung der Urteilsfähigkeit, Selbst- und Fremdgefährdung, depressiven Episoden, schneller Reizbarkeit, Wahnerleben oder auch psychomotorischer Unruhe berichtet.

Elf der 16 Bewohner waren zuvor bereits gerichtlich verurteilt worden (68,8 Prozent), vier von ihnen wegen Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Vier weitere Bewohner waren wegen Delikten verurteilt worden, die sich gegen die körperliche Unversehrtheit richteten, wobei ein Tatverdächtiger 22 und ein weiterer zwölf Einträge dieses Bereichs vorwies und somit beide eine bedeutsame kriminelle Vorgeschichte hatten.

---

<sup>17</sup> Da auch Pflegewohngemeinschaften und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung als stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen gewertet wurden, gibt es einige sehr junge tatverdächtige Bewohner.

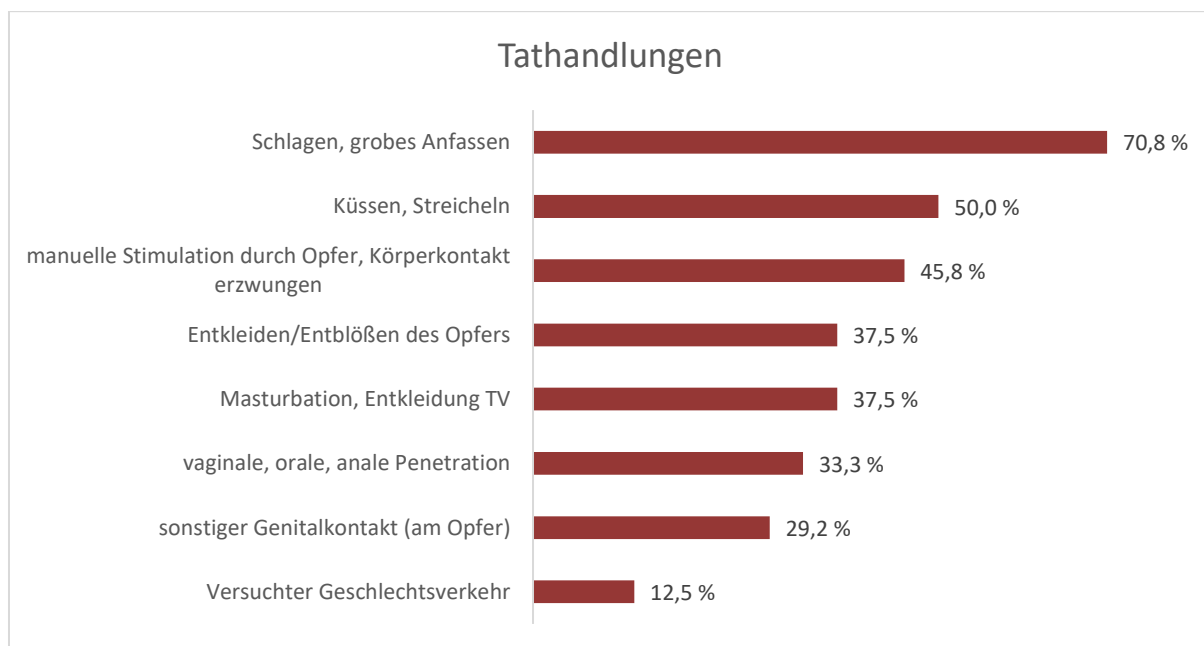
<sup>18</sup> Die Darstellungen der Verhaltensauffälligkeiten schließen sich nicht aus, sondern sind als einander ergänzend zu lesen. Die meisten der tatverdächtigen Bewohner zeigten mehrere der genannten Auffälligkeiten.

### Tatgeschehen bei Sexualdelikten von Bewohnern der Pflegeeinrichtung gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern

In elf Fällen wurde genau ein Opfer von einem Tatverdächtigen viktimisiert, in drei Fällen zwei, in einem Fall drei und in einem weiteren Fall wurden vier Personen Opfer der Übergriffe. Die sexuellen Missbrauchsvorfälle zwischen den in den Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern ereigneten sich überwiegend in den Zimmern der Opfer (60,7 Prozent<sup>19</sup>). Weitere Tatorte waren Gemeinschaftsräume oder Flure der Pflegeeinrichtungen (17,8 Prozent), die Zimmer der Tatverdächtigen (10,7 Prozent) oder andere Räumlichkeiten (z. B. Bad des Tatverdächtigen, Gemeinschaftsbad in der Einrichtung). Der Großteil der Taten wurde nachts (46,4 Prozent) oder abends (28,6 Prozent) begangen. Auch hier waren die Übergriffe sehr unterschiedlicher Art: Ein Großteil der Geschädigten wurde von den Tatverdächtigen geschlagen oder grob angefasst (70,8 Prozent), geküsst oder gestreichelt (50,0 Prozent), entkleidet oder entblößt (37,5 Prozent) und/oder vaginal, oral oder anal penetriert (33,3 Prozent). Die Tatverdächtigen haben sich selbst während der Tat(en) gegenüber 37,5 Prozent der Geschädigten entkleidet oder masturbiert und bei 12,5 Prozent wurde eine Penetration versucht, die aber jeweils misslang (siehe Abb. 5).

#### Abbildung 5

*Tathandlungen bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern (in % der Geschädigten, 80 Tathandlungen in 28 Tatvorkommnissen an 24 Personen)*



Im Hinblick auf die Tatfolgen ließen sich den Akten nur zu elf der 24 Geschädigten Informationen entnehmen: Bei sechs dieser Personen wurden keine körperlichen Schädigungen dokumentiert, bei fünf Personen lagen körperliche Verletzungen vor. Dies waren überwiegend leichte körperliche Verletzungen (12,5 Prozent), zum Beispiel Hämatome. In einem besonders schwerwiegenden Fall erlitt eine Geschädigte, nachdem der Tatverdächtige sie entkleidete, vaginal vergewaltigte und anschließend mit den Fäusten auf ihr Gesicht und ihren Oberkörper einschlug, Hämatome, Platzwunden, Frakturen und Risse in der Vaginalschleimhaut. Die Geschädigte starb infolge der Tat. Zu

<sup>19</sup> Diese und folgende Angaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl der Vorkommnisse zwischen tatverdächtigen Heimbewohnern und viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohnern (n = 28).

etwaigen psychischen Schädigungen der Opfer lagen ganz überwiegend keine oder keine eindeutigen Angaben in der Verfahrensakte vor. In den zwei Fällen, in denen psychische Schädigungen dokumentiert wurden, äußerten sich diese in Angst bzw. starker Nervosität.

Weiterhin wurden Erkenntnisse zu Tatmotiven der Beschuldigten sowie zu Tatgelegenheitsstrukturen gewonnen. Bei den tatverdächtigen Bewohnern wurde im Zuge forensisch-psychiatrischer Gutachten bei vier Personen eine krankheits- oder medikationsbedingt erhöhte Libido festgestellt, die die Tatbegehung im Zusammenspiel mit einer ebenfalls krankheits- oder medikationsbedingt verringerten Impuls- bzw. Verhaltenshemmung begünstigte. Bei weiteren fünf Tatverdächtigen wurde die Befriedigung des Wunsches nach Sexualkontakt oder Intimität genannt, eine sexuelle Paraphilie wurde für einen der tatverdächtigen Bewohner diagnostiziert. Für die restlichen sechs tatverdächtigen Bewohner konnte anhand der Akten kein eindeutiges Tatmotiv identifiziert werden.<sup>20</sup> Durch die zum Teil starken gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen der viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner ergaben sich günstige Tatgelegenheiten, insbesondere durch eine eingeschränkte physische Widerstandsfähigkeit der Opfer (in 78,9 Prozent der sexuellen Übergriffe von Heimbewohnern auf Bewohnerinnen und Bewohner). Bedeutsam war ferner der für die Tatverdächtigen unkontrollierte Zugang zum Tatort und somit zu den Opfern (57,9 Prozent), der durch die gemeinsame Unterbringung in der Pflegeeinrichtung und die Tatsache, dass die Taten meist nachts geschahen, also zu Zeiten mit eher geringer personeller Besetzung, ermöglicht wurde. In 47,4 Prozent der Fälle war das Opfer krankheitsbedingt nicht aussagefähig oder kognitiv nicht in der Lage, das Tatgeschehen zu begreifen.

Die Strafverfolgungsbehörden erhielten die zur Ermittlung führenden Hinweise in erster Linie durch das Pflegepersonal (in 39,3 Prozent der Fälle) oder durch die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung (in 35,7 Prozent der Fälle). In drei Fällen (10,7 Prozent) erstatteten Kinder der Geschädigten Anzeige und in jeweils einem Fall das Opfer selbst oder die ermittelnden Polizeibediensteten. Kenntnis erlangten die anzeigenden Personen (sofern sie nicht selbst Opfer der Tat waren) entweder durch Berichte unmittelbarer Tatzeuginnen und -zeugen (in 13 Fällen), eigene Beobachtungen der Tat (in sechs Fällen) oder durch augenscheinliche Auffälligkeiten an den Geschädigten, die im Zuge der Pflegeroutine festgestellt wurden (in zwei Fällen).

Bei der hier erörterten Personenkonstellation – nämlich sexuelle Gewaltvorkommnisse zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern – gab es mit Ausnahme eines Falles stets Zeuginnen und/oder Zeugen, die während der Tat anwesend waren oder diese entdeckten. Meist waren dies Pflegenden.

Am häufigsten ermittelte die Polizei wegen sexueller Übergriffe und Vergewaltigung (§ 177 StGB), gefolgt von sexuellem Missbrauch widerstandsunfähiger Personen (§ 179 StGB, 2016 aufgehoben) (Abb. 6). Darüber hinaus wurde wegen Körperverletzungsdelikten (§ 223 StGB) sowie in dem oben beschriebenen Fall der infolge der Tat verstorbenen Bewohnerin wegen Totschlags (§ 212 StGB) ermittelt.

---

<sup>20</sup> Die in den Akten dokumentierten Beweggründe für sexuelle Gewaltdelikte lassen, soweit Einlassungen der Tatverdächtigen oder Begutachtungen einen diesbezüglichen Schluss gestatten, überwiegend eine sexuelle Motivation, den Wunsch nach sexueller Befriedigung annehmen. Eine in der Literatur zu sexueller Gewalt in starkem Maße vertretene Sichtweise, die auf (männliche) Dominanz sowie Macht- und Kontrollstreben als motivierende Faktoren abstellt (siehe z. B. Armstrong et al., 2018; kritisch Palmer, 1988), wird hingegen in den Akten kaum erkennbar.

**Abbildung 6**

Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern (30 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 24 Geschädigten)

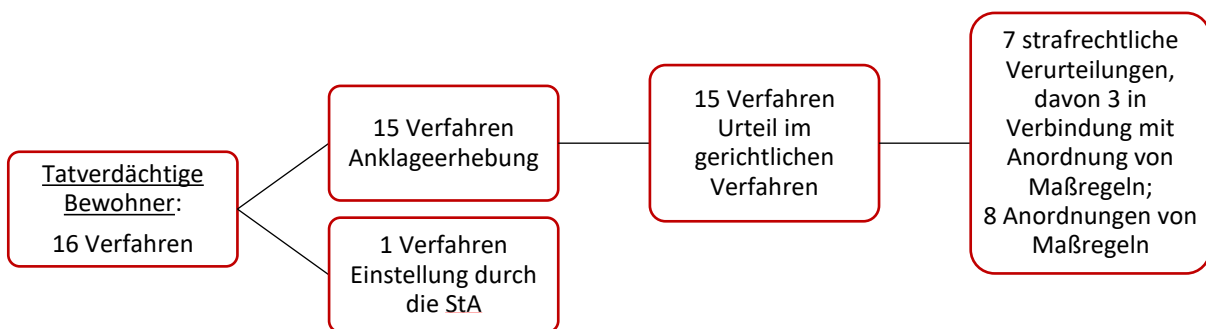


### Verfahrensverlauf und -ausgang bei Verfahren gegen tatverdächtige Bewohner

Abschließend werden Erkenntnisse zum Ausgang der Verfahren aufgeführt.

**Abbildung 7**

Verfahrensausgänge bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern



Von den insgesamt 16 Verfahren gegen Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen wurde ein Verfahren nach § 170 II StPO – kein hinreichender Tatverdacht – durch die Staatsanwaltschaft eingestellt. In den weiteren 15 Verfahren wurde Anklage erhoben.

Im Urteil angewandte Normen waren in acht Fällen § 177 StGB (Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung), in sechs Fällen der 2016 aufgehobene § 179 StGB (Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen), in vier Fällen § 223 StGB (Körperverletzung), in einem Fall § 178 StGB (Sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge) und in jeweils einem Fall § 211 StGB (Mord) und § 239 StGB (Freiheitsberaubung).<sup>21</sup>

<sup>21</sup> In den Fällen, in denen ein Täter Übergriffe an mehreren Personen beging, wurden diese unter ein Strafverfahren subsumiert.



Die nicht eingestellten Verfahren gegen die 15 Bewohner, die sexuelle Gewalttaten an Mitbewohnerinnen und -bewohnern begingen, endeten wie folgt: In vier Verfahren kam es zu Verurteilungen zu unbedingten (also nicht zur Bewährung ausgesetzten) Freiheitsstrafen zwischen zwölf und 32 Monaten. In fünf Verfahren wurden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) angeordnet. In drei Verfahren wurden die Tatverdächtigen zu unbedingten Freiheitsstrafen verurteilt, die durch die Kombination mit einer Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 63 StGB in geeigneten forensischen Psychiatrien vollzogen werden sollten. Drei weitere Tatverdächtige wurden aufgrund mangelnder Schuldfähigkeit (in einem Fall nach § 21 StGB [Verminderte Schuldfähigkeit], in zwei Fällen nach § 20 StGB [Schuldunfähigkeit]) freigesprochen, zugleich aber mit Blick auf das von ihnen ausgehende Gefährdungspotenzial im Zuge einer Anordnung von Maßregeln geschlossen untergebracht.

Bei der psychiatrischen Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit wurden insgesamt sechs Tatverdächtige als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) und sieben als schuldunfähig (§ 20 StGB) eingestuft. Lediglich zwei Beschuldigte wurden als voll schuldfähig begutachtet.

### **Sexuelle Gewalt durch einrichtungsfremde Tatverdächtige gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern**

Die Aktenauswertung zeigte, dass sexuelle Gewalttaten in stationären Einrichtungen zum Teil von Personen begangen werden, die keinen oder nur einen peripheren Bezug zu der Einrichtung haben, sondern vielmehr offenbar den Sozialraum „Stationäre Pflegeeinrichtung“ als günstiges Tatfeld aufsuchen bzw. bei einem vorübergehenden Aufenthalt dort sich bietende Tatgelegenheiten spontan wahrnehmen. Auch zu dieser Tatverdächtigen-Opfer-Konstellation sei einleitend ein Beispiel gegeben.

#### Fallbeispiel:

Ein 41-jähriger Mann brach in (laut eigenen Aussagen) betrunkenem Zustand und unter Einfluss von Cannabinoiden nachts durch ein Fenster in ein Pflegeheim ein. Dort beging er sexuelle Handlungen an drei Bewohnerinnen (82, 86 und 90 Jahre alt), floh nach der Entdeckung durch eine Pflegerin in ein weiteres Haus der Einrichtung und begab sich dort erneut in zwei Zimmer, in denen er eine 70-jährige sowie eine 83-jährige Bewohnerin viktimisierte. Fast alle Geschädigten wurden vom Tatverdächtigen entkleidet, mehrere wurden daraufhin am ganzen Körper berührt, teilweise führte der Tatverdächtige vaginal einen Finger ein. Bei zwei der geschädigten Frauen versuchte der Tatverdächtige, Hilferufe während der Tat zu unterbinden, indem er einer Frau ein Kissen auf das Gesicht presste und im Zimmer einer weiteren Frau den Notrufknopf aus der Wand riss. Zwei weiteren Frauen gelang es, durch lautes Schreien das Pflegepersonal auf die Tat aufmerksam zu machen. Nachdem der Tatverdächtige aus dem Gebäude der Einrichtung geflohen war und die zuständige Pflegerin zunächst die viktimisierten Bewohnerinnen versorgt hatte, folgten ihm aus dem zweiten Haus mehrere Pflegenden und konnten ihn schließlich mithilfe der inzwischen alarmierten Polizei überwältigen. Anhand von DNA-Spuren an den Geschädigten oder deren Bettwäsche, eines Schuhabdrucks des Tatverdächtigen und der Aussagen einiger vernehmungsfähiger Geschädigter sowie der Tatzeuginnen und -zeugen (aus der Pflege) wurde der Mann überführt und wegen Vergewaltigung und sexueller Nötigung in mehreren Fällen (§§ 177, 53 StGB) unter Berücksichtigung seiner vorliegenden akuten manischen Phase im Rahmen einer bipolaren Störung mit psychotischen Symptomen in Kombination mit dem Einfluss von Cannabis und einer daraus resultierenden verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB; auch „eine vollständige Aufhebung der Schuldfähigkeit im Sinne des § 20 StGB [wurde] nicht vollständig ausgeschlossen“) nicht strafrechtlich verurteilt, sondern in einer Entziehungsanstalt untergebracht (§ 64 StGB).

### Tatverdächtigencharakteristika: Externe Personen

Die dritte und kleinste Gruppe der Tatverdächtigen bildeten jene Personen, die in keinem direkten Bezug zur Einrichtung standen (n = 6). Die Einrichtung (und somit der Tatort) wurde, wie bereits erwähnt, von diesen Personen teils zum Begehen von Straftaten aufgesucht, teils wurden Tatgelegenheitsstrukturen vorgefunden und ergriffen (z. B. als Besucherin bzw. Besucher). Die ausschließlich männlichen externen Tatverdächtigen waren zwischen 18 und 77 Jahre alt (durchschnittlich: 46 Jahre). Drei der sechs Tatverdächtigen waren Deutsche, die anderen drei hatten sonstige Staatsangehörigkeiten. Drei Tatverdächtige waren ledig, zwei geschieden und einer verwitwet. Wie bei den beiden zuvor beschriebenen Tatverdächtigenengruppen hat auch hier die Mehrzahl der Beschuldigten die Schule mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss beendet (n = 4)<sup>22</sup>. Keiner der Tatverdächtigen ging zum Zeitpunkt der letzten Tat einer beruflichen Tätigkeit nach. Für drei der sechs Beschuldigten sind in den Akten psychische Störungen dokumentiert. In einem Fall lag die Kombination einer bipolaren Störung mit psychotischen Symptomen und Alkohol- sowie Cannabismissbrauch vor, bei einem weiteren Beschuldigten eine Depression sowie ebenfalls Cannabismissbrauch. Bei der sechsten Person wurde eine posttraumatische Belastungsstörung in Kombination mit einer multiplen Persönlichkeitsstörung und Alkoholmissbrauch diagnostiziert.

Fünf der sechs Tatverdächtigen waren zuvor bereits gerichtlich verurteilt worden, darunter alle drei Personen mit den Diagnosen psychischer Störungen. Zwei Tatverdächtige hatten einschlägige Vorstrafen; ansonsten waren unter anderem Verurteilungen wegen Delikten gegen die körperliche Unversehrtheit vermerkt.

### Tatgeschehen bei Sexualdelikten von externen Personen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern

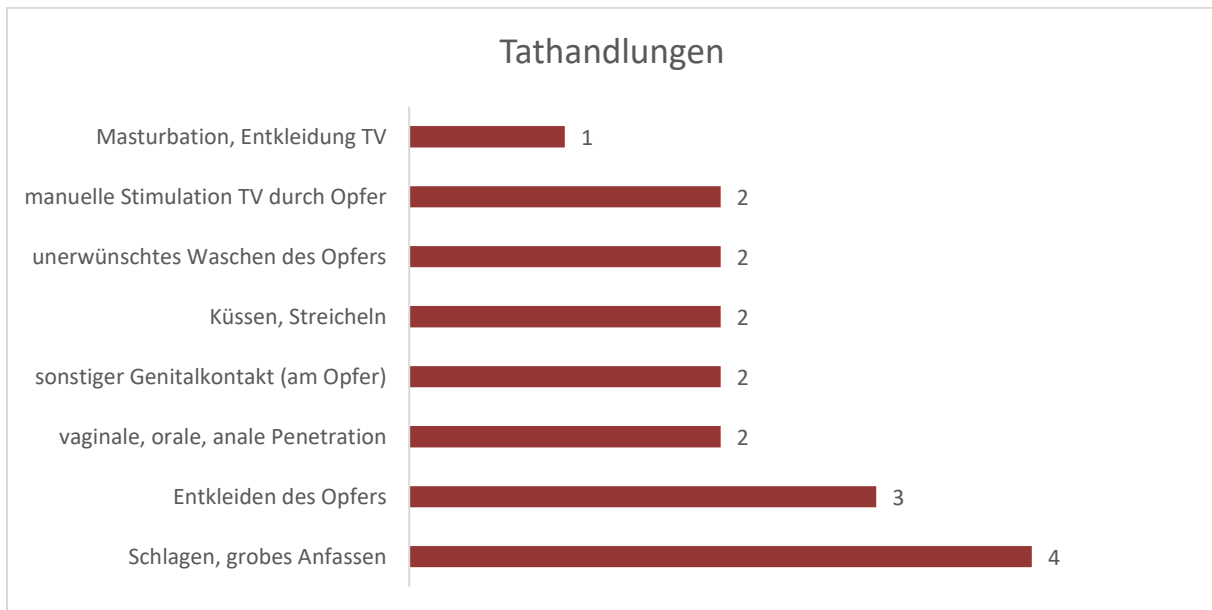
In drei Fällen viktimisierte der einrichtungsfremde Tatverdächtige ausschließlich eine Person; die drei weiteren Beschuldigten begingen Sexualdelikte an zwei, vier bzw. fünf Personen. Die von externen Tatverdächtigen ausgehenden Taten ereigneten sich vor allem nachts zwischen 22 und 6 Uhr (60,0 Prozent) und wiederum ganz überwiegend in den Zimmern der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner (92,9 Prozent). Die Hälfte der Tatverdächtigen beging die Taten an Wochenenden. Auch in dieser Tatverdächtigen-Opfer-Konstellation wurden viele der Geschädigten geschlagen bzw. grob angefasst (siehe Abb. 8). Eine für diese Gruppe spezifische Tathandlung ist das von einem Tatverdächtigen im Zuge einer akuten Wahnepisode gezeigte Waschen zweier Geschädigter gegen ihren Willen.

---

<sup>22</sup> Ein Tatverdächtiger schloss die Schule nach der 10. Klasse mit der mittleren Reife ab, einer verließ die Schule ohne Abschluss.

**Abbildung 8**

*Tathandlungen bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (horizontale Achse: Zahl der Geschädigten, 18 Tathandlungen an 14 Personen)*



Alle einrichtungsfremden Tatverdächtigen waren bei der Tatbegehung alkoholisiert, zum Teil stark. Während die Beschäftigten bereits aufgrund ihrer beruflichen Rolle einen häufig unkontrollierten Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtung hatten, erreichten einrichtungsfremde Tatverdächtige diesen Zugang auf anderen Wegen. Sie gelangten zum Beispiel durch defekte Türen (die deshalb nicht vollständig schlossen und den Eingangsbereich der Einrichtung nachts zugänglich machten) oder nachts durch offenstehende Fenster in die Pflegeeinrichtung. Aufgrund der schwachen personellen Besetzung während der Nacht waren die jeweiligen Etagen, in denen die Geschädigten wohnten, zum Zeitpunkt des Betretens der Einrichtung unbeobachtet und die Tatverdächtigen konnten in die unverschlossenen Zimmer der Geschädigten gelangen. Dies war ebenfalls am Tage möglich, wenn die einrichtungsfremden Personen fälschlicherweise für Besucher gehalten wurden oder tatsächlich Angehörige besuchten und sich infolgedessen ebenfalls ungehindert in der Einrichtung bewegen konnten.<sup>23</sup> Zur Überführung der Tatverdächtigen wurde hier in einem Fall, in dem der Tatverdächtige aus der Einrichtung fliehen konnte, bspw. Videomaterial einer Tankstelle sowie der Überwachungskamera eines einrichtungsnahen Privathauses ausgewertet; in einem anderen Fall konnte der Tatverdächtige mithilfe von Spermarückständen identifiziert werden.

Die Polizei ermittelte vor allem wegen Straftaten gemäß § 177 StGB, darüber hinaus in einzelnen Fällen auch wegen sexueller Belästigung (§ 184i StGB), sexuellen Missbrauchs (§ 179 StGB) sowie Beleidigung auf sexueller Grundlage (§ 185 StGB).

<sup>23</sup> Im Sinne des (kriminologischen) Routine-Activity-Ansatzes (siehe etwa Felson, 2002) erreichten die Täterinnen und Täter aus den Reihen der Beschäftigten den Zugang zu den Geschädigten aufgrund der mit ihrer spezifischen beruflichen Rolle und Position verknüpften Handlungsmöglichkeiten, während die einrichtungsfremden Tatverdächtigen unzureichende Zugangskontrollen nutzten, legitime Überschneidungen von Aktionsräumen simulierten (indem sie sich etwa als Besucher tarnten) oder – im Falle von zu Tätern werdenden Angehörigen – persönliche Beziehungen als Hintergrund eines legitim erscheinenden Zugangs nutzten (siehe zur Anwendung dieser Konzepte auf Straftaten gegen Ältere und in Institutionen auch Görden & Beaulieu, 2010; Harris & Benson, 2006).

**Abbildung 9**

Art der Straftaten gemäß den Strafanzeigen bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (15 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 14 Geschädigten)



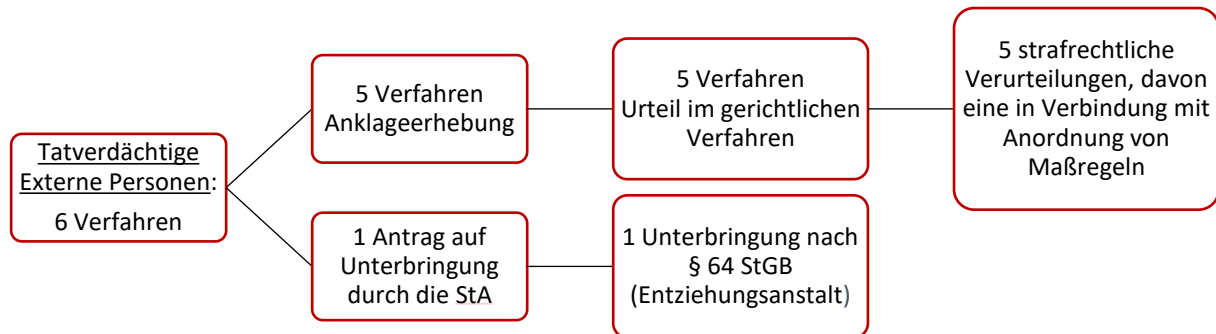
Hinsichtlich der Tatfolgen konnte in neun Fällen festgestellt werden, dass keine körperlichen Verletzungen bei den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern in den Akten vermerkt waren. In drei Fällen wurden die Opfer durch die sexuellen Missbrauchsvorfälle körperlich geschädigt, hierunter in zwei Fällen leicht; sie trugen Hämatome sowie Kratzer und Abschürfungen davon. Ferner konnten in drei Fällen durch die sexuelle Gewalt bedingte psychische Schädigungen nachgewiesen werden; hier wurden wiederum Folgeerscheinungen wie Angst oder starke Nervosität, aber auch emotionale Labilität genannt. Hinsichtlich der polizeilichen Kenntniserlangung konnte festgestellt werden, dass am häufigsten das Pflegepersonal (50,0 Prozent), das durch eigene Beobachtungen oder durch Kolleginnen und Kollegen aufmerksam wurde, derartige Vorfälle meldete. In 28,6 Prozent der Fälle geschah dies durch die Opfer selbst und in 21,4 Prozent durch die zuständigen Pflegedienstleiterinnen und -leiter. In acht der 14 Fälle, in denen Bewohnerinnen und Bewohner Opfer von Sexualdelikten durch einrichtungsfremde Tatverdächtige wurden, gab es direkte Tatzeuginnen und -zeugen. Dies waren teilweise Personen aus dem Pflegebereich sowie Partnerinnen und Partner oder Mitbewohnerinnen und -bewohner der Geschädigten. Als Tatmotiv wurde im Zuge der Hauptverhandlung bei vier Tatverdächtigen ein Wunsch nach Sexualkontakt genannt; einem Tatverdächtigen wurde eine durch übermäßigen Alkoholkonsum verminderte Hemmschwelle attestiert. Ein weiterer Tatverdächtiger handelte unter dem Einfluss einer akuten wahnhaften Episode aus der Überzeugung heraus, mehrere pflegebedürftige Frauen nachts aufsuchen und waschen zu müssen.

## Verfahrensverlauf und -ausgang bei Verfahren gegen externe Personen

Welchen Ausgang die jeweiligen Verfahren nahmen, zeigt die nachfolgende Abbildung.

**Abbildung 10**

*Verfahrensausgänge bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern*



In einem der sechs Verfahren gegen einrichtungsfremde Tatverdächtige wurde durch die Staatsanwaltschaft die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) beantragt und richterlich bewilligt. Dies erfolgte bei einem Tatverdächtigen, der unter einer bipolaren Störung mit psychotischen Symptomen litt und unter dem Einfluss akuter Wahnvorstellungen handelte. In den anderen fünf Verfahren wurde Anklage erhoben. Alle Tatverdächtigen wurden strafrechtlich verurteilt. In einem Fall geschah dies in Kombination mit der Anordnung von Maßregeln (bei dem Tatverdächtigen mit der posttraumatischen Belastungsstörung, Alkoholintoxikation und multipler Persönlichkeitsstörung).

In den Urteilen kam in vier Fällen § 177 StGB (Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung) und in zwei Fällen § 223 StGB (Körperverletzung) zur Anwendung. Darüber hinaus wurden Angeklagte auch nach dem 2016 aufgehobenen § 179 StGB sowie wegen Nötigung (§ 240 StGB) verurteilt. Nebenstrafen wurden in keinem der Fälle verhängt.

Bei der psychiatrischen Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit wurden vier Beschuldigte als voll schuldfähig und einer als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) eingestuft. Der Tatverdächtige, der nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden sollte, wurde als „zumindest nicht voll schuldfähig“ begutachtet. Es wurden eine zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe (18 Monate) sowie vier unbedingte Freiheitsstrafen verhängt, deren Dauer zwischen 27 und 90 Monaten variierte.

### **Sexuelle Gewalt durch verschiedene Tatverdächtige gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

Während (pflegebedürftige) Bewohnerinnen und Bewohner als durch sexuelle Gewaltvorkommnisse in stationären Pflegeeinrichtungen Geschädigte im Fokus der Studie standen, wurden zugleich einzelne Fälle identifiziert und untersucht, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl aus dem Pflege- und Betreuungsbereich als auch aus anderen Tätigkeitsbereichen einer Pflegeeinrichtung von sexuellen Übergriffen betroffen waren. Im weiteren Verlauf werden die Opfergruppe (n = 3), die Tatverdächtigen (n = 3) sowie die Umstände der Taten beschrieben.

### Opfer- und Tatverdächtigencharakteristika bei Sexualdelikten gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen

Die drei Geschädigten waren weiblichen Geschlechts, deutsche Staatsangehörige und als Praktikantin (15 Jahre alt), Pflegerin (26 Jahre alt) und Hauswirtschaftsangestellte (42 Jahre alt) in der jeweiligen Einrichtung beschäftigt. Die Taten wurden von drei männlichen, ledigen Personen begangen. Im Fall des Übergriffs auf die Hauswirtschaftsangestellte geschah die Tat durch den jüngeren Bruder der Ehefrau des Einrichtungsleiters. Dieser besaß die belarussische Staatsangehörigkeit, war 28 Jahre alt und aufgrund eines Unfalls in jungen Jahren und damit einhergehender kognitiver Langzeitfolgen erwerbsunfähig. Die Folgen des Unfalls wurden als organisches Psychosyndrom dokumentiert, das sich vor allem in Störungen der psychosozialen Funktionen äußerte (u. a. Verhaltensauffälligkeiten wie Verwirrung, zeitliche und räumliche Desorientierung, Aggressivität). Diese krankheitsbedingten Verhaltensänderungen konnten in einen direkten Zusammenhang mit der Tatbegehung gesetzt werden. Im zweiten Fall erfolgte die Tat durch einen einrichtungsinternen Auszubildenden (Hauswirtschaftler) gegenüber einer Praktikantin. Der 23-jährige Mitarbeiter war afghanischer Staatsangehöriger und besaß die allgemeine Hochschulreife. Im Fall der 26-jährigen Pflegerin war der Tatverdächtige ein Bewohner der Einrichtung. Der 46-Jährige besaß die deutsche Staatsangehörigkeit und hatte die Schule ohne Abschluss beendet. Für ihn wurden eine paranoide schizophrene Störung mit Residuum, eine Persönlichkeitsstörung und Substanzmittelmissbrauch in der Akte dokumentiert. Er sei einrichtungsintern wegen sexueller Übergriffe und aggressiven Verhaltens bereits bekannt gewesen und habe eine ausgeprägte „Weglauftendenz“<sup>24</sup>. Der Bewohner war bereits vor dem hier relevanten Vorfall gerichtlich verurteilt worden, unter anderem auch wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

### Tatgeschehen bei Sexualdelikten gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Alle Taten ereigneten sich an Werktagen und jeweils zu unterschiedlichen Tageszeiten. Tatorte waren hier – im Unterschied zu den Übergriffen gegen Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen, die häufig in ihren Zimmern viktimisiert wurden – ein Umkleideraum, ein Aufenthaltsraum und eine Waschküche. Die Praktikantin wurde an einem Vormittag von dem tatverdächtigen Auszubildenden an einen Schrank gedrückt, von ihm körperlich bedrängt und ungewollt am Gesäß festgehalten, anschließend leckte er ihr über den Hals und küsste sie. Die Hauswirtschaftsangestellte wurde an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vom Tatverdächtigen ungewollt geküsst, im Gesicht abgeleckt und an den Brüsten sowie am Gesäß unerwünscht angefasst und festgehalten. Er habe zusätzlich sexuelle Andeutungen mit den Händen gemacht, indem er Geschlechtsverkehr nachgeahmt und ihr somit vermittelt habe, dass er diesen mit ihr wünsche. In beiden Fällen wurde von den Tatverdächtigen geäußert, sie seien davon ausgegangen, dass der Sexualkontakt einvernehmlich sei. Im Falle der Krankenpflegerin, die von einem Bewohner viktimisiert wurde, habe ihr dieser an die Brüste und in den Intimbereich gefasst. Hinsichtlich der Tatfolgen wurden für keines der drei Opfer körperliche oder psychische Verletzungen oder (Langzeit-)Schädigungen dokumentiert. Die Hauswirtschaftsangestellte zeigte den an ihr begangenen sexuellen Übergriff nach Zureden ihres Mannes selbst an. Im Falle der Praktikantin übernahm deren Mutter die Anzeige und in dem der Pflegekraft die Einrichtungsleitung. In zwei Fällen gab es unmittelbare Tatzeuginnen und -zeugen, nämlich einen Pflegemitarbeiter sowie den (demenzkranken) Zimmernachbarn des

---

<sup>24</sup> Der häufig gebrauchte Begriff ist nicht unumstritten. Bisweilen wird alternativ die Formulierung „Hinlauftendenz“ verwendet, die das rational schwer nachvollziehbare, vom inneren Erleben her jedoch zielgerichtete Bewegungsverhalten demenziell Erkrankter fassen soll (siehe z. B. Gust, 2010).

tatverdächtigen Bewohners. Mit Blick auf das Motiv wurde die Tat in einem Fall aus einem irrtümlichen Verständnis des einvernehmlichen Sexualkontakts heraus begangen. In einem zweiten Fall war die Befriedigung des Wunsches nach Sexualkontakt und Intimität vorherrschend. Schließlich lagen in einem Fall Informationen zu günstigen Bedingungen für Tatgelegenheiten vor, die sich zum einen auf das Fehlen von Tatzeuginnen und -zeugen bezogen und zum anderen darauf, dass die geschädigte Frau sich von den familiären Beziehungen des Tatverdächtigen zur Einrichtungsleitung eingeschüchtert fühlte. Nach Strafanzeige ermittelte die Polizei nach § 177 StGB (im Falle der Hauswirtschaftsangestellten) sowie § 184i StGB (in den anderen beiden Fällen).

#### Verfahrensverlauf und -ausgang bei Verfahren zu Sexualdelikten gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen

Von der Staatsanwaltschaft wurde im Anschluss an die polizeilichen Ermittlungen Anklage nach § 177 StGB (im Falle des Angehörigen des Einrichtungsleiters sowie des Bewohners) sowie nach § 184i StGB (im Falle des Auszubildenden) erhoben. In der Hauptverhandlung wurde der als vermindert schuldfähig beurteilte angeklagte Bewohner freigesprochen, zugleich wurden allerdings Maßregeln der Besserung und Sicherung angeordnet (§ 63 StGB, d. h. Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus). Der in Ausbildung befindliche Mitarbeiter der Einrichtung wurde zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt. Er wurde als voll schuldfähig beurteilt. Der dritte Tatverdächtige, der die Hauswirtschaftsangestellte an ihrem Arbeitsplatz viktimisiert hatte, wurde wegen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) freigesprochen.

#### Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Aktenstudie zeigen, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sexuelle Übergriffe in sehr unterschiedlichen Personenkonstellationen erleben. Die geschädigten Bewohnerinnen und Bewohner sind überwiegend weiblich und körperlich oft stark eingeschränkt. Einige von ihnen waren zum Tatzeitpunkt bereits vollständig immobil oder konnten das Tatgeschehen nicht (mehr) verstehen. Dies zeigt eine hohe Vulnerabilität der Opfer, die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands in ihren Möglichkeiten, sich physisch zu wehren oder Hilfe zu holen, stark eingeschränkt waren. Verstärkt wurde die Angreifbarkeit durch den Umstand, dass die sexuellen Übergriffe häufig nachts geschahen, wenn die personelle Besetzung und damit die informelle Sozialkontrolle in der Regel schwach waren. Hierdurch kam es teilweise auch zu beträchtlichen Verzögerungen in der Tatentdeckung.

Die größte hier untersuchte Gruppe von Tatverdächtigen bestand aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen. Die tatverdächtigen Personen waren fast ausschließlich im Bereich der Pflege tätig. Durch ihre berufliche Tätigkeit war es ihnen möglich, unkontrollierten Zugang zu Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtungen zu erhalten und Situationen zu nutzen, in denen bspw. keine weiteren Tatzeuginnen und/oder -zeugen anwesend waren bzw. diese mit recht hoher Wahrscheinlichkeit nicht aussagefähig sein würden. Sie nutzten die Möglichkeit, sich mittels ihrer beruflich erhaltenen Generalschlüssel Zugang zu Opfern mit hoher Vulnerabilität (bedingt durch gesundheitliche Faktoren, aber auch zum Beispiel durch die Wohnsituation im Einzelzimmer) zu verschaffen und das aus der beruflichen Rolle resultierende Machtgefälle auszunutzen. Teilweise wurden sexuelle Übergriffe als Pflegehandlungen getarnt. Während offenbar zum Teil eine für die Tatbegehung und -verdeckung günstige Tageszeit gewählt wurde – nachts, wenn der bzw. die Tatverdächtige alleine im Dienst war –, fanden Taten häufig auch in den Morgen- und Abendstunden

statt, in denen die Personaldichte höher und damit grundsätzlich die informelle Sozialkontrolle stärker ist. Dies deutet darauf hin, dass die Tatverdächtigen entweder der Überzeugung waren, dass ihre Taten unentdeckt bleiben könnten, oder auf eine derartige Risikoabwägung verzichteten. Ein tatverdächtiger Mitarbeiter handelte aus einer akuten wahnhaften Störung heraus. Sein Verhalten war dadurch weder für Kolleginnen und Kollegen noch für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner vorhersehbar oder aufzuhalten. In einem weiteren Fall wurden die Taten von mehreren in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeinschaftlich geplant und durchgeführt, was zugleich eine gemeinschaftliche Verschleierung der Vorkommnisse auch über längere Zeiträume ermöglichte.

Andere pflegebedürftige Personen wurden von Mitbewohnern der Pflegeeinrichtung viktimisiert. Diese waren häufig wesentlich jünger als die Geschädigten und – jedenfalls im hier untersuchten Fallmaterial – ausschließlich männlichen Geschlechts. Aufgrund des gemeinsamen Status als Bewohnerinnen bzw. Bewohner derselben Pflegeeinrichtung waren die Tatverdächtigen ebenfalls in der Lage, die Geschädigten recht unkompliziert erreichen zu können. In keinem der untersuchten Fälle waren die Zimmertüren der Geschädigten abgeschlossen, wodurch es für die Angreifer leicht möglich war, die Zimmer zu betreten. Die Übergriffe durch Bewohner der Einrichtung wurden von diesen selten längerfristig geplant, vielmehr entstanden sie im Kontext demenzieller Veränderungen oder sonstiger psychischer Störungen wie dem Korsakow-Syndrom, das ebenfalls mit Störungen der Verhaltensinhibition einhergehen kann. Letzteres trat wiederholt bei einer vergleichsweise jungen und zudem suchtkranken Gruppe von Tatverdächtigen auf, die meist bereits (z. T. mehrere) Vorstrafen aufwiesen<sup>25</sup>. Die in diesem Fall offensichtlich fremdgefährdenden Bewohner waren gemeinsam mit in hohem Maße vulnerablen hochaltrigen Frauen in einer Einrichtung untergebracht. Die Ergebnisse weisen somit auch auf Fragen der angemessenen institutionellen Platzierung einer Gruppe jüngerer, körperlich vergleichsweise wenig eingeschränkter, zugleich auch durch Tendenzen zu aggressivem Verhalten geprägter Männer hin (zur Prävalenz von Aggression bei Korsakow-Patienten in Einrichtungen und insgesamt siehe u. a. Gerridzen et al., 2018; Gerridzen et al., 2017; Popa et al., 2021).

Die dritte Gruppe der Tatverdächtigen – nämlich jene, die sich, von außen kommend, Zugang zu den Pflegeeinrichtungen verschafft haben – zeichnete sich ebenfalls durch eine hohe Vorstrafenbelastung aus. Die Tatverdächtigen handelten ausnahmslos in alkoholisiertem Zustand, zum Teil waren sie zudem krankheitsbedingt kognitiv verändert. Sie gelangten vor allem als vermeintliche Besucher oder durch defekte Türen oder geöffnete Fenster in die Einrichtungen und fanden dort leicht zugängliche Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner vor.

Die Polizei verschaffte sich im Zuge der Ermittlungen in allen Fällen die Pflegeakten der Geschädigten und – sofern vorliegend – der Tatverdächtigen. Dort waren teilweise Auffälligkeiten dokumentiert, die bei der Aufdeckung zeitlich weiter zurückliegender Taten halfen. Auch polizeiliche und staatsanwaltliche Vernehmungen spielten für die Aufklärung der Taten eine wichtige Rolle: In den Ermittlungen zu neun Tatverdächtigen wurden mehr als zehn (und maximal 40) polizeiliche Vernehmungen und im Zuge der Hauptverhandlung in 13 Fällen mehr als zehn (und maximal 50) Vernehmungen dokumentiert. Die Geschädigten waren häufig krankheitsbedingt (z. B. durch eine demenzielle Veränderung des Gedächtnisses) nicht zu einer Aussage in der Lage. Dies traf ebenfalls auf die tatverdächtigen Bewohner zu. In allen Ermittlungen wurden die Einrichtungsleitung sowie das

---

<sup>25</sup> Insgesamt waren mehr als zwei Drittel der in der Aktenstudie als Täter untersuchten Bewohner vorbestraft, oftmals wegen Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit oder die sexuelle Selbstbestimmung.



Pflegepersonal, das unmittelbar für die Pflege der Geschädigten zuständig war, befragt. In einigen Fällen konnte Videomaterial zur Tataufklärung genutzt werden, das teils von Überwachungskameras (auf dem Flur eines Heimes bzw. im Freien) stammte, teils aber auch von den Tatverdächtigen für den eigenen (teilweise pornografischen) Gebrauch oder zum Weiterversand erstellt worden war. Ermittlungsprobleme entstanden zum Teil dadurch, dass die Geschädigten nach Entdeckung der Tat vom Pflegepersonal gewaschen wurden und zudem die Bettwäsche gewechselt wurde, sodass keine körperzellhaltigen Spuren der Tatverdächtigen gewonnen werden konnten. In den Fällen, in denen dies möglich war, halfen diese Spuren oft bei der Tataufklärung. Im Falle eines externen Tatverdächtigen waren sie das einzige Beweismittel, das letztlich zur Verurteilung herangezogen werden konnte.

Die vorliegende Aktenstudie vermag ihrer Natur nach, nur einen Ausschnitt des strafjustiziellen Hellfelds sex. Gewalt in Einrichtungen der Langzeitpflege abzubilden. Es konnten Vorkommnisse ausgewertet werden, die erstens den Behörden zur Kenntnis gelangt waren und zweitens eine hinreichende Schwere hatten, um Prozesse der Strafverfolgung nach sich zu ziehen. Da der Zugang zu den Vorkommnissen mangels anderer gangbarer Wege über Auswertungen der medialen Gerichtsberichterstattung erfolgte, kam als weiterer Selektionsfaktor hinzu, dass die Fälle vonseiten der Justiz wie der Medien interessant genug erscheinen mussten, um darüber zu berichten. Relativ zur notwendigerweise unbekannt bleibenden Gesamtheit der Vorfälle sex. Gewalt in der Langzeitpflege ist daher davon auszugehen, dass die hier untersuchten Fälle sich vor allem durch ihre Schwere und ein vermutetes öffentliches Interesse an ihnen auszeichnen. In der Studie angefallene Befunde zu Hürden der Tatentdeckung und Tataufklärung (etwa vor dem Hintergrund eingeschränkter Aussagefähigkeit der Geschädigten) lassen zugleich ein großes Dunkelfeld vermuten.

### P3 Qualitative Interviewstudie in Einrichtungen

*Thomas Görgen, Chantal Höhn, Natalie Köpsel & Sascha Mousawi*

Im Rahmen der vorliegenden Studie zu sex. Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wurden strukturierte Interviews mit Beschäftigten verschiedener Pflegeeinrichtungen, wie etwa Einrichtungen für Menschen mit Behinderung oder Altenpflegeeinrichtungen, geführt. Dies ergänzt die Erkenntnisse aus der Aktenanalyse, die sich per definitionem nur auf das strafjustizielle Hellfeld beziehen können und durch die institutionelle Sichtweise der Strafverfolgungsbehörden geprägt sind, um die Binnenperspektive der in den Einrichtungen Tätigen. Es ermöglicht auch, Vorkommnisse und Problemlagen einzubeziehen, die außerhalb des Bereichs der Strafverfolgung bleiben.

#### Methode

Bei der Auswahl der Einrichtungen wurde Wert auf Varianz im Hinblick auf Merkmale wie Größe, Standort und mögliche Spezialisierungen (z. B. im Bereich der Demenzpflege) gelegt. Die Gewinnung von Heimen für die Interviews fiel ebenso wie die Durchführung der Gespräche in die Zeit der Coronapandemie, was beide Prozesse beträchtlich erschwerte. Insgesamt wurden 18 Einrichtungen in Deutschland postalisch, telefonisch und per E-Mail kontaktiert. Von diesen 18 erklärten sich sieben bereit, an der Studie teilzunehmen. Mit Blick auf die zeitlichen Ressourcen des Projektes wurden letztlich in fünf dieser sieben Einrichtungen Interviews mit 32 Beschäftigten geführt. Die Einrichtungen liegen in den Bundesländern Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen und sind in kommunaler, privater und freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Größe variiert zwischen 90 und 235 Betten. Eine der ausgewählten Einrichtungen hat einen besonderen Schwerpunkt auf der Pflege demenziell erkrankter Personen. Eine weitere bietet vor allem jungen Menschen einen Ort der Pflege und hat ein eigenes LGBTQI\*-Schutzkonzept. Schließlich stellt eine weitere Einrichtung spezialisierte Plätze für Menschen mit einem hohen Grad an Selbstgefährdung zur Verfügung. Drei Einrichtungen haben Gewaltschutzbeauftragte, über die jeweils die Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Leitungspersonen erfolgte.

In den Einrichtungen wurden mit den zwei folgenden Gruppen Interviews geführt: Personen, die als Einrichtungs-, Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitungen arbeiteten und im weiteren Verlauf der „*Leitungsebene*“ (LE) zugerechnet werden, sowie Personen, deren Tätigkeit im Bereich der Pflege oder Betreuung lag, im Folgenden die „*Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter*“ (MA). Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden mittels standardisierter Interviewleitfäden befragt. In diesen wurde nach erlebten Vorfällen sex. Gewalt in der jeweiligen Einrichtung, nach dem situativen sowie organisationalen Umgang mit solchen Vorkommnissen, nach Möglichkeiten der Fortbildung sowie nach Vorstellungen und Wünschen zur Verbesserung der Prävention gefragt. In den Interviews mit den MA wurde der Schwerpunkt auf erlebte Vorfälle gelegt. Dabei waren insbesondere der situative Umgang mit einschlägigen Vorkommnissen und die von den Interviewten erlebten Unterstützungsangebote seitens der Einrichtungen Gegenstand der Gespräche; in den Interviews mit Personen der LE wurden Gewaltschutzkonzepte, Leitlinien zum Umgang mit Vorfällen sex. Gewalt und weitere organisationale Präventionsmaßnahmen thematisiert.

Die Auswahl der Interviewpersonen innerhalb der Einrichtung wünschten alle Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter (z. B. Präventions- oder Qualitätsbeauftragte, Pflegedienst-, Wohnbereichs- oder Einrichtungsleitung) innerhalb des verabredeten Rahmens (Personal der

Betreuung, Pflege, Einrichtungs- sowie Pflegedienstleitungen) selbst zu übernehmen. Insgesamt konnten 15 Personen der LE und 17 MA befragt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege und Betreuung waren im Durchschnitt 44 Jahre alt, überwiegend weiblich (70,6 Prozent; n = 12) und arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung zwischen sechs Monaten und 34 Jahren in der jeweiligen Einrichtung. Die Befragten der LE waren ebenfalls überwiegend weiblich (80,0 Prozent; n = 12) und durchschnittlich 51 Jahre alt. Die Zeit in der jeweiligen Leitungsposition wurde mit wenigen Monaten bis wiederum hin zu 34 Jahren angegeben.

Die Interviews wurden vor Ort in den Einrichtungen durchgeführt. Vor Beginn der Interviews erhielten die Interviewpartnerinnen und -partner eine kurze Beschreibung des Projektes sowie Informationen zur Anonymisierung der Daten und zur Möglichkeit, Fragen unbeantwortet zu lassen bzw. das Gespräch jederzeit zu beenden. Nach schriftlichem Einverständnis der bzw. des Befragten wurde das Interview mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Sowohl der Beginn als auch das Ende der Aufnahme wurden verbal mitgeteilt. Die Gespräche waren in der Planung auf ca. 60 Minuten angelegt; die tatsächliche Dauer variierte zwischen 30 und 90 Minuten. Im Anschluss an die Durchführung wurden die Interviews wortgetreu transkribiert und im Folgenden per qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015), orientiert an den Leitfragen der Interviews, ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung zunächst präsentiert und anschließend im Rahmen einer kurzen Diskussion kritisch betrachtet. Die Darstellungsreihenfolge orientiert sich im Wesentlichen an den Kernfragen der Interviewleitfäden:

- (1) Welche Vorfälle können die Interviewten berichten; wie wurde in der jeweiligen Situation und in der Organisation mit den beteiligten Personen verfahren?
- (2) In welcher Form wurde und wird das Pflegepersonal im Rahmen der Ausbildung sowie in fortlaufenden Fort- und Weiterbildungen auf den Umgang mit Vorfällen sex. Gewalt im Pflegekontext vorbereitet?
- (3) Was sind die Wünsche der Interviewpartnerinnen und -partner zur Vorbeugung sex. Gewalt in der Langzeitpflege?

## Ergebnisse

### Vorfälle und Umgang

Fragen nach in der jeweiligen Einrichtung erlebten Vorfällen sex. Gewalt richteten sich hinsichtlich der an den Vorkommnissen beteiligten Personen explizit auf alle denkbaren Konstellationen. Von Übergriffen durch Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber Pflegekräften sowie von Übergriffen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde sowohl in den Gesprächen mit der LE als auch in denen mit den MA häufig berichtet. Dabei war auch von Bewohnerinnen und Bewohnern die Rede, die ein generalisiertes sexuell enthemmtes Verhalten zeigten<sup>26</sup> und deren Übergriffe sich daher sowohl gegen Mitbewohnerinnen als auch gegen das Personal richteten.

Einen großen Teil der von den Interviewten berichteten Vorfälle sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege machen Übergriffe von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber dem

---

<sup>26</sup> Sexuelle Enthemmung wird auch in der Fachliteratur immer wieder als eine mögliche behaviorale Begleiterscheinung von Demenzerkrankungen beschrieben (und dabei z. T. von unangemessener Intimitätssuche als einer weiteren Form problematischen Sexualverhaltens unterschieden; siehe etwa Bartelet et al., 2014; Chapman et al., 2020; Cipriani et al., 2016).

Pflegepersonal aus.<sup>27</sup> Diese kämen insbesondere während alltäglicher Pflegeroutinen wie bspw. der Intimpflege, bei der das Personal den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern körperlich sehr nahekommt, vor. Sex. Gewalt trete in diesem Kontext unter anderem in Form verbaler Äußerungen auf, wie in belästigenden oder als bedrohlich empfundenen Kommentaren. So wurde etwa das im folgenden Interviewausschnitt wiedergegebene wiederkehrende Verhalten eines Bewohners während der Pflege berichtet:

*„Ein Beispiel, wir haben hier einen Herrn, der ist praktisch in seinem Zustand seit er 19 ist aufgrund eines Arbeitsunfalls, und der ist schon immer so gewesen, dass er Komplimente macht oder [sagt]: ‚Nein, wasch du mich lieber, du kannst das viel besser‘ oder ‚So eine schöne Frau habe ich noch nicht gesehen‘ und ‚Ich muss mich wirklich zurückhalten, wenn ich dir nicht an die Brust fasse oder an den Po fasse‘.“ (E2-MA4, S. 1)<sup>28</sup>*

In den Interviews wurde auch über sexuell konnotierte grenzverletzende Äußerungen seitens der Gepflegten berichtet:

*„[...] eine Bewohnerin, sie war immer lieb, nett, freundlich. Und als man [sie] dann vor [das] Waschbecken gestellt hat: ‚Stellen Sie sich bitte hin, ich wasche jetzt Ihren Intimbereich‘, dann sagt sie: ‚Ja, rubbel mal noch ein bisschen mehr und bisschen mehr.‘“ (E1-MA3, S. 4)*

Außerdem wurden sexuelle Übergriffe auch in physischer Form berichtet, wie bspw. das unerlaubte Berühren des Intimbereichs der Pflegenden:

*„Er hat einen dann in den Schritt gegriffen oder – er war halbseitig gelähmt, aber hat mit der anderen Hand einen überall angefasst, wo man es nicht wollte. Man musste natürlich dann energisch manchmal sein, dass er das nicht gemacht hat. Wenn man darauf vorbereitet ist, kann man sich darauf einstellen, aber unvorbereitet war es schwer.“ (E1-MA3, S. 1)*

Das Pflegepersonal berichtete in diesem Kontext von einem Konflikt zwischen persönlichen Grenzen und beruflicher Fürsorgepflicht. Der situative Umgang beinhaltet häufig das Ignorieren oder Belächeln von Kommentaren, verbale Abgrenzung gegenüber der Handlung oder Aussage der Bewohnerinnen und Bewohner oder das Verlassen der Situation. Aus den Aussagen der befragten Personen geht hervor, dass das „Hinnehmen“ von erlebten Übergriffen meist nicht darauf beruht, dass die Personen diese nicht als sexuelle Grenzverletzungen erkennen. Ausbleibende rechtliche Schritte oder formale Meldungen innerhalb der Einrichtungen beruhen vielmehr darauf, dass das erlebte Verhalten der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner als Teil der Krankheitssymptomatik verstanden und erklärt wird. Vorfälle sex. Gewalt werden dementsprechend nicht als Straftaten interpretiert, sondern als unumgänglicher Umstand der Pflege psychisch und kognitiv beeinträchtigter (z. B. demenziell veränderter) Bewohnerinnen und Bewohner.<sup>29</sup> Oftmals werden Meldungen erst bei schwerwiegenden

<sup>27</sup> Auch diese Thematik wird in der internationalen Fachliteratur vielfältig behandelt, siehe etwa Adler et al. (2021), Cook et al. (2022), Ho & Goh (2022), Khasay et al. (2020), Villar et al. (2020).

<sup>28</sup> Die Bezeichnungen bzw. die Quellenverweise der Interviews wurden für eine verbesserte Übersichtlichkeit mit „E“, „MA“ und „LE“ abgekürzt. „E“ steht hierbei für die (fortlaufend nummerierte) jeweilige Einrichtung, „MA“ steht für die jeweilige Mitarbeiterin bzw. den jeweiligen Mitarbeiter. Daneben steht „LE“ für die einzelnen Leitungspersonen. Auch die einzelnen Personen dieser beiden Gruppen werden durch eine jeweilige Zahl unterschieden bzw. zugeordnet.

<sup>29</sup> Siehe zur Attribution aggressiven Verhaltens auf zugrunde liegende Erkrankungen und zu den neutralisierenden Effekten derartiger Zuschreibungen u. a. McCann et al. (2014), Saj et al. (2021).

Formen sex. Gewalt (z. B. physischer Zwang) erwogen. In allen Einrichtungen, in denen Interviews geführt wurden, berichteten die MA von der Möglichkeit, sich im Anschluss an eine solche Tat an die Wohnbereichs-, Pflegedienst- oder Einrichtungsleitung zu wenden, um den Vorfall zu melden und Unterstützung zu erhalten. Dies finde in den meisten Fällen statt – Ausnahmen davon wurden einrichtungsübergreifend bei regelmäßig wiederkehrenden verbalen Übergriffen berichtet, da diese bevorzugt im Team angesprochen und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet würden. Häufig berichtete Strategien der Pflegeteams waren eine Abänderung des Pflegeplans, Gespräche mit den tatbeteiligten Personen oder Unterstützung darin, sich persönlich von Übergriffen zu distanzieren. Änderungen des Pflegeplans beinhalten eine Umverteilung des Pflegepersonals auf die zu pflegenden Bewohnerinnen und Bewohner, sodass die jeweiligen übergriffigen Bewohnerinnen und Bewohner von anderen Pflegekräften versorgt werden als jenen, die zuvor belästigt wurden. Mehrheitlich betreffe dies die Grundpflege männlicher Bewohner, die nach Übergriffen auf weibliches Personal überwiegend von männlichen Kräften pflegerisch betreut würden. Ein unmittelbarer teaminterner Austausch und die darauffolgenden Maßnahmen der Pflegeteams scheinen die befragten MA in der jeweiligen Situation stark zu entlasten und von allen Befragten angenommen zu werden. Obwohl diese teaminternen Besprechungen als hilfreich betrachtet werden, ergänzten einige der Interviewten, dass viele Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter gegenüber dem Thema der sex. Gewalt Scham empfinden und so hinsichtlich der Kommunikation mit ihren Kolleginnen und Kollegen gehemmt seien. Hierbei wurde von den Befragten vorgeschlagen, auch niedrigschwellige Angebote, wie bspw. Besprechungsmöglichkeiten mit einer einzelnen Vertrauensperson, anzubieten. Insbesondere junges und unerfahrenes Pflegepersonal habe große Probleme im Umgang mit Vorfällen sex. Gewalt, da es in der Regel bis zum Berufseintritt wenig Kontakt mit der Thematik und dem Umgang damit gehabt habe. Diese Beschäftigten müssten dementsprechend besonders geschützt und auf etwaige Situationen vorbereitet werden, so führten mehrere Interviewpartnerinnen und -partner aus.

Neben den Übergriffen von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber Pflegekräften wurden sowohl von den MA der Pflege und Betreuung als auch von der LE viele Vorkommnisse sex. Gewalt zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern berichtet. Diese geschähen sowohl im Kontext bereits bestehender Beziehungen als auch ohne eine Vorbeziehung. Bestehe zunächst eine Beziehung zwischen zwei Bewohnerinnen und/oder Bewohnern, komme es infolge demenzieller Erkrankungen bisweilen vor, dass sich eine Person nicht mehr an die Beziehung und den eventuellen einvernehmlichen Sexualkontakt zu ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner erinnern könne. Die Einwilligung in einen sexuellen Kontakt sei hier nicht mehr gegeben, entsprechende Handlungen würden in der Folge als Übergriffe erlebt. Eine in diesem Fall häufig angewandte Maßnahme innerhalb der Pflegeeinrichtungen sei die Verlegung einer der beiden Personen in einen anderen Wohnbereich und somit eine räumliche Trennung.<sup>30</sup> Außerhalb derartiger Beziehungskonstellationen äußere sich sexuell übergriffiges Verhalten vor allem gegenüber Bewohnerinnen, die häufig von männlichen Bewohnern unerwünscht berührt oder verbal sexuell belästigt würden. In den in den Interviews berichteten Fällen wurden den Interviewten zufolge nach Entdeckung eines Übergriffs in der Regel Gespräche mit den Beteiligten (d. h. involvierten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ggf. Pflegepersonal) geführt. Auch die jeweiligen rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer sowie die

---

<sup>30</sup> Zur Verfahrensweise bei derartigen Verlegungen liegen aus den Interviews keine detaillierten Erkenntnisse vor. Im Einzelfall dürften hier das Interesse der Einrichtung an einer gewaltmindernden Aufteilung der Bewohnerinnen und Bewohner und die vertraglich zugesicherte Nutzung bestimmter Räumlichkeiten miteinander in Konflikt geraten.

Angehörigen seien verständigt worden, wenn sexuelle Grenzverletzungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet oder erlebt wurden.

Neben Übergriffen von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber dem Pflegepersonal sowie Mitbewohnerinnen und -bewohnern wurde in mehreren Interviews eine dritte Erscheinungsform sex. Gewalt geschildert. Dabei ging es um übergriffiges Verhalten, das nicht auf bestimmte Personen oder einzelne Personengruppen ausgerichtet und insofern unspezifisch war. Oftmals zeigten demenziell erkrankte Männer eine generalisierte krankheitsbedingte sexuelle Enthemmung. Die Befragten zählten hierzu bspw. das Onanieren auf dem Wohnbereichsflur oder die sexuelle Belästigung aller weiblichen Personen, die den Weg des jeweiligen Bewohners kreuzten. Sonstige Personenkonstellationen wurden nur vereinzelt berichtet oder hypothetisch beschrieben. Von einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde angemerkt, dass die regelmäßige Intimpflege durch die Pflegekräfte für manche Bewohnerinnen und Bewohner unangenehm und belastend und eine diesbezügliche Sensibilisierung der Pflegenden wichtig sei.<sup>31</sup> An Sensibilisierungsmaßnahmen (z. B. Schulungen, Fortbildungen) könnten viele Pflegekräfte jedoch aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und angesichts geringer Personalressourcen nur selten teilnehmen, weshalb dieser Bedarf meist nicht gedeckt werde. Lediglich bei Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen (entweder durch biografische Aufarbeitung oder durch bereits bestehende Konflikte) Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit bekannt seien, werde darauf besonders geachtet. Die Interviewten berichteten, dass es für den angepassten Umgang mit den verschiedenen Personenkonstellationen im Kontext der sex. Gewalt in den Pflegeeinrichtungen Fall- und Teamkonferenzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebe, in die auch die beteiligten Personen eingebunden werden könnten. Als erste Maßnahme für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden Teamkonferenzen (bzw. -besprechungen) die Möglichkeit eines frühen Austauschs im Team eröffnen. In diesem Rahmen könnten Erfahrungen gesammelt und ausgetauscht werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berichteten, dass sie über diese Teambesprechungen das Gefühl erhielten, mit der jeweiligen Problematik nicht alleine umgehen zu müssen. Viele Vorfälle würden bereits in diesem Rahmen teamintern thematisiert und Problemlösungen gemeinsam erarbeitet, sodass das Einbeziehen weiterer Personen (wie z. B. von ärztlichem Personal oder der Pflegedienst- bzw. Einrichtungsleitung) nicht erfolge.

Daneben stellten auch Fallkonferenzen eine Schnittstelle zwischen den MA und der LE, an der es zum nötigen Informationstransfer und zur gemeinsamen Strategieentwicklung komme, berichteten einige der Befragten. In diese Konferenzen würden außerdem alle Parteien involviert, die potenziell mit der betroffenen Person arbeiteten und somit einen Beitrag sowie eine Perspektive zur Problemlösung eröffnen könnten; dies umfasse somit bspw. neben Personal aus Pflege und Betreuung auch das Sozialamt, Psychiaterinnen und Psychiater, ggf. die rechtliche Betreuung bzw. Angehörige der jeweiligen Person oder vereinzelt (bei besonders konfliktreichen Vorkommnissen) auch einen kommunalen Ethikrat.

---

<sup>31</sup> Intimpflege in stationären Einrichtungen wird in der Fachliteratur immer wieder als eine sensible und potenziell konfliktbehaftete Thematik charakterisiert. Insbesondere von Pflegebedürftigen mit zurückliegenden traumatischen Erlebnissen, wie Erfahrungen sexueller Gewalt (zurückgehend bis zu entsprechenden Viktimisierungen in der Zeit des Zweiten Weltkrieges und des Kriegsendes), kann die Pflege im Intimbereich als in hohem Maße belastend erlebt werden und unter Umständen zu einer Reaktivierung von Traumata beitragen. Pflegekräfte können sich daher mit dem Umstand konfrontiert sehen, dass Pflege im Intimbereich von Bewohnerinnen und Bewohnern abgelehnt und verweigert wird (siehe zu diesem Komplex u. a. Anderson et al., 2011; Böhmer, 2017, 2018; Cambridge & Carnaby, 2000; Romeike, 2017; Sowinski, 2004; Thompson et al., 2021; Thorne et al., 2021; Weidinger, 2022).

Den Befragten zufolge werden mit den beteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern ebenfalls (Aufklärungs-)Gespräche geführt. In diesen werde vermittelt, dass das gezeigte Verhalten unerwünscht sei und gegenüber anderen Bewohnerinnen und Bewohnern oder dem Pflegepersonal Grenzen überschreite. Dass Übergriffe häufig von demenziell veränderten Personen begangen würden, sei für die Nachhaltigkeit dieser Gespräche vielfach hinderlich, da der Inhalt der Gespräche den betroffenen Personen nicht lange im Gedächtnis bleibe und das thematisierte Verhalten erneut gezeigt werde. In den Einrichtungen gebe es ein grundsätzliches Verständnis davon, dass das gewaltvolle Verhalten kognitiv beeinträchtigter Bewohnerinnen und Bewohner als Ausdruck des Störungsbildes verstanden wird. Diese Sichtweise auf das erlebte Verhalten erkrankter Personen versuchten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung zu vermitteln, um auf diese Weise persönliche Spannungen abzumildern. In zwei der fünf Einrichtungen wurde durch die jeweilige Leitungsperson eine Art Kleidungsempfehlung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgesprochen. Diese Empfehlung zielte darauf ab, mögliche sexuelle Reize seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber den Gepflegten zu verringern:

*„Ende letzten Jahres durften wir kommen, wie wir wollten. Da habe ich auch immer gesagt: ‚Seht zu, nicht zu tiefen Ausschnitt, vielleicht nicht gerade die engste Hose, wenn es geht.‘ Weil, klar, Menschen sind Menschen und auch die Alten haben noch Bedürfnisse.“ (E5-LE2, S. 6)*

Sofern das sexuelle Verhalten einer Person krankheitsbedingt enthemmt bzw. verstärkt sei und bei anderen Personen zu Belastungen führe (bspw. dadurch, dass ihnen gegenüber Übergriffe geschehen), würden Ärztinnen und Ärzte konsultiert, um – in Absprache mit den Betroffenen oder ihren Angehörigen – medikamentös zu intervenieren.<sup>32</sup>

Nach Meldewegen für einschlägige Vorkommnisse befragt, gaben die MA an, ihre unmittelbaren Vorgesetzten, das heißt die Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung, zu informieren. Der Austausch mit diesen wurde von den Befragten insgesamt als angenehm und unterstützend beschrieben; insofern bestünden keine Hemmnisse hinsichtlich einer Meldung von Fällen. Darüber hinaus würden in der Mehrzahl der Fälle einerseits die Angehörigen und andererseits auch die Einrichtungsleitung informiert. Weitere Kontaktmöglichkeiten, besonders im Falle eigener Viktimisierung durch eine pflegebedürftige Person, bestünden zu externen Psychologinnen und Psychologen oder Hilfs- und Beratungsstellen für Pflegekräfte.

MA berichteten zudem, dass in ihren Einrichtungen in Zweifelsfällen vorgesehen sei, zu beobachten, inwieweit Sexualkontakte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern einvernehmlich sind. Hierzu würden die Bewohnerinnen und Bewohner auch gefragt, ob sie mit den (sexuellen) Handlungen einverstanden seien. Eine besondere Herausforderung stellten dabei Situationen dar, in denen Bewohnerinnen sich im Tausch gegen Zigaretten auf sexuelle Handlungen (wie etwa das Entblößen der eigenen Brüste oder des Intimbereichs) einließen. Der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berichtete Umgang hiermit war sehr unterschiedlich: Teilweise wurden diese freiwillig gezeigten (sexuellen) Verhaltensweisen geduldet; teilweise wurde denjenigen, die die Zigaretten im Austausch gegen solche Leistungen anboten, dies untersagt.

---

<sup>32</sup> In der Fachliteratur (z. B. De Giorgi & Series, 2016; Sarangi et al., 2021; Tucker, 2010) wird pharmakologischen Interventionen bei sexueller Enthemmung im Kontext von Demenzerkrankungen zwar eine Wirksamkeit nicht grundsätzlich abgesprochen, jedoch auf den Mangel an einschlägigen kontrollierten Studien verwiesen und nicht pharmakologischen Maßnahmen insgesamt der Vorzug gegeben.

Bewohnerinnen und Bewohner, die Opfer sex. Gewalt werden, sollen sich, so wurde in Interviews geäußert, an ihre Bezugs- bzw. Vertrauenspflegekraft oder die Bewohnerinnen- und Bewohnervertretung wenden. In einer in die Interviewstudie einbezogenen Einrichtung stehen ihnen ferner ein einrichtungseigenes Kundenbüro und anonyme Beschwerdebriefkästen zur Verfügung. Zum Teil wurde in den Interviews gesagt, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner mit sensiblen Themen eher an Betreuungskräfte bzw. Alltagsbegleiterinnen und -begleiter oder auch an Präventionsbeauftragte wendeten:

*„Ich als Alltagsbegleitung, als Betreuung, habe sehr engen Kontakt mit Bewohner. Und ich habe auch anderen Kontakt mit Bewohner als Pflegekräfte. Ist anders. Vollkommen anders. Mir vertrauen die Leute Sachen an.“ (E1-MA7, S. 5 f.)*

Lediglich in zwei Interviews wurde auch über sexuelle Übergriffe des Pflegepersonals gegenüber Bewohnerinnen bzw. Bewohnern berichtet. In diesen Fällen habe es seitens der Einrichtung Gespräche mit den jeweiligen Pflegern gegeben. In beiden Fällen seien die Täter männlich und zum Zeitpunkt des Vorkommnisses zeitlich befristet in der Einrichtung angestellt gewesen. Die Beschäftigungsverhältnisse seien jeweils nicht verlängert worden, sodass sie die Einrichtung nach Ablauf des Vertrages verlassen hätten. Über härtere Maßnahmen wie fristlose Kündigungen oder ein Hinzuziehen der Polizei wurde in beiden Fällen nicht berichtet.

## **Ausbildung**

Hinsichtlich der Frage, inwiefern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Problematik sexueller Übergriffe im Kontext der Langzeitpflege vorbereitet werden, wurde von Befragten darauf verwiesen, dass die strukturierte Thematisierung solcher Übergriffe meist erst im Rahmen von Fortbildungen nach Beendigung der pflegerischen Ausbildung stattfindet. Lediglich die Themenfelder „Gewalt“ und „Sexualität im Alter“ wurden als teilweise behandelte Ausbildungsaspekte in dieser Hinsicht benannt. Selbst wenn in wenigen Fällen bereits im Rahmen der Ausbildung „sex. Gewalt im Pflegekontext“ bearbeitet werde, bleibe es nach Aussagen der Befragten meist bei einer oberflächlichen Auseinandersetzung mit individuellen Erfahrungswerten und potenziellen Meldewegen. Entsprechend wurde ein starker Bedarf dahin gehend geäußert, insbesondere jüngere bzw. unerfahrene Pflegekräfte über die Phänomenologie der sex. Gewalt in der Pflege aufzuklären (bspw. Krankheitsbilder, Ursachen sexuell enthemmten Verhaltens, professionelle Formen des Umgangs mit einschlägigen Vorkommnissen). Gleichzeitig wurde in diesem Kontext auch auf die große Diskrepanz zwischen der in der Ausbildung vermittelten Theorie und der tatsächlichen Praxis in den Pflegeeinrichtungen verwiesen. Hintergründe und die Symptomatik verschiedener Krankheitsbilder würden bereits in der Ausbildung der Pflegekräfte behandelt. In Interviews wurde jedoch die Sichtweise vertreten, dass dieses vermittelte Wissen und die praktische Ausbildung (Handlungsmöglichkeiten) nicht der Häufigkeit und Qualität von Vorfällen im Pflegealltag angemessen sind. Insbesondere der Umgang mit aggressivem Verhalten und mit krankheitsbedingten Veränderungen des Sexualverhaltens werde nicht hinreichend thematisiert. Weiterhin wurde ein Bedarf an Trainingsmaßnahmen für Pflegekräfte im Hinblick auf eine sensible Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern in diesem Themenfeld zum Ausdruck gebracht (wenn sie bspw. mit sexuellen Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert sind) und betont, dass es zudem von großer Bedeutung sei, das Identifizieren und Artikulieren eigener Grenzen zu erlernen.



## Fortbildung

Von den befragten Leitungspersonen wurde berichtet, dass auch im Anschluss an die Ausbildung der Pflegekräfte die Thematisierung von und eine mögliche Sensibilisierung gegenüber sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege im Rahmen von Fortbildungen meist nur als Unterthema von Schulungen zur Gewaltprävention und zum Umgang mit Gewalt in der Pflege stattfindet. Auch die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestätigten, dass sie Berührungspunkte mit sex. Gewalt in der Pflege meist im Kontext der Themen „Gewaltfreie Kommunikation“ und „Sexualität im hohen Alter“ gehabt und selten eine fokussierte Aufklärung im Hinblick auf das Erkennen und den Umgang mit sowie die Vorbeugung von sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege erhalten hätten. Eine Leitungsperson wies darauf hin, dass die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Angebote zum Erkennen und Umgang mit sex. Gewalt meist gering sei. Sie führte dies darauf zurück, dass Vorkommnisse sex. Gewalt häufig nicht als solche wahrgenommen und gewertet würden und die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Thematik deshalb eine untergeordnete Relevanz zuschrieben. Die Aussagen der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen diese Annahme. Bei vielen Pflegekräften erwachse der Bedarf, an einer Schulung teilzunehmen, erst, wenn in der Einrichtung gravierende Ereignisse sex. Gewalt auftraten. Durch die Coronapandemie sei nach Aussagen befragter Leitungspersonen nicht nur das Fortbildungsangebot eingeschränkt worden, es habe sich auch die Nachfrage nach Fortbildungsangeboten (sowohl zu sex. Gewalt als auch zu anderen Themen) aufseiten der MA reduziert. Der pandemiebedingte Ausfall von Fortbildungen werde von den MA bedauert, Fortbildungsangebote im Online-Format würden aber oftmals schlecht angenommen.

Allerdings wurden in den Interviews auch Erfolg versprechende und erfolgreiche Schulungsmaßnahmen thematisiert. Gesprächspartnerinnen und -partner berichteten etwa über folgende Ansätze und Maßnahmen in ihren Einrichtungen:

- In einer Einrichtung werde mit einer Psychologin zusammengearbeitet, um den Umgang mit Gewaltsituationen mit den Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu üben.
- In einer anderen Einrichtung würden fachspezifische Fortbildungen durch Ärztinnen und Ärzte verschiedener psychiatrischer Kliniken durchgeführt. Hiermit solle vertiefend auf den Umgang mit einzelnen Krankheitsbildern der Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen werden, da dies meist in der Ausbildung nicht ausreichend geschehe.
- Ferner würden auch Fortbildungen über externe Unternehmen angeboten. So wurde zum Beispiel für eine Einrichtung berichtet, dass dort auf diesem Wege Deeskalations- und Beratungstrainings realisiert worden seien.
- In einem weiteren Fall werde eine Einrichtung durch ein wissenschaftlich begleitetes Gewaltpräventionsprojekt unterstützt. Hierbei würden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand von Fallbeispielen aus dem Berufsalltag zur gemeinsamen Diskussion und Problemlösung angeregt. Die Sitzungen verliefen (zur Förderung eines offenen Austauschs) ohne Anwesenheit der Leitungspersonen und zielten darauf ab, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern verschiedene Reaktionsmöglichkeiten auf herausfordernde Situationen zu vermitteln und gemeinsam Ansätze zur Erklärung des Verhaltens der Bewohnerinnen und Bewohner zu erarbeiten und kennenzulernen (z. B. das Verhalten auf das jeweilige

Krankheitsbild zurückzuführen und somit nicht in Zusammenhang mit der Pflegeperson selbst zu bringen<sup>33</sup>).

Von einer Leitungsperson wurde berichtet, dass unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehrmals jährlich Bedarfsabfragen für Schulungsangebote stattfänden. Auf Grundlage des ermittelten Bedarfs werde ein Fortbildungskatalog angeboten, der stets obligatorische Themen wie zum Beispiel „Gewalt in der Pflege“ enthalte.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betonten, dass insbesondere für junge Pflegekräfte oder auch für Personen, die ohne eine entsprechende Ausbildung in der Pflege tätig sind, regelmäßig Fortbildungen angeboten werden sollten. Doch bestehe auch bei erfahrenen Pflegekräften Fortbildungsbedarf, so bspw. zu Themen wie Homosexualität und Rassismus.

Insgesamt wurde von den befragten Leitungspersonen der Bedarf gesehen, die Fortbildungsangebote in den jeweiligen Einrichtungen auszubauen. Da die Angebotsstruktur bereits gut ausgebaut sei, müsse in dieser Hinsicht speziell die Qualität der Fortbildungen verbessert werden (z. B. die Vernetzung mit externen Fortbildungsinstitutionen oder Dozentinnen und Dozenten). Wichtig sei, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu vermitteln, wie sie in kritischen Situationen adäquat reagieren und gleichzeitig lernen, gegenüber möglichen Fällen sex. Gewalt eine professionelle bzw. emotionale Distanz zu wahren.

### **Gewaltschutzkonzepte der Einrichtungen**

Gefragt nach der Existenz von Gewaltschutzkonzepten in den jeweiligen Einrichtungen, antworteten die Befragten unterschiedlich. So existierte nach Aussage mehrerer befragter Leitungspersonen in ihrer Einrichtung keine Form eines Gewaltschutzkonzepts. Das Fehlen eines Konzepts (oder zumindest einer Kenntnis darüber) wurde auch von den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen häufig berichtet. Ein Teil der Befragten äußerte, dass sie entweder von keinen (Handlungs-)Leitlinien der Einrichtung wüssten oder, sofern sie Kenntnis über die Existenz besaßen, über kein inhaltliches Wissen hierüber verfügten. Insbesondere Personen aus der (psychosozialen) Betreuung äußerten dieses fehlende Wissen über bestehende Konzepte und verwiesen darauf, dass das Pflegepersonal hierüber informiert sein müsse. Jedoch gaben auch die interviewten Pflegekräfte häufig an, keine Kenntnis hierüber zu haben – und verwiesen an die jeweiligen Qualitätsbeauftragten. Auch wenn Angebote für die Gewaltprävention vorhanden seien, könnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese teilweise aufgrund der damit verbundenen zusätzlichen Belastung neben der eigentlichen Pfl egetätigkeit nicht in Anspruch nehmen. Die Folge hiervon sei, dass Schulungen außerhalb der regulären Dienstzeit genutzt würden oder dass Pfl egetätigkeiten aufgrund der Teilnahme an einer Schulung innerhalb der Dienstzeit nicht stattfinden könnten. Mehrere befragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwähnten daneben auch, dass die Inhalte der Gewaltprävention meist ein breites Spektrum der Gewalthandlungen in Pflegeeinrichtungen in den Blick nähmen und nicht spezifisch auf sex. Gewalt gerichtet seien. Spezifische Leitlinien für den Umgang mit sex. Gewalt in der Pflegeeinrichtung fehlten hier bzw. seien den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht bekannt.

---

<sup>33</sup> Zur Bedeutung von Kausalattributionen Pflegenden in Bezug auf problematisches und herausforderndes Verhalten demenziell Erkrankter siehe u. a. Bailey et al. (2006), Parker et al. (2012), Todd & Watts (2005). Die Frage des Verstehens von Verhalten vor dem Hintergrund von Krankheitssymptomen und -folgen ist letztlich auch bedeutsam dafür, ob eine Verhaltensweise als „sexual harassment“ oder „sexual disinhibition“ wahrgenommen wird (Cook et al., 2022).

In Einrichtungen, in denen Gewaltschutzkonzepte stärker ausgearbeitet sind, werden nach Berichten der Interviewten sowie auch nach Beobachtungen der Interviewerinnen bspw. Plakate, die gut sichtbar in der Einrichtung aufgehängt werden (z. B. in Gemeinschaftsräumen, Eingangsbereichen, Dienstzimmern der Pflegekräfte), genutzt, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner für verschiedene Gewaltformen zu sensibilisieren (z. B. welche Handlungen als sex. Gewalt klassifiziert werden, mögliche Warnzeichen für erlebte oder ausgeübte Gewalt, Möglichkeiten, professionelle Distanz zu wahren). Andere Leitungspersonen berichteten, dass in ihrer Einrichtung ein Pflegeleitbild oder ein Verhaltenskodex etabliert worden sei. Ziel sei es dabei, unter den Pflegekräften eine Richtlinie zum Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern im Allgemeinen, aber auch gegenüber möglichem herausfordernden Verhalten zu etablieren (z. B. hinsichtlich persönlicher Grenzverletzungen, Informationen über Ansprechpersonen). Daneben wurde von dem jeweiligen befragten Personal der Pflegeeinrichtungen erwähnt, dass es in ihren Einrichtungen Gewaltschutzbeauftragte gebe, an die sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wenden könnten. Weiter benannten einzelne Befragte auch Einrichtungskooperationen mit spezialisierten Kulturvereinen, die den kultursensiblen Umgang mit dem Thema „Sexualität“ (z. B. Thematisierung von Masturbation, Pornografie) ermöglichen sollen.

### **Vorstellungen und Wünsche zur Verbesserung der Prävention**

Viele der befragten Leitungspersonen sahen angesichts der nach wie vor bestehenden Tabuisierung sexueller Übergriffe in der Pflegepraxis der stationären Langzeitpflege einen Bedarf, dieses Thema bereits in die Ausbildung der Pflegekräfte zu integrieren. Einzelne befragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sahen sogar den Bedarf, sensible Gewaltthemen in die Lehrpläne allgemeinbildender Schulen aufzunehmen (und somit bereits Jugendliche berufsunabhängig auf diese Thematik vorzubereiten und darüber aufzuklären). Grundsätzlich sei es wichtig, bereits zu einem frühen Zeitpunkt wesentliche Kompetenzen der Pflegenden, bspw. hinsichtlich der Empathiefähigkeit oder auch des Kommunizierens eigener Grenzen, auf- bzw. auszubauen. Zusätzlich solle die tiefere Behandlung des Themas auch in Fortbildungen verstärkt stattfinden. Wichtig sei hierbei, dass der präventive Charakter der Maßnahmen hervorgehoben werde (z. B. Einschreiten bei ersten Anzeichen für sexuelle Übergriffe bei Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung). Im Rahmen der Fortbildungen könnten bspw. Situationen des Pflegealltags dargestellt werden, in denen sich das Pflegepersonal unsicher ist, wie es handeln soll; hierzu könnten dann gemeinsam Lösungsstrategien erarbeitet werden. Daneben wurde von den Leitungspersonen auch empfohlen, Fortbildungen für Angehörige anzubieten. Hierbei wurde eine Schwerpunktsetzung auf die Kommunikation eigener Grenzen im Kontext der Sexualität im Alter sowie auf die Aufklärung über Alterssexualität (und somit die Sexualität ihrer pflegebedürftigen Angehörigen) vorgeschlagen. Zusätzlich könnte das Wissen, aber auch die Sensibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber sexuellen Übergriffen im Einrichtungskontext durch Informationsmaterialien (z. B. des ZQP zum Thema „Gewalt in der Pflege“) oder die Teilnahme an Informationsveranstaltungen (z. B. durch die Polizei, um polizeiliche Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und die Hemmschwelle gegenüber der Anzeigeerstattung zu senken) gestärkt werden. Von befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen wurde ergänzt, dass es hilfreich wäre, ein Konzept bereitzustellen, das die Pflegekräfte speziell auf mögliche Vorfälle sex. Gewalt vorbereite. Es wurde auch vorgeschlagen, Gruppenmeetings („Runder Tisch“) für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten oder die Thematik in regelmäßig stattfindenden Teammeetings anzusprechen. Diese könnten als kommunikative Plattform dienen, um unter den Pflegekräften erlebte Vorfälle gemeinsam zu diskutieren und diese im Hinblick auf

Handlungsbedarfe und Formen des individuellen Umgangs damit zu bewerten. Zusätzlich wurde die Relevanz themensensibler Ansprechpersonen (nicht zuletzt auch für die Bewohnerinnen und Bewohner) in den jeweiligen Einrichtungen betont. Nach Aussagen der Leitungspersonen könnten diese Maßnahmen dazu beitragen, die Hemmschwelle bereits für das Melden von weniger gravierenden Vorkommnissen zu senken und die Reaktionszeit innerhalb der Einrichtungen für Präventions- oder Schutzmaßnahmen zu reduzieren. Ergänzend wurde auch angesprochen, dass das Pflegepersonal durch psychologische Unterstützung und die Akzeptanz sowie den Einbezug von Sexualassistenzen für Bewohnerinnen und Bewohner entlastet werden könne.<sup>34</sup>

Möglichkeiten der Enttabuisierung auf der Einrichtungsebene sehen verschiedene Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter darin, die Sensibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Formen sex. Gewalt bspw. durch Fortbildungen zu verbessern. Daneben könnten auch Teambesprechungen mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege, Betreuung, Alltagsbegleitung und auch aus den Wohnbereichen über alltägliche Fallbeispiele dazu beitragen, dass ähnliche Erfahrungen durch andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer geäußert werden. So könnte nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gegenseitige Unterstützung unter den Pflegekräften erhöht und die individuelle Scham angesichts erlebter Übergriffe gemindert werden. Abschließend äußerten befragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen den Wunsch, „Sexualität im Alter“ solle zunehmend im öffentlichen Diskurs behandelt werden, um angemessener auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen eingehen und mögliche damit einhergehende Herausforderungen (z. B. das Ausleben von Sexualität für Menschen mit körperlichen Behinderungen oder auch Sexualität im Kontext diverser Krankheitsbilder) offen thematisieren zu können – auch mit Angehörigen pflegebedürftiger Personen.

### Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassend konnten aus den Interviews mit 32 interviewten Beschäftigten im Abgleich mit den Befunden der Analyse staatsanwaltschaftlicher Akten vor allem Erkenntnisse zu weiteren Facetten des Phänomenkomplexes der sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege gewonnen werden. Von den Interviewten wurden im Vergleich zur Aktenstudie insgesamt deutlich weniger schwerwiegende Vorkommnisse berichtet. Dies bedeutet nicht zwingend, dass schwere Vorfälle in den Einrichtungen der Interviewten niemals vorgekommen sind. Solche Vorkommnisse können auch gänzlich unentdeckt geblieben, den Befragten nicht bekannt gewesen oder aus anderen Gründen im Rahmen der Interviews nicht mitgeteilt worden sein. Mit Blick auf Täterinnen und Täter lag der Schwerpunkt in der Interviewstudie sehr deutlich auf Bewohnerinnen und Bewohnern und hier wiederum vor allem auf Handlungen, von denen Pflegekräfte betroffen waren. Darüber hinaus – hier besteht die größte Schnittmenge mit der Aktenuntersuchung – wurden Vorkommnisse sex. Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet. Fälle sexueller Übergriffe des Pflegepersonals gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern fanden in den Interviews hingegen kaum Erwähnung. Dies steht in deutlichem Kontrast zu den Ergebnissen der Aktenstudie, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Großteil der sexuellen Übergriffe an Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen begingen.

---

<sup>34</sup> Zu Sexualassistenz/Sexualbegleitung insbesondere in der Pflege demenziell Erkrankter siehe u. a. Berr (2018), Henrickson et al. (2022), Lauer & de Vries (2019).

Von einigen Befragten wurde erwähnt, dass insbesondere die Intimpflege für Bewohnerinnen und Bewohner belastend sein und von ihnen abgelehnt werden könne und diesbezüglich eine besondere Sensibilität der Pflegekräfte erforderlich sei. Damit war allerdings keine erkennbare Bewertung einer etwaigen Intimpflege gegen den Willen einer Bewohnerin oder eines Bewohners als sex. Gewalt oder als Gewalt im Pflegekontext verbunden. Hingegen wurde die Intimpflege als typische Situation charakterisiert, in der den Erfahrungen der Befragten zufolge sexuelle Übergriffe durch Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber den Pflegenden auftreten. Geschilderte Tathandlungen gingen von Bewohnerinnen wie Bewohnern aus und waren häufig mit demenziell bedingten Veränderungen assoziiert. Insbesondere bei (jungem) Pflegepersonal mit geringer Berufserfahrung führe dies zu Überforderungssituationen. Daneben traten sexuelle Übergriffe unter anderem auch innerhalb von Paarbeziehungen der Bewohnerinnen und/oder Bewohner auf. Hierbei zeigte sich wiederum, dass demenziell veränderte Personen besonders oft in Konstellationen sex. Gewalt eingebunden waren.

Hinsichtlich des Umgangs mit erlebten und beobachteten Fällen sexueller Übergriffe äußerten die Befragten, dass betroffene Pflegekräfte in Ermangelung entsprechenden Trainings meist nicht auf erlernte Handlungsstrategien zurückgreifen konnten, sondern spontan reagierten. In Situationen, in denen Pflegekräfte sich im Spannungsfeld zwischen erlebter Viktimisierung und beruflichem Pflegeauftrag sehen, nehmen sie als kurzfristige Handlungsoptionen vor allem das Ignorieren bzw. Rationalisieren der Tat und das Zurückziehen aus der Situation wahr. Weitaus mehr Handlungsmöglichkeiten standen offenbar im Nachgang einer Tathandlung zur Verfügung. Hier wurden bspw. das Melden an die Teamleitung sowie der kollegiale Austausch in Teamsitzungen und anderen Zusammenkünften (z. B. Fallkonferenzen), aber auch die Verwendung externer Hilfsangebote für das Pflegepersonal angesprochen. Erst in Fällen schwerer Übergriffe wurde das Hinzuziehen der Polizei erwogen.

Es zeigte sich, dass neben den berichteten Maßnahmen kaum präventive Ansätze in den jeweiligen Einrichtungen existieren, die sich spezifisch auf Fälle sex. Gewalt beziehen. Sex. Gewalt spiele meist allenfalls als Unterthema von „Gewalt in der Pflege“ eine Rolle, was der Komplexität des Phänomens nicht gerecht wird. Nur wenige Befragte berichteten von vorhandenen Schutzkonzepten oder Leitlinien für den Umgang mit Fällen sex. Gewalt. Selbst wenn diese vorhanden waren, kannten die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meist nicht die inhaltlichen Vorgaben der Konzepte. Auch waren – den Befragten zufolge – kaum Ansprechpersonen oder Anlaufstellen für Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig vom Pflegepersonal vorhanden. Dies scheint in Anbetracht der in der Hellfeldstudie untersuchten Vorfälle als nicht ausreichend, da dort nicht zuletzt Pflegekräfte als Täterinnen und Täter in Erscheinung traten.

Im Interesse besserer Gewaltprävention brachten die Interviewten einen starken Bedarf an differenzierten Aus- und Fortbildungsangeboten zum Ausdruck. Hierdurch könnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Problemfeld sensibilisiert werden, dies auch im Sinne des Erkennens und Bewertens von Vorkommnissen sex. Gewalt; zudem seien Schulungsmaßnahmen auch für die Handlungssicherheit in kritischen Situationen bedeutsam. Gleichzeitig wurden Wünsche nach einer Einrichtungskultur geäußert, die sich durch einen offenen Umgang mit dem vielfach tabuisierten Thema der Sexualität und speziell der Sexualität im Alter auszeichnet. Hierbei wurde immer wieder die Herausforderung betont, die sexuellen Wünsche älterer Menschen wahrzunehmen und ihnen gerecht

zu werden.<sup>35</sup> Darüber hinaus sei auch die gesellschaftliche bzw. politische Dimension ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Enttabuisierung der Sexualität im Alter.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich in der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Aktenanalyse und der Interviewstudie zwei recht verschiedene Bilder von sex. Gewalt in Einrichtungen der Langzeitpflege ergeben. Die Schnittmenge beider Teilstudien liegt im Bereich sexuell übergriffigen Handelns von Bewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen (seltener Mitbewohnern) – vielfach vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen und kognitiver Veränderungen. Darüber hinaus unterscheiden sich die im Vordergrund stehenden Phänomenbereiche stark. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen wie auch Personen der Leitungsebene heben in den Interviews hervor, dass die in Pflege und Betreuung Tätigen häufig von sexuellen Übergriffen von Bewohnerinnen und Bewohnern betroffen sind. Hierbei spielt die für die Pflegearbeit charakteristische (und unumgängliche) physische Nähe als situativer Faktor eine Rolle, hinzu kommen wiederum aufseiten der Gewaltausübenden krankheitsbedingte Veränderungen. Hingegen finden sexuelle Übergriffe von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern, die das Bild der Aktenstudie stark geprägt haben (und bei denen das Ausnutzen von Tatgelegenheiten sowie das Ausnutzen der eigenen Machtposition gegenüber den Pflegebedürftigen bedeutsame Rollen spielen), in den Interviews lediglich am Rande Erwähnung.

Mit Blick auf diese Divergenz sind die unterschiedlichen Zugänge und die jeweilige Perspektivität der Teilstudien zu berücksichtigen. Während die Aktenstudie vor allem als besonders gravierend bewertete und deshalb in den Prozess der Strafverfolgung gelangte Vorkommnisse aus der Perspektive von Strafjustiz und Polizei abbildet, spiegelt die Interviewstudie eher alltägliche Ereignisse und Problemlagen aus der Sicht der in den Heimen Beschäftigten wider. Zu erinnern ist hier auch daran, dass eine unabhängige Auswahl der individuellen Interviewpartnerinnen und -partner im Rahmen der Studie nicht realisierbar war, sondern die Entscheidung darüber vielmehr im Wesentlichen bei der Leitungsebene lag. Dass bei den letztlich interviewten Beschäftigten der Blick auf ein – mutmaßlich eben nicht alltägliches, sondern jedenfalls in seinen schwerwiegenden Erscheinungsformen eher seltenes – Problemverhalten der eigenen Profession nicht sehr ausgeprägt ist, ist ihrem Erleben bezüglich der Häufigkeit und Alltäglichkeit von Verhaltensweisen geschuldet, die unter „Sex. Gewalt“ subsumiert werden können.

Das eigene Betroffensein von sexuell konnotiertem „herausfordernden Verhalten“ Pflegebedürftiger (siehe dazu u. a. (de Medeiros et al., 2008; Stubbs, 2011), der die Frage aufwirft, ob es sich hierbei um eine „vergessene Form“ herausfordernden Verhaltens handelt) und die Beobachtung sexuell grenzüberschreitenden Verhaltens zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern – das sind jene Erfahrungen, die Pflegenden und Leitungskräfte in Einrichtungen in erster Linie mit sex. Gewalt in der Langzeitpflege assoziieren. Dass auch Pflegekräfte als Täterinnen und Täter sex. Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in Erscheinung treten können, ist als Erfahrung wie als wahrgenommenes Problem wenig präsent. Eine Ausweitung von Interviews auch auf Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und weitere relevante Personengruppen könnte ein in dieser Hinsicht breiteres Bild schaffen, muss jedoch künftigen Studien vorbehalten bleiben.

---

<sup>35</sup> Vor Kurzem wurde ein differenziertes Trainingsprogramm zum Umgang mit Sexualität, Intimität und Beziehungsbedürfnissen älterer Bewohnerinnen und Bewohner von Horne et al. (2022) veröffentlicht, dessen primärer Fokus auf „sexuality and intimacy education“ liegt (Horne et al., 2022).

## P4 Qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten

*Mathias Haeger & Pauline Wagner*

### Methode

Die leitfadengestützten Interviews mit verschiedenen Expertinnen und Experten dienten dazu, das stark tabuisierte Thema der sex. Gewalt aus verschiedenen Perspektiven spezialisierter Expertise zu beleuchten. Dazu wurden entsprechende Expertinnen und Experten aus den folgenden Bereichen gewonnen: Berufsverbände der Pflege, Pflegeaus- und -fortbildung, Pflegeforschung, Heimaufsicht, Selbsthilfe, Träger der stationären Langzeitpflege, Gerichtsmedizin sowie spezialisierte Beratungsstellen. Die Rekrutierung erfolgte aus dem Projektbeirat heraus sowie über verschiedene andere Ressourcen des ZQP. Allen interessierten Personen wurde die Studie vorab umfassend – unter anderem durch ein standardisiertes Informationsschreiben – erklärt und bei ihnen die Bereitschaft erfragt, in einem Interview die eigenen Erfahrungen und Einschätzungen zum Thema „Sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt“ zu teilen. Eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und Datenerhebung musste vorab durch die Teilnehmenden unterschrieben werden. Es war möglich, das Einverständnis zur Aufzeichnung und Verarbeitung der Daten ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen.

Alle Interviews wurden mithilfe eines Leitfadens per Telefon oder Videotelefonie durchgeführt. Für die Aufzeichnung wurde das Programm *Open Broadcast Software (OBS)* genutzt. Alle Leitfäden umfassten allgemeine Fragestellungen, die für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer überwiegend identisch waren, sowie zusätzliche, auf die jeweilige Expertise abgestimmte Fragestellungen. Ein Interviewleitfaden befindet sich als Beispiel im Anhang. Der Fokus der Fragestellungen lag hauptsächlich auf verschiedenen Präventionsaspekten zum Thema sowie auf Aspekten, die für die Erstellung von Schulungsmaterialien für die Aus- und Fortbildung relevant sind. Alle aufgezeichneten Interviews wurden unter Beachtung von datenschutzrechtlichen Richtlinien von einem externen Dienstleister transkribiert.

Für die weitere Auswertung der Transkriptionen wurde die Software *MAXQDA* genutzt, wobei sich das Vorgehen an der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse orientierte (Kuckartz, 2018). Zu Beginn wurden unter Berücksichtigung der Forschungsfragen und Interviewleitfäden deduktiv Hauptkategorien gebildet. In einem Probelauf wurde die Anwendbarkeit der Kategorien geprüft. Dieses Kategoriensystem wurde dann im Rahmen der ersten vollständigen Kodierung durch die induktive Bildung weiterer Haupt- und Subkategorien ergänzt. Für eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den kodierenden Personen entwickelten diese einen Kodierleitfaden (siehe Anhang). Dieser beinhaltet die Nennung der Kategorie, deren inhaltliche Definition und ein passendes Ankerbeispiel aus den vorliegenden Interviews (Mayring & Fenzl, 2019). Nicht übereinstimmende Kodierungen wurden unter Berücksichtigung des Leitfadens diskutiert und ggf. im Projektteam entschieden.

Die Synthese der Erkenntnisse aus den Expertinnen- und Experten-Interviews orientierte sich an der Gliederung der Forschungsfragen. Textstellen wurden entsprechend ihrer Kodierung zusammengefasst. Doppelkodierungen und Überschneidungen waren möglich und wurden in dem jeweils paraphrasierten Kontext der Kategorie ausgewertet.

## Ergebnis

Es konnten verschiedene Expertinnen und Experten (n = 12) interviewt werden. Sieben Personen waren weiblich und fünf männlich. Die Tätigkeitsbereiche gliederten sich wie folgt: Berufsverbände der Pflege (n = 1), Pflegeaus- und -fortbildung (n = 1), Forschung im Bereich Pflege/Gewalt (n = 2), Heimaufsicht (n = 1), Prüfdienste (n = 1), Gerichtsmedizin (n = 1), Träger der stationären Pflege (n = 2), Selbsthilfe (n = 2), spezialisierte Beratungsstellen (n = 1). Die Interviews dauerten zwischen circa 60 und 90 Minuten. Zentrale Kodierungen und ihre Anzahl an Nennungen sind in Tabelle 3 aufgelistet.

**Tabelle 3**

*Darstellung von zentralen Kodierungen*

<b>Kodierung</b>	<b>Häufigkeit</b>
Definition sex. Gewalt	42
Definition Konsensfähigkeit	16
Bedeutsamkeit sex. Gewalt	43
Bedeutsamkeit Sexualität	31
Ausprägung Sexualität	7
Kommunikation über Sexualität	20
Betriebliche Aspekte	
Thematisierung im Bewerbungs- und Einstellungsprozess	17
Integration in den Arbeitsalltag	24
Prävention/Schulung	
Hindernisse/Widerstände bei Implementierung	38
Motivation Mitarbeitende/Leitungspersonal	15
Effektivität Präventions- und Schulungsmaterialien	21
Verbesserungspotenziale	32
Interventionen/Anlaufstellen	
Maßnahmen, die bereits Anwendung finden	38
wünschenswerte Maßnahmen	53
Nutzung von Angeboten	13
Barrieren bei Inanspruchnahme	50
Möglichkeiten Abbau von Barrieren	30

Die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Personen-, Situations- und Kontextmerkmalen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Folgen von sex. Gewalt überschneiden sich stark mit dem internationalen Forschungsstand (siehe in diesem Bericht S. 9 ff.) und werden daher hier nicht mehr ausführlich dargestellt.

### **Definition sex. Gewalt**

Die Interviews bestätigen, dass sex. Gewalt ein komplexer und definatorisch nicht leicht zu fassender Begriff ist. In vielen Interviews wurde geäußert, dass neben den Formen auch die verschiedenen Settings und Charakteristiken der Opfer sowie der Täterinnen und Täter einen Einfluss darauf hätten, wie sex. Gewalt zu definieren sei.



Die Interviews ergaben insgesamt, dass es eine Vielgestaltigkeit des Begriffs „sex. Gewalt“ gibt und dass sie

- ein Kontinuum an Handlungen ist,
- abhängig von der subjektiven Sicht und dem Setting ist,
- eine Verletzung der sexuellen Integrität bedeutet,
- eine Verwehrung der sexuellen Identität umfasst/beinhaltet,
- eine Form der Grenzverletzung darstellt,
- mit der Missachtung von Schamgrenzen beginnt und
- eine Handlung ist, die ohne Einwilligung oder gegen den Willen einer Person geschieht.

*„Also ich glaube, dass es ein Kontinuum an Handlungen, die unter sexueller Gewalt zu fassen sind. Das fängt vielleicht an beim Klaps auf den Hintern der Pflegekraft, einfach so, vom Kollegen, bis hin zur Vergewaltigung sozusagen. So und vielleicht für das Setting, in dem sie sich da, wir uns da bewegen, ist vielleicht noch mal wichtig, den Fokus auf diese Grenzverletzungen zu legen, wo man vielleicht sogar weiß, dass das grenzverletzend ist.“ (Person 4, Position 11)*

Allerdings ergaben die Gespräche auch, dass sich eine allgemeingültige Definition offenbar nur schwer formulieren lasse und mit gewissen Unschärfen je nach Perspektive zu rechnen sei. Somit scheinen pragmatische Entscheidungen für Definitionen notwendig. Hinzu kommt im Hinblick auf die Definition sex. Gewalt die Frage nach der Konsensfähigkeit als ein Aspekt der Einvernehmlichkeit einer Handlung. Konsensfähigkeit beschreibe laut den Expertinnen und Experten eine Art Einwilligungs- oder Urteilsfähigkeit, die – bedingt durch gesundheitliche Einschränkungen oder Abhängigkeitsverhältnisse – insbesondere bei pflegebedürftigen Personen wahrscheinlich nicht immer gegeben sei, aber eine Grundlage für einvernehmliche sexuelle Handlungen darstelle. Dies erschwere teilweise auch die Abgrenzung von einvernehmlicher Sexualität und vermeintlichen Vorfällen sex. Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen.

### **Bedeutsamkeit Sexualität und sex. Gewalt**

Von Expertinnen und Experten wurde in den Gesprächen die Aussage getroffen, dass die Bedeutsamkeit von Sexualität im Alter und damit auch in stationären Pflegeeinrichtungen erheblich unterschätzt werde und dies ein gesellschaftliches Problem darstelle. Eine befragte Person formulierte dazu, dass in einigen Einrichtungen die weitverbreitete Einschätzung vorherrsche, dass ältere Menschen nicht mehr sexuell aktiv seien. Die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse sowie die sexuelle Identität der Bewohnerinnen und Bewohner seien demnach oftmals nur unzureichend oder gar nicht bekannt. Auch könne es vorkommen, dass bspw. in Zimmern nicht ausreichend Platz für Intimität gegeben sei oder dass Handlungen, wie etwa das Küssen auf dem Flur, unterbunden würden.

*„Also in fortschrittlichen Einrichtungen kann darüber gesprochen werden. Und da wird sicherlich auch dann nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Also wie können wir eine bestimmte Form von Sexualität ermöglichen oder von sexuellem Erleben, ja? Schwieriger wird es aus meiner Sicht jetzt, wenn es so um spezielle Dinge geht. Wir hatten mal eine Situation, wo darüber diskutiert wurde, dass ein Mann gesagt hat, er würde so gern noch mal einen Porno sehen. Und das fanden die unverschämt, das gehörte sich einfach nicht. Ja?“ (Person 8, Position 13)*

Zudem bestünden zum Teil innere Widerstände und eine niedrige Toleranz vonseiten des Personals oder von Bewohnerinnen und Bewohnern im Hinblick auf homosexuelle Beziehungen. In Interviews wurde einerseits eine Tabuisierung von Sexualität in Einrichtungen attestiert und andererseits betont,

wie wichtig es sei, auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Sexualität einzugehen, um Lebensqualität und auch Gesundheit positiv zu beeinflussen und möglicherweise auch sex. Gewalt in Pflegeeinrichtungen langfristig vorzubeugen. Diese Probleme würden jedoch bisher von vielen Verbänden, Fachkommissionen oder in Qualitätskontrollen noch nicht ausreichend aufgegriffen.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch im Hinblick auf die Bedeutsamkeit von sex. Gewalt. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens sex. Gewalt von einem erheblichen Dunkelfeld ausgegangen werden müsse. Das bedeutet, dass erheblich mehr Fälle auftreten, als tatsächlich bekannt werden. Ein relevantes Problem sei, laut Aussagen von Expertinnen und Experten, dass viele Einrichtungen bzw. deren Personal das Thema verkennen und verdrängen, bis hin zur Leugnung. Eine Thematisierung werde zum Teil bewusst vermieden, da sex. Gewalt analog zur Alterssexualität generell als ein „Schmuddelthema“, „Tabuthema“ oder „randständiges Thema“ betrachtet werde. Zudem wurde das Thema „Sex. Gewalt“ als schambehaftet und als in „früheren Zeiten“ anders wahrgenommen bzw. bewertet beschrieben. Insbesondere könnten einige Handlungen, die heute als sex. Gewalt verstanden werden, von Menschen im höheren Alter als eher „normal“ betrachtet werden (z. B. übergriffiges Verhalten gegenüber Frauen), so die Vermutung. Dass sexuell übergriffiges Verhalten in der Vergangenheit gesellschaftlich überwiegend anders bewertet worden sei, habe unter anderem dazu geführt, dass ein solches Verhalten meist nur offen zur Sprache gekommen sei, wenn ein Vorfall mit einer erheblichen Schwere oder Medienpräsenz vorgelegen habe. Laut Expertinnen und Experten müsse sex. Gewalt insgesamt viel mehr in den Fokus der Gesellschaft und insbesondere der Praxis gerückt werden, um gerade dort durch Informationen, Austausch und Schulung ein Problembewusstsein zu schaffen. Dabei sollte es nicht nur um eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema gehen, sondern um eine aktiv gelebte präventive Kultur innerhalb der Einrichtung.

### **Präventive Einrichtungskultur**

Im Rahmen der geführten Interviews machten Teilnehmerinnen und Teilnehmer deutlich, dass die Kultur einer Einrichtung für einen zentralen Faktor in der erfolgreichen Prävention sex. Gewalt halten. Als Grundlage für die wirksame Umsetzung von Präventions- und Schulungsmaßnahmen wurde unter anderem die Relevanz einer offenen und transparenten Kommunikation zu dem Thema und einer klaren Haltung innerhalb der gesamten Einrichtung sowie ggf. auch in der Außenkommunikation genannt. In diesem Zusammenhang wurde geäußert, dass das Thema in Bezug auf die Entwicklung von präventiven Maßnahmen wie etwa Schulungen auch *„von oben nach unten gedacht werden muss“* (Person 9, Position 65) und somit neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch zwingend von entsprechenden Personen der Leitungsebene als glaubwürdigen Initiatorinnen und Initiatoren mit Vorbildfunktion zu tragen und zu steuern sei. Zur Entwicklung einer präventiven Unternehmenskultur tragen laut Expertinnen und Experten unter anderem die sachgerechte Erarbeitung eines Qualitätshandbuchs sowie die Ausarbeitung von Schutzkonzepten und von „sexualfreundlichen Leitlinien“ bei. Die Haltung des Trägers solle zudem bereits in Bewerbungs- und Einstellungsprozessen gegenüber potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern deutlich gemacht werden, durch eine Aufklärung über Normen und Werte sowie Unterstützungssysteme der Einrichtung gerade auch in Bezug auf (sex.) Gewalt.

*„Insoweit ist, glaube ich, ein wichtiger Schlüssel tatsächlich bei der Personalauswahl zu setzen, das möglichst gut zu gestalten und bei den Mitarbeitenden auf die Haltung zu achten, mit der*

*sie ihre Arbeit ausüben. Ich glaube, das ist ein ganz wesentlicher Schlüssel, der einem dann auch ermöglicht, entsprechende Verdachtsfälle überhaupt zu entdecken. Dass sich also Mitarbeitende auch handlungssicher fühlen, wenn sie als Zeugin oder Zeuge hier Dinge antragen. Dann eben zu gucken: Wie kann ich die Personen, die betroffen sind, selbst ermächtigen, dass sie Hilfe holen können?“ (Person 11, Position 101)*

Zur Aufklärung innerhalb der Einrichtung könne auch die Etablierung von sogenannten „Change-Agents“ oder Präventions-Botschafterinnen und -Botschaftern beitragen, die als Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren in Pflegeeinrichtungen fungierten. Ihr Profil solle sein, in den Einrichtungen als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Thema „Sex. Gewalt“ zur Verfügung zu stehen sowie in diesem Bereich konsequent geschult und weitergebildet zu werden und somit in der Einrichtung aktuelles Wissen verbreiten zu können (bspw. zu neuer Literatur und neuen Erkenntnissen in dem Themenbereich).

*„Also, was bei allen gut war, also ich schätze es als Maßnahme ein, das steht in dieser Präventionsordnung, dass es einen klaren Ansprechpartner in der Einrichtung gibt. Und dass der auch bekannt ist, dass dessen Namen irgendwo steht, dass die Heimbewohner das kennen, dass auch Angehörige den kennen. Ich glaube, das gibt ein Stück Sicherheit und verunsichert dann auch potenzielle Täter.“ (Person 7, Position 44)*

Darüber hinaus sollten auch Angehörige sowie Bewohnerinnen und Bewohner (etwa über den Heimbeirat) – soweit möglich – bspw. an der Erarbeitung von Schutzkonzepten in Form von Feedbackschleifen beteiligt werden. Ein wichtiger Schritt wäre zudem laut Interviews, wenn sich Einrichtungen insgesamt offener für das Thema „Sexualität“ zeigten. Als Bestandteil einer Unternehmenskultur, die sexuelle Bedürfnisse von älteren Menschen berücksichtigt und respektiert, könnte demnach etwa der Zugang zu Sexualassistenzen in den Einrichtungen unterstützt oder das Bereitstellen von Hilfsmitteln (z. B. Vibratoren) etabliert werden. Davon abgesehen könnte im Zuge von Biografie-Arbeit oder internen Kommunikationsformaten, in denen ein Austausch über den Wissensstand zu Bedürfnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern stattfinden kann (z. B. in Dienst- oder Teamsitzungen), versucht werden, auch die Sichtweise der jeweiligen Bewohnerin bzw. des jeweiligen Bewohners auf Sexualität im weiteren Sinne und die Bedürfnisse in diesem Kontext besser zu verstehen. Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner müssten ernst genommen und das Bedürfnis nach Sexualität dürfe nicht als krank oder pathologisch abgetan werden. Zudem müsse der Umgang damit geschult werden, sodass „Lästereien“ oder „Belustigungen“ über Sexualität und Intimität – insbesondere seitens des Personals – vermieden werden. Die Einschätzung der meisten Expertinnen und Experten war jedoch, dass diese Ansätze bisher nur wenig genutzt werden.

*„Das heißt, dass meiner Meinung nach Pflegeeinrichtungen und besonders die dort tätigen Pflegefachkräfte, die Leitungen gefordert sind, für sexualfreundliche Rahmenbedingungen zu sorgen. Das bedeutet, dass Pflegebedürftige aktiv die Möglichkeit haben müssen, ihre Sexualität individuell selbstbestimmt auszuleben – ohne Abwertung, ohne Diskriminierung und ohne moralische Sanktionen. Was meiner Meinung nach derzeit leider noch nicht gegeben ist.“ (Person 10, Position 7)*

Auf Ebene des Personals führten, laut Aussagen von Expertinnen und Experten, steile Hierarchien und ausgeprägte Machtgefälle innerhalb der Einrichtung potenziell dazu, dass Fälle von sex. Gewalt nicht gemeldet werden. Es könne zudem der Mut fehlen, sich zu exponieren, bzw. die Angst davor bestehen, im Team als „der/die Böse“ oder „die Petze“ dazustehen. Hinzu komme, dass einige Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter mit zunehmender Beschäftigungszeit, durch permanenten Zeitdruck und ein hohes Arbeitspensum bezüglich des Themas „Sex. Gewalt“ in gewisser Form „abstumpften“ und sich die Ansicht manifestierte, dass solche Vorfälle „zum Job dazugehörten“. Es komme insbesondere bei jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufiger vor, dass sie sex. Gewalt erlebten oder beobachteten und von anderen Kolleginnen und Kollegen im Team nicht adäquat im Umgang mit diesen Erlebnissen unterstützt würden, indem der Vorfall bspw. verharmlost werde und sie dadurch sogar in die Situation geraten könnten, durch Schweigen zu Mittäterinnen und Mittätern zu werden.

*„Auffallend in Teams mit Gewalt ist, dass sie sehr schnell zusammenhalten, alles tun, dass das nicht nach außen dringt. Und das kommt einfach daher, also die orientieren sich an dem stärksten, scheinbar stärksten Mitglied. Und wenn diese Person jetzt übergriffig wird, dann wird das schnell als Normalfall angesehen. Das andere ist, ich kenne das von mir auch von früher, ich erlebe etwas und schweige, weil ich nicht weiß, wie ich damit umgehen soll. Und dann werde ich in irgendeiner Form zum Mittäter. Und irgendwann denke ich: Jetzt habe ich so lange die Klappe gehalten, da kann ich jetzt nicht auch was sagen.“ (Person 8, Pos. 67)*

Umso wichtiger erscheint daher eine einheitliche und transparente Teamkultur in Bezug auf das Thema „Gewaltfreie Pflege“. So könnten sich alle am Pflegeprozess beteiligten Personen, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige trauen, bedenkliche Vorfälle in der Einrichtung anzusprechen, und das Gefühl haben, ernst genommen zu werden.

### **Faktoren gelingender Prävention**

Die Expertinnen und Experten nannten im Rahmen der Interviews zahlreiche Aspekte, die im Zuge von Prävention, Schulung und Fortbildung im Bereich „Sex. Gewalt“ sinnvoll, förderlich oder motivierend seien. Angesprochen wurden im Zusammenhang mit der Effektivität von präventiven und schulenden Maßnahmen unter anderem Erfolg versprechende Faktoren wie etwa die Praxisnähe von Schulungen:

*„Also von daher würde ich meinen, wenn es gelingt, die Pflegenden mit einzubinden, wenn es gelingt, eigene Erfahrungen zu thematisieren, anhand von Fällen vielleicht auch das zu besprechen, dann ist es sicherlich erfolgsversprechender als mal zu sagen: Das ist sexualisierte Gewalt, die sind gefährdet, das sind Maßnahmen und das müsst ihr jetzt machen. Ja? Dann wird es sicherlich weniger bringen, als wenn man es tatsächlich durch solche persönlicheren Maßnahmen schafft, irgendwie ein Bewusstsein zu erzeugen dafür.“ (Person 12, Position 55)*

Diese und weitere Aussagen deuten auf den Wert interaktiver und partizipativer Ansätze für entsprechende Schulungen hin. Genannt wurden als mögliche entsprechende Schulungselemente bspw. Rollenspiele, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eigene Grenzen erleben können, sowie Diskussionsimpulse etwa durch Fallbeispiele oder das Einspielen von Videos. Zudem wurde in den Interviews mehrfach der Aspekt der Nachhaltigkeit von Schulungen betont. Schulungen sollten regelmäßig stattfinden und Präventionsprojekte in die dauernde Praxis in der Einrichtung überführt werden, damit bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht nur eine kurzfristige Sensibilisierung erfolge – bestenfalls in Verbindung mit kontinuierlichen Evaluationen. In diesem Zusammenhang wurde der bestehende Bedarf nach mehr Investitionen in Fortbildungen, Schulungen und Informationsangebote für alle am Pflegeprozess beteiligten Personen betont.

Auch wurde im Rahmen der Interviews betont, welche Bedeutung Leitungs- und Führungskräfte als Vorbilder und Impulsgeber gegenüber dem Personal für die Bearbeitung des Themas „Sex. Gewalt“ in der Einrichtung hätten (s. o.). So könnten sie etwa Gespräche initiieren und Gruppenkonstellationen schaffen, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über gemeinsam oder ähnlich erlebte Vorfälle offen diskutieren. Es sei hierbei aber oft initial nötig, dass eine Person in der Gruppe den Mut habe, offen über entsprechende Erlebnisse zu sprechen, und dies von den Vorgesetzten gestützt werde – dann würden sich oft auch weitere Personen im Hinblick auf ihre Erfahrungen und Erlebnisse öffnen. Auch könne dieser Gesprächsaufakt von der Leitungskraft selbst kommen, indem diese selbst erlebte Vorfälle und die eigene Betroffenheit dabei schildere. Des Weiteren könne es helfen, an das berufliche Selbstverständnis der Pflegefachpersonen zu appellieren und sich bei der Vermittlung von Präventions- und Schulungsmaßnahmen immer wieder darauf zu berufen. Die aktive Mitgestaltung vonseiten des Personals bei Konzeptentwicklungen für die Einrichtungen wurde ebenfalls als motivierender Faktor genannt, da dies das Gefühl vermitteln, als Personengruppe mitgedacht und einbezogen zu werden und vor allem vom impliziten Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu profitieren und relevante Alltagsprobleme aus deren Sicht nicht zu übersehen. Dabei solle darauf geachtet werden, dass die Problematik als Querschnittsthema in verschiedene Themenbereiche wie etwa die Körperpflege eingebettet werde, um den Zugang dazu zu erleichtern. Für die Leitungsebene nannten Expertinnen und Experten ebenfalls verschiedene Faktoren, die dazu motivieren könnten, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Genannt wurde diesbezüglich etwa die Vermeidung von häufigem Personalwechsel durch ungünstige Arbeitsbedingungen als Motivation für eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema.

*„Tatsächlich glaube ich, werden die Folgen von sexueller Diskriminierung und Belästigung beim Personal im Moment noch sehr unterschätzt so. Und das, finde ich, ist ja auch für Einrichtung oder für Führungskräfte sozusagen auch noch mal wichtig, sich darüber klarzumachen: Wenn wir unser Personal hier halten wollen, wenn die gesund bleiben sollen, dann müssen wir uns auch mit diesem Thema mehr beschäftigen. Weil es eben sonst auch zu Fluktuationen kommt oder bis hin zu Berufsaufgabe oder -unfähigkeit so. Das ist, glaube ich, auch noch mal ein wichtiger Faktor, der dann gerade auf der Leitungsebene noch mal eine wichtige Motivation darstellen kann.“ (Person 9, Position 49)*

### Barrieren in der Präventionsarbeit

Bei der Inanspruchnahme von Angeboten für betroffene Personen bzw. Opfer sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege wurden von Expertinnen und Experten verschiedene Barrieren aufgeführt. Genannt wurden Barrieren – bezogen auf alle betroffenen Personengruppen –, die auch generationenbedingt in ihrer Bedeutung variieren können, wie etwa Unsicherheiten, Scham, Selbstzweifel, Schuldgefühle, Traumatisierung, Kriegserfahrung oder geringe Sensibilität für sexuell übergriffiges Verhalten. In Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Angehörigen wurden eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit oder Abhängigkeitsverhältnisse erwähnt.

In Bezug auf die Implementierung von präventiven Maßnahmen wurden zudem verschiedene strukturelle bzw. organisationsbezogene Hindernisse und Widerstände aufgezählt, die eine erfolgreiche Einbettung in die Einrichtungen erschwerten. Aus den Interviews ging hierzu hervor, dass in den Einrichtungen fehlende zeitliche, finanzielle oder personelle Ressourcen als hinderlich wahrgenommen würden, um präventive Maßnahmen in den Einrichtungen umzusetzen. Als weiterer

zentraler Aspekt wurde benannt, dass gerade das Thema „Sex. Gewalt“ tabuisiert sei und in der Öffentlichkeit als stark negativ behaftet wahrgenommen werde. Dies könne dazu führen, dass Einrichtungen durch das erkennbare Aufgreifen entsprechender Präventionsaktivitäten einen Imageschaden befürchten, weil solche Aktivitäten implizierten, dass ein einrichtungsbezogenes Problem mit Gewaltvorkommnissen bestehe. Hinzu komme unter anderem die Unwissenheit und die Ablehnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber dem Thema „Sex. Gewalt“, auch weil sie sich bei dem Thema unberechtigterweise unter Verdacht gestellt oder sogar als Täterinnen bzw. Täter diskreditiert sähen.

*„Den größten Widerstand hatten wir, als wir mit dem Thema anfangen, dass gesagt wurde: Wir als Pflegekräfte, wir hätten wieder wie Täter gehandelt. Wir kommen unter einen Generalverdacht. Das sind wir doch gar nicht. Wir werden diskreditiert.“ (Person 7, Position 116)*

Des Weiteren existiere, laut Aussagen von Expertinnen und Experten, oft die bereits im vorherigen Kapitel „Präventive Einrichtungskultur“ thematisierte Einstellung, dass das Personal sex. Gewalt „aushalten muss“. Diese Sichtweise bedeute dann natürlich auch, dass entsprechende Vorfälle als normal oder alltäglich abgestempelt würden. Dies könne unter anderem dazu führen, dass insbesondere jüngerer Personal nicht den Mut aufbringe, Vorfälle sex. Gewalt anzusprechen.

*„Da kann ich schon eingangs sagen, zu den Fragen, die die sexualisierte Gewalt betrafen, gab es sowohl seitens der Bewohnerschaft als auch seitens der Mitarbeitenden, die befragt wurden, schmunzelndes Lächeln: ‚So was ist bei uns kein Thema. Das kommt hier nicht vor.‘“ (Person 5, Position 7)*

### Umgang mit aufgetretenen Fällen

Expertinnen und Experten äußerten sich im Rahmen der Interviews auch zu möglichen Maßnahmen bei Verdachtsfällen oder bestätigten Ereignissen sex. Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Hier wurde zum einen die Bedeutung von zum Beispiel regelmäßigen Supervisionen, Fallbesprechungen oder der Berufung einer Vertrauensperson als hoch eingeschätzt, um Transparenz und klare Kommunikation zu den Vorfällen innerhalb der Einrichtung und im Team zu erleichtern. Zum anderen wurde der, aus Sicht der sich entsprechend Äußernden, hohe Praxiswert eines dezidierten, strukturierten Meldesystems beschrieben. In einem solchen sei der genaue Ablauf bei einem (Verdachts-)Fall auf sex. Gewalt vorab festgelegt. Zudem solle es sowohl interne als auch externe Ansprechpersonen beinhalten, um eine gewisse Handlungssicherheit zu vermitteln.

Bei den externen Anlaufstellen für den Umgang mit solchen Vorkommnissen wurde neben der Heimaufsicht und den Qualitätsprüferinnen und -prüfern der Medizinischen Dienste und der Careproof GmbH auf spezialisierte Beratungsstellen und Angebote wie zum Beispiel thematisch fokussierte Nottelefone verwiesen. Niedrigschwellige Erstberatungsangebote wurden zum Umgang mit Situationen von Grenzüberschreitungen und sex. Gewalt sowie zur sexualbezogenen Aufklärung (z. B. Auswirkungen von demenziellen Erkrankungen auf Sexualität) sowohl für pflegebedürftige Frauen und Männer und ihre Angehörigen als auch für Einrichtungspersonal genannt, da diese Aspekte durch ärztliche oder pflegerische Expertise allein nicht abgedeckt werden könnten. Auch kam zur Sprache, dass bei sexuellen Übergriffen, insbesondere bei Verdacht auf erhebliche Straftaten, die Polizei zur Ermittlung einzuschalten sei bzw. Strafanzeigen zu erstatten seien, soweit dies nicht zum Beispiel mit dem Schutzbedarf bzw. den Schutzrechten Betroffener bzw. Beteiligter kollidiere. Es sei wichtig,

gerade auch im Verdachtsfall, bei dem das weitere Vorgehen intern noch nicht abgestimmt sei, mögliche Ermittlungen nicht dadurch vorab unbedacht zu erschweren, dass potenzielle Spuren wie etwa an Bettwäsche oder Kleidung durch das Waschen ebendieser vernichtet würden. Aus ermittlungstechnischer Sicht wurde deutlich, dass eine körperliche Untersuchung (z. B. nach Hämatomen), eine umfangreiche Spurensicherung (z. B. von Spermaspuren) sowie eine fotografische und schriftliche Dokumentation unmittelbar nach einem Verdachts-(fall) von schwerwiegender sex. Gewalt sehr wichtige Maßnahmen seien, um die Täterinnen bzw. Täter überführen zu können.

*„Und es ist ja auch nicht nur wichtig, dass ich die Spuren am Körper der betroffenen Person sichere, sondern auch die Kleidung sichere, also speziell die Unterwäsche, die getragen wurde, das Nachthemd oder auch das Leintuch, wenn die Vergewaltigung im Bett passiert ist. Das wäre die forensische Vorgehensweise, die quasi schon Aufschluss gibt, ob eine Vergewaltigung stattgefunden hat beziehungsweise ob der Verdacht auf sexualisierte Gewalt bestätigt oder entkräftet werden kann.“ (Person 10, Position 63)*

## Zusammenfassung und Diskussion

Die Expertinnen- und Experten-Gespräche ergaben hinsichtlich der Definition des Begriffs der sex. Gewalt und entsprechender Gewaltformen keine wesentlich vom wissenschaftlichen Diskurs abweichenden Aspekte (Kohnen et al., 2021; National Center of Elder Abuse [NCEA]; Smith et al., 2018). Vor diesem Hintergrund unterstützen sie auch die Auffassung, mögliche Unschärfen in einer Definition zu akzeptieren.

Nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten sind ältere Menschen (insbesondere in Pflegeeinrichtungen) stark dahin gehend gefährdet, dass Themen, die die Sexualität oder sexuelle Bedürfnisse betreffen, ignoriert oder sogar verächtlich gemacht werden und dass ihre eigene Sexualität negiert wird. Auch werde die Wahrnehmung der Relevanz des Themas „Sex. Gewalt“ in Einrichtungen nicht selten abgestritten oder verdrängt und in der Folge würden nur wenige besonders schwere Fälle laut dieser Einschätzung sichtbar. Aus diesem Grund wurde dem Thema „Sexualität und Intimität“ in dem für die professionelle Pflege entwickelten Arbeitsmaterial (P6 Entwicklung und Erprobung der Arbeitsmaterialien für die professionelle Pflege) entsprechender Raum gegeben, um ein Bewusstsein für die Bedeutung von Sexualität und sexueller Biografie – auch als Basis von entsprechender Präventionsarbeit – zu schaffen. Wie problematisch die bewusste Vermeidung der Themen „Sexualität“ und „Sex. Gewalt“ im Pflegesetting ist, wird durch eine Studie aus den letzten Jahren unterstrichen. Die Studie legt nahe, dass immerhin fast ein Drittel der Erwachsenen zwischen 60 bis 82 Jahren häufiger sexuell aktiv ist (30 Prozent) und häufiger sexuelle Gedanken hat (27 Prozent) als der Durchschnitt der 20- bis 30-jährigen Kontrollgruppe (Kolodziejczak, 2019). Zudem wird hervorgehoben, dass das Bedürfnis nach Intimität auch im Alter fortbesteht. Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die sexuellen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen in der Langzeitpflege eine wichtige Rolle spielen – unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder sexueller Orientierung (Ho & Goh, 2022). Die Studie verweist in dem Zusammenhang auf das breite Spektrum der Einstellungen des Pflegepersonals im Umgang mit der Sexualität älterer Menschen. Diese reichten von Akzeptanz oder Sorge über ausreichend Privatsphäre bis hin zu einem intoleranten und verächtlichen Verhalten. Die Verantwortung, sich den Themen „Sexualität im Alter“ und „Sexualität in der Pflegeeinrichtung“ zu öffnen, wird laut einer anderen Studie bei den Pflegeanbieterinnen und -anbietern verortet, wobei jedoch zeitgleich eine mangelnde

Unterstützung der Leitungsebene gegenüber Pflegepersonal und Bewohnerinnen und Bewohnern attestiert wird (Sinkovic & Towler, 2019). Dabei ist eine breite Unterstützung bei diesen Themen notwendig, um auch die in den Interviews bereits angesprochene Tabuisierung gleichgeschlechtlicher Beziehungen sowie das Thema der allgemeinen sexuellen Identität und Orientierung aufzuarbeiten. Beispielsweise haben Menschen der LGBTIQ\*-Community im Alter aufgrund ihrer Lebensgeschichte zum Teil andere (Schutz-)Bedürfnisse als heterosexuelle Menschen, was in der Pflege bisher nur unzureichend berücksichtigt wird. In ersten Projekten wurde das Thema „Queer im Alter“ bereits bearbeitet (z. B. Modellprojekt Koordinierungsstelle „Queer im Alter“ vom AWO Bundesverband e.V. Berlin: <https://queer-im-alter.de/>) und konnte so in den letzten Jahren stärker an Bedeutung und Aufmerksamkeit gewinnen. Dennoch sind weitere Forschungsvorhaben und Projekte notwendig, um ein diskriminierungsfreies Umfeld für alle Personen in der stationären Pflege zu schaffen.

Nur am Rande der Interviews kam überraschenderweise zur Sprache, dass auch sex. Gewalt zwischen Einrichtungspersonal vorkommt. Dies ist nicht isoliert von Übergriffen zu betrachten, in denen Bewohnerinnen oder Bewohner auf die eine oder andere Weise involviert sind. Wenn das Ziel einer gewaltfreien Einrichtungskultur erreicht werden soll, dann gehört dazu auch, mögliche entsprechende Gewalt im Kollegenkreis zu thematisieren und mit präventiven Maßnahmen zu adressieren.

In dem hier vorliegenden Studienteil wurde auch das erhebliche Spannungsfeld zwischen möglicher – und insbesondere im Fall eines Straftatverdachts gegen andere Personen als in der Einrichtung lebende Pflegebedürftige auch aus präventiver Sicht ratsam erscheinender – Ermittlung und Strafverfolgung von Verdachtsfällen und Taten einerseits und Schutzbedarfen und -bedürfnissen sowie anderen Rechtsverpflichtungen andererseits thematisiert. Entsprechend sind immer einzelfallspezifische Abwägungen unmittelbar zu treffen. Es scheint sinnvoll, für derartige Situationen Standardprozesse – mit rechtlicher Expertise begleitet – zu entwickeln, diese genau zu beschreiben, ihre Durchführung zu schulen und ihre Einhaltung sicherzustellen. Denn eines wurde auch klar: Kommt es zu Ermittlungen, kann durch falsches Vorgehen innerhalb der Einrichtung die Täterermittlung be- oder verhindert werden. Nicht zuletzt die Erkenntnisse der Aktenanalyse zeigen die erhebliche Bedeutung unter anderem der Spurensicherung für die Verurteilung von Täterinnen und Tätern (P2 Hellfeldanalyse auf Basis staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu Sexualdelikten).

Bei der Frage nach möglichen Maßnahmen oder Präventionsansätzen bei sex. Gewalt verwiesen die Expertinnen und Experten vor allem auf eine notwendige Sensibilisierung und bessere interne Kommunikation (z. B. Absprachen und Supervision im Team, feste Meldewege, Ansprechpersonen) als auch auf eine bessere externe Kommunikation (z. B. Beratungsstellen, Meldestellen, Öffentlichkeitsarbeit). Schulungsmaterialien mit praktischem Alltagsbezug, regelmäßige Fortbildungen und die Entwicklung von Schutzkonzepten wurden als praktikable Beispiele genannt. Ein Großteil der genannten Maßnahmen findet sich auch bei der Betrachtung der internationalen Literatur wieder (Adler et al., 2021; Karlsson et al., 2020; Villar et al., 2020). Viele der Präventionsansätze konnten für die Gestaltung und Ausarbeitung der Arbeitsmaterialien (P6 Entwicklung und Erprobung der Arbeitsmaterialien für die professionelle Pflege) genutzt werden, da neben einer theoretischen Grundlage zur Definition und zu Anzeichen sex. Gewalt, laut Aussagen der Expertinnen und Experten, insbesondere praktische Handlungsansätze und anwendungsbezogene Beispiele für das Pflegepersonal relevant sind. So kann das Thema greifbarer gemacht und eine langfristige Sensibilisierung erreicht werden.

Das Thema „Sex. Gewalt“ zu enttabuisieren und möglichst transparent hierzu bzw. zu deren Vorbeugung zu kommunizieren, scheint ein erster wichtiger Schritt zu sein, insbesondere um Barrieren



in der Präventionsarbeit abzubauen. Dafür ist es sinnvoll, alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen (z. B. Leitungspersonal, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige, Bewohnerinnen und Bewohner) in die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen einzubeziehen und eine Einrichtungskultur zu schaffen, in der eine eindeutige Haltung für eine gewaltfreie Pflege (vor-)gelebt wird.

## P5 Quantitative Interviews mit Führungskräften der stationären Langzeitpflege

*Simon Eggert & Christian Teubner*

### Methode

Ziel der Befragung war unter anderem, verschiedene Aspekte von Organisationsbedingungen, die für Prävention und Fortbildung im Kontext sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege relevant sein können, aus der Perspektive von Führungskräften zu explorieren und zu quantifizieren. Da es sich bei sex. Gewalt generell um ein stark tabubehaftetes Thema handelt (Band-Winterstein et al., 2021), wurde der Fragebogen so gestaltet, dass zunächst allgemeine Fragen zum Thema „Gewalt“ gestellt wurden, um die Antwortbereitschaft für die folgenden, sensitiveren Fragen zu sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege möglichst zu erhöhen (Bogner & Landrock, 2016; Schnell, 2019). Außerdem wurden in den Einleitungstexten zu einzelnen Fragen sogenannte versöhnliche Formulierungen („forgiving wording“) gewählt – bspw.: „Ein besonders brisantes Thema, über das viele nicht gerne sprechen, ist das Thema sexuelle Übergriffe“ –, um die Bereitschaft für ehrliche Antworten zu steigern (Näher & Krumpal, 2011).

Bei den für die Befragung verwendeten Antwortskalen handelte es sich überwiegend um vier- und fünfstufige Skalen, ergänzt um die Antwortkategorie „weiß nicht“. Die Skalen wurden nicht vorab validiert, orientierten sich aber an etablierten Skalen (Prüfer et al., 2003), womit eine hinreichende Validität angenommen werden kann. Die Effektstärke  $\phi$  wird in den folgenden Auswertungen in Anlehnung an Cohen (Cohen, 1988) unterteilt in „kleiner bis mittlerer Effekt“ [ $0,1 \leq \phi < 0,3$ ], „mittlerer bis großer Effekt“ [ $0,3 \leq \phi < 0,5$ ] und „großer Effekt“ [ $\phi \geq 0,5$ ].

Die Studie wurde als computergestützte Telefonbefragung (CATI) in der Zeit von 22.11.2021 bis 07.01.2022 durchgeführt. Die Stichprobe wurde per Zufallsauswahl aus der Gesamtheit der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland gezogen und umfasste 1.002 Beschäftigte – aus Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen oder Heimleitungen – in 1.002 verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen. Um Abweichungen von der Grundgesamtheit auszugleichen, die durch differenzielle Nichtteilnahme entstehen, wurde die Stichprobe nach der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen (bis 30, 31 bis 50, 51 bis 100, 101 und mehr) gemäß der Pflegestatistik 2019 (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2020) gewichtet. Die Werte der Gewichte reichten von 0,76 bis 2,23 und die statistische Fehlertoleranz in der Gesamtstichprobe lag bei +/- 3 Prozentpunkten.

### Ergebnisse

#### **Beschreibung der Stichprobe**

Bei den befragten Führungskräften handelte es sich überwiegend um Pflegedienstleitungen (62,6 Prozent), gefolgt von (stellvertretenden) Heimleitungen (18,3 Prozent) und Geschäftsführungen (17,5 Prozent). Knapp drei Viertel (73,8 Prozent) der Befragten waren weiblich, 26,1 Prozent männlich. Im Durchschnitt waren die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung 47 Jahre alt (Range: 22 bis 73 Jahre, Standardabweichung: 10,4 Jahre). Jeweils ein knappes Viertel der Einrichtungen betreut bis zu 30 Pflegebedürftige (24,2 Prozent) bzw. 31 bis 50 Pflegebedürftige (23,1 Prozent), 36,7 Prozent betreuen 51 bis 100 Pflegebedürftige und 15,7 Prozent mehr als 100 Pflegebedürftige. In 44,9 Prozent der Einrichtungen wird der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz auf die Hälfte oder

weniger geschätzt, in einem knappen Drittel (31,3 Prozent) auf zwischen 51 und 75 Prozent und in 23,0 Prozent der Einrichtungen auf über drei Viertel.

### **Definition von Gewalt und ihre wahrgenommene Verbreitung**

Den Leitungskräften wurde zunächst folgende pragmatische Definition von gewaltsamem Verhalten gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen präsentiert:

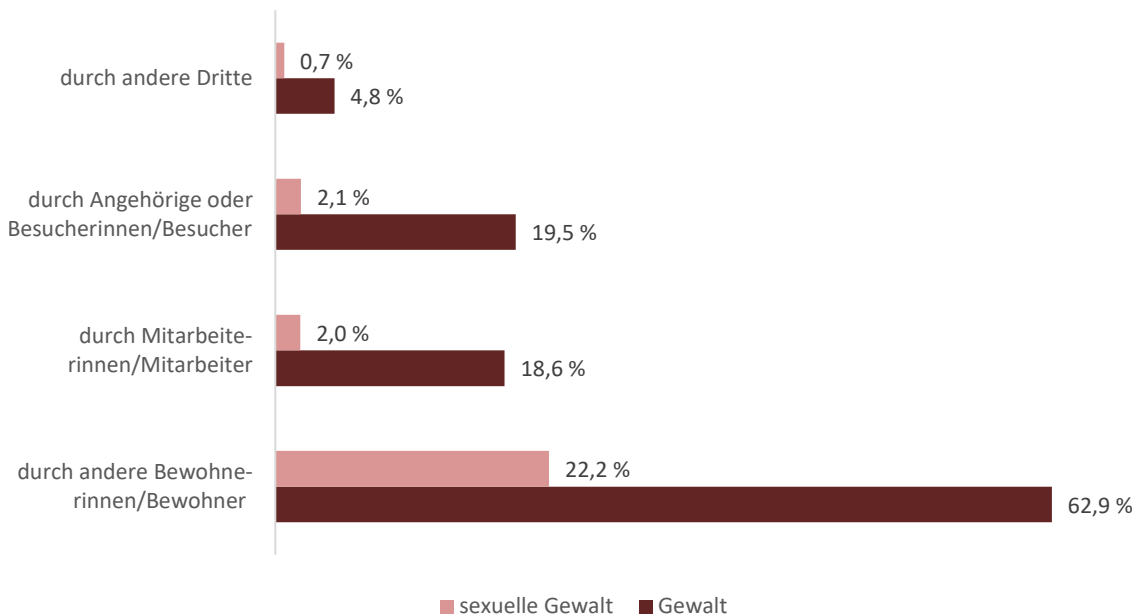
*Unter gewaltsamem Verhalten sind Handlungen zu verstehen, die Bewohnern schaden oder Leid zufügen können. Dazu gehören zum Beispiel psychische oder körperliche Gewalt sowie erhebliche pflegerische Vernachlässigung.*

In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass Gewalt unter anderem von anderen Bewohnerinnen oder Bewohnern, von Angehörigen oder von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern in der Pflege ausgeübt werden kann. Dieser Definition stimmte die weit überwiegende Mehrheit – 83,6 Prozent der Befragten – tendenziell zu (43,7 Prozent stimmten voll und ganz zu, 39,9 Prozent stimmten eher zu).

Es wurde anschließend nach Erkenntnissen zu Gewaltverhalten und speziell zu sex. Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern, von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gegen Bewohnerinnen oder Bewohner, von Angehörigen sowie Besucherinnen oder Besuchern gegen Bewohnerinnen oder Bewohner sowie von anderen Dritten gegen Bewohnerinnen oder Bewohner gefragt. Abbildung 11 zeigt, wie viele der Befragten angaben, sich innerhalb der letzten zwölf Monate an mindestens einen entsprechenden Vorfall in den verschiedenen Konstellationen erinnern zu können – der ihnen berichtet worden war oder von dem sie selbst Zeugin oder Zeuge geworden waren. Am häufigsten wurde hier gewaltsames Verhalten von Bewohnerinnen oder Bewohnern gegenüber anderen zu dieser Gruppe gehörigen Personen genannt. Mit deutlichem Abstand folgten Gewalt gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern durch Einrichtungspersonal oder durch Angehörige sowie Besucherinnen oder Besucher. Für alle vier Konstellationen sex. Gewalt gemeinsam betrachtet, berichteten 24,9 Prozent der Leitungskräfte von mindestens einem ihnen bekannt gewordenen Vorfall in ihrer Einrichtung innerhalb der letzten zwölf Monate.

**Abbildung 11**

Erinnerung an mindestens einen Vorfall von Gewalt bzw. sex. Gewalt in der Einrichtung gegen Bewohnerinnen oder Bewohner innerhalb der letzten zwölf Monate, unterteilt nach Gewaltkonstellationen (n = 1.002)

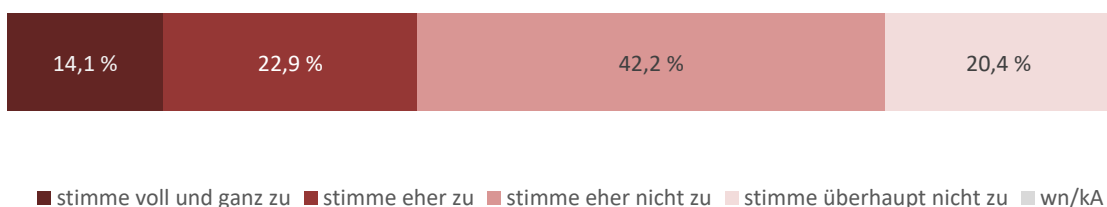


### Herausforderungen durch Gewalt

Der These, dass das Thema „Aggressives oder gewaltsames Verhalten gegen Bewohnerinnen und Bewohner“ die Einrichtung insgesamt vor merklliche Herausforderungen stellt, stimmte über ein Drittel (37,0 Prozent; 14,1 Prozent stimmten „voll und ganz zu“, 22,9 Prozent „eher zu“) der Leitungskräfte zu (Abb. 12), wobei ein knappes Drittel (30,8 Prozent) aller Befragten meinte, diese Herausforderungen hätten durch die Coronapandemie zugenommen.

**Abbildung 12**

Herausforderungen durch das Thema „Aggressives oder gewaltsames Verhalten gegen Bewohnerinnen und Bewohner“ (n = 1.002)



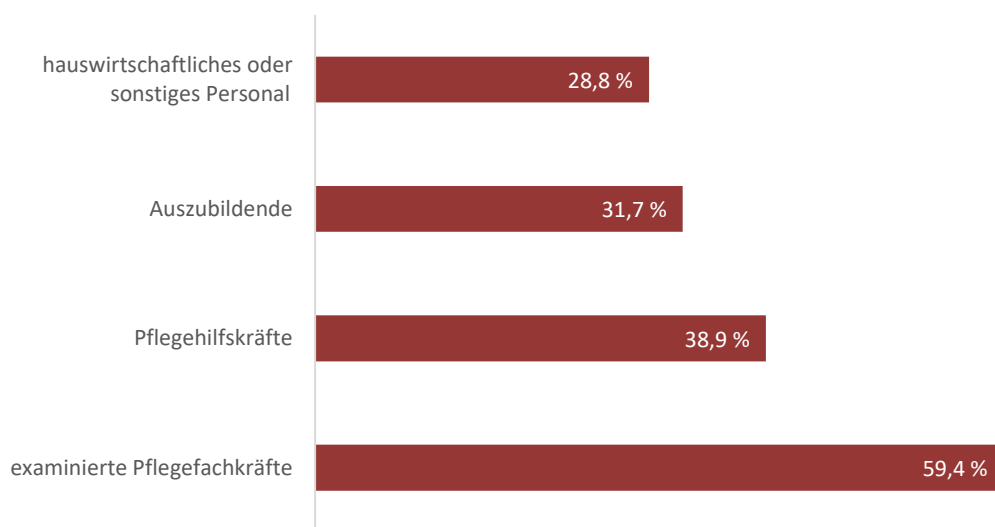
Inwieweit Gewalt in der Einrichtung als Problem bzw. Herausforderung gesehen und erkannt wird, hängt auch mit der Einschätzung der Leitungskräfte zusammen, was Gewalt ist. Unter den Befragten, die der oben genannten breiten Definition von Gewalt überhaupt nicht zustimmten, sagten deutlich weniger (22,3 Prozent), Gewalt stelle ihre Einrichtung vor merklliche Herausforderungen, als in der

Gruppe derjenigen, die der Definition voll und ganz zustimmten (41,9 Prozent;  $n = 996$ ,  $\chi^2(3) = 11,9$ ,  $p = 0,008$ ,  $\phi = 0,11$  [kleiner bis mittlerer Effekt]). Leitungskräfte mit einem höheren Anteil an demenziell erkrankten Menschen in der Einrichtung sehen auch etwas häufiger merkliche Herausforderungen durch Gewalt, der Unterschied zu Einrichtungen mit geringeren Anteilen an Demenzzkranken ist jedoch nicht signifikant.

Über die Hälfte der Befragten sagte, in ihrer Einrichtung gebe es regelmäßig Probleme, genügend examiniertes Pflegepersonal zu finden, das den Ansprüchen der Einrichtung genüge (Abb. 13). Für die Pflegehilfskräfte, Auszubildenden und das hauswirtschaftliche oder andere Personal ist dieser Anteil geringer, aber immer noch erheblich.

**Abbildung 13**

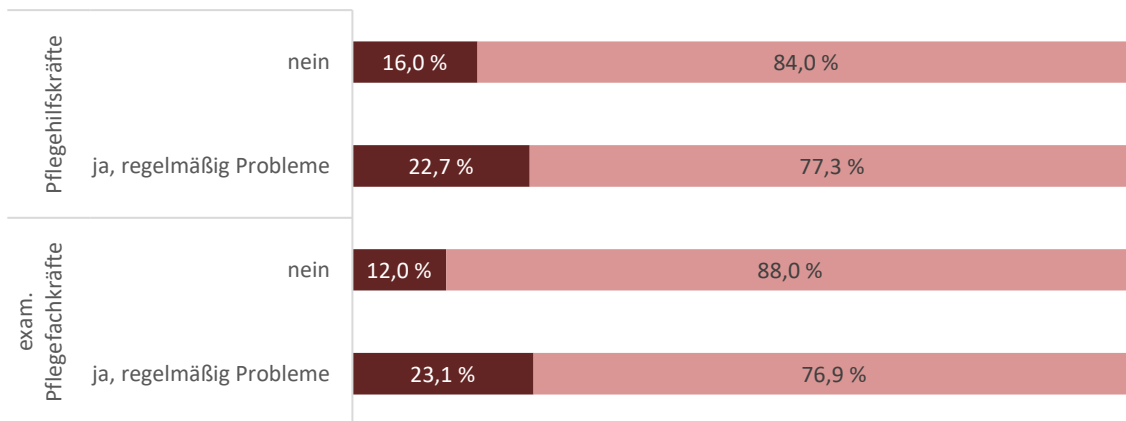
*Regelmäßige Probleme in der Einrichtung, Personal zu finden, das den Ansprüchen der Einrichtung genügt (n = 1.002)*



Werden nun die Einrichtungen in Bezug darauf verglichen, ob die Leitungskraft mindestens einen Gewaltvorfall von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen oder Bewohnern für die zurückliegenden zwölf Monaten erinnerte und ob sie zugleich berichtete, dass regelmäßig Probleme bestünden, Personal zu finden, das den Ansprüchen der Einrichtung genüge, so zeigen sich beachtliche Unterschiede. Unter Einrichtungen, für die entsprechende Probleme angegeben wurden, Pflegefachpersonen zu gewinnen, ist der Anteil mit berichteten Gewaltereignissen beinahe doppelt so hoch. Der Zusammenhang ist statistisch signifikant. Für Einrichtungen mit regelmäßigen Rekrutierungsproblemen bei Pflegehilfskräften ist die Differenz weniger stark und zudem statistisch nicht signifikant (Abb. 14).

**Abbildung 14**

Regelmäßige Probleme bei der Suche nach Personal, das den Ansprüchen der Einrichtung genügt, und Auftreten von Gewalt (n = 1.000)



■ Gewalt gegen Bewohnerinnen/Bewohner durch MA ■ keine Gewalt gegen Bewohnerinnen/Bewohner durch MA

Examinierte Pflegefachkräfte: n = 1.000,  $\chi^2(1) = 19,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,14$  [kleiner bis mittlerer Effekt], Pflegehilfskräfte: n = 1.000, [kein hinreichender Effekt]

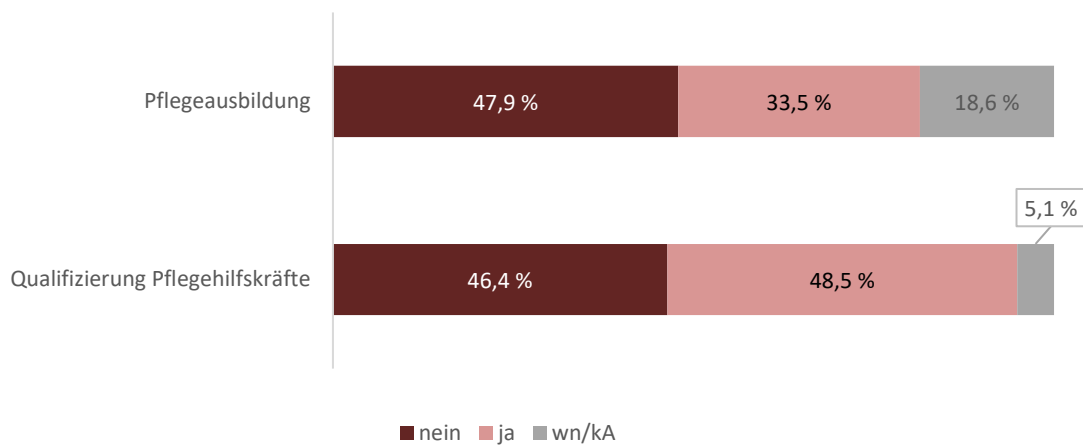
Die Leitungskräfte wurden auch gefragt, inwieweit in ihrer Einrichtung Herausforderungen bestünden, Personal zu kündigen (z. B. aus arbeitsrechtlichen oder Kapazitätsgründen), das wiederholt durch gewaltsames Verhalten aufgefallen sei. Hier stimmte ein gutes Fünftel (21,4 Prozent) zu; je knapp 11 Prozent antworteten mit „stimme voll und ganz zu“ bzw. mit „stimme eher zu“. In den Einrichtungen, in denen die Befragten mindestens einen Fall gewaltsamen Verhaltens von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen oder Bewohnern in den letzten zwölf Monaten berichteten, lag dieser Anteil bei 34,5 Prozent, in Einrichtungen mit mindestens einem Fall unangemessenen sexuellen Verhaltens oder sexueller Übergriffe sogar bei 47,8 Prozent.

### Kompetenz der examinierten Pflegekräfte und der Pflegehilfskräfte

Die Vermittlung des Themas „Prävention sex. Gewalt“ in der Qualifizierung der Pflegehilfskräfte bzw. in der Pflegeausbildung wird von vielen Befragten als nicht ausreichend angesehen. Jeweils knapp die Hälfte der Leitungskräfte gab an, das Thema werde in der Qualifizierung der Pflegehilfskräfte bzw. in der Pflegeausbildung nicht ausreichend vermittelt (Abb. 15).

**Abbildung 15**

Wird das Thema „Prävention sex. Gewalt“ bei der Qualifizierung von Pflegehilfskräften bzw. in der Pflegeausbildung ausreichend vermittelt? (n = 1.002)

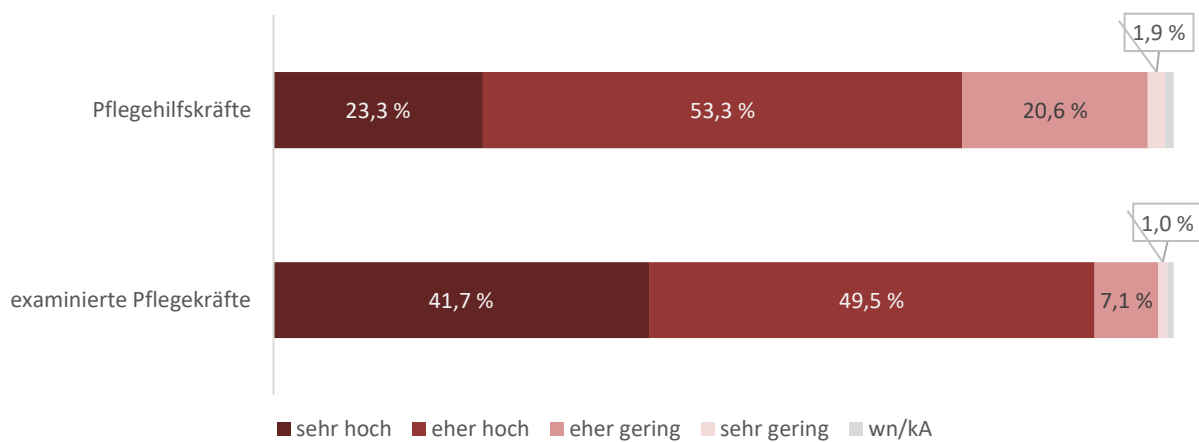


Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einschätzung der Kompetenz der examinieren Pflegekräfte bzw. der Pflegehilfskräfte zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“: Während 2,8 Prozent der Befragten, die die Vermittlung dieses Themas in der Pflegeausbildung als ausreichend erachten, die Kompetenz der examinieren Pflegekräfte als „sehr/eher gering“ einschätzen, liegt der Anteil für die Gruppe, die die Vermittlung als nicht ausreichend erachtet, mit 12,0 Prozent viermal so hoch ( $n = 810$ ,  $\chi^2(1) = 22,1$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,17$  [kleiner bis mittlerer Effekt]). Für die Pflegehilfskräfte weichen diese Anteile mit 11,8 Prozent und 35,5 Prozent nochmals stärker voneinander ab ( $n = 944$ ,  $\chi^2(1) = 74,3$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,28$  [kleiner bis mittlerer Effekt]).

Dennoch wird die Kompetenz zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ in der eigenen Einrichtung allgemein als hoch eingeschätzt, insbesondere bei den examinieren Pflegekräften (Abb. 16): Hier sagte lediglich einer von zwölf Befragten, die Fähigkeit der Pflegekräfte in Bezug auf eine entsprechende Gewaltprävention sei „eher gering“ oder „sehr gering“. Bei den Pflegehilfskräften ist ein knappes Viertel der Befragten der Ansicht, die Fähigkeit sei „eher gering“ oder „sehr gering“.

**Abbildung 16**

Wahrgenommene Kompetenz der examinierten Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ (n = 1.002)



Auch hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Auftreten von Gewalt bzw. sex. Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern: Während insgesamt 18,6 Prozent der Befragten mindestens einen Vorfall von Gewalt erinnerten, liegt dieser Anteil für die Teilnehmergruppe, die für examinierte Pflegekräfte in ihrer Einrichtung von „eher geringer/sehr geringer“ Kompetenz ausgeht, bei 31,6 Prozent (n = 993,  $\chi^2(1) = 9,6$ , p = 0,002,  $\phi = 0,10$  [kleiner bis mittlerer Effekt]). Für unangemessenes sexuelles Verhalten bzw. sexuelle Übergriffe (insgesamt 2,0 Prozent der Befragten berichteten von mindestens einem Vorfall innerhalb der letzten zwölf Monate) liegt dieser Anteil in der Gruppe, die sehr geringe Kompetenz zumisst, bei 8,7 Prozent (n = 995,  $\chi^2(1) = 19,5$ , p < 0,001,  $\phi = 0,14$  [kleiner bis mittlerer Effekt]).<sup>36</sup>

### Maßnahmen zur Prävention bzw. zum Umgang mit sex. Gewalt

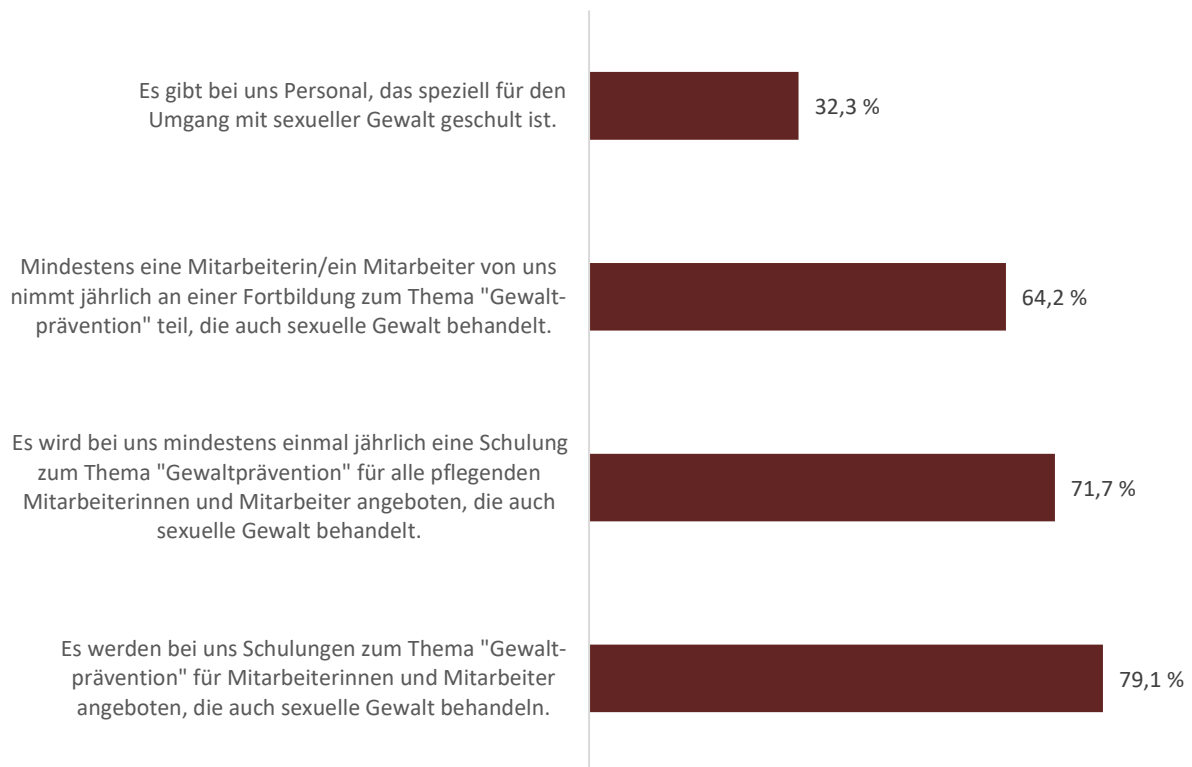
In den meisten der teilnehmenden Einrichtungen spielt die regelmäßige Schulung und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema „Gewalt“ nach Angaben der befragten Leitungskräfte eine wichtige Rolle (Abb. 17): Gut drei Viertel sagten, es würden Schulungen zum Thema „Gewaltprävention“ angeboten, die auch sex. Gewalt behandelten, knapp drei Viertel sagten, solche Schulungen würden mindestens einmal jährlich für alle pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten, und rund zwei Drittel sagten, mindestens eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter nehme jährlich an einer entsprechenden Fortbildung teil. Weiterhin wurde in knapp einem Drittel der Einrichtungen und damit deutlich seltener von Personal berichtet, das speziell für den Umgang mit sexueller Gewalt geschult sei.

<sup>36</sup> Da für unangemessenes sexuelles Verhalten bzw. sexuelle Übergriffe eine Zelle eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 aufweist, wurde der „Fisher Exact“-Test mit p = 0,001 durchgeführt.



**Abbildung 17**

Maßnahmen zur Prävention bzw. zum Umgang mit sex. Gewalt (n = 1.002)



Das Angebot von Schulungen hängt auch mit der Einschätzung der Leitungskräfte hinsichtlich der Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ zusammen. Die Kompetenz sowohl der examinierten Pflegekräfte (n = 995,  $\chi^2(3) = 25,6$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,16$  [kleiner bis mittlerer Effekt]) als auch der Pflegehilfskräfte (n = 993,  $\chi^2(3) = 16,3$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,13$  [kleiner bis mittlerer Effekt]) wurde signifikant häufiger als „sehr hoch“ oder „eher hoch“ eingestuft, wenn mindestens einmal jährlich eine entsprechende Schulung für alle pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten wird.

Für das Verhältnis zwischen der Größe der Einrichtung – gemessen an der Zahl der pflegebedürftigen Personen – und dem Angebot zur Prävention sex. Gewalt zeigt sich eine gewisse Tendenz: In größeren Einrichtungen sind die oben genannten Angebote häufiger vorhanden, jedoch ist der Zusammenhang lediglich in Bezug auf das Angebot an Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwach signifikant (mind. einmal jährlich eine Schulung für alle pflegenden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter: n = 999,  $\chi^2(2) = 10,3$ ,  $p = 0,006$ ,  $\phi = 0,10$  [kleiner bis mittlerer Effekt]; Schulungen für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter: n = 999,  $\chi^2(2) = 9,3$ ,  $p = 0,010$ ,  $\phi = 0,10$  [kleiner bis mittlerer Effekt]; mind. ein(e) Mitarbeiterin/Mitarbeiter nimmt jährlich an einer Schulung teil: n = 999,  $\chi^2(2) = 12,8$ ,  $p = 0,002$ ,  $\phi = 0,11$  [kleiner bis mittlerer Effekt]).

In Bezug auf die persönlichen Merkmale „Alter“ und „Geschlecht“ der befragten Leitungskräfte zeigen sich in den gegebenen Antworten keine signifikanten systematischen Unterschiede.

## Zusammenfassung und Diskussion

Die Konfrontation mit Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Langzeitpflege in Deutschland wird von den Leitungskräften als bedeutsames Thema gesehen: Über ein Drittel der Befragten sagte, Gewalt stelle ihre Einrichtung vor merkliche Herausforderungen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine breitere Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen sogar zu höheren Ergebnissen geführt hätte (Nielsen et al., 2017). Einiges spricht dafür, dass die Problemdimension gerade von sex. Gewalt in Pflegeheimen insgesamt noch höher eingeschätzt wird, wenn man entsprechende Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen ebenfalls betrachtet (Vaupel et al., 2021).

Die Daten der vorliegenden Studie festigen die Hypothese, dass sex. Gewalt auch gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nicht nur ausnahmsweise vorkommt. Mit Abstand am häufigsten wurde dabei von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern berichtet, Kenntnis von entsprechendem Gewaltverhalten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern erlangt zu haben (22,2 Prozent), wobei in anderen Studien bis zu 37,6 Prozent (Dorn & Blättner, 2021) berichtet werden. Wissen über sex. Gewalt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern in dem fraglichen Zeitraum wurde von 2,0 Prozent der Befragten und damit selten berichtet. Betrachtet man wiederum entsprechende Prävalenzschätzungen aus anderen Untersuchungen, ist dieser Wert im Verhältnis dazu nicht auffällig (Botngard et al., 2020).

Zu beachten ist, dass die hier ermittelten Daten lediglich den Anteil der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege im Sample darstellen, in dem mindestens ein entsprechender Fall für die zurückliegenden zwölf Monate von der befragten Person berichtet wurde, dieser den befragten Leitungskräften in Erinnerung geblieben ist und von ihnen in der Befragung nicht verschwiegen wurde.<sup>37</sup> Die hier analysierten Häufigkeitsangaben stellen somit keine Prävalenzangaben dar; sie sagen also nichts darüber aus, wie viel Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in den zwölf Monaten viktimisiert wurden. Die Werte können zudem höchstens als eine Untergrenze bzw. eine konservative Schätzung (d. h., eine Unterschätzung steht hier zu erwarten) des Anteils an Einrichtungen betrachtet werden, in denen sich sex. Gewalt ereignet. Dafür sprechen folgende Befunde und Überlegungen: (1) Für Gewalt gegen ältere Menschen machen die bekannt gewordenen Fälle nur einen Bruchteil der selbstberichteten Fälle aus<sup>38</sup> (Lifespan of Greater Rochester et al., 2011), (2) Leitungskräfte in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sind sich häufiger nicht über das Ausmaß von sex. Gewalt in ihrer Einrichtung im Klaren (Nielsen et al., 2017) und (3) bei den Beobachtenden bzw. den professionell Pflegenden wird sex. Gewalt auch deshalb häufiger nicht als solche erkannt, weil sie älteren Menschen Sexualität absprechen (Botngard et al., 2020; Connolly et al., 2012).

Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine bedeutsame Rolle der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie entsprechend auf die Fähigkeit der Einrichtungen, Personal zu finden, das ihren Ansprüchen genügt, für Prävention und den Umgang mit sex. Gewalt hin, die auch in internationalen Studien bereits angenommen wird (Brazil et al., 2003; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012).

---

<sup>37</sup> Theoretisch könnten Befragte auch angeben, es habe einen Fall von sex. Gewalt gegeben, obwohl ihnen kein solcher tatsächlich bekannt geworden ist. Dies erscheint jedoch deutlich unwahrscheinlicher als das Verschweigen tatsächlich aufgetretener Fälle in einer solchen Befragung.

<sup>38</sup> In dieser Studie aus dem US-Bundesstaat New York liegt das Verhältnis der selbstberichteten zu den dokumentierten Raten für körperliche und sexuelle Gewalt gemeinsam betrachtet bei 19,8 : 1 (Lifespan of Greater Rochester et al., 2011).

Jeweils knapp die Hälfte der Leitungskräfte sieht Defizite bei der Vermittlung des Themas im Rahmen der Pflegeausbildung bzw. der Qualifizierung. Erwartungsgemäß spiegelt sich die kritische Einschätzung der Vermittlung des Themas „Prävention sex. Gewalt“ in der Ausbildung bzw. Qualifizierung auch in einer kritischeren Bewertung der – insgesamt als hoch eingeschätzten – Kompetenz der examinieren Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte in der jeweiligen Einrichtung wider. Der Umstand, dass die Kompetenz zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ bei Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräften auch in den Einrichtungen deutlich geringer eingeschätzt wird, in denen mindestens ein Fall sex. Gewalt innerhalb der letzten zwölf Monate beobachtet und im Rahmen dieser Studie auch berichtet wurde, könnte auf zusätzlichen Schulungs- bzw. Fortbildungsbedarf beim Personal hindeuten. Unsere Untersuchung darf insofern jedoch nicht dahin gehend missinterpretiert werden, dass Einrichtungen, die sich in der Gruppe „mind. ein Gewaltvorfall in den vergangenen zwölf Monaten“ befinden, vor größeren Problemen diesbezüglich stehen oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin eine geringere Kompetenz haben als in den Einrichtungen ohne entsprechende Angabe. Unsere Untersuchung kann diesbezüglich keine Aussagen treffen – weder in die eine noch in die andere Richtung. Allgemein gilt: Sensibilisiert für Gewaltvorkommnisse zu sein, solche zu beobachten und auch zu melden, ist ein Ausdruck von Professionalität im Umgang mit dem Thema und die zentrale Grundlage von Präventionsarbeit.

Im Unterschied zur Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen sich für andere strukturelle Merkmale keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Herausforderungen durch Gewalt: Bei der räumlichen Ausstattung – gemessen am Anteil an Einbettzimmern – zeichnet sich kein systematischer Zusammenhang ab, in Bezug auf die Größe der Einrichtung und den Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz finden sich Tendenzen – mit steigender Größe und steigendem Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz wurden auch häufiger Herausforderungen durch Gewalt benannt –, die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant. Insbesondere letzteres Ergebnis unterstreicht womöglich die beschriebene Begrenzung unseres Untersuchungsansatzes, da in der Fachliteratur kognitive Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner als Risikofaktoren sowohl für das Erleiden als auch für die Ausübung sex. Gewalt identifiziert wurden (Görgen, 2006; Kettl, 2008; McDonald et al., 2015; Smith et al., 2018).

Für viele Einrichtungen wurden Maßnahmen zur Prävention von sex. Gewalt berichtet, jedoch bleibt in dem gewählten Untersuchungsdesign naturgemäß unklar, wie stark diese „gelebt“ werden, das heißt inwieweit sie tatsächlich eingebettet sind in eine gewaltsensitive Sicherheitskultur des Hauses und damit in den Arbeitsalltag. In der Tendenz halten größere Einrichtungen häufiger Schulungsangebote zum Thema „Gewalt“ vor, insofern sollte der Zugang zu solchen Angeboten insbesondere auch für kleinere Pflegeeinrichtungen einfacher gestaltet werden. Die übrigen Maßnahmen zur Gewaltprävention weisen dagegen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Größe der Einrichtung auf. Es zeigt sich erwartungsgemäß kein klarer Zusammenhang zwischen dem Vorhalten präventiver Maßnahmen und dem Auftreten von sex. Gewalt. Denn mit der Durchführung von Maßnahmen zur Prävention sind zwei gegenläufige Effekte auf die Beobachtung sex. Gewalt verbunden: (1) Durch eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber dem Thema und verbesserte Möglichkeiten, über solche Vorfälle zu berichten, dürfte die Zahl der beobachteten Fälle tendenziell zunehmen (Baker et al., 2016), und (2) die Zahl der Fälle sex. Gewalt dürfte tendenziell sinken, wenn Fälle von sex. Gewalt und auch Risikofaktoren für sex. Gewalt erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Prävention eingeleitet werden, auch wenn die Wirksamkeit von Interventionen zu sex. Gewalt in der Langzeitpflege (siehe P1 Systematische Literaturrecherchen) wie auch zu Gewalt gegen ältere

Menschen allgemein (Marshall et al., 2020) bislang nicht hinreichend nachgewiesen wurde. Um valide Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention treffen zu können, müsste diese im Rahmen von kontrollierten, randomisierten, multizentrischen Längsschnittstudien untersucht werden.

## P6 Entwicklung und Erprobung der Arbeitsmaterialien für die professionelle Pflege

*Katharina Lux & Daniela Vöthjunker*

Ein zentrales Ziel des Projekts war es, wissenschaftsbasiertes und praxistaugliches Schulungsmaterial für die Aus- und Fortbildung in pflegerischen Tätigkeitsfeldern zu entwickeln, das dazu beiträgt, sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen vorzubeugen.

Das Material wurde von zwei ZQP-Mitarbeiterinnen erarbeitet, die auf die Erstellung von Pflegeinformationen und Schulungsmaterialien spezialisiert sind. Die Kolleginnen bekamen initial umfassenden inhaltlichen Input und erhielten in Feedbackschleifen mehrfach Rückmeldungen von den Kolleginnen und Kollegen aus ZQP und DHPol, die im Rahmen des Projekts die grundlegenden Arbeitspakete bearbeiteten.

Maßgebliche Grundlage dafür waren die Erkenntnisse aus den oben dargestellten Arbeitspaketen. Ergänzend wurde mit der Internetsuchmaschine Google nach relevanten Aus- und Fortbildungskonzepten sowie Interventionen recherchiert. Während aus dem Themenbereich „Sex. Gewalt gegen Kinder und Frauen“ insgesamt zahlreiche Dokumente identifiziert werden konnten, fanden sich im Zusammenhang mit der stationären Langzeitpflege wenige, eher unkonkrete Inhalte.<sup>39</sup> Einbezogen wurden außerdem Impulse aus dem Treffen des Projektbeirats im Juni 2021. Empfohlen wurde insbesondere, als Grundlage für einen adäquaten Umgang mit Phänomenen sex. Gewalt auch die Sexualität von Bewohnerinnen und Bewohnern allgemein zu thematisieren sowie für Hinweise zur Prävention von sex. Gewalt im Arbeitsmaterial überwiegend positive Formulierungen zu wählen, unter anderem um den Gestaltungsspielraum für gute Pflege zu fokussieren.

### Ziele, Zielgruppen und Einsatzbereiche

Das Arbeitsmaterial adressiert primär Auszubildende für Pflegeberufe, professionell Pflegende in Pflegeheimen und Leitungspersonen. Es kann aber auch interdisziplinär für die Schulung anderer Beschäftigter in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden, die Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern haben. Der Einsatz des Materials soll dabei unterstützen, Bewusstsein für sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen zu schaffen, Wissen und Kompetenzen zur Prävention und zum Umgang mit Vorfällen zu vermitteln sowie zur Reflexion individueller Perspektiven, Einstellungen und Verhaltensweisen anzuregen. Ziel ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses von Sexualität und sex. Gewalt im Alter sowie die Reflexion damit verbundener Schamgefühle. Außerdem sollen Wege zu einer hilfreichen Kommunikation sowie zu angemessenen Reaktionen bei sex. Gewalt besprochen und aufgezeigt werden.

Das Arbeitsmaterial kann vollständig oder auszugsweise zum Beispiel in Fortbildungen, Workshops oder Qualitätszirkeln in stationären Pflegeeinrichtungen sowie im Unterricht an Pflegeschulen verwendet werden.

---

<sup>39</sup> Einige Einrichtungen oder Träger haben gleichwohl offenbar intern Konzepte und Materialien implementiert, diese aber nicht veröffentlicht.

Ziel ist es, Wissen darüber zu vermitteln,

- was sex. Gewalt in der Pflege bedeutet und welche Formen es gibt,
- warum das Thema „Sex. Gewalt in der Pflege“ relevant ist,
- wie sex. Gewalt erkannt werden kann,
- welche Faktoren zu sex. Gewalt beitragen können,
- welche Folgen sex. Gewalt auf verschiedenen Ebenen haben kann,
- wie sex. Gewalt vorgebeugt werden kann,
- was bei/nach einem Verdacht oder einem Vorfall zu tun ist,
- wo es weiteres Wissen und Qualifizierung gibt und
- wo es Handlungshilfen und Materialien gibt.

Dieses Wissen soll Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zukünftig befähigen,

- besonders aufmerksam gegenüber individuellen Bedürfnissen und Verhaltensweisen zu sein,
- bewusst die eigene Verantwortung und Wirksamkeit im Pflegesetting wahrzunehmen,
- aktiv zu kommunizieren und sich nicht davor zu scheuen, Probleme und Beobachtungen anzusprechen, und
- (Verdachts-)Fälle von sex. Gewalt aktiv als Chance zu nutzen, um aus ihnen gemeinsam im Team zu lernen und zukünftig angemessen darauf reagieren zu können.

### Aufbau und Inhalte

Aufbau und Konzeption orientieren sich an etablierten ZQP-Arbeitsmaterialien sowie Vorarbeiten in vorausgegangen ZQP-Projekten, unter anderem zur Prävention von Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen (Projekt RAIL). Die Aufbereitung der Inhalte erfolgte systematisch anhand des ZQP-Methodenstandards unter Beachtung internationaler Standards zur Aufbereitung von Gesundheitsinformationen.

Das Material setzt sich aus Präsentationsfolien zur Schulung und fünf Arbeitsblättern für die Gruppenarbeit zusammen. Es umfasst sowohl informative als auch interaktive Elemente, ist dialogoffen angelegt, soll die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema fördern und zur Reflexion eigener Praxiserfahrungen anregen. Ziele und Inhalte des Arbeitsmaterials sowie einführende Anwendungshinweise sind in einer Übersicht zusammenfassend dargestellt.

### Präsentationsfolien zur Schulung

Die Präsentationsfolien sind in die drei Bereiche „Wissen“, „Handeln“ und „Hilfe finden“ gegliedert: Der erste Teil (Wissen) beinhaltet eine Definition sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen für die Schulung. Zudem finden sich hier Informationen zu Häufigkeit, Erscheinungsformen, möglichen Anzeichen und Folgen sex. Gewalt sowie Einflussfaktoren. Im zweiten Teil (Handeln) werden praxisbezogene Anregungen für strukturelle, prozessuale und individuelle Maßnahmen zur Prävention sex. Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen sowie zum professionellen Umgang mit Vorfällen gegeben. Dies umfasst auch Impulse zum Vorgehen bei Gewaltverdacht oder akuten Vorfällen. Der letzte Teil (Hilfe finden) enthält ausgewählte weiterführende Unterstützungsangebote sowie Materialien. Auf einzelnen Folien thematisch verankerte Fallbeispiele und Fragen an die

Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sollen zum Austausch und zu (inter-)aktivem Lernen anregen.

### Arbeitsblätter für die Gruppenarbeit

Zur Ergänzung und Vertiefung sind fünf Arbeitsblätter konzipiert worden. Sie umfassen folgende Themenbereiche:

- Erscheinungsformen und Ausprägungen von sex. Gewalt
- Selbstbestimmung im Kontext von Sexualität im Alter in stationären Pflegeeinrichtungen
- Reflexion und Schutz von Schamgrenzen
- Kommunikation im Umgang mit sex. Gewalt
- Intervention bei Beobachtungen und Vorfällen sex. Gewalt

Drei der Arbeitsblätter beinhalten jeweils unterschiedlich komplexe Fallbeispiele mit pflegepraxisnahen Situationen im Zusammenhang mit sex. Gewalt im Pflegealltag. Hinweise zur Vorbereitung und Durchführung der Gruppenarbeit sollen die Schulungsleitung beim Einsatz der Arbeitsblätter unterstützen. Durch gezielte Diskussionsfragen kann eine intensive Reflexion der Schulungsinformationen sowie ein Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeregt werden.

### Externe Qualitätssicherung

Um die Qualität des Arbeitsmaterials zu sichern und Hinweise auf Anpassungsbedarfe hinsichtlich des Aufbaus, der Inhalte, der Gestaltung, der Verständlichkeit, der Praxisrelevanz und der Praktikabilität zu erhalten, wurden ergänzend zur internen Qualitätssicherung zusätzliche Qualitätssicherungsmechanismen außerhalb der Organisationen beider Projektpartner in die Entwicklungsarbeit implementiert. Diese externe Qualitätssicherung erfolgte zweistufig, um sowohl die Fach- als auch die Nutzerinnen- und Nutzer-Perspektive einzubeziehen.

Dazu fand im Juli 2022 im Rahmen einer 1,5-stündigen Videokonferenz zunächst ein fachlicher Austausch mit drei Expertinnen und Experten statt, die über langjährige Erfahrung in der Aus- und Fortbildung von Pflegekräften bzw. über praxisrelevantes Wissen in Bezug auf das Pflegesetting verfügen.

Konzeption, Informationsgehalt, Gestaltung und Praxisrelevanz des Materials erfuhren hierbei eine positive Bewertung. Die diskutierten Anregungen wurden schriftlich festgehalten und in die weitere Bearbeitung der Arbeitsmaterialien einbezogen. Beispielsweise wurden einzelne Formulierungen sprachlich präzisiert und die Relevanz der Einrichtungskultur in Bezug auf gewaltfreie Pflege auch im Rahmen der Fallbeispiele noch stärker betont.

Im nächsten Schritt fanden im September und Oktober 2022 zwei jeweils eintägige Schulungen von 9.00 bis 15.00 Uhr bzw. von 9.00 bis 15.30 Uhr in zwei unterschiedlichen Einrichtungen der stationären Altenpflege in Niedersachsen statt. Die beiden Gruppen mit sechs bzw. 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren mit Pflegefachpersonen (darunter auch Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung, Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen), Pflegehilfskräften und einer Betreuungskraft besetzt. Die Schulung wurde von einer examinierten Pflegefachkraft und Pflegewissenschaftlerin (MScN) mit langjähriger Erfahrung in der Durchführung von Schulungen für professionell Pflegende und ausgewiesener Expertise im Themenbereich „Gewaltprävention in der Pflege“ durchgeführt.

Jeweils direkt im Anschluss an die Probeschulung fand eine Befragung mit zwei vom ZQP für die Schulungsleitung und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entwickelten Fragebögen (siehe Anhang) statt. Es konnten 20 anonym ausgefüllte Fragebögen der Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und ein Fragebogen der Schulungsleitung ausgewertet werden. Darüber hinaus gab die Schulungsleitung mündlich Rückmeldung zu den Schulungen und Materialien: Diese bewertete beide Aspekte insgesamt sehr positiv. Das Arbeitsmaterial sei sehr gut für Schulungen geeignet und einfach handhabbar. Die Inhalte seien ausgewogen und verständlich dargestellt. Umfang und Struktur sowie die ansprechende und abwechslungsreiche didaktische Aufbereitung (Wissensvermittlung, Diskussionsimpulse, Beispielaussagen, Wechsel aus Präsentation und Bearbeitung der Arbeitsblätter mit Fallbeispielen) förderten den Austausch und die praxisbezogene Reflexion. Dies ergaben auch mündliche Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber der Schulungsleitung. Die Hinweise zu weiterführenden Hilfen seien als sehr hilfreich bezeichnet worden.

Auch die Auswertung der Evaluationsbögen ergab ein insgesamt positives Bild: Verständlichkeit, Informationsgehalt und Praxisrelevanz der Präsentationsfolien und Arbeitsblätter wurden von fast allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als gut oder sehr gut bewertet. Die Beurteilung der Fallbeispiele und Beispielaussagen in Bezug auf Realitätsnähe und Eignung für die Auseinandersetzung mit dem Thema war ausschließlich gut oder sehr gut. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer würden die Schulung weiterempfehlen bzw. sehr weiterempfehlen.

Nach Selbsteinschätzung der meisten Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer hat sich das Wissen über sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen und angemessene Handlungsoptionen verbessert bzw. sehr verbessert. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen zu den persönlich wichtigsten Erkenntnissen aus der Schulung wider. Zusammengefasst sind das: Wissen über die Relevanz von Gewaltprävention, die Bedeutung einer offenen und sensiblen Kommunikation zur Vorbeugung und beim Umgang mit Vorfällen, Kenntnisse zum Umgang mit Gewaltsituationen sowie zu weiterführenden Hilfen. Hervorgehoben wurden von mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern der konkrete Praxisbezug sowie der interaktive Ansatz des Arbeitsmaterials und der damit verbundene Austausch in der Gruppe. Eine Evaluation der tatsächlichen und insbesondere langfristigen Wirkung der Schulung war im Rahmen des Projekts nicht möglich.

Nach Auswertung der Rückmeldungen aus den Probeschulungen wurden die Informationen zur Schulungs- bzw. Bearbeitungsdauer einzelner Arbeitsblätter angepasst. Darüber hinaus ergab sich kein Überarbeitungsbedarf.

### Aktueller Stand und Ausblick

Das Material ist seit Februar 2023 auf dem ZQP-Online-Portal [www.pflege-gewalt.de](http://www.pflege-gewalt.de) frei zugänglich. Es kann dort kostenlos heruntergeladen und verwendet werden. Die Verwendung des vollständigen Foliensatzes in Verbindung mit drei Arbeitsblättern beansprucht bei einer Gruppe von 15 Personen etwa sieben Stunden. Schulungsleiterinnen und -leiter sollten über Vorkenntnisse zu (sex.) Gewalt in der Pflege verfügen sowie Erfahrung in der Moderation, insbesondere bei sensiblen und eher tabuisierten Themen, und in der Unterstützung von Gruppen in Lernprozessen haben.



## Zusammenfassung von Literaturarbeiten und empirischen Arbeiten

### Literaturarbeiten

Es wurden zwei Literaturrecherchen in fachbezogenen Datenbanken wie CINAHL und MEDLINE durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zum Thema „Sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege“ (Scoping Review) sowie zu bestehenden Präventions- und Interventionsansätzen bei sex. Gewalt (Rapid Review) zu ermitteln. Die Sichtung der Studien erfolgte jeweils durch zwei Reviewer anhand der zuvor festgelegten Einschlusskriterien. Die Daten der eingeschlossenen Studien wurden extrahiert und deskriptiv zusammengefasst.

In das Scoping Review wurden insgesamt 50 Veröffentlichungen einbezogen. Die eingeschlossenen Studien stammten überwiegend aus Nordamerika, nur wenige Studien aus Deutschland (n = 6). In der Gesamtschau fiel auf, dass es bisher keine einheitliche Definition für sex. Gewalt gibt und dass Prävalenzangaben in diesem Phänomenbereich unter anderem aufgrund großer Heterogenität wenig aussagekräftig sind. Die Studien legen nahe, dass insbesondere multimorbide, physisch sowie kognitiv beeinträchtigte und in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkte Pflegeheimbewohnerinnen viktimisiert werden. Entsprechende Gewaltausübungen können für die Opfer erhebliche negative körperliche und psychische Folgen haben. Bei der Sichtung bereits existierender Präventions- und Interventionsmaßnahmen konnten insgesamt zwölf Studien identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Der Großteil der Studien stammte auch hier aus Nordamerika. Die Inhalte konnten in edukative, mitarbeiterbezogene, verhaltensbezogene sowie einrichtungsbezogene Maßnahmen unterteilt werden, wobei es dort auch gewisse Überschneidungsmengen gibt. Sechs der Studien evaluierten die untersuchten Maßnahmen und eine Studie machte Angaben zur Frequenz sex. Gewaltvorfälle nach der Intervention. Es zeigte sich, dass insbesondere die edukativen Maßnahmen wie Online-Bildungsprogramme – in Bezug auf ein gestärktes Bewusstsein für die Erkennung von unangemessenem sexuellen Verhalten – oder das SANE-Programm – hinsichtlich einer verbesserten Qualität der Beweissicherung – positiv bewertet wurden. Zu den anderen Maßnahmen konnte zu dem betreffenden Zeitpunkt noch keine sichere Aussage getroffen werden. Auch wurde deutlich, dass es in vielen Bereichen Verbesserungswünsche gibt, wie etwa der Bedarf nach mehr spezialisierten Diensten für Personen mit Verhaltensproblemen oder der Wunsch nach mehr praktischen Fallbeispielen in Schulungsformaten.

Die Literaturrecherchen legen nahe, dass sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ein relevantes und zugleich in Deutschland kaum erforschtes Problem darstellt. Häufigkeitsangaben hierzu lassen sich nur schwer erheben. Hands-off-Delikte wie bspw. verbale sex. Gewalt werden häufig nicht als Delikte wahrgenommen oder bagatellisiert und somit auch nicht gemeldet, obwohl die Folgen des Erlebens verbaler Gewalt ebenso gravierend sein können wie bspw. bei körperlicher Gewalt (Richter, 2014). Insbesondere ältere, körperlich und kognitiv eingeschränkte Bewohnerinnen scheinen einem erhöhten Risiko ausgesetzt zu sein, sex. Gewalt zu erleben, während die Täter häufig männlichen Geschlechts sind. Edukative Maßnahmen scheinen einen vielversprechenden Ansatz zur Prävention sex. Gewalt in diesem Setting darzustellen. Dennoch bleibt auch aus Sicht einer Übersichtsarbeit zu diesem Thema bisher ungewiss, ob die dort angewendeten edukativen Maßnahmen das Wissen bzw. die Kompetenzen der am Pflegeprozess beteiligten Personen verbessern und zur Verringerung von Missbrauchsfällen beitragen können (Baker et al., 2016). Weitere Studien mit einem hohen Evidenzgrad sind notwendig, um angemessene Maßnahmen und Strategien zur Prävention und zum Umgang mit sex. Gewalt in diesem Setting entwickeln und implementieren zu können.

## Hellfeldanalyse auf Basis staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu Sexualdelikten

Das strafjustizielle Hellfeld von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland wurde anhand der staatsanwaltschaftlichen Akten zu 47 einschlägigen Strafverfahren untersucht. Die Taten waren zwischen 2010 und 2020 begangen worden und konnten anhand der medialen Gerichtsberichterstattung identifiziert werden. Der Schwerpunkt der Fallrecherchen lag auf Taten zum Nachteil von Bewohnerinnen und Bewohnern, doch wurden auch einzelne Fälle ausfindig gemacht, in denen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sexuell viktimisiert wurden.

In den 47 Strafverfahren gab es insgesamt 90 in ihrer sexuellen Selbstbestimmung geschädigte Personen. Dabei handelte es sich um drei Mitarbeiterinnen (die von einem Kollegen, einem Bewohner und einem einrichtungsfremden Täter angegriffen wurden) sowie 87 Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen. Die Straftaten gegen Bewohnerinnen und Bewohner, auf die die Betrachtung fortan konzentriert wurde, gingen von 47 Personen aus und lassen sich anhand der Tatverdächtigen-Opfer-Konstellation in drei Gruppen einteilen:

- (1) Bewohnerinnen und Bewohner wurden einerseits Opfer von Übergriffen des Personals; 25 Tatverdächtige waren – meist als Pflegehilfs- oder -fachkräfte – in den Einrichtungen tätig. Die Taten sind dadurch gekennzeichnet, dass die Täter (selten Täterinnen) Gelegenheiten und Zugänge, die sich aus ihrer beruflichen Position und Aufgabe ergaben, zur Tatbegehung nutzten.
- (2) Die zweite Gruppe Tatverdächtiger umfasste 16 männliche, überwiegend ebenfalls pflegebedürftige Mitbewohner der Opfer. Auch hier spielten die räumliche Nähe zu den Opfern und die leichte Erreichbarkeit eine Rolle. Die Taten waren durch Krankheitsbilder mitbedingt und wurden oft mit sexueller Enthemmung bzw. gesteigertem Sexualtrieb in Verbindung gebracht. Mehrere Tatverdächtige waren beträchtlich jünger als die Opfer und wiesen eine problematische Vorgeschichte mit Kriminalität, Substanzmittelmissbrauch und entsprechenden Folgeerkrankungen auf.
- (3) Schließlich verschafften sich in sechs Fällen einrichtungsfremde Personen Zutritt und begingen Sexualstraftaten in den Einrichtungen. Die ausnahmslos alkoholisierten und z. T. durch psychische Erkrankungen beeinträchtigten Täter gaben sich als Besucher aus oder nutzten unverschlossene Türen und andere Zugänge zur Einrichtung und griffen dort lebende Personen sexuell an.

Über diese drei Fallkonstellationen hinweg lag der Altersdurchschnitt der zu 92,0 Prozent weiblichen Opfer bei 72 Jahren. Sie wiesen vielfältige Vulnerabilitätsmerkmale auf, zu denen insbesondere neurologische Erkrankungen und psychische Störungen gehörten, die das Verständnis des Tatgeschehens einschränkten, die Tatbegehung erleichterten und sich zugleich auf die Erinnerungs- und Aussagefähigkeit auswirkten. Viele Geschädigte waren in ihrer Mobilität stark eingeschränkt, was die Flucht aus der Tatsituation erschwerte oder unmöglich machte. Die Taten ereigneten sich sehr häufig in den Einzelzimmern der Opfer, d. h. in der Regel ohne unmittelbare Tatzeuginnen/-zeugen.

Das mittlere Alter der zumeist männlichen Tatverdächtigen lag mit 49 Jahren deutlich unter dem der Opfer. Während 60,4 Prozent der Tatverdächtigen genau eine Person sexuell viktimisierten, richteten sich die Taten der übrigen gegen zwei und mehr Personen. Taterleichternd war vor allem der unkontrollierte Zugang zu den Zimmern der Geschädigten (80,9 Prozent aller Taten fanden hier statt), bei den Taten der Beschäftigten auch das Machtgefälle zwischen Tatverdächtigen und Opfern. Von den Gerichten wurden überwiegend Freiheitsstrafen und Maßregeln der Besserung und Sicherung verhängt, teils auch in Kombination. 13 tatverdächtige Bewohner und zwei einrichtungsfremde Täter wurden als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) oder schuldunfähig (§ 20 StGB) begutachtet.

## Qualitative Interviewstudie in Einrichtungen

Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie wurden in fünf stationären Langzeitpflegeeinrichtungen 15 Personen mit Leitungsaufgaben und 17 unmittelbar in Pflege und Betreuung tätige Personen befragt. Im Mittelpunkt der Gespräche standen Erfahrungen mit sex. Gewalt in der Einrichtung, der Umgang mit einschlägigen Vorkommnissen, Fort- und Weiterbildungsangebote zur Thematik sowie Vorstellungen der Befragten zur Prävention sex. Gewalt. Die Interviewten waren durchschnittlich 47 Jahre alt, überwiegend weiblich (n = 24) und arbeiteten im Mittel seit 13 Jahren in der Einrichtung.

In den Interviews wurden vor allem sexuelle Übergriffe von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber dem Pflegepersonal berichtet. Verbale wie physische sexuelle Belästigung komme vor, die Intimpflege wurde diesbezüglich als kritische Pflegesituation geschildert. Ferner wurden Vorfälle sexueller Belästigung durch demenziell veränderte (meist männliche) Bewohner geschildert, die sich sowohl gegen Mitbewohnerinnen als auch gegen Pflegekräfte richteten und häufig in Gemeinschaftsräumen der Einrichtungen begangen würden. Seltener wurden weitere Formen sexueller Übergriffe unter Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet. Von den Interviewten wurden lediglich zwei sexuelle Übergriffe von Pflegekräften gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern erwähnt. Es bietet sich insgesamt ein von der Aktenanalyse deutlich verschiedenes Bild von sex. Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen, in der Übergriffe von Pflegekräften gegenüber vulnerablen Bewohnerinnen und Bewohnern eher am Rande Erwähnung fanden.

Die Interviewten führten sexuelle Belästigungen durch Bewohnerinnen und Bewohner vor allem auf Erkrankungen zurück (besonders im Falle sexueller Enthemmtheit bei demenziell erkrankten Personen) und werteten Vorkommnisse vor dem Hintergrund dieser Deutung häufig nicht als sex. Gewalt. Zur Bewältigung (emotionaler) Belastungen infolge sexueller Übergriffe erwähnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vielfältige Austauschmöglichkeiten im Team und starken Rückhalt durch die Vorgesetzten. Änderungen in der Organisation der Pflege kämen zum Einsatz, um Kontakte zwischen übergriffigen Bewohnerinnen sowie Bewohnern und angegriffenen Pflegekräften zu reduzieren. In Fallkonferenzen würden zudem Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer, Sozialbehörden und behandelnde Ärztinnen und Ärzte zurate gezogen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben an, in Fällen sex. Gewalt auf Ansprechpersonen zurückgreifen zu können und zu wissen, an wen Vorkommnisse gemeldet werden sollen.

In allen Einrichtungen hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, Fortbildungen zum Thema „Gewalt in der Pflege“ wahrzunehmen; sex. Gewalt werde darin allerdings selten thematisiert. Hier wurde Potenzial gesehen, das Pflegepersonal für einschlägige Vorkommnisse zu sensibilisieren, Wissen zu vermitteln und die Eigensicherung zu verbessern. Besonders junges und unerfahrenes Pflegepersonal stehe vor einer großen Herausforderung, in Situationen sexueller Übergriffe Grenzen zu setzen. Im Rahmen der Ausbildung erfahre dieser Aspekt des beruflichen Alltags keine ausreichende Aufmerksamkeit. Mehrere Einrichtungen verfügten über Gewaltschutzkonzepte mit Handlungsleitlinien zum Verhalten in herausfordernden Situationen. Zu diesen würden zwar Schulungen angeboten, doch auch dort werde sex. Gewalt selten thematisiert. Zur Prävention sex. Gewalt in Einrichtungen der Langzeitpflege empfanden die Befragten auch die (gesellschaftliche) Enttabuisierung von Sexualität im Alter sowie die Aufklärung über Sexualität im Kontext verschiedener Krankheitsbilder, wie zum Beispiel Demenz, als bedeutsam. Dies könne unter anderem die Kooperation mit Angehörigen erleichtern und im Interesse einer Reduktion von Belastungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflegekräfte Wirkung zeigen.

## Qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten

In diesem Projektteil wurden leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten zum Themenfeld durchgeführt. Diese wurden zu einem Teil aus dem Projektbeirat und zum anderen Teil über verschiedene Ressourcen des ZQP rekrutiert. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mithilfe eines zuvor erprobten Kodierleitfadens von zwei Personen unabhängig voneinander kodiert. Die Zielkategorien orientierten sich dabei an den eingangs aufgestellten Forschungsfragen. Weitergehende Informationen, die für die Entwicklung des Arbeitsmaterials hilfreich sein könnten, wurden in zusätzlichen Kategorien kodiert. Unterschiede in der Kodierung wurden im Rahmen der Ergebnissynthese diskutiert und ggf. im Projektteam entschieden. Insgesamt wurden n = 12 Interviews mit einer jeweiligen Dauer von 60 bis 90 Minuten ausgewertet.

Als eine zentrale, die Literaturrecherche deutlich erweiternde inhaltliche Kategorie der Interviews stellte sich der Umgang mit dem Thema „Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen“ im Allgemeinen dar: Die Auswertung der Interviews weist darauf hin, dass vor allem die Sexualität älterer pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen laut Expertinnen und Experten nicht selten tabuisiert wird, ihnen Sexualität aberkannt und das (Aus-)Leben von sexuellen Bedürfnissen nicht akzeptiert bzw. unterbunden wird – insbesondere wenn diese nicht heteronormativen Vorstellungen entsprechen. Dabei kann auch das Nichtzulassen von Sexualität als eine Form sex. Gewalt verstanden werden. Eine zentrale Herausforderung sei es daher, das Thema „Sexualität und Prävention von sex. Gewalt“ in den Einrichtungen aus der Scham- und Tabuzone zu befreien. Die Expertinnen und Experten vermuten als ein Hemmnis hierbei, dass Verantwortungsträgerinnen und -träger befürchten, es könnte ein negatives Bild von der Einrichtung entstehen, wenn man sich offen mit den Themen „Sexualität und sex. Gewalt“ beschäftigt.

Als Basis nachhaltiger Präventionsbemühungen wurde entsprechend eine ganzheitlich präventive Einrichtungskultur genannt, in der gerade heikle Themen wie „Sexualität“ und „Sex. Gewalt“ in allen vor Ort möglichen Formen und Konstellationen offen angesprochen werden können und alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen entsprechend Hilfe bekommen können. Als mögliche Maßnahme, die eine solche Kultur unterstützt, wurde die sachgerechte Erarbeitung von Qualitätshandbüchern, Schutzkonzepten und „sexualfreundlichen Leitlinien“ genannt. Diese sollten transparent kommuniziert und angewendet werden, während der Leitungsebene hierbei eine zentrale Vorbild- und Steuerungsfunktion zugeschrieben wurde. Bei der von der Leitungsebene initiierten Entwicklung entsprechender Konzepte sollten wiederum möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie nach Möglichkeit auch Bewohnerinnen und Bewohner eingebunden werden.

Die Aussagen der Expertinnen und Experten können zudem als Anregung gelten, die in der wissenschaftlichen Literatur meistverwendete Definition sex. Gewalt zu erweitern. Die oftmals zitierte Definition des National Center of Elder Abuse (NCEA) geht bspw. nicht auf die Verwehrung der Sexualität im Alter ein (National Center on Elder Abuse [NCEA]). Gerade dieser Aspekt wird aber von aktuellen Studien hervorgehoben, die zeigen, dass sexuelle Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen eine wichtige Rolle spielen (Ho & Goh, 2022). Die Bedeutung des Leitungspersonals für die erfolgreiche Implementierung präventiver Maßnahmen (Sinkovic & Towler, 2019) sowie viele der in den Interviews empfohlenen Maßnahmen werden auch in der Literatur beschrieben (Adler et al., 2021; Karlsson et al., 2020; Villar et al., 2020). Dennoch bleibt aufgrund der eher niedrigen Evidenz in Bezug auf die Wirksamkeit solcher Interventionen die Frage nach deren Effektivität unbeantwortet.

## Quantitative Befragung von Leitungskräften

In einer bundesweiten computergestützten Telefonbefragung wurden 1.002 Leitungskräfte aus 1.002 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu den Herausforderungen rund um die Themen „Gewalt“ und speziell „Sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Einrichtungen“ befragt. Danach sieht mehr als ein Drittel der Befragten merkliche Herausforderungen durch Gewalt für ihre Einrichtung und unterstreicht damit die Bedeutung des Themas. Im Zuge der Coronapandemie haben sich diese Herausforderungen laut den Befragten offenbar noch verschärft.

Die Ergebnisse der Studie deuten ebenfalls auf die wichtige Rolle der Qualifikation von pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Zusammenhang mit der Prävention von Gewalt hin, die auch in internationalen Studien bereits angenommen wird (Brazil et al., 2003; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012). Leitungskräfte, die über regelmäßige Probleme berichteten, Pflegefachpersonen zu finden, die den Ansprüchen der Einrichtung genügen, berichteten signifikant häufiger von Gewalt von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen oder Bewohnern. Jeweils knapp die Hälfte der Leitungskräfte meint, das Thema „Prävention sex. Gewalt“ werde in der Ausbildung der Pflegefachpersonen bzw. der Qualifizierung der Pflegehilfskräfte nicht ausreichend vermittelt. Der Umstand, dass sowohl in dieser Gruppe als auch in Einrichtungen mit mindestens einem erinnerten Fall sex. Gewalt innerhalb der letzten zwölf Monate die Kompetenz der examinieren Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte zum angemessenen Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ deutlich geringer eingeschätzt wird, könnte auf zusätzlichen Schulungs- bzw. Fortbildungsbedarf beim Personal hindeuten.

Auf den ersten Blick überrascht die Häufigkeit, mit der von einem Angebot an Schulungen zum Thema „Prävention von Gewalt“, die auch sex. Gewalt behandeln, in den Einrichtungen berichtet wurde: 79,1 Prozent nannten ein grundsätzliches Angebot solcher Schulungen, 71,7 Prozent mindestens einmal jährlich ein entsprechendes Angebot für alle pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und 64,2 Prozent sagten, mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nehme jährlich daran teil. Diese Lücke zwischen angebotenen und absolvierten Schulungen in Verbindung mit der Rückmeldung aus den im Rahmen des SeGEL-Projektes geführten qualitativen Interviews mit Pflegekräften (P3 Qualitative Interviewstudie in Einrichtungen), dass das Thema „Sex. Gewalt“ nur selten explizit in den Schulungen zur Gewaltprävention behandelt werde, macht deutlich: Die Vorhaltung entsprechender Angebote bedeutet noch keine effektive Schulung oder gar gelebte Präventionskultur in Bezug auf sex. Gewalt.

Das regelmäßige Angebot von Schulungen zur Gewaltprävention hängt in den hier analysierten Daten signifikant mit der wahrgenommenen Kompetenz sowohl der examinieren Pflegefachpersonen als auch der Pflegehilfskräfte zum Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“ zusammen. Für eine Validierung dieses aus Sicht der Leitungskräfte bestehenden Zusammenhangs wäre eine kompetenzbezogene Befragung/Erhebung unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege empfehlenswert. Schließlich zeigen die Ergebnisse der Studie in der Tendenz, dass größere Einrichtungen häufiger Schulungsangebote zum Thema „Gewaltprävention“ vorhalten. Insofern sollte der Zugang zu solchen Angeboten insbesondere auch für kleinere Pflegeeinrichtungen einfacher gestaltet bzw. unterstützt werden.

## Ausblick

Die Literaturreviews und empirischen Analysen im Rahmen des Projekts SeGEL konnten nicht nur die inhaltliche Basis für die Erarbeitung von Schulungsmaterialien für die Pflegepraxis und ggf. die Ausbildung legen, sondern beleuchten umfassend das Problem- und Präventionsfeld „Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der Langzeitpflege in Deutschland“ – insbesondere gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen.

Das Projekt hat eine Vielzahl methodischer Ansätze miteinander kombiniert (Literaturreviews, Dokumentenanalysen, quantitative Befragungen, qualitative Interviews mit in Heimen tätigen Personen sowie mit Expertinnen und Experten). Die Ergebnisse zeigen in der Gesamtschau, welche Bedeutung das Thema für Deutschland hat, und weisen darauf hin, dass erheblicher und dringender Forschungs- und praktischer Präventionsbedarf besteht. Forschungsbedarf besteht unter anderem zur quantitativen Erstreckung (Verbreitung und Häufigkeit) von sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege. Künftige Forschung in diesem Bereich sollte in stärkerem Maße auch die Perspektive der Betroffenen sowie die Erfahrungen von Angehörigen einbeziehen. Forschungsbedarf besteht ferner hinsichtlich der Möglichkeiten und Wirkungen von Maßnahmen der Prävention, Intervention und Opferhilfe.

Mit Blick auf Fragen der Prävention unterstreichen die Befunde sowohl die Bedeutung universell orientierter (d. h. auf die Bevölkerung und die Gesellschaft insgesamt gerichteter) als auch selektiver Handlungsansätze, die ihrerseits an spezifische Zielgruppen (potenzielle Täterinnen und Täter sowie Opfer mit bestimmten Risikomeerkmalen) gerichtet sind. Zudem wird deutlich, dass präventive Interventionen auf spezielle, tatbegünstigende Umstände oder Bereiche gerichtet sein müssen, die ein besonderes Risiko für das Auftreten sex. Gewalt in Pflegeeinrichtungen zu bergen scheinen – genauso wie Präventionsansätze erforderlich sind, die alle Ebenen und Prozesse des Systems „Pflegeeinrichtung“ erreichen und dabei die ganze Organisation selbst als Interventionsziel verstehen. Diese Ansätze werden idealerweise nicht losgelöst voneinander verfolgt, sondern sollten in einem Präventionskonzept verbunden werden.

Im Bereich der universellen Prävention stehen die Sensibilisierung für eine oftmals „übersehene“ und tabuisierte Problematik sowie eine von Stereotypen freie Befassung mit Sexualität im Alter und bei Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Das Bewusstsein der Möglichkeit sexueller Viktimisierung in einer Pflegeeinrichtung kann die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit der Öffentlichkeit und insbesondere der Angehörigen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern erhöhen und so zur Verhinderung von Taten und zur frühzeitigen und entschiedenen Intervention im Falle einer Viktimisierung beitragen.

Auf der Ebene von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege – die im Sinne der hier untersuchten Problematik potenzielle Tatorte sind – bietet sich ein auf das Setting, auf die Organisation bezogener Präventionsansatz an, der alle Zielgruppen in einen partizipativen Prozess einbezieht, ihre Eigenverantwortung stärkt und nachhaltige Wirksamkeit anstrebt. Für die Prävention sex. Gewalt kann dies unter anderem bedeuten, dass hier zukünftig komplexe Interventionen entwickelt und implementiert werden, die die Themen „Sicherheitskultur“, „Gewaltprävention“ und spezifisch „Prävention von sex. Gewalt“ (in allen vorkommenden Konstellationen) sowie „Sexualität im Alter“ integrieren. Dazu ist ein politisch geförderter, von der Leitungsebene einer Einrichtung ausgehender Prozess mit externer Unterstützung nötig, der Prozesse der Organisationsentwicklung impliziert. Eine zentrale Rolle darin müssen insbesondere Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte

sowie alle weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spielen. Sie müssen beteiligt und darin unterstützt werden, für ihre Einrichtung selbst eine Kultur der Reflexion und des professionellen Handelns auch im Zusammenhang mit Gewalt – und mit sex. Gewalt als einer speziellen Form von Gewalt – zu entwickeln und daran fortlaufend mitzuwirken. Zugleich verbleibt stets eine besondere Verantwortung für diesen fortlaufenden Prozess bei der Führung der Einrichtung und der Leitungsebene. Die vorliegende Untersuchung unterstreicht, dass Pflegepersonal in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nicht selten Opfer sexueller Übergriffe wird, zum Teil selbst sex. Gewalt ausübt – sei es unreflektiert und ohne Schädigungsabsicht, sei es in Form von schweren Straftaten – und in jedem Fall die zentrale Personengruppe ist, um Präventionsbemühungen scheitern oder zu einem Erfolg werden zu lassen. Gelingt es, Pflegeheime (und analog auch Pflegedienste) zu möglichst gewaltfreien Orten zu machen, hat dies nicht nur Potenzial für die Lebensqualität, Gesundheit und Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen, sondern auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein entsprechender Attraktivitätsgewinn des Arbeitsplatzes und der Tätigkeit in der Pflege wäre ein zusätzlicher und nicht minder nötiger Effekt derartiger Präventionsbemühungen.

## Literatur

- Abner, E. L., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Ramsey-Klawnsnik, H., Marcum, J. L., Crawford, T. N., & Wangmo, T. (2019). Victim, allegation, and investigation characteristics associated with substantiated reports of sexual abuse of adults in residential care settings. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(19), 3995–4019. <https://doi.org/10.1177/0886260516672051>
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, 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. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292–297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
- Adler, M., Vincent-Hoper, S., Vaupel, C., Gregersen, S., Schablon, A., & Nienhaus, A. (2021). Sexual harassment by patients, clients, and residents: investigating its prevalence, frequency and associations with impaired well-being among social and healthcare workers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5198. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105198>
- Alkhalil, C., Tanvir, F., Alkhalil, B., & Lowenthal, D. T. (2004). Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *American Journal of Therapeutics, 11*(3), 231–235. <https://doi.org/10.1097/00045391-200405000-00013>
- Alon, S., Tuma, N., Band-Winterstein, T., & Goldblatt, H. (2018). Professionals' awareness of sexual abuse in late life: an exploratory survey. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 24*(1), 53–61. <https://doi.org/10.1177/1078390317712598>
- Anderson, C. (2006). Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *Journal of Professional Nursing, 22*(5), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.07.007>
- Anderson, K. A., Fields, N. L., & Dobb, L. A. (2011). Understanding the impact of early-life trauma in nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work, 54*(8), 755–767. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.596917>
- Armstrong, E. A., Gleckman-Krut, M., & Johnson, L. (2018). Silence, power, and inequality: An intersectional approach to sexual violence. *Annual Review of Sociology, 44*, 99–122. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073117-041410>
- Bailey, B. A., Hare, D. J., Hatton, C., & Limb, K. (2006). The response to challenging behaviour by care staff: emotional responses, attributions of cause and observations of practice. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(3), 199–211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00769.x>
- Baker, P. R., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othman, S., & Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016*(8), CD010321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>



- Band-Winterstein, T., Goldblatt, H., & Lev, S. (2021). Breaking the taboo: sexual assault in late life as a multifaceted phenomenon-toward an integrative theoretical framework. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 112–124. <https://doi.org/10.1177/1524838019832979>
- Bartelet, M., Waterink, W., & van Hooren, S. (2014). Extreme sexual behavior in dementia as a specific manifestation of disinhibition. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42 Suppl 3, S119–S124. <https://doi.org/10.3233/JAD-132378>
- Bäslack, A. (2006). *Sexuelle Gewalt in der Pflege: Eine Literaturuntersuchung zu Erfahrungen sexueller und sexualisierter Gewalt von Patientinnen/Bewohnerinnen sowie Pflegerinnen in Krankenhäusern und Seniorinnenheimen* [Diplomarbeit, Alice Salomon Fachhochschule Berlin]. Berlin.
- Berr, J. (2018). Sexualassistenz für Demenzkranke. *Mitteilungen der Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.*, 29(53), 22–24.
- Blättner, B., & Grewe, H. A. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In A. Jacobs, S. Kuhlmei, J. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017* (S. 195-203). Stuttgart: Schattauer.
- Bogner, K., & Landrock, U. (2016). *Response biases in standardised surveys. GESIS survey guidelines*. Mannheim, Germany: GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences. [https://doi.org/10.15465/gesis-sg\\_en\\_016](https://doi.org/10.15465/gesis-sg_en_016)
- Böhmer, M. (2017). Mit traumatisierten alten Menschen umgehen. *GGP - Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege*, 1(1), 37–42. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104915>
- Böhmer, M. (2018). Traumatische Gewalterlebnisse in der Lebensgeschichte alter Frauen und Männer – Wenn die Seele erschüttert ist. *ergopraxis*, 11(6), 16–23.
- Botngard, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Brazil, K., Hasler, A., McAiney, C., Sturdy-Smith, C., & Tettman, M. (2003). Perceptions of resident behavior problems and their clinical management in long term care facilities. *Journal of Mental Health and Aging*, 9(1), 35–42.
- Bringewat, P. (1987). *Die Bildung der Gesamtstrafe*. Walter de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110909210>
- Bundesministerium für Gesundheit (2022). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Stand\\_April\\_2022\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf)
- Burgess, A. W. (2006). *Elderly victims of sexual abuse and their offenders*. Boston College Connell School of Nursing.

- Burgess, A. W., Brown, K., Bell, K., Ledray, L. E., & Poarch, J. C. (2005a). Sexual abuse of older adults: assessing for signs of a serious crime – and reporting it. *The American Journal of Nursing*, 105(10), 66–71. <https://doi.org/10.1097/00000446-200510000-00037>
- Burgess, A. W., Dowdell, E. B., & Brown, K. (2000). The elderly rape victim: stereotypes, perpetrators, and implications for practice. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 516–518; quiz 529. <https://doi.org/10.1067/men.2000.110040>
- Burgess, A. W., Hanrahan, N. P., & Baker, T. (2005b). Forensic markers in elder female sexual abuse cases. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 399–412. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.10.005>
- Burgess, A. W., Watt, M. E., Brown, K. M., & Petrozzi, D. (2006). Management of elder sexual abuse cases in critical care settings. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2006.05.004>
- Burgess, E. O., Barmon, C., Moorhead, J. R., Jr., Perkins, M. M., & Bender, A. A. (2018). "That is so common everyday . . . everywhere you go": sexual harassment of workers in assisted living. *Journal of Applied Gerontology*, 37(4), 397–418. <https://doi.org/10.1177/0733464816630635>
- Cambridge, P., & Carnaby, S. (2000). A personal touch: Managing the risks of abuse during intimate and personal care. *Journal of Adult Protection*, 2(4), 4–16. <https://doi.org/10.1108/14668203200000026>
- Campbell, R., Patterson, D., & Fehler-Cabral, G. (2010). Using ecological theory to evaluate the effectiveness of an indigenous community intervention: A study of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs. *American Journal of Community Psychology*, 46(3–4), 263–276. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9339-4>
- Castle, N. (2012a). Nurse aides' reports of resident abuse in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 402–422. <https://doi.org/10.1177/0733464810389174>
- Castle, N. (2012b). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 340–356. <https://doi.org/10.1080/08946566.2012.661685>
- Castle, N., & Beach, S. (2013). Elder abuse in assisted living. *Journal of Applied Gerontology*, 32(2), 248–267. <https://doi.org/10.1177/0733464811418094>
- Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P., & Spitznagel, M. B. (2020). The role of sexual disinhibition to predict caregiver burden and desire to institutionalize among family dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 42–51. <https://doi.org/10.1177/0891988719856688>
- Cipriani, G., Ulivi, M., Danti, S., Lucetti, C., & Nuti, A. (2016). Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*, 16(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/psyg.12143>
- Clausen, T., Hogh, A., Carneiro, I. G., & Borg, V. (2013). Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1301–1313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06121.x>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Compton, S. A., Flanagan, P., & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*(6), 632–635.

Connolly, M., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H., & Solomon, J. (2012). The sexual revolution's last frontier: how silence about sex undermines health, well-being, and safety in old age. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, *36*(3), 43–52.

Conti, A., Scacchi, A., Clari, M., Scattaglia, M., Dimonte, V., & Gianino, M. M. (2022). Prevalence of violence perpetrated by healthcare workers in long-term care: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2357), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042357>

Cook, C. M., Schouten, V., Henrickson, M., McDonald, S., & Atefi, N. (2022). Sexual harassment or disinhibition? Residential care staff responses to older adults' unwanted behaviours. *International Journal of Older People Nursing*, *17*(3), e12433. <https://doi.org/10.1111/opn.12433>

Cornelison, L. J., & Doll, G. M. (2013). Management of sexual expression in long-term care: ombudsmen's perspectives. *Gerontologist*, *53*(5), 780–789. <https://doi.org/10.1093/geront/gns162>

Daly, T., Banerjee, A., Armstrong, P., Armstrong, H., & Szebehely, M. (2011). Lifting the 'violence veil': examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Canadian Journal on Aging*, *30*(2), 271–284. <https://doi.org/10.1017/S071498081100016X>

De Giorgi, R., & Series, H. (2016). Treatment of inappropriate sexual behavior in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, *18*(9), 41. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0425-2>

de Medeiros, K., Rosenberg, P. B., Baker, A. S., & Onyike, C. U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *26*(4), 370–377. <https://doi.org/10.1159/000163219>

Deutscher Caritasverband. (2021). *Leitlinien für den Umgang mit sexualisierter Gewalt*. <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sexuellermisbrauch/leitlinien-fuer-den-umgang-mit-sexualisi>

Dorn, T., & Blättner, B. (2021). Gewalt unter Bewohnenden nicht übersehen – Häufigkeit von Gewaltbeobachtungen, Gewaltwiderfahrnissen und Gewalthandlungen in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten. *Pflegewissenschaft*, *4*, 222–228. <https://doi.org/10.3936/1789>

Eggert, S., Schnapp, P., & Sulmann, D. (2018). *Aggression und Gewalt in der informellen Pflege – ZQP-Analyse*.

Eggert, S., & Suhr, R. (2022). Gewaltprävention ist ein bedeutsames Thema. *Magazin ZQP diskurs*, 4–9.

Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn (Hrsg.) (2019). *Informationen zur Prävention gegen sexualisierte Gewalt an schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen in der Altenhilfe* (1, 1. Ausgabe). Wuppertal.

Felson, M. (2002). *Crime and everyday life* (3rd ed.). Sage Publications.

Fileborn, B. (2017). Sexual assault and justice for older women: a critical review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5), 496–507. <https://doi.org/10.1177/1524838016641666>

Gerritzen, I. J., Hertogh, C. M. P. M., Depla, M. F., Veenhuizen, R. B., Verschuur, E. M. L., & Joling, K. J. (2018). Neuropsychiatric symptoms in people with Korsakoff Syndrome and other alcohol-related cognitive disorders living in specialized long-term care facilities: Prevalence, severity, and associated caregiver distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(3), 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.013>

Gerritzen, I. J., Moerman-van den Brink, W. G., Depla, M. F., Verschuur, E. M., Veenhuizen, R. B., van der Wouden, J. C., . . . Joling, K. J. (2017). Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 256–273. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.4636>

Görge, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(1), 1–26.

Görge, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6, 15–25.

Görge, T. (2006). 'As if I just didn't exist' – Elder abuse and neglect in nursing homes. In A. Wahidin & M. Cain (Hrsg.), *Ageing, crime and society* (S. 71–89). Cullompton, UK: Willan.

Görge, T. (Hrsg.) (2010). „Sicherer Hafen“ oder „gefährliche Zone“? – Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen; Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Verlag für Polizeiwissenschaft.

Görge, T. (2017). Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.), *Gewaltprävention in der Pflege – ZQP-Report* (S. 8-12). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

Görge, T., & Beaulieu, M. (2010). Criminological theory and elder abuse research – fruitful relationship or worlds apart? *Ageing International*, 35(3), 185–201. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9063-2>

Görge, T., & Nägele, B. (2003). *Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt*. KFN-Forschungsberichte Nr. 89. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Görge, T., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S., Taefi, A., Gerlach, A., & Heydenbluth, C. (2020). *Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- Grigorovich, A., & Kontos, P. (2019). A critical realist exploration of the vulnerability of staff to sexual harassment in residential long-term care. *Social Science & Medicine*, 238, 112356. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112356>
- Gust, J. (2010). *Phänomen Hinlauftendenz: Wenn alte Menschen weglaufen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Harris, D. K., & Benson, M. L. (2006). *Maltreatment of patients in nursing homes: There is no safe place*. Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press.
- Heidenreich, J., & Kuhnke-Wagner, I.-A. (2012). Zusammenhang zwischen Aggression der Bewohner und Arbeitsfähigkeit des Personals in geriatrischen, nichtpsychiatrischen und nichtklinischen Einrichtungen. *HeilberufeScience*, 3(2), 56–63. <https://doi.org/10.1007/s16024-012-0099-y>
- Heiland, H. (2016). Gewalt gegen alte Menschen ist häufiger, als Sie denken. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 158(18), 63–68. <https://doi.org/10.1007/s15006-016-8845-1>
- Hellstern, G.-M. (1984). Verwaltungsakten: zum Stellenwert von Aktenanalysetechniken in der anwendungsbezogenen Forschung. In W. Bick, R. Mann & P. J. Müller (Hrsg.), *Sozialforschung und Verwaltungsdaten* (S. 259–299). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Henrickson, M., Cook, C. M., MacDonald, S., Atefi, N., & Schouten, V. (2022). Not in the brochure: Porneia and residential aged care. *Sexuality Research & Social Policy*, 19(2), 588–598. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00573-y>
- Hirsch, R. D. (2011). Konflikte in Pflegebeziehungen: Eine Herausforderung für Pflegende und die Gesellschaft. In T. Schürmann, M. Geuther & L. Thau (Hrsg.), *Alt und Jung: vom Älterwerden in Geschichte und Zukunft*. Rosengarten-Ehestorf: Förderverein des Freilichtmuseums am Kiekeberg.
- Hirt, J., Nordhausen, T., Appenzeller-Herzog, C., & Ewald, H. (2020). Using citation tracking for systematic literature searching – study protocol for a scoping review of methodological studies and a Delphi study. *F1000Research*, 9, 1386. <https://doi.org/10.12688/f1000research.27337.3>
- Ho, P. J., & Goh, Y. S. (2022). Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expression among older adults  $\geq 60$  years in long-term care facilities: a qualitative review and meta-synthesis. *Age and Ageing*, 51(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab230>
- Horne, M., Youell, J., Brown, L., Brown-Wilson, C., Dickinson, T., & Simpson, P. (2022). Feasibility and acceptability of an education and training e-resource to support the sexuality, intimacy and relationship needs of older care home residents: a mixed methods study. *Age and Ageing*, 51(10), 1–8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac221>
- Janssen, D. F. (2014). "Gerontophilia": a forensic archaism. *Sexual Offender Treatment*, 9(1). <http://www.sexual-offender-treatment.org/130.html>
- Kahsay, W. G., Negarandeh, R., Dehghan Nayeri, N., & Hasanpour, M. (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, 19(58), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00450-w>

Karlsson, N. D., Markkanen, P. K., Kriebel, D., Galligan, C. J., & Quinn, M. M. (2020). "That's not my job": A mixed methods study of challenging client behaviors, boundaries, and home care aide occupational safety and health. *American Journal of Industrial Medicine*, 63(4), 368–378. <https://doi.org/10.1002/ajim.23082>

Karstedt-Henke, S. (1982). Aktenanalyse. Ein Beitrag zur Methodenkritik der Instanzen – Forschung. In G. Albrecht & M. Brusten (Hrsg.), *Soziale Probleme und soziale Kontrolle* (S. 195–208). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-322-88662-0\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-322-88662-0_12)

Kettl, P. (2008). *Inappropriate sexual behavior in long-term care*. <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/content/inappropriate-sexual-behavior-long-term-care> [Aufgerufen am 13.08.2021]

Kohnen, R. F., Lavrijsen, J., Akkermans, R., Gerritsen, D., & Koopmans, R. (2021). The prevalence and determinants of inappropriate sexual behaviour in people with acquired brain injury in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 3058–3072. <https://doi.org/10.1111/jan.14817>

Kolodziejczak, K. (2019). *Sex ist immer ein Thema – auch im hohen Alter*. Charité – Universitätsmedizin Berlin; Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. <https://www.base2.mpg.de/aktuelles-presse/sex-ist-immer-ein-thema-auch-im-hohen-alter> [Aufgerufen am 29.08.2022]

Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.

Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947–1956. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404688>

Lauer, C., & de Vries, N. (2019). „Es geht um Nähe“: aktive Sexualassistenz. *Die Schwester, Der Pfleger*, 58(3), 12–14. <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/37538-es-geht-um-naehe>

Leuschner, F., & Hüneke, A. (2016). Möglichkeiten und Grenzen der Aktenanalyse als zentrale Methode der empirisch-kriminologischen Forschung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 99(6), 464–480. <https://doi.org/10.1515/mkr-2016-0605>

Lifespan of Greater Rochester, Weill Cornell Medical Center of Cornell University & New York City Department for the Aging (2011). *Under the radar: New York state elder abuse prevalence study. Self-reported prevalence and documented case surveys, final report*. New York: William B. Hoyt Memorial New York State Children and Family Trust Fund & New York State Office of Children and Family Services.

Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.09.001>

- Malmedal, W., Iversen, M. H., & Kilvik, A. (2015). Sexual abuse of older nursing home residents: a literature review. *Nursing Research and Practice*, 2015, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2015/902515>
- Marshall, K., Herbst, J., Girod, C., & Annor F. (2020). Do interventions to prevent or stop abuse and neglect among older adults work? A systematic review of reviews. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(5), 409–433. <https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1819926>
- Mayring, P. (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)
- McCann, T. V., Baird, J., & Muir-Cochrane, E. (2014). Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry*, 14(80), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-80>
- McDonald, L., Sheppard, C., Hitzig, S. L., Spalter, T., Mathur, A., & Mukhi, J. S. (2015). Resident-to-Resident Abuse: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging*, 34(2), 215–236. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000094>
- Midgley, E. (2016). Elder abuse. *InnovAiT: Education and inspiration for general practice*, 10(2), 105–111. <https://doi.org/10.1177/1755738016647415>
- Moser, F., Schutz, L. H., Teubner, C., Lahmann, N., Kuhlmeier, A., & Suhr, R. (2022). Sexual abuse of care-dependent patients: Results of a nationwide cross-sectional study among general practitioners on responsibility and subjective confidence in dealing with suspected abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 223-230. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7> (Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger: Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall.)
- Myers, D. R., Rogers, R. K., LeCrone, H. H., & Kelley, K. (2019). The behavioral health role in nursing facility social work. *Journal of Applied Gerontology*, 38(8), 1063–1095. <https://doi.org/10.1177/0733464817733103>
- Näher, A.-F., & Krumpal, I. (2011). Asking sensitive questions: the impact of forgiving wording and question context on social desirability bias. *Quality & Quantity*, 46(5), 1601–1616. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9469-2>
- National Center on Elder Abuse (NCEA). *Types of Abuse – Sexual Abuse*. <https://ncea.acl.gov/Suspect-Abuse/Abuse-Types.aspx> [Aufgerufen am 16.08.2021]
- Nielsen, M. B. D., Kjaer, S., Aldrich, P. T., Madsen, I. E. H., Friberg, M. K., Rugulies, R., & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>
- Nobels, A., Cismaru-Inescu, A., Nisen, L., Hahaut, B., Beaulieu, M., Lemmens, G., . . . Keygnaert, I. (2021). Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 601. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02485-3>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palmer, C. T. (1988). Twelve reasons why rape is not sexually motivated: A skeptical examination. *Journal of Sex Research*, 25(4), 512–530. <https://doi.org/10.1080/00224498809551479>
- Parisot, V., Zuccato-Doutlik, M., & Zartler, U. (2021). Gerichtsakten als Daten soziologischer Familienforschung: Methodologie und Methode für ein noch wenig erschlossenes Datenmaterial. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 22(3), 1-24. <https://doi.org/10.17169/fqs-22.3.3649>
- Parker, S., Clarke, C., Moniz-Cook, E., & Gardiner, E. (2012). The influence of 'cognitive busyness' on causal attributions of challenging behaviour in dementia: a preliminary experimental study. *Aging & Mental Health*, 16(7), 836–844. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.684668>
- Peer, M., Salomon, R., Goldberg, I., Blanke, O., & Arzy, S. (2015). Brain system for mental orientation in space, time, and person. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(35), 11072–11077. <https://doi.org/10.1073/pnas.1504242112>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*, 56(2), 194–205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Popa, I., Rădulescu, I., Drăgoi, A. M., Trifu, S., & Cristea, M. B. (2021). Korsakoff syndrome: An overlook (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(4), 1132. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10566>
- Prüfer, P., Vazansky, L., & Wystup, D. (2003). Antwortskalen im ALLBUS und ISSP. *Eine Sammlung. ZUMA-Methodenbericht 2003/11*. Mannheim: ZUMA.
- Ramsey-Klawnsnik, H., & Teaster, P. B. (2012). Sexual abuse happens in healthcare facilities – what can be done to prevent it? *Journal of American Society on Aging*, 36(3), 53–59.
- 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. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 332–339.
- Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Marcum, J. L., & Abner, E. L. (2008). Sexual predators who target elders: findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 353–376. <https://doi.org/10.1080/08946560802359375>
- Richter, D. (2014). Subjektives Erleben verbaler Aggressionen gegen Mitarbeitende in deutschen Kliniken – Eine explorative Studie. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin*, 49, 688–693.
- Rodriguez, F. S., Pabst, A., Hesel, K., Kleineidam, L., Hajek, A., Eisele, M., . . . Riedel-Heller, S. G. (2021). Disorientation in time and place in old age: Longitudinal evidence from three old age cohorts in Germany (AgeDifferent.de Platform). *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(4), 1589–1599. <https://doi.org/10.3233/JAD-201008>



- Rodwell, J., & Demir, D. (2014). Addressing workplace violence among nurses who care for the elderly. *Journal of Nursing Administration*, 44(3), 152–157. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000043>
- Romeike, A. (2017). Reaktivierung von Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg – Erscheinungsformen und Umgang mit der Thematik in der stationären Altenhilfe. *Pflege & Gesellschaft*, 22(3), 197–213.
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x>
- Saj, D., Funk, L., Gerbrandt, E., Spencer, D., & Herron, R. (2021). “Uncivilized children” or “victims of dementia”: interpretations of aggression in older assisted living tenants. *Canadian Review of Sociology*, 59(1), 43–58. <https://doi.org/10.1111/cars.12367>
- Sarangi, A., Jones, H., Bangash, F., & Gude, J. (2021). Treatment and management of sexual disinhibition in elderly patients with neurocognitive disorders. *Cureus*, 13(10), e18463. <https://doi.org/10.7759/cureus.18463>
- Schnell, R. (2019). *Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19901-6>
- Sinkovic, M., & Towler, L. (2019). Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1239–1254. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Skarbek-Kozietulska, A., Preisendörfer, P., & Wolter, F. (2012). Leugnen oder gestehen? Bestimmungsfaktoren wahrer Antworten in Befragungen / To Deny or to Confess? Determinants of Truthful Answers in Surveys. *Zeitschrift für Soziologie*, 41(1), 5–23. <https://doi.org/10.1515/zfsocz-2012-0103>
- Smith, D., Bugeja, L., Cunningham, N., & Ibrahim, J. E. (2018). A systematic review of sexual assaults in nursing homes. *Gerontologist*, 58(6), e369–e383. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx022>
- Smith, D., Cunningham, N., Willoughby, M., Young, C., Odell, M., Ibrahim, J., & Bugeja, L. (2019). The epidemiology of sexual assault of older female nursing home residents, in Victoria Australia, between 2000 and 2015. *Legal Medicine*, 36, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2018.11.006>
- Smith, D. E., Wright, M. T., Pham, T. H., & Ibrahim, J. E. (2021). Evaluation of an online course for prevention of unwanted sexual behaviour in residential aged care services – A pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 17, 1–14. <https://doi.org/10.1111/opn.12412>
- Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A. J., & Smith, P. (2021). A systematic review: Effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and Health at Work*, 12(3), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>
- Sowinski, C. (2004). Intimpflege: das unterschiedliche Erleben von PatientInnen und Pflegenden. *Dr. med. Mabuse*, 29(150), 34–36.

- Speck, P. M., Kennedy, B. L., Henry, N. D., & Ernst, E. J. (2013). Analysis of possible sexual assault or abuse in a 67-year-old female with early dementia post-brain attack. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 217–239. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31827ef655>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*.
- Stubbs, B. (2011). Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 602–607. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01709.x>
- Stutte, K., Hahn, S., Fierz, K., & Zuniga, F. (2017). Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 38(5), 398–405. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.001>
- Teaster, P. B., Ramsey-Klawnsnik, H., Abner, E. L., & Kim, S. (2015). The sexual victimization of older women living in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(4–5), 392–409. <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1082453>
- 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. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1–2), 29–45. [https://doi.org/10.1300/J084v19n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J084v19n01_03)
- Teaster, P. B., & Roberto, K. A. (2004a). Chapter 7 sexual abuse of older women living in nursing homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(4), 105–119. [https://doi.org/10.1300/J083v40n04\\_08](https://doi.org/10.1300/J083v40n04_08)
- Teaster, P. B., & Roberto, K. A. (2004b). Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes. *The Gerontologist*, 44(6), 788–796. <https://doi.org/10.1093/geront/44.6.788>
- Teaster, P. B., Roberto, K. A., Duke, J. O., & Kim, M. (2008). Sexual abuse of older adults: Preliminary findings of cases in Virginia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(3–4), 1–16. [https://doi.org/10.1300/J084v12n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J084v12n03_01)
- Teresi, J. A., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D., . . . Pillemer, K. A. (2020). Resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) intervention for direct care staff in assisted living residences: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 710. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04580-z>
- Thompson, G. N., McClement, S. E., Peters, S., Hack, T. F., Chochinov, H., & Funk, L. (2021). More than just a task: Intimate care delivery in the nursing home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1943123>
- Thorne, T., Titley, H., Norton, P., Lanius, R., & Estabrooks, C. (2021). Care aides' perceptions of caring for nursing home residents with past psychological trauma. *Innovation in Aging*, 5(1), 847. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.3097>

- Todd, S. J., & Watts, S. C. (2005). Staff responses to challenging behaviour shown by people with dementia: an application of an attributional-emotional model of helping behaviour. *Aging & Mental Health*, 9(1), 71–81. <https://doi.org/10.1080/13607860412331310254>
- Tolzmann, G. (2015). *Bundeszentralregistergesetz: Zentralregister, Erziehungsregister, Gewerbezentralregister* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 683–692. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000189>
- Vaupel, C., Vincent-Höper, S., Helms, L., Adler, M., & Schablon, A. (2021). *Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.
- Villar, F., Faba, J., Serrat, R., Celdran, M., & Martinez, T. (2020). Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: is it really part of the job? *International Psychogeriatrics*, 32(3), 325–333. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001431>
- Weidinger, L. (2022). Traumapädagogik: Die Zeit heilt (nicht) alle Wunden. *PflegeZeitschrift*, 75(6), 52–55. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1274-0>
- Wilhelm, E. (2007). Die Konkurrenz der Regeln zur Gesamtstrafenbildung. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 2, 82–94.
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Zeh, A., Schablon, A., Wohlert, C., Richter, D., & Nienhaus, A. (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen - Ein Literaturüberblick [Violence and aggression in care-related jobs – a literature overview]. *Gesundheitswesen*, 71(8–9), 449–459. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1192027>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2020). *Arbeitsmaterial: Gewaltprävention – Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen*. Berlin. <https://www.pflege-gewalt.de/beitrag/arbeitsmaterial-gewaltpraevention-pflegebeduerftige/>