

# Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege



ZQP-Report

# Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege

**Herausgeber**

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

**Redaktion**

Dr. Simon Eggert, Zentrum für Qualität in der Pflege  
Pauline Wagner, Zentrum für Qualität in der Pflege

**Fotos** – in alphabetischer Reihenfolge –

Portrait Anja Bergmann: Klaus Schmidt, MedizinFotoKöln  
Portrait Dr. Simon Eggert: Die Hoffotografen GmbH, Berlin  
Portrait Prof. Dr. Thomas Görgen: Deutsche Hochschule der Polizei, Münster  
Portrait Dr. Mathias Haeger: Die Hoffotografen GmbH, Berlin  
Portrait Chantal Höhn: Studio Wiegel, Münster  
Portrait Prof. Dr. Sascha Köpke: Michael Wodak, MedizinFotoKöln  
Portrait Natalie Köpsel: privates Foto  
Portrait Sascha Mousawi: Deutsche Hochschule der Polizei, Münster  
Portrait Dr. Carolin Oppermann: Fotostudio 54, Hannover  
Portrait Marco Sander: Michael Wodak, MedizinFotoKöln  
Portrait PD Dr. Ralf Suhr: Die Hoffotografen GmbH, Berlin  
Portrait Daniela Sulmann: Die Hoffotografen GmbH, Berlin  
Portrait Dr. Christian Teubner: Die Hoffotografen GmbH, Berlin  
Portrait Pauline Wagner: Die Hoffotografen GmbH, Berlin

**Grafik und Satz**

zwoplus, Berlin

**Korrektorat**

nipp & nau, Bielefeld

**Druck**

Das Druckteam Berlin

**Alle Rechte vorbehalten**

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

**Stand der Informationen**

Dezember 2024. Trotz sorgfältiger Recherche und Prüfung übernimmt der Herausgeber keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Bei den Inhalten handelt es sich um unverbindliche Informationen.

1. Auflage, Berlin 2024

ISBN (Print) 978-3-945508-38-1  
ISBN (Online) 978-3-945508-39-8  
ISSN (Print) 2198-865X  
ISSN (Online) 2943-9426  
<https://doi.org/10.71059/VCKV3150>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial</b>	
Ralf Suhr & Simon Eggert .....	5
<b>Gewalt in der stationären Pflege</b>	
Simon Eggert & Christian Teubner .....	7
<b>Sexuelle/sexualisierte Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen</b>	
Simon Eggert, Mathias Haeger, Christian Teubner & Pauline Wagner .....	21
<b>Hellfeldanalyse zu Sexualdelikten gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege</b>	
Thomas Görgen, Chantal Höhn & Natalie Köpsel .....	35
<b>Sexualisierte Gewalt in Pflegeeinrichtungen aus Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</b>	
Thomas Görgen, Chantal Höhn, Natalie Köpsel & Sascha Mousawi .....	61
<b>Präventionsprojekt PEKo</b>	
Sascha Köpke, Marco Sander & Anja Bergmann .....	79
<b>Die Rolle Pflegenden in der Prävention von Gewalt</b>	
Anja Bergmann & Sascha Köpke .....	95
<b>Gewaltschutzkonzepte in der Pflege</b>	
Daniela Sulmann, Mathias Haeger & Carolin Oppermann .....	111
<b>Weitere Angebote des ZQP zum Thema Gewaltprävention</b>	
Pauline Wagner .....	117
<b>Über das ZQP</b> .....	122
<b>Autorinnen und Autoren</b> .....	123



# Editorial

Ein zentraler Baustein für die Arbeit des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) zum Theorie-Praxis-Transfer im Themenfeld Pflege und Altersgesundheit sind unsere praxisorientierten Forschungsarbeiten, die wir in Form von Analysen, Studienberichten und Reporten für Sie veröffentlichen. Wir freuen uns, dass wir Ihnen aus der Report-Reihe nun einen neuen Band vorstellen können.

Dieser Report greift anhand aktueller Daten und Projektergebnisse ein Schwerpunktthema des ZQP auf: Gewaltprävention im Kontext Pflegebedürftigkeit. Seit 2010 ist ein Ziel der Stiftung, das äußerst tabuisierte Phänomen Gewalt in der Pflege, bei dem viele Ereignisse und Schicksale im Dunkelfeld liegen, besser zu beleuchten. Insbesondere geht es dem ZQP darum, dass Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung älterer pflegebedürftiger Menschen in der Öffentlichkeit benannt, fachlich reflektiert und reduziert werden. Dabei sind Fortschritte im Umgang mit dem Themenfeld erkennbar: Mittlerweile ist im Fachdiskurs und in der Praxis weitestgehend unstrittig: (1) Gewalt in der Pflege kommt häufig vor, (2) es handelt sich dabei um ein schwerwiegendes Problem mit erheblichem negativen Potenzial für die Gesundheit, einschließlich der Lebensqualität, (3) sowohl pflegebedürftige als auch pflegende Personen sind davon betroffen.

Wer diese drei Prämissen teilt, kann nur zu einem Ergebnis kommen: Es ergibt sich dringender Handlungsbedarf. Entsprechend sucht diese Erkenntnis derzeit ihren Weg im politischen System. Davon zeugt auch, dass die Forderung des ZQP nach einer bundesweiten Allianz für Gewaltprävention durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin aufgegriffen wurde und 2022 in den Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Bundesländer (ASMK) „Gewaltschutz für pflegebedürftige Menschen“ gemündet ist.

Nichtsdestotrotz liegt vor allen Präventionsakteurinnen und -akteuren noch erhebliche Arbeit. Denn ein Bund und Länder übergreifender Konsens für eine erheblich stärkere Unterstützung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten bei Maßnahmen zur Gewaltprävention sowie für eine Stärkung Pflegenden als Gewaltschutzakteurinnen und -akteure scheint noch nicht erreicht. Zudem bestehen zwischen den Bundesländern zum Teil erhebliche Regelungs- und Anforderungsunterschiede in Bezug auf strukturelle Gewaltschutzmaßnahmen in Pflegeorganisationen. Es wird aufschlussreich sein, was sich im Bericht der ASMK zu diesen Punkten für Formulierungen finden werden. Im Sozialgesetzbuch XI fehlt zudem bisher die Formulierung eines unmissverständlichen Auftrags zur Gewaltprävention in der Langzeitpflege.

Gleichzeitig bestehen Forschungsdesiderate nicht zuletzt auch im spezifischen Kontext des deutschen Gesundheitssystems. So befindet sich die Entwicklung wirksamer, komplexer Interventionen noch am Anfang. Für die Wirksamkeit bestehender Interventionen liegt wenig Evidenz vor. Damit verbunden ist auch der Bedarf nach validen und praxistauglichen Messinstrumenten für Gewaltvorkommnisse in der Langzeitpflege. Die Schließung

dieser Lücken ist aus methodischen Gründen und insbesondere wegen der spezifischen Bedingungen in den verschiedenen Pflegesettings herausfordernd. Hinzu kommt unter anderem Erkenntnisbedarf zum Auftritt verschiedener einzelner Gewaltformen und Risikofaktoren hierfür – wie etwa bei sexualisierter bzw. sexueller Gewalt. Dies ist auch ein Grund, warum auf diesem Aspekt in dem Report ein besonderes Augenmerk liegt.

Die derzeitige Pflegekrise macht es indes nicht leichter, in den Pflegesettings zu forschen sowie Maßnahmen gemeinsam mit und aus der Praxis heraus zu entwickeln und nachhaltig zu implementieren. Dennoch zeigen verschiedene Projekte auch, dass es immer wieder Organisationen und – insbesondere auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – gibt, die sich Anstrengungen für Veränderungen zumuten. Und zwar, weil sie die Versorgung der ihnen anvertrauten Menschen verbessern – und auch selbst unter besseren Bedingungen arbeiten wollen. Denn Einrichtungen, in denen Gewaltprävention tatsächlich in der Organisationskultur verankert ist, sind nicht nur bessere Orte für pflegebedürftige Menschen, sie sind auch bessere Arbeitsorte.

Das ZQP möchte mit diesem Band dazu beitragen, dass die Arbeit an dem entsprechenden Ziel – Organisationen der Langzeitpflege zu gewaltsensiblen und gewaltarmen Räumen für pflegebedürftige Menschen und Pflegenden zu entwickeln – mit Leidenschaft und Intensität von allen verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren fortgesetzt wird.

An dieser Stelle möchten wir uns bei den Autorinnen und Autoren für die Mitwirkung an dieser Schrift sehr herzlich bedanken. Dieser Dank gilt dabei sowohl unseren zum Teil langjährigen Partnerinnen und Partnern beim Thema Gewaltprävention von der Deutschen Hochschule der Polizei und vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität zu Köln als auch unseren Kolleginnen und Kollegen im ZQP.

Ein zusätzlicher Dank richtet sich dabei auch an unsere Kollegin Pauline Wagner für die Übernahme zahlreicher koordinativer Aufgaben, die im Hintergrund eines solchen Buchprojekts zusätzlich bewältigt werden müssen.

*Ralf Suhr & Simon Eggert*



# Gewalt in der stationären Pflege

*Simon Eggert & Christian Teubner*

Wenn pflegebedürftige Personen Gewalt erfahren, hat dies negative Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und Gesundheit, außerdem verletzt es ihr Recht auf gewaltfreie Pflege sowie andere grundlegende Rechte wie das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen ist dabei vielgestaltig: Neben psychischer und physischer Gewalt umfasst diese auch Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung, sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt (im Folgenden: sex. Gewalt) und freiheitsentziehende Maßnahmen. In der stationären Langzeitpflege kann Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von verschiedenen Personengruppen ausgehen: Neben Pflegenden oder anderen Beschäftigten der Einrichtung bzw. in den Pflegeprozess einbezogenen Personen, Angehörigen oder Bekannten und unbekanntem Dritten sind dies insbesondere auch andere Bewohnerinnen und Bewohner.

Wie häufig Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen genau vorkommt, lässt sich schwer bestimmen. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen findet häufig im Verborgenen statt und es ist entsprechend von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Denn die Betroffenen sind häufiger aufgrund kognitiver oder gesundheitlicher Einschränkungen nicht in der Lage, selbst Gewaltvorkommnisse zu berichten, oder aber sie verschweigen solche Vorkommnisse bewusst aus Scham oder Angst vor nachteiligen Reaktionen von Personen, auf deren Unterstützung sie angewiesen sind. In Studien zur Prävalenz von Gewalt in der stationären Pflege wird besonders häufig Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet, aber auch Gewalt durch die an der Pflege beteiligten Personen. Umgekehrt sind Pflegenden in der stationären Pflege auch regelmäßig Gewalt durch pflegebedürftige Personen ausgesetzt.

Zu den wesentlichen Risikofaktoren, bei pflegebedürftigen Personen von Gewalt betroffen zu sein, zählen das weibliche Geschlecht sowie gesundheitliche und kognitive Einschränkungen. Menschen mit Demenz weisen dabei sowohl ein höheres Risiko auf, Gewalt zu erfahren, als auch ein höheres Risiko, Gewalt auszuüben. Es gibt eine Reihe von Instrumenten zur Prävention von Gewalt in der Pflege – auch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat Schulungsmaterial für die stationäre Pflege erarbeitet und veröffentlicht.

## Gewalt gegen ältere Menschen als gesellschaftliche Herausforderung

Unter dem Begriff „Gewalt gegen ältere Menschen“ (engl.: elder abuse) wird insbesondere deren Misshandlung und Vernachlässigung verstanden. Dieses komplexe Phänomen ist von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz (Yon et al., 2017). Aus internationaler Forschungsperspektive hat elder abuse bisher zu wenig Beachtung erfahren (WHO, 2022). Hierzulande wird Gewalt gegen ältere Menschen stark mit Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Personen in Verbindung gebracht (Görgen, 2016).

Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen stellt ein Risiko für ihre Lebensqualität und Gesundheit dar (Blättner & Grewe, 2017; Dong, 2015; Sethi et al., 2011). Ältere pflegebedürftige Menschen haben ein Recht auf gewaltfreie Pflege und sind gleichzeitig gefährdet, in grundlegenden Rechten (z. B. körperliche und psychische Unversehrtheit oder das Recht auf Selbstbestimmung) verletzt zu werden (Mahler, 2018; Schempp et al., 2012). Auf die Hilfe anderer zur Bewältigung des eigenen Alltags oder gar zur Befriedigung zentraler Bedürfnisse angewiesen zu sein, ist mit besonderer Vulnerabilität verbunden. Zudem kann es einer auf Hilfe angewiesenen Person schwerfallen, als unangemessen oder verletzend empfundenen Verhalten zu thematisieren, weil etwa die Angst besteht, dass sich die eigene Lebenssituation als Folge von Beschwerden oder Streit weiter verschlechtert, in der stationären Langzeitpflege speziell die Angst vor Vergeltungsmaßnahmen durch Pflegekräfte (Caspi, 2024). Zudem möchten sie über Vorfälle vielleicht nicht berichten, etwa aus Angst oder Scham (Hirt et al., 2022). Eventuell können sie sich auch nicht erinnern, schlecht oder gar nicht mitteilen. Das betrifft insbesondere Menschen mit Demenz (Fang & Yan, 2018). Außerdem sind pflegebedürftige Menschen oft nur eingeschränkt oder nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse und Ansprüche zu artikulieren bzw. diese umfassend zu verfolgen.

Alle in die Pflegesituation involvierten Personen (Zeh et al., 2009) ebenso wie andere Akteurinnen und Akteure in der gesundheitlichen Versorgung können direkt oder indirekt von Gewalt betroffen sein sowie zum Erkennen von Gewaltvorfällen beitragen (Moser et al., 2022; Pillemer et al., 2016). Gewalt gegen alle Personen in der stationären Langzeitpflege zu verhindern bzw. bei auftretenden Fällen erfolgreich zu intervenieren, ist daher ein Präventionsthema von erheblicher Bedeutung, welches nicht zuletzt entschlossenes politisches Engagement verlangt (Eggert & Suhr, 2022).

### Gewaltformen und Gewaltkonstellationen

Eine einheitliche Definition von Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen gibt es nicht. Dieses Phänomen wird vielfach als Teilaspekt von Gewalt gegen ältere Menschen betrachtet. Diese definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022) so:

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

Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen stellt ein Risiko für ihre Lebensqualität und Gesundheit dar.

Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen ist vielgestaltig. Sie umfasst insbesondere psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt sowie die Formen finanzielle Ausbeutung und sex. Gewalt (Lachs & Pillemer, 2015) – die sowohl mit psychischer als auch physischer Gewaltausübung verbunden sein können. Auch Freiheitseinschränkungen verschiedener Art werden zu den Gewaltformen hinzugezählt (Görgen, 2017). Gewalthandlungen gegen pflegebedürftige Menschen können absichtlich oder unabsichtlich erfolgen und müssen nicht zwangsläufig Delikte im Sinne des Strafrechts darstellen<sup>1</sup>; jedoch kommen auch schwere Gewaltstraftaten vor (Görgen, 2009b). Gewalt kann situativ oder situationsübergreifend ausgeübt werden. Neben individuellem Gewaltverhalten spielt auch strukturelle Gewalt eine bedeutende Rolle (Hirsch, 2011). Gewaltvorkommnisse liegen prinzipiell nicht in einer Ursache allein begründet, vielmehr wirken verschiedene Faktoren in einem komplexen System zusammen: auf individueller Ebene, auf Beziehungsebene sowie auf struktureller – also zum Beispiel gesellschaftlicher und kultureller – Ebene (Teubner & Suhr, 2020). Was als gewaltsam erlebt oder verstanden wird, kann individuell variieren und somit uneindeutig sein (Conti et al., 2022).

Was als gewaltsam erlebt oder verstanden wird, kann individuell variieren und somit uneindeutig sein.

Insgesamt kann sich interpersonelle Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zwischen Personen verschiedener Gruppen (z. B. zwischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Bewohnerinnen/Bewohnern) oder innerhalb einer Gruppe von Personen (z. B. zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern) ereignen (Yon et al., 2019).

## Risikofaktoren für Viktimisierung bzw. Gewaltausübung

Zum Risiko, Opfer von Gewalt in der stationären Langzeitpflege zu werden, liegen noch wenige belastbare Ergebnisse vor (Sethi et al., 2011). Entsprechende Faktoren mit relativ belastbarer Evidenz sind u. a. weibliches Geschlecht, körperliche oder kognitive Einschränkungen sowie aggressives oder herausforderndes Verhalten, was sich weitgehend mit den Risikofaktoren für Gewalt gegen ältere Menschen allgemein deckt (WHO, 2015). Speziell als Risikofaktoren für die Ausübung von Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern wurden u. a. männliches Geschlecht, Depression und Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit identifiziert (Pillemer et al., 2022).

Studien, die versuchen, bestimmte Merkmale als Risikofaktoren für Gewaltverhalten von Pflegenden zu identifizieren, beziehen sich meist auf informell Pflegende. Diese Untersuchungen deuten vor allem auf einen Zusammenhang von Gewalthandlungen mit der pflegerischen Belastung („caregiver burden“) und verschiedenen psychischen Problemen bzw. Erkrankungen wie Erschöpfung, Substanzmittelmissbrauch und Depression (Johannesen & LoGiudice, 2013) hin. Doch auch für die stationäre Langzeitpflege bestehen Hinweise auf Risikofaktoren für Gewaltausübung durch Pflegepersonal, die jedoch bisher zum Teil nur einmalig in Studien identifiziert wurden: Genannt seien etwa Stress bzw. emotionale Überlastung (Yon et al., 2019) sowie problematische Arbeitsbeziehungen mit Arbeitskolleginnen und -kollegen bzw. Leitungspersonen (Andela et al., 2021).

Nicht zuletzt gibt es Anzeichen dafür, dass einrichtungsbezogene Merkmale in Bezug auf die Arbeitssituation Einfluss auf das Auftretensrisiko von Gewalt gegen Bewohnerinnen

<sup>1</sup> Gewaltausübung kann in bestimmten Fällen auch rechtlich legitimiert sein.

und Bewohner durch Pflegepersonal haben – etwa Mangel an Personal, Zeitdruck und geringer Qualifizierungsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Yon et al., 2019). Ein Risikofaktor, der beide Gruppen – Pflegenden sowie Bewohnerinnen und Bewohner – betrifft, ist die sog. „reziproke Gewalt“, also das erhöhte Risiko, Gewalt auszuüben, wenn man Gewalt erfährt (Gil & Capelas, 2022).

## Häufigkeit von Gewalt in der stationären Langzeitpflege

Der Forschungsstand zur Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in den verschiedenen Pflege-Settings ist unterschiedlich weit entwickelt. So ist Gewalt in der häuslichen Pflege deutlich weniger erforscht als im stationären Setting, wenngleich auch für das häusliche Setting Erkenntnisse für Deutschland vorliegen (Eggert & Teubner, 2023).

Insgesamt erscheint es dabei kaum möglich, die genaue Häufigkeit von Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen zu ermitteln, da pflegebedürftige 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 (Hirt et al., 2022; Midgley, 2016). Daher wird häufig auf die Befragung von an der Versorgung beteiligten Personen über selbst ausgeübte oder beobachtete Gewalt zurückgegriffen, was jedoch das Risiko einer Untererfassung (Skarbek-Kozietulska et al., 2012) bzw. ein Verzerrungsrisiko aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens birgt (Krumpal, 2013).

Als gesichert kann gelten: Gewalt gegen pflegebedürftige Personen kommt hierzulande in allen Settings der Langzeitpflege nicht nur ausnahmsweise vor (Eggert et al., 2017; Görgen, 2010a; Görgen et al., 2020). In der stationären Langzeitpflege in Deutschland sind potenziell rund 800.000 Bewohnerinnen und Bewohner von diesem Thema betroffen – nämlich diejenigen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden (Statistisches Bundesamt, 2022). Hinzu kommt, dass rund 800.000 Beschäftigte in der stationären Langzeitpflege (Statistisches Bundesamt, 2022) Gewalt in den Einrichtungen erfahren können – sei es durch Bewohnerinnen und Bewohner, durch Angehörige, andere Gäste oder Kolleginnen und Kollegen. Diese Gewaltvorfälle sind deutlich besser messbar. Auch wenn hierbei methodische Restriktionen bestehen, sind direkte Opfer-Befragungen möglich. Entsprechend ist hierbei das Dunkelfeld in Bezug auf Viktimisierung weniger stark ausgeprägt als bei der Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen.

Es gibt Hinweise, dass Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitpflege im Vergleich zu anderen Settings – etwa häuslicher Pflege oder betreutem Wohnen – häufiger auftritt (Page et al. 2009; Yon et al., 2019). Folgende, in der internationalen Forschung, nachgewiesene Risikofaktoren (WHO, 2015; Dong, 2015; Vandeweerd et al., 2013) könnten in diese Richtung deuten: ein höheres Risiko der Viktimisierung für weibliche Personen, für Personen mit kognitiven Einschränkungen, insbesondere Demenz (Fang & Yan, 2018; Rogers et al., 2023), sowie für Personen mit funktionellen Einschränkungen. Alle drei genannten Faktoren sind innerhalb der Bewohnerschaft in der stationären Langzeitpflege stärker vertreten (Statistisches Bundesamt, 2022; Schäufole et al., 2013). Hinzu kommt, dass aggressives bzw. gewaltsames Verhalten innerhalb der Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen im häuslichen Setting

Pflegebedürftige Menschen können aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation oft nicht direkt zu Gewaltereignissen befragt werden.

so nicht gegeben ist. Allerdings können im häuslichen Setting wiederum andere Risiken wie etwa Gewalt in der privaten Pflegebeziehung oder in Familien- und Partnerschaftskonflikten wirksamer sein.

## Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Einen Eindruck vom Umfang des Phänomens Aggressives Handeln zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen vermitteln die Ergebnisse einer Studie mit über 1.300 Beschäftigten in 73 Pflege-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Görgen et al., 2020). Dabei berichteten 69 Prozent der Befragten von verbalen Aggressionen zwischen pflegebedürftigen Menschen in den letzten vier Wochen. 33 Prozent hatten körperliche Gewalt und 10 Prozent sexuell übergriffiges Verhalten beobachtet. In einer anderen aktuellen Studie gaben 95 Prozent der befragten Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen an, Gewaltvorkommnisse zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern innerhalb der letzten 12 Monate beobachtet zu haben (Dorn & Blättner, 2021).

Zur Gewalt von Pflegekräften gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern zeigt eine Übersichtsarbeit über internationale Studien eine sehr breite Streuung in der Häufigkeit innerhalb aller dort betrachteten Gewaltformen (Hirt et al., 2022). Hier wurden die höchsten von Pflegekräften beobachteten Prävalenzen für psychische Gewalt (zwischen 20 und 62 Prozent), Vernachlässigung (zwischen 9 und 58 Prozent) und physische Gewalt (zwischen 3 und 30 Prozent) ermittelt, während Studien zu finanzieller Ausbeutung (zwischen 0 und 25 Prozent) sowie sexueller Gewalt (zwischen 0 und 2 Prozent) geringere Werte aufwiesen. In einer weiteren Metaanalyse zu Gewalt durch Beschäftigte im Gesundheitswesen an pflegebedürftigen Menschen (Conti et al., 2022) wurde ebenfalls eine breite Streuung von Prävalenzwerten sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Gewaltformen berichtet (Conti et al., 2022). Eine Analyse der Daten zeigte mit bis zu 28 Prozent die höchste Prävalenz bei verbaler Gewalt und mit 1 bis 2 Prozent die geringste Prävalenz bei sex. Gewalt. Damit knüpfen beide Studien an frühere Übersichtsarbeiten an (Yon et al., 2019; Yon et al., 2017).

In einer 2018 durchgeführten Befragung von etwa 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von knapp 50 Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Köpke et al., 2021) sagten 62 Prozent der befragten Beschäftigten, in den letzten 3 Monaten mindestens einmal Bewohnerinnen oder Bewohner vernachlässigt zu haben. Berichtet wurde außerdem von psychischer Gewalt (49 Prozent), körperlicher Gewalt (21 Prozent), freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) (18 Prozent) und von sexueller Gewalt (1 Prozent). Eine ebenfalls 2018 durchgeführte Befragung von 180 Beschäftigten in stationären Einrichtungen (Hessen und Nordrhein-Westfalen) lieferte folgende Ergebnisse (Dorn & Blättner, 2021): 72 Prozent der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt ausgeübt zu haben. Rund die Hälfte berichtete dabei von Vernachlässigung (48 Prozent) und psychischer Gewalt (45 Prozent), ungefähr ein Drittel von körperlicher Gewalt (34 Prozent) und FEM (30 Prozent).

Im Rahmen einer Studie in Pflegeheimen in Hessen berichteten 2001 rund 72 Prozent der teilnehmenden professionell Pflegenden, in den zurückliegenden 12 Monaten mindestens einmal ein Verhalten gezeigt zu haben, das als Misshandlung oder Vernachlässigung eingeschätzt wurde (Görgen, 2010a). Psychische Misshandlung und pflegerische

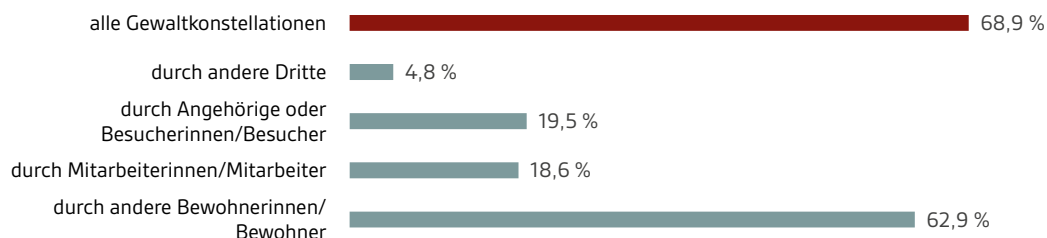
In einer Befragung von Beschäftigten berichteten knapp drei Viertel, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt ausgeübt zu haben.

Vernachlässigung wurden am häufigsten angegeben (je 54 Prozent). 30 Prozent nannten psychosoziale Vernachlässigung sowie 24 Prozent physische Misshandlung. 71 Prozent der Befragten gaben an, im selben Zeitraum entsprechendes Verhalten bei Kolleginnen und Kollegen beobachtet zu haben. Nach Einschätzung der Interviewten finden die meisten Gewaltvorkommnisse gegen pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen im Verborgenen statt und werden im Kollegium oder Vorgesetztenkreis oft nicht bekannt.

Laut Qualitätsbericht des Medizinischen Diensts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS, 2024) wurden im Jahr 2021 in Pflegeeinrichtungen in Deutschland bei 5,7 Prozent der rund 58.000 erfassten pflegebedürftigen Menschen, in der überwiegenden Mehrheit mit Einwilligung oder richterlicher Genehmigung, FEM angewendet. Im Vergleich zu Zahlen aus dem Jahr 2016 wurde dabei ein leichter Rückgang von FEM festgestellt.

Einen weiteren Einblick in die Gewaltkonstellationen der stationären Langzeitpflege liefert eine bundesweite Befragung (2021/2022) von 1.002 Leitungspersonen in Pflegeheimen zu Gewalt in der stationären Pflege (Eggert & Teubner, 2023). Hier berichten 68,9 Prozent von mindestens einem ihnen bekannt gewordenen Vorfall von Gewalt in ihrer Einrichtung innerhalb der letzten 12 Monate. Konkret nennen 62,9 Prozent Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, 19,5 Prozent durch Angehörige/Gäste, 18,6 Prozent durch Beschäftigte und 4,8 Prozent durch andere Dritte (Abb. 1).

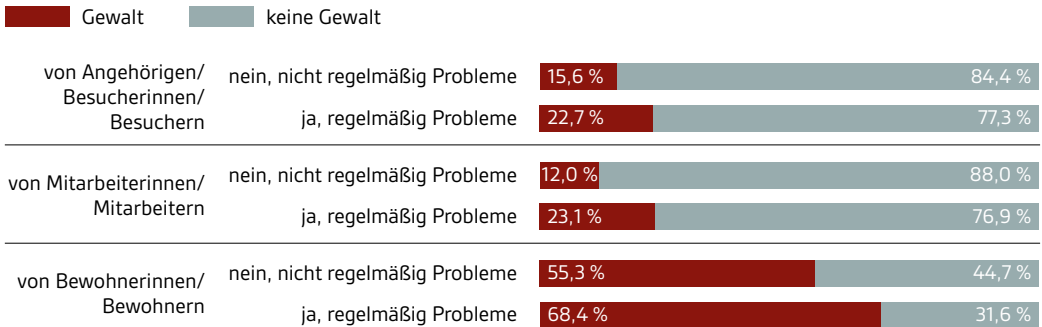
**Abbildung 1** · Erinnerung an mindestens einen Vorfall von Gewalt in der Einrichtung gegen Bewohnerinnen oder Bewohner innerhalb der letzten 12 Monate, unterteilt nach Gewaltkonstellation (n = 1.002)



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 12 Monate erinnerte und ob sie zugleich berichtete, dass regelmäßig Probleme bestünden, Personal zu finden, das den Ansprüchen der Einrichtung genügt, so zeigen sich deutliche Unterschiede. In Einrichtungen, in denen die Leitungskräfte regelmäßige Probleme sehen, den Ansprüchen der Einrichtung genügende examinierte Pflegefachpersonen zu finden, wird häufiger von Gewalt berichtet (Abb. 2). Der Zusammenhang ist statistisch für alle Gewaltkonstellationen signifikant und am stärksten ausgeprägt für Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Hier berichten 23,1 Prozent der Befragten mit regelmäßigen Problemen, geeignete examinierte Pflegefachkräfte zu finden, von Gewalt gegenüber 12,0 Prozent der Befragten ohne diese Probleme. Für Pflegehilfskräfte ist die Differenz lediglich für die Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern statistisch signifikant (72,7 Prozent ggü. 57,0 Prozent).

In Einrichtungen, in denen die Leitungskräfte Probleme sehen, den Ansprüchen der Einrichtung genügendes Personal zu finden, wird häufiger von Gewalt berichtet.

**Abbildung 2** · Regelmäßige Probleme bei der Suche nach Pflegefachpersonen, die den Ansprüchen der Einrichtung genügen, und Auftreten von Gewalt nach Gewaltkonstellation (n = 1.000)



Hinweis zu Abbildung 2: Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern: n = 999,  $\chi^2(1) = 17,77$ ,  $p < 0,001$ ,  $\psi = 0,13$  [kleiner bis mittlerer Effekt]; Gewalt von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern: n = 1.000,  $\chi^2(1) = 19,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\psi = 0,14$  [kleiner bis mittlerer Effekt]; Gewalt von Angehörigen/Besucherinnen/Besuchern: n = 987,  $\chi^2(1) = 7,56$ ,  $p = 0,006$ ,  $\psi = 0,09$  [kein hinreichender Effekt]

Über ein Drittel – 37 Prozent – der in dieser Studie befragten Führungskräfte von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen gab an, dass aggressives oder gewalttätiges Verhalten gegen Bewohnerinnen und Bewohner ihre Einrichtung vor merkliche Herausforderungen stelle (Eggert & Teubner, 2023).

## Gewalt gegen Pflegende in der stationären Langzeitpflege

Auch Pflegefachpersonen, Pflegeassistentenkräfte, Auszubildende oder Betreuungskräfte werden im Arbeitsalltag Opfer von Aggressionen und Gewalt (Vaupel et al., 2021; Sexualisierte Gewalt in Pflegeeinrichtungen aus Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), aber auch Zeuginnen bzw. Zeugen verschiedener Gewalthandlungen und -konstellationen (Blättner & Grewe, 2017; Görgen et al., 2020). In einer 2017/2018 durchgeführten Studie in Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen, in der über 1.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt wurden, ob sie in den letzten 4 Wochen Gewalt vonseiten der Bewohnerinnen und Bewohnern erfahren hatten, bestätigten dies 69 Prozent (Görgen et al., 2020). Sie berichteten vor allem von verbalen Angriffen (63 Prozent). Aber auch körperliche Gewalt (38 Prozent) und sexuell übergriffiges Verhalten (14 Prozent) kamen vor. Die Studie gibt auch Hinweise darauf, dass Personen, die Menschen mit kognitiven Einschränkungen pflegen oder betreuen, ein erhöhtes Risiko haben, Gewalt zu erfahren.

In einer weiteren 2018 durchgeführten Befragung unter knapp 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehrerer Pflegeeinrichtungen in Deutschland berichteten 89 Prozent, innerhalb der letzten 3 Monate Gewalt erfahren zu haben (Köpke et al., 2021). Psychische Gewalt wurde mit über 80 Prozent am häufigsten genannt. Körperliche Gewalt erlebten ca. 60 Prozent. Gewalt gegen Pflegepersonal hat erhebliches persönliches Belastungspotenzial und weist unter anderem auch einen negativen Zusammenhang mit dem Arbeitsklima in Pflegeorganisationen auf (Schempp et al., 2012), kann also das Arbeitsklima negativ beeinflussen.

Vermutlich haben Personen in Pflegeheimen, die Menschen mit kognitiven Einschränkungen betreuen, ein erhöhtes Risiko, Gewalt zu erfahren.

Auch das Projekt SeGEL vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol), in dem der Bereich der sex. Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland untersucht wurde, liefert einen Einblick anhand qualitativer Daten, inwieweit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen wie Pflegeheimen von entsprechender Gewalt betroffen sind (↗ Sexualisierte Gewalt in Pflegeeinrichtungen aus Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter).

## Gewalt und Demenz in der stationären Langzeitpflege

Eine Gruppe, in der sich verschiedene Aspekte von Gewalt in der Pflege verdichten, sind Personen mit deutlichen kognitiven Einbußen – insbesondere mit Demenzen. Menschen mit Demenz haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt wie Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden (Dong, 2015; Pillemer et al., 2016). Das hängt auch damit zusammen, dass ihre Pflege – durch die Erkrankungssymptome bedingt – besonders anstrengend und erschöpfend sein kann. Beispielsweise kann eine demenzielle Erkrankung mit starker Unruhe, Aggressivität oder Enthemmung einhergehen. Die Pflegesituation sowie eigene Gesundheitsprobleme sind unter anderem Risikofaktoren dafür, dass Pflegenden gewaltsam gegen Menschen mit Demenz handeln (Hirt et al., 2022).

Bei Gewaltvorfällen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern sind Menschen mit Demenz zudem sowohl aufseiten der Gewaltausübenden als auch der von Gewalt Betroffenen offenbar besonders häufig vertreten (Görgen et al., 2020). Gerade auch Gewalt gegen Menschen mit Demenz geschieht oft unbemerkt, kann verkannt oder relativiert werden. Zudem sind sie darin eingeschränkt, von Vorfällen zu berichten oder Hilfe zu suchen (Cooney et al., 2006; Matsuda, 2007; Fang & Yan, 2018). Dies kann nicht zuletzt Reviktimisierung begünstigen.

Gewalt gegen Menschen mit Demenz geschieht oft unbemerkt, kann verkannt oder relativiert werden.

Auch wegen dieser eklatanten Berichts- und Wahrnehmungslücke bei Gewalt gegen Menschen mit Demenz bleiben Einschätzungen zu Häufigkeiten und den genauen Zusammenhängen des Phänomens ungenau. Dazu tragen weitere methodische Herausforderungen sowie Einschränkungen in Bezug auf die Güte entsprechender Studien bei, weshalb entsprechende Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden müssen (Fang & Yan, 2018).

Wie für das Phänomen von pflegeassoziierten Gewaltvorkommnissen generell, so gilt auch hier im Kontext Demenz nicht minder: Angehörige sowie fachliche Akteurinnen und Akteure aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich können ebenfalls erheblich davon belastet sein, wenn sie Aggressionen oder Gewaltverhalten von oder gegenüber Menschen mit Demenz wahrnehmen oder ihnen selbst herausforderndes Verhalten bzw. Gewalt von diesen widerfährt. Zumal eine rationale Einsicht aufseiten der erkrankten pflegebedürftigen Person in ihre eigenen Verhaltensweisen oder eine bewusste Veränderung ihrer Verhaltensweisen im Allgemeinen in diesem Zusammenhang nicht vorausgesetzt werden kann.



## Prävention von Gewalt in der stationären Langzeitpflege

In einer Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen (Marshall et al., 2020) konnten keine spezifischen evidenzbasierten Interventionen identifiziert werden. Allerdings gibt es vereinzelte Hinweise auf die Wirksamkeit von Schulungen des Pflegepersonals, wobei der Fokus meist auf Schulungen zum Erkennen und Berichten von Gewaltvorkommnissen liegt (Castle et al., 2015). Für die Prävention verschiedener Gewaltformen zeigte eine andere 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 bleibt, ob sich dadurch auch Gewaltvorkommnisse reduzieren (Baker et al., 2016). Eine weitere Studie untersuchte Interventionen zur Prävention von Gewalt gegen Pflegepersonal (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 wurde zudem auf eine positive Unterstützung der am Pflegeprozess beteiligten Personen sowie des Leitungspersonals verwiesen (Somani et al., 2021). Arbeits- und Schulungsmaterial zur Prävention von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen wird bspw. vom ZQP (ZQP, 2020) kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Ein noch kaum erforschter Präventionsansatz zur Gewaltreduktion in stationären Pflegesettings ist die Etablierung von einrichtungsbezogenen und partizipativ erarbeiteten Gewaltschutzkonzepten. Dabei steht der Einfluss der Organisation und ihrer Mitglieder auf die Entstehung von und den Umgang mit Gewalt bzw. Gewaltrisiken im Vordergrund. Gewaltschutzkonzepte haben ihren Ursprung in der Kinder- und Jugendhilfe. In der Folge wurde erkannt, dass sich diese auch für andere Umfelder eignen, in denen Gewaltprävention bei besonders verletzlichen Personengruppen von großer Relevanz ist, wie z. B. in Einrichtungen für Menschen mit erheblichem Betreuungs- oder Pflegebedarf.<sup>2</sup> Die Etablierung umfassender Gewaltschutzkonzepte in der stationären Langzeitpflege ist in Deutschland bisher jedoch noch nicht verbreitet. Allerdings wurde der Interventionsansatz im Projekt PEKo in mehreren Pflegeheimen praktisch erprobt und wissenschaftlich untersucht (↗ Präventionsprojekt PEKo). Das ZQP erarbeitet vor diesem Hintergrund gemeinsam mit dem Institut für Pflegewissenschaften an der Universität zu Köln ein Musterrahmenkonzept zur Gewaltprävention für Pflegeheime (↗ Die Rolle Pflegenden in der Prävention von Gewalt).

Es gibt vereinzelt Hinweise auf die Wirksamkeit von Schulungen des Pflegepersonals in Bezug auf das Erkennen und Berichten von Gewaltvorfällen.

Gewaltschutzkonzepte sind ein in stationären Pflegesettings bisher kaum erforschter Präventionsansatz.

<sup>2</sup> Siehe dazu auch: [www.zqp.de/thema/gewaltschutzkonzepte-pflege/](http://www.zqp.de/thema/gewaltschutzkonzepte-pflege/)

## Literatur

Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11–12), 5709–5729. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>

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*, (8), CD010321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>

Blättner, B., & Grewe, H. A. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017* (S. 195–203). Stuttgart: Schattauer. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido\\_pr2017\\_kap16.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2017_kap16.pdf)

Caspi, E. (2024). Residents' Fear of Retaliation in America's Nursing Homes: An Exploratory Study. *Journal of Applied Gerontology*, 43(5) 497–514.

Castle, N., Ferguson-Rome, J. C., & Teresi, J. A. (2015). Elder abuse in residential long-term care: an update to the 2003 National Research Council report. *Journal of Applied Gerontology*, 34(4), 407–443. <https://doi.org/10.1177/0733464813492583>

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(4), 2357. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042357>

Cooney, C., Howard, R., & Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(6), 564–571. <https://doi.org/10.1002/gps.1525>. PMID: 16783768.

Dong, X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63 (6), 1214–1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>

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*, 23(4), 222–228.

Eggert, S., Schnapp, P., & Sulmann, D. (2017). Gewalt in der stationären Langzeitpflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Gewalt-StationaerePflege.pdf>

Eggert, S., & Suhr, R. (2022). Gewaltprävention ist ein bedeutsames Thema. *Magazin ZQP diskurs*, 4–9. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Stiftungsmagazin\\_2022.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Stiftungsmagazin_2022.pdf)

Eggert, S., & Teubner, C. (2023). Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/woocommerce\\_uploads/ZQP\\_Analyse\\_Gewalt\\_BewohnerStationaer.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_BewohnerStationaer.pdf)

Fang, B., & Yan, E. (2018). Abuse of Older Persons With Dementia: A Review of the Literature, *Trauma, Violence & Abuse*, 19(2) 127–147. <https://doi.org/10.1177/1524838016650185>

Gil, A. P., & Capelas, M. L. (2022). Elder abuse and neglect in nursing homes as a reciprocal process: the view from the perspective of care workers. *The Journal of Adult Protection*, 24(1), 22–42.

Görgen, T. (2009a). Blicke über den Zaun: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In T. Görgen (Hrsg.), „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? – Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen: Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen (S. 480–491). Frankfurt, M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Görgen, T. (2009b). Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege. In T. Görgen (Hrsg.), „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? – Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen; Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen (S. 492–509). Frankfurt, M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Görgen, T. (2016). Gewaltprävention in Bezug auf (pflegebedürftige) ältere Menschen: Rückblick auf ein Vierteljahrhundert. In S. Voß, & E. Marks (Hrsg.), 25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven: Dokumentation des Symposiums an der Alice Solomon Hochschule in Berlin am 18. und 19. Februar in zwei Bänden (Band 1, S. 500–515). Berlin, Pro Business.

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

Görgen, 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. Projektbericht. Münster: Deutsche Hochschule der Polizei. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_DHPol\\_Pr%C3%A4vention\\_Gewalt\\_zwischen\\_Heimbewohnern.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DHPol_Pr%C3%A4vention_Gewalt_zwischen_Heimbewohnern.pdf)

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., Adlbrecht, L., Heinrich, S., & Zeller, A. (2022). Staff-to-resident abuse in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 22, 563. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03243-9>

Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders, *Age and Ageing*, 42, 292–298. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs195>

Köpke, S., Balzer, K., Blättner, B., & Meyer, G. (2021). Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege. Abschlussbericht – Kurzversion. Köln: Universität zu Köln. <https://peko-gegen-gewalt.de/berichte-und-veroeffentlichungen>

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

Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947–1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404688>

Mahler, C. (2018). Pflegerechtliche Entwicklung aus menschenrechtlicher Perspektive. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). *Rechte pflegebedürftiger Menschen* (S. 13–17). Berlin.

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 & Neglect*, 32(5), 409–433. <https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1819926>

Matsuda, O. (2007). An assessment of the attitudes of potential caregivers toward the abuse of elderly persons with and without dementia. *Int Psychogeriatr*, 19(5), 892–901. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004789>

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). (Hrsg.). (2024). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 7. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114A ABS. 6 SGB XI*. Essen: MDS.

Midgley, E. (2017). Elder abuse. *InnovAiT*, 10(2), 105–111. <https://doi.org/10.1177/1755738016647415>

Moser, F., Schütz, L. H., Teubner, C., Lahmann, N., Kuhlmeier, A., & Suhr, R. (2022). Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger: Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 223–230. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>

Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Post, L. (2009). The Effect of Care Setting on Elder Abuse: Results from a Michigan Survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 239–252. <https://doi.org/10.1080/08946560902997553>

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl2), S194–S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>

Pillemer, K., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D., Meador, R., Schultz, L., Lachs, M. S., Nolte, J., Chen, E. K., & Teresi, J. A. (2022). Factors associated with resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.*, 70, 1208–1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.17622>

Rogers, M. M., Storey, J. E., & Galloway, S. (2023). Elder Mistreatment and Dementia: A Comparison of People with and without Dementia across the Prevalence of Abuse, *Journal of Applied Gerontology*, 42(5) 909–918. <https://doi.org/10.1177/07334648221145844>

Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A., & Weyerer, S. (2013). Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische Praxis*, 40(04), 200–206. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343141>

Schempp, N., Brucker, U., & Kimmel, A. (2012). Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). [http://www.milcea.eu/pdf/120712\\_final\\_report\\_milcea.pdf](http://www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf)

Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Iborra Marmolejo, I., Lowenstein, A., Manthorpe, G., & Ulvestad Kärki, F. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Kopenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107293/9789289002370-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Skarbak-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/zfs0z-2012-0103>

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>

Statistisches Bundesamt (2022). Pflegestatistik 2021: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Teubner, C., & Suhr, R. (2020). Potenziale zur Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige. In R. Suhr, & A. Kuhlmeier (Hrsg.), *Gewalt und Alter* (S. 94–102), Berlin/Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110650341-003>

Vandeweerd, C., Paveza, G. J., Walsh, M., & Corvin, J. (2013). Physical mistreatment in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Research*, 2017, ID 920324. <https://doi.org/10.1155/2013/920324>

Vaupel, C., Vincent-Höper, S., Helms, L., Adler, M., & Schablon, A. (2021). Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen. Ergebnisbericht für die Pflegebranche – Bereiche stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). <https://www.bgw-online.de/resource/blob/22160/5d35353fe4c9037e6ae64a010e796808/bericht-gewalt-pflege-data.pdf>

WHO – Health World Organization (Hrsg.) (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2022). *Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*. Geneva: World Health Organization.

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The 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)

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>

Zeh, A., Schablon, A., Wohler, 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). *Das 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/>

# Sexuelle/sexualisierte Gewalt in Langzeitpflegeeinrichtungen

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

Sexuelle oder sexualisierte Gewalt (im Folgenden: sex. Gewalt) in der stationären Langzeitpflege ist ein relevantes und besonders tabuisiertes Thema. Sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen als auch pflegebedürftige Menschen sind stark von diesem Phänomen betroffen. Eine den tatsächlichen Werten nahekommende Quantifizierung des Problems ist gerade in Bezug auf Bewohnerinnen und Bewohner aus verschiedenen Gründen schwierig – entsprechend wird hier ein großes Dunkelfeld angenommen.

In der Forschung zu sex. Gewalt wird das breite Tatspektrum grob in die zwei Kategorien Hands-on-Delikte und Hands-off-Delikte unterschieden und reicht von zum Beispiel ungewünschter körperlicher Berührung bis zur Vergewaltigung.

Als mögliche Tätergruppen von sex. Gewalt innerhalb von Einrichtungen gelten Bewohnerinnen/Bewohner, deren (Ehe-)Partnerinnen/(Ehe-)Partner, Verwandte und Bekannte. Aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Personen, die nicht aus dem persönlichen Umfeld der Bewohnerinnen/Bewohner stammen, werden immer wieder zu Täterinnen/Tätern.

Als wesentliche Risikofaktoren für pflegebedürftige Personen in der stationären Pflege, Opfer sex. Gewalt zu werden, gelten weibliches Geschlecht, kognitive Einschränkungen, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit oder soziale Isolation. Die Folgen sex. Gewalt sind für die Betroffenen weitreichend und vielschichtig; darunter fallen sowohl körperliche als auch psychische Folgen.

Zur Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention sex. Gewalt in der stationären Pflege liegen bislang keine belastbaren Ergebnisse vor; allerdings wurden edukative Maßnahmen insgesamt positiv bewertet. Das Zentrum für Qualität in der Pflege stellt kostenfreies Schulungsmaterial zur Prävention sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen/Bewohner in der stationären Langzeitpflege zur Verfügung.

## Hintergrund

Sex. Gewalt gegen ältere Menschen gilt als eine besonders stark tabuisierte Form der Gewalt. Entsprechende Gewalthandlungen werden selten erkannt, gemeldet und als Phänomen wissenschaftlich untersucht (Rosen et al., 2010). Eine hohe Anzahl an nicht entdeckten Vorkommnissen, also ein großes Dunkelfeld, insbesondere im Bereich der Pflege, steht zu vermuten.

In der Literatur besteht keine allgemeingültige Begriffsbestimmung für sex. Gewalt im Pflegekontext. Das National Center on Elder Abuse (NCEA) in den USA definiert entsprechende Gewalt gegen die Personengruppe älterer Menschen insbesondere als nicht einvernehmliche sexuelle Kontakte aller Arten und nennt als Beispiele dafür unter anderem von diesen nicht gewollte Berührungen, Fotos im entkleideten Zustand oder auch den Zwang zu sexuellen Handlungen. Sie schließt auch sexuelle Kontakte mit nicht einwilligungsfähigen Personen ein (National Center on Elder Abuse (NCEA)). Viele Studien beziehen sich auf diese Definition (vgl. Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018). Daneben gibt es weitere begriffliche Fassungsversuche, die bspw. zwischen beabsichtigten oder unbeabsichtigten Grenzverletzungen und sexuellen Übergriffen 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 (Eggert et al., 2023).

Sex. Gewalt gilt als stark tabuisiert und es wird entsprechend ein großes Dunkelfeld vermutet.

## Forschungsstand

### Formen und Konstellationen sex. Gewalt

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur zu sex. Gewalt gegen pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen – aber auch gegen Pflegende – spielt die Deliktperspektive eine wichtige Rolle. Entsprechende Gewaltformen in der stationären Langzeitpflege umfassen ein weites Spektrum an Handlungen und können grundsätzlich in Hands-on-Delikte (mit direktem körperlichen Kontakt zwischen Täterin bzw. Täter und Opfer) und Hands-off-Delikte (ohne direkten körperlichen Kontakt zwischen Opfer und

Gewaltformen von sex. Gewalt können in Delikte mit direktem oder ohne direkten körperlichen Kontakt unterschieden werden.



Täterin bzw. Täter) unterschieden werden (Abner et al., 2019). Tabelle 1 gibt einen Überblick über verschiedene Formen von Hands-on- und Hands-off-Delikten.

**Tabelle 1** - Übersicht zu in der Forschung identifizierten Deliktformen sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von (Pflege-)Einrichtungen

Hands-on-Delikte
unangemessene Berührungen (Umarmungen, Grapschen, physischer Kontakt zu Genitalien, Gesäß oder Brüsten)
versuchte Stimulation von Genitalorganen
ungefragtes Zurechtzupfen der Kleidung anderer Personen
(sexualisiertes) Küssen
(versuchte) vaginale oder anale Vergewaltigung
oral-genitaler Kontakt / oraler Genitalkontakt
Kontakt zwischen Penis und Vagina
erzwungene Prostitution des Opfers / sexuelle Ausbeutung
sadistische sexuelle Handlungen
sexuelle Aggression / aggressive sexuelle Interaktion
Sodomie
(versuchen,) sich in das Bett des Opfers (zu) legen
Entblößung durch andere / erzwungene Nacktheit
sexueller Kontakt zu Personen, die nicht konsensfähig sind
Hands-off-Delikte
sexuelle Bemerkungen, Kommentare, Witze
verbaler sexueller Missbrauch
unerwünschte Gespräche über Themen sexueller Art
unangemessenes sexuelles Interesse am Körper des Opfers, dazu zählen Anstarren und/oder Kommentieren intimer Körperstellen des Opfers
unerwünschte sexuelle Aufmerksamkeit
Verführungsversuche sexueller Art
öffentliches Masturbieren
unerwünschtes Zeigen von Pornografie
voyeuristische Aktivitäten
obszöne Gesten
sexualisierte Fotografie

In Bezug auf die möglichen Konstellationen von sex. Gewalt wird die Gruppe der als Täterinnen oder Täter wahrgenommenen Personen (bei sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner) in fünf Kategorien differenziert (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007):

1. fremde Menschen oder Bekannte der Bewohnerinnen/Bewohner
2. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter
3. Verwandte
4. (Ehe-)Partnerinnen oder (Ehe-)Partner der Bewohnerinnen/Bewohner
5. andere Pflegeheimbewohnerinnen oder Pflegeheimbewohner

Innerhalb dieser verschiedenen Gruppenkonstellationen sind die spezifischen Bedingungen im Bereich der pflegerischen Versorgung und des institutionalisierten Wohnens bei der Betrachtung von Gewaltvorfällen und insbesondere sex. Gewalt zu beachten. Das kann dazu führen, dass Begriffe wie Delikt, Täter oder Täterin in einigen Fällen als unpassend empfunden werden. Etwa weil Gewalthandlungen durch und zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern nicht selten erheblich erkrankungsassoziiert sind und mit stark verminderter Steuerungsfähigkeit der Gewaltausübenden zusammenhängen. Ein anderer Aspekt ist zum Beispiel, dass aufgrund der besonderen Körpernähe pflegerischer Handlungen und der Angewiesenheit pflegebedürftiger Menschen auf Unterstützung bei sehr intimen Vorgängen, Pflegemaßnahmen – bzw. die Art und Weise ihrer Durchführung – besonders mit dem Risiko verbunden sein können, von Bewohnerinnen und Bewohnern als gewaltsame Handlung wahrgenommen zu werden. Entsprechende Ereignisse können auch durch Zielkonflikte und falsche, wenngleich wohlmeinende Entscheidungen im Pflegeprozess begünstigt sein. Ein Beispiel könnte hier sein, dass eine Bewohnerin gegen ihren (bekannten) Willen im Intimbereich gewaschen wird und dies als sex. Gewalt erlebt.

Sex. Gewalt durch Bewohnerinnen oder Bewohner ist häufig mit einer stark verminderten Steuerungsfähigkeit assoziiert.

## Risiko- und Schutzfaktoren sex. Gewalt

In Studien zu sex. Gewalt wurden folgende Risiko- und Schutzfaktoren für die pflegebedürftigen Personen sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Langzeitpflege aufgeführt:

- Für **pflegebedürftige Personen als Opfer** (Burgess et al., 2005; Fileborn, 2017; Malmedal et al., 2015; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Speck et al., 2013):
  - 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** (Nielsen et al., 2017; Smith et al., 2018; de Medeiros et al., 2008; Malmedal et al., 2015; Rosen et al., 2010; Teaster et al., 2015):
  - Risikofaktoren: männliches Geschlecht; bestimmte 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** (Abner et al., 2019; Stutte et al., 2017):
  - Risikofaktoren: weibliches Geschlecht; Einsatz in der körpernahen Pflege
  - Schutzfaktoren: Schulungen zum Erkennen von und Eingreifen bei sex. Gewalt; Ansprechen von Gewalterfahrungen bei Kolleginnen und Kollegen bzw. dem Leitungspersonal
  
- Für **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Täterinnen bzw. Täter** (Malmedal et al., 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007; Smith et al., 2018; Teaster et al., 2015):
  - Risikofaktoren: männliches Geschlecht; bestehende Vorstrafe; Substanzmittelmissbrauch; unbehandelte psychische Erkrankungen
  - Schutzfaktoren: keine umfassenden Erkenntnisse

Betrachtet man die „Tätergruppe“ der Angehörigen, so wurden die erfassten 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).

Neben den persönlichen Faktoren werden in den Studien zu sex. Gewalt auch Kontextfaktoren für entsprechende Ereignisse identifiziert, die das Risiko für Viktimisierung bzw. Reviktimisierung sowie Täterschaft erhöhen können:

- Zeitpunkt: 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).
- Ort: In den Studien werden häufig Zimmer oder Bett des Opfers als Tatbereich genannt (Burgess et al., 2005) bzw. es war tatbegünstigend, wenn allgemein der Zugang zu schutzbedürftigen Personen leicht möglich war (Fileborn, 2017).
- Bekanntwerden: Werden Fälle sex. Gewalt nicht erkannt bzw. bekannt, kann dies das Risiko der Reviktimisierung erhöhen. 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., 2005; Teaster et al., 2015). Kommunikationsschwierigkeiten mit kognitiv eingeschränkten Opfern sex. Gewalt im Rahmen von Untersuchungen können ebenfalls das Bekanntwerden behindern (Burgess et al., 2000).
- Setting: Im weiteren Sinne kann auch das spezielle Setting der stationären Langzeitpflege, im Vergleich zur Akutpflege, als ein Kontextfaktor betrachtet werden, der sex. Gewalt gegen Pflegepersonal begünstigt (Nielsen et al., 2017). Erschwerend für den angemessenen Umgang mit sex. Gewalt kommt dabei hinzu, dass Leitungspersonen, abweichend von der Einschätzung der übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, diese häufiger als Einzelfallphänomen ansehen.

Die meisten in den Studien berichteten Fälle mit pflegebedürftigen Personen als Opfer ereigneten sich abends, nachts oder früh am Morgen.

Als protektiver Kontextfaktor gegen eine Opferwerdung von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern wurden hingegen ein autonomer Arbeitsstil, eine zureichende Ressourcenausstattung und eine starke Unterstützung am Arbeitsplatz berichtet (Stutte et al., 2017).

## Folgen sex. Gewalt

Sex. Gewalt kann sehr weitreichende Folgen auf unterschiedlichen Ebenen haben, die Opfer und Täterin bzw. Täter betreffen. In der Literatur wird meist zwischen körperlicher, psychischer und sozialer 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; Fileborn, 2017; Malmedal et al., 2015; Rosen et al., 2010; Smith et al., 2018; Speck et al., 2013; Teaster et al., 2015) oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Heidenreich & Kuhnke-Wagner, 2012; Malmedal et al., 2015; McDonald et al., 2015; Smith et al., 2018).

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 Zurückweisung von Pflege und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von erhöhter Unzufriedenheit und einem erhöhten Burn-out-Risiko berichtet.

Zu den möglichen psychischen Folgen sex. Gewalt zählen Stress, Depression oder die Verschlechterung kognitiver Funktionen.

## Häufigkeit sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege

Ältere pflegebedürftige Personen können aufgrund kognitiver Einschränkungen oder bedingt durch ihre Multimorbidität oft nicht direkt zu Gewalterfahrungen befragt werden. Und selbst wenn sie Auskunftsmöglichkeit haben, scheuen sie sich vermutlich, über Gewaltgeschehnisse zu sprechen, die von Personen ausgehen, von denen sie abhängig sind (Görge, 2009) – und die generell als besonders schambesetzt und tabuisiert angenommen werden müssen. Daher beruhen Erhebungen, die zur Quantifizierung des Phänomens beitragen sollen, meist auf Selbst- oder Zeugen-Berichten von professionell Pflegenden oder pflegenden Angehörigen. Dies ist als stark limitierend zu betrachten. Gerade bei Häufigkeitsangaben zu sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen ist daher mit erheblichen Unterschätzungen zu rechnen – wobei die Anzahl bekannt gewordener Vorfälle sex. Gewalt von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern gegen Bewohnerinnen/Bewohner deutlich niedriger liegt als für entsprechende Gewalt innerhalb der Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern (Conti et al., 2022; Dorn & Blättner, 2021).

Es ist von einer Unterschätzung bei der Häufigkeit von sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen auszugehen, da diese oft nicht direkt befragt werden können.

Auch wenn hier ebenfalls methodische Herausforderungen bestehen, sind in der Forschung wahrscheinlich Erhebungen dazu, wie häufig Pflegenden Opfer von sex. Gewalt werden, am belastbarsten. Denn hier können direkte Opferbefragungen mit relativ großen Teilnehmerzahlen durchgeführt werden (Vaupel et al., 2021). Generell gilt, dass sich bei

Untersuchungen zu sensiblen Themen wie Sexualität die Aussagen von Befragten oftmals an einer sozialen Erwünschtheit orientieren und Zahlen somit eingeschränkt belastbar sind (Krumpal, 2013).

Da also die Quantifizierungsansätze von Gewaltvorfällen und insbesondere auch von Vorfällen sex. Gewalt gegen pflegebedürftige Personen vermutlich weiter vom tatsächlichen Häufigkeitsbild entfernt liegen als bei professionell Pflegenden, erscheint ein Vergleich der Häufigkeitsannäherungen zwischen diesen beiden Kollektiven als wenig sinnvoll.

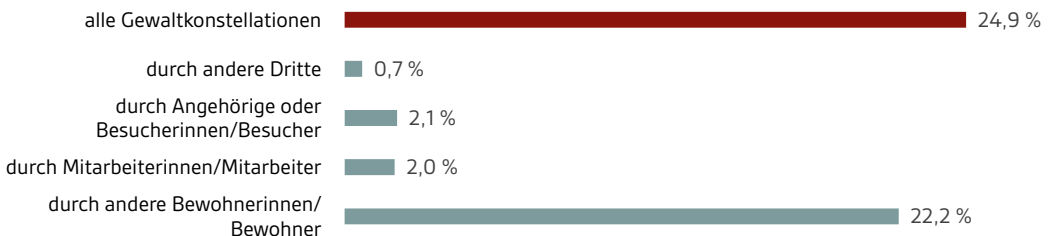
## Sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Die Angaben zur Häufigkeit sex. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen variieren in internationalen Studien. Wurde sex. Gewalt von Pflegepersonal gegen Bewohnerinnen/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 (Botngård et al., 2020; Yon et al., 2019). Wurde sex. Gewalt zwischen Zugehörigen zur Gruppe Bewohnerinnen/Bewohner betrachtet, berichteten 37,6 Prozent der hierzu befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass sie sich an mindestens eine solche Handlung zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern in einem Zeitraum von zwölf Monaten erinnerten (Dorn & Blättner, 2021).

In einer 2021/2022 durchgeführten repräsentativen Befragung von Führungskräften in Pflegeheimen in Deutschland wurden diese nach Erkenntnissen zu sex. Gewalt zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern, von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern gegen Bewohnerinnen/Bewohner, von Angehörigen/Besucherinnen/Besuchern gegen Bewohnerinnen/Bewohner sowie von anderen Dritten gegen Bewohnerinnen/Bewohner befragt. Abb. 1 zeigt, wie viele der Befragten angeben, sich innerhalb der letzten 12 Monate an mindestens einen entsprechenden Vorfall in den verschiedenen Konstellationen erinnern zu können – der ihnen berichtet worden war oder den sie persönlich bezeugen können. Am häufigsten wird hier gewaltsames Verhalten von Bewohnerinnen/Bewohnern gegenüber anderen zu dieser Personengruppe gehörenden genannt. Mit deutlichem Abstand folgen Gewalt gegenüber Bewohnerinnen/Bewohnern durch Einrichtungspersonal oder durch Angehörige/Besucherinnen/Besucher. Für alle vier Konstellationen sex. Gewalt gemeinsam betrachtet, berichten 24,9 Prozent der Führungskräfte von mindestens einem Vorfall innerhalb der letzten 12 Monate.

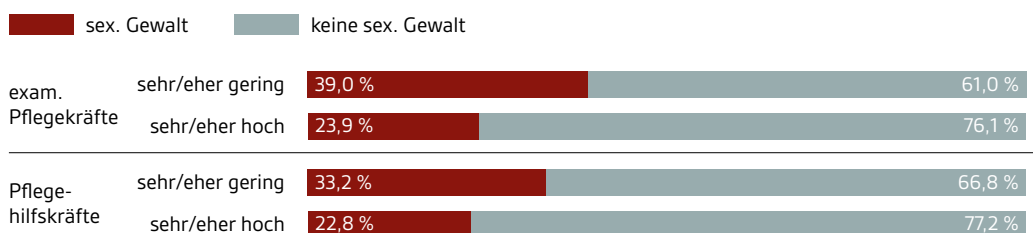
Ein Viertel der Führungskräfte in Pflegeheimen berichtet von mindestens einem Fall sex. Gewalt innerhalb der letzten 12 Monate.

**Abbildung 1** · Erinnerung an mindestens einen Vorfall von sex. Gewalt in der Einrichtung gegen Bewohnerinnen/Bewohner innerhalb der letzten 12 Monate, unterteilt nach Gewaltkonstellation (n = 1.002)



Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten von sex. Gewalt und der Einschätzung der Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“. Wird die Kompetenz der examinierten Pflegekräfte als „eher gering/sehr gering“ eingeschätzt, erinnert sich ein signifikant höherer Anteil (39,0 Prozent der Befragten) an mindestens einen Vorfall von sex. Gewalt. Für Pflegehilfskräfte zeichnen sich ähnliche, ebenfalls signifikante Unterschiede ab (vgl. Abb. 2).

**Abbildung 2** · Erinnerung an mindestens einen Vorfall von sex. Gewalt in der Einrichtung, differenziert nach Einschätzung der Kompetenz im Umgang mit dem Thema „Prävention sex. Gewalt“



Hinweis zu Abbildung 2: Kompetenz examinierter Pflegekräfte:  $n = 995$ ,  $\chi^2(1) = 9,0$ ,  $p = 0,001$ ,  $\psi = 0,10$ ; Kompetenz Pflegehilfskräfte:  $n = 993$ ,  $\chi^2(1) = 10,02$ ,  $p = 0,002$ ,  $\psi = 0,10$

## Sex. Gewalt gegen Beschäftigte

Wurde sex. Gewalt gegen Beschäftigte in Langzeitpflegeeinrichtungen durch Bewohnerinnen/Bewohner untersucht, führte dies ebenfalls zu unterschiedlichen Angaben. In einer Studie unter Beschäftigten in Altenpflegeheimen in Hessen und Nordrhein-Westfalen gaben 44,2 Prozent 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 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 davon abzuschwächen.

## Sex. Gewalt und demenzielle Erkrankungen

Die Ermittlung von sex. Gewalt gegenüber Bewohnerinnen/Bewohnern mit Demenz gestaltet sich zusätzlich erschwert durch Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit im Bericht entsprechenden Vorkommnisse sowie, bei fortgeschrittener Demenz, durch die eingeschränkte Wahrnehmung sex. Gewalt (Rosen et al., 2010). Der Zusammenhang von demenziellen Erkrankungen und sex. Gewalt wird in Studien häufig thematisiert (Alkhalil et al., 2004; de Medeiros et al., 2008; Speck et al., 2013; 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 von sex. Gewalt dort relevant sind (Bartelet et al., 2014; Malmedal et al., 2015). 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).

Die ausgeübten Formen sex. Gewalt reichen auch im Kontext Demenz von sexuellen Bemerkungen oder unangemessenen Umarmungen anderer Personen (Alkhalil et al., 2004; de Medeiros et al., 2008) bis hin zu schwersten Übergriffen (Speck et al., 2013).

Menschen mit Demenz können ein entsprechendes Risikoverhalten zeigen, bspw. in Form von sexueller Unangepasstheit und Hypersexualität, die sich unter anderem in intimitätssuchendem oder enthemmtem Verhalten ausdrücken (Alkhalil et al., 2004; Bartelet et al., 2014; de Medeiros et al., 2008; Sarangi et al., 2021). Die Ursachen hierfür sind nicht vollends geklärt, diskutiert werden diesbezüglich jedoch insbesondere organische sowie pharmakologische Einflüsse (Alkhalil et al., 2004). Es besteht bisher kein Konsens über die bevorzugt einzusetzenden Maßnahmen bei sexuell enthemmtem Verhalten von Menschen mit Demenz (Sarangi et al., 2021), jedoch wird allgemein nicht medikamentösen Interventionen der Vorrang gegenüber medikamentösen gegeben.

## Prävention sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege

Für das Handlungsfeld „Prävention sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege“ ist die internationale Studienlage bisher stark begrenzt. Es liegen insgesamt 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 von verschiedenen Einflussfaktoren (wie z. B. auf sozialer, physiologischer und psychologischer Ebene) bekannt ist und dass sex. Gewalt meist nur subjektiv und uneinheitlich erfasst wird.

Für die Prävention verschiedener Gewaltformen zeigte eine frühere Übersichtsarbeit, dass durch einige Interventionen (z. B. Schulungsmaßnahmen) vermutlich Sensibilisierung und Wissen der am Pflegeprozess beteiligten Personen erhöht werden können, es aber unklar ist, ob sich dadurch auch Gewaltvorkommnisse reduzieren (Alon et al., 2022; 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 bei den Präventionsmaßnahmen benannt (Somani et al., 2021).

Eine Reihe von Studien beschäftigt sich mit edukativen Maßnahmen wie Schulungen, Fortbildungen und Online-Kursen (Smith et al., 2021; Teresi et al., 2020) oder mit mitarbeiterinnen- und mitarbeiterbezogenen Maßnahmen wie etwa Berichterstattung gegenüber anderen Kolleginnen und Kollegen oder Supervisorinnen und Supervisoren sowie forensisch-medizinischen Untersuchungen durch dafür geschulte Pflegefachpersonen (Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012). Zu den verhaltensbezogenen Maßnahmen gehören

Demenzielle Erkrankungen sind in Bezug auf sex. Gewalt sowohl für die Opfer- als auch für die Täterwerdung relevant.

Zur Prävention sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege ist die internationale Studienlage bisher stark begrenzt.

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 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).

Zur Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege liegen bislang keine belastbaren Ergebnisse vor. 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). Im Rahmen von Evaluationen wurde deutlich, dass es in vielen Bereichen Verbesserungswünsche in Bezug auf Präventionsgrundlagen 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). Solche Teams sollen auf altersbezogene Erkrankungen spezialisiert sein und können unter anderem als Beratungsdienst für ältere Menschen in stationären Einrichtungen fungieren. Darüber hinaus wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen der Bedarf an rechtzeitigen Opferuntersuchungen nach einem Vorfall sex. Gewalt geäußert, um die Spuren eines Vorfalls zeitnah zu sichern und somit die Beweislage für eine mögliche Strafverfolgung zu stärken (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).

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat gemeinsam mit der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol) spezielle Schulungsmaterialien zur Prävention sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege erstellt (ZQP, 2023), ebenso Arbeitsmaterialien mit Fokus auf Gewalt zwischen Bewohnerinnen und/oder Bewohnern, wobei sex. Gewalt ebenfalls explizit thematisiert wird (ZQP, 2020).

Unter den Präventionsmaßnahmen werden insbesondere edukative Maßnahmen von Nutzerinnen und Nutzern positiv bewertet.



## 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>
- 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>
- Alon, S., Lang, B., & Band-Winterstein, T. (2022). Do training programs promote identification and treatment in cases of elder abuse in Long Term Care (LTC) facilities? *Educational Gerontology, 48*(8), 355–367. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2041535>
- 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>
- 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>
- Botngård, 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.
- 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. (2005). 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, 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>

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>

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(4), 2357. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042357>

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/sexuellermissbrauch/leitlinien-des-dcv-fuer-den-umgang-mit-sexualisierter-gewalt> [Aufgerufen am 16.09.2024]

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., 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.

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

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>

Görgen, T. (Hrsg.) (2009). „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? – Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen; Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Frankfurt, M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

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>

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>

- 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>
- 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>
- National Center on Elder Abuse (NCEA). Types of Abuse – Sexual Abuse. <https://ncea.acl.gov/elder-abuse#gsc.tab=0> [Aufgerufen am 16.09.2024]
- 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>
- 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. (2012). Sexual abuse happens in healthcare facilities – what can be done to prevent it? *Journal of American Society on Aging*, 36(3), 53–59.
- 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>
- 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>
- 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. 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>
- 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.0bo13e31827ef655>

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>

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>

Vaupel, C., Vincent-Höper, S., Helms, L., Adler, M., & Schablon, A. (2021). Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.

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>

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2020). Arbeitsmaterial: Gewaltprävention – Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Berlin. <https://www.zqp.de/angebot/gewalt-vorbeugen/> [Aufgerufen am 16.09.2024]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2023). Arbeitsmaterial: Gewaltprävention – Sexualisierte Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Berlin. <https://www.zqp.de/angebot/gewalt-vorbeugen/> [Aufgerufen am 16.09.2024]

# Hellfeldanalyse zu Sexualdelikten gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege

*Thomas Görgen, Chantal Höhn & Natalie Köpsel*

Im Rahmen des Projektes „Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL)“<sup>1</sup> wurden mittels einer Analyse staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten zu (Gewalt-)Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland unter anderem Erkenntnisse zur Tatphänomenologie, zu Tatverdächtigen<sup>2</sup>-Opfer-Konstellationen und zur Tatgenese entsprechender Vorfälle 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. Der hier abgedruckte Beitrag stellt eine leicht veränderte Fassung des entsprechenden Kapitels im Projektbericht dar.

## Methode

Sondierungen bei Polizei und Justiz zu Beginn des Projektes SeGEL zeigten, dass sich das Helffeld behördlich registrierter und bearbeiteter Fälle sexueller bzw. sexualisierter Gewalt (im Folgenden: sex. 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 rekurrend – 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 Projektes 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>3</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.

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“,

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

2 Im Rahmen der Helffeldanalyse 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.

3 Jüngere Fälle wurden ausgeschlossen, da hier zum Zeitpunkt der Durchführung der Aktenstudie 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).

„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 Sättigung eingetreten war.

Mittels dieser Vorgehensweise wurden 79 potenziell einschlägige Vorkommnisse identifiziert.<sup>4</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 sex. 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 Untersuchungsstichprobe justizielle Akten zu 47 Verfahren umfasst.

Es wurden Fälle sexuellen Missbrauchs durch Pflegepersonal, andere Bewohnerinnen und Bewohner sowie durch Fremde identifiziert.

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

- 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

<sup>4</sup> Bei der Projektplanung war ein Sample von 40 einschlägigen Verfahren und zugehörigen Akten angestrebt worden.

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 einfürend (soziodemografische) Opfer- und Tatverdächtigenmerkmale beschrieben. In den untersuchten Vorgängen waren insgesamt 90 Personen von sex. 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. Im Weiteren werden in diesem Beitrag die Erkenntnisse in Bezug auf die Fälle aus der Gruppe der geschädigten Bewohnerinnen und Bewohner dargestellt.<sup>5</sup>

### 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

Die Opfer waren durchschnittlich 72 Jahre alt und zu 92 Prozent weiblich.

5 Die drei hier nicht im Detail dargestellten Taten zum Nachteil von Mitarbeiterinnen richteten sich gegen eine weibliche Pflegekraft, eine Hauswirtschaftsangestellte und eine Praktikantin. Die Taten wurden drei männlichen Tatverdächtigen zugerechnet. Bei ihnen handelte es sich um einen in der Einrichtung tätigen Auszubildenden, einen noch relativ jungen Bewohner mit multiplen Erkrankungen (u. a. einer paranoiden Schizophrenie) sowie einen Angehörigen des Einrichtungsleiters, der aufgrund eines in jungen Jahren erlittenen Unfalls und damit einhergehender kognitiver Langzeitfolgen erwerbsunfähig und in seiner Verhaltenssteuerung eingeschränkt war. Die sexuellen Übergriffe ereigneten sich in Dienst- und Funktionsräumen der Einrichtungen. Die Opfer wurden von den Tatverdächtigen gegen ihren Willen in sexualisierter Weise berührt und in ihrer Freiheit eingeschränkt. Zwei der drei Tatverdächtigen wurden vom Gericht als schuldunfähig bzw. vermindert schuldfähig beurteilt, so dass eine (Geld-) Strafe lediglich gegen den Auszubildenden verhängt wurde.

6 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.



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 1 zeigt die Verteilung der Anzahl der Tatverdächtigen auf die jeweiligen Gruppen sowie die Anzahl der jeweils viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner.

**Tabelle 1** · Tatverdächtigen-Opfer-Konstellationen bei Viktimisierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern

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

7 Prädeltische Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung meint das Verhältnis, in dem Opfer und Tatverdächtige vor der Tat zueinander standen.

8 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).

## 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 stellt. 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 Peniskranz 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.

## 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, hatten zehn tatverdächtige Personen die Schule mit einem Volks- bzw. Hauptschulabschluss, fünf mit einem Realschulabschluss und jeweils zwei mit dem Abitur oder gänzlich ohne Abschluss beendet. 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.

In vielen Fällen waren für die tatverdächtigen Personen unterschiedliche kognitive, neurologische oder psychische Erkrankungen dokumentiert.

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 bestehlen, verletzen, 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

9 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.

10 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.

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 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 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>

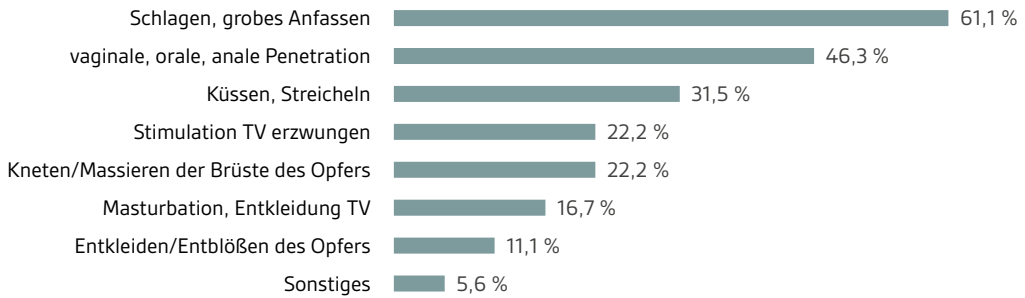
Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begangenen Übergriffe fanden in 81,1 Prozent der Fälle in den Zimmern der viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohner statt und dort fast ausschließlich in den Betten der Opfer. Ein bedeutsamer Teil der Taten wurde nachts zwischen 21 und 6 Uhr begangen (32,1 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 (in 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 1 zeigt eine detaillierte Aufschlüsselung der Tathandlungen.

Mehrfache Viktimisierungen waren keine Ausnahme. Für eine Person wurden 16 sexuelle Übergriffe durch den Tatverdächtigen ermittelt.

<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.

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>

**Abbildung 1** · Tathandlungen bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (in % der Geschädigten, 121 Handlungen gegenüber 49 Personen)



Für den überwiegenden Teil der Bewohnerinnen und Bewohner (60,0 Prozent) wurden in den Akten keine durch die sex. 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. Einrichtungssowie 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

Gründe für die selten nachweisbaren Tatfolgen bei den Opfern lagen u. a. darin, dass mehrere Taten erst mit zeitlichem Verzug aufgedeckt wurden.

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

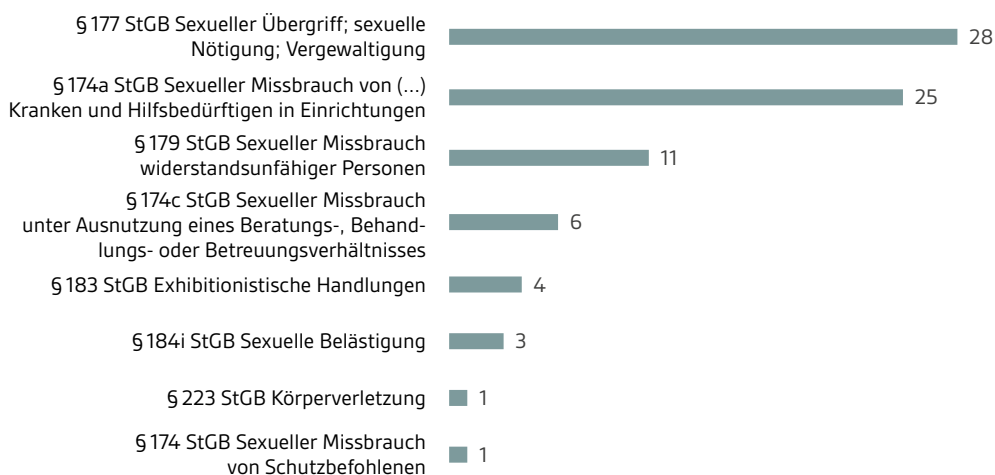
<sup>13</sup> Eine Anzeigerstattung ist auch gegenüber der Staatsanwaltschaft möglich, doch ist der Zugang über die Polizei nicht nur in diesem Deliktsfeld der üblichere.

oder durch die Opfer selbst Kenntnis von der Tat, wobei Letztgenanntes 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 2 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 2** · Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (79 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 49 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.

<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).

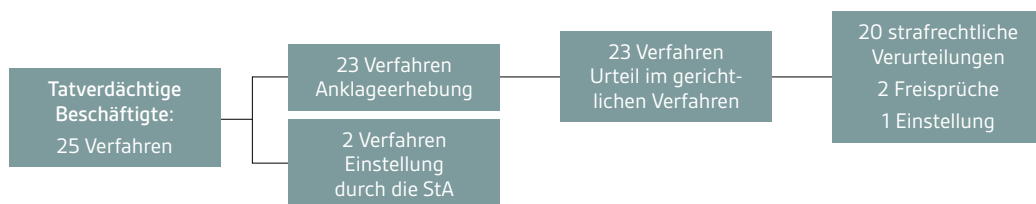
Zu den Beweggründen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, solch eine Tat zu begehen, wurden, wenn vorhanden, Informationen aus rechtspsychologischen/psychiatrischen Gutachten sowie polizeilichen und staatsanwaltschaftlichen Vernehmungen der Tatverdächtigen erhoben: Für sechs Tatverdächtige wurde die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

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

Im Folgenden sollen Verlauf und Ausgang der Verfahren dargestellt werden<sup>16</sup> (Abb. 3). In Bezug auf zwei der 25 tatverdächtigsten 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 3** · Verfahrensausgang bei Sexualdelikten von Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern



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

<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.

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 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.

24 Bewohnerinnen und Bewohner erfuhren dokumentierte sex. Gewalt durch Mitbewohner.

### Fallbeispiel:

Einer Nachtschwester eines Altenheims fiel anhand der 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 Inkontinenzhose 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. Einen Pflegegrad bzw. 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 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

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

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). Sämtliche Tatverdächtigen wiesen insofern komplexe Diagnosen auf, als 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.

In allen Fällen sex. Gewalt durch Mitbewohner lagen kognitive oder neurologische Erkrankungen und psychische Störungen seitens der Tatverdächtigen vor.

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.

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

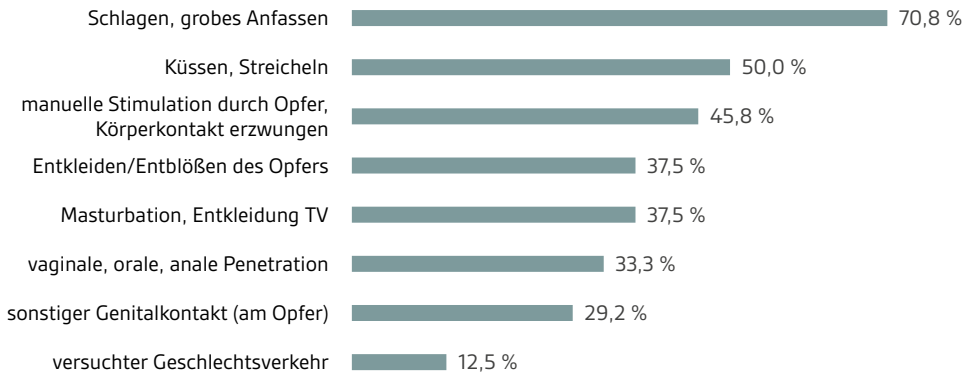
In elf Fällen wurde genau ein Opfer von einem Tatverdächtigen viktimisiert, in drei Fällen zwei, in einem Fall drei und in einem weiteren Fall wurden vier Personen Opfer der Übergriffe. Die sexuellen Missbrauchsvorfälle zwischen den in den Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern ereigneten 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

18 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.

19 Diese und folgende Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Vorkommnisse zwischen tatverdächtigen Heimbewohnern und viktimisierten Bewohnerinnen und Bewohnern (n = 28).

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. 4).

**Abbildung 4** · 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 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 Begutachtungen 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 tatverdächtigen Bewohner diagnostiziert. Für die restlichen sechs tatverdächtigen Bewohner konnte anhand der Akten kein eindeutiges Tatmotiv identifiziert werden.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Die in den Akten dokumentierten Beweggründe für sex. 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 sex. 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.

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.

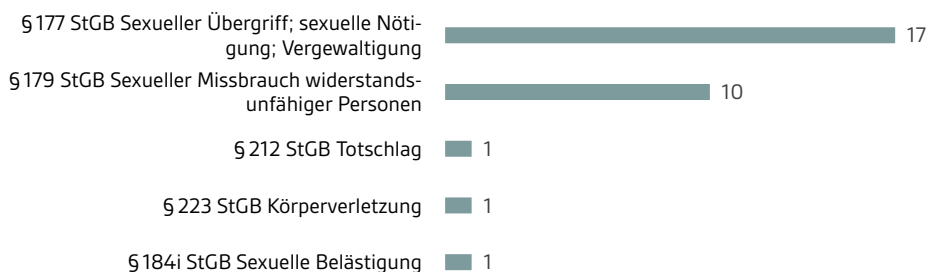
Die Strafverfolgungsbehörden erhielten die zur Ermittlung führenden Hinweise in erster Linie durch das Pflegepersonal (in 39,3 Prozent der Fälle) oder durch die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung (in 35,7 Prozent der Fälle). In drei Fällen (10,7 Prozent) erstatteten Kinder der Geschädigten Anzeige 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 sex. 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 Pflegendе.

Am häufigsten ermittelte die Polizei wegen sexueller Übergriffe und Vergewaltigung (§ 177 StGB), gefolgt von sexuellem Missbrauch widerstandsunfähiger Personen (§ 179 StGB, 2016 aufgehoben) (Abb. 5). Darüber hinaus wurde wegen Körperverletzungsdelikten (§ 223 StGB) sowie in dem oben beschriebenen Fall der infolge der Tat verstorbenen Bewohnerin wegen Totschlags (§ 212 StGB) ermittelt.

Sex. Gewalttaten durch Mitbewohner wurden in den ausgewerteten Akten weit überwiegend durch Dritte – meist Pflegendе – bezeugt oder aufgedeckt.

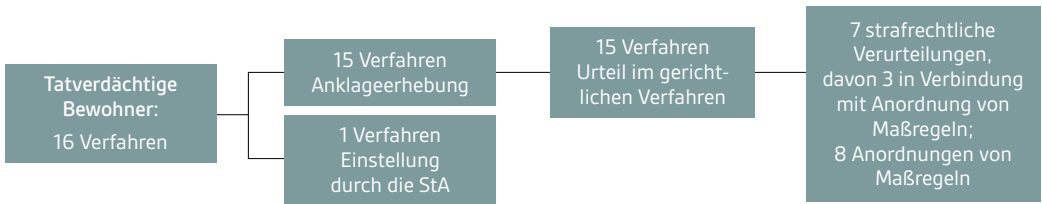
**Abbildung 5** · Art der Straftaten gemäß Strafanzeigen bei Sexualdelikten von Heimbewohnern gegenüber Mitbewohnerinnen und -bewohnern (30 Tatvorwürfe in Bezug auf Taten an 24 Geschädigten)



## Verfahrensverlauf und -ausgang bei Verfahren gegen tatverdächtige Bewohner

Abschließend werden Erkenntnisse zum Ausgang der Verfahren aufgeführt.

**Abbildung 6** · 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>

Die nicht eingestellten Verfahren gegen die 15 Bewohner, die sex. 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.

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

## Sex. Gewalt durch einrichtungsfremde Tatverdächtige gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern

Die Aktenauswertung zeigte, dass sex. 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 Tatumfeld 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 Angaben) 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 Tatverdächtigengruppen 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.

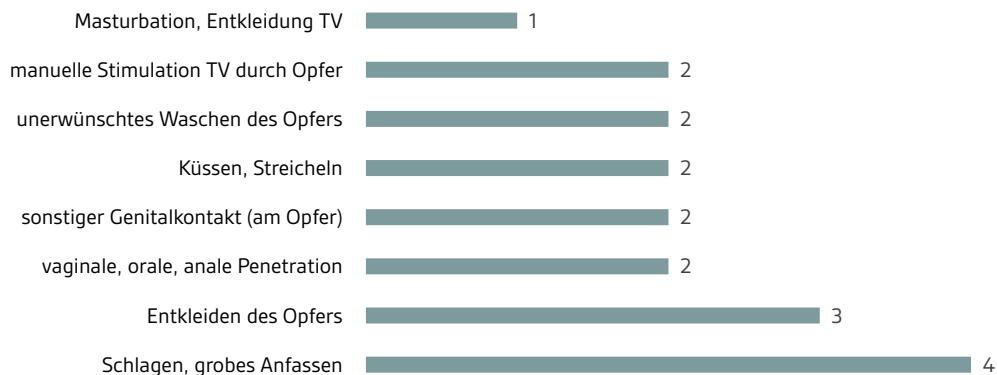
### Tatgeschehen bei Sexualdelikten von externen Personen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern

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. 7). Eine für diese Gruppe spezifische Tathandlung ist das von einem Tatverdächtigen im Zuge einer akuten Wahnepisode gezeigte Waschen zweier Geschädigter gegen ihren Willen.

Auch hier wurden viele der Geschädigten geschlagen bzw. grob angefasst.

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

**Abbildung 7 · Tathandlungen bei Sexualdelikten von einrichtungsfremden Tatverdächtigen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern** (horizontale Achse: Zahl der Geschädigten, 18 Tathandlungen an 14 Personen)



Sämtliche 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 geschlossen und den Eingangsbereich der Einrichtung nachts zugänglich machten) oder nachts durch offen stehende 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.

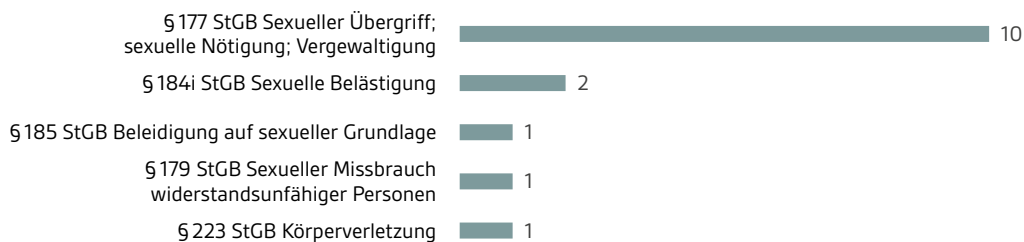
Zu den Tatzeitpunkten (nachts) waren die Einrichtungsbereiche der Geschädigten unbeobachtet.

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

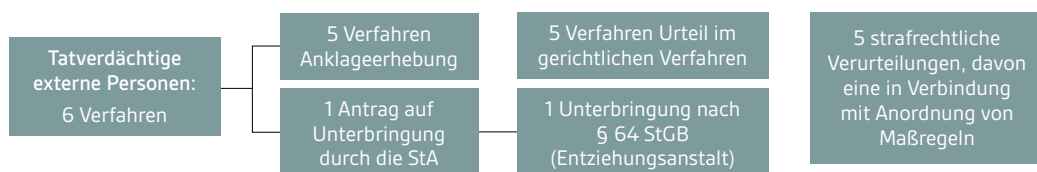


Hinsichtlich der Tatfolgen waren in neun Fällen in den Akten keine körperlichen Verletzungen bei den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern vermerkt. In drei Fällen wurden die Opfer durch die sexuellen Missbrauchsvorfälle körperlich geschädigt, hierunter in zwei Fällen leicht; sie trugen Hämatome sowie Kratzer und Abschürfungen davon. Ferner konnten in drei Fällen durch die sex. 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 9** · 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.

## Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Aktenstudie zeigen, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sexuelle Übergriffe in sehr unterschiedlichen Personenkonstellationen erleben. Die Geschädigten 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.

Die Geschädigten sind überwiegend weiblich und körperlich oft stark eingeschränkt.

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>24</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

<sup>24</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.

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 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 gegen Bewohnerinnen und Bewohner 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.

Zu Ermittlungsproblemen führte, dass Geschädigte nach Tatentdeckung gewaschen und die Bettwäsche gewechselt wurde, sodass keine Spuren gesichert werden konnten.

## Literatur

- 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>
- Bringewat, P. (1987). *Die Bildung der Gesamtstrafe*. Berlin, New York: Walter de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110909210>
- 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). ZQP-Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege; Deutsche Hochschule der Polizei.
- Felson, M. (2002). *Crime and everyday life* (3. Aufl.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gerridzen, 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>
- Gerridzen, 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/10.1002/gps.4636>
- Görgen, 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>
- Harris, D. K., & Benson, M. L. (2006). *Maltreatment of patients in nursing homes: There is no safe place*. Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press.
- 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.
- Janssen, D. F. (2014). „Gerontophilia“: a forensic archaism. *Sexual Offender Treatment*, 9(1).
- 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)
- 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>
- 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>

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>

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>

Rodriguez, F. S., Pabst, A., Heser, 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>

Tolzmann, G. (2015). *Bundeszentralregistergesetz: Zentralregister, Erziehungsregister, Gewerbezentralregister* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Wilhelm, E. (2007). Die Konkurrenz der Regeln zur Gesamtstrafenbildung. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 2, 82–94.

# Sexualisierte Gewalt in Pflegeeinrichtungen aus Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

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

Im Rahmen des Projektes „Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL)“<sup>1</sup> wurden qualitative, strukturierte Interviews mit Beschäftigten verschiedener Pflegeeinrichtungen, wie etwa Altenpflegeeinrichtungen, geführt. Diese ergänzen die Erkenntnisse aus einer ebenfalls im Rahmen des SeGEL-Projektes durchgeführten <sup>2</sup> Aktenanalyse, die sich per definitionem nur auf das strafjustizielle Hellfeld beziehen kann und durch die institutionelle Sichtweise der Strafverfolgungsbehörden geprägt ist, um die Binnenperspektive der in den Einrichtungen Tätigen. Die Interviews ermöglichen auch, Vorkommnisse und Problemlagen einzubeziehen, die außerhalb des Bereichs der Strafverfolgung bleiben. Der hier abgedruckte Beitrag stellt eine leicht veränderte Fassung des entsprechenden Kapitels im Projektbericht dar.

## 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. Es 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 sexueller bzw. sexualisierter Gewalt (im Folgenden: 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

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



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>2</sup> und deren Übergriffe sich daher sowohl gegen Mitbewohnerinnen als auch gegen das Personal richteten.

2 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).

Einen großen Teil der von den Interviewten berichteten Vorfälle sex. Gewalt in der stationären Langzeitpflege machen Übergriffe von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber dem Pflegepersonal aus.<sup>3</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>4</sup>

Sex. Gewalt wird von Pflegenden oft in Form von Äußerungen wie z. B. belästigenden Kommentaren wahrgenommen.

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)

Pflegende können sex. Gewalt z. B. bei Pflegehandlungen durch Berührungen von pflegebedürftigen Menschen erfahren.

Das Pflegepersonal berichtete in diesem Kontext von einem Konflikt zwischen persönlichen Grenzen und beruflicher Fürsorgepflicht. Der situative Umgang beinhalte 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

3 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).

4 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.

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>5</sup> Oftmals werden Meldungen erst bei schwerwiegenden 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 belastigt 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 deren Bewältigung gehabt habe. Diese Beschäftigten müssten dementsprechend besonders geschützt und auf etwaige Situationen vorbereitet werden; dies 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

Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über sex. Gewalt kann schambesetzt sein und sehr schwerfallen.

<sup>5</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).

innerhalb der Pflegeeinrichtungen sei die Verlegung einer der beiden Personen in einen anderen Wohnbereich und somit eine räumliche Trennung.<sup>6</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 Fällen, die in den Interviews berichtet wurden, 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 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>7</sup> An Sensibilisierungsmaßnahmen (z. B. Schulungen, Fortbildungen) könnten 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

Intimpflege kann für Bewohnerinnen und Bewohner sehr belastend sein – entsprechend sollten die Pflegenden zu diesem Thema sensibilisiert sein.

6 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.

7 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 sex. 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; Cambridge & Carnaby, 2000; Romeike, 2017; Sowinski, 2004; Thompson et al., 2021; Thorne et al., 2021; Weidinger, 2022).

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 dar, 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.

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>8</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

Pflegende können durch sensibel geführte Teambesprechungen erleben, nicht alleine mit dem Thema sex. Gewalt konfrontiert zu sein.

<sup>8</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.

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.

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

Es kann auf den ersten Blick schwer zu beurteilen sein, wann es sich nicht um einen einvernehmlichen Sexualkontakt handelt.

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 geäußert, insbesondere jüngere bzw. unerfahrene Pflegekräfte über die Phänomenologie 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 seien. 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 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 zum 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 aufträten. 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) seitens der MA reduziert. Der pandemiebedingte Ausfall von Fortbildungen werde von den MA bedauert, Fortbildungsangebote im Online-Format würden aber oftmals schlecht angenommen.

Die Resonanz des Personals auf Fortbildungsangebote zum Thema sex. Gewalt wird auf Leitungsebene zum Teil als gering wahrgenommen.

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 wurde berichtet, dass eine Einrichtung durch ein wissenschaftlich begleitetes Gewaltpräventionsprojekt unterstützt werde. 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>9</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

<sup>9</sup> Zur Bedeutung von Kausalattributionen Pflegender 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).



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 Pflegetätigkeit nicht in Anspruch nehmen. Die Folge hiervon sei, dass Schulungen außerhalb der regulären Dienstzeit genutzt würden oder dass Pflegetätigkeiten 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.

Gewaltschutzkonzepte liegen zum Teil nicht vor oder sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht bekannt.

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 Anzeigenerstattung zu senken) gestärkt werden. Von befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen wurde ergänzt, dass es hilfreich sei, 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 weniger gravierender Vorkommnisse 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 Sexualassistenten für Bewohnerinnen und Bewohner entlastet werden könne.<sup>10</sup>

Zur Stärkung der Prävention werden drei Bildungsfelder genannt: Außerberufliche Grundlagenbildung, Pflegeausbildung und berufsbegleitende Maßnahmen.

Möglichkeiten der Enttabuisierung auf der Einrichtungsebene sehen verschiedene Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeiter darin, die Sensibilität der Mitarbeiterinnen und

<sup>10</sup> Zu Sexualassistentz/Sexualbegleitung insbesondere in der Pflege demenziell Erkrankter siehe u. a. Berr (2018), Henrickson et al. (2022), Lauer & de Vries (2019).

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.

Sexualität im Alter sollte gesellschaftlich enttabuisiert werden, um die Prävention sex. Gewalt verbessern zu können.

## Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassend konnten aus den Interviews mit 32 interviewten Beschäftigten im Abgleich mit den Befunden der Analyse staatsanwaltschaftlicher Akten (↗ siehe S. 35) 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.

Der Blick der Interviewten lag vor allem auf sex. Gewalt gegen Pflegekräfte.

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 Partnerschaften 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 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>11</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 Aktenstudie und der Interviewstudie zwei recht verschiedene Bilder von sex. Gewalt in Einrichtungen der Langzeitpflege ergeben. Die Schnittmenge beider

Gerade wenn keine Handlungsstrategien vermittelt werden, reagieren von sex. Gewalt betroffene Pflegekräfte eher spontan.

<sup>11</sup> Inzwischen 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).

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.

Die Interviewten berichten, dass häufig die in Pflege und Betreuung Tätigen von sexuellen Übergriffen betroffen sind.

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 sowie 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 Pflege- 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.

## Literatur

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Berr, J. (2018). Sexualassistentz für Demenzkranke. *Mitteilungen der Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.*, 29(53), 22–24.
- Böhmer, M. (2017). Mit traumatisierten alten Menschen umgehen. *GGP – Fachzeitschrift für Geriatrie und Gerontologische Pflege*, 1(1), 37–42. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104915>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- Eggert, S., Haeger, M., Teubner, C., Wagner, P., Köpsel, N., Höhn, C., ... Görge, T. (2023). Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL). ZQP-Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege; Deutsche Hochschule der Polizei.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- Sowinski, C. (2004). *Intimpflege: das unterschiedliche Erleben von PatientInnen und Pflegenden*. Dr. med. Mabuse, 29(150), 34–36.

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>



# Präventionsprojekt PEKo

*Sascha Köpke, Marco Sander & Anja Bergmann\**

*\* Für das PEKo 1-Projektteam: Anna Dammermann, Katrin Balzer, Anja Bieber, Beate Blättner, Stephanie Freytag, Gabriele Meyer, Kristin Schultes*

Aufgrund fehlender strukturierter Konzepte zur Gewaltprävention vor allem im Bereich der stationären Langzeitpflege wurde 2018 auf Initiative von zwei Pflegeeinrichtungen das Gewaltpräventionsprojekt PEKo entwickelt. Durch einen partizipativen Ansatz werden die teilnehmenden Einrichtungen dazu ermächtigt, das Thema Gewalt für sich zu erschließen und einrichtungsspezifische Präventions- und Handlungsmaßnahmen zu entwickeln. Dabei werden sie von externen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter unterstützt. Inzwischen wurde, gefördert durch die Techniker Krankenkasse, das PEKo-Programm deutschlandweit umgesetzt. Auf Basis dieser Erfahrungen und der Ergebnisse einer begleitenden Prozess- und Ergebnisevaluation wurde anschließend eine angepasste, weniger aufwendige Version für die stationäre Altenpflege entwickelt (PEKo 1.1) und PEKo wurde seither in mehr als 100 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege umgesetzt. Für die Settings ambulante Pflege und Krankenhaus wurden auf dieser Basis angepasste PEKo-Programme entwickelt und erprobt (PEKo 2.0).

Übergreifend zeigt sich, dass die Einführung tendenziell zu einer Reduktion von Gewaltereignissen führt. Dabei ist v.a. der partizipative Ansatz unter Einbindung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Führungspersonen sowie ein offener und transparenter Umgang mit dem Thema Gewalt von besonderer Relevanz.

Zusammenfassend zeigt die Umsetzung der unterschiedlichen PEKo-Programme, dass durch das strukturierte, auf Partizipation der Einrichtungen aufbauende Präventionsprogramm Gewaltprävention in der Pflege gelingen kann. Darüber hinaus braucht es in Zukunft möglichst klare fachliche, professionsspezifische und politische Vorgaben zur erfolgreichen Implementierung von Gewaltprävention über bestimmte Aspekte (z. B. freiheitseinschränkende Maßnahmen) und Settings (z. B. Psychiatrie) hinaus, um das Phänomen Gewalt sichtbar zu machen und damit die Basis für erfolgreiche Gewaltprävention in der Pflege zu schaffen.

## Projektgeschichte

Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo geht zurück auf eine Initiative stationärer Pflegeeinrichtungen in Hameln in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) im Jahr 2018. Die Sektion für „Forschung und Lehre in der Pflege“ an der Universität zu Lübeck (Prof. Köpke) wurde anschließend mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation der Intervention beauftragt. Da es hier bereits eine etablierte Kooperation mit Wissenschaftlerinnen an der Hochschule Fulda (Prof. Blättner) und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Meyer) zum Thema Gewaltprävention in der Pflege gab, gründete sich aus diesen Hochschulen ein Konsortium, das gemeinsam das PEKo-Konzept erarbeitete und an den jeweiligen Standorten implementierte. Im Jahr 2020 kam aufgrund des Wechsels von Prof. Köpke nach Köln noch die Universität zu Köln hinzu, sodass PEKo ein Verbundprojekt der vier Hochschulen wurde.

Das Akronym PEKo stand ursprünglich für „Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen“. Aufgrund der inzwischen erfolgten Erweiterung auf die Settings ambulante Pflege und Krankenhaus steht es mittlerweile für „Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in der Pflege“.

Nach Abschluss des ursprünglichen Projektes (PEKo 1.0) erfolgte unter Beteiligung der vier Studienzentren, ebenfalls gefördert durch die TK, die Entwicklung und Implementierung des Verstetigungskonzeptes im gleichen Setting (PEKo 1.1). Ausführliche Angaben zu Handlungsansätzen sowie Arbeitshilfen finden sich in dem Buch „Gewaltprävention in der Altenpflege“ (Dammermann & Sander, 2023). Die Einordnung des Konzeptes in Maßnahmen nach dem Präventionsleitfaden der GKV wurde als Buchkapitel publiziert (Dammermann et al., 2023).

Inzwischen wurde das Konzept im Rahmen eines Anschlussprojektes (PEKo 2.0) auch auf die Settings ambulante Pflege und Krankenhaus übertragen und dort erprobt. Diese orientieren sich inhaltlich stark an PEKo 1.0, werden an dieser Stelle jedoch nicht detailliert dargestellt. Weitere Informationen finden sich auf der PEKo-Website (siehe QR-Codes).

Die Evaluationsergebnisse von PEKo 1.0 und 1.1 wurden bislang noch nicht publiziert, daher werden in diesem Beitrag v.a. die Grundprinzipien des PEKo-Projektes dargestellt.

Das Akronym PEKo steht für „Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in der Pflege“.



# Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo: Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege

## Ziele und Grundprinzipien

Ziel des PEKo-Projektes ist es, partizipativ mit den Beschäftigten zielgruppen- und einrichtungsspezifische sowie bedarfsorientierte Maßnahmen der Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege zu entwickeln und diese nachhaltig in die Organisationsstruktur der Einrichtungen zu implementieren. Adressiert wird sowohl Gewalt gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern.

PEKo ist ein Projekt mit fortlaufender partizipativer Entwicklung und Evaluation von Maßnahmenbündeln in den teilnehmenden Einrichtungen. Die Ausgestaltung der Maßnahmen unterscheidet sich daher im Projektverlauf zwischen den Einrichtungen. Projektbeteiligte sind Pflegendе und weiteres pflegenahes Personal der teilnehmenden Einrichtungen. Zielgruppe der Interventionen ist in erster Linie das Personal, aber angesprochen sind ebenso Bewohnerinnen und Bewohner, deren An- und Zugehörige sowie andere relevante an der Versorgung beteiligte Gruppen.

Abb. 1 zeigt die Grundprinzipien und Ziele des PEKo-Ansatzes. Ausgehend von bereits vorhandenem Wissen und Routinen in der Praxis wird zunächst gemeinsam das Phänomen Gewalt erschlossen („Sensibilisierung“). Darauf aufbauend können dann weitere Schritte zur Prävention von und zum Umgang mit Gewalt erarbeitet werden. Ein wesentlicher Punkt zur Prävention von Gewaltereignissen ist der Ausbau von Handlungssicherheit potenziell betroffener Personengruppen. Auf individueller Ebene zielen die geplanten Maßnahmen daher insbesondere auf die Stärkung individueller Handlungsoptionen. Dies kann bspw. durch Schulungen zu einrichtungsrelevanten Krankheitsbildern, Deeskalation oder das Festlegen und die transparente Kommunikation von Handlungsabläufen gelingen („Handlungssicherheit“). Die Einbettung der identifizierten und entwickelten Maßnahmen in einrichtungsspezifische Konzepte („Konzeptualisierung“) soll sicherstellen, dass die Maßnahmen alle Zielgruppen erreichen und deren Umsetzung überprüfbar machen. Neben Maßnahmen, die auf individueller Ebene ansetzen, müssen hier ebenso Maßnahmen auf struktureller Ebene verankert werden. Da entwickelte Konzepte im Alltag jedoch oft die Tendenz haben, in Schubladen bzw. aus den Köpfen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verschwinden, ist es wesentlich, dass möglichst von Anfang an mit bedacht wird, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, damit Gewalt auch langfristig ein Thema bleibt („Verstetigung“).

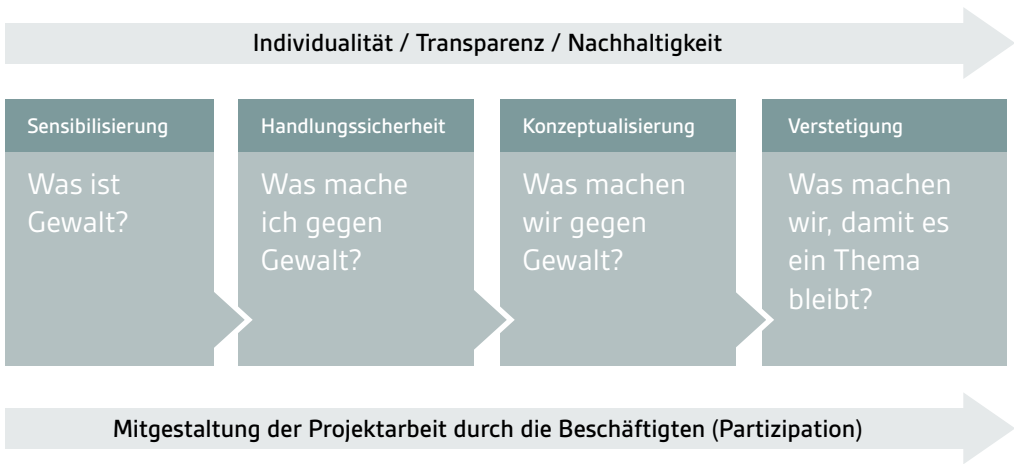
Für die Prävention von Gewaltereignissen ist die Stärkung von Handlungssicherheit ein wesentlicher Punkt.

Um diese Schritte erfolgreich umsetzen zu können, erscheint ein partizipativer Ansatz von besonderer Bedeutung. Durch den Einbezug von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weiteren Personengruppen im Sinne von Expertinnen und Experten für die eigene Einrichtung soll es gelingen, das Phänomen Gewalt einrichtungsspezifisch zu analysieren und auf dieser Basis maßgeschneiderte Maßnahmen zu entwickeln. Dies begründet sich zumal auf der Annahme, dass es keine „One size fits all“-Lösung zum Umgang mit

Gewalt gibt. Bestimmte Prinzipien wie z. B. der Ausbau von Handlungssicherheit treffen zwar prinzipiell einrichtungsübergreifend zu, wie diese gefördert werden können, muss jedoch individuell auf die Einrichtung bezogen betrachtet werden (z. B. abhängig von gängigen Pflegephänomenen und Krankheitsbildern in der Einrichtung). Transparenz ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Einerseits gilt es, den Entwicklungsprozess für alle aktiv am Projekt Beteiligten transparent zu gestalten und zu kommunizieren und die Einrichtungsteams so frühzeitig in geplante Maßnahmen einzubeziehen. Andererseits soll der Umgang mit Gewaltereignissen möglichst offengelegt und Gewalt dadurch enttabuisiert werden. Die individuell angepasste und transparent kommunizierte Umsetzung des Projektes soll somit die Nachhaltigkeit stärken.

Es ist wichtig, den Entwicklungsprozess für alle Beteiligten transparent zu gestalten und die Teams früh in geplante Maßnahmen einzubeziehen.

Abbildung 1 · Prinzipien und Ziele des PEKo-Ansatzes (eigene Darstellung)



### PEKo-Projektbausteine

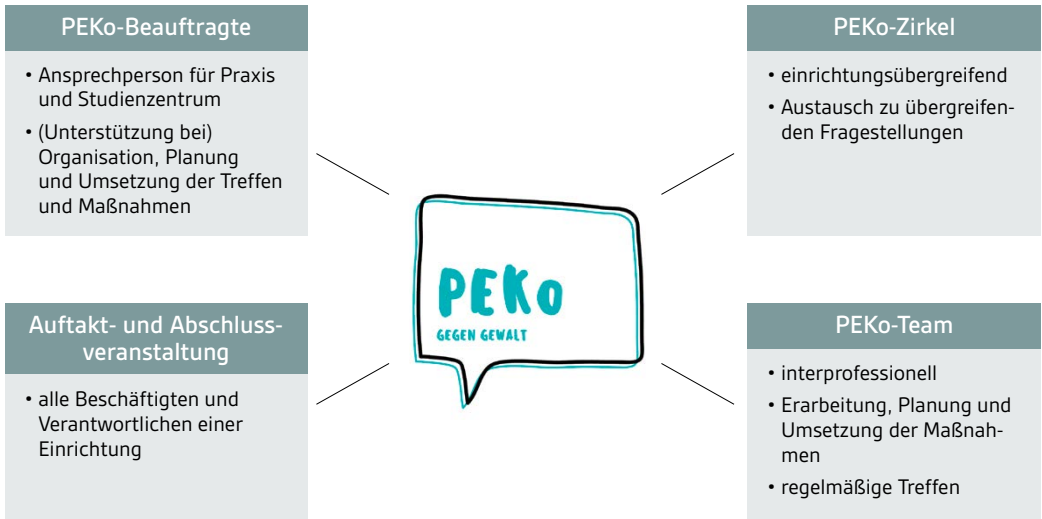
In der PEKo-Broschüre (siehe QR-Code) werden der prinzipielle Aufbau des Projektes und dessen Bausteine dargestellt. Hier finden sich auch verschiedene Beispiele für die Umsetzung des Projektes in der stationären Altenpflege.



Projektteil- und settingübergreifend gibt es vier konkrete Bausteine, die die Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befähigen sollen, individuell angepasste und alltagstaugliche gewaltpräventive Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Nach einer Auftaktveranstaltung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sowie ggf. interessierten Gästen werden in jeder Einrichtung sogenannte PEKo-Teams aus 3 bis 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller beteiligten Berufsgruppen gegründet. Auch Leitungspersonen, wie Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, können in den PEKo-Teams vertreten sein. Aus dem Team werden ein oder zwei Mitarbeitende als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, als PEKo-Beauftragte, festgelegt. Während der 12-monatigen Projektlaufzeit treffen sich die PEKo-Teams etwa einmal im Monat für ca. 1 bis 2 Stunden, um mit Unterstützung durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweils zuständigen Studienzentrums gemeinsam Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Regionale, ca. vierteljährliche einrichtungsübergreifende

Projekttreffen, die PEKo-Zirkel, dienen dem konstruktiven Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern der PEKo-Teams verschiedener Einrichtungen. Eingerahmt wird das Projekt durch strukturierte Auftakt- und Abschlussveranstaltungen in den Einrichtungen, zu denen alle interessierten Beteiligten der Einrichtung bzw. aus deren Umfeld eingeladen werden können. Abb. 2 zeigt die vier Säulen des PEKo-Konzeptes.

Abbildung 2 · PEKo-Projektcomponenten (eigene Darstellung)



## Die Umsetzung der PEKo-Intervention

Die Entwicklung der Intervention und der Interventionskomponenten basiert auf der Sichtung relevanter nationaler und internationaler Literatur, wie z. B. systematischer Übersichtsarbeiten (Baker et al., 2016), Prävalenzstudien (Blättner & Grewe, 2017, Stutte et al., 2017, Schablon et al., 2014) sowie qualitativer Studien (Siegel et al., 2018), im Austausch mit Praxis- und Bewohnervertreterinnen und -vertretern.

Im Sinne eines „Bottom-up-Ansatzes“ ist das einrichtungsinterne PEKo-Team verantwortlich für die Implementierung des Projektes, das von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studienzentren während der Projektlaufzeit kontinuierlich begleitet wird. Auch wenn ein „Top-Down-Ansatz“ prinzipiell vermieden werden soll, bedarf es des Einbezugs der Leitungspersonen bei der Umsetzung und deren gleichzeitiger Bereitschaft, Prozesse zu überdenken und zu verändern. Ohne diese Bereitschaft sind auch bei etablierten PEKo-Teams Nachjustierungen und Änderungen nur erschwert möglich. Aus dem PEKo-Team heraus werden eine oder mehrere Personen als PEKo-Beauftragte benannt, die die PEKo-Aktivitäten in den Einrichtungen koordinieren und als Bindeglied zwischen Einrichtungen und Studienzentren fungieren. Im PEKo-Team wird zunächst der Begriff bzw. das Phänomen Gewalt definiert und dafür sensibilisiert. Diese Sensibilisierung ist ein zentrales Element der Gewaltprävention im PEKo-Projekt, indem alle Beteiligten das eigene Verständnis von Gewalt im Allgemeinen sowie Formen und

Es bedarf des Einbezugs der Leitungspersonen bei der Umsetzung und deren Bereitschaft, Prozesse zu überdenken und zu verändern.

Ausprägungen von Gewalt reflektieren und diese gemeinsam diskutieren. Ziel ist es, das häufig tabuisierte Thema offenzulegen, um auf dieser Grundlage vielfältige und kreative einrichtungsindividuelle Maßnahmen zu entwickeln. Die Maßnahmen sind dabei im Sinne des partizipativen Ansatzes nicht vorgegeben, sodass eine Vielzahl einrichtungsadaptierter Maßnahmen zur Erreichung des Projektzieles möglich ist. Beispiele hierfür sind u. a. Plakate und Informationsbroschüren, interaktive Rollenspiele im Einrichtungsteam, regelmäßige Supervisionen und Gespräche oder strukturelle Maßnahmen wie hausinterne Meldewesen bei Gewaltvorkommnissen (Dammermann & Sander, 2023).

Unter Einbezug der oben beschriebenen vier Projektbausteine lässt sich die PEKo-Intervention anhand von acht Schritten kleinteiliger darstellen (siehe Abb. 3). Diese Schritte werden im Folgenden näher beschrieben.

### (1) Einrichtungsinterne Auftaktveranstaltung

Das Ziel der Auftaktveranstaltung ist es, möglichst viele Personen von Anfang an über das Projekt zu informieren und so bereits zu Beginn Transparenz zu schaffen und zu verdeutlichen, dass sich die Einrichtung aktiv mit dem tabuisierten Thema Gewalt auseinandersetzt. Hierzu wird in möglichst großem Rahmen der Start des Projektes angekündigt bzw. „gefeiert“ und die zentralen Aspekte werden im Rahmen der Veranstaltung vorgestellt. Zielgruppe sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, die aktiv und passiv an der Umsetzung beteiligt sein werden. Zusätzlich sollten Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige sowie Leitungspersonen teilnehmen. Daneben können auch Vertreterinnen und Vertreter örtlicher Organisationen wie Gesundheitsamt oder Heimaufsicht sowie der Lokalpolitik eingeladen werden.

### (2) PEKo-Team und Team-Treffen

Im Kontext der Auftaktveranstaltung wird ein möglichst interprofessionelles einrichtungsinternes PEKo-Team gebildet. Das PEKo-Team besteht aus interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller bewohnernahen Bereiche der Einrichtung, die sich aus eigener Motivation und Interesse bereit erklären, sich in monatlich stattfindenden Arbeitstreffen auszutauschen, um gewaltbegünstigende Faktoren und präventive Strategien zu besprechen und zu reflektieren. Die PEKo-Teams entsprechen internen Steuerungskreisen bzw. Qualitätszirkeln. Optional sind auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der organisatorischen Ebene wie z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Qualitätsmanagements und des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Sicherheitsfachkräfte oder Bereichsleitungen Teil des PEKo-Teams. Beim Einbezug dieser Gruppen ist jeweils der Nutzen (z. B. Einblick und Handlungskompetenz bzgl. der Einrichtungsstrukturen und Mittel) mit den Risiken (z. B. Hemmungen, vor Vorgesetzten über sensible Themen zu sprechen) individuell abzuwägen. Der Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie An- und Zugehörigen sollte aktiv gefördert werden, um Maßnahmen bedarfsgerecht gestalten zu können. Ist dies nicht möglich, sollten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie An- und Zugehörige zumindest punktuell eingeladen werden. Im Sinne des partizipativen Ansatzes sind bei den Treffen flache Hierarchien von besonderer Bedeutung, um offen über das Thema sprechen zu können und gemeinsam Strategien zu entwickeln. Die Größe des

Der Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie An- und Zugehörigen ins PEKo-Team sollte aktiv gefördert werden.

PEKo-Teams ist variabel je nach Größe und Strukturen der Einrichtung. Wenn möglich, sollte mindestens eine Person pro Bereich/Station teilnehmen.

Die Aufgaben der PEKo-Teams umfassen im Besonderen:

- regelmäßige Teilnahme an den Team-Treffen
- Erkennen organisatorischer Veränderungsbedarfe zum Thema Gewalt
- Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen (in- und außerhalb der Team-Treffen)
- Multiplikation in die Teams bzw. in die Einrichtung und ggf. deren Umfeld
- Angebot als praxisnahe Ansprechperson für Kolleginnen und Kollegen

Prinzipiell sind keine spezifischen Qualifikationen zur Teilnahme notwendig, jedoch bedarf es der Bereitschaft, Veränderungen anzustoßen, d. h. offen für Veränderungen zu sein, und der Motivation, diese zu begleiten und an diesen mitzuwirken sowie aus deren Umsetzung zu lernen. Weiterhin wichtig erscheinen Kompetenzen des Veränderungsmanagements, also kommunikative Kompetenzen sowie Kompetenzen zur aktiven Beteiligung bei der Planung und Umsetzung von Veränderungsprozessen. Diese Kompetenzen können durchaus unterschiedlich unter den Mitgliedern des PEKo-Teams verteilt sein, das Team sollte sich aber über diese Voraussetzungen und deren Bedeutung bewusst sein.

Im Rahmen von PEKo 1.0 wurden alle PEKo-Teamtreffen von mindestens einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des jeweiligen Studienzentrums begleitet. Als bedeutender Faktor hat sich, neben dem Engagement der Teammitglieder und der Unterstützung durch die Leitungspersonen, die zusätzliche Einplanung von Zeit und weiteren Ressourcen zur Bearbeitung der geplanten Arbeitspakete und Maßnahmen zwischen den Teamtreffen erwiesen. Darüber hinaus ist eine verlässliche Freistellung der Teammitglieder sowie ggf. die Einplanung einer Terminreihe in den Dienstplan unterstützend für eine erfolgreiche Arbeit im PEKo-Team.

### (3) PEKo-Beauftragte

Die Festlegung von ein oder zwei PEKo-Beauftragten erfolgt entweder aus dem PEKo-Team heraus oder auch bereits zu Beginn der Planung des Projektes in der Einrichtung. Die PEKo-Beauftragten fungieren in der Einrichtung übergreifend als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studienzentren sowie für die Leitungspersonen der Einrichtung und als Ansprech- und Beratungsinstanz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung, u. a. bzgl. der Umsetzung erarbeiteter Maßnahmen. Sie sind die administrativ-infrastrukturelle Leitung des PEKo-Teams und sollen die PEKo-Team Treffen koordinieren und moderieren. Die PEKo-Beauftragten sollten möglichst ein intrinsisches Interesse an der Übernahme der Position haben und nicht lediglich delegiert worden sein. Darüber hinaus wichtig ist ein bestehender Praxisbezug. Die PEKo-Beauftragten sollen möglichst keine Leitungspersonen sein, um eine niedrigschwellige Befassung mit dem Tabuthema Gewalt zu ermöglichen, sowie außerhalb möglicher arbeitsrechtlicher Konsequenzen. Wie bei den PEKo-Teammitgliedern sind Veränderungsbereitschaft und Kompetenzen des Veränderungsmanagements wichtige Voraussetzungen für die Übernahme dieser Rolle.

Veränderungsbereitschaft und Kompetenzen im Veränderungsmanagement sollten PEKo-Beauftragte mitbringen.

#### (4) Erhebung des Status quo

Ziel einer zu Beginn durchgeführten quantitativen Befragung aller bewohnernah eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die Erhebung des Status quo bzgl. der Häufigkeit von Gewaltereignissen gegenüber sowie ausgehend von den Beschäftigten, deren Belastungsempfinden, mögliche Auslöser für Gewaltereignisse und die Einschätzung möglicher Maßnahmen. Die Ergebnisse der Befragung werden zur Entwicklung passender Maßnahmen herangezogen und bieten die Möglichkeit, implementierte Maßnahmen abschließend zu evaluieren.

Möglichst zu Beginn des Projektes, z. B. nach dem ersten Treffen des PEKo-Teams, erfolgt die Planung der Befragung, die einrichtungsindividuell nach Beratung des PEKo-Teams durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter organisiert, durchgeführt und ausgewertet wird. Die Ergebnisse werden im PEKo-Team diskutiert und zur weiteren Planung herangezogen. Weitere Präsentationen der Ergebnisse gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie ggf. in den PEKo-Zirkeltreffen erscheinen sinnvoll.

#### (5) PEKo-Zirkel

In den quartalsweise stattfindenden regionalen einrichtungsübergreifenden Treffen der PEKo-Zirkel kommen Vertreterinnen und Vertreter der PEKo Teams unterschiedlicher Einrichtungen zusammen, um im Rahmen eines PEKo-Qualitätszirkels Erfahrungen aus den einzelnen Einrichtungen auszutauschen, zu vergleichen und zu diskutieren.

#### (6) Einrichtungsindividuelle Maßnahmen und Handlungsleitlinien

Neben den systemischen Zielen der Organisationsentwicklung bzw. der Förderung einer gewaltpräventiven Kultur in den Einrichtungen bilden die lokalen Interventionen und Handlungsleitlinien das Kernstück des PEKo-Konzeptes. In den monatlichen Treffen der PEKo-Teams nehmen die Entwicklung, Evaluation und Anpassung dieser Maßnahmen eine bedeutsame Rolle ein. Die partizipative Ausrichtung und die Entwicklung von einrichtungsspezifisch zugeschnittenen Konzepten hat das Ziel, eine hohe Motivation und Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die entwickelten Interventionen zu erreichen. Hierdurch sollen eine nachhaltige Implementierung und die Etablierung einer gewaltpräventiven Einrichtungskultur und eine Senkung von Gewaltereignissen erreicht werden.

Die partizipative Ausrichtung individueller Konzepte soll eine hohe Motivation sowie Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreichen.

#### (7) Meldewesen bzw. Konzept für die Dokumentation von Gewaltereignissen

Optional, aber empfohlener Bestandteil des Konzeptes sind die Einführung eines strukturierten Meldewesens für Gewaltereignisse bzw. eines vergleichbaren Dokumentationssystems sowie die systematische Auswertung von Meldungen. Die Einführung der Maßnahme hat das Ziel, die Transparenz in den Einrichtungen bzgl. der Art und Häufigkeit von Gewaltereignissen zu erhöhen und daraus entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Der Fokus in den Einrichtungen richtet sich demnach auf die Möglichkeit,



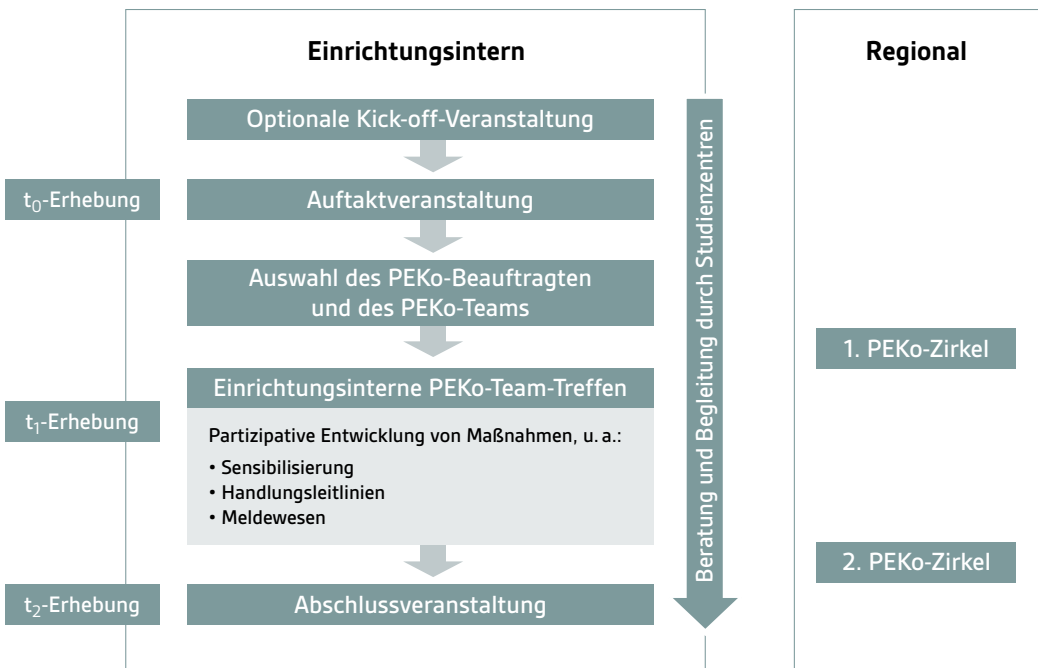
gewaltauslösende Strukturen aufzudecken und zu verbessern. Mit einer offenen, auf Qualitätssicherung ausgelegten Fehlerkultur kann es gelingen, Schuldzuweisungen zu vermeiden und die Akzeptanz des Meldewesens zu erhöhen.

Mit einer offenen Fehlerkultur kann es gelingen, Schuldzuweisungen zu vermeiden und die Akzeptanz eines Meldewesens zu erhöhen.

## (8) Beratung und Begleitung

Die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Hochschulen stehen den PEKo-Beauftragten und PEKo-Teams über die gesamte Projektdauer beratend zur Verfügung. Die Beratung erfolgt dabei regelhaft in den PEKo-Teamtreffen bzw. zusätzlich telefonisch oder per Videokonferenz. Hierbei geht es vornehmlich um den Austausch über Erfahrungen sowie Barrieren und Förderfaktoren bei der Umsetzung der Maßnahmen. Dabei werden etwaige Fragen geklärt und die Lösungsfindung unterstützt. Darüber hinaus wird der bisherige Verlauf in den PEKo-Teams besprochen und reflektiert.

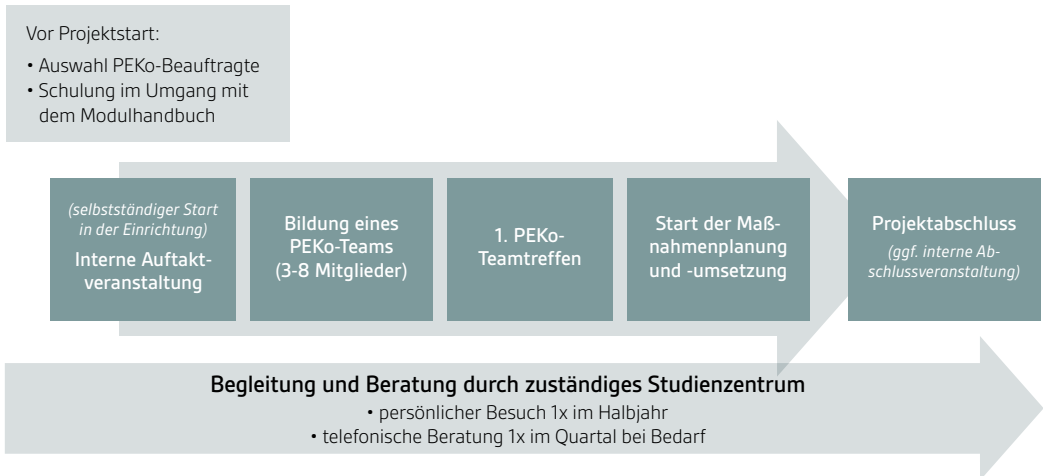
Abbildung 3 · Projektkomponenten



## Anpassung der PEKo-Intervention im Rahmen des Verstetigungsprojektes PEKo 1.1

Im Rahmen des anschließenden Verstetigungsprojektes PEKo 1.1 wurde auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen aus PEKo 1.0 ein angepasstes Vorgehen entwickelt und erprobt (siehe Abb. 4). Anders als im engmaschig begleiteten Projekt PEKo 1.0 wurde eine deutlich eigenständigere Durchführung auf Basis eines Modulhandbuchs erprobt, das auf Grundlage von PEKo 1.0 entwickelt wurde. Gründe für die Anpassung waren, neben dem hohen Ressourceneinsatz in PEKo 1.0, v.a. der Wunsch, ein schlankeres und einfacher implementierbares Projekt zu entwickeln, das dennoch den Grundprinzipien und dem PEKo-Grundkonzept folgt. So sollte außerdem vermieden werden, dass durch die intensive Begleitung der Studienzentren das Projekt weniger als eigenes Projekt angesehen wird, was dem partizipativen Ansatz potenziell entgegenstehen könnte.

Die Projektumsetzung in den Einrichtungen im Rahmen von PEKo 1.1 erfolgt auf Grundlage eines eigens entwickelten Modulhandbuchs, das den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Das Modulhandbuch ist so konzipiert, dass die PEKo-Beauftragten die PEKo-Teamtreffen wie im Rahmen von PEKo 1.0 vorbereiten und gestalten und im Rahmen dessen ein Gewaltpräventionskonzept in der eigenen Einrichtung entwickeln können. Bereits vor Projektstart werden dabei in den Einrichtungen eine oder mehrere PEKo-Beauftragte bestimmt, die eine Schulung auf Basis des Modulhandbuchs durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten. Das ausführliche Modulhandbuch ist inzwischen als Buch erschienen und kann von Einrichtungen im Rahmen von Gewaltpräventionsmaßnahmen genutzt werden (Dammermann & Sander, 2023). Vergleichbar zu PEKo 1.0 wird auch hier eine interne, von den PEKo-Beauftragten koordinierte Auftaktveranstaltung organisiert. Diese PEKo-Beauftragten sind auch hier zuständig für die Bildung des einrichtungswissenschaftlichen PEKo-Teams und die Organisation eines ersten PEKo-Teamtreffens. Dort wird, analog zu PEKo 1.0, die Sensibilisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Thema Gewalt thematisiert und der weitere Projektprozess geplant. Im Laufe der Projektphase werden, vergleichbar zu PEKo 1.1, Maßnahmen geplant und umgesetzt und im Rahmen der regelmäßigen PEKo-Teamtreffen überprüft, diskutiert und ggf. angepasst. Nach 12 Monaten wird ein Projektabschlusstreffen geplant, idealerweise in Form einer Abschlussveranstaltung. Die Begleitung und Beratung durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Hochschulen erfolgt nicht mehr monatlich vor Ort. Stattdessen werden lediglich die ersten Treffen begleitet und es erfolgt ein Besuch pro Halbjahr. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen den Studienzentren für eine telefonische Beratung pro Quartal und ggf. bei Bedarf zur Verfügung. Darüber hinaus erfolgt ggf. eine proaktive Kontaktaufnahme der Studienzentren mit den PEKo-Beauftragten.

**Abbildung 4 · Verstetigungsprojekt PEKo 1.1 (eigene Darstellung)**

## Evaluation

Initial wurde PEKo 1.0 in 43 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und in 2 Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt. Im Verlauf kamen weitere 8 Einrichtungen hinzu, sodass insgesamt 53 Einrichtungen die Intervention durchführten. In den 43 ursprünglichen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wurden Effekte und wichtige Prozessmerkmale begleitend im Rahmen einer Machbarkeits- und Pilotstudie im Vorher-Nachher-Design sowie im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie evaluiert. Erhoben wurden sowohl quantitative Daten zur Häufigkeit von Gewaltereignissen und zu wichtigen Prozessmerkmalen, wie der Umsetzung spezifischer Maßnahmen, als auch qualitative Daten z. B. zur Bewertung der Intervention durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Studie wurde durch die beteiligten Hochschulen zwischen 2018 und 2021 durchgeführt. Auch im Rahmen von PEKo 1.1 wurde eine Evaluation durchgeführt, u. a. als „Reichweiterehebung“ zur Umsetzung der Maßnahmen.

Da die Ergebnisse der Evaluation bislang nur zu einem geringen Teil in wissenschaftlichen Journalen publiziert wurden (siehe QR-Code), erfolgt hier eine ausgewählte Darstellung, z. T. unter Einbezug der Erhebungen aller Projektteile. Eine ausführlichere Darstellung findet sich z. T. in den auf der PEKo-Website hinterlegten Abschlussberichten (s.o.). Eine Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse soll in Kürze erfolgen.

### Messung der Häufigkeit von Gewaltereignissen

Für die Evaluation der Effekte in Bezug auf Gewaltereignisse wurde zu drei Messzeitpunkten (zu Beginn sowie nach 6 und 12 Monaten) die Häufigkeit von Gewaltereignissen als primäre Zielgröße erfasst. Der für die Erhebung der Gewaltereignisse entwickelte Fragebogen „PEKoASes“ basiert auf bereits entwickelten Instrumenten und enthält

standardisierte Fragen zu den erhobenen Zielgrößen. Das Gewaltgeschehen wurde differenziert für einzelne Gewaltformen (körperliche Gewalt, psychische Gewalt, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung) und Richtungen (selbst erfahrene Gewalt, selbst ausgeübte Gewalt und bei Kolleginnen und Kollegen beobachtete Gewalt) erfasst. Die Häufigkeit (Prävalenz) des Vorkommens der einzelnen Gewaltformen wurde als Ja-/Nein-Antwort ausgewertet und entspricht somit dem Anteil der Befragten, die mindestens einen Aspekt dieser Gewaltformen mindestens einmal erlebt oder ausgeübt haben.

## Prozessevaluation

Für die Prozessevaluation wurden neben der Erfassung der Projektumsetzung verschiedene Einflussfaktoren und lokale Kontextbedingungen erfasst. Ziel der Mixed-Methods-Studie war es, Inhalte, Prozesse und Mechanismen der Intervention sowie hemmende und fördernde Faktoren der Implementierung abzubilden. Daten zur „Reichweite“, d. h. zum Ausmaß und den Charakteristika der Implementierung, wurden im Rahmen der Erhebung nach 12 Monaten erfasst. Im Rahmen der qualitativen Prozessevaluation wurden z. B. die monatlichen PEKo-Teamtreffen, aber auch Auftaktveranstaltungen zu Beginn der Interventionsphase und die übergreifend stattfindenden PEKo-Zirkel anhand von insgesamt fast 300 Beobachtungsprotokollen analysiert.

# Ergebnisse

## Geplante Maßnahmen

Eine zentrale Aufgabe der PEKo-Teams war die an den einrichtungsspezifischen Bedarfen ausgerichtete Planung und Entwicklung von Präventionsmaßnahmen. Auf Grundlage der Aushandlung eines gemeinsamen Gewaltbegriffs und einer Ist-Analyse wurden partizipativ Maßnahmen entwickelt und umgesetzt. Tabelle 1 zeigt die häufigsten (>10) der insgesamt 153 umgesetzten Maßnahmen.

Ziel der Mixed Methods-Studie war es, Inhalte, Prozesse und Mechanismen der Intervention sowie hemmende und fördernde Faktoren der Implementierung abzubilden.

Die am häufigsten umgesetzte Maßnahme war die Erstellung von z. B. Plakaten oder Broschüren.

**Tabelle 1 · Häufigkeit der entwickelten Maßnahmen**

Art der Maßnahme	Häufigkeit (n= 153)
Erstellung von Plakaten, Broschüren & weiteren Auslagen	29
Entwicklung einer konkreten Gewaltdefinition	23
Erstellung eines Handlungsleitfadens	19
Erstellung eines Gewaltpräventionskonzepts	16
Durchführung von Schulungen und praktischen Übungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Rollentausch-Simulationen)	16
Etablierung eines Meldewesens für Gewaltereignisse	13
Installation einer Vertrauensperson	11

## Effekte auf die Häufigkeit von Gewaltereignissen

Hier erfolgt eine knappe Ergebnisdarstellung mit Verweis auf die geplanten ausführlichen Publikationen. Im Vorher-Nachher-Vergleich konnte für die selbst erlebte Gewalt eine leichte Senkung der Häufigkeit von physischer und psychischer Gewalt sowie eine etwas deutlichere Reduktion in Bezug auf sexualisierte Gewalt gezeigt werden. Für die selbst ausgeübte Gewalt und die beobachtete Gewalt fanden sich für alle untersuchten Gewaltformen Tendenzen für eine Abnahme von Gewaltereignissen. Die gewählte Evaluationsform erlaubt jedoch keine kausalen Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit von PEKo.

## Kernergebnisse der Prozessevaluation

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die PEKo-Beauftragten wie geplant als organisatorische und inhaltliche Ansprechpersonen fungierten, die im Interventionszeitraum Veränderungsprozesse initiierten und wichtige Veränderungskompetenzen entwickelten. Die Veränderungsbereitschaft der Leitungspersonen war hierbei ein wesentlicher Faktor für Veränderungen, da diese in erheblichem Maße den Handlungsspielraum der anderen Akteurinnen und Akteure vorgeben.

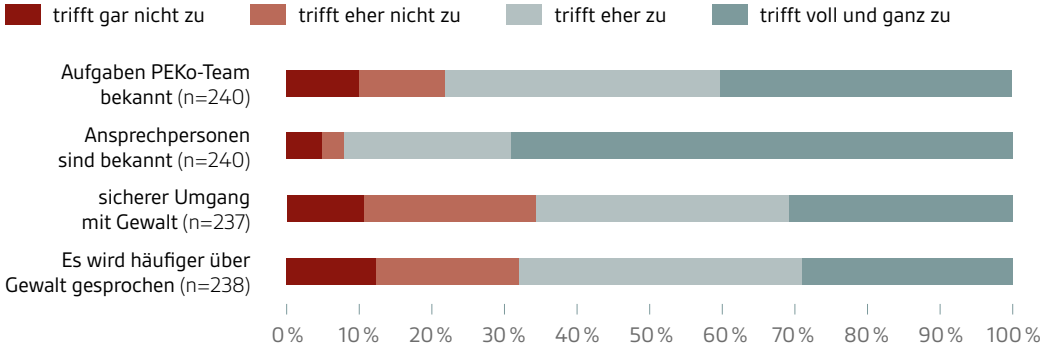
Ein Indikator für die erfolgreiche Implementierung von PEKo ist die konstante Teilnahme von PEKo-Teammitgliedern an den Projekttreffen und deren hoher persönlicher Einsatz. Dies zeigt eine gute interne Zusammenarbeit und eine hohe Relevanzzuschreibung für das Projekt durch die Einrichtungen. Trotz berichteter Herausforderungen wie hohem Arbeitsaufkommen oder Personalengpässen wurde das Projekt weitestgehend wie geplant durchgeführt, was für die Machbarkeit des partizipativen Interventionsansatzes spricht.

Für eine Reichweitenbefragung nach Ende von PEKo 1.0 konnten 248 Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgewertet werden (Abb. 5). Die Ergebnisse zeigen eine gute bis sehr gute Implementierung des Projektes. So gab der überwiegende Teil der Befragten an, das Projekt und die Aufgaben des PEKo-Teams zu kennen. Etwa 83 Prozent der Befragten war bekannt, wer bei Gewaltereignissen als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner fungiert, und ca. 60 Prozent fühlten sich im Umgang mit Gewaltsituationen sicherer als vor Beginn des Projektes. Mehr als die Hälfte der Befragten (54,3 Prozent)

Ein Indikator für die erfolgreiche Implementierung von PEKo ist die konstante Teilnahme von PEKo-Teammitgliedern an den Projekttreffen.

hatte seit Projektbeginn einmalig oder mehrfach an einer Informationsveranstaltung oder Schulung zum Thema Gewalt teilgenommen. Fast zwei Drittel der Befragten gaben an, dass in den Einrichtungen häufiger über Gewalt und Gewaltprävention gesprochen wird.

Abbildung 5 · Reichweitenbefragung PEKo 1.0 (eigene Darstellung)



## Zusammenfassung und Fazit

Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo zeigt, dass durch einen partizipativen Ansatz ein großer Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen erreicht werden kann. Die zumindest tendenziell erkennbare Reduktion von Gewalt lässt auf eine positive Wirkung der entwickelten Interventionen und Konzepte schließen. Um verlässliche Aussagen über die Wirksamkeit des PEKo-Ansatzes treffen zu können, sind jedoch weitere, möglichst kontrollierte Studien notwendig. Außerdem braucht es zweifellos eine genaue Analyse der Rahmenbedingungen, da trotz erheblichen Aufwandes nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden. Nötig für die Verstetigung ist die Bereitschaft der Einrichtungen, Gewaltprävention dauerhaft als wichtigen Teil der Qualitätssicherung und der Einrichtungskultur zu sichern und die entsprechenden Ressourcen bereitzustellen. Das PEKo-Projekt hat hierfür wichtige Bedingungen geschaffen, die in Zukunft durch die Projektbeteiligten weitergeführt werden sollen. Zu den zukünftigen Aktivitäten gehören u. a. die Weiterentwicklung eines validen und praxistauglichen Fragebogens zur Messung von Gewalt sowie die Etablierung eines niedrigschwelligen Verstetigungsansatzes des PEKo-Konzeptes in Einrichtungen der stationären Altenpflege.

Zu den zukünftigen Aktivitäten gehört etwa die Entwicklung eines validen und praxistauglichen Instruments zur Messung von Gewalt.

## Literatur

- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S., & Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of systematic reviews*, 8:CD010321. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
- Blättner, B., & Grewe, H. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. „Die Versorgung der Pflegebedürftigen“*. (S. 195–203). Stuttgart: Schattauer.
- Dammermann, A., Bieber, A., Schultes, K., Meyer, G., Köpke, S., & Sander, M. (2023). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Gewaltprävention. In L. Bischoff, A. Otto, & B. Wollesen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim*. (S. 219–234). Berlin: Springer.
- Dammermann, A., & Sander, M. (2023). *Gewaltprävention in der Altenpflege: Interventionen und Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Wohlert, C., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey. In A. Nienhaus (Hrsg.), *RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*. Landsberg: ecomed Medizin.
- Siegel, M., Mazheika, Y., Mennicken, R., Ritz-Timme, S., Graß, H., & Gahr, B. (2018). „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51, 329–334. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00391-017-1228-0>
- Stutte, K., Hahn, S., Fierz, K., & Zúñiga, F. (2017). Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 38, 398–405. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.001>





# Die Rolle Pflegender in der Prävention von Gewalt

*Anja Bergmann & Sascha Köpke*

Gewalt in der stationären Langzeitpflege muss auf verschiedenen Ebenen präventiv begegnet werden. Um Gewalt zu enttabuisieren und nachhaltig in Einrichtungen zu verankern, müssen verschiedene Kernelemente sowohl auf Leitungs- als auch Beschäftigtenebene umgesetzt werden. Ein erster und wesentlicher Schritt ist die Sensibilisierung für die verschiedenen Formen von Gewalt, den Kontext, in dem Gewalt geschieht, sowie die Perspektiven, aus denen Gewaltereignisse betrachtet werden. Darüber hinaus benötigen alle Beteiligten spezifisches Wissen und Kompetenzen und müssen Risiken für die Entstehung von Gewalt in ihrer Einrichtung identifizieren. Auf dieser Grundlage werden partizipativ Maßnahmen entwickelt und in Konzepten verankert.

Leitungspersonen gestalten die Rahmenbedingungen, in denen Pflegefachpersonen sicher versorgen können und Bewohnerinnen und Bewohner sicher versorgt werden. Sie sind Ansprechpersonen und müssen Strukturen und Ressourcen insbesondere in Form von Personal und Zugang zu Fortbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Pflegefachpersonen sind Expertinnen und Experten für ihre Einrichtung und deren Bewohnerinnen und Bewohner und kennen die einrichtungsspezifischen Risiken für die Entstehung von Gewalt. Ihr professionelles Berufsverständnis verpflichtet sie, die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner aktiv zu fördern und zu schützen. Hierfür müssen sie ihr eigenes Handeln kritisch reflektieren und ihr Wissen in gewaltpräventive Maßnahmen einbringen. Sie können wesentlich dazu beitragen, das Thema in der Einrichtung zu enttabuisieren und sowohl ihre Kolleginnen und Kollegen als auch die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Prävention von und im Umgang mit Gewalt zu unterstützen.

In diesem Beitrag werden konkrete Handlungsmöglichkeiten sowohl auf Leitungs- als auch Beschäftigtenebene beleuchtet und es wird ein kurzer Einblick in erweiterte Pflegerollen gegeben.

## Kernelemente der Gewaltprävention im Gesundheitswesen

Gewaltprävention ist immer im Kontext von strukturellen Gegebenheiten im Gesundheitssystem zu betrachten. Bedingt durch Personalmangel, erhöhtes Arbeitsaufkommen oder fehlende Ausstattung entstehen im Arbeitsalltag häufig Situationen, in denen einzelne Bedürfnisse gegen einen Mangel an Ressourcen abgewogen werden müssen. In Abhängigkeit von individuellen Faktoren wie Stresslevel oder Handlungssicherheit und einrichtungsspezifischen Faktoren wie Unterstützung und Anerkennung durch Team und Leitung kann dies erheblich zu Situationen mit hohem Gewaltpotenzial beitragen. Hierbei geht es sowohl um Situationen, in denen Beschäftigte Gewalt erleben, als auch um Situationen, in denen sie selbst Gewalt ausüben. Unter Rahmenbedingungen, die kurzfristig nur bedingt veränderbar sind, ist es wichtig, dass sich Einrichtungen offen und selbstbewusst des Themas Gewalt annehmen. Dieses Kapitel soll dazu beitragen, dass Leitungspersonen und Beschäftigte einen Überblick erhalten, welche Rolle sie in der Prävention von Gewalt einnehmen und welche Aufgaben sie übernehmen können. Da Pflegefachpersonen in den meisten Einrichtungsformen die größte Berufsgruppe und damit die größte Gruppe potenziell von Gewalt betroffener und Gewalt ausübender Personen darstellen, werden sie hier besonders in den Blick genommen. Gleichzeitig sei darauf hingewiesen, dass Gewaltprävention dann am besten gelingen kann, wenn sich des Themas interprofessionell und interdisziplinär angenommen wird. Um Rollen und Aufgabengebiete im Kontext von Gewaltprävention einzuordnen, werden zunächst Kernelemente der Gewaltprävention im Gesundheitswesen beschrieben.

### Sensibilisierung

Wesentlich in der Gewaltprävention ist die Sensibilisierung dafür, was eigentlich gemeint ist, wenn über Gewalt gesprochen wird. Im Prozess der Entwicklung eines gemeinsamen Gewaltverständnisses zeigt sich in der Regel schnell, wie hoch der Austausch- und Reflexionsbedarf ist und wie gewinnbringend die geführten Diskussionen für die Erweiterung der eigenen Perspektive sein können.

Sowohl erlebte oder beobachtete Gewaltereignisse als auch Situationen, in denen das eigene Handeln nicht frei von Gewalt war, sind oft mit Scham behaftet. Verhalten von Kolleginnen oder Kollegen anzusprechen, wird teilweise aus Sorge, als „Nestbeschmutzerin/ Nestbeschmutzer“ zu gelten, oder auch aus mangelnder Sicherheit darüber, wie ein beobachtetes Verhalten einzuordnen ist, vermieden. Ein gemeinsam erarbeitetes Verständnis von und Begrifflichkeiten für Gewalt, mit denen alle Beschäftigten in einer Einrichtung vertraut sind, und die damit einhergehende Sensibilisierung sind essenziell, um Gewalt zu enttabuisieren, kritische Situationen aufzuarbeiten und gemeinsam Lösungsansätze zu identifizieren.

So kann mittelfristig ein Wandel hin zu einer gemeinsamen Kultur des Hinschauens und Ansprechens geschaffen werden. Aufgrund der Relevanz einer Sensibilisierung werden hier die wesentlichen Aspekte, die in der Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses

Wesentlich in der Gewaltprävention ist die Entwicklung eines gemeinsamen Gewaltverständnisses.

berücksichtigt werden sollten, ausgeführt. Dieser Prozess sollte moderiert und begleitet werden, im Idealfall unterstützt durch eine externe Expertin bzw. einen solchen Experten.

Bei der Entwicklung eines gemeinsamen Gewaltverständnisses sollten vier zentrale Aspekte besprochen und diskutiert werden. Zum einen die verschiedenen Formen von Gewalt, wobei grundsätzlich gilt, dass alle Personen in einer Einrichtung sowohl Gewaltausübende als auch Betroffene sein können. Von körperlicher Gewalt (z. B. Kratzen, grobes Anfassen, Schlagen), psychischer Gewalt (z. B. Beleidigung, Anschreien, unter Druck setzen) und sexualisierter Gewalt (z. B. anzügliche Witze, ungewollte Berührungen/ Zärtlichkeiten, Vergewaltigung) können alle Personen in einer Pflegeeinrichtung betroffen sein. Menschen mit Pflege- oder Versorgungsbedarf können zusätzlich betroffen sein von aktiver und passiver Vernachlässigung (z. B. Vorenthalten von Unterstützung oder langes Warten auf pflegerische Handlungen oder Interaktionen), freiheitsentziehenden Maßnahmen (z. B. Bettgitter, versteckte oder nicht barrierefreie Ein- und Ausgänge, Hilfsmittel außer Reichweite platzieren, Gurtfixierung) oder finanzieller Ausnutzung (z. B. Überreden zu Geldgeschenken) (Dammermann & Sander, 2023). Im Rahmen einer Sensibilisierung ist der einfachste Einstieg in das Thema, verschiedene Gewaltformen und deren Ausprägungen zu sammeln, zu diskutieren und mit Beispielen aus eigenen Erfahrungen zu füllen. Bei Bedarf müssen nicht genannte Formen durch die Moderation eingebracht und deren Relevanz diskutiert werden. Werden weitere Formen genannt (z. B. strukturelle Gewalt), sind diese auch in das Verständnis aufzunehmen.

Neben den verschiedenen Gewaltformen ist auch die Intention, also die Absicht der handelnden Person zu adressieren. Wenn über Gewalt gesprochen wird, besteht oft die Annahme, dass dem Ausüben von Gewalt eine (Schädigungs-)Absicht und somit eine vorsätzliche Handlung zugrunde liegt. Diese findet sich bspw. auch in der in diesem Kontext weitverbreiteten Definition der WHO, in der von „absichtliche[m] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht“ (WHO 2003: 6) gesprochen wird.<sup>1</sup> Insbesondere in der Pflege kommt es häufig zu Situationen, in denen sich die Absicht hinter dem Handeln im Gegenteil aus dem Schutz des Gegenübers ergibt. An dieser Stelle ist es wichtig, einen dritten Punkt zu berücksichtigen, der an einem vereinfachten Beispiel verdeutlicht werden soll:

### Fallbeispiel

Eine Bewohnerin mit Demenz kommt kurz vor dem Schichtwechsel mit einem Blasendauerkatheter aus dem Krankenhaus zurück in die Einrichtung. Die zuständige Pflegekraft hat negative Erfahrungen mit schweren Infektionen durch Blasenkathe- ter gemacht und möchte den Katheter umgehend ziehen. Außerdem ist sie neu in der Einrichtung und möchte dem unterbesetzten Spätdienst keine zusätzlichen Aufgaben überlassen. Da die Bewohnerin die Beine zusammenpresst, bittet sie eine Auszubildende, die Beine auseinanderzudrücken, damit sie nicht nur den Katheter ziehen, sondern auch den Intimbereich beurteilen und pflegen kann.

Der einfachste Einstieg in das Thema ist, verschiedene Gewaltformen und deren Ausprägungen zu sammeln, zu diskutieren und mit Beispielen aus eigenen Erfahrungen zu füllen.

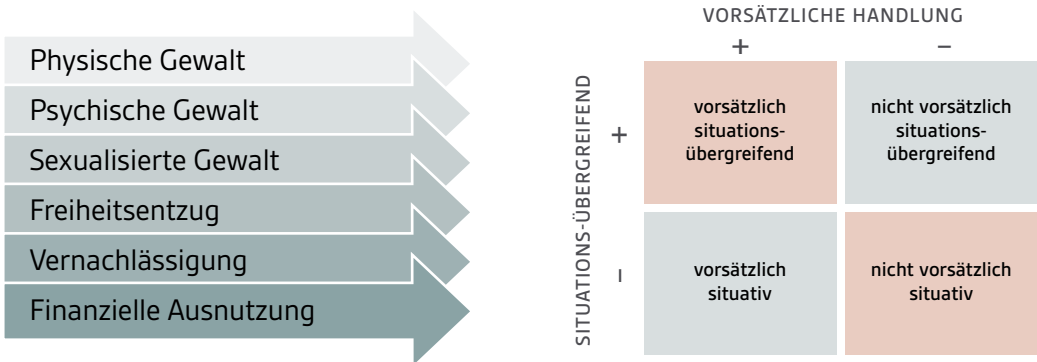
<sup>1</sup> In gewisser Hinsicht ist die ebenfalls weitverbreitete WHO-Definition zur Gewalt gegen ältere Menschen in der professionellen Langzeitpflege treffender, da hier auch das Unterlassen einer angemessenen Handlung explizit genannt wird. Zudem steht die Entstehung von Schaden oder Leid im Vordergrund – ohne einen Vorsatz oder Absicht bei den Handelnden vorauszusetzen. (WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>)

Die Intention der Pflegefachperson ist in dieser Situation, die Bewohnerin vor einer Infektion durch den Katheter zu schützen. Als dritter Aspekt ist es aber wichtig, die Perspektive der betroffenen Person, in diesem Fall der Bewohnerin, einzunehmen, wenn es darum geht, zu beurteilen, ob es sich um Gewalt handelt oder nicht. Aus Perspektive der Bewohnerin ist es zweifellos Gewalt. In diesem Fall kann von situativer, nicht absichtlicher Gewalt gesprochen werden (vgl. Abb. 1). Ähnliche Situationen kommen in der Versorgung von Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf immer wieder vor. Es geht aber nicht darum, das Handeln zu bewerten und die Ausübenden zu verurteilen. Pflegenden fühlen sich mit solch einem Verhalten meist selber nicht wohl. Die Einnahme der Perspektive des Gegenübers gepaart mit der Sicherheit, nicht direkt verurteilt zu werden, kann dazu führen, dass solche Situationen besprechbar werden. Es muss darum gehen, eine Kultur zu schaffen, in der solche Situationen reflektiert und im Team besprochen werden können, anstatt sie als unvermeidbar und schambehaftet zu ignorieren. So kann vermieden werden, dass aus einzelnen gewaltvollen Situationen situationsübergreifende Handlungsmuster entstehen.

Es ist wichtig, eine Kultur zu schaffen, in der Gewaltsituationen reflektiert und im Team besprochen werden können und nicht ignoriert werden.

**Abbildung 1 · Formen und Kontext von Gewaltereignissen**

(Eigene Abbildung, nach Perel Levin, 2008; Görge et al., 2009; Pillemer et al., 2016)



Als vierter Punkt muss berücksichtigt werden, dass das Erleben von Gewalt subjektiv ist. Dieselbe Beleidigung, die für eine Person irrelevant ist, kann für eine andere tief verletzend sein. Es ist wichtig, dass Pflegefachpersonen das notwendige Wissen erhalten, um bestimmte Verhaltensweisen in einem professionellen Kontext einzuordnen. Wenn sie bspw. wissen, dass bestimmte Formen der Demenz zu unkontrolliert aggressivem Verhalten führen, kann dieses entsprechend reflektiert und eingeordnet werden. Aber trotz professionellem Verständnis und Verstehen können Ereignisse, die aus professioneller Perspektive erklärbar sind, sowohl psychisch als auch körperlich verletzen und sollten daher immer ernst genommen und nicht als unvermeidbarer Teil des Berufs abgetan werden.

Es muss berücksichtigt werden, dass das Erleben von Gewalt subjektiv ist.

## Wissens- und Kompetenzvermittlung

Neben Sensibilisierung braucht es spezifisches Wissen und Kompetenzen, um Gewalt vorzubeugen, in Akutsituationen sicher handeln zu können und nach Ereignissen einen guten Umgang mit diesen zu finden. Pflegefachpersonen müssen sicher sein im Umgang mit Krankheitsbildern und Phänomenen, die Gewalt in beide Richtungen begünstigen können. Über die in der Ausbildung vermittelten Grundlagen hinaus können, je nach Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung, vertiefende Schulungen zu Themen wie Demenz, Delir, herausforderndem Verhalten, Suchterkrankungen oder Umgang mit Sexualität relevant sein (Spelten et al., 2020; Storey, 2020). Schulungen zu Kommunikationstechniken, Konfliktlösung oder kollegialer Erstbetreuung können neben krankheitsspezifischem Fachwissen sinnvolle Ergänzungen für einen sicheren Umgang mit Gewaltereignissen sein.

Vertiefende Schulungen zu Themen wie Demenz, Delir oder Umgang mit Sexualität können hilfreich sein.

Darüber hinaus sollten Schulungen zur Gewaltprävention wahrgenommen werden, in denen für auslösende Faktoren sensibilisiert und über mögliche Maßnahmen informiert wird. In Akutsituationen ist sicheres Auftreten wichtig und dafür Handlungssicherheit nötig, die z. B. durch Schulungen zur Deeskalation gesteigert werden kann (Wirth et al., 2021). Insbesondere Beschäftigte in der direkten Versorgung sollten entsprechend geschult sein. In Deutschland sind Multiplikationsansätze zur Deeskalation verbreitet und können, neben anderen relevanten Schulungen, von der Berufsgenossenschaft gefördert werden (BGW 2024b). Der Schulungsbedarf der Beschäftigten sollte im Rahmen einer Risikoanalyse festgestellt werden.

## Risikofaktoren erkennen und reduzieren

Um der Entstehung von Gewalt vorzubeugen, müssen einrichtungsspezifische Risikofaktoren, Gelegenheitsstrukturen, Auslöser und Situationen mit erhöhtem Gewaltpotenzial identifiziert und diese, soweit möglich, reduziert werden. Am besten gelingt dies unter Einbindung aller potenziell betroffenen Personengruppen, da diese Expertinnen und Experten für die einrichtungsspezifischen Abläufe sind und wissen, wo, wann und warum Konflikte und Gewalt entstehen.

Ein wichtiger Risikofaktor ist die Arbeit unter Stress und Zeitdruck (Storey, 2020). Auch wenn dieser Faktor nicht immer beeinflussbar ist, muss auf organisatorischer Ebene analysiert werden, wie im Rahmen der gegebenen Strukturen Belastungsspitzen vermieden werden können, bzw. wie Belastung erkannt und angemessen reflektiert wird.

Weitere Faktoren sind Zusammensetzung und besondere Merkmale der Bewohnerinnen und Bewohner, besonders körperliche und kognitive Einschränkungen (Pillemer et al., 2016; Storey, 2020). Die Versorgung von weitestgehend selbstständigen Personen in einer Seniorenwohnanlage stellt die Beschäftigten vor andere Herausforderungen als die Versorgung von Menschen mit Demenz. Es ist die Aufgabe der Leitungspersonen, dafür Sorge zu tragen, dass das Personal über entsprechende Kompetenzen im Umgang mit der jeweiligen Personengruppe verfügt bzw. diese erwerben kann. Angebote, Räumlichkeiten und Strukturen sollten außerdem an die entsprechenden Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst sein.

Angebote, Räumlichkeiten und Strukturen sollten an die entsprechenden Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst sein.

Zusätzlich ist zu überprüfen, welche Angebote der Prävention, Nachsorge und Nachbereitung von Gewaltereignissen in der Einrichtung vorhanden sind und wo entsprechender Ergänzungsbedarf besteht.

## Partizipative Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte

Die identifizierten Risiken und Angebotslücken sind die Grundlage für die Entwicklung passender Maßnahmenbündel. Um Gewalt langfristig zu begegnen, sollten die Maßnahmen so gestaltet werden, dass das Thema ganzheitlich in all seinen Formen, Ausprägungen und Richtungen in den Blick genommen wird und nicht nur einzelne Aspekte, wie bspw. Handlungssicherheit durch Deeskalationstrainings adressieren. Die Maßnahmen sollten sowohl auf Verhaltensebene ansetzen, also z. B. Wissens- und Kompetenzvermittlung für Beschäftigte und Bewohnerinnen und Bewohner, als auch auf Verhältnisebene, z. B. durch Nachsorgeangebote, Meldestrukturen und klar geregelte und transparent kommunizierte Zuständigkeiten. Um die Maßnahmen nachhaltig und transparent zu verankern, sollten sie in entsprechenden Konzepten festgehalten werden, die tatsächlich umgesetzt und gelebt werden. Die Erfahrungen aus dem PEKo-Projekt (↗ Präventionsprojekt PEKo) zeigen, dass eine partizipative Entwicklung, in der die spezifischen Gegebenheiten der Einrichtung berücksichtigt werden und die selbst mitentwickelten Maßnahmen auf diese abgestimmt sind, eine nachhaltige Umsetzung fördern kann.

Um Gewalt langfristig zu begegnen, sollten die Maßnahmen so gestaltet werden, dass das Thema ganzheitlich in den Blick genommen wird.

Damit dies gelingen kann, sollten alle Perspektiven und damit die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen an eine gelungene Gewaltprävention aller potenziell betroffenen Personen aktiv in den Prozess einbezogen und berücksichtigt werden. Wenn sich alle Beteiligten im Erarbeitungsprozess ernst und wahrgenommen fühlen, ist es wahrscheinlicher, dass sie im Anschluss aktiv an der Umsetzung im Einrichtungsalltag mitwirken. An der Erarbeitung sollten zumindest Beschäftigte aus der Versorgung (möglichst aus allen Berufsgruppen) und Organisationsebene (z. B. Qualitätsmanagement, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitssicherheit) sowie mindestens eine Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt sein (Dammermann & Sander, 2023). Die aktive Beteiligung von Leitungspersonen an dem Prozess kann je nach Einrichtungskultur hilfreich sein. In jedem Fall müssen sie den Prozess unterstützen und fördern.

## Die Rolle des Leitungspersonals

Gerade in Anbetracht teils schwieriger Kontextbedingungen ist es von besonderer Bedeutung, dass Leitungspersonen Verantwortung dafür übernehmen, die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt in ihrer Einrichtung zu enttabuisieren und die Umsetzung von Maßnahmen der Gewaltprävention zu priorisieren, zumal Einrichtungen nach § 618 BGB verpflichtet sind, ihre Beschäftigten vor Gefahren für Leben und Gesundheit zu schützen. Der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Gewalt wird teils mehr, teils weniger explizit in den jeweiligen Heimgesetzen der Länder geregelt. Relativ konkret sind die Anforderungen an Gewaltprävention und die Vermeidung freiheitsentziehender

Maßnahmen bspw. in Nordrhein-Westfalen seit 2022 nach einer umfassenden Gesetzesänderung nach dem Wohn- und Teilhabegesetz geregelt (§§ 8 a, b; 16 WTG-NRW).

Das Erleben von Gewalt im pflegerischen Berufsalltag kann nicht nur körperliche und psychische Verletzungen und daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, sondern auch zum Verlassen des Berufs führen (Lancôt & Guay, 2014). Die Leitungspersonen tragen die Verantwortung dafür, entsprechende Strukturen und darüber hinaus eine Kultur zu schaffen, in denen gut geschulte und sensibilisierte Beschäftigte gewaltpräventiv arbeiten und gewaltfrei versorgen können. Es ist die Aufgabe der Leitungspersonen auf allen Ebenen, nicht nur die Relevanz des Themas für Beschäftigte sowie Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen, sondern auch deren Rolle bei der Umsetzung und Entwicklung von Gewaltpräventionsmaßnahmen aktiv zu fördern. Hierfür ist es neben der Bereitstellung von Ressourcen notwendig, das Thema immer wieder im Einrichtungsalltag zu platzieren.

Die Leitungspersonen tragen die Verantwortung dafür, gewaltpräventive Strukturen und eine Kultur zu schaffen, in der Beschäftigte möglichst gewaltfrei arbeiten können.

## Ansprech- und Vertrauensperson

Um die Kommunikation über Gewalt zu normalisieren und damit zu enttabuisieren, müssen gerade die Leitungspersonen sensibilisiert und informiert sein. Sie sollten Beschäftigten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren An- und Zugehörigen signalisieren, dass sie bezüglich des Themas, sei es erlebte, beobachtete oder ausgeübte Gewalt, kompetente und vertrauensvolle Ansprechpersonen sind.

Um dies nicht nur glaubhaft vermitteln, sondern auch entsprechend umsetzen zu können, ist auch und besonders für Leitungspersonen Wissen zur Gewaltprävention notwendig, spezifisch bezogen auf einrichtungsinterne Abläufe und Strukturen (z. B. relevante Ansprechpersonen, Meldewege, Nachsorgeangebote). Die Einrichtungs- oder Bereichsleitung ist die erste Ansprechperson bei erlebter, beobachteter und im Idealfall auch selbst ausgeübter Gewalt sowie bei Gewaltverdacht. Um diese Rolle wahrnehmen zu können, sollten Leitungspersonen über Grundkenntnisse im Umgang mit Personen nach belastenden Ereignissen verfügen (z. B. psychologische Erstbetreuung) und Unterstützungsangebote in der Einrichtung, auf Trägerebene, durch die Unfallversicherer oder auch externe Angebote kennen.

Einem Gewaltverdacht müssen sie kompetent und mit Besonnenheit nachgehen und sollten daher über die Sensibilität und Kommunikationskompetenzen verfügen, mit Betroffenen zu sprechen, oder bei Bedarf auf professionelle Unterstützung zurückgreifen.

## Strukturen und Ressourcen bereitstellen

Um Gewaltprävention nachhaltig zu etablieren, müssen entsprechende Personalressourcen bereitgestellt werden. Zum einen gilt es, Beschäftigte für die partizipative Erarbeitung eines Konzeptes freizustellen. Die Anzahl ist je nach Einrichtungsgröße variabel. Erfahrungen aus dem PEKo-Projekt zeigen, dass pro Bereich mindestens eine Person aus der Pflege sowie insgesamt mindestens eine Person der weiteren Berufsgruppen aus der direkten Versorgung und den Assistenzberufen sowie eine Person aus der Einrichtungsorganisation bzw. Leitungsebene beteiligt sein sollten. Im Anschluss an die Erarbeitung eines Gewaltpräventionskonzeptes ist es sinnvoll, dass sich die Beteiligten im Sinne eines Steuerungskreises auch darüber hinaus in regelmäßigen Abständen treffen. Die

Die Etablierung eines Gewaltschutzbeauftragten kann eine mögliche Maßnahme zur Gewaltprävention sein.

zusätzliche Etablierung einer bzw. eines Gewaltpräventionsbeauftragten stellt sicher, dass Maßnahmen kontinuierlich evaluiert, angepasst und neu ausgerichtet werden.

Auf struktureller Ebene sollte es sowohl für Beschäftigte als auch Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur Nachsorgeangebote, Ansprechpersonen und Beschwerde- bzw. Meldewege geben, sondern diese sollten auch bekannt und barrierearm zugänglich sein. Um gewährleisten zu können, dass die Beschäftigten über notwendiges Wissen und Kompetenzen verfügen, um Gewalt vorbeugen zu können, sollte sichergestellt werden, dass entsprechende Schulungen in ausreichendem Maß und in regelhaften Abständen wahrgenommen werden können.

Strukturen wie Ansprechpersonen und Meldewege sollten für Beschäftigte und Bewohnerinnen und Bewohner bekannt und gut zugänglich sein.

## Die Rolle der Pflegenden

Es gehört zum professionellen Berufsverständnis Pflegenden, die Sicherheit jener, die sie versorgen, aktiv zu fördern und deren Würde zu schützen (ICN, 2021). Abgesehen vom eigenen Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern in der alltäglichen direkten Versorgung, ist es auch die Aufgabe von Pflegefachpersonen, Gewalt in der Einrichtung zu thematisieren und zu enttabuisieren. Unabhängig von den strukturellen Bedingungen in einer Einrichtung nehmen Beschäftigte verschiedene Rollen in der Vermeidung von und beim Umgang mit Gewalt ein. Sind gewaltpräventive Strukturen vorhanden oder im Entstehen, sind die Beschäftigten jene, die Konzepte mit ihrem für die Versorgung in der Einrichtung spezifischem Wissen inhaltlich gestalten, füllen und in der Praxis umsetzen. Die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben in Prävention und Nachsorge sind vielfältig und werden im Folgenden dargestellt.

### Präventionsexpertinnen und -experten

Das Erkennen und Reduzieren von Auslösern und Risikofaktoren ist wesentlicher Bestandteil von Gewaltprävention. Die Beschäftigten sind Expertinnen und Experten für ihre Einrichtung, deren Strukturen und die Menschen, die sie versorgen. Sie erkennen oft intuitiv Situationen und Strukturen, die zu Gewalt führen oder deren Entstehung begünstigen. Sie entwickeln Ideen für deren Lösung und wenden diese im Rahmen der strukturell gegebenen Möglichkeiten (und oft auch darüber hinaus) an. Pflegende wissen zum Beispiel, wer morgens lieber länger schläft und wer gerne vor dem Frühstück versorgt werden möchte. Sie kennen Biografien und wissen, was Bewohnerinnen und Bewohner aus der Ruhe bringt und auch welche Angebote ihnen dabei helfen, zur Ruhe zu kommen. Sie wissen, welche Bewohnerinnen und Bewohner sich nicht verstehen und beim Essen nicht nebeneinandersitzen sollten, um Konflikte zu vermeiden. Personzentrierte Versorgung, also Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert, kann somit als ein gewaltpräventiver Ansatz verstanden werden.

Beschäftigte sind Expertinnen und Experten für ihre Einrichtung, deren Strukturen und die Menschen, die sie versorgen.

Die Prävention von Gewalt darf jedoch nicht ausschließlich an individuellen Faktoren und Verhalten ansetzen. Das Erkennen und Lösen arbeitsorganisatorischer und struktureller Herausforderungen, also der Verhältnisse, die eine gute Versorgung immens erschweren können, ist wesentlich. Beschäftigte achten bspw. darauf, dass die Kollegin, die von einer



Bewohnerin mit Demenz oft beschimpft wird, diese nur in Ausnahmefällen versorgen muss. Sie erkennen Situationen und Themen, die zu Auseinandersetzungen führen oder das Stress- bzw. Belastungsempfinden erhöhen, und suchen nach Lösungsstrategien. Dieses oft automatische und unbewusst abgerufene Wissen ist wesentlich zur Identifizierung relevanter struktureller Risiken und für die daraus resultierende Ableitung passender Maßnahmen, die von den Beschäftigten tatsächlich umgesetzt werden können, und muss daher in die Entwicklung von Konzepten einfließen.

## Hinschauen und Ansprechen

Bezogen auf das eigene Verhalten ist die Reflexion des eigenen pflegerischen Handelns ein wichtiger Schritt. Im pflegerischen Alltag gibt es regelhaft Situationen, aus denen Pflegefachpersonen mit dem Gefühl gehen, dem Gegenüber und den eigenen Ansprüchen an eine gute Versorgung nicht gerecht geworden zu sein. Dies sind oft Situationen, in denen das eigene Verhalten gewaltvoll war oder Gewaltverhalten beim Gegenüber hervorgerufen hat. Gerade nach solchen Ereignissen ist es wichtig, hinzuschauen mit dem Ziel, ggf. Handlungsbedarf gegenüber der betroffenen Person zu erkennen und gleichzeitig ähnliche Situationen künftig zu vermeiden. Hierbei können die folgenden Fragen helfen (Tab. 1).

**Tabelle 1 · Hilfreiche Fragen zur Selbstreflexion**

Hilfreiche Fragen zur Selbstreflexion nach kritischen Situationen
• Was ist passiert?
• Wie(so) ist die Situation entstanden?
• Was war die Absicht hinter meinem Handeln?
• Welche Auswirkung hatte mein Handeln auf die andere Person?
• Was braucht die andere Person jetzt?
• Wie hätte ich anders handeln können?
• Was hätte ich dafür gebraucht?

Dies soll noch einmal anhand des Fallbeispiels auf [S. 97](#) verdeutlicht werden. Die Intention der Pflegefachperson war es in dieser Situation nicht, ihr Gegenüber zu verletzen. Trotzdem ist die Bewohnerin möglicherweise verängstigt oder hat sogar Hämatome. Die Konsequenz sollte sein, dass die Pflegenden in einem ruhigen Moment das Gespräch mit der Bewohnerin sucht, soweit diese dazu kognitiv in der Lage ist, die Situation der Intimpflege bespricht, sich für ihr Verhalten entschuldigt und fragt, was der Grund für die Ablehnung war. Wenn die Bewohnerin dazu bereit und in der Lage ist, können auf dieser Basis gemeinsam Lösungsmöglichkeiten besprochen werden.

Darüber hinaus ist es auch die Aufgabe der Pflegefachpersonen, ähnliche Situationen im Team anzusprechen, dabei nicht zu verurteilen, Unterstützung anzubieten und das Thema so zu enttabuisieren. Dafür ist es hilfreich, wenn zum einen ein gemeinsames Verständnis erarbeitet wurde und zum anderen vor allem ein stabiles und unterstützendes Team. Wenn es keine Struktur wie Fallbesprechungen gibt, kann es auch helfen, kritische Situationen oder Gewaltereignisse in Übergaben und Teamsitzungen zu thematisieren.

Gewaltsituationen sollten im Team besprochen und Unterstützung angeboten werden, ohne dabei zu verurteilen.

## Handeln

Prävention kann Gewaltereignisse reduzieren, auch wenn es eine in alle Richtungen „gewaltfreie Einrichtung“ kaum geben wird. Stationäre Pflege ist durch nicht auflösbare Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse geprägt, in denen Menschen aufeinandertreffen, die nur bedingt wählen können, mit wem sie interagieren und mit wem nicht. Es sollte immer die oberste Maxime von Pflegefachpersonen sein, in den gegebenen Strukturen gewaltfrei zu handeln. Sie müssen aber auch wissen, wie zu handeln ist, wenn sie Gewalt erleben, beobachten oder ihnen davon berichtet wird. Die folgenden Abschnitte zeigen grundlegende Handlungsoptionen auf.

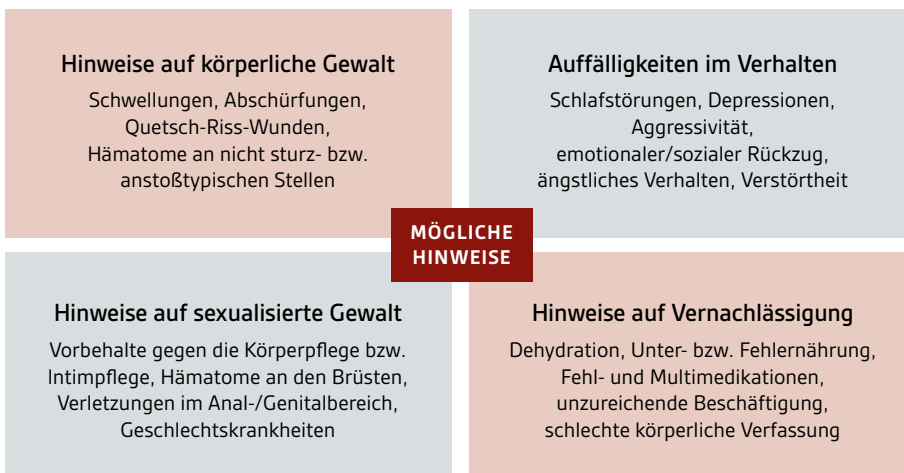
## Bei Gewaltverdacht

Rechtlich sind Pflegefachpersonen als Beschäftigte einer Einrichtung mit Versorgungsauftrag in einer Garantenstellung, durch die sie sich der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) strafbar machen können, wenn sie Gefahr nicht abwenden. Das dies oft nicht geschieht, zeigen verschiedene bekannt gewordene schwere Straftaten zum Nachteil von Menschen mit Pflegebedarf bzw. im Kontext pflegerischer Versorgung in Deutschland.

Es gibt verschiedene Anzeichen, die darauf hinweisen können, dass Bewohnerinnen und Bewohner Gewalt erfahren (haben). Neben körperlichen Hinweisen wie bspw. Verletzungen oder Hämatomen an untypischen Stellen können auch Veränderungen im Verhalten wie Rückzug, ängstliches Verhalten, Vorbehalte gegen Körperpflege, Dehydration oder eine schlechte körperliche Verfassung Anzeichen für Gewalt sein (vgl. Abb. 2).

### Abbildung 2 · Mögliche Hinweise auf Gewalt

(Eigene Darstellung nach Graß & Walentich, 2006; Wolf et al., 2002)



Pflegefachpersonen sind in engem Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und können am ehesten beurteilen, ob bspw. eine körperliche Verschlechterung durch eine Erkrankung erklärt werden kann oder nicht.

Nicht nur bei einem konkreten Verdacht, sondern auch bei einem „unguten Gefühl“ ist es daher unerlässlich, dieses nicht zu ignorieren, sondern hinzusehen. Besteht ein konkreter Verdacht, ist es nicht die Rolle der Beschäftigten, eigenständig eine Tat zu beweisen. Ein konkreter Verdacht muss immer mit den direkten Vorgesetzten besprochen werden, deren Aufgabe es ist, weitere Schritte einzuleiten. Bei einem „unguten Gefühl“ kann es helfen, vorerst mit vertrauten Kolleginnen oder Kollegen über die Beobachtungen zu sprechen.

Sowohl bei einem konkreten Verdacht als auch einem „unguten Gefühl“ müssen die beobachteten Hinweise sachlich und ohne Wertung oder Interpretation dokumentiert werden. Durch die Dokumentation wird ein „ungutes Gefühl“ objektiviert, das eigene Handeln abgesichert und eine Grundlage für die mögliche Einleitung weiterer rechtlicher Schritte gelegt (Grundel et al., 2014).

Wenn möglich sollte, in Absprache mit der Leitung, auch mit der potenziell betroffenen Person gesprochen werden. Bewohnerinnen und Bewohner befinden sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Personen, die sie versorgen, was dazu führen kann, dass Betroffene aus Angst vor negativen Folgen für die eigene Versorgung oder aus einem Gefühl der Scham das Erleben von Gewalt verneinen. Das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre ist daher unerlässlich und es muss sichergestellt werden, dass die bzw. der Betroffene zu jeder Zeit die Entscheidungsmacht über den Verlauf des Gesprächs und die Einleitung weiterer Schritte hat. Ein solches Gespräch sollte von einer Person geführt werden, die sich im Umgang mit von Gewalt Betroffenen sicher fühlt und idealerweise geschult ist.

Wenn die Leitungspersonen keine adäquaten Schritte ergreifen, sich selber problematisch verhalten oder das Problem ignorieren, sollte zunächst zu Verantwortlichen auf Trägerebene Kontakt aufgenommen werden. Gibt es keinen übergeordneten Träger oder reagieren auch diese nicht auf die berichteten Beobachtungen, kann eine externe telefonische Beratung hilfreich sein und weitere Handlungsoptionen aufzeigen. In letzter Konsequenz muss jedoch die örtliche Heimaufsicht als übergeordnete Struktur mit entsprechenden Handlungsmöglichkeiten eingeschaltet werden. Eine Übersicht entsprechender Anlauf- und Beratungsstellen findet sich auf dem Onlineportal des ZQP (ZQP, 2024).

## In Akutsituationen

Um in Akutsituationen sicher agieren zu können, sind Kenntnisse in Deeskalationstechniken, aber auch in Kommunikationstechniken wie dem aktiven Zuhören und in komplexen Handlungskonzepten wie der gewaltfreien Kommunikation hilfreich. Jede Akutsituation gestaltet sich anders und es gibt keinen allgemeingültigen Lösungsweg. Es ist wichtig, Situationen mit Gewaltpotenzial frühzeitig zu erkennen, Ruhe zu bewahren, sicher aufzutreten und deeskalierend zu wirken. Prinzipiell ist auf Eigensicherung im Sinne von Fluchtwegen oder der Möglichkeit, Hilfe zu holen, zu achten (Walter et al., 2019). Ist die Situation nicht alleine zu managen, ist Unterstützung durch Kolleginnen oder Kollegen oder auch Hilfe durch einen Sicherheitsdienst oder die Polizei hinzuzuziehen.

Nicht nur bei einem konkreten Verdacht, sondern auch bei einem „unguten Gefühl“ ist es unerlässlich, dieses nicht zu ignorieren, sondern hinzusehen.

Es ist wichtig, Situationen mit Gewaltpotenzial frühzeitig zu erkennen, Ruhe zu bewahren, sicher aufzutreten und deeskalierend zu wirken.

## Nach einem Gewaltereignis

Ist es durch ein Gewaltereignis zu körperlichen Verletzungen gekommen, muss, je nach Schweregrad, umgehend der Rettungsdienst verständigt, eine Durchgangsarztin oder ein Durchgangsarzt aufgesucht, oder kleinere Verletzungen vor Ort versorgt werden. Damit ein Ereignis an die zuständige Unfallversicherung gemeldet wird, ist dieses als Arbeitsunfall anzumelden. Schwerere Ereignisse, von denen Beschäftigte betroffen sind, sollten auch dann, wenn keine ärztliche Behandlung nötig war, durch den Arbeitgeber an die Unfallversicherung gemeldet werden. Denn psychische Folgen können zeitverzögert auftreten (Richter, 2019). Ist das der Fall, vermitteln Unfallversicherungsträger unbürokratisch und zeitnah psychologische Unterstützung (BGW, 2024; DGUV, 2022). In jedem Fall sollten Gewaltereignisse inklusive möglicher Verletzungen dokumentiert werden.

Gerade bei schweren Gewaltstraftaten – wie etwa bei Vergewaltigungen oder körperlicher Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner – sollte berücksichtigt werden, dass eine erfolgreiche Strafverfolgung oft in besonderem Maße von der Spurensicherung und rechtssicheren Dokumentation von Verletzungen abhängt. Eine entsprechende Unterstützung der Beweissicherung gilt es darum vor Augen zu haben. Zur rechtssicheren Dokumentation von Verletzungen kann der Dokumentationsbogen von Grundel et al. (2014) als Grundlage dienen.

Die Rolle der Beschäftigten ist neben dem Ergreifen medizinischer Erstmaßnahmen die psychosoziale Versorgung der Betroffenen im Sinne einer (kollegialen) Erstbetreuung. Diese kann sich nicht nur an direkt betroffene Personen, sondern auch an Zeuginnen oder Zeugen richten, da auch das Miterleben von Gewaltereignissen belasten kann.

Das Erleben von Gewaltereignissen ist individuell und es ist wichtig, dass den Betroffenen zugehört und deren Erleben nicht bewertet wird. Die Deutungshoheit liegt bei den Betroffenen und sie müssen ernst genommen und das Erlebte nicht relativiert werden. Sätze wie „Da hast du aber Glück gehabt“ oder „So schlimm war es doch nicht“ sind keine adäquate Reaktion und können Betroffene zusätzlich verunsichern. Direkt nach einem Ereignis ist nicht der richtige Zeitpunkt, um das Verhalten der ausübenden Person zu erklären, zu analysieren, wie die Situation hätte vermieden werden können, oder der betroffenen Person gar Vorwürfe zu machen. Es müssen die Bedürfnisse der betroffenen Person geklärt, respektiert und sichergestellt werden und wenn gewünscht, können Handlungsoptionen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Zumindest sollten klare Absprachen getroffen werden, wer sich wann bei der bzw. dem Betroffenen meldet und weitere Unterstützung anbietet (Richter, 2019).

Die Bedürfnisse der betroffenen Person müssen berücksichtigt werden und wenn gewünscht, können Handlungsoptionen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

## Gewaltprävention als erweiterte Pflegerolle

Auch in Deutschland werden seit einigen Jahren die international etablierten Modelle der erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice, im Folgenden: ANP) für verschiedene Bereiche und Settings der pflegerischen Versorgung diskutiert (DBfK, 2019). Aufgaben der Gewaltprävention sind prinzipiell geeignet, von akademisierten Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen übernommen und gesteuert zu werden. Außerhalb psychiatrischer bzw. forensischer Bereiche (z. B. Romain-Glassey et al., 2014) wird es voraussichtlich keine „ANP Gewalt“ geben. Entsprechende Tätigkeiten müssten daher in verwandte Rollenbilder integriert werden.

Anhand des von Hamric (ICN, 2020) entwickelten ANP-Modells lassen sich entsprechend erweiterte Kompetenzen veranschaulichen. Das Modell bietet einen umfassenden Rahmen der erweiterten Pflegepraxis und integriert sechs Kernkompetenzen von ANP, die im Folgenden exemplarisch auf das Handlungsfeld Gewaltprävention angewendet werden. Diese Kernkompetenzen auszugestalten, wäre Teil einer jeweiligen Rollenplanung im Setting der stationären Langzeitpflege.

1. Anleitung und Coaching: Identifikation und Aufbereitung relevanter Themen der Gewaltprävention, um Leitungspersonen und Beschäftigte im Sinne eines Multiplikationsansatzes zu schulen und zu unterstützen
2. Konsultation und Beratung: Ansprechpersonen zum Thema Gewalt auf verschiedenen Ebenen; (Unterstützung bei) Entwicklung von Präventionsstrategien auf Einrichtungsebene; kompetente Beratung von Betroffenen (Pflegefachpersonen sowie Bewohnerinnen und Bewohner)
3. Forschung: Initiation und Durchführung von Untersuchungen zu Ausmaß und Ursachen von Gewalt; darauf aufbauende Identifizierung und Entwicklung passender Maßnahmen, deren Evaluation und Anpassung
4. Ethische Entscheidungsfindung: Erkennen und Bewältigen ethischer Dilemmata im Zusammenhang mit Gewalt; Wahrung der Autonomie und Würde sowie Schutz der Betroffenen
5. Kooperation und Teamfähigkeit: Koordinierung interdisziplinärer und interprofessioneller Teams zur Erarbeitung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte
6. Klinisches und berufspolitisches Leadership: maßgeblicher Beitrag zur Schaffung einer gewaltpräventiven Kultur; Identifikation, Entwicklung und Implementierung von Standards wie bspw. zur Meldung und Bearbeitung von Gewaltereignissen

## Fazit

Zentrale Aufgabe der Leitungspersonen ist die Schaffung eines Umfelds, in dem eine möglichst gewaltfreie Versorgung möglich ist. Dies umfasst den Schutz der Beschäftigten und der sowie der Bewohnerinnen und Bewohner. Es ist ihre Aufgabe, auch unter schwierigen strukturellen Bedingungen Gewalt in ihren Einrichtungen zu thematisieren und einen Rahmen zu schaffen, in dem eine Kultur entstehen kann, in der eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Thema möglich ist.

Aufgaben der Pflegefachpersonen sind, Bewohnerinnen und Bewohner vor Gewalt zu schützen, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und die Entwicklung einer Einrichtungskultur zu unterstützen, in der hingesehen und Gewalt thematisiert wird. Hierfür müssen sie für Gewalt sensibilisiert und handlungssicher im Umgang mit erlebter, beobachteter und selbst ausgeübter Gewalt sein.

Es ist notwendig, das Auftreten von Gewalt nicht zu individualisieren, zu marginalisieren oder zu skandalisieren. Um Gewalt nachhaltig zu begegnen, muss ein gemeinsames Bewusstsein dafür entstehen, dass es nicht nur um die „großen“ und „lauten“ Fälle geht. Gewalt ereignet sich oft genau da, wo niemand hinsieht oder bewusst weggeschaut wird. Das Thema muss daher nicht nur in den Einrichtungen, sondern auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene in all seinen Facetten betrachtet und Gewaltprävention entsprechend gefördert und eingefordert werden.

Um Gewalt nachhaltig zu begegnen, muss ein gemeinsames Bewusstsein dafür entstehen, dass es nicht nur um die „großen“ und „lauten“ Fälle geht.

## Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). (2024a). Hilfe nach Extremerlebnissen. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/unfall-berufs-krankheit/unfaelle-psychische-beeintraechtigungen/hilfe-nach-extremerlebnissen-14672> [Aufgerufen am 16.06.2024]

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). (2024b). Qualifizierung und Beratung: Angebote der BGW zur Gewaltprävention. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/qualifizierung-und-beratung-angebote-fuer-betriebe-zum-umgang-20224> [Aufgerufen am 02.07.2024]

Dammermann, A., & Sander, M. (2023). Gewaltprävention in der Altenpflege. Interventionen und Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (Hrsg.). (2019). Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschue-re-2019.pdf> [Aufgerufen am 16.06.2024]

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2022). Schnelle Hilfe nach einem Trauma. <https://www.dguv.de/kompakt/aktuelles/2022/3-22/index.jsp?query=webcode+d1183887> [Aufgerufen am 16.06.2024]

Görgen, T. (2009). Blicke über den Zaun: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In T. Görgen (Hrsg.), „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen: Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen (S. 480–491). Frankfurt, M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Graß, H., & Walentich, G. (2006). Gefahren für alte Menschen in der Pflege. Basisinformationen und Verhaltensweisen für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und Betroffene. Köln: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen.

Grundel, A., Liepe, K., Fuchs-Römmelt, U., Möller, K., Hoher, R., Grewe, HA., & Blättner, B. (2014). Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen: Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte. pg-papers 01/2014, Fulda. <http://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/239> [Aufgerufen am 16.06.2024]

International Council of Nurses (ICN). (Hrsg.). (2020). Guidelines on advanced practice nursing 2020. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf) [Aufgerufen am 03.07.2024]

International Council of Nurses (ICN). (Hrsg.). (2021). Der Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021. [https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege\\_Charta/Schulungsmaterial/Modul\\_5/Weiterfu%CC%88hrende\\_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf](https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf) [Aufgerufen am 02.07.2024]

Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior* 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

Perel-Levin, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. WHO: Genf. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43523/9789241594530\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43523/9789241594530_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Aufgerufen am 02.07.2024]

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>

Richter, D. (2019). Prävention psychischer Folgen und Nachsorge nach Gewaltereignissen im Gesundheitswesen. In J. Nau, G. Walter, & N. Oud (Hrsg.). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 397–416). Bern: Hogrefe.

Romain-Glassey, N., Ninane, F., de Puy, J., Abt, M., Mangin, P., & Morin, D. (2014). The emergence of forensic nursing and advanced nursing practice in Switzerland: an innovative case study consultation. *Journal of Forensic Nursing* 10(3), 144–52. 10.1097/JFN.000000000000039

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D., & Begg, S. J. (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4, CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>

Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 50 (2020), 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

Walter, G., Nau, J., & Oud, N. (2019). Interventionen. In J. Nau, G. Walter, & N. Oud (Hrsg.). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S.137–182). Bern: Hogrefe.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (Hrsg.). (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. WHO Regionalbüro Europa: Kopenhagen.

Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 18(16), 8459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

Wolf, R., Daichman, L., & Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano. *World report on violence and health* (S. 123–145). Genf: WHO.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2024). *Unterstützung und Hilfen*. Krisentelefone. <https://www.zqp.de/angebot/krisentelefone/> [Aufgerufen am 02.07.2024]



# Gewaltschutzkonzepte in der Pflege

*Daniela Sulmann, Mathias Haeger & Carolin Oppermann*

Organisationen haben Einfluss darauf, ob innerhalb ihrer Strukturen Gewalt entsteht oder vermieden werden kann. Das gilt auch für Pflegeeinrichtungen und -dienste. Es gibt verschiedene Ansätze, um das Risiko für Gewalt in Pflegeorganisationen zu reduzieren, ein Ansatz ist die Implementierung eines organisationalen Gewaltschutzkonzepts. Ein solches Konzept hat insbesondere den Zweck, pflegebedürftige Menschen in deren vulnerabler Situation vor Gewalt zu schützen.

Zur Entwicklung und nachhaltigen Implementierung eines solchen Gewaltschutzkonzepts eignet sich die Initiierung eines partizipativen Organisationsentwicklungsprozesses. Denn unter anderem sind Akzeptanz und Motivation wichtige Voraussetzungen für die nachhaltige Implementierung. Weitere wichtige Aspekte sind zum Beispiel organisationsbezogene Risiko- und Ressourcenanalysen, Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Gewaltprävention und standardisierte Verfahren, welche festlegen, was im Fall von (vermuteter) Gewalt zu tun ist.

Für die Entwicklung und Implementierung von Gewaltschutzkonzepten in Pflegeorganisationen gibt es verschiedene Handlungshilfen. Ein Muster-Rahmenkonzept vom ZQP und der Universität zu Köln wird Mitte/Ende 2025 veröffentlicht.

Stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste sind verpflichtet, geeignete Strukturen und Maßnahmen vorzuhalten, um pflegebedürftige Menschen vor Gewalt zu schützen. Wenngleich keine klare wissenschaftliche Evidenz für spezifische Interventionen zur Gewaltprävention vorliegt, gibt es jedoch in der Forschung gute Hinweise darauf, dass bestimmte Ansätze und Maßnahmen geeignet sein können. Dazu gehören komplexe oder multimodale Interventionen, wie die Entwicklung und Implementierung eines organisationalen Gewaltschutzkonzepts.

Organisationale Gewaltschutzkonzepte haben den Zweck, das Risiko für Gewalt in Organisationen zu verringern. Dabei steht der Einfluss der Organisation und ihrer Mitglieder auf die Entstehung und den Umgang mit Gewalt im Vordergrund. Entsprechende Gewaltschutzkonzepte haben ihren Ursprung in der Kinder- und Jugendhilfe. Ihr Einsatz hat sich in den letzten Jahren – wenn auch zögerlich – auf andere Handlungsfelder und Organisationen ausgeweitet, die mit vulnerablen Personengruppen arbeiten, wie Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen oder mit Pflegebedarf.

Neuerdings ist in einigen Bundesländern auf Grundlage von Landesgesetzen zum Heimrecht explizit die Implementierung eines organisationalen Gewaltschutzkonzepts in den Pflegeeinrichtungen gefordert.

Über die tatsächliche Verbreitung entsprechender Aktivitäten in der Pflegepraxis ist eher wenig bekannt. Analysen deuten darauf hin, dass es eher einen kleinen, aber stetig zunehmenden Anteil an Pflegeeinrichtungen und -diensten in Deutschland gibt, der sich aktiv mit dem Thema Gewaltprävention auseinandersetzt, hierzu spezifische Maßnahmen ergreift oder systematisch ein Gewaltschutzkonzept einsetzt.

Grundlage für organisationale Schutzkonzepte ist die Annahme, dass in jeder Organisation ein Risiko für Gewalt besteht. Dieses Risiko wird durch Machtasymmetrien zwischen den Organisationsmitgliedern – und insbesondere auch in Pflegebeziehungen – begünstigt. Zudem können individuelle Faktoren bei der pflegebedürftigen oder der pflegenden Person, wie zum Beispiel physische oder psychische Gesundheitsprobleme sowie Überlastung, das Risiko für Gewaltvorkommnisse erhöhen. Dabei wird Gewalt nicht allein als ein Geschehen zwischen zwei Individuen – Täter bzw. Täterin und Opfer – verstanden. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Organisationen mit ihren Strukturen, Kulturen und Interaktionsmustern dazu beitragen, ob Gewalt entsteht oder vermieden werden kann. Es wird hierbei auch von einer Täter-Täterin-Opfer-Institutionen-Dynamik gesprochen.

Ein vielversprechender Ansatz zur Entwicklung und nachhaltigen Implementierung eines organisationalen Gewaltschutzkonzepts ist die Initiierung eines partizipativen Organisationsentwicklungsprozesses. Hierbei werden alle Beteiligten in der Organisation in Planungs- und Umsetzungsprozesse einbezogen, um Bedarfsgerechtigkeit, Akzeptanz, Motivation und damit nachhaltige Verankerung zu erzielen.

Ein erster Schritt ist eine Risiko- und Ressourcenanalyse. Hierbei geht es einerseits darum, Situationen zu identifizieren, in denen das Risiko für Gewalt und Grenzverletzungen hoch ist. Unter anderem kann hierzu ein leitfadengestütztes moderiertes Gespräch mit Mitgliedern der Organisation hilfreich sein, in dem reflektiert wird, in welchen Situationen sich die Menschen in der Organisation nicht ausreichend geschützt bzw. unsicher fühlen (können). Hieraus lassen sich Hinweise ableiten, die als „schwache Signale“ oder auch „starke Signale“ für Gewaltpotenzial in der Organisation verstanden werden können.

Organisationale Gewaltschutzkonzepte haben den Zweck, das Risiko für Gewalt in Organisationen zu verringern.

Organisationen tragen mit ihren Strukturen, Kulturen und Interaktionsmustern dazu bei, ob Gewalt entsteht oder vermieden werden kann.

Zum anderen dient die Analyse dazu, vorhandene Ressourcen zu identifizieren, die zur Gewaltprävention beitragen. Schließlich gilt es, Maßnahmen festzulegen, damit Gewalt so gut wie möglich in der jeweiligen Organisation vermieden werden kann, wie einzuschreiten und wie Vorfälle aufzubereiten sind. Denn auch wenn eine Organisation einen umfangreichen Präventionsprozess angestoßen hat, ist ein vollständiger Schutz vor Gewaltvorfällen nie gegeben.

Daher ist es zentral, dass Organisationen über ein standardisiertes Interventionsverfahren verfügen, das festlegt, was im Fall von (vermuteter) Gewalt zu tun ist. Die Erarbeitung eines solchen Verfahrens ist komplex. Es muss differenziert werden, ob es sich um einen Verdacht oder um einen bestätigten Fall handelt, ob ein Geschehen strafrechtlich relevant ist oder nicht. Organisationen müssen bei einem solchen Verfahren festlegen und transparent machen, wie Vorfälle dokumentiert werden, welche Datenschutzbestimmungen einzuhalten sind, wie Betroffene geschützt werden, wer eingeschaltet werden muss, darf und sollte – und auch, wie zu Unrecht verdächtige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rehabilitiert werden.

Im Rahmen eines organisationalen Gewaltschutzkonzepts bedeutet Aufarbeitung von Vorfällen, dass organisationsinterne fallbezogene Analysen von Gewaltereignissen durchgeführt werden, aus denen konkrete Maßnahmen abgeleitet bzw. Konsequenzen gezogen werden.

Organisationale Gewaltschutzkonzepte sollten mindestens folgende Komponenten aufweisen:

- organisationsbezogene Risiko- und Ressourcenanalyse
- Leitbild, in dem die Haltung zu Gewalt ausdrücklich formuliert ist, plus Verhaltenskodex
- festgelegter Zyklus für Schulung/Fortbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Gewaltprävention
- standardisierte zielgruppengerechte Aufklärung pflegebedürftiger Menschen über Rechte
- Einrichtung der Stelle einer bzw. eines Gewaltpräventionsbeauftragten
- Richtlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bestätigten Fällen, einschließlich Dokumentation und Zusammenarbeit mit externen Stellen wie der Polizei
- Partizipationsmöglichkeiten bei der (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts

In einem Projekt des ZQP und der Universität zu Köln wird derzeit ein Muster-Rahmenkonzept zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt, das diese Komponenten berücksichtigt. Das Rahmenkonzept kann von Pflegeeinrichtungen als Grundlage genutzt werden, um ein eigenes organisationsbezogenes Gewaltschutzkonzept zu erstellen. Die Entwicklung erfolgt auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche, der Prüfung bereits bestehender Konzepte aus Einrichtungen und Verbänden sowie einer inhaltlichen Diskussion mit Expertinnen und Experten aus Theorie und Praxis. Im Laufe

Es ist zentral, dass Organisationen ein standardisiertes Vorgehen festlegen, was bei einem Gewaltvorfall oder Gewaltverdacht zu tun ist.

Die Gewaltschutzkonzepte sollten an eine organisationsbezogene Risiko- und Ressourcenanalyse anknüpfen.

des Jahres 2025 soll das Muster-Rahmenkonzept finalisiert und als kostenfreies Angebot auf der Internetseite des ZQP verfügbar sein.

Zur Entwicklung und Implementierung von Gewaltschutzkonzepten in Pflegeeinrichtungen könnten zudem folgende Handlungshilfen für die Praxis beitragen:

- ➤ PEKo-Projekt: Modulhandbuch zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege und Konzept zur Gewaltprävention in der ambulanten Pflege
- Universität Hildesheim: Arbeitsbroschüre zur Entwicklung von Schutzkonzepten in der stationären Altenpflege und Plattform mit Informationen zu Schutzkonzepten
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Information und Beratung beim Aufbau von Strukturen zur Gewaltprävention
- Stadt München: Leitfaden zur Entwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte zur Gewaltprävention in der Langzeitpflege
- Empfehlungen des Forschungsprojekts „Safer Care“ (Hochschule Fulda) für ambulante Pflegedienste

## Literatur

- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L., & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res* 21, 244. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>
- Eggert, S., & Suhr, R. (2022). Gewaltprävention ist ein bedeutsames Thema. ZQP diskurs 2022 (S. 4–9). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/produkt/diskurs-2022/>
- Fegert, J. M., Schröer, W., & Wolff, M. (2017). Persönliche Rechte von Kindern und Jugendlichen. In M. Wolff, W. Schröer, & J. M. Fegert (Hrsg.). *Schutzkonzepte in Theorie und Praxis: Ein beteiligungsorientiertes Werkbuch* (S. 14–23). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Freck, S. (2016). Institutionelle Schutzkonzepte als Strukturmodelle zum Schutz vor sexualisierter Gewalt in Einrichtungen der Erwachsenenhilfe. In M. Wazlawik, & S. Freck (Hrsg.). *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen* (S. 183–208). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-13767-0\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-13767-0_11)
- Hancock, D. & Pillemer, K. (2023). Global Review of Elder Mistreatment Research. A Narrative Review. *GeroPsych*, 36(3), 127–134. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000299>
- Köpke, S., Dammermann, A., Isensee, S., Sander, M., Stojanov, A., Balzer, K., Freytag, S., Schultes, K., Blättner, B., Bieber, A., Fleischer, S., & Meyer, G. (2021). Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege. Abschlussbericht – Kurzversion (PEKo 1.0). <https://peko-gegen-gewalt.de/berichte-und-veroeffentlichungen>
- Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., Sweeney, L., & McClay, R. (2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1797–1815. <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>
- Oeffling, Y., Winter, V., & Wolff, M. (2018). Prävention als organisationales Bildungskonzept. In C. Oppermann, V. Winter, C. Harder, M. Wolff, & W. Schröer (Hrsg.). *Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen* (S. 204–231). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Oppermann, C., Roth, M. R., Schröder, J., & Visel, S. (2020). *Schutzkonzepte in der stationären Altenpflege: Eine Arbeitsbroschüre*. Hildesheim: Universitätsverlag. <https://doi.org/10.18442/154>
- Oppermann, C., & Schröder, J. (2021). Sichere Orte? Schutzkonzepte in der stationären Altenpflege. *neue praxis*, 3, 73–192.
- Pillemer, K., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D., Meador, R., Schultz, L., Lachs, M. S., Nolte, J., Chen, E. K., & Teresi, J. A. (2022). Factors associated with resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 70(4):1208–1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.17622>
- Schade, T. (2024). *Gewaltschutz in der Pflege: Empfehlungen zur Erarbeitung von Konzepten zum Gewaltschutz*. Impulspapier, 1–6. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz.

Schröer, W., & Wolff, M. (2018). Grenzkonstellationen in Organisationen. In C. Oppermann, V. Winter, C. Harder, M. Wolff, & W. Schröer (Hrsg.), *Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen* (S. 128–140). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Wolff, M., Schröer, W., & Winter, V. (2018). Die Gefährdungsanalyse – das zentrale Element von Schutzkonzepten. In C. Oppermann, V. Winter, C. Harder, M. Wolff, & W. Schröer (Hrsg.), *Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen* (S. 79–95). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

# Weitere Angebote des ZQP zum Thema Gewaltprävention

*Pauline Wagner*

Gewaltprävention in der Pflege ist ein inhaltlicher Schwerpunkt des ZQP. Dabei zielt die Stiftung zum einen auf Aufklärung und Sensibilisierung sowie auf die Stärkung des Fachdiskurses zu dem Thema, zum anderen schafft sie konkrete praxisrelevante Angebote.

Dazu erarbeiten die Expertinnen und Experten des ZQP Forschungsbeiträge, Arbeits- und Schulungsmaterialien für die professionelle Pflege und Fachinstrumente sowie Informationen für pflegende Angehörige. Entsprechend sind die Zielgruppen hierfür Praktikerinnen und Praktiker aus der Versorgung, pflegende Angehörige, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie politische Akteurinnen und Akteure. Die Aufbereitung der Inhalte erfolgt systematisch anhand des ZQP-Methodenstandards.

Alle Schriften des ZQP und Praxisangebote zur Gewaltprävention werden dabei kosten- und werbefrei über das Onlineportal der Stiftung zur Verfügung gestellt.

Nachfolgend werden ausgewählte Fachveröffentlichungen und Praxisangebote im Kontext Gewalt und Gewaltprävention in der Pflege dargestellt, die das ZQP verfasst und erarbeitet hat bzw. an denen es maßgeblich beteiligt war.

## Fachveröffentlichungen

Eggert, S., & Teubner, C. (2024). Gewalt und Misshandlung in der häuslichen Pflege: Ein relevantes Phänomen, auch für die hausärztliche Praxis. *MMW – Fortschritte der Medizin*, 166(3), 36-39. <https://doi.org/10.1007/s15006-024-3562-7>

Eggert, S., & Teubner, C. (2023). Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/woocommerce\\_uploads/ZQP\\_Analyse\\_Gewalt\\_BewohnerStationaer.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_BewohnerStationaer.pdf)

Eggert, S., Haeger, M., Teubner, C., Wagner, P., Köpsel, N., Höhn, C., ... Görden, T. (2023). Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL). ZQP-Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege; Deutsche Hochschule der Polizei. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-DHPol-Abschlussbericht-SeGEL-1.pdf>

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (Hrsg.). (2022). ZQP diskurs, 2022. Berlin: ZQP. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Stiftungsmagazin\\_2022.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Stiftungsmagazin_2022.pdf)

Moser, F., Schütz, L., Teubner, C., Lahmann, N., Kuhlmeier, A., & Suhr, R. (2021). Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 223-230. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>

Garay, S., Lux, K., Sulmann, D., & Vathjunker, D. (2020). Erarbeitung von Schulungsmaterial zum Thema aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen – Teilbericht zum Projekt Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung. ZQP-Projektbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Projektbericht\\_ZQP\\_Praevention\\_zwischen\\_Heimbewohnern.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Projektbericht_ZQP_Praevention_zwischen_Heimbewohnern.pdf)

Suhr, R., & Kuhlmeier, A. (Hrsg.). (2020). Gewalt und Alter. *Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt* (Band 10). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110650341>

Eggert, S., Schnapp, P., & Sulmann, D. (2018). Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Analyse\\_Gewalt\\_informelle\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_informelle_Pflege.pdf)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (Hrsg.). (2017). Gewaltprävention in der Pflege. ZQP-Report. Berlin: ZQP. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report\\_Gewalt\\_Praevention\\_Pflege\\_Alte\\_Menschen.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf)



# Praxisangebote

Alle Angebote des ZQP sind frei zugänglich, werbefrei und kostenlos. Broschüren können jederzeit unentgeltlich heruntergeladen werden. Hier geht's zum Bestellbereich des ZQP: [www.zqp.de/bestellen/](http://www.zqp.de/bestellen/)



## Arbeits- und Schulungsmaterialien für die professionelle Pflege

- Prävention von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in der informellen sowie professionellen stationären und ambulanten Pflege
- Prävention von Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen
- Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen



Das Arbeitsmaterial adressiert primär Auszubildende für Pflegeberufe, professionell Pflegende sowie Leitungspersonen, kann aber auch interdisziplinär eingesetzt werden.

Das Material soll dabei zur Prävention von und zum Umgang mit Gewalt sensibilisieren, Wissen vermitteln und zur Reflexion eigener Perspektiven, Einstellungen und Verhaltensweisen anregen. Darüber hinaus bietet das Material praxisbezogene Anregungen und zeigt auch weiterführende Hilfen und Unterstützung auf. Das Material umfasst sowohl informative als auch interaktive Elemente, ist dialogoffen angelegt, soll die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema fördern und zur Reflexion eigener Praxiserfahrungen anregen.

Das Arbeitsmaterial eignet sich etwa für Fortbildungen oder Workshops in Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen.



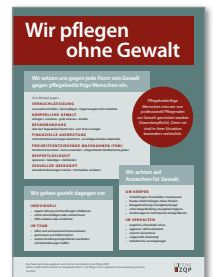
Das Schulungsmaterial umfasst verschiedene Elemente, z. B.:



Arbeitsblätter



Präsentationsfolien



Plakate

## ZQP-Onlineportal

Die zentrale Internetplattform bietet unter anderem auch Wissen und Tipps rund um das Thema Gewalt für professionell Pflegende und pflegende Angehörige. Neben allgemeinen Informationen zu Häufigkeit und Folgen von Gewalt bietet das Onlineportal auch Wissen und Tipps zu einzelnen Gewaltformen wie etwa freiheitsentziehenden Maßnahmen, Vernachlässigung oder sexualisierter Gewalt. Ausgewählte Inhalte werden auch in leichter Sprache zur Verfügung gestellt.

## Erklärfilme

### Gewalt in der Pflege vorbeugen

Ältere pflegebedürftige Menschen sind gefährdet, Gewalt zu erfahren. Dieser Film vermittelt einen kurzen ersten Eindruck davon, was Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen ist und wo man Hilfe findet.

### Demenz und Gewaltprävention

Menschen mit Demenz sind gefährdet, Gewalt zu erfahren. Dieser Film vermittelt einen kurzen ersten Überblick, warum das so ist. Er zeigt außerdem, wo es weitere Informationen zur Gewaltprävention gibt und wo man Hilfe findet.

## Ratgeber

### Gewalt vorbeugen

#### Praxistipps für den Pflegealltag

Der Pflege-Ratgeber bietet Wissen über Formen und Ursachen von Gewalt, Anregungen zum Umgang mit Aggressionen und zur Vorbeugung von Gewalt im Pflegealltag sowie Hinweise zu Unterstützungsangeboten.



### Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen verhindern

#### Was man wissen sollte – und was man tun kann

Der Kurz-Ratgeber enthält Informationen über Formen und Folgen von Gewalt sowie Anzeichen, 10 Tipps zum Vorgehen bei Gewaltverdacht und Hinweise auf Nottelefone und weitere Anlaufstellen.



## Übersicht zu Hilfetelefonen und Beratung

Spezialisierte Hilfetelefone können in akuten Krisensituationen helfen und sind leicht zugänglich. Expertinnen und Experten hören zu und unterstützen bei Gewaltsituationen in der Pflege. Das ZQP-Onlineportal bietet eine Übersicht und Adressen zu Krisentelefonen in ganz Deutschland. Auch in der Beratungsdatenbank des ZQP gibt es örtliche Beratungsangebote, die rund um das Thema Gewalt beraten.



Zur Krisentelefon-Übersicht



Zur Beratungsdatenbank

### Ausblick:

- Im Frühjahr 2025 wird das Pflege-CIRS des ZQP verfügbar sein. Dabei handelt es sich um ein bundesweites digitales Lernsystem für Pflegende, von dem auch Einrichtungen profitieren können. Mehr dazu unter: [www.zqp.de](http://www.zqp.de)
- 2025 wird zudem ein Muster-Rahmenkonzept zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (entwickelt vom ZQP und der Universität zu Köln) veröffentlicht, das Einrichtungen bei der Implementierung eines Gewaltpräventionskonzepts unterstützen soll.

# Über das ZQP

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist eine unabhängige, gemeinnützige und operative Stiftung, die vom Verband der Privaten Krankenversicherung errichtet wurde. Ziel der Arbeit ist es, zu guter Pflege in Deutschland beizutragen. Dazu gehört, Prävention und Gesundheit im Alter zu stärken.

Menschen mit einem hohen Risiko für Pflegebedürftigkeit oder mit ausgeprägtem Pflegebedarf stellen eine zentrale Gruppe im Gesundheitssystem dar – nicht nur in Pflegeheimen oder ambulanten Diensten, sondern z. B. auch in Kliniken und Arztpraxen. Hierzulande leben über 5 Millionen pflegebedürftige Menschen. Hinzu kommen etwa 7 Millionen pflegende Angehörige, die als eine zentrale Säule der „Altenpflege“ hochrelevant und zugleich gesundheitlich besonders belastet sind.

Instrumente und Konzepte, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden, zu begrenzen und bestmöglich zu gestalten, sind also dringend gefragt. Genau hieran arbeitet das ZQP – wissenschaftlich und praxisbezogen. Entsprechende Schwerpunkte sind „Prävention und Pflegesicherheit“ im Zusammenhang mit dem eng verwobenen Themenfeld „Pflegebedürftigkeit, Pflege sowie Gesundheit im Alter“. Neben der Forschung hierzu zielt die Stiftungsarbeit darauf ab, bestverfügbares Wissen in methodisch fundierten Informations- und Lernangeboten und andere Instrumente für den Praxis-Transfer zielgruppengerecht aufzubereiten.

Die Expertise des ZQP gründet auf einem über 20-köpfigen multiprofessionellen Team mit Qualifikationen und Erfahrungen u. a. in Gerontologie, Geisteswissenschaften, Gesundheitswissenschaften/Public Health, Medizin, Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Sportwissenschaft sowie Volkswirtschaftslehre – und nicht zuletzt in der Pflegepraxis.

Darüber hinaus arbeitet das ZQP kontinuierlich mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Verbraucher- und Selbsthilfeverbänden, von Leistungsträgern und -erbringern sowie aus Berufsverbänden zusammen, etwa in seinen Gremien oder im Rahmen von Kooperationsprojekten. Dazu gehört auch, dass das ZQP eine Plattform für inhaltlichen, interdisziplinären Austausch bietet und das pflegeassoziierte Wissensnetzwerk in Deutschland stärkt.

Sein Arbeitsprogramm gibt sich das ZQP selbst. Förderungen oder Auftragsarbeiten für Dritte schließt die Satzung aus. Alle Arbeitsergebnisse sind werbefrei und stehen unentgeltlich zur Verfügung.

# Autorinnen und Autoren

## Anja Bergmann

Pflegefachperson mit Abschlüssen in Pflegewissenschaft (B.Sc.) und Public Health (M.Sc.); seit 2018 nebenberuflich als Dozentin für Gewalt in der Pflege tätig; aktuell wissenschaftliche Mitarbeiterin im PEKo-Projekt und Promotion zu Gewalt in der Pflege bei Professor Sascha Köpke am Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln



## Dr. Simon Eggert

Humanwissenschaftler; Geschäftsleiter im ZQP mit fachlichen Schwerpunkten auf informeller Versorgung, Prävention im Alter und bei Pflegebedürftigkeit sowie Sicherheit und Gewalt in Pflegesettings; zuvor in der politischen Beratung und Kommunikation tätig



## Prof. Dr. Thomas Görgen

Psychologe; Deutsche Hochschule der Polizei (Münster), Fachgebiet Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention; Arbeitsschwerpunkte liegen in den Themenfeldern schwere Gewalkriminalität, Gewalt in Partnerschaft und Familie, Viktimisierungsrisiken im Alter und bei Pflegebedürftigkeit, terroristische und extremistische Gewalt, kriminal- und gewaltpräventive Strategien und Handlungsansätze



## Dr. Mathias Haeger

Sportwissenschaftler; wissenschaftlicher Mitarbeiter im ZQP mit fachlichem Schwerpunkt auf Prävention im Alter und bei Pflegebedürftigkeit; Experte für Befragungen und statistische Auswertungen; forschte zuvor zu den Zusammenhängen von Bewegung und Kognition in verschiedenen Lebenswelten



### Chantal Höhn

Master Kriminologie und Gewaltforschung; derzeit als Analystin im Landeskriminalamt NRW im Phänomenbereich Politisch Motivierte Kriminalität tätig; vorige Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster in verschiedenen Forschungsprojekten, vorwiegend zu Gewaltdelikten gegenüber älteren (vulnerablen) Personengruppen



### Prof. Dr. Sascha Köpke

Krankenpfleger; Pflegewissenschaftler; seit 2020 Leiter des Instituts für Pflegewissenschaft und des B.Sc.-Studiengangs „Klinische Pflege“ an der Universität zu Köln; Forschungsschwerpunkt: Klinische Pflegeforschung, z. B. Prävention von Gewalt in der Pflege; Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des ZQP



### Natalie Köpsel

M.Sc. Psychologie; seit 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention der Deutschen Hochschule der Polizei, Münster; Forschungsschwerpunkte liegen in sexueller/häuslicher Gewalt und angewandter Prävention



### Sascha Mousawi

Kriminologe und Regierungsbeschäftigter der Polizei NRW im Bedrohungsmanagement (PeRisikoP) zur Prävention schwerster Gewaltstraftaten; Geschäftsführer einer Evaluationsstudie des LKA NRW und Doktorand an der DHPol zur Risikotypologie und Prävention im Bedrohungsmanagement



### Dr. Carolin Oppermann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik der Universität Hildesheim; Forschungsschwerpunkte sind Schutzkonzepte, wissenschaftliche Aufarbeitung von Gewalt und Soziale Altenarbeit



### Marco Sander

Pflegewissenschaftler M. A.; Pflege und Gesundheitsförderung B. A.; Altenpfleger; Palliative Care Pflegefachperson; Leitung der Akademie der Palliativnetz Travebogen gGmbH; Forschungsschwerpunkt Gewalt im Gesundheitswesen



### PD Dr. Ralf Suhr

Mediziner; Vorstandsvorsitzender des ZQP mit fachlichen Schwerpunkten auf den Themen Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen im ambulanten Setting, Sicherheit und Gewaltprävention in der Pflege; lehrt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin unter anderem zum Thema Gewaltprävention



### Daniela Sulmann

Dipl. Pflegewirtin; Krankenschwester; Geschäftsleiterin im ZQP mit fachlichen Schwerpunkten u. a. auf Pflegesicherheit, Wissensvermittlung und Praxistransfer; zuvor in der Pflegepraxis, im QM und in der wissenschaftlichen Politikberatung tätig



### **Dr. Christian Teubner**

Volkswirt mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie; wissenschaftlicher Mitarbeiter im ZQP mit fachlichem Schwerpunkt u. a. auf dem Phänomen Gewalt in der Pflege; Experte für Befragungen und statistische Auswertungen; zuvor als Berater im Gesundheitswesen tätig



### **Pauline Wagner**

Sport- und Gesundheitswissenschaftlerin; wissenschaftliche Mitarbeiterin im ZQP mit dem fachlichen Themenschwerpunkt Gewaltprävention in der Pflege; Expertin für Wissenschaftskommunikation











