

# Entwicklung eines organisationsbezogenen Gewaltschutzkonzepts

Praxisleitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen

## Impressum

### Herausgeber

Gemeinnützige Fachstiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin

### Autoren und Autorinnen – in alphabetischer Reihenfolge –

Dr. Simon Eggert

Dr. Mathias Haeger

Katharina Lux

Daniela Sulmann

Daniela Vähjunker

### Gestaltung

zwoplus, Berlin

### Download des Praxisleitfadens und des Faktenblatts

[www.zqp.de](http://www.zqp.de)

### Hinweis

Dieser Praxisleitfaden ist frei zugänglich und kann zur Organisationsentwicklung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege genutzt werden, um ein organisationsbezogenes Gewaltschutzkonzept zu erstellen.

### Hintergrund

Dieser Praxisleitfaden wurde auf Grundlage der Ergebnisse des wissenschaftlichen Projekts „Entwicklung eines Muster-Rahmenkonzeptes zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen“ (Kurztitel: EMeRGe) des Zentrums für Qualität in der Pflege und des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln erarbeitet. Wir danken Anja Bergmann, Lea Bremer und Prof. Dr. Sascha Köpke von der Universität zu Köln für die sehr gute Zusammenarbeit in dem Projekt und bei der Erstellung dieses Praxisleitfadens.

© 2026 Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin  
Januar 2026

<https://doi.org/10.71059/FYRQ8547>

# Inhalt

<b>Zu diesem Leitfaden .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Wissen zu Gewalt in der Pflege .....</b>	<b>4</b>
Konstellationen .....	4
Formen .....	4
Folgen .....	6
Ursachen .....	6
<b>2 Tipps zur Erstellung eines organisationsbezogenen Gewaltschutzkonzepts .....</b>	<b>8</b>
Vorbereitung: Was vorab wichtig ist .....	9
Entwicklung: Gewaltschutzkonzept erarbeiten.....	11
Umsetzung: Gewaltschutzkonzept implementieren .....	14
Evaluation: Wirksamkeit prüfen und Konzept aktualisieren .....	15
<b>3 Risikoanalyse .....</b>	<b>16</b>
Vorgehen.....	16
Check-up zur Risikoanalyse für Gewalt in der Einrichtung .....	17
<b>4 Anregungen für Maßnahmen .....</b>	<b>21</b>
Einrichtungskultur .....	21
Strukturen und Prozesse.....	22
Umgang mit Verdachtsfällen und Gewaltereignissen.....	24
<b>5 Musterkonzept für Einrichtungen .....</b>	<b>26</b>
<b>Quellen.....</b>	<b>31</b>



## Zu diesem Leitfaden

Wo Menschen leben und arbeiten, kann es zu Konflikten und Gewalt kommen – auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Gewalt in der Pflege kann sich in vielfältiger Weise und verschiedenen Konstellationen zeigen. Das Schadenspotenzial ist erheblich. Prävention von Gewalt in der Pflege ist daher hochrelevant. Dieser Leitfaden soll die Einrichtungen dabei unterstützen.

Gewaltprävention ist eine Grundbedingung für eine gute und sichere Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zentraler Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses von Pflegefachpersonen. Sie ist zudem die Basis für eine gute und sichere Arbeitsumgebung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Gewaltprävention schützt Rechte und Gesundheit und stärkt das Vertrauen von Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Angehörigen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Gewaltprävention kann die Einrichtungskultur und das Arbeitsklima verbessern sowie die Einrichtung als Lebens- und Arbeitsort deutlich attraktiver machen. Das kann sich positiv auf die Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung und den Krankenstand auswirken.

Gewaltprävention ist die Basis für sichere Pflege und gute Arbeitsbedingungen.

Eine allgemeingültige Methode, um Gewalt in der Pflege zu verhindern, gibt es nicht. Die Ursachen und Auslöser für Gewalt sind vielfältig und unterliegen dem Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren. Maßnahmen zur Gewaltprävention müssen vielgestaltig sein und die verschiedenen Gewaltrichtungen und -konstellationen in den Einrichtungen berücksichtigen. Dies umfasst Maßnahmen, um Gewalt vorzubeugen, konstruktiv mit Ereignissen und deren Folgen umzugehen und diese konsequent aufzuarbeiten, um Wiederholungen künftig zu vermeiden. Wichtige Ansatzpunkte sind dabei unter anderem die Auseinandersetzung mit einrichtungsspezifischen Risikofaktoren für Gewalt, Einrichtungskultur und -strukturen sowie das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Maßnahmen sollten vielgestaltig und organisationsbezogen sein..

Eine zentrale Grundlage für Gewaltprävention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bildet die wirksame Implementierung eines organisationsbezogenen Gewaltschutzkonzepts. Dies soll Risikofaktoren transparent machen, konkrete Präventionsmaßnahmen definieren, Reaktionsprozesse und Zuständigkeiten festlegen und insgesamt klare und nachhaltige gewaltpräventive Strukturen schaffen. Ein solches Konzept soll sensibilisieren, motivieren und zu nachhaltigen Lernerfolgen führen.

Ein Gewaltschutzkonzept ist eine zentrale Präventionsmaßnahme.

Maßgeblich ist eine eindeutige Haltung der Leitungspersonen zur Bedeutung von Gewaltprävention in der Einrichtung sowie deren aktive und fortlaufende Unterstützung bei der Gestaltung geeigneter Rahmenbedingungen. Zudem ist ein partizipatives Vorgehen wesentlich. Das bedeutet, allen Personen, die in der Einrichtung von Gewalt betroffen sein können, zu ermöglichen, sich aktiv an Entscheidungen und Prozessen zu beteiligen. Ziel dabei ist, ihre Perspektiven möglichst gut zu berücksichtigen.



Mit dem Praxisleitfaden soll die strukturierte fachlich-konstruktive Auseinandersetzung mit dem Phänomen Gewalt in Pflegeorganisationen unterstützt werden, um eine gemeinsame Haltung gegen Gewalt sowie Kompetenzen und Strukturen zum Schutz aller Personen in der Einrichtung zu entwickeln. Er gibt konkrete Hinweise für die partizipative Erarbeitung, Weiterentwicklung und Evaluation eines Gewaltschutzkonzepts in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und richtet sich insbesondere an Leitungspersonen, Qualitätsmanagement- und Gewaltpräventionsbeauftragte sowie an Teams, welche ein Gewaltschutzkonzept für ihre Einrichtung erarbeiten.

Kapitel 1 bietet Informationen zu Gewaltformen, möglichen Gewaltkonstellationen zwischen Personen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie zu Risikofaktoren. In Kapitel 2 wird Schritt für Schritt aufgezeigt, wie ein Gewaltschutzkonzept entwickelt werden kann. Kapitel 3 bietet Hilfestellung, um im Rahmen eines umfassenden Reflexionsprozesses eine organisationsbezogene Risikoanalyse durchzuführen. In Kapitel 4 werden Anregungen für verschiedene Maßnahmen zur Gewaltprävention dargestellt. Kapitel 5 umfasst eine Mustervorlage für die Erstellung des einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepts.

Der Praxisleitfaden unterstützt bei der Entwicklung.

### Grundlage des Leitfadens und des Musterkonzepts

Dieser Leitfaden ist im Projekt „Entwicklung eines Muster-Rahmenkonzepts zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen“ (Kurztitel: EMeRGe) des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln entstanden. Wesentlich war hierbei die Erstellung eines wissenschaftlichen Reviews (zur Veröffentlichung eingereicht) zu Risikofaktoren für Gewalt und bestehenden Schutzkonzepten sowie die Durchführung von Workshops mit Expertinnen und Experten aus Praxis, Verwaltung und Forschung. Hieraus folgte die Erarbeitung des Praxisleitfadens entsprechend den Prinzipien des ZQP-Methodenstandards zur Erstellung wissenschaftsbasierter und praxisorientierter Pflegeinformationen. Weitere Informationen: [www.zqp.de](http://www.zqp.de)



# 1 Wissen zu Gewalt in der Pflege

Das Phänomen Gewalt in der Pflege ist komplex. Das gilt für alle Konstellationen, Formen und Ursachen. Zur Gewaltprävention ist es wichtig, ein ausgeprägtes Bewusstsein hierfür zu haben. Mit dem Begriff Gewalt in der Pflege soll keine juristische oder moralische Beurteilung von Verhalten vorweggenommen werden, sondern er dient einer fachlichen Handlungsanalyse in Hinblick auf das Ziel, Gewalt in Pflegeorganisationen weitestgehend vorzubeugen. Wissen zur Konstellationen, Formen, Folgen und Ursachen von Gewalt in der Pflege bietet dieses Kapitel.

## Konstellationen

Von Gewalt in der Pflege können alle an der Versorgung beteiligten Personen betroffen sein: pflegebedürftige Menschen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel aus Therapie, Fahrdienst oder Ehrenamt. Zudem können sie alle selbst Gewalt ausüben oder dazu beitragen. Gewalt kann in allen Konstellationen zwischen den genannten Personen vorkommen. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege kommt es nicht selten vor, dass Personen dort sowohl schon Gewalt erfahren als auch Gewalt ausgeübt haben – auch weil Aggressionen und Gewalt Gegenaggressionen und -gewalt auslösen können. Zudem können die institutionellen Strukturen in Einrichtungen Gewalt gegen die dort lebenden und arbeitenden Menschen erzeugen.

Pflegebedürftige Menschen sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und Hilfeabhängigkeit besonders verletzlich und ausgeliefert. Das gilt insbesondere für Menschen mit krankheitsbedingt verändertem Verhalten, kognitiven Einschränkungen, hohem Pflegebedarf, eingeschränkten Fähigkeiten zur Teilhabe sowie gerade für solche Bewohnerinnen und Bewohner, die wenig soziale Unterstützung von Angehörigen erfahren und beispielsweise kaum Besuch bekommen.

## Formen

Was als Gewalt empfunden wird, hängt von der individuellen Wahrnehmung und Bewertung sowie gesellschaftlichen Normen, kulturellen und sozialen Einflüssen ab. Daher kann es sein, dass Gewalt als solche nicht erkannt, bemerkt oder ernst genommen wird. Viele Ereignisse werden nicht berichtet oder falsch eingeordnet.

Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen bedeutet, dass jemandem durch eine Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion Schaden oder Leid zugefügt wird. Solche Gewalt kann körperlich oder physisch sein. Auch Vernachlässigung, der Eingriff in die Selbstbestimmung bis hin zu Zwang, wie freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM), und sexualisierte bzw. sexuelle Gewalt sowie finanzielle Ausbeutung sind Formen von Gewalt. Zudem ist strukturelle Gewalt zu nennen: Damit sind institutionelle Rahmenbedingungen oder organisatorische Abläufe gemeint, die die Rechte von den an der Versorgung beteiligten Menschen einschränken oder ihnen in anderer Weise schaden.

Dabei ist zu unterstreichen: Nur ein Teil von dem, was in der Pflege als Gewalt verstanden wird, ist rechtlich verboten. Es kann sogar etwas rechtlich ausdrücklich zulässig sein – trotzdem bleibt es Gewalt, zum Beispiel eine richterlich genehmigte FEM.



Gewalt gegen Pflegende, andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen, Angehörige, Besucherinnen und Besucher umfasst ähnliche Gewaltdimensionen wie die genannten. Allerdings gibt es auch deutliche Unterschiede. So ist die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Gewaltereignisse zwischen den Gruppen ungleich verteilt. Von bestimmten Gewaltausprägungen sind bestimmte Gruppen in der Einrichtung nicht bedroht, zum Beispiel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Personen von Vernachlässigung oder FEM.

## **Beispiele für Gewaltformen und Ausprägungen in der Pflege**

### **Psychische Gewalt**

- schimpfen, tadeln
- bloßstellen, demütigen
- beleidigen, ungefragt duzen oder Spitznamen verwenden
- ignorieren, nicht ernst nehmen

### **Vernachlässigung**

- lange auf Hilfe warten lassen, Symptome nicht beachten, emotionale Bedürfnisse nicht ernst nehmen
- erforderliche Hilfsmittel nicht anbieten/einsetzen, z. B. Gehhilfe, Hörgerät, Pflegematerial
- nicht bedarfsgerecht unterstützen, z. B. bei der Ernährung, Bewegung, Beschäftigung, Kommunikation
- Pflegemaßnahmen mangelhaft durchführen, z. B. bei der Wundversorgung, Körperpflege, Schmerzbehandlung

### **Eingriff in die Selbstbestimmung**

- bevormunden
- Tagesablauf, Kontakte und Beschäftigung vorgeben
- Privatsphäre missachten oder einschränken
- Bewegungsfreiheit einschränken, z. B. durch Fixierung, ungewünschte oder nicht verordnete Medikamente, Wegnahme von Hilfsmitteln

### **Körperliche Übergriffe**

- schlagen, kneifen, kratzen, schütteln, stoßen
- anspucken, beißen
- ungewollte oder nicht notwendige Pflegemaßnahmen durchführen
- bei der Pflege unvorsichtig, ruckartig, grob vorgehen, z. B. bei der Mobilisation

### **Sexualisierte bzw. sexuelle Gewalt**

- sexuelle Selbstbestimmung missachten
- Intimsphäre/Schamgefühle missachten, heimlich fotografieren, filmen
- sexuelle Andeutungen machen
- unerwünscht berühren, Intimkontakte verlangen oder erzwingen

### **Finanzielle Ausbeutung**

- Geld/Wertgegenstände wegnehmen, geliehenes Geld unterschlagen
- zu Geschenken überreden oder nötigen
- Vollmacht missbrauchen
- zur Änderung des Testaments drängen



## Strukturelle Gewalt

- starre Abläufe, die grundlegenden Bedürfnissen und Selbstbestimmung entgegenstehen, z. B. starre Essenzeiten, eingeschränkte Besuchsmöglichkeiten
- zu wenig Personal, um Bewohnerinnen und Bewohnern rechtzeitig zu helfen
- fehlende Rückzugsräume, um Privatheit und Intimsphäre zu ermöglichen
- krankmachende Arbeitsbedingungen, z. B. ständige Überlastung

## Folgen

Gewalt in der Pflege kann unter anderem schwerwiegende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit haben. Dies sind etwa körperliche Verletzungen, Schlafstörungen, Angst und Misstrauen. Das gilt für alle von Gewalt Betroffene wie pflegebedürftige Menschen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige oder andere Personen in der Einrichtung.

Die Folgen von Vernachlässigung pflegebedürftiger Menschen wie Mangelernährung, Infektionen oder der Verlust von körperlichen Fähigkeiten machen sich häufig nicht sofort bemerkbar. Wenn als FEM beruhigende Medikamente eingesetzt werden, besteht das Risiko schädlicher Neben- oder Wechselwirkungen. Einige Folgen von Gewalt können langfristig bestehen und zu weiteren Gesundheitsproblemen oder gar zum Tod führen.

Zudem hat Gewalt negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen den Beteiligten und auf das Umfeld und kann zum Verlust von Vertrauen und Respekt führen. Mitunter leiden darunter auch diejenigen, die Gewalt beobachtet haben. Manche haben Angst, bald selbst betroffen zu sein. Oder sie sind verunsichert, weil sie nicht oder nicht angemessen helfen konnten. Auch können Unzufriedenheit, Frustration, gereizte Stimmung oder Wut entstehen. Bei den Beschäftigten kann dies zudem vermehrte Ausfälle oder Kündigungen nach sich ziehen.

Gewalt kann somit negative Auswirkungen auf die gesamte Einrichtung, das Klima sowie die Lebens- und Arbeitsqualität haben.

## Ursachen

Gewalt in der Pflege hat vielfältige Ursachen. Unterschiedliche Faktoren beeinflussen das Risiko, Gewalt zu erfahren oder auszuüben. Häufig wirken mehrere Aspekte zusammen. Gewalt kann persönlich, kulturell oder strukturell begründet sein.

Zum Beispiel kann Gewalt in Form von aggressivem Verhalten aufgrund von Stress, Angst, Frustration oder gesundheitlichen Problemen wie Schmerzen, Depression oder Sucht auftreten. Kognitive Einschränkungen wie bei Demenz oder Delir sowie psychische Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Risiko einher, Gewalt zu erfahren oder auszuüben. Menschen mit erheblichen körperlichen Einschränkungen sowie hohem Unterstützungsbedarf haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko, Gewalt zu erleben.

Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stellen außerdem fehlendes Wissen und fehlende Kompetenzen, insbesondere zu Gewaltprävention, Risikofaktoren für Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner dar.

Strukturelle Risikofaktoren sind unter anderem starre Abläufe, fehlende Verfahrensanweisungen, Personalmangel, Zeitdruck oder fehlende Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Leitung, was zu Überlastung, Unachtsamkeit oder Aggression bzw. Gewalt führen kann.

Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern kann unter anderem durch krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie etwa bei Demenz, Verletzung der Privatsphäre oder unerlaubter Nutzung persönlicher Gegenstände sowie auch durch Missverständnisse verursacht werden.

Gerade weil die Formen und Ursachen von Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege komplex sind, bedarf es einer einrichtungsspezifischen Risikoanalyse (→ Seite 14) sowie Maßnahmen zur Prävention, die auf unterschiedlichen Ebenen an unterschiedlichen Risikofaktoren ansetzen.

Weiterführende Informationen zu in der Forschung ermittelten Risikofaktoren für Gewalt in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind in einem Faktenblatt dargestellt: [www.zqp.de](http://www.zqp.de)



### Weitere Angebote des ZQP zum Thema Gewaltprävention in der Pflege

- Onlineportal mit Wissen u. a. zu Formen, Ursachen und Anzeichen von Gewalt in der Pflege
- Arbeits- und Schulungsmaterial für die professionelle Pflege
- Ratgeber für pflegebedürftige Menschen und Angehörige

[www.zqp.de/schwerpunkt/gewalt-pflege](http://www.zqp.de/schwerpunkt/gewalt-pflege)



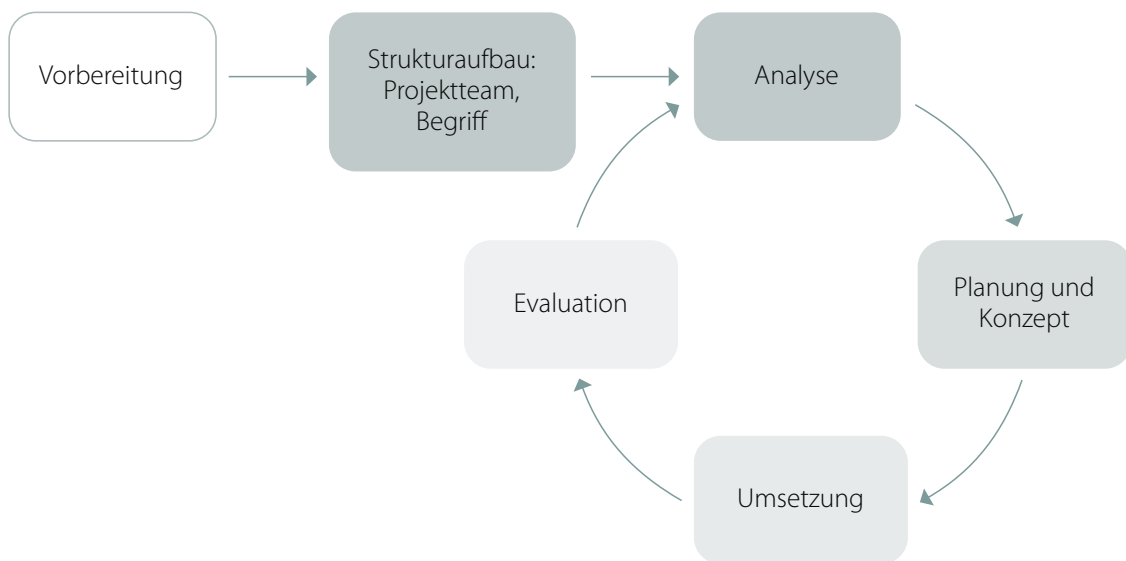
## 2 Tipps zur Erstellung eines organisationsbezogenen Gewaltschutzkonzepts

Die strukturierte organisationsspezifische Entwicklung eines Gewaltschutzkonzepts trägt zur Sensibilisierung bei, hilft, relevante Risiken sowie nötige Interventionen zu identifizieren und bedarfsgerecht und nachhaltig Maßnahmen zur Gewaltprävention in Ihrer Einrichtung zu implementieren.

Das Gewaltschutzkonzept soll dazu die individuellen Rahmenbedingungen Ihrer Einrichtung sowie die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen, die dort leben und arbeiten, berücksichtigen. Maßgeblich dafür ist ein systematisches und partizipatives Vorgehen (→ Seite 10), das die Perspektiven aller Personen einbezieht, die in Ihrer Einrichtung von Gewalt betroffen sein können. Dazu zählt auch der Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern. Wesentlich ist zudem, alle Personen und Ressourcen, die zur Gewaltprävention beitragen können, zu identifizieren und einzubinden.

Hier finden Sie Tipps zur Durchführung eines partizipativ angelegten Projekts zur Entwicklung und nachhaltigen Umsetzung eines Gewaltschutzkonzepts für Ihre Einrichtung. Das Vorgehen orientiert sich am Gesundheitsförderungsprozess nach dem GKV-Leitfaden Prävention.

### Projektphasen



**i** Die Startbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention sind je Pflegeorganisation unterschiedlich. Der Wegweiser zum Gesundheitsförderungsprozess umfasst Tipps, Checklisten und Beispiele, die dabei helfen können, einen Präventionsprozess anzustoßen und umzusetzen: [www.gkv-buendnis.de/gesunde\\_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser\\_8/wegweiser\\_9.html](http://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser_8/wegweiser_9.html)

## Vorbereitung: Was vorab wichtig ist


Gute Vorbereitung trägt zum nachhaltigen Gelingen des Projekts bei. Dazu gehören eine vorausschauende Planung und kooperative Herangehensweise. Zentral sind zudem eine klare Haltung zur Gewaltprävention, Veränderungsbereitschaft und Motivation.

### Überblick verschaffen

- Machen Sie sich mit dem Leitfaden und dem Musterkonzept vertraut, um Aufgaben, geeignete Methoden sowie zeitliche und personelle Bedarfe abzuschätzen.
- Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Situation in Ihrer Einrichtung: Welche Ressourcen können Sie für die Planung und Umsetzung des Projekts nutzen, z. B. personell, strukturell, erfahrungsbasiert? Wo sehen Sie Herausforderungen? Was muss geplant bzw. vorbereitet werden?

### Unterstützung der Leitung sichern

- Stimmen Sie Voraussetzungen und Vorgehen zur Entwicklung des Gewaltschutzkonzepts mit dem Träger oder der Einrichtungsleitung ab, z. B. partizipativer Prozess, Zeitplan, personelle Ressourcen. Sprechen Sie an, welche konkrete Unterstützung Sie benötigen.
- Beziehen Sie relevante Personen aktiv in die Projektplanung und -umsetzung ein, z. B. Leitungspersonen, Qualitätsmanagementbeauftragte (QM-Beauftragte). Holen Sie sich möglichst auch Unterstützung im Team.

 Leitungspersonen prägen durch ihre Einstellungen, Entscheidungen und ihr Verhalten die Einrichtungskultur. Es ist wichtig, dass sie das Projekt nachhaltig und sichtbar unterstützen, zum Beispiel indem sie bei der Bildung des Projektteams helfen, Ressourcen zur Erarbeitung und Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts bereitstellen und dessen Akzeptanz in der Einrichtung fördern.

### Bewusstsein und Motivation fördern

- Machen Sie die Relevanz von Gewaltprävention in der gesamten Einrichtung deutlich. Nutzen Sie z. B. Informationsmaterial oder Poster, etwa das Arbeitsmaterial des ZQP (↗ Seite 7), um auf das Thema aufmerksam zu machen. Bringen Sie es in Teambesprechungen ein.
- Informieren Sie alle Personen in der Einrichtung frühzeitig und umfassend über das Projekt. Transparenz ist zentral für die Akzeptanz und die Beteiligung aller relevanten Akteure. Im Verlauf des Projekts können Sie anhand von Meilensteinen den Fortschritt abbilden und kommunizieren.
- Zeigen Sie auf, wie die Einrichtung und die Personen, die dort leben und arbeiten, von dem Projekt nachhaltig profitieren können.
- Motivieren Sie zur aktiven Beteiligung. Informieren Sie über den partizipativen Ansatz (↗ Seite 10) und Formen der Beteiligung. Etablieren Sie leicht zugängliche Kommunikationskanäle, z. B. eine spezielle E-Mail-Adresse, Info-Briefkasten.



## Partizipation: Wichtig für Nachhaltigkeit

Partizipation ist zentral, um das Konzept an den Bedarfen und Bedürfnissen der Personen auszurichten, die in der Einrichtung von Gewalt betroffen sein können. Dies umfasst die Mitwirkung in allen Projektphasen (Strukturaufbau, Risikoanalyse, Konzepterstellung, -umsetzung und -evaluation) sowie die zielgruppengerechte Aufbereitung der Ergebnisse in unterschiedliche Formate. Allgemein trägt das partizipative Vorgehen zur Akzeptanz des Vorhabens bei.

Maßgebliche Prinzipien sind: Freiwilligkeit, Gleichberechtigung, Transparenz, Wertschätzung, niedrighschwelliger und offener Zugang für alle Interessierten.

### Formate und Methoden

Für eine zielgruppengerechte Beteiligung sollten geeignete Formate und Methoden ausgewählt werden. Beispiele:

- moderierte Gruppendiskussion/Workshops – mit dem gesamten Projektteam oder separat nach Bereichen, Ebenen
- mündliche und/oder schriftliche Befragung
- Metaplanwand
- Einrichtungsbegehung
- Photovoice (Menschen drücken ihre Perspektiven und Bedürfnisse durch Fotografien aus)

### Bedürfnisgerechte Partizipation von Bewohnerinnen und Bewohnern

- Beteiligungs- bzw. Gesprächsformat, Zeitpunkt und Dauer bedarfsgerecht auswählen
- vertraute oder unbeteiligte Person zur Unterstützung bzw. Gesprächsführung einsetzen
- bedarfsgerecht kommunizieren, z. B. langsam, einfach, ggf. Unterstützung organisieren
- nicht überfordern, falls nötig unterbrechen, Bedürfnisse klären, Vorgehen anpassen

### Hinweis zur Durchführung von Gruppendiskussionen

In einer moderierten Gruppendiskussion im gesamten Projektteam können alle Perspektiven gemeinsam reflektiert werden. Separat durchgeführte Gruppendiskussionen mit Pflegenden, Bewohnerinnen, Bewohnern sowie ggf. Leitungspersonen ermöglichen eventuell einen offeneren Austausch. Die Ergebnisse werden im Projektteam diskutiert und von den Gewaltschutzkonzept-Beauftragten (→ Seite 11) zusammengeführt. Wichtig ist, dass alle Perspektiven gehört werden.

Weitere Informationen zum partizipativen Vorgehen bietet z. B. PartNet (Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung): <https://partnet-gesundheit.de/materialien>



## Entwicklung: Gewaltschutzkonzept erarbeiten

Ein systematisches und schrittweises Vorgehen ist für eine erfolgreiche Durchführung des Projekts wesentlich. Zudem gehören gute Organisation sowie eine strukturierte und konstruktive Zusammenarbeit dazu, die Reflexionsprozesse fördert und hilft, gemeinsam zu fundierten und praxisnahen Ergebnissen zu kommen.

### Gewaltschutzkonzept-Beauftragte und Projektteam aufstellen

Entwicklung und Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts erfolgen in einem Projektteam unter Leitung von mindestens 2 Gewaltschutzkonzept-Beauftragten (GeKo-Beauftragten), wenn möglich einer weiblichen und einer männlichen Person.

Das Projektteam sollte möglichst mit Personen aus allen Bereichen der Einrichtung besetzt sein. Die Teilnahme ist freiwillig und für alle offen, sollte aber verbindlich stattfinden.

#### GeKo-Beauftragte


<b>Personen</b>	QM-Beauftragte, Präventionsbeauftragte, Pflegedienstleitung, Pflegefachperson
<b>Kompetenzen</b>	Fähigkeiten im Veränderungsmanagement sowie zur Motivation, Kommunikation und Moderation, Wissen über interne Strukturen und Prozesse, Erfahrung in der Organisation von Arbeitsgruppen
<b>Aufgaben</b>	<p>Projektsteuerung, Ansprechpersonen für alle Fragen zum Projekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prozess zur Konzepterarbeitung und -umsetzung planen</li> <li>■ Projektteam bilden, dabei möglichst viele Perspektiven einbeziehen</li> <li>■ Projektteam leiten</li> <li>■ Projekttreffen organisieren, z. B. Termin, Raum, Einladung, Material, Verpflegung, Dokumentation</li> <li>■ Projekttreffen moderieren</li> <li>■ Leitungspersonen berichten und Unterstützung einholen</li> <li>■ konstruktive, wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Projektteam fördern</li> <li>■ Projektstand und Gewaltschutzkonzept intern und extern kommunizieren</li> <li>■ Planung und Umsetzung der Maßnahmen koordinieren</li> </ul>

#### Projektteam

<b>Personen</b>	GeKo-Beauftragte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Bereichen (z. B. Pflege, Therapie, Verwaltung, Qualitätsmanagement, Leitung, Auszubildende, Hauswirtschaft), Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten, Heimbeirat, Angehörige, Ehrenamtliche, rechtlich Betreuende, externe Fachpersonen, eventuell weitere Personen bei bestimmten Themen
-----------------	--



- Aufgaben** Erarbeitung und Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts auf Basis der Erfahrungen und Perspektiven für das jeweilige Arbeits- bzw. Lebensumfeld
- gemeinsame Werte und Gewaltverständnis formulieren (➔ Seite 12 unten)
  - Risikoanalyse durchführen (➔ Seite 13)
  - Ziele und Adressaten des Konzepts festlegen
  - Maßnahmen festlegen und deren Umsetzung planen, inkl. Zuständigkeiten und Zeitplan
  - Ergebnisse in das jeweilige Arbeits- bzw. Lebensumfeld kommunizieren
  - Konzept für alle Zielgruppen verständlich verschriftlichen
  - Implementierung des Konzepts initiieren

 Das Projektteam legt seine Arbeitsplanung, Arbeitsweise und Kommunikationsregeln fest. Das betrifft zum Beispiel Respekt, Wertschätzung und Vertraulichkeit. Dabei sollten die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner (➔ Seite 10) berücksichtigt werden, etwa Gesundheitszustand, Mobilität und Kommunikationsfähigkeit.

**Meilenstein** Es gibt ein Projektteam, das alle Schritte im Prozess der Konzepterstellung durchführt.

## Gemeinsames Verständnis entwickeln

Das Projektteam entwickelt im Rahmen einer fachlich-konstruktiven Auseinandersetzung ein gemeinsames Verständnis von Gewalt in der Einrichtung. Dies dient der Enttabuisierung sowie der Sensibilisierung für individuelle Sichtweisen. Juristische oder moralische Aspekte können diskutiert werden, aber um eine dementsprechende Bewertung soll es vordergründig nicht gehen.

Die beteiligten Personen sollten verschiedene Formen, Konstellationen, Folgen und Ursachen von Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege kennen. Dabei gilt es auch, Einflussfaktoren für Gewaltereignisse zu reflektieren. Zur Vorbereitung kann eine Schulung oder ein Workshop sinnvoll sein.

 Zur Information und Schulung zur Gewaltprävention können die ZQP-Arbeitsmaterialien genutzt werden (➔ Seite 7).

- Vorgehen** Multiperspektivische Reflexion von Ausprägungen von Gewalt in der Pflege sowie Werten und Haltungen zu Gewaltprävention:
- Gewalt in der Einrichtung als komplexes Phänomen reflektieren, inkl. Formen, Konstellationen und Einflussfaktoren
  - betonen, dass es um Sensibilisierung für das Thema geht – nicht um Schuldzuweisung
  - Perspektiven sammeln, ggf. in Kleingruppen und mithilfe zielgruppengerechter Methoden (z.B. Metaplanwand)
  - konkrete, ggf. anonymisierte Beispiele aus dem Pflegealltag besprechen
  - typische Muster und Schwerpunkte identifizieren
  - Konsens herausarbeiten, der alle relevanten Aspekte aus den verschiedenen Perspektiven abdeckt
  - schriftlich formulieren



- i** Sichtweisen auf Gewalt in der Einrichtung sowie Erfahrungen damit können individuell unterschiedlich sein. Für die Reflexion ist es wichtig, Unterschiede und Ähnlichkeiten zu diskutieren und eine gemeinsame Haltung zu entwickeln.

**Meilenstein** Ein gemeinsames Verständnis von Gewalt in der Einrichtung sowie gemeinsame Werte und Haltungen zu Gewaltprävention sind definiert und dokumentiert.

---

## Gewaltrisiko analysieren

In der Risikoanalyse werden Risikofaktoren einrichtungsbezogen reflektiert. Zudem wird bewertet, inwieweit wirksame Maßnahmen zur Risikoreduktion und Ressourcen vorhanden sind und inwiefern Handlungsbedarf besteht. Die Risikoanalyse wird vom Projektteam durchgeführt. Dazu kann das Check-up (→ Seite 17) genutzt werden.

- Vorgehen** Vorbereitung der Risikoanalyse
- Check-up für die Risikoanalyse kennenlernen
  - geeignetes Format zur Partizipation von Bewohnerinnen und Bewohnern (→ Seite 10) auswählen
  - Vorgehen bei der Risikoanalyse festlegen (→ Seite 16)
- Durchführung der Risikoanalyse
- auf Basis des Check-ups alle Risikofaktoren möglichst offen und multiperspektivisch reflektieren
  - einrichtungsspezifische Ressourcen und Maßnahmen reflektieren
  - Handlungsbedarf zu Risikofaktoren mittels Ampelsystem bewerten
  - wesentliche Punkte zu den Risikofaktoren sowie den bestehenden Präventionsmaßnahmen dokumentieren (→ Beispiel Seite 20)
  - Ideen und Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen festhalten

**Meilenstein** Risikofaktoren sind einrichtungsbezogen reflektiert und dokumentiert. Präventionsmaßnahmen sind bewertet und Handlungsbedarfe priorisiert.

---

## Maßnahmen festlegen

Auf Basis der Risikoanalyse können erforderliche Maßnahmen abgeleitet werden (→ Seite 21).

- Vorgehen** Ermittlung und Bewertung von Maßnahmen
- gemeinsam besprechen, welche Maßnahmen geeignet und umsetzbar sind
  - dazu Erfahrung und Einschätzung aller Beteiligten einbringen
  - ausgewählte Maßnahmen dokumentieren und evtl. priorisieren
  - Faktoren, die die Umsetzung hemmen, lösungsorientiert diskutieren

**Meilenstein** Maßnahmen sind festgelegt, nötige Ressourcen sowie eventuelle Herausforderungen für die Umsetzung reflektiert.



## Konzept erstellen

Mithilfe des Musterkonzepts (➔ Seite 26) werden die Ergebnisse der Risikoanalyse und der Maßnahmenplanung in das Gewaltschutzkonzept für Ihre Einrichtung eingearbeitet.

- Vorgehen** Ergebnisse der Risikoanalyse und der Maßnahmenplanung zusammenfassen
- identifizierte Risikofaktoren und Handlungsbedarfe ins Konzept übernehmen
  - ausgewählte Präventions- und Interventionsmaßnahmen ins Konzept integrieren
  - die konkrete Umsetzung festlegen, z. B. Zuständigkeit, Zeitrahmen
  - Konzept und weiteres Vorgehen mit Träger/Einrichtungsleitung abstimmen

**Meilenstein** Das Gewaltschutzkonzept ist erstellt.

## Umsetzung: Gewaltschutzkonzept implementieren

Für die nachhaltige Implementierung des Gewaltschutzkonzepts sind transparente Kommunikation, konkrete Planung und gute Abstimmung zentral. Sie tragen zur Akzeptanz und zur erfolgreichen Umsetzung bei. Positive Rückmeldungen zu Fortschritten und kritische Auseinandersetzung mit Herausforderungen gehören ebenfalls dazu.

- Vorgehen** Geplante Maßnahmen umsetzen und Fortschritt überwachen
- alle Personen in der Einrichtung sowie ggf. externe Personen über die Ergebnisse der Risikoanalyse bzw. das Gewaltschutzkonzept informieren
  - geplante Maßnahmen Schritt für Schritt umsetzen
  - Fortschritt regelmäßig prüfen
  - eventuell Umsetzungsplan anpassen, z. B. Zeitrahmen, Zuständigkeiten
  - Motivation aufrechterhalten: Fortschritt/Erfolge kommunizieren und in der Einrichtung sichtbar machen, z. B. auf einer Wandtafel abbilden

**Meilenstein** Das Gewaltschutzkonzept ist implementiert.



## Evaluation: Wirksamkeit prüfen und Konzept aktualisieren

Die regelmäßige Prüfung und Aktualisierung des Gewaltschutzkonzepts ist eine Voraussetzung für die nachhaltige Etablierung und Weiterentwicklung einer gewaltpräventiven Einrichtungskultur. Dies umfasst die systematische Reflexion, inwieweit die implementierten Maßnahmen wirksam sind, wo eventuell Probleme bei deren Umsetzung bestehen und Verbesserungen im Vorgehen erforderlich sind. Zudem gilt es, die Relevanz von Risikofaktoren in der Einrichtung erneut zu reflektieren, z. B. alle 2 Jahre.

- Methoden** Befragung und Einbezug aller Personen, die in der Einrichtung von Gewalt betroffen sein können (➤ Projektteam Seite 11)
- Fragebogen zur Bewertung konkreter Maßnahmen
  - Workshop zum offenen Austausch
  - Sammlung der aus ihrer Sicht relevantesten Maßnahmen, z. B. in einem (anonymen) Briefkasten
  - Bewertung der Wirksamkeit konkreter Maßnahmen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, indem sie diese auf einer großen Zielscheibe platzieren, z. B. im Pausenraum

### Zyklus zur Nachhaltigkeit

Der Zyklus von Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation – orientiert am Gesundheitsförderungsprozess – sollte kontinuierlich weitergeführt werden. Hierbei ist es sinnvoll, das Check-up zur Risikoanalyse wiederholt durchzuführen (➤ Seite 17). Es besteht ein ständiger Entwicklungsprozess mit der Chance, auf Dauer erfolgreiche und tragfähige Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.



## 3 Risikoanalyse

Eine Risikoanalyse ist ein systematischer Prozess, um mögliche Gefährdungen bzw. Risikofaktoren zu erkennen, deren Relevanz zu bewerten und geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten. Ein Risikofaktor kann dazu beitragen, dass strukturelle Gewalt in der Einrichtung auftritt, dass Personen dort Gewalt ausüben und dass Personen dort Opfer von Gewalt werden. Dieses Kapitel bietet praxisrelevante Hinweise zum Vorgehen bei einer Risikoanalyse und ein Check-up zu Risikofaktoren.

Informationen zur wissenschaftlichen Grundlage der Risikoanalyse sind in einem Faktenblatt dargestellt: [www.zqp.de](http://www.zqp.de)



### Vorgehen

#### 1. Reflexion der Risikofaktoren

Besprechen Sie jeden Risikofaktor (➔ Check-up ab Seite 17) möglichst offen im Projektteam. Mindestens bei den mit einem \* gekennzeichneten Fragen sollten Sie Bewohnerinnen und Bewohner einbeziehen. Reflektieren Sie, inwiefern die Risikofaktoren in Ihrer Einrichtung relevant sind.

Beispiele für Fragen:

Besteht dieser Risikofaktor bei uns – und in welcher Weise? • Zu welchen Gewaltformen trägt er bei? • Wer ist betroffen oder könnte betroffen sein? • Wodurch oder wen?

Beispiele für Fragen speziell an die Bewohnerinnen und Bewohner:

Wie nehmen Sie den jeweiligen Aspekt in der Einrichtung wahr? • Was haben Sie dazu bereits beobachtet oder erlebt? • Was trägt dazu bei, dass Sie sich sicher oder unsicher fühlen?

#### 2. Reflexion von Ressourcen und Maßnahmen

Überlegen Sie, welche Ressourcen und Maßnahmen zur Risikoreduktion in Ihrer Einrichtung bestehen. Sammeln Sie auch Ideen für die anschließende konkrete Maßnahmenplanung (➔ Seite 21).

Beispiele für Fragen:

Welche Maßnahmen werden bei uns umgesetzt, um dem Risikofaktor entgegenzuwirken? • Welche Ressourcen helfen bei der Umsetzung? • Wo bestehen Herausforderungen? • Inwiefern besteht Handlungsbedarf?

#### 3. Bewertung des Handlungsbedarfs

Bewerten Sie auf Basis des Ampelsystems den Handlungsbedarf in der Einrichtung.



Als Orientierung zum Vorgehen können Sie das Beispiel für eine Risikoanalyse anhand eines ausgewählten Risikofaktors nutzen (➔ Seite 20).



## Check-up zur Risikoanalyse für Gewalt in der Einrichtung

Risikofaktoren		Handlungsbedarf		
		Nein	Ja	Prio
<b>Einrichtungskultur</b>				
1	keine verbindlichen Leitprinzipien, z. B. kein Verhaltenskodex zur Gewaltprävention keine klare Kommunikation zum Stellenwert von Gewaltschutz, z. B. in Bewerbungsgesprächen, bei der Einarbeitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	schwache Sicherheitskultur, z. B. mangelndes Risikobewusstsein, Verharmlosen/Verschweigen von kritischen Ereignissen wie Gewalt, mangelnde Aufarbeitung kritischer Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	unzureichendes Engagement der Leitung für Gewaltprävention, z. B. mangelnde Bereitstellung von Ressourcen unzureichende Unterstützung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern seitens der Leitung fehlende Reaktion auf Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	fehlende gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie seitens der Leitung negativer Kommunikationsstil, z. B. abwertend, respektlos, beschuldigend, verteidigend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	schlechte Abstimmung und Zusammenarbeit/fehlende Kollegialität, z. B. unzureichende gegenseitige Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	* angespannte Kommunikation, regelmäßige Konflikte mit Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Strukturelle und prozessuale Faktoren</b>				
7	unklare Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Entscheidungswege intransparente, weil ungeschriebene, unausgesprochene Verhaltensregeln („stille Regeln“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	fehlende oder ungeeignete Verfahrensanweisungen zur Gewaltprävention und zum Umgang mit Gewalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	unzureichende personelle Besetzung, z. B. fehlendes, nicht ausreichend qualifiziertes oder erfahrenes Personal viele Überstunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	* wiederkehrende Situationen/Gelegenheiten mit Gewaltpotenzial, z. B. bei Inkontinenzversorgung, Umgang mit Menschen mit Demenz, hohem Arbeitsaufkommen, fehlenden Rundgängen in Bewohnerzimmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* Mindestens bei diesen Fragen sollten Sie Bewohnerinnen und Bewohner einbeziehen (→ Seite 16).



Risikofaktoren		Handlungsbedarf		
		Nein	Ja	Prio
11	kein bedarfsgerecht geplantes und umgesetztes Fortbildungs- und Einarbeitungskonzept für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu Gewaltprävention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	keine strukturierte Informationsweitergabe im Team, z. B. unsichere Übergaben, lückenhafte Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	keine strukturierte Zusammenarbeit bzw. Kommunikation mit externen Gesundheitsdiensten und -einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	* mangelndes Beschwerdemanagement und fehlende Möglichkeit, kritische Ereignisse (z. B. Gewalt) zu berichten, auch anonym	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	* mangelnde Beteiligungsmöglichkeiten für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Bewohnerinnen/Bewohner, um Ansprüche, Bedürfnisse und (potenzielle) Grenzverletzungen anzubringen, z. B. in Arbeitsgruppen, Besprechungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	* fehlende/ungeeignete Aktivitätsangebote für Bewohnerinnen/Bewohner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	* institutionelle Regeln, Abläufe, Strukturen, die das Recht auf Selbstbestimmung oder Intimsphäre der Bewohnerinnen/Bewohner einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	* unzureichende sicherheitsbezogene Aufsicht in der Einrichtung, z. B. nachts, bei Alleinarbeit, in Mehrbettzimmern, bei externen Personen, durch fehlende Rundgänge keine Zugangskontrolle bzw. unklare Zugangsregeln zur Einrichtung oder bestimmten Bereichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Räumliche und technische Faktoren</b>				
19	* belastende, stressfördernde Umgebungsbedingungen, z. B. Lärm, Enge, Hitze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	* fehlende geeignete/funktionierende Hilfsmittel, z. B. Lifter, Pflegematerial, Rollator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	* schlecht beleuchtete, abgelegene, wenig frequentierte, wenig kontrollierte Räume und Außenbereiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	* mangelnde technische Möglichkeit für Bewohnerinnen/Bewohner und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, jederzeit Hilfe zu rufen, z. B. kein Handy, kein Alarmarmband, Klingel nicht erreichbar, kein Alarmknopf im Raum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Risikofaktoren		Handlungsbedarf		
		Nein	Ja	Prio
<b>Faktoren bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern</b>				
23	unzureichendes Fachwissen, z. B. über Krankheitsbilder wie Demenz, Delir sowie Medikamente, z. B. Sedativa mangelnde Kompetenzen zur bedarfsgerechten Versorgung mangelndes Risikobewusstsein und fehlende Kompetenzen zur Gewaltprävention sowie zum Umgang mit Gewalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 *	negative Einstellung gegenüber Bewohnerinnen/Bewohnern, alten Menschen, geringe Empathie, Abstumpfung („Cool-out“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	fehlende Autonomie bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 *	Kommunikations- oder Sprachbarrieren, Verständigungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Überlastung, Überforderung, hohes Stressempfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	eigene Erfahrungen mit Gewalt, z. B. durch Bewohnerinnen/Bewohner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Substanzmissbrauch/Sucht, z. B. Alkohol, Betäubungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Faktoren bei Bewohnerinnen und Bewohnern</b>				
30 *	hoher Pflege-/Unterstützungsbedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 *	eingeschränkte Kommunikation, z. B. durch Probleme beim Hören, Sehen oder Sprechen, unterschiedliche Sprachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 *	hohe Frustration oder psychische Belastung, z. B. aufgrund von Schmerzen, mangelnder Beschäftigung, negativer Bewertung der Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 *	fehlende soziale/emotionale Unterstützung, z. B. durch die Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 *	kognitive Beeinträchtigung, z. B. aufgrund Demenz, Delir, Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 *	herausforderndes/aggressives Verhalten, z. B. infolge Demenz, Delir, Psychose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 *	Ablehnung oder Abwehr von Pflegemaßnahmen (verbal/körperlich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 *	ausgeprägter und unbefriedigter Sexualtrieb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 *	Konflikte zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern, z. B. in Gemeinschaftsräumen, durch die Verletzung der Privatsphäre, andere störendes Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Beispiel für die Durchführung der Risikoanalyse anhand eines Risikofaktors

### Auswahl und Definition des Risikofaktors

Beispiel: kein bedarfsgerecht geplantes und umgesetztes Fortbildungskonzept für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Gewaltprävention (➔ Seite 18, Nummer 11)

### Reflexion des Risikofaktors

In welcher Weise besteht der Risikofaktor bei uns?	keine regelmäßigen Fortbildungen zu Gewaltprävention, Schulungen nur sporadisch, nicht alle werden geschult, kein Schulungs-/Infomaterial für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit wenig Deutschkenntnissen, kein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen
Zu welchen Gewaltformen trägt der Risikofaktor bei?	zu allen, z.B. ruppiges Vorgehen, nicht bedarfsgerechter Einsatz von Sedativa, kontraproduktive Ansprache, Demütigung, Ängstigung, Vernachlässigung
Durch wen?	Pflege- und Betreuungspersonal
Welche weiteren Auswirkungen gibt es?	stressige Situationen, aggressive Stimmung, angespannte Arbeitsatmosphäre, fehlende gegenseitige Wertschätzung, Motivationsverlust, vermehrte Krankmeldungen, Vertrauensverlust bei Bewohnerinnen/Bewohnern und Angehörigen
Welche Bereiche sind (besonders) betroffen?	Nachtdienst, da weniger Personal und geringere kollegiale Unterstützung, Wohnbereich für Menschen mit Demenz

### Reflexion von Ressourcen und Maßnahmen zur Risikoreduktion

- Besprechung von Ereignissen wie aggressivem Verhalten, anlassbezogen bei Übergabe oder bei Fallbesprechungen
- regelmäßige Medikationskontrolle durch Hausärzte und Pflegefachpersonen zur Vermeidung von „Ruhigstellung“ durch Psychopharmaka
- Evaluation der Medikamentenpläne quartalsweise
- sehr erfahrene, qualifizierte und kompetente Pflegefachpersonen im Team (Vorbildfunktion)
- Sozialer Dienst und Therapeuten unterstützen bei herausforderndem Verhalten
- gute, respektvolle Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Schulungsräume/-material vorhanden, Schulungsleitung über Träger/zentrales QM organisierbar

### Herausforderungen

- Überforderung wird aus Angst, als „unprofessionell“ zu gelten, oft nicht offen angesprochen
- viele Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit geringen Deutschkenntnissen
- häufig kurzfristige Absage von Teambesprechungen und Schulungen wegen Zeitmangel/Stress

### Ideen

- Fortbildungsbedarfe systematisch erheben, Fortbildungsplan erstellen und konsequent umsetzen
- Patenschaften etablieren, d.h. erfahrene, qualifizierte bzw. kompetente Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter begleiten bei Bedarf Kolleginnen/Kollegen
- interne Trainerinnen oder Trainer ausbilden, z.B. für Deeskalation und Validation
- Implementierung von Microlearning, z.B. Lernposter, Kurzschulungen im Dienst



## 4 Anregungen für Maßnahmen

Es gibt vielfältige Maßnahmen zur Gewaltprävention. Welche einrichtungsspezifisch oder im individuellen Fall geeignet sind, wird von unterschiedlichen Aspekten beeinflusst. Hier finden Sie einige Anregungen zur Auswahl für Maßnahmen in Ihrer Einrichtung.

Wesentlich dafür sind unter anderem folgende Fragen:

Bei welchen der Risikofaktoren soll angesetzt werden? • Wie dringend ist der im Rahmen der Risikoanalyse identifizierte Handlungsbedarf (→ Seite 17)? • Welche Ressourcen bestehen in der Einrichtung oder beim Träger? • Welche Maßnahmen lassen sich voraussichtlich rasch oder einfach umsetzen? • Welche Maßnahmen sind eher mittel- sowie langfristig umsetzbar bzw. sind aufwendiger? • Wie wären die Maßnahmen umzusetzen und wer wäre dafür zuständig? • Was ist zu beachten, damit dies bedarfsgerecht und nachhaltig geschieht?

### Einrichtungskultur

#### Sicherheitskultur/Werte

Förderung eines offenen, lernenden und konstruktiven Umgangs mit Risiken und kritischen Ereignissen in der Einrichtung, z. B. Gewaltereignissen; umfasst eine vertrauensbasierte Atmosphäre, in der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner Sicherheitsbedenken ohne Angst vor negativen Konsequenzen ansprechen können

#### Leitbild

Partizipative Entwicklung und Implementierung eines Leitbilds der Einrichtung; umfasst handlungsleitende Werte wie Respekt, Wertschätzung, Achtung der Selbstbestimmung und Privatsphäre und die gemeinsame Haltung zu Gewalt und Verantwortung für Gewaltprävention

#### Verhaltenskodex

Partizipative Entwicklung eines Kodex, der den respektvollen Umgang in der Einrichtung konkret beschreibt; umfasst z. B. wertschätzende Kommunikation, behutsame Pflegemaßnahmen, Achtung von Selbstbestimmung und Schutz der Privatsphäre; wird im Leitbild verankert und visualisiert (z. B. Aushang), regelmäßig sowie anlassbezogen im Team reflektiert

#### Speak Up-Ansatz

Etablierung des Speak Up-Ansatz, um in kritischen Situationen bzw. bei Sicherheitsbedenken unmittelbar und professionell einzugreifen; umfasst z. B. die Vereinbarung von Code-Wörtern oder Code-Sätzen sowie gegenseitiges Ermutigen, im Team Bedenken anzusprechen



## Strukturen und Prozesse

### Personalaufbau

Festlegung von Kriterien für Personalauswahl und -einsatz im Hinblick auf Gewaltprävention; umfasst z. B. Einstellungskriterien (z. B. Nachweis eines erweiterten Führungszeugnisses), Ansprache der Bedeutung von Gewaltprävention in der Einrichtung bereits bei Bewerbungsgesprächen, strukturierte Einarbeitung und Schulung, Konzept zum bedarfsgerechten Personaleinsatz (z. B. Anzahl, Kompetenzen) einschließlich Ausfallmanagement

### Schulung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Regelmäßige, z. B. verpflichtend jährliche, praxisnahe Schulung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (u. a. Pflege, Alltagsbegleitung, Hauswirtschaft, Verwaltung) zu Gewaltprävention; umfasst Themen wie Risikofaktoren, Formen und Anzeichen von Gewalt, Kommunikation, Deeskalation, Alternativen zu FEM, Umgang mit Krankheitssymptomen z. B. bei Demenz, Arbeitsorganisation, Zeitmanagement und Überlastung

### Psychosoziale Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Implementierung von Angeboten zur psychosozialen Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, z. B. bei beruflichen und privaten Belastungen wie Erkrankungen und Substanzmissbrauch; umfasst u. a. Gefährdungsbeurteilungen, feste Ansprechpersonen, Zusicherung von Vertraulichkeit, regelmäßige Supervision, standardisierte Nachsorgeprozesse bei Gewalterlebnissen, Vermittlung externer psychosozialer Beratung

### Bewohnerzentrierung

Flexible Gestaltung institutioneller Abläufe, um das Recht auf Selbstbestimmung und Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner zu beachten (z. B. flexible Essenszeiten, selbstbestimmter Tagesablauf, Rückzugsmöglichkeiten); umfasst u. a. verschiedene, auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtete Aktivitäten, angepasste Kommunikation (langsam, deutlich, unterstützende Gestik/Bilder) und Versorgung mit Hilfsmitteln (Brille, Hörgerät, Gehhilfe, Übersetzungshilfen)

### Information von Bewohnerinnen und Bewohnern

Reguläre proaktive Information der Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. mündlich und schriftlich bei Einzug, Flyer, Poster, Veranstaltung) über ihr Recht auf Schutz vor Gewalt, die in der Einrichtung hierzu implementierten Maßnahmen, Kontaktdaten von Ansprechpersonen und Stellen (z. B. Vertrauenspersonen, Präventionsbeauftragte, externe Hilfsangebote, Behörden)

### Beteiligungsstrukturen für Bewohnerinnen und Bewohner

Implementierung von Möglichkeiten zur Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern bei Entscheidungen, die ihr Leben und ihre Versorgung betreffen; umfasst Ermutigung, Ansprüche und Bedürfnisse sowie (potenzielle) Grenzverletzungen anzubringen, etwa durch Einbindung in Arbeitsgruppen und Teambesprechungen, Unterstützung zur Organisation von Bewohnerversammlungen, Heimbeiratstreffen und Informationsveranstaltungen sowie Durchführung von Bewohnerbefragungen



**Intra- und interprofessionelle Informationsweitergabe**

Standardisierte mündliche und schriftliche Übergabe von bewohnerbezogenen oder organisatorischen Informationen an direkte Kolleginnen und Kollegen sowie an weiteres Gesundheitspersonal; umfasst z.B. Festlegung der Form und der dafür einsetzenden Instrumente, etwa digitale Anwendung, Checkliste, SBAR-Technik

**Reflexionsformate**

Etablierung fest terminierter plus anlassbezogener Besprechungsformate zur Reflexion besonders anspruchsvoller, problematischer oder konfliktärer Situationen, bei Anzeichen für Gewalt sowie bei kritischen Ereignissen wie Gewaltereignisse in der Einrichtung; umfasst z.B. kollegiale Beratung, Fallbesprechung, Supervision, Qualitätszirkel

**Beschwerdemanagement**

Implementierung eines vertrauenswürdigen, verlässlichen Beschwerdesystems für Bewohnerinnen, Bewohner, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; umfasst u.a. Festlegung von Zuständigkeiten, Etablierung interner Beschwerdestellen, Information über Beschwerdewege (z.B. auch anonym und auch extern) und Ermutigung zur Nutzung, Vorgehen bei der Annahme und Bearbeitung von Beschwerden, Ableitung von Maßnahmen sowie Auswertung

**Resonanz**

Festlegung unterstützender Kommunikation seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit allen Personen, die Verdacht auf Gewalt äußern sowie mutmaßlichen Opfern; umfasst z.B. Zusicherung von Vertraulichkeit, Nachfragen und Zuhören, Vermeidung von Schuldzuweisung und weiteren Wertungen, Bestätigung, dem Verdacht nachzugehen, ggf. Vermittlung an interne oder externe Hilfsangebote, Verabredung für Reflexionsgespräch

**Verfahrensanweisungen**

Implementierung von Verfahrensanweisungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Prävention von Gewalt, bei Verdacht, bei Ereignissen und zur Nachsorge; umfasst u.a. Begriffsbestimmungen zur Situationseinschätzung, Maßnahmen zur Deeskalation, Vermeidung von FEM, Sofortmaßnahmen zum Schutz, Vorgehen bei Personalmangel/Überlastung, Verantwortlichkeiten, Benachrichtigungskette einschließlich Einschaltung Polizei, Vorgaben zur Dokumentation und mündlichen Information, Regel zur Abwägung von Schweige- und Garantenpflicht

**Präventionsbeauftragte**

Beauftragung einer Ansprechperson für Gewaltprävention in der Einrichtung und Information aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörigen hierüber; umfasst u.a. folgende Aufgaben: Erkennen von Risiken, Koordination, Information, Beratung sowie Schulung zur Prävention und zum Umgang mit Ereignissen und Dokumentation sowie Vernetzung mit externen Stellen



### **Sicherheitsregeln**

Implementierung von klaren Regelungen zur Gewährleistung von Sicherheit und Schutz für Bewohnerinnen, Bewohner, Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und externe Personen; umfasst u. a. Implementierung von „Sicherheitsrunden“, Zugang zur Einrichtung, zu Diensträumen und Bewohnerzimmern, Definition von Notfallsituationen, Beschreibung von Handlungspfaden, einschließlich internem Hilferuf sowie Hinzuziehung von Polizei oder Feuerwehr

### **Sicherheitstechnik**

Gute Beleuchtung von Innen- und Außenbereichen, Reduzierung „blinder Ecken“; verlässliche Möglichkeiten für Bewohnerinnen, Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, jederzeit Hilfe zu rufen; umfasst z. B. Mobiltelefone, Alarmknöpfe in allen Räumen, tragbare Alarmknöpfe für Handgelenk, Sicherstellung von Erreichbarkeit

### **Zentrale Evaluation von Verdachtsfällen und Gewaltereignissen**

Zentrale Dokumentation und Analyse von allen berichteten Verdachtsfällen und Gewaltereignissen; Reflexion im Team, z. B. Leitungsteam, Qualitätszirkel, Projektteam; Identifikation von Schwachstellen, Einflussfaktoren und Handlungsbedarf; Festlegung von Präventionsmaßnahmen

### **Risikoanalyse**

Regelmäßige (z. B. alle 2 Jahre) Durchführung einer einrichtungsbezogenen Risikoanalyse zur Identifikation und Einschätzung von Risiken bzw. potenziellen Gewaltsituationen mittels eines standardisierten Einschätzungsinstrumentes (→ Seite 17), um Handlungsbedarf einzuschätzen, zu priorisieren sowie Maßnahmen festzulegen

### **Externe Fachberatung**

Kooperation mit externen Beratungs- und Fachstellen; umfasst z. B. regelmäßige Hinzuziehung externer Fachberatung zur Unterstützung bei Gewaltprävention, Einbindung bei Fallbesprechungen, Schulungen, Befragungen, Risikoanalysen sowie Planung, Umsetzung und Auswertung von Maßnahmen zur Gewaltprävention und zum angemessenen Umgang mit Gewaltereignissen

## **Umgang mit Verdachtsfällen und Gewaltereignissen**

### **Schutzmaßnahmen**

Einrichtung verbindlicher Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Gewalt sowie bei Gewaltereignissen; umfasst z. B. räumliche Trennung der Beteiligten, Zugangskontrolle zur Einrichtung oder zu den Zimmern, Anpassung von Personaleinsatz und Zuständigkeiten, deeskalierendes Verhalten, Selbstschutz sowie Schutz weiterer Personen, Alarm zur Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen, Sicherheitspersonal oder Polizei, unverzügliche Benachrichtigung der Leitung

### **Erstversorgung Betroffener nach Gewaltereignissen**

Organisation einer unmittelbaren medizinischen und psychosozialen Erstversorgung für betroffene Personen; umfasst z. B. Ersthilfe bei Verletzungen, psychische Stabilisierung, Kontaktvermittlung zu Vertrauenspersonen, Begleitung bis zur Nachsorge



## **Dokumentation von Verdachtsfällen und Gewaltereignissen**

Verpflichtende, zeitnahe und sachliche Dokumentation aller Verdachtsfälle und Gewaltereignisse in standardisierter Form; umfasst z.B. genaue Beschreibung von Anzeichen, Schilderung des Ereignisses, Beteiligte, eingeleitete Maßnahmen und deren Wirkung als Grundlage für Nachsorge und Evaluation

## **Ärztliche Abklärung**

Mit Einverständnis der betroffenen Person Veranlassung ärztlicher Untersuchung bei körperlichen und/oder psychischen Anzeichen ohne andere bekannte Ursache; umfasst Dokumentation medizinischer Befunde, Sicherung von Beweismitteln, evtl. Hinzuziehung von Behörde wie Polizei; auf Wunsch Vermittlung zu psychologischer Beratung oder Trauma-Ambulanz

## **Kommunikation mit Angehörigen und rechtlichen Vertretungen**

Einrichtung klarer Kommunikationswege für die Information von Angehörigen oder rechtlichen Vertretungen bei Anzeichen für Gewalt bei der pflegebedürftigen Person sowie bei Gewaltereignissen; umfasst z.B. abgestimmte unterstützende Gesprächsführung, Dokumentation, Hinzuziehung externer Stellen

## **Psychosoziale Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

Etablierung von Angeboten zur emotionalen Entlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach Gewaltereignissen; umfasst z.B. kollegiale Unterstützung, Leitungsgespräch, psychologische Beratung, Zugang zu externer Fachberatung, Empfehlungen zur Unfallmeldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

## **Nachbesprechung und Aufarbeitung im Team**

Durchführung einer interdisziplinären Nachbesprechung innerhalb von 48 Stunden nach einem Gewaltereignis; umfasst u.a. Analyse der Ursachen, Bewertung der Reaktionen, Erfassung von Unterstützungsbedarf und Ableitung von Maßnahmen

## **Berichten und lernen: Pflege-CIRS des ZQP nutzen**

Im frei zugänglichen, anonymen Pflege-CIRS des ZQP können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der professionellen Langzeitpflege kritische Ereignisse wie Gewaltereignisse berichten. Zum Umgang damit gibt das CIRS-Team des ZQP dann pflegefachliche Anregungen: [www.pflege-cirs.de](http://www.pflege-cirs.de)



## 5 Musterkonzept für Einrichtungen

Die mithilfe des vorliegenden Praxisleitfadens erarbeiteten Aspekte bilden die Basis für Ihr einrichtungsbezogenes Gewaltschutzkonzept. Um dieses zu verschriftlichen, können Sie das untenstehende Muster nutzen.

### Warum wir ein Gewaltschutzkonzept haben und an wen es sich richtet

**Stellen Sie voran, warum dieses Schutzkonzept aus Ihrer Sicht wichtig ist. Zum Beispiel:**



Unsere Einrichtung soll ein guter, sicherer Lebens- und Arbeitsort sein. Gleichzeitig bestehen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege grundsätzlich verschiedene Risikopotenziale für problematische Situationen bis hin zu Gewalt, so auch in unserer. Dies schließt einen inadäquaten Umgang mit Gewaltereignissen ein. Alle Personen in der Einrichtung können von Gewalt betroffen sein, dazu beitragen oder diese ausüben – auch unbewusst. Für uns hat Gewaltschutz in unserer Einrichtung hohe Priorität, daher setzen wir uns proaktiv, partizipativ und systematisch mit dem Thema auseinander. Die Grundlage stellt dieses Gewaltschutzkonzept dar. ...

**Benennen Sie konkrete Ziele, die Sie in der Einrichtung mit dem Gewaltschutzkonzept verfolgen. Zum Beispiel:**



Unsere Ziele:

- alle Menschen in der Einrichtung vor Gewalt schützen
- eine positive Sicherheitskultur fördern
- für Risikosituationen sensibilisieren
- Gewaltrisiken reduzieren
- angemessenen Umgang mit Anzeichen und Ereignissen gewährleisten
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Handlungssicherheit geben
- Strukturen und Prozesse zum Gewaltschutz nachhaltig verankern
- ...

**Schreiben Sie auf, an wen sich das Konzept richtet. Zum Beispiel:**



Adressaten des Konzepts sind:

- Leitungspersonen sowie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung
- alle Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen
- ...

**Wer an der Erstellung beteiligt war und wie wir vorgegangen sind**

Vermerken Sie, von wem das Konzept erarbeitet wurde. Zum Beispiel:



Das Konzept wurde in einem partizipativen Prozess von einem Projektteam in unserer Einrichtung von [Monat/Jahr] bis [Monat/Jahr] entwickelt. Hieran beteiligt waren: ...

Listen Sie die im Projektteam beteiligten Personen nach Gruppenzugehörigkeit, z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, eventuell inkl. Namen und Funktion bzw. Rolle.

Skizzieren Sie die Schritte des Erstellungsprozesses. Zum Beispiel:



Vorgehen

- Gewaltschutzkonzept-Beauftragte benannt
- Projektteam eingesetzt
- Arbeitsweise und Aufgaben vereinbart
- Ziele und Adressaten des Konzepts festgelegt
- gemeinsame Werte und Gewaltverständnis formuliert
- Risikoanalyse durchgeführt
- Präventionsmaßnahmen festgelegt
- Verantwortlichkeiten benannt
- Konzept verschriftlicht
- Ergebnisse in der Einrichtung kommuniziert
- Implementierung initiiert
- Evaluation geplant
- ...

Zeigen Sie ggf. auf, welche Methoden und Instrumente (etwa ↗ Seite 10) Sie im Erstellungsprozess und zur Initiierung der Implementierung des Konzepts genutzt haben. Zum Beispiel:



Angewandte Methoden und Instrumente

- Gruppendiskussion
- Einrichtungsbegehung
- Schulungen
- ...



## Unsere Grundhaltung und unsere Werte

**Beschreiben Sie, welche Grundhaltung in Ihrer Einrichtung herrscht. Zum Beispiel:**



Wir achten die Einzigartigkeit und Würde jedes Menschen, unabhängig von Alter, Krankheit oder Hilfebedarf. Menschlichkeit, Empathie und Fachlichkeit sind die maßgeblichen Voraussetzungen für die hohe Professionalität, die wir stets anstreben. Wir bekennen uns zur Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Unsere Haltung untereinander ist wertschätzend und unterstützend, was sich u. a. in einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre, einer offenen Kommunikationskultur und einem konstruktiven Umgang mit Schwierigkeiten und kritischen Ereignissen widerspiegelt. ...

**Stellen Sie die gemeinsamen Werte dar. Zum Beispiel:**



Unsere handlungsleitenden Werte:

- Verantwortung – Bereitschaft, Pflichten wahrzunehmen und die Folgen zu tragen
- Wertschätzung – Achtung und Respekt im Umgang miteinander
- Vertrauen – verlässliches Handeln und Glaubwürdigkeit
- Empathie – Einfühlungsvermögen und Verständnis
- Transparenz – nachvollziehbares Vorgehen und offene Kommunikation
- Integrität – Übereinstimmung von Werten, Worten und Taten
- Kompetenz – Wissen und Können gezielt und gewissenhaft einsetzen
- Lösungsorientierung – konstruktiver Umgang mit Herausforderungen und Problemen
- Selbstbestimmung – Beachtung des Willens unabhängig von Beeinträchtigungen
- Fürsorge – achtsames und unterstützendes Handeln
- Sicherheit – aktiver Schutz vor körperlichen und psychischen Gefahren einschließlich Gewalt
- Gemeinschaft – Verbundenheit und gegenseitige Unterstützung
- Partizipation – Beteiligung und Mitgestaltung aller Betroffenen
- Qualität – stetige Verbesserung von Prozessen und Ergebnissen
- Innovation – Offenheit für Neues und kontinuierlicher Fortschritt
- Nachhaltigkeit – langfristige Wirkung von Maßnahmen
- ...

**Verweisen Sie auf eine Verpflichtungserklärung Ihrer Einrichtung, die von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschrieben wird. Zum Beispiel:**



Unsere Verpflichtungserklärung:

Wir erkennen an, dass für alle Menschen in unserer Einrichtung Risiken für Gewalt bestehen.

Deshalb fördern wir eine Kultur des Hinsehens und der offenen Ansprache von Gewalt.

Wir verpflichten uns, alle Menschen in unserer Einrichtung aktiv vor jeder Form von Gewalt so gut wie möglich zu schützen.

Wir berichten jegliche Anzeichen von Gewalt sowie Gewaltereignisse – soweit möglich – in Absprache mit der von Gewalt betroffenen Person an die zuständigen internen Stellen.



Wir nehmen jeden Bericht über Verdacht auf Gewalt sowie Gewaltereignisse ernst und gehen diesen zeitnah und sorgfältig nach.

Wir unterstützen Betroffene von Gewalt durch Schutzmaßnahmen, Gesprächsangebote und die Vermittlung weiterer Hilfen.

Wir werten jedes bekannte Gewaltereignis aus, um Ursachen zu erkennen und Maßnahmen zu entwickeln, die erneute Gewalt verhindern.

...

### Unser Verständnis von Gewalt

Führen Sie aus, welches Verständnis von Gewalt in der Pflege diesem Konzept zugrunde liegt (→ Seite 12). Zum Beispiel:



Unser Gewaltverständnis:

Wir haben ein breites Gewaltverständnis. Gewalt bedeutet für uns ...

Benennen Sie die im Projektteam angesprochenen konkreten Gewaltformen (Beispiele → Seite 5):



In unserer Einrichtung haben wir folgende Gewaltformen identifiziert:

- respektloser Umgang: harsche Ansprache, Kommandoton, ...
- körperliche Gewalt: ...
- ....

### Ergebnisse unserer Risikoanalyse

Stellen Sie hier die Ergebnisse der Risikoanalyse dar. Zum Beispiel:



Für unsere Einrichtung haben wir folgenden Handlungsbedarf festgestellt:

- ...

### Unsere Maßnahmen zur Vorbeugung von Gewalt und zum Umgang mit Ereignissen

Zeigen Sie auf, welche Maßnahmen in Ihrer Einrichtung ergriffen werden, um Gewaltereignissen vorzubeugen und einen angemessenen Umgang mit Anzeichen und Ereignissen zu gewährleisten. Nutzen Sie hierzu die Ergebnisse der Risikoanalyse (→ Seite 16) sowie die Beispiele für Maßnahmen (→ Seite 21):



Risikofaktor	Maßnahme	Zuständigkeit	Status/Zieltermin
...			



## Nachhaltige Umsetzung des Konzepts

Stellen Sie dar, welche Strukturen in Ihrer Einrichtung die nachhaltige Umsetzung des Konzepts sicherstellen sollen. Zum Beispiel:



Unsere Strukturen zur nachhaltigen Umsetzung dieses Konzepts:

- Gewaltschutzkonzept in Organisationsleitbild und QM-Handbuch
- partizipativ arbeitendes Projektteam zum Gewaltschutz mit klaren Aufgaben und Sitzungsrythmus
- fortlaufende Information aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Inhalte des Gewaltschutzkonzepts, z. B. im Bewerbungsgespräch, bei der Einarbeitung, in Teambesprechungen, mit Lernpostern, Flyern, Aushängen, Intranet, Webseite, ...
- regelmäßige, z. B. 2-jährliche, Durchführung einer Risikoanalyse sowie internen und externen Audits zur Prüfung der Aktualität des Gewaltschutzkonzepts und der Wirksamkeit/Eignung der umgesetzten Maßnahmen
- fortlaufende Information von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Beiräten zum Stand der Umsetzung des Gewaltschutzkonzepts durch Aushänge, Flyer, Veranstaltungen in zielgruppengerechter Sprache
- Kooperation mit externen Stellen, z. B. Verein für Opferschutz, Konfliktberatungsstelle, Rechtsberatung, Trauma-Ambulanz, regionales Gewaltschutznetzwerk
- ...

## Ansprechpartner für Gewaltschutz in der Einrichtung und externe Stellen

Führen Sie die Kontaktdaten der Ansprechpartner für Gewaltschutz in Ihrer Einrichtung auf sowie von externen Stellen auf:



Unsere Einrichtung

Zuständigkeit	Name	Position	dienstl. Telefonnr.
...			

Externe Stellen

Zuständigkeit	Institution	Telefonnummer
...		



## Quellen

- Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2018). 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>
- Berry, B., Young, L., & Kim, S. C. (2017). Utility of the Aggressive Behavior Risk Assessment Tool in long-term care homes. *Geriatric Nursing*, 38(5), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.004>
- Bergmann, A., Bremer, L., & Köpke, S. (2025). Entwicklung eines Muster-Rahmenkonzeptes zur Gewaltprävention in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Universität zu Köln, Institut für Pflegewissenschaft. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-EMeRGe.pdf>
- 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). 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)
- Blättner, B. & Grundel, A. (2018). Gewaltprävention: Konzepte frühzeitig entwickeln und umsetzen. *Pflegezeitschrift*, 71(4), 34-36. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0449-1>
- 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 Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>
- Bremer, L., Haeger, M., Eggert, S., Köpke, S., & Bergmann, A. (zur Veröffentlichung eingereicht). Risk factors and risk assessments for violence in residential long-term care: A scoping review.
- Campo-Tena, L., Farzana, A., Burnes, D., Chan, T. A., Choo, W. Y., Couture, M., ... Mikton, C. (2024). Intervention accelerator to prevent and respond to abuse of older people: Insights from key promising interventions. *The Lancet Healthy Longevity*, 100647. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100647>
- Caspi, E. (2024). Resident's fear of retaliation in America's nursing homes: An exploratory study. *Journal of Applied Gerontology*, 43(5) 497-514. <https://doi.org/10.1177/07334648231214413>
- Cen, X., Li, Y., Hasselberg, M., Caprio, T., Conwell, Y., & Temkin-Greener, H. (2018). Aggressive behaviors among nursing home residents: Association with dementia and behavioral health disorders. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1104-1109.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.010>
- Chen, W., Fang, F., Chen, Y., Wang, J., Gao, Y., & Xiao, J. (2020). The relationship between personality traits, caring characteristics and abuse tendency among professional caregivers of older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3425-3434. <https://doi.org/10.1111/jocn.15380>
- Dammermann, A., Bieber, A., Schultes, K., Meyer, G., Köpke, S., & Sander, M. (2023). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Gewaltprävention. In Bischoff, L. L., Otto, A.-K. & Wollesen, B. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim: Praktische Umsetzung für Führungskräfte* (S. 219-234). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-67020-0\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-662-67020-0_16)
- Eggert, S., & Teubner, C. (2024). Gewalt in der stationären Pflege. In Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.), *Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege. ZQP-Report* (S. 7-20). ZQP. <https://doi.org/10.71059/VCKV3150>
- 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>



GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2025). Leitfaden Prävention in der Fassung vom 17. Dezember 2025. GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_\\_selbsthilfe\\_\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/20251218\\_Leitfaden\\_Praevention\\_2025\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention___selbsthilfe___beratung/praevention/praevention_leitfaden/20251218_Leitfaden_Praevention_2025_barrierefrei.pdf)

Görge, T., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S., Taefi, A., Gerlach, A., & Heydenbluth, C. (2020). Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung. Abschlussbericht. Deutsche Hochschule der Polizei. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_DHPol\\_Praevention\\_Gewalt\\_zwischen\\_Heimbewohnern.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DHPol_Praevention_Gewalt_zwischen_Heimbewohnern.pdf)

Hancock, D., & Pillemer, K. (2022). Global Review of Elder Mistreatment Research. *GeroPsych*, 36(3), 127-134. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000299>

Hirt, J., Aldbrecht, 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>

Köpke, S., Dammermann, A., Isensee, S., Sander, M., Stojanow, A., Balzer, K., ... Meyer, G. (2021). Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege. Abschlussbericht – Kurzversion. Universität zu Köln.

Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., Van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J., ... Pillemer, K. (2016). The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Annals of Internal Medicine*, 165(4), 229. <https://doi.org/10.7326/m15-1209>

Lim, J. (2020). Factors affecting mistreatment of the elderly in long-term care facilities. *Healthcare*, 8(3), 224. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030224>

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/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 34(2), 215-236. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000094>

Pillemer, K., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D., ... Teresi, J. (2022). Factors associated with resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(4), 1208-1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.17622>

Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B., & De Cieri, H. (2017). Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 236-243. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>

Stutte, K., Hahn, S., Fierz, K., & Zúñiga, 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.geri-nurse.2017.02.001>

World Health Organization (WHO). (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550>

Yan, E., Lai, D. W. L., Cheng, S., Kwok, T., Leung, E. M. F., Lou, V. W. Q., ... Lachs, M. (2022). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Prevalence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(5), 1666-1670. <https://doi.org/10.1111/jgs.18175>

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2018). 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>



