



Kurzbericht zum Projekt

Gewaltfreie Pflege

Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung

IMPRESSUM

Gefördert durch



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Förderkennzeichen: IIA5-2513-ZPK-632

Laufzeit 1.7.2013 – 31.12.2015

Fördersumme: 287.500,- €

Herausgeber

Projekt „Gewaltfreie Pflege“

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

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

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

Internet: www.mds-ev.de

Projektorganisation:

Leitung: Uwe Brucker, MDS

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

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

Autoren:

Uwe Brucker und Dr. Andrea Kimmel

August 2017

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung.....	4
2 Hintergrund und Ziele des Projektes	5
3 Gewaltfreie Pflege – Zum Stand der Forschung.....	6
Was ist Gewalt in der Pflege und in welchem Ausmaß kommt Gewalt vor?.....	6
Auslöser und Ursachen von Gewalt in der Pflege.....	7
4 Der Präventionsansatz im Projekt „Gewaltfreie Pflege“	8
5 Fragestellungen.....	10
6 Studiendesign und Methoden	11
7 Ergebnisse.....	13
8 Handlungsempfehlungen	19
Zuständigkeiten schaffen und Verantwortlichkeiten wahrnehmen	19
Förderliche Faktoren für die Entwicklung eines Präventionskonzepts „Gewaltfreie Pflege“	23
Hinderliche Faktoren für die Entwicklung eines Präventionskonzepts „Gewaltfreie Pflege“	25
Rechtliche Grundlagen schaffen.....	25
Empfehlungen zum Themenkomplex der finanziellen Ausbeutung von alten und pflegebedürftigen Menschen.....	29
9 Fazit	32
10 Literatur	33
11 Anhang.....	34

1 Zusammenfassung

Das Projekt Gewaltfreie Pflege wurde von August 2013 bis Dezember 2015 durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) bearbeitet und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert.

Ziel war die Entwicklung von Maßnahmen, um Gewalt in der Pflege verhindern zu können sowie die modellhafte Implementierung dieser Präventionsmaßnahme in den vier Kommunen Dortmund, Landkreis Fulda, Potsdam und Stuttgart. Ausgangspunkt waren die auf europäischer Ebene entwickelten Empfehlungen des Projekts MILCEA (*Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse*).

Die wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens erfolgte durch den Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie der Universität zu Köln unter der Leitung von Professor Dr. Susanne Zank. Aufgabe der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen war es, die Entwicklungs- und Implementierungsprozesse im Rahmen einer multiplen Fallstudie zu evaluieren.

Die hieraus resultierenden Erkenntnisse zeigen, unter welchen Gestaltungsbedingungen eine regelhafte und bundesweite Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen gelingen kann und welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren hierbei zu berücksichtigen sind.

Der vorliegende Kurzbericht informiert über die wesentlichen Ergebnisse des Projekts und stellt die Handlungsempfehlungen zur Verfügung, die sich zuvörderst an Gesetzgebung und Verwaltung richten.

2 Hintergrund und Ziele des Projektes

Gewalt in der Pflege – In Deutschland hat man sich erst recht spät dieses Themas angenommen, obwohl die früh verstorbene Magret Dieck schon in den achtziger Jahren auf die Problematik aufmerksam gemacht hat (vgl. Dieck, 1987).

Für den MDS, der den gesetzlichen Auftrag hat, die Qualität der Versorgung von pflegbedürftigen Menschen zu überprüfen und dazu zu beraten, lag es schon immer auf der Hand, dass gute Pflege nichts mit Gewalt zu tun haben kann; die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Teams Pflege beschäftigen sich daher seit vielen Jahren mit den unterschiedlichen Facetten von Gewalt und Gewaltprävention in der Pflege alter Menschen. Mit dem EU-Projekt MILCEA¹ hat der MDS einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung eines Präventionsansatzes auf europäischer Ebene geleistet (vgl. Brucker et al., 2012; Kimmel et al., 2012).

Idealerweise sind soziale Beziehungen von einem ausgewogenen Verhältnis des Gebens und Nehmens gekennzeichnet; Pflegebedürftigkeit bringt dieses Ideal durcheinander, denn wer pflegebedürftig wird, erfährt das Abhängig sein von Dritten. Zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem können sich ein Machtgefälle entwickeln und im schlimmsten Fall Gewaltsituationen psychischer wie physischer Natur.

Für Außenstehende lässt sich häufig nicht erkennen, wer Opfer und wer Täter ist, weil diese Rollen ständig wechseln. Das Strafrecht hilft nicht, die durch Pflegebedürftigkeit gestörte soziale Beziehung zu heilen. Vielmehr gilt es, die Ursachen und Motive für Gewalt in Pflegebeziehungen anzugehen.

Es muss davon ausgegangen werden, dass mit der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen auch das Ausmaß von Gewalt in Pflegebeziehungen ansteigen wird. Die Bewältigung dieser komplexen Problematik erfordert den Rückgriff auf weitere verlässliche Voraussetzungen und Bedingungen für eine Prävention von Gewalt, die in Deutschland bislang erst vereinzelt und nur ansatzweise vorhanden sind. Und genau hier setzte das Projekt „Gewaltfreie Pflege“ an.

Ausgangspunkt waren die auf europäischer Ebene entwickelten Empfehlungen des MILCEA-Projekts, die auf das Langzeitpflegesystem in Deutschland übertragen und in einen systematischen Präventionsansatz, gemäß der Definition aus dem MILCEA-Projekt, überführt und in ausgewählten Modell-Kommunen praktisch umgesetzt und implementiert wurden.

¹ Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse

3 Gewaltfreie Pflege – Zum Stand der Forschung

Was ist Gewalt in der Pflege und in welchem Ausmaß kommt Gewalt vor?

Nach der international allgemein anerkannten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist unter Gewalt in der Pflege "eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung" zu verstehen, „wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“. In der Literatur ist damit zumeist die Altersgruppe 65+ gemeint (vgl. WHO, 2008).

Gewalt hat viele Formen und reicht von der körperlichen über die emotionale Misshandlung hin zu finanzieller Ausbeutung. Laut Definition der WHO werden folgende Formen von Gewalt gegen ältere Menschen unterschieden:

- körperliche Gewalt (z. B. Schlagen oder Treten),
- psychische Gewalt (z. B. Drohungen, Beleidigungen, Ignorieren),
- sexuelle Gewalt (z. B. gewaltsam herbeigeführter Sexualkontakt),
- finanzielle Ausbeutung (z. B. Diebstahl und Unterschlagung von Eigentum),
- Vernachlässigung (z. B. unangemessene Versorgung mit Nahrung und Getränken) ,
- Einschränkung des freien Willens (unnötige freiheitsentziehende Maßnahmen, Einschränkung durch z.B. institutionelle Strukturen und Abläufe, Behinderungen in der Ausübung der Zivilrechte, z.B. Wahl des Wohnortes, Heirat).

Im Grunde genommen ist mit Gewalt alles gemeint, was einem älteren hilfebedürftigen Menschen Schaden oder Leid zufügt; kurz, wenn bei ihm etwas kaputt geht.

Ein Großteil der internationalen Forschung beschäftigt sich mit der Frage der Prävalenz von Gewalt in Pflegebeziehungen. Die Prävalenzrate über alle verfügbaren Studien hinweg schwankt zwischen einem Prozent und 35 Prozent. Auf der Grundlage der ABUEL-Studie von 2010 schätzt die WHO, dass knapp drei Prozent aller über 60 Jährigen in Europa innerhalb eines Jahres mindestens einmal körperliche Gewalt widerfährt, etwa 20 Prozent von psychischer Gewalt betroffen sind, knapp vier Prozent in irgendeiner Form finanziell ausgebeutet werden und weniger als 1 Prozent eine Form sexueller Gewalt erleben (vgl. WHO, 2014).

Pflegebedürftige Personen höheren Alters gelten als verletzbarer als gleichaltrige Personen ohne Unterstützungsbedarf. Schätzungen einer britischen Prävalenzstudie zufolge, stieg die Zwölfmonats-Prävalenz von Gewalt bei älteren Personen mit zunehmenden Gesundheitseinbußen in Privathaushalten (vgl. Biggs et al., 2009).

Auch in der professionellen Langzeitpflege findet Gewalt statt: zehn Prozent aller Heimbewohner in Deutschland erhalten regelmäßig psychotrope Medikamente als Bedarfsmedikation, zwei Drittel davon in der Nacht. Die Hauptindikation bei der Gabe von Psychopharmaka lautet Unruhe des Bewohners – entsprechend ist davon auszugehen, dass Menschen mit Demenz in einem weit höheren Maß Opfer von Gewalt werden. Dies lässt vermuten, dass strukturelle Probleme in der Versorgung medikamentös kompensiert werden sollen, wenn z. B. die mangelnde Personaldichte eines Pflegeheims in der Nacht oder am Wochenende mit der Häufigkeit verabreichter psychotroper Medikamente korreliert (vgl. Landeshauptstadt München, 2015).

Die diesbezügliche Datenlage ist jedoch mangelhaft, was u.a. darin liegt, dass sich die Betroffenen selbst nicht äußern können.

Hinzu kommt, dass sich viele Pflegebedürftige und Pflegepersonen in ihren Gewalterfahrungen allein gelassen fühlen und sich schämen, Opfer von Gewalt geworden zu sein. Deshalb suchen sie nur selten professionelle Hilfe. Das Dunkelfeld ist also insgesamt groß.

Auslöser und Ursachen von Gewalt in der Pflege

Die Frage, wie es zu Gewalt einer Pflegebeziehung kommt, wird – je nach wissenschaftlichen Ansatz – unterschiedlich erklärt: Feministische Ansätze fokussieren v. a. das Machtgefälle zwischen Pflegenden und Gepflegten; psychologische Ansätze erklären Gewalt als ein Ergebnis einseitiger individueller Unterstützung. Aus soziologischer Sicht ist Gewalt vor allem strukturellen und gesellschaftlich geschaffenen Faktoren geschuldet.

Die Erklärungsansätze stehen nicht im Widerspruch oder in Konkurrenz zueinander, sondern sind als sich ergänzend zu verstehen. Tatsächlich verschränken sich die gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen und institutionellen Rahmenbedingungen, Geschlechterrollen, die Beziehungsqualität, die konkrete Pflegesituation und die Merkmale der Persönlichkeit zu einem Gesamt-Erklärungsmodell.

Für die Prävention von Gewalt in der Pflege heißt das erst einmal, dass die Beseitigung gewaltbegünstigender Faktoren auf allen der genannten Ebenen stattfinden muss. Präventive Maßnahmen auf nur einer Ebene sind zwar möglich, werden aber immer wieder an die Grenzen der Bedingungen stoßen, die auf der jeweiligen Ebene nicht lösbar sind: So kann eine Pflegekraft im Heim wenig gegen die Anwendung von aus ihrer Sicht unangemessenen freiheitsentziehenden Maßnahmen tun, wenn sie nicht vom Management unterstützt wird. Eine Heimleitung wird Schwierigkeiten haben, einen aus ihrer Sicht angemessenen Personalschlüssel umzusetzen, wenn der Träger andere Prioritäten setzt.

Ziel des Projektes war es daher, Maßnahmen der Prävention so auszugestalten, dass möglichst viele dieser Ebenen bzw. Bedingungsfaktoren beeinflusst werden, damit Gewalt in Pflegebeziehungen verhindert werden kann.

4 Der Präventionsansatz im Projekt „Gewaltfreie Pflege“

Der Präventionsansatz im Projekt „Gewaltfreie Pflege“ basiert auf den Empfehlungen des „MILCEA“-Projekts (vgl. Schempp, 2012): Hiernach kann von Prävention dann gesprochen werden, wenn die Identifikation von Gewalt und von Gewaltrisiken und die Einleitung konkreter Maßnahmen zum Schutz des pflegebedürftigen Menschen systematisch miteinander verknüpft werden:

Das beinhaltet zum einen, dass der Pflegeprozess kontinuierlich beobachtet und evaluiert wird, um entweder Risikosituationen sicher erkennen oder tatsächlich stattgefundenen Gewalt aufdecken zu können. Zum anderen muss gewährleistet sein, dass die erhobenen Informationen dafür genutzt werden, Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen einzuleiten.

Weil stets mehrere professionelle Akteure in die pflegerische Versorgung involviert sind (z.B. Pflegeeinrichtung; Heimaufsicht, gesetzlicher Betreuer), müssen diese auch in einen systematischen Präventionsansatz eingebunden und die verschiedenen Maßnahmen aufeinander abgestimmt sein.

Wesentlich ist, dass Verantwortlichkeiten klar formuliert sein müssen, damit bei einem konkreten Risiko oder einem Verdacht unverzüglich Informationen an den zuständigen Adressaten weitergeleitet werden können.

Interventionsmaßnahmen sollten im Hinblick auf ihre Wirksamkeit evaluiert werden: Falls der Schutz des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson nicht gewährleistet werden kann, sind alternative Interventionsmaßnahmen zu planen und anzuwenden.

Auf der Grundlage dieser notwendigen Bedingungen für die Prävention von Gewalt waren in den Modellkommunen die folgenden Maßnahmen umzusetzen und deren Implementierung zu evaluieren:

- Verantwortungsübernahme aller Institutionen und Personen, die mit alten und pflegebedürftigen Menschen beruflich oder ehrenamtlich Kontakt haben;
- Etablierung eines zentralen Ansprechpartners sowohl für die Kommune insgesamt als auch für jede einzelne der beteiligten Institutionen;
- Entwicklung von Leitfäden und Handlungsplänen (bei Gewaltverdacht) für diese Institutionen und Personen;
- Ausbau von einschlägigen Beratungs- und Hilfeangeboten auf lokaler Ebene; sowohl Angebote für den Bereich der Pflege als auch thematisch breit angelegte und nicht auf die Gewaltproblematik beschränkte Kriseninterventions- und Beratungsdienste für ältere Menschen
- Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle in den Kommunen / Hotline mit der Kompetenz und den Ressourcen zum Fallmanagement; Möglichkeit der anonymen Meldemöglichkeit (auch für Pflegefachkräfte); Ausbau von Pflege-Beschwerde- und Schlichtungsstellen

- Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit zwischen Akteuren der Pflege und Beratung und vor allem auch in den Gemeinden vor Ort;
- Verknüpfung von telefonischen Beratungs- und Hilfeangeboten für von Gewalt bedrohte und betroffene ältere Menschen durch proaktive, aufsuchende Maßnahmen;
- Entwicklung von Konzepten zur Prävention finanzieller Ausbeutung;
- Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema für Professionelle, die mit älteren Erwachsenen arbeiten) (Mediziner, Pfleger, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen etc.);
- Aufklärung über Altersdiskriminierung in den Kommunen, Öffentlichkeitsarbeit;
- Erarbeitung von Informations- und Unterstützungsangeboten für ehrenamtliche Kräfte;
- Einbindung von Hausärzten und Ärzten in das Projekt.

Damit die Umsetzung gelingen konnte, waren zunächst in jeder Kommune die Stakeholder der Langzeitpflege für die Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zu gewinnen, und gemeinsam mit ihnen ein Steuerungsgremium auf kommunaler Ebene einzurichten. In Stuttgart konnte dabei auf bereits vorhandene Netzwerkstrukturen aufgesetzt werden.

Die Steuerungsgremien bestanden aus regionalen Vertretern der pflegerischen Versorgungslandschaft. Beteiligt waren beispielsweise Vertreter der Heimaufsicht, des MDK, der Sozialämter oder von ambulanten Pflegediensten bzw. stationären Einrichtungen. Trotz konkreter Ansprache partizipierten Vertreter der Ärzteschaft bzw. von Kliniken mit Ausnahme der Landeshauptstadt Stuttgart nicht.

Pro Steuerungsgremium wurden in einem nächsten Schritt geeignete zentrale Ansprechpartner für die Federführung in der Entwicklung und Umsetzung der Präventionsmaßnahmen festgelegt – ein sogenannter „Gewaltverantwortlicher“.

Insgesamt ist es im Projekt gelungen ist, dass diese Steuerungsgremien – mit Ausnahme von der Stadt Dortmund – auch nach Projektabschluss (Stand August 2017) regelmäßig zusammenkommen, um die entwickelten Maßnahmen und Strukturen der Gewaltprävention weiter zu etablieren und weiterzuentwickeln.

5 Fragestellungen

Die Hauptfragestellung des Projekts lautete:

Wie gut kann der erarbeitete Präventionsansatz in den beteiligten Kommunen umgesetzt werden und welche Handlungsempfehlungen können aus den Erfahrungen im Projekt für andere Kommunen abgeleitet werden?

Aus der Forschungsliteratur zur Implementation von Innovationen im Gesundheitswesen aber auch zu Prozessmanagementsystemen in Krankenhäusern lassen sich Faktoren für eine erfolgreiche Implementation ableiten, die auch auf den vorliegenden Zusammenhang übertragen und konkretisiert worden sind.

Danach entscheiden die folgenden Einflussbereiche über den Erfolg einer in einem konkreten (gesundheitlichen) Versorgungskontext zu implementierenden Innovation (vgl. z.B. Miles und Hubermann, 1994): *Merkmale der zu implementierenden Innovation sowie Merkmale ihrer Entwicklung; Merkmale der Implementierungsstrategie und -maßnahmen*, wie z.B. Bereitstellung von unterstützenden Technologien und weiteren Ressourcen sowie Aspekte externer Beratung und Unterstützung; *innerer Kontext der Zielorganisationen; Merkmale der Akteure, die in den jeweiligen Zielorganisationen die Versorgungsleistung erbringen; Zielgruppe der Innovation; reales „Versorgungsgeschehen“ im Sinne der Innovation und Koordination der Umsetzung; (organisations-) externe Einflüsse*.

Auf den hier interessierenden Zusammenhang übertragen, waren im Projekt die folgenden Fragestellungen im Detail zu beantworten:

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

pflegebedürftigen Menschen vor Gewalt? Werden durch die Implementation des Ansatzes Risiken für Gewalt minimiert?

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

6 Studiendesign und Methoden

Die Implementierungsprozesse in den Modellkommunen wurden im Rahmen einer multiplen Fallstudie wissenschaftlich begleitet, um so wichtige Hinweise für eine regelhafte und bundesweite Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen vor Gewalt bereitstellen zu können. Die genannten Fragestellungen wurden im Rahmen einer explorativen Fallstudie beantwortet (vgl. Yin, 2009).

Im vorliegenden Zusammenhang stand die Entwicklung und Umsetzung eines systematischen Ansatzes zur Prävention von Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen in vier unterschiedlichen Kommunen im Fokus; es handelte es sich entsprechend um ein *Multiple-Case-Design* mit mehreren eingebetteten Analyseeinheiten. Ziel der Fallstudienforschung ist es, Entwicklungen, Prozesse und Ursachen-Wirkungszusammenhänge nachzuvollziehen sowie praktische relevante und datenbasierte Aussagen zu treffen.

Die vier Kommunen in ihrer Gesamtheit stellten dabei die vier Fälle der Studie dar. Die professionellen organisationalen Akteure in der institutionellen und ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung mit ihren jeweiligen organisationalen Akteuren und den darin verorteten Berufsgruppen galten als die eingebetteten Untersuchungseinheiten. Diese variierten je Charakteristik der kommunalen Strukturen und wurden im Vorfeld der Implementierungsstudie für jede der vier Modell-Kommunen über die Besetzung der Steuerungsgremien festgelegt.

Die Universität zu Köln war im vorliegenden Projekt beauftragt, den Implementierungsprozess wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Die Begleitung gliederte sich dabei in drei Phasen mit jeweils folgender Zielsetzung:

1. Bestandsaufnahme der gegenwärtig zur Anwendung kommenden Präventionsmaßnahmen in den Modellkommunen = IST-Analyse;
2. Erhebungen zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen = (Reflektion der Entwicklungsphase);
3. Erhebungen zur Implementierung der entwickelten Maßnahmen = (Reflektion der Implementierungsphase).

Im Sinne einer Mixed Methodology waren dabei sowohl qualitative (z.B. fokussierte Experteninterviews) als auch quantitative Methoden (z.B. schriftliche Befragungen) miteinander zu kombiniert und zu verschiedenen Zeitpunkten anzuwenden. Auf dieser Grundlage konnten unterschiedliche Aspekte desselben Phänomens bzw. unterschiedliche Perspektiven auf dasselbe Phänomen betrachtet werden, was eine umfassende Beschreibung und Erklärung des Gegenstandes ermöglicht (vgl. hierzu auch Lamnek, 2005).

Wie bei Studien diesen Zuschnitts üblich, wurden außerdem Beobachtungen, informelle Gespräche und Dokumente (z.B. Berichte aus vorangegangenen Sitzungen zum Thema Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen; Sitzungsprotokolle) als weitere Datenquellen herangezogen, um so ein umfassenderes Verständnis für die im Rahmen der Implementation stattfindenden Prozesse und Handlungsmuster der einzelnen Akteure zu gewinnen und die Vielzahl der zu erhebenden Daten in einen interpretierbaren Gesamtkanon integrieren zu können (vgl. z.B. Witzel, 1982).

Des Weiteren wurden sowohl in der Vorbereitungs- als auch in der Implementierungsphase quartalsweise Qualitätszirkel durchgeführt. Diese dienten der Projektsteuerung und Unterstützung der beteiligten Akteure aber auch zur Prozessdokumentation und finden sowohl auf kommunaler Ebene als auch in den beteiligten Organisationen statt.

Außerdem fand ein Jahr nach Projekts eine Nachbefragung der zentralen Ansprechpartner in den Steuerungsgremien statt, um Hinweise zur Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen zu erhalten.

7 Ergebnisse

In allen der beteiligten Kommunen ist es gelungen, die wesentlichen Stakeholder der pflegerischen Versorgungslandschaft für die Mitarbeit an den Steuerungsgremien und damit für das Thema „Gewaltfreie Pflege“ zu gewinnen. Die nachfolgende Abbildung informiert über die Zusammensetzung der Steuerungsgremien in den Modellkommunen.



Zusammensetzung der Steuerungsgremien in den Modellkommunen

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

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

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

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

Nachfolgend werden die Fragestellungen der Implementierungsstudie in zusammenfassender Weise beantwortet:

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

Die Tabellen im Anhang informieren über die in den Modellkommunen entwickelten und implementierten Präventionsmaßnahmen. Am Beispiel des Landkreises Fulda wurde auch eine spezielle „Gewaltfallbegleitung“ etabliert und deren Umsetzung evaluiert.

Die in den vier Kommunen erarbeiteten Präventionsansätze bestehen jeweils aus einem Bündel unterschiedlicher Maßnahmen und sollten auf mehreren Ebenen wirken – entsprechend der vorab definierten Empfehlungen aus dem MILCEA-Projekt. Die Präventionsmaßnahmen wurden nicht Setting-übergreifend ausgestaltet, sondern variieren, je nachdem, ob es um eine Prävention von Gewalt in der häuslichen, der stationären oder der rein informellen Pflege ging.

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

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

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

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

Zunächst verständigte man sich in den Steuerungsgremien darauf, wer wofür zuständig ist; d. h. auch wer die Hauptverantwortung für die Implementierung der Präventionsmaßnahmen trägt. Dies wurde

von den Amts- und Abteilungsleitungen der im Steuerungsgremium vertretenen Mitarbeiter genehmigt. Zur politischen Absicherung wurden rechtzeitig auch Bürgermeister bzw. der Stadtrat in die Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden.

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

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

Das kostet Zeit, Qualifikation und Geld.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Seniorenbüro Dortmund-Scharnhorst wird weiterhin über das Thema aufklären, wenn auch nicht mehr als Schwerpunktthema, wie während des Projektzeitraums geschehen. Das Steuerungsgremium

der Stadt wird das Thema weiterverfolgen. Eine stadtweite Kampagne mit Postern ist in allen städtischen Einrichtungen geplant. Die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Seniorenbüros in den anderen Stadtbezirken wird erwogen.

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

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

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

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

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

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

8 Handlungsempfehlungen

Mit der modellhaften Implementierung der zuvor entwickelten Maßnahmen in vier Kommunen konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, welche Voraussetzungen notwendig sind, unter denen die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Gewalt gelingen kann.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, die sich v. a. auf organisationsinterne und organisationsübergreifende Strukturen und Prozesse beziehen, die notwendig sind, um Maßnahmen der Gewaltprävention entwickeln und letztlich umsetzen zu können.

Die Handlungsempfehlungen sollen anderen Kommunen als Hilfestellung dienen und Ansatzpunkte für eine gute Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen liefern.

Zuständigkeiten schaffen und Verantwortlichkeiten wahrnehmen

In allen Organisationen, die mit pflegebedürftigen Menschen und ihnen nahestehenden Personen in Kontakt treten können, bedarf es der Sensibilisierung aller Mitarbeitenden durch Schulung und Bereitstellung von Assessmentinstrumenten für das Thema. Gewalt muss im eigenen Arbeits- und Tätigkeitsbezug für grundsätzlich möglich gehalten werden.

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

Auf lokaler, regionaler und bundeszentraler Ebene müssen transparente und unabhängige Zuständigkeiten geschaffen werden, die es jedem Einzelnen und jeder Organisation erlauben, ihre Erkenntnisse oder Verdachtsmomente an eine vom Normgeber zu bestimmende *zuständige Stelle* weiter zu geben. Der abstrakte Begriff *zuständige Stelle* wurde gewählt, weil örtlich die Zuständigkeiten unterschiedlich festgelegt werden können.

Die Weitergabe empfindlicher Informationen an die dann feststehende *zuständige Stelle* muss mit der Gewissheit einhergehen können, dass sich die prekäre oder von Gewalt geprägte Pflegesituation für alle Beteiligten zum Positiven verändern wird.

Um diese Veränderung herbeiführen zu können, bedarf die *zuständige Stelle* nicht nur einiger fachlicher Kompetenzen, sondern auch Handlungs- und im Zweifel auch Eingriffskompetenzen, die vom Gesetzgeber in Teilbereichen erst noch geschaffen werden müssen. Diese Veränderung zum Positiven kann ohne eine durch den Gesetzgeber festzulegende Eingriffsbefugnis nicht immer unterstellt werden.

Insgesamt sind in den bestehenden Strukturen der Langzeitpflege die hier beschriebenen Voraussetzungen noch wenig entwickelt.

Empfehlungen für Institutionen, die einen Beratungsauftrag haben

Die mit den Pflegestärkungsgesetzen eingeführten Beratungs- und Unterstützungsleistungen müssen auch das Thema „Gewaltfreie Pflege“ fokussieren. Für diese Organisationen muss rechtlich die Möglichkeit und Verpflichtung geschaffen werden, dass sie sich mit der *zuständigen Stelle*² für Fragen der Gewaltprävention austauschen und vernetzen können.

Die Weitergabe von Informationen und Daten aus der privaten Häuslichkeit von Pflegebedürftigen gegen den Willen von Betroffenen sind nicht umsetzbar. Es ist daher zu empfehlen, den systematischen, datenschutzrechtlich abgesicherten Informationsfluss zwischen den Organisationen, die direkt mit Gewalt in Pflege konfrontiert (z. B. Pflegedienste) sind, den leistungstragenden Organisationen (z. B. Pflegekassen) und der *zuständigen Stelle* von Rechts wegen sicherzustellen.

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

Opfer und Täter bedürfen, nachdem Gewalt stattgefunden hat, der Beratung und praktischen Unterstützung, damit zukünftig Gewaltsituationen vermieden werden können.

Beratung muss u. a. auch alternative Pflegesettings und die Eignung der Pflegeperson fokussieren und dann auch Alternativen der häuslichen Versorgung anbieten können. Beratung muss im Einzelfall auch Case- und Care Management umfassen.

Die zum 1. Januar 2017 geschaffenen Möglichkeiten der Beratung und Begleitung durch die Pflegestärkungsgesetze II und III sollten sich von vorneherein dem Thema „Gewaltfreie Pflege“ öffnen.

Empfehlungen für Pflegeeinrichtungen

In allen Pflegeeinrichtungen sowie bei den Anbietern niedrigschwelliger Angebote, die mit pflegebedürftigen Menschen in Kontakt kommen, ist verpflichtend ein Konzept zur Prävention von Gewalt zu fordern, das u. a. einen für Gewaltfragen verantwortlichen Mitarbeiter vorsieht, dem wie einem Betriebsrat besonderer arbeitsrechtlicher Schutz gewährt wird.

Die Schweigepflicht und der arbeitsrechtliche Schutz dieser Personen soll die Unabhängigkeit vor Weisungen des Arbeitgebers gewährleisten. Im Rahmen des Projekts „Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege - Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz von Heim-/Pflegeleitungen und

² Diese ist vielerorts erst noch zu schaffen.

Heimaufsichten“ des Universitätsklinikums Düsseldorf sind dazu dezidierte Empfehlungen erarbeitet worden (vgl. Siegel et al., 2017).

Mitarbeitern, die Gewalt in der Pflege erleben oder selbst Opfer von Gewalt geworden sind, muss die Möglichkeit der kollegialen und ggf. auch professionell psychologischen Beratung gegeben werden; notwendig ist eine kontinuierliche Supervision zu schwierigen Einzelentscheidungen im Sinne einer Krisenintervention, wie dies auch in anderen Berufsfeldern praktiziert wird.

Die Umsetzung des Gewaltpräventionskonzepts in den Pflegeeinrichtungen wird von der *zuständigen Stelle* kontrolliert – ähnlich wie dies in § 8 WTG NRW bereits geregelt ist.

Die durch das Präventionsgesetz verankerte Aufgabe der Pflegekassen, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen (§ 5 SGB XI), indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen, wird begrüßt und sollte durch die Verbreitung von erfolgreichen Maßnahmen zur Prävention in der gesamten Pflegebranche bekannter gemacht werden.

Da die Identifizierung von Gewalt in der Pflege in der Praxis oft schwierig ist, weil die diversen gesundheitlichen Störungen mehrdeutige Symptome hervorrufen, bedarf es der frühzeitigen Kenntnis der Indikatoren und Risiken von Gewalt in der Pflege. Den mit Pflege befassten Organisationen sollte daher ein Assessment-Tool an die Hand gegeben mit dessen Hilfe ihr Personal Risikofaktoren und Indikatoren von Gewalt erfassen können, wie z. B. mit dem Instrument aus PurFam (vgl. Schacke und Zank, 2013).

Die Einbindung der Gewaltthematik in die Curricula aus- und fortbildender Pflegeschulen sollte verpflichtend erfolgen.

Zum Schutz von pflegebedürftigen alten Menschen vor *finanzieller Ausbeutung* bedarf es einer einheitlichen, Bundesländer übergreifenden Regelung zur Frage, ob Mitarbeiter von sozialen Diensten, Pflegediensten, Haushaltshilfen etc. vom Pflegebedürftigen Geschenke annehmen und erben dürfen; bislang ist das unterschiedlich bis gar nicht (Haushaltshilfen) geregelt.

Empfehlungen zur Erarbeitung von Handlungsleitlinien

Jede Institution, die mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in Kontakt kommt, muss sich der eigenen Verantwortung stellen und organisationsinterne Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit der Thematik entwickeln und umsetzen.

Während der Projektlaufzeit wurde eine MDK-übergreifende Arbeitsgruppe beauftragt, ein Konzept zu erstellen zum Thema „*Gewalt in der Pflege-Inhalt und Grenzen der Aufgabenwahrnehmung des MDK und seiner Gutachter in diesem Thema*“.

Das Papier ist von den Gremien der MDK-Gemeinschaft verabschiedet und kann in seinen Grundsätzen auf andere Institutionen übertragen werden:

- Die Geschäftsleitung der MDK verdeutlicht gegenüber den Gutachtern die Bedeutung und Wichtigkeit des Themas für die Medizinischen Dienste. Die Gutachter des MDK werden im Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ regelmäßig geschult. Schulungsinhalte und Foliensätze dazu liegen beim MDS und bei einzelnen MDK bereits vor. Der MDS bietet ab 2016 dazu ein Spezialseminar an; die MDK nehmen das Thema in ihre Fortbildungen für die Gutachter mit auf. Der MDK überlässt den Gutachtern Informationsmaterial (z. B. Flyer), mit Kontaktdaten der örtlichen Beratungsstellen, die er im Haushalt der Versicherten im Bedarfsfall überreichen kann.
- Der MDK stellt seinen Gutachtern einen im Thema besonders ausgewiesenen Kollegen als Ansprechpartner zur Seite, der z. B. in schwierigen Einzelsituationen den Gutachter kollegial beraten kann, um zu einer abgestimmten weiteren Vorgehensweise zu gelangen. Ergebnis jeder Beratung ist, dass ein nächster Handlungsschritt festgelegt wird.
- Der MDK sorgt dafür, dass der Gutachter weiß, wann er welche Stellen im MDK einzuschalten hat; er sorgt für eine betriebsinterne Beratungskultur auf verschiedenen Ebenen (wie Fachebene, Rechtsabteilung, Geschäftsleitung).
- Bei Bedarf wird seitens des MDK auch die Möglichkeit einer externen Supervision angeboten.
- Der MDK wirkt auch bei den Pflegekassen darauf hin, dass diese ebenfalls im Thema besonders qualifizierte Ansprechpartner benennen, die zu Fallberatungen hinzugezogen werden können.
- In zunehmendem Umfang wird das Thema „Gewaltfreie Pflege“ seitens der Kommunen thematisiert. Netzwerke und Handlungsabläufe sind im Entstehen; der MDK sollte in diesen sich bildenden Systemen ebenso vernetzt sein wie die Pflegekassen.
- Den Gutachtern des MDK wird ein Handlungsleitfaden an die Hand gegeben werden.
- Im Sinne eines organisationsübergreifenden Präventionsansatzes ist es sinnvoll, dass der MDK bei den Pflegekassen darauf hinwirkt, dass die von ihm informierten Pflegekassen dem MDK gegenüber transparent machen, welche Konsequenzen und Maßnahmen sie aus den ihnen offen gelegten Informationen gezogen/getroffen haben.
- Im Kontext des Gewaltverdachts wird angeregt, dass der Gesetzgeber die strengen Datenschutzregeln, die im Zusammenhang mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zwischen MDK und Pflegekasse bestehen, überdenkt; der Präventionsschutz könnte hier gestärkt werden.

Der MDS bietet für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller MDK ab 2018 ein Spezialseminar zum Thema „Deeskalation von kritischen Situationen in der Pflege“ an.

Ein Meldewesen und Case-Management etablieren

Um die Hemmschwellen zur Meldung von Gewaltfallmeldungen abzusenken, bedarf es strategischer Konzepte, die auch Handlungsoptionen der mit einzubeziehenden Personen und Stellen einschließen.

Die *zuständige Stelle* sollten insgesamt drei wesentliche Merkmale aufweisen, damit deren Unterstützung auch in Anspruch genommen wird:

- Sie sollte in der Öffentlichkeit neutral, d.h. unabhängig von einer bestimmten Institution, wie etwa der Pflegekasse, wirken.
- Sofern bei der *zuständigen Stelle* anonyme Meldungen eingehen, sollte diesen auch nachgegangen werden, d. h. jeder Fall muss detailliert analysiert werden, um auch niemanden zu Unrecht in Verdacht zu setzen.
- Gewalt richtet sich nicht nach Öffnungszeiten; es sollten daher Bereitschaftsstrukturen geschaffen werden, wie eine 24-Stunden Rufbereitschaft.

Gemeinsam für das Thema sensibilisieren und informieren

Wer ein kommunales Präventionskonzept für eine gewaltfreie Pflege implementieren will, muss dazu sowohl die Fachöffentlichkeit als auch die Bevölkerung informieren. Dafür muss ein differenziertes Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gewaltfreie Pflege entwickelt und umgesetzt werden. Die für die Öffentlichkeitsarbeit in der Kommune zuständigen Stellen sind dabei frühzeitig einzubeziehen. Die Öffentlichkeitsarbeit muss nachhaltig organisiert sein, so dass man auf Nachfragen und Fallmeldungen entsprechend dem Präventionskonzept reagieren kann.

Förderliche Faktoren für die Entwicklung eines Präventionskonzepts „Gewaltfreie Pflege“

Als förderliche Faktoren für die Entwicklung eines Gewaltpräventionsansatzes gelten:

Schaffung eines regelmäßig tagenden, interdisziplinär besetzten Steuerungsgremiums in der Kommune

Es empfiehlt sich, das Steuerungsgremium mit allen Stakeholdern zu besetzen, die professionell und ehrenamtlich in der Pflege, Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen engagiert sind. Sie sollten in ihrer Organisationseinheit Entscheidungsbefugnis haben. Erforderlich ist es, Fach- und vor allem Hausärzte bzw. Vertreter ihrer Standesorganisationen an solchen Prozessen zu beteiligen. Es sollten Rechtsabteilung und Datenschutzbeauftragte der Kommunen in den Steuerungsgremien dabei sein, damit Datenschutzverstöße vermieden und Rechtssicherheit beim Beschluss von Maßnahmen erreicht werden.

Dem Thema eine politische Bedeutung geben; einen politischen Kümmerer haben

Für das Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ empfiehlt es sich, in der Kommune eine Person mit Handlungskompetenz zu gewinnen, die das Thema politisch befördern will und damit ein neues

Gestaltungsfeld der Kommune eröffnet; kurz, eine Person, die sich selbst als politischer Kümmerer für das Thema versteht, die man als „politisches Zugpferd“ in der Kommune bezeichnen kann. Diese Person sollte das Thema als neue Aufgabe der Kommune etablieren und das Thema aus Überzeugung an der Sache politisch und öffentlich befördern wollen.

Förderlich für die politische Verankerung des Themas ist es, frühzeitig Vertreter der Kommunalpolitik und der Verwaltung der Kommune als Fürsprecher und Multiplikatoren zu gewinnen. Denn nahezu alle Maßnahmen der Gewaltprävention, die in der Kommunalverwaltung Veränderungen auslösen und daher von politischem Belang sind, bedürfen der Beratung und Beschlussfassung der zuständigen Gremien in den Kommunen. Die frühe Einbindung der kommunalen Entscheidungsträger erleichtert die Implementierung des Themas auf allen maßgeblichen kommunalen Ebenen.

Projektcharakter der Implementierungsmaßnahmen

Die Entwicklung und Implementierung eines Präventionskonzepts zu Gewaltfreier Pflege in der Kommune sollte Projektcharakter haben. Dabei ist der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen der Gewaltprävention ausreichend Zeit zu widmen. An der Leitung des Steuerungsgremiums sollte ein im Projekt- und Prozessmanagement ausgewiesener und erfahrener Mitarbeiter beteiligt sein.

Anbindung an vorhandene Strukturen oder Schaffung neuer Strukturen

Die zuständige Stelle zur Gewaltprävention kann in einer Kommune in bereits bestehende Strukturen integriert werden, aber auch in einer neu zu schaffenden Stelle angesiedelt werden; beide Alternativen sollten eine gute Vernetzung in der Kommune aufweisen und einen niederschweligen Zugang ermöglichen.

Im Projekt wurde in allen vier Modellkommunen die *zuständige Stelle* in organisatorisch unterschiedlichen Orten an bestehende Strukturen angedockt.

Die Vorteile für dieses Vorgehen waren: Nutzen des bestehenden fachfundierten Erfahrungswissens, ressourcensparende Implementierung und Kapazitätsbereitstellung, Vermeidung von Doppelstrukturen, Anbindung an ähnliches Tätigkeitsfeld verhindert Überforderung der Mitarbeiter, Fallmanagement und aufsuchende Arbeit

Man kann diese Vorteile aber auch in einer neu zu schaffenden zuständigen Stelle organisatorisch verankern.

Als weitere förderliche, organisatorische und prozessuale Voraussetzungen für die *zuständige Stelle* in der Kommune gelten, dass sie ein individuelles Case-Management und die Möglichkeit zum flexiblen Fallzugang bietet, dass ein Unterstützungskonzept für die Pflegedyade (Opfer und Täter) erarbeitet wird, das auch die Förderung einer nachhaltigen Beziehung im Beratungsprozess beinhaltet, um sowohl dem Opfer als auch dem Täter Maßnahmen anbieten zu können, die aus der Gewaltbeziehung herausführen.

In Situationen, in denen Beratung nicht zielführend ist, weil es sich z. B. um eine akute Gewaltsituation handelt, kann es notwendig werden, Opfer und Täter (zeitweise) zu trennen. Für diesen Eingriff bedarf es der rechtlichen Voraussetzungen, die vom Gesetzgeber erst noch geschaffen werden müssen.

Es wird empfohlen der für die Prävention von Gewalt *zuständigen Stelle* Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, die pflegebedürftige Person (vorübergehend) anderenorts pflegen und wohnen zu lassen. Im Projekt wurden Analogien zu Frauenhäusern oder lokal vorzuhaltenden Pflegezimmern z.B. in einem Pflegeheim diskutiert.

Als förderliche Prozesse gelten, dass Informationen, die auf Gewalt hinweisen, an die *zuständige Stelle* regelmäßig weitergeleitet werden. Die *zuständige Stelle* ermittelt, ob die Verdachtsmomente zutreffen und gibt den berichtenden Personen über ihre Überprüfung der Verdachtsfälle in einem feststehenden Zeitraum ein Feedback. Diese Personen können sein: die als ehrenamtliche Interessenvertreter der Bewohner arbeitenden Heimfürsprecher, der MDK, die Pflegekasse und die neu zu schaffende Stelle eines Gewaltbeauftragten in jeder Pflegeeinrichtung.

Hinderliche Faktoren für die Entwicklung eines Präventionskonzepts „Gewaltfreie Pflege“

Als hinderlich für die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen der Gewaltprävention müssen folgende Faktoren Beachtung finden:

Institutionelle und personelle Fluktuation in kommunalen Steuerungsgremien

Die Fluktuation der in den Steuerungsgremien beteiligten Stellen und Personen führt zu redundanten Diskussionen und ist hinderlich für die Entwicklung und Konsentierung von Maßnahmen der Gewaltprävention; Entscheidungsfindungsprozesse werden verzögert. Personelle Kontinuität schafft Planungssicherheit.

Es empfiehlt sich, die Entwicklungsprozesse und Ergebnisse zu protokollieren, um alle Beteiligten auf dem laufenden Stand zu halten.

Divergierende Weisungsbefugnisse über Implementierungsmaßnahmen

Die Beteiligung unterschiedlicher Organisationen am Interventionsverfahren erzeugt ein hohes Maß an organisatorischem Aufwand, da die Beteiligten divergierende Entscheidungsbefugnisse haben und organisationsübergreifende Klärungsprozesse notwendig werden.

Rechtliche Grundlagen schaffen

Das Grundgesetz bietet mittelbar oder unmittelbar den Schutz von alten und pflegebedürftigen Menschen. In Art 1 GG ist die Würde des Menschen „unantastbar“, Art. 2 GG schützt das Recht auf „freie Entfaltung der Persönlichkeit“ genauso wie das auf „Leben und körperliche Unversehrtheit“. Nach dem

Rechts- und Sozialstaatsprinzip ist der Staat verpflichtet, den Schutz von Menschenwürde und Persönlichkeitsrechten - das beinhaltet auch den Schutz vor Gewalt für die „systematisch Schwächeren“ oder besonders vulnerablen Menschen in der Gesellschaft - zu gewährleisten.

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

Heimaufsicht

Im stationären Setting der Langzeitpflege hat in Deutschland die staatliche Heimaufsicht den gesetzlichen Auftrag, die Interessen und das Wohl der Bewohner von Pflegeheimen zu schützen. Zur Durchsetzung dieses Schutzes hat diese Behörde auch wirksame ordnungsrechtliche Mittel. Je nach Bundesland wird die Wirksamkeit der Heimaufsicht unterschiedlich beurteilt³; ihre organisatorische Verortung variiert genauso wie ihre personelle Ausstattung und ihre Zuständigkeiten.

Professionell Pflegende im ambulanten wie im vollstationären Bereich, aber auch pflegende Angehörige, Nachbarn und Ehrenamtliche brauchen bundesweit eine fachlich für Gewalt in der Pflege zuständige Anlaufstelle. In Hessen ist mit der Betreuungs- und Pflegeaufsichtsbehörde (HBPA) eine Behörde mit ordnungsrechtlichen Befugnissen und vielseitiger professioneller Kompetenz geschaffen, deren Zuständigkeit sich auch auf die ambulante Pflege erstreckt. Um dies auch für die anderen Bundesländer zugänglich zu machen, erscheint es zielführend, die ehemals bestehende Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers wieder herzustellen und die Zuständigkeit auf sämtliche Pflegesettings auszudehnen oder den Landesgesetzgebern zu empfehlen, diese Zuständigkeit entsprechend zu regeln. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind hinsichtlich der Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligter Stellen zu überprüfen.

Es wird empfohlen, die Gewaltprävention für alle Pflegeeinrichtungen, ambulant sowie (teil-)stationär zur Pflicht zu machen. Der zuständige Gesetzgeber sollte dieses Ziel als Aufgabe in die jeweiligen Heimgesetze der Länder aufnehmen, was in § 8 WTG NRW bereits normiert ist. Die Heimaufsicht ermittelt bisher nicht zielgerichtet „Elder abuse“ im Pflegeheim. Dieses relative Defizit kann durch die entsprechende Anpassung der Heimgesetze der Länder behoben werden.

Die Landes-Gesetzgeber sollten in jedem Bundesland den bisherigen Heimaufsichtsbehörden (Behörde) die örtliche und sachliche Zuständigkeit für die Prävention von Gewalt gegen alte und pflegebedürftige Personen zuweisen in Verbindung mit einer auch ordnungsrechtlichen Zuständigkeit für alle Pflegesettings. Ergänzend dazu bedarf es Verfahrensvorschriften, die regeln, wie diese Behörden bei

³ Heimaufsicht kontrolliert (Berliner) Pflegeheime nicht genügend. Berliner Morgenpost vom 08.08.2017

Gewalt im Alter und bei Pflegebedürftigkeit vorzugehen haben: Der Gesetzgeber sollte die Zuständigkeit dieser Behörde inhaltlich (materiell- und verfahrensrechtlich) im Sinne einer wirksamen Gewaltprävention ausgestalten.

Mit Schaffung einer rechtlich abgesicherten Zuständigkeit, wäre eine hilfe- und nicht straforientierte Präventionsstelle geschaffen, die auch gegen den Willen pflegender Angehöriger mit entsprechenden Beratungs-, Ermittlungs- und Maßnahmekompetenzen intervenieren kann, wie es aus dem Kinderschutz bekannt ist. Dabei gilt es, die Balance zwischen Schutzbedarf und Autonomie des Pflegebedürftigen auszuloten.

Einschaltung des Familien- oder Betreuungsgerichts

Bei Anhaltspunkten von Gewalt in der Pflege und erfolglosen Beratungs- und Hilfeangeboten durch die *zuständige Stelle*, Pflegekassen, MDK; Heimaufsicht, Beratungsstellen u. a. wird empfohlen, verpflichtend das Familien- oder Betreuungsgericht anrufen zu müssen. Das Gericht hätte dann die Einleitung eines Verfahrens zu prüfen und Ermittlungen zur Einschätzung der Gefährdungssituation anzustellen. Was das Gericht vermitteln kann, sind in erster Linie Hilfen, Mediation und Beratung, Verpflichtungen zu regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen oder auch ein Hausverbot für den gewalttätigen Angehörigen. Auch ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Gastfamilie wäre zu erwägen. Für diese gerichtlichen Möglichkeiten sind die Rechtsgrundlagen materiell- wie verfahrensrechtlich erst zu schaffen. Vergleichbare Empfehlungen sind bereits beim 16. Familiengerichtstages (2005) formuliert worden, die weder an Aktualität verloren noch an Konkretisierung bislang gewonnen haben. Erinnerung sei auch an den Vorschlag, dass vergleichbar dem § 1631 Abs. 2 BGB, der ein Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung gewährleistet, eine ausdrückliche gesetzliche Gewährleistung des Rechts auf gewaltfreie Pflege geschaffen wird.

Aufbau eines Gewaltpräventions- und Monitoringsystems

Es wird der Aufbau eines systematischen Gewaltpräventions- und Monitoringsystems empfohlen. Dazu zählen die Sensibilisierung und Vernetzung von Personen und Organisationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit Älteren und Pflegebedürftigen sowie deren sozialem Umfeld in Kontakt kommen. Das sind nicht nur professionelle Akteure und Institutionen wie Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenhäuser, Ärzte, Betreuer, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, MDK, Pflegekassen, sozial- und gerontopsychiatrische Dienste, Betreuungsbehörden oder Betreuungsgerichte, sondern auch Ehrenamtliche und Selbsthilfeorganisationen wie z.B. die Alzheimergesellschaft u.a..

Es wird empfohlen, eine Meldepflicht an die *zuständige Stelle* für Gewalt in der Pflege zu schaffen. Welche Daten dort erhoben werden, sollte im Interesse eines einheitlichen Datensatzes vom Gesetzgeber vorgegeben werden, damit im Sinne eines Gewaltmonitorings lokal, regional und bundesweit miteinander vergleichbare Daten aufbereitet, regelmäßig ausgewertet und veröffentlicht werden kön-

nen, um eine belastbare Beurteilung der Strukturen und Maßnahmen im Kontext von Gewaltprävention vornehmen zu können. Prävention von Gewalt in der Pflege bedarf eines systematischen Monitorings, welches auf bundeseinheitlich vergleichbaren Daten basiert. Diese werden dann turnusmäßig idealerweise auf lokaler, regionaler und bundeszentraler Ebene ausgewertet.

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

Es wird ein eigenes Schutzgesetz für ältere und pflegebedürftige Menschen empfohlen in Anlehnung an das SGB VIII. Bei Gewalt in der Pflege wird empfohlen, systematische und ausdifferenzierende Maßnahmen zu ergreifen, die auch passgenaue Konsequenzen für die Versorgung durch die Pflegekassen haben. Die Abwägung der größtmöglichen Wahrung der Autonomie und der Persönlichkeitsrechte der pflegebedürftigen Person unter gleichzeitiger Anerkennung ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit aufgrund von tatsächlichen Abhängigkeiten stellt dabei eine besondere Herausforderung dar.

Maßnahmen der Prävention und einer nicht straforientierten Intervention brauchen materiell-rechtliche, verfahrensrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. Welche Anleihen aus dem Rechte- und Pflichtenkatalog von Jugendämtern und Familiengerichten bei Kindeswohlgefährdung auf den Bereich der Alterswohlgefährdung sinnvoll übertragen werden könnten, sollte von einer multiprofessionell zusammengesetzten Expertenkommission erarbeitet werden.

Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI differenzierter regeln

Es wird eine Ausdifferenzierung der Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit standardisierten Handlungsempfehlungen an die zuständigen Pflegekassen empfohlen. Die durchführenden Pflegefachkräfte müssen bei Bedarf das subjektive Belastungserleben der pflegenden Angehörigen im Rahmen dieses Besuches erheben und den Pflegekassen entsprechende Empfehlungen geben. Wird der Pflegekasse der Verdacht von Gewalt in der Pflege gemeldet, sollte für die Pflegekasse eine verpflichtende Meldepflicht an die *zuständige Stelle* und ggf. an das Familiengericht geschaffen werden.

Empfehlungen zur Stärkung von pflegenden Angehörigen

Maßnahmen zur Prävention von Gewalt in der Pflege sollten die Bedeutung der Gesundheit und der psycho-sozialen Unterstützung pflegender Angehöriger berücksichtigen. Ein schlechter Gesundheitszustand und soziale Isolation informell Pflegender sind bedeutende Risikofaktoren für Gewalt. Programme zur Verbesserung der Gesundheit und zur Förderung der sozialen Unterstützung sollten deshalb entwickelt, implementiert bzw. weiter verbessert werden. Vergleichbar mit den bereits bestehenden Schutzgesetzen für Menschen in der Arbeitswelt wird empfohlen, auch Schutzgesetze für pflegende Angehörige zu schaffen.

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

Empfehlung zur Einbindung von Ärzten und Krankenhäusern (Entlassmanagement)

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

Die zentrale Rolle, die (Haus-) Ärzte beim Erkennen und Intervenieren bei Gewalt in der Pflege einnehmen, konnte sowohl im Projekt als auch in der Literatur belegt werden. Ärzte sind häufig die einzigen Professionellen, die Zugang zu rein informellen Pflegesettings haben. Es ist wenig darüber bekannt, welche Maßnahmen Ärzte ergreifen, wenn sie Gewalt in der Pflege ihrer Patienten begegnen. Entsprechende Informationen für Ärzte sind zwar verfügbar, aber offenbar noch wenig bekannt.

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

Es wird empfohlen, eine enge Verzahnung von Pflegestützpunkten und Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser vorzunehmen. Durch die systematische Information über ambulante Versorgungsangebote im Rahmen des Entlassmanagements kann eine Erhöhung der Nutzerzahlen der ambulanten Beratung unter benachteiligten Gruppen erreicht werden.

Empfehlungen zum Themenkomplex der finanziellen Ausbeutung von alten und pflegebedürftigen Menschen

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

Empfehlungen zum Bereich der Stellvertretung: Betreuung und Vollmacht

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

Bislang ist bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung durch das Betreuungsgericht zum Aufgabenkreis Vermögenssorge/alle Aufgabenkreise der bestellte Betreuer die Person, die alleine die erstmalige Vermögensaufstellung des künftigen Betreuten erstellt. Darin wird bereits eine strukturelle Schwäche im Verfahren der Betreuerinitialisierung gesehen. Böswilligen Betreuern wird es hier allzu

leicht gemacht: Denn was in dieser Aufstellung des Vermögens nicht aufgelistet wird, wird in späteren Streitfällen auch nicht auftauchen, weil es dokumentiert nie vorhanden war.

Es wird empfohlen, die Landesjustizverwaltungen zu veranlassen, die Betreuungsgerichte personell so auszustatten, dass die regelmäßige Kontrolle aller Betreuer durch das Betreuungsgericht gewährleistet ist: Aus Gründen des Personalmangels findet bei Gericht –regional unterschiedlich- die Überprüfung der Betreuer in völlig unzureichender Weise statt. Das ist sowohl bei ehrenamtlich bestellten Betreuern wie auch bei Berufsbetreuern bekannt und kann bewusst zum Nachteil des Betreuten genutzt werden. Dieser strukturelle Mangel in der Justiz fördert geradezu die „guten Tatgelegenheiten“.

Der Gesetzgeber sollte die notariell beglaubigten und beurkundeten Vollmachten mit einer Meldepflicht der Notare an die Bundesnotarkammer verknüpfen, damit die Gerichte bei „auffälligen Vollmachten“ dort leichter darauf zugreifen können: die jahrelang beworbene Form der Betreuungsvermeidung durch Errichtung einer Vorsorgevollmacht zeigt Wirkung. Allerdings auch in ihren rechtspolitisch nicht gewollten schädigenden Auswirkungen für die Vollmachtgeber und deren Familienangehörige. Die Zahl der beantragten Kontrollbetreuungen für Bevollmächtigte nimmt zu; die Zahl der BGH-Urteile zum Thema Vorsorgevollmacht ebenso, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass es mit der gewillkürten Stellvertretung Probleme gibt. Allerdings stärkt der BGH in seiner neueren Rechtsprechung die Stellung des Bevollmächtigten in der Weise, dass er die Möglichkeiten eines Widerrufs durch den Kontrollbetreuer an eine besondere Zuweisung als eigenständigen Aufgabenkreis durch das Betreuungsgericht knüpft. Dem Kontrollbetreuer sei die Widerrufsbefugnis nicht automatisch verliehen. Die darin zum Ausdruck kommende Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und der Risikotragung steht in einem unmittelbaren Widerspruch zu den Bestrebungen, das Risiko der erteilten Vollmacht für den Vollmachtgeber zu minimieren. Diesen Widerspruch kann nur der Gesetzgeber aufheben.

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

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

Empfehlungen zum Betrugs- und Unterschlagungsdelikten (auch die Erberschleichung)

Es wird empfohlen, im Hinblick auf Testamente, Vollmachten und den Betrugs- und Unterschlagungstatbeständen in Anlehnung an die im anglo-amerikanischen Recht praktizierte Rechtsfigur des „undue influence“, zu prüfen, wie die Grundsätze des „undue influence“ in das deutsche Erwachsenenschutzrecht Eingang finden können. Bei dem spezifischen Betrugsdelikt der sog. Erberschleichung wird empfohlen, prozessual eine Beweislastumkehr einzuführen.

Bei der Betrachtung der Willenserklärungen, die zu Vollmachten und Testamenten führen, kennt das deutsche Recht nur die Kriterien der Geschäfts- bzw. Testierfähigkeit. Vulnerable, aber regelmäßig geschäfts- und testierfähige Personen und deren Angehörige werden hierbei nicht ausreichend geschützt. Auch bei vielen Betrugs- und Unterschlagungsdelikten (besonders prägnant bei der sog. Erberschleichung) spielen die Kriterien der Vulnerabilität eine Rolle. Es handelt sich regelmäßig um größere Werte, die die Hände wechseln; nicht selten mit der Folge von mitunter jahrelang andauernden Rechtsstreitigkeiten. Das deutsche Recht kennt die auf die Willensbeeinflussung des Erblassers eingehende Figur des „undue Influence“ nicht (vgl. ausführlich dazu im Anhang des Abschlussberichts zur Finanziellen Ausbeutung). Das macht die Aufklärung der Umstände, die zum Streitgegenstand führen, regelmäßig schwierig bis unmöglich. Die u.a. in den USA, Israel und Australien entwickelten Kriterien zur Überprüfung der Einflussnahme auf die Willensbildung, der Vulnerabilität und der Vertrauensbildung zwischen dem (altem) Menschen und Nutznießer der Vermögensverschiebung wären auch für das deutsche Rechtssystem ein wirksamer Beitrag zur Stärkung der Schutzrechte vulnerabler Erwachsener und Pflegebedürftiger.

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

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

Angehörige älterer Menschen, Mitarbeiter in Banken und in Gesundheits- und Sozialberufen haben nicht nur eine relativ hohe Kontaktdichte zu pflegebedürftigen älteren Menschen, sondern verfügen auch über spezifische fachliche Erkenntnismöglichkeiten, zumindest nach entsprechender Fortbildung, um die Opferwerdung eines alten Menschen zu erkennen. Daher sollten themenbezogene Sensibilisierungs- und Fortbildungsansätze vor allem diese Berufsgruppen fokussieren. Plausibilitätsprogramme für die Konten von langjährigen Kunden von Banken und Sparkassen können Abweichungen von der üblichen Finanzroutine melden und beim Kunden zur obligatorischen Nachfrage seitens der Kreditinstitute führen (so wie der Kunde beim Eingang einer ungewöhnlich hohen Summe auf seinem Konto bereits heute zeitnah und unaufgefordert von der Bank angerufen und beraten wird).

9 Fazit

Wer professionell mit alten und pflegebedürftigen Menschen in Kontakt kommt, sei es als Einzelperson oder als Organisation, muss sensibel und qualifiziert mit offensichtlichen wie auch nur im vagen Verdacht bestehenden Gewaltsituationen umgehen können.

Dazu bedarf es sowohl auf der individuellen Handlungsebene wie auch auf Organisationsebene verbindlicher Strukturen und Prozesse, die es vielerorts erst noch zu schaffen gilt. Das Projekt hat gezeigt, dass hierfür oftmals die finanziellen und personellen Ressourcen fehlen. Vieles was in den Modellkommunen umgesetzt worden ist, war dem persönlichen Engagement Einzelner zu verdanken. Systematische Gewaltprävention kann jedoch nicht vom persönlichen Engagement einzelner Personen abhängig gemacht werden. Hier bedarf es der Schaffung tragfähiger Strukturen mit gleichermaßen qualifiziertem, ausreichendem und engagiertem Personal.

Der stereotype Verweis auf die bereits etablierte Zuständigkeit des sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) für Prävention von Gewalt in der Pflege, wie etwa durch kommunale Verantwortungsträger im Fachausschuss Altenhilfe und Pflege des Deutschen Vereins zu den Zwischenergebnissen des Projektes, geht an der vielerorts festzustellenden personellen Ausdünnung dieser wichtigen Aufgabe bewusst vorbei. Aus unserer Sicht ist dies eines der zentralen Ergebnisse des Projekts.

Es ist Konsens unter allen, die professionell mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen arbeiten, dass Gewalt verhindert werden muss. Wenn es dann aber um die Frage geht, wie das geschehen kann, werden außerdem fehlende Konzepte aber vor allem mangelnde Unterstützung, z. B. durch Verantwortungsträger, beklagt. Man könnte zum Schluss kommen, dass der angezeigte Handlungsbedarf der Praxis bei den Verantwortlichen auf den unterschiedlichen Ebenen der Politik nicht ankommt.

Da Pflege allgemein ethisch und gesellschaftlich positiv konnotiert ist, existiert scheinbar ein Widerspruch, wenn man auf der einen Seite von Gewalt und auf der anderen Seite von Pflegequalität spricht. Und deshalb ist es nicht verwunderlich, dass man sich bis heute schwer tut, die unbestreitbaren Tatsachen, die sich in Pflegebeziehungen abspielen, auch beim Namen zu nennen. Lieber spricht man von „prekären Beziehungen“, von „gefährdeter Patientensicherheit“, von „Überlastung“, „Pflegenotstand“ und hält diese von den Ursachen abstrahierenden Begriffe zugleich für deren Erklärung.

Den individuell geprägten Einzelinitiativen, die sich vor Ort für die Prävention von Gewalt in der Pflege einsetzen, sind schnell Grenzen gesetzt, wenn der Gesetzgeber und die Verwaltung auf den unterschiedlichen Ebenen nicht tätig werden. Im internationalen Vergleich besteht für das deutsche Langzeitpflegesystem weiterhin Bedarf an verbindlichen Konzepten und Regelungen zu deren Umsetzung, damit Gewalt in der Pflege wirksam verhindert werden kann. Hierfür können die Erkenntnisse aus dem „Gewaltfreie Pflege“ einen konstruktiven Beitrag leisten.

In den Pflegestärkungsgesetzen sind erste Schritte unternommen worden, die auch in Richtung Prävention von Gewalt in der Pflege gehen, wie z. B. mit den Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige oder der Klarstellung des Beratungsauftrags der Pflegekassen.

10 Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Auflage, Berlin. Unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrftiger-Menschen.pdf, Abruf 15.01.2016.
- Dieck, M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext : Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. Zeitschrift für Gerontologie, 20 (5), 305-313.
- Kimmel, A.; Brucker, U.; Schempp, N. (2012): Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems Ergebnisse des Milcea-Projekts. Essen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Unter: <http://www.milcea.eu/pdf/Milcea-deutsch-Internet.pdf>, Abruf 18.8.2017.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2. Auflage). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schacke, C., Zank, S. (2013): Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (PURFAM). Download der Instrumente auf der Website der Universität zu Köln: <https://www.hf.uni-koeln.de/35748> (zuletzt am 09.08.2017).
- Schempp, N.; Brucker, U.; Kimmel, A. (2012): Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Unter: www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf, Abruf 18.8.2017.
- Siegel, M; Mazheika, Y.; Mennicken, R.; Ritz-Timme, S.; Graß, H.; Gahr, B. (2017): „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, DOI 10.1007/s00391-017.1228-0.
- Yin, R. K. (2009). Case Study Research: Design and Methods (3. Auflage). Newbury Park, California: Sage.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2008): A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide. Main Report. Genf: World Health Organization. Unter: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43869/1/9789241563581_eng.pdf, Abruf 18.8.2017.

11 Anhang

Tabelle 1: Maßnahmen der Gewaltprävention in den Modellkommunenb zum Zeitpunkt der Auswertung der Entwicklungsphase

	Kommune			
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda	Potsdam
Fokussiertes (Pflege-)Setting	stationär / ambulant / informell, (auf den Stadtbezirk Scharnhorst bezogen)	informell	stationär / ambulant / informell	informell
Gründe für Projektbeteiligung	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen präventiver Zuständigkeiten • Bekanntmachung der ordnungsrechtlichen Zuständigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen von intervenierenden Zuständigkeiten in der informellen Pflege • Fehlendes öffentliches Bewusstsein für Thematik • Verbesserung der Informationsweitergabe • Handlungsunsicherheit professioneller Pflegekräfte (Dilemma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demographischer Wandel (wachsender Handlungsbedarf) • Verbesserung der Informationsweitergabe & wenig Nutzung bestehender Strukturen • Verminderung von Hemmschwellen, Zugangshindernissen in der Häuslichkeit • Handlungsunsicherheit professioneller Pflegekräfte (Dilemma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Handlungsunsicherheiten • Verbesserung der Informationsweitergabe & Notwendigkeit einer systematischen Ausdifferenzierung von Pflegeberatungen nach §37 Abs.3 SGB XI
Geplante kommunale Zuständigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Zweigeteilte Anlaufstellen bei Gewalt in der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Heimaufsicht</i> mit ordnungsrechtlichem Charakter • <i>Seniorenbüros</i> mit präventiven Unterstützungscharakter • Systematische Vernetzung von Seniorenbüros & Heimaufsicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionsverfahren (IV) bei Gewalt in der informellen Pflege: <ul style="list-style-type: none"> • Erstanlaufstelle bei <i>Pflegestützpunkt</i> & eigener Nummer • Systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Strukturen (<i>Bürgerservice Leben im Alter</i>, <i>Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GerBera)</i>, <i>Gesundheitsamt</i>, Polizei) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstanlaufstelle <i>Schutzambulanz</i> bei Gewalt in der Pflege • Systematische Vernetzung mit fallbegleitenden Strukturen (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>HAVS</i>, Polizei) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung von kommunalen Institutionen zur Thematik Gewalt in der Pflege (<i>Pflegestützpunkt</i>, <i>Pflege in Not</i>, Pflegekassen) • Implementierung eines Assessmentbogens zur Differenzierung von Pflegeberatungsbesuchen nach §37 Abs. 3 SGB XI
Angedachte Öffentlichkeits- / Schulungsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Anwerben kommunaler Zuständigkeiten im Stadtteil DO-Scharnhorst in altersspezifischen Netzwerken • Durchführung von 2 Auftaktveranstaltungen in DO-Scharnhorst (Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen operativer Ebene fallbegleitender Institutionen (<i>Bürgerservice Leben im Alter</i>, <i>Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GerBera)</i>, <i>Gesundheitsamt</i>) • Pressearbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Auftaktveranstaltung im Rahmen der Seniorenwochen & Einbeziehung des örtlichen Versorgungsbereichs • Dauerhafter Presseartikel zur kommunalen Zuständigkeit in Regionalzeitung (<i>Marktkorb</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewaltschutz als Kernthema im <i>Netzwerk Älter werden</i> • Schulung ambulanter Pflegedienste zum Thema Gewalt & Leitfadenanwendung nach § 37 Abs. 3 SGB XI • Öffentlichkeitskampagne über Projekt & Zuständigkeiten (u.a. über Angebote von <i>Pflege in Not</i>)

	<ul style="list-style-type: none"> • Flyer- & Plakatverbreitung in pflegerischen Versorgungsstrukturen (ganzes Stadtgebiet) • Thematische Einbindung in Pflegekursen der Barmer Krankenkasse & Demenz-Service Zentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung eines Flyers über das Interventionsverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung des Themas in die Fortbildungsprogramme von Weiterbildungsinstitutionen für Fachkräfte & Angehörigenkursen • Flyer über <i>Schutzambulanz</i> in Seniorenwegweiser, • Thematische Homepageanpassung der <i>Schutzambulanz</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an öffentliche Events (<i>Internationaler Tag der Pflege, Elder Abuse Day, Internationaler Tag der älteren Menschen</i>) • Projektanbindung an Akademie 2. Lebenshälfte
--	---	--	--	--

Tabelle 2: Umgesetzte Maßnahmen der Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit

	Öffentlichkeits-/Schulungsmaßnahmen		
	Dortmund	Stuttgart	Landkreis Fulda
Umgesetzte Öffentlichkeitsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Auftaktveranstaltungen in (Fach-)Öffentlichkeit + • 8 (Multiplikatoren-) Veranstaltungen im Netzwerk des Stadtteils Do-Scharnhorst = insgesamt 260 Teilnehmer • 600 Flyer & 20 Plakate in Versorgungsstrukturen Do-Scharnhorst zur Info über 2 Auftaktveranstaltungen • 3 Pressemitteilungen über Auftaktveranstaltungen (2x <i>Ruhrnachrichten</i>, 1x <i>Stadtanzeiger</i>, Frühjahr 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsflyer über Interventionsverfahren (28000 Stück) <ul style="list-style-type: none"> • Verteilung über Amtsblatt (24000) mit 2-seitigem Artikel • Persönliche Anschreiben mit Flyer an Versorgungseinrichtungen (4000 Flyer versandt) • Anbindung an verwandte Veranstaltung („Eine Polin für die Oma“) • Presseartikel zum Bewerben der Rufnummer (<i>Stuttgarter Nachrichten</i>, Juni 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung Homepage, Flyer & Handouts der <i>Schutzambulanz</i> mit Zuständigkeitsverweis bei Gewalt in der Pflege • Auftaktveranstaltung mit Anbindung an kommunale Seniorenwochen (insgesamt 80 Teilnehmer) • 3 Pressemitteilungen zur Zuständigkeit der Schutzambulanz als Erstanlaufstelle bei Gewalt in der Pflege (<i>Fulda Tageszeitung</i>, Regionale Zeitung <i>Marktkorb</i>, <i>Osthessische Internetseite Fuldainfo</i>)
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • bis Erhebungsphase 2, Auswertung der Implementierungsphase lediglich einmalige Maßnahmen
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Aus bestehenden Mitteln des Seniorenbüros DO-Scharnhorst (Sozialamt Dortmund) getragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aus bestehenden Mitteln der Gleichstellungsstelle getragen • 1000 € für Flyerdruck (aus gegebenen Budget) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aus bestehenden Mitteln der <i>Schutzambulanz</i> (Landkreis Fulda) getragen
Maßnahmen der Mitarbeiteraufklärung	<ul style="list-style-type: none"> • Interne Mitarbeiterschulung aller Dortmunder <i>Seniorenbüros</i> (27 TN) & Mitarbeitern der <i>Heimaufsicht</i>, März 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Informationsweitergabe an fallbegleitende Institutionen (Erzeugung von Multiplikationswirkung) • 4x Informations-/ Fortbildungstage mit fallbegleitenden Instanzen (ca. 50 TN) durch <i>Frauen/Männerinterventionsstellen & Fachberatungsstelle Gewaltprävention Stuttgart</i>, Juni-Juli 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne Mitarbeiteraufklärung über Zuständigkeiten als Erstanlaufstelle & die Vernetzung mit <i>Pflegestützpunkt</i>, <i>HAVS</i>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch über Gewaltbegriff • Information über Zuständigkeiten (<i>Heimaufsicht</i>, <i>Seniorenbüros</i>) & rechtliche Basis (<i>WTG</i>⁴) • Betretungsrecht bei Gefahr in Verzug (im häuslichen Bereich) • Dienststelle mit Erstkontakt entscheidet über Infoweiterleitung (Seniorenbüro o. Heimaufsicht) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewaltbegriff & Formen • Auswirkungen von Gewalt • Interventionsansätze bei häuslicher Gewalt (Kommunikation, Recht, Interventionsverfahren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiteraufklärung über zukünftige Verfahrenswege • Sensibilisierung zum Gewaltthema in der Pflege & im Alter

⁴ Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) stellt in NRW die rechtliche Basis für ordnungsrechtliche Eingriffsbefugnisse im prof. Pflegebereich (ambulant, stationär).

<p>Angemessenheit der Schulungsmaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Zuständigkeiten durch Mitarbeiter • Aber: Notwendigkeit einer regelmäßigen Auffrischung der Thematik ab 2016 in Vollversammlungen der Seniorbüros geplant 	<ul style="list-style-type: none"> • Trägerübergreifende Fortbildungen wird als sinnvoll erachtet • Erhöhung der Handlungssicherheit & Adaption der Zuständigkeiten durch MA Ebene • Aber: <ul style="list-style-type: none"> • Wenig Bezug zur Thematik Gewalt in der Pflege • Wenig praktische Übungen (u.a. Rollenspiele) ➤ Planung weiterer Schulungen für 2016 zu den Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> • Pflege • Beratung & Zugang in die Häuslichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption der Zuständigkeiten auf MA Ebene der Schutzambulanz als Erstanlaufstelle bei Gewalt in der Pflege • Aber: Keine systematische Aufklärung der fallbegleitenden Instanzen (<i>Pflegestützpunkt, Heimaufsicht</i>)
---	--	--	---

Tabelle 3: Gewaltfallbegleitung im Landkreis Fulda

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

