



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

ZQP-THEMENREPORT

Gewaltprävention in der Pflege

Berlin, Juni 2015

Über das ZQP

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist eine gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Berlin. Ziel der Stiftungsarbeit ist die strukturelle Weiterentwicklung von Qualität in der Pflege sowie die Versorgung älterer und hilfebedürftiger Menschen. In seine Arbeit bindet das ZQP ausgewiesene Experten aus Pflegepraxis und Wissenschaft sowie Verbraucher und Patientenorganisationen ein. Ein wesentlicher aktueller Schwerpunkt der Stiftungsarbeit ist die wissenschaftliche Bearbeitung von bisher unzureichend geklärten Fragestellungen rund um das häusliche Versorgungsgeschehen. Stifter des ZQP ist der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Das ZQP ist die einzige derartige Einrichtung in Deutschland, welche multidisziplinär und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet ist.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Dr. Ralf Suhr	5
Vorwort Bundesministerin Manuela Schwesig	7
Hintergrundwissen: Zahlen, Daten, Fakten	9
Was Gewalt in der Pflege ist	10
Wo Gewalt in der Pflege vorkommt	12
Welche Rolle das Thema Gewalt in der Bevölkerung spielt	16
Welche Bedeutung sexualisierte Gewalt in der Pflege hat	20
Wie Gewaltprävention in der Pflege gelingen kann	23
Was zur Prävention von Gewalt in der Pflege getan wird und noch zu tun ist	24
Was freiheitsentziehende Maßnahmen sind	28
Wie freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen vermieden werden können	29
Was rechtliche Betreuung bedeutet	35
Welchen besonderen Unterstützungsbedarf Menschen mit rechtlicher Betreuung haben	36
Pflege in der Familie	41
PFLEGEPRAXIS: EMPFEHLUNGEN	
Pflege in der Familie – Eskalationen vermeiden	42
Überlastung erkennen	43
Entspannung finden	44
Selbstkontrolle üben	45
Entlastung in Anspruch nehmen	46
Pflege und Beruf vereinbaren	49
Gewalt beobachten – und handeln	52
Gewalt erfahren – und damit umgehen	53
PRAXISEXPERTINNEN UND -EXPERTEN IM GESPRÄCH	
„Familiäre Pflege muss gelernt werden.“	55
„Zu Hause kann es größte Zuwendung geben, aber auch vielschichtige Formen von Gewalt.“	59

Professionelle Pflege 65

PFLEGEPRAXIS: EMPFEHLUNGEN

Professionelle Pflege – Gewalt vorbeugen, richtig handeln	66
Aufgabe und Verantwortung kennen	67
Problematische Pflegesituationen und Gewalt erkennen	68
Problematischen Pflegesituationen in der Familie begegnen	71
Mit Gewaltsituationen umgehen – für Sicherheit sorgen	73
Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden – Alternativen finden	74
Fehlern einen Sinn geben	78
Die Rolle von Führungskräften in der Pflege	79

PRAXISEXPERTINNEN IM GESPRÄCH

„Bei uns werden keine freiheitsentziehenden Maßnahmen angewendet.“	80
„Auf das Wissen um Handlungsalternativen und die innere Haltung kommt es an.“	83

Service 87

Persönlicher Notfallplan für pflegende Angehörige	88
Merkhilfe: Was Gewalt sein kann	90
Checkliste für pflegebedürftige Menschen und Angehörige	91
Vorstellung der Pflege-Charta	93
Bundesweite Krisentelefone zum Thema Gewalt und Aggression in der Pflege	94
Ausgewählte Adressen im Kontext Gewalt in der Pflege	96

Vorwort

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



Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP

Bild: Laurence Chaperon

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

Der Wunsch nach einer gewaltfreien Welt ist allgegenwärtig. Gleichzeitig lehren uns unsere Erfahrungen, dass eine Wirklichkeit ohne Aggression leider Utopie ist: In fast allen Bereichen des menschlichen Miteinanders können problematische Situationen bis hin zu Gewalt vorkommen – dies gilt auch für die Pflege. Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat dazu im letzten Jahr eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt, in der ein Drittel aller Menschen mit eigener Pflegeerfahrung angeben, sich schon einmal unangemessen verhalten zu haben. 40 Prozent haben aggressives oder gewalttätiges Verhalten seitens des Pflegebedürftigen erlebt. Gewalt ist somit zwar kein pflegetypisches Phänomen – kommt hier jedoch vor.

Lassen Sie mich Ihnen kurz erläutern, warum wir uns als Stiftung für dieses Thema engagieren und in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend diese Schrift erarbeitet haben.

Bereits seit vielen Jahren erfahren Themen wie Gewalt gegen Kinder, Frauen oder Menschen

mit Migrationshintergrund Aufmerksamkeit und sind längst im gesellschaftlichen Problembewusstsein verankert. Hingegen wird über das Thema Gewalt in Pflegebeziehungen noch weitestgehend geschwiegen. Momentan bewegen wir uns hier gesellschaftlich noch viel zu sehr in den Wahrnehmungsextremen Gleichgültigkeit beziehungsweise Scham oder einer Skandalisierung und Stigmatisierung. Erfolgreiche Maßnahmen der Gewaltprävention und die Bereitstellung adäquater Hilfen erfordern jedoch zuallererst ein Problembewusstsein, das Anerkennen der Existenz des Problems – nicht nur seitens der beteiligten Akteurinnen und Akteure und der relevanten Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, sondern auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Wir sind dabei der Überzeugung, dass eine sachliche Aufklärung, die das Phänomen Gewalt in der Pflege objektiv beleuchtet, ohne Schuldfragen in den Mittelpunkt zu stellen, einen zentralen Beitrag dazu leistet, Menschen für das Thema zu sensibilisieren. Denn es darf keinesfalls darum gehen, pflegende Angehörige, professionell Pflegende und auch pflegebedürftige

Menschen zu kriminalisieren. Im Gegenteil – Pflegende erbringen mit großem Einsatz und unter oftmals schwierigen Umständen Leistungen von besonderem Ausmaß. In unserer Gesellschaft des langen Lebens brauchen wir diese engagierten Personen. Pflegende verdienen unsere Anerkennung. Als sorgende Gemeinschaft liegt es aber gleichwohl auch in unserer Verantwortung, Unterstützung dort bereitzustellen, wo sie benötigt wird. Gerade bei einem so komplexen und schwierigen Thema wie Gewalt und Aggression. Hierfür gilt es, ein Klima für den offenen Austausch zu schaffen, um dem Thema transparent und dennoch kritisch begegnen zu können. Nur so können auch Präventionsmaßnahmen wirksam dort ansetzen, wo sie notwendig sind.

Die vorliegende Schrift will einen Beitrag hierzu leisten und versammelt daher neben ausgewählten Expertinnen und Experten, die das Thema sachlich beleuchten, insbesondere zielgruppenspezifische Artikel für alle an der Pflege Beteiligten. Neben konkreten Handlungsempfehlungen liegt ein Schwerpunkt auf der Aufklärung über bestehende Möglichkeiten der Entlastung sowie der Vorstellung relevanter Ansprechpersonen und Einrichtungen, die professionelle Hilfestellung leisten können.

Denn Aggression und Gewalt im Kontext Pflege dürfen wir weder ignorieren noch tabuisieren. Es ist unsere Pflicht, zur Entschärfung beizutragen. Wir sind überzeugt, dass diese Schrift einen Beitrag dazu leisten kann.

An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich im Namen der Stiftung unseren Gastautorinnen und -autoren und Expertinnen und Experten für die Mitwirkung an dieser Schrift danken: Uwe Brucker (MDS Essen), Prof. Dr. Dagmar Brosey (Fachhochschule Köln), Anke Buhl (PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein), Prof. Dr. Thomas Görgen (Deutsche Hochschule der Polizei Münster), Gerda Graf (Wohnanlage Sophienhof Niederzehr), Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch (Handeln statt Misshandeln Bonn), Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Karola Miowsky-Jenensch (Pflegestation Meyer und Kratzsch Berlin). Zudem bedanke ich mich beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung dieser Schrift.

Vorwort

**Manuela Schwesig, Bundesministerin für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend**



*Manuela Schwesig,
Bundesministerin für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend*

Bild: Bundesregierung/Denzel

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Freiheit ist ein Grundrecht, das selbstverständlich auch für pflegebedürftige und an Demenz erkrankte Menschen gilt. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege sind insofern ein schwerwiegender Eingriff. Wer gegen Gewalt in der Pflege vorgehen will, muss über Alternativen zu solchen Maßnahmen nachdenken. Vielen Pflegenden, die aus Sorge oder Hilflosigkeit zu Zwangsmaßnahmen greifen, ist nicht einmal bewusst, dass es sich um Grundrechtseingriffe handelt, die nur nach einer richterlichen Genehmigung zulässig sind. Und so sind pflegebedürftige Menschen sowohl in Pflegeheimen als auch zu Hause noch zu häufig betroffen. Zahlen des Bundesamtes für Justiz belegen, dass es bis 2012 einen Anstieg auf 85.132 richterliche Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen gegeben hat.

Bei der Entscheidung darüber ist das Zusammenwirken von Betreuerinnen und Betreuern beziehungsweise Bevollmächtigten, Verfahrenspflegerinnen und -pflegern, Richterinnen und Richtern und Sachverständigen von großer Bedeutung. Sie entscheiden, ob

freiheitsentziehende Maßnahmen wirklich erforderlich sind, um Menschen zu schützen. Oft gibt es bessere Möglichkeiten: zum Beispiel die Aktivierung und Erhaltung der Bewegungsfreiheit, verbunden mit geeigneten technischen Schutzmaßnahmen. In der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz haben die Unterzeichnenden das Ziel formuliert, eine größere Transparenz über freiheitsentziehende Maßnahmen zu erreichen, über alternative Schutzmaßnahmen und Möglichkeiten der Konfliktvermeidung sowie des Konfliktmanagements aufzuklären.

Die Entwicklung geht zuletzt schon in die richtige Richtung. Der 4. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom Dezember 2014 verzeichnet einen Rückgang freiheitseinschränkender Maßnahmen von 20 Prozent auf 12,5 Prozent in der stationären Pflege seit 2010. Bei 91 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner lagen die erforderlichen Einwilligungen oder Genehmigungen vor – auch dies eine positive Entwicklung gegenüber dem Bericht zuvor.

Ziel allerdings ist weiterhin die Verringerung der Zahl der Anträge und Genehmigungen und Durchführungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ich unterstütze deshalb die in der Agenda der Allianz festgeschriebene Erarbeitung eines Kriterienkatalogs als Entscheidungshilfe für die Beantragung, Entscheidung und Dauer der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und die Entwicklung von Online-Schulungsangeboten für Alternativen, die ohne Zwang auskommen. Darüber hinaus soll den zuständigen Gerichten, den Betreuerinnen und Betreuern eine Handreichung zur Vermeidung von Konflikten, zum Konfliktmanagement und Alternativen zu Zwangsmaßnahmen verfügbar gemacht werden.

Die vorliegende, gemeinsam vom Zentrum für Qualität in der Pflege und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene Schrift soll ebenfalls Mut machen und Möglichkeiten aufzeigen, um häufiger auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichten zu können. Erkenntnisse zum Beispiel aus dem vom Bundesfamilienministerium geförderten Projekt „Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern“ (ReduFix) belegen eindrucksvoll, dass dieses Ziel realistisch ist. Erfahrungen und Beispiele guter Praxis in Pflegeeinrichtungen gilt es nun in der Fläche umzusetzen. Das ist der Weg der Menschlichkeit und der Weg des Grundgesetzes, das in Artikel 1 festlegt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

Hintergrundwissen: Zahlen, Daten, Fakten

Die Rubrik „Hintergrundwissen“ bietet Informationen von ausgewiesenen Expertinnen und Experten zu Erscheinungsformen, zum Vorkommen und zur Prävention von Gewalt in Pflegebeziehungen.

Anhand von bevölkerungsrepräsentativen Daten werden Einstellungen und Erfahrungen der Bevölkerung in Deutschland zum Thema Aggression und Gewalt in der Pflege dargestellt.

Was Gewalt in der Pflege ist

Gewalt ist facettenreich und nicht immer eindeutig zu erfassen. Dies liegt unter anderem daran, dass das Verständnis von Gewalt stark vom sozialen, kulturellen und historischen Kontext und nicht zuletzt von der persönlichen Einschätzung abhängt. So spielen unter anderem vorherrschende gesellschaftliche Normen und das Empfinden persönlicher Grenzüberschreitungen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung dessen, was als Gewalt empfunden wird. Zudem kann Gewalt auf ganz unterschiedlichen Ebenen auftreten, beispielsweise auf psychischer, körperlicher, finanzieller oder struktureller Ebene, etwa in Form von Diskriminierung.

Gerade weil die Erscheinungsformen und die Wahrnehmung von Gewalt nicht immer eindeutig sind, bedarf es einer offenen Diskussion, um gewalttätiges Handeln zu erkennen und zu verhindern, ohne zu stigmatisieren. Dabei ist es hilfreich, sich auf einen gemeinsamen Gewaltbegriff zu verständigen. Eine allgemein anerkannte Definition formuliert die Weltgesundheitsorganisation (WHO):

„Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“

Diese Definition umfasst zwischenmenschliche Gewalt ebenso wie selbstverletzendes Verhalten und schließt sowohl angedrohte Gewalt als auch direkte körperliche Gewalt handlungen ein. So gehen auch die Folgen

von gewalttätigem Handeln über körperliche Verletzungen hinaus und beinhalten ebenfalls psychische Schäden.

Auch wenn unser Rechtssystem auf einem allgemeinen Gewaltverbot basiert, gibt es bestimmte Ausnahmen, bei denen Formen der Gewaltanwendung nicht rechtswidrig und ohne strafrechtliche Konsequenzen sind. Dazu gehören Situationen der Notwehr sowie Fälle des sogenannten unmittelbaren Zwangs, so zum Beispiel bei richterlich angeordneten Maßnahmen des Freiheitsentzugs (freiheitsentziehende Maßnahmen).

Während die Themen Gewalt gegen Frauen oder Kinder mittlerweile in der Gesellschaft erhöhte Aufmerksamkeit erfahren und ihnen mit großem Engagement begegnet wird, findet der Aspekt Gewalt gegenüber älteren und insbesondere pflegebedürftigen Menschen noch eine untergeordnete Beachtung. Dies kann verschiedene Gründe haben: Zum einen haben ältere pflegebedürftige Menschen (gerade auch demenziell erkrankte Personen) oftmals nicht die Möglichkeit, ihre Stimme zu erheben und problematisches Verhalten an geeigneter Stelle zu melden. Dabei sind gerade ältere und pflegebedürftige Menschen aufgrund von Abhängigkeitsverhältnissen und Hilfebedarf besonders gefährdet, Opfer von Gewalt zu werden.

Zum anderen finden Pflege und Betreuung ganz überwiegend in nicht öffentlichen Bereichen statt und entziehen sich in problematischen Situationen damit auch weitestgehend dem Eingriff von außen.

Die WHO definiert Gewalt gegenüber älteren Menschen folgendermaßen:

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

Diese Definition schließt hierbei bewusst auch das Unterlassen bestimmter Maßnahmen ein – ein Aspekt, der insbesondere im Kontext von hilfebedürftigen Gruppen, wie älteren, pflegebedürftigen Menschen, eine wichtige Rolle spielt. Explizit nennt die Definition der WHO auch das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen der potenziellen Täterin beziehungsweise dem potenziellen Täter und dem potenziellen Opfer – dies unterstreicht, dass besonders im Kontext Pflege eine sehr differenzierte Betrachtungsweise von Gewalt von Nöten ist.

Eine exakte Angabe zur Häufigkeit von Gewalt in pflegerischen Beziehungen ist schwierig; die Dunkelziffer ist hoch, denn Gewalt ist ein verbreitetes Phänomen. So gab beispielsweise in einer repräsentativen Studie der gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im April 2014 ein Fünftel der Befragten an, bereits mit gewaltbehafteten Situationen im Kontext Pflege in Berührung gekommen zu sein.

In der Pflege kann aggressives und gewalttätiges Verhalten in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten – sowohl gegen Pflegebedürftige als auch gegen Pflegende. Die folgende Übersicht gibt Beispiele für problematische Situationen mit erhöhtem Gewaltpotenzial sowie für konkrete aggress-

sive und gewalttätige Handlungen in der Pflege und Betreuung.

Beispiele für Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege:

Unmittelbare körperliche Gewalt: Schlagen, Schütteln, Kratzen, mechanische Fixierung (z.B. Einsatz von Gurten), Entzug körperlicher Hilfsmittel (z.B. Wegnahme des Rollators)

Medikamentenmissbrauch: nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe, in der Regel zur Ruhigstellung

Sexueller Missbrauch: Missachtung der Intimsphäre, nicht einvernehmliche Intimkontakte, sexuelle Andeutungen

Emotionale oder psychische Gewalt: verbale Aggression, Schreien, Schimpfen, Ignorieren, Handeln gegen den Willen, Androhung von Gewalt, Demütigungen, Beleidigungen, Manipulation, Missachtung der Privatsphäre

Finanzielle Ausbeutung: unbefugte Verfügung über persönliches Vermögen, Überredung/Nötigung zu Geldgeschenken, Entwendung von Geld/Wertgegenständen

Vernachlässigung: Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag, Unzureichende medizinische Versorgung (z.B. mangelhafte Wundversorgung), mangelhafte Pflege (z.B. schlechte Hygiene), Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug

Im Serviceteil dieser Schrift findet sich hierzu die „Merkhilfe: Was Gewalt sein kann“.

Wo Gewalt in der Pflege vorkommt

Prof. Dr. Thomas Görgen

Begriff

Die Formulierung „Gewalt in der Pflege“ bringt zwei Begriffe zusammen, die ein auf den ersten Blick antagonistisch erscheinendes Paar bilden. So ist „Pflege“ prosozial ausgerichtet und soll Menschen trotz bedeutsamer Einschränkungen ihrer Gesundheit und Alltagskompetenz ein Leben in Würde und mit einem unter den gegebenen Umständen möglichst hohen Maß an Lebensqualität ermöglichen. Der Begriff „Gewalt“ hingegen ist hierzu konträr: Wer Gewalt ausübt, zwingt einer anderen Person den eigenen Willen auf, verletzt ihre physische und psychische Integrität, bricht soziale und strafrechtliche Normen und setzt sich damit der sozialen Ächtung und der Strafverfolgung aus. Nun ist „Gewalt und Pflege“ nicht das einzige in diesem Sinne ungewöhnliche Begriffspaar. Wir sprechen von Gewalt in Intimpartnerschaften oder Gewalt in der Erziehung seitens der Eltern – auch dies sind Konstellationen, die nicht grundsätzlich auf „Gewalt“ ausgerichtet sind. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass Menschen sich in der Pflege – ebenso wie in der Partnerschaft oder der Erziehung – sehr nahekommen.

Wenn von „Gewalt in der Pflege“ die Rede ist, ist ferner festzustellen, dass „Gewalt“ dabei in der Regel in einem recht weiten Sinne gebraucht wird. In diesem Zusammenhang meint der Begriff nicht nur körperlichen Zwang, sondern auch verbal aggressives und demütigendes Verhalten, pflegerische Vernachlässigung und oft auch psychosoziale Formen der Vernachlässigung und Eigentums- und Vermögensde-

likte gegenüber älteren Menschen. „Gewalt“ umfasst somit aktives Tun ebenso wie das Unterlassen von Handlungen, die im Interesse der pflegebedürftigen Person eigentlich geboten wären.

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

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

- körperliche Misshandlung
- psychische Misshandlung/verbale Aggression
- pflegerische Vernachlässigung
- emotionale/psychosoziale Vernachlässigung
- finanzielle Ausbeutung
- vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie

Verbreitung

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

Daten zu Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege stammen daher in der Regel nicht von den Betroffenen selbst, sondern zum Beispiel aus Befragungen von Pflegekräften, pflegenden Angehörigen, von einschlägigen Institutionen wie der Heimaufsicht oder den Medizinischen Diensten. Eine abschließende Antwort auf die Frage, wie viele pflegebedürftige ältere Menschen von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen sind, kann es nicht geben – hier sind aber immerhin Annäherungen möglich.

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

So gaben in einer Studie von Thoma, Schacke und Zank (2004) 20,9 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen von Demenzkranken an, gegenüber den Pflegebedürftigen oft oder sehr oft „lauter zu werden“. 2,5 Prozent berichteten von häufigen Drohungen oder Einschüchterungen. 1 Prozent der Befragten gab an, den Pflegebedürftigen oft beziehungsweise sehr oft „härter anzufassen“.

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

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

Thoma et al., 2004

In einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste fanden Rabold und Görge (2007), dass 39,7 Prozent der Befragten von mindestens einer Form eigenen problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen berichteten, die im Zeitraum der letzten zwölf Monate stattgefunden hatte.

Am weitesten verbreitet waren in dieser Studie die Angabe des Anwendens verbaler Aggression und Formen psychischer Misshandlung (21,4 Prozent der Befragten) sowie pflegerische Vernachlässigung (18,8 Prozent). 8,5 Prozent der Interviewten berichteten auch von mindestens einem Fall physischer Gewalt. In einer Zusammenschau von Forschungsergebnissen aus verschiedenen Ländern kommen Cooper, Selwood und Livingston (2008)

503 Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste in Deutschland berichten ...

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

Rabold & Görger, 2007

zu dem Schluss, dass etwa ein Drittel der pflegenden Angehörigen und ein Sechstel der professionellen Pflegekräfte in bedeutende Formen von Misshandlung verstrickt sein könnte, von denen nur ein kleiner Teil einschlägigen Institutionen bekannt wird.

Entstehungsbedingungen

Mit dem Begriff „Gewalt in der Pflege“ ist häufig die Vorstellung assoziiert, dass es sich dabei um ein Phänomen handelt, das aus „Belastung“ oder „Überlastung“ erwächst. Sicherlich ist Pflege eine verantwortungsvolle, fordernde und bisweilen belastende Aufgabe. Überlastung kann ein Grund für problematisches bis hin zu gewalttätem Verhalten sein. Doch zeigt die Forschung, dass die Risikofaktoren für das Entstehen von „Gewalt in der Pflege“ vielgestaltig sind.

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

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

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

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

Ein Bericht der WHO (Sethi et al., 2011) kommt zu dem Schluss, dass vor dem Hintergrund existierender Untersuchungen unter anderem demenzielle Erkrankungen, die soziale Isolation des Opfers, psychische Störungen und Alkoholmissbrauch aufseiten der Täterin beziehungsweise des Täters sowie Abhängigkeit zwischen beiden (in Bezug auf Finanzen, Wohnung, aber auch auf emotionaler Ebene) als bedeutsame Risikofaktoren angesehen werden müssen.

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

Zusammenfassung

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

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

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

Misshandlung und Vernachlässigung können nicht ausschließlich vor dem Hintergrund pflegeinduzierter Belastung und Überlastung verstanden werden. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auch Merkmale des Opfers (wie Demenz oder eine schwache soziale Einbindung), der oder des Gewalt Ausübenden (wie Alkoholkonsum, schlechte physische oder psychische Verfassung), die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten sowie der finanzielle Kontext, in dem die Pflege stattfindet, von Bedeutung sind.

Prof. Dr. Thomas Görgen

- Professor für Kriminologie und Leiter des Fachgebiets „Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention“ an der Deutschen Hochschule der Polizei
- Schwerpunkt eigener Forschungsarbeiten liegt auf dem Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“
- Verfasser einer Vielzahl maßgeblicher Publikationen in diesem Themenbereich



Welche Rolle das Thema Gewalt in der Bevölkerung spielt

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

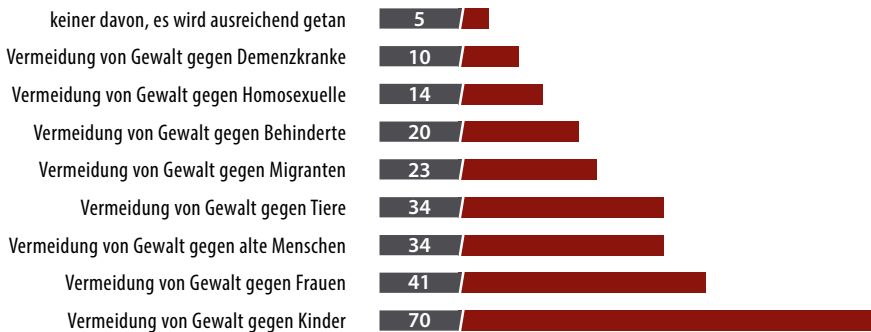
In dieser anonymen Umfrage wurden mittels einer repräsentativen Stichprobe Einstellungen der Bevölkerung zu dem Themenbereich „Aggression und Gewalt in der Pflege“ erfragt. Befragt wurden 2.521 Personen über 18 Jahren.¹

Einstellungen zu Gewalt im Kontext der Pflege

Der Schutz vor Gewalt, sowohl der oder des Einzelnen als auch spezifischer Gruppen in der Gesellschaft, gehört in Deutschland zu den zentralen Aufgaben des Staates. In diesem Zusammenhang wurden die Interviewten gebeten, bis zu drei Gruppen zu benennen, für die sie einen dringenden staatlichen Handlungsbedarf zur Vermeidung von Gewalt sehen.

Die meisten Befragten (70 Prozent) sahen mit Abstand den größten Handlungsbedarf in der Vermeidung von Gewalt gegenüber Kindern. Hingegen wurde lediglich von einem Drittel (34 Prozent) die Vermeidung von Gewalt

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



¹ Befragung mittels „forsa.omninet“. Als Erhebungsmethode kam die In-Home-Befragung per PC beziehungsweise Set-Top-Box am TV-Bildschirm zum Einsatz. Anschließend wurde die Personenstichprobe nach Region, Alter, Geschlecht und Bildung ausgewertet. Die statistische Fehlertoleranz der Untersuchung in der Gesamtstichprobe lag bei +/- 2 Prozentpunkten.

gegen ältere Menschen genannt. Die Vermeidung von Gewalt gegenüber Demenzkranken nannte sogar nur ein Zehntel der Befragten.

Des Weiteren wurden Einschätzungen zu Verbesserungspotenzialen der Versorgungssituation älterer pflegebedürftiger Menschen erhoben.

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

Bestimmte Krankheitsbilder, zum Beispiel Demenz, können starke Unruhe, Rastlosigkeit, Stürze und die Gefahr des Weglaufens mit sich bringen. Versuche, diese Verhaltensweisen zu begrenzen, können für die betroffenen Menschen das Risiko darstellen, Opfer problematischen bis hin zu gewalttätigen Verhaltens zu werden.

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

Persönliche Pflegeerfahrungen und Belastung

Insgesamt ein Fünftel der Befragten gab an, eigene Erfahrungen mit der Pflege eines nahestehenden Menschen zu haben, wobei der Anteil der Frauen mit Pflegeerfahrung höher lag. Um Einschätzungen zur persönlichen Belastungssituation zu erhalten, wurden Personen mit eigener Pflegeerfahrung zu ihrer Pflegetätigkeit befragt. Die überwiegende Mehrheit (72 Prozent) dieser Gruppe gab an, die Pflege als belastend zu empfinden.

„Als wie belastend empfinden beziehungsweise empfanden Sie es, einen Menschen zu pflegen?“

Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503; Angaben in Prozent.



Neben Angaben zur Belastungssituation sind vor dem Hintergrund der Prävention von Gewalt in der Pflege auch Einschätzungen zu Entlastungsmöglichkeiten von besonderem Interesse. Speziell der Kontakt zu einer vertrauten Person spielt hierbei für Pflegende eine wichtige Rolle bei der seelischen Entlastung; dieser wird auch von der überwiegenden Mehrheit (79 Prozent) genutzt. Dennoch bleibt ein relevanter Anteil (8 Prozent), der diesen Kontakt vermisst.

Des Weiteren wurden Personen mit persönlicher Pflegeerfahrung um ihre Einschätzungen zu konkreten Maßnahmen der Unterstützung pflegender Angehöriger gebeten. Als mit

Abstand wichtigsten Aspekt nannten die Befragten hierbei die Unterstützung durch professionelle medizinisch-pflegerische Hilfe (76 Prozent). Danach folgten verschiedene Angebote zur vorübergehenden Übernahme der Pflegetätigkeit, wie beispielsweise Verhinderungspflege (64 Prozent). Auch Angebote der Beratung und Schulung stellen eine wirksame Unterstützung dar – so nannten 29 Prozent der Befragten „Kurse zur Pflege“ sowie 25 Prozent „Angebote der Pflegeberatung“ als bedeutsame Hilfen.

„Welche der folgenden Aspekte sind Ihrer Meinung nach am wichtigsten, um pflegende Angehörige zu entlasten?“ Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503; Angaben in Prozent.



Erfahrungen mit unangemessenem Verhalten und Gewalt

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

Von 6 Prozent der Befragten wurden hierbei körperliche Aggressionen genannt, 79 Prozent gaben an, unangemessene Dinge gesagt zu haben. 26 Prozent berichteten davon, schon einmal erforderliche Hilfen oder Aufmerksamkeit entzogen zu haben.

Unangemessenes Verhalten kommt nicht nur gegenüber pflegebedürftigen Menschen vor. Die Befragung zeigt auch, dass zwei Fünftel (40 Prozent) der Befragten sich unangemessen von einer pflegebedürftigen Person behandelt fühlten, 8 Prozent einmal und 32 Prozent mehrmals.

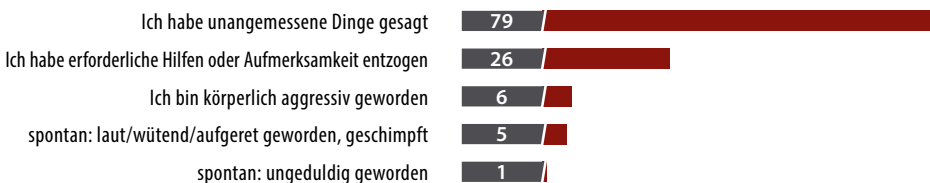
„Und kam es schon einmal vor, dass Sie sich selbst in einer Belastungssituation unangemessen verhalten haben, als Sie eine Person gepflegt haben beziehungsweise bei Ihrer jetzigen Pflege?“

Nur Personen mit eigener Pflegeerfahrung, n = 503; Angaben in Prozent.



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

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



Welche Bedeutung sexualisierte Gewalt in der Pflege hat

Dr. Ralf Suhr

Definition, Vorkommen und Häufigkeit

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

Sexueller Missbrauch bezeichnet einen nicht einvernehmlichen Kontakt jeglicher Art, der sich des Sexuellen bemächtigt. Dazu gehört auch der sexualisierte Kontakt mit einer nicht einwilligungsfähigen Person. Zu seinen

Formen zählen unter anderem sexuelle Nötigung und Vergewaltigung, erzwungene Nacktheit und Exhibitionismus aber auch unerwünschte Berührung, Bedrängung, das Benutzen von sexualisierter Fäkalsprache sowie das unfreiwillige, sexuell explizite Fotografieren einer Person oder das erzwungene Anschauen pornografischer Materials (Teaster und Roberto, 2004).

Mögliche Gründe für die fehlende öffentliche Wahrnehmung können sowohl in der verbreiteten Auffassung gesehen werden, dass das höhere Lebensalter eine asexuelle

Lebensphase sei. Ebenso besteht die Vorstellung, dass sexueller Missbrauch grundsätzlich auf sexuelle Attraktivität zurückgehe und Menschen im höheren Lebensalter kaum Zielgruppe sexuellen Antriebs seien. Allerdings ist sexueller Missbrauch unabhängig von der sexuellen Motivation immer auch eine Form der Macht- und Gewaltausübung.

Sexualisierte Gewalt trifft also unter anderem auch ältere Personen. Und gerade hilfe- und pflegebedürftige Menschen stellen hierbei

durch die speziellen Abhängigkeitsverhältnisse und die oftmals starken körperlichen und kognitiven Einschränkungen einen besonders vulnerablen Personenkreis dar.

Die exakte Angabe der Häufigkeit von sexualisierter Gewalt gegen ältere und

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

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

Zudem ist die Dunkelziffer des sexuellen Missbrauchs hoch, und die Scham der Opfer sexueller Gewalt ist im Gegensatz zu anderen Gewaltdelikten besonders ausgeprägt. Dies trifft in besonderer Weise für ältere Menschen zu – anzunehmen ist, dass deren Erziehung und Sozialisation ursächlich für deren Schweigen sind. Zudem gibt es Hinweise, dass generationsspezifische Bewertungen von sexuellem Zwang in der Ehe sowie die im Alter reduzierten Veränderungsoptionen in Bezug auf gewaltgeprägte Partnerschaften motivationale Barrieren zur Offenlegung einer Gewalterfahrung darstellen. Eine Befragung unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Institutionen der Opferschutzhilfe ergab hierzu beispielsweise, dass nach deren Einschätzungen von 100 Opfern sexueller Gewalt ca. 26 Prozent der Frauen in der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen Anzeige erstatteten, wohingegen dies nur für 7 Prozent der über 60-Jährigen angegeben wurde (Görgen und Nägele, 2006).

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

Sexualisierte Gewalt gegen ältere Menschen kann sowohl Frauen als auch Männer treffen. Hauptsächlich wird in der wissenschaftlichen Literatur von Gewalt gegen ältere Frauen berichtet. Die Täter sind fast immer männlich. Es kann sich dabei um den Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte oder Bekannte, eine fremde Person oder auch Mitarbeiter

professioneller Institutionen, wie zum Beispiel eine Pflegekraft, sowie einen demenziell erkrankten oder psychisch gestörten Mitbewohner handeln.

In ihrem „European Report on Preventing Elder Maltreatment“ (WHO, 2011) schätzte die Weltgesundheitsorganisation die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs von Menschen über dem 60. Lebensjahr auf 0,7 Prozent. Ähnliche Zahlen (0,6 Prozent) liegen aus den USA vor (Acierno et al., 2010). Einer aktuellen regionalen Erhebung aus Schweden zufolge berichten 2,2 Prozent der befragten Frauen und 1,2 Prozent der Männer über 65 Jahren davon, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (Kristensen und Lindell, 2013). Es gibt auch Hinweise darauf, dass ältere Männer als Opfer sexuellen Missbrauchs in Prävalenzschätzungen deutlich unterrepräsentiert und einem ähnlichen Risiko wie Frauen ausgesetzt sind (WHO, 2002; Teaster et al., 2007).

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

Prävention braucht Bewusstsein – Bedeutung für die Praxis und Ausblick

Eine der Grundvoraussetzungen, um sexualisierter Gewalt gegen ältere Menschen wirksam vorbeugen zu können, besteht zunächst in der Enttabuisierung des Phänomens. Hierzu gehört eine gesamtgesellschaftliche Sensibilisierung. Es muss ein Bewusstsein

dafür geschaffen werden, dass auch ältere pflegebedürftige Menschen Opfer sexueller Übergriffe werden können. Denn gerade dieser besonders verwundbare Personenkreis, mit zunehmend eingeschränkten Fähigkeiten, sich zu äußern und Hilfen zu holen, ist auf ein sensibilisiertes, aufmerksames und engagiertes Umfeld angewiesen.

Daneben hat die Aufklärung der Fachkreise und eine weitere Qualifikation von Fachkräften zentrale Bedeutung. Wissensvermittlung schafft Handlungssicherheit, nicht nur

bei ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal, sondern auch bei Polizei- und Justizbediensteten oder bei Pflegeberaterinnen und -beratern. Hierbei müssen einerseits fatale Fehlannahmen revidiert werden, die auch bei Fachkräften bestehen – beispielsweise die teilweise vorhandene Vorstellung, Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen würden keine Beeinträchtigung durch sexuelle Gewalt erfahren (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007). Andererseits bedarf es speziell geschulter Personals, nicht zuletzt mit Blick auf eine zeitnahe und sorgfältige medizinisch-pflegerische Befunderhebung bei vermuteten Vorfällen sexualisierter Gewalt.

Sexualisierte Gewalt gegen ältere Menschen kann sowohl Frauen als auch Männer treffen.

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

Im Hinblick auf bestehende Barrieren von Opfern sexualisierter

Gewalt, Hilfe in Anspruch zu nehmen und vom Erlebten zu berichten, müssen besonders niedrigschwellige Unterstützungsangebote aufgebaut und für Menschen mit eingeschränkter Mobilität auch verstärkt zugehende Angebote entwickelt werden. Nicht zuletzt bedarf es hierzu dringend mehr Forschung, um auf Grundlage valider Daten derartige Angebote und Interventionen entwickeln und diese auf ihre Wirksamkeit hin überprüfen zu können.

Dr. Ralf Suhr

- Vorsitzender des Vorstands der gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege
- Forschung zum Thema Gewalt in der Pflege
- Dozent an der Charité-Universitätsmedizin, u.a. zum Thema „Elder abuse“
- Referent zum Thema „Gewalt in der Pflege“ bei Fachveranstaltungen
- Mitgliedschaft in verschiedene Expertenbeiräten



Wie Gewaltprävention in der Pflege gelingen kann

Problematische, aggressive oder sogar gewalttätige Verhaltensweisen können in allen Pflegebeziehungen vorkommen – in der familialen ebenso wie in der professionellen Pflege. Die Gründe für die Entstehung von Aggression und Gewalt sind hierbei so vielschichtig wie die Formen gewalttätigen Handelns selbst. Mögliche Gründe können beispielsweise in Überforderung, emotionalen Konflikten und problematischen Beziehungskonstellationen zu finden sein.

Nur sehr selten kommt es ohne Anzeichen und ganz plötzlich zu gewalttätigen Vorkommnissen – vielmehr haben Gewalt und Aggression in den meisten Fällen eine längere und stets individuelle Vorgeschichte. Neben einem Anerkennen des Phänomens besteht eine der Voraussetzungen, um wirksame Präventionsmaßnahmen entwickeln zu können, auch in der Kenntnis von Ursachen und Risikofaktoren für Gewalt in Pflegesituationen. Durch das frühzeitige Erkennen der Risiken können entsprechende Maßnahmen zum Schutz aller beteiligten Menschen eingeleitet werden.

Ansätze aktuell angewandter Maßnahmen zur Vorbeugung von Gewalt bestehen unter anderem in der Stärkung der Handlungssicherheit Pflegenden, beispielsweise durch spezialisierte Qualifikationsmaßnahmen, sowie in Methoden zur frühzeitigen Reaktion auf Belastungssituationen, beispielsweise durch Instrumente zur Erfassung persönlicher Belastungspotenziale.

Allerdings ist die Studienlage zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Gewaltprävention noch lückenhaft, und es gilt, umfassendere Daten zu den Effekten der einzelnen Ansätze zu gewinnen.

Einzig für den Bereich der Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen liegen bereits evaluierte Interventionsprogramme vor – maßgebliche Orientierung für Pflegekräfte bietet die evidenzbasierte Leitlinie „Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“, www.leitlinie-fem.de.

Was zur Prävention von Gewalt in der Pflege getan wird und noch zu tun ist

Prof. Dr. Gabriele Meyer

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

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

Internationale Studienlage zur Gewaltprävention in der Pflege

Die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche sind angesichts der hohen Relevanz dieser Thematik ernüchternd. Die Recherche ergab lediglich eine kontrollierte Studie, in der eine konkrete Intervention zur Gewaltprävention untersucht wurde.

So hatte ein Team aus Taiwan die Wirksamkeit eines Gruppenschulungsprogramms zur Reduzierung psychischer Misshandlungen durch Pflegende im Pflegeheim untersucht (Hsieh, Wang, Yen & Liu, 2009). Obwohl die Ergebnisse darauf hinweisen, dass gewalttätiges Verhalten verringert werden kann, ist aufgrund methodischer Einschränkungen kein zuverlässiger Schluss über die Wirksamkeit dieser Intervention möglich. Zudem ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutschen Gegebenheiten auch mit Hinblick auf die soziokulturellen Unterschiede fraglich.

Nationale Projekte zur Gewaltprävention in der Pflege

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

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

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

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

Im Mittelpunkt dieses Projekts stand die Gewaltprävention in familialen Pflegesettings durch konkrete Maßnahmen zur Früherkennung vorhandener Gewaltpotenziale. Hierzu wurde unter anderem ein entsprechendes Bewertungsinstrument entwickelt und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten im Umgang damit geschult (Zank & Schacke, 2012).

„Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden“

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

„Sicher leben im Alter“ (Silia)

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

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

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

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

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

Das Nachfolgeprojekt „Gewaltfreie Pflege – Prevention of Elder Abuse“ startete im Jahr 2013 auf nationaler Ebene. Ziel ist die Entwicklung und Umsetzung eines systematischen Ansatzes zur Gewaltprävention in

der ambulanten und stationären Pflege auf kommunaler Ebene. Dazu zählt unter anderem die Schaffung einheitlicher kommunaler Strukturen, die bei Gewaltfällen nachhaltig greifen können (MDS, 2014).

Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege

Spricht man über problematisches Verhalten in der Pflege, so wird auch die Anwendung freiheitseinschränkender beziehungsweise freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) wie beispielsweise Bettgitter oder Fixiergurte immer wieder kontrovers diskutiert. Unsere Arbeitsgruppe hat in diesem Zusammenhang im Jahr 2009 eine wissenschaftsbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege entwickelt (Köpke et al., 2009). Darin werden auf Basis des verfügbaren Wissens von einer multidisziplinären Expertengruppe Empfehlungen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen getroffen. Auf Grundlage dieser Leitlinie wurde zudem ein Programm entwickelt, das zur Verringerung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen beitragen soll. Dazu zählen unter anderem Schulungen aller Pflegenden sowie der oder des sogenannten FEM-Beauftragten oder auch die Bereitstellung von Informationsbroschüren für alle Beteiligten. Die praktische Wirksamkeit des Programms wurde hierzu in einer kontrollierten Studie mit 36 Pflegeheimen überprüft. Es konnte

gezeigt werden, dass die Zahl der Anwendungen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen innerhalb von sechs Monaten in der Interventionsgruppe deutlich zurückgingen, während sie in der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieben. Negative Effekte, wie beispielsweise die oftmals diskutierte Zunahme von Stürzen oder die vermehrte Verordnung von Psychopharmaka, blieben aus (Köpke et al., 2012). Aktuell werden im Rahmen einer größeren Studie mit insgesamt 120 Pflegeheimen Wirksamkeit, Sicherheit sowie Kosteneffektivität des leitliniengestützten Interventionsprogramms untersucht. Die Ergebnisse werden aller Voraussicht nach Ende 2016 vorliegen.

Fazit

Auch wenn die Thematik „Gewalt in der Pflege“ zunehmend in die fachöffentliche und gesellschaftliche Diskussion gerückt ist, besteht ein grundsätzlicher Forschungsbedarf zu wirksamen Maßnahmen der Gewaltprävention sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege.

Es besteht ein grundsätzlicher Forschungsbedarf zu wirksamen Maßnahmen der Gewaltprävention sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege.

bedarf zu wirksamen Maßnahmen der Gewaltprävention sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege. In Deutschland existieren zwar zahlreiche Initiativen und Projekte zu diesem Thema, nichtsdestotrotz können aktuell keine zuverlässigen Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit gezogen werden. Eine Aussage dazu, welches Präventionskonzept letztendlich die gewünschte Wirkung auch nachhaltig erreicht, kann zu diesem Zeitpunkt kaum getroffen werden.

Dringend benötigt werden also aussagekräftige Studien zu sorgfältig vorbereiteten

Programmen der Gewaltprävention in der Pflege. Sollte sich ein Programm als wirksam, sicher, akzeptiert und erschwinglich herausstellen, darf der nachhaltigen Verankerung in die Pflegepraxis nichts im Wege stehen.

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

Prof. Dr. Gabriele Meyer

- Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften und Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie „FEM“
- Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Herausgeberin des Berichts „Voraussetzungen und wirksame Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege“ im Auftrag des ZQP
- Referentin auf der gemeinsamen Fachtagung des ZQP zusammen mit dem BMFSFJ „Pflege ohne Zwang“



Was freiheitsentziehende Maßnahmen sind

Im Kontext von Gewalthandlungen gegenüber älteren, pflegebedürftigen Menschen – insbesondere solcher Menschen mit Demenz – spielen freiheitsentziehende Maßnahmen eine entscheidende Rolle.

Man spricht von freiheitsentziehenden Maßnahmen, wenn eine Person gegen ihren Willen durch Vorrichtungen, Materialien, Gegenstände oder auch Medikamente in ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwunden werden kann. Der Begriff der freiheitsentziehenden Maßnahme umfasst auch freiheitseinschränkende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Oft werden diese Begriffe nicht bedeutungsgemäß genau verwendet.

Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten alle Eingriffe in die Bewegungsfreiheit, die von geringer Intensität und Dauer sind. Dazu gehören auch solche, die den Bewegungsraum in bestimmte Richtungen begrenzen, etwa gewisse Zimmer unzugänglich zu machen.

Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gehören unter anderem:

- mechanische Fixierungen, zum Beispiel Bettgitter, Anlegen von Gurten, Stecktische, Anlegen von Körperfesseln
- Einsperren der Person, zum Beispiel Absperren eines Bereichs/Zimmers, komplizierte Schließmechanismen an Türen, hoch angebrachte oder komplizierte Knaufe, gesicherte Aufzüge
- sedierende Medikamente, zum Beispiel Schlafmittel und Psychopharmaka
- Wegnahme von notwendigen Hilfsmitteln, zum Beispiel Schuhe, Brille, Rollator

Da es sich bei der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen immer um einen erheblichen Eingriff in die durch das Grundgesetz garantierte Freiheit des Einzelnen handelt, ist die Anwendung in Deutschland streng gesetzlich geregelt. So ist sie nur in Ausnahmefällen und nur zum Schutz der betreffenden Person zulässig, zum Beispiel um eine krankheits- oder behinderungsbedingte erhebliche Gesundheitsschädigung abzuwenden oder wenn eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung dringend notwendig ist, deren Zweck die Person infolge von Krankheit oder Behinderung nicht einzusehen imstande ist.

Grundsätzlich setzt die Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme eine richterliche Genehmigung voraus. Das Gericht muss nur dann nicht eingeschaltet werden, wenn die betreffende Person urteilsfähig ist und in die Maßnahme einwilligt oder die Person, die fixiert wird, völlig bewegungsunfähig ist. Eine weitere Ausnahme kann die kurze Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Abwendung einer akuten Gefahrensituation darstellen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen berühren ein Grundrecht, daher sind sie grundsätzlich zu vermeiden. Zudem haben freiheitsentziehende Maßnahmen oft nicht die erwünschten Wirkungen, sondern können sogar schwerwiegende gesundheitliche Folgen nach sich ziehen.

Eine wichtige Voraussetzung, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu vermeiden, besteht daher im Wissen um Handlungsalternativen.

Wie freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen vermieden werden können

Uwe Brucker

Die Zahl der im Jahr 2012 bundesweit durch die Amtsgerichte neu genehmigten Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB ist mit 85.132 Genehmigungen noch sehr hoch. Vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland rund 876.000 Plätze in Pflegeheimen gibt, liegt eine Inzidenz von knapp 10 Prozent vor. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) geht aufgrund seiner Erhebungen in den Qualitätsprüfungen 2012 davon aus, dass die Prävalenz bei 20 Prozent liegt. In absoluten Zahlen werden in deutschen Pflegeheimen regelmäßig 175.000 alte Menschen mit richterlicher Genehmigung fixiert. Dabei ist im Jahr 2012 zum ersten Mal in der Statistik des Bundesjustizamtes ein Rückgang der richterlichen Genehmigungen um rund 9 Prozent im Vergleich zu 2011 zu verzeichnen, was auf die zahlreichen Initiativen (z.B. ReduFix, Werdenfelser Weg, PEA e.V.) zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen zurückgeführt wird. Bei der Art der Fixierung überwiegen die hochgestellten Bettseitenteile (Bettgitter), gefolgt von Steckbrettern an Rollstühlen und Gurtfixierungen.

Die Fixierungspraxis ist in den Pflegeheimen sehr unterschiedlich. Es gibt Heime, die nahezu fixierungsfrei mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern den gemeinsamen Alltag meistern; andere Heime haben Fixierungsquoten von nahezu 60 Prozent – bei vergleichbarer Risikostruktur der Bewohnerschaft. An Wochenenden und nachts liegen die Zahlen noch höher.

Ruhigstellungen und Sedierungen durch psychotrope Medikamente werden in der Regel den Betreuungsgerichten nicht zur Genehmigung vorgelegt, daher muss von einer hohen Dunkelziffer von Pflegebedürftigen ausgegangen werden, die über die genannten Zahlen hinausgehend medikamentös ihrer Bewegungsfreiheit beraubt werden. In den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Heimaufsicht ist den pharmakologischen Sedierungen kaum Herr zu werden, weil diese Medikamentengaben erstens mit einer ärztlichen Therapie für notwendig erachtet werden und zweitens MDK und Heimaufsicht die Pflegequalität zu überprüfen haben; die Prüfung der Ordnungsqualität durch Vertragsärztinnen und -ärzte fällt jedoch nicht darunter. Die Hälfte der in der vollstationären Pflege versorgten Patientinnen und Patienten erhält psychotrop wirkende Medikamente (G. Meyer & S. Köpke: *Zwickmühle der Altenpflege*. *Pflegezeitschrift* 10/2008, S. 556). Zusätzlich erhalten Bewohnerinnen und Bewohner sogenannte Bedarfspsychopharmaka. Nach einer Erhebung der Münchner Heimaufsicht sind das nochmals 10 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner. Als „problematisch“ wird dabei der Vergabezeitpunkt eingeschätzt: 66 Prozent werden nachts verabreicht.

Ein weiteres Problem liegt in der Dauer der körpernahen Fixierung bei Vorliegen einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung. Nach einer Stichtagserhebung des MDK Bayern im

Jahr 2011 wurde bei 57 Prozent der Heimbe-
wohnerinnen und -bewohner die Fixierung
für die Dauer von 13 bis zu 24 Stunden
(24 Prozent) aufrechterhalten.

Die Heterogenität der Fixierungspraxis der
Heime wirft Fragen auf nach dem „Warum ist
das so?“. Meyer und Köpke haben in ihren Stu-
dien die Unterschiede bei Heimen, die fixieren,
und solchen, die darauf (so gut wie) verzich-
ten, untersucht. Folgendes kam zutage: das
Risiko, fixiert oder nicht fixiert zu werden, liegt
nicht im Krankheitszustand des Bewohners

beziehungsweise
der Bewohnerin
begründet. Dabei
wird folgende
einschränkende
Aussage ange-
führt: 90 Prozent
und mehr der

Warum gibt es so große Unterschiede in der Fixierungspraxis von Pflegeheimen?

von diesen wenig pflegenden Maßnahmen
betroffenen Personen sind Menschen mit
Demenz. In den Einrichtungen mit keinen oder
wenig Fixierungen wurde die veränderte Hal-
tung der Pflegenden deutlich dokumentiert,
die Bettgitter wurden dem Zugriff des Perso-
nals entzogen, die Gurte weggesperrt. Beim
Personal wurden Veränderungen eingeführt:
Zum einen hat man Präsenzkkräfte eingesetzt,
zum anderen hat man das Stammpersonal um
eine Anzahl ehrenamtlicher Hilfen ergänzt.
Qualitativ wurden die Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter in einschlägigen Themen geschult
(Sturzprophylaxe, Umgang mit Menschen
mit Demenz, Kommunikation); die Beratung
der Angehörigen wurde verstärkt; es wurden
regelmäßige Fallbesprechungen in diesen
Heimen eingeführt und bewohnerspezifische
Tagesstrukturen geschaffen.

Rechtfertigungen für freiheitsentzie- hende Maßnahmen

Als Rechtfertigung für die Fixierung nennen
professionell Pflegende:

- Haftungsangst
- entspricht dem „Hausgeist“: wer fixiert,
zeigt Verantwortungsbewusstsein
- Sturzprophylaxe
- Unkenntnis von Alternativen
- Gewohnheit
- Haltung und Einstellung mündet in
Pflegephilosophie

Haftungsangst und Verantwortungsbewusstsein

In vielen Heimen wurden als Fortbildungen
im Rahmen des Komplexes „Freiheitsentzie-
hende Maßnahmen“ Schulungen zum Thema
„Haftungsrecht“ durchgeführt. Die Wahr-
nehmung vieler Besucher solcher Vorträge
erscheint interessengeleitet und selektiv zu
sein. Nach Wahrnehmung des Autors wer-
den vor allem Haftungsfragen für den Fall der
Nichtfixierung rezipiert; Haftungsfragen, die
aus Fixierungen entstehen können, werden
meist ausgeblendet. Dabei ist die BGH-Recht-
sprechung zur Haftung bei Stürzen regelmä-
ßig nicht korrekt adaptiert; Übertreibung und
Dramatisierung bis hin zur Behauptung, als
Pflegerperson „stehe man ohnehin bereits mit
einem Fuß im Gefängnis“, erschweren einen
rationalen Umgang mit der Rechtslage.

Es fällt auf, dass die richterliche Genehmigung
einer beantragten Maßnahme die eventuell
haftend zu machenden Pflegerinnen und
Pfleger in ihrer Befürchtung eher bestärkt: der
Antrag auf Genehmigung nach § 1906 Abs. 4
BGB beinhaltet die Aussage, dass Pflegende

Stürze vermeiden müssen; der Genehmigung wird die vermeintliche Botschaft entnommen: das Gericht teilt die Einschätzung, dass sich damit weniger Stürze ereignen, womit man sich amtlich abgesichert auf der rechtlichen und richtigen Seite wähnt. In dieser Logik wird sodann bei Nichtfixierung gedanklich ein Schaden vorweggenommen und dafür auch potenziell Schuldige dingfest gemacht: Stürze ereignen sich, weil nicht ausreichend fixiert wurde. Wer sich also im Kollegenkreis kritisch mit Fixierungen beschäftigt, sich gar im Team dagegen ausspricht, handelt in so einem Wohnbereich vermeintlich latent verantwortungslos und muss sich gegenüber den verantwortlichen Handelnden rechtfertigen. Wer (im Zweifel) fixiert, befindet sich in dieser Logik auch im moralischen Sinne auf der sicheren und damit „guten“ Seite.

Freiheitsentziehende Maßnahmen als Sturzprophylaxe

Dieser häufig genannte Fixierungsgrund ist nach keiner der vorliegenden wissenschaftlichen Studien belastbar. Es gibt keinerlei Beleg dafür, dass Fixierungen auch nur einen Sturz vermeiden würden; im Gegenteil: nach Aufhebung der Fixierung steigt das Risiko zu stürzen erheblich an. Körpernahe Fixierungen führen zu einem Anstieg des Todesfallrisikos, die Gefahr ernsthafter Verletzungen und die Häufigkeit als auch die Dauer von Krankenhausaufenthalten nehmen zu. Da die Forschung keinerlei Beleg für die prophylaktische Wirkung von Fixierungen liefert, wurde in den Niederlanden konsequenterweise die Fixierung zum Zweck der Sturzvermeidung 2011 gesetzlich verboten.

Freiheitsentziehende Maßnahmen und Demenz

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit kognitiven Störungen und Demenz steigt in Pflegeheimen stetig an und liegt derzeit bei circa 65 Prozent. Allerdings besteht der Eindruck, dass sich noch nicht alle Heime personell und konzeptionell auf diese Klientel eingestellt haben. Denn falsche, den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz nicht angepasste Betreuung führt zu chronischem Stress. Einschränkungen der Bewegungsfreiheit – vor allem Fixierungen – verstärken bei diesen Menschen das

Bewegungseinschränkungen verstärken bei Menschen mit Demenz das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und erschweren ihnen das Verständnis der Situation.

Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und erschweren ihnen das Verständnis der Situation. Zudem kann die Immobilisierung die Entwicklung psychotischer Symptome verstärken. Bereits nach wenigen Stunden der Fixierung sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen beobachtbar, meistens verbunden mit erheblicher Unruhe und Aggressivität. Betrachtet man die Ausgangslage, die vielfach als Grund der Fixierung vorgelegen hat, nämlich die Unruhe und Agitiertheit einer Bewohnerin oder eines Bewohners mittels Fixierung zu bändigen, so erweist sich die Fixierung hier als Beispiel einer Selffulfilling Prophecy: was man verhindern wollte, löst man damit erst richtig aus.

Der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz ist eine anspruchsvolle pflegerische Tätigkeit. Doch verbindliche Vorgaben zur Beschäftigung einer Pflegekraft mit gerontopsychiatrischer Pflegequalifika-

tion kennt das deutsche Pflegesystem nicht. Die Entscheidungen des Gesetzgebers gehen in eine andere Richtung: Seit 2008 erhält ein Heim für je 24 Menschen mit Demenz eine sogenannte §-87b-SGB-XI-Kraft finanziert. Es handelt sich dabei um minimal qualifizierte Pflegenden, die in aller Regel keine Unterstützung durch eine gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft erhalten. Das Schulbuchwissen, das gerade Menschen mit Demenz personelle Kontinuität brauchen, wird in der Praxis durch den ungebrochenen Trend hin zu geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und Minijobs regelmäßig konterkariert. Richtige Beschäftigung mit Demenzkranken besteht aus fachlich reflektierter Kommunikations- und Beziehungsarbeit – und die ist zeitintensiv. Die vielfach vorzufindenden Arbeitsbedingungen gehen jedoch mit erheblichem Zeitdruck und Stress beim Personal einher, die sich wiederum auf die Stimmungslage der Bewohnerinnen und Bewohner überträgt. Diese Lösungen der Pflegeindustrie mögen deren Geschäftsinteressen dienen, nämlich mit immer weniger und immer billigerem Personal die Rendite hochzuhalten, stellen aber sowohl die Pflegenden wie die zu Pflegenden vor immer größere Herausforderungen, wie exemplarisch einer Schlagzeile der Tagespresse zu entnehmen ist: „Pflege: Die ganze Welt will chinesische Altenpfleger.“ (WAZ, 2013).

Nach dem pflegefachlichen Stand des Wissens ist ein zentrales Ziel bei der Pflege von Menschen mit Demenz deren stressfreie Betreuung.

Kommt es zu herausforderndem Verhalten, so sind dessen Ursachen zu identifizieren. Aus diesen werden die möglichen Pflegehandlungen abgeleitet. Erst wenn diese pflegefachliche Analyse keine Alternativen mehr zulässt,

ist für Betreuungsrichterinnen und -richter wie für die Betreuenden die freiheitsentziehende Maßnahme als „erforderliche“ Ultima Ratio gegeben, und zwar in jeder Einzelsituation. Eine so angewandte Pflegefachlichkeit wird dann ethisch zur Grundlage für rechtliche Entscheidungen. In Einrichtungen mit hoher Fixierungsrate ist es gerade umgekehrt: Die rechtliche Entscheidung des Gerichts wird dort zur fachlich-ethischen Begründung für pflegerisches Handeln. Hier gilt es, das pflegerische Handeln wieder auf seine „pflegefachlichen Füße“ zu stellen.

Initiativen zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen

In den vergangenen Jahren gab es einige Initiativen zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen in Pflegeheimen. Grob unterscheiden lassen sich hierbei drei Gruppen:

Interventionsansätze wie ReduFix

Mittels Fortbildungen und Schulungen und der Empfehlung, eine ganze Reihe von technischen Hilfsmitteln zur Anwendung zu bringen, werden international wie national Reduzierungen in der Fixierungsrate von maximal 20 Prozent erreicht. Dabei ist vielfach nach erfolgter Schulung des Personals nicht geklärt, welche Maßnahmen organisatorischer Art in den Heimen auf die Schulung folgen. Denn die Schulungen ziehen regelmäßig notwendige Änderungen der Prozesse und Strukturen

der Einrichtungen nach sich, die nicht immer vom Management realisiert werden, sodass die Erfolge in der Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen auch in bescheidenem Umfang bleiben müssen.

Die einzige Alternative zur Fixierung ist: man lässt sie sein.

Verbindliche Handlungsanweisung in Pflegeheimen

Auch hier finden in einem ersten Schritt Schulungen wie bei den reinen Interventionsansätzen statt. Allerdings werden nach diesen Interventionen verbindliche Vorgaben getroffen: Der Heimleiter gibt nach der Durchführung der Schulungen und nach organisatorischen Änderungen die Devise aus, dass „bei uns“ nicht mehr fixiert wird; dies geht in einigen Fällen sogar soweit, dass Fixierungen per Dienstanweisung unter Ankündigung von arbeitsrechtlichen Sanktionen untersagt wird. In einer Reihe von Untersuchungen, die sich auf dieses Prinzip konzentrieren, sind in den Niederlanden die sogenannten EXBELT-Studien gelaufen. Dort konnte man auf Reduzierungsraten von 65 Prozent weniger Gurtfixierungen nach 24 Monaten verweisen. Neben der Schulung und stringenter Führung im Management finden in diesen Heimen regelmäßig Beratungen durch speziell qualifizierte Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler statt; es werden Hilfsmittel verwendet wie Hüftprotektoren, Infrarotalarme, Balancetraining und Niederflurbetten, ohne dass dabei Zusatzkosten entstehen. Einen ähnlichen Weg ist ein Heim in Bonn gegangen: Nach Abschluss der Schulungen hat der Heimleiter die Gurte wegsperren lassen, Bewegungsprofile für sturzgefährdete Bewohnerinnen und Bewohner erstellen lassen und anschließend die Dienstpläne neu ausgerichtet. Zuletzt hat er die Bettseitenteile mit dicken Kabelbindern am Holm des Betts befestigen lassen. Die Mitarbeiterzufriedenheit nahm mit der klaren Linie, die dort das Management zeigt, zu: Im ganzen Heim wird eine einheitliche Philosophie des Nichtfixierens praktiziert. Die andernorts anzutreffende Beliebigkeit in der Entscheidungsfindung auf der Station ist dort

einer Verbindlichkeit gewichen, die fachlich von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt wird, weil Verantwortung und Risiko von der Leitung mitgetragen werden. Schwierige Einzelentscheidungen werden in solchen Heimen mithilfe kollegialer Beratung sowie unter Einbeziehung von externen Sachverständigen und den Angehörigen getroffen. So werden gute Lösungen ohne Fixierung gefunden.

Werdenfelser Weg

Beim Werdenfelser Weg handelt es sich um ein verfahrensrechtliches Vorgehen seitens des Betreuungsgerichts und der örtlichen Betreuungsbehörde mit dem Ziel, die Anwendung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bauchgurten, Bettgittern oder Vorsatztischen in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren und die Entscheidungsprozesse aller Beteiligten im Verfahren zu optimieren. Im Kern geht es beim Werdenfelser Weg um die Qualifizierung spezialisierter Verfahrenspflegerinnen und -pfleger, die nicht nur über juristisches, sondern auch über pflegerisches Wissen verfügen. Verfahrenspflegerinnen und -pfleger werden daher nicht mehr hauptsächlich Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, sondern berufserfahrene Personen aus einem Pflegeberuf. Die Verfahrenspflegerin beziehungsweise der Verfahrenspfleger soll den effektiven Rechtsschutz des Bewohners oder der Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung durch das Verfahrensrecht sichern. Im Kontext des Verfahrens nach § 1906 Abs. 4 BGB geht es um die Freiheitsrechte, die Menschenwürde und um das Recht auf körperliche Unversehrtheit sowohl der physischen als auch der psychischen Gesundheit, das heißt um höchste Verfassungsrechtsgüter. Von besonderer Bedeutung ist die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger für alte und

pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr imstande sind, ihren Willen zu äußern oder überhaupt noch einen freien Willen zu bilden. Daher schreibt das Gesetz die Bestellung einer Verfahrenspflegerin oder eines Verfahrenspflegers in § 317 FamFG verpflichtend vor. Verfahrenspflegerinnen und -pfleger diskutieren im Auftrag des Betreuungsgerichts aus der Betroffenenperspektive den zur

Genehmigung anstehenden Fixierungsantrag mit der verantwortlichen Pflegefachkraft des Heims und gehen individuell alternative Möglichkeiten zur Fixierung gemeinsam mit der Pflege, den Angehörigen und der rechtlichen Betreuerin beziehungsweise dem rechtlichen Betreuer durch. In statistisch relevantem Umfang haben sich hierüber zahlreiche Fixierungen vermeiden lassen.

Uwe Brucker

- Leiter des Fachteams Pflege beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
- Vertreter des MDS als Mitkoordinator im Projekt MILCEA (Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse)
- Referent auf der gemeinsamen Fachtagung des ZQP zusammen mit dem BMFSFJ „Pflege ohne Zwang“
- Autor und Dozent unter anderem zum Thema freiheitsentziehende Maßnahmen und Betreuungsrecht



Was rechtliche Betreuung bedeutet

Für Menschen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen können, kann eine rechtliche Betreuung bestellt werden. Betroffen sind unter anderem auch ältere, an einer Demenz erkrankte Menschen.

Das deutsche Betreuungsrecht dient in solchen Fällen dem Schutz und der Unterstützung dieser Menschen in Rechtsangelegenheiten. Eine rechtliche Betreuung kann zum Beispiel für Aspekte der Gesundheitsvorsorge aber auch für die Regelung finanzieller Angelegenheiten eingesetzt werden. Sie wird immer auf Antrag der betroffenen Person selbst oder von Amts wegen durch einen Gerichtsbeschluss bestellt. Dies ist nicht notwendig, wenn eine Person des Vertrauens dazu bevollmächtigt wurde und diese Aufgaben übernehmen kann.

Das Betreuungsrecht sieht das Wesen der Betreuung in der Rechtsfürsorge zum Wohl des betroffenen Menschen, nicht als Vormundschaft oder gar Entmündigung. Daher wird auch der inhaltliche Umfang der Betreuung genau festgelegt, um sicherzustellen, dass das Recht auf Selbstbestimmung der betreuten Person bestehen bleibt. Dies bedeutet, dass die Betreuerin beziehungsweise der Betreuer die ihr oder ihm übertragenen Aufgaben so zu erledigen hat, wie es dem Wohl und den Wünschen der betreuten Person entspricht. In § 1901 Abs. 2 BGB heißt es dazu unter anderem: „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die

Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“ Menschen, für die eine rechtliche Betreuung besteht, sind jedoch auch in besonderer Weise gefährdet, bestimmten Formen von Gewalt ausgesetzt zu sein, etwa der Missachtung ihres Willens.

Entscheidungen dürfen also grundsätzlich nicht über den Kopf der betreuten Person hinweg gefällt werden. Wichtig ist zudem, dass die Betreuerin beziehungsweise der Betreuer nur in jenen Aufgabenbereichen Entscheidungen treffen darf, in denen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist – nicht aber in Lebensbereichen, die weiterhin selbstständig bewältigt werden können (§ 1896 Abs. 2 BGB).

Im Betreuungsrecht wird zudem der Schutz in persönlichen Angelegenheiten in den Vordergrund gerückt. Das heißt, dass das Handeln der Betreuerin beziehungsweise des Betreuers in besonders wichtigen Angelegenheiten (z. B. bei ärztlichen Eingriffen, einer neuen Unterbringung, freiheitsentziehenden Maßnahmen) an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist oder sogar einer gerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB) bedarf.

Wichtig ist: Jeder Mensch kann in gesunden Tagen für den Fall der eventuell später eintretenden Betreuungsbedürftigkeit vorsorgen und vorausschauend einer Person des Vertrauens die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten mittels einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung übertragen. Die bevollmächtigte Person kann dann bei eintretender Betreuungsbedürftigkeit handeln, ohne dass es weiterer Maßnahmen bedarf. Das Gericht wird nicht eingeschaltet.

Welchen besonderen Unterstützungsbedarf Menschen mit rechtlicher Betreuung haben

Prof Dr. Dagmar Brosey

Betreuung und Vollmacht – Grundlegendes

Pflegebedürftige Menschen sind in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen. Dazu gehören auch die rechtlichen Angelegenheiten, zum Beispiel Überweisungen vorzunehmen, Verträge abzuschließen, Sozialleistungen zu beantragen oder eine Entscheidung über ärztliche Behandlungsmaßnahmen einzuholen. Der Unterstützungsbedarf variiert bei den pflegebedürftigen Menschen naturgemäß sehr stark und ist immer individuell zu bestimmen. Unterstützung gibt es in verschiedenen Formen. Das Recht sieht zwei Unterstützungsformen vor, die mit einer Vertretungsbefugnis verbunden sind. Das bedeutet, dass eine Stellvertreterin beziehungsweise ein Stellvertreter für die pflegebedürftige Person handeln kann. Unterstützung kann bedeuten, eine Entscheidung für die Person umzusetzen (z.B. Kündigung der Tageszeitung). Sie kann aber auch bis zur Entscheidungsübernahme reichen, wenn die Person nicht mehr äusserungs- oder entscheidungsfähig ist. Besonders wichtig ist, dass weder das Vorliegen einer Vorsorgevollmacht noch die gerichtliche Entscheidung über die Bestellung einer Betreuerin beziehungsweise eines Betreuers Aussagen dazu machen, ob eine Person selbst entscheiden kann oder nicht. Sie behält vielmehr ihre Entscheidungs-

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

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

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

ligung an Entscheidungen ist für die Lebensqualität jedoch sehr wichtig; und so ist der unterlassene Einbezug des Menschen, um den es geht, auch eine Form der Gewalt. Betreuerinnen und Betreuer sowie Bevollmächtigte haben die Aufgabe, Pflegebedürftige bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstüt-

zen und dafür zu sorgen, dass ihre Wünsche, Fähigkeiten und Interessen berücksichtigt werden. Vielfach fehlt es anderen Personen an Kommunikationsfähigkeiten, sich gegenüber Pflegebedürftigen verständlich auszudrücken oder sie zu verstehen. Betreuende und Bevollmächtigte müssen aber dafür sorgen, dass die pflegebedürftigen Menschen in ihrem Informationsbedarf und ihren Entscheidungs-

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

Wie es zur rechtlichen Betreuung kommt

Eine rechtliche Betreuung erhält eine Person durch eine Entscheidung des Betreuungsgerichts. Dazu kann sie selbst einen Antrag stellen oder Dritte (Angehörige, Sozialdienste) können dem Gericht einen Hinweis erteilen. Voraussetzung für die Bestellung einer rechtlichen Betreuung ist, dass jemand krankheits- oder behinderungsbedingt seine Angelegenheiten nicht besorgen kann und somit Unterstützungsbedarf hat. Das Betreuungsgericht prüft, ob die Voraussetzungen für eine Bestellung einer Betreuerin beziehungsweise eines Betreuers vorliegen. Dabei wird auch begutachtet, ob soziale Hilfen ausreichen oder ob eine Vollmacht an eine Vertrauensperson erteilt werden kann. Das Gericht hört die pflegebedürftige Person selbst an, um ihre Fähigkeiten und Wünsche in Erfahrung zu bringen. Außerdem werden die Betreuungsbehörde und eine ärztliche Sachverständige beziehungsweise ein ärztlicher Sachverständiger mit einem Gutachten über die pflegebedürftige Person beauftragt. Eine Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers gegen den Willen der pflegebedürftigen Person kommt nur ausnahmsweise in Betracht. Dazu darf die oder der Pflegebedürftige keinen freien Willen im Hinblick auf die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers bilden können, das bedeutet, dass ein unabweisbarer Schutzbedarf besteht, den die oder der Betroffene nicht erkennt.

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

Die rechtliche Betreuung ist damit auch ein Schutzinstrument. Geschützt werden soll die Autonomie des betreuten Menschen; erreicht werden soll eine Lebens- und Versorgungssituation, die den Vorstellungen und der Würde des pflegebedürftigen Menschen entspricht. Dies ist bedeutsam bei abnehmenden Kommunikationsfähigkeiten. Die Betreuerin beziehungsweise der Betreuer hat bei Entscheidungen immer Wünsche und Präferenzen der oder des Betreuten zu berücksichtigen. Daher ist es im Fall einer beginnenden Pflegebedürftigkeit sinnvoll, Wünsche und Präferenzen zur Lebensgestaltung schon vorzeitig in einer Betreuungs- oder Pflegeverfügung niederzulegen. Kann die pflegebedürftige Person nicht mehr an der Entscheidung mitwirken, muss

die oder der Betreuende immer überlegen, welche Entscheidung die pflegebedürftige Person treffen würde. Das ist die Handlungsleitlinie. Bei schwierigen Situationen ist für die Betreuerin beziehungsweise den Betreuer das Denken in Alternativen wichtig; dazu können sie sich auch bei den Betreuungsvereinen beraten lassen.

Schutz im Rahmen einer Betreuung

Pflegebedürftige Menschen mit Unterstützungsbedarf werden häufig Schwierigkeiten haben, die Personen, die sie pflegen und betreuen, zu überwachen. Es ist daher von überragender Bedeutung, dass die oder der Betreuende immer das Wohl der oder des Betreuten im Blick hat, deren beziehungsweise dessen Wünsche, Rechte und Interessen berücksichtigt und diese auch gegenüber (Gewalt ausübenden) Pflegepersonen vertritt. Das Betreuungsgericht ist mit der Über-

wachung der Betreuerin beziehungsweise des Betreuers beauftragt, die oder der dem Gericht regelmäßig zu berichten hat. Für gravierende Entscheidungen, zum Beispiel den Verkauf eines Hauses, die Kündigung einer Wohnung, im Falle risikoreicher medizinischer Behandlungen oder bei Freiheitsentziehung, muss die oder der Betreuende immer die Genehmigung des Gerichts einholen, um handeln zu können. So kann das Gericht präventiv prüfen, ob die Betreuerin beziehungsweise der Betreuer pflichtgemäß handelt, und kann eingreifen, wenn dies nicht so ist.

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

Vorgehen in einer Gewaltsituation

In einer Gewaltsituation sollten Betreuungsbehörde und Betreuungsgericht eingeschaltet werden, um eine Intervention zu

veranlassen. In vielen Fällen wird eine neutrale Betreuungsperson für den pflegebedürftigen Menschen bestellt, welche deren Schutzinteressen wahrnimmt.

Häufig sind Pflegende auch gleichzeitig die Betreuenden oder Bevollmächtigten. Für den Fall einer gewalthaften oder missbräuchlichen Pflegesituation ist diese Konstellation nicht geeignet, die Schutzinteressen von Pflegebedürftigen zu sichern. In anderen Fällen sind die Betreuenden oder Bevollmächtigten womöglich nicht in der Lage, die Interessen der pflegebedürftigen Person zu vertreten, oder es gibt noch gar keinen Betreuer beziehungsweise keine Betreuerin oder eine bevollmächtigte Person.

Es ist daher von überragender Bedeutung, dass die betreuende Person immer das Wohl der betreuten Person im Blick hat, deren Wünsche, Rechte und Interessen berücksichtigt und diese auch gegenüber Pflegepersonen vertritt.

Dies wird wegen der Komplexität einer derartigen Situation häufig eine Berufsbetreuerin oder ein Berufsbetreuer sein. Diese Person hat wiederum zum Wohl des pflegebedürftigen Menschen zu handeln und dabei dessen Wünsche zu berücksichtigen. Für den Fall, dass die häusliche Pflegesituation Gewalt, und/oder schwere Vernachlässigung

aufweist, kann die oder der Betreuende eine anderweitige Unterbringung in einer betreuten Wohnform organisieren. Häufig ist dies in Notsituationen schnell zu veranlassen, gegebenenfalls ist eine Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich. Eine Betreuerin oder ein Betreuer kann mittels Aufenthaltsbestimmungsrecht oder Umgangsbestimmungsrecht die Maßnahmen auch gegenüber Dritten durchsetzen, die sich zum Beispiel weigern, den pflegebedürftigen Menschen gehen zu lassen.

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

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

Prof Dr. Dagmar Brosey

- Professorin für Zivilrecht mit Schwerpunkt Familien- und Jugendrecht
- Direktorin des Instituts für Soziales Recht (ISR) der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Köln
- Forschungsschwerpunkt unter anderem Aspekte der Rechtlichen Betreuung volljähriger Menschen und Gewalt in der Pflege
- Berufung als juristische Sachverständige in die staatliche Besuchscommission nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW.



Pflege in der Familie – Eskalationen vermeiden

In der Rubrik „Pflege in der Familie“ finden sich Informationen und Empfehlungen für familial Pflegende rund um den Umgang mit problematischen Situationen, Aggression und Gewalt. Der Fokus liegt hierbei auf der häuslichen Versorgung.

Zudem werden Angebote der Entlastung und Unterstützung für pflegende Angehörige vorgestellt – unter anderem zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Expertinnen und Experten aus der Praxis berichten in Interviews über ihre langjährigen Arbeitserfahrungen zur Unterstützung von Menschen in problematischen Pflegesituationen.

PFLEGEPRAXIS: EMPFEHLUNGEN

Pflege in der Familie – Eskalationen vermeiden

In Deutschland leben insgesamt 2,6 Millionen Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind. Mehr als zwei Drittel (71 Prozent bzw. 1,86 Millionen) der Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt. Davon werden etwa 1,25 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Weitere 616.000 Pflegebedürftige leben ebenfalls in Privathaushalten, in denen die Pflege in Zusammenarbeit mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste erbracht wird (Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2013).

Die Daten zeigen, dass beinahe die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen hierzulande ausschließlich von Angehörigen oder Freundinnen und Freunden ohne die Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt wird. Über die Umstände der familialen Pflege und die Qualität der Versorgung liegen wenige Daten vor – denn es handelt sich um private Lebenssituationen, die es zu respektieren gilt. Allerdings ist bekannt, dass die Pflege in den Familien häufig mit enormen Belastungen einhergeht, die nicht selten zu Überlastung und sogar negativen gesundheitlichen Folgen für die Pflegeperson führen können. Häufig fehlt es an Wissen über Pflegetechniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Hinzu kommt, dass die Pflege in der Familie im Rahmen sehr persönlicher Beziehungen und damit verbundenen Emotionen und Dynamiken stattfindet. Im Gegensatz zu professioneller

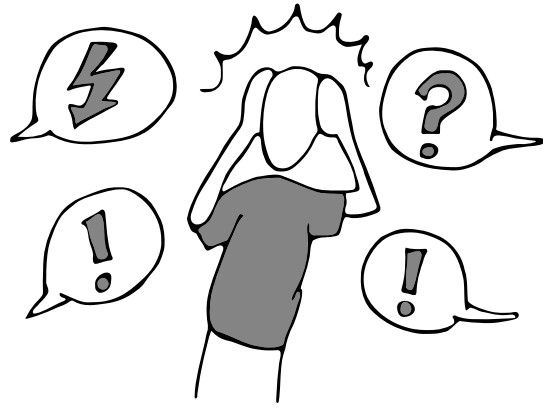
Pflege durch einen ambulanten Dienst oder in einer stationären Einrichtung fehlt oft die Möglichkeit, Abstand zu nehmen.

So kann es auch in der familialen Pflege zu problematischen Situationen bis hin zu Gewalt und Aggression kommen.

Damit Pflege in der Familie gelingen kann und alle Beteiligten gesund bleiben, muss auch diesem sensiblen Thema offen und konstruktiv begegnet werden. Statt zu verurteilen und Schuldfragen in den Mittelpunkt zu stellen, gilt es, das Wissen über mögliche Ursprünge von Aggression und Gewalt, Anzeichen von Gewalthandlungen und wirksame Hilfemöglichkeiten zu verbreiten.

Überlastung erkennen

Oftmals tritt die Übernahme einer Pflegesituation kurzfristig und unvorbereitet ein und stellt das Leben damit erst einmal auf den Kopf. Der Anspruch, eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Hause versorgen zu wollen und gleichzeitig den eigenen Lebensalltag zu meistern, erfordert häufig einen Spagat. Zudem können alte und vielleicht verdrängte Beziehungskonflikte in einer Pflegesituation wieder zutage treten. Dies kann nicht nur körperliche, sondern auch seelische Belastungen mit sich bringen und letztendlich zur Überforderung führen.



Um rechtzeitig Entlastungsangebote in Anspruch nehmen zu können, müssen frühzeitig Anzeichen einer möglichen Überlastung erkannt werden. So kann verhindert werden, dass eine Pflegesituation für alle Beteiligten problematisch wird.

Warnsignale für eine Überlastung sind beispielsweise:

- Energiemangel, chronische Müdigkeit
- Nervosität, innere Unruhe
- Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit
- Gefühl innerer Leere
- Freudlosigkeit, Lustlosigkeit
- Gereiztheit, Ärgergefühle
- Schuldgefühle oder -zuweisungen
- Angstgefühle
- Gefühl, wertlos zu sein
- Gedanken der Sinnlosigkeit
- Schlafstörungen
- Magen-Darm-Beschwerden, Kopf- oder Rückenschmerzen, Herzasen ohne dass eine körperliche Erkrankung vorliegt

Das Erkennen und schließlich das Eingeständnis eigener Belastungsgrenzen kann bei manchen Menschen auch mit Versagens- und Schuldgefühlen einhergehen. Die Gefühle reichen dann von Wut und Enttäuschung über das eigene Verhalten bis hin zu Scham und Bedauern, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Der Austausch mit anderen Menschen in vergleichbaren Lebenssituationen kann dann eine hilfreiche Stütze sein. Oftmals ergänzen und relativieren Sichtweisen außenstehender Personen die eigenen Wahrnehmungen. Zudem birgt der Austausch die Möglichkeit, von den Erfahrungen Gleichbetroffener zu profitieren.

Entspannung finden

Die Pflege eines nahestehenden Menschen kann leicht dazu führen, dass die Bedürfnisse der pflegenden Person in Vergessenheit geraten. Um langfristig leistungsfähig zu bleiben, ist der Wechsel von Phasen der Anspannung mit solchen der Entspannung wichtig. Und nicht zuletzt haben pflegende Angehörige auch ein Recht auf Lebensqualität.

Damit die Anspannung nicht überhandnimmt, ist der Ausgleich zwischen Be- und Entlastung wichtig.

Entspannende Wirkung haben zum Beispiel folgende Maßnahmen:

- zügiges Gehen, vor allem im Grünen
- Musikhören, beispielsweise über Kopfhörer
- Schwimmen
- Atemübungen, Wahrnehmungsübungen
- Meditation und autogenes Training
- Fahrrad fahren
- Muskelentspannungsübungen
- Yoga

Wird die individuell passende Aktivität regelmäßig in den Alltag integriert, kann dies dazu beitragen, Belastungssituationen und damit auch mögliche Aggressionspotenziale zu entschärfen.

Um Entlastung und Belastung in ein gesundes Verhältnis zu bringen, gilt es, eigene Bedürfnisse und Grenzen zu identifizieren. Nicht immer kann direkt benannt werden, welche konkreten Situationen oder Maßnahmen Entspannung und Kraft bringen, und welche belasten und Energie rauben. Hierzu kann es

nützlich sein, eine Art Tagebuch über positive und negative Momente zu führen und diese in regelmäßigen Abständen auszuwerten.

Beispiele für Notizen:

Negativ

- Beim Essenanreichen schließt Vater dauernd die Lippen – das macht mich sehr nervös.
- Vater hält den Urin nicht – habe mich geärgert und mit ihm geschimpft.
- Frau Bauer fällt heute zur Betreuung von Vater aus – ich kann nicht aus dem Haus.

Positiv

- Habe Musik über Kopfhörer gehört und an gar nichts sonst gedacht.
- Frau Bauer war drei Stunden bei Vater, bin ins Kino gegangen.
- Das Mittagessen war lecker und gemütlich.
- Vater war nach der Physiotherapie ganz entspannt.

Die Auswertung der Notizen kann helfen zu erkennen, wie das Verhältnis von Anspannung und Entspannung über Tage oder Wochen hinweg ist, und wo Veränderungsmöglichkeiten bestehen.

Weiterhin kann es hilfreich sein, in regelmäßigen Abständen die gesamte Pflegesituation und die sich daraus ergebenden zeitlichen, finanziellen und körperlichen Belastungen zu reflektieren. Notizen zu relevanten Veränderungen – zum Beispiel eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der oder des

Angehörigen oder Mehrbelastung im Beruf – können hierbei aufschlussreich sein. Idealerweise wird hierzu eine vertraute Person hinzugezogen, die bestenfalls nicht in die Pflege involviert und damit unbefangener in der Ein-

schätzung der Situation ist. Ebenfalls sinnvoll ist es, eine professionelle Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. Auf dieser Grundlage können Maßnahmen der Unterstützung erörtert werden, sollten sie erforderlich sein.

Selbstkontrolle üben

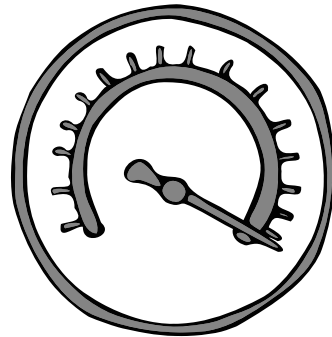
Verschiedene Belastungsfaktoren können dazu führen, dass Menschen das Gefühl haben, kurz vor der Explosion zu stehen und von Ärger oder Wut überrollt zu werden. Um in solchen Situationen nicht unkontrolliert zu reagieren, bedarf es der Fähigkeit, die eigenen starken Gefühle zu kontrollieren – der sogenannten Affektkontrolle.

Die Kontrolle von aggressiven Impulsen ist eine Fähigkeit, die bei den meisten Menschen ausgeprägt vorhanden ist. Dennoch gelingt Selbstbeherrschung nicht immer – und auch das ist zutiefst menschlich.

Das Wissen über zugrundeliegende Ursachen und ein stetiges Trainieren des bewussten Wahrnehmens der eigenen Gefühle, wie etwa den wachsenden Zorn vor einem Wutausbruch, können schrittweise zu mehr Kontrolle über das eigene Verhalten in problematischen Situationen führen.

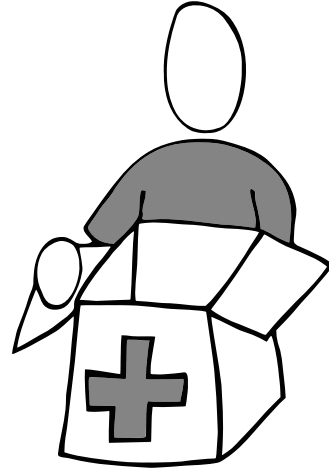
Die Veränderung von Verhaltensmustern erfordert jedoch Geduld.

Folgende Fragen können helfen, die Dynamik eskalierender Situationen besser zu verstehen:



- Welche Situationen führen oft zu Konflikten?
- Ist ein typischer Ablauf einer Stresssituation bis hin zu einer Eskalation zu erkennen, zum Beispiel schnelle Atmung, Auf- und Abgehen, Schwitzen?
- Gibt es immer gleichbleibende Rollen beteiligter Personen?
- Aus welchen Gefühlen ist die Wut hervorgegangen, zum Beispiel aus Angst, Enttäuschung, Schmerzen oder Frust?
- Ist das Ausmaß der Reaktion verhältnismäßig im Hinblick auf den Auslöser?
- Welche Handlungen können dazu beitragen, die Situation zu entschärfen, zum Beispiel den Raum zu verlassen oder eine andere Person hinzuziehen?

Speziell ausgebildete Personen können dabei helfen, den Ursachen der Gefühle auf die Spur zu kommen, und Möglichkeiten im Umgang damit zu finden. Qualifizierte psychologische Beratungsangebote können zum Beispiel über die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt vermittelt werden. Entsprechende Angebote finden sich auch bei den kirchlichen Ehe-, Familien- und Lebensberatungen. Adressen von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können auch im Internet, zum Beispiel unter www.psychotherapeutenliste.de, recherchiert werden.



Entlastung in Anspruch nehmen

Viele pflegende Angehörige zögern lange, bevor sie unterstützende Angebote in Anspruch nehmen. Die Folge: Mehr als die Hälfte der Pflegenden leidet an Muskelverspannungen. Ein Fünftel der pflegenden Angehörigen zeigt depressive Symptome – dazu sind Schlafstörungen häufig. Nicht selten führt ständige Überlastung zu ungeduldigem bis hin zu aggressivem Verhalten.

Um die Pflege zu Hause gesund zu bewältigen und problematischen Pflegesituationen vorzubeugen, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten. Im Folgenden ist eine Auswahl dargestellt. Weiterführende Informationen bietet die wohnortnahe Pflegeberatung, für gesetzlich Versicherte in der Regel in Pflegestützpunkten, für Privatversicherte bei COMPASS Private Pflegeberatung.

§ 7a SGB XI Pflegeberatung

Die Organisation einer Pflegesituation, beginnend mit der Beantragung einer Pflegestufe bis hin zur Erstellung eines umfassenden Hilfeplans, erfordert eine Menge Zeit und Wissen. Ist der Hilfebedarf komplex, ist es ohne kompetente Beratung kaum möglich, die Angebote zu überschauen und bedürfnisgerechte Hilfe zu organisieren. Kompetente Pflegeberatung trägt dann ganz entscheidend dazu bei, dass eine Pflegesituation für alle Beteiligten gut gestaltet wird. Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen oder beantragen wollen, haben einen Anspruch auf professionelle Pflegeberatung. Auch pflegende Angehörige werden beraten. Pflegeberatung für gesetzlich Versicherte bieten die Pflegekassen direkt oder die regionalen Pflegestützpunkte an. Privatversicherte erhalten die Beratung über COMPASS Private Pflegeberatung. Bundesweite Kontaktdaten sind im Internet unter www.bdb.zqp.de zu finden.

§ 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, kann Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für längstens sechs Wochen und bis maximal 1.612 Euro pro Kalenderjahr. Diese Leistungen gelten auch für Menschen ohne Pflegestufe, die Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben (z.B. bei Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen). Bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das entspricht bis zu 806 Euro) können zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Diese Möglichkeit besteht, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde und die Verhinderungspflege nicht durch Personen erbracht wird, die mit dem pflegebedürftigen Menschen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind beziehungsweise mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

Der monatliche Höchstbetrag für die Erstattung der Kosten beim Einsatz bestimmter Hilfsmittel beträgt 40 Euro. Für die Pflege zu Hause kann es zudem hilfreich sein, das Wohnumfeld, zum Beispiel das Bad, an die besonderen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person anzupassen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung, können sie bis zu 16.000 Euro für notwendige Umbaumaßnahmen erhalten.

§ 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege

Die Tages- oder Nachtpflege ist eine teilstationäre Pflege, bei der pflegebedürftige Menschen tagsüber oder nachts eine Zeitlang versorgt werden. Ansonsten findet die Pflege zu Hause statt. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für Tages- oder Nachtpflege bis zu einer gewissen Höhe. Der Anspruch ist abhängig von der Pflegestufe: Monatlich stehen in Stufe 0 231 Euro zur Verfügung, in Stufe I 468 Euro (689 Euro mit Demenz), in Stufe II 1.144 Euro (1.298 Euro mit Demenz) und in Stufe III 1.612 Euro (mit/ohne Demenz) zur Verfügung. Tages- oder Nachtpflege kann ohne Anrechnung auf die Sachleistung oder das Pflegegeld bezogen werden.

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege bezeichnet die vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und bis maximal 1.612 Euro pro Kalenderjahr. Der Gesetzgeber hat bei der Kurzzeitpflege keine unterschiedlichen Beträge für die einzelnen Pflegestufen festgesetzt, das heißt die Höhe der Leistung ist unabhängig von der Höhe der Pflegestufe. Der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege kann auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Betrag für die Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden, soweit noch keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde. Auch die Dauer der Inanspruchnahme kann in diesem Fall von vier auf bis zu acht Wochen ausgeweitet werden.

§ 45 SGB X Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Um die häusliche Pflege zu erleichtern und die Pflegesituation zu verbessern, können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende kostenlose Pflegekurse besuchen, die von den Pflegekassen angeboten beziehungsweise finanziert werden. In den Kursen werden unter anderem Kenntnisse zu Pflege-techniken, Pflegehilfsmitteln und zum Umgang mit Pflegeproblemen vermittelt.

§ 45b SGB XI Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Zu Hause lebende Pflegebedürftige können bei der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungsleistungen beantragen. Leistungsberechtigt sind Menschen, bei denen eine Pflegestufe oder ein „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ festgestellt wurde. Es wird je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag (104 Euro) oder ein erhöhter Betrag (208 Euro) gewährt. Als zusätzliche Betreuungsleistungen können Kosten im Zusammenhang mit folgenden Leistungen erstattet werden: Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von zugelassenen ambulanten Pflegediensten sowie niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, zum Beispiel durch Demenzcafés, Betreuungsnachmittage von Alzheimer-Selbsthilfegruppen, Einzelbetreuung zu Hause, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen oder Alltagsbegleitung.

Unterstützung durch ambulante Pflegedienste

Die sozial- und gesundheitspflegerischen Angebote der ambulanten Pflegedienste können im häuslichen Pflegearrangement einen wichtigen Beitrag zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen leisten. Hierzu gehören Hilfen im Haushalt sowie die sogenannte „Grundpflege“ (Körperpflege, Hilfe beim Essen). Daneben wird häusliche Krankenpflege von Fachkräften angeboten, dazu gehören zum Beispiel die Wundversorgung und die Verabreichung von Medikamenten. Die Kosten werden teilweise auf Antrag von der Kranken- und Pflegeversicherung übernommen. Hilfe bei der Pflegeplanung bietet zudem im Internet der Pflegeplaner der Weissen Liste unter <http://pflegeplaner.weisse-liste.de/>.

Gemeinsamer Urlaub mit Pflegebedürftigen

Spezielle Pensionen, Ferienhäuser von Wohlfahrtsverbänden oder privaten Trägern sowie Pflegehotels bieten Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Kombination mit Erholungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige an. So können Pflegepersonen beispielsweise einmal Freizeit genießen und gleichzeitig im Blick haben, wie es ihrer oder ihrem Angehörigen geht – auch können so gemeinsam schöne Erlebnisse geteilt werden. Einige Rehabilitationseinrichtungen oder Kurkliniken in Deutschland haben sich auf die Behandlung von Menschen mit Demenz spezialisiert und nehmen auch eine Pflegeperson mit auf, um sowohl der pflegebedürftigen Person als auch der oder dem Angehörigen Behandlungen zukommen zu lassen. Während des Urlaubs wird weiter Pflegegeld an die pflegebedürftige Person gezahlt.

Informationen bietet beispielsweise der gemeinnützige Verein Urlaub & Pflege e.V., der sich auf Reisen für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf spezialisiert hat: www.urlaub-und-pflege.de/.

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer

Das Angebot des freiwilligen Engagements im Bereich der Pflege wurde in den letzten Jahren breit ausgebaut. Neben traditionellen Besuchs- und Begleitdiensten existieren zum Beispiel auch Angebote der psychosozialen Begleitung pflegender Angehöriger und weitere Modelle der Unterstützung durch freiwilliges Engagement. Eine Übersicht mit Kontaktadressen zu ehrenamtlicher Pflegebegleitung ist auf der Website www.pflegebegleiter.de zugänglich.

Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Der Austausch mit anderen Menschen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, kann sehr wertvoll sein. Neben dem emotionalen Rückhalt durch Gleichbetroffene bergen vor allem der Erfahrungsschatz und die Lösungsideen anderer Menschen ein nicht zu unterschätzendes Potenzial an Hilfe und

Unterstützung. Angehörigengruppen werden von verschiedenen Trägern und meist regional organisiert. Viele Angebote finden sich im Internet in der Datenbank der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter www.nakos.de oder bei der regionalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS). Speziell für die Pflege von demenziell Erkrankten bietet der Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAzG) verschiedene regionale Angebote der Selbsthilfe und Beratung. Mehr Informationen finden sich dazu im Internet unter www.deutsche-alzheimer.de/.

Anonyme Notfalltelefone

Meist fällt es Betroffenen sehr schwer, über die eigene Überforderung oder gar Gewalterfahrungen zu sprechen, und sich jemandem anzuvertrauen. Anonyme Hilfefonnum bieten in akuten Situationen schnellen und fundierten Rat. Eine Übersicht zu Krisentelefonen und spezialisierten Hilfs- und Unterstützungsangeboten zum Thema Aggressionen und Gewalt in der Pflege befindet sich im Serviceteil der Schrift und im Internet unter www.pflege-gewalt.de.

Pflege und Beruf vereinbaren

Die Organisation der Pflege kann besonders für berufstätige pflegende Angehörige einen dauerhaften Spagat zwischen der Betreuung der pflegebedürftigen Person, der Bewältigung des eigenen Haushalts und Familienlebens und den beruflichen Anforderungen darstellen. Im Schnitt entfallen etwa 37 Stunden pro Woche auf die Pflege im häuslichen

Umfeld. Dies verdeutlicht die enorme Doppelbelastung, denn damit haben berufstätige pflegende Angehörige oftmals zwei Vollzeitjobs parallel. Diese Herausforderung führt unter anderem dazu, dass mehr als die Hälfte der Pflegenden ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege der oder des Angehörigen reduziert oder sogar ganz aufgibt – eine Entscheidung

mit weitreichenden Konsequenzen. Neben oftmals erheblichen finanziellen Einbußen fehlt es den pflegenden Angehörigen langfristig oft auch an Anerkennung im Beruf sowie Abwechslung im Alltag.



Auf politischer Ebene wurde in den letzten Jahren auf diese gesellschaftliche Entwicklung reagiert, es wurden beispielsweise gesetzliche Regelungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eingeführt.

Allerdings werden die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zurzeit noch verhältnismäßig wenig genutzt. Der Aufklärung über bestehende Möglichkeiten sowie dem offenen Umgang mit dem Thema Pflege im Berufsleben kommen daher ein hohes Maß an Bedeutung zu.

Für die Organisation sowie die Übernahme der Pflege einer oder eines nahen Angehörigen, sieht der Gesetzgeber folgende Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Berufsleben vor: Nahe Angehörige sind laut Gesetzgeber Ehegatten, Lebenspartnerinnen- und -partner, Partnerinnen oder -partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Kinder, Geschwister, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Adoptiv- oder Pflegekinder, Adoptiv- oder Pflegekinder der Ehegattin, des Ehegatten oder der Lebenspartnerin beziehungsweise des Lebenspartners, Schwiegerkinder, Enkelkinder, Schwägerinnen und Schwäger sowie Stiefeltern.

Pflegende Angehörige haben oft zwei Vollzeit-jobs parallel.

Kurzfristige 10-tägige Freistellung

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben einen Rechtsanspruch auf eine kurzfristige, maximal zehntägige Freistellung für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einer oder eines nahen Angehörigen. Sie erhalten in dieser Auszeit mit dem Pflegeunterstützungsgeld eine Lohnersatzleistung, die von der Pflegekasse beziehungsweise bei privatversicherten Pflegebedürftigen durch das Versicherungsunternehmen getragen wird. Die Leistung wird in Höhe der Leistung des Kinderkrankengeldes gewährt. Vom Pflegeunterstützungsgeld werden Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung gezahlt.

Dieses Recht gilt gegenüber allen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern unabhängig von der Größe des Unternehmens.

Pflegezeit

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben einen Rechtsanspruch auf maximal sechs Monate unbezahlte volle oder teilweise Freistellung von der Arbeit, um sich um eine

pflegebedürftige Angehörige beziehungsweise einen pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern. Falls der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz während der Pflegezeit nicht über die Familienversicherung bestehen bleibt, zahlt die Pflegeversicherung auf Antrag den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des Mindestbeitrags. Bei einer Mindestpflagedauer von 14 Stunden pro Woche bleibt die Rentenversicherung bestehen. Die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegeversicherung übernommen.

Zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts in dieser Phase haben Beschäftigte einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, das sie für die Pflegezeit oder die Familienpflegezeit beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen können. Das Darlehen wird monatlich ausbezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf Antrag kann auch ein niedrigeres Darlehen – bis zu einer Mindesthöhe von 50 Euro monatlich – wahrgenommen werden. Das Darlehen muss nach Ende der Pflegezeit in Raten zurückgezahlt werden.

Der Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht nur für Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten.

Familienpflegezeit

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, wenn sie eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Es muss eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden wöchentlich eingehalten werden. Voraussetzung ist hierbei ein Nachweis

der Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen durch eine entsprechende Bescheinigung. Zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts während der reduzierten Arbeitszeit besteht wie bei der Pflegezeit ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit können miteinander kombiniert werden und auch ineinander übergehen – die höchstmögliche Gesamtdauer der Freistellung beträgt zusammen 24 Monate. Zieht sich die Pflege länger als 24 Monate hin, können mehrere Angehörige die Pflegezeit oder Familienpflegezeit nehmen – nacheinander oder parallel.

Von der Ankündigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der genannten Freistellungen darf die Arbeitgeberin beziehungsweise der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nur in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.

Begleitung schwerstkranker Angehöriger in der letzten Lebensphase

Angehörige haben einen Rechtsanspruch darauf, in der letzten Lebensphase des pflegebedürftigen Familienmitglieds drei Monate lang weniger zu arbeiten oder auch ganz auszusetzen. Sie können so für ihre Angehörigen auf ihrem letzten Weg sorgen. Auch in diesem Fall besteht ein Anspruch auf das oben beschriebene zinslose Darlehen.

Gewalt beobachten – und handeln

Werden Menschen Zeuginnen oder Zeugen von aggressiven oder gewalttätigen Situationen, fällt es den meisten von ihnen oftmals schwer, bedacht zu handeln und effektiv zu helfen.

Solche Situationen werden oftmals von zwei gegensätzlichen Gefühlen bestimmt – dem Impuls, sofort einzugreifen und das Opfer zu schützen, gleichzeitig aber auch dem

Die Einschätzung von Gewalt und Aggression ist für Außenstehende nicht immer einfach.

Drang, aus Angst und Selbstschutz wegzulaufen. Diese instinktiven Reaktionsweisen sind ganz natürlich, erschweren es jedoch auch, in akut angespannten Situationen umsichtig zu handeln.

Hinzu kommt, dass aggressives und gewalttätiges Verhalten in vielen Ausprägungen vorkommt und meist einer subjektiven Beurteilung unterliegt. Die Bewertung dessen, was ein Mensch als Aggression oder Gewalt wahrnimmt, kann daher von Person zu Person stark variieren. Neben eindeutiger Gewalt wie Schlagen oder Beißen gibt es auch eine Vielzahl an Situationen, die individuell ganz unterschiedlich eingeschätzt werden. So kann die Beurteilung einer außenstehenden Person, ob es sich um eine Grenzüberschreitung oder eine Beleidigung einer anderen Person handelt, erheblich von der Empfindung der unmittelbar betroffenen Person abweichen.

Als Zeugin oder Zeuge einer problematischen Situation sollten die persönlichen Beobachtungen und Gefühle zunächst möglichst sachlich bewertet werden, um hilfreich

handeln zu können. Zugleich gilt auch, der eigenen Intuition zu vertrauen und entsprechend zu reagieren. Die folgenden Hinweise zum Umgang mit Beobachtungen problematischen Verhaltens beziehen sich sowohl auf die stationäre Versorgung als auch eine Betreuung in der Häuslichkeit durch pflegende Angehörige allein oder mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes.

Es gilt, der eigenen Intuition zu vertrauen und umsichtig zu handeln.

Wenn der Eindruck besteht, dass eine pflegebedürftige Person vernachlässigt oder problematisch behandelt wird, sollte Folgendes getan werden:

- Wenn möglich, die pflegebedürftige Person ansprechen, um herauszufinden, wie der oder die Betreffende die Situation selbst wahrnimmt.
- Falls möglich, suchen Sie das vorsichtige Gespräch mit den pflegenden Angehörigen und schildern Sie Ihre Eindrücke.
- Im stationären Bereich das Gespräch mit der Bezugspflegekraft, Schichtleitung oder gegebenenfalls Wohnbereichsleitung suchen.
- Im Rahmen einer ambulanten Versorgung eine verantwortliche Mitarbeiterin oder einen verantwortlichen Mitarbeiter des Pflegedienstes ansprechen.
- Kontakt mit Pflegedienst- oder Einrichtungsleitung aufnehmen.
- Geschäftsleitung der Einrichtung oder des Dienstes informieren.

- Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder Heimaufsichtsbehörde benachrichtigen (anonym oder namentlich). In einigen Kommunen sind auch Ordnungsbehörden für die Kontrolle ambulanter Pflegeangebote zuständig. Hierzu erteilen zum Beispiel das Rathaus oder das Bürgeramt Auskunft.
- Rat und Hilfe findet man darüber hinaus auch bei örtlichen Beschwerdestellen für Altenpflege. Hierzu erteilen ebenfalls das Rathaus oder das Bürgeramt Auskunft.
- Ist das Vertrauen in die Leistungen der Pflegeeinrichtung oder des Dienstes gebrochen, ist es ratsam, mit dem Einverständnis der pflegebedürftigen Person über einen Wechsel des Anbieters nachzudenken.
- Hinweise auf Erpressung der pflegebedürftigen Person vorliegen,
- eingeschüchtertes und verängstigtes Verhalten der pflegebedürftigen Person beobachtet wird,
- bei wiederkehrend problematischem Verhalten in Pflegesituationen trotz professioneller Beratung durch den Pflegedienst und vorgeschlagener beziehungsweise veranlasster Entlastungsangebote keine angemessene Verbesserung erreicht wurde,
- offensichtliche Hinweise auf Medikamentenmissbrauch vorliegen, der auch nach Rücksprache mit den Verantwortlichen nicht eingestellt wird.

Der Vorfall ist der Polizei zu melden, wenn ...

- offensichtliche körperliche Verletzungen (z. B. Quetschungen, Biss-, Kratz- oder Schnittwunden) erkennbar sind, die nicht durch Selbstverschulden entstanden sind,
- körperliche oder psychische Schäden aufgrund massiver Vernachlässigung erkennbar sind (z. B. hygienische Verwahrlosung, Unterernährung oder seelische Verstörtheit),

Zudem ist es wichtig, die Folgen einer Gewalttat, zum Beispiel Kratzer oder Blutergüsse gerichtsfest zu dokumentieren. Dies kann später entscheidend zur Aufklärung und Ahndung von Gewalthandlungen beitragen. Für diese ärztliche Untersuchung und Dokumentation kann zum Beispiel die Hausärztin oder der Hausarzt konsultiert werden.

Rechtsmedizinische Ambulanzen bieten unter anderem Informationen dazu an, wie im Einzelnen bei Gewalthandlungen vorgegangen werden sollte. Einen Überblick über die bundesweiten Rechtsmedizinischen Institute findet sich im Internet unter www.dgrm.de.

Gewalt erfahren – und damit umgehen

In Pflegesituationen kann es auch zu aggressivem oder gewalttätigem Verhalten von Pflegebedürftigen gegen Pflegenden kommen, zum Beispiel in Form von Beleidigungen, Drohungen aber auch Übergriffen wie Schlägen,

Bissen, Tritten oder An-den-Haaren-ziehen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und meist sehr individuell. So kann es bei älteren pflegebedürftigen Menschen einerseits krankheitsbedingt zu problematischem oder aggressivem

Verhalten kommen, aber auch die Nebenwirkungen bestimmter Medikamente können ursächlich sein.

Im familialen Umfeld bergen jedoch auch die zwischenmenschlichen Beziehungen mit den dazugehörigen Gefühlen und gemeinsamen Erfahrungen Potenzial für Konflikte und Aggressionen. Auch das Gefühl, zunehmend abhängig von der Hilfe und Unterstützung anderer Menschen zu sein, kann bei Pflegebedürftigen zu starker Frustration und Ablehnung führen. Daher passiert es nicht selten, dass es innerhalb langjähriger Pflegebeziehungen zu problematischen und mitunter auch aggressiven Situationen kommt. Solche Vorfälle sind für Pflegende vor dem Hintergrund ihres hohen Einsatzes für die pflegebedürftige Person oft äußerst verletzend.

Mit Übergriffen von pflegebedürftigen Personen umgehen

Zunächst gilt es, Übergriffe nicht persönlich zu nehmen. Denn in den wenigsten Fällen sind die Pflegenden selbst die Ursache für Aggression und Wut, sondern vielmehr Aspekte der Krankheit und der damit verbundenen Situation, beispielsweise die empfundene Abhängigkeit oder auch Schmerzen.

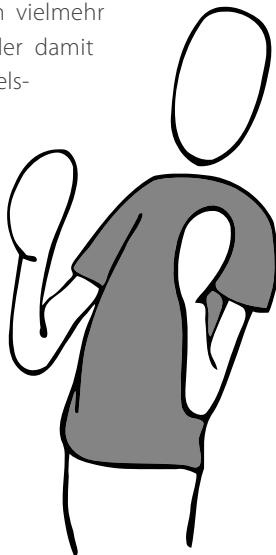
Eskalationen können in manchen Fällen verhindert werden, indem die aggressive Person von der Situation abgelenkt und die Aufmerksamkeit auf ein anderes Geschehen gerichtet wird.

Übergriffe sollten nicht persönlich genommen werden.

Jede Form von Zwang, etwa zum Essen oder Waschen, erhöht das Aggressionspotenzial – und ist zu vermeiden. Wie Pflege ohne Zwang, zum Beispiel bei Menschen mit Demenz, im Alltag gelingt, kann unter anderem in Kursen für pflegende Angehörige gelernt werden. Auch

Pflegefachkräfte ambulanter Dienste können hierzu kompetente Anleitung geben. Zusätzlich kann der Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen, zum Beispiel im Rahmen von Selbsthilfegruppen, weiterführen.

Des Weiteren ist es ratsam, den Ursachen für das problematische Verhalten nachzugehen. Hier können Ärztinnen und Ärzte Aufschluss darüber geben, ob es sich bei dem aggressiven Verhalten zum Beispiel um eine Medikamentennebenwirkung oder ein neuropsychiatrisches Symptom einer Erkrankung handeln könnte. Möglicherweise sind es auch Schmerzen, die zur Aggression der pflegebedürftigen Person führen. Zudem kann die Ärztin oder der Arzt in der Regel die Symptome lindern und nötigenfalls weitere Therapeutinnen und Therapeuten miteinbeziehen.



Erweist sich eine Pflegesituation jedoch als zu angespannt und belastend, ist – nach Möglichkeit mit der oder dem Pflegebedürftigen gemeinsam – zu überlegen, ob Pflegeaufgaben kurz- oder langfristig an andere Personen oder auch professionelle Dienste delegiert werden können.

PRAXISEXPERTINNEN UND -EXPERTEN IM GESPRÄCH

„Familiäre Pflege muss gelernt werden.“

Interview mit Anke Buhl, PflegeNotTelefon der AWO Schleswig-Holstein

ZQP: Wir glauben, dass viele Menschen zögern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil das Thema „Gewalt in Pflegebeziehungen“ immer noch stark mit Scham und Tabu besetzt ist. Die Pflege von nahen Angehörigen, insbesondere der Partnerin oder des Partners oder sogar der eigenen Eltern wird von den meisten Menschen als so selbstverständlich vorausgesetzt, dass das Eingeständnis der eigenen Überforderung und auch letztendlich die Inanspruchnahme von Hilfen extrem schwierig und oftmals gar keine echte Option sind. Wie ist Ihre Erfahrung? Wann wenden sich Menschen an Sie?

Ja, diese Erfahrung machen wir auch. Bei dem Eingeständnis „Ich brauche Hilfe bei der Pflege“ wird häufig befürchtet, dass die Partnerin oder der Partner oder der pflegebedürftige Elternteil vielleicht daran zweifeln könnte, dass die Pflege gern übernommen wird, dass die Unterstützung durch Dritte auch als Zurückweisung empfunden werden könnte. Viele der pflegenden Angehörigen übernehmen die Pflege mehr oder weniger freiwillig, und sie sind oft fest davon überzeugt, dass sie es schaffen werden. Wenn es dann doch schwieriger wird als gedacht, länger dauert als angenommen oder die körperliche und psychische Erschöpfung doch größer ist als vermutet, dann ist das Hilfenehmen ein großer und nicht immer leichter Schritt. Und es gibt tatsächlich nicht immer eine echte Option. Die nächtliche Betreuung

und Unterstützung, die sehr kräftezehrend sein kann, ist in der häuslichen Pflege immer noch ein Problem. An uns wenden sich die Menschen sowohl mit ganz konkreten Fragen nach Entlastungsangeboten, aber auch mit der Bitte um Gespräche, um verfahrenere Familiensituationen zu klären oder um sich zu beschweren, wenn die Pflege durch die Profis nicht so läuft wie sie es sich vorstellen. Sie rufen aus Verzweiflung an, weil sie nicht wissen, wie sie die Situation besser meistern können – Tür abschließen, um das Weglaufen zu verhindern? Medikamente geben, um eine Nacht mal wieder schlafen zu können? Eine Windel oder Vorlage benutzen, um nicht immer wieder das Bad sauber machen zu müssen? Zum Essen und Trinken zwingen, auch wenn der Appetit vielleicht nicht mehr da ist?

Seit Jahren bieten Sie telefonische Beratung für pflegebedürftige alte Menschen, ihre Angehörigen, rechtlichen Betreuenden, Bekannten, Nachbarinnen und Nachbarn, Pflegekräfte und andere in die Pflege involvierte Menschen in Notsituationen an. Wer wendet sich hauptsächlich an Sie und welche konkreten Themen stehen im Vordergrund?

An uns wenden sich hauptsächlich die pflegenden Angehörigen, überwiegend die pflegenden Töchter. In den letzten Jahren registrieren wir eine Zunahme von Gesprächen mit pflegenden Söhnen oder auch Enkelkindern.

Die pflegebedürftigen Menschen selber wenden sich nur selten an uns. Pflegekräfte schildern uns auch immer wieder ihre Arbeitssituationen, andere Personengruppen rufen seltener an, kommen aber regelmäßig zu unseren regionalen Veranstaltungsreihen. Im Rahmen dieser Veranstaltungen greifen wir die Themen auf, die wir aus der Erfahrung mit den Anrufen heraus als besonders bedeutsam eingestuft haben: „Das geschieht zu Ihrem eigenen Schutz? Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege“, „Bloß keine künstliche Lebensverlängerung – Vorsorgevollmachten in der Diskussion“, „Gleich nimm ich ihr die Klingel weg – Gewalt in der Pflege“, „Lieber tot als pflegebedürftig – Suizid im Alter“, um nur einige Themen zu nennen.

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

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

weitergehenden Ansätzen oder Lösungen zu suchen. Wir machen die Erfahrung, dass bei höchstens 20 Prozent der Anruferinnen und Anrufer eine weitergehende Maßnahme eingeleitet werden soll.

Es ist bekannt, dass Aspekte der Überforderung langfristig zu aggressiven bis hin zu gewalttätigen Situationen in Pflegebeziehungen führen können. Ist das auch Ihre Erfahrung? Wenden sich Menschen an Sie, die aufgrund ihrer persönlichen Überlastungssituation Grenzen überschreiten und daher Auswege suchen? Wenn das so ist, kann man sagen, welche Faktoren dann in den meisten Fällen das Fass zum Überlaufen bringen?

Ja, auch wir erleben, dass Pflegesituationen Menschen an ihre persönlichen Grenzen bringen. Allerdings nehmen wir deutliche Unterschiede in den Pflegebeziehungen wahr. Die

Pflege einer Ehepartnerin oder eines Ehepartners gestaltet sich anders als die Pflege eines Elternteils. Neben familiären Konflikten und Streitereien, die als zusätzliche Belastung empfunden werden – zum Beispiel die Frage: „Geht es noch zu Hause oder sollte Mutter nicht schon längst

in ein Heim?“ –, sind es häufig mangelnde, tatsächliche Unterstützungsleistungen durch andere Familienmitglieder, was eine tiefe Enttäuschung wachsen lässt, und damit das „allein gelassen sein“ nicht nur ein Gefühl von Überforderung ist, sondern tatsächliche Realität widerspiegelt. Die Pflegesituation wird innerfamiliär sehr häufig als „unfair und ungerecht aufgeteilt“ wahrgenommen. Wenn wir solche Äußerungen am Telefon

Letztendlich entscheiden doch die Anruferinnen oder Anrufer selber darüber, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden.

hören, sind wir immer hellwach, die Enttäuschung kann schnell zu Wut werden. Die Perspektive, dass die Situation aussichtslos ist, kann nach unserer Erfahrung ein Auslöser für den Versuch sein, die Lösung durch gewalttätiges Handeln herbeizuführen. Damit ist die gute Analyse der familiären Strukturen und Wirkmechanismen ein wichtiger Schlüssel für präventive Angebote.

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

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

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

Wir geben in der Regel keine Ratschläge, wir versuchen, gemeinsam die Situation zu verstehen und bieten in Kooperation mit

anderen Beratungsstellen – zum Beispiel der „AWO-Beratungsstelle für Pflege und Demenz“ oder dem „Kompetenzzentrum Demenz“ – auch Hausbesuche an, um die gesamte Situation besser erfassen zu können. Das Dilemma verstehen wir und verurteilen niemanden, der so eine Entscheidung getroffen hat. Aber die Anrufe machen deutlich, dass dies häufig keine wirkliche Lösung ist, und durch das Einschließen oder andere Maßnahmen auch viel Kummer und Sorgen entstehen können.

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

Ein frühzeitiger, offener und guter familiärer Austausch darüber, wie die Erwartungen in Pflegesituationen wechselseitig sind, kann helfen, falsche Vorstellungen schon vor Beginn einer (langjährigen) Pflege auszuräumen. Die Pflege älterer Familienangehöriger wird zukünftig immer stärker eine Entwicklungsaufgabe kommender Generationen werden. Diejenigen, die die Pflege übernehmen, müssen auf jeden Fall kontinuierlich geschult und auch im pflegerischen Alltag begleitet werden. Sie benötigen ausreichend Informationen über mögliche Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten und in schwierigen Pflegesituationen auch die Möglichkeit einer kurzfristigen Auszeit und eines Austauschs. Krisentelefone sollten rund um die Uhr erreichbar sein. Die familiäre Pflege muss gelernt werden.

Aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus: Welche Hilfen und Unterstützungen benötigen Ratsuchende am dringendsten?

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

Es kommt darauf an ... Auf jeden Fall Angebote, um die pflegerische Kompetenz zu steigern, damit die Menschen der Aufgabe überhaupt gewachsen sind. Darüber hinaus Ansprechpersonen, die sich in die Situation der Ratsuchenden hineinversetzen können, und je nach Bedarf Angebote der Krisenintervention, der konkreten Vermittlung zu Entlastungsangeboten, die Unterstützung bei Beschwerdeführung oder das kontinuierliche Gespräch anbieten können. Darüber

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

Frau Buhl, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Anke Buhl

- Diplom-Sozialpädagogin/-arbeiterin
- Referentin für Alten- und Pflegepolitik der AWO Schleswig-Holstein gGmbH
- Projektkoordinatorin der Beratungsstelle PflegeNotTelefon, c/o AWO Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
- Autorin verschiedener Fachbeiträge zum Versorgungs- und Pflegesystem



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

Interview mit Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Initiative gegen Gewalt im Alter
„Handeln statt Misshandeln“

ZQP: Sie setzen sich seit Jahrzehnten gegen Gewalt in der Pflege ein und sind sicher einer der gefragtesten Experten zu dem Thema. Woher kommt dieses unermüdliche Engagement? Gab es vielleicht ein Schlüsselerlebnis?

Gewalt hat meine Kindheit mitgeprägt. Es herrschte die „schwarze Pädagogik“. Ich habe nie verstanden, warum man ein Kind schlagen muss, damit es ein guter Mensch wird. Mit circa sechs Jahren (kurz vor Schuleintritt) habe ich am Münchner Hauptbahnhof erlebt, wie ein Gefangener, obwohl an den Händen gefesselt, den ihn begleitenden Polizisten entweichen wollte. Diese verfolgten ihn über die Gleise. Als sie ihn erreichten, verprügelten sie ihn auf barbarische Weise. Meine Eltern sahen das gar nicht. Diese Situation hat mich entsetzt. Ich habe das aber in mich gefressen. Das wollte ich ändern. Gewaltanwendung als Lösung war und ist für mich unakzeptabel, auch wenn ich manche Fantasien dazu auch habe. Auch gefesselte alte Menschen blicken einen oft auf eine Art und Weise an, dass man diese Prozedur nur barbarisch nennen, aber auf keinen Fall als „pflegerleichternd“ oder „therapeutisch“ akzeptieren kann.

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

Haben sich die konkreten Themen und Herausforderungen in den vergangenen Jahren verändert – beispielsweise durch eine Zunahme von demenziell erkrankten Menschen –, und wie erklären Sie sich diese Entwicklung?

Verändert hat sich viel zum Positiven, auch wenn mir das zu langsam geht. Die Institutionen sind zwar nicht mehr ganz so „total“, wie Goffman sie beschrieben hat, doch bleibt eine Art Totalität, die mir zu schaffen macht. Natürlich hat sich die Heimsituation völlig verändert. Es kommen mehr Menschen mit Demenz und Hochaltrige in Einrichtungen. Nicht Schritt gehalten haben die hierfür erforderlichen personellen, strukturellen und ökonomischen Mittel. In der „Schwärze“ der Einrichtungen gibt es allerdings zunehmend mehr bunte Flecken. Doch das grundsätzliche Umdenken hat sich noch lange nicht etabliert. Zu viele Interessen unterschiedlicher Verantwortlicher lassen sich mit einem würdevollen Menschen-

Ein grundsätzliches Umdenken hat sich noch lange nicht etabliert.

bild nicht vereinbaren. Viele Altenpflegeheime verkommen derzeit immer mehr zu Siecheneinrichtungen. Entscheidend ist für die Träger gleich welcher Richtung meist Profit. Immer weniger Personal, weniger Fachkenntnis, Arbeitsmittelverringerung und so weiter. Nur die Rede davon, dass die Pflege nicht bezahlbar sei, fördert einen destruktiven Teufelskreis, der ohne klare strukturelle

Veränderungen nicht gestoppt werden kann. Die Politik allein dafür verantwortlich zu machen, ist unzureichend.

Da der größte Teil der Menschen mit Demenz zu Hause gepflegt wird, kann sich beim Thema Gewalt nicht nur auf Institutionen bezogen werden. Zu Hause kann es die größte Liebe und Zuneigung geben, aber auch die schlimmste Ausuferung von Gewalt. Hierfür gibt es derzeit zu wenig Unterstützung für Angehörige und ambulante Pflegedienste.

Die wirklichen Themen und Herausforderungen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Allerdings: In Heime kommen verstärkt die schwierigsten und komplexionsreichsten Menschen. Man kann fast von einem Getto sprechen. Auch die Unterstützung des Pflegepersonals, ihre Arbeit professionell und adäquat durchführen zu können, ist immer noch erheblich defizitär (Deeskalationstraining, Supervision, Arbeitsmittel, Dienstplan, Bezugspflege etc.). Die Ausbildungen haben sich verbessert, die Möglichkeiten, diese Erkenntnisse in die tägliche Arbeit einbringen zu können, eher verschlechtert. Langsam beginnt zumindest bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen ein Umdenken, leider nicht durch die Pflege, sondern durch die Justiz („Werdenfelser Weg“) initiiert. Verändert hat sich auch das Verhalten vieler Pflegekräfte, die die Pflege mit dem alten Menschen durchführen und ihre Arbeit nicht mehr ausschließlich pragmatisch und routinemäßig durchführen. Auch Heimleiterinnen und Heimleiter sind vermehrt daran interessiert, ein positives

Milieu in ihrer Einrichtung zu entwickeln und gemeindenah zu arbeiten.

Das Thema Gewalt in der Pflege ist facettenreich und vielschichtig. Welche konkreten Themen oder Probleme beschäftigen Sie heute vornehmlich bei Ihrer Arbeit?

Der Umgang mit dem Betreuungsrecht: Es wird zu häufig eingerichtet, Angehörige zum Teil zu wenig einbezogen und Kontrolle besteht hierfür kaum. Als Konsequenz fühlt sich die oder der Betreute entmündigt. Es

wird nicht oft genug klargestellt, dass eine Betreuung für den betroffenen Menschen eingerichtet werden soll, und nicht über oder gegen ihn.

Ein weiteres Thema sind die mangelnden Fortbildungen für Pflegekräfte in den Berei-

chen Supervision, Balint-Gruppe, ethisches Konsil, Runder Tisch, konfliktbezogene Fallbesprechung mit allen Beteiligten, Umgang mit herausforderndem Verhalten – um nur einige zu nennen.

Auch muss zu dem Thema mehr Öffentlichkeitsarbeit in Gremien, Medien und auf Kongressen geleistet werden.

Zudem stellen sich folgende Fragen: Wie kommt es, dass Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter verrohen, gewalttätig werden und dies als notwendig empfinden; wieso werden Missstände in Institutionen immer wieder geleugnet und als Einzelfälle betrachtet und nicht als unakzeptabel verurteilt?

Und nicht zuletzt ein ganz anderer Aspekt, mit dem ich mich in meiner Arbeit beschäf-

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

tige – wie kann man bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Sinn für Humor fördern, um in kritischen Situationen eine humorvolle Lösung zu finden?

Was genau sind die Ziele und Aufgaben des Vereins „Handeln statt Misshandeln“ (HsM)? Wie ist der Verein organisiert und finanziert?

Grundlegende Anliegen von HsM sind Altersdiskriminierung, wo immer sie auftritt, aktiv zu bekämpfen und die gewaltfördernden Mängel der strukturellen Rahmenbedingungen in der Altenpflege, Gerontopsychiatrie und Geriatrie zu thematisieren und zu analysieren. Dies jedoch, ohne dabei zu skandalisieren, sondern vielmehr die Öffentlichkeit zu sensibilisieren. Die Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ist hierbei handlungsleitend, und wir bemühen uns auch, diese zu verbreiten und ihr zu mehr Geltung zu verhelfen. In unserer praktischen Arbeit versuchen wir, präventiv tätig zu werden, indem wir unter anderem Angehörige und alle an der Pflege Beteiligten unterstützen, relevante regionale Einrichtungen und Stellen vernetzen und insgesamt versuchen, eine Anlaufstelle für alte Menschen und deren Angehörige in kritischen Situationen zu sein, die zu Gewalt führen können oder in denen Gewalthandlungen schon stattgefunden haben.

Die Ergebnisse fließen dabei in einen gesellschaftspolitischen Forderungskatalog ein, dessen konkrete Zielsetzung es ist, den Lebensraum älterer und hilfsbedürftiger Menschen lebenswerter und gewaltfreier zu gestalten.

Welche Hilfsmöglichkeiten und welchen Handlungsspielraum haben Sie beziehungsweise Ihr Verein, wenn Ihnen problematische, gar gewalttätige Situationen zugetragen werden?

Da nur ehrenamtlich und in der Altenarbeit erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen – zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Alten- und Krankenpflegende, Juristinnen und Juristen – diese Tätigkeiten ausüben, sind die personellen Ressourcen eingeschränkt. Beim Telefonat wird geklärt, worum es sich handelt und wer involviert ist. Wir motivieren dann, zu einem Besuch (in der Beratungsstelle oder vor Ort) zu kommen, um weitere Schritte besprechen zu können. Ziel ist es, lösungsorientiert zu arbeiten und nicht die Schuldfrage

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

in den Fokus zu stellen – das ist meist der falsche Ansatz. Auf der anderen Seite ist unser Aktionsradius auf die Regionen Bonn, Rhein-Sieg-Kreis und Köln begrenzt. Nur dort können wir adäquat handeln. Manchmal sind auch Gespräche mit Richterinnen und Richtern oder Ärztinnen und Ärzten sinnvoll. Denn diese sind oft bereit, zur Deeskalation beizutragen, wenn Sie unser Anliegen und unsere Tätigkeit kennen. Kleine Schritte sind oft Erfolg versprechender als „große Entwürfe“, und unsere Erfahrung ist, dass sich kaum einer der Beteiligten dem Verbesserungsprozess verweigert. Manche Angehörige wollen auch nur eine telefonische Beratung (z. B. über Betreuungsrecht oder um Adressen lokaler Einrichtungen zu erhalten). Anfragen aus anderen Teilen Deutschlands versuchen wir entweder an entsprechende Krisentelefone weiterzureichen oder auf örtliche Unterstützungsangebote hinzuweisen

(z. B. Alzheimer-Gesellschaft, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsamt, Betreuungsbehörde, Weisser Ring, Seelsorge, Heimaufsicht, MDK). Wichtig ist zudem noch, darauf hinzuweisen, dass wir den Datenschutz im Interesse der Betroffenen immer versuchen zu beachten.

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

Zunächst hören wir zu, ohne gleich Ratschläge zu erteilen. Wir motivieren, mit den Pflegekräften zu sprechen, der Heim- und Pflegedienstleitung. Dabei sollte weniger angesprochen werden, wer recht hat oder schuld ist, sondern wie diese Situation behoben werden kann. In einigen Fällen konnten wir mit dem Heim ein gemeinsames Gespräch vereinbaren und im Rahmen einer Mediation vermittelnd tätig sein – meist mit Erfolg. Wichtig für uns ist, den Einzelfall vor Augen zu haben und eine Vorverurteilung grundsätzlich zu vermeiden. Gerade die „kleinen Grausam-

keiten“ sind leider sowohl seitens der Institutionen aber auch durch manche Angehörige fast an der Tagesordnung und bedürfen eines Sinneswandels der Einrichtung oder Person. Hierzu bieten wir dem Heim auch Unterstützung an. Manche oder mancher Angehörige ist selbst so verunsichert oder macht sich Vorwürfe, die er dem Pflegepersonal aufhalst, dass wir ihr oder ihm ein psychoedukatives Gespräch anbieten oder dazu raten, eine Psychotherapie zu machen. Bei allen Handlungen ist der Selbstschutz zu beachten. Keine Misshandlung – sei sie auch noch so gering

– sollte toleriert und mit Personalmangel entschuldigt werden. Manchmal verweisen wir auf unsere Prospekte oder die von uns kontinuierlich angebotenen Fortbildungen, die für alle am Pflegeverhältnis Beteiligten gedacht sind.

Menschen, für die eine rechtliche Betreuung besteht, sind besonders gefährdet, Opfer von gewalttätigem Handeln (z. B. finanzieller Ausnutzung) zu werden. Wie können sich diese Menschen angemessen schützen beziehungsweise geschützt werden? Und wie sollte man vorgehen, wenn man den Eindruck hat, dass eine Betreuung missbräuchlich erfolgt?

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

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

noch nicht weit verbreitet. Ist ein rechtlicher Berufsbetreuer oder eine Berufsbetreuerin tätig, bleibt des Öfteren die Familie bei Handlungen ausgeschlossen. Manchmal besteht auch eine „unheilige Allianz“ zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt, Richterin oder Richter, Pflegeheim und Betreuerin beziehungsweise Betreuer. Diese zu lösen, gelingt kaum. Ein medizinisches Gutachten hilft hier selten. Betreute können so leicht Opfer krimineller oder problematischer Situationen werden. Es herrscht eine Vielzahl an Möglichkeiten, das Betreuungsrecht zu missbrauchen. Das

bedeutet für uns auch, dass jede Situation nur individuell angegangen werden kann. Häufig geht es hier um Geld, insbesondere, wenn Angehörige streiten. Da ist es oft sehr schwer, helfen zu können. Da unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Juristinnen und Juristen sind, können wir nur mit diesen zusammen Entlastung schaffen. Unser Interesse ist, alle „Parteien“ zu hören, um dann einen Lösungsweg zu finden. Vielfältige Schicksale hängen daran. Beteiligte sind oftmals verzweifelt und

hadern mit dem Rechtsstaat. Wir versuchen, auf menschliche und liebevolle Weise mit den Betroffenen und auch den vermeintlichen „Tätern“ umzugehen, und suchen das Gespräch. Zudem versuchen wir, von zu vielen Anschreiben abzuraten – beispielsweise haben Schreiben an das Gericht meist eher eine negative Wirkung. Wir sprechen auch oft mit der Betreuungsbehörde, um gemeinsam einen gangbaren Weg zu finden und einzuschlagen. Wichtig ist, mit den hilfesuchenden Personen entlastende Gespräche zu führen. Wir ermutigen die Menschen, an der Situation nicht zu verzweifeln, sondern vielmehr „kleine Lücken“ (z. B. Absprachen mit dem Pflegepersonal) zu identifizieren, die die Möglichkeit bieten, die Situation im Interesse der oder des Betreuten zu verbessern.

Abschließend die Frage: Welche Hilfen und Unterstützungen benötigen Ratsuchende – aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus – am dringendsten?

Ratsuchende erbitten in einer Notsituation Hilfe. Der Erstkontakt ist wichtig und dient zunächst dem Aufbau einer vertrauensvollen

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

Fall eine Altenpflegerin beziehungsweise einen Altenpfleger und eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter beschäftigen und unabhängig sein. Dies ist eine kommunale Aufgabe, die bereits für alle anderen Alters- oder Problemgruppen angeboten werden, nicht aber für alte Menschen und deren Angehörigen. Eine „Notruf-Nummer“ sollte so plakatiert sein (Bus/Straßenbahn/Zeitung), dass sie für jeden Hilfesuchenden sichtbar ist. Ärztinnen und Ärzten kommt hierbei eine besondere Aufgabe zu. Sie sollten solche Hilfen auch vermitteln und über regionale Einrichtungen ausreichend Bescheid wissen und vernetzt sein. Auch Selbsthilfegruppen können unterstützend sehr hilfreich sein (wie z. B. die Alzheimer-Gesellschaft). Sie sollten jeder und jedem Angehörigen dringendst empfohlen und nicht nur als mögliche Option angesprochen werden. Ratsuchende sind aber nicht nur Menschen mit Demenz oder deren Angehörige, sondern auch alte Menschen ohne kognitive Störung, die sich in einer Krisensituation befinden. Hierfür gibt es derzeit fast keine Anlaufstellen.

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

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

Herr Professor Hirsch, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch

- Psychiater und Psychologe mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- Begründer der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter „Handeln statt Misshandeln“
- Regelmäßige Vorträge und Fortbildungen zum Thema Gewalt im Kontext Pflege und besonders in der häuslichen Versorgung
- Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse (2009)



Professionelle Pflege – Gewalt vorbeugen, richtig handeln

In der Rubrik „Professionelle Pflege“ finden sich Informationen zu Aufgaben und Verantwortung professioneller Pflegekräfte mit Blick auf das Thema Aggression und Gewalt. Darüber hinaus enthält dieser Teil praktische Handlungsempfehlungen für den Umgang mit problematischen Situationen. Zudem werden Vorschläge für Führungskräfte aufgezeigt, dem Thema in ihrer Einrichtung beziehungsweise in ihrem Dienst zu begegnen.

Expertinnen aus Pflegeeinrichtungen und -diensten berichten in Interviews darüber, wie sie in ihren Organisationen mit problematischen Situationen verfahren und Gewaltpotenziale reduzieren.

PFLEGEPRAXIS: EMPFEHLUNGEN

Professionelle Pflege – Gewalt vorbeugen, richtig handeln

Wie bei der familialen Pflege spielen auch in professionellen Pflegebeziehungen problematische Situationen bis hin zu Aggression und Gewalt eine Rolle.

Zu den oftmals genannten Belastungsfaktoren, die zu problematischem Verhalten von Pflegekräften führen können, zählen unter anderem ein hoher Zeit- und Leistungsdruck sowie besondere psychische Belastungen aufgrund von herausforderndem Verhalten von insbesondere demenziell erkrankten Pflegebedürftigen. Aber auch gewalttätige Übergriffe von pflegebedürftigen Menschen auf Pflegende sind keine Seltenheit. Ursächlich hierfür können unter anderem krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen oder auch bestimmte Medikamentennebenwirkungen sein. Obwohl die Diskussion über die Handlungsfelder und Herausforderungen in der Altenpflege schon seit geraumer Zeit geführt wird und das Thema Aggression und Gewalt in der Öffentlichkeit zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnt, scheint der offene Umgang damit in Pflegeeinrichtungen und -diensten noch wenig verbreitet zu sein.

Dies könnte auf Angst vor Konsequenzen beim Aufdecken von Fehlern und Unsicherheit im Umgang mit problematischen Situationen zurückgehen.

Expertinnen und Experten sprechen in diesem Zusammenhang auch davon, dass Institutionen dazu tendieren, eine sogenannte Binnenmoral zu entwickeln. In der Pflegepraxis würde sich in manchen Einrichtungen eine eigene „Pflegephilosophie“ herausbilden, die festlege, was ethisch akzeptabel und nicht akzeptabel ist – mit der dazugehörigen Grauzone. Auch dies kann dazu führen, dass über problematische und gewalttätige Situationen geschwiegen wird oder diese wohlmöglichst sogar schweigend toleriert werden.

Eine Voraussetzung, um Gewalt in der Pflege zu verhindern, besteht darin, das Thema zu enttabuisieren. Dafür bedarf es eines offenen und sachlichen Umgangs damit. Es gilt, zu verstehen und zu unterstützen, anstatt vorschnell zu stigmatisieren.

Im Folgenden finden sich Informationen und Handlungsempfehlungen zum Thema Gewalt in der professionellen ambulanten sowie stationären Pflege.

Aufgabe und Verantwortung kennen

Professionellen Pflegekräften kommt bei der Prävention und im Umgang mit Gewalt eine besondere Verantwortung zu: So sind sie oft enge oder sogar die einzigen nahen Kontakt- und Vertrauenspersonen von pflegebedürftigen Menschen. Diese besondere Nähe führt unter anderem dazu, dass Pflegenden tiefen Einblick in familiäre oder professionelle Pflegebeziehungen erhalten. Demzufolge sind sie in einigen Fällen möglicherweise die einzigen Personen, die körperliche Anzeichen von Gewalt gegen Pflegebedürftige beobachten.

Sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher Sicht haben professionelle Pflegekräfte die Aufgabe, ihre Arbeit zum Wohl der Pflegebedürftigen auszuführen, sie vor Schäden zu schützen, und nötigenfalls für ihre Bedürfnisse, Interessen und Rechte einzustehen.

Aufgrund der sogenannten Garantenpflicht ist das Pflegepersonal dazu verpflichtet zu verhindern, dass einer pflegebedürftigen Person durch unterlassene Hilfeleistung Schaden zugefügt wird. Pflegekräfte würden ihre Garantenpflicht verletzen und sich möglicherweise sogar strafbar machen, wenn sie trotz der Wahrnehmung von Misshandlung und Vernachlässigung der zu pflegenden Person nichts unternehmen.

Denn grundsätzlich macht sich strafbar, wer eine strafbare Handlung aktiv begeht, wer etwas unterlässt, wozu eine gesetzliche Verpflichtung besteht, oder wer eine Straftat

nicht verhindert, die aufgrund der (beruflichen) Position nicht hätte zugelassen werden dürfen (Garantenpflicht). So enthalten auch Verträge von Pflegekräften Garantenstellungen und verpflichten diese damit dazu, Gefahren für Leib, Leben und Freiheit der pflegebedürftigen Menschen mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten abzuwenden.

Für die Praxis bedeutet dies, dass im Falle einer Beobachtung von problematischen Situationen mit Aggressions- und Gewaltpotenzial eine geeignete professionelle Beratung für die pflegebedürftige und die pflegende Person einzuleiten ist. Des Weiteren sollten unverzüglich die Vorgesetzten, in der Regel die Pflegedienstleitung

oder Heimleitung, gegebenenfalls Angehörige sowie die gesetzliche Betreuerin oder der gesetzliche Betreuer der pflegebedürftigen Person, informiert werden. Zudem ist es von besonderer Bedeutung, jegliche Anzeichen von Gewaltanwendungen (z. B. Kratzer, Blutergüsse) zu dokumentieren und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt sowie bei schwereren Verletzungen den Rettungsdienst zu verständigen. Auch Anzeichen psychischer Gewaltanwendung sollte unbedingt nachgegangen werden.

In schwerwiegenden Fällen und wenn der Verdacht auf Gewaltanwendungen besteht, sollte die Polizei verständigt werden.

Pflegekräfte sind dazu verpflichtet, Gefahren für Leib, Leben und Freiheit der Pflegebedürftigen mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten abzuwenden.

Problematische Pflegesituationen und Gewalt erkennen

Zu den Aufgaben professionell Pflegenden gehört es, problematische Pflegesituationen sowie Anzeichen von Gewalt zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren.

Allerdings sind Gewaltnwendungen auch für Pflegefachkräfte nicht immer eindeutig festzustellen. Kann die pflegebedürftige Person sich selbst nicht oder nur unklar zu möglichen gewalttätigen Vorfällen äußern oder schweigt sie aus Scham oder Angst, ist die Pflegekraft meist auf ihre eigenen Beobachtungen und Eindrücke angewiesen. Dabei erfordert es eine Menge Wissen und Erfahrungen, Symptome von Gewaltnwendung zu deuten. So können zum Beispiel Hautunterblutungen auch Folge von Gesundheitsproblemen sein oder Prellungen auf natürliche Stürze zurückgehen.

Die Sorge, eine Situation falsch zu beurteilen, jemandem Unrecht zu tun oder mit den Beobachtungen nicht angemessen umzugehen, kann so zum Verschweigen wichtiger Beobachtungen führen.

Um mehr Sicherheit beim Erkennen hochproblematischer und gewalttätiger Pflegesituationen zu erlangen, ist es wichtig:

I. Risikofaktoren für problematische Pflegesituationen zu kennen,

II. problematische und gewalttätige Pflegesituationen als solche einzuordnen und

III. mögliche Symptome von Gewaltnwendungen wahrzunehmen.

Im Folgenden finden sich ausgewählte Risikofaktoren, Beispiele von problematischen Situationen sowie mögliche Symptome von Gewaltnwendungen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass insbesondere die möglichen Symptome von Gewaltnwendungen lediglich als Hinweise gelten können und keine sicheren Indikatoren darstellen!

I. Risikofaktoren für problematische Pflegesituationen

- starkes gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson
- hohes Belastungsempfinden bei der Pflegeperson
- Überforderung mit der Pflegeaufgabe, auch Unerfahrenheit in der Pflege
- demenzielle Erkrankung bei der pflegebedürftigen Person
- schlechter Gesundheitszustand und Einschränkung der Mobilität bei der pflegebedürftigen Person
- Suchterkrankung der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson
- soziale Isolation der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson
- bestehende familiäre oder partnerschaftliche Konflikte
- enges Zusammenleben mit der Pflegekraft, beengte Wohnverhältnisse
- persönliche Gewalterfahrungen der Pflegeperson

II. Beispiele für problematische und gewalttätige Pflegesituationen

Umgangsformen

- unaufgefordertes Duzen im Kontext professioneller Beziehungen
- Verwendung von Schimpfwörtern
- Unterhaltung mit Dritten über den Kopf der pflegebedürftigen Person hinweg
- Rügen (z. B. „Haben Sie sich schon wieder vollgemacht?“)
- abfällige Äußerungen (z. B. „Herr X hat alles vollgekleckert.“)
- Verweigern von Hörgeräten oder des Putzens der Brille
- übermäßiges Lüften, Zugluft herstellen oder Belassen schlechter Gerüche
- Entwenden der Klingel
- Betreten des Zimmers, ohne anzuklopfen
- verkindlichende Ansprache, verkindlichende Beschäftigungsangebote

Mobilität

- Anwendung von Bauchgurten, Hand- und Fußgurten,
- Anwendung eines sogenannten Seniorensessels (Sessel mit indirekter Fixierung durch angebrachten Tisch)
- Anwendung eines sogenannten Strampelsacks
- Einschränkung des Bewegungsspielraums (z. B. Rollstuhl zu eng an den Tisch schieben)
- unangemessene Unterstützung der Bewegungen (z. B. zu grob, ruckartig, zu schnell)

- Lagerung gegen den Willen der pflegebedürftigen Person
- Mobilisation gegen den Willen der pflegebedürftigen Person
- Verabreichung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln ohne ärztliche Anordnung

Körperpflege

- nächtliches Waschen aus organisatorischen Gründen
- Zwang zur Körperpflege, Vollbad, Dusche oder Haarwäsche
- unzureichendes oder übertriebenes Abtrocknen
- Haare schneiden gegen den Willen
- ungewolltes Fingernägel schneiden, ungewolltes Rasieren beziehungsweise Belassen eines Bartes
- ungewollte Anwendung von Pflegemitteln
- Organisation einer „Waschstraße“ (mehrere Personen werden gleichzeitig im Bad gewaschen)
- Verwendung zu hoher oder zu niedriger Wassertemperatur
- unzureichende oder übermäßige Mundpflege
- Vorenthaltung der Zahnprothese
- Waschungen ohne Sichtschutz oder bei offener Tür

Essen und Trinken

- Vorenthaltung von Ess- beziehungsweise Trinkhilfen
- Anwendung von Lätzchen oder Plastikgeschirr

- zu hastiges Anreichen von Essen oder Trinken
- nicht ausreichende Nahrung oder Flüssigkeit
- unerreichbare Platzierung des Essens beziehungsweise des Trinkens
- Verabreichung des Essens auf dem Nachtstuhl
- routinemäßige Verabreichung passierter Kost

Ausscheidung

- pflegebedürftige Personen zur Verwendung von Inkontinenzhosen zwingen, um Begleitung bei Toilettengängen zu vermeiden
- Anbringen eines Dauerkatheters oder Urinkondoms ohne medizinische Indikation
- zu spätes Reagieren auf Urindrang der pflegebedürftigen Person; keine Begleitung zu Toilettengängen
- Einrichtung von „Abfuhrtagen“

Bekleidung

- ungewolltes Anziehen bestimmter Kleidungsstücke (z. B. Jogginganzüge, Morgenmäntel)
- permanente Bekleidung mit Nachthemden, auch tagsüber
- zu kühle oder zu warme Bekleidung
- Verwendung schmutziger Kleidung
- Weiterverwendung ohne Absprachen der Kleider von Verstorbenen für andere Pflegebedürftige
- Verweigern von Miederwäsche

III. Mögliche Symptome von Gewaltanwendungen

Warnsignale im Verhalten

- Die pflegebedürftige Person wirkt scheu, verängstigt, zurückgezogen oder aggressiv. Auch Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, wahrnehmbare Scham- und Schuldgefühle, Apathie, Sprachlosigkeit oder Übererregtheit können Hinweise auf Gewaltanwendungen sein.
- Erklärungen zu den vorhandenen Verletzungen sind widersprüchlich. Gezielte Fragen lösen extreme Abwehrreaktionen bei der Pflegeperson aus. Sie wirkt im Kontakt mit der pflegebedürftigen Person gleichgültig oder übermäßig angespannt.
- Speziell bei familialer Pflege: Die medizinische Behandlung wird häufig bei unterschiedlichen Einrichtungen in Anspruch genommen. Zwischen Verletzungszeitpunkt und Behandlung vergeht eine unverhältnismäßig lange Zeitspanne. Die Pflegeperson zeigt überfürsorgliches oder überkontrollierendes Verhalten.

Auch bestimmte Verletzungen und körperliche Symptome können Hinweise auf Misshandlungen sein, stellen jedoch keinen sicheren Beweis dar. Daher sollte, sofern möglich, in jedem Fall abgeklärt werden, woher diese Verletzungen stammen.

Körperliche Symptome

- Druckgeschwüre
- Verletzungen in mehreren Körperregionen und in unterschiedlichen Heilungsstadien
- Dehydratation

- Unter- oder Mangelernährung
- mangelnde Hygiene
- Kratzer und Hautabschürfungen
- Einrisse der Ohrläppchen
- Griffspuren an Armen und Handrücken
- Fesselspuren an Hand- und Fußgelenken
- Abdrücke auf der Haut von Seilen, Stöcken, Schnallen, Gürteln
- Stauungsblutungen in Augenbindehäuten
- Trommelfelleinriss
- Hitzeschädigungen durch Verbrühungen, Zigarettenglut
- Haarausrisse
- Bissverletzungen
- Knochenbrüche, besonders Kieferknochen, Jochbein, Nasenbein, Rippen
- Zahnverlust
- Platz- und Schnittwunden

Problematischen Pflegesituationen in der Familie begegnen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten sind in der Privatsphäre pflegebedürftiger Menschen tätig und mit verschiedenartigen Beziehungskonstellationen in den Pflegehaushalten konfrontiert. Damit geht einher, dass sie auch auf Pflegebeziehungen treffen, in denen Aggression, Vernachlässigung oder sogar körperliche Gewalt vorkommen.

Werden Pflegenden Zeuginnen oder Zeugen problematischer Verhaltensweisen, so gilt es, zu handeln beziehungsweise Hilfe durch Dritte zu veranlassen, um die Situation zu verbessern. Pflegedienste

sind dazu verpflichtet, die Pflegeversicherungen im Einzelfall auf eine mangelnde Versorgung von Pflegebedürftigen hinzuweisen. Im Rahmen des Pflegeauftrags sind die Zusammenarbeit von Pflegedienst und Pflegeversicherung sowie das Sorgetragen für das Wohl der oder des Pflegebedürftigen

ausdrücklich Aufgabe und Pflicht der an der Pflege Beteiligten.

Pflegekräfte müssen der Pflegedienstleitung sowohl Gewaltverdachte als auch konkrete Gewaltbeobachtungen melden. Erwägt die Pflegedienstleitung hier das Einschalten von externen Hilfen, so ergibt sich die Situation einer Abwägung zwischen der Garantienpflicht und der Schweigepflicht. Entscheidungen sollten mit Blick auf die Bedeutung dieser Rechtsgüter und mögliche juristische Konsequenzen immer umfassend und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Gewaltvorfälle und daraus resultierende Entscheidungen sollten immer mit Blick auf juristische Untersuchungen dokumentiert werden.

Die von Pflegefachkräften einzuleitenden Maßnahmen richten sich immer nach dem Handlungsdruck, das heißt vor allem dem gesundheitlichen Risiko für die pflegebedürftige Person beziehungsweise der Tragbarkeit der bestehenden Pflegekonstellation:

- Bei problematischen Pflegebeziehungen oder Situationen mit hohem Aggressions- und Gewaltrisiko sollte eine zeitnahe Beratung der pflegebedürftigen und der pflegenden Person über Entlastungsmöglichkeiten und eine mögliche Erweiterung der Unterstützung bei der Pflege erfolgen.
- Falls kein unmittelbares Einschreiten in die Situation erforderlich erscheint, sollte dennoch zeitnah ein lösungsorientiertes Gespräch mit der Pflegedienstleitung und im Kollegenkreis stattfinden (z. B. eine „kollegiale Beratung“).²
- Gesprächs- oder Hilfeangebote werden nicht selten zunächst abgelehnt, der Zugang zu den Beteiligten sollte aber immer wieder gesucht werden.³

Unmittelbares Einschreiten ist zum Beispiel erforderlich, wenn an der pflegebedürftigen Person gerüttelt, sie angeschrien oder ihr das Essen gewaltsam eingegeben wird:

- Zunächst gilt es, die eigene Aufregung zu kontrollieren, um durch ein ruhiges Auftreten eine deeskalierende Kommunikation zu ermöglichen.
- Die Pflegeperson sollte für ein Gespräch aus dem Raum und zu einem gemeinsamen Sitzplatz gebeten werden.
- Der eigene Eindruck und die eigenen Beobachtungen sollten zunächst sachlich geschildert werden. Warum-Fragen sind hierbei meist nicht hilfreich.

- Auch der Pflegeperson sollte die Möglichkeit gegeben werden, die eigene Sichtweise zu schildern.
- Konkrete Vorschläge zu Entlastungs- und Hilfemöglichkeiten sollten vorgestellt und gemeinsam besprochen werden.
- Letztendlich ist es wichtig, konkrete Verabredungen zu treffen.

Werden professionelle Pflegekräfte Zeuginnen oder Zeugen von Misshandlung, Vernachlässigung oder Gewalt, die eine akute Gefährdung der pflegebedürftigen Person darstellen, so ist eine schnelle, adäquate Reaktion gefordert.

Hier gilt es, alle Möglichkeiten zu ergreifen, um die pflegebedürftige Person zu schützen, ohne sich selbst in Gefahr zu bringen. Falls möglich, sollte Hilfe durch andere Personen, beispielsweise Kolleginnen oder Kollegen, hinzugezogen werden. Dazu muss gegebenenfalls die Zentrale des Pflegedienstes kontaktiert werden. Bei allen festgestellten körperlichen Verletzungen ist ärztliche Hilfe einzuholen, auch wenn keine Behandlung notwendig scheint. Handelt es sich um schwerwiegende oder wiederkehrende Fälle, so ist die Polizei zu informieren.

Besteht eine rechtliche Betreuung, so ist die Betreuerin oder der Betreuer, die Betreuungsbehörde oder das Betreuungsgericht zu informieren und gegebenenfalls Angehörige, die die Pflege nötigenfalls vorübergehend übernehmen können.

² Nach einem festgelegten Verfahren wird im Team gemeinsam nach Lösungen für ein konkretes Problem gesucht. Einen praktischen Leitfadens hierfür bietet die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.

³ Mehr Informationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste finden sich in den Schulungsmaterialien des Projekts „Sicher leben im Alter“ (SiliA). Siehe auch Seite 97 im Serviceteil.

Mit Gewaltsituationen umgehen – für Sicherheit sorgen

Kritische Situationen in der Pflege sind nicht immer vermeidbar – besonders in der Arbeit mit Menschen, die schwere psychiatrische Erkrankungen aufweisen.

Professionelle Pflegekräfte haben dann die Aufgabe, akut für ihre eigene Sicherheit und die der beteiligten Personen zu sorgen. Dazu gehört es, bei Anzeichen von Aggressivität oder Gewaltbereitschaft einer Person, immer eine Kollegin oder einen Kollegen hinzuzuziehen – allerdings sollte vermieden werden, der aggressiven Person mit mehreren Kolleginnen oder Kollegen gleichzeitig gegenüberzutreten. Der persönliche Kontakt mit der betreffenden Person sollte idealerweise über die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter erfolgen, der in der Situation am ehesten Akzeptanz und Vertrauen durch die aggressive Person erfährt.

Wichtig ist es, im Fall drohender körperlicher Übergriffe darauf zu achten, Verletzungsrisiken zu minimieren, indem mit ruhigen Bewegungen möglichst alles, was zum Schlagen oder Werfen eingesetzt werden könnte, außer Reichweite gebracht wird. Droht eine Situation zu eskalieren, sollten Unbeteiligte (z. B. Besucherinnen und Besucher) aus dem Zimmer gebeten werden. Kündigen sich eigene starke Wutgefühle an und geht der professionelle Abstand zu einer Situation verloren geht, ist es das Beste, die Situation zu verlassen.

Einige Verhaltensweisen können dazu beitragen, Eskalationen abzuschwächen oder sogar zu vermeiden. Andererseits können unachtsame und unbedachte Reaktionen in Krisensituationen zu einer Verschärfung führen.

Deeskalierende Verhaltensweisen

- Begegnung der hochangespannten Person mit Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie
- persönliche Ansprachen mit Namen in ruhiger Lautstärke
- Vermeidung jeder Art von Drohgebärden, körperlichen und verbalen Angriffen wie auch Sarkasmus und Ironie
- Vermeidung von Appellen, wie der Aufforderung, die Person möge sich beruhigen oder sich hinsetzen
- nicht auf Diskussionen einlassen
- nicht auf das eigene Recht beharren
- Verwendung von wertfreien Begriffen, beispielsweise „Sie wirken sehr aufgeregt/angespannt/unruhig/ärgerlich“ anstatt „Sie sind aggressiv/beleidigend/unkontrolliert“
- Ablenkung der aggressiven Situation durch das Umlenken der Aufmerksamkeit auf ein anderes Geschehen, wie etwa einen Vogel am Fenster oder etwas zu essen
- weitestgehende Reduktion der eigenen körperlichen Anspannung durch wechselnde innere Muskelanspannung und -entspannung oder mehrmaliges tiefes Ein- und Ausatmen

Der Vorfall ist im Anschluss sachlich und für Außenstehende nachvollziehbar zu dokumentieren und zeitnah zu melden. Nicht nur konkrete Eskalationen, auch Situationen mit hohem Gewaltpotenzial sollten im Team besprochen werden, um unangemessenes Verhalten künftig zu verhindern.

Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden – Alternativen finden

Freiheitsentzug stellt einen Eingriff in die durch das Grundgesetz und die Menschenrechte garantierte Freiheit des Einzelnen dar. Als besondere Form der Gewaltanwendung ist Freiheitsentzug grundsätzlich strafbar.

Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) ist ein Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit eines Menschen. Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen daher nur dann eingesetzt werden, wenn

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Artikel 2 des Grundgesetzes

die betreffende Person selbst dazu schriftlich zustimmt. Ist sie hingegen nicht einwilligungsfähig, muss ein Betreuungsgericht nach entsprechender Prüfung zustimmen. Im Jahr 2012 wurden bundesweit über 85.000

freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege richterlich genehmigt⁴, meist waren das mechanische Zwangsanwendungen wie Bettgitter oder Gurte.

Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen unter anderem:

→ **mechanische Fixierungen**

(z. B. Bettgitter, Anlegen von Gurten, Stecktische, Anlegen von Körperfesseln)

oder komplizierte Knaufe, gesicherte Aufzüge)

→ **Einsperren der Person**

(z. B. Absperrn eines Bereichs/ Zimmers, komplizierte Schließmechanismen an Türen, hoch angebrachte

→ **sedierende Medikamente**

(z. B. Schlafmittel und Psychopharmaka)

→ **Wegnahme von Hilfsmitteln**

(z. B. Schuhe, Brille, Rollator)

⁴ Quelle: Bundesjustizamt, Oktober 2013.

Solche Maßnahmen dürfen nur angewendet werden, um eine krankheitsbedingte Lebensgefahr oder erhebliche Gesundheitsschädigungen abzuwenden oder um eine lebensnotwendige

Untersuchung oder Behandlung durchzuführen, deren Zweck die Person infolge von Krankheit oder Behinderung nicht versteht oder einsieht. Ein Einsatz zur Erleichterung der Pflege, zum Beispiel um den Zeitaufwand für die Betreuung zu verringern, ist somit keinesfalls zulässig.

Mehr Schaden als Nutzen

Grundsätzlich sind freiheitsentziehende Maßnahmen immer das letzte Mittel der Wahl, denn sie können schwerwiegende psychische und physische Folgen mit sich bringen und sogar zu noch stärkerer Unruhe, Aggressionen oder sogar Halluzinationen führen.

Häufig wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen damit begründet, Stürze und Verletzungen vermeiden zu wollen. Jedoch finden sich keine Hinweise darauf, dass Stürze wirksam durch freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden können. Vielmehr kann die Anwendung zu einer Zunahme von Stürzen und Verletzungen führen. Denn meist reduzieren die Maßnahmen die Bewegungsfähigkeit und haben dadurch einen negativen Einfluss

Ein Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Erleichterung der Pflege, zum Beispiel um den Zeitaufwand für die Betreuung zu verringern, ist keinesfalls zulässig.

auf Gleichgewicht und Muskelkraft. In den Phasen ohne einschränkende Maßnahmen haben Betroffene in der Folge dann ein erhöhtes Verletzungsrisiko.

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden zudem auch bei Menschen mit Demenz mit der Absicht eingesetzt, Unruhe und Umherirren zu reduzieren. Jedoch kann die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von Menschen mit Demenz beispielsweise die Entwicklung von Halluzination sowie erhöhte Unruhe und Aggressivität begünstigen. Insofern ist davon aus fachlicher Sicht abzuraten.



Wichtig zu wissen

Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur nach schriftlicher Zustimmung der betreffenden einwilligungsfähigen Person angewendet werden.

Die Zustimmung einer gesetzlichen Betreuerin oder eines gesetzlichen Betreuers zur Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme ist zwar erforderlich, reicht aber nicht aus. Es ist zusätzlich eine richterliche Genehmigung einzuholen.

Ärztinnen und Ärzte dürfen freiheitsentziehende Maßnahmen grundsätzlich nicht anordnen.

Ärztinnen und Ärzte stellen einen Antrag an das Betreuungsgericht, der die Indikationen zur Anwendung der Maßnahme begründet. Das ärztliche Zeugnis muss Aussagen zum Gesundheitszustand der betroffenen Person, zum Anlass, zur Art und voraussichtlichen Dauer der Maßnahme sowie zu fehlenden oder bereits versuchten Alternativen machen. Basierend auf diesen Informationen trifft das Gericht die Entscheidung.

Kommen unterschiedliche Maßnahmen zur Anwendung, ist jeweils eine eigene neue gerichtliche Genehmigung erforderlich.

Bei jeder Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme muss die betreffende Person zu ihrem Schutz kontinuierlich durch das Personal beobachtet werden.

Die Anwendung und Beobachtung freiheitsentziehender Maßnahmen muss in jedem Fall sorgfältig und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

Studien zum Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in stationären Einrichtungen haben gezeigt, dass die Unterschiede

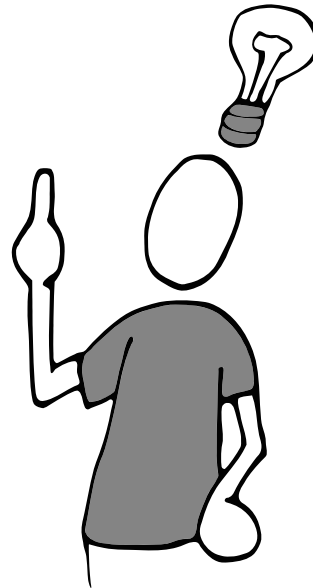
zwischen den einzelnen Einrichtungen groß sind (von 5 bis hin zu 60 Prozent FEM-Raten). Da sich zugleich die Bewohnerstruktur in den Einrichtungen nicht unterscheidet, zeigt dies das vorhandene Potenzial zur Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen.

Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen variiert in verschiedenen Einrichtungen stark – dies verdeutlicht die Potenziale zur drastischen Reduktion solcher Methoden.

Eine wichtige Voraussetzung, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen möglichst zu vermeiden, besteht im Wissen über Alternativen im Umgang mit problematischen Situationen in der Pflege sowie Flexibilität und Kreativität. Die Einzigartigkeit der Menschen und die individuellen Umstände lassen selten allgemeingültige Lösungen zu. Vielmehr gilt es, unterschiedliche Möglichkeiten auszuprobieren und individuell anzupassen. Die Fachmedien bieten dazu umfangreiche Informationen und Anregungen an.

Um Stürze zu reduzieren können beispielsweise folgende Alternativen zum Einsatz kommen:

- Kräftigungs- und Balancetraining
- rutschfeste Schuhe und Socken
- Beseitigung von Sturzfallen
- auffällige Markierung von Schwellen
- Neubewertung der Medikation
- Abbau von Sturzangst und Stärkung des Selbstbewusstseins durch Gespräche und Übungen



Zur Reduktion und Vermeidung von aggressivem Verhalten ist es oft hilfreich, mögliche Ursachen des Verhaltens durch Gespräche mit der pflegebedürftigen Person und den Angehörigen zu erforschen. Beispielsweise könnte die Assoziation zu einem zurückliegenden negativen Ereignis in bestimmten Situationen Angst oder Wut auslösen.

Maßgebliche Orientierung für Pflegekräfte bietet die evidenzbasierte Leitlinie „Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“⁵.

Praxisrelevante Empfehlungen und alternative Handlungsmöglichkeiten zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen finden sich auch in den „Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“⁶ der Landeshauptstadt München.

Ein besonderes Vorgehen zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt das Verfahren „Werdenfelser Weg“ dar. Hierbei wird eine pflege(-wissenschaftlich) geschulte Verfahrenspflegerin beziehungsweise ein pflege(-wissenschaftlich) geschulter Verfahrenspfleger in das gerichtliche Genehmigungsverfahren miteinbezogen.

⁵ Im Internet zu finden unter www.leitlinie-fem.de.

⁶ Im Internet zu finden unter <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Direktorium/Altenpflege-Beschwerdestelle/Publicationen.html>.

Fehlern einen Sinn geben

Wie in allen Lebensbereichen, kommt es auch in der professionellen Pflege zu Fehlern. Die Bandbreite reicht von Missgeschicken bis hin zu gravierenden Mängeln und Fehlverhalten.

Fehler gelten allgemein als unerwünscht und auszuräumen. Dies verführt dazu, sie vertuschen zu wollen. Allerdings kann aus Fehlern nur dann gelernt werden, wenn sie offengelegt und damit ihren Ursachen nachgegangen werden kann. Eine offene Fehlerkultur und ein systematisches Fehlermanagement tragen dazu bei, Mängel, Fehlverhalten und Fehlerketten zu minimieren.

Zu den Fehlern, die in der Pflege vorkommen können, zählt auch das aggressive oder gewalttätige Verhalten von professionell Pflegenden.

Nicht selten sind Pflegekräfte, die entsprechende Vorkommnisse bei Kolleginnen und Kollegen beobachten, unsicher, wie sie sich verhalten sollen. Dies kann dazu führen, dass die Konfrontation gemieden und über den Vorfall geschwiegen wird. Die physischen und psychischen Folgen für alle Beteiligten können dabei gravierend sein. Zudem wird der Gewalt nicht begegnet und sie kann sich fortsetzen.

Pflegebedürftige Menschen haben das Recht, vor Schäden geschützt zu werden. Professionelle Pflegekräfte hingegen haben die Pflicht, Gefahren nach ihren Möglichkeiten abzuwenden. Aggressives und gewalttätiges Verhalten von professionellen Pflegekräften ist – ebenso

wie das Verschweigen solcher Vorkommnisse – in der Regel auf verschiedene persönliche und umgebungsbedingte Faktoren zurückzuführen.

Professionelle Pflegekräfte dürfen Aggression und Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen niemals hinnehmen. Dazu gehört auch, Kolleginnen oder Kollegen, die sich problematisch verhalten, darauf anzusprechen. Auch Leitungspersonen sollten immer über problematische Vorkommnisse informiert werden.

Manchmal geraten Pflegenden in eine sogenannte „Verharmlosungsfalle“ („So schlimm ist es ja nicht.“) oder „Rechtfertigungsfalle“ („Die Umstände waren schuld.“). Das eigene Verhalten sollte hierauf immer wieder kritisch überprüft werden.

Zudem ist es wichtig, gegenüber Kolleginnen und Kollegen sowie der Leitungsperson die Grenzen der eigenen Belastbarkeit offen aufzuzeigen, um Überlastungssituationen zu vermeiden.

Stellt sich heraus, dass die Arbeitsbedingungen nicht mehr tragbar sind, so ist über einen Wechsel des Arbeitsplatzes nachzudenken.

Fehler haben nur den einen Sinn: es nächstes Mal besser zu machen.

Die Rolle von Führungskräften in der Pflege

Führungskräfte in der Pflege sind besonders gefordert, ein lösungsorientiertes Vorgehen zum Umgang und zur Vermeidung kritischer Pflegesituationen in Ihrer Einrichtung oder Ihrem Dienst zu etablieren. Ziel sollte es sein, in der Einrichtung oder dem Dienst die Basis für eine unterstützende Fehlerkultur zu bereiten. Hierzu gehört es, das sensible Thema Aggression und Gewalt offen und sachlich anzusprechen, ohne Schuldfragen in den Mittelpunkt zu stellen. Nur so kann eine Enttabuisierung des Themas vorangetrieben werden.

Um für das Thema zu sensibilisieren und Handlungssicherheit zu stärken, sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßige Fortbildungen zum Umgang mit problematischen und gewalttätigen Situationen erhalten, etwa Deeskalationstraining, Kommunikationstraining oder Training zum Umgang mit belastenden Situationen. Zudem sollte dem Personal nach belastenden Ereignissen die Möglichkeit geboten werden, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wie zum Beispiel ein Gespräch oder eine psychosoziale Beratung.

Jegliche Hinweise auf problematische Vorkommnisse müssen ernst genommen werden. Dazu gehört es, Gespräche mit den betreffenden Personen zu führen. Darüber hinaus sind kritische Vorfälle im Team anzusprechen. Auch Angehörige sind gegebenenfalls einzubeziehen, um individuelle Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. In bestimmten Fällen kann es auch ratsam sein, eine externe Beratung hinzuzuziehen.

Als Orientierung für alle Beteiligten ist es hilfreich, einen einrichtungswegleitenden Leitfaden für den Umgang mit belastenden und proble-

matischen Situationen zu erarbeiten und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorzustellen (u.a. interne Notrufnummer, Ansprechperson für psychosoziale Betreuung, Kontakt zu Notfallpsychologinnen und -psychologen, zentrale Dokumentation problematischer Situationen).

Zusammenfassend sind folgende Aspekte für den Umgang mit Gewalt und Aggression in einer Pflegeeinrichtung oder einem Dienst hervorzuheben:

- das Thema Gewalt und Aggression sachlich ansprechen und die Basis für einen offenen Umgang damit schaffen
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Gewalt und Aggression regelmäßig schulen
- jegliche Hinweise ernst nehmen und zeitnah darauf reagieren
- problematische Situationen und Vorfälle gemeinsam im Team besprechen
- Veröffentlichung eines einrichtungswegleitenden Leitfadens für den Umgang mit Gewalt und Aggression

Insgesamt gilt es, in Einrichtungen und Diensten einen Bewusstseinswechsel anzustoßen und ein Klima zu schaffen, das einen offenen und sachlichen Austausch aller Beteiligten ermöglicht, um dem Thema Aggression und Gewalt transparent und kritisch begegnen zu können. Nur wenn problematische Situationen bekannt sind und offen diskutiert werden, können präventive Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt und an der richtigen Stelle ansetzen und Eskalationen frühzeitig verhindern werden.

PRAXISEXPERTINNEN IM GESPRÄCH

„Bei uns werden keine freiheitsentziehenden Maßnahmen angewendet.“

Interview mit Gerda Graf, Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof in Niederzier

ZQP: Wie gehen Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung mit dem Thema Aggression und Gewalt um?

Über das Thema Aggression und Gewalt wird in der Wohnanlage Sophienhof offen diskutiert – und das auf mehreren Ebenen. In den Wohnbereichen gibt es tägliche Zusammenkünfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bei denen im Sinne einer ethischen Reflexion das Thema berührende Tagesabläufe besprochen werden. Dabei kommen auch Verhaltensauffälligkeiten wie starke Unruhe oder Aggressivität zur Sprache. Auf der Leitungsebene geschieht die Reflexion bei jeder Morgenbesprechung. Das gleiche gilt für die Wochenrunde und die Monatsrunde. Wenn es die Situation erfordert, dann beziehen wir zusätzlich Haus- und Fachärztinnen und -ärzte mit ein. Dies kann im Rahmen hermeneutischer Fallbesprechungen oder ethischer Konsile erfolgen.

Können Sie uns kurz erklären, worum es bei hermeneutischen Fallbesprechungen und ethischen Konsilen geht?

Eine hermeneutische Fallbesprechung dient dazu, die Situation der betreffenden Person, zum Beispiel einer Bewohnerin oder eines Bewohners mit herausforderndem Verhalten, aus verschiedenen Perspektiven zu interpre-

tieren und zu verstehen, um zu einer gemeinsamen Situationseinschätzung zu gelangen und schließlich angemessene Maßnahmen abzuleiten.

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

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

Die grundlegende Entscheidung ist in unserem Hause bereits vor zehn Jahren gefallen, und sie basierte auf einem ganz einfachen Grundsatz. Nämlich der Tatsache, dass niemand seiner Freiheit entzogen werden will und darf. Daran hat sich auch eine Organisation wie ein Pflegeheim zu orientieren. Auch im Falle bestimmter Krankheiten, wie beispielsweise bei einer Demenz, existieren keine Rechtfertigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen. Eine erste Maßnahme war

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

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

Diese Frage lässt sich ganz kurz beantworten. Die Entscheidung wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen, da diese Maßnahme ja auch den ganz persönlichen Anspruch auf Freiheit widerspiegelt. Die Teams stehen voll hinter dieser Haltung und sind auch bei der Umsetzung immer wieder kreativ und engagiert.

Wie gehen Sie damit um, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner ständig umherirrt und zum Beispiel Gefahr läuft zu stürzen? Welche Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt es?

Zunächst einmal werden die Bewohnerinnen und Bewohner unseres Hauses, bei denen

Verhaltensauffälligkeiten wie starke Unruhe bis hin zu Umherirren bekannt sind, neben der Versorgung durch Hausärztin beziehungsweise Hausarzt immer auch neurologisch oder gerontopsychiatrisch behandelt. Die Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte kommen regelmäßig zur Visite und sind darüber hinaus für uns auch ansprechbar, wenn zwischenzeitlich Fragen oder Probleme aufkommen. Zudem werden sie zu unseren Fallbesprechungen und ethischen Konsilen hinzugezogen.

Unsere Alltagsbegleiterinnen und -begleiter werden unter anderem dafür eingesetzt, unruhige Bewohnerinnen und Bewohner zu betreuen. Zur Sturzprophylaxe bedienen wir uns Niedrigflurbetten, und Bewegungsmelder zeigen den Pflegenden an, ob eine Person, die stark sturzgefährdet ist, sich gerade auf den Weg macht. Zudem bieten wir in der Wohnanlage Sophienhof dreimal wöchent-

lich Sturzprophylaxe und Rollatorentraining durch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten an, um die Mobilität und Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. All

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

das sind nur Beispiele – letztlich kommt es darauf an, alle Wahrnehmungen zu evaluieren und entsprechend bedürfnisorientiert zu handeln.

Haben Sie bei sich nun mehr Stürze zu verzeichnen?

Im Gegenteil, wie haben eher weniger schwerwiegende Stürze. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen ist in den letzten zehn Jahren stetig gesunken.

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

Nein, ich befürchte dahingehend gar nichts, eine hundertprozentige Absicherung ist einfach nicht möglich, das ist mir bewusst. Wichtig ist, dass wir das, was wir tun, fachlich gut begründen und voll und ganz dahinterstehen können. Zentral ist hier auch eine ganz ehrliche und offene Kommunikation mit den Angehörigen sowie Sorgebevollmächtigten in jeder Hinsicht. So werden Angehörige beispielsweise über eine bestehende Sturzgefahr und die Vorkehrungen sowie auch die Abwägungen zu Maßnahmen genau informiert. Wir beziehen Angehörige in alle Maßnahmen mit ein – auch in die Suche nach einer verirrt Person. Dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner gesucht werden musste, ist in den letzten zehn Jahren allerdings nur zweimal vorgekommen.

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

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

Ganz wichtig sind passgenaue Fortbildungsmaßnahmen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Außerdem ist es wichtig und vor allem auch hilfreich, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei einzubinden, gemeinsam kreative Ideen zur Vermeidung von Fixierungen zu sammeln.

Frau Graf, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Gerda Graf

- Diplom-Pflegewirtin
- Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof gGmbH in Niederzier
- Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbands e.V.
- Trägerin des Bundesverdienstkreuzes am Bande der Bundesrepublik Deutschland (2007)
- Diskussionsteilnehmerin auf der gemeinsamen Fachtagung des ZQP zusammen mit dem BMFSFJ „Pflege ohne Zwang“
- Autorin und Dozentin unter anderem zum Thema freiheitsentziehende Maßnahmen



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

Interview mit Karola Miowsky-Jenensch, Qualitätsmanagement-Beauftragte der Pflegestation Meyer und Kratzsch in Berlin

ZQP: Ambulante Pflegedienste, wie auch der, bei dem Sie arbeiten, versorgen heutzutage viele Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Wie ist es möglich, dass sogar schwer demenziell Erkrankte zu Hause versorgt werden und leben können, ohne sich oder andere zu gefährden? Welche Rahmenbedingungen sind dafür erforderlich?

Nicht jeder Mensch mit einer demenziellen Erkrankung gefährdet sich automatisch selbst oder andere Personen in seinem Umfeld. Viele Menschen mit einer Demenz können mit entsprechender professioneller Hilfe noch lange in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Ausschlaggebend ist hier die ausführliche Beratung zu Risikopotenzialen, pflegerischen Hilfsangeboten und Hilfsmitteln sowie Wohnraumanpassungen durch den Pflegedienst. Die daraus resultierenden Maßnahmen ermöglichen diesen Menschen ein gefahrloseres Leben in ihrer gewohnten Umgebung.

Welche Aufgabe und Verantwortlichkeit kommt dem ambulanten Dienst zu, damit das Leben in der eigenen Wohnung trotz einer Demenzerkrankung möglich ist? Und wo sind auch die Grenzen dessen, was ein ambulanter Dienst leisten kann?

Das Leben in der eigenen Häuslichkeit kann nicht allein durch ambulante Pflegedienste gewährleistet werden, Kooperation und

Netzwerkarbeit sind von großer Bedeutung. Nur das Zusammenspiel von vielen Pflegeakteurinnen und -akteuren gewährleistet eine gute, den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entsprechende Pflege. Zu diesen Pflegeakteurinnen und -akteuren gehören Tagespflegestätten, Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Angehörige, Nachbarschaftshilfen und viele mehr.

Wenn allerdings eine Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung vorliegt – zum Beispiel im Winter im Nachthemd die Wohnung verlassen oder offenes Feuer im Wohnraum – sind wohl die Grenzen erreicht.

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

Problematische familiäre Pflegekonstellationen entstehen häufig durch Überforderung mit der jeweiligen Pflegesituation, auch alte Konflikte können plötzlich wieder in den Vordergrund treten. Angehörige verfügen nicht über eine professionelle Distanz, auf der anderen Seite kommt häufig das schlechte Gewissen auf, weil die Pflege an „Fremde“ abgegeben wird.

Im Rahmen einer Verfahrensbeschreibung zur Informationsweitergabe ist unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Umgang mit schwierigen Gegebenheiten bekannt.

Die Pflegesituation wird im Rahmen eines Hausbesuchs durch die leitende Fachkraft und eine Sozialpädagogin beziehungsweise einen Sozialpädagogen analysiert, woraufhin entsprechende Hilfsangebote für den Pflegealltag vorgeschlagen werden. Auch Hilfen zur Kontaktaufnahme zu anderen Institutionen werden seitens des Pflegedienstes unterstützt.

Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Dienstes, bei dem Sie arbeiten, speziell zu dem Thema „Gewalt und Aggression in der Pflege“ geschult? Falls ja – welche Inhalte werden dort vermittelt?

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

Wie häufig und in welcher Weise sind ambulante Dienste mit dem Thema freiheitsentziehende Maßnahmen konfrontiert, zum Beispiel Einschließen oder Fixieren einer Person, die ständig weglaufen möchte?

Das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen kommt im ambulanten Bereich insofern vor, als Angehörige den Wunsch äußern, mehr Sicherheit für die Klientin beziehungsweise den Klienten zu gewährleisten – dies könne dann ihrer Meinung nach

erreicht werden, indem beispielsweise Türen abgeschlossen, Bettgitter hochgezogen werden und so weiter. Im Praxisalltag werden diese Wünsche allerdings nur vereinzelt an uns herangetragen.

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

Wenden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihrem ambulanten Dienst in bestimmten Situationen auch freiheitsentziehende Maßnahmen an? Falls ja, können Sie einen beispielhaften Fall erläutern? Wie war in diesem Fall der rechtliche Hintergrund und welche organisationsbezogenen Regelungen bestanden?

Eine wichtige Rolle spielt hier die innere Haltung zum Thema. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind angehalten, freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden und Alternativen zu finden. Eine freiheitsentziehende Maßnahme wird nur in Betracht gezogen, wenn keine willkürlichen Bewegungen erkennbar sind und es um die Sicherheit im Rahmen der Sturzprophylaxe geht

und auch keine weiteren Alternativen zur Verfügung stehen.

Eine wichtige Rolle spielt die innere Haltung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.

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

Angehörige sind ein fester Bestandteil im Pflegesystem und erbringen täglich eine außer-gewöhnliche Leistung.

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

Welche Erfahrungen haben Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen gemacht? Wenden sich pflegende Angehörige aktiv an Sie, um Unterstützung in problematischen Pflegesituationen zu erhalten – wenn ja, können Sie uns ein Beispiel nennen? Oder haben Sie den Eindruck, dass die Probleme eher unter den Teppich gekehrt werden? Wenn das so ist, welche Gründe vermuten Sie dahinter?

Beide Situationen werden in der Zusammenarbeit mit Angehörigen erlebt. Die Basis einer guten Zusammenarbeit ist Vertrauen. Besteht ein vertrauensvoller Kontakt zu der Bezugspflegerkraft, werden Sorgen, Bedürfnisse und

Probleme seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen schneller angesprochen.

Ein Beispiel: Als Frau A. noch mobil war, gehörte der sonntägliche Besuch in einer Konditorei zu ihren festen Ritualen. Bedauerlicherweise war ihre Demenz nun aber bereits so weit fortgeschritten, dass ihre Orientierung bezüglich Personen, Ort und Zeit vollständig verloren gegangen war. Immer öfter versuchte sie aber dennoch, allein ihre Wohnung zu verlassen, um ihr altes Café aufzusuchen. Ihre Tochter war deshalb sehr besorgt, konnte sie aber auch nicht in die Konditorei begleiten, da sie selbst

außerhalb wohnte und nicht die Möglichkeit hatte, jedes Wochenende ihre Mutter zu besuchen. Es kam immer häufiger zu belastenden Streitereien zwischen Mutter und Tochter, bis die Tochter sich entschloss, den Pflegedienst auch damit zu beauftragen, ihre Mutter sonntags in die Konditorei zu begleiten. Der pflegerische Einsatz bei Frau A. wurde nun am Sonntag zeitlich so angepasst, dass der Konditoreibesuch in Begleitung einer Pflegekraft ermöglicht wurde. Und die Tendenz, ihre Wohnung verlassen zu wollen, ist nun nachweislich zurückgegangen.

Durch seelische und körperliche Erschöpfung, die sich die oder der Angehörige oft nicht eingestehen kann, kommt es auch zu unterschiedlichen Sichtweisen der Pflegesituation.

Wir erleben häufig, dass zum Beispiel beim Einzug in eine Wohngemeinschaft Angehörige anfänglich extrem anspruchsvoll sind, was in der Regel aus ihrem schlechten Gewis-

sen resultiert, ihre Angehörige beziehungsweise ihren Angehörigen „weggegeben“ zu haben. Dieses Verhalten legt sich meist, wenn die Betroffenen sich eingelebt haben und die Angehörigen erkennen, dass ihr Familienmitglied gut gepflegt und betreut wird.

Abschließend die Frage: Welche Hilfen und Unterstützungen benötigen pflegende Angehörige aus Ihrer Sicht am dringendsten?

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

eine umfassende kompetente fachliche Beratung, um schnell die vielen Hilfsangebote und Hilfsmittel zu finden, die den Bedürfnissen ihres betroffenen Familienmitglieds entsprechen. Viele Hilfs- und Entlastungsangebote sind Angehörigen oft nicht bekannt. Die Informationen sollten an zentralen Stellen wie Hausarztpraxen und Apotheken zugänglich sein.

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

Karola Miowsky-Jenensch

- Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA), Krankenschwester
- Qualitätsmanagement-Beauftragte der Pflegestation Meyer und Kratzsch GmbH & Co. KG Berlin
- Diskussionsteilnehmerin auf der gemeinsamen Fachtagung des ZQP zusammen mit dem BMFSFJ „Pflege ohne Zwang“



Service

Im Serviceteil finden sich Checklisten und Merkhilfen zur Vorbeugung und zum Erkennen von Gewalt in der Pflege sowie zum Vorgehen bei Gewalterfahrungen.

Ergänzt wird dieser Teil um ausgewählte Kontaktadressen von bundesweiten Not- und Beschwerdetelefonen sowie Adressen und Internetlinks im Kontext von Aggression und Gewalt in der Pflege.

Persönlicher Notfallplan für pflegende Angehörige

Diese Person hat immer ein offenes Ohr für mich:

Name: Telefon:

Diese Personen können mich bei der Pflege/Betreuungsaufgabe zeitweise ablösen:

Name: Telefon:

oder

Name: Telefon:

Damit ich die Ruhe auch in stressigen Situationen bewahre und mein Verhalten kontrollieren kann ...

... denke ich intensiv an diese auf mich beruhigend wirkende Situation:

.....

... konzentriere ich mich auf etwas ganz anderes (ich zähle z.B. meine Atemzüge):

.....

... wiederhole ich immer wieder diesen Satz (z.B. „Alles wird gut.“):

.....

... mache ich spontan etwas, das mir gut tut (z.B. Duschen, Musik hören):

.....

An dieses Krisentelefon kann ich mich jederzeit anonym mit meinen Sorgen wenden:

Name: Telefon:

Dieser Pflegestützpunkt in meiner Nähe oder die COMPASS Private Pflegeberatung⁷ kann mir bei der Organisation der Pflege und mit Maßnahmen zur Entlastung weiterhelfen:

Adresse:

Telefon:

An diesen Pflegedienst kann ich mich wenden, wenn mehr professionelle Pflege erforderlich ist:

Name: Adresse:

Telefon:

Diese Ärztin beziehungsweise diesen Arzt kann ich aufsuchen, wenn es mir schlecht geht:

Name: Adresse:

Telefon:

Das würde ich mir selbst sagen, wenn ich mich in einer scheinbar ausweglosen Lage befinde:

.....

Weitere Notizen für mich:

.....

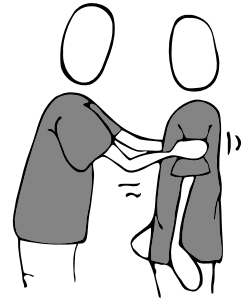
7 Privatversicherte und ihre Angehörigen können sich kostenfrei unter 0800 101 88 00 an die COMPASS Private Pflegeberatung wenden.

Merkhilfe: Was Gewalt sein kann

Die folgende Übersicht zeigt Beispiele für problematische Situationen mit erhöhtem Gewaltpotenzial sowie konkrete aggressive und gewalttätige Handlungen in der Pflege und Betreuung.

Unmittelbare körperliche Gewalt, zum Beispiel:

- Schlagen, Schütteln, Kratzen
- mechanische Fixierung, zum Beispiel Einsatz von Gurten
- Entzug von körperlichen Hilfsmitteln, zum Beispiel Wegnahme des Rollators

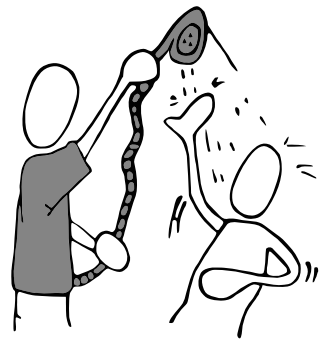


Medikamentenmissbrauch, zum Beispiel:

- nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe meist zur Ruhigstellung

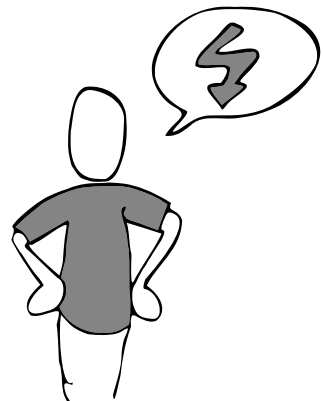
Sexueller Missbrauch, zum Beispiel:

- Missachtung der Intimsphäre
- nicht einvernehmliche Intimkontakte
- sexuelle Andeutungen



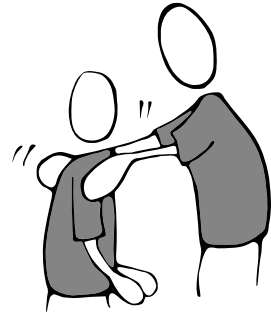
Emotionale oder psychische Gewalt, zum Beispiel:

- verbale Aggression, Schreien, Schimpfen
- Missachten, Ignorieren
- soziale Isolation
- Handeln gegen den Willen
- Androhung körperlicher Gewalt
- Demütigungen und Beleidigungen
- Manipulation
- Missbrauch der Machtposition
- Missachtung der Privatsphäre



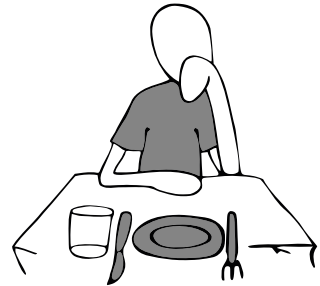
Finanzielle oder andere Ausnutzung, zum Beispiel:

- Unbefugtes Verfügen über persönliches Vermögen
- Überredung/Nötigung zu Geldgeschenken
- Entwenden von Geld/Wertgegenständen



Vernachlässigung, zum Beispiel:

- Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag
- unzureichende medizinische Versorgung,
- zum Beispiel mangelhafte Wundversorgung
- mangelhafte Pflege, zum Beispiel schlechte Hygiene
- Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsentzug



Checkliste für pflegebedürftige Menschen und Angehörige

Aggression und Gewalt in der Pflege – Was sofort zu tun ist

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Unrecht getan wurde? Oder dass Ihnen sogar aggressiv und gewalttätig begegnet wurde? Nehmen Sie Ihre Gefühle ernst und schweigen Sie nicht! Was immer die Ursachen sind: Gewalt ist in keinem Fall hinzunehmen!

- Sprechen Sie die Person an, die sich Ihnen gegenüber problematisch verhalten hat. Erklären Sie, wie Sie sich fühlen. Sagen Sie auch, dass Sie die Situation nicht akzeptieren wollen.
- Sprechen Sie mit einer vertrauten Person über die Ereignisse. Überlegen Sie gemeinsam, was zu tun ist.
- Schildern Sie der Bezugspflegekraft, der Schicht- oder Wohnbereichsleitung die Ereignisse. Zögern Sie nicht, auch die Hausleitung zu informieren.

Der Vorfall sollte der Polizei gemeldet werden, wenn ...

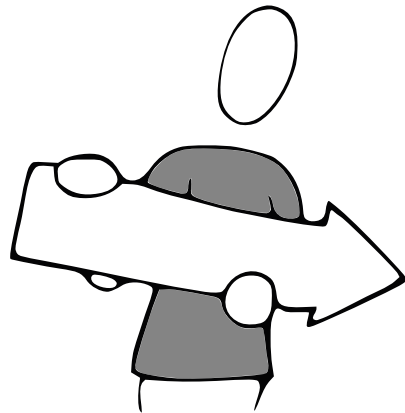
- körperliche Verletzungen wie Biss-, Kratz-, Schnittwunden oder Blutergüsse vorliegen, die nicht selbstverschuldet sind,
- massive Vernachlässigung vorliegt, wie etwa Unterernährung, hygienische Verwahrlosung,
- Personen erpresst oder eingeschüchtert werden und Angst haben,
- das problematische oder gewalttätige Verhalten trotz eingeschalteter Hilfen und Unterstützungsangebote nicht aufgehört hat.

Diese Stellen bieten Unterstützung an oder vermitteln Hilfe, zum Beispiel:

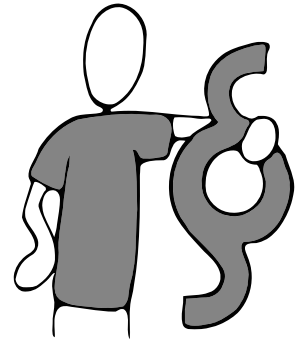
Ärztinnen und Ärzte können Verletzungen behandeln und Sie zum weiteren Vorgehen beraten, etwa zur Erstattung einer Anzeige bei der Polizei. Zudem unterliegen sie der ärztlichen Schweigepflicht. Das bedeutet, dass sie gegen Ihren Willen auch keine weiteren Schritte einleiten dürfen.

Nottelefone bieten oft rund um die Uhr Hilfe an. Die Expertinnen und Experten haben viel Erfahrung mit ähnlichen Situationen, hören genau zu und bieten „seelische Erste Hilfe“ an. Eine Liste mit Telefonnummern der Not- und Krisenstellen finden Sie im Serviceteil dieser Schrift und im Internet unter www.pflege-gewalt.de.

Pflegeberatungsstellen bieten kostenlose Pflegeberatung für pflegebedürftige oder pflegende Personen an. Dort kann Ihnen auch bei der Lösung problematischer Pflegesituationen geholfen werden. Pflegeberatung für gesetzlich Versicherte erfolgt direkt über die Pflegekassen oder in regionalen Pflegestützpunkten. Privatversicherte erhalten die Beratung über COMPASS Private Pflegeberatung. Kontaktdaten sind online zu finden unter www.bdb.zqp.de.



Vorstellung der Pflege-Charta



Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf das Respektieren seiner Würde und Einzigartigkeit. Dies gilt selbstverständlich genauso für Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf. Aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation stehen sowohl Staat als auch Gesellschaft noch stärker in der Verantwortung, die Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen zu stärken. Was genau das Recht auf eine würdevolle Pflege im täglichen Leben bedeutet, ist in der deutschen „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ in acht Artikeln zusammengefasst. Die Pflege-Charta bietet damit den Betroffenen, aber auch allen anderen Beteiligten, ein Maß für die Beurteilung sowie eine Leitlinie zur Gestaltung der Pflege- und Lebenssituation pflege- und hilfebedürftiger Menschen.

Die Charta umfasst die folgenden acht Artikel, die im Einzelnen kommentiert und konkretisiert werden.

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Bundesweite Krisentelefone zum Thema Gewalt und Aggression in der Pflege⁸

Beschwerdetelefon Pflege Hamburg

Telefon: 040 28 05 38 22
 Erreichbarkeit: Mo., Di. und Fr. von 9–12 Uhr, Do. von 14–17 Uhr
 E-Mail: beschwerdetelefon-pflege@hamburg-mitte.hamburg.de
 Internet: www.beschwerdetelefon-pflege.de

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

Telefon: 0228 69 68 68
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 10–12 Uhr
 E-Mail: info@hsm-bonn.de
 Internet: www.hsm-bonn.de

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

Telefon: 069 - 20 28 25 30
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 10–12 Uhr
 E-Mail: hsm-frankfurt@t-online.de
 Internet: www.hsm-frankfurt.de

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

Telefon: 0271 66 09 78 7
 Erreichbarkeit: Mo. und Do. von 9–12 Uhr
 E-Mail: hsm-siegen@arcor.de
 Internet: www.hsm-siegen.de

Help-Line für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen

Telefon: 0421 79 48 49 8
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 14–17 Uhr
 E-Mail: helpline@sozialag.de
 Internet: www.helpline-bremen.de

Krisentelefon Böblingen

Telefon: 07031 66 33 000
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 16–18 Uhr
 E-Mail: info@krisentelefon-bb.de
 Internet: www.krisentelefon-bb.de

⁸ In alphabetischer Reihenfolge. Bei mit * markierten Telefonnummern können zusätzliche Gebühren anfallen.

Meldestellen Gewalt in der Pflege (Erfurt)

Telefon: 0361 67 13 12 5
 Erreichbarkeit: Mi. von 9–12 Uhr
 E-Mail: christiane.tepke@gewaltinderpflege.de
 Internet: www.gewaltinderpflege.de/114/

Meldestellen Gewalt in der Pflege (Magdeburg)

Telefon: 0391 99 00 70 00
 Erreichbarkeit: Mi. von 9–12 Uhr
 E-Mail: christa.heinrich@gewaltinderpflege.de
 Internet: www.gewaltinderpflege.de/113/

Not-Telefon Kreis Paderborn

Telefon: 05251 30 89 00
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 8:30–12 Uhr, Do. von 14–18 Uhr
 E-Mail: hilfenetz@kreis-paderborn.de
 Internet: www.kreis-paderborn.de/kreis_paderborn/aemter/50/50-1-Hilfenetz-im-Pflegealltag/Hilfenetz.php

Pflege in Not Berlin

Telefon: 030 69 59 89 89
 Erreichbarkeit: Mo., Mi., Fr. von 10–12 Uhr
 E-Mail: pflege-in-not@diakonie-stadtmitte.de
 Internet: www.pflege-in-not.de

Pflege in Not Brandenburg (PiN)

Telefon: 0180 26 55 56 6 *
 Erreichbarkeit: Mo. von 9–12 Uhr, Mi. von 14–18 Uhr, Fr. von 9–12 Uhr
 E-Mail: pin@dwpotdam.de
 Internet: www.pflege-in-not-brandenburgjimdo.com

Pflege-Infotelefon IPP Sachsen e. V.

Telefon: 035325 67 88 16
 Erreichbarkeit: Mo - Fr von 8-20 Uhr
 E-Mail: info@ippsachsen.de
 Internet: www.ippsachsen.de

Pflege-Notruftelefon des Sozialverbandes Niedersachsen e. V.

Telefon: 0180 2000 872 *
 Erreichbarkeit: Mo.–Fr. von 9–13 Uhr

PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein

Telefon: 01802 49 48 47 *
 Erreichbarkeit: täglich 24 Stunden erreichbar
 E-Mail: post@pflege-not-telefon.de
 Internet: www.pflege-not-telefon.de

Ausgewählte Adressen im Kontext Gewalt in der Pflege⁹

- Allianz für Menschen mit Demenz
www.allianz-fuer-demenz.de
- Aus kritischen Ereignissen lernen. Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege
www.kritische-ereignisse.de
- Befund: Gewalt. Onlineportal des Public Health Institute der Hochschule Fulda und des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
www.befund-gewalt.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone. Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen
www.beschwerdestellen-pflege.de
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
www.pflege-charta.de
- Demas – Demenz anders sehen. Schulung und Beratung für Angehörige von demenzerkrankten Menschen
www.demenz-anders-sehen.de
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
www.deutsche-alzheimer.de
- Freiheitsentziehende Maßnahmen. Empfehlungen zum Umgang mit FEM der Landeshauptstadt München.
www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Direktorium/Altenpflege-Beschwerdestelle/Publikationen.html
- Freiheitsentziehende Maßnahmen. Leitlinie FEM. Die Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege.
www.leitlinie-fem.de
- Gewaltprävention in der Pflege. Online Portal der Stiftung ZQP.
www.pflege-gewalt.de
- Gewaltprävention. Informationen im Rahmen des Gesundheitsportals der Unfallkasse NRW.
www.gesundheitsdienstportal.de/gewaltpraevention/
- Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Telefonseelsorge und Offene Tür e.V.
www.katholische-eheberatung.de

⁹ In alphabetischer Reihenfolge

- MILCEA – Projekt zur Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa
www.milcea.eu
- NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
www.nakos.de
- pflegeBegleitung. Netzwerk zur Begleitung pflegender Angehöriger.
www.pflegebegleiter.de
- Pflegeberatung in Deutschland. Kontakte aller bundesweiten Angebote. Datenbank der Stiftung ZQP.
www.bdb.zqp.de
- Pflegeplaner der Weissen Liste
pflegeplaner.weisse-liste.de
- pflegen-und-leben.de. Psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige.
www.pflegen-und-leben.de
- ProDeMa. Institut für professionelles Deeskalationsmanagement.
www.prodema-online.de
- Psychotherapeutensuche des Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V.
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
- PURFAM-Assessment (entwickelt im Rahmen des PURFAM Projektes: Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen) der Universität Köln
www.hf.uni-koeln.de/35748
- Rechtsmedizin. Homepage der bundesweiten Fachgesellschaft der Institute.
www.dgrm.de
- ReduFix. Projekt und Schulungsmaßnahme zur Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen in der Altenpflege.
www.redufix.de
- Safer Care – Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden. Projekt der Hochschule Fulda zur Stärkung von Praxisakteurinnen und -akteuren.
www.hs-fulda.de/SaferCare
- Sicher leben im Alter (Silia). Aktionsprogramm der Deutschen Hochschule der Polizei.
www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia.php
- Wege zur Pflege. Onlineportal des BMFSFJ.
www.wege-zur-pflege.de
- Wegweiser Demenz. Onlineportal des BMFSFJ.
www.wegweiser-demenz.de

- Werdenfelser Weg. Internetseite der Initiatoren des Werdenfelser Wegs.
www.werdenfelser-weg-original.de
- Wir pflegen. Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.
www.wir-pflegen.net

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dr. Katharina Jung, Zentrum für Qualität in der Pflege
Simon Eggert, Zentrum für Qualität in der Pflege
Daniela Sulmann, Zentrum für Qualität in der Pflege

Gastautoren:

Uwe Brucker, MDS Essen
Prof. Dr. Dagmar Brosey, Fachhochschule Köln
Anke Buhl, PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein
Prof. Dr. Thomas Görgen, Deutsche Hochschule der
Polizei Münster
Gerda Graf, Wohnanlage Sophienhof Niederzier
Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Handeln statt Misshandeln
Bonn
Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Karola Miowsky-Jenensch, Pflegestation Meyer und
Kratzsch Berlin

Alle Rechte vorbehalten

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

Stand der Informationen:

Mai 2015. Trotz sorgfältiger Recherche und Prüfung übernimmt der Herausgeber keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Bei den Inhalten handelt es sich um unverbindliche Informationen.

1. Auflage, Berlin 2015

ISSN 2198-865X
ISBN 978-3-945508-09-1

Illustrationen:

Dr. Katharina Jung, Zentrum für Qualität in der Pflege

Fotos:

S. 5, 22, Porträt Dr. Ralf Suhr, Laurence Chaperon
S. 7, Porträt Manuela Schwesig, Bundesregierung/Denzel
S. 15, Porträt Prof. Dr. Thomas Görgen, Deutsche
Hochschule der Polizei
S. 27, Porträt Prof. Dr. Gabriele Meyer, privat
S. 34, Porträt Uwe Brucker, privat
S. 39, Porträt Prof. Dr. Dagmar Brosey, privat
S. 58, Porträt Anke Buhl, privat
S. 64, Porträt Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Christoph Müller
S. 82, Porträt Gerda Graf, privat
S. 86, Porträt Karola Miowsky-Jenensch, Andreas Kirsch

Grafik und Satz:

zwoplus, Berlin

Druck:

Druckerei Conrad, Berlin

