

Helga Zeike

Die Entwicklung der Gewaltprävention mit Blick aus der Praxis – wie können wir menschenwürdigen Umgang in der Pflege alter Menschen sicherstellen?

Aus der beruflichen Praxis der letzten 25 Jahre sowohl im pflegerischen, als auch sozialwissenschaftlichen und beratenden Bereich stellt sich die Entwicklung der Prävention von Gewalt in der Pflege alter Menschen als eine vielschichtige Aufgabe dar. Diese ein Stück weit zu verdeutlichen und einen Blick auf die Aufgaben zu werfen, die sich für die Zukunft daraus ergeben, ist das Anliegen dieses Textes. Wie die unantastbare Menschenwürde gewahrt werden kann, wenn der Mensch anpackender Hilfe und Unterstützung bedarf, ist eine nach wie vor offene Frage, die nur gemeinsam beantwortet werden kann.

„Gewalt in der Pflege“ als Thema öffentlicher und fachlicher Auseinandersetzung in Deutschland: von der Tagespresse in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs

Gewalt in der Pflege älterer Menschen gelangte zu Beginn der 70er Jahre als Thema vor allem aus den USA in die breitere Diskussion. In Deutschland fanden sich in der öffentlichen Berichterstattung zunächst keine Hinweise auf eine Reflektion möglicher Probleme in der Pflege älterer Menschen. Erst durch die dramatischen Meldungen zu Patiententötungen ab Mitte der 70er entstand vermehrte Aufmerksamkeit für die mögliche Hilflosigkeit erwachsener Menschen in einer Pflegesituation und den Gefahren, denen im institutionellen Rahmen hilfsbedürftige Menschen ausgesetzt sein können¹. Auf fachlicher Ebene entwickelten sich zunächst innerhalb der medizinischen Berufsgruppen, die als ärztlich oder pflegerisch Tätige beruflich direkt mit der Pflege älterer Menschen, ihren Bedarfen und Problemen konfrontiert sind, weiterge-

¹ Beine Karl H.: Morden gegen das Leiden – Tötungsserien in Krankenhäusern und Heimen (2007/2. verbesserte Auflage 2011)

hende Auseinandersetzungen, die öffentlich thematisiert wurden. Im Wissenschaftsbereich zeichnete sich an der Spezialisierung der Medizinsoziologie, in den Forschungsfeldern der Sozialwissenschaften und im politischen Diskurs über die Institutionen des Gesundheitswesens, in denen alte Menschen betreut und gepflegt werden, bis in die 70er Jahre ab, dass die Pflege älterer Menschen zunehmend als eigenständiger Bereich in Theoriebildung und Forschung erkannt wurde. Gleichzeitig öffnete sich der Blick auch über den beruflich-institutionellen Rahmen der Pflege Älterer hinaus und die persönlichen Beziehungen der Pflegebedürftigen zu ihren pflegenden Familien erhielten mehr Aufmerksamkeit.

International wurde 1997 durch die Gründung einer internationalen Arbeitsgruppe zur Prävention von Gewalt gegen Ältere (INEPA)² auf dem 16. Weltkongress für Gerontologie in Australien der Anstoß gegeben, sich konkret gesellschaftlich für die Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen einzusetzen. Dabei wurden nicht nur die Erweiterung des öffentlichen Bewusstseins für Gewalt und Vernachlässigung und Vertiefung der Forschung über Ursachen, Konsequenzen, Gefährdungspotentiale und Vorbeugungsmöglichkeiten als Ziel benannt. Ebenso stehen Hilfestellung sowohl in der fachlichen Ausbildung für professionell mit älteren Menschen Arbeitende, als auch für die Betroffenen selbst auf der Agenda der INEPA.

Die INEPA teilt die von der WHO veröffentlichte Definition von Gewalt gegen ältere Menschen als „eine einmalige oder wiederholte (absichtsvolle) Handlung im persönlichen Umfeld, oder das Fehlen einer gebotenen Handlung innerhalb einer jedweden Beziehung, in der ein

² *International Network for the Prevention of Elder Abuse INEPA*: Ein Resultat der Öffentlichkeitsarbeit ist der 2006 erstmals begangene „Welttag der Ächtung der Gewalt gegen ältere Menschen“, an dem sich bundesweit am 15.06. eines jeden Jahres vor allem kommunale oder freie Einrichtungen für Senioren und Pflege, so auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beschwerdefone Pflege, über Fachtage oder Fachveranstaltungen beteiligen oder durch Pressemitteilungen auf diesen Tag aufmerksam machen.

vertrauensvolles Verhältnis besteht, die bei einer älteren Person zu Schädigung oder Leid führt.“³

Um auch Gewalt einbeziehen zu können, die älteren Menschen nicht durch vertraute Personen in persönlichen Beziehungen zugefügt wird, sind in Europa als Ergebnis der Diskussion keine allgemeine Definition, sondern mehrere Indikatoren von Gewalt durch das Netzwerk EUROPEAN⁴ beschrieben worden, um möglichst viele Aspekte der Praxis abzubilden:

- Physische Gewalt (*Schlagen, grob anfassen, stoßen, treten, absichtlich zu heiß oder kalt duschen...*)
- Psychische Gewalt (*beschimpfen, beleidigen, auslachen, ärgern, lächerlich machen, Schamgefühle verletzen, bedrohen...*)
- Finanzielle oder materielle Ausbeutung (*Geld oder Wertgegenstände entwenden, falsche Rechnungen ausstellen...*)
- Vernachlässigung (*nicht waschen, nicht genug zu essen oder trinken geben, auf Hilfe warten lassen, nicht lagern, Mundpflege verweigern, Wünsche ignorieren...*)
- Emotionale Gewalt (*Manipulation durch Sprache, emotionalen aggressiven Druck, Lügen...*)
- Sexuelle Gewalt (*sexuelle Nötigung, Vergewaltigung...*)
- Verweigerung von Rechten (*Verhinderung sozialer Kontakte, der Ausübung von Interessen...*)⁵.

³ WHO: A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Hauptbericht Genf 2008.

Download:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43869/1/9789241563581_eng.pdf oder www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf

⁴ „European Reference Framework Online of Elder Abuse and Neglect“ zur Erstellung einer europaweiten Datenbank, in der Methoden der Verhinderung von Gewalt und praxistaugliche Maßnahmen im Umgang mit Gewalt gegen Ältere online zur Verfügung gestellt werden sollen

⁵ Indikatoren durch das Netzwerk, Beispiele aus diversen Fachartikeln (z.B. Rabold 2007, Huhn 2014)

Die Aspekte Diskriminierung, institutionelle Gewalt und Selbst-Vernachlässigung werden noch diskutiert⁶.

In der Fachliteratur zeigte sich zunehmend die Auseinandersetzung in der sozialwissenschaftlichen und gerontologischen Forschung über die Praxis in den Institutionen des Gesundheitswesens. Ebenso öffnete sich die Diskussion über den Umgang mit Gewalt in der Pflege und deren Prävention. Vor allem in Krankenpflegezeitschriften als Medien der Praxisreflexion tauchte das Thema „Gewalt in der Pflege“ Anfang der 80er Jahre, zunächst im Zusammenhang mit psychiatrischen Pflegesituationen und -problemen, auf. Zu Beginn der 90er finden sich dann in regelmäßigen Abständen einzelne Artikel, die im Rahmen anderer Themenschwerpunkte den Blick auf die Problematik in unterschiedlichen Feldern lenken (z.B. Dr. med. Mabuse, Pflegewissenschaft-Info, Die Schwester - Der Pfleger^{7a}). 2015 widmete der DBfK^{7b} ein ganzes Themenheft Fragen zu „Gewalt in der Pflege“. Zumindest im Bereich der beruflichen Praxis zeichnet sich eine sich verstärkende und kontinuierliche öffentliche Auseinandersetzung mit Ursachen und Präventionsmöglichkeiten von Gewalt in der Pflege älterer Menschen ab.

Die Ebenen des Sozialen und des individuellen Persönlichen in der Pflege: *Entstehung von Gewalt in Pflege-Beziehungen*

Pflege ist Beziehungsarbeit. Das bedeutet für Gepflegte und auch für professionell Pflegende, dass der Ort ihrer Arbeit sowohl den räumlichen als auch den konkret körperlichen Intimbereich berührt. Hier werden automatisch von und bei beiden Beteiligten persönliche Grenzen überschritten; die Hilflosigkeit der einen erzwingt die Nähe der Hilfe leistenden Anderen, die in ihrem Handeln gleichzeitig grenzüberschreitend sein müssen. Der allgemeine gesellschaftliche Umgang

⁶ Müller-Hergel, Christian (2011) Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse): Stand der Diskussion [Mai 2011]. NRW / Witten, Landesinitiative Demenz-Service.

⁷ Verbandszeitschrift des Deutschen Bundesverbandes der Krankenpflegeberufe^{7b}(DBfK)

gibt für diese Art von erzwungener Nähe keine Handhabe, in welcher Art und Weise sich die Gepflegten und die Pflegenden gut voneinander abgrenzen können, ohne in Gefahr zu laufen, sich gegenseitig zu verletzen. Scham und Beschämung sind die Gefühle, die hervorgerufen werden und denen man nicht ausweichen kann. Nicht in jeder Pflegebeziehung reicht eine Distanz aus, die durch professionelle Kleidung und versachlichte Leistungen oder Ansprache erzeugt wird, um die Grenzüberschreitung, auch wenn sie noch so unvermeidbar und notwendig ist, ohne Spannungen auszuhalten.

Beide Beteiligten bringen dazu ihre jeweils persönlichen Vorlieben und Abneigungen, Nähe- und Abgrenzungsbedürfnisse und ihre jeweils eigenen Stile, Grenzen zu wahren oder aufeinander zuzugehen, mit. Gewalt in der Pflege ist, neben allen versuchten Definitionen, die die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen bereithalten, in der Praxis die Entscheidung zu einer Handlung, die durch Aggressionen und emotionale Überforderung der Handelnden ausgelöst wird. Ob die Überforderung selbst zu verantworten ist, sich unbewusst aufbauen konnte, durch mangelnde Handlungskontrolle erzeugt oder strukturell verankert ist, ist im Moment des Geschehens nicht relevant. Aus Sicht der Beratungspraxis im Versuch der Prävention von Gewalt in der Pflege kommt es daher darauf an, die in der Pflege Handelnden für den Moment zu sensibilisieren, in dem sie davor stehen, die Entscheidung zu treffen: ob sie ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse, die sie aggressiv machten, identifizieren, ernst nehmen und für sich konstruktiv ohne Schädigung des Anderen handeln können oder ob sie dem Impuls nachgeben und die Aggression in eine Handlung umsetzen, die in der Pflege Gewalt gegen den Gepflegten bedeutet.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Den zu erwartenden Folgen des demografischen Wandels und immer längerer Lebenserwartung mit häufigerem und längerem Pflegebedarf wurde seit Anfang der 80er Jahre zunächst mit einzelnen Überlegungen der Umsetzung für den Aufbau und die Finanzierung ambulanter und

stationärer Pflegeangebote begegnet, um institutionell für gesellschaftlichen Bedarf an Pflege für ältere Menschen Angebote zu entwickeln. Mit der Errichtung der Pflegeversicherung zum 1.1.1995 als ein Bereich der Sozialversicherung mit eigenem Gesetzesrahmen (SGB XI) wurde die Finanzierung dieses Bedarfes gesetzlich verankert. Ziel war die Absicherung älterer Menschen gegen Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko in Form einer Grundsicherung, wenn benötigte Leistungen nicht mehr selbstständig finanziert und persönlich erbracht werden können. Gleichzeitig hatte ihre Konstituierung die Verbesserung und den Ausbau der bisher vorhandenen Pflegeinfrastruktur zur Folge. Die weitere Entwicklung wurde in regelmäßigen Berichten zusammen mit dem aktuellen Stand über die pflegerische Versorgung in der BRD niedergelegt und kontinuierlich an Verbesserungen gearbeitet, wie sie nun im Zweiten Pflegestärkungsgesetz niedergelegt sind⁸.

Pflegebedürftigkeit und Höhe der bewilligten Leistungen wurde durch Pflegestufen definiert, zu denen der durchschnittliche Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) festgelegt ist und ermittelt wird. In der Anpassung des 2. Pflegestärkungsgesetzes, das ab dem 1.1.2016 in Kraft getreten ist, sollen die bisherigen Pflegestufen sukzessive durch die Anwendung von neuen Pflegegraden ersetzt werden, um die Erfahrungen mit der Diskrepanz zwischen tatsächlichen Bedarfen und Bewilligungskriterien zu verringern. Die Einstufung von Pflegebedürftigkeit und die Möglichkeiten der Unterstützungsleistungen für alle Beteiligten sollen so erleichtert werden. Besonders Aspekte der Betreuung demenziell erkrankter alter Menschen, die oftmals keinen körperlichen Pflegebedarf, aber umfassenden sozialen Betreuungsbedarf haben, werden so besser aufgefangen und abgesichert. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind z.B. in Form von der Möglichkeit der Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege etc. sowie verschiedenen Möglichkeiten der Finanzierung von Sachleistungen in Kombination mit finanzieller Unterstützung enthalten. An dieser Stelle wird aktiv die Prävention von Ge-

⁸ Abrufbar seit 21.12.2015 unter http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2424.pdf

walt versucht, indem die Belastungen pflegender Angehöriger durch bessere Zugänglichkeit der Entlastungsangebote reduziert werden können. Da dies aber derzeit in erster Linie Pflegenden demenziell Erkrankter zu Gute kommt, sind die Möglichkeit, über Entlastung auch andere Familien zu erreichen, nach oben noch offen.

Darüber hinaus sollen die Pflegesätze und die Personalschlüssel verbessert werden und ein Verfahren für die wissenschaftlich gesicherte Personalbedarfsermittlung bis 2020 bereitgestellt werden. Die Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade soll dann ab dem 1.1.2017 wirksam werden. Hilfebedürftige, deren Bedarf zwar vorhanden ist, aber nicht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI erfasst werden kann, können darüber hinaus auch heute schon die „Hilfe zur Pflege“ über Sozialhilfe nach SGB XII in Anspruch nehmen.

Rahmenbedingungen der familiären und professionellen Pflege: Die Konfrontation mit Krankheit, Vergänglichkeit und Tod als Belastungsfaktoren

Auf der Ebene der gesellschaftlichen Institutionalisierung wird so der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen begegnet und über professionelle Dienste und Einrichtungen versucht, die (angenommenen) abnehmend stabilen Familienstrukturen und der durch die soziale Mobilität zunehmend erschwerten sozialen Verbindlichkeit familiärer Beziehungen entgegenzuwirken. Dabei gerät aber aus dem Blick, dass Pflege älterer Menschen nicht nur eine Dienstleistung ist, sondern dass sie in besonderem Maße die individuelle, persönliche Sphäre der Beteiligten berührt. Die allgemeinen Fragen notwendiger Leistungen und deren Erbringung konnten durch die Organisation professioneller Pflegearbeit und Finanzierung sowohl persönlicher als auch professioneller Unterstützung beantwortet und abgesichert werden. Doch wurden die in der Umsetzung der Pflegeleistungen entstehenden Probleme auf der persönlichen Beziehungsebene nicht in der rein finanziell und logistischen Organisation der pflegerischen Aufgaben miteinbezogen. Die Pflege älterer Menschen steht aber schon durch ihre negative Perspektive und ihre

negativen Implikationen für die an ihr Beteiligten unter besonderem Druck. Hinzu kommen individuelle Belastungsmomente in den Beziehungen zwischen Gepflegten und familiär sowie professionell Pflegenden.

Das Lebensalter macht einen Unterschied für die Lage der von Pflegebedarf Betroffenen aus: außer in der Betreuung behinderter junger Menschen ist bei einem nicht chronischen Pflegebedarf durch eine akute Erkrankung oder einen Unfall je nach Ursache und Schädigung in der Regel eine Verbesserung des körperlichen Zustandes bis hin zur vollständigen Genesung zu erwarten. Während einer überschaubaren Zeit der Bedürftigkeit und Abhängigkeit von der Hilfe anderer ist die prognostische Erwartung meist positiv und das Wiedererlangen der Unabhängigkeit des Pflegebedürftigen zu erwarten. Selbst durch eine Behinderung dauerhaft eingeschränkte Menschen können mit individueller Förderung in den sozialen Alltag integriert werden. Dies bedeutet in der Regel ein erfolgreiches Arbeitsergebnis für die familiär oder professionell an der Pflege Beteiligten, durch das Momente aktueller Belastungssituationen emotional für diese zu kompensieren sind.

Je höher das Lebensalter, umso mehr nehmen Gebrechlichkeit und Einschränkungen zu, der zu erwartende Grad an Verbesserung oder die Möglichkeit einer Heilung nimmt dagegen nicht nur nach einer akuten Erkrankung, sondern grundsätzlich im Lauf der Zeit ab. Das Lebensende, Sterben und Tod nehmen zunehmend in der Perspektive der älteren Menschen Raum ein, wobei in der Regel auf dem Weg dahin die Hilfsbedürftigkeit steigt. Aus diesem Zusammenhang resultieren Belastungsmomente in der individuellen Wahrnehmung der Beteiligten an einer Pflegesituation von älteren Menschen, die für Fragen der Prävention relevant sind. Zufriedenheit, die für die Qualität und auch Fortdauer der pflegerischen Arbeit von großer Bedeutung ist, kann nicht über ein Optimierungsergebnis erreicht werden. Es bleiben die Belastungsfaktoren der Pflege übrig, für die die Fähigkeit, sie auszuhalten, nur durch andere Aspekte wie positive soziale Bindungen, Wertschätzung des Tuns, Respekt vor der geleisteten Arbeit, ausgedrückt in der Vergütung, etc., gestärkt werden können.

Die Konfrontation mit der Schwierigkeit, in Abhängigkeit von der Hilfe anderer selbstbestimmt zu leben

Zu den besonderen Belastungsmomenten in der Pflege älterer Menschen gehört auch der Widerspruch zwischen der individuellen Entscheidungsfreiheit selbstbestimmter Erwachsener über ihr Leben und dem zunehmenden Grad an Hilflosigkeit durch den Alterungsprozess bei gleichzeitig zunehmender Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Die Wünsche und Vorstellungen über den eigenen Lebensabend sind für jeden Menschen verschieden, die dafür notwendigen Ressourcen sind oftmals jedoch weder materiell noch körperlich vorhanden. Die Konfrontation mit dieser Wirklichkeit ist nicht einfach auszuhalten und kann dann in den sozialen Kontakten zum prägenden Thema der Kommunikation werden. So ist zwischen der übermäßigen Abhängigkeit von der Hilfe anderer zu eigenem Schaden durch vorzeitigen Verlust der Kräfte oder Selbstständigkeit bis hin zu schroffer Ablehnung angebotener Hilfe und Verweigerung an der Teilhabe institutioneller Unterstützungsangebote jede Verhaltensweise denkbar, mit der die Helfenden dann konfrontiert werden. Auch Fragen der individuellen Beziehungen untereinander, auf die die Pflegebedürftigkeit der älteren Menschen in der Familie Einfluss hat, sind wiederum nur im Licht der konkreten gemeinsamen Geschichte zu beantworten.

Die Konfrontation mit Beziehungsmustern zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern

An dieser Stelle ist aus Sicht der Praxis auf die fehlende Repräsentanz der „späten Familie“ in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung hinzuweisen. Der Fokus der Familie ist in der Regel auf die Kernfamilie gerichtet, deren ältere Mitglieder die Eltern von kleinsten bis jugendlichen Kindern und Adoleszenten sind. Die Familiengründungsphase steht meist als Ausgangspunkt der Betrachtung familiärer Verknüpfungen und Prozesse im Vordergrund, gefolgt von den Phasen ihrer Auflösung in der Pubertät. Diese Paar- und Eltern-Kind-Beziehungen stehen im Fokus familientherapeutischer Betrachtung.

tungsweisen. Das eigene und gegenseitige Erleben nach Jahren und Jahrzehnten selbstständigen, voneinander unabhängigen Lebens in einer Wiederaufnahme alter Beziehungsgeflechte gestaltet sich aber in neuartiger Weise. Dazu kommt als Ausgangspunkt dieser neuen Begegnung die zunehmende Umkehrung von Verantwortlichkeiten und Abhängigkeiten, und das Wissen, dass dieser neue Beziehungsaufbau am Ende aber die endgültige Trennung durch den Tod finden wird. Dies bildet sich noch unzureichend im Fokus wissenschaftlicher Theoriebildung und Forschung ab. Seit Mitte der 2000er Jahre hat sich im deutschsprachigen Raum vor allem Katharina Gröning um die Beobachtung der „späten Familie“ verdient gemacht, deren Beziehungsmuster sie als Intergenerationenbeziehungen beschreibt⁹. In einem von ihr und Annemarie Bauer herausgegebenen Band werden verschiedene Fragestellungen eröffnet, die ethische Grundlagen des Menschenbildes in den Generationenverhältnissen, die Ausgrenzung alter Menschen aus gesellschaftlichen Prozessen, familiäre Muster im Zusammenhang mit Altenpflegerischen Aufgaben und mehr beinhalten. Es werden Fragen aufgeworfen, die allen Konfliktstoff auf der Ebene der persönlichen Beziehungen zwischen den Beteiligten, Pflegebedürftigen und Pflegenden, abbilden. Da Pflegearbeit Beziehungsarbeit ist, sind diese Aspekte hinreichend zu klären, um Entlastungsangebote zu entwickeln, denn sie stellen ein besonderes Potential für Aggressionen und Konflikte zwischen den Beteiligten dar.

Die Notwendigkeit, die Grenzen der pflegebedürftigen alten Menschen zu schützen, und die geringe Auswahl geeigneter Mittel

Innerhalb der Hilfesysteme sind die derzeit einzig wirksamen Regelmechanismen auf gewaltvolle oder kritisch-konflikthafte Pflegesituationen wenige institutionalisierte Strafen, die über den direkten oder indirekten Entzug finanzieller Unterstützung greifen: Über die Qualitätsprüfung der Arbeit in Pflegeheimen wird mit den Noten der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ein

⁹ Annemarie Bauer, Katharina Gröning (Hg.) (2007): Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter. Gießen, psychosozial Verlag.

negatives Urteil abgegeben und veröffentlicht, was dann Auswirkungen auf den Ruf der Einrichtungen hat und bei ausreichend anderen Angeboten die Belegung der Heimplätze sinken lassen würde. Bei regelmäßigen Kontrollbesuchen¹⁰ bei den Empfängern von Pflegegeld, die alleine ohne fremde Hilfe pflegen, wird das Urteil „Pflege nicht gesichert“ an die Pflegekasse übermittelt, woraus dann als Sanktion „Sachleistung statt Geldleistung“ erfolgt, die Angehörigen verlieren also über den Verlust des Pflegegeldes die selbstbestimmte Verfügung über die Organisation der häuslichen Pflege, die nach außen zu ambulanten Diensten (Sachleistung) abgegeben wird.

Als Beispiel sei hier eine Familie beschrieben, in der die Tochter allein eine bettlägerige hochaltrige Mutter pflegt und dafür das gesamte Pflegegeld bekommt. Der Durchführenden des Beratungsbesuches nach §37(3) fällt auf, dass die alte Dame blaue Flecken an den Armen hat und die Tochter sie in ihrer Gegenwart unbeherrscht anschreit. Sie notiert „Pflege nicht gesichert“ in ihrer Rückmeldung an die Pflegekasse. Der zuständige Pflegeberater entscheidet, die Geldleistung durch Sachleistung zu ersetzen, teilt dies der Tochter mit, die einen Pflegedienst mit der bewilligten Grundpflege beauftragt. Dazu kommt ein Pflegedienst dreimal täglich ins Haus. Der Tochter werden zwar einzelne belastende Pflegearbeiten durch den Pflegedienst abgenommen – aber wer behütet an den restlichen Stunden des Tages und der Nächte die alte Frau davor, grob angefasst und angeschrien zu werden? Wenn die Tochter dazu den Zwang zum Eindringen des Pflegedienstes in ihre Privatsphäre als Übergriff empfindet, würde sich ihre Aggression gegen die Pflegesituation und die Mutter sogar noch steigern.

Durch die sanktionierenden Mittel werden weder die Ursachen für entstandene Gewalt in der Pflege geändert, noch schützen sie die Gepflegten davor, weiter gewaltvolle Behandlung zu erfahren. Da die Kontrollbesuche in der Regel angekündigt werden, ist auch eine realistische

¹⁰ SGB XI, § 37 Abs.3 regelt die Kontrolle des die Pflege sichernden Einsatzes des Pflegegeldes durch Beratungsbesuche zur Überprüfung, die durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden, im Internet abrufbar unter:

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_37.html

Einschätzung der tatsächlichen Pflegesituation oft nicht möglich. Eine echte Prävention von Gewalt in der Pflege sollte stärker auf die Ursachen ihrer Entstehung einwirken, anstatt sich nur auf die Bestrafung der sichtbaren Gewalt zu beschränken. Das Wissen um die durch die Belastungen auch konfliktanfällige Beziehungsebene zwischen den an der Pflege Beteiligten lässt es ratsam erscheinen, Beratungsangebote für diese Fragestellungen schon im Vorfeld der Organisation einer Pflege zur Klärung anzubieten.

Die Notwendigkeit, die eigenen Grenzen der Pflegenden zu erkennen und zu schützen, um Gewalt in der Pflege vorzubeugen

Schlagwortartig seien hier z.B. Fragen zum Umgang mit Fürsorgeerwartungen zwischen allen Familienmitgliedern für eine genauer und einvernehmlich abgestimmte Organisation einer Pflege genannt. Die Unterstützung der Reflektion von Macht, Hilflosigkeit, Schuld und Verpflichtung (z.B. „*Ich werde dich niemals in ein Heim geben, Mutter das verspreche ich dir!*“) im Vorfeld einer Entscheidungsfindung zur familiären Pflege kann für eine Familie große Erleichterung bringen und die Verteilung pflegerischer Aufgaben konfliktfreier organisieren lassen. Aber auch die Unterstützung der Selbstreflektion von professionellen Pflegekräften über ihre Rolle, ihre Selbstwahrnehmung, persönlichen Motive zur Berufswahl und ihre Erwartungen an den Beruf schon während der Ausbildung sind als Ansatzpunkte für Prävention von Gewalt in der Pflege auf der individuellen Ebene zu benennen. Die Grundlagen zu Fragen dieser Art sind für eine möglichst zielgenaue gewaltpräventive Hilfestellung vor allem für pflegende Angehörige und professionell Pflegenden weiter zu erforschen, um aus tieferen Erkenntnissen nützliche Angebote zu entwickeln.

Es besteht Unterstützungsbedarf für **alle** an der Pflege Beteiligten, seien es die Gepflegten, die familiär oder die professionell Pflegenden, der nicht nur auf die Ebene der Leistung oder Organisation abzielt, sondern die der **Beziehungen** der einzelnen untereinander thematisiert. An die-

ser Stelle setzten die Inhalte krisenorientierter Entlastungsangebote als Prävention von Gewalt in der Pflege an.

Entlastungs- und Kriseninterventionsangebote zur Prävention von Gewalt in der Pflege

Neben der zunehmenden inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Arbeit professionell Pflegenden in Wissenschaft und beruflicher Qualifizierung folgte seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre der Aufbau von Entlastungsmöglichkeiten vor allem für Gepflegte und pflegende Angehörige, aber auch für Pflegekräfte. Zunächst zeigte sich aus den Erfahrungen erschütterter Angehöriger der dringende Bedarf, erlebte Gewalt in Pflegeeinrichtungen durch Mitarbeitende anzuzeigen und handeln zu können. Eine der ersten Hilfen in Not gründete sich 1997 mit dem Verein „Handeln statt Misshandeln e.V.“ in Bonn, der ein Notfalltelefon für Pflegende bereitstellte und in telefonischer oder persönlicher Beratung und auch durch Prozessbegleitung gepflegten älteren Menschen und deren Angehörigen, aber auch Pflegekräften zur Verfügung stand. Ebenso wurden hier Fallbeispiele, Probleme, aber auch Lösungsansätze beobachtet und durch Publikationen allgemein zugänglich gemacht¹¹.

Es folgten weitere Beschwerdetelefone in München (1997), Siegen (1998), Berlin (1999) und Kiel (1999). Die Zahl der Beratungsstellen in den alten Bundesländern erhöhte sich ab 2000 auf 13, 2008 nahm die erste Beratungsstelle in einem neuen Bundesland mit einem Pflege-Not-Telefon in Brandenburg ihre Arbeit auf; in der Zwischenzeit gibt es auch in Sachsen und Sachsen-Anhalt ein Beschwerdetelefon mit Beratungsstelle. Aktuell sind in Notfällen bei Konflikt, Überforderung oder Gewalt in der Pflege 14 Beschwerdetelefone in 11 Bundesländern erreichbar, die sich in einer Bundesarbeitsgemeinschaft austauschen und kooperieren¹².

¹¹ *Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“*,
Band 0 (1. Auflage 1997, akt. 3. Aufl. 2014) bis Band 19 (2010)

¹² Im Internet abrufbar unter www.beschwerdetelefone-pflege.de

Die eigenständig beratenden Pflege-Not-Telefone bieten in unterschiedlichsten Settings mit unterschiedlichen Konzepten Hilfe für Menschen, die im Zusammenhang mit der Pflege alter Menschen Gewalterfahrungen machen, beobachten oder befürchten. Fachkräfte (z.B. aus der Sozialpädagogik, Psychologie, Psychiatrie, Krankenpflege, Gesundheitswissenschaften, Recht, Supervision, Coaching, Mediation u.v.m.) und qualifizierte Ehrenamtliche leisten sowohl telefonische als auch persönliche Beratungs- und Fallarbeit und versuchen, mit Mediationen, Familienbegleitung und anderen Mitteln zur Prävention von Gewalt Probleme zu klären und Konflikte zu schlichten.

Darüber hinaus gibt es in der Zwischenzeit auch eine Reihe von Kontakttelefonen oder Internet-Angebote einzelner Städte, Kommunen und Fachberatungsbereiche sowie einzelner regionaler Pflege- oder Demenzberatungsstellen, die einen telefonischen Notruf bereitstellen. Diese sind aber derzeit nicht in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beschwerdetelefone organisiert und eher eine Anlaufstelle für eine erste Möglichkeit zur Aussprache, Unterstützung bei der Planung der für eine Verbesserung notwendigen Schritte und leiten an entsprechende Fachstellen weiter, weniger eine weiterführende Begleitung oder Fallarbeit. Die Qualität dieser Angebote ist daher, je nach Ausgangspunkt, sehr unterschiedlich.

Pflegeberatung unterstützt bei der Prävention von Gewalt in der Pflege

Die Entstehung der Beschwerdetelefone war der Problemlage geschuldet, dass es für viele Belange häuslicher und professioneller Pflege zwar institutionelle und auch leistungsbezogene Angebote gab, in konkreten Überforderungs- oder Belastungssituationen aber keine Möglichkeiten zur Entlastung, Schlichtung von Konflikten oder Hilfe beim Beobachten oder Erleben von Gewalt für die Beteiligten vorhanden waren.

Grundsätzlich ist aber das Wissen, dass jeder Beteiligte selbst die beste Kenntnis über die eigene Situation hat und daher auch am besten weiß, was benötigt wird, in unterschiedlich organisierten und durch die öffentliche Hand unterstützten, teils eher fachlichen oder eher sozialen Angeboten umgesetzt (z.B. Demenzberatungsstellen, Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige etc.).

Die Errichtung von Pflegestützpunkten als zentrale Beratungsstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wurde 2008 mit der Pflegereform vom Bundesministerium für Gesundheit verabschiedet. Ab Januar 2009 stand für die Länder eine Anschubfinanzierung von etwa 60 Mio. Euro bereit, um entsprechende Beratungsstellen einzurichten. Bis Ende 2010 wurde in einem Pilotprojekt zusammen mit dem KDA (Kuratorium Deutscher Altenhilfe) Erfahrungen im Bereich der Pflegeberatung gesammelt. Die Einrichtung der einzelnen Pflegestützpunkte wurde danach länderweit sehr unterschiedlich angegangen¹³. Dazu beteiligen sich die Pflegekassen in unterschiedlichem Maßstab, unterschiedlicher Höhe und unter unterschiedlichen Gesichtspunkten an der Finanzierung einzelner Beratungsbereiche zur Pflege älterer Menschen. So werden beispielsweise in Brandenburg die Beratungen der Pflegestützpunkte im Bereich Sozialberatung von Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes, im Bereich der Pflegeberatung von Mitarbeitenden einer Pflegekasse in Kooperation durchgeführt; in anderen Ländern gibt es andere Verteilungen der Beratungsaufgaben. Bis heute ist der Umfang der Angebote unterschiedlich; Pflegestützpunkte als kenntnisreiche Begleiter und Vermittler zu allen Fragen von Leistungen zur Pflege und Möglichkeiten ihrer Organisation sind je nach Bundesland unterschiedlich aufgestellt. So stellt beispielsweise das Land Berlin in 8 Pflegestützpunkten Beratungsangebote zur Verfügung; das Land Brandenburg hält in 19 Landkreisen und kreisfreien Städten flächendeckend ein Beratungsnetz der Pflegestützpunkte bereit; in Thüringen sind nur zwei Pflegestützpunkte eingerichtet worden, da das Land Pflegeberatung in anderen Kontexten etablieren will. Im Gegensatz dazu sind in Baden-Württemberg mit dem Ziel größtmöglicher Wohnortnähe mehr als 40 Pflege-

¹³ Im Internet abrufbar unter www.gesundheits-und-pflegeberatung.de

stützpunkte erreichbar. Diese großen Unterschiede zwischen den Ländern sind dem jeweiligen Verständnis, vorhandenen Angeboten und der Organisation im Umgang mit pflegerelevanten Bereichen geschuldet.

Dabei ist aber in der eher leistungsorientierten Beratung der meisten Pflegestützpunkte nicht angelegt, präventiv gegen Gewalt bei überforderten Pflegenden in der Häuslichkeit und in professionellen Settings zu wirken. Auch kann hilflosen, aber unzufriedenen Gepflegten und ihren Angehörigen kein Angebot gemacht werden, das eine direkte emotionale Entlastung mit fachlicher Expertise zur Klärung, Schlichtung oder Reorganisation der Situation bereitstellt. Die neutrale Beratung zu Pflegeleistungen und die Unterstützung bei allen Fragen zu pflegerischen Belangen steht in der Pflegeberatung der Pflegestützpunkte im Vordergrund.

Aber auch die Verteilung und Besetzung der Beschwerdetelefone bei Konflikten oder Gewalt in der Pflege ist ähnlichen Unterschieden unterworfen wie die der Pflegestützpunkte: die Beschwerdetelefone haben in allen Bundesländern, die derzeit die Prävention von Gewalt in der Pflege in ihrem gesetzlichen Kanon aufgenommen haben, eine strukturelle Absicherung, alle anderen arbeiten zum Teil rein ehrenamtlich mit den Mitteln, die sich finden lassen. In den gesetzlich verankerten Beratungsangeboten zur Konfliktklärung und Gewaltprävention ist es daher eher möglich, mit qualifizierten hauptamtlich Beschäftigten mit ehrenamtlichen Unterstützung weit reichende Entlastungs- und Schlichtungsangebote vorzuhalten. Pflegenottelefone mit nur eingeschränkter oder fehlender Absicherung der Finanzierung leisten Erstberatung und Vermittlung an weitere Hilfsangebote komplett durch qualifizierte Ehrenamtliche. Oft können allenfalls durch stundenweise aus anderen Zusammenhängen freigestellte hauptamtliche, oder für eine langfristige Wirksamkeit durch Projektfinanzierungen in begrenzten Zeiträumen nur eingeschränkt eingesetzte Mitarbeitende gerade punktuell agieren. Da in Deutschland derzeit über 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig sind und von diesen 71% zu Hause versorgt werden, wobei von diesen wiederum 70% ohne Hilfe von außen gepflegt werden, ist bei durchschnitt-

lichen Pflegezeiten von zwei bis über 10 Jahren davon auszugehen¹⁴, dass Überforderung und Aggressionen durch die pflegerischen Aufgaben in Familien bei der Pflege ihrer älteren Angehörigen entstehen. Ob daraus gewaltvolle Handlungen resultieren oder Wege gefunden werden, mittels Unterstützungsangeboten der Gewaltprävention konstruktive Lösungen für eine überlastende Pflegesituation zu finden, wird in der zukünftigen Bereitstellung von adäquaten Angeboten in angemessenen Settings abhängen. Dazu sollten auch Angebote in Erwägung gezogen werden, die eben den Umgang mit pflegerischen Aufgaben mit der Beziehung der Beteiligten im Vorfeld klären, anstatt sich auf die Bearbeitung der Folgen von eskalierten Pflegesituationen in der Häuslichkeit und im professionellen Bereich zu beschränken.

Was braucht Gewaltprävention in der Pflege? Nutzung vorhandener Angebote durch verbesserten Zugang für die Betroffenen erleichtern

Die Erfahrungen der letzten 25 Jahre, die im regelmäßigen Austausch der BAG der Beschwerdetelefone seit 1999 diskutiert wurden, zeigen, dass die Schwelle zur Nutzung von Beratungsangeboten wie das der Beschwerdetelefone relativ hoch liegt. Denn Schamgefühle und Hilflosigkeit verhindern oft, die an sich Erleichterung versprechende Hilfe auch zu suchen und anzunehmen. Wenn die Schwelle der Scham einmal überwunden wurde, ist die entstandene Beziehung im ersten Kontakt für den weiteren Verlauf der Unterstützung von Bedeutung; eine rein sachlich orientierte Weiterleitung in Settings anderer Beratungsbereiche ist schwer, da das einmal aufgebaute Vertrauen in die Beratenen nicht ohne Weiteres auf Dritte übertragen werden kann, auch wenn sie ggf. zu fachlichen Aspekten einer Pflegesituation zielgenauer beraten oder praktische Hilfen bereitstellen könnten. Überforderung führt zu Aggressionen, und je länger ein pflegender Angehöriger, ein Gepfleger oder ein Pflegeprofi eine belastende, aggressiv aufgeladene Situation aushalten muss, umso eher droht die Gefahr einer gewaltsamen Entla-

¹⁴ Pressemitteilung Nr. 094 vom 12.03.2015 mit Zahlen von 12/2013, Statistisches Bundesamt, im Internet abrufbar unter www.destatis.de

dung. Die Entlastung der Überforderungssituation, für die die jeweils passenden Beratungsangebote hilfreich und nützlich sind, kann aber erst stattfinden, wenn die emotionale Entlastung in der aggressiven, konfliktreichen oder bedrohlichen Situation aufgebaut werden konnte.

Hier wäre ein stabiles Beratungsangebot, das nicht nur punktuell in einzelnen Regionen oder Orten, sondern flächendeckend erreichbar ist, als Prävention von Gewalt in der Pflege von großem Nutzen. Überforderte Angehörige wenden sich oft, um sich ihren aggressiven Gefühlen nicht stellen zu müssen, zunächst an Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkte wenden. Hinter der scheinbaren Suche nach praktischen Lösungen für ein Problem verbirgt sich aber eigentlich ein gravierender Konflikt. Daher ist die kommunikative Kompetenz im Umgang mit durch praktische Fragen verschleierte Aggressionen, Ängsten und Schamgefühlen von großer Bedeutung. Hat sich ein Mensch erst einmal über sachliche Fragen an eine Stelle der Pflegeberatung gewandt, kann die Weiterleitung an eine Konflikt- oder Spezialberatungsstelle zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege aus Scham eine zu hohe Hürde für die Ratsuchenden darstellen. Viele Mitarbeitende der Pflege-Not-Telefone, die fachlich qualifiziert hauptamtlich arbeiten, setzen daher in den vergangenen Jahren auf Multiplikatoren, in dem sie auf Veranstaltungen, durch Öffentlichkeitsarbeit, Veröffentlichungen und Kooperationen mit den großen Beratungsstellen wie der Alzheimergesellschaft, kommunalen Demenzberatungen, Hospizdiensten oder Ehrenamtsagenturen, den Pflegestützpunkten und anderen kommunalen Fachbereichen sowie dem Opferschutzbereich, Sozialpsychiatrischen Diensten etc. kooperieren und ggf. auch Schulungen anbieten. Hier wird nicht nur das Angebot der Beschwerdetelefone vorgestellt, sondern auch über das Vorkommen von Gewalt in der Pflege, Ursachen, wie man sie erkennt und wie man ihr vorbeugen kann, informiert und auch eingeladen, hinzusehen und die Betroffenen zur Nutzung der Angebote der Spezialberatungen einzuladen. Es gibt auch viele örtlich gebundene hoch qualifizierte Ehrenamtliche, die zur Klärung von Rechts-, Pflege- und Konfliktfragen einen wichtigen Beitrag leisten, die durch eine gezielte Information und Weiterbildung im Bereich der Gewaltprävention in der Pflege Angehörige und Gepflegte entlasten können.

Um Menschen, die weder eine Pflege- noch eine Konfliktberatung in Anspruch nehmen können, wollen, oder vor Ort keine Möglichkeiten zu einer Fachberatung finden, den Zugang zu wichtigen und entlastenden Informationen zu ermöglichen, hat das Bundesfamilienministerium (MFSFJ) 2011 ein Pflegetelefon eingeführt, das zu Fragen der Pflege durch qualifizierte Mitarbeitende klärende Gespräche anbietet, bundesweite Kontaktadressen von Beratungsstellen zu Pflege Themen und anderen wichtigen Partnern bereitstellt und viele Informationen in einem Internetportal zum Abruf bereithält¹⁵. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hier auch in der Beratung zu Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Es gibt ein breites Know-how, dass genauso aus einem reichen Schatz an Erfahrungen wie hochqualifizierter fachlicher Expertise besteht und in jedem Bundesland unterschiedlich strukturiert und zugänglich ist. Dieses schneller, zielgenauer und einfacher für die Gesamtgesellschaft zugänglich zu machen, kann eine der weiteren Aufgaben der Prävention von Gewalt in der Pflege sein. Allerdings ist das Problem, vorhandene Angebote auch zu nutzen, nicht allein in der Bereitstellung oder besseren Verknüpfung des Vorhandenen zu lösen. Gleichzeitig gilt es, die Mechanismen zu erfassen, die die Einzelnen daran hindern, rechtzeitig Unterstützung in Anspruch zu nehmen und die ihnen zugänglichen Informationen zu nutzen.

Neben den bundesweiten Angeboten von Pflegeberatung in den Ländern und den Beratungsangeboten der Pflegekassen haben sich verschiedene Zusammenschlüsse und Arbeitsgemeinschaften auf den Weg gemacht, in ihrer Arbeit Informationen, Materialien, Kontakte und mehr anzubieten, um in einer Pflegesituation befindliche Menschen mit Antworten auf Fragen des Bedarfes zu unterstützen. Seit der breiten Zugänglichkeit des Internets, das in der Zwischenzeit auch vielen Älteren zur Verfügung steht, und in der Regel zumindest durch die jüngeren, pflegenden Angehörigen nutzbar ist, lassen sich diverse medizi-

¹⁵ Beratungsangebot des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Internet abrufbar unter www.wege-zur-pflege.de/startseite.html

nische, pflegfachliche, rechtliche und praktische Fragen ebenfalls mit Informationen beantworten und auch weitere Hilfestellungen finden ¹⁶.

Gewalt in der Pflege in den professionellen Berufsgruppen thematisieren

Auf der Seite der professionell Pflegenden haben die seit den 80er Jahren erlangten Erkenntnisse der Pflege-, Gesundheits-, Sozialwissenschaften und den Public-Health-Studien der Human- bzw. Sozialmedizin Eingang in die professionelle Ausbildung sowohl von Pflegekräften, als auch Medizinern und Sozialarbeitenden gefunden und die Beobachtung von Gewalt in der Pflege zum Thema in Bezug auf Qualitätssicherung der Arbeit gemacht. So gehört nicht nur „Gewalt in der Pflege“ in den Ausbildungskanon von Pflegeschulen, es bestehen auch in einzelnen Ländern die Verpflichtung von Einrichtungen der Pflege, ihren Mitarbeitenden regelmäßig mit Fortbildungsangeboten die thematische Auseinandersetzung zur Prävention in der alltäglichen Arbeit anzubieten. Der Umfang der Bedingungen, die zu Gewalt in der Pflege beitragen, ist aber nicht nur über Arbeitsaspekte oder strukturelle Rahmenbedingungen zu erfassen, sondern muss auch die einzelnen Motive der Tätigen in der Pflege und ihre individuelle Situation als ein möglicher Teil belastender Faktoren systematisch in den Blick nehmen.

Dazu kommt, dass die Rahmenbedingungen professioneller pflegerischer Arbeit weder Handlungsspielräume der Gestaltung der eigenen Arbeit noch Entlastungsmöglichkeiten beinhalten, wenn der Druck der Arbeitsbelastungen steigt. Durch die engen personellen und finanziellen Vorgaben ist der tatsächliche Arbeitsanfall, um überhaupt ausreichend zu pflegen, nur zu eigenen Lasten, durch unbezahlte Überstunden, Erledigungen im Alleingang, wo zur körperlichen Entlastung mindestens zwei Personen tätig werden müssten, und viele Erschwernisse mehr, zu bewältigen. Die unverhältnismäßig geringe Bezahlung, die genauso zum Gefühl, nicht wertgeschätzt zu werden, beiträgt wie die oft

¹⁶ Zum Beispiel psychologische Emailberatung bei Problemen der häuslichen Pflege, im Internet abrufbar unter www.pflegen-und-leben.de

unrealistischen Erwartungen von Gepflegten und deren Angehörigen, die z.B. von einer Eins-zu-Eins-Betreuung ausgehen, anstatt die „zwei Fachkräfte auf 20 Bewohner, davon 10 demenz“ – Wirklichkeit anzuerkennen, führen insgesamt dazu, dass viele Pflegekräfte sich selber als Opfer „gewalt“-igen Drucks erleben und dadurch unter hoher Belastung die Selbstwahrnehmung und Selbstkritik nicht mehr leisten können, die ihnen eine bewusste Entscheidung gegen eine Gewalthandlung abverlangen würde. Statt dessen nehmen sie dann das Entladen des emotionalen Drucks in einer gewaltvollen Handlung in Kauf.¹⁷

Die Bereitschaft professionell Pfleger, sich unter den belastenden Arbeitsbedingungen selbst als Opfer zu sehen, verhindert eine selbstbewusste Auseinandersetzung mit den Ursachen von Überforderung und Aggressionen, und dadurch auch ein selbstbewusstes Aushandeln um förderlichere Bedingungen in den vorhandenen Strukturen. Initiativen wie die Forderung des Deutschen Berufsverband für Krankenpflegeberufe (DBfK) nach Pflegekammern in den Ländern für eine selbstständige Berufsvertretung zur Sicherung und Verbesserung der Qualität und Inhalte pflegerischer Arbeit drücken das Bemühen aus, die eigene professionelle Rolle selbstbewusst auszufüllen. Auch die sehr kontrovers geführten Auseinandersetzungen der Berufsgruppe über die geplante Zusammenlegung der bis dato unterschiedlich ausgerichteten Ausbildungen (von der Kinderkranken- über die Gesundheits- und Kranken- bis hin zur Altenpflege) zu einer gemeinsamen Berufsausbildung¹⁸, die 2018 beginnen soll, zeigen das Bestreben, den Beruf der Pflege inhaltlich aufzuwerten. Dazu zählen auch die seit Ende des 20. Jahrhunderts öffentlich diskutierten Überlegungen zu einer Akademisierung der Pflegeberufe. Über die jeweiligen Vorschläge und Pla-

¹⁷ Hier sind nicht nur physische Übergriffe im Affekt, sondern alle Handlungen gemeint, die eingangs in den Indikatoren, wie die INEPA sie vorschlägt, genannt wurden, d.h. Gewalt in der Pflege beginnt auch in einer Grenzüberschreitung z.B. durch Respektlosigkeit in der Anrede, ungefragt den Raum zu betreten etc.

¹⁸ In Internet dazu die Mitteilung der Bundesregierung zur Reform der Pflegeberufe unter:

www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html

nungen besteht nach wie vor keine Einigkeit, ein großer Diskussionsbedarf und der Bedarf, alle Interessen inhaltlich aufeinander abzustimmen und möglichst einwirken zu lassen.

Auch ohne notwendige Reformen der Rahmenbedingungen für pflegende Berufe gibt es Bestrebungen, die Selbstwahrnehmung als Pflegekraft in den Vordergrund zu stellen und die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, ohne dabei die strukturellen Bedingungen auszublenden, die in ihrer Wirkung durchaus die Beschreibung „strukturelle Gewalt“ verdienen. So hat der DBfK einen Praxisband zu „Gewalt in der Pflege“¹⁹ veröffentlicht, in dem umfassend und punktgenau sowohl strukturelle als auch individuelle Ursachen für das Entstehen von Gewalt in der Pflege herausgearbeitet werden, und gezielte Vorschläge und Anregungen zu präventivem Handeln gegeben werden, um die Selbstverantwortung bei den Pflegekräften selbst zu bestärken und nicht nur dem institutionellen Rahmen Lösungen zu überlassen.

Prävention kann hier ansetzen, indem die aus der Berufsgruppe selber formulierten Ansatzpunkte aufgegriffen werden und innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen durch Ausbildung, Fort- und Weiterbildung verankert und umgesetzt werden. Unverzichtbar ist aber vor allem die Bereitstellung von Räumen der Selbstreflexion in Form von Supervision oder Teamcoachings, die den professionell Pflegenden die notwendige Auseinandersetzung ermöglichen kann. Ohne den Willen, in den Rahmenbedingungen Strukturen zu schaffen, die sich individuell für die Einzelnen umsetzen lassen, ihre Arbeitsqualität zu verbessern, aber auch ihre eigenen Handlungsspielräume zu erweitern, wird es unter dem zunehmenden Druck, den der demografische Wandel durch länger lebende, schwer pflegebedürftige Menschen in die Einrichtungen bringt, schwerfallen, das eigene Verhalten konstruktiv weiterzuentwickeln.

¹⁹ *Siegfried Huhn* (2015): Praxisheft Gewalt in der Pflege: Von Tabus befreien und Verantwortung übernehmen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Nordost e.V., Berlin.

Das Tabu von Gewalt in der häuslichen Pflege aufbrechen und familiär und professionell Pflegende durch spezielle Angebote entlasten

Der Situation der Grenzverletzungen durch erzwungene Intimität ist in der häuslichen Pflege weitaus schwieriger zu begegnen. Zum einen ermöglicht die familiäre Bindung durchaus mehr Nähe als eine professionelle Pflegebeziehung. Zum anderen liegen aber gerade in dieser Bindung auch diverse Bedingungen für Konfliktpotentiale. Sie können den Umgang mit der Belastung, die Pflege als Tätigkeit bedeutet, erschweren und zu Überforderung und Aggressionen zwischen den Beteiligten beitragen. Kinder, die für ihre ehemals verantwortlichen Eltern nun die Verantwortung übernehmen müssen, Ehepartner, die ihre Rollen tauschen müssen, das Aufbrechen alter Konflikte, denen die räumliche Trennung bei Auszug der Kinder aus dem Elternhaus die notwendige Distanz verschaffte, um nicht zu eskalieren, und die nun in voller Macht durch die Nähe der Pflege wieder ihre Wirkung entfalten, das alles kommt zu den Momenten, die die Kontrolle der Pflegenden über die Situation einschränken und sie belasten. Die nicht abschätzbar lange Pflegedauer, die zunehmend eine immer umfassendere Betreuung erfordernde Pflegesituation, die Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, eigene familiäre Verantwortlichkeiten für minderjährige Kinder, die Belastung der Partnerschaft durch die Überforderung aus der Pflegesituation, Vereinsamung durch den Zeitaufwand für die Pflege der Angehörigen, bis hin zu Erschöpfung und Erkrankung als Folge langer Zeiträume der Pflege ohne ausreichende Entlastungsmöglichkeiten, dies beschreibt beispielhaft die Vielzahl an Belastungsfaktoren, denen pflegende Angehörige ausnahmslos ausgesetzt sind. Auch Konflikte mit anderen Beteiligten wie Geschwistern oder ambulanten Pflegediensten über die Qualität oder den Umfang von Pflegeleistungen führen dazu, dass pflegende Angehörige unter starken Druck geraten und sich überfordert fühlen.

Unter dem hohen gesellschaftlichen Erwartungsdruck, die Schuld elterlicher Fürsorge nun mit kindlicher Pflegebereitschaft zu beantworten, ist es schwer, bei allen Anforderungen noch die Möglichkeit zu finden,

sich mit den eigenen Grenzen und dem eigenen Vermögen zur Bereitstellung der pflegerischen Unterstützung offen auseinanderzusetzen.

Ein Aspekt des ungleichen Machtgefälles in Pflegebeziehungen ist allerdings auch, dass je nach körperlichem Vermögen und Einstellung zur eigenen Gebrechlichkeit die zwar faktisch schwächeren Gepflegten auf der Beziehungsebene jedoch sowohl durch verbale als auch körperliche Aggressionen versuchen, dieses Gefälle zu kompensieren. Verschiedene Muster von Gewalt gegen pflegende Angehörige oder Pflegekräfte sind dann die Folge, was zumindest so häufig vorkommt, dass der Blick von dem Fokus der Überlegungen zu Fragen der Gewalt von pflegenden Angehörigen einmal darauf gelenkt werden soll. Von professionell Pflegenden, aber auch von Angehörigen wird dies oft als sehr großer Belastungsfaktor der Pflegearbeit benannt und ist in seiner Wirkung als Belastungsfaktor für die Entstehung von Gewalt nicht zu unterschätzen. Fragen zum Umgang mit diesem Gewaltproblem sprengen jedoch den Rahmen der Überlegungen zur Verhütung von Gewalt durch Pflegende an älteren Menschen.

Krankenkassen und Fachberatungsstellen versuchen seit Beginn der 2000er Jahre, mit Angehörigenkursen und Informationsveranstaltungen zu allen Fragen der häuslichen Pflege, seien es die Vorstellung von Hilfsmitteln über Wissen zu Krankheitsbildern und deren Behandlung bis hin zu Modellen der Angehörigenschulung als Vorbereitungen auf die Belange der häuslichen Pflege anzubieten²⁰. Es gibt aber diverse Barrieren, die die rechtzeitige Nutzung vorhandener Entlastungsangebote verhindern, dazu kommen die jeweils individuell begründeten sehr unterschiedlichen Haltungen aller Beteiligten, die eine Öffnung der

²⁰ beispielsweise „PfiFF: Pflege in Familien fördern“, ein Projekt der AOK Nordost in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern (im Internet aufzurufen unter www.aok-pfiff.de). Dieses Angebot basiert auf dem Modell „Familiale Pflege“ der Universität Bielefeld, das durch die AOK Rheinland und die AOK Nordwest unterstützt wird, es beteiligen sich inzwischen über 400 Krankenhäuser in NRW seit 2004 (Im Internet abzurufen unter www.uni-bielefeld/erziehungswissenschaft/ag/7/familiale_pflege/dokumente/Programmbeschreibung-2015.pdf)

familiären Situation in der Pflege nach außen erschweren können. Die auf der vorigen Seite angeführten Projekte des Modells „Familiale Pflege“ in Nordrhein-Westfalen reagierten direkt auf in der klinischen und familiären Wirklichkeit entstehende Bedarfe und setzen diesen an der tatsächlichen Alltagspraxis pflegender Familien orientierte Angebote entgegen. Die Reaktionsfähigkeit auf den tatsächlichen Bedarf in den jeweiligen Pflegesettings durch fundiertes Eruiieren der Lage in Familien und Heimen zu erhöhen, kann ein weiterer Aspekt zukünftiger Prävention von Gewalt in der Pflege sein, indem die Bedingungen, unter denen sie oft reaktiv stattfindet, verbessert werden. Dadurch werden gleichzeitig emotionale Hemmschwellen wie Furcht vor Kontrolle, eigene Belastungen als Schwäche nicht preisgeben wollen oder seine Funktionsfähigkeit demonstrieren zu wollen, statt um Hilfe zu bitten, die das Umsetzen teilweise bekannter Informationen zu Entlastungsangeboten verhindern, umgangen. Wenn die Pflege als praktische Leistung ein Stück weit aus dem emotional-persönlichen familiären Beziehungsrahmen herausgelöst werden kann, kann das den Angehörigen den Umgang mit den Bedarfen erleichtern.

Besondere Momente der Belastung ergeben sich für die häusliche Pflege auch durch die Krankheiten des höheren Lebensalters. Demenzielle Erkrankungen haben nicht nur wie bei der Alzheimerdemenz eine konkrete Krankheitsursache, sondern können auch infolge eines hirnrorganischen Schadens durch Störungen der Durchblutung auftreten. Da Störungen der Durchblutung ein bestimmender Faktor für Alterungsprozesse ist, folgt eine höhere Rate an Demenzerkrankten der Erhöhung des Lebensalters; hochaltrige Menschen über 85 Jahre sind zu 40% von einer demenziellen Erkrankung betroffen²¹. Diese Erkrankung erzeugt vor allem einen Verlust des Gedächtnisses und der Persönlichkeit, woraus auch die abnehmende Fähigkeit, verständlich zu kommunizieren und am Leben mit anderen Menschen teilzuhaben, einhergeht. Dadurch wird die Belastung für die pflegenden Angehörigen besonders

²¹ Informationsblatt zur Häufigkeit einer Demenzerkrankung, im Internet abrufbar unter:
www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_daszg.pdf

hoch. Hier leisten die Alzheimergesellschaft und die Demenzberatungsstellen seit Jahrzehnten unverzichtbare Arbeit durch Aufklärung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Auch die Entwicklung von anderen Modellen des Lebens und der Versorgung alter und kranker Menschen in Demenz-WGEn wurde „von unten“ aus den Bedarfen und Erfahrungen pflegender Angehöriger auf den Weg gebracht. Ein unterstützender Umgang durch die Verbesserung der Zugänglichkeit und die Erhöhung von Leistungen für die Pflege demenziell Erkrankter findet sich sowohl im ersten Pflegestärkungsgesetz über Leistungsangebote, als auch im zweiten Pflegestärkungsgesetz in der Beschreibung der Pflegegrade wieder. Durch die besonders hohen Belastungen durch die Pflege bei demenziellen Erkrankungen für die pflegenden Familien stellt die verbesserte Unterstützung auch einen Aspekt von Prävention der Gewalt in der Pflege dar.

Dem Tabu des Alterns als Prozess gefürchteter passiver Ohnmacht durch aktive Gestaltung entgegenwirken

Der demografische Wandel bringt mehr ältere Menschen, die länger leben und daher länger in pflegebedürftigen Lagen sind, mit sich, denen gleichzeitig weniger jüngere Menschen, die Pflegearbeit leisten können, zur Verfügung stehen. Aktuell zeigt sich diese Entwicklung im zunehmenden Fachkräftemangel, da nicht mehr genug junge Menschen da sind, um in der Pflege arbeiten zu können (und die es unter den schwierigen Rahmenbedingungen der mangelnden Wertschätzung, die sich in der schlechten Bezahlung ausdrückt, auch nicht wollen). Dieser Prozess findet aber auch in der Beschreibung der „Sandwichgeneration“ für die familiär Pflegenden seinen Ausdruck, da die hochaltrigen Pflegebedürftigen zunehmend von Verwandten mit noch nicht erwachsenen Kindern, für die sie gleichzeitig verantwortlich sind, gepflegt werden, so dass sie zwischen beiden Verantwortungsbereichen aufgerieben werden.

Wie eine Pflegesituation sich aber im Einzelnen gestaltet, hängt nicht nur von der Schwere und Art möglicher Erkrankungen ab, die die Pfl-

gebedürftigkeit hervorrufen. Auch die Bereitwilligkeit und Potentiale der Angehörigen in ihrem Alltag, zu pflegen, oder den finanziellen Möglichkeiten, umfassende Pflegeleistungen zu bekommen, sind Faktoren, die eine wichtige Rolle spielen, wie gut eine Pflege organisiert werden kann. Das eigene Altern aktiv zu gestalten ist eine Aufgabe, die im gesellschaftlichen Diskurs derzeit unzureichend behandelt wird. Denn in der öffentlichen Wahrnehmung werden allenfalls mobile Senioren, die ihre nun von beruflichen Verpflichtungen freie Zeit mit vielfältigen Aktivitäten, von der Weltreise über den Opernbesuch bis zum Sportkurs, verbringen, präsentiert. Zwischen der Norm des aktiven Alterns und dem Unterstützung benötigenden, hilfebedürftigen Menschen, der seine Kräfte und Sinne unaufhaltsam verliert, klafft der Graben zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Das erfüllte Leben alter Menschen an ihrem körperlichen Aktivitätsgrad zu messen, ist für die wenigsten Senioren eine angemessene Beurteilung, es lässt die Vielfalt an Erfahrungen²², gelebter Geschichte und persönlichen Entwicklungen außer Acht und führt dazu, dass die gegenüber der Norm des aktiven Alters erlebten Schwächen und Bedürftigkeit nicht offen besprochen werden können und Schamgefühle und die Abgrenzung nach außen das selbstbestimmte Gestalten des Alltags verhindern. In allen Fachberatungsbereichen, von Pflegestützpunkten bis zu Demenzberatungsstellen, wird angeregt, durch Vorsorge Verantwortung für die selbstständige Gestaltung möglicher Pflegebedarfe zu übernehmen. Dies beginnt beim Erstellen einer Patientenverfügung über die Möglichkeit, im Gespräch mit den Angehörigen ei-

²² Erik H. Eriksons Modell des menschlichen Lebenszyklus in acht Phasen, in denen der Mensch je nach Lebensalter verschiedene Lernaufgaben für seine vollständige Entwicklung zu bewältigen hat, beschreibt in der letzten Phase als Lernaufgabe des alten Menschen das Finden der eigenen Identität, deren Aspekte er in den vorigen Phasen seines Lebens erfahren hat, und in dieser Annahme seiner selbst auch mit allen Beeinträchtigungen des Alters seine Zufriedenheit und ein Bejahen des eigenen Lebens in sich findet. Diese Integrität ist umfassend und ermöglicht die Akzeptanz des körperlichen Zustandes und dadurch auch die realistische Einschätzung der notwendigen Hilfe, die anzunehmen das Leben notwendig macht. (nach *Erik H. Erikson* (1988): *Der vollständige Lebenszyklus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.)

ne mögliche Pflegesituation durchzuspielen und geht bis dahin, Vorsorgevollmachten oder Betreuungen aufzusetzen oder vorzubereiten. In der Praxis fehlen diese zur selbstbestimmten Gestaltung einer Pflegesituation dringend notwendigen Dokumente erschreckend häufig. Dadurch fehlt zum einen eine eigene Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, die im Prozess des Alterns gegeben sind, was dann in einer akuten Situation häufig zu großer Unzufriedenheit führt und dem Erleben, hilflos und ausgeliefert zu sein. Dies hat wiederum Konflikte mit den familiär oder professionell Pflegenden zur Folge, deren Überforderung durch die Erwartungen der Pflegebedürftigen steigt und Aggressionen zwischen den Beteiligten erzeugt.

Prävention von Gewalt in der Pflege beinhaltet also auch einen Aspekt der Selbstverantwortung für die Gestaltung des eigenen Alters, in der auch Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit reflektiert und der Umgang damit gestaltet werden. Der Bund stellt dazu viele Materialien zur Verfügung, die postalisch zu bestellen oder im Internet abzurufen sind. Trotzdem werden sie zu selten von den Betroffenen genutzt. Es wäre sinnvoll, konkrete Überlegungen zu Wegen anzustellen, wie ältere Menschen auf die Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten aufmerksam werden können, die Gestaltung ihrer möglichen Pflegebedürftigkeit abzusichern. Analog präventiver Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, wie z.B. das aktive Angebot von Reihenuntersuchungen zu bestimmten Erkrankungen des mittleren Lebensalters wie Prostata- oder Brustkrebs, das über die Krankenkassen an alle Menschen einer bestimmten Altersgruppe übermittelt wird, oder den Hausbesuchen eines Mitarbeitenden des Jugendamtes in einer Familie kurz nach der Geburt eines Kindes, in dem auf Entlastungsmöglichkeiten und Beratungsstellen für in der Zukunft mögliche Probleme vorgestellt werden, wäre auch ein Beratungsbesuch zu Fragen der Vorsorge und Pflege bei Eintritt in ein bestimmtes Lebensalter denkbar.

Prävention von Gewalt in der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Ein Problem, das sich in der Praxis der Beratung bei Konflikten und Gewalt in der Pflege immer wieder stellt, ist das Fehlen einer Instanz, die den Schutz alter Menschen nicht erst hoheitlich durch einen Polizeieinsatz nach dem Vorkommen einer physischer Gewalthandlung vornimmt, sondern ein Eingreifen zum Schutz vor drohender Gewalt ermöglicht. Auch hier wird oft in Analogie die Idee der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen wie im Kinder- und Jugendschutz angesprochen: die für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt oder gewaltvollen prekären Verhältnissen gegebenen Möglichkeiten für den Einsatz des Jugendamtes durch Besuche durchzusetzen, oder die Verpflichtung zur aktiven Teilnahme unterstützungsbedürftiger Eltern und Kindern an Schulungen, therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Maßnahmen und mehr zu gestalten, bis hin zur staatlichen Inobhutnahme der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen oder Settings außerhalb der eigenen Familie, dies sind alles vorhandene und gesetzlich geregelte Eingriffsmöglichkeiten zum Schutz schwächerer, abhängiger Minderjähriger.

Nun ist ein durch Krankheit hilfloser alter Mensch im Gegensatz zu einem Kind oder Jugendlichen ein mündiger Erwachsener, der alles Recht auf Selbstbestimmtheit besitzt, was bis hin zum Tolerieren selbstschädigender Verhaltensweisen wie „dem Recht auf Verwahrlosung“ geht - was für die Mitarbeitenden in den Hilfesystemen der Sozialämter, Krankenkassen und Betreuungsbehörden oft schwer auszuhalten ist. Das Recht auf Selbstbestimmung ist unantastbar. Wie kann man aber einem Menschen, der aufgrund seiner körperlichen Einschränkung die Fähigkeit verliert, seine Selbstbestimmtheit gegenüber anderen durchzusetzen und unter Gewalt leidet, Schutz zukommen lassen? Gibt es Bedingungen, unter denen das Recht auf körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit so viel wiegt, dass sein Schutz das Recht auf Selbstbestimmung übersteigt? Wann ist die Wahrung der Menschenwürde nicht mehr gegeben, und wer hat die Möglichkeit,

dann aktiv für einen hilflosen, pflegebedürftigen Menschen einzutreten?

Eine Initiative des Rechtsanwaltes Alexander Frey, der in der Pflegeberatung aktiv Gepflegte und ihre Angehörigen unterstützt, hat für den Bereich der professionellen Pflege eine Verfassungsbeschwerde angestrengt, die die „...Verletzungen der Schutzpflichten der öffentlichen Gewalt gegenüber den Bewohnern von Pflegeheimen in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund der weitgehenden Untätigkeit...“ anklagt. In den Medien ist seit dem Jahre 2014 außer einer unterstützenden Petition von pflegenden Angehörigen mit knapp 1000 Unterzeichnenden nichts Neues berichtet worden, in der Zwischenzeit hat das Bundesverfassungsgericht die Beschwerde erst einmal abgewiesen. Darüber hinaus erwägt der Rechtsanwalt, sich an den Europäischen Gerichtshof zu wenden. Dazu sind seit einer dazu aufgerufenen Petition im Januar 2014 keine weiteren Informationen verfügbar²³

Anhand dieser Beschwerde wird jedoch deutlich, dass die Rahmenbedingungen für die Pflege alter Menschen, weder über die Gegebenheiten vor Ort, noch über die Verantwortung der Einzelnen an der Pflege und Betreuung alter Menschen Beteiligten, geklärt sind. Die Institutionalisierung beruflicher Pflegearbeit orientiert sich allein nach Kriterien der Finanzierbarkeit, die den Ansprüchen an Pflegequalität vorge setzt werden, so dass die Umsetzung von Qualitätsanforderungen immer hinter organisatorischen Aspekten der Finanzierung steht. Für die Qualität der Leistungen und den zwischenmenschlichen Umgang mit den Pflegebedürftigen werden jeweils die Einzelnen in die Verantwortung gestellt, ungeachtet der tatsächlichen Möglichkeiten, innerhalb der jeweiligen Organisationen überhaupt diese Verantwortung praktisch umsetzen zu können. Wie das Recht der Pflegebedürftigen auf menschenwürdige, gewaltfreie Pflege gesichert werden kann, ist unter Einbeziehung der wirtschaftlichen Grundlagen zu diskutieren. Darüber hinaus bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses über die ethischen Fragen, die durch die Potentiale für Überforderung, Konflikte

²³ <http://forum-pflege-aktuell.blogspot.de/2014/01/petition-zur-verfassungsbeschwerde-von.html>

und Gewalt berührt werden. Es bedarf gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen, sich über den Wert pflegerischer Arbeit, generationengerechte Umsetzung von Bedarfen, Qualitätskriterien für pflegerische Anforderungen und deren Sicherung, Klärung der Rechtsfragen zur Verantwortung für den Schutz von alten Menschen, die aufgrund ihrer Gebrechlichkeit nicht mehr selbst für die Wahrung ihrer Interessen und Gewaltfreiheit eintreten können, auseinanderzusetzen und auf der Ebene des Bundes und der Länder alle Möglichkeiten auszuschöpfen, zuverlässige Rahmenbedingungen und klare Verantwortlichkeiten für den Schutz und die Gewaltprävention in der Pflege alter Menschen zu schaffen.

Dies betrifft die Pflege in der Häuslichkeit in gleichem Maße. Da hier die private und persönliche Beziehung die Grundlage der pflegerischen Tätigkeiten der Angehörigen darstellt, steht weniger die Verbesserung institutioneller Rahmenbedingungen, sondern zunächst vor allem die Zugänglichkeit unterstützender Maßnahmen sowie klare Verantwortlichkeiten für den Schutz alter Menschen vor Gewalt im Vordergrund. Diese Zugänglichkeit unterstützender Maßnahmen zu verbessern kann durch den Austausch mit allen Beratungsbereichen über ihre Praxis angestoßen werden und sollte durch wissenschaftliche Unterstützung in der Offenlegung von Bedarfen und Zugangswegen erleichtert und mit Handlungsvorschlägen sowie Modellprojekten ergänzt werden.

Die Fragen nach Verantwortung für den Schutz hilfloser alter, aber nicht entmündigter Menschen müssen durch rechtliche Regelungen und institutionelle Wege und Abläufe geklärt werden, und für alle an der Pflege Beteiligten zuverlässig und nachvollziehbar umgesetzt werden. Ob das durch die Bereitstellung eines „Seniorenamtes“ mit situativ genau umrissenen Aufgabenbereichen, dass die individuelle Lebensgestaltung alter Menschen frei gestaltbar lässt, stattfindet, oder ob es in konkreten Schritten wie beispielsweise einer regelmäßigen Überprüfung und Aussprache bei dem Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht umgesetzt wird (wobei das Vorhandensein durch die Verpflichtung, diese beim Betreuungsgericht zu hinterlegen, zur Kenntnis gebracht werden könnte), ist derzeit nicht zu beantworten. Es sollten aber sowohl ethisch

als auch juristisch und darüber hinaus wissenschaftlich unterfüttert in den davon betroffenen Institutionen angegangen werden, um bundesweit in den Grundlagen, und länderbezogen in Bezug auf die praktischen Belange der Umsetzung mögliche Regelungen zum Schutz alter Menschen vor Gewalt in der Pflege zu definieren und zu etablieren.

Ausblick: Nicht nur neue Wege, sondern losgehen

In der Prävention von Gewalt in der Pflege kann man auf über 25 Jahre der Auseinandersetzung mit individuellen Aspekten bis hin zu institutionellen Rahmenbedingungen zurückblicken, die in den 70er Jahren durch den Anstoß internationaler Konferenzen und der Konkretisierung des Themas über die WHO-Definition des Begriffes ihren Ausgang nahmen. Seitdem haben sich unter dem sich verändernden Bedarf an Pflege für alte Menschen bundesweit durchaus konstruktive Prozesse in der Pflege alter Menschen und deren Bedingungen gezeigt. In dieser Entwicklung ist die Verhütung von Gewalt gegen die Gepflegten vorausgesetzt worden, und der Anspruch, eine finanzierbare, qualitativ hochwertige und allen Menschen zugängliche Pflege umzusetzen, ausgedrückt worden. Dazu wurden für die Inhalte, Finanzierung und Qualifizierung Pflegeleistungen in der Häuslichkeit und in Einrichtungen gesetzlich geregelt. Die derzeit aktiv betriebene Weiterentwicklung der Leistungsfragen durch die Einführung von Pflegegraden ist auch als Schritt in die Richtung von Gewaltprävention zu sehen, da die Zugänge zu Leistungen hier spezifiziert werden und versucht wird, passgenauere Angebote zu finanzieren, was auf geringere Überforderung durch Entlastung hoffen lässt. Ob diese Entwicklungen greifen, ist derzeit nicht abzusehen, da noch praktische Erfahrungen hierzu fehlen.

Die institutionelle Umsetzung der Rahmenbedingungen sowohl im Bereich der professionellen Pflege als auch in der Häuslichkeit wird in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gestaltet.

*Als ein Beispiel für die unterschiedliche Herangehensweise der jeweiligen Länder sei hier der „Werdenfelser Weg“ genannt, ein juristisch verankertes *procedere* zur Vermeidung und Reduzierung von freiheits-*

entziehenden Maßnahmen (FEM, damit sind zum einen körperliche Fixierungen durch Fesseln, Gurte, aber auch das Einklemmen durch einen Tisch vor einem Stuhl, so dass die Betroffenen sich nicht mehr bewegen können, gemeint. Aber auch sogenannte medikamentöse Fixierungen durch betäubende, dämpfende Psychopharmaka sowie auch die willentliche Inkaufnahme einer stark sedierenden Nebenwirkung eines anderen Medikamentes, für das kein medizinischer Anlass gegeben ist, sind darunter zu rechnen). In einigen Bundesländern gelangt dieses Verfahren regelmäßig zur Anwendung, in anderen ist es entweder kaum bekannt, so dass dazu auch die dazu personell notwendige Fachausbildung nicht gegeben ist. In anderen ist es oder ähnliche Verfahren zur Verhütung unnötiger FEM zwar bekannt, aber nur in Balzräumen zugänglich²⁴.

Wie das in den einzelnen Ländern so unterschiedlich verteilte, qualifizierte und reichlich vorhandene Know-How auch bundesweit in seiner Qualität erfasst, zusammengeführt und für alle an der Pflege älterer Menschen Beteiligte nutzbar gemacht werden kann, ist eine Aufgabe, die sich aus Sicht der Praxis an den Bund stellt, und auch wissenschaftlicher Informationen über die Vielfalt an Beratungs- und Entlastungsangeboten bedarf. Die Zugänglichkeit dieser Angebote für familiär und professionell Pflegende zur Prävention von Gewalt in der Pflege sollte eruiert und in konkreten Handlungsschritten umgesetzt werden. Der Bund kann von den unterschiedlichen Erfahrungen der einzelnen Länder, die sich immer in Anpassung an die jeweilige Bevölkerungsstruktur zum Teil sehr unterschiedlich entwickelten, nur profitieren.

Pflege ist Beziehung, zwischen Individuen mit ihrer eigenen persönlichen Befindlichkeit. Dies hat sich in den letzten 25 Jahren auch daran gezeigt, dass primär leistungsbezogene Angebote nicht für Gewaltprävention ausreichend bei den Beteiligten an der Pflege älterer Menschen angekommen sind. Sowohl Informationen über pflegerischen Möglichkeiten bis hin zur Bereitstellung von rechtsgültigen Unterlagen (z.B. Vorsorgevollmachtsformulare durch das Bundesministerium der Justiz) werden in unzureichendem Maße angenommen, obwohl ihre Inan-

²⁴ Informationen dazu abrufbar unter: www.werdenfelser-weg-original.de

spruchnahme die bestmögliche Organisation der Pflege ermöglichen, dadurch Überforderung vorbeugen und Konflikte zwischen an der Pflege Beteiligten verringern könnte. Prävention von Gewalt braucht daher über konkrete Angebote im Rahmen von Leistungen hinaus auch Angebote zur Entlastung pflegerischer An- und Überforderung, die neben Leistungen auch die jeweiligen Beziehungen von in Konflikten mit Aggressionen verstrickter Beteiligten in den Blick nehmen, um das Entstehen von Gewalt zu verhüten. Die Umsetzung von Beratung im Bereich der persönlichen Beziehung erfordert ein hohes fachliches Know-How, beispielsweise in Supervision, Mediation und anderen therapeutisch orientierten Gesprächsführungskompetenzen. Die Weiterentwicklung der Spezialberatungsangebote sowohl am Telefon, aber vor allem in der aufsuchenden Arbeit durch eine flächendeckende Sicherung einer für alle zugänglichen Beratung mit diesem Schwerpunkt wäre wünschenswert. Oftmals ist ein seelsorgerisches Gespräch mit einem dafür ausgebildeten Gegenüber wirksamer als alle Leistungen, die die Pflegekasse bieten könnte, um Angehörige und Pflegekräfte nachhaltig zu entlasten oder einen Konflikt zu klären. MultiplikatorInnenschulungen durch die schon wirkenden Spezialberatungsstellen auch im Bereich des Ehrenamtes, der Pflegeberatungen, aber auch für ambulante und professionelle Pflegekräfte, wie man die Gefahr von Gewalt in der Pflege erkennen kann, was die Ursachen sind und wie man Hilfestellung ermöglicht, können ein weiterer Aspekt präventiver Maßnahmen sein.

Über die konkrete Beratungsarbeit bei Konflikten und Aggressionen hinaus gehört zur Prävention von Gewalt in der Pflege auch eine Öffnung des gesellschaftlichen Diskurses über ethisch relevante Fragen: Der Graben zwischen den derzeitigen stereotypen Erwartungen an den „aktiven alten Menschen“ und dem in der Realität zunehmend gebrechlich, schwacher, kränker und damit hilfebedürftig werdenden Menschen ist öffentlich zu machen und mit Möglichkeiten zur aktiven Auseinandersetzung und Gestaltung des eigenen Älterwerdens zu füllen. Hier könnten Beratungsbesuche bei Senioren zu festen Terminen analog zur Eingangsberatung von Familien in der Gründungsphase nach der Geburt eines Kindes ein Mittel sein, eine aktive Auseinandersetzung mit der

Wirklichkeit des Alterns anstelle überhöhter Erwartungen an sich selbst anzustoßen.

Zur Entzauberung des Stereotyps des „aktiven alten Menschen“ gehört aber auch eine konstruktive Aufklärung über Alterskrankheiten wie Demenz und die Erwartbarkeit von Multimorbidität. Die Entwicklung von anderen Modellen des Lebens und der Versorgung alter und kranker Menschen in Demenz- oder Senioren-WGEn wurde „von unten“ aus den Bedarfen und Erfahrungen pflegender Angehöriger auf den Weg gebracht. Ein unterstützender Umgang durch die Verbesserung der Zugänglichkeit und die Erhöhung von Leistungen für die Pflege demenziell Erkrankter und Pflegebedürftiger spiegelt sich sowohl im ersten Pflegestärkungsgesetz über Leistungsangebote, als auch im zweiten Pflegestärkungsgesetz in der Beschreibung der Pflegegrade wieder – auch dies ist der kontinuierlichen Aufklärungsarbeit von Alzheimergesellschaft und Demenzberatungsstellen geschuldet, die konkrete Bedarfe in die gesetzgebenden Institutionen einbringen. Hier fehlt aber oft noch die ressortübergreifende Zusammenarbeit kommunaler Zuständigkeiten (z.B. bei der baupolizeilichen Einordnung der Beurteilung von für WGEn geeignete Wohnungen). Es wäre zu wünschen, dass die Wissenschaft an dieser Stelle ihr Forschungsinteresse vermehrt über die Fragen konkreter Krankheitsbedarfe hinaus auf diese unterschiedlichen Möglichkeiten des Zusammenlebens alter Menschen richtet und Hilfestellung für die Entwicklung tragfähiger Modelle des Zusammenlebens und der Integration pflegebedürftiger und dementer Menschen bietet. Aus bereits vorhandenen Modellen von Senioren-WGEn, Mehrgenerationenhäusern und anderen innovativen Lebenskonzepten mit wissenschaftlicher Absicherung praktikable, ggf. förderfähige Ansätze zu entdecken, auszuprobieren und zu begleiten, um sie dann über bundesweit rechtliche Absicherung allen Menschen, die mit alten und pflegebedürftigen Menschen leben, zugänglich zu machen, kann neue Unterstützungsformen generieren und darüber der Entstehung von Gewalt vorbeugen.

Aus Sicht der Praxis im Umgang mit Konflikten und Gewalt in der Pflege sind die ersten Schritte auf dem Weg für eine zuverlässige Prä-

vention von Gewalt in der Pflege gerade erst gegangen. Wie mit den zukünftigen Herausforderungen des demografischen Wandels und den Rahmenbedingungen der Pflege umgegangen werden kann, wird nicht zuletzt von den vereinten Bemühungen von Wissenschaft, Politik, Judikative und Praxis sowie der Öffnung des gesellschaftlichen Diskurses zum Umgang mit ethischen Fragen im Zusammenhang mit Alter und Krankheit abhängen. Umso erfreulicher ist eine Tagung wie diese, die in einem ersten Schritt viele Beteiligte an einen Tisch bringt, um die nächsten Schritte anzustoßen.