

Köhler, Pauline

Gewalt in der häuslichen Pflege von pflegenden Angehörigen gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen und Handlungsmöglichkeiten des sozialen Sektors am Beispiel eines Pflegenotfalltelefons

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Köhler, Pauline

Gewalt in der häuslichen Pflege von pflegenden Angehörigen gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen und Handlungsmöglichkeiten des sozialen Sektors am Beispiel eines Pflegenotfalltelefons

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Erstprüferin: Prof.in Dr.in phil. Isolde Heintze

Zweitprüfer: Dr. rer. soc. Martin Rudolph

### **Bibliographische Beschreibung:**

Köhler, Pauline:

Gewalt in der häuslichen Pflege von pflegenden Angehörigen gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen und Handlungsmöglichkeiten des sozialen Sektors am Beispiel eines Pflegenotfalltelefons. 40 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2021

### **Referat:**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Betrachtung von Formen und Ausprägungen von Gewalt in der häuslichen Pflege und beleuchtet die Problematik dabei im Hinblick auf Dynamiken in der Pflegebeziehung zwischen pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen. Die Thematik wird in den Kontext zu Hilfsmaßnahmen gesetzt, indem Pflegenotfalltelefone als Beispiel von Handlungsmöglichkeiten des sozialen Sektors betrachtet werden.

Das vorliegende Thema wurde mittels einer intensiven Literaturrecherche untersucht, durch die die vorhandene Problemstellung analysiert werden soll, um anschließend Möglichkeiten und Grenzen der Pflegenotfalltelefone als Hilfsmaßnahme in diesem Bereich herauszuarbeiten.

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	II
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
1. Einleitung.....	1
2. Gewalt in der häuslichen Pflege .....	2
2.1 Definitionen .....	2
2.2 Formen und Ebenen von Gewalt in der Pflege .....	4
2.3 Empirische Erkenntnisse auf Grundlage des Forschungsstandes .....	8
2.4 Pflegebeziehung .....	13
2.5 Risikofaktoren für Gewalt in der häuslichen Pflege.....	17
3. Pflegenotfalltelefone .....	22
3.1 Bedeutung und Entstehung .....	22
3.2 Basis und Struktur.....	23
4. Betrachtung der praktischen Ausführung von Pflegenotfalltelefonen .....	27
4.1 Meilensteine.....	27
4.2 Möglichkeiten als Handlungsmaßnahme .....	28
4.3 Herausforderungen .....	33
4.4 Hindernisse .....	36
5. Fazit und Ausblick .....	39
Literaturverzeichnis .....	V

## Abkürzungsverzeichnis

AWO.....	<i>Arbeiterwohlfahrt</i>
BAG.....	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs - ..... und Beschwerdestellen für alte Menschen</i>
BGBI.....	<i>Bundesgesetzblatt</i>
BMFSFJ .....	<i>Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend</i>
BMG .....	<i>Bundesministerium für Gesundheit</i>
DeStatis.....	<i>Statistisches Bundesamt</i>
HSM .....	<i>Handeln statt Misshandeln - Forum Altern ohne Gewalt</i>
KFN .....	<i>Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.</i>
KJHG.....	<i>Kinder - und Jugendhilfegesetz</i>
LEANDER .....	<i>Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von ..... demenziell Erkrankten</i>
SGB.....	<i>Sozialgesetzbuch</i>
WHO .....	<i>World Health Organization</i>
ZQP .....	<i>Zentrum für Qualität in der Pflege</i>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Angegebene Gewaltausübungen gegen Pflegebedürftige KFN-Studie .....	11
Abbildung 2: Angegebene Gewaltausübungen gegen Pflegebedürftige ZQP-Studie .....	12
Abbildung 3: Belastung pflegender Angehöriger .....	20
Abbildung 4: Als wirksam empfundene Handlungsmaßnahmen .....	31

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Angegebene Gewaltausübungen gegen demenziell erkrankte Menschen.....	10
Tabelle 2: Anzahl der Pflegebedürftigen .....	13

# 1. Einleitung

„Zu Hause kann es die größte Liebe und Zuneigung geben, aber auch die schlimmste Ausuferung von Gewalt.“ (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2017, S. 44). Diese Worte stammen von Rolf Hirsch, der maßgeblich den deutschen Diskurs über Gewalt in der häuslichen Pflege mitprägt. Hirsch wurde mir erstmalig im Juli 2020 durch meine studentische Hilfskraftstelle bekannt. Die Arbeit mit älteren Menschen interessiert mich sehr und daher nahm ich das Angebot an der Etablierung eines Pflegenotfalltelefons im Landkreis Mittelsachsen mitzuwirken, gerne an. Hirsch betreibt mit seinem Verein „Handeln statt Misshandeln – Forum Altern ohne Gewalt“ (HSM) in Bonn ein Pflegenotfalltelefon. Um Erkenntnisse für das Projekt in Mittelsachsen zu erhalten, wurden er und viele weitere Praktiker\*innen von dem Projektteam interviewt. Dabei fiel mir auf, wie oft die Arbeit der Pflegenotfalltelefone als wichtige Hilfsmaßnahme gegen Gewalt in der Pflege genannt wurde. Ich war bis dahin nie mit dieser Problematik in Kontakt gekommen und deshalb überrascht, dass Gewalt in der häuslichen Pflege eine so große Rolle spielt. Ich begann mich für das Thema zu interessieren, weshalb ich mich dazu entschied, mich in meiner Bachelorarbeit damit zu beschäftigen und meine studentische Hilfskraftstelle einzubeziehen.

Im ersten Teil meiner Arbeit werde ich mich mit dem Thema Gewalt in der häuslichen Pflege beschäftigen und dabei auf Definitionen, Formen, Forschungshistorie und Ausprägungen von Gewalt eingehen um anschließend die Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen und darauf basierende Risikofaktoren für Gewalt zu beleuchten. Im nächsten Punkt geht es darum, woher Pflegenotfalltelefone kommen und wie sie aufgebaut sind. Im letzten Teil werden die Themen Gewalt und Pflegenotfalltelefone verbunden, indem betrachtet wird, wie sich Pflegenotfalltelefone im Hinblick auf Gewalt in der Pflege entwickelt haben und wie sie dabei als Hilfsmaßnahme greifen können. Dabei soll auch auf bestehende Herausforderungen und Hindernisse eingegangen werden, um zum Schluss ein Fazit zu ziehen und einen Ausblick zu geben.

Da Pflegenotfalltelefone bisher wenig in Publikationen betrachtet wurden, habe ich vermehrt auf Internetquellen zurückgegriffen.



## **2. Gewalt in der häuslichen Pflege**

### **2.1 Definitionen**

#### **Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen**

Die international gebräuchliche Definition von Gewalt gegen ältere Menschen lautet:

„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.“ (World Health Organization (WHO) 2008, S. 1, Übersetzung zit. n. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 62).

Dabei wird keine Unterscheidung zwischen älteren Menschen (hier ab Vollendung des 60. Lebensjahres) mit und ohne Pflegebedürftigkeit gemacht (vgl. WHO, S. VII). Eine Besonderheit der Definition ist, dass Gewalt gegenüber älteren Menschen als von Vertrauenspersonen ausgeübt definiert wird und kriminelle Handlungen von fremden Personen dementsprechend ausschließt. Vertrauenspersonen können Verwandte, jedoch auch Nachbarn oder Pflegekräfte sein. Bereits hier wird deutlich, dass Gewalt gegen ältere Menschen v.a. im privaten Nahraum gesehen wird (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 25). Gewalthandlungen betreffen nicht nur ein aktives Tun, sondern auch das Unterlassen einer Handlung. Aus diesem Grund wird in angloamerikanischen Publikationen von „elder abuse and neglect“, also von Missbrauch und Vernachlässigung gesprochen (vgl. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2009, S. 58).

#### **Pflegebedürftigkeit**

Im Jahr 1995 wurde die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt (vgl. Wetzstein et al. 2015, S. 1). Die damals eingeführte Definition von Pflegebedürftigkeit wurde seitdem mehrfach angepasst. Die letzte grundlegende Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgte 2017 und ist im dazugehörigen Sozialgesetzbuch (SGB) XI in § 14 Abs. 1 definiert:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Die Grundlage für die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bot 2015 in Kraft getretene erste Pflegestärkungsgesetz, das zusätzlich zu physischen Beeinträchtigungen auch kognitive Einschränkungen verstärkt berücksichtigt. Das zweite Pflegestärkungsgesetz vom 1. Januar 2016 setzte diesen Weg durch zwei wesentliche Veränderungen fort. Die zuvor geltenden drei Pflegestufen wurden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Außerdem wurden die Begutachtungsinstrumente insofern verändert, dass für die Einstufung nicht mehr der zeitliche Aufwand für die Pflege, sondern der Grad der Selbstständigkeit nach einem Punktesystem entscheidend ist (vgl. Praxisseiten Pflege 2016, S. 1ff.).

Eine Schätzung der Europäischen Union ging 2011 davon aus, dass in Deutschland mehr als doppelt so viele auf fremde Hilfe angewiesene Menschen keine Leistungen in Anspruch nehmen oder nehmen können, als solche, die Leistungen beziehen (vgl. Geyer & Schulz 2014, S. 295). Beide Pflegestärkungsgesetze führten dazu, dass die individuelle Pflegesituation besser erfasst werden kann und somit mehr pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit haben, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen (vgl. Praxisseiten Pflege 2016, S. 1). Dennoch ist davon auszugehen, dass es weiterhin Menschen gibt, die aus diversen Gründen keine Leistungen beziehen und dennoch als pflegebedürftig definiert werden können (vgl. Hagedorn 2019, S. 110).

### **Pflegende Angehörige**

Pflegende Angehörige „[...] sind im Allgemeinen Personen, die einen persönlichen und nicht professionellen Bezug zu einer Person mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung haben und diese auf unterschiedlichste Weise

unterstützen.“ (Wilz & Pfeiffer 2019, S. 3). Sie können Hauptpflegeperson oder Teil mehrerer pflegender Personen sein, die außerhalb oder zusammen mit den pflegebedürftigen Angehörigen wohnen. Einige Publikationen sehen einen Zeitaufwand von ein bis zwei Stunden täglich für Hauswirtschaft, Betreuung oder Pflege als ein weiteres Kriterium für die Definition pflegender Angehöriger an (ebd. S.3).

## **2.2 Formen und Ebenen von Gewalt in der Pflege**

Im vorigen Punkt wurde bereits die international gebräuchliche Definition von Gewalt im Pflegekontext vorgestellt, die Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen v.a. als Missbrauch und Vernachlässigung sieht. Diese Bezeichnung hat sich jedoch im deutschsprachigen Raum, wahrscheinlich aufgrund der Nähe des Begriffs „Missbrauch“ zu sexualisierter Gewalt, nicht durchgesetzt, weshalb weiterhin die Bezeichnung „Gewalt in der Pflege“ genutzt wird. Gewalt ist in der Wissenschaft jedoch nicht einheitlich oder klar bestimmt (vgl. BMFSFJ 2009, S. 57). Betrachtet man das Feld Pflege, so wird deutlich, dass schwer zu erkennen ist, wo Gewalt beginnt. Sich nur auf physische Gewalt zu beschränken, würde zwar zu einer eindeutigen Definition führen, jedoch bildet diese Form nur zu einem geringen Teil ab, welcher Gewalt pflegebedürftige Menschen ausgesetzt sind (vgl. Hirsch 2016, S. 105). Allerdings gibt es auch „[...] zahlreiche Graubereiche des Handelns innerhalb von Pflegebeziehungen“ (BMFSFJ 2009, S. 59), in denen zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung eines pflegebedürftigen Menschen abgewägt wird. Ein zu ausgedehnter Gewaltbegriff könnte daher Abgrenzungen zu zwar problematischem, jedoch nicht gewaltvollem Verhalten erschweren (vgl. ebd., S. 105).

In Publikationen werden zur Erfassung von Gewalt im Pflegekontext oft die fünf Gewaltformen nach Lachs und Pillemer genutzt:

- körperliche Misshandlung („physical abuse“)
- psychische Misshandlung („verbal or psychological abuse“)
- sexualisierte Gewalt („sexual abuse“)
- finanzielle Übervorteilung („financial abuse“)

- Vernachlässigung („neglect“) (vgl. Lachs & Pillemer 2004, S. 1264, Übersetzung zit. n. Bonillo et al. 2013a, S. 27)

Unter körperlicher bzw. physischer Misshandlung werden alle Handlungen verstanden, die dem Gegenüber bewusst Schmerzen zufügen. Das beinhaltet v.a. aktive Gewalteinwirkungen wie schlagen, gewaltsam festhalten, zwangsernähren oder eine zwangsweise Verabreichung von Medikamenten. Bei dieser Gewaltform kann jedoch auch das Unterlassen einer adäquaten Handlung auftreten, wobei hauptsächlich die Verweigerung von Behaglichkeit und körperlicher Nähe genannt werden kann. Dieser Punkt berührt bereits die Form der psychischen Gewalt, da diese einen Angriff auf das Sein, Denken und Fühlen des pflegebedürftigen Menschen darstellt. Sie ist oft sehr subtil und weniger sichtbar als physische Misshandlung, jedoch nicht minder verletzend oder schädigend. Als Beispiele können hier das Ignorieren von Bedürfnissen, der Entzug der Selbstbestimmung im Einklang mit Handlungen wie Belächeln und Verspotten, sowie Gewalteinwirkungen wie Beschimpfen, Drohen und eine Missachtung der Intim – und Privatsphäre genannt werden. Diese Gewaltform geschieht dabei unbewusster und häufiger aus Überforderung heraus. Da Gewalthandlungen von Betroffenen oft nicht benannt werden (können) wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (vgl. Staudhammer 2018, S. 8).

Sexualisierte Gewalt ist die am stärksten versteckteste Gewaltform gegenüber pflegebedürftigen Menschen. Sexuelle Handlungen von, sowie gegenüber älteren Menschen stellen ohnehin ein Tabuthema in der Öffentlichkeit dar, geschweige denn, wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt (vgl. Suhr 2017, S. 35). Sexualisierte Gewalt in der Pflege kann als direkter oder indirekter sexueller Kontakt, in den der oder die Betroffene nicht eingewilligt hat, beschrieben werden (vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2011, S. 52). Suhr fügt dem noch hinzu, dass pflegebedürftige Personen teilweise nicht einwilligungsfähig sind, was sie besonders vulnerabel macht. Dabei kann es von sexueller Nötigung, erzwungener Nacktheit und der Nutzung von sexualisierter Fäkalsprache bis zur Vergewaltigung kommen. Es kann jedoch auch geschehen, dass sexualisierte Gewalt unbewusst verübt wird. Beispielsweise kann es bei älteren Frauen, die im Krieg sexualisierte Gewalt erlebt haben, durch bestimmte, von ungewohnten Personen ausgeübte Berührungen zu Erinnerungen kommen, die grenzüberschreitend

sind. Das kann z.B. bei der Intimpflege vorkommen. Es wird häufiger über ältere Frauen als Betroffene berichtet; gewaltausübende Personen sind dabei auch im häuslichen Umfeld zu finden und können sowohl Partner\*innen als auch andere Verwandte sein (vgl. Suhr 2017, S. 35).

Finanzielle Übervorteilung ist eine in der Öffentlichkeit stärker beachtete Gewaltform in der Pflege und kommt v.a. im häuslichen Umfeld vor. So kann es hier zur Veräußerung von Vermögensanteilen, Einbehaltung der Rente und einer Veruntreuung des Vermögens gegen den Willen des pflegebedürftigen Menschen kommen. Auch eine unangemessene Einstufung des Pflegegrades aufgrund falscher Angaben und die daraufhin folgende Nutzung des Pflegegeldes von pflegenden Angehörigen für private Zwecke kann darunter gezählt werden. Die finanzielle Übervorteilung birgt damit das Risiko durch fehlende monetäre Mittel eine unzureichende Pflege hervorzurufen, die andere Gewaltformen ins Spiel kommen lässt. (vgl. Staudhammer 2018, S. 14).

Die letzte Gewaltform in der Pflege nach Lachs und Pillemer stellt die Vernachlässigung dar. Hier wird zwischen aktiver und passiver Vernachlässigung unterschieden, wobei der Hauptunterschied im Vorsatz liegt. Handlungen, die auf passiver Vernachlässigung basieren, resultieren aus einer Fehleinschätzung der Bedürfnisse, während aktive Vernachlässigung bewusst geschieht. In beiden Fällen kann es zu einer Verweigerung, sowie zu missbräuchlichem oder falschem Einsatz von Hilfsmitteln und Hilfen kommen, sowie zu Vernachlässigungen auf psychosozialer und physischer Ebene (vgl. Staudhammer 2018, S. 10). Hieran kann man erkennen, dass sich Gewaltformen teilweise überschneiden. Dieck, die sich im deutschsprachigen Raum wegweisend mit dieser Thematik beschäftigt hat, sieht in der Einschränkung des freien Willens einen Punkt, der ebenfalls Gewaltwirkungen der anderen Formen berührt, jedoch eine wichtige, abzugrenzende Form darstellt (vgl. Dieck 1987, S. 311). Dabei geht es um die generelle Verletzung der Würde des pflegebedürftigen Menschen, indem seine Wünsche und seine Selbstbestimmung nicht respektiert werden. Als Beispiel kann hier die Fremdbestimmung des Wohnorts, der Kleidung und der Lebensmittel genannt werden (vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2011, S. 55f.).

Um Gewaltausübungen im Pflegekontext noch umfassender betrachten zu können, wird Gewalt in der Pflege zusätzlich in drei verschiedene Ebenen eingeordnet. Die erste Ebene ist dabei die personale bzw. direkte Gewalt und umfasst alle in diesem Punkt genannten Gewaltformen, da sie einer bestimmten Person zugeordnet werden können. Die zweite Ebene bezeichnet die strukturelle, auch indirekte Gewalt. Sie kann nicht auf einen direkten Akteur bezogen werden, sondern beinhaltet, wie Hirsch es nennt, sogenannte „Schreibtischtäter“. Sie ist schwieriger zu erkennen, da sie aufgrund systemischer Vorgaben entsteht, die Gewalt indirekt fördern können (vgl. Hirsch 2016, S. 106). Beispielsweise ist das pflegerische Hilfsnetz für einige Menschen teilweise nicht bezahlbar und/oder aufgrund von Personalmangel und begrenzter Bettenkapazitäten nicht vorhanden. So können Überlastungen nicht abgefangen werden und das Risiko für Gewalthandlungen steigt (vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2011, S. 45). Galtung merkt dazu an: „[...] die Gewalt ist in das System eingebaut und äußert sich in ungleichen Machtverhältnissen [...]“ (Galtung 1975, S. 12). Die Frage stellt sich daher, weshalb diese ungleichen Machtverhältnisse bestehen, also weshalb pflegebedürftige Menschen keine so machtvollen gesellschaftlichen Position innehaben, dass eine befriedigende Pflege zum großen Teil garantiert werden kann und sie vor Gewalthandlungen geschützt werden. Diesen Punkt erklärt die dritte Ebene: die kulturelle bzw. invariante Gewalt. Sie ist die ungreifbarste und am schwierigsten zu verändernde Gewaltebene, da sie sich in Vorurteilen und gesellschaftlichen Bildern festsetzt. So ist zu erkennen, dass pflegebedürftige Menschen mit persönlichen und finanziellen Belastungen in Verbindung gebracht werden und das Altersbild eher negativ besetzt ist (vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2011, S. 46). Baltes unterteilt das Alter dabei noch einmal in zwei Phasen: das dritte Lebensalter vom 60. bis zum 80. Lebensjahr und das vierte Lebensalter ab dem 80. Lebensjahr. Das dritte Lebensalter stellt durch die demographische Entwicklung ein relativ neues Phänomen dar, da hier erkannt wird, dass das Alter noch Entfaltungsphasen bereithält, die ab dem Eintritt in die Rente voll ausgekostet werden können. Daher ist es ein recht positiv betrachtetes Lebensalter, während das vierte Lebensalter uns schonungslos die „[...] biologische Unfertigkeit des Menschen [...]“ (Baltes 2004) offenbart. Pflegebedürftigkeit tritt v.a. bei über 80-jährigen Menschen auf, die, so im Volksverständnis, dadurch als dysfunktional und gebrechlich gelten (vgl. BMFSFJ 2009, S. 59f.). Wird die

Aufmerksamkeit durch die minder hohe Wertigkeit pflegebedürftiger Menschen so weniger auf diese Personengruppe gelenkt, so ist deren gesellschaftliche Position niedrig und Gewalthandlungen werden weniger sichtbar und mehr toleriert. Wie schwer kulturelle Gewalt wiegt, erkennt man daran, dass sie personale und strukturelle Gewalt insofern stützt, dass diese beiden Ebenen so nicht als Unrecht empfunden, sondern legitimiert werden (vgl. Galtung 1993, S. 106). Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen gilt eben erst dann als Gewalt, wenn sie als solche gesehen und benannt wird (vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2011, S. 47).

### **2.3 Empirische Erkenntnisse auf Grundlage des Forschungsstandes**

Innerfamiliäre Gewalt wurde erst seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Forschung. Dabei wurde chronologisch zuerst die elterliche Gewalt gegen Kinder betrachtet, bevor auch zu Partnergewalt und sexuellem Missbrauch an Frauen und Kindern geforscht wurde. Die Beschäftigung mit Gewalt gegenüber älteren Menschen rückte so vergleichsweise spät in den Fokus. Seit Mitte der 1970er Jahre beschäftigte sich zwar bereits die britische Fachpresse mit Artikeln über Gewalt gegen ältere Menschen. Die daraufhin international einsetzende Diskussion erreichte Deutschland aber erst ein Jahrzehnt später. Den Grund, warum Gewalt gegen ältere Menschen so lange vernachlässigt wurde, sieht Görden v.a. in der Unterrepräsentierung dieser Altersgruppe in der Kriminalstatistik. Gemessen am Anteil an der Gesamtbevölkerung sind ältere Menschen in der Statistik deutlich seltener Opfer von Gewalt als andere Altersgruppen und galten dadurch als weniger gefährdet (vgl. Görden 2016, S. 1ff.). Hinzu kommt, dass der hochfeminisierte häusliche Pflegebereich gesellschaftliche Bilder produziert, die an die in Punkt 2.2 genannte kulturelle Gewaltebene anknüpfen. Pflegende Frauen werden in der Regel mit hingebungsvoller Fürsorge verbunden und kaum als gewaltausübende Gruppe gesehen und auch ältere Menschen gelten als unwahrscheinliches Ziel für Gewalthandlungen. Der dementsprechende Unglaube über ältere Menschen als Opfergruppe von Gewalt hemmte somit auch lange die Forschung, sich mit dem Thema zu beschäftigen (vgl. Hagedorn 2019, S. 109; Görden et al. 2002 S. 30).

Dennoch setzten breiter angelegte systematische Forschungen und Befragungen zur Opferwerdung älterer Menschen schließlich Ende der 1980er Jahre in den USA ein. Da die Gruppe der älteren Menschen immer größer wurde, sahen auch andere Länder die Notwendigkeit von Untersuchungen in dem Bereich und zogen nach (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 491; Hirsch 2016, S. 105). Die erste in Deutschland bundesweit repräsentative Opferbefragung älterer Menschen führte dabei das „Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.“(KFN) 1991 mit Förderung des BMFSFJ durch (vgl. Bilsky et al. 1993, S. 3). Die Studie mit dem Titel „Kriminalitätsfurcht und kriminelle Viktimisierung im Leben älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern“ kam dabei zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen sich aufgrund der Angst, Opfer von Fremden zu werden, eher in die Häuslichkeit zurückziehen (vgl. ebd., S. 7). Das führte unter anderem dazu, dass sie außerhalb ihrer Wohnung anteilig tatsächlich seltener Gewalt-handlungen erfuhren als jüngere Bevölkerungsgruppen. Dem entgegen stand jedoch, dass sie relativ häufiger von Gewalt im häuslichen Bereich betroffen waren, was aufgrund der Privatheit in der Kriminalstatistik eher versteckt blieb. Die Studie wandte sich nach dieser Erkenntnis den Viktimisierungen durch Angehörige zu und Hochrechnungen der Befragungen ergaben, dass 1991 schätzungsweise 600.000 ältere Menschen Opfer von Gewalt im familialen Umfeld wurden (vgl. Görge et al. 2006, S. 6f.; Görge et al. 2002, S. 59).

Nach der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 gewann schließlich auch Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen mehr an Relevanz, wobei verstärkt strukturelle Missstände in der stationären und ambulanten Pflege in den Fokus genommen wurden (vgl. Görge et al. 2004, S. 3). Ging es um die Opferwerdung pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit, wurde auf die Daten der KFN-Studie von 1991 zurückgegriffen, da diese die umfassendsten Ergebnisse darstellte. Da hier jedoch kaum multimorbide und pflegebedürftige Menschen befragt wurden, waren die Zahlen für diese Gruppe nicht repräsentativ (vgl. Görge et al. 2006, S. 7). Allerdings ging man davon aus, dass pflegebedürftige Menschen sich schlechter gegen Gewalt zur Wehr setzen können und verletzlicher sind, weshalb die Ausprägung von Gewalt hier höher ist (vgl. Görge et al. 2004, S. 7f.). Dieser Aspekt führte zu der Notwendigkeit, Forschungen in Angriff zu nehmen, die Erkenntnisse über die Opferwerdung hochaltriger und



pflegebedürftiger Menschen zulassen. Das Problem bestand darin, dass pflegebedürftige Menschen seltener in sozialwissenschaftliche Studien einbezogen werden können, da v.a. bei hochbetagten, schwerstpflegebedürftigen und demenziell erkrankten Personen Barrieren bei der Befragung bestehen. Dementsprechend war es notwendig, v.a. Erkenntnisse über Befragungen von pflegenden Angehörigen zu gewinnen (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 28).

In Deutschland gibt es bis heute drei Befragungen, die am ehesten Einsicht in die Prävalenzraten von Gewalt in der Pflege zulassen. Die von 2001 bis 2005 laufende „Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“ (LEANDER) beschäftigte sich dabei mit der Frage, wie belastend die Pflegesituation für pflegende Angehörige ist, wie diese sich verhalten und wie häufig Gewalt in der Pflege eine Rolle spielt. Allerdings legt die Studie ihr Augenmerk ausschließlich auf die Erkrankung Demenz. Das Forschungsteam befragte dazu 888 pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Menschen. Sie wurden über einen Fragebogen mit folgenden Aussagen konfrontiert und sollten angeben, wie oft diese Situationen in den letzten zwei Wochen vorgekommen sind (vgl. Zank & Schacke o.J., S. 17). Als Antworten, die als Gewaltausübung eingeordnet werden können, gelten die Items 2, 5, 6 und 7 (vgl. Thoma et al. 2004, S. 350).

*Tabelle 1: Angegebene Gewaltausübungen gegen demenziell erkrankte Menschen*

Item	nie	seltener	manchmal	oft	sehr oft
1. Ich werde lauter.	11,9%	30,1%	37,1%	16,6%	4,3%
2. Mir rutschen meinem Angehörigen gegenüber abfällige Bemerkungen heraus.	51,6%	30,0%	14,9%	2,6%	0,9%
3. Ich könnte meinen Angehörigen vor Wut schütteln.	53,5%	19,8%	19,3%	6,2%	1,3%
4. Ich bin voll Groll, was mein Angehöriger mir zumutet.	52,1%	21,6%	16,8%	7,4%	2,1%
5. Ich drohe meinem Angehörigen oder schüchtere ihn ein.	71,7%	19%	7,7%	2,1%	0,4%
6. Ich fasse meinen Angehörigen bei der Pflege schon mal härter an.	61,3%	26,5%	11,1%	0,8%	0,2%
7. Ich schränke meinen Angehörigen in seiner Bewegungsfreiheit ein.	75,4%	12,5%	6,6%	2,8%	2,7%

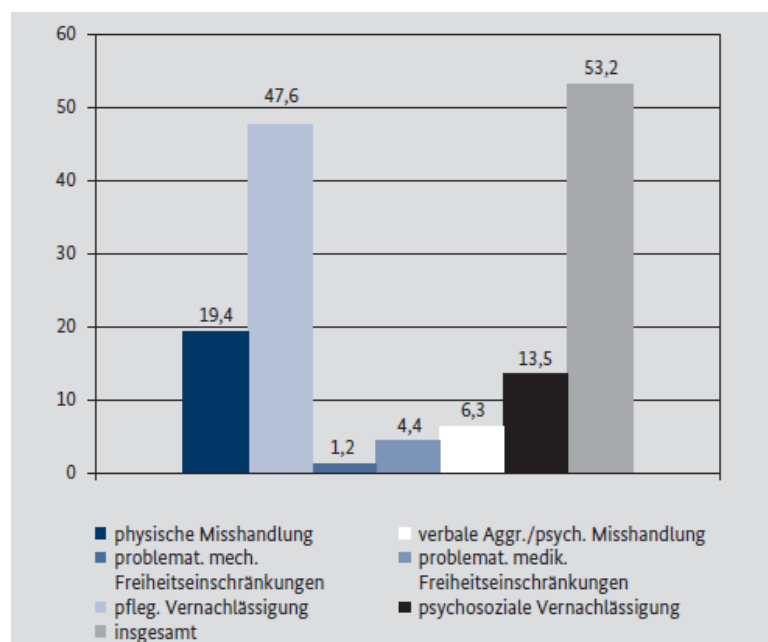
Quelle: Thoma et al. 2004, S. 350

In dieser Tabelle ist zu erkennen, dass eine psychische Gewaltform mit der Aussage „Mir rutschen meinem Angehörigen gegenüber abfällige Bemerkungen heraus“ mit ca. 18% am häufigsten als manchmal oder öfter bestätigt wird. Physische Gewalt mit „Ich fasse meinen Angehörigen bei der Pflege schonmal härter an“ und die Einschränkung des freien Willens mit „Ich schränke meinen

Angehörigen in seiner Bewegungsfreiheit ein“ werden seltener angegeben, dennoch wurden auch diese Gewaltformen jeweils von ca. 1/8 der pflegenden Angehörigen manchmal bis sehr oft genutzt. Insgesamt zeigt sich, dass ca. 68% der pflegenden Angehörigen in den letzten zwei Wochen mindestens ein Mal eine oder mehrere Gewaltformen ausgeübt hat (vgl. Thoma et al. 2004, S. 350).

Zu einem ähnlich hohen Ergebnis kommt die von 2004 bis 2007 stattgefundene Studie „Kriminalitäts – und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen“, die erneut vom KFN durchgeführt wurde. Um Erkenntnisse über Häufigkeit von Gewalt in der Pflege zu gewinnen, wurden hierzu 254 pflegende Angehörige befragt, ob sie eine oder mehrere folgende Gewaltformen in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben (vgl. Görger et al. 2012, S. 33).

Abbildung 1: Angegebene Gewaltausübungen gegen Pflegebedürftige KFN-Studie



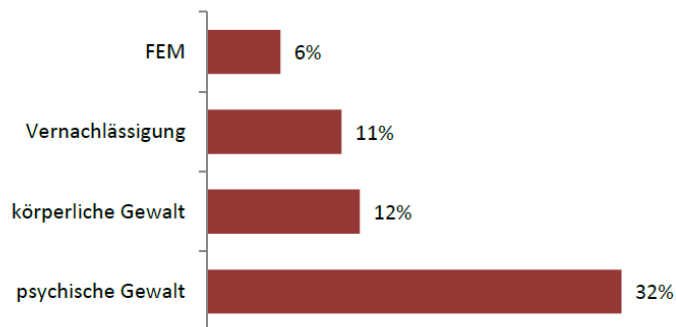
Quelle: Görger et al. 2012, S. 31

Wie in dieser Abbildung zu sehen ist, gaben ca. 53% der pflegenden Angehörigen an, in den letzten zwölf Monaten Gewalt ausgeübt zu haben. Psychische Misshandlung ist ebenso wie in der LEANDER-Studie mit 47,6% die am häufigsten angegebene Gewaltform, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Farben hellblau und weiß in der Abbildung vertauscht wurden. Danach folgen in weitem Abstand physische Misshandlung mit 19,4% und psychosoziale

Vernachlässigung mit 13,5%. Auch pflegerische Vernachlässigung (6,3%) und medikamentöse, sowie mechanische Freiheitsbeschränkungen (4,4% bzw. 1,2%) wurden angegeben, jedoch deutlich seltener. Görge et al. kommen auf Grundlage der Abbildung zu dem Ergebnis, dass daran gesehen werden kann, dass Gewalt in der Pflege oder zumindest problematisches Verhalten keineswegs nur auf Einzelfälle beschränkt ist (vgl. ebd., S. 34).

Die aktuellste Befragung stammt aus dem Jahr 2018 und wurde vom ZQP durchgeführt. Mit 1.006 befragten pflegenden Angehörigen ist diese Erhebung auch am umfassendsten. Die Angehörigen wurden nach Verhaltensweisen befragt, die sie in den letzten sechs Monaten ausgeübt haben (z.B. spucken oder beißen). Diese Verhaltensweisen werden zusammengefasst nach Gewaltform in der folgenden Abbildung angezeigt.

*Abbildung 2: Angegebene Gewaltausübungen gegen Pflegebedürftige  
ZQP-Studie*



Quelle: Eggert et al. 2018, S. 17

Die psychische Gewalt ist mit 32% wieder die am häufigsten angegebene Gewaltform. Auch körperliche Gewalt (12%) und Vernachlässigung (11%) folgen in der gleichen Rangfolge wie bei der Befragung von Görge et al. Freiheitsentziehende Maßnahmen (hier FEM genannt) stellen mit 6% die am wenigsten häufige Gewaltform dar. Eine Erkenntnis, die keine der beiden hervorgehenden Studien hervorgebracht hat, ist, dass ca. 40% der pflegenden Angehörigen die Gewaltformen absichtlich ausgeübt haben (vgl. Eggert et al. 2018, S. 17).

Das Thema Gewalt in der Pflege wird immer noch stark tabuisiert (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 491). Dazu kommt, dass Erhebungen im privaten Bereich problematisch sind und sich gewaltausübende Angehörige selbst zu ihrem

Verhalten bekennen müssen, da die Befragung pflegebedürftiger Menschen seltener möglich ist (vgl. Hagedorn 2019, S. 109; Görge 2017, S. 10). Sexualisierte Gewalt wird häufig verschwiegen, wie in Punkt 2.2 bereits beschrieben. Angaben zu finanzieller Übervorteilung werden in den Befragungen nicht gemacht. Gröning und Yardley gehen jedoch davon aus, dass diese Gewaltform nach psychischer Misshandlung einen vorderen Bereich mit einnimmt (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 499). Daran kann man sehen, dass immer nur Vermutungen über die Ausprägung von Gewalt in der Pflege angestellt werden können. Sulmann und Vähjunker merken dazu an, dass es nur wenige Studien gibt und die Ergebnisse der bestehenden Befragungen nicht repräsentativ sind. Die erhobenen Gewaltformen hängen von den in den Studien gestellten Fragen ab. So antworten Angehörige seltener ehrlich, wenn sie direkt nach einer Gewalthandlung gefragt werden (vgl. Sulmann & Vähjunker 2019). Aus all den in diesem Abschnitt genannten Gründen ist es deshalb schwierig, Ausprägungen von Gewalt in der Pflege zu bestimmen. Insgesamt wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 491).

## 2.4 Pflegebeziehung

Ende 2020 wurde die neue zweijährliche Pflegestatistik vom Statistischen Bundesamt (DeStatis) veröffentlicht, wobei sich die darin angegebenen Daten auf Dezember 2019 beziehen (vgl. DeStatis 2020, S. 9). Die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

*Tabelle 2: Anzahl der Pflegebedürftigen*

Pflege	Pflegebedürftige		Pflegegrade					Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt
	insgesamt	darunter weiblich	1	2	3	4	5		
	Anzahl		%						
Insgesamt	4 127 605	62,3	7,2	43,5	29,5	13,9	5,9	0,1	100,0
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	3 309 288	60,2	8,8	49,4	28,2	10,0	3,5	0,0	80,2
davon									
allein durch Angehörige <sup>1</sup>	2 116 451	57,2	-	55,9	30,5	10,2	3,4	-	51,3

Quelle: DeStatis 2020, S. 19

Hier wird deutlich, dass zum Ende des Jahres 2019 4.127.605 Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes waren. Im Vergleich zu 2017 bedeutet das einen Anstieg von 20,9%, wobei davon ausgegangen wird, dass dieser große Aufschwung durch die Auswirkungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes erklärt werden kann. Einen noch höheren Anstieg verzeichnet die Anzahl der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen. Während es 2017 noch ca.  $\frac{3}{4}$  waren, werden nun 4 von 5 pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit versorgt und damit 27% mehr als 2017. Mit 2.116.451 Menschen erhielten etwas mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeld, was bedeutet, dass sie allein durch einen oder mehrere pflegende Angehörige gepflegt werden (ebd., S. 9).

Da nicht immer nur ein Angehöriger die Pflege übernimmt, ist davon auszugehen, dass es deutlich mehr pflegende Angehörige gibt als pflegebedürftige Menschen, die zu Hause versorgt werden (vgl. Lichte et al. 2018, S. 24). Wetzstein et al. gehen aufgrund einer Hochrechnung der Ergebnisse aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ im Jahr 2012 davon aus, dass knapp 5 Millionen Menschen regelmäßig in die Pflege eines Angehörigen involviert sind. Das entspricht ca. 7% der erwachsenen Menschen in Deutschland, wobei davon ca.  $\frac{1}{3}$  mindestens 2 Stunden täglich Pflegeleistungen erbringen (vgl. Wetzstein et al. 2015, S. 1). Da diese Daten noch vor den Pflegestärkungsgesetzen ermittelt wurden und sich die Zahl der Pflegebedürftigen seitdem deutlich gesteigert hat, ist davon auszugehen, dass es inzwischen auch mehr pflegende Angehörige gibt. Bereits 2015 sprechen Wetzstein et al. von den pflegenden Angehörigen als „Deutschlands größter Pflegedienst“ (ebd., S. 1).

Basierend auf den Daten wird deutlich, wie viele Menschen eine familiäre Pflegesituation ausgestalten. Selbst knapp 72.000 höchstpflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 5 werden noch allein von Angehörigen gepflegt (vgl. DeStatis 2020, S. 19). Pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige treten dabei in eine Pflegebeziehung, also die Beziehung, die entsteht, wenn ein pflegender Angehöriger die Pflege übernimmt. Dabei kann die Übernahme langsam und stufenweise (beispielsweise bei Demenz) oder schnell und unerwartet (z.B. bei einem Schlaganfall) einsetzen. In jedem Fall verändert sich das Verhältnis, das zuvor bestanden hat. Pflegende Angehörige haben nun die Aufgabe,

kommunikative und emotionale Unterstützung zu spenden, die Alltagsstruktur abzusichern, bei organisatorischen und bürokratischen Aufgaben zu unterstützen, sowie körpernahe Pflēgetätigkeiten durchzuführen (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 13f.). Diese Anforderungen bestehen dann sehr einseitig und lassen dadurch eine neue Beziehungskonstellation entstehen. Besonders betroffen sind dabei Partner\*innen und Kinder. Jeweils 1/3 der pflegebedürftigen Personen werden von einer der beiden Gruppen gepflegt (vgl. Lichte et al. 2018, S. 25). Bei einer Partnerschaft kann es dabei passieren, dass eine jahrelang existierende Rollenverteilung durch die Übernahme von neuen Aufgaben für den oder die Pflegenden nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Die ausbalancierte Beziehung, die im besten Fall vorher bestand, ist so nicht mehr möglich und gemeinsame Perspektiven müssen zu einem großen Teil aufgegeben werden. Erwachsene Kinder erleben eine noch stärkere Umkehr der bisherigen Beziehung, auch Parentifizierung genannt. Sie müssen ihren Eltern plötzlich oder zunehmend Hilfestellungen leisten und für sie Entscheidungen treffen, was sie aus Kindheit und Jugend in umgekehrter Weise kennen (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 17). Diese Aspekte durchbrechen in beiden Fällen Gewohnheiten und führen zu Überforderung, sowie Trauer über die bisherige Beziehung. Dennoch müssen sich alle Beteiligten in der neuen Situation orientieren und sich damit, sowie mit einhergehenden Gefühlen auseinandersetzen (vgl. ebd., S. 10f.). Wie gut dies gelingt und wie gut Pflegenden und Pflegebedürftige ihre neue Rolle annehmen können, beeinflusst in erheblichem Maße die Pflegesituation – und beziehung (vgl. ebd., S. 17).

Eine einsetzende Pflegebedürftigkeit beinhaltet die Frage, wer die Pflegeübernahme übernimmt und weshalb. Die Commitment-Theorie geht davon aus, dass die Motive der Pflegeübernahme in drei Ebenen unterteilt werden können. Commitment kann mit Engagement und Einsatz übersetzt werden. Das persönliche Commitment zielt auf den Erhalt der Beziehung zum pflegebedürftigen Angehörigen ab. Hier kommen intrinsische und emotionale Motive wie Dankbarkeit, Nähe und das Zurückgeben erhaltener Fürsorge (Reziprozität) zum Tragen. Das moralische Commitment fokussiert sich stärker auf soziale und kulturelle Normen. Es wird als Pflicht empfunden, die Pflēgetätigkeit zu übernehmen, was jedoch nicht negativ behaftet sein muss, da ein Großteil der Pflegenden in der Pflege

eines Angehörigen einen hohen persönlichen und kulturellen Wert sieht. Auch wenn dieses Commitment intrinsische Motive beinhaltet, muss nicht zwangsläufig eine enge Bindung zum zu pflegenden Angehörigen vorhanden sein. Dass soziale Normen auch abträglich sein können, sieht man am strukturellen Commitment. Pflegende Angehörige fühlen sich hier unter anderem aus sozialem Druck und Schuldgefühlen für die Pflege eines Angehörigen zuständig (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 14f.).  $\frac{3}{4}$  der pflegenden Angehörigen sind immer noch Frauen, woraus auch traditionelle Normen abzulesen sind (vgl. Lichte et al. 2018, S. 24). So kann es passieren, dass Töchter oder Schwiegertöchter ungefragt in die Pflegerolle hineingedrängt werden, auch wenn diese sich der Aufgabe nicht gewachsen fühlen. Weitere extrinsische Motive des strukturellen Commitment beinhalten die Pflegeübernahme aus fehlenden Alternativen oder finanziellen Barrieren. Die drei Commitment-Ebenen können sich bei der Motivation der Pflegeübernahme überschneiden und über die Zeit verändern (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 14f.).

Die dritte Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2015 kommt zu dem Ergebnis, dass etwa  $\frac{2}{3}$  der pflegenden Angehörigen sich für die Pflege aus emotionaler Verbundenheit verantwortlich fühlen (vgl. Wetzstein et al. 2015, S. 3). Sogar bis zu 90% der pflegenden Angehörigen berichten über positive Erfahrungen in der Pflege und eine gute Beziehung zum zu pflegenden Angehörigen (vgl. ebd., S. 3). Insbesondere Männer, erleben durch die für sie häufiger neuen Aufgaben eine Persönlichkeitsentwicklung, Wertschätzung und Sinngebung, die ein besseres psychisches Wohlbefinden hervorrufen können (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 17f.)

Ebenso kann eine Pflegebeziehung jedoch ein Zusammentreffen von Hilflosigkeit, Angst, Ohnmacht, Unterdrückung und letztlich Zusammenbruch bedeuten. Extrinsisch motivierte Pflegeübernahmen bergen dafür ein höheres Risiko, da die Pflegeübernahme gezwungener erfolgt ist und dementsprechend die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegesituation als negativ und erschöpfend empfunden wird, höher ist (vgl. ebd., S. 15). Doch letztendlich ist die Pflegeaufgabe, egal welche Motivation dahintersteht, anstrengend. Nicht selten kommen Gewalt-handlungen erst nach Jahren zehrender Pflegearbeit vor (vgl. Hirsch 2011, S. 142f.). Dem zuvor stehen Konflikte, die häufig durch subtile Aushandlungs – und Annahmeprozesse entstehen. Es wird nicht offen über die Situation und die damit

einhergehenden Erwartungen gesprochen, woraus unterschwellige Konflikte resultieren. Die Konflikte offen ausbrechen zu lassen, wird aufgrund von emotionaler Nähe, Solidarität, sowie Schuldgefühlen aufgrund von Überlastung vermieden (vgl. Brandt 2011, S. 9f.). Letztendlich kann die fragile Beziehungskonstellation dadurch ins Wanken kommen. Fragil deshalb, da eine Pflegebeziehung eine Machtasymmetrie hervorruft. Pflegebedürftige Menschen sind auf die Hilfe der pflegenden Angehörigen angewiesen, die sie nicht in gleichem Maße zurückgeben können. Dadurch haben sie eine weniger machtvolle Position inne. Hagedorn merkt jedoch an, dass eine Pflegebeziehung auch in eine „doppelte Asymmetrie“ kippen kann. Ebenso können sich pflegende Angehörige, durch die Pflicht, Hilfe zu leisten von einer zu pflegenden Person abhängig machen und sich, teilweise total, beanspruchen lassen (vgl. Hagedorn 2019, S. 121). Beide begeben sich dann in eine „Kogefangenschaft“, die viel Zündstoff beherbergt (vgl. ebd., S. 116). Wird aus dieser Situation durch Transparenz und Kommunikation und einer damit einhergehenden Lösungsfindung kein Druck herausgenommen, kann es zu Gewaltanwendungen kommen. Da diese hinter verschlossenen Türen in Zweierbeziehungen stattfinden, bleiben sie oft lange unbemerkt. Dabei können die Grenzen zwischen Opfer und Täter verwischen. Pflegende Angehörige können durch ihre machtvollere Position ebenso pflegebedürftigen Menschen die Selbstbestimmung entziehen und sie erniedrigen, wie dies umgekehrt passieren kann, indem pflegebedürftige Menschen die Erwartungshaltung entwickeln, dass die Hilfe ihrer Angehörigen unerschöpflich vorhanden ist. Bleiben die Konflikte bestehen, so wird mit zunehmender Zeit die einseitig oder gegenseitig zugefügte Gewalt intensiver. Diese Dynamik verschärft sich noch deutlich, wenn ohnehin nie eine reife Beziehung zwischen den pflegebedürftigen Angehörigen und der pflegenden Person bestanden hat (vgl. Hirsch 2016, S. 107f.).

## **2.5 Risikofaktoren für Gewalt in der häuslichen Pflege**

Wie im vorigen Punkt beschrieben, wird die Übernahme der Pflege von vielen pflegenden Angehörige aus moralischen und emotionalen Gesichtspunkten entschieden. Auf Grundlage dessen wird davon ausgegangen, dass Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen v.a. aus Überforderung und Überlastung in einer ansonsten positiven empfundenen Pflegebeziehung resultiert und seltener als das



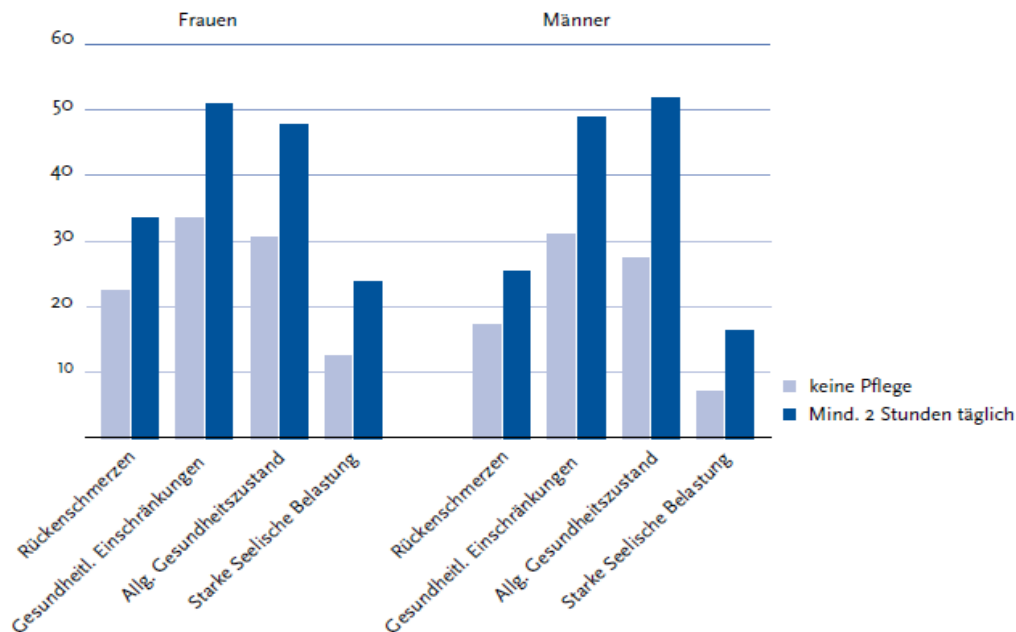
Ergebnis kalkulierter Kriminalität gesehen werden kann (vgl. Gröning & Yardley 2020, S.492). Ein zentrales Überlastungsrisiko liegt dabei in der Höhe des Pflegegrads und der aufgewendeten Zeit für die Pflege. Je höher beide Faktoren sind, desto belastender wird die Pflegesituation empfunden (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 21; Eggert et al. 2018, S. 20). Insbesondere nächtliche Betreuung, eine 24-Stunden Bereitschaft und/oder Stuhlinkontinenz zehren an den Kräften der pflegenden Angehörigen und lassen belastende Ekel – und Schamgefühle entstehen. Die Belastung verschärft sich, wenn die in der Pflegebeziehung agierenden Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 10f.). So geben in einer Befragung von Schmidt und Schneekloth fast  $\frac{3}{4}$  der pflegenden Angehörigen, die im gleichen Haus wie ihr pflegebedürftiger Angehöriger wohnen an, dass sie eher stark bzw. sehr stark belastet sind (vgl. Schmidt & Schneekloth 2011, S. 29). Weiterhin steigt die Belastung, wenn zu Pflegende unter kognitiven Einschränkungen, wie Demenz, leiden. Auch hier ist der Zeitaufwand für die Pflege groß und wenn noch keine nennenswerten körperlichen Einschränkungen vorliegen kann es zu Unruhe, nächtlichen Störungen oder Hinterherlaufen kommen. Werden diese Verhaltensweisen als Absicht des Pflegebedürftigen fehlinterpretiert, kann dies zusätzlich zu Emotionen wie Wut und Verärgerung kommen. Generell können Emotionen hohe Belastungen hervorrufen. Der bereits in 2.4 beschriebenen Umgang mit dem Verlust der bisherigen Beziehung, mit Altern und Tod und ein damit zusammengehöriger manchmal unvorbereiteter Beginn der Pflegesituation kann für pflegende Angehörige äußerst überfordernd sein und dazu führen, dass sie sich von der Pflegeaufgabe eigentlich distanzieren wollen. Hilflosigkeit im Umgang mit der Situation und den eigenen Gefühlen und damit einhergehende Schuldgefühle, nur unzureichende Pflege leisten zu können, stellen ein hohes Belastungsrisiko dar (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 7f.).

Somit zeigt sich, dass der Aufwand der Pflege und bedrückende Emotionen eine große Rolle in der Erklärung von Überforderung in einer Pflegesituation spielen. Hagedorn merkt dazu an, dass diese Problematik durch die Ausweitung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ auch bedingt durch diverse medial skandalisierte Missstände in Pflegeheimen verschärft wurde (vgl. Hagedorn 2019, S. 108). Wie belastend sich die Situation aber letztendlich auswächst, hängt mit den

Ressourcen der pflegenden Angehörigen zusammen (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 4). Anstrengende und zeitaufwändige Pflegesituationen können beispielsweise durch gemeinsame Übernahme der Pflege durch mehrere pflegende Angehörige entschärft werden. Allerdings können etwas mehr als 1/3 der Pflegebedürftigen nur auf eine Pflegeperson zurückgreifen (vgl. Brandt 2011, S. 14). Werden von dieser Pflegeperson die Bedingungen der Pflege dabei auch noch als ungerecht empfunden, steigert dies das Risiko für Belastungen. Als Beispiel kann hier die in Punkt 2.4 bereits beschriebene Norm genannt werden, dass immer noch häufiger Frauen die Pflege übernehmen und sich dabei manchmal in die Situation hineingedrängt fühlen (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 498). Liegt bei den Pflegepersonen noch eine zusätzliche Berufstätigkeit vor, kann ein Spagat zwischen Partnerschaft, Kinderbetreuung, Erwerbstätigkeit, Freizeit und der Pflegeaufgabe zu einer belastenden Situation werden (vgl. Wetzstein et al. 2015, S. 3). Auch wenn viele pflegebedürftige Menschen noch von Partner\*innen gepflegt werden, steigt die Zahl der berufstätigen pflegenden Angehörigen kontinuierlich und lag im Jahr 2012 bereits bei 66% (vgl. Geyer & Schulz 2014, S. 294). Etwa 1/8 davon sind zusätzlich noch für die Betreuung von Kindern unter 14 Jahren zuständig und ca. 1/3 haben ihre Arbeitszeit reduziert (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S.6). Dafür fehlt vielen die Anerkennung, was Hagedorn die „dominante Fürsorge-logik“ nennt (vgl. Hagedorn 2019, S. 119). Private Pflege gilt als uneigennützig und daher in gesellschaftlichem Sinne als nicht vollwertig, was einen Mangel an sozialer Wertschätzung zur Folge haben kann (vgl. ebd., S. 125). Die in die Pflegeaufgabe implizierte Uneigennützigkeit kann bei manchen pflegenden Angehörigen dabei das Gefühl hervorrufen, „dienstverpflichtet“ zu sein und mögliche Überforderungen nicht zeigen zu dürfen (vgl. ebd., S. 119). Dieser Aspekt wird dadurch verstärkt, dass viele Menschen so lange wie möglich in der gewohnten Häuslichkeit verbleiben wollen und dafür auch pflegerische Mängel in Kauf nehmen würden. Die Beendigung einer häuslichen Pflegeaufgabe kann sich so als Verrat gegenüber des Pflegebedürftigen anfühlen und pflegende Angehörige dahin bringen, über ihre Ressourcen zu pflegen (vgl. Brandt 2011, S. 11). Eine weitere Folge kann dabei sein, dass sie sich durch zeitintensive Pflege in die soziale Isolation treiben. Es bleibt wenig Zeit für eigene Freizeit, Hobbies oder Freunde, was eine Ressource für zehrende Pflegearbeit darstellen könnte. So steigt aber das Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019,

S. 7). Generell zeigt sich, dass die Pflegesituation gesundheitliche Spuren bei pflegenden Angehörigen hinterlässt.

Abbildung 3: Belastung pflegender Angehöriger



Quelle: Wetzstein et al. 2015, S. 6

Zur Erklärung dieser Statistik muss gesagt werden, dass pflegenden Angehörigen und nichtpflegenden Personen die Frage gestellt wurde, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen und hier nur die Kategorie „nicht gut“ abgebildet wird. Dabei ist erkennbar, dass Männer und Frauen, die mindestens zwei Stunden täglich pflegen, ihren allgemeinen Gesundheitszustand zusammengerechnet ca. 20% höher als „nicht gut“ einordnen als Personen, die keine Pflege verrichten. Auch bei der physischen Gesundheit (Rückenschmerzen) und der psychischen Gesundheit (starke seelische Belastung) sehen pflegende Angehörige stärkere Defizite (vgl. Wetzstein et al. 2015, S. 5f.). Sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden stellen dabei ein großes Risiko für Überlastung dar (vgl. Eggert et al. 2018, S. 21).

Wird die Pflegesituation als belastend empfunden und stehen keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung, kann eine Gewalthandlung dazu dienen eine kritische Situation zu lösen (vgl. Hirsch 2011, S. 137). Wenn pflegende Angehörige

dann darüber schweigen, kann sich ein Teufelskreis aus „[...] Selbstvorwürfen, verstärktem Belastungserleben, Erschöpfung sowie Depressivität und Ängsten in Bezug auf die bestehende Impulsivität in der Pflegesituation entwickeln.“ (Wilz & Pfeiffer 2019, S. 8). Das kann dazu führen, sich in der Pflegesituationen gefangen zu fühlen, was das Risiko für erneute Gewalthandlungen verschärft (vgl. ebd., S. 28).

Hagedorn plädiert deshalb dafür, dass pflegende Angehörige, die Gewalt anwenden, nicht als Täter\*innen bezeichnet werden sollten (vgl. Hagedorn 2019, S. 109). Tatsächlich verwischen Grenzen zwischen Opfern und Tätern nicht selten, wie in Punkt 2.4 bereits angedeutet. Viele Pflegepersonen geben an, auch durch Gewalthandlungen ihrer pflegebedürftigen Angehörigen belastet zu sein (vgl. Eggert et al. 2018, S. 14). Hirsch merkt dennoch an, dass Überlastung zu schnell als Entschuldigung für Gewalthandlungen genommen wird und durch die Moralisierung der Situation die Tragweite des Themas entschärft wird (vgl. Hirsch 2011, S. 137). Welche Tragweite das Thema hat, zeigt sich daran, dass es noch viele weitere Risikofaktoren gibt, die ebenso verwoben zu Gewaltsituationen beitragen können. Dabei kann beispielsweise eine gegenseitige Abhängigkeit in der Pflegebeziehung einen Risikofaktor darstellen, wie in Punkt 2.4 bereits angedeutet. Weiterhin können Substanzmissbrauch des pflegenden Angehörigen, Gewalt in der häuslichen Pflege von Frauen und eine wirtschaftlich prekäre Lage des Haushalts genannt werden (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 30; Eggert et al. 2018, S. 11). Kindheitserfahrungen und gelernte Verhaltensmuster durch eine von Gewalt geprägte Beziehungsqualität vor dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit, gewalttätiges und aggressives Verhalten des pflegebedürftigen Menschen, kognitive Einbußen des pflegenden Angehörigen sowie die Übernahme der Pflegesituation aus monetären Vorteilen stellen ebenso Risikofaktoren für Gewalt in der Pflege dar (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 21).

Hieran kann man erkennen, dass Gewalt in der Pflege äußerst komplex und selten monokausal zu erklären ist. Viel häufiger gibt es ein Zusammenspiel mehrerer der genannten Risikofaktoren, damit Gewalthandlungen gegenüber einem pflegebedürftigen Menschen entstehen können (vgl. ebd., S. 21).

## **3. Pflegenotfalltelefone**

### **3.1 Bedeutung und Entstehung**

Pflegenotfalltelefone sind telefonische Beratungs- und Kriseninterventionsangebote (vgl. Görge 2016, S. 8). Dabei ist es wichtig, Pflegenotfalltelefone von anderen, ähnlich klingenden Handlungsmaßnahmen im pflegerischen Bereich abzugrenzen. So ist ein Pflegenotfalltelefon nicht mit einem Pflegenotruf zu verwechseln, der meist an Pflegedienste angekoppelt ist und dazu dient, bei einer akuten pflegerischen Notfallsituation Hilfe zu holen (vgl. Görge et al. 2002, S. 527). Ebenso wenig kann ein Pflegenotfalltelefon als reine Pflegeberatung bezeichnet werden, da diese hauptsächlich darauf abzielt, Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung im Vorfeld und während der Pflegesituation bereitzustellen (vgl. § 7a SGB XI).

Der Kernpunkt der Beratungsarbeit der meisten Pflegenotfalltelefone ist, wie bereits angedeutet, die Krisenintervention, die dann zum Tragen kommt, wenn Ratsuchende die Pflege als problematisch empfinden. Da ein solches Angebot, das in konkreten Überforderungs- und Belastungssituationen Entlastung und Hilfe bei der Schlichtung von Konflikten bietet, lange Zeit fehlte, gründeten sich 1997 die ersten beiden Pflegenotfalltelefone: HSM in Bonn und die „Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München“. Im Jahr darauf folgte ein Angebot in Siegen und auch in Berlin, Kiel, Hannover und Hamburg etablierten sich noch vor der Jahrtausendwende weitere Pflegenotfalltelefone (vgl. Zeike 2016, S. 13f.). Aufgrund der schnell wachsenden Anzahl der verschiedenen Anbieter fand 1999 ein von HSM initiiertes Treffen der bestehenden Pflegenotfalltelefone statt, aus dem die Gründung der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen“ (BAG) mit Sitz in Bonn hervorging (vgl. Görge et al. 2002, S. 423f.). Dieser Netzwerkzusammenschluss zählt mittlerweile 15 Mitglieder. Mit Böblingen, Stuttgart, Frankfurt am Main und einer zusätzlichen Stelle in München, gründeten sich zunächst weitere, ausschließlich in den alten Bundesländern ansässige, Pflegenotfalltelefone, bevor sich 2008 auch in Potsdam ein Angebot etablierte. 2010 wurde die Präsenz der Pflegenotfalltelefone in den neuen Bundesländern durch eine

Beratungsstelle in Chemnitz erhöht. In Nürnberg und Lüneburg kamen 2011 bzw. 2018 die vorerst letzten Mitglieder der BAG hinzu (vgl. BAG 2019a).

Wie im Namen schon zu erkennen ist, beziehen sich alle in der Bundesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Pflegenotfalltelefone auf die Lebensphase Alter. Die Bewältigung von Gewaltsituationen im familialen Umfeld und die Verringerung von Missständen in der Pflege gelten dabei als vorrangige Ziele. Um diese Ziele zu erreichen, stellen die Zusammenarbeit der im Netzwerk verankerten Pflegenotfalltelefone und die damit verbundenen Treffen wertvolle Ressourcen dar. Durch den Austausch über Wissen und Erfahrungen aller Pflegenotfalltelefone können die individuellen Angebote stets überprüft und plural betrachtet werden, wovon die einzelnen Mitglieder stark profitieren können (vgl. BAG 2010, S. 2). Ein ebenso wichtiger Aspekt ist die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Durch die gemeinsam agierenden Stellen fällt die Interessenvertretung der Pflegenotfalltelefone in Gesellschaft und Politik leichter. Auch die Thematisierung von Pflegesituationen und eine damit einhergehende Sensibilisierung für Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger kann so durch gemeinsame Veranstaltungen und Presseberichte der Fachöffentlichkeit und Gesellschaft breiter zugänglich gemacht werden. Die Ressourcen aller Pflegenotfalltelefone können dabei gebündelt genutzt werden. Aus diesem Grund hat sich die Bundesarbeitsgemeinschaft als weitere Ziele gesetzt, einen Ausbau des Netzwerkes von Kooperationspartnern voranzutreiben und ein flächendeckenderes Angebot an Pflegenotfalltelefonen zu etablieren (vgl. BAG 2019a).

Das Netz an Pflegenotfalltelefonen ist bereits breiter, als es die BAG vermuten lässt, da nicht alle Pflegenotfalltelefone dem Netzwerkzusammenschluss angehören. Zusätzlich gibt es noch lokale Angebote im Kreis Minden-Lübbecke, Bremen, Magdeburg, Paderborn und Essen und mit dem Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums existiert sogar ein bundesweites Angebot (vgl. ZQP 2020).

### **3.2 Basis und Struktur**

Auch wenn die Pflegenotfalltelefone das gleiche übergeordnete Ziel eint, ist deren Basis und Struktur äußerst plural. Die BAG setzt zwar für die Zugehörigkeit Mindeststandards, diese beziehen sich jedoch v.a. auf das Vorhandensein einer

regelmäßigen oder öffentlich bekannten Beratungsmöglichkeit für ältere oder pflegebedürftige Menschen und deren Umfeld und lassen daher viel Spielraum (vgl. BAG 2010, S. 1). Görge et al. haben sich bereits 2002 mit der Ausgestaltung von Pflegenotfalltelefonen beschäftigt und kamen zu dem Ergebnis: „Die Angebote unterscheiden sich hinsichtlich der Zuständigkeiten, der Arbeitsbereiche, der finanziellen Ausstattung, der Trägerschaft, der Ziele, der personellen Ausstattung, der Arbeitsweise und der Erfahrungen – um nur einige Beispiele zu nennen.“ (Görge et al. 2002, S. 493).

Daran hat sich bis heute nichts geändert. Das liegt zu einem wesentlichen Teil daran, dass die finanzielle Basis sehr unterschiedlich gestaltet ist und es kaum rechtliche Grundlagen gibt (vgl. Brandt 2011, S. 68). Nur das Pflegenotfalltelefon in Kiel hat über das ausschließlich in Schleswig-Holstein geltende Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) eine gesetzliche Verankerung (vgl. Pflege Not Telefon Kiel 2013). Hier wird explizit angegeben, dass es ein landesweites Krisentelefon auch für Beratung bei Gewalt in der Pflege geben muss (vgl. § 4 SbStG). Dementsprechend wird das Pflegenotfalltelefon vom Bundesland Schleswig-Holstein gefördert, während die Arbeiterwohlfahrt (AWO) als Träger die Koordination übernimmt (vgl. Pflege Not Telefon Kiel 2013). In Böblingen wurde ein, ausschließlich von ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen betriebenes Pflegenotfalltelefon auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 45a und c SGB XI aufgebaut (vgl. BAG 2019b). § 45a SGB XI beschäftigt sich unter anderem mit Angeboten zur Entlastung von Pflegenden und über § 45c SGB XI greift die Möglichkeit ehrenamtliche Strukturen fördern zu lassen (vgl. § 45a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI; § 45c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Alle weiteren öffentlich geförderten Pflegenotfalltelefone basieren auf selbst initiierten Leistungen von Bund, Land oder Kommune, wobei einige Pflegenotfalltelefone, wie z.B. das Not-Telefon Kreis Paderborn, direkt bei der Kommune angesiedelt sind (vgl. BAG 2019a; Kreis Paderborn o.J.).

Daneben gibt es auch solche, die zusätzlich andere Leistungsträger als finanzielle Basis aufweisen. Dabei sind die Kombinationen recht unterschiedlich (vgl. BAG 2019a). Das im Pflegestützpunkt Nürnberg eingegliederte Pflegenotfalltelefon läuft beispielsweise im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ über eine freiwillige Kooperation der gesetzlichen Pflegekassen mit der Stadt Nürnberg (vgl.

§ 92b Abs. 1 SGB XI; BAG 2019c). Pflege in Not in Berlin weist mit Mitteln von Senat, AOK und der Diakonie sogar drei unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen auf, wobei die Diakonie als Träger fungiert (vgl. BAG 2019d). Hieran wird deutlich, dass es viele Pflegenotfalltelefone gibt, die sich in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft befinden und dabei diverse finanzielle Unterstützungen beziehen können. Daneben gibt es jedoch auch einen wesentlichen Teil an Pflegenotfalltelefonen, die sich über einen Verein selbst tragen. Diese werden nur teilweise von Kommunen oder anderen Leistungsträgern bezuschusst (vgl. BAG 2019a). Besteht abgesehen von dieser Finanzierung nicht die Möglichkeit sich wie der Verein in Böblingen staatlich fördern zu lassen, so bleiben als einzige monetäre Stützen meist nur Eigenmittel und/oder Spenden (vgl. BAG 2019a; Zeike 2016, S. 16).

Die finanzielle Basis hat große Auswirkungen auf die Struktur der Angebote, v.a. auf die Personalgestaltung. Pflegenotfalltelefone, die sich in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft befinden und über dementsprechende finanzielle Mittel verfügen, funktionieren dabei hauptsächlich über hauptamtliche Mitarbeiter\*innen (vgl. Zeike 2016, S. 16). Die Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München, die bei der Kommune ansässig ist, kann beispielsweise auf sechs Hauptamtliche zurückgreifen (vgl. BAG 2019e). Das sind jedoch vergleichsweise viele Mitarbeiter\*innen. Die normale Ausprägung bewegt sich zwischen einer und zwei Vollzeitstellen, wie es mit 1,5 Personalstellen z.B. bei Pflege in Not Brandenburg in Potsdam der Fall ist (vgl. BAG 2019f). Die Qualifikationen der Fachkräfte sind dabei sehr plural. Neben Sozialpädagog\*innen, Pflegekräften und Psycholog\*innen sind auch Gesundheitswissenschaftler\*innen, Jurist\*innen, Supervisor\*innen, Coach\*innen, Mediator\*innen und weitere Berufsgruppen zu finden. Eine ähnliche Vielfalt stellt sich beim Ehrenamt dar. Es sind v.a. die Vereine, die fast ausschließlich über ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen funktionieren, aber auch Pflegenotfalltelefone in anderer Trägerschaft greifen teilweise auf Ehrenamtliche zurück, um Beratungszeiten abdecken zu können. Beim Einsatz der ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen wird dabei großer Wert auf einen fachnahen qualifizierten Hintergrund und private Erfahrungen in der Pflege gelegt (vgl. Zeike 2016, S. 14ff.). Eine Schulung zur Gesprächsführung sowie regelmäßige Fortbildungen und Supervision gelten weiterhin als



wichtige Grundlage für eine hochwertige Beratungsarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen gleichermaßen (vgl. BAG 2019a).

Zeike sieht bei Pflegenotfalltelefonen, die über einen Verein betrieben werden, eine deutlich geringere Ausprägung der Angebote. (vgl. Zeike 2016, S. 16). So haben z.B. die Pflegenotfalltelefone in Bonn, Lüneburg und Hannover keine festgelegten Sprechzeiten sondern beraten nur nach Vereinbarung (vgl. BAG 2019a). Die Beratung erfolgt dabei inhaltlich meist weniger tiefgehend und greift schneller auf die Wegweiserfunktion zurück (vgl. Zeike 2016, S. 16). Dennoch ist zu erkennen, dass einige Vereine an Pflegenotfalltelefone, die in anderer Trägerschaft agieren, heranreichen können (vgl. BAG 2019a). Generell setzen die Pflegenotfalltelefone so unterschiedliche Akzentuierungen, dass sie sich kaum eindeutig gruppieren lassen (vgl. Brandt 2011, S. 69).

Das wird auch bei den Zielgruppen deutlich. Der Großteil der bestehenden Angebote richtet sich gezielt an pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige sowie an Pflegekräfte. Daneben gibt es jedoch auch Telefone, die sich generell an ältere Menschen und deren Umfeld wenden, wie HSM in Bonn (vgl. BAG 2019a; BAG 2019g). Einige Telefone richten sich zusätzlich an das direkte weitere Umfeld wie Nachbar\*innen, Freund\*innen, Betreuer\*innen und Ärzt\*innen und auch an übergeordnete Akteure wie politische Gremien und Organisationen. Die meisten Pflegenotfalltelefone konzentrieren sich in ihren Angeboten dabei v.a. auf die direkte und indirekte Prävention von Überlastung und Gewalt in der Pflege (vgl. BAG 2019a).

Zusammenfassend ist erkennbar, dass Pflegenotfalltelefone sich in ihren Grundsätzen und Strukturen deutlich unterscheiden. Einige agieren nur regional, andere landesweit und eines sogar bundesweit (vgl. ZQP 2020). Es besteht kein Anspruch darauf, dass die in Punkt 3.1 genannte Liste an Orten, in denen Pflegenotfalltelefone ansässig sind, vollständig ist. Jedoch sind dies die bekanntesten Anbieter, die, in Anlehnung an den Titel der vorliegenden Arbeit, im Großen und Ganzen das gleiche Ziel verfolgen: die Pflege älterer Menschen zu verbessern und bei konfliktreichen Pflegesituationen und damit potentiell einhergehenden Gewalthandlungen einen Ansprechpartner und eine Stütze darzustellen (vgl. BAG 2019a).

## **4. Betrachtung der praktischen Ausführung von Pflege- notfalltelefonen**

### **4.1 Meilensteine**

Wie in Punkt 2.3 bereits angesprochen, wurde in Deutschland erst ab den 1990ern darüber geforscht, dass die Pflege älterer Menschen ein Konfliktfeld darstellen kann, das plurale Potenziale zur Opferwerdung in sich trägt. Dementsprechend wurden auch erst ab diesem Zeitpunkt Überlegungen angestellt, wie Maßnahmen dagegen entstehen können (vgl. Görge & Nägele 2005, S. 5).

Auf Grundlage der Erkenntnisse der KFN-Studie von 1992 fand 1996 eine vom BMFSFJ durchgeführte Tagung statt, in der die damalige parlamentarische Staatssekretärin des Bundessenienministeriums Gertrude Dempwolf anmerkte, dass angemessene Hilfe und Unterstützung entwickelt und bereitgestellt werden muss und dafür ein Modellprojekt vorbereitet wird, das sich mit Präventionsmöglichkeiten gegen Gewalt gegen Ältere beschäftigt (vgl. Burger 1996). Anträge von der SPD und Bündnis 90/Die Grünen mit Forderungen, umfassendere Forschungen zu der Thematik durchzuführen, folgten. Hauptsächlich letztere verlangten anonyme Beratungsmöglichkeiten für krisenhafte Situationen, was zeigt, dass die Notwendigkeit von Pflegenotfalltelefonen in der politischen Diskussion angekommen war (vgl. Görge et al. 2002, S. 78). Noch bevor das Modellprojekt begann, gründeten sich zwei Pflegenotfalltelefone und 1998 startete schließlich das „Modellprojekt Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum“ in der Stadt Hannover (vgl. BAG 2019a; Modellprojekt Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum o.J., S. 6). Dabei wurden die drei Felder Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und Vernetzung untersucht, wobei 1999 auch ein Krisentelefon gegründet wurde (vgl. Modellprojekt Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum o.J., S. 5). Die Thematik wurde durch das Modellprojekt in Hannover nachhaltig diskutiert und bearbeitet und das Telefon hielt sich über die Projektphase hinaus und besteht bis heute (vgl. Brandt 2011, S. 73; BAG 2019h).

Es folgten weitere Projekte, die auf Pflegenotfalltelefone Bezug nehmen und sie als wichtigen Akteur auf diesem Gebiet auszeichnen. Die in 2.3 bereits erwähnte

Studie „Kriminalitäts – und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen“ von 2004 bis 2007 nutzte Erfahrungen der BAG und erfuhr von einer interviewten älteren Frau, dass diese durch ein Pflegenotfalltelefon eine gewaltvolle Situation hatte beenden können (vgl. BMFSFJ 2009, S. 211; 296). Auch die Forschung „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PURFAM) greift auf Erkenntnisse von Pflegenotfalltelefonen zurück und das Projekt „Gewaltfreie Pflege“ von 2013 bis 2015 sieht ein Pflegenotfalltelefon als wichtigen Baustein von präventiven Maßnahmen gegen Gewalt (vgl. Bonillo et al. 2013b, S. 51; Brucker & Kimmel 2017, S. 28f.).

Einen großen Meilenstein stellt die bereits in Punkt 3.2 aufgeführte rechtliche Verankerung eines Pflegenotfalltelefons in Schleswig-Holstein dar. Das SbStG, das seit 2009 gilt, ist dadurch ein wichtiger Vorreiter für andere Bundesländer auf diesem Gebiet (vgl. Schleswig-Holstein o.J.). Auf Bundesebene hat die Relevanz von Pflegenotfalltelefonen im Bezug zu Demenz an Wichtigkeit gewonnen. Die „Nationale Demenzstrategie“, deren Umsetzung 2020 begonnen hat, hebt hervor, dass es anonyme telefonische Krisenberatung geben muss, um für Überforderungssituationen in der Pflege von an Demenz erkrankten Menschen einen Ansprechpartner bereit zu stellen. Bis 2024 sollen dafür die bereits vorhandenen Angebote um 10% steigen (vgl. BMFSFJ & Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2020, S. 58; 73).

Es zeigt sich, dass die Etablierung von Pflegenotfalltelefonen stets in Zusammenhang mit zunehmender öffentlicher Präsenz der Thematik Gewalt in der Pflege steht (vgl. Zeike 2016, S. 17). Dabei profitieren Projekte und Forschungen jedoch auch von wichtigen praktischen Erfahrungen der Pflegenotfalltelefone, was deren Relevanz in diesem tabuisierten Feld hervorhebt (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 49).

## **4.2 Möglichkeiten als Handlungsmaßnahme**

Hirsch sieht das Ziel von Präventionen und Interventionen bei Gewalt in der Pflege darin, die Bedingungen zu beeinflussen, aus denen Gewalt resultiert. Um das zu erreichen, sollten Maßnahmen auf drei Ebenen greifen. Die Primärprävention beschäftigt sich mit „Ansätze[n], die verhindern sollen, dass es zu Gewalt kommt [...]“ (Hirsch 2011, S. 145). Hirsch sieht dabei v.a. die Sensibilisierung der

Öffentlichkeit als wichtige Aufgabe. Die Sekundärprävention sollte Maßnahmen beinhalten, die sich direkt auf Gewalthandlungen konzentrieren, z.B. Entlastungsangebote. Die Tertiärprävention legt ihren Schwerpunkt auf die Langzeitbetreuung von zu beratenden Menschen. Das könnte beispielsweise die Entzerrung von Beziehungen sein (vgl. ebd., S. 145f.).

Pflegenotfalltelefone richten ihre Maßnahmen hauptsächlich auf die Sekundärprävention. Dies geschieht durch individuelle telefonische, persönliche und/oder digitale Beratungs- und Fallarbeit (vgl. Zeike 2016, S. 12ff). Hagen, der das Pflegenotfalltelefon in Hannover im Rahmen des in Punkt 4.1 beschriebenen Modellprojekts mit konzipiert und ausgeführt hat, berichtet von wichtigen Grundlagen in der Theorie und Praxis. Er meint, dass es um die Lösungsfindung von Problemen geht, die sich im Hier und Jetzt abspielen. Es ist wichtig, dabei realistische Ziele zu verfolgen, denn es geht nicht um die Herbeiführung einer Persönlichkeitsveränderung. Oftmals kann Beratungsinhalt sein, belastende Gefühle gemeinsam mit dem Anrufenden auszuhalten, Verständnis zu zeigen und zuzuhören, wofür manchmal ein Anruf ausreicht. Es kann jedoch auch zu einer längeren Begleitung von Anrufenden kommen. Hier geht es mehr darum, Klarheit in eine Situation zu bringen und Lösungen zu entwickeln. Dabei sollte stets der Anrufende als Experte seiner Situation und Lösung betrachtet werden (vgl. Hagen 1999, S. 53). Görge et al. fügen dem hinzu, dass Beratungsangebote offen gestaltet sein sollten. Der Schuld- und Schamaspekt spielt oft eine große Rolle in der Hinderung daran, sich Hilfe zu suchen, weshalb es wichtig ist, dass Anrufende ihre Probleme nicht klassifizieren oder definieren müssen und sich so auch nicht als Gewaltopfer- oder Täter zu erkennen geben müssen (vgl. BMFSFJ 2009, S. 546).

Hieran erkennt man, dass Pflegenotfalltelefone sich ganz gezielt an Angehörige richten, die selbst Gewalt ausüben, was eine eher untypische Zielgruppe für Maßnahmen gegen Gewalt darstellt (vgl. Görge et al. 2002, S. 512). Der Erstkontakt ist dabei immens wichtig. Er führt zu Beziehungsaufbau und Vertrauen, das eine weiterführende Unterstützung erst möglich macht. Es sollten dabei keine Ratschläge erteilt und Gewalt an sich verurteilt werden, sondern sie muss in ihrer Funktionsweise betrachtet werden (vgl. ZQP 2017, S. 49). Es geht darum in der Pflegesituation auftretende Situationen, wie Verpflichtung, Macht, Hilflosigkeit

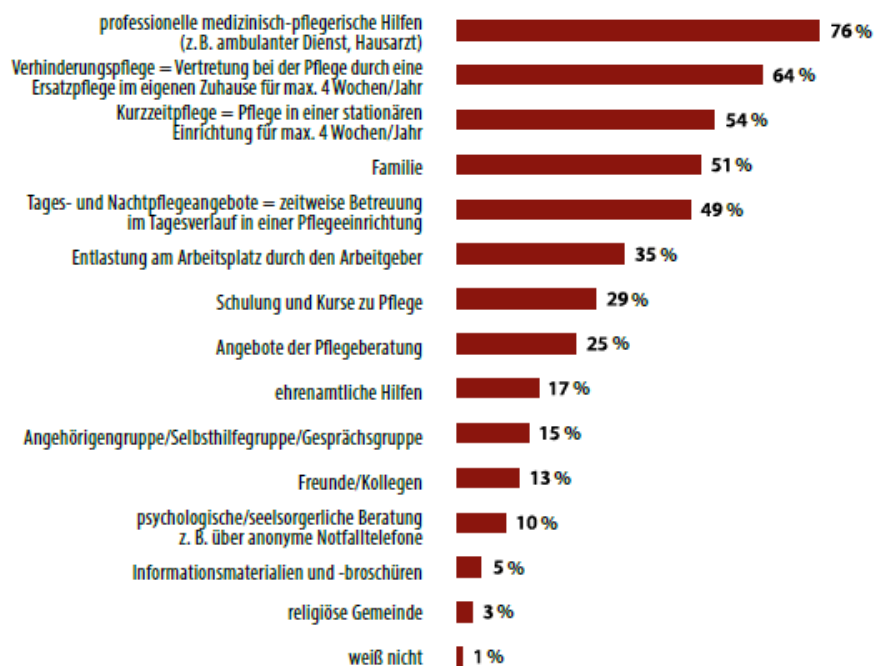
und Schuld zu reflektieren (vgl. Zeike 2016, S. 12). Dabei kann es hilfreich sein „[...] die Pflege als praktische Leistung ein Stück weit aus dem emotional-persönlichen familiären Beziehungsrahmen [...]“ (ebd., S. 25) herauszulösen. Die Furcht davor, in der Pflegesituation zu versagen und pflegebedürftige Angehörige zu enttäuschen, kann somit verringert werden (vgl. ebd. S. 25).

Es zeigt sich, dass die Analyse familiärer Strukturen und Emotionen und das Bewusstwerden darüber eine wichtige Beratungsaufgabe ist (vgl. ZQP 2017, S. 42). Kleine Fortschritte sind in diesem Kontext besser als weit entfernte Lösungen (vgl. ebd., S. 46). Langfristig gesehen kann die Verbesserung der Problemlösefähigkeit zur Verhütung von Gewalt von Bedeutung sein (vgl. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 340). Aber auch Hilfe außerhalb der Pflegebeziehung ist wichtig. Durch einen offenen Austausch in der Familie kann die Situation beispielsweise entlastet werden, indem die Pflege auf mehrere Schultern verteilt wird (vgl. ZQP 2017, S. 42). Das zeigt, dass manche Pflegenotfalltelefone bereits die Tertiärprävention berühren. Dennoch stellen sie meist nur den ersten Schritt in einem Hilfsnetz dar. Erst wenn die emotionale Entlastung bewusst abgebaut werden konnte, können praktische Hilfen vermittelt werden, wie die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege (vgl. Zeike 2016, S. 18; Seidel 2007, S. 72f.). Daher ist es wichtig, andere Institutionen, wie spezielle Pflegeberatungsstellen oder weiterführende psychosoziale Beratung, mit einzubeziehen oder gänzlich daran zu vermitteln (vgl. Hirsch 2011, S. 147; Zeike 2016, S. 18). Die Tiefe der beschriebenen Beratung bei den individuellen Pflegenotfalltelefonen wird unterschiedlich gehandhabt, wie in Punkt 3.2 bereits beschrieben.

Die Anzahl der Anrufe schwankt zwischen 100 und 1500 pro Jahr (vgl. BAG 2019a). Görge und Nägele haben im Zuge des Modellprojekts in Hannover ausgewertet, welche Art von Anrufen beim Telefon eingingen. Von 361 Anrufen in zwei Jahren handelte es sich in 59,3% der Anrufe um begründete Beratungsfälle, die genau zur Hälfte von Gewaltformen berichteten. Dabei berichteten auch viele ältere und pflegebedürftige Menschen von erlittener Gewalt (vgl. Görge & Nägele 2005, S. 7). Knapp 50% der Beratungsfälle bewegten sich im häuslichen Pflegebereich und 2/3 der Gewaltfälle ereigneten sich in einer familiären Beziehung (vgl. ebd. S. 216; 7). Diese Erkenntnisse zeigen, dass Pflegenotfalltelefone für von Belastung und Gewalt in der Pflege betroffene Menschen eine

Anlaufstelle bietet. Auch pflegebedürftige Menschen nutzen zu einem nicht unwesentlichen Teil das Beratungsangebot. Die Wirksamkeit von Pflegenotfalltelefonen wurde bisher jedoch nur für pflegende Angehörige evaluiert. Lichte et al. haben sich 2018 mit der Effektivität von Präventionsmöglichkeiten in der Pflege beschäftigt. Dabei kommt heraus, dass die telefonische Beratung depressive Symptome verringern konnte, die Coping-Fähigkeiten stärkt und ein telefonbasiertes Problemlösetraining Belastungssenkungen hervorrufen kann (vgl. Lichte et al. S. 78f.; 85). In einer Befragung von Eggert et al. 2018 sollten 508 befragte Angehörige angeben, welche Maßnahmen sie als wichtig für Entlastungen empfinden.

Abbildung 4: Als wirksam empfundene Handlungsmaßnahmen



Quelle: Eggert et al. 2018, S. 27

In dieser Abbildung kann man sehen, dass die psychologische und seelsorgerliche Beratung der Pflegenotfalltelefone von 1/10 der Befragten als besonders entlastend gesehen wird (vgl. Eggert et al. 2018, S. 27).

Um Menschen im häuslichen und familialen Pflegebereich zu erreichen, die sich trotz problematischer Situationen nicht an Pflegenotfalltelefone wenden, nutzen Pflegenotfalltelefone regionale Kooperationen mit anderen, im Pflege- und Gesundheitsbereich verorteten Institutionen. Die Institutionen sollen auf das

Angebot aufmerksam machen, wenn sie in anderem Kontext auf Probleme von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen treffen (vgl. Hirsch 2016, S. 110). Weiterhin bieten einige Pflegenotfalltelefone die Möglichkeit von Schulungen an (vgl. BAG 2019a). Hausärzte bemerken Alarmsignale oft als erstes und auch ambulante Pflegekräfte können auf Missstände aufmerksam werden. Pflegenotfalltelefone wollen diese Berufsgruppen daher als Multiplikator\*innen nutzen, denen Kenntnisse über Risikofaktoren und Risikokonstellationen helfen können, Situationen möglicherweise bereits vor der Eskalation zu erkennen und frühzeitig an das Telefon zu vermitteln (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 34f.).

Alle Pflegenotfalltelefone möchten jedoch auch außerhalb dieser Netzwerke ihre Reichweite erhöhen. Dazu nutzen sie Öffentlichkeitsarbeit, die durch Broschüren, Plakate, Ratgeber, Leitfäden, Flyer, lokale Medien und vielem mehr geschieht (vgl. BAG 2019a). Auch Vorträge, Diskussionen und Ausstellungen werden dafür genutzt. Görger et al. sehen diese Veranstaltungen zusätzlich als hilfreich für einen niedrigschwelligen Zugang. Pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen, die von problematischen Situationen betroffen sind, können sich in diesem Zuge unauffällig über die Thematik informieren und werden dabei gleichzeitig auf die Pflegenotfalltelefone aufmerksam (vgl. BMFSFJ. 2009, S. 546). Zusätzlich lassen sich dadurch zwei Ziele der Pflegenotfalltelefone verbinden: sie können sich regional bekannt machen, um Zielgruppen zu akquirieren und nutzen die Präsenz um das Thematisieren von Überforderung und Gewalt in der Pflege zu enttabuisieren. Letzteres betreiben einige Pflegenotfalltelefone als sozialpolitische Öffentlichkeitsarbeit besonders intensiv, um das Thema in der Fachwelt zu etablieren und strukturelle Veränderungen anzustoßen (vgl. Görger et al. 2002, S. 519; BAG 2019a). Dieses Ziel wird v.a. durch Tagungen und Fachpublikationen verfolgt. Hier zeigt sich, dass einige Pflegenotfalltelefone auch die Primärprävention in den Reigen ihrer Aufgaben aufgenommen haben (vgl. BAG 2019a). Wie erfolgreich das sein kann, zeigt die Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“. Sie beinhaltet fachlich bundesweit anerkannte Veröffentlichungen, die von Handeln statt Misshandeln in Bonn seit 1997 herausgegeben werden und dabei mit 20 Bänden eine beachtliche Bandbreite aufweisen (vgl. Brandt 2011, S. 144; BAG 2019g).

### 4.3 Herausforderungen

Trotz möglicher Hilfsangebote schweigen viele pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen über Überforderung und Gewalt. Oft gilt in privaten Verhältnissen ein Loyalitätsgebot und manchmal besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, das verhindert, über Gewalt zu sprechen. Außenstehende Personen können unsicher sein, ob und inwieweit sie Verdachte ansprechen, da sie die Privatsphäre respektieren und niemanden vor den Kopf stoßen wollen. Pflegebedürftige Menschen können ihnen angetane Gewalt möglicherweise nicht artikulieren oder schämen sich (vgl. Gröning & Yardley 2020, S. 498). Pflegende Angehörige befinden sich nicht selten in Grenzsituationen und wissen oft nicht, dass sie bereits Gewalt anwenden (vgl. Zeike 2016, S. 5). Weiterhin kann es vorkommen, dass pflegende Angehörige, die die Pflege eines Angehörigen als große Fürsorgeleistung empfinden, sich der Erkenntnis sperren, dass sie erschöpft und überanstrengt sind. Ist aus diesem Grund einmal Gewalt vorgekommen, verhindern Schuld- und Schamgefühle oft, dass Hilfe angenommen wird (vgl. Hagedorn 2019, S. 119). Dazu kommt, dass teilweise die Sorge besteht, dass die Suche nach Entlastungsmöglichkeiten von pflegebedürftigen Angehörigen als Zurückweisung aufgenommen wird (vgl. ZQP 2017, S. 40). Erfahrungen der BAG aus den letzten 25 Jahren zeigen, dass es immer noch eine hohe Hemmschwelle zur Nutzung der Beschwerdetelefone gibt (vgl. Zeike 2016, S. 17).

Entscheiden sich von Gewalt oder Überforderung in der Pflege betroffene Menschen doch dazu, sich an ein Pflegenotfalltelefon zu wenden, dann bedarf es in dieser Situation eines behutsamen Vorgehens. Pflegenotfalltelefone greifen in äußerst komplexe persönliche Beziehungen ein. Darum wird bei Beratenden ein umfassendes Wissen über Gesprächsführungskompetenzen, Supervision und Mediation bei Beratenden benötigt (vgl. Zeike 2016, S. 5; 34). Dazu kommt, dass Probleme manchmal nur subtil vorgetragen werden, da Gewaltopfer sich nicht als solche offenbaren möchten und auch Ausübende sich für ihre Taten schämen. Aus diesem Grund ist eine kommunikative Kompetenz der Beratenden, die einführend zwischen den Zeilen hören können, von großer Bedeutung (vgl. ebd., S. 18; Görden & Nägele 2005, S. 8). Nicht selten wird erst spät im Verlauf des Beratungsgesprächs offen über Gewalt gesprochen (vgl. Görden & Nägele 2005, S. 8). Beratende befinden sich dabei in einer herausfordernden Situation.



Einerseits sollten sie Verständnis für die Lage aufbringen und Schuldgefühle nicht verstärken, andererseits ist es wichtig, den Ernst der Situation zu verdeutlichen, da Gewalt sich schnell stabilisieren kann, auch wenn es bisher nur einmalig dazu kam (vgl. Hirsch 2011, S. 147). Dafür braucht es viel Fingerspitzengefühl und eine gute Beratungsbasis. Diese bildet sich bereits beim Erstkontakt. Die Beratenden sollten dabei in der Lage sein, sich mit dem Anrufenden auf eine vertrauensvolle Ebene zu begeben (vgl. Zeike 2016, S. 17). Brandt merkt zu diesem Aspekt an, dass das Mikroklima stimmen muss und das Vertrauen in die Beratenden manchmal von höherer Bedeutung ist als deren Fachkenntnis, da nur dann eine Zusammenarbeit auf diesem schwierigen Terrain möglich ist (vgl. Brandt 2011, S. 17f.). In diesem Zusammenhang besteht stets die Gefahr, dass eine Weiterleitung daran scheitert, dass Anrufende ihr Vertrauen nicht auf andere Institutionen übertragen können, auch wenn diese zielgenauer agieren könnten. Zur Beratungsarbeit gehört deshalb auch, Situationen auszuhalten, in denen sich Anrufende gegen weiterführende Hilfen entscheiden. Gründe dafür können unter anderem sein, dass sie Angst haben, dass dadurch die Pflegesituation eskalieren könnte oder die Pflegekonstellation aufgelöst werden muss. Buhl, die beim Pflegenotfalltelefon in Schleswig-Holstein tätig ist, gibt an, dass bei höchstens 20% der Anrufe eine weitergehende Maßnahme eingeleitet wird, was sie als zu wenig empfindet (vgl. ZQP 2017, S. 41).

Viele Pflegenotfalltelefone greifen für die Beratung auch auf Ehrenamtliche zurück (vgl. BAG 2019a). Angesichts der komplexen Beratungssituation ist dies stets ein Risiko. Es ist wichtig, dass Ehrenamtliche gut geschult werden und hoch qualifiziert, sowie in der Altenarbeit erfahren sein sollten, um sich den Herausforderungen gewachsen zu fühlen (vgl. Zeike 2016, S. 18; ZQP 2017, S. 46).

Auch außerhalb des Beratungsgesprächs bestehen Herausforderungen für Pflegenotfalltelefone, denn viele Menschen wissen gar nicht, dass es sie als Entlastungsmöglichkeit gibt (vgl. Gräßel & Behrndt 2016, S. 180). Auswertungen des Modellprojekts in Hannover lassen darüber Erkenntnisse zu. Zur Evaluierung des Pflegenotfalltelefons wurden zufällig ausgewählte Personen telefonisch befragt. Trotz intensiver Propagierung kannten etwas weniger als  $\frac{1}{4}$  davon das Pflegenotfalltelefon, wobei einige es allerdings mit anderen im Pflegebereich verorteten Anbietern verwechselten. Ferner bestand keine hinreichende Nachfrage für das

Angebot (vgl. Görge & Nägele 2005, S. 6ff.). Brucker und Kimmel merken dazu an, dass Informationen über das reine Vorhandensein von Pflegenotfalltelefonen nicht ausreichen, damit Menschen sie in Anspruch nehmen. Sie plädieren dafür, zu den Haushalten Beziehungen aufzubauen, also die aufsuchende Beratung und Veranstaltungen zu dem Thema mehr in den Blick zu nehmen (vgl. Brucker & Kimmel 2017, S. 15). Görge und Nägele haben wiederum reflektiert, dass der Begriff Gewalt, der mit Pflegenotfalltelefonen in Verbindung gebracht wird, mit der geringen Nachfrage zusammenhängen könnte. Eigentlich wurde dieser Begriff bewusst offen mit dem Telefon assoziiert. Sie können sich allerdings vorstellen, dass Betroffene sich oftmals, aus bereits genannten Gründen, nicht mit Gewalt in Verbindung bringen wollen und das offene Benennen davon mögliche Ratsuchende abschreckt. Sie könnten dabei Angst davor haben, stigmatisiert zu werden. Görge und Nägele sind daher der Meinung, dass es wichtig ist, das Aufgabengebiet weit zu fassen und der Begriff Gewalt nur punktuell zum Vorschein kommt; in der Zielgruppenansprache gar nicht (vgl. Görge & Nägele 2005, S. 6).

Weiterhin sollten Pflegenotfalltelefone gezielt auf sich aufmerksam machen (vgl. Gräßel & Behrnt 2016, S. 180). In der Öffentlichkeitsarbeit stehen sie dabei vor weiteren Herausforderungen. Hirsch betont, dass es wichtig ist, Gewalt nicht mit Schmach und Schande in Verbindung zu bringen, sondern sie aktiv durch Sensibilisierung zu bekämpfen (vgl. ZQP 2017, S. 46). Hauptsächlich die Medienarbeit kann einen hohen Wirkungsbereich erzielen, birgt aber oft das Risiko, dass Gewalt in der Pflege skandalisiert wird, um viele Leser zu erreichen. Daraus kann resultieren, dass Betroffene in Schuld- und Schamgefühlen bestärkt werden, was kontraproduktiv ist (vgl. Görge & Nägele 2005, S. 6). Generell sollte die Öffentlichkeitsarbeit eine gute Balance erreichen. Es ist wichtig, auf das Thema aufmerksam zu machen, jedoch sollte die Gefährdungslage auch nicht überbetont werden. Der Großteil der Angehörigen vollbringt qualitativ hochwertige Arbeit, und einige könnten sich durch Gewaltberichte unter Generalverdacht gestellt fühlen. Verallgemeinernde Darstellungen könnten sich dabei in sinkender Pflegemotivation niederschlagen. Wird jedoch zu wenig über Gewalt in der Pflege berichtet birgt dies das Risiko zu einer Tabuisierung der Problematik beizutragen. Bonillo et al. plädieren daher für eine sachliche, adäquate Öffentlichkeitsarbeit, die

betroffene Menschen durch einen transparenten Umgang mit Gewaltprävention- und Intervention von Gewalt und Überforderung signalisiert, dass sie nicht allein gelassen werden. Die Anerkennung dieser Gruppen sollte daher nicht vernachlässigt und multikausale Zusammenhänge nicht monokausal erklärt werden (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 55).

Zusammenfassend zeigt sich, in welchem großem Spannungsfeld sich Pflegenotfalltelefone bewegen und auf wie viele Facetten Rücksicht genommen werden muss. Beratende stehen dabei vor großen Herausforderungen, um sensibel und ausgewogen auf die Problematik reagieren zu können, damit Pflegenotfalltelefone eine Handlungsmöglichkeit gegen Gewalt in der Pflege darstellen können.

#### **4.4 Hindernisse**

Neben den vielfältigen Herausforderungen stehen Pflegenotfalltelefone auch vor Hindernissen oder Grenzen. Auch wenn viele Pflegenotfalltelefone eine tiefgehende Beratung betreiben, stellen sie allein fachlich gesehen eher eine Handlungsmaßnahme bei Gewalt aufgrund von Überlastung und Überforderung dar (vgl. BAG 2019a; Seidel 2007, S. 74). Wie in Punkt 2.5 bereits angesprochen, gibt es auch erlernte Gewalt und Gewalt aufgrund von Substanzmittelmissbrauch und psychischer Störungen. Die Möglichkeiten der Pflegenotfalltelefone sind hier begrenzt und entsprechende Fälle sollten an familienbezogene- oder psychosoziale Therapien weitergeleitet werden (vgl. Seidel 2007, S. 74f.). Deshalb sollten Pflegenotfalltelefone immer nur Bestandteil einer Kooperation vorhandener trägerübergreifender Beratungs-, Hilfe- und Kontrollinstitutionen sein, die im Beratungsfall ineinander übergehen (vgl. Schwedler et al. 2017, S. 296). Viele Pflegenotfalltelefone arbeiten mit Kooperationen, dennoch fehlen noch weitere auf Gewaltprävention spezialisierte Hilfsmöglichkeiten und vorhandenen Netzwerke können sehr unübersichtlich sein (vgl. BAG 2019a; Zeike 2016, S. 19). Leider fehlen Unterstützung und klare Strategien von der Makroebene, die dabei helfen würden, vorhandene Hilfen zu entwirren, zu bündeln und zu erweitern, damit Gewaltprävention umfassender wirksam werden kann (vgl. Schwedler et al. 2017, S. 296).

Hier wird bereits deutlich, dass das größte Hindernis sich in der rudimentären rechtlichen Verankerung befindet (vgl. Aner 2020, S. 51). § 20a SGB V mit dem Titel „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ wurde durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz erst eingeführt und formuliert, dass es unter anderem auch Prävention in der Lebenswelt älterer Menschen geben soll (vgl. Präventionsgesetz; § 20a Abs. 3 Satz 1 SGB V). Der bereits in Punkt 3.2 beschriebene § 45a SGB XI beinhaltet entlastende Angebote für pflegende Angehörige (vgl. § 45a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). In SGB XII gibt § 71 an, dass ältere Menschen Leistungen erhalten sollen, die auch die Beratung im Umfeld der Pflege betrifft (vgl. § 71 Abs. 2 Nr. 3 SGB XII). In keinem dieser Paragraphen wird allerdings die Notwendigkeit von Hilfsmaßnahmen gegen Gewalt in der Pflege be- und vorgeschrieben (vgl. Brandt 2011, S. 61).

In vielen Publikationen, wie auch bei Hagedorn, wird das Pflegesystem zur Verdeutlichung fehlender rechtlicher Verankerungen von Hilfsmaßnahmen dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) gegenübergestellt, das im Vergleich dazu deutlich stärkere rechtliche Regulationen besitzt (vgl. Hagedorn 2019, S. 109). Betrachtet man das SGB VIII, sieht man bereits in § 2, wie viele konkrete Hilfen und Leistungen aufgelistet sind, wie z.B. „Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII). Demgegenüber zeigt der Vorrang von häuslicher Pflege, dass Pflege eher eine Privat- und Familiensache ist (vgl. § 3 SGB XI; Aner 2020, S. 52). Durch fehlende Regulationen von außen, können Gewalthandlungen so besser versteckt werden. Ein vorgeschlagenes „Altenamt“ als Pendant des Jugendamtes wird dabei in der Fachwelt kontrovers diskutiert (vgl. Philipp-Metzen et al. 2013, S. 99).

Das KJHG wird steuerfinanziert, während die Pflegeversicherung von Beiträgen bezahlt wird und über die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik stets gedeckelt ist (vgl. Aner 2020, S. 48). Lediglich aufgrund der Coronapandemie wurde ein Bundeszuschuss von 1,8 Milliarden Euro gewährt, jedoch nur einmalig (vgl. Werding 2020). Das Budget ist als Folge begrenzt und Maßnahmen, die in Gesetzen keine Erwähnung finden, haben es dementsprechend schwerer sich zu etablieren (vgl. Aner 2020, S. 48). Pflegenotfalltelefone werden fast ausschließlich freiwillig öffentlich finanziert und einige halten sich nur mit Spenden über Wasser, was sie

auf eine unsichere Basis stellt (vgl. BAG 2019a). Der Verein „Handeln statt Miss-handeln - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“, der eines der öffentlich aktivsten Pflegenotfalltelefone betrieb, musste sich 2016 auflösen und unter dem in der vorliegenden Arbeit genannten Namen neu gründen, weil öffentliche Zuschüsse der Stadt eingestellt wurden (vgl. Reguvis 2016). Hier wird die unsichere Lage überdeutlich und das obwohl Hirsch der Meinung ist, dass es noch viel zu wenige Pflegenotfalltelefone gibt (vgl. Hirsch 2011, S. 147). Zeike fände es wünschenswert, wenn zumindest bestehende Telefonangebote weiterentwickelt und vereinheitlicht werden, da sie noch sehr unterschiedlich regional ausgestaltet sind (vgl. Zeike 2016, S. 34; 19). Beispielsweise wird angesichts akuter Krisensituationen eine Erreichbarkeit für 24 Stunden als wichtig angesehen, was jedoch nur das Pflegenotfalltelefon in Schleswig-Holstein mit einer landesrechtlichen Verankerung umsetzen kann (vgl. ZQP 2017, S. 42; BAG 2019i). Das zeigt, dass diese Handlungsmaßnahmen trotz über 20-jähriger Existenz von Pflegenotfalltelefonen noch nicht in dem Maße greifen kann, wie es sich viele Experten auf dem Gebiet wünschen würden. Regional sind die Pflegenotfalltelefone und deren Möglichkeiten immer noch sehr unterschiedlich ausgestaltet und ein bundesweit flächendeckendes Beratungsangebot fehlt noch, was verdeutlicht, dass es noch einige Hindernisse in diesem Bereich zu überwinden gilt (vgl. Zeike 2016, S. 19).

## 5. Fazit und Ausblick

Bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung gilt der „Vorrang der häuslichen Pflege“ (§ 3 SGB XI). Dieses Credo ist prinzipiell ein guter Grundsatz. Die meisten pflegebedürftigen Menschen möchten so lange wie möglich in der Häuslichkeit verbleiben und auch viele pflegende Angehörige übernehmen die Pflege gern. Dennoch darf dabei nicht außer Acht gelassen werden, dass die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen leicht zu Überforderung führen kann. Viele Pflegepersonen fühlen sich mit diesem Problem alleingelassen; Gewalt kann die Folge sein. Seit ca. 25 Jahren haben sich Pflegenotfalltelefone daher der wichtigen Präventions- und Interventionsarbeit gegen Gewalt angenommen. Sie stellen schon für viele pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen eine große Hilfe dar, müssen sich gleichzeitig aber auch noch multiplen Herausforderungen und Hindernissen stellen.

Seit fast 30 Jahren wird dazu geforscht, dass Überbelastung in Kombination mit familiären Dynamiken und anderen Risikofaktoren Gewalt in der Pflege hervorrufen kann. Dennoch gibt es noch immer zu wenige Erkenntnisse. Handlungsbedarf besteht insbesondere auf der Makroebene. Gewalt in der Pflege muss in der Öffentlichkeit und Politik zukünftig mehr als Problematik ernst- und wahrgenommen werden, damit rechtliche Grundlagen entstehen und sich bestehende und neue Hilfsmaßnahmen weiter etablieren können (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 34f.). Dabei gilt es den Fokus zukünftig mehr darauf zu legen, dass vorhandene Mittel nicht hauptsächlich in die Einzelfallhilfe fließen, sondern Hilfsarrangements gefördert werden, die in Netzwerken miteinander agieren (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009, S. 13). Bezogen darauf muss jedoch beachtet werden, dass sich das Problem unzureichender Hilfsmaßnahmen nicht durch die bloße Erweiterung und Verknüpfung bestehender Maßnahmen lösen lässt. Zuerst müssen konkrete Hürden erfasst werden, die Menschen daran hindern, im Beratungsfall umfassende Hilfe anzunehmen (vgl. Zeike 2016, S. 19). Aus diesem Grund bedarf es weiterer Modellprojekte, Instrumente, Betrachtungen und Zugänge in der Forschung, um neue Einsichten in die Struktur der Problematik zu erhalten, auf deren Grundlage Handlungsmaßnahmen angepasst werden können (vgl. Bonillo et al. 2013a, S. 34f.).

Bei diesen Handlungsmaßnahmen könnte auch die Soziale Arbeit eine größere Rolle spielen. Bei Pflegenotfalltelefonen gibt es bereits Sozialpädagog\*innen, die interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Dennoch bleibt die Soziale Arbeit in der Pflege wenig berücksichtigt, weshalb dieser Aspekt in der vorliegenden Arbeit auch kaum Beachtung fand. Soziale Arbeit ist im Pflegebereich rechtlich nicht vorgeschrieben und befindet sich in ständiger Konkurrenz mit Berufsgruppen der Pflegewissenschaft. Dabei wäre gerade die generalistische Ausbildung ein Pluspunkt in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen, da sie vielfältige, gerade auch psychosoziale, Komponenten in die Betrachtung mit einbezieht (vgl. Aner 2020, S. 48; 53). Die Etablierung sozialer Arbeit in der Pflege bleibt daher eine wichtige Aufgabe für die kommende Zeit.

Gewalt in der häuslichen Pflege ist ein bewegtes und komplexes Feld, in dem Pflegenotfalltelefone bereits viel geleistet haben. Der demographische Wandel ist nicht aufzuhalten und wird das Pflegesystem und die häusliche Pflege vor noch größere Herausforderungen stellen als ohnehin schon. Die Gründung eines Pflegenotfalltelefons in Mittelsachsen wäre daher ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die Präsenz der Problematik im Landkreis zu erhöhen und zu einem flächendeckenderen Netz an Hilfsangeboten bundesweit beizutragen. Die Notwendigkeit einer noch weitreichenderen Etablierung weiterer Handlungsmaßnahmen in der Gewaltprävention wird eine große Aufgabe für die Zukunft bleiben.

## Literaturverzeichnis

**Aner, Kirsten (2020):** Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer (Alten-)Arbeit. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 29-54.

**Baltes, Paul (2004):** Das hohe Alter. Mehr Bürde oder Würde. In: Wissenschaftsmagazin fundiert (Heft 1), o.S. ([https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004\\_01/index.html](https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004_01/index.html)), verfügbar am 14.01.2021).

**Bilsky, Wolfgang; Mecklenburg, Eberhard; Pfeiffer, Christian u.a. (1993):** Kriminalitätsfurcht und kriminelle Viktimisierung im Leben älterer Menschen in den alten und neuen Bundesländern. Zwischenbericht zur KFN-Opferbefragung 1992. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN-Forschungsberichte No. 15).

**Bonillo, Marion; Heidenblut, Sonja; Philipp-Metzen, H. Elisabeth u.a. (2013a):** Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

**Bonillo, Marion; Philipp-Metzen, Elisabeth H.; Saxl, Susanne u.a. (2013b):** Konzeption der Schulung. In: Zank, Susanne; Schacke, Claudia (Hg.): Abschlussbericht. Projekt Potentiale und Risiken In [sic] der familialen Pflege alter Menschen, S. 43-53.  
([http://www.eucim-te.eu/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung\\_2015.pdf](http://www.eucim-te.eu/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung_2015.pdf), verfügbar am 15.01.2021).

**Brandt, Kirsten (2011):** Soziale Frühwarnsysteme zur Gewaltprävention in häuslichen Altenpflegearrangements. 1. Auflage: Frankfurt am Main (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 18).



**Brucker, Uwe; Kimmel, Andrea (2017):** Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e.V.

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2010):** Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen (BAG). (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/images/Kontaktadressen20.09.19.pdf>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019a):** Home. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019b):** Standorte. Böblingen. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/baden-wuerttemberg/boeblingen>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019c):** Standorte. Nürnberg. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/bayern/nuernberg>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019d):** Standorte. Berlin. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/berlin/berlin>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019e):** Standorte. München (80331). (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/bayern/muenchen>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019f):** Standorte. Brandenburg. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/brandenburg/brandenburg>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019g):** Standorte. Bonn. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/nordrhein-westfalen/bonn>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019h):** Standorte. Hannover. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/niedersachsen/hannover>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone (2019i):** Standorte. Kiel. (<https://www.beschwerdestellen-pflege.de/index.php/standorte/schleswig-holstein/kiel>, verfügbar am 14.01.2021).

**Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009):** „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2020):** Nationale Demenzstrategie. 1. Auflage. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit.

**Burger, Frank (1996):** Kriminologische Studie. Gewalt gegen Senioren – ein vernachlässigtes Thema. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 93 (Heft 17), o.S. (<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=1303>, verfügbar am 14.01.2021).

**Dieck, Margret (1987):** Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 20, S. 305-313.

**Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2018):** ZQP-Analyse. Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. (<https://www.zqp.de/produkt/analyse-aggression-gewalt/?hilite=%27gewalt%27>, verfügbar am 14.01.2021).

**Galtung, Johan (1975):** Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedensforschung. Reinbek: Rowohlt.

**Galtung, Johan (1993):** Kulturelle Gewalt. In: Der Bürger im Staat. Jg. 43 (Heft 2), S. 106-112.

**Geyer, Johannes; Schulz, Erika (2014):** Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Wochenbericht. Jg. 81 (Heft 14), S. 294-301.

**Görgen, Thomas (2016):** Gewaltprävention in Bezug auf (pflegebedürftige) ältere Menschen: Rückblick auf ein Vierteljahrhundert. In: Voß, Stephan; Marks, Erich (Hg.): Internetdokumentation des Symposiums „25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“. Berlin. (<https://www.gewalt-praevention.info/html/download.cms?id=82&datei=Goergen-I-82.pdf>, verfügbar am 14.01.2021).

**Görgen, Thomas (2017):** Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): ZQP-Report. Gewaltprävention in der Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, S. 8-12.

**Görgen, Thomas; Kreuzer, Arthur; Nägele, Barbara u.a. (2002):** Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217).

**Görgen, Thomas; Greve, Werner; Tesch-Römer, Clemens u.a. (2004):** Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen. Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten – Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Förderung eines Forschungsprojekts. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN-Forschungsberichte No. 94).

**Görgen, Thomas; Nägele, Barbara (2005):** Nahraumgewalt gegen alte Menschen. Folgerungen aus der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojekts. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 38, S. 4-9.

**Görgen, Thomas; Herbst, Sandra; Rabold, Susann (2006):** Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege. Zwischenergebnisse der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen". Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN-Forschungsberichte No. 98).

**Görgen, Thomas; Herbst, Sandra; Kotlenga, Sandra u.a. (2012):** Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. 5. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

**Gröning, Katharina; Yardley, Yvette (2020):** Gewalt gegen ältere Menschen. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 491-499.

**Gräbel, Elmar; Behrndt, Elisa-Marie (2016):** Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan u.a. (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 169-187.

**Hagedorn, Jonas (2019):** Anerkennungsdefizite und Machtasymmetrien in der häuslichen Pflegearbeit. Eine sozialetische Reflexion. In: Schröder, Julia (Hg.): Gewalt in Pflege, Betreuung und Erziehung. Verschränkungen, Zusammenhänge, Ambivalenzen. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

**Hagen, Björn (1999):** Grundsätze der Telefonberatung. In: Modellprojekt Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum: Abschlussbericht. Modellprojekt: „Gewalt gegen älter [sic] Menschen im persönlichen Nahraum.

(<https://www.bmfsfj.de/blob/79290/b0ff38612824fbb07ce36224a64f2715/pm-8777-abschlussbericht-des-modellpro-data.pdf>, verfügbar am 15.01.2021).

**Hirsch, Rolf D. (2011):** Konflikte in Pflegebeziehungen. Eine Herausforderung für Pflegende und die Gesellschaft. In: Alt und Jung. Vom Älterwerden in Geschichte und Zukunft, S. 137-151.

**Hirsch, Rolf D. (2016):** Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen – Sensibilisieren – Handeln! In: Bundesgesundheitsblatt. Jg. 59, S. 105-112.

**Kreis Paderborn (o.J):** Wenn die Pflege überfordern kann...

([https://www.kreis-paderborn.de/kreis\\_paderborn/buergerservice/amtsverzeichnis/aemter/50-sozialamt/hilfenetz.php](https://www.kreis-paderborn.de/kreis_paderborn/buergerservice/amtsverzeichnis/aemter/50-sozialamt/hilfenetz.php), verfügbar am 15.01.2021).

**Lachs, Mark S.; Pillemer, Karl (2004):** Elder abuse. In: The Lancet. Jg. 364, S. 1263-1272.

**Lichte, Thomas; Höppner, Claudia; Mohwinkel, Lea-Marie u.a. (2018):** Pflegende Angehörige von Erwachsenen. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

**Modellprojekt Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum (o.J.):** Abschlussbericht. Modellprojekt: „Gewalt gegen älter [sic] Menschen im persönlichen Nahraum“. (<https://www.bmfsfj.de/blob/79290/b0ff-38612824fbb07ce36224a64f2715/prm-8777-abschlussbericht-des-modell-pro-data.pdf>, verfügbar am 15.01.2021).

**Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2009):** Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Gütersloh: Netzwerk: Soziales neu gestalten.

**Pflege Not Telefon Kiel (2013):** Wir über uns. (<https://www.pflege-not-telefon.de/index.php/ueber-uns>, verfügbar am 15.01.2021).

**Philipp-Metzen, H. Elisabeth; Heidenblut, Sonja; Bonillo, Marion u.a. (2013):** Diskussion und Handlungsempfehlung. In: Zank, Susanne; Schacke, Claudia (Hg.): Abschlussbericht. Projekt Potentiale und Risiken In [sic] der familialen Pflege alter Menschen. S. 89-105. ([http://www.eucim-te.eu/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung\\_2015.pdf](http://www.eucim-te.eu/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung_2015.pdf), verfügbar am 15.01.2021).

**Praxisseiten Pflege (2016):** Die Pflegestärkungsgesetze. Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege. ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Praxisseiten\\_Pflege/1.5\\_Pflegestaerkungsgesetz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/1.5_Pflegestaerkungsgesetz.pdf), verfügbar am 15.01.2021).

**Präventionsgesetz vom 17.07.2015** (Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 1369).

**Reguvis (2016):** Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter muss schließen. (<https://www.reguvis.de/betreuung/aktuelles/termine/newsdetails/artikel/bonner-initiative-gegen-gewalt-im-alter-muss-schliessen-17876.html>, verfügbar am 15.01.2021).

**Seidel, Laura (2007):** Gewalt an alten Menschen. Entstehungsfaktoren für Gewalt an pflegebedürftigen alten Menschen und Lösungsansätze. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 14).

**Schleswig-Holstein (o.J.):** Selbstbestimmungsstärkungsgesetz.  
([https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/stationaere\\_Pflege\\_Box\\_Selbstbestimmung.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/stationaere_Pflege_Box_Selbstbestimmung.html), verfügbar am 14.01.2021).

**Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011):** Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

**Schwedler, Anna; Konopik, Nadine; Heber, Lukas u.a. (2017):** Gewalt gegen alte Menschen in häuslicher Pflege. Kurzporträt eines interdisziplinären Forschungsprojekts. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 50, S. 294-297.

**Selbstbestimmungsstärkungsgesetz.** Pflegegesetzbuch Schleswig-Holstein - Zweites Buch vom 17. Juli 2009.

**Sozialgesetzbuch V** vom 20. Dezember 1988, in der Fassung vom 19.6.2020 (BGBl. I, S. 1328).

**Sozialgesetzbuch VIII** vom 26. Juni 1990, in der Fassung vom 09.10.2020 (BGBl. I, S. 2075).

**Sozialgesetzbuch XI** vom 26. Mai 1994, in der Fassung vom 20.10.2020 (BGBl. I, S. 2220).

**Sozialgesetzbuch XII** vom 27. Dezember 2003, in der Fassung vom 09.10.2020 (BGBl. I, S. 2075).

**Statistisches Bundesamt (2020):** Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. ([https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile), verfügbar am 15.01.2021).

**Staudhammer, Martina (2018):** Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege. Berlin: Springer-Verlag.

**Suhr, Ralf (2017):** Zur Bedeutung sexualisierter Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): ZQP-Report. Gewaltprävention in der Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, S. 35-38.

**Sulmann, Daniela; Vähjunker, Daniela (2019):** Häufigkeit. Wie oft kommt Gewalt in der Pflege vor? (<https://www.pflege-gewalt.de/wissen/haeufigkeit/>, verfügbar am 14.01.2021).

**Thoma, Jens; Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2004):** Gewalt gegen demenzielle Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 37, S. 349-350.

**Weissenberger-Leduc, Monique; Weiberg, Anja (2011):** Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege. Wien: Springer-Verlag.

**Werding, Martin (2020):** Pflege. „Mit Steuermitteln kann man nicht beliebig draufsatteln“. (<https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen-2020/mit-steuermitteln-kann-man-nicht-beliebig-draufsatteln/>, verfügbar am 15.01.2021).

**Wetzstein, Matthias; Rommel, Alexander; Lange, Cornelia (2015):** Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: Gesundheitsberichterstattung Kompakt, Jg. 6 (Heft 3), S. 1-11.



**Wilz, Gabriele; Pfeiffer, Klaus (2019):** Pflegende Angehörige. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

**World Health Organization (2008):** A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. Genf: World Health Organization.

**Zank, Susanne; Schacke, Claudia (o.J.):** Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie.  
(<https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>, verfügbar am 15.01.2021).

**Zeike, Helga (2016):** Die Entwicklung der Gewaltprävention mit Blick aus der Praxis – wir können wir menschenwürdigen Umgang in der Pflege alter Menschen sicherstellen? In: Voß, Stephan; Marks, Erich (Hg.): Internetdokumentation des Symposiums „25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“. Berlin.  
(<https://www.gewalt-praevention.info/html/download.cms?id=126&datei=Zeike-I.pdf>, verfügbar am 15.01.2021).

**Zentrum für Qualität in der Pflege (2017):** ZQP-Report. Gewaltprävention in der Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

**Zentrum für Qualität in der Pflege (2020):** Beratung. Krisentelefone.  
(<https://www.pflege-gewalt.de/beratung/krisentelefone/>, verfügbar am 15.01.2021).

## **Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit**

Ich, Pauline Köhler, erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Gewalt in der häuslichen Pflege von pflegenden Angehörigen gegenüber älteren pflegebedürftigen Menschen und Handlungsmöglichkeiten des sozialen Sektors am Beispiel eines Pflegenotfalltelefons.“ selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

---

Dresden, 26.08.2021