

Carolin Oppermann, Marie Rosa Roth, Julia Schröder & Stefanie Visel

# **Schutzkonzepte in der stationären Altenpflege**

Eine Arbeitsbroschüre

Carolin Oppermann, Marie Rosa Roth, Julia Schröder & Stefanie Visel

# Schutzkonzepte in der stationären Altenpflege

Eine Arbeitsbroschüre

**UV** Universitätsverlag  
Hildesheim

2020

gefördert durch:



Fotos:

- S. 13: David-W- / photocase.de
- S. 17: Seleneos / photocase.de
- S. 20: Andreas Berheide / photocase.de
- S. 31: TimToppik / photocase.de
- S. 38: Photo by Neil Thomas on Unsplash
- S. 40: Loic Leray on Unsplash
- S. 42: Wokandapix auf Pixabay
- S. 44: Charles Deluvio on Unsplash
- S. 47: Shane Rounce on Unsplash
- S. 53: Robert Katzki on Unsplash
- S. 61: Gerd Altmann auf Pixabay
- S. 63: Ulrike Leone auf Pixabay

Das Dokument steht im Internet kostenfrei als elektronische Publikation  
(Open Access) zur Verfügung unter: <https://dx.doi.org/10.18442/154>

Dieses Werk ist mit der Creative-Commons-Nutzungslizenz „Namensnennung – Nicht  
kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 International“ versehen. Weitere Informationen  
finden sich unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Satz, Layout und Umschlaggestaltung: Jan Jäger  
© Universitätsverlag Hildesheim, Hildesheim 2020  
[www.uni-hildesheim.de/bibliothek/universitaetsverlag/](http://www.uni-hildesheim.de/bibliothek/universitaetsverlag/)  
Alle Rechte vorbehalten

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1.	Das Projekt „Sichere Orte? – Schutzkonzepte in Pflegeheimen für Demenzkranke“	6
1.2	Was will die vorliegende Broschüre?	7
1.3	Zum Aufbau der Broschüre	8
<b>2</b>	<b>Schutzkonzepte oder: Was meinen wir mit einer organisationalen Perspektive auf Schutz?</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Gefährdungsanalyse oder: alles eine Frage der Haltung und Achtsamkeit in Organisationen</b>	<b>14</b>
3.1	Die Morgenstern' sche Formel: „Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“	14
3.2	Wissenschaftliche Perspektiven	15
3.2.1	Pflegebeziehungen, Grenzverletzungen und Gewalt	15
3.2.2	Pflegeorganisationen, Grenzverletzungen und Gewalt	15
3.3	Perspektiven aus der Praxis: Pflege, Organisationen, Grenzverletzungen und Gewalt	16
<b>4</b>	<b>Prävention</b>	<b>22</b>
4.1	Mitbestimmung	24
4.1.1	Ergebnisse der quantitativen Befragung: Institutionalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten, Themen und Hindernisse	26
4.1.2	Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert*innen: Herausforderungen der Mitbestimmung im Alltag	27
4.2	Beschwerdemanagement	32
4.2.1	Ergebnisse der quantitativen Befragung: Beschwerdemanagement, Beteiligung und Beschwerdemöglichkeiten	33
4.2.2	Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert*innen: Fehlende Beschwerdekultur und zur Notwendigkeit externer Beschwerdestellen	35
4.3	Unterstützung der Mitarbeitenden	38
4.3.1	Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert*innen: Herausforderungen für Mitarbeitende	39
4.3.2	Ergebnisse der quantitativen Befragung: Vorhandene Maßnahmen	40
4.3.3	Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert*innen: Der Wunsch nach Thematisieren, Austauschen und Besprechen	45
4.3.4	Stimmen der Expert*innen: Grenzen und Handlungsmöglichkeiten definieren	52



<b>5 Intervention</b>	<b>56</b>
5.2 Intervention als Orientierungsrahmen	59
5.2.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung: Interventionsverfahren	59
5.2.2 Mögliche Bausteine eines Interventionsverfahrens	60
<b>6 Aufarbeitung</b>	<b>67</b>
<b>7 Literatur</b>	<b>69</b>

# 1 Einleitung

**B 3:** Darfst du auch Patienten nicht lagern, wenn er sich jetzt wehrt, weil kurzfristig betrachtet-

**B 4:** Klar, eintragen

**B 3:** Ja, aber kurzfristig betrachtet, okay, möglich. Aber wenn das jetzt über einen langen Zeitraum geht, dann legt er sich-

**B 6:** Aber was willst Du denn machen. Wenn Du da reinkommst in das Zimmer, zu dem Bett und derjenige möchte sich nicht lagern lassen, der wehrt sich mit Händen und Füßen, kann ich doch nicht hingehen, ihn packen und ihn lagern.

**B 3:** Dekubitus.

**B 4:** Ja, dann ist das aber so, weil das ist in dem Moment seine eigene Entscheidung.

**B 3:** Aber wenn er kognitiv, weil er eine Demenz-

**B 4:** Es ist trotzdem in dem Moment seine eigene Entscheidung.

**B 1:** Und dann sagst Du es dem Arzt und der Arzt entscheidet dann.

Aus: Gruppendiskussion 1 mit Pflegekräften



Kennen Sie derartige Situationen?

Was würden Sie tun?

Soll ich die zu pflegende Person erst einmal nicht lagern? Einfach dokumentieren und gut? Ist das dann aber eine Form von Vernachlässigung? Droht Dekubitus? Oder soll ich die zu pflegende Person doch lagern, auch wenn sich der/die zu Pflegenden wehrt und ich gegen seinen/ihren Willen handeln muss? Werde ich dann möglicherweise von der zu pflegenden Person angegriffen?

Was soll ich also tun? Und je nachdem, wie ich hier handele:

Wann ist es Sorge, wann ist es Schutz,  
wann ist es Selbstbestimmung und  
wann ist es Gewalt?

Die hier für den Einstieg in diese Broschüre ausgewählte Sequenz entstammt einer Gruppendiskussion mit insgesamt zehn Pflegekräften. Wir haben sie für den Einstieg gewählt, da die hier beschriebene Situation exemplarisch für eine, wie wir es bezeichnen, typische „Dilemma-Situation“ in Pflegeeinrichtungen steht. Mit „Dilemma-Situationen“ meinen wir herausfordernde, schwierige Situationen, die in der Pflege alltäglich sind, d. h. in jeder Pflegebeziehung und in jeder Pflegeorganisation vorkommen. Alltäglich sind sie erstens deshalb, da Pflege stets changiert zwischen Fürsorge einerseits und dem Recht auf Autonomie/Selbstbestimmung des/der zu Pflegenden andererseits. Und zweitens, weil in stationären Pflegeeinrichtungen ganz unterschiedliche Menschen mit ihren Geschichten, Erfahrungen,

Bedürfnissen und Vorstellungen zusammentreffen und ihren Alltag gemeinsam aushandeln und gestalten müssen.

Folglich können wir davon ausgehen, dass alle stationären Pflegeeinrichtungen mit derartigen Situationen konfrontiert werden und diese sich wahrscheinlich nie gänzlich auflösen, aussortieren und verschwinden lassen. Was jedoch stationäre Pflegeorganisation tun können, ist, mit derartigen Situationen transparent umzugehen, sie zu besprechen, sie zu bearbeiten und möglicherweise Maßnahmen/Schutzmaßnahmen zu gestalten und zu implementieren, damit sich alle Beteiligten einer Organisation – die zu Pflegenden, die Pflegekräfte, Mitarbeiter\*innen, Angehörigen, Leitungskräfte – wohl und sicher, auch in schwierigen – in „Dilemma- Situationen“ – fühlen. Wie stationäre Pflegeorganisationen dies tun, auf welche Weise, inwiefern sie es bis dato auch noch nicht tun, aber wie sie es tun könnten, bildete dabei den Ausgangspunkt unseres Forschungsprojektes „Sichere Orte? – Schutzkonzepte in stationären Pflegeheimen für Demenzkranke“.

## 1.1. Das Projekt „Sichere Orte? – Schutzkonzepte in Pflegeheimen für Demenzkranke“

Das Projekt „Sichere Orte? – Schutzkonzepte in Pflegeheimen für Demenzkranke“, welches von der „Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz“ gefördert wurde, fand von Januar 2019 bis Oktober 2020 an der Universität Hildesheim am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik statt.

Ziel des Projektes war es, Empfehlungen und Inhalte für Schutzkonzepte in der stationären Pflege zu erarbeiten und diese in digitaler sowie gebundener Form der Praxis, d. h. stationären Pflegeeinrichtungen als Arbeits- und Entwicklungsinstrument zur Verfügung zu stellen. Realisiert wurde das Projekt über zwei methodische Zugänge in vier Arbeitsschritten:

### Fragebogenerhebung/Bestandsaufnahme



In einem ersten Schritt wollten wir einen Überblick über den Status-Quo in stationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Bearbeitung von Gewalt auf organisationaler Ebene erhalten. Dafür wurde 2019 eine bundesweite Bestandsaufnahme hinsichtlich vorhandener Schutzkonzepte bzw. umgesetzter Maßnahmen auf organisationaler Ebene mittels einer quantitativen Online-Befragung (N = 176) durchgeführt. Befragt wurden vorwiegend die Einrichtungsleitungen. Der vollständige Datenreport ist einsehbar unter: <https://doi.org/10.18442/141>.

### Gruppendiskussionen/vertiefende qualitative Analyse



Die Fragebogenerhebung wurde um eine vertiefende qualitative Analyse ergänzt. Zu diesem Zweck wurden Gruppendiskussionen mit Bewohner\*innen, Angehörigen, Pflegekräften, Ehrenamtlichen, Sozialarbeiter\*innen sowie den Einrichtungsleitungen durchgeführt. Ziel war es, die verschiedenen Akteur\*innen in Pflegeheimen selbst *zur Sprache kommen zu lassen* und aus ihrer Sicht herauszuarbeiten, was Gewalt und Grenzverletzung im Pflegealltag überhaupt sind und wie sie situativ erlebt werden. Außerdem sollten organisationale Schutz- und Risikofaktoren identifiziert und bisherige Vorgehensweisen im Umgang mit Gewalt und Grenzverletzungen diskutiert, Good-Practice-Beispiele, Visionen und Unterstützungswünsche erfasst werden.

## Expert\*innenworkshop/Erarbeitung von Schutzfaktoren

Die über die Gruppendiskussionen gewonnenen Daten wurden von dem Forscher\*innenteam aufbereitet und in einem dritten Schritt gemeinsam mit Expert\*innen aus Wissenschaft und Praxis in Form eines Workshops ausgewertet. Ziel war es gemeinsam mit den Beteiligten handlungsleitende Schutzmaßnahmen für die Interventions- und Präventionsarbeit von Pflegeheimen für Demenzkranke zu diskutieren und zu entwickeln. Corona-bedingt musste der Workshop leider begrenzt auf 12 Teilnehmer\*innen in digitaler Form stattfinden



## Transferphase

Abschließendes Ziel war es, ein übergreifendes Repertoire an ersten Schutzmaßnahmen zu erarbeiten, die an interessierte Pflegeeinrichtungen zurückgegeben und dort direkt angewandt werden können. Ob uns dies gelungen ist, dürfen Sie auf den nun folgenden Seiten selbst beurteilen!



## 1.2 Was will die vorliegende Broschüre?

Die vorliegende Broschüre möchte eine **Wissensgrundlage zum Thema Schutzkonzepte** schaffen und darüber hinaus an die **Entwicklung und Implementierung von Schutzkonzepten** in der stationären Altenpflege mit besonderem Fokus auf Demenz heranführen. Insgesamt richtet sich die Broschüre jedoch an alle interessierten stationären Pflegeeinrichtungen und versucht als praktische Handreichung erste Anstöße für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes in der jeweils eigenen Organisation zu geben.

Bei der Konzeption der Broschüre wurde folglich ein besonderes Augenmerk auf einen engen Praxisbezug und auf **Praxistauglichkeit** gelegt. So geht die Broschüre über die Vermittlung von reinem Faktenwissen hinaus und versucht primär die praxisrelevanten Erfahrungen, Vorgehensweisen und Wünsche der von uns durchgeführten Gruppendiskussionen sowie der Online-Befragung zusammenzutragen und die erfassten „Stimmen“ als Ausgangspunkt für die praktische Anleitung zugänglich zu machen.

Im Zentrum steht dabei stets eine **organisationale Perspektive auf Schutz**. Ziel ist es, alle Beteiligte in stationären Pflegeeinrichtungen darin zu unterstützen, dass ihre Organisationen sichere Orte für alte und pflegebedürftige Menschen bleiben bzw. werden. Mit Hilfe der in dieser Broschüre zusammengetragenen Stimmen aus der Praxis und didaktischen Materialien, wie Fragen der Reflexion, Rechtstexte und Übungen, erhalten die Beteiligten in Pflegeeinrichtungen nicht nur Wissen in Bezug auf Schutzmaßnahmen für die Präventions- und Interventionsarbeit, sondern wichtige Impulse und Perspektiven für die Übertragung und Anwendung auf die eigene Organisation. Denn eine wesentliche Herausforderung bei der Implementierung von Schutzkonzepten besteht vor allem darin, wie sie zum gelebten Alltag werden können.

### 1.3 Zum Aufbau der Broschüre

Die Broschüre gliedert sich insgesamt in fünf thematische Teile: Sie beginnt zunächst mit einer Einführung in die Grundidee von Schutzkonzepten und verdeutlicht, was mit einer organisationalen Perspektive auf Schutz gemeint ist.

Daran schließt der zweite Teil an, in welchem es um grundsätzliche Überlegungen von eigener Haltung und Achtsamkeit in Organisationen, d. h. um die Sensibilisierung für die Entstehung und Betrachtung von Grenzkonstellationen bzw. „Dilemmata-Situationen“ in stationären Pflegeeinrichtungen geht.

Mit diesen beiden einführenden Teilen sind sodann die wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung und Implementierung der weiteren zentralen Elemente von Schutzkonzepten – Prävention (Fokus auf Mitbestimmung, Beschwerde, Personalmaßnahmen), Interventions- und Aufarbeitungsverfahren – in stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. In den einzelnen Kapiteln finden Sie verschiedene Elemente. Zentral sind die Stimmen aus der Praxis sowie die quantitativen Ergebnisse unserer Studie. Darüber hinaus finden Sie in den Kapiteln Perspektiven der wissenschaftlichen Diskussion, rechtliche Hinweise, Infoboxen, Fragen der Reflexion, weiterführende Tipps und Anregungen sowie Übungen bzw. Vorschläge für die Implementierung und Weiterentwicklung von Schutzmaßnahmen.

**Wir wünschen Ihnen interessante Impulse und gutes Gelingen!**

## 2 Schutzkonzepte oder: Was meinen wir mit einer organisationalen Perspektive auf Schutz?

Wenn von „**Gewalt in Pflegeeinrichtungen**“ zu hören oder lesen ist, dann wird damit zu meist das gewalttätige Verhalten einer Person – der Pflegefachkraft – gegen eine andere Person – die pflegebedürftige Person – assoziiert. Wir assoziieren Gewalt also mit Personen, als eine (abweichende) Form interpersonalen Verhaltens. Weniger denken wir Gewalt hingegen organisational bzw. nehmen weniger bei Gewalt die Pflegeeinrichtungen, d. h. die Organisationen, ihre Verfahren, Routinen und ihre alltäglichen Kulturen in den Blick.

Je nachdem, wie wir uns Gewalt in Pflegeeinrichtungen vorstellen, beeinflusst dies jedoch unsere Perspektive auf die Entstehung und Bearbeitung von Gewalt. Im Bereich der stationären Altenpflege richtet sich die Aufmerksamkeit bislang vor allem auf die involvierten Personen, d. h. es wird vorwiegend diskutiert, wie Betroffene unterstützt werden können und wie Professionelle und Ehrenamtliche einerseits zwar besser geschützt und fortgebildet, andererseits jedoch zugleich auch besser kontrolliert werden können. **Organisationale Perspektiven auf die Entstehung und Bearbeitung von Gewalt** – wie sie derzeit für andere Handlungsfelder zunehmend diskutiert werden (vgl. z. B. die Kinder- und Jugendhilfe, die Arbeit mit Menschen mit Behinderung) – finden in der stationären Altenpflege dagegen erst wenig systematische Berücksichtigung. Und dies verwundert: Denn gerade in stationären Einrichtungen erhält die Betrachtung von Gewalt und Grenzverletzungen eine besondere Qualität, da Machtunterschiede und Ambivalenzen nicht nur in den konkreten (Pflege-)Beziehungen aufscheinen, sondern auch organisational und strukturell bedingt sind. Folglich sind ebenso die Organisationen mit ihren Strukturen, Kulturen und Interaktionsmustern zu betrachten, da durch diese letztlich Restriktionen oder Chancen individuellen (gewalttätigen) Handelns mit erzeugt werden (vgl. Utz, nach Ferring/Willems 2014).

Wenn in diesem Zusammenhang sodann von einer „**Täter-Opfer-Institutionen-Dynamik**“ (Wolff 2014: 157) gesprochen wird, so ist damit gemeint, dass es zwar nicht ausreicht nur auf die einzelnen Individuen, d. h. personengebundene Faktoren zu blicken – das es aber genauso wenig ausreicht, nur auf organisationale Faktoren, d. h. die jeweiligen Kulturen in den Einrichtungen zu schauen. Personen und Organisationen stellen erst im Zusammenwirken die Bedingungen her, „in denen Machtmissbrauch begünstigt wird, in denen er nicht aufgedeckt, nicht angesprochen oder präventiv bearbeitet wird“ (Fegert u. a. 2017: 19).

Zur besseren Veranschaulichung dieses Zusammenwirkens möchten wir gerne eine weitere Stimme aus der Praxis zu Wort kommen lassen:

**B 1:** Ich hatte Bewohner aus einem Sessel geholfen und er hat mir mit dem Ellenbogen voll in den Magen geboxt, hat mir eine geklatscht. Und ich habe eigentlich nur gesagt, ich glaube es geht jetzt los, bin der Sache aus dem Weg gegangen, habe den Raum verlassen, andere Bewohner reingelassen und dann halt ins Bett gelegt. Damit er erstmal wieder runterkommt. Aber im Endeffekt war ich die Doofe, für meine Chefin. Weil ich hätte mich respektlos ihm über Verhalten. Weil sie hat nur gehört, wie ich gesagt habe, ich glaube es geht jetzt los. Also ich musste mich rechtfertigen, drei Tage lang, warum ich diesen Satz gesagt habe. Ich habe dem ja nicht wehgetan. Aber, aus dem Affekt heraus, man sagt ja manchmal Dinge, die kommen raus und, keine Ahnung, ich war ja selber erschrocken. Also das finde ich dann halt-, man muss auch mal hören, warum man das gesagt hat. Und ich finde auch ein Bewohner muss irgendwo seine Grenzen wissen. Man muss doch mal irgendwas zu dem Bewohner sagen dürfen, ohne dass es



heißt gleich, Gewalt in der Pflege, man hat ihn angeschnauzt. Das ist gar nicht so. Aber man muss immer erstmal dahinter gucken, warum sagt man das.

Aus: Gruppendiskussion 2 mit Pflegekräften



### Fragen zur Reflexion

- Kommt Ihnen die Schilderung bekannt vor?
- Haben Sie schon einmal Ähnliches erlebt?
- Wie würden Sie hier das Zusammenwirken von Organisation und Person beschreiben?
- Wie würden Sie das Zusammenwirken von Organisation und Person in Ihrer Einrichtung beschreiben?
- Was für eine Kultur würden Sie sich in Ihrer Organisation wünschen?

Anhand der Schilderung der Pflegefachkraft wird ersichtlich, dass die hier beschriebene Einrichtung wahrscheinlich über keine Kultur oder Verfahren verfügt, solche herausfordernden, aber auch alltäglichen Situationen transparent zu machen, zu besprechen bzw. zu be- und verarbeiten. In der Konsequenz führt dies erstens dazu, dass die Pflegekraft in dem Konflikt verharrt, sich ungerecht behandelt fühlt und es ihr daher nicht gelingt, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren. Zweitens ergibt sich damit die Gefahr, dass sie ähnliche Situationen und Erlebnisse perspektivisch eher verschweigen könnte, weil sie hier die negative Erfahrung gemacht hat, beschuldigt und abgestraft zu werden. Und drittens bleibt die Situation „ungelöst“, d. h. Raum für Reflexion, alternative Ideen, Handlungsmöglichkeiten und -sicherheiten, wie mit vergleichbaren Situationen umgegangen werden könnte, wird nicht gegeben.

*Wie ließe sich denn aber eine organisationale Perspektive auf Schutz oder ein Schutzkonzept implementieren?* Dies möchten wir Ihnen im Folgenden darlegen.

### Was sind Schutzkonzepte?



„Ein Schutzkonzept bezeichnet das für jede Institution passende System von Maßnahmen für den besseren Schutz von alten und pflegebedürftigen Menschen vor Gewalt und Grenzverletzungen. Es kann nicht von ‚oben‘ oder ‚außen‘ verordnet werden, sondern muss vielmehr innerhalb einer Einrichtung von der Leitungsebene unter Beteiligung der hauptberuflichen und ehrenamtlichen Fachkräfte, Angehörigen und alten und pflegebedürftigen Menschen selbst erarbeitet und sodann im Alltag angewendet werden“ (Zitat in Anlehnung an Rörig 2015: 578).

Der Begriff und die Idee von Schutzkonzepten sind auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe zurückzuführen. Die im Jahr 2010 bekannt gewordenen Missbrauchsfälle in renommierten Bildungseinrichtungen wie der Odenwaldschule und die damit einhergehende Gewalt gegen Kinder in Institutionen lösten eine Welle öffentlicher Empörung sowie eine breite gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Diskussion aus. Als Konsequenz aus diesen Ereignissen wurde auf die immense Bedeutung der Implementierung sogenannter Schutzkonzepte verwiesen.



Während sich also in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe eine zunehmende organisationale Perspektive etabliert, stellt die Betrachtung, inwiefern eine solche Perspektive in der Bearbeitung von Gewalt und Missbrauch in der stationären Altenhilfe Einzug erhalten hat, bislang eine Leerstelle dar. Zugleich werden Schutzkonzepte für die stationäre Pflege zunehmend gefordert (vgl. Deiseroth 2006). Und auch Klie: „Die Gewalt gegen alte Menschen ist in Institutionen weitgehend immanent, sie lässt sich nicht prinzipiell ausschließen; es ist vielmehr eine reflektierte und auf Verbesserung hin ausgelegte Praxis anzustreben“ (Klie 2001: 41). Damit ist gesagt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen, die die Aufgabe der Pflege, Bildung und Sorge von alten und pflegebedürftigen Menschen übernehmen, ihre Verantwortung nur wahrnehmen können, wenn sie auch über Verfahren und Prozesse verfügen, in denen die ‚Gefahren‘, denen alte und pflegebedürftige Menschen in ihrer Einrichtung immer auch ausgesetzt sind, bearbeitet und transparent gemacht werden (vgl. Schröder/Wolff 2018:29).

Als eine wichtige Grundlage von Schutzkonzepten gelten daher Leitlinien der Beteiligung und zum Schutz der persönlichen Rechte. Sie werden in den Begriffen ‚Choice‘, ‚Voice‘ und ‚Exit‘ zusammengefasst (Andresen 2015):

### Choice

Alte und pflegebedürftige Menschen müssen über ihre persönlichen Rechte aufgeklärt und informiert werden. Im Fall von schweren demenziellen Erkrankungen bedarf es hierfür möglicherweise Vertrauenspersonen, welche stellvertretend aufgeklärt und stellvertretend die Wahrung der Rechte der Menschen mit Demenz übernehmen. Denn Beides bildet die entscheidende Grundlage für Beteiligung. Bewohner\*innen in Pflegeheimen müssen stets die „Wahl“ haben, d. h. das Recht haben, Situationen, in denen sie sich befinden, zu verändern. Und sie müssen stets wissen an wen sie sich dafür wenden können bzw. wer sie ggf. unterstützt.



### Voice

Alte und pflegebedürftige Menschen müssen jederzeit ‚gehört‘ werden, wenn sie sich verletzt fühlen oder sie Veränderungen in der Einrichtung wünschen. Auch hier müssen sie wissen, an wen sich wenden und bei wem sie sich ggf. beschweren können. Die Einrichtungen müssen signalisieren, dass sie den Menschen jederzeit ‚zuhören‘.



### Exit

Alte und pflegebedürftige Menschen müssen jederzeit das Gefühl haben, aus einer Situation ‚aussteigen‘ und ihre eigenen Nähe- und Distanzbedürfnisse gegenüber den Pflegekräften geltend machen zu können. Beispielsweise ließen sich für sehr intime Situationen, wie Waschen und Duschen, einfache Zeichen vereinbaren, die es den Beteiligten ermöglichen, derartige Situation grenzwahrend zu gestalten.



### Fragen zur Reflexion

- Wie wird in Ihrer Organisation mit Choice, Voice und Exit umgegangen?
- Was für Möglichkeiten der Beteiligung gibt es in Ihrer Organisation?
- Was würden Sie sich wünschen?

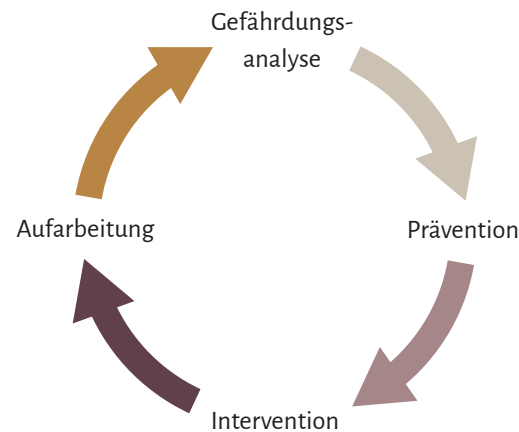




Insgesamt werden Schutzkonzepte als ein zirkulärer Prozess verstanden, welcher sowohl eine Analyse von Gefährdungskonstellationen und -situationen als auch Verfahren der Prävention, Intervention und Aufarbeitung umfasst. Folglich müsste weniger von einem Schutz-Konzept gesprochen werden – vielmehr geht es um Schutz-Prozesse, d. h. um Prozesse der Prävention, Intervention und der Aufarbeitung.

Dabei ist anzumerken, dass kein Schutzprozess einen Wert hat, wenn er nicht partizipativ entwickelt und im Alltag von allen Akteur\*innen gelebt wird. Damit ist gemeint, dass nicht nur die Leitungs- und Pflegekräfte darauf achten müssen die alten und pflegbedürftigen Menschen zu schützen. In Schutzprozessen haben alle Akteur\*innen einer Einrichtung das Recht auf Beteiligung, d. h. das Recht darauf, ihre Anliegen und Positionen deutlich zu machen, zu vertreten oder auch vertreten zu lassen (vgl. Schröder/Wolff 2018).

**Abbildung 1: Schutzkonzepte als Prozesse vor Ort (nach Rörig 2015, in Schröder/Wolff 2018)**



Wie die Grafik visualisiert steht am Anfang eines jeden Schutzprozesses eine sogenannte Gefährdungsanalyse. Die **Gefährdungsanalyse** bildet die Wissensgrundlage, quasi die Voraussetzung, für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes. Denn „jede Organisation hat ihre eigenen Geschichten, Routinen, Stärken und Gefahren. Über die Fragen und Zugänge einer Gefährdungsanalyse können organisationale Konstellationen sichtbar gemacht werden, die auf Gefahren hindeuten“ (Schröder/Wolff: 30). D. h. die Gefährdungsanalyse gibt die Richtung des weiteren Organisationsprozesses vor: sie steigert die Achtsamkeit aller Beteiligten gegenüber vorhandener Abhängigkeitsbeziehungen und sensibilisiert für unsichere, ambivalente und herausfordernde Situationen innerhalb einer Einrichtung. Genau damit möchten wir im folgenden Kapitel beginnen!

„Sie [Gewalt] ist auf eine diffuse Weise präsent und selbstverständlich – und doch delegitimiert [...]. Das ist die eigentümliche Paradoxie [...] von Gewalt“

(Honig 1988, S. 199).



### 3 Gefährdungsanalyse oder: alles eine Frage der Haltung und Achtsamkeit in Organisationen

#### 3.1 Die Morgenstern'sche Formel: „Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“

Kennen Sie die Morgenstern'sche Formel?  
Diese besagt: „Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“.

Denken wir an Gewalt und Grenzverletzung in der Pflege von pflegebedürftigen Menschen, so scheint die Morgenstern'sche Formel häufig unsere Gedanken und Gefühle zu leiten: Mit Pflege verbinden wir häufig Kategorien wie Sorge, Fürsorge, ein liebevolles „Füreinander da sein“, Zugewandtheit, Gutes – all dies für Menschen, die Unterstützung und Hilfe brauchen. In unseren allgemein geteilten kulturellen Wertvorstellungen idealisieren wir Pflegebeziehungen allzu oft. Zu dieser steht das Vorkommen von Gewalt und Grenzverletzungen in einem Widerspruch und erscheint als inkompatibel. In unseren Vorstellungen von Pflege „darf“ Gewalt nicht sein – und ist sie folglich auch nicht!? Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege werden dementsprechend häufig tabuisiert. Zwei Expert\*innen aus dem Workshop hierzu:



**E 1:** Als wir gesagt haben, wir wollen dieses Thema Gewalt in der Pflege zu unserem Projekt machen, da wurden wir von einigen schief angeguckt von Mitbewerbern aus der Region: Wie, habt ihr da ein Problem mit Gewalt? Wir nicht. Da war schon einmal klar, es gibt so wahnsinnig viel Verdrängung. Es gibt keine Einrichtung in Deutschland, die also nicht damit ein Problem hat. Wo es Thema ist, weil es kommt einfach überall vor. In welchem Maß auch immer. [...]. Also, da geht es ja schon einmal drum, erstmal einfach erstmal das präsent zu machen. Dann haben wir in den Einrichtungen natürlich immer wieder ganz viel darüber gesprochen.

**E 2:** Wie kriegt man Themen enttabuisiert? Wie kriegt man einen Zugang zu dem, was dort erlebt wird?  
Aus: Expert\*innenworkshop

Auch die Expert\*innen sprechen hier beide an, dass in stationären Einrichtungen das Thema Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege häufig tabuisiert bzw. verdrängt wird. Dabei wohnt beiden Begriffen – sowohl der **Tabuisierung** als auch der **Verdrängung** – inne, dass das Phänomen der Gewalt in der Pflege „da ist“, es wird jedoch von den Akteur\*innen beiseitegeschoben, verschweigen, verschlossen, einfach nicht thematisiert und folglich einer Bearbeitung nicht zugänglich gemacht.

Während auf der einen Seite also zu konstatieren ist, dass das Thema Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege in stationären Einrichtungen häufig tabuisiert und verdrängt wird, zeigen sich auf der anderen Seite sowohl in Wissenschaft als auch in der Praxis Positionen, die das Thema zunehmend auf die Agenda setzen und sehr differenziert besprechen und diskutieren.



## 3.2 Wissenschaftliche Perspektiven

### 3.2.1 Pflegebeziehungen, Grenzverletzungen und Gewalt

In der wissenschaftlichen Debatte wird dabei davon ausgegangen, dass Sorgebeziehungen – und damit auch Pflegebeziehungen – immer auch Machtbeziehungen sind, da diese in ein soziales Geflecht von Abhängigkeiten und Hierarchien eingebunden sind (vgl. Wolf 1999; Schröder/Wolff 2018): „So ist die vorhandene Machtasymmetrie in helfenden Beziehungen nicht per se ein Problem, aber ihre Gestaltung eine grundlegende Herausforderung (Schröder/Wolff 2018<sup>1</sup>: 132). Die Herausforderung besteht allein schon darin, dass in einer Pflegebeziehung die Spannung zwischen der Autonomie der zu Pflegenden auf der einen Seite und der Fürsorgepflicht der Pflegenden auf der anderen Seite allgegenwärtig ist. Dies macht allein das Beispiel aus dem ersten Kapitel dieser Broschüre deutlich:

Soll man die zu pflegende Person erst einmal nicht lagern? Ist das dann aber eine Form von Vernachlässigung? Oder sollte man die zu pflegende Person doch lagern, auch wenn sich der/die zu Pflegende wehrt und man gegen seinen/ihren Willen handeln muss?

Je nach Entscheidung für die eine oder andere Seite sind Handlungen dann je nach Perspektive als Übergriff, Grenzverletzung oder Gewalt verstehbar (vgl. Bobbert 2016). Gehen wir davon aus, dass derartige Spannungen allgegenwärtig sind, kann argumentiert werden, dass Grenzverletzungen und Formen von Gewalt immer auf eine Art und Weise Bestandteil einer Pflegebeziehung sind und letztlich zum Pflegealltag gehören (vgl. Schröder 2019). Nehmen wir diesen Gedanken und diese Perspektive an, so können wir Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege anders verstehen, sie enttabuisieren, sie thematisierbar und damit auch bearbeitbar machen.

### 3.2.2 Pflegeorganisationen, Grenzverletzungen und Gewalt

Während wir bisher allgemein von Pflegebeziehungen gesprochen haben, sind diese Gedankengänge noch weiterführend zu betrachten, wenn wir die Pflege in stationären Einrichtungen in den Blick nehmen. Dies begründet sich daraus, dass Pflege dann in einer Organisation stattfindet und entsprechend in organisationale Strukturen, Kulturen und Interaktionsmuster eingebettet ist. Hier kann es immer zu sogenannten **Grenzkonstellationen** kommen. Mit Grenzkonstellationen sind Konstellationen gemeint, in denen oben beschriebene Machtasymmetrien nicht (mehr) reflektiert und gestaltet werden und daher die Gefahr eines Machtmissbrauchs hoch ist. Solche Grenzkonstellationen entstehen in Organisationen häufig durch eine komplexe organisationale Gemengelage, personelle Engpässe, schleichend akzeptierte Veränderungen, gebilligte Routinen, Intransparenz, Unübersichtlichkeit, etc. (vgl. Schröder/Wolff 2018<sup>1</sup>).

In Sorgeorganisationen, wie in stationären Pflegeeinrichtungen, lässt sich nicht vermeiden, dass es solche Grenzkonstellationen und oben beschriebene **Dilemma** gibt. Sie kommen in allen Organisationen vor. Sie werden sich nie auflösen und verschwinden lassen.

Organisationen können aber vermeiden, dass diese nicht wahrgenommen und bearbeitet werden. Was eine Organisation tun kann, ist, mit derartigen Situationen transparent umzugehen, sie zu besprechen, sie zu bearbeiten und möglicherweise Maßnahmen/**Schutzmaßnahmen** zu gestalten und zu implementieren, damit sich alle Beteiligten einer Organisation – die zu Pflegenden, die Pflegekräfte, die Mitarbeiter\*innen, die Angehörigen, die Leitungskräfte – wohl und sicher, auch in schwierigen Situationen, fühlen (vgl. nach ebd.).



#### Fragen zur Reflexion

Im Text heißt es, dass

1. Grenzverletzungen und Formen von Gewalt immer auf eine Art und Weise Bestandteil einer Pflegebeziehung sind und letztlich zum Pflegealltag gehören.
  2. Grenzkonstellationen in allen Sorgeorganisationen vorkommen.
- Welche Gedanken gehen Ihnen bei diesen Aussagen durch den Kopf?
  - Würden Sie dem zustimmen?
  - Wie wird das Thema Grenzverletzungen und Gewalt in Ihrer Organisation betrachtet?

### 3.3 Perspektiven aus der Praxis: Pflege, Organisationen, Grenzverletzungen und Gewalt

Im Folgenden möchten wir Ihnen auch verschiedene Perspektiven aus der Praxis auf Pflege, Organisation, Grenzverletzungen und Gewalt vorstellen.

In der Fragebogenerhebung, die im Projekt „Sichere Orte“ durchgeführt wurde, wurden Einrichtungsleitungen nach ihren Haltungen bzw. Einstellungen zum Thema Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege gefragt.



**E 1:** Jede Führungskraft muss den Gedanken zulassen, dass es in ihrer Einrichtung Gewalt und Konflikte und Aggressionen geben kann. Wenn sie sich diesen Gedanken nicht erlaubt oder gestattet, dann ist ihr Blick auf das Thema schon verstellt. Aus: Expert\*innenworkshop

Es wurden explizit Einrichtungsleitungen befragt, da sie als zentrale Akteur\*innen gelten, um das Thema Grenzverletzungen und Gewalt auf die Agenda einer Organisation zu setzen und dieses thematisier- und bearbeitbar zu machen.

Im Mittel auf einer Skala von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = stimme voll und ganz zu“ stimmen die Einrichtungsleitungen dem Satz „Gewalt und Grenzverletzungen können in jeder Einrichtung vorkommen“ zu  $M = 4,19$  zu. Dem Satz „*Wer langfristig gute Pflege machen will, muss sich mit dem Thema G/G auseinandersetzen*“ wird im Mittel zu  $M = 4,44$  zugestimmt. Beide Aussagen erhalten somit einen sehr hohen Zustimmungswert. Und es zeigt sich ein wenig tabuisierender, vielmehr sensibilisierter und reflexiver Umgang mit dem Thema Gewalt und Grenzverletzungen in der Pflege.



### Fragen zur Reflexion

- Überrascht Sie das Ergebnis?
- Wenn ja, warum?
- Hätten Sie ein anderes Ergebnis erwartet?







## Übungen

In unseren Gruppendiskussionen sowie durch die Stimmen von Expert\*innen wurde deutlich, dass das Thema Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege in vielen Einrichtungen tabuisiert wird. Gleichzeitig wurde im Text verdeutlicht, dass in Sorgeorganisationen und in der Pflege Grenzkonstellationen, pflegerische Dilemmata, Machtasymmetrien und Formen von Grenzverletzungen und Gewalt immer auch Bestandteil des Pflegealltags sind. Dies lässt sich nicht vermeiden. Vermeiden lässt sich jedoch, dass diese nicht wahrgenommen und durch Schutzkonzepte und Schutzmaßnahmen gerahmt und bearbeitet werden.

Ein wesentlicher Schritt hierzu ist, diese Gedanken und Perspektiven zuzulassen und gemeinsam in einen Dialog über schwierige Situationen, Dilemmata, Grenzverletzungen und vor allem auch Wünsche und unterschiedliche Perspektiven und Wahrnehmungen zu gelangen. Darüber lässt sich ein Klima der Offenheit schaffen, darüber lassen sich Routinen hinterfragen, darüber lassen sich Regeln, Werte und Normen für eine Einrichtung entwickeln, die letztlich allen Akteur\*innen mehr Handlungssicherheit geben.

Ein solcher Dialog, die Kommunikation über das Thema von Grenzverletzungen und Gewalt, entspricht dabei, so wurde in den Gruppendiskussionen und Expert\*innenstimmen deutlich, dem Bedürfnis und dem Wunsch der an der Pflege Beteiligten:



**E 1:** Wir merken, dass da ein Ventil irgendwie gebraucht wird. Und die gehen halt seltener an ihre Leitungskräfte, trauen sich vielleicht nicht so richtig, dann ist dieses Gefühl ja häufig so richtig [...] so dieses Gefühl: ist das eigentlich normal? Wann fängt Gewalt eigentlich an? Wenn ich fürsorgliche Gewalt mache. Da ist so viel Unwissen einfach auch da.

Aus: Expert\*innenworkshop

**B 2:** Also ich musste dann drei Tage oder-, ich musste mich rechtfertigen, ich musste immer runter ins Büro. Musste das wieder aufrollen und wieder aufrollen, obwohl wir das schon drei Mal durchgekaut haben. Bis ich gesagt habe, aber guck doch mal, warum er neuerdings so aggressiv ist, wir müssen mal eine Fallbesprechung daraus machen. Und gucken, wie verhalten sich die anderen darüber. Ich weiß nicht, ob andere aus dem Raum gehen. Oder keine Ahnung. Das ist auch immer so eine Situation. Ich meine, man steht da, kriegt eine geballert, volles Brett. Ich meine das tut ja auch weh irgendwo.“ Aus: Gruppendiskussion 2 mit Pflegekräften

### Wie ins Gespräch kommen?

In der Entwicklung von Schutzkonzepten hat sich häufig bewährt, über Themen von Grenzverletzungen und Gewalt ins Gespräch zu kommen, indem die Akteur\*innen einer Organisation gemeinsam bestimmte Situationen reflektieren, die im Pflegealltag vorkommen können.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Alltagssituationen, die in der Pflege vorkommen können. Bitte reflektieren und diskutieren Sie diese Alltagssituationen und bewerten diese. Nutzen Sie zur Bewertung die Ampel-Methode! (s. u.).

Erstellen Sie gemeinsam mit Ihren Kolleg\*innen ein Poster, auf dem Sie die Ergebnisse festhalten und hängen Sie dieses in Ihrer Einrichtung aus!

## Alltagssituationen

Trost spenden und dabei in den Arm nehmen, ohne explizite Absprache	Bewohner*innen die Möglichkeit geben, sich in der Organisation oder beim Team zu beschweren	Hilfestellung bei der Reinigung des Intimbereichs bei geschlossener Tür
Festhalten zur Beruhigung	Badezimmer (unangemeldet) betreten	Ins Wort fallen
Duzen der Bewohner*innen	Im Zimmer einschließen	Zwangsmedikation
Beim Ankleiden helfen bei offener Zimmertür	Ausreden lassen, zuhören	Laut werden, anschreien
Über den Kopf streicheln als Zu-Bett-Geh-Ritual	Eintreten, ohne zu Klopfen	Fixierung
Unterstützen beim Waschen/Duschen/Abtrocknen ohne explizite Absprache	Untersuchungen mit Körperkontakt von Personen des anderen Geschlechts	Sarkastisch sein
Festhalten bei Eigen- oder Fremdgefährdung (ohne Einverständnis)	Unterstützen beim Waschen/Duschen/Abtrocknen mit Einverständnis	Ignorieren der Bewohner*innen
Maßnahmen, (wie Wund-versorgung) mit Einverständnis	Hilfestellung bei der Reinigung des Intimbereichs bei offener Tür	Waschen bei offener Badezimmertür
Bevormunden	Fehler zugeben	Besprechen von persönlichen Sorgen
Ignorieren der Bewohner*innen	Mitbestimmung ermöglichen bei der Tagesorganisation, Freizeitmöglichkeiten, Speiseplan etc.	Medikamente heimlich verabreichen
Persönliche Daten an Dritte weitergeben	Nicht-abschließbare Zimmer	Offene Türen von Büroräumen
Bewohner*innen haben ein Mitspracherecht ihrer Bezugspfleger*innen	Eine ausgewogene Ernährung vorgeben	Darauf achten, dass Bewohner*innen warm genug angezogen sind
Schweigepflicht gegenüber Angehörigen brechen	Rauchen und Alkohol trinken verbieten	Nach einer Woche zwingen, eine frische Bluse anzuziehen





### Ampel-Methode



- **„No-Gos“** Verhalten, das für alle nicht respektabel und nicht erwünscht ist.  
z. B.: Im Zimmer einschließen ...
- **„Dont's“** Verhalten, das der Erklärung und akuten Aushandlung bedarf, weil es nicht eindeutig festgelegt werden kann.  
z. B.: Festhalten zur Beruhigung ...
- **„Gos“** Verhalten, das von allen gewünscht wird und das für niemand eine Grenzverletzung beinhaltet.  
z. B.: Ausreden lassen, zuhören ...

## Weiterführende Tipps und Anregungen



Weiterführende sensibilisierende Fragen für die Durchführung von Gefährdungsanalysen:

- Welche Maßnahmen gibt es in Ihrer Einrichtung, die Schutzrechte, Förderrechte und Beteiligungsrechte sicherstellen?
- Gibt es in Ihrer Einrichtung Ideen, wie die Rechte von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (oder schwerstpflegebedürftigen Menschen) gewahrt werden können?
- Wird die Haltung Ihrer Einrichtung in Bezug auf den Schutz vor Gewalt und Grenzverletzungen in Ihrem Leitbild festgehalten?
- Gab es bei Ihnen bereits Organisationsanalysen, die „Gefahren“ in Ihrer Einrichtung identifizieren sollten?
- Wie wird mit Nähe und Distanz in Ihrer Einrichtung umgegangen?
- Gibt es in Ihrer Einrichtung Regeln, wie mit sensiblen Räumen (Badezimmer, Zimmer der Bewohner\*innen) verfahren wird?
- Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Regelkatalog wie mit körperlichen Berührungen bzw. Körperkontakt umzugehen ist?
- Werden „Dilemmata-Situationen“ in Ihrer Einrichtung transparent gemacht und besprochen?
- Gibt es in Ihrer Einrichtung interne oder externe Beschwerdemöglichkeiten?
- Wie wird das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung in Ihrer Einrichtung verhandelt?
- Gibt es in Ihrer Einrichtung Verfahren, wie mit Verdachtsfällen umzugehen ist?

Weiterführende Tipps und Anregungen für die gemeinsame Durchführung einer Gefährdungsanalyse in Ihrer Einrichtung finden sie im „Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen“ von Carolin Oppermann/Veronika Winter/Claudia Harder/Mechtild Wolff und Wolfgang Schröer.

## 4 Prävention

Schutzkonzepte – eigentlich Schutzprozesse – bestehen aus verschiedenen Bausteinen bzw. Prozessen, die im Grunde nie abgeschlossen sind, sondern immer wieder überarbeitet werden müssen. Während im vorherigen Kapitel die Gefährdungsanalyse bzw. Sensibilisierung im Mittelpunkt der Betrachtung stand, sollen nun Präventionsprozesse diskutiert werden.



**Prävention:** Im Allgemeinen bedeutet Prävention, Maßnahmen zu ergreifen, um etwas zu verhindern. Im Kontext von Schutzkonzepten ist Prävention als gezielte Anstrengung zu verstehen, um die jeweilige Organisation zu einem möglichst sicheren Ort für die zu Pflegenden, aber auch andere Akteur\*innen wie Pflegekräfte, Angehörige, Leitungskräfte und andere Mitarbeitende zu machen und sie vor Grenzverletzungen und Gewalt zu schützen.

(In Anlehnung an Oeffling/Winter/Wolff 2018)

Es handelt sich bei der Entwicklung von Schutzkonzepten allgemein – und somit bei der Entwicklung von Präventionsprozessen als wesentlichen Baustein – um einen partizipativen Prozess, bei dem alle Akteur\*innen in einem gemeinsamen Austausch (Präventions-) Maßnahmen für ihre Organisation entwickeln. Unterscheiden lässt sich dabei zwischen **allgemeinen und spezifischen Präventionsmaßnahmen** (vgl. Oeffling/Winter/Wolff 2018).

- **Spezifische Maßnahmen:** Prävention kann nicht für alle Organisationen gleich sein. Dies begründet sich daraus, dass jede Organisation ihre eigene(n) Geschichte(n) hat, ihre eigenen Strukturen, ihre eigene Kultur haben. Daher gilt es zum einen, in einem dialogischen Prozess, auf der Grundlage von Gefährdungsanalysen, gemeinsam passgenaue, auf die jeweilige Organisation zugeschnittene Maßnahmen zu entwickeln, die sich aus den einrichtungsspezifischen Begebenheiten ergeben.
- **Allgemeine Maßnahmen:** Darüber hinaus lassen sich zum anderen allgemeine Maßnahmen beschreiben, die für den Baustein Prävention als Mindeststandards beschrieben und als zentral für die Prävention angesehen werden können (wobei diese Maßnahmen selbstverständlich sodann auch auf die jeweilige Organisation zugeschnitten werden müssen). Zu solchen Allgemeinen Präventionsmaßnahmen lassen sich folgende Punkte zählen (vgl. Oeffling/Winter/Wolff 2018):
  - **Präventionsbeauftragte\*r:** Um „Prävention“ in einer Organisation präsent zu halten, braucht es eine Person, die für diesen Bereich zuständig ist. Sie muss das Thema immer wieder bei Teamsitzungen einbringen und das Schutzkonzept immer wieder überprüfen. Hierfür braucht es jedoch eine klare Beauftragung, Aufgabenbeschreibung sowie die Bereitstellung von Ressourcen. (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018)
  - **Externe Beratung:** Häufig ist es bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen zu empfehlen, externe Hilfen und Unterstützung durch Fachstellen in Anspruch zu nehmen. Diese können Wissen bereitstellen und beraten und vor allem auch blinde Flecken erhellen oder eingefahrene Systemmuster aufbrechen. (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018)
  - **Leitbild:** Das Leitbild einer Organisation zeigt ihr Selbstverständnis und kommuniziert Werte, nach denen das Zusammenleben und -arbeiten in einer Organisation gestaltet wird. Damit gibt es Orientierungen für die Mitglieder einer Organisation. Im bzw. durch das Leitbild kann damit auch ein klares Bekenntnis zum Schutz der Mit-

gliedert vor Gewalt und Grenzverletzungen kommuniziert werden, das sowohl nach innen als auch nach außen deutlich macht, dass die Organisation sich diesem Thema stellt und es bearbeitet. (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018)

- **Verhaltenskodex:** Ein Verhaltenskodex stellt eine Selbstverpflichtung dar. Hier werden Verhaltensweisen formuliert, die sich aus einer gemeinsamen Haltung zum Thema Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt, ableiten lassen. Ein solcher Verhaltenskodex gibt wiederum weitere Orientierung und stellt eine Richtschnur für alle Akteur\*innen einer Organisation dar.

Ein Beispiel: „*Wie beziehen gegen gewalttätiges verbales und nonverbales Verhalten aktiv Stellung. Ein solches Verhalten wird benannt, konstruktiv bearbeitet und nicht verschwiegen oder toleriert.*“ (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018: 217)

- **Personalmanagement:** In der Thematisierung und Bearbeitung von Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege ist unbestritten, dass Maßnahmen des Personalmanagements wesentliche Präventionselemente darstellen – sowohl für den Schutz der zu Pflegenden als auch der Mitarbeitenden selbst. Z. B.:
  - Berücksichtigung des Themas bei Stellenausschreibungen
  - Thematisierung im Bewerbungsgespräch
  - Erbitten und Abfragen von Referenzen
  - Leitbild als Teil des Arbeitsvertrages
  - Einarbeitung und Qualifizierung (neuer) Mitarbeiter\*innen im Bereich Prävention und Intervention
  - Thema ist Bestandteil von Mitarbeiter\*innengesprächen
  - Aus- und Fortbildungen (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018)
- **Räumlichkeiten:** Auch die Raumgestaltung in einer Organisation kann präventiven Charakter haben.
  - Wie können Räume gestaltet werden, dass sich alle Akteur\*innen dort wohl fühlen?
  - Wie können Räume gestaltet werden, damit auch die Privatsphäre und Intimsphäre der zu Pflegenden geschützt werden, gleichzeitig aber auch transparentes Arbeiten der Mitarbeiter\*innen möglich ist? (nach Oeffling/Winter/Wolff 2018)

Sehr zentral in der Präventionsarbeit sind zudem

- Partizipationsprozesse bzw. Mitbestimmung,
- ein Beschwerdemanagement sowie auch
- die Unterstützung der Mitarbeitenden in ihrer alltäglichen Arbeitspraxis.

Diese drei Punkte sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.



## 4.1 Mitbestimmung

In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen heißt es:



„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Wenn Sie in einer Einrichtung leben, haben Sie das Recht, selbst oder über Mitwirkungsgruppen wie den Bewohnerbeirat auf Entscheidungen, die das Leben in der Einrichtung betreffen, Einfluss zu nehmen, zum Beispiel bei der Erstellung des Speiseplans oder der Freizeitgestaltung. Ferner haben Sie das Recht, sich über die Bewohnervertretung an der Vorbereitung von betrieblichen Maßnahmen zu beteiligen. Die Leitung der Einrichtung und die Bewohnervertretung müssen Sie über Ihre Mitsprache- und Beteiligungsrechte informieren.“  
(BMFSFJ/BMG 2018)



**Partizipation und Mitbestimmungsmöglichkeiten von Adressat\*innen** – hier die zu pflegenden Menschen in den stationären Einrichtungen – gelten als zentrale Säule von Präventionsmaßnahmen im Kontext von Schutzkonzepten (vgl. Oppermann u. a. 2018). Die Forderung nach Mitbestimmungsmöglichkeiten ergibt sich aus der Beobachtung, dass in sozialen Dienstleistungsorganisationen immer die Gefahr besteht, dass die Macht organisierter Zugriffe und Zugänge die Adressat\*innen in ihren Erfahrungsräumen einschränkt und unterdrückt. So existiert immer eine Spannung zwischen den Erfahrungsräumen der Adressat\*innen mit ihren Biographien, Eigenleistungen und Bewältigungskonstellationen auf der einen Seite und den Erfahrungsräumen der Organisationen mit ihren spezifischen Bedingungen institutioneller und professioneller Arbeitszugänge, mit ihren professionellen Deutungsmustern und mit spezifischer Macht auf der anderen Seite. Diese Spannung scheint dabei unauflösbar und muss immer wieder reflektiert werden. Im Kontext von Schutz ist es daher zentral, die Rechte der Adressat\*innen in Organisationen zu stärken, ihre Stimme in den Mittelpunkt zu rücken und gegenüber institutionellen und professionellen Vereinnehmungen zu stärken, ihre Eigenleistungen und Handlungsfähigkeiten wahrzunehmen, so dass sie sich letztlich auch als Gestalter\*innen ihres Alltags und ihrer Einrichtungen begreifen können und sichtbar werden (vgl. Oppermann/Schröer 2018; Graßhoff 2015).

Die Teilhabe und Mitbestimmung der Bewohner\*innen sind Grundlagen der Prävention von Gewalt und Grenzverletzungen. Bewohner\*innen mit ihren Interessen, Ideen und Bedürfnissen zu beteiligen, gilt auch in der stationären Altenhilfe als unverzichtbarer Bestandteil, um ein gutes Miteinander zu gestalten. Mitbestimmung ist dabei ein grundlegendes Recht, das gesetzlich verankert ist.



## Rechtliche Grundlagen der Mitbestimmung in Pflegeheimen

In den Heimgesetzen und Mitwirkungsverordnungen der Bundesländer sind die rechtlichen Grundlagen der Mitwirkung der Bewohner\*innen geregelt. Dabei spielen der Heim- bzw. Bewohner\*innenbeirat eine zentrale Rolle. Die Heimbeiräte setzen sich zusammen aus Bewohner\*innen aber auch aus Angehörigen oder Ehrenamtlichen. In den Heimmitwirkungsverordnungen ist zudem vorgesehen, die Heimbeiräte auch durch Heimförsprecher\*innen ersetzen zu können. Durch Mitwirkungsbefugnisse erhalten diese Mitwirkungsorgane ein Mitspracherecht in Angelegenheiten des Betriebs. Das bedeutet, dass die Einrichtungsleitungen verpflichtet sind, die Meinungen der Beiräte zu bestimmten Fragen einzuholen. Daraus ergibt sich kein direktes Mitentscheidungsrecht, jedoch kann die Entscheidung im Sinne der Bewohner\*innen beeinflusst werden. Somit stellen die Beiräte eine wichtige Funktion dar, um die Stimme und die Interessen der Bewohner\*innen zu vertreten.

Konkret werden in den einschlägigen Gesetzen folgende Bereiche genannt, zu denen der Heim- bzw. Bewohner\*innenbeirat einbezogen werden muss und in denen er mitgestalten kann (Übersicht nach Thomas Klie (2019): Vortrag zu Aufgaben, Rechten und Möglichkeiten der Weiterentwicklung von Bewohner\*innenvertretung.)

- Beschwerden entgegennehmen und verfolgen
- Entgelterhöhungen beraten
- Konzeptionelle Änderungen diskutieren und Impulse geben
- Gutes Zusammenleben in der Einrichtung befördern
- Neuen Bewohner\*innen zur Seite stehen
- Partnerschaftliches Verhältnis zu den Mitarbeiter\*innen und zum Betriebsrat
- Kultur- und Freizeitgestaltung
- Ansprechpartner\*in für Aufsichtsbehörden
- Kontakt zur Kommune pflegen

In den einzelnen Mitwirkungsverordnungen der Länder sind teilweise auch Angaben über die Einsetzung von Ersatzgremien sowie weitere Möglichkeiten der Mitbestimmung der Bewohner\*innen über den Heimbeirat hinaus gemacht.

Eine gute Übersicht über die konkreten gesetzlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern hat der BIVA-Pflegeschtzbund auf seiner Internetseite zusammengestellt: [www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/](http://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/)

Wie sich nun konkret diese Mitbestimmung umsetzen lässt, welche Hindernisse es gibt und welche Best-Practice Beispiele sich verschiedene Einrichtungen überlegt haben, wird im Folgenden dargestellt.

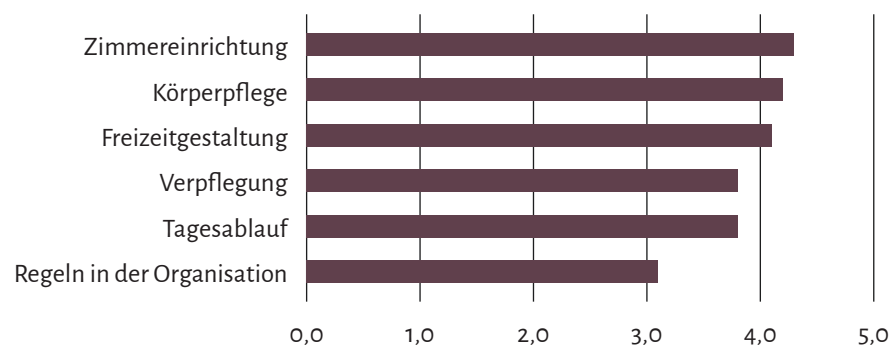
#### 4.1.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung: Institutionalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten, Themen und Hindernisse

Tabelle 1: Institutionalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich)

in Einrichtung vorhanden	%
Heimbeirat; Ersatzgremium für Heimbeirat	81,25
Heimfürsprecher*in	23,30
Bewohner*innenvollversammlungen	27,27
Hausparlament	0,00
Regelmäßige Befragungen der Bewohner*innen	54,55
Regelmäßige Befragungen der Angehörigen/gesetzlichen Vertreter*innen	38,64

Im Fragebogen wurde die Abfrage nach Mitbestimmung differenziert in **institutionalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten** sowie in Mitbestimmungsmöglichkeiten im Alltag. Hinsichtlich der institutionalisierten Formen der Mitbestimmung (Mehrfachnennungen möglich) zeigt sich, dass 81,3% der befragten Organisationen über einen *Heimbeirat* bzw. ein *Ersatzgremium* verfügen und ca. die Hälfte (54,6%) *regelmäßige Befragungen der Bewohner\*innen* durchführen. Weitere Mitbestimmungsmöglichkeiten sind hingegen deutlich weniger vertreten: so führen 38,6% *regelmäßige Befragungen der Angehörigen/gesetzlichen Vertreter\*innen* durch. Rund ein Viertel haben *eine/n Heimfürsprecher\*in* (23,3%) und/oder ein Gremium wie *eine Bewohner\*innenvollversammlung* institutionalisiert (27,3%). Über ein *Hausparlament* verfügt hingegen keine der Einrichtungen. Im Fragebogen war zudem die Möglichkeit angegeben, unter „sonstige“ weitere Angaben zu machen. Hier zeigt sich in der Gesamtschau, dass vor allem Angehörigenabende und -beiräte als Mitbestimmungsmöglichkeiten genannt werden.

Abbildung 2: Themen der Mitbestimmung im Alltag (Mittelwerte)



Weiterhin wurde danach gefragt, in welchem Maße die **alltägliche Mitbestimmung** der Bewohner\*innen bezogen auf verschiedene Bereiche möglich ist (auf einer Skala von 1 = gar nicht bis 5 = in sehr hohem Maße). Dabei erfuhren die Bereiche *Zimmereinrichtung*, *Körperpflege* und *Freizeitgestaltung* die höchsten Zustimmungswerte. Der weitaus niedrigste Wert wurde der Mitbestimmung bezüglich der *Regeln der Organisation* zugesprochen.

**Tabelle 2: Hindernisse der Mitbestimmung**

	Mittelwert M
vorgegebene Tagesabläufe	2,91
mangelnde zeitliche Ressourcen	3,36
mangelnde finanzielle Ressourcen	2,93
Erkrankungen der Bewohner*innen	3,55

Zudem wurden die Befragten nach möglichen Hindernissen der Mitbestimmung gefragt. Auf einer Skala von 1 = stimme nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu sollten vorgegebene Items bewertet werden. Dabei wurden die Items „Mitbestimmung wird erschwert durch ...“ „... die Erkrankung unserer Bewohner\*innen“ und „... mangelnde zeitliche Ressourcen“ am höchsten bewertet. Weniger hinderlich scheinen die Items „mangelnde finanzielle Ressourcen“ und „vorgegebene Tagesabläufe“ zu sein.

### Fragen zur Reflexion

- Welche Formen der Mitbestimmung gibt es in Ihrer Einrichtung?
- Welche würden Sie sich wünschen?
- Welche Hürden der Mitbestimmung sehen Sie und wie könnte diesen begegnet werden?
- Wie können Formen der Mitbestimmung für Bewohner\*innen mit kognitiven Einschränkungen geschaffen werden?



### 4.1.2 Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert\*innen: Herausforderungen der Mitbestimmung im Alltag

Sowohl in den Gruppendiskussionen mit Bewohner\*innen und Angehörigen als auch im Expert\*innenworkshop wurde immer wieder darauf verwiesen, dass trotz gesetzlicher Regelungen und trotz des Vorhandenseins institutionalisierter Mitbestimmungsmöglichkeiten im Alltag immer wieder Herausforderungen bestehen, Mitbestimmungsrechte zu verwirklichen.

Folgende Zitate aus einer Gruppendiskussion sowie die Stimme einer Expert\*in dazu:

**C1:** Wenn wir Anliegen vorbringen, die die Angehörigen betreffen oder auch Verbesserungen in manchen Situationen, dann passiert gar nichts, dann muss man nachhaken, ich bin auch mit dem Träger in Kontakt, ich bin mit der Heimaufsicht in Kontakt, aber ich habe nicht den Eindruck dass so richtig durchgegriffen wird [...] Wenn wir Antworten nicht bekommen, wir haben einmal im Monat eingerichtet ein Gespräch, eine Dreiviertelstunde gewährt uns die Hausleiterin, und wenn ich nicht aufpasse redet sie die ganze Zeit und wir kommen zu gar nichts, und erklärt uns fünfmal dasselbe. Aber wir haben Anträge, wir können Anträge stellen, es geht nach der Mitwirkungsverordnung, und wenn die nicht bearbeitet werden, dann bekommt sie etwas schriftlich, für persönliche Gespräche hat sie keine Zeit.

Aus: Gruppendiskussion mit Angehörigen und Bewohner\*innen





**E 1:** [...] die meisten, das muss ich auch einräumen, können da gar nicht folgen. Also ich selbst, wenn ich jetzt, den Umbau eines Heimes, vorgelegt bekäme, mit allem, was dazu gehört, mit einer pflegerischen, baulichen, medizinischen, finanziellen Ausstattung, das alles zu beurteilen, ist ja schon sehr kompliziert, das heißt also, das was ihnen an Befugnissen zusteht, können sie gar nicht in Anspruch nehmen. Und das wenige, was ihnen bleibt, ist reduziert und sehr stark von oben gesteuert. [...] da sehen wir die größten Möglichkeiten, [...] der Heimfürsprecher. Also wir erleben es immer wieder als förderlich und haben das Gefühl, die Mitbestimmung wird so ein Stückchen gefördert und hat eine Chance, wenn pflegende Angehörige oder Angehörige von Heimbewohnern sich als Heimfürsprecher von außen zur Wahl stellen und auch gewählt werden, und versuchen, zumindest die Heimbewohner, was ihre Mitbestimmung und Rechte angeht, zumindest zu unterstützen. Ansonsten glaube ich, es ist ein tolles Instrument, der Heimbeirat, der muss auch bleiben, aber wir dürfen glaube ich unsere Erwartungen an den Heimbeirat nicht so hoch schrauben, weil die Praxis sieht anders aus. [...] Also wenn überhaupt Mitbestimmung, dann geht es glaube ich nur über Unterstützer von außen, da wären die Heimfürsprecher schon ein gutes Mittel. Was der Gesetzgeber Gott sei Dank ja auch schon vorhält. Sei es, man muss jetzt gar nicht große Gesetzesänderungen herbeiführen, sondern kann das ausschöpfen, was da ist, aber man muss natürlich Angehörige finden, die sagen, ich werde meine Zeit darein geben in dieses Thema.

Aus: Expert\*innenworkshop

**Das erste Zitat einer Bewohnerin**, die im Heimbeirat aktiv ist, steht exemplarisch für viele Aussagen in den Gruppendiskussionen, die die Herausforderungen der Mitbestimmung im Kontext des Heimbeirats beschreiben. Eine große Herausforderung scheint dabei die Zusammenarbeit mit den Heimleitungen zu sein. So wird hier formuliert, dass es auf der einen Seite fehlende Zeit, auf der anderen Seite aber auch eine schwierige Haltung gegenüber dem Heimbeirat zu sein scheint, die die Mitbestimmung erschwert. Die Bewohnerin macht hier ebenso deutlich, welche hohe Bedeutung es für sie und andere Bewohner\*innen hat, ihr Recht der Mitbestimmung verwirklicht zu sehen – hierfür muss sie jedoch individuelle Strategien entwickeln, damit die Stimme des Heimbeirats Gehör findet.

**Im zweiten Zitat der Expertin** formuliert diese zum Ende hin, dass sie generell die Institution und auch entsprechende Rechtsgrundlagen dazu als positiv bewertet und sehr begrüßt – aber das, was da ist, noch mehr ausgeschöpft werden müsste. In diesem Kontext formuliert sie die Herausforderung, dass häufig Themen und Fragen, bei denen der Beirat theoretisch involviert werden muss, sehr komplex sind und es hier der Unterstützung des Heimbeirats bedarf. Ihr Vorschlag wäre dabei der/die Heimfürsprecher\*in, der/die eine solche Aufgabe übernehmen könnte. Allerdings – darauf deuten die Ergebnisse der quantitativen Befragung hin – scheint diese Unterstützung eher selten in den Einrichtungen gelebt zu werden.



#### Fragen zur Reflexion

- Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie das erste Zitat lesen?
- Kennen Sie vergleichbare Situationen?
- Wie sieht in Ihrer Einrichtung der Austausch mit der Interessenvertretung der Bewohner\*innen aus?

In den Gruppendiskussionen wurde ferner darauf verwiesen, dass die Verwirklichung von Mitbestimmungsrechten häufig durch kognitive Einschränkungen der Bewohner\*innen erschwert ist. Oder möglicherweise müsste eher formuliert werden, dass generell kaum Ideen existieren, wie Menschen mit Einschränkungen, insbesondere demenziellen Erkrankungen, zu ihrem Recht verholfen werden kann. Gleichzeitig macht das folgende Zitat als ein **Good-Practice-Beispiel** deutlich, dass es in jedem Fall möglich ist und auch möglich sein muss, Menschen mit eingeschränkten Sinnes- oder kognitiven Wahrnehmungen z. B. an der Wahl der Heimbeiräte beteiligen zu können und so ihre Mitbestimmungsrechte zu verwirklichen.

**C 1:** Wir haben übrigens bei der Wahl haben wir die Heimaufsicht geholfen damals, die Leute im Pflegebereich, die sollten nämlich erst gar nicht wählen. Und dann hat es aber geheißen, wir können, wir haben ein Plakat gemacht mit den Kandidaten und die dürfen draufzeigen. Und wir haben zwei sehr nette Sozialbetreuer, die sehr zuverlässig sind, die haben geholfen, die haben die Wahlausschuss-.

**C 2:** Ja aber wenn jemand gar nicht mehr kann? Darf es dann vielleicht-, vielleicht darf es dann ein Angehöriger?

**C 1:** Die wussten-, nein, Angehörige dürfen nicht wählen, da bleibe ich auch bei. Aber wer das kann, wer also drauf zeigen kann, auch wenn er nicht sprechen kann, das Gesicht gefällt mir oder kenne ich oder wie auch immer.

Aus: Gruppendiskussion mit Angehörigen und Bewohner\*innen

Aus der partizipativen Forschung mit mitunter beeinträchtigten Menschen sind verschiedene Methoden bekannt, die in diesem Kontext erprobt werden können. So sollte es darum gehen, Möglichkeiten für eine Beteiligung der Bewohner\*innen zu schaffen z. B. durch sogenannte Cultural Probes (Afzali 2013) oder Talking Mats (Germani 2004) oder kontextbezogene Spielkarten (Lorenz u. a. 2015) um Bedarfe der Bewohner\*innen zu ermitteln.





## Übungen

In den Gruppendiskussionen ist immer wieder deutlich geworden, dass unterschiedliche Herausforderungen bestehen, um Mitbestimmung im Alltag zu verwirklichen.

Bitte reflektieren Sie gemeinsam im Team Ihre Organisation im Hinblick auf folgende Fragen:

- In welchen Bereichen können Ihre Bewohner\*innen effektiv selbst gestalten und partizipieren?
- Wo bestehen Hindernisse in der Mitgestaltung der Bewohner\*innen? Wie könnten die Bewohner\*innen befähigt werden, mitzugestalten? Was bräuhete es dafür an Unterstützung für Ihre Einrichtung?
- Welche Möglichkeiten der Beteiligung des Heimbeirates gibt es in Ihrer Einrichtung?
- Was sind die Themen die über „Essen und Feiern“ hinausgehen, in die der Heimbeirat eingebunden wird?
- Wie kann die Kommunikation zwischen Beirat, Bewohner\*innen und Leitung gestärkt werden?
- Wie können regelmäßige Räume des Austausches angeboten werden?
- Welche Ideen gibt es, auch Bewohner\*innen mit kognitiven Einschränkungen in Entscheidungsfindungsprozesse einzubinden?
- Wie werden bei Ihnen Unterstützer\*innen von Außen eingebunden?
- Wie informieren Sie Ihre Bewohner\*innen und Angehörigen über die Möglichkeiten externer Unterstützung?



## Weiterführende Tipps und Anregungen

Der **BIVA Pflegeschutzbund** bietet regelmäßige Seminare für Heimbeiräte und Heimförsprecher\*innen an, in denen sie Informationsmaterialien, Argumentationshilfen erhalten und über ihre Rechte aufgeklärt werden. Diese Seminare finden direkt in den Heimen statt. Er bietet auch verschiedene Praxistipps für die Beiratsarbeit in Form von Broschüren an. Auch die Initiative [heimmitwirkung.de](http://heimmitwirkung.de) ist engagiert in der Förderung der Mitbestimmungsmöglichkeiten von Heimbewohner\*innen und bietet vielfältige Ressourcen der Information von Heimbeiräten. Zudem bieten die Landesseniorenvertretungen verschiedener Länder Schulungen, Fortbildungs- und Austauschtreffen für Heimbeiräte an.

- [www.biva.de/biva-akademie/heimbeiratsschulung/](http://www.biva.de/biva-akademie/heimbeiratsschulung/)
- [www.biva.de/category/praxistipps-fuer-bewohnerververtretungen/](http://www.biva.de/category/praxistipps-fuer-bewohnerververtretungen/)
- [www.heimmitwirkung.de](http://www.heimmitwirkung.de)







## 4.2 Beschwerdemanagement

Beschwerdemechanismen spielen für die Durchsetzung von höchstpersönlichen Rechten eine zentrale Rolle. Menschen, deren Rechte verletzt wurden, müssen einen Zugang zu einer wirksamen Beschwerde haben (Recht des Zugangs zu Justiz, Recht zu effektiver Beschwerde). Die Organisation eines unabhängigen Beschwerdemanagements ist in Deutschland in der Langzeitpflege jedoch fragmentiert. Eine Studie im Auftrag des BMFSFJ (2005) zeigt, dass es in Deutschland keine flächendeckende Versorgung mit Beschwerdestellen für den Bereich Gewalt in der Pflege für ältere Pflegebedürftige gibt. Gleiches gilt für Stellen, an die sich Mitarbeitende aus Pflegeheimen wenden können, wenn sie selbst Gewalt und Grenzverletzungen erleben oder beobachten. Bundesweit sind Beschwerdestellen für die Pflege in erster Linie in Form von Hilfetelefone eingerichtet worden. Diese haben jedoch kein rechtliches Mandat und teilweise keine gesicherte Finanzierung. (Aronson/Mahler 2016; BMFSFJ 2005). Auch Beschwerdemöglichkeiten bzw. ein Beschwerdesystem mit internen und externen Ansprechpartner\*innen für die Adressat\*innen, die Fachkräfte und Angehörige werden in der Diskussion um organisierten Schutz als zentral bzw. als ein Mindeststandard zur Prävention und auch Intervention bei Gewalt und Grenzverletzungen verhandelt, (vgl. Rörig 2015; Wolff/Fegert/Schröer 2015). Ziel eines Beschwerdesystems ist dabei, „die Qualität des professionellen Handelns zu verbessern sowie Klient\*innen gegen unprofessionelles Handeln zu schützen“ (Liebhardt 2018: 233). Zentral ist, Fehler, die institutionell oder personell bedingt sind, zu identifizieren und aus diesen Fehlern für die Zukunft zu lernen, da Gewalt und Grenzverletzungen – so auch die These dieses Projekts – nie allein aus einer Täter-Opfer-Konstellation geschieht, sondern immer eingebettet in die Struktur und das System einer Organisation ist (vgl. Liebhardt 2018).



### Rechtliche Grundlagen Beschwerde

Wie auch der Bereich der Mitsprache ist der Bereich der Beschwerde in stationären Einrichtungen in den entsprechenden Landesheimgesetzen und ihrer Mitwirkungs- und Durchführungsverordnungen der einzelnen Bundesländer geregelt. In den Heimgesetzen bzw. Mitwirkungs- und Durchführungsverordnungen der einzelnen Bundesländer wird von den stationären Einrichtungen verlangt, ein Beschwerdesystem für alle Bewohner\*innen einer Einrichtung vorzuhalten – dabei handelt es sich mindestens um einrichtungsinterne Beschwerdeverfahren.

Die Überschneidungen sind jedoch hoch, da die Mehrzahl der Länder sich an den Regelungen des vormaligen Bundesheimgesetz bzw. der Heimmitwirkungsverordnung orientiert hat. Einige der Mitwirkungs- und Durchführungsverordnungen orientieren sich dabei am ehemaligen Bundesheimgesetz, während andere detailliertere Angaben zu der Ausgestaltung der Beschwerdesysteme in stationären Einrichtungen machen.

Einige Bundesländer machen über die Einrichtung eines internen Beschwerdesystems hinaus konkretere Angaben, wie ein solches ausgestaltet werden kann.

### Beispiele:

Das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStg) des Landes Schleswig-Holstein<sup>1</sup> schreibt in den Paragraphen 3–5 folgendes vor:

- Ein landesweites Krisentelefon soll vorgehalten werden (unbeschadet der Möglichkeit sich an die zuständige Behörde zu wenden)
- Beschwerden sollen von Beratungsstellen oder Krisentelefon nach Einwilligung der Person an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden
- Einrichtungen des Verbraucherschutzes oder andere Organisationen oder Stellen, die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung wahrnehmen, können eingebunden werden

Auch das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) des Landes Nordrhein-Westfalen<sup>2</sup> macht in § 6 Abs. 2 detaillierte Angaben über die Mindeststandards eines Beschwerdeverfahrens:

„Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter haben ein Beschwerdeverfahren sicherzustellen. Dieses muss mindestens beinhalten:

1. die Information der Nutzerinnen und Nutzer über ihr Beschwerderecht einschließlich eines Hinweises auf die Erreichbarkeit der zuständigen Behörde,
2. die Benennung der für die Bearbeitung der Beschwerden verantwortlichen Person,
3. die Bestimmung einer angemessenen Bearbeitungsfrist und
4. die geeignete Dokumentation und Auswertung der Beschwerden und der Art ihrer Erledigung.“

#### 4.2.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung: Beschwerdemanagement, Beteiligung und Beschwerdemöglichkeiten

97,7% – also fast alle der befragten Einrichtungen – geben an, über ein Beschwerdemanagement zu verfügen. Gleichzeitig gibt ein ähnlich hoher Anteil der Einrichtungen an, sowohl die Angehörigen/gesetzlichen Vertreter\*innen (95,5 %) als auch die Bewohner\*innen (91,5 %) darüber zu informieren, sich außerhalb der Einrichtung beschweren zu können (z. B. bei der Heimaufsicht, bei Hilfetelefonen). Diese sehr deutlichen Zahlen lassen sich dadurch erklären, dass in den verschiedenen Heim- und Mitbestimmungsgesetzen der Länder eine Betriebserlaubnis an das Vorhalten eines Beschwerdemanagements gekoppelt ist. Doch wie gestalten sich die Beschwerdesysteme konkret aus?

In der Nachfrage, *wer an der Entwicklung des Beschwerdemanagements beteiligt war* (Mehrfachnennungen möglich), zeigt sich, dass dies vor allem von der Leitungsebene getragen wird. So werden mit jeweils ca. 80% die Heimleitungen und die Pflegedienstleitungen als wesentliche Akteur\*innen in der Entwicklung des Beschwerdemanagements genannt. Auch die Mitarbeiter\*innen werden noch von mehr als der Hälfte der Einrichtungen als Beteilig-

1 Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung“ vom 17. Juli 2009.

2 Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) vom 02.10.2014

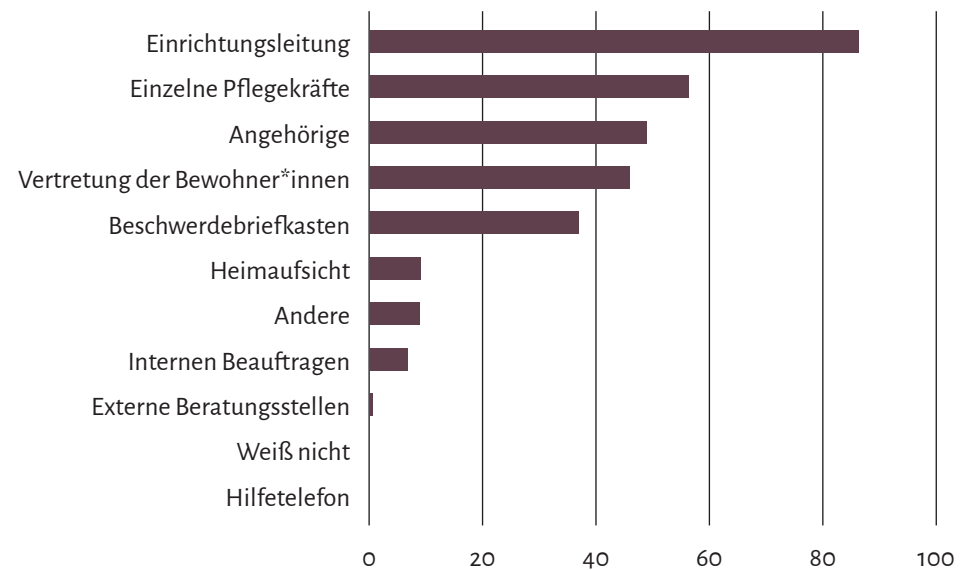
te genannt. Eher selten beteiligt sind externe Beratungsstellen (27,8%), marginal beteiligt sind die Bewohner\*innen mit 15,3% der Nennungen. Einen recht hohen Prozentsatz erhält die Kategorie „Sonstiges, und zwar“, wobei sich in der Explizierung des „Sonstigen“ das (zentrale) Qualitätsmanagement/Qualitätsbeauftragte als dominant erweist; genannt werden hier auch der Träger, die Heimaufsicht sowie Vorgaben des MDK.

**Tabelle 3: Beteiligung an Beschwerdemanagement (Mehrfachnennungen möglich)**

in Einrichtung vorhanden	Mitar- beiter *innen	Bewohner *innen	Heim- leitung	Pflege- dienst- leitung	Externe Beratung	Weiß nicht	Sonstiges
%	62,5	15,34	80,11	78,41	27,84	7,95	27,84

Bei der Frage, welches für die Bewohner\*innen die drei (genau) wichtigsten Möglichkeiten darstellen, ihre Beschwerden zu kommunizieren, steht ebenso die Einrichtungsleitung mit 86,4% an erster Stelle, gefolgt von den einzelnen Pflegekräften, Angehörigen und Bewohner\*innenvertretungen (die jeweils um die 50% genannt werden). Im Gegensatz dazu werden als weniger bedeutsam, Beschwerden zu kommunizieren Beschwerdebriefkästen mit 36,9% bewertet. Eine marginale Rolle spielen hier in Relation zu den anderen Möglichkeiten interne Beauftragte (6,8%), die Heimaufsicht (9,1%), externe Beratungsstellen (0,6%) sowie Hilfefonnum (0,0%).

**Abbildung 3: Beschwerdemöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)**



Zentraler Akteur in Pflegeheimen, wenn es um Beschwerden geht, ist somit die Leitungsebene. Sie ist in den befragten Einrichtungen Hauptansprechpartner für Bewohner\*innen und Mitarbeitende bei Beschwerden. Beschwerden werden in erster Linie also direkt, spontan und persönlich vorgetragen. Voraussetzung dafür ist ein vertrauensvolles Verhältnis und eine offene und transparente Beschwerdekultur in den Einrichtungen. Solche niederschweligen Angebote sollten jedoch immer ergänzt werden um externe und unabhängige Möglichkeiten der Beratung, an die sich Bewohner\*innen und Mitarbeitende jederzeit wenden können.

### Fragen zur Reflexion

- Treffen diese Beobachtungen auch auf Ihre Einrichtung zu?
- An wen wenden sich die Bewohner\*innen bei Beschwerden?
- Wie könnten Beschwerdeformen innerhalb Ihrer Organisation aussehen, die auch unabhängig von der Leitungsebene funktionieren?



#### 4.2.2 Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert\*innen: Fehlende Beschwerdekultur und zur Notwendigkeit externer Beschwerdestellen

Obwohl also in der quantitativen Befragung als Ergebnis zunächst einmal deutlich wird, dass nahezu alle Einrichtungen über ein Beschwerdemanagement verfügen und vor allem die Leitungsebene als zentral kommuniziert wird, Beschwerden zu thematisieren, zeigt sich in den Gruppendiskussionen, dass **das Recht auf Beschwerde in den Einrichtungen häufig im Alltag selten in Anspruch genommen wird** – und zwar aus verschiedenen Gründen:

**A 1:** Und das kommt dazu, dass die Angehörigen auch wirklich ein Sprachrohr haben. Und da ist so viel Angst, da ist so viel Angst leider von allen möglichen Seiten, dass ich mir wünsche, dass eine Beschwerdekultur wächst in unserem Land.

**A 2:** Ich habe immer versucht persönlich mit den Pflegern zu sprechen, denen zu sagen was mir aufgefallen ist, habe auch immer geguckt dass ich auch lobe und sage was gut ist. Und trotzdem, ich meine ich bin recht freundlich geblieben, und trotzdem fühlten einige sich doch sehr auf den Schlipps getreten, weil ich denke da habe ich dann in ein Wespennest gestochen, sie wären immer schuld und so weiter. Und ich weiß nicht, [...] wenn jetzt sagen wir mal das gesetzlich verankert wird, dass man sich beschweren oder was sagen soll als Angehöriger. Dass dann von der anderen Seite eine Mauer entsteht, dass man einfach nicht zueinanderkommt. Natürlich muss man was sagen können, aber ich glaube irgendwie muss das Miteinander mehr gestärkt werden. Miteinander zwischen Pflegenden und Angehörigen oder eben den Leuten, die da leben.

**A 3:** Stichwort Beschwerde, nach meiner Erfahrung haben wir eine ganz ängstliche oder gar keine Beschwerdekultur in unserem Land, weil die Erfahrung-, meine Erfahrung hat gezeigt, dass die alten Leute so erzogen worden sind, dass man nicht sich beschwert, sondern dass man das hinnimmt wie das ist und froh und dankbar sein kann, dass überhaupt irgendwas-. Das ist die Kultur, die ich gesehen habe bei den alten Menschen, man beschwert sich nicht, man hat dankbar zu sein dass man überhaupt leben darf. Und bei den Angehörigen habe ich oftmals festgestellt, dass sie entweder ein schlechtes Gewissen haben, dass sie überhaupt ihre Angehörigen ins Heim geben müssen und aufgrund dieses schlechten Gewissens auch immer alles abnicken.

Aus: Gruppendiskussion mit Angehörigen und Bewohner\*innen



In den Zitaten wird deutlich, dass aus Sicht der Angehörigen nicht von einer gelebten Beschwerdekultur in den Einrichtungen gesprochen werden kann und dies viele Gründe hat:



- **Zum einen** besteht Angst auf Seiten der Pflegekräfte, in gewisser Form eine individuelle Schuld für etwas zugesprochen zu bekommen, so dass eine Abwehrhaltung gegenüber Beschwerden entsteht.
- **Zum anderen** besteht Angst auf der Seiten der Angehörigen, dass negative Konsequenzen aus Beschwerden für die zu pflegenden Menschen entstehen.
- **Gleichzeitig** wird deutlich, dass das schlechte Gewissen vieler Angehörige eine Rolle spielt und auch die Sozialisation bzw. Haltungen und Einstellungen vieler pflegebedürftiger Menschen.

Gleichzeitig formulieren die Diskussionsteilnehmer\*innen hier auch konkrete Wünsche: „dass ich mir wünsche, dass eine Beschwerdekultur wächst in unserem Land“ und „Natürlich muss man was sagen können, aber ich glaube irgendwie muss das Miteinander mehr gestärkt werden. Miteinander zwischen Pflegenden und Angehörigen oder eben den Leuten, die da leben.“

Mögliche Entlastungen können erzielt werden durch:

- **regelmäßige Angehörigenabende**, in denen sich die Angehörigen austauschen können, aber auch die Heimleitungen über ihre Arbeitsweisen informiert. Gleichzeitig können Angehörige gezielt eingebunden werden in die Ausgestaltung von Präventionskonzepten und diese mitgestalten. Letztendlich gelingt ein angstfreies, offenes Miteinander und eine gelebte Kultur dann, wenn Raum da ist, die Themen Schutz vor Gewalt und Grenzverletzungen offen zu besprechen und eine Einrichtung sich im Sinne einer Kultur der Achtsamkeit für das Thema öffnet und sich somit alle trauen Dinge miteinander zu besprechen
- **unabhängige Beschwerdestellen**: in den quantitativen Ergebnissen wurde deutlich, dass externe, unabhängige Beschwerdestellen sehr selten in Anspruch genommen werden (dass diese im Grund jedoch als sehr hilfreich bewertet werden siehe Kapitel 4.3.2). In dem Expert\*innenworkshop wurde jedoch explizit und einheitlich darauf hingewiesen, wie bedeutsam derartige Stellen sind.



### Unabhängige Beschwerdestellen in der Altenpflege

In der Altenpflege existieren unabhängige Beschwerdestellen vor allem in Form von Hilfetelefonen und Beratungsstellen. Einen Überblick finden Sie auf der Seite des Zentrums für Qualität in der Pflege: [www.pflege-gewalt.de/beratung/krisentelefone/](http://www.pflege-gewalt.de/beratung/krisentelefone/)



### Fragen zur Reflexion

- Mit welchen externen Beratungsstellen arbeiten Sie zusammen?
- Wie sieht die Zusammenarbeit aus?
- Sind Ihren Bewohner\*innen verschiedene Angebote sich außerhalb der Einrichtung beschweren können bekannt?
- Wie kann der Zugang der Bewohner\*innen zu diesen Angeboten sichergestellt werden?
- Gäbe es Formen der niedrighschwellig, aufsuchenden Beratung (z. B. in Form von Sprechstunden) an die sich die Bewohner\*innen wenden könnten?

## Übungen



In Ihrer Einrichtung wird ein Beschwerdesystem eingeführt, für das Sie als Leitung des Projektteams verantwortlich sind. Formulieren Sie zentrale Kriterien, damit dieses Beschwerdesystem in Ihrer Organisation genutzt wird und erläutern diese näher! Z. B.:

### **Jeder Beschwerde der Bewohner\*innen wird nachgegangen!**

- regelmäßiges Treffen einer verantwortlichen Steuerungsgruppe zur Durchsicht der Beschwerden

### **Pflegebedürftige und Angehörige werden in all ihren Anliegen ernst genommen!**

- Es werden keine Kriterien für „berechtigte“ oder „unberechtigte“ Beschwerden formuliert.

### **Wir müssen eine konstruktive Beschwerdekultur etablieren!**

- Thematisieren in regelmäßigen Besprechungen; Schulungen der Mitarbeitenden
- Aushänge zu dem Thema

### **Externe Angebote müssen Teil des Beschwerdesystems sein!**

- Zusammenarbeit mit externen unabhängigen Stellen, die in die Häuser kommen und zu denen Bewohner\*innen Kontakt aufnehmen können

## Weiterführende Tipps und Anregungen



### **Kommunizieren und Handeln – auf dem Weg zu einer angstfreien Beschwerdekultur**

Je offener Sie als Einrichtung den Bewohner\*innen signalisieren, dass es vielfältige und vor allem anonyme Formen der Beschwerde gibt und ihnen transparent machen, wie mit Beschwerden verfahren wird, desto eher trauen sich Personen, diese auch zu nutzen. Machen Sie in Aushängen darauf aufmerksam, sprechen Sie das Thema direkt an, machen Sie auch Ihren Beschäftigten Mut, das Thema der Beschwerde bei den Bewohner\*innen anzusprechen. Dies kann gelingen, wenn in einer Einrichtung die Themen Beschwerde und die Kommunikation über Grenzverletzungen offen angegangen werden und dies weder für Mitarbeitende, noch Angehörige und Bewohner\*innen angstbesetzt ist. Holen Sie sich dafür professionelle Beratung, nehmen Sie sich des Themas an, indem Sie einen Beauftragten oder eine Projektgruppe dafür einsetzen, laden Sie sich externe Expert\*innen ein. Schaffen Sie konkrete Strukturen, wie Beschwerde in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden kann. Bspw. bietet die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vielfältige Schulungen und Materialien an: [www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Umgang-mit-Gewalt\\_node.html](http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Umgang-mit-Gewalt_node.html)





### 4.3 Unterstützung der Mitarbeitenden



**E 1:** Klar, wenn man mit Menschen mit Demenz arbeitet, kann es schon einmal passieren, dass es eine Reaktion gibt, mit der ich nicht gerechnet habe. Also dass ich vielleicht irgendwo mal gehauen werde. Das muss aber auch die Pflegekraft nicht ertragen können oder einfach so hinnehmen. Nach dem Motto: Du arbeitest halt mit Menschen mit Demenz. **Unser Konzept befasst das eine wie das andere. Bewohner sollen geschützt werden, aber natürlich hat das Konzept auch etwas für unsere Mitarbeiter entwickelt.** Aus: Expert\*innenworkshop

In diesem Kapitel richtet sich der Fokus auf Mitarbeitende. Es soll zum einen aufgezeigt werden, welche Herausforderungen die Pflegekräfte immer wieder für ihren Arbeitsalltag formulieren. Zum anderen sollen aus den quantitativen und qualitativen Ergebnissen Maßnahmen bzw. ihre Wünsche zur Unterstützung diskutiert werden.

### 4.3.1 Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert\*innen: Herausforderungen für Mitarbeitende

In den Gruppendiskussionen und dem Gespräch mit den Expert\*innen ist deutlich geworden, dass immer wieder zwei Themenkomplexe angesprochen werden, die für Mitarbeitende eine große Herausforderung und Belastung darstellen:

- Situationen, in denen sie selbst Grenzverletzungen und/oder Gewalt von Seiten der Bewohner\*innen ausgesetzt sind
- Situationen, in denen sie sich in angesprochenen pflegerischen Dilemmata befinden.

**B 2:** Sich Beleidigungen anhören zu müssen. Ich verlasse dann den Raum und gehe und schicke dann eine andere Pflegekraft. Aber das finde ich immer sehr schwer.

Aus: Gruppendiskussion 2 mit Pflegekräften



**B 4:** Mir hat mal eine Bewohnerin in der Ausbildung, glaube erstes Lehrjahr war das, sowas von eine geschallert, da-.

**B 3:** Na ja, bevor ich eine geknallt kriege, halte ich lieber dem seine Hand bei der Körperpflege.

**B 6:** Das ist aber schon Gewalt.

**B 5:** Aber ich meine jetzt, wo ist denn nun jetzt Gewalt und wo nicht? Wenn er jetzt auf Toilette muss und Du kommst ja zu ihm zu zweit, zu dritt, Du musst ihn irgendwie festhalten von beiden Seiten ihn auf den Toilettenstuhl zu setzen. In dem, er kämpft ja mit Dir. Er muss auf die Toilette, er möchte Dich aber schlagen. Wir müssen die Pfleger-

**B 3:** Na ja, aber was ist jetzt[...] einstuhlen zu lassen ist ja auch eine Form der Gewalt.

**B 1:** Ja, aber da kommt wieder das Wort ins Spiel: Verwahrlosung. Er hat das Recht auf Verwahrlosung.

**B 3:** Aber er will ja nicht, er will ja nicht-, er will ja auf Toilette.

**B 4:** Ja, aber dann muss ich ihm das erklären von einer Distanz.

**B 3:** Aber wenn er es nicht kognitiv verarbeiten kann. Und jetzt steckst Du nämlich in der Zwickmühle. Nimmst ihm die Gewalt, indem Du ihn verwahrlosen lässt, obwohl er es nicht will und verweigerst ihm die Hilfe oder Du hilfst ihm, läufst Gefahr, selber verletzt zu werden und musst ihn in dem Moment festhalten.

**B 4:** Aber ich versuche mich dann immer in die Situation des Bewohners zu versetzen. Wenn ich gerade keinen Bock hätte, aufzustehen und mich da auf Toilette setzen.

**B 3:** Nein, er will ja, aber er versteht es in der Situation nicht.

**B 1:** Aber die Frage ist, will er denn wirklich auf Toilette? (**B 4:** Ja.)

**B 3:** Oder hat er Angst. Es gibt auch welche, die einfach nur aus Angst um sich schlagen. In dem Moment hochgehoben zu werden, Angst zu kriegen und es geht aber vielleicht nicht anders wegen ...

Aus: Gruppendiskussion 1 mit Pflegekräften

Im letzten Abschnitt, der die Entwicklung einer Diskussion darstellt, beschreiben die Pflegekräfte die Komplexität des Handelns, das sich in der Abwägung zwischen eigenem Schutz, der Sorge für jemanden, dem Schutz für die zu Pflegenden, der Wahrung der Rechte der Pflegebedürftigen und der Verwobenheit der Frage danach, wo Gewalt beginnt, be-





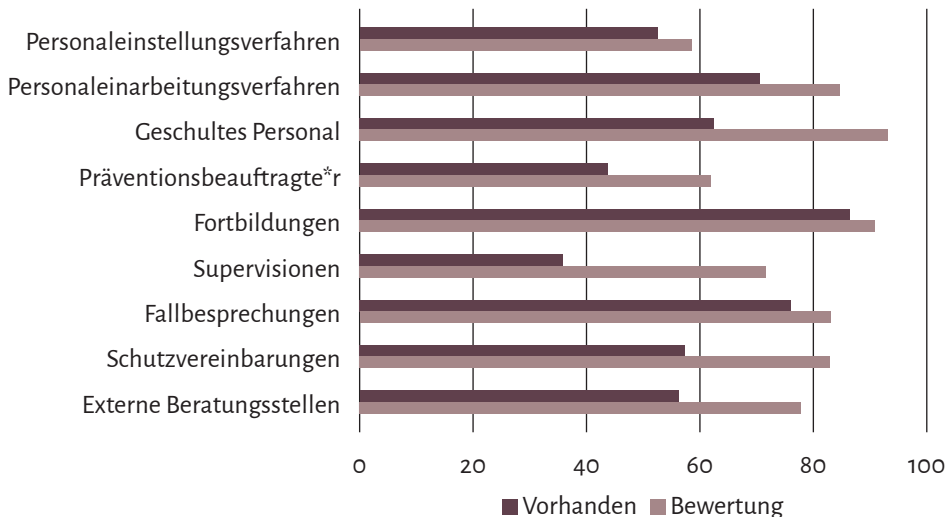
wegt. Gleichzeitig zeigt sich hier in der Diskussion und der aufeinander bezogenen Argumentation, dass durch das Gespräch auf der einen Seite die Komplexität erst sichtbar wird und dass auf der anderen Seite auch alternative Lesarten und Deutungen der Situation besprochen werden können („Oder hat er Angst. Es gibt auch welche, die einfach nur aus Angst um sich schlagen.“), die dazu beitragen können, Lösungen für die Situation zu finden.

Diese beschriebenen Herausforderungen und Belastungen aufnehmend, steht im Folgenden die Frage im Mittelpunkt, welche Maßnahmen umgesetzt werden bzw. umgesetzt werden können und welche Maßnahmen sich die Pflegekräfte zu ihrer Unterstützung wünschen, um diese Situationen verändern zu können und vor allem um zu mehr Handlungssicherheit zu gelangen. Derartige Maßnahmen, die explizit die Mitarbeitenden entlasten sollen, haben gleichsam präventiven Charakter, da Situationen bearbeitet werden (können), bevor sie eskalieren.

#### **4.3.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung: Vorhandene Maßnahmen**

In unserer quantitativen Befragung wurden verschiedene Schutzmaßnahmen dahingehend abgefragt, inwiefern die Einrichtungen diese umsetzen und – unabhängig davon, ob diese Maßnahmen umgesetzt werden oder nicht – für wie hilfreich zur Organisation von Schutz diese bewertet werden. Von den abgefragten Maßnahmen bezogen sich explizit auch 9 auf die Unterstützung des Personals.

**Abbildung 4: Vorhandensein und Bewertung von Schutzmaßnahmen (in Prozent)**



Insgesamt gaben 86,4% der befragten Einrichtungen an, *Fortbildungen der Mitarbeiter\*innen* zum Thema Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege durchzuführen. Auch *Fallbesprechungen*, in denen das Thema verhandelt wird, werden von rund drei Viertel der befragten Einrichtungen durchgeführt. *Personaleinarbeitungsverfahren*, in denen das Thema Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt verhandelt wird, geben 70,5% als vorhanden an. Im Vergleich zu den erstgenannten Maßnahmen verfügen weniger Einrichtungen über *Personal, das speziell für den Umgang mit Aggressionen, Konflikten und Gewalt geschult ist* (62,5%). Gut die Hälfte der befragten Einrichtungen geben an, dass *Schutzvereinbarungen für mögliche „schwierige“ Situationen vorhanden sind* (57,4%), dass mit *externen Beratungsstellen* zusammengearbeitet wird (56,2%) und dass es *Personaleinstellungsverfahren gibt, in denen Schutz vor Gewalt und Grenzverletzungen bereits ein Thema sind*. Von allen abgefragten Maßnahmen, werden *Präventionsbeauftragte* (43,7%) sowie *Supervisionen, in denen das Thema Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt besprochen wird* (35,8%) am seltensten genannt.

In der Frage nach der **Bewertung für wie hilfreich die abgefragten Schutzmaßnahmen eingeschätzt werden**, zeigen sich übergreifend hohe Bewertungen. So bewerteten 93,2% der befragten Einrichtungen *Personal, das speziell für den Umgang mit Konflikten, Aggressionen und Gewalt geschult ist* als hilfreich bzw. sehr hilfreich, gefolgt von den *Maßnahmen der Fortbildungen der Mitarbeitenden zum Thema Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt in der Pflege* (90,9%), sowie *Personaleinarbeitungsverfahren, in denen Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt ein Thema ist* (84,7%). Auch *Fallbesprechungen* und *Schutzvereinbarungen für mögliche „schwierige“ Situationen* werden von vielen der Einrichtungen als hilfreich bzw. als sehr hilfreich bewertet (83% und 82,9%). In Relation zueinander werden als weniger hilfreich Maßnahmen eingeschätzt wie eine/n *Präventionsbeauftragte\*n* (61,9%) sowie *Personaleinstellungsverfahren, in denen Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt ein Thema ist* (58,5%).

Größere **Diskrepanzen** zwischen dem Vorhandensein bzw. Umsetzung einer Schutzmaßnahme und der Bewertung, dass diese als hilfreich bzw. sehr hilfreich bewertet wird, ergeben sich bei den Maßnahmen des *Personals, das speziell geschult ist* (umgesetzt von 62,5%, für hilfreich bzw. sehr hilfreich empfunden von 95,3%), den *Schutzvereinbarungen* (umgesetzt von 57,4%, für hilfreich bzw. sehr hilfreich empfunden von 85,4%), der *Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen* (umgesetzt von 56,3%, für hilfreich bzw. sehr hilfreich empfunden von 80,1%) sowie *Supervisionen* (umgesetzt von 35,8%, für hilfreich bzw. sehr hilfreich



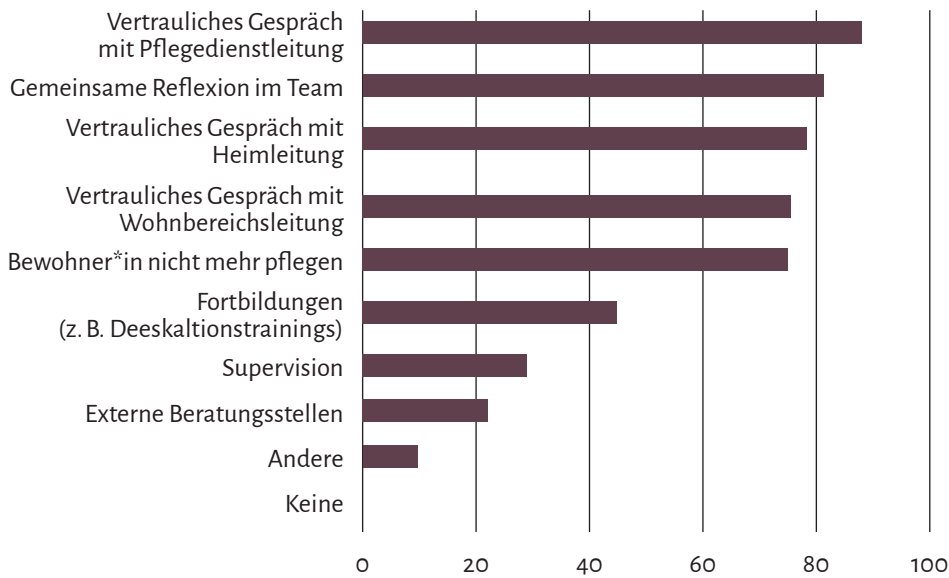


empfunden von 74,2 %). Schließen ließe sich hieraus, dass auch bei den Einrichtungsleitungen **der Wunsch nach einem „Mehr“ vorhanden ist an**

- Speziell geschultem Personal
- Schutzvereinbarungen
- Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen
- Supervisionen.

Im Sinne der organisationalen Herstellung von Schutz für alle Beteiligten wurde des Weiteren danach gefragt, welche organisationalen Unterstützungsmöglichkeiten Mitarbeiter\*innen in Anspruch nehmen, wenn sie herausforderndes Verhalten oder Gewalt seitens der Bewohner\*innen erleben. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Mitarbeiter\*innen vor allem **intern** Unterstützung in Anspruch nehmen durch Vorgesetzte oder Peers; Angebote (möglicherweise „neutralere“ Angebote) von Außen hingegen als eher wenig relevant eingeschätzt werden. Als wesentliche Unterstützungsmöglichkeit, die in Anspruch genommen wird, wird das *vertrauliche Gespräch mit der Pflegedienstleitung* genannt, gefolgt von der *gemeinsamen Reflexion im Team* sowie dem *vertraulichen Gespräch mit der Heim- und der Wohnbereichsleitung*. Auch die *Möglichkeit, den/die Bewohner\*in nicht mehr pflegen zu müssen*, werden von 75 % der befragten Einrichtungen als Unterstützung genannt, die Mitarbeitende in Anspruch nehmen werden. *Unterstützungen von Außen* werden hingegen als weniger relevant erachtet: *Fortbildungen*, die als Unterstützung in Anspruch genommen werden, werden noch von 44,9 % benannt, *Supervisionen* von 29 % und *externe Beratungsstellen* von 22,2 %. Dass ein/e Mitarbeiter\*in keine der Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen wird, wird hingegen von niemandem genannt. Als *sonstige Möglichkeiten* wurden vor allem *vertrauliche Gespräche* (z. B. mit der/dem Präventionsbeauftragte/n) genannt.

**Abbildung 5: Organisationalen Unterstützungsmöglichkeiten der Mitarbeiter\*innen in schwierigen Situationen (Mehrfachnennungen möglich)**



#### Fragen zur Reflexion

- Sind die Ergebnisse für Sie nachvollziehbar?
- An welchen Stellen haben Sie eine andere Einschätzung bzw. würden eine andere Bewertung vornehmen?
- Wie begründen Sie dies?



#### Fortbildungen für die Mitarbeitenden zum Thema Gewalt und Grenzverletzungen

Für Ihre Mitarbeitenden werden bundesweit Fortbildungen zum Thema angeboten, die ihnen helfen mit herausfordernden Situationen umzugehen. Angebote finden sich z. B. über die verschiedenen Berufsverbände. Einige Einrichtungen haben auch gute Erfahrungen damit gemacht innerbetriebliche Deeskalationstrainings durchzuführen.

Informationen bietet beispielsweise die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: [www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung\\_und\\_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html](http://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html)









### 4.3.3 Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert\*innen: Der Wunsch nach Thematisieren, Austauschen und Besprechen

**E1:** Weil viele sagen, wir haben dafür ja keine Zeit. Das ist auch richtig, aber was ist denn Pflege? Das ist ja eigentlich Pflege. Also auch den Wert solcher Besprechungen, solcher Supervisionen, wie wir sie aus der Psychiatrie bspw. kennen, dort ist das Gang und Gäbe, dass man miteinander redet über bestimmte Gewalterfahrungen, ob nun in die eine oder andere Richtung. Und wir wissen ja auch, dass schweigen, dass Totschweigen zu noch mehr Gewalt führt, weil man einfach Frustrationen aufbaut.

Aus: Expert\*innenworkshop



In den Ergebnissen der quantitativen Befragung wurden vor allem Gespräche in der Organisation als wahrscheinliche Unterstützungsmaßnahme in schwierigen Situationen benannt. Auch die Fallbesprechung wurde als ein Instrument des Thematisierens und Besprechens aufgeführt, das von ca. 75 % der Einrichtungen durchgeführt wird. Gleichsam wurde deutlich, dass sich die Einrichtungen z. B. ein „Mehr“ an Supervisionen wünschen würden.

Auch in den Gruppendiskussionen mit den Pflegekräften wird deutlich, dass für sie ein Thematisieren, der Austausch und das Besprechen als Unterstützung zentral sind bzw. dass jene, in deren Organisationen dafür Räume geschaffen wurden, dies als äußerst positiv bewerten. Dabei lässt sich noch einmal differenzieren, dass die Pflegekräfte sowohl **anlassbezogen** als auch **ohne Anlass** einen Austausch begrüßen. Im Folgenden sollen in diesen beiden Kontexten sowohl die Wünsche der Pflegekräfte fokussiert werden als auch verschiedene Formate, von denen u. a. die Pflegekräfte berichten, als Good-Practice-Beispiele bzw. als Vorschläge für einen Austausch an- und ausgeführt werden.

#### Anlassbezogenes Thematisieren, Austauschen und Besprechen

**B1:** Ich hatte jetzt einen Fall letzte Woche, ich weiß den Tag nicht mehr. Ich hatte Bewohner aus einem Sessel geholfen und er hat mir mit dem Ellenbogen voll in den Magen geboxt, hat mir eine geklatscht. Und ich habe eigentlich nur gesagt, ich glaube es geht jetzt los, bin der Sache aus dem Weg gegangen, habe den Raum verlassen, andere Bewohner rein genommen und dann halt ins Bett gelegt. Damit er erstmal wieder runterkommt. Aber im Endeffekt war ich die Doofe, für meine Chefin. Weil ich hätte mich respektlos ihm über verhalten. Weil sie hat nur gehört, wie ich gesagt habe, ich glaube es geht jetzt los. Also ich musste mich rechtfertigen, drei Tage lang, warum ich diesen Satz gesagt habe. Ich habe dem ja nicht wehgetan. Aber, aus dem Affekt heraus, man sagt ja manchmal Dinge, die kommen raus und, keine Ahnung, ich war ja selber erschrocken. Also das finde ich dann halt-, man muss auch mal hören, warum man das gesagt hat. [...]

Also ich musste dann drei Tage oder-, ich musste mich rechtfertigen, ich musste immer runter ins Büro. Musste das wieder aufrollen und wieder aufrollen, obwohl wir das schon drei Mal durchgekaut haben. Bis ich gesagt habe, aber guck doch mal, warum er neuerdings so aggressiv ist, wir müssen mal eine Fallbesprechung daraus machen. Und gucken, wie verhalten sich die anderen darüber. Ich weiß nicht, ob andere aus dem Raum gehen. Oder keine Ahnung. Das ist auch immer so eine Situation. Ich meine, man steht da, kriegt eine geballert, volles Brett. Ich meine das tut ja auch weh irgendwo. Manche alten Leute haben echt noch Kraft.

I: Also es liegt dann an Ihnen persönlich, mit dieser Situation umzugehen, so.



**B 1:** Ja. Ich bin einfach rausgegangen. Weil ich wusste, wenn ich jetzt hier drinnen bleibe-. Es würde ja nicht gut, für den Bewohner auch nicht, er würde sich immer mehr reinsteigern. Irrendwer muss ihn ja runterholen. Und man lernt ja, man soll der Situation erstmal aus dem Weg gehen. Das lernt man ja auch. Aber ich finde es halt unfair, dass man sich halt tagelang rechtfertigen muss, wenn die Sache schon gegessen ist.

Aus: Gruppendiskussion 2 mit Pflegekräften

In diesem bereits in Kapitel 2 erwähnten Ausschnitt aus einer Gruppendiskussion berichtet eine Pflegekraft von ihren Gewalterfahrungen in einer konkreten Situation. Dabei geht es um Gewalterfahrungen, die sowohl sie als auch der Bewohner in der Situation erlebt haben:

Zunächst einmal zeigt sich in den Beschreibungen der Pflegekraft insgesamt, dass in der Organisation keine transparenten Verfahren existieren, wie mit derartigen Situationen umgegangen werden sollte – *„es liegt erst einmal an ihr persönlich, mit dieser Situation umzugehen.“*

Gleichsam kritisiert sie hier den organisationalen Umgang mit dem Vorkommnis: Sie beschreibt hier, dass zwar der Raum für eine Thematisierung erst einmal aufgemacht wird, dieser Raum jedoch von der Chefin definiert wird: *„musste immer runter ins Büro. Musste das wieder aufrollen und wieder aufrollen.“*

Sie empfindet diese Thematisierung als nicht lösungsorientiert, weiterführend oder gar nachhaltig, da es in ihrem Empfinden nur um eine Rechtfertigung und einseitige Schuldzuweisung geht (*„Aber im Endeffekt war ich die Doofe, für meine Chefin“*).

Statt eines solchen Umgangs mit der Situation, wünscht sich die Pflegekraft hier einen Raum der Thematisierung, des Austauschs und des Besprechens, der jedoch einen Erkenntnismehrwert hat und zwar zum einen in dem Sinne, dass gemeinsam nicht nur besprochen wird, wie die konkrete Situation zu Stande kann, sondern ebenso was auch „dahinter liegt“ und was perspektivisch zu einer Lösung beitragen könnte und zum anderen, indem sie sich einen Austausch darüber wünscht, wie ihre Kolleg\*innen mit der Situation umgehen: *„und gucken, wie verhalten sich die anderen darüber. Ich weiß nicht, ob andere aus dem Raum gehen.“* Die Pflegekraft schlägt hier das Format der Fallbesprechung vor.

In derselben Gruppendiskussion beschreibt eine andere Pflegekraft, wie in ihrer Organisation mit Gewalterfahrungen und schwierigen Situationen umgegangen wird und wie sie als Pflegekräfte Unterstützung erfahren. Die Verfahren scheinen hier eindeutig und damit transparent abgeklärt – ein **Good Practice Beispiel:**



**B 3:** Also, wir besprechen das dann wie gesagt bei den Dienstübergaben. Und da unsere Wohnbereichsleitung eigentlich täglich da ist, wird es direkt an meinen direkten Vorgesetzten, nämlich die Wohnbereichsleitung, in dem Fall, er ist involviert und eigentlich auch über alles stetig auf dem Laufenden. Er arbeitet, ich weiß nicht wie es bei manch anderen ist, bei uns hat der Wohnbereichsleiter keine Sonderstellung. Also der arbeitet genauso mit wie ich. Erlebt diese Situation ja ebenfalls. Und, wenn wir halt merken, das ist jetzt nicht nur bei mir so, sondern auch bei zwei anderen, dann besprechen wir das eben dann im Rahmen dessen, wie wir mit der Situation umgehen. Und eigentlich werden auch zeitnah, spätestens nach dem zweiten Vorkommen die Angehörigen, und wer halt noch involviert werden muss, angesprochen. Also so, gerade was Aggression, verbal oder körperlich anbelangt, sind wir wirklich sehr-, erstmal auf unser eigenes Wohl bedacht. Dass uns nichts, als Pflegekräfte nichts passiert. Dass wir alle da relativ mit einem guten Gefühl nach Hause gehen. Was jetzt die verbale Aggression gegenüber einem Bewohner anbelangt, man vergreift sich halt in einer Akutsituation mal im Ton. Ich den-







ke mir aus dem Affekt heraus passiert das jedem irgendwann mal. Also wenn ich geboxt werde oder mir irgendwie einer aus Versehen eine schallert-. Klar reagiere ich im Moment erstmal ein bisschen über. Und sage dann auch mal: „Sag mal gehts noch?“ oder „Was soll das jetzt hier?“ oder-. Und dann wird die Situation eigentlich auch zügig und sofort besprochen. Also, klar. Ich beende dann meine Pflege, wenn jetzt die Situation es erlaubt. Wenn ich jetzt weiß, okay, der ist dement, der hat jetzt gerade gedacht ich will ihm sein Portemonnaie wegnehmen oder was weiß ich nicht was und er hat halt ausgeschlagen-. Dann sage ich: „Gut, okay. Warte mal einen Moment.“ Hole meinen Kollegen dazu, der macht die Pflege zu Ende. Und dann wird das zwischen uns beiden besprochen und dann wird eigentlich auch ziemlich zeitnah, wenn noch möglich, wenn noch kognitiv möglich, mit dem Bewohner gesprochen. Und dann höre ich zu, was war gerade los. Und spätestens, wenn dann die nächste Mahlzeit ist, setzt man sich dazu, kommt ins Gespräch, redet nochmal darüber und versucht das dann gleich aufzuarbeiten. Aber das ist so, dass wir das unter uns machen. Aus: Gruppendiskussion 2 mit Pflegekräften

Die Pflegekraft beschreibt hier, wie bei einem Vorkommnis verfahren wird:

### Verfahren für die unmittelbare Situation



Ich beende dann meine Pflege, wenn jetzt die Situation es erlaubt. [...] Hole meinen Kollegen dazu, der macht die Pflege zu Ende. Und dann wird das zwischen uns beiden besprochen.

### Besprechen mit dem/der Bewohner\*in



Und dann wird die Situation eigentlich auch zügig und sofort besprochen. [...] und dann wird eigentlich auch ziemlich zeitnah, wenn noch möglich, wenn noch kognitiv möglich, mit dem Bewohner gesprochen. Und dann höre ich zu, was war gerade los. Und spätestens, wenn dann die nächste Mahlzeit ist, setzt man sich dazu, kommt ins Gespräch, redet nochmal darüber und versucht das dann gleich aufzuarbeiten.

### Besprechen im Team und mit dem/der Vorgesetzten



Also, wir besprechen das dann wie gesagt bei den Dienstübergaben. [...] Und da unsere Wohnbereichsleitung eigentlich täglich da ist, wird es direkt an meinen direkten Vorgesetzten, nämlich die Wohnbereichsleitung, in dem Fall, er ist involviert und eigentlich auch über alles stetig auf dem Laufenden. [...] Erlebt diese Situation ja ebenfalls. Und, wenn wir halt merken, das ist jetzt nicht nur bei mir so, sondern auch bei zwei anderen, dann besprechen wir das eben dann im Rahmen dessen, wie wir mit der Situation umgehen.

## Besprechen mit Angehörigen

Und eigentlich werden auch zeitnah, spätestens nach dem zweiten Vorkommen die Angehörigen, und wer halt noch involviert werden muss, angesprochen.



## Nicht-Anlassbezogenes Thematisieren, Austauschen und Besprechen

In den Gruppendiskussionen und in dem Expert\*innenworkshop wurde immer wieder die Notwendigkeit und auch der Wunsch formuliert, nicht nur anlassbezogen, also, wenn es einen Vorfall gab, miteinander in Austausch über Themen wie Grenzverletzungen, Aggressionen oder Gewalt zu gehen. Stattdessen soll die Thematisierung und der Austausch insofern institutionalisiert werden, als dass regelmäßig über diese Themen, auch wenn nichts vorgefallen ist, gesprochen wird. Dazu die Stimmen der Pflegekräfte und einer Expertin:

**E 1:** Es wird nur anlassbezogen gesprochen über das Thema. Wir haben gesagt, die PDL hat die Aufgabe, alle zwei Monate oder sagen wir mal alle drei Monate, zu fragen, wie geht es Ihnen, gibt es bestimmt Bewohner, über die Sie sich besonders ärgern oder gibt es Zimmer, in die Sie nicht gerne als gehen, also niedrigschwellig im Team immer wieder und auch mal sagen, heute reden wir mal über Wut und Groll, also Sie muss das Thema im Grunde alle zwei Monate reinbringen, das ist ein wichtiger Punkt bei einem Schutzkonzept, [...] und damit verliert es auch die Angst, finde ich, die Angst wird damit auch gemindert, sich dem Thema zuzuwenden.

Aus: Expert\*innenworkshop

**B 2:** Ja, dass man sich vielleicht einmal im Monat oder einmal im Vierteljahr oder so, einfach mal zusammensetzt und über diese Aggressivität oder Stress auch, was es ja auslöst, mal gemeinsam spricht. Wie es denn die anderen empfinden. Vielleicht liegt es ja auch an einem persönlich. Das weiß man ja nie.“

Aus: Gruppendiskussion 2  
mit Pflegekräften

**B 3:** Bei uns gibt es das. Jeden zweiten Dienstag setzen wir uns zusammen, reden, [...], reden dann über die Patienten. Was es Neues gibt, damit jeder auf dem neusten Stand ist. [...]. Also, wenn jetzt sowas vorgefallen ist, dann reden wir darüber, um zu gucken, ob es wirklich an einem persönlich liegt oder ob der Mensch sich gerade einfach nur so verändert.

Aus: Gruppendiskussion 2  
mit Pflegekräften

**B 7:** Das mit der Supervision wäre toll [...].

Aus: Gruppendiskussion 2  
mit Pflegekräften



## Weiterführende Tipps und Anregungen

Für eine konstruktive Thematisierung, den Austausch und das Besprechen von Gewalt und Grenzverletzungen ist es hilfreich, dies in methodisch angeleiteter Form zu tun. Sowohl in den Gruppendiskussionen als auch in dem Expert\*innenworkshop wurde dabei auf verschiedene Formate für verschiedene Kontexte – ob als Wunsch oder als Good-Practice – hingewiesen.

### Fallbesprechung

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten sowie das Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke haben das Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrative Ansatz entwickelt.

„Die Fallbesprechung ist eine Methode, mit der sich Mitarbeiter eines Teams systematisch und zielorientiert über eine Problemsituation bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten fachlich austauschen. Charakteristisch für die narrative Fallbesprechung ist, dass die themenzentrierte und lösungsorientierte Reflektion in einem „Prozess des freien Erzählens“ erfolgt. Eine inhaltliche Struktur wird nicht vorgegeben. Der Reflexionsprozess orientiert sich jedoch an einer festgelegten Ablauf- und Rollenstruktur“ (Buscher u. a. 2012: 6).

Zum Vertiefen: [www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012\\_WELCOME-NEO.pdf](http://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012_WELCOME-NEO.pdf)

### Supervision

Supervision ist ein lateinischer Begriff und bedeutet so viel wie „über“ und „beobachten/sehen“. Gemeint ist damit das Einnehmen einer hilfreichen Vogelperspektive. Supervision stellt dabei eine Form der Beratung für Einzelpersonen, Teams oder Gruppen dar. In dieser Form der Beratung wird die Kommunikation gefördert sowie essentielle berufliche Inhalte thematisiert. Zu den primären Zielen einer Supervision gehören:

- Die eigene Reflexion des Arbeitsalltages
- Die Erweiterung der beruflichen Kompetenzen
- Eine verbessertes Arbeitsklima
- Eine Förderung der Teamentwicklung
- Konfliktlösungen
- Mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- Optimierung der Arbeitsergebnisse
- Anregungen für neue Lernprozesse
- Allgemeine Qualitätssicherung

Zum Vertiefen: [www.dgsv.de/](http://www.dgsv.de/).





**S 1:** In den normalen Bereichen war ich alle sechs Wochen einmal für eineinhalb Stunden in der Mittagszeit. Dort waren möglichst viele Mitarbeiter\*innen. Dann durfte jeder sich kurz äußern. Das war dann eine Befindlichkeitsrunde und die Frage, was für Anliegen da sind. Und dann haben wir in der Regel zwei oder drei Bewohner, Bewohnerinnen durchgesprochen, wo entweder die Mitarbeiter eben die Herausforderungen erlebten. Oder ich habe das versucht, auf diesen Perspektivwechsel zu bringen, wo sie, indem ich gefragt habe, welcher der Bewohner, der Bewohnerin, wem würde es denn guttun, wenn wir mal darüber sprechen? Und dann kamen natürlich meistens die mit herausforderndem Verhalten. Und dadurch war dann eben auch immer wieder die Möglichkeit, genau so etwas anzusprechen. Und unter den Pflegekräften haben wir das natürlich häufiger getan. Und es gibt auch viele Pflegehilfskräfte, die so was erleben und dann nicht wissen, damit umzugehen oder mehrere Pflegekräfte.

Aus: Interview mit Supervisorin

## Marte Meo

„Marte Meo ist eine Entwicklungs- und Kommunikationsmethode, die Beratung und Unterstützung in unterschiedlichsten Kontexten ermöglicht. Im Zentrum steht die Nutzung des Mediums Video, mit dessen Hilfe Ratsuchende eine besondere ‚Einsicht‘ in die eigene Lebenssituation und die darin enthaltenen Stärken erhalten. Der Begriff ‚Marte Meo‘ wurde der römischen Mythologie entliehen und bedeutet sinngemäß ‚aus eigener Kraft‘“

([http://peter-buender.de/pageID\\_5870683.html](http://peter-buender.de/pageID_5870683.html)).

Zum Vertiefen: <http://peter-buender.de/index.html>

## Kollegiale Beratung

„Der kollegialen Beratung liegt die einfache Idee zugrunde, dass Menschen aus ähnlichen Arbeitsfeldern einander qualifiziert bei beruflichen Problemen beraten können. Sie folgen dabei einer bestimmten Struktur, und die Beratung findet in Gruppen von Gleichen statt. Die kollegiale Beratung ist ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe, in dem ein Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem feststehenden Ablauf mit verteilten Rollen beraten wird mit dem Ziel, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln.“

(Tietze 2018: 11).

## Ablauf

Phase	Leitfrage und Erläuterung
<b>1 Casting</b>	Welche Fälle sind da? Wer übernimmt welche Rolle?  <i>Rollen: Moderator*in, Fall Erzähler*in, kollegiale/n Berater*in; opt.: Sekretär*in und Prozessbeobachter*in</i>
<b>2 Spontanerzählung</b>	Worum geht es? Wie stellt sich die Situation für den/die Fall erzähler*in dar?  <i>Knappe Darstellung des Problems, der Zusammenhänge</i>

Phase	Leitfrage und Erläuterung
3 <b>Schlüsselfrage</b>	Welchen Klärungswunsch hat der/die Fallerzähler*in in Bezug auf seine Situation?
4 <b>Methodenwahl</b>	Welche Beratungsmethode wählen wir aus?
5 <b>Beratung</b>	Was geben wir dem/der Fallerzähler*in in Bezug auf seine Schlüsselfrage mit?  <i>Der/die Fallerzähler*in hört in dieser Phase nur zu und lässt die Ideen auf sich wirken.</i>
6 <b>Abschluss</b>	Was nimmt der/die Fallerzähler*in aus der kollegialen Beratung mit?  <i>Der/die Fallerzähler*in gibt den Berater*innen eine Rückmeldung, welche ihrer Anregungen ihm/ihr hilfreich erscheinen.</i>

Zum Vertiefen: Tietze, Kim-Oliver (2018): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

#### 4.3.4 Stimmen der Expert\*innen: Grenzen und Handlungsmöglichkeiten definieren



**E 2:** [...] da müssen wir ganz dringend ran, um die da erstmal in dieses Wissen erstmal auch zu transportieren und diese Unsicherheiten, was darf ich eigentlich und muss ich das ertragen.

Aus: Expert\*innenworkshop

**E 1:** Weil das gibt denen unheimliche Hilfe. Die können mit Situationen erstmal einfach besser umgehen. Und wissen, dass sie den Raum verlassen dürfen.

Aus: Expert\*innenworkshop

In dem Expert\*innenworkshop wurde deutlich, dass Pflegekräfte, wenn sie selbst grenzverletzendes Verhalten erleben, häufig zum einen eine Handlungsunsicherheit verspüren, was sie in dieser Situation tun „dürfen“, um sie zu bearbeiten und zum anderen wenig eigene Grenzen zu definieren wissen bzw. diese wenig kommunizieren. Dazu die Expert\*innen:



**E 1:** DA werden bei uns alle Mitarbeiter\*innen geschult. ALLE [...] Die können mit Situationen erstmal einfach besser umgehen. Und wissen, dass sie den Raum verlassen dürfen. [...]

**E 2:** [...] da müssen wir ganz dringen ran, um die da erstmal in dieses Wissen erstmal auch zu transportieren und diese Unsicherheiten, was darf ich eigentlich und muss ich das ertragen. Ich erlebe das gerade bei Auszubildenden, die kommen sehr, sehr früh in Kontakt mit Gewalt. Wenn Sie Auszubildene fragen, schon im ersten Ausbildungsjahr, im ersten Praxiseinsatz, sind die mit Gewalt konfrontiert, egal in welchem Setting. Und dass die das erstmal als Normalität,







wir nennen das auch so ein Hinnehmen, also die lernen relativ früh, solche Situationen auch hinzunehmen und nicht darüber zu sprechen, weil sie auch nicht erleben, dass darüber gesprochen wird.

**E 3:** Der zweite Punkt ist, finde ich auch, in der Krankenpflege wird so ein bisschen diese Haltung, wenn es zu Übergriffen kommt, und das ändert sich gerade nur ganz ganz langsam, dass körperliche und verbale Übergriffe gehören zum Alltag dazu. Es wird dann häufig argumentiert, mit dem Krankheitsbild, ein Demenzerkrankter kann das nicht besser, der weiß das nicht anders, deswegen muss man sich anfassen, angrapschen und vielleicht auch verbal attackieren lassen bis hin zu sexuellen Übergriffen, und stimmt, es sind häufig gerade auch die jungen Frauen sehr damit konfrontiert. [...] Und ich finde immer [...]: egal, welches Krankheitsbild vorliegt, der Abstand muss gewahrt bleiben, und jede Pflegekraft hat ihr eigenes Empfinden, wo ihre Grenze liegt. Und die ist einzuhalten. Und man kann auch einem Demenzerkrankten mit einem lauten klaren Ton zurückweisen, das gibt es hier nicht, hören sie auf. Hände weg. Das muss erlaubt sein, das wünschen wir uns sogar, weil viele meinen, das geht doch nicht.

Aus: Expert\*innenworkshop



## Übungen

Um die Pflegekräfte in diesem Kontext zu unterstützen, sollen zwei Maßnahmen bzw. Übungen vorgeschlagen werden, die in einer Einrichtung gemeinsam durchzuführen sind:

### Übung 1

Versetzen Sie sich gemeinsam in verschiedene Situationen, in denen Sie grenzverletzendes oder gewaltförmiges Verhalten Ihnen selbst gegenüber erlebt haben. Definieren Sie gemeinsam Handlungsmöglichkeiten, die sowohl Sie selbst als auch den Pflegebedürftigen in der unmittelbaren Situation schützen und die von allen Akteur\*innen akzeptiert werden. Erstellen Sie dazu einen Flyer oder eine kleine Karte, um dies allen Akteur\*innen transparent und niedrigschwellig zugänglich machen zu können!

### Beispiel




#### Bei grenzverletzendem Verhalten:

- Wenn möglich, beende die Pflege für den Moment!
- Wenn möglich, verlasse den Raum!
- Ziehe eine/n Kolleg\*in hinzu: Lebe das Vier-Augen Prinzip!
- Lass eine/n Kolleg\*in die Pflege beenden!

## Übung 2

In Kapitel 3 haben Sie bereits die Ampelmethode kennengelernt. Während in Kapitel 3 vor allem Situationen besprochen wurden, die sich auf Grenzverletzungen gegenüber den Adressat\*innen (den zu Pflegenden) beziehen, lässt sich eine solche Ampel auch in Bezug auf Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeiter\*innen erstellen. So können nicht nur in Bezug auf die Adressat\*innen, sondern ebenso in Bezug auf die unterschiedlichen Mitarbeiter\*innengruppen Verhaltensweisen formuliert werden, die den gewünschten Umgang miteinander in der Organisation für alle Akteur\*innen (für Bewohner\*innen, Angehörige, Betreuer\*innen, Besucher\*innen, Mitarbeitende, etc. ) deutlich und transparent machen.

- Beschreiben Sie gemeinsam in Ihrer Organisation, welche grenzverletzenden Verhaltensweisen sie selbst erlebt oder beobachtet haben.
- Tragen Sie darüber hinaus auch grenzverletzendes Verhalten Ihnen gegenüber zusammen, das für Sie vorstellbar wäre.
- Erstellen Sie dazu ein Ampel-Poster und machen dieses in Ihrer Organisation transparent! (in Anlehnung an Oppermann/Schröder 2018):

-  **„No-Gos“ Verhalten, das für alle nicht respektabel und nicht erwünscht ist.**  
Grenzverletzungen/Gewalt in Form von sexualisiertem Verhalten  
Grenzverletzungen/Gewalt in Form von rassistischen Äußerungen gegenüber Mitarbeiter\*innen
-  **„Dont’s“ Verhalten, das der Erklärung und akuten Aushandlung bedarf, weil es nicht eindeutig festgelegt werden kann.**  
Vorwurf der Pflegekraft gegenüber, persönliche Gegenstände der zu pflegenden Person weggenommen zu haben
-  **„Gos“ Verhalten, das von allen gewünscht wird und das für niemand eine Grenzverletzung beinhaltet.**  
Sich Siezen und Duzen nach gemeinsamer Absprache



## 5 Intervention

In den Auseinandersetzungen um organisationale Schutzkonzepte stellt der „**Baustein Intervention**“ einen notwendigen Aufgabenbereich in Schutzprozessen dar. Als Ausgangspunkt gilt dabei die Annahme, dass – auch wenn umfangreiche Präventionsprozesse existieren – ein hundertprozentiger Schutz in Organisation nicht besteht. Unabhängig von den Präventionsprozessen wird es in der Debatte als unabdingbar angesehen, sich mit Fragen der Intervention zu beschäftigen, also damit, was im Falle eines Verdachts oder einer Vermutung auf Gewalt und Grenzverletzungen zu tun ist. Als wesentlich wird dabei erachtet, dass ein **Interventionsplan** besteht, bevor es zu einer Krise in einer Organisation kommt, da im Falle einer Krise/Ausnahmesituation häufig große Unsicherheit herrscht.

Ein Interventionsplan, im Sinne eines konkreten Handlungsplans soll zur Handlungssicherheit in einer Krise beitragen (vgl. Winter/Wolff 2018).

### 5.1 Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Stimmen der Expert\*innen: Intransparenz und Unsicherheiten in Organisationen

Sowohl in den Gruppendiskussionen als auch in den Expert\*innengesprächen wurde immer wieder deutlich, dass in den Organisationen und vor allem bei den Mitarbeiter\*innen große Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit sowie eine allgemeine Intransparenz vorherrscht, was im Falle eines Vorkommnisses, möglicherweise auch einer schwerwiegenden Krise – wenn bspw. ein Verdacht auf Gewalt vorliegt – zu tun ist. Diese Unsicherheiten lassen sich auf verschiedenen Ebenen aufzeigen:

#### Einschätzung der Situation



**E 1:** Wir merken, dass da ein Ventil irgendwie gebraucht wird. Und die gehen halt seltener an ihre Leitungskräfte, trauen sich vielleicht nicht so richtig, dann ist dieses Gefühl ja häufig so richtig [...] so dieses Gefühl: ist das eigentlich normal? Wann fängt Gewalt eigentlich an? Wenn ich fürsorgliche Gewalt mache. Da ist so viel Unwissen einfach auch da. Darf ich einen Kollegen eigentlich daraufhin ansprechen? Bin ich dann der Böse? Also, das merken wir einfach und da brauchen die erstmal eine Anlaufstelle. Aus: Expert\*innenworkshop

In dem Ausschnitt wird deutlich, dass in vielen Organisationen keine Transparenz und keine Orientierungen vorhanden sind, wie mögliche Grenzkonstellationen überhaupt einzuschätzen sind. In der Konsequenz zeigen sich hier große Unsicherheiten bei den Mitarbeitenden, die sich eben darauf beziehen, wann eine Situation überhaupt als eine Grenzverletzung oder als Gewalt zu interpretieren ist, was als normal resp. als nicht normal zu bewerten ist und wie damit sodann umzugehen ist. Gleichsam wird deutlich, dass in den



Organisationen häufig keine Räume vorhanden zu sein scheinen, derartige Fragen und Gefühle, dass möglicherweise etwas nicht stimmt, thematisieren zu können – diese Fragen jedoch derart viel Druck erzeugen und drängend für viele der Mitarbeitenden sind.

### Thematisierungen und Meldung der Situation

**E 2:** Und dann gab es einen Baustein, den will ich kurz noch einmal erwähnen, der ist mir der Wichtigste, wir haben ein Modul gemacht, wo wir gefragt haben, was hindert sie daran, kritische Ereignisse und Vorkommnisse selbst zu melden, was denken Sie, was ihr Team hindert, und was trägt der Träger dazu bei, oder ihre Strukturen im Haus, dass Sie etwas nicht melden. Und das war wirklich sehr, sehr beeindruckend, wir haben auf jeden Zettel, jeden Begriff extra schreiben lassen, so dass wir die Quantität auch nochmal erkennen konnten, und in der Mehrzahl kam immer die Dinge, ich habe Angst vor Ausgrenzung, ich befürchte, ich darf das jetzt mal so drastisch ausdrücken, ich bin das Kameradenschwein, ich habe Angst, dass ich einen Fehler mache, ich habe Angst, dass es Folgen hat, wenn ich melde, ich befürchte, dass ich auch einmal einen schlechten Tag habe, und möchte dann auch nicht gleich bei der PDL angezeigt werden. Es bedeutet Ausgrenzung, ich werde gemobbt, die Stimmung im Team verändert sich... Also es war eine Flut von Ängsten, die benannt wurden, was einen persönlich betrifft, interessant auch das Team, den Kolleg\*innen geht's ähnlich, das war deckungsgleich. [...] Es gehört ungeheuer viel Zivilcourage dazu und ich habe nochmal auch gelernt, und vielleicht muss man das auch nochmal bei so einem Schutzkonzept, vielleicht gibt es so eine Stelle, wo man diese Teile auch noch einmal erwähnen kann, es braucht unheimlich viel Mut, eine Meldung zu machen. Und das Problem ist, die sind in so einem Dilemma. Auf der einen Seite haben sie den Auftrag und bestimmt auch den Wunsch, die alten Menschen zu schützen und sie gut zu begleiten, und auf der anderen Seite steht die eigene Angst oder Ängstlichkeit einen dauerhaften Konflikt zu erleben, der sie vielleicht beruflich und emotional aus der Bahn wirft. [...]

Aus: Expert\*innenworkshop



Während an früherer Stelle thematisiert wurde, dass in Organisationen keine Transparenz und keine Orientierungen vorhanden sind, wie mögliche Grenzkonstellationen überhaupt einzuschätzen sind und daraus große Unsicherheiten resultieren, zeigt sich an dieser Sequenz aus dem Gespräch mit den Expert\*innen, dass ebenso große Unsicherheiten bestehen, wie *kritische Ereignisse und Vorkommnisse* überhaupt in einer Organisation thematisiert und gemeldet werden können und dürfen. Organisationen werden hier in diesem Kontext als Angsträume beschrieben: *Angst vor Ausgrenzung, Angst davor Fehler zu machen, Angst vor Folgen, Angst vor Mobbing, Angst vor einem dauerhaften Konflikt, Angst vor Kündigungen, Angst vor schuldig sein* – Also es war eine *Flut von Ängsten*. Diese Ängste verweisen darauf, dass in den Organisationen eine angsterzeugende Fehlerkultur herrscht. Diese bezieht sich zum einen darauf, dass mit kritischen Ereignissen, Vorkommnissen und Fehlern nicht offen und transparent umgegangen werden kann und darf und zum anderen, dass nicht transparent in den Organisationen zu sein scheint, wie in der Organisation damit verfahren wird, wenn ein Verdachtsfall oder ein Vorkommnis gemeldet wird. Letztlich führt dies zu einer weiteren Tabuisierung und Dethematisierung.



### Fragen zur Reflexion

- Können Sie die beschriebenen Ängste nachvollziehen?
- Haben Sie ähnliche Ängste, wenn Sie daran denken, kritische Ereignisse und Vorkommnisse zu melden?
  - Wenn ja: Wie könnten diese Ängste vermieden werden?
  - Wenn nein: Können Sie beschreiben, warum Sie diese Ängste nicht verspüren?
- Können Sie im Team Fehler offen ansprechen?
- Können Sie mit Ihrem/Ihrer Vorgesetzten offen über Probleme reden?
- Wird in Ihrer Organisation allzu leicht mit individuellen Schuldzuweisungen operiert, ohne auch Kontextbedingungen zu sehen?

### Klärung der Situation



**S1:** Ich kenne tatsächlich auch kein Verfahren. Ich kenne das Verfahren der Abmahnung, das ich dann aber schon zu schwach finde. Weil es eben in der Regel ja nicht klar nachweisbar ist. [...] Wenn ich mitbekomme, dass Bewohner\*innen eben immer wieder blaue Flecken haben nach dem Nachtdienst. Die Mitarbeiter\*innen neigen dazu: „Ach, nun ja, und man könnte.“ Dann stelle ich ihnen einfach Fragen, ich führe sie mit Fragen da durch. „Was ist passiert, was, wann war das?“ Und dann wird halt recherchiert. Und dann wird es der Pflegedienstleitung gemeldet. Und die wendet sich begründet, macht eine Abmahnung und kündigt. Das ist da relativ konsequent. Anzeigen habe ich bis jetzt noch nicht erlebt. Aus: Interview Supervisorin

Dieses Zitat aus einem Interview mit einer Supervisorin steht exemplarisch für den häufigen Umgang mit kritischen Ereignissen, Vorkommnissen und Krisen in der stationären Altenpflege, wie uns berichtet wurde. In dieser Interviewsequenz lässt sich ferner aufzeigen, dass häufig Organisationen auch über **keine transparenten Verfahren** verfügen, wie mit einem **Vorkommnis** oder einem **Verdacht umgegangen** wird, wenn er bereits thematisiert bzw. gemeldet wurde.

Zunächst einmal ist zu konstatieren, dass der Supervisorin kein Verfahren im Fall einer Krise bekannt ist. Kommt es zu einer Krise (einem Verdacht) – „*dass Bewohner\*innen eben immer wieder blaue Flecken haben nach dem Nachtdienst*“ – wird die Orientierungslosigkeit und Unsicherheit in der Organisation offenbar. Dies äußert sich zum einen in der beschriebenen Reaktion der Mitarbeiter\*innen: „*Ach, nun ja, und man könnte.*“ Zum anderen werden hier keine organisationalen Verfahren und Maßnahmen benannt, was nun zu tun ist – vielmehr liegt es an der Supervisorin, als Externe, die Situation zu bearbeiten. Diese Bearbeitung beläuft sich auf die *Recherche und Meldung an die Pflegedienstleitung*. Die „Lösung“ letzten Endes: *Abmahnung und Kündigung*. Intransparent, ungeklärt und unbearbeitet bleiben hingegen Aspekte, wie:

- Was wird recherchiert?
- Wie wird recherchiert? Wie werden die Pflegebedürftigen einbezogen? Wie werden Mitarbeiter\*innengespräche in diesem Fall geführt?
- Wie wird dokumentiert?
- Wie wird bewertet, was vorgefallen ist?

- Wie wird der Schutz der Pflegebedürftigen sichergestellt?
- Wie wird die Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeiter\*innen eingelöst?
- Wer muss wann in Kenntnis gesetzt werden?
- Wer hat welche Verantwortlichkeiten in der Klärung der Situation?
- Welches Datenschutzkonzept greift hier?

Letztlich wird auch gerade von Expert\*innen die **Praxis der Kündigung** kritisiert:

**E 1:** Ich wollte nochmal was sagen zu diesem Thema Kündigungen. Ich glaube, wir lösen damit ja nicht das Problem. Das ist genau der Ansatz ja, den diese Schutzkonzepte verfolgen, wirklich da noch einmal tiefer zu gucken, warum passiert das eigentlich. [...] Das andere ist, was bei uns z. B. viel rangetragen ist, ist, womit wir uns auch auseinandersetzen müssen, ist, selbst wenn wir dieser Person kündigen, Leitung, die da sehr sensibel sind, die sagen, wir gehen dann weiter, also die finden dann ja auch überall wieder einen Job, sage ich mal und sowohl der Person ist damit nicht geholfen, weil sie das nicht aufarbeitet, die ist dann entlassen, wir lösen dann weiterhin die Angst anderer Mitarbeiter\*innen aus, die dann sagen, naja wenn ich jetzt was mache, werde ich dann auch gekündigt, weil ich es vielleicht beobachtet habe, weil ich mich selbst schuldig gemacht habe, wir haben ja viel auch Beobachtersituationen, wenn Gewalttaten erlebt werden. [...] Es muss die letzte Lösung sein [...] aber wir müssen vom Berufsverständnis erst einmal dafür sorgen, dass die Menschen das melden, dass wir da ein Bewusstsein, eine Sensibilität, dass wir das untereinander besprechen können und dürfen ohne erst einmal Angst zu haben, gekündigt zu werden.

Aus: Expert\*inneninterview



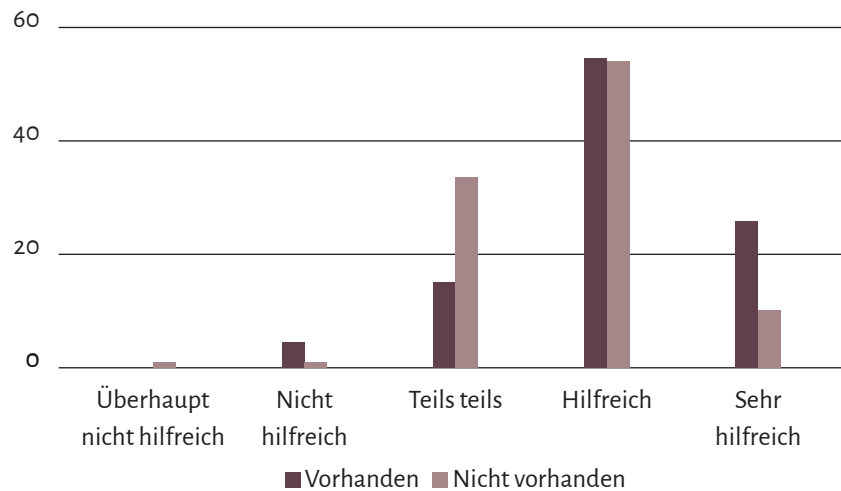
## 5.2 Intervention als Orientierungsrahmen

Angesichts der aufgezeigten Intransparenzen und Unsicherheiten sowie anzunehmenden unkoordinierten Vorgehensweisen im Falle eines kritischen Vorkommnisses, lässt sich der Baustein „Intervention“ als notwendigen Aufgabenbereich im Sinne eines Schutzkonzeptes unterstreichen.

### 5.2.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung: Interventionsverfahren

Die Bedeutung eines Interventionsverfahrens bzw. der Wunsch danach, über einen solchen zu verfügen, lässt sich auch an den Ergebnissen der Online-Befragung verdeutlichen. Im Fragebogen wurde zunächst danach gefragt, ob die Einrichtungen über einen solchen Interventionsplan verfügen. Dies gaben 38,6% der Einrichtungen an. Unter diesen 38,6% gaben zudem 54,5% an, dass sie diesen Interventionsplan zur Organisation des Schutzes der Bewohner\*innen als hilfreich bzw. 25,7% als sehr hilfreich beurteilen (15,1% teils teils). Jene Einrichtungen, die nicht über einen solchen Interventionsplan verfügen, wurden ebenfalls gefragt, für wie hilfreich sie einen solchen beurteilen. Es zeigt sich: 10,2% schätzen einen solchen Plan als sehr hilfreich ein; 54,8% als hilfreich und 33,6% sagen teils teils.

Abbildung 6: Bewertung eines Interventionsverfahrens (in Prozent)



### Partizipative Erstellung eines Interventionsplans

Auch für die Intervention gilt es unter Beteiligung der relevanten Personengruppen eine einrichtungsspezifische Rahmung zu erarbeiten. Dies ist vor allem für die Leitungs- und Mitarbeiter\*innenebene wichtig, da eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit eines Interventionsplans ist, dass alle Mitarbeiter\*innen mit den dort festgelegten Verfahren, Wegen und Aufgaben sowie den jeweiligen Ansprechpartner\*innen vertraut sind.

Über eine **gemeinsame** Erarbeitung ist dies am besten gewährleistet.

### 5.2.2 Mögliche Bausteine eines Interventionsverfahrens

Die Intervention ist als ein unabhängiger Aufgabenbereich in Schutzprozessen zu betrachten. Intervention darf nicht in Abhängigkeit zur Präventionsarbeit stehen, sondern muss eigenständig konzipiert und betrachtet werden. Nichtsdestotrotz hat die Intervention auch einen präventiven Charakter, da sie Pflegebedürftigen und Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit verleiht, dass eine Organisation vorbereitet ist. Ebenso gibt es den Mitarbeiter\*innen Handlungssicherheit, sich bei einem Vorkommnis oder einem Krisenfall an bestimmte Handlungsprämissen halten zu können. Insgesamt ist ein vorhandener Interventionsplan ein deutliches Zeichen, dass eine Organisation wachsam und gerüstet ist.

Ein Interventionsverfahren oder -plan muss dabei auf der einen Seite natürlich eine gewisse Konkretheit aufweisen, auf der anderen Seite ist zu beachten, dass er eine Art Orientierungsrahmen bilden soll, da jedes Vorkommnis, jeder Fall natürlich bestimmte Dynamiken und spezifische Bedingungen aufweist, Maßnahmen daher angepasst werden müssen und je nach Konstellation der ein oder anderen Maßnahme mehr Gewicht verliehen werden muss.

Während z. B. für Organisationen, in denen Kinder- und Jugendliche betreut werden oder leben ausgearbeitete Interventionsverfahren vorliegen – die mitunter auf rechtlichen Rahmungen basieren – sind derartige Verfahren für Organisationen der Altenpflege weniger ausgearbeitet und transparent.







Im Folgenden sollen einige Punkte besprochen werden, die bei der Konzeption eines Interventionsplans bzw. im Umgang mit einem kritischen Ereignis bedacht werden sollten. Diese sind als Hinweise zu verstehen, die noch weiter an die Gegebenheiten der jeweiligen Organisationen angepasst werden müssen. Die folgenden Hinweise speisen sich dabei daraus, auf die oben besprochenen Herausforderungen und Wünsche zu reagieren, die Expert\*innenstimmen aufzunehmen und auch Hinweise aus anderen Feldern (wie der Kinder- und Jugendhilfe) aufzunehmen.

### **Einschätzung der Situation**

Oben wurde formuliert, dass in vielen Organisationen keine Transparenz und keine Orientierungen vorhanden sind, wie mögliche Grenzkonstellationen überhaupt einzuschätzen sind, wann es sich um Grenzverletzungen handelt und wann nicht, was zulässig ist oder nicht. Gleichsam wurde betont, dass *„da ein Ventil irgendwie gebrauch wird“*.

Diese Herausforderungen und Wünsche aufnehmend, würde im Sinne der Intervention bedeuten, zum einen in der Organisation Transparenz darüber zu schaffen, bei welchen Verhaltensweisen es sich um Grenzverletzungen und Gewalt handelt, was zulässig ist und was nicht. Um hier einen Orientierungsrahmen zu geben: Dies würde bedeuten, in gemeinsamen Gesprächen immer wieder fachlich über schwierige Situationen und daraus resultierendes Handeln bzw. Handlungsmöglichkeiten zu diskutieren. Dies könnte mit der Ampel-Methode, wie sie in Kapitel 3 und 4 beschrieben wurde, geschehen. Zum anderen müssen Organisationen Transparenz darüber schaffen, wo Mitarbeitende auch extern Beratung in Anspruch nehmen können – eine Anlaufstelle bieten – bei der eine Situation, ein kritisches Ereignis, ein Verdacht auch erst einmal außerhalb der Organisation fachlich besprochen werden kann (siehe hierzu Kapitel 4.2).

### **Thematisierungen und Meldung der Situation**

#### ***Fehlerkultur*<sup>3</sup>**

Oben wurde deutlich, dass Organisationen häufig als Angsträume beschrieben werden, und zwar in der Hinsicht, überhaupt ein Fehlverhalten, ein kritisches Vorkommnis/Ereignis oder einen Verdacht zu melden. Dies wurde in den Zusammenhang zu der vorherrschenden Fehlerkultur gestellt. Dies aufnehmend, lässt sich darauf verweisen, dass in der Diskussion um Schutzkonzepte und um die Organisation von Schutz immer wieder auf die Notwendigkeit einer bestimmten Fehlerkultur verwiesen wird.

„Aus Fehlern kann man lernen“ ... obwohl wir alle diesen Spruch kennen und ihn zu schätzen wissen, haften Fehlern im Arbeitsalltag oftmals etwas Anrüchiges an, da schnell die Assoziation aufkommt, dass es doch einen Schuldigen geben muss. Ganz so einfach ist es aber nicht. Um von einer offenen Fehlerkultur sprechen zu können und damit kritische Ereignisse, Grenzverletzungen und auch Gewalt thematisierbar machen zu können, braucht es einen besonderen Umgang mit Fehlern:

---

3 Der folgende Text über Fehlerkultur in Anlehnung an Oppermann u. a. 2018<sup>1</sup> sowie Weick/Sutcliffe 2010.

Abbildung 7: Konstruktive Fehlerkultur

### Verständnis von Fehlern

Entgegen der Annahme, dass Fehler ausschließlich auf ein individuelles Fehlverhalten zurückzuführen sind, wird im Sinne einer konstruktiven Fehlersuche die Schuld nicht bei Einzelpersonen gesucht, vielmehr wird eine Organisation als Ganzes in den Blick genommen.

- Es gilt organisationale Risiken zu identifizieren, die Fehler im System begünstigen
- Bedingungen, die einen Fehler begünstigen, sind zu beseitigen
- Wenn nur Fokus auf „einzelne Schuldige“: Bedingungen bleiben weiter bestehen
- Ansonsten Frage der Zeit, wann der Fehler wieder auftaucht.

Fehler



Kultur

### Offenes Klima im Umgang mit Fehlern schaffen

Verbunden mit einem solchen Verständnis von Fehlern ist die Schaffung einer Atmosphäre, die nicht durch Schuldzuweisungen geprägt ist, sondern in der vielmehr Fehler offen angesprochen werden können.

- Wenn Unregelmäßigkeiten in einer Organisation gemeldet werden, muss nicht mit Sanktionen gerechnet werden
- Vielmehr wird ein solches Verhalten begrüßt, da es die Möglichkeit eröffnet, Bedingungen der Fehlerentstehung zu analysieren und Strukturen zu verändern.

### Transparenz schaffen

Wesentlich ist zudem, eine Transparenz in der Organisation darüber zu schaffen, wo Grenzen zwischen einem akzeptablen und einem unakzeptablen Verhalten gezogen werden. Denn erst wenn die Mitarbeiter\*innen Klarheit darüber haben, welche Fehler welche Strafen nach sich ziehen, werden sie freier mit Fehlern umgehen, die in die Kategorie des akzeptablen Verhaltens fallen.

## Meldebogen

Eine konstruktive Fehlerkultur stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, damit kritische Ereignisse, Grenzverletzungen und Gewalt überhaupt thematisierbar werden. Nichtsdestotrotz scheint es immer eine Hürde zu bleiben, einen Verdachtsmoment, ein ungutes Gefühl auszusprechen. Als ein Instrument, um unguete Gefühle, Beobachtungen und auch eigenes Fehlverhalten thematisierbar zu machen, beschreibt eine Expertin das Verfahren eines Meldebogens. Dabei betont die Expertin, dass es notwendig ist, die Einführung eines solchen Meldebogens durch viele erläuternde Gespräch und Informationen zu begleiten, die letztlich den Weg hin zu einer konstruktiven Fehlerkultur beschreiben:



**E 2:** Und die vierte Säule dieses Konzeptes war, dass sie mit den Gehaltsbescheinigungen alle drei Monate ein Formular sozusagen mitgeschickt hat, wo die Mitarbeiter angetippt, erinnert wurden, kritisch auf das Thema zu gucken, wo sie die Gelegenheit hatten, selbst kritische Vorfälle auch anonym zu melden und auch selbst das eigene Verhalten dort noch einmal zu beschreiben. Das Ganze war eingebettet in viele, viele Gespräche und Betriebsversammlungen. Weil natürlich gerade mit der Übersendung des Bogens [...] war bei vielen Mitarbeiter\*innen natürlich die Befürchtung: ich werde jetzt hier aufgefordert meine Kolleg\*innen zu verpetzen und besonders kritisch auf sie zu schauen und da gab es sehr viel Vorarbeit, um das zu klären, um zu sagen, nein, es geht nicht darum, zu verpetzen, sondern es geht darum, dass wir insgesamt das Thema aufmerksam im Auge behalten. Aber wie gesagt, das war sehr gut vorbereitet, sehr viel diskutiert und da gab es viele Versammlungen im Vorfeld [...] es muss eingebettet sein auch in die Mitarbeiterschaft, sonst bleibt das was ganz Künstliches, was unangenehm ist und selten benutzt wird. [...]

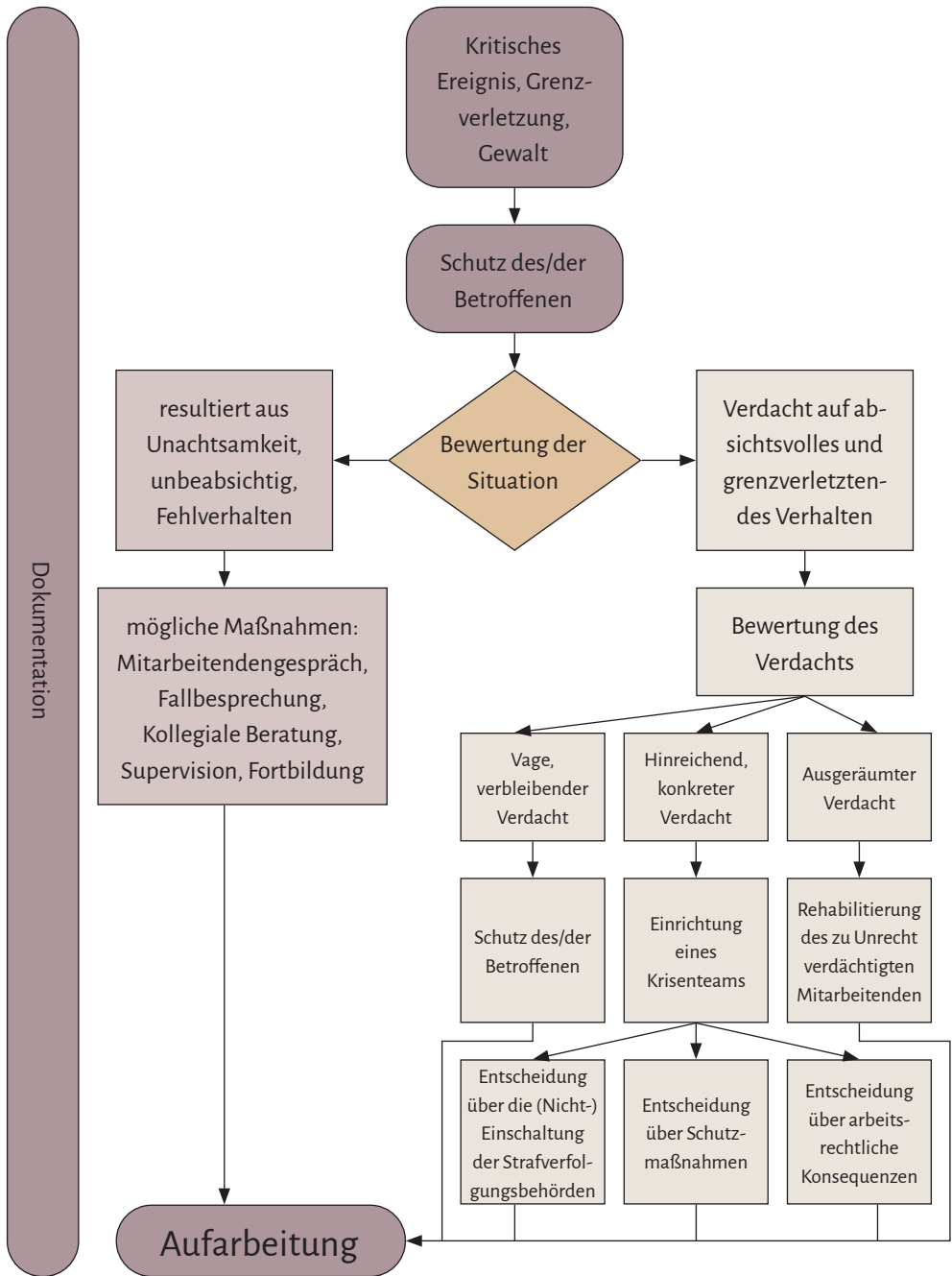
Und dazwischen schwanken die meisten hin und her und deshalb ist der Bogen, auch wenn der erst einmal unsympathisch daher kommt, ganz gut, dass wir gesagt haben, auch in den Fortbildungen, wenn Sie sich nicht entscheiden können, wenn Sie zu ängstlich sind und sagen, ich kann diesen steinigen Weg nicht gehen danach alleine, aber ich will meine Schutzbefohlenen nicht vergessen, dann kann man diesen Bogen benutzen und anonym Vorfälle notieren, dann wird es zumindest aufgenommen und bearbeitet. Aus: Expert\*innenworkshop

## Klärung der Situation

Oben wurde zudem beschrieben, dass in Organisationen häufig kein Verfahren vorhanden ist, das alle Akteur\*innen kennen, und dementsprechend auch keine Transparenz, was zu tun ist und wie es weitergeht, wenn eine kritische Situation, ein Fehlverhalten bzw. ein Verdachtsfall gemeldet wurde oder im Raum steht.

In Organisationen, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche haben, hat sich dabei bewährt, gemeinsam einen Ablaufplan zu erstellen, was in einem solchen Fall zu tun ist. In Anlehnung daran (vgl. z. B. Winter/Wolff 2018: 256) sowie an die bisher geführte Argumentation und die Herausforderungen und Wünsche ließe sich ein folgender Plan formulieren:

Abbildung 8: Interventionsplan



Der hier dargestellte Ablaufplan gibt einen ersten Überblick über ein mögliches Vorgehen. Dieser Plan ist weiter zu differenzieren – so sind folgende Punkte in Bezug auf den Plan **organisationsspezifisch** zu definieren:

- Klärung und Benennung der Verantwortlichkeiten in den jeweiligen Stufen des Interventionsplans (Träger, Leitungskräfte, hauptamtliche Mitarbeiter\*innen, Ehrenamtliche, Angehörige, Betreuer\*innen, Strafverfolgungsbehörden)
- Verankerung von passenden Beteiligungsformen (Bewohner\*innen, Angehörige, Betreuer\*innen)
- Wahrung von Selbstbestimmungsrechten Betroffener im Interventionsplan



- Festsetzung, mit welchen Aufgaben, auf welche Weise und auf welchen Stufen eine unabhängige Fachberatung hinzugezogen werden muss
- Beschreibung von Sofortmaßnahmen und wann diese notwendig sind
- allgemein verständliche Beschreibung der datenschutzrechtlichen und vertraglichen Anforderungen an die Verschwiegenheit
- Auskunft über vereinbarte Meldepflichten. Zum Beispiel gegenüber einer Aufsichtsbehörde
- Einbeziehung von Polizei und Staatsanwaltschaft unter Beachtung der vorrangigen Schutzinteressen der (potentiell) Betroffenen
- Entwicklung eines Verfahrens zur differenzierten Dokumentation. (Winter/Wolff 2018: 252).



## Übungen

Bitte betrachten und diskutieren Sie den Ablaufplan und beziehen Stellung dazu!

- Wäre dies ein konstruktives Vorgehen für Organisationen der Altenhilfe?
- An welchen Stellen würden Sie Modifizierungen vornehmen?
- An welchen Stellen sehen Sie Hindernisse und Fallstricke?

Bitte reflektieren Sie auch die oben genannten Punkte, die einen solchen Ablaufplan weiter definieren und differenzieren sollen!

- Sammeln Sie Ideen und beschreiben Sie für jeden Punkt, wie dieser in Ihrer Organisation umzusetzen wäre.

## 6 Aufarbeitung

Ziel der zurückliegenden Broschüre war es, erste Ideen und Impulse für die Entwicklung von Schutzkonzepten in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu geben, um einerseits den Schutz von alten und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sicherzustellen und andererseits, im Sinne der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, ebenso Schutz für ehrenamtliche und hauptamtliche Pflegefachkräfte zu gewährleisten. Die unterschiedlichen Kapitel verstehen sich dabei als Anregungen – ein passgenauer Leitfaden wird hingegen nicht vermittelt, denn keine Organisation gleicht der anderen, weshalb es folglich stets der individuellen Konzeption unter Einbezug aller Akteur\*innen in den Pflegeeinrichtungen bedarf.

Im Rahmen unserer Erhebungen und den damit verbundenen vielzähligen Gesprächen mit den verschiedenen Akteur\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen, ist uns in der Praxis immer wieder deutlich geworden, dass Vorfälle in den Pflegeeinrichtungen – und zwar unabhängig davon, ob es sich zunächst um einen Verdacht oder einen tatsächlichen Vorfall handelt – aufgrund begrenzter organisationaler Ressourcen und aus Angst vor der Auseinandersetzung und dem öffentlichen Bekanntwerden mit dem eigenen ‚Versagen‘, tendenziell im begrenzten Maße be- und verarbeitet werden. Beispielsweise erfolgen fachliche Konsequenzen, wie vorab dargelegt, primär im Sinne der Abmahnung oder Entlassung von Personal oder auch in einer enger Fassung bestehender Dienstvorschriften. Jene Maßnahmen erfüllen jedoch nicht selten lediglich „eine Alibifunktion“ bzw. führen zu einer „Selbstberuhigung der Institution, als dass sie für einen Neuanfang stehen“ (Enders/Schlingmann 2018: 291). Wir hingegen möchten mit unserem Projekt die Pflegeeinrichtungen dazu ermutigen, genau jenen Vorfall, genau jene Krise als Chance zu sehen und durch eine fachlich fundierte Aufarbeitung perspektivisch Risikofaktoren für Gewalt und Grenzverletzungen langfristig und nachhaltig in der eigenen Organisation zu reduzieren.

Insbesondere im Falle eines konkreten und nachweislichen Übergriffs bedarf es sowohl einer unabhängigen juristischen als auch sozialwissenschaftlichen Aufarbeitung der organisationalen Dynamiken, um überprüfen zu können, inwiefern jene Dynamiken den Übergriff begünstigt haben. Eine derartige Überprüfung lässt sich dabei nicht mehr intern regeln, sondern es empfiehlt sich ein unabhängiges Expert\*innenteam zu beauftragen und folgende Bausteine zu untersuchen:

- Klärung Straf-, arbeits- und dienstrechtliche Fragen
- Clearing zu Beginn – Sammlung aller relevanter Fakten des Übergriffs
- Klärung von Folgeproblematiken und Belastungen der unmittelbar und mittelbar betroffenen alten und pflegebedürftigen Menschen
- Bereitstellung eines Betroffenencoachs und die Einbindung von Betroffeneninitiativen
- Auswirkungen des Übergriffs auf institutionelle Dynamiken vor und unmittelbar nach dessen Aufdeckung
- Identifikation der strukturellen, institutionellen und fachlichen Risikofaktoren, die den Übergriff bzw. die Grenzüberschreitung ermöglicht haben
- Moderation des Aufarbeitungsprozesses und ‚Hebammenfunktion‘ (Beruhigung)
- Therapeutische Konzepte für Angehörige
- Klärung zum Vorgehen und der Ressourcen von Entschädigungszahlungen
- Dokumentation und Archivierung des Übergriffs und des Aufarbeitungsprozesses
- Schematischer Ablaufplan (Blick auf die Gesamtkonstellation)
- Datenschutzmanagement

Insgesamt handelt es sich bei einer nachhaltigen Aufarbeitung um einen langfristigen Prozess, welcher die Bereitschaft der Pflegeeinrichtungen erfordert, sich mit den eigenen organisationalen ‚Gelegenheitsstrukturen‘ auseinanderzusetzen. Zentrale Voraussetzung ist dabei, dass die Einrichtungsleitungen bzw. die jeweiligen Träger diesen Prozess unterstützen, d. h. die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen und zwar sowohl für die externe Expertise als auch für die Unterstützung der Betroffenen und deren Angehörige und die eigenen Mitarbeiter\*innen (Fortbildungen, Supervisionen etc.).

Uns ist bewusst, dass Aufarbeitung wie Schutzkonzepte insgesamt einen kräftezehrenden, mitunter schmerzhaften und finanziell aufwändigen Prozess darstellen. Sie bieten aber auch eine Chance, als Organisation zu lernen und zu wachsen und stationäre Pflegeeinrichtungen zu „sicheren Orten“ werden zu lassen – und zwar für alle Beteiligte.

## 7 Literatur

- Afzali, Minou (2013): Forschen über die Alten – Forschen mit den Alten. Partizipative Methoden in der Designforschung. In: von Hülsen-Esch, Andrea/Seidler, Miriam/Tagsold, Christian (Hrsg.): Methoden der Alter(n)sforschung. Disziplinäre Positionen und transdisziplinäre Perspektiven. Bielefeld: transcript, S. 225–240.
- Andresen, Sabine (2015): Kinderschutz im Alltag. Multidimensionale Perspektiven und Konzepte. In: Crone, Gerburg/Liebhardt, Hubert (Hrsg.): Institutioneller Schutz vor sexuellem Missbrauch. Achtsam und verantwortlich handeln in Einrichtungen der Caritas. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 117–126.
- Aronson, Polina/Mahler, Claudia (2016): Menschenrechte in der Pflegepraxis. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Abrufbar unter: [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse\\_Menschenrechte\\_in\\_der\\_Pflegepraxis\\_26Sep2016.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Menschenrechte_in_der_Pflegepraxis_26Sep2016.pdf).
- BMFSFJ/BMG (2018): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin
- BMFSFJ (2005): Beschwerden in der Altenpflege. Eine Analyse ausgewählter Dokumente. Berlin. Abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/78954/01aabbbe60c981d145340304e-96f57e7/bericht-beschwerden-in-der-altenhilfe-data.pdf>.
- Bobbert, Monika (2016): Ethische Beiträge zur Pflege und Pflegepolitik – Literaturüberblick und Forschungsdesiderate. In: Sozialethik der Pflege und Pflegepolitik 57, S. 225–266.
- Buscher, Ines/Reuther, Sven/Holle, Daniela/Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (2012): Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrative Ansatz. WELCOME-NEO. Wittener. Abrufbar unter: [https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012\\_WELCOME-NEO.pdf](https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012_WELCOME-NEO.pdf).
- Deiseroth, Dieter (2006): Bestandsaufnahme. Wo liegen gravierende Missstände im stationären Pflegebereich? In: Pro Alter 3/2006, S. 23–28.
- Enders, Ursula/Schlingmann, Thomas (2018): Nachhaltige Aufarbeitung aktueller Fälle sexuellen Missbrauchs durch Erwachsene und sexueller Übergriffe durch Kinder und Jugendliche in Institutionen. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröer, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 286–308.
- Fegert, Jörg M./Schröer, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2017): Persönliche Rechte von Kindern und Jugendlichen. Schutzkonzepte als organisationale Herausforderungen. In: Wolff, Mechthild/Schröer, Wolfgang/Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Schutzkonzepte in Theorie und Praxis. Ein beteiligungsorientiertes Werkbuch. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 14–24.
- Ferring, Dieter/Willems, Helmut (2014): Macht und Missbrauch in Institutionen. Konzeption, Begriffsbestimmung, theoretische Perspektiven. In: Willems, Helmut/Ferring, Dieter (Hrsg.): Macht und Missbrauch in Institutionen. Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention. Wiesbaden: Springer, S. 13–26.
- Germani, Ruth (2004): An explanatory study using cameras and Taking Mats to access the views of young people with learning disabilities on the out-of-school activities. In: British Journal of Learning Disabilities 32, S. 170–174.
- Graßhoff, Gunther (2015): Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer.
- Honig, Michael-Sebastian (1988): Von alltäglichen Übeln zum Unrecht – Über den Bedeutungswandel familialer Gewalt. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Wie geht's der Familie. Ein Handbuch zur Situation der Familien heute. München: Kösel Verlag, S. 189–202.



- Klie, Thomas (2001): Gewalt gegen alte Menschen. In: Kohl, Helmut/Landau, Herbert (Hrsg.): Gewalt in sozialen Nahbeziehungen – Gewalt gegen Frauen, Kinder und alte Menschen – Frankfurter Tage der Rechtspolitik 2000. Neuwied: Luchterhand, S. 37–43.
- Liebhardt, Hubert (2018): Beschwerdemanagement. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 232–244.
- Lorenz, Katharina/Zach, Jelena/Joost, Gesche (2015): Beispiele aus der Praxis. Anwendung partizipativer Methoden im Gesundheitskontext. In: Weisbecker, Anette/Michael Burmester, Michael/Schmidt, Albrecht: Mensch und Computer 2015 – Workshopband. Berlin: De Gruyter, S. 101–108.
- Oeffling, Yvonne/Winter, Veronika/Wolff, Mechthild (2018): Prävention als organisationales Bildungskonzept. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 204–231.
- Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (2018) (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Oppermann, Carolin/Schröder, Wolfgang/Winter, Veronika/Wolff, Mechthild (2018)<sup>1</sup>: Kultur der Achtsamkeit als wesentlicher Aspekt eines Schutzkonzeptes. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 41–55.
- Oppermann, Carolin/Schröder, Wolfgang (2018): AdressatInnen und Schutzkonzepte. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 141–151.
- Oppermann, Carolin/Schröder, Wolfgang (2018): MitarbeiterInnen und Schutzkonzepte. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 152–166.
- Rörig, Johannes-Wilhelm (2015): Unterstützung, Bündnisse und Impulse zur Einführung von Schutzkonzepten in Institutionen in den Jahren 2012–2013. In: Fegert, Jörg M./Wolff, Mechthild (Hrsg.): Kompendium „Sexueller Missbrauch in Institutionen“. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 587–601.
- Schröder, Julia (2019): Gewalt in Sorgekonstellationen – oder: Sorgeverhältnisse = Gewaltverhältnisse. In: Schröder, Julia (Hrsg.): Gewalt in Pflege, Betreuung und Erziehung. Verschränkungen, Zusammenhänge, Ambivalenzen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 18–34.
- Schröder, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2018): Schutzkonzepte und Gefährdungsanalysen – eine Grundverständigung. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 28–40.
- Schröder, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2018)<sup>1</sup>: Grenzkonstellationen in Organisationen. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 128–140.
- Tietze, Kim-Oliver (2018): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

- Visel, Stefanie/Roth, Marie Rosa/Oppermann, Carolin/Schröder, Julia/Koch, Martin: Ergebnisse einer Onlinebefragung zu Schutz vor Gewalt und Grenzverletzungen in der stationären Altenhilfe. Ein Datenreport. Universitätsverlag Hildesheim. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.18442/141>.
- Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M. (2010): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Winter, Veronika/Wolff, Mechthild (2018): Intervention. In: Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröder, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 245–267.
- Wolff, Mechthild/Fegert, Jörg M./Schröder, Wolfgang (2015): Mindeststandards und Leitlinien der AG I des Runden Tisches. In: Fegert, Jörg M./Wolff, Mechthild (Hrsg.): Kompendium „Sexueller Missbrauch in Institutionen“. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 425–435.
- Wolff, Mechthild (2014): Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in Institutionen. In: Willems, Helmut/Ferring, Dieter (Hrsg.): Macht und Missbrauch in Institutionen. Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention. Wiesbaden: Springer, S. 151–166.
- Wolf, Klaus (1999): Machtprozesse in der Heimerziehung. Eine qualitative Studie über ein Setting klassischer Heimerziehung. Münster: Votum.



Die vorliegende Broschüre schafft eine Wissensgrundlage zum Thema Schutz vor Gewalt und Grenzverletzungen in organisationaler Perspektive und führt darüber hinaus an die Entwicklung und Implementierung von Schutzkonzepten in der stationären Altenpflege heran. Sie richtet sich an alle interessierten stationären Pflegeeinrichtungen und gibt als praktische Handreichung erste Anstöße für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes in der jeweils eigenen Organisation.

Die Broschüre legt ein besonderes Augenmerk auf einen engen Praxisbezug. Sie geht über die Vermittlung von reinem Faktenwissen hinaus und trägt primär die praxisrelevanten Erfahrungen, Vorgehensweisen und Wünsche von Bewohner\*innen, Pflegekräften, Leitungskräften und Angehörigen zusammen, um die erfassten „Stimmen“ als Ausgangspunkt für die praktische Anleitung zugänglich zu machen.