



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Katholische Hochschule
für Sozialwesen Berlin



Abschlussbericht

Projekt Potentiale und Risiken

In der familialen Pflege alter Menschen



Susanne Zank & Claudia Schacke (Hrsg.)

2013

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	2
<i>Tabellenverzeichnis</i>	6
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	6
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	7
<i>Teamzusammensetzung und Standorte</i>	8
1. Einleitung	7
Susanne Zank & H. Elisabeth Philipp-Metzen	
1.1 Fragestellung und Projektvorhaben	7
1.2 Projektschritte	7
1.2.1 Präzisierung des Gewaltbegriffs	8
1.2.2 Internationale Best-Practice-Ansätze	8
1.2.3 Experteninterviews mit nationalen Experten	8
1.2.4 Internationaler Expertenworkshop von PURFAM	9
1.2.5 Eckpunkte der Interventionsmaßnahme	9
1.3 Zentrale Ergebnisse	10
2. Vorkonzeptionelle Projektphase: Informationsauswertung	14
H. Elisabeth Philipp-Metzen, Constanze Steinhuisen, Susanna Saxl & Sonja Heidenblut	
2.1 Literaturbefunde zu Elder Abuse	14
2.1.1 Definitionen von Elder Abuse	14
2.1.2 Prävalenzstudien	15
2.1.3 Theoretische Erklärungsansätze und Risikofaktoren.....	18
2.2. Internationale Best-Practice-Ansätze	21
2.2.1 Empfehlungen der WHO.....	21
2.2.2 Nachhaltig bewährte Verfahren in den USA bei Gewalt in der familialen Pflege	22
2.2.3 Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	23
2.2.4 Projekt EDe	23
2.2.5 Impulse für PURFAM	24
2.3 Experteninterviews mit nationalen Experten.....	25
2.3.1 Datenerhebung und Instrumente.....	27
2.3.2 Datenauswertung und exemplarische Ergebnisse.....	28
2.4 Internationaler Expertenworkshop von PURFAM	31
2.4.1 Verlauf und Ergebnisse.....	32

3. Entwicklung des PURFAM-Assessments	35
Sonja Heidenblut	
3.1 Die Erfassung problematischer Pflegesituationen.....	35
3.2 Informationsquellen zur Beurteilung.....	36
3.3 Das PURFAM-Assessment zur Früherkennung	37
3.3.1 Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D-PV-PURFAM)	37
3.3.2 Die Ablauflogik der PURFAM- Checklisten.....	38
3.3.3 Definitionsgrundlage und Informationsquellen der Checklisten	40
3.3.4 Die PURFAM-Checkliste: Pflegekraft	41
3.3.5 Die PURFAM-Checkliste: Team	42
4. Konzeption der Schulung.....	43
Marion Bonillo, H. Elisabeth Philipp-Metzen, Susanne Saxl & Constanze Steinhusen	
4.1 Methodisch-didaktische Überlegungen.....	43
4.2 Fortbildungsmodule.....	45
4.2.1 Modul ‚Basiswissen Gewalt in der Pflege‘	45
4.2.2 Modul ‚Früherkennung und Dokumentation‘	45
4.2.3 Modul ‚Rechtliche Aspekte‘	47
4.2.4 Modul ‚Intervention‘	48
4.3 Normative Implikationen der Interventionsmaßnahme	50
5. Durchführung Intervention	54
Constanze Steinhusen, Sonja Heidenblut & H. Elisabeth Philipp-Metzen	
5.1 Pilotphase und Struktur der Schulung.....	54
5.2 Strukturdaten.....	54
5.3 Praxiserfahrungen.....	56
5.3.1 Akquise	56
5.3.2 Erfahrungen bei den PURFAM-Fortbildungstagen	61
6. Evaluation	63
Sonja Heidenblut & Inka Wilhelm	
6.1 Design	63
6.2 Instrumente	65
6.3 Stichprobe.....	67
6.4 Ergebnisse.....	69
6.4.1 Vorkommen von Gewalt und Umgangsweise in der häuslichen Pflege	69
6.4.2 Veränderungen in der selbsteingeschätzten Handlungskompetenz	74
6.4.3 Veränderungen im Wissen	77
6.4.4 Fortbildungsbeurteilung durch die Teilnehmenden	79

6.4.5 Evaluation der PURFAM-Checklisten	80
6.4.6 Anwendung der Checklisten	83
6.4.7 Zusammenfassung	84
6.5 Diskussion	84
6.5.1 Veränderungen in Kompetenz und Wissen	85
6.5.2 Wahrnehmung von Misshandlung und Vernachlässigung	86
6.5.3 Anwendung der PURFAM Materialien.....	87
6.5.4 Einschränkung der vorliegenden Untersuchung	88
7. Diskussion und Handlungsempfehlungen.....	89
H. Elisabeth Philipp-Metzen, Sonja Heidenblut, Marion Bonillo, Andrés Oliva y Hausmann, Susanna Saxl, Constanze Steinhuisen, Inka Wilhelm, Claudia Schacke & Susanne Zank	
7.1 Erkenntnisse aus der Teilnehmerakquise: Barrieren für Pflegedienste	89
7.2 Diskrepanz zwischen wahrgenommener Relevanz und Handlungsrountinen	90
7.3 Im Arbeitsalltag wahrgenommene Häufigkeiten und Formen von Gewalt.....	91
7.4 Edukation für Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten.....	93
7.5 Normative Implikationen.....	94
7.6 Zusätzliche Anreize für das Thema Gewaltprävention	94
7.7 PURFAM-Assessment und -Handlungsablauf	95
7.8 Sozialpolitische Dimensionen der von PURFAM verfolgten Handlungsstrategien.....	98
7.9 Vernetzungsstrategien und spezialisierte Fachstellen	99
7.10 Weitergehende Fragestellungen und spezielle Zielgruppen	100
7.11 Die gesellschaftliche Relevanz von Gewalt gegenüber älteren Pflegebedürftigen	102
7.12 Zusammenfassende Empfehlungen.....	102
7.12.1 Empfohlene Standards einer Fortbildung zur Gewaltprävention.....	102
7.12.2 Methodische Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen	103
7.12.3 Strukturelle Empfehlungen.....	104
Literaturverzeichnis.....	106
Anlagen	116
1 Veröffentlichungen und Vernetzungen	117
1.1 Publikationen	117
1.2 Beiträge auf wissenschaftlichen Tagungen	119
1.3 Programm des internationalen Workshops (Tagungsflyer).....	121
1.4. Vernetzung mit dem Projekt Safer Care - Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden	123

2 Instrumente für das Experteninterview	124
3 PURFAM-Assessment zur Früherkennung	130
3.1 PURFAM-Checkliste: Pflegekraft.....	135
3.2 PURFAM-Checkliste:Team	139
3.3 BIZA-D-PV-PURFAM	142
4 PURFAM Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht	152
5 Unterlagen zur Evaluation	154

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Meilensteine und zentrale Projektaufgaben von PURFAM</i>	12
<i>Tabelle 2: Literaturbefunde zu Risikofaktoren von Gewalt in der familialen Pflege</i>	20
<i>Tabelle 3: Transfer relevanter Aspekte aus Best-Practice-Modellen</i>	24
<i>Tabelle 4: Expertenstatus</i>	26
<i>Tabelle 5: Expertenaussagen zur Gewaltbegünstigung durch Überlastung</i>	29
<i>Tabelle 6: Experteninterviews: Inhaltliche Anregungen für die PURFAM-Fortbildung</i>	30
<i>Tabelle 7: Experteninterviews: methodische Anregungen für die PURFAM-Fortbildung</i>	30
<i>Tabelle 8: Subskalen vom BIZA-D-PV, die in der Zusatzanamnese eingesetzt werden</i>	38
<i>Tabelle 9: Übersicht über die Elemente und Standards der PURFAM-Schulung</i>	55
<i>Tabelle 10: Anzahl der Schulungen im Projekt PURFAM</i>	56
<i>Tabelle 11: Im Rahmen von PURFAM genutzte Akquiseformen</i>	57
<i>Tabelle 12: Interventionsgebiete</i>	58
<i>Tabelle 13: Stichprobenbeschreibung der Evaluationsteilnehmenden</i>	70
<i>Tabelle 14 Misshandlung und Vernachlässigung im Arbeitsalltag: Vorkommen und Umgang</i>	73
<i>Tabelle 15: Gewaltvorkommen nach Schweregrad</i>	74
<i>Tabelle 16: Veränderung der selbst eingeschätzten Kompetenz der Teilnehmenden</i>	76
<i>Tabelle 17: Wissensveränderung der Teilnehmenden nach Stand des Vorwissens</i>	78
<i>Tabelle 18: Anwendung der einzelnen Checklisten</i>	83

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Interventionsschema bei Vorliegen von Misshandlung und Vernachlässigung</i>	22
<i>Abbildung 2: Ablauf des PURFAM-Assessments</i>	37
<i>Abbildung 3: Praktische Schwierigkeiten des klassischen Elder-Abuse-Screenings</i>	39
<i>Abbildung 4: Zweiteilung des Screening-Prozesses durch die PURFAM-Checklisten</i>	40
<i>Abbildung 5: Ausschnitt der Checkliste: Pflegekraft</i>	41
<i>Abbildung 6: Ausschnitt der Checkliste: Team</i>	42
<i>Abbildung 7: PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht</i>	49
<i>Abbildung 8: Zeitlicher Ablauf der Evaluation</i>	65
<i>Abbildung 9: Teilnehmende der PURFAM-Schulung</i>	68
<i>Abbildung 10 : Veränderung des Kompetenzerlebens der Teilnehmenden durch die Schulung</i>	75
<i>Abbildung 11: Verlauf des Kompetenzerlebens über drei Messzeitpunkte</i>	77
<i>Abbildung 12: Wissenszuwachs der Teilnehmenden je nach Vorwissen</i>	78
<i>Abbildung 13: Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Fortbildung</i>	79
<i>Abbildung 14: Beurteilung der Checkliste: Pflegekraft</i>	81
<i>Abbildung 15: Beurteilung der Checkliste: Team</i>	82

Abkürzungsverzeichnis

BIZA-D-PV/PURFAM	Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung Praxisversion PURFAM
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGHSt	Entscheidungssammlung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GG	Grundgesetz
ICN	International Council of Nurses
INEPA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
LEANDER	Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten
MILCEA	Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse
PDL	Pflegedienstleitung
PURFAM	Potentiale und Risiken in der familialen Pflege älterer Menschen
SiliA	Sicher leben im Alter
StGB	Strafgesetzbuch
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII, Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI, Soziale Pflegeversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Teamzusammensetzung und Standorte

Das Projekt ‚Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen‘ (PURFAM) wurde vom 01.12.2009 bis zum 31.3.2013 als ein Forschungspraxisprojekt mit zwei Hochschulstandorten durchgeführt. Es wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Das Projektteam setzte sich folgendermaßen zusammen:

Leitung:

Prof. Dr. Susanne Zank (Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Direktorin Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie)

Prof. Dr. Claudia Schacke (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Soziale Gerontologie)

Mitarbeiterinnen Hochschulstandort Köln:

Dr. H. Elisabeth Philipp-Metzen, Dipl.-Gerontologin (Projektmanagerin Köln)

Dr. Sonja Heidenblut, Dipl.-Psychologin

Constanze Steinhusen, Dipl.-Pädagogin und exam. Krankenpflegerin

Inka Wilhelm, Dipl.-Heilpädagogin

Studentische Hilfskräfte Köln:

Katy Schleicher

Denise Stein

Mitarbeiterinnen Hochschulstandort Berlin:

Dr. Marion Bonillo, Historikerin, Sozialarbeiterin (B.A.)

Susanna Saxl, Dipl. Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin

Studentische Hilfskraft Berlin:

Natalie Gaitzsch

Die interdisziplinäre Besetzung des Teams entspricht der gerontologisch-multidisziplinären Aufgabenstellung einer Präventionsmaßnahme im vorliegenden Themenfeld.

Das PURFAM-Team dankt Susanne Brose, Franziska Gnest und Michael Neise für ihre Mitarbeit bei der Erstellung des Abschlussberichtes.

1. Einleitung

Susanne Zank & Elisabeth Philipp-Metzen

1.1 Fragestellung und Projektvorhaben

Die familiäre Pflege stellt in der BRD eine zentrale Versorgungsform dar, welche nahezu 70% aller pflegebedürftigen Menschen betrifft. Die von pflegenden Angehörigen erbrachte Versorgungsqualität ist in der Regel hoch und von großem Umfang. Dieser hervorragenden Leistung sehr vieler Menschen gebührt großer Respekt. Dennoch birgt die familiäre Pflege auch Gefahren, wie zahlreiche Studien zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen von pflegenden Angehörigen durch langfristige Pflege belegen. Zu den Risiken der ambulanten Pflege zählen jedoch auch körperliche und seelische Misshandlungen sowie Vernachlässigung pflegebedürftiger Menschen durch ihre Angehörigen. Zahlreiche Studien weisen auf eine Belastungskumulation bei pflegenden Angehörigen hin. Im Rahmen der LEANDER-Studie „Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten (LEANDER, Zank & Schacke, 1997) konnte gezeigt werden, dass insbesondere die Belastung durch aggressive- und Verwirrtheitsymptome des Pflegebedürftigen das Risiko von Aggressivität und Gewalt in der Pflege erhöht. Als Risikofaktoren gelten weiterhin u.a. gewaltgeprägte Beziehungen vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit, soziale Isoliertheit von Pflegenden, das Vorliegen einer Demenzerkrankung und kognitive Beeinträchtigungen der familialen Pflegeperson. Gewaltprävention durch Früherkennung im Projekt „Potentiale und Risiken familialer Pflege“ (PURFAM) erfolgte durch den Einbezug professioneller Akteure mit Zugang zu familialen Pflegesettings und schloss eine Risikoeinschätzung als Ergebnis eines formalisierten Verfahrens ein. Ambulante Pflegedienste, mit direktem Kontakt familialen Pflegesettings, erhielten eine zielgruppenspezifische Schulung zu dem von PURFAM entwickelten Assessmentverfahren.

1.2 Projektschritte

Die einzelnen Projektschritte beinhalten die Analyse der Best-Practice-Ansätze aus Literatur und Experten-Interviews, einen Workshop mit internationalen Experten und darauf aufbauend die Entwicklung einer Früherkennungsmaßnahme. Für deren Einsatz wurde ein zielgruppenspezifisches Training von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern¹ in ambulanten Pflegediensten entwickelt, welches präventive Hilfeangebote integriert. Die bundesweite

¹ Anmerkung: Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird bei den nachfolgenden Ausführungen nicht durchgehend sowohl die weibliche als auch die männliche Form der Substantive verwendet, wobei die weibliche Form als eingeschlossen betrachtet werden soll. Sofern dies möglich ist, werden geschlechtsneutrale Begrifflichkeiten verwendet.

Implementierung der speziellen Checkliste zur Früherkennung und des weiteren Assessmentverfahrens ist mit einer Evaluation der Interventionsmaßnahme verbunden.

1.2.1 Präzisierung des Gewaltbegriffs

Zu Beginn der eigenen Erhebungen fand eine Präzisierung des Gewaltbegriffs statt. Sowohl aus Forschungs- als auch aus klinischer Perspektive wird die Heterogenität vorliegender Gewaltdefinitionen und -taxonomien als wesentliche Barriere zum Verständnis der Problematik gesehen. Im Projekt PURFAM wurde eine in der einschlägigen Literatur vielfach zitierte Definition als Arbeitsgrundlage aufgegriffen, welche ebenfalls von dem Netzwerk „International Network for the Prevention of Elder Abuse“ verwendet wird: „Elder abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person“ (exemplarisch: Biggs, Manthorpe, Tinker, Doyle & Erens, 2009, S.4). Von dieser Basis ausgehend unterteilt die Kernsystematik des Phänomens „Elder abuse“ in die Formen des physischen und psychischen Missbrauchs, der Vernachlässigung, der finanziellen Ausbeutung und der sexualisierten Gewalt.

1.2.2 Internationale Best-Practice-Ansätze

In das PURFAM Projekt sind zahlreiche internationale Beispiele von Best-Practice eingeflossen. Bewährte Lösungsansätze aus dem Ausland wurden hierbei auf ihre Funktionalität im nationalen Kontext überprüft. Exemplarisch können insbesondere die weitreichenden strukturellen und legislativen Entwicklungen in den USA, sowie in Israel und Japan genannt werden, welche auch im internationalen Expertenworkshop von PURFAM aufgegriffen wurden. In Deutschland bereits implementierte Verfahren im Kinder- und Jugendbereich sowie Lösungsansätze bei der Thematik „Gewalt gegenüber Frauen“ boten weitere Gestaltungsimpulse sowohl auf mikro-, meso- als auch auf makrogesellschaftlicher Ebene. Von besonderem Interesse waren hierbei die Erfahrungen im Netzwerkmanagement auf regionaler und fachspezifischer Ebene, die Formalisierung von Abläufen und die Regelung von rechtlichen Zuständigkeiten.

Die Notwendigkeit eines niedrighschwelligem Zugangs zu dieser äußerst vulnerablen Zielgruppe sowie koordinierter und vernetzter Interventionsmaßnahmen war evident.

1.2.3 Experteninterviews mit nationalen Experten

Beim Experteninterview handelt es sich um eine Form des qualitativen Interviews. Ausgehend von der gerontologischen Aufgabenstellung und der interdisziplinären Ausrichtung von PURFAM wurden insgesamt 22 Experten aus verschiedenen Disziplinen

und Praxisfeldern in ganz Deutschland berücksichtigt. Dabei wurden multiple Handlungsebenen einbezogen.

Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sind durch die Disziplinen Rechtswissenschaft, Pflegewissenschaft, Kriminologie, Gerontopsychiatrie, Psychologie und Soziale Arbeit eingeflossen. Weitere Einschlusskriterien waren Spezialwissen zu Demenz sowie zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz und Kenntnis von Pflegestützpunkten sowie dem Care- und Case-Management.

Durch die darüber hinaus beteiligten Pflege- und Seniorenberater sowie Pflegedienstleiter- und -mitarbeiter, Fachreferenten einschlägiger Altenhilfeorganisationen und dem Einbezug einer Landes-Seniorenvertretung, von Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und von Pflegestützpunkten wurde durch das jeweilige Detailwissen im Umgang mit der Zielgruppe gezielt Praxisexpertise ins Datenmaterial integriert. Weitere Erkenntnisse wurden durch die Interviews mit zwei Rechtsexperten aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu den Themenfeldern „Gewalt gegen Frauen“ und „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ gewonnen. Im Bereich der Zielgruppe Frauen hatte das BMFSFJ z. B. eine einschlägige repräsentative Studie mit nachfolgenden Sekundäranalysen herausgegeben, die den Handlungsbedarf in der Altersgruppe hochbetagter und beeinträchtigter Menschen unterstreicht.

1.2.4 Internationaler Expertenworkshop von PURFAM

Der PURFAM-Expertenworkshop hat ein internationales Forum zur Vorstellung und Diskussion von Ergebnissen und Erfahrungen aus Forschung und Praxis geboten. Auch die Eckpunkte der bislang von PURFAM entwickelten Interventionsmaßnahme wurden auf dem Workshop diskutiert. Dazu gehörten Fragen zum Assessmentverfahren, beispielsweise zur Passgenauigkeit hinsichtlich der Integration in die Arbeitsabläufe, und zur Praxistauglichkeit bezogen auf einen angemessenen Aufwand für den Pflegedienst. Andere Diskussionspunkte betrafen die Inhalte der dazugehörigen Schulungsmaßnahme sowie das Spektrum bedarfsgerechter Interventionen bei gebotem Handlungsbedarf. Weiterhin sind rechtliche Implikationen bedacht worden.

Der Workshop wurde am 2. und 3.12.2010 in Berlin in den Räumen des BMFSFJ ausgerichtet.

1.2.5 Eckpunkte der Interventionsmaßnahme

Das neu entwickelte multidimensionale Zusatz-Assessment unterstützt Pflegedienstmitarbeiter bei der Einschätzung komplexer Hintergrundsituationen durch die Systematisierung von Beobachtung und das Erfassen relevanter Informationen. Durch die

Auswahl von Items in der ‚PURFAM Checkliste: Pflegekraft‘ und der ‚PURFAM Checkliste: Team‘ wird bereits praktizierte Gewalt identifiziert und ein erhöhtes Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung aufgezeigt.

Häufig ist problematisches Verhalten pflegender Angehöriger nicht intendiert. Das strukturierte und standardisierte Verfahren erfasst daher neben Misshandlungs- und Vernachlässigungsphänomenen auch das individuelle Belastungserleben pflegender Angehöriger durch einen Fragebogen zur Angehörigenbelastung, dem „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz“ (BIZA-D-PV/PURFAM). Somit können situative Handlungsnotwendigkeiten, beispielsweise Beratungs-, Entlastungs- und Edukationsbedarfe, frühzeitig identifiziert werden. Darüber hinausgehend wurden Pflegedienstmitarbeiter in den Schulungen befähigt, passgenaue Interventionen zu initiieren bzw. durchzuführen. Sowohl die Instrumente des Assessments als auch das PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht ermöglichen die passgenaue Implementierung in vorhandene Organisationsstrukturen des jeweiligen Pflegedienstes.

Das PURFAM-Training für ambulante Pflegedienste umfasst eine dreigliedrige Schulungsmaßnahme, welches als Kernelement einen Fortbildungstag sowie zusätzlich eine vorherige Informationsveranstaltung und eine spätere Fallbesprechung als fakultative Angebote enthält.

1.3 Zentrale Ergebnisse

Akquisearbeit fand ausgehend von den beiden Hochschulstandorten Berlin und Köln statt. Wesentlich hierbei war die bedarfsorientierte und passgenaue Ausrichtung an Nachfragen und Strukturen in den jeweiligen Regionen. Hierzu wurden schon vorhandene Kontakte ausgebaut und Netzwerkarbeit geleistet. Der Feldzugang zur Rekrutierung der ambulanten Pflegedienste erfolgte auf mehreren Zuständigkeitsebenen und multimodal, beispielsweise in Form von Programmausschreibungen in den Katalogen der kooperierenden Bildungshäuser und im Internet, in Form von Flyern zu den Veranstaltungen, schriftlichen Einladungen, Presseartikeln, Telefonakquise, Erinnerungs-E-Mails, Gremienarbeit, Durchführung öffentlicher Veranstaltungen und Einzelansprache relevanter potenzieller Multiplikatoren.

Schulungsmaßnahmen wurden in 14 Interventionsgebieten in sieben Bundesländern durchgeführt:

Interventionsgebiete ausgehend vom Hochschulstandort Berlin

- Berlin
- Cottbus (Brandenburg)
- Potsdam (Brandenburg)
- Magdeburg (Sachsen-Anhalt)
- Neumünster (Schleswig-Holstein)
- Rendsburg (Schleswig-Holstein)

Interventionsgebiete ausgehend vom Hochschulstandort Köln

- Großraum Köln (Nordrhein-Westfalen - NRW)
- Großraum Bonn (NRW)
- Region Münster / Münsterland (NRW)
- Duisburg (NRW)
- Aachen (NRW)
- Kreis Siegen-Wittgenstein (NRW)
- Lahn-Dill-Kreis (Hessen)
- Karlsruhe (Baden-Württemberg)

Pilotphase. In der Pilotphase im März und April 2011 wurde die neu konzipierte Schulungsmaßnahme inklusive des Assessments im Rahmen von fünf Fortbildungstagen mit insgesamt 15 Pflegediensten eingesetzt, anschließend evaluiert und für die nachfolgende Hauptphase geringfügig modifiziert.

Hauptphase der Intervention. In der Hauptinterventionsphase von Juni 2011 bis Mai 2012 konnte eine hohe Anzahl an Schulungen im Rahmen des PURFAM-Fortbildungsprogramms realisiert werden:

- Fortbildungstage für Pflegedienste: 41
 - Geschulte Pflegedienste: 170
 - Geschulte Mitarbeitende von Pflegediensten: 455
- Fallbesprechungen: 10
- Informationsveranstaltungen: 27

Die Rückmeldungen zur Schulung und zum PURFAM-Präventionskonzept zeigten eine große Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, u. a. aufgrund der Methodik der Wissensvermittlung, des mehrstufigen Verfahrens und des hohen Maßes an Praktikabilität in der beruflichen Praxis. Häufig wurde geäußert, dass die Teilnehmenden sich in ihrer Handlungskompetenz beim Erkennen von und Intervenieren bei problematischen

Pflegesituationen im konkreten Pflegealltag gestärkt fühlten. Die Checklisten wurden überwiegend als gute Orientierung und praxisnahe Dokumentationshilfen erlebt.

Das PURFAM-Manual zur Gewaltprävention stellt Adressaten in der praktischen Arbeit sowie im Ausbildungs- und Hochschulbereich theoretische Hintergründe und eine praktische Anleitung für die Gewaltprävention in der ambulanten Pflege zur Verfügung:

Bonillo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, E. H., Saxl, S., Schacke, C., Steinhusen, C., Wilhelm, I. & Zank, S. (2013). Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention - ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Der folgende Abschlussbericht umfasst den gesamten Projektverlauf bis Ende März 2013. Er integriert beide vorangegangenen, unveröffentlichten Berichte sowie die in der Zwischenzeit neu gewonnenen Erkenntnisse zu einer Gesamtdarstellung (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Meilensteine und zentrale Projektaufgaben von PURFAM

Meilensteine und zentrale Projektaufgaben von PURFAM im Zeitraum vom 01.12.2009 bis 31.1.2013 – Inhalte des Abschlussberichts	
Internationale Befunde zur Thematik Elder Abuse (Kapitel 2.1)	
Internationale Best-Practice-Ansätze (Kapitel 2.2)	
Experteninterviews mit nationalen Experten (Kapitel 2.3)	
Internationaler Expertenworkshop von PURFAM (Kapitel 2.5)	
Entwicklung des PURFAM-Assessments (Kapitel 3)	
Konzeptionierung der Intervention (Kapitel 4)	
Durchführung der Intervention (Kapitel 5)	
Evaluation (Kapitel 6)	
Diskussion und Handlungsempfehlungen (Kapitel 7)	
Anlagen	<ul style="list-style-type: none">○ Veröffentlichung und Vernetzungen○ Materialien der Experteninterviews○ PURFAM - Assessment○ Evaluationsbögen

Kapitel 2.1 widmet sich Befunden der internationalen Literaturrecherche, welche für die Konzeptionierung der PURFAM-Intervention von besonderer Relevanz waren. In die

Literaturanalyse sind Veröffentlichungen zur übergreifenden Fragestellung ‚Elder Abuse‘ eingeschlossen; auch wurden internationale Befunde auf eine potenzielle Übertragbarkeit hinsichtlich nationaler Kontexte überprüft. Dieses Vorgehen wurde ebenso bei Kapitel 2.2 ‚Best-Practice-Beispiele‘ angewendet. Internationale Beispiele bewährter Praxis dienten dabei als Leitideen und Impulsgeber insbesondere hinsichtlich zu erwartender Implementierungsbarrieren. Methodisch erfolgte durch Experteninterviews (Kapitel 2.3) und im Rahmen eines internationalen Expertenworkshops (Kapitel 2.4) breit fundierter Erkenntnisgewinn zur Konzeptionierung und Validierung der PURFAM-Interventionsmaßnahme, deren Konzeption im 4. Kapitel in ihren wesentlichen Elementen dargestellt wird. Die darauffolgende Erprobung der Instrumente und des Schulungskonzeptes stellt Kapitel 5 dar. Die Durchführung der Intervention in der Hauptphase, welche nach den erfolgten Modifikationen im Schulungscurriculum und Assessment erfolgte, wird in Kapitel 6 geschildert. Die Planung und die Ergebnisse der Evaluation werden in Kapitel 7 erläutert. Abschließend werden in Kapitel 8 die Ergebnisse diskutiert und Handlungsempfehlungen aus wissenschaftlicher Sicht abgeleitet.

2. Vorkonzeptionelle Projektphase: Informationsauswertung

H. Elisabeth Philipp-Metzen, Constanze Steinhilber, Susanna Saxl & Sonja Heidenblut

In diesem Abschnitt wird die Phase der Informationsgewinnung und -auswertung beschrieben, die für die Entwicklung des PURFAM-Assessments und der Fortbildungen maßgeblich war. Dabei befasst sich Abschnitt 2.1 mit Befunden zur Prävalenz und den Risikofaktoren von Elder Abuse, Abschnitt 2.2 setzt sich mit Best-Practice-Ansätzen zur Intervention auseinander und die beiden weiteren Abschnitte befassen sich mit der zusätzlichen Expertise, die durch die Einbeziehung von nationalen und internationalen Experten gewonnen wurde, einerseits durch Experteninterviews mit nationalen Akteuren (Abschnitt 2.3) und andererseits durch die Durchführung eines Workshops mit nationalen und internationalen Forschern und Praktikern (Abschnitt 2.4).

2.1 Literaturbefunde zu Elder Abuse

2.1.1 Definitionen von Elder Abuse

Die umfassende internationale Literatur zur Thematik Elder Abuse zeigt unterschiedliche definitorische Annäherungen an den Forschungsgegenstand auf. Sowohl aus Forschungs- als auch aus klinischer Perspektive wird die Heterogenität vorliegender Gewaltdefinitionen als wesentliche Barriere zum Verständnis der Problematik gesehen. Nach Lachs und Pillemer (2004) sollte eine Definition sowohl wissenschaftliche Kriterien, z. B. in Hinblick auf Interrater-Reliabilität, erfüllen als auch für die klinische Anwendung geeignet sein. Sie folgen der Definition einer Kommission, welche 2004 durch die US National Academy of Science einberufen wurde: Elder Abuse wird definiert als „(a) intentional actions that cause harm (whether or not harm is intended), to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder, or (b) failure by caregiver to satisfy the elder’s basic needs or to protect the elder from harm“ (National Academics of Science 2002, zit. in: Lachs & Pillemer 2004, S. 1264).

Bei der Spezifizierung des Gewaltbegriffs im Kontext mit der Zielgruppe der Älteren verweist Görden (2010) auf die Inhomogenität vorliegender Gewalttaxonomien. Das amerikanische National Center on Elder Abuse subsumiere zusätzlich zu den oben genannten Kategorien von Lachs und Pillemer „Aussetzen bzw. Verlassen in hilfloser Lage (abandonment)“ (ebd., S. 58) und „Selbstvernachlässigung älterer Menschen (self-neglect)“ (ebd.) unter Elder Abuse, so Görden. Ausgehend vom Handeln und Unterlassen des Täters bevorzugt er das Begriffspaar ‚Misshandlung und Vernachlässigung‘ gegenüber dem Terminus ‚Gewalt‘. Der Ausdruck ‚Missbrauch‘ habe sich in Deutschland „unter anderem wegen der sexuellen Konnotationen des Begriffs“ (ebd.) nicht etablieren können. Görden differenziert in Gewalthandlungen mit und ohne Schädigungsabsicht. Besonders im Bereich

der pflegerischen Vernachlässigung, des Ausübens von Zwang und der Freiheitseinschränkung kommt es zu problematischen Vorkommnissen ohne Schädigungsintention aufseiten der Verursacher. Im Zusammenhang mit negativen Auswirkungen für das Opfer präferiert er insbesondere im Kontext von Pflegebeziehungen die Begriffe „Problemverhalten“ (ebd., S. 59) oder „problematische Verhaltensweisen“ (ebd.). Bei diesen Einschätzungen sei zu beachten, dass sowohl die Schutzbedarfe als auch die Autonomiebestrebungen pflegebedürftiger Menschen zu berücksichtigen sind.

Arbeitsdefinition von Elder Abuse im Projekt PURFAM

Im Projekt PURFAM wurde eine Definition als Arbeitsgrundlage gewählt, welche von ‘Action on Elder Abuse’ (UK) entwickelt und u. a. vom Netzwerk ‘International Network for the Prevention of Elder Abuse’ verwendet wird: “Elder abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person” (exemplarisch: Biggs et al., 2009, S. 4; Krug et al., 2002, S. 126f). Das Team des Projekts MILCEA² (Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse) hatte diese Definition von Elder Abuse folgendermaßen übersetzt: „Eine einmalige oder wiederholte Handlung oder ein Fehlen einer gebotenen Handlung, innerhalb jedweder Beziehung, in der Vertrauen erwartet wird, und die bei einer älteren Person zu Schädigung oder Leid führt“ (MILCEA, 2010, S. 3). Eine einheitliche Systematik der Formen von Elder Abuse sowie dazugehöriger Indikatoren liegt zurzeit noch nicht vor. Die von Lachs und Pillemer (2004) genannten Formen von Gewalt werden vielfach zitiert.³ Die Autoren unterscheiden körperliche Misshandlung („physical abuse“), psychische oder emotionale Misshandlung („psychological abuse“), sexuelle Belästigung („sexual assault“), finanzielle Übervorteilung („material exploitation“) und Vernachlässigung („neglect“) (ebd., S. 1264).

2.1.2 Prävalenzstudien

Gewalt gegen ältere Menschen im Allgemeinen, ohne Bezugnahme auf Personen mit Beeinträchtigungen oder erhöhter Abhängigkeit, behandelt eine systematische Überblicksarbeit zum Forschungsstand von Elder Abuse in europäischen Ländern von De Donder et al. (2011). Die Analyse, welche Studien bis zum Jahr 2009 einschloss, ermittelte Prävalenzraten des Phänomens Gewalt gegenüber Älteren zwischen 0,8% und 29,3%. Die divergierende Datenlage erklären die Autoren durch differierende Forschungsdesigns mit unterschiedlichen Definitionen und Operationalisierungen von Gewalt gegen alte Menschen, der Wahl von verschiedenen Messinstrumenten, uneinheitlichen Stichprobenziehungen,

² Trägerschaft: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen.

³ Ebenso verwendet u. a. bei Bennett, Kingston & Penhale, 1997; Ahmed & Lachs, 2002, Anetzberger, 2005; McCreadie, 1996 (zit. in Perel-Levin, 2008).

unterschiedliche Zeiträume der Erfassung, Varianz in der Größe des Einzugsgebietes und der eingeschlossenen Tätergruppen. In vielen Länder Europas wie z. B. Frankreich, Österreich, Italien und der Schweiz existieren noch gar keine nationalen Studien (De Donder et al., 2011).

Ein Bericht der WHO nennt für die Europäische Region einen Schätzwert von mindestens vier Millionen Fällen von Gewalt gegen ältere Menschen innerhalb eines Jahres. Aktuellere Zahlen zur Thematik Elder Abuse ebenfalls ohne eine Eingrenzung auf Pflegebedürftigkeit liegen beispielsweise in Großbritannien vor. Die Befunde der oben erwähnten repräsentativen Studie von Biggs et al. (2009) weisen eine 12-Monats-Prävalenz von 2,6 % bei Misshandlungen und Vernachlässigung gegenüber älteren Menschen in Privathaushalten auf. In die Studie eingeschlossen war die Altersgruppe 66 Jahre und älter. Der Prozentsatz von 2,6 % entspricht 227.000 betroffenen Personen im Vereinigten Königreich. Die Autoren präzisieren, dass dies einem durchschnittlichen Vorkommen von Misshandlung oder Vernachlässigung bei einem von 40 Patienten in einer typischen Hausarztpraxis entsprechen würde. Bei einer Differenzierung der einzelnen Formen von Elder Abuse liegen folgende Prävalenzdaten vor:

- Misshandlung und Vernachlässigung gesamt: 2,6 %
- Vernachlässigung: 1,1 %
- Finanzielle Übervorteilung bzw. Ausbeutung: 0,7 %
- Psychische Misshandlung: 0,4 %
- Physische Misshandlung: 0,4 %
- Sexueller Missbrauch: 0,2 %

Die häufigste Form von Elder Abuse liegt bei dieser Stichprobe somit in Form von Vernachlässigung, gefolgt von finanzieller Übervorteilung, vor. Über die Hälfte der misshandelnden Familienangehörigen sind Partner oder Ehepartner (51 %).

In Hinblick auf Genderdifferenzen sind Frauen bezogen auf alle Formen von Elder Abuse signifikant höher betroffen (ebd.):

- Frauen: 3,8 %
- Männer: 1,1 %

Im Bereich der finanziellen Ausbeutung zeigen sich keine Geschlechterdifferenzen. Geschlechterspezifische Prävalenzen variieren jedoch altersbezogen, beispielsweise beträgt die Prävalenz bei Vernachlässigung innerhalb der Gruppe der Frauen mit 85 Jahren und älter 5 %. Die Befunde belegen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Misshandlungen bei schlechterem Gesundheitsstatus von älteren Menschen. Biggs et al. (2009) diskutieren diesbezüglich Verzerrungen der Ergebnisse aufgrund der Problematik des Einschlusses besonders vulnerabler Personengruppen.

Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Älteren

Bei der Subgruppe der – i. d. R. hochbetagten – Pflegebedürftigen wird gegenüber der gesamten Population älterer Menschen von deutlich höheren Prävalenzraten aufgrund einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Görgen, 2010; De Donder et al. 2011). Barrieren beim Zugang betreffen z. B. Teilgruppen wie schwerpflegebedürftige oder demenzkranke Personen.

In einer Befragung von pflegenden Angehörigen mit einer Stichprobe von 254 Personen (Görgen, 2012b), darunter 40 männliche, wurde deutlich, dass problematische Verhaltensweisen nicht auf Einzelfälle begrenzt sind. Physische Misshandlungen für den Zeitraum der letzten 12 Monate wurden von 19,4 % der Befragten berichtet. Bei psychischer Misshandlung der pflegebedürftigen Menschen lag die 12-Monats-Prävalenz bei 47,6 %. Als problematische Verhaltensweisen waren ‚Anschreien‘ (35,3 % aller Befragten) und ‚Beschimpfen‘ (30,2 %) die am weitesten verbreiteten Formen psychischer Misshandlung. Es wird davon ausgegangen, dass es sich dabei in der Regel nicht um intendiertes, sondern um durch pflegebedingte Überlastungssettings induziertes Verhalten handelt. Vernachlässigung wurde nur selten berichtet, was als Indiz einerseits für den hohen Einsatz in der familialen Pflege sowie andererseits für Defizite in der Rezeption von fachlich ungenügenden Pflegeleistungen gewertet wird. Der Autor betont, dass die vorliegenden Prävalenzraten aufgrund der Stichprobengröße und -selektivität nicht auf die Gesamtheit pflegender Angehöriger übertragbar sind (ebd.).

Befunde aus der LEANDER-Studie mit 888 Probanden ergeben folgende Prävalenzen: 20,9 % der Befragten gaben an, gegenüber ihrem Pflegebedürftigen oft oder sehr oft ‚lauter zu werden‘, 2,5 % berichteten von häufigen Drohungen und Einschüchterungen und 1,0 % davon, den Pflegebedürftigen oft oder sehr oft ‚härter anzufassen‘ (Thoma, Schacke & Zank, 2004).

Repräsentative Ergebnisse von Eisikovits, Winterstein und Lowenstein (2004) zeigten, dass 18,4 % der Befragten in den letzten 12 Monaten wenigstens einem Typ von Gewalt ausgesetzt waren. Vernachlässigung wurde innerhalb des Zeitraums der letzten drei Monate in 25 % der Fälle in der Stichprobe ermittelt, wovon 18 % die Missachtung grundlegender Bedürfnisse betraf. Beim Typus Vernachlässigung lagen keine geschlechterspezifischen Differenzen vor. Die hohe Prävalenzrate wird u. a. mit einem Vermeidungsverhalten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen erklärt. Die Autoren betonen die sozialpolitische Relevanz der Implementierung von interdisziplinären Dienstleistungen.

Der Bericht „European report on preventing elder maltreatment“ (Sethi et al., 2011) der World Health Organization nennt eine systematische Auswertung verschiedener europäischer Studien mit dem Ergebnis, dass ca. ein Drittel aller pflegenden Angehörigen von

signifikanten Misshandlungen gegenüber Pflegebedürftigen berichtet. Selbstauskünfte pflegender Angehöriger bestätigen eine hohe Anzahl von problematischen Verhaltensweisen und deuten auf die gesellschaftliche Relevanz der Problematik hin. Hieraus sei zu schließen, dass pflegebedürftige alte Menschen eine ausgesprochen vulnerable Zielgruppe darstellen, so das Fazit. Weiterhin würde aber auch durch das ehrliche Antwortverhalten deutlich, wie hoch das Präventionspotenzial einzuschätzen sei (ebd.).

In einer weiteren Studie aus Spanien von Iborra (2008) lag der Anteil der älteren Probanden, die Missbrauch oder Gewalt erfahren hatten, nach eigenen Angaben bei 0,8 %. In der Subgruppe der pflege- und hilfebedürftigen Personen erhöhte sich die Prävalenz auf 1,5 %, weshalb in der Studie Rückschlüsse auf eine Korrelation von Abhängigkeit und erhöhtem Risiko gezogen werden. 4,5 % der pflegenden Angehörigen berichteten von eigenen problematischen Verhaltensweisen.

2.1.3 Theoretische Erklärungsansätze und Risikofaktoren

Das Phänomen Elder Abuse wird in der Literatur theoretisch unterschiedlich verortet. Perel-Levin führt in einer Schrift der WHO Erklärungsansätze u. a. aus psychologischen und soziologischen Handlungsfeldern, der Frauenforschung und dem Kinder- und Jugendschutzbereich auf. Hierbei sei zu beachten, so Perel-Levin, dass die isolierte Betrachtung nur eines Ansatzes das komplexe Phänomen von Elder Abuse nicht erklären kann. Daher seien eindimensionale Interpretationen kritisch zu bewerten und multikausale Erklärungsmodelle vorzuziehen. Ebenso ist von Relevanz, dass Gewalterfahrungen unter Umständen im Rahmen eines interaktiven Geschehens auftreten, beispielsweise bei Gewalt ausübenden pflegebedürftigen Menschen, was die eindeutige Täter-Opfer-Zuordnung erschwert (exemplarisch: Nerenberg, 2008, 2002).

Zentral für das Verständnis von problematischen Pflegesituationen und Gewalt ausgehend von *pflegenden Angehörigen* ist der Ansatz „situational theory“, das *sogenannte Belastungsparadigma*. Nach diesem Ansatz kann eine problematische Dynamik entstehen, wenn Angehörige, oftmals trotz einer originär positiven Einstellung zur Übernahme der Pflege, die Pflegeaufgabe und das Verhalten des pflegebedürftigen Menschen als belastend erleben.

So zeigen auch empirische Befunde, dass ein hohes Belastungsempfinden zu einem erhöhten Risiko von Gewalthandlungen der pflegenden Angehörigen führen kann (Görgen et al. 2012a; Zank et al., 2002). Verschiedene Autoren betonen im Zusammenhang mit Belastungsphänomenen pflegender Angehöriger die Notwendigkeit einer stärkeren Fokussierung des Risikofaktors Demenz zur Prävention von Elder Abuse (exemplarisch: Nerenberg, 2008; Flannery, 2003; VandeWeerd & Pazeva, 2005; im deutschsprachigen Raum beispielsweise Hörl & Schimany, 2004). Auch die Ergebnisse der oben erwähnten

LEANDER-Studie (Zank & Schacke, 2007; Zank, Schacke & Leipold, 2006) weisen in diese Richtung, da hier ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Belastung durch Verhaltensstörungen *demenziell erkrankter Menschen* und dem erhöhten Risiko von Aggressivität und Gewalt bei Angehörigen im Kontext des Krankheitsbildes Demenz deutlich wird.

Im Hinblick auf die Reziprozität belastender Pflegebeziehungen konnten inzwischen auch langfristige Effekte belegt werden. So zeigte sich in einer Auswertung basierend auf Daten der LEANDER-Studie, dass sich Pflegesituationen, die von erhöhter Belastung und problematischen Verhaltensweisen in der Interaktion geprägt sind, auch nach der eigentlichen Pflegephase noch negativ auf das Befinden der Angehörigen auswirken (Osterbeck, Schacke & Zank, 2010). Im Rahmen der dritten Phase der LEANDER-Studie wurde bei insgesamt 90 Personen (Durchschnittsalter ca. 60 Jahre; 85% Frauen) der folgende Sachverhalt ermittelt: „Je häufiger bei Angehörigen aggressive Tendenzen gegenüber dem Pflegebedürftigen vorhanden waren, desto stärker sind die trauerspezifischen Symptome sowie die Nachwirkungen der Pflege.“ (ebd., S. 521). Familial Pflegenden, die verstärkt Aggressivität und Gewalt für den Zeitraum der Pflegeausübung angaben, hatten nach der Pflegesituation höhere Werte in den Subskalen „Schuldgefühle“, „Wiederkehrende Gedanken zur Pflegesituation“ und „Subjektive Erschöpfung nach der Pflege“. Bei Angehörigen, die das Versterben ihrer demenzkranken Angehörigen weniger akzeptieren konnten, wurden bezogen auf die Phase der Pflege häufiger aggressive Tendenzen aufgezeigt als bei denjenigen, die den Tod der Verstorbenen einfacher akzeptieren konnten. Diese Ergebnisse machen die potenziellen Zusammenhänge von Gewaltphänomenen in der familialen Pflege und einer komplizierten Trauerverarbeitung deutlich. Sie zeigen die Relevanz einer frühzeitigen Gewaltprävention auf, welche letztendlich beiden beteiligten Personen, der pflegenden und der gepflegten Person, zugutekommt (ebd., S. 531f).

Auf der Basis epidemiologischer Studien wurden neben der Überlastungsproblematik weitere Gewalt begünstigende Faktoren ermittelt (vgl. Tabelle 2), die im Nexus familialer Pflege Konstellationen mit einer erhöhten Gefährdung von Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger Menschen aufzeigen. Zu beachten ist, dass aufgrund von Risikofaktoren keine deduktiven Rückschlüsse auf konkrete individuelle Pflegesituationen erfolgen können.

Nach Nerenberg (2008) kann weiterhin von einem erhöhten Risiko von Gewalthandlungen in der Subgruppe pflegender Angehöriger ausgegangen werden, in der die prospektive Sorge, zukünftig gewalttätig werden zu können, geäußert wird. Diese Angehörigengruppe sei stärker gefährdet, problematisch zu handeln. Diskutiert wird weiterhin, inwieweit der Grad der Pflegebedürftigkeit und die gesundheitlichen

Einschränkungen einen Gewalt begünstigenden Faktor darstellen. Hierzu ist die Befundlage nicht einheitlich (Görgen 2010, S. 53).

In einer repräsentativen Studie aus den USA von Acierno et al. (2010) korrelieren nahezu alle Formen von Misshandlung und Vernachlässigung mit geringer sozialer Unterstützung. Weiterhin wird die Existenz früherer traumatischer Ereignisse als wesentlicher Risikofaktor genannt. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass ein *ursächlicher* Zusammenhang von Misshandlung durch einen niedrigen Grad sozialer Unterstützung durch die Befunde nicht belegt sei, da möglicherweise Gewalterfahrungen zu einer geringeren Nachfrage nach Unterstützungsleistungen führen können. Jedoch seien insbesondere hierzu präventive Interventionsmaßnahmen zu installieren.

Tabelle 2: Literaturbefunde zu Risikofaktoren von Gewalt in der familialen Pflege

Risikofaktor	Literatur
Ein gemeinsamer Haushalt von pflegebedürftiger und pflegender Person	Lachs & Pillemer (2004)
Aggressives und gewaltförmiges Verhalten des Pflegebedürftigen	Pillemer & Suitor (1992) Görgen et al. (2012a)
Vorliegen einer Demenzerkrankung	Fulmer et al. (2005) Hughes (1997) Yan & Tang (2004)
Suchtmittelabhängigkeit der Pflegeperson, psychische Störungen und Erkrankungen	Paveza et al. (1992) Williamson & Shaffer (2001) Görgen et al. (2012a)
Kognitive Beeinträchtigungen der familialen Pflegeperson	Miller et al. (2006)
Soziale Isoliertheit von Pflegenden	Compton et al. (1997)
Beziehungsqualität vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne von gewalt- und konfliktgeprägt	Hughes (1997) Nolan (1997) Sadler et al. (1995) Saveman et al. (1996) Görgen et al. (2012a)
Eine vorrangig auf Verpflichtungsgefühlen oder finanziellen Vorteilen basierende Pflegeübernahme	Görgen et al. (2012a)

Anmerkung. Quelle: Görgen et al. 2012a, S. 13f; Görgen 2010, S. 52f

2.2. Internationale Best-Practice-Ansätze

Aspekte der Prävention haben im Projekt PURFAM wie generell bei der Fragestellung Elder Abuse einen zentralen Stellenwert. Zur zielgruppengerechten Konzeptionierung der im Rahmen von PURFAM entwickelten Interventionsmaßnahme wurden nationale und internationale Beispiele guter Praxis (best practice) berücksichtigt.

2.2.1 Empfehlungen der WHO

Als richtungsweisende Best-Practice-Ansätze auf internationaler Ebene können die Ausführungen der WHO in ‚World Health Organization (2008): A Global Response to Elder Abuse‘⁴ herangezogen werden. In diesem Projektbericht werden Empfehlungen zu Verfahrensabläufen für Diagnosestellung und Intervention im Kontext von ‚Elder Abuse‘ gegeben, welche als Leitfaden zur Befähigung von Ärzten, Krankenschwestern und weiteren Beteiligten des Interventionssegments Primary Health Care⁵ dienen.

Vorbildliches Handeln wird durch folgende Aspekte deutlich:

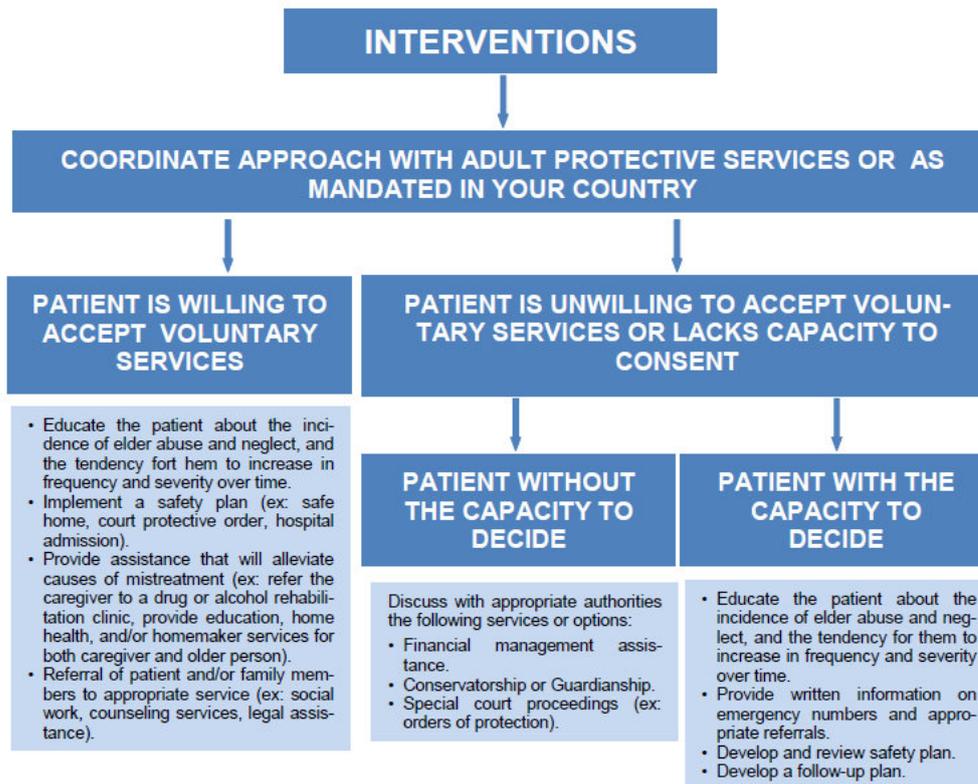
- Vertreterinnen und Vertreter der Profession Pflege sowie weitere ergänzende Disziplinen werden als Interventionsagenten zur Zielgruppe von Misshandlung und Vernachlässigung betroffener alter Menschen betrachtet. Hierunter sind auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten zu subsumieren.
- Diese Berufsgruppen bzw. Interventionsagenten benötigen Regularien als Handlungsorientierungen für interne und externe Abläufe im Rahmen ihrer Alltagsroutinen. Hierzu erhalten sie inhaltlich ausbaufähige Eckpunkte.

Die vorgegebene Systematik zur wirksamen Erfassung und Bekämpfung von ‚Elder Abuse‘ beinhaltet als Erstes die Berücksichtigung epidemiologischer Aspekte. Weiterhin gilt es, die verschiedenen Formen von Gewalt und Misshandlung zu klassifizieren sowie Risikofaktoren von Elder Abuse zu berücksichtigen.

Ein Assessment zur Identifizierung von älteren, von Gewalt betroffenen Menschen sowie der Gewalt ausübenden Personen und passgenaue Interventionsstrategien (siehe Abbildung 1) werden erläutert.

⁴ Project coordinators: Alexandre Kalache (WHO), Charles-Henri Rapin (Centre Interfacultaire de Gérontologie de l'Université de Genève, CIG-UNIGE), Karina Kaindl (CIG-UNIGE). Research partners and experts: Mark S. Lachs (Cornell University, New York), Maxine Lithwick (Centre de santé et de services, Montréal), Mark J. Yaffe (McGill University, Montreal).

⁵ Primary Health Care gilt als ein Leitbegriff der Gesundheitsförderung und wird mit „primäre Gesundheitsversorgung“ übersetzt (Sabo, Peter, in: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-66.html). Vor allem in Großbritannien und außereuropäischen Ländern haben Primary Health Care Teams (PHCT) die Funktion der primären Gesundheitsversorgung auf Gemeindeebene. Die personelle Besetzung ist i.d.R. interdisziplinär (Medizin, Pflege, etc.) und die Zielgruppen sind insbesondere Schwangere, Mütter und Kinder sowie alte Menschen (ebd.).



Anmerkung. Quelle: World Health Organization, 2008, S. 87.

Abbildung 1: Interventionsschema bei Vorliegen von Misshandlung und Vernachlässigung

Im genannten Bericht der WHO wird betont, dass die verschiedenen Dimensionen einer Intervention in Verbindung mit der Verfügbarkeit vorhandener Dienste in den einzelnen Ländern und Regionen stehen. Daher wird empfohlen, ein generelles Programm für die Bedarfe des jeweiligen Landes bzw. der speziellen Region in Anlehnung an das oben abgebildete Ablaufschema zu entwickeln. Dabei sollte grundlegend in Hinblick auf ein vorhandenes oder nicht vorhandenes Einverständnis zur Inanspruchnahme von Hilfe und das Vorliegen von diesbezüglichen Entscheidungskompetenzen differenziert werden: „*In every case of abuse or neglect, the intervention will depend principally on the acceptance by the older individual of the offer of assistance, as well as the person’s capacity to decide*“ (ebd.).

Das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie älterer und hochbetagter Menschen steht an zentraler Stelle auch im Falle eines Verdachts auf Misshandlung und Vernachlässigung.

2.2.2 Nachhaltig bewährte Verfahren in den USA bei Gewalt in der familialen Pflege

Best-Practice-Erfahrungen aus den USA werden nachfolgend am Beispiel der Ausführungen einer einschlägigen Expertin aus dem Praxiskontext, Lisa Nerenberg, geschildert. Sie thematisiert als einen Schwerpunkt insbesondere auch eine erhöhte Gewaltbereitschaft als

potenzieller Effekt von Überforderung bei pflegenden Angehörigen. Die Autorin geht hierbei z. B. auf Interdependenzen beim Auslösen von gewalttätigen Situationen aufgrund problematischer Verhaltensweisen von Menschen mit kognitiven Einbußen ein. In den USA wurden in vielen Bundesländern Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige installiert. Zu den etablierten Interventionsmaßnahmen gehören:

- Unterstützungsgruppen analog den Selbsthilfegruppen und Angehörigen-gesprächsgruppen in der BRD,
- Schulungen,
- Assessmentinstrumente (im Einsatz ist ein breites Spektrum von kurzen Checklisten bis zu komplexen Assessmentinstrumentarien),
- Case Management,
- Verhaltensempfehlungen und Hinweise zum Umgang,
- Entlastungsangebote.

Bei den Präventionsmaßnahmen werden als Interventionsagenten u. a. Anbieter von Serviceleistungen im Segment ambulanter Pflege präferiert. Von Interesse für PURFAM sind hierbei u. a. Empfehlungen zur Präventionsarbeit für Anbieter von ambulanten Pflegeleistungen.

2.2.3 Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Bei der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ, 2007) handelt es sich um einen Katalog von Rechten, der im Rahmen eines Konsensusverfahrens von einem Gremium mit Vertretern aus unterschiedlichen Bereichen der Pflege, von Verbänden und Experten aus den Disziplinen Recht, Ethik und Wissenschaft erarbeitet worden ist. Pflegebedürftige Menschen werden hierbei als Träger von grundlegenden Rechten angesprochen. Mittlerweile erfährt die Pflege-Charta eine zunehmende Verbreitung und weitere gesetzliche Bezugnahmen, z. B. im Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfVG, in Kraft seit 01.07.2008). Auch mit dem PURFAM-Projekt wird das Anliegen der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen unterstützt und zum Ausdruck gebracht.

2.2.4 Projekt EDe

Im Projekt Entlastungsprogramm bei Demenz (EDe)⁶ können alle oben genannten Kriterien von Best-Practice identifiziert werden, insbesondere sind die Netzwerkorientierung und der niedrighschwellige Zugang hervorzuheben. Als Ausgangsproblem lag folgende Situation vor: „Das Aufdecken einer Unterversorgung der Demenzerkrankten auch in Form von Gewaltanwendung/Fixierungen erforderte häufig eine konsequente Klärung der Situation, die von den Angehörigen zunächst nicht als Unterstützung und Entlastung wahrgenommen

⁶ Träger: PariSozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH im Kreis Minden-Lübbecke.

wurde“ (Emme von der Ahe et al., 2010, S. 163). Im Projekt EDe wurden bezogen auf die genannte Ausgangsfragestellung handlungsorientierte Lösungen bei der Aufdeckung und nachfolgenden Bearbeitung aufgezeigt, beispielsweise die Problemlagen Fixierung und häusliche Gewalt betreffend. Als zielführend erwiesen sich:

- Zugehende Beratung,
- feste Ansprechperson (,Gesundheitsberaterin‘),
- Einbezug spezialisierter Dienste (Opferschutzbeauftragte),
- Vernetzung und Einbindung von Schlüssel-Akteuren,
- Beratung bei Bedarf durch *mehrere* Schlüssel-Akteure,
- Berücksichtigung des hohen Stellenwerts von Kommunikation.

2.2.5 Impulse für PURFAM

Zusammenfassend können für die Konzeptionierung der PURFAM-Intervention aus dem Feld Best-Practice u. a. folgende relevante Impulse abgeleitet werden:

Tabelle 3: Transfer relevanter Aspekte aus Best-Practice-Modellen

Transfer relevanter Aspekte
1. Ambulante Pflegedienste können als wichtiger Zugang zu potenziellen Opfern häuslicher Gewalt in der Pflege betrachtet werden.
2. Die dazugehörigen Berufsgruppen benötigen Verfahrenswege wie Pfade und Regularien.
3. Empfohlen werden Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige.
4. Die als beispielhaft identifizierten Interventionsmaßnahmen sind bereits Teil bundesdeutscher Pflegeinfrastruktur: <ul style="list-style-type: none"> • Schulungen • Beratung • Entlastungsmaßnahmen, etc. Angehörige sollten zu ihrer Inanspruchnahme aktiv ermutigt werden.
5. In jüngster Zeit wird verstärkt auf die Grundrechte pflegebedürftiger Menschen hingewiesen. Dies unterstützt das Anliegen von PURFAM.
6. Spezialisierte Fachstellen zur Thematik sind wichtige Interventionspartner für PURFAM.
7. Zur Identifizierung und gezielten Intervention sind u. a. folgende Elemente förderlich: <ul style="list-style-type: none"> • Zugehende Beratung, • Persönliche Ansprechpartner, • Berücksichtigung des hohen Anteils an Kommunikation im Prozess der Problemlösung.

Der Interventionsansatz von PURFAM

Die im Projekt PURFAM entwickelte Interventionsmaßnahme beinhaltet die wesentlichen in diesem Kapitel genannten Lösungsansätze zur Früherkennung und Vermeidung bzw. Reduzierung von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege alter Menschen. Das PURFAM-Konzept eignet sich für alle Formen der Prävention, der frühen Sensibilisierung, der systematisierten Früherkennung und der Planung nachfolgender Interventionen.

2.3 Experteninterviews mit nationalen Experten

Experteninterviews eignen sich besonders zur Identifikation derjenigen Wissens- und Erfahrungsquellen, die durch die entsprechende Literatur nicht oder nur unzureichend abgebildet werden kann. Beim Experteninterview handelt es sich um eine Form des qualitativen Interviews. Lamnek ordnet es dem „Informatorischen Interview“ zu, welches der „deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen der Befragten“ dient (2005, S. 333). Methodisch wurde im PURFAM-Projekt angelehnt an Witzel (Problemzentriertes Interview) und Mayring (Qualitative Inhaltsanalyse) gearbeitet. Zu den grundlegenden Merkmalen dieses Forschungsansatzes gehören Offenheit und Prozesshaftigkeit. Die intersubjektive Überprüfbarkeit wird u. a. durch Gütekriterien wie Regelgeleitetheit und Dokumentation gewährleistet. Zentral ist die Selektion der Experten. Zum Begriff ‚Experte‘ führen Bogner und Menz aus:

Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf. (2005, S. 46)

Der Expertenstatus wird vom Forscher aufgrund der spezifischen Fragestellung verliehen (vgl. Tabelle 4) und sollte nicht ausschließlich an einer formalen Berufsrolle festgemacht werden, sondern weitere thematisch beteiligte Personengruppen wie Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen (d. h. im weitesten Sinne NGOs) und deren Spezialwissen berücksichtigen (Meuser & Nagel, 2005b). Ausgehend von der gerontologischen Aufgabenstellung und der interdisziplinären Ausrichtung von PURFAM wurden insgesamt 25 Experten aus verschiedenen Disziplinen und Praxisfeldern in ganz Deutschland berücksichtigt.

Tabelle 4: Expertenstatus

Experten...
• tragen Verantwortung für Entwurf, Implementierung oder Kontrolle einer Problemlösung
• haben privilegierten Zugang zu Personengruppen oder Entscheidungsprozessen
• befinden sich oftmals nicht auf der obersten, sondern der zweiten oder dritten Ebene einer Organisation, auf der Entscheidungen vorbereitet und durchgesetzt werden (so genanntes Insider-Wissen)

Anmerkung. Quelle: Meuser & Nagel, 2005a.

Dabei wurden multiple Handlungsebenen einbezogen. Experten im Sinne des PURFAM-Interviews:

- haben Expertise zu Elder Abuse oder zu familialer Pflege (resp. bei Demenz)
- sind entweder Forschungs- oder Praxisvertreter
- sind möglicherweise Türöffner zur Rekrutierung von Interventionspartnern, d. h. ambulanten Pflegediensten
- oder verfügen über Spezialwissen in den Feldern Kinder- und Jugendschutz sowie Gewalt gegenüber Frauen

In der Gruppe der PURFAM-Experten lagen vielfach Mehrfachdisziplinen und -qualifikationen vor. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sind durch die Disziplinen Rechtswissenschaft, Pflegewissenschaft, Kriminologie, Gerontopsychiatrie, Psychologie und Soziale Arbeit eingeflossen. Weitere Einschlusskriterien waren Spezialwissen zu Demenz sowie zu dem Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz und Kenntnis von Pflegestützpunkten und dem Care- und Case-Management.

Neben einschlägiger Forschungsliteratur wurde gezielt Praxisexpertise ins Datenmaterial integriert. Die beteiligten Pflege- und Seniorenberater sowie Pflegedienstleiter und -mitarbeiter operieren auf der konkreten Handlungsebene und haben den direkten Kontakt zur Zielgruppe. Auch ihre jeweilige Institutionenlogik wird in der Auswertung von PURFAM berücksichtigt. Durch Fachreferenten einschlägiger Altenhilfeorganisationen und dem Einbezug einer Landes-Seniorenvertretung wurden die Diskurse ihrer Gremien auf Bundes- und Länderebene in den Befunden berücksichtigt. Auch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie kommunaler Stellen mit spezialisierter Zuständigkeit haben ihr jeweiliges Detailwissen im Umgang mit der Zielgruppe eingebracht. Durch zwei Rechtsexperten aus dem BMFSFJ konnten wesentliche Erkenntnisse aus den Themenfeldern ‚Gewalt gegen Frauen‘ und ‚Gewalt gegen Kinder und Jugendliche‘ in das Datenmaterial einfließen. Die vielfältigen und weitreichenden Rechtsimplikationen für das Projekt PURFAM wurden zusätzlich mittels eines juristischen Gutachtens geklärt.

Im Bereich der Zielgruppe Frauen hat das BMFSFJ eine einschlägige repräsentative Studie mit nachfolgenden Sekundäranalysen herausgegeben, die den Handlungsbedarf in der Altersgruppe hochbetagter und beeinträchtigter Menschen unterstreicht.

2.3.1 Datenerhebung und Instrumente

Die Datenerhebung erfolgte nach der Methode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985). Das Verfahren gliedert sich in Problemanalyse, Erstellung eines Leitfadens, Pre-Test zur Leitfadenerprobung, Überarbeitung des Interviewleitfadens und der nachfolgenden Datenerhebung, welche mit einem Aufnahmegerät festgehalten und anschließend transkribiert wird.

Erhebungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt wird der Aufbau der PURFAM-Erhebungsinstrumente beschrieben. Das von PURFAM entwickelte Material (Leitfaden, Kurzfragebogen und Postskriptum) ist in Anlage 2 aufgeführt. Der Leitfaden ist dreigeteilt. Im ersten Teil wird Datenmaterial zu Erfahrungen und generellen Einschätzungen des Interviewpartners generiert. Hierunter werden die Experten z. B. um eine begriffliche und inhaltliche Annäherung an das Phänomen ‚Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung‘ gebeten. Berufliche Berührungspunkte, bisherige Erfahrungen sowie Einschätzungen relevanter Interventionsaspekte werden weiterhin abgefragt.

Teil zwei dient der Szenario-Bildung mittels dreier Ablaufschemata zur Reflexion einer potenziellen Übertragbarkeit des Verfahrens von der Kinder- und Jugendhilfe (nach § 8a SGB VIII) auf die Altenhilfe. Die Experten werden dabei auch um eine Einschätzung erwartbarer Barrieren im Rahmen des Implementierungsprozesses, beispielsweise aufgrund von Tabuisierungstendenzen, gebeten.

Im dritten Teil werden Detailfragen zur Umsetzung der PURFAM-Intervention gestellt. Das Spektrum der Fragen umfasst u. a. die Strukturqualität der infrage kommenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, ebenso Überlegungen zu Zivilcourage von Pflegekräften, zur benötigten Institutionenkultur, zur Integration von Familienangehörigen bei Verdachtsfällen sowie zu monetären Anreizen für Pflegedienste zur Bearbeitung dieser Thematik. Der Leitfaden wurde einem Pre-Test unterzogen, bedurfte jedoch keiner Modifikation.

Ablauf der Interviews

Durch die Planung des Interviewverlaufs sollte Gegenstandsorientierung als geeigneter Zugang zum Erleben des Befragten gewährleistet werden. Zur Prozessorientierung gehört u. a. die flexible Datengewinnung, d. h. das Eingehen auf die Äußerungen der Befragten im Interview. Diese „Hinwendung zur Sichtweise der Akteure“ (ebd., S. 228) und ihre „Situationsdeutungen“ (ebd.) kann den Verlauf des Interviews beeinflussen. Hierzu ist die Rolle des Interviewers zu reflektieren, welche den Interviewer als potenziellen Kritiker, als Autorität, als Co-Experte oder als Experte einer anderen Wissenskultur ausweisen kann (Bogner & Menz, 2005). In den PURFAM-Interviews handelte es sich um die Rolle des Co-Experten und Experte einer anderen Wissenskultur.

2.3.2 Datenauswertung und exemplarische Ergebnisse

Die Datenauswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Zu ihren Kennzeichen gehören ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen, die zentrale Stellung der Kategorienbildung, der Gegenstandsbezug, die Berücksichtigung des Kommunikationszusammenhangs, die Überprüfung durch Pilotstudien sowie die Möglichkeit des Einbezugs quantitativer Analyseschritte (Mayring, 2003). Sie wurde im PURFAM-Projekt computergestützt mit einem Programm zur qualitativen Datenanalyse durchgeführt.

Das Datenmaterial birgt durch die heterogene Zusammensetzung und Anzahl der Experten eine Vielzahl von Ergebnissen, welche das Thema Elder Abuse grundsätzlich betreffen. Nachfolgend werden exemplarisch Ergebnisse, welche die unmittelbare Entwicklung der Interventionsmaßnahme betreffen, geschildert. Befunde, welche sich unmittelbar auf das Assessmentverfahren beziehen, sind direkt in die Entwicklung der PURFAM-Checklisten eingeflossen (s. Kapitel 3). In Kapitel 3 soll darüber hinaus der breiten Forderung der Experten nach Berücksichtigung von Angehörigenbelastung bzw. den hieraus entstehenden Negativ-Kreisläufen veranschaulicht werden. Hierzu weisen 22 Experten auf die besondere Problemlage bei Belastungskumulationen hin. Tabelle 5 enthält exemplarische Zitate aus den Interviews zur Veranschaulichung der Zusammenhänge zwischen problematischem Handeln und erhöhter Belastung. Es werden sechs Experten angeführt, die durch ihre unterschiedlicher Disziplinen und Handlungsfelder ein breites Spektrum an Expertise abbilden (PURFAM-Experteninterviews, 2010).

In der multidisziplinär zusammengesetzten Expertengruppe waren zahlreiche Einzeldisziplinen mit ihren immanenten Systematiken, Taxonomien, Paradigmen, Heuristiken und Schwerpunkten vertreten. Dies führte zu umfangreichen Anregungen hinsichtlich der Fortbildungsinhalte und -methoden der PURFAM-Fortbildung (vgl. Tabelle 6 und 7).

Tabelle 5: Expertenaussagen zur Gewaltbegünstigung durch Überlastung

Expertenaussagen
<p><i>Expertin für Rechtswissenschaft und Psychologie</i></p> <p>„Möglicherweise ist Überforderung ein auslösender Faktor, wenn andere Probleme als Ursache für diesen Konflikt vorhanden sind. Insofern ist es durchaus sinnvoll, mit der Suche nach Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige anzufangen“ (ebd.).</p>
<p><i>Experte für Soziale Arbeit und Case Management</i></p> <p>„Ich gehe davon aus, dass das Ausüben von Gewalt sehr viel mit Überforderung zu tun hat, weshalb ich u. a. auch nach Indikatoren von Überforderung suchen würde. Diese kann beispielsweise schon auftreten, wenn es über Jahre eine symbiotische Beziehung ohne Unterstützung durch andere wie Professionelle oder eigene Kinder gibt, und somit Ausgleichsmöglichkeiten und eventuell Entwicklungsperspektiven neben der Pflege eines Angehörigen fehlen“ (ebd.).</p>
<p><i>Expertin für kommunale Gewaltprävention</i></p> <p>„... wie geht z. B. ein Mensch, der pflegt, damit um, dass der Gepflegte aggressiv ist? Und wann überfordert er sich damit selber?“ (ebd.)</p>
<p><i>Experte für Pflegestützpunkte</i></p> <p>„Bei Gewaltausübung in der häuslichen Pflege aus einer Überlastungssituation heraus handelt es sich um eine problematische Situation, aber nicht um ein Offizialdelikt. Beispielsweise wenn ein Angehöriger aus Überforderung und in einer Stresssituation laut wird, vielleicht weil er in der Nacht zum dritten Mal aufstehen und das Bett neu beziehen muss. Wenn er dann zu körperlicher Gewalt greift, z. B. durch Festhalten und ins Bett Zurückdrücken, und hierdurch Hämatome entstehen, dann ist das eine andere Fragestellung und erfordert andere Interventionen, als wenn es um eine Gewaltausübung mit einem Verletzungswillen und dem Zweck der Machtdemonstration geht“ (ebd.).</p>
<p><i>Expertin für Pflegewissenschaft</i></p> <p>„Das Problem liegt ja zum Teil darin, dass auch sehr gute professionelle Hilfen und Tagesangebote unter Umständen nicht ausreichen, beispielsweise wenn Menschen etwas stärker nachtaktiv und wenn Angehörige schlichtweg überfordert sind. Also wir wissen, dass ein ganz großer Teil von Gewalt gerade in der häuslichen Pflege durch Überforderung entsteht. Und hier ist natürlich auch ein ganz wichtiger Ansatzpunkt, der einmal in der physischen und psychischen Entlastung, andererseits aber auch darin, fundierte und der Situation angepasste Kenntnisse zu vermitteln, bestehen muss“ (ebd.).</p>
<p><i>Experte für ambulante Pflegedienste</i></p> <p>„Überforderung! Also 24 Stunden Pflege ist halt etwas, was keiner sieben Tage die Woche leisten kann. Leider sieht man immer wieder, dass viele Menschen es nicht wahrnehmen, dass sie überfordert sind, und dadurch im Prinzip falsch reagieren“ (ebd.).</p>

Anmerkung. Quelle: PURFAM-Experteninterviews, 2010.

Tabelle 6: Experteninterviews: Inhaltliche Anregungen für die PURFAM-Fortbildung

Inhalte
Theoretische Hintergründe zu Elder Abuse <ul style="list-style-type: none"> ○ Formen ○ Indikatoren ○ Risikofaktoren ○ Ursachen
Fixierungen und Fixierungsprotokolle
Wahrnehmung von Gewalt <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilisierung inklusive Selbstreflexion ○ Gesellschaftlicher Kontext hinsichtlich des Umgangs mit Gewalt
Umgang mit einem Verdacht im Sinne von ‚Mut‘
Umgang mit der eigenen Rolle im Sinne von ‚Souveränität‘
Verfahrensweisung bei Verdacht
Rechtskenntnisse <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist die rechtliche Situation der <i>Pflegekraft</i>? ○ Wann muss ein Vorfall angezeigt werden? ○ Pflege-Charta
Umgang mit herausforderndem Verhalten als Grundlagenwissen zur Beratung der Angehörigen
Entlastungsmöglichkeiten, wie z. B. Hilfsmittelversorgung
Ethische Aspekte und Konzepte in Hinblick auf die besondere Verantwortung
Genderaspekte, nicht nur Frauen betreffend

Tabelle 7: Experteninterviews: methodische Anregungen für die PURFAM-Fortbildung

Methodeneinsatz am Schulungstag
Rollenspiel
Selbstreflexiver Anteil mit dem Einbezug von Gedanken, Fantasien, etc.
Genug Raum für Austausch
Einsatz von Humor und Heiterkeit
Wissenstransfer mit starkem Einbezug der emotionalen Ebene
Weitere Referenten neben den PURFAM-Mitarbeiterinnen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ○ Gerichtsmediziner
Ergänzende Aspekte <ul style="list-style-type: none"> ○ Einen Top-down-Prozess initiieren und Führungskräfte einbinden ○ Supervision für Pflegekräfte ○ Entsprechendes Leitbild im Pflegedienst ○ Eine Unternehmenskultur, die Kritik und Verbesserungsvorschläge erlaubt, forcieren ○ Diese Inhalte als reguläre Angebote an Fachhochschulen etablieren

2.4 Internationaler Expertenworkshop von PURFAM

Der Expertenworkshop sollte die Vorstellung des Projekts PURFAM mit den dazugehörigen Inhalten und Zielvorstellungen beinhalten. Zudem sollten erste Ergebnisse mit ausgewiesenen Wissenschaftlern und Praxisakteuren diskutiert werden. Ein Ideenaustausch erschien insbesondere zu Best-Practice-Verfahren zielführend, um ‚Stolpersteine‘ direkt im Vorfeld der Implementierung der PURFAM-Maßnahmen zu identifizieren. Die Komplexität der Aufgabenstellung erforderte einen interdisziplinär zusammengesetzten Teilnehmerkreis, der die Voraussetzung für einen facettenreichen und engagierten Diskurs erfüllte. Zudem war somit eine Plattform etabliert, auf der die Möglichkeit zur Bildung von Netzwerken und Kooperationen, auch in Hinblick auf die spätere Rekrutierung von Pflegediensten, gegeben war. Strukturell gliederte sich der Workshop in Vorträge und Diskussionsforen (siehe Tagungsflyer im Anhang 1.1).

Vorträge

In mehreren Themenblöcken wurden neueste Befunde und Vorhaben zur Thematik Elder Abuse präsentiert, z. B. internationale Prävalenzdaten, theoretische Hintergründe, Screeninginstrumente, Interventionsstrategien und -maßnahmen sowie thematisch angrenzende Projekte auf Bundes- und EU-Ebene. Für den nationalen Kontext wurden u. a. auch rechtliche Implikationen und Potenziale des Transfers struktureller Elemente aus dem Kinder- und Jugendschutzbereich berücksichtigt.

Diskussionsforen

Zur weiteren Erkenntnisgewinnung wurden alle Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer als Experten mit divergierenden Wissensvorräten (Forschung – Praxis, verschiedene Disziplinen) methodisch kontrolliert ‚in ein Gespräch gebracht‘, um ein breites Spektrum von Forschungsergebnissen und guter Praxis erfassen zu können. Die drei Diskussionsforen ‚Screening‘, ‚Training (Fortbildung)‘ und ‚Intervention‘ thematisierten Fragen zum Assessmentverfahren, beispielsweise zu dessen Passgenauigkeit hinsichtlich der Integration in die Arbeitsabläufe, und zur Praxistauglichkeit bezogen auf einen angemessenen Aufwand für den Pflegedienst. Andere Diskussionspunkte waren die Inhalte der dazugehörigen Schulungsmaßnahme sowie das Spektrum bedarfsgerechter Interventionen bei gebotem Handlungsbedarf.

Vertreter von Verbänden und pflegerelevanten Trägern repräsentierten Verbands- und Institutionenlogiken sowie die potenziellen Bedarfe und Barrieren der zukünftigen Interventionspartner von PURFAM.

Aufgrund der internationalen Ausrichtung des Workshops wurde als Tagungssprache Englisch gewählt. Das Projekt PURFAM erhielt die Möglichkeit, den internationalen Expertenworkshop in den Räumen des BMFSFJ in Berlin auszurichten.

2.4.1 Verlauf und Ergebnisse

Am ersten Tag des Workshops, dem 2. Dezember 2010, wurden zunächst Untersuchungsergebnisse und Daten der internationalen Forschung zu Elder Abuse dargestellt und diskutiert. Prof. Dr. Toshio Tatara von der Shukutoku University, Japan, gab in seinem Vortrag "Elder Abuse: International Overview and the Latest Developments in Japan" einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen zum Thema Elder Abuse in seinem Heimatland.

Prof. Dr. Miri Cohen, Department of Gerontology, Universität Haifa, Israel, plädierte in ihrem Vortrag unter dem Titel „Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers“ für die Einführung eines Screenings, das bei jedwedem Kontakt professioneller Kräfte mit älteren Personen angewendet werden sollte. Ein flächendeckendes Screening sei wesentlich, weil die Dunkelziffer bei Gewalt gegen Ältere sehr hoch ist und es keine spezifischen Merkmale für die Opfer oder für die Täter gibt. In Israel wird dafür bereits ein von ihr entwickelter Fragebogen eingesetzt.

Im zweiten Teil des Tages berichtete Lisa Nerenberg, National Center on Elder Abuse, Florida, von einem spezifischen Interventionsprogramm in den USA. Sie belegte anhand ihrer Forschungsergebnisse, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Grad der objektiven Belastung des Angehörigen durch die Pflege und dem Auftreten von Aggression und Gewalt gegenüber dem Gepflegten gibt. Vielmehr spielen hier mehrere Faktoren eine Rolle, wie z. B. die frühere Beziehung zwischen beiden oder auch die Form der Stressbewältigung, wobei sich Alkohol als Mittel zur Stressbewältigung besonders negativ auswirkt und einen besonders hohen Risikofaktor für das Auftreten von Gewalt darstellt. In ihren Untersuchungen zeigte sich auch, dass gerade Angehörige, die Angst haben gewalttätig zu werden, besonders gefährdet sind, tatsächlich Gewalt anzuwenden. Interventionen müssen passgenau angeboten werden, bezogen auf die Ursache für Misshandlung oder Vernachlässigung und bezogen auf die jeweiligen Lebensumstände. Zu den Gerichten für ältere Menschen, die in Kalifornien analog zu den Familiengerichten eingeführt worden sind, lasse sich bisher wenig sagen, weil sie erst seit Kurzem tätig sind. Trotz intensiver Forschung gibt es nach wie vor offene Fragen, z. B. nach der Abgrenzung zwischen schlechter Pflege und Misshandlung oder der Abgrenzung von lediglich nicht-idealer Pflege und Handlungsnotwendigkeiten.

Anschließend erhielten die Workshop-Teilnehmer einen Einblick in die aktuelle Forschung zu Elder Abuse, die in verwandten Projekten geleistet wird. Prof. Dr. Thomas

Görgen und Kathrin Rauchert von der Polizeihochschule in Münster stellen ihr Projekt „Sicher leben im Alter (SiliA)“ vor, das Strategien gegen Kriminalität und Gewalt gegen alte Menschen in verschiedenen Handlungsfeldern entwickeln will. Eines der Projekt-Module hat, ähnlich wie PURFAM, die Prävention von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegesettings zum Gegenstand. Im Rahmen von SiliA werden modellhaft mehrere Pflegedienste einer Region intensiv für den Umgang mit Gewaltsituationen geschult und die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte für das Thema erhöht. Zwischenauswertungen haben gezeigt, dass die durchgeführten Maßnahmen bezogen auf die Sensibilisierung der Mitarbeiter für durch Gewalt gefährdete häusliche Pflegesituationen durchaus erfolgreich sind. Die Umsetzung in die Praxis wird aber durch mangelnde Ressourcen und fehlende Vergütung des Mehraufwandes gerade in kleineren Pflegediensten teilweise erschwert.

Von den Aktivitäten einer EU-weiten Initiative gegen Misshandlung älterer Menschen und Gewalt gegen ältere Frauen berichteten Charlotte Strümpel aus Wien, Maria van Bavel aus Utrecht in den Niederlanden und Susanne Kohler aus Hamburg. Bei der Generaldirektion der Europäischen Kommission für Justiz sind unter dem Dach des „Daphne Programms zur Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen und zum Schutz von Opfern und gefährdeten Gruppen“ über 400 Projekte angesiedelt, von denen sich 15 mit der Gewalt gegen ältere Frauen beschäftigen. Weitere Projekte gehören zu den Generaldirektionen für Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit sowie für Gesundheit und Verbraucherschutz. Neben einer Bestandsaufnahme und EU-weit einheitlichen Definitionen geht es um die Erarbeitung verschiedener Präventionsprogramme. Ziele sind Handlungsleitlinien für die nationale Politik zur Schaffung von entsprechenden Angeboten und Gesetzen, Unterstützung von privat und professionell Pflegenden sowie Informationskampagnen für die Öffentlichkeit, um das Thema aus der Tabuzone herauszuholen.

In Deutschland nimmt sich auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) des Themas an. Er ist Koordinator des ebenfalls auf EU-Ebene angesiedelten Projektes „Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse (MILCEA)“, das Uwe Brucker in seinem Beitrag vorstellte. Im Rahmen von MILCEA wird ein Monitoring-System entwickelt, mit dessen Hilfe Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen (frühzeitig) erkannt werden kann, um dadurch einen Beitrag zur Prävention zu leisten. Das Monitoring-System soll in einer späteren Phase EU-weit implementiert werden. Hierfür müssen allerdings entsprechende Rahmenbedingungen erarbeitet werden, was vermutlich noch einige Zeit in Anspruch nimmt.

Prof. Dr. Jarosch, Ev. Hochschule für Sozialwesen Berlin, stellte das Projekt „Prevent Elder Abuse by Improving Quality of Home Care by Standard Interviews“ vor. Ansatz ist die Nutzung der Beratungsbesuche, die von der Pflegeversicherung für die Empfänger von

Leistungen bei privat organisierter Pflege vorgesehen sind, für die Aufdeckung von Fällen von häuslicher Gewalt in der Pflege. Den Pflegeberatern sollen Interventionsmöglichkeiten an die Hand gegeben werden. Bisher fehlt ein verbindlicher Standard für die Beratungsbesuche nach § 37 (3) SGB XI. Im Rahmen des Projektes wurden ein Fragebogen zur Erkennung von Gewalt in der Pflege erarbeitet und erprobt sowie Handlungsrichtlinien und standardisierte Abläufe für die Pflegeberater ausgearbeitet.

Am zweiten Tag des Workshops standen die konkrete Situation pflegebedürftiger, von Gewalt bedrohter alter Menschen sowie die Ansätze des Projekts PURFAM im Mittelpunkt der Diskussion.

Prof. Dr. Ursula Zenz von der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main plädierte für mehr gesetzliche Grundlagen im Bereich der Gewalt gegen alte Menschen. Sie schlug vor, dass Familienrichter, ähnlich wie bei Fällen von Gewalt gegen Kinder, Möglichkeiten haben sollten, Hilfsmaßnahmen als Mittel der Prävention anzuordnen, auch wenn die Schwelle kriminellen Handelns noch nicht überschritten wird. Bisher sind solche Analogien nicht vorgesehen.

Anschließend stellten Prof. Dr. Susanne Zank und Prof. Dr. Claudia Schacke die ersten Zwischenergebnisse von PURFAM vor, die in die Diskussionen in den anschließenden Arbeitsgruppen zu „Screening“, „Fortbildung“ und „Interventionsangeboten“ einfließen. In einer abschließenden Diskussion wurden die Ergebnisse des Workshops und ihre Implikationen für PURFAM erörtert sowie ein Ausblick auf die kommenden zwei Jahre des Projekts gegeben.

Der internationale Workshop erwies sich für das Projekt PURFAM insgesamt als sehr fruchtbar. Fragestellungen, die sich innerhalb des Projektes ergeben hatten, konnten mit Experten diskutiert und unter dem Blickwinkel bereits gemachter Erfahrungen neu beleuchtet werden. Die Multidisziplinarität der Teilnehmer war ebenso wertvoll wie die internationale Zusammensetzung. Beispielsweise die Diskussion über juristische Fragestellungen und Grenzbereiche oder die Diskussion über die Einführung eines flächendeckenden Screenings vs. bedarfsbezogenen Interventionen gaben dem Projekt neue Impulse. Deutlich wurde der Bedarf an Vernetzung der Projekte und Initiativen, die sich mit der vielschichtigen Thematik der Prävention von und des Umgangs mit problematischen und von Gewalt bedrohten Situationen in familialen Pflegebeziehungen beschäftigen.

3. Entwicklung des PURFAM-Assessments

Sonja Heidenblut

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung der Zusatzanamnese für die Erfassung von problematischen Pflegesituationen vorgestellt⁷. Dabei wird zunächst auf einige besondere forschungspraktische Herausforderungen eingegangen, die die systematische Erfassung eines Merkmals wie Misshandlung und Vernachlässigung in einem Pflegekontext mit sich bringt. Anschließend werden verschiedene Informationsquellen zur Beurteilung von Pflegesituationen theoretisch unterschieden und Ihre Handhabung durch das Assessment wird kritisch diskutiert. Daraufhin wird die Anwendung des Assessments in Ihrem praktischen Ablauf geschildert. Informationen zur Beurteilung des Screenings durch die Teilnehmenden der PURFAM-Schulungen bzw. zum praktischen Einsatz der Instrumente in den Einrichtungen werden im Abschnitt Evaluation (Kapitel 7.4 und Kapitel 7.5) berichtet.

3.1 Die Erfassung problematischer Pflegesituationen

Die Beurteilung möglicherweise problematischer Pflegesituationen durch einen Pflegedienst bringt verschiedene Herausforderungen mit sich, die bei der Entwicklung eines Assessment-Instruments berücksichtigt werden sollten. Zum einen steht der ambulante Pflegedienst in einem wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zu seinem Klienten, so dass die Aufdeckung einer Misshandlungs- oder Vernachlässigungs-Situation einen Rollenkonflikt bedeuten kann. Andererseits ist die Rechtslage zu berücksichtigen, nach der dem Pflegedienst eine Garantenpflicht für „Leben, Gesundheit oder körperliche Unversehrtheit der von ihnen betreuten pflegebedürftigen Menschen“ zukommt (Kuhn-Zuber, 2011, S. 12), nach der aber auch die Schweigepflicht sowie der Schutz der Privatsphäre der Klienten gewährleistet werden müssen (Bonillo et al., 2013). Zudem sind sogenannte Messinstrumente zur Einschätzung von Pflegesituationen nicht frei von Fehlern, was bei einem Untersuchungsfeld wie Misshandlung und Vernachlässigung zu folgenschweren fälschlichen Beschuldigungen führen kann. Die WHO fordert für entsprechende Programme neben methodischer Qualität auch eine hohe Akzeptanz in der Zielgruppe, verfügbares geschultes Personal zur Durchführung sowie einen klaren Interventionsplan im Falle eines positiven Screening-Ergebnisses (Perel-Levin, 2008). Die methodische Qualität eines solchen Screenings ist dabei empirisch schwer nachzuweisen. Screenings werden in der Regel mithilfe von Goldstandards (McDowll, 2006), d.h. durch den Vergleich mit einem gut erprobten Außenkriterium, validiert. Für den Bereich Elder Abuse existiert jedoch kein solcher Goldstandard, da die tatsächlich stattgefundenene Misshandlung oder Vernachlässigung sich

⁷ Teile des vorliegenden Kapitels wurden in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht: Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2013). Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 431-440

in einer konkreten Pflegesituation kaum zweifelsfrei beurteilen lässt. Entsprechend orientiert sich der Ansatz für die Entwicklung des PURFAM-Assessments, das somit kein Screening im engeren Sinne darstellt, vor allem an seiner Inhaltsvalidität und seiner Praxistauglichkeit.

3.2 Informationsquellen zur Beurteilung

Das Phänomen Misshandlung und Vernachlässigung umfasst eine Reihe konkreter Handlungen, die verschiedenen Bereichen zugeordnet werden können. Man fasst unter diesen Begriff psychische und physische Misshandlung, Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt und unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen. Zur Beurteilung einer Pflegesituation mit Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung gibt es unterschiedlich konkrete Informationsquellen, die durch ein Messinstrument differenziert betrachtet werden sollten (Anetzberger, 2001). Grundsätzlich unterscheidet man zwischen direkter Beobachtung, Berichten von Misshandlung und Vernachlässigung, Anzeichen und Risikofaktoren.

Direkte Beobachtungen von Misshandlung oder Vernachlässigung sind die konkretesten Hinweise zur Beurteilung einer Pflegesituation. In Fällen, in denen eine ambulante Pflegekraft bereits Zeuge von problematischen Verhaltensweisen wurde, besteht das weitere Vorgehen darin, zu entscheiden, ob die entsprechenden Verhaltensweisen im engeren Sinne als Misshandlung oder Vernachlässigung zu verstehen sind. So kann es beispielsweise schwierig sein, temperamentvolle verbale Auseinandersetzungen von psychischer Misshandlung abzugrenzen.

Das Vorliegen von Misshandlung oder Vernachlässigung kann dem Pflegedienst auch mitgeteilt werden. So können der Betroffene selbst, der pflegende Angehörige aber auch weitere Personen einer Pflegekraft problematische Situationen in der Pflege schildern. Je nachdem, was durch wen berichtet wurde, kann es hier im Einzelfall schwieriger sein, einzuschätzen, welche Bedeutung die Aussagen zur Bewertung der Situation haben. Entsprechend sind Berichte über Misshandlungen als eigene Informationsquelle zu sehen, deren Verlässlichkeit je nach Qualität des Berichtes variieren kann.

Anzeichen oder Indikatoren beziehen sich auf Aspekte der Pflegesituation wie z. B. Hämatome oder ängstliches Verhalten des Pflegebedürftigen, die beobachtet werden können, nachdem Misshandlung oder Vernachlässigung stattgefunden hat. Dabei ist im Einzelfall abzuklären, ob ein entsprechendes Anzeichen tatsächlich durch Misshandlung oder Vernachlässigung verursacht wurde oder ob es möglicherweise andere Ursachen dafür gibt.

Risikofaktoren sind aus epidemiologischen Studien abgeleitete Eigenschaften des Pflegesettings, die die Wahrscheinlichkeit für Misshandlung und Vernachlässigung erhöhen. Sie können die Person des Pflegebedürftigen (z.B. eine dementielle Erkrankung), die Person

des pflegenden Angehörigen (z.B. Alkoholmissbrauch) oder die Umstände der Pflegesituation (z.B. soziale Isolation) betreffen. Risikofaktoren sind nicht dazu geeignet, das Vorliegen von Misshandlung oder Vernachlässigung im Einzelfall zu bestimmen, sie können jedoch ein wichtiger Hinweis für mögliche Interventionsmaßnahmen sein.

3.3 Das PURFAM-Assessment zur Früherkennung

Das PURFAM-Assessment wurde als ein mehrteiliges Verfahren konzipiert, das verschiedene Informationsquellen zur Einschätzung der Pflegesituation berücksichtigt: Das Belastungserleben des pflegenden Angehörigen, die Einschätzung der Pflegesituation durch die zuständige Pflegefachkraft und die Bewertung der Situation anhand der verfügbaren Informationen durch das Pflegeteam. Abbildung 2 beschreibt, wie die Durchführung der einzelnen Teilschritte des Verfahrens zeitlich und inhaltlich in den Alltag eines ambulanten Pflegedienstes integriert werden können.

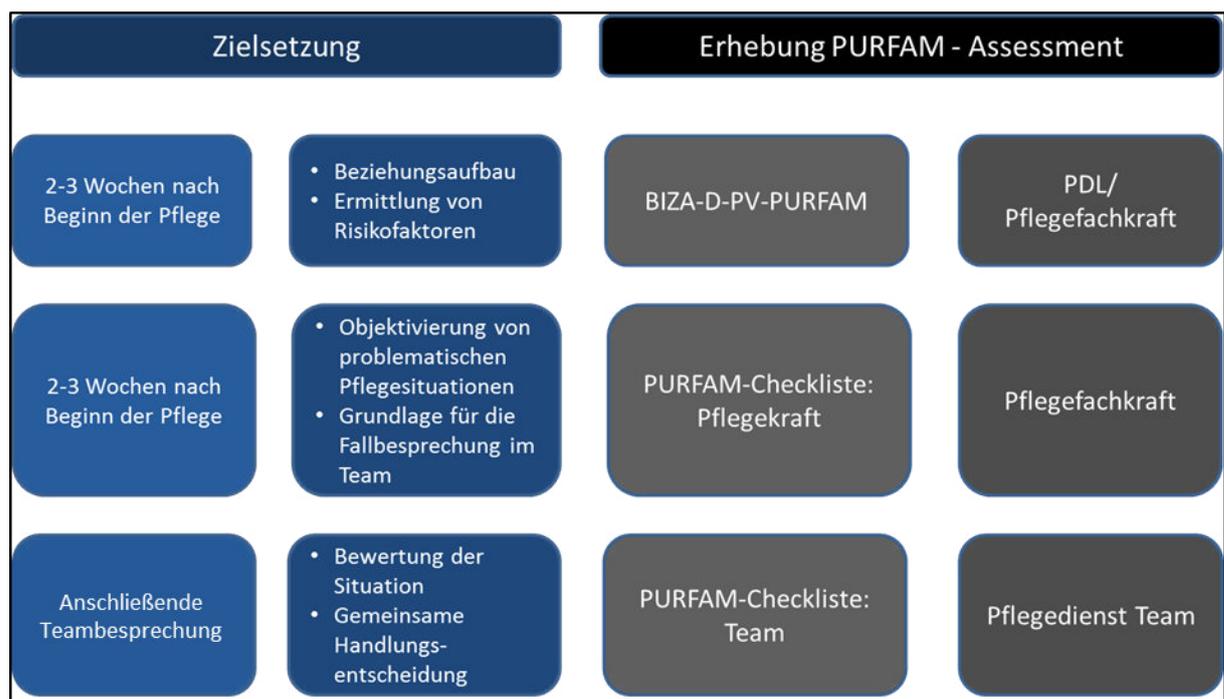


Abbildung 2: Ablauf des PURFAM-Assessments

3.3.1 Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D-PV-PURFAM)

Der erste Schritt des Assessments besteht aus einer Selbsteinschätzung des pflegenden Angehörigen bezüglich seines Belastungsgrades in relevanten Aspekten der Pflegesituation. So konnte im Rahmen der LEANDER-Studie mithilfe eines an einer großen Stichprobe validierten, multidimensionalen Fragebogens (Zank, Schacke & Leipold, 2006) zur pflegebedingten Belastung (BIZA-D) nachgewiesen werden, dass die Belastung eines

Angehörigen auf bestimmten Dimensionen (z.B. die Vernachlässigung eigener Lebensbereiche oder mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld) für die Entstehung problematischer Pflegesituationen ein besonderes Risiko darstellt (Zank & Schacke, 2007). Aus den relevanten Skalen des BIZA-D wurde für das PURFAM-Assessment eine Praxisversion zusammengestellt (siehe Tabelle 8). Die Subskalen A (Persönliche Einschränkungen), B (Mangelnde soziale Unterstützung) und C (Akzeptieren der Situation) können in jeder Pflegesituation ausgefüllt werden. Die Skalen D (Belastung durch kognitive Einbußen) und E (Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit) beziehen sich auf Symptome demenzieller Erkrankungen beim Pflegebedürftigen und sind daher nur für Pflegesituationen geeignet, in denen beim Pflegebedürftigen eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert ist oder in denen Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung besteht. Die Erhebung von BIZA-D-PV durch ein Interview der Pflegedienstleitung mit dem pflegenden Angehörigen dient dazu, durch das Gespräch über das subjektive Erleben der Pflegesituation eine vertrauensvolle Beziehung mit dem pflegenden Angehörigen aufzubauen. Des Weiteren dient es dazu, früh Hinweise für mögliche Interventionsbedarfe zu erhalten.

Tabelle 8: Subskalen der BIZA-D-PV, die in der Zusatzanamnese eingesetzt werden

BIZA-D Subskala	Beispiel-Item
A Persönliche Einschränkungen	Haben Sie das Gefühl, dass Sie zu wenig Rückzugsmöglichkeiten haben?
B Mangelnde Soziale Unterstützung	Haben Sie das Gefühl, dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen?
C Akzeptieren der Situation	Wenn Sie an die Pflegesituation denken, bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben?
D Belastung durch kognitive Einbußen	Kommt es vor, dass Ihr Angehöriger sich nichts merken kann? Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
E Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit	Kommt es vor, dass Ihr Angehöriger Sie beschimpft? Falls Ja: Wie sehr belastet Sie das?

3.3.2 Die Ablauflogik der PURFAM-Checklisten

Der nächste Schritt des PURFAM-Assessments besteht aus einer möglichst objektiven Fremdeinschätzung der familialen Pflegesituation durch die Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes. Hierfür wurden in der ersten Projektphase von PURFAM zwei Checklisten entwickelt, die Checkliste: Pflegekraft und die Checkliste: Team. Die Zweiteilung dieses Erhebungsverfahrens ist der Institutionslogik eines ambulanten Pflegedienstes geschuldet.

So verfügt die Hauptpflegefachkraft innerhalb des Pflegeprozesses über die umfangreichsten Informationen zur Beschreibung der Pflegesituation, d. h. der bzw. die entsprechende Mitarbeitende des Pflegedienstes ist am ehesten dazu geeignet Anzeichen bzw. Beobachtungen innerhalb der Pflegesituation, die auf Misshandlung und Vernachlässigung hinweisen, zu vermerken. Gleichzeitig würde das Ausfüllen eines üblichen Screeningverfahrens durch die entsprechende Hauptpflegefachkraft aufgrund der in Abschnitt 3.1 beschriebenen Herausforderungen eine sehr hohe Verantwortung bedeuten. So müsste der bzw. die Mitarbeitende durch das Ausfüllen des Screenings bereits implizit eine Entscheidung über den Problemgehalt der Situation und alle darauf folgenden Konsequenzen tragen (vgl. Abbildung 3). Diese könnten beispielsweise darin bestehen, dass der Angehörige eines Klienten, der gleichzeitig als Auftraggeber des Pflegedienstes fungiert, bei einer Konfrontation mit problematischen Verhaltensweisen in der Pflegesituation den Pflegedienst wechselt. Eine entsprechende Folge der Früherkennung von Misshandlung und Vernachlässigung wäre für eine einzelne Pflegefachkraft ohne die Absicherung der Pflegedienstleitung bzw. des Mitarbeiterteams kaum tragbar.

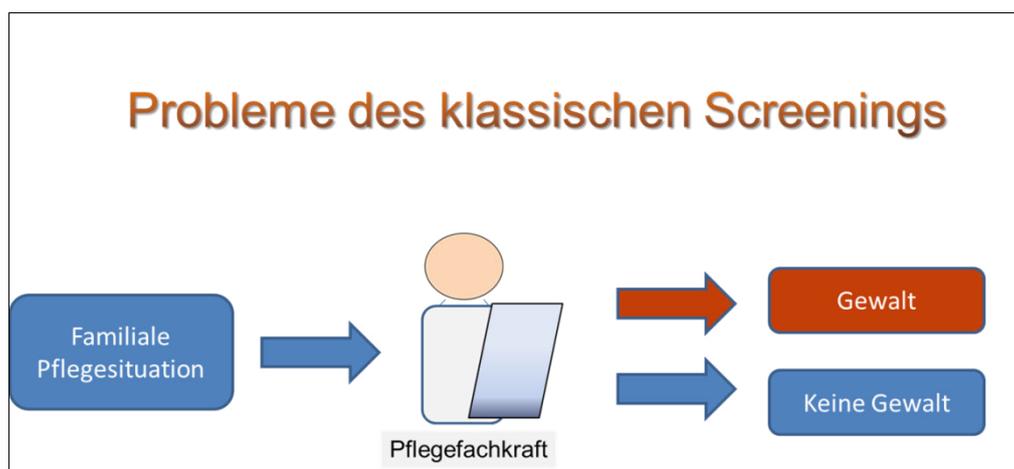


Abbildung 3: Praktische Schwierigkeiten des klassischen Elder-Abuse-Screenings

Aus diesem Grund wurden die PURFAM-Checklisten von Anfang an so konstruiert, dass eine Zweiteilung zwischen dem Beobachten von Verhalten, das die einzelne Pflegekraft leisten kann, und der Beurteilung der Situation, mit der die einzelne Pflegekraft in einen Rollenkonflikt geraten würde, besteht (vgl. Abbildung 4). D. h. mit der Checkliste: Pflegekraft beschreibt die hauptverantwortliche Pflegefachkraft lediglich so genau und objektiv wie möglich die Pflegesituation, während die Checkliste: Team im Rahmen der nächsten Teamsitzung genutzt werden kann, um im Bedarfsfall über den Problemgehalt der Situation und die daraus folgenden Konsequenzen zu entscheiden.

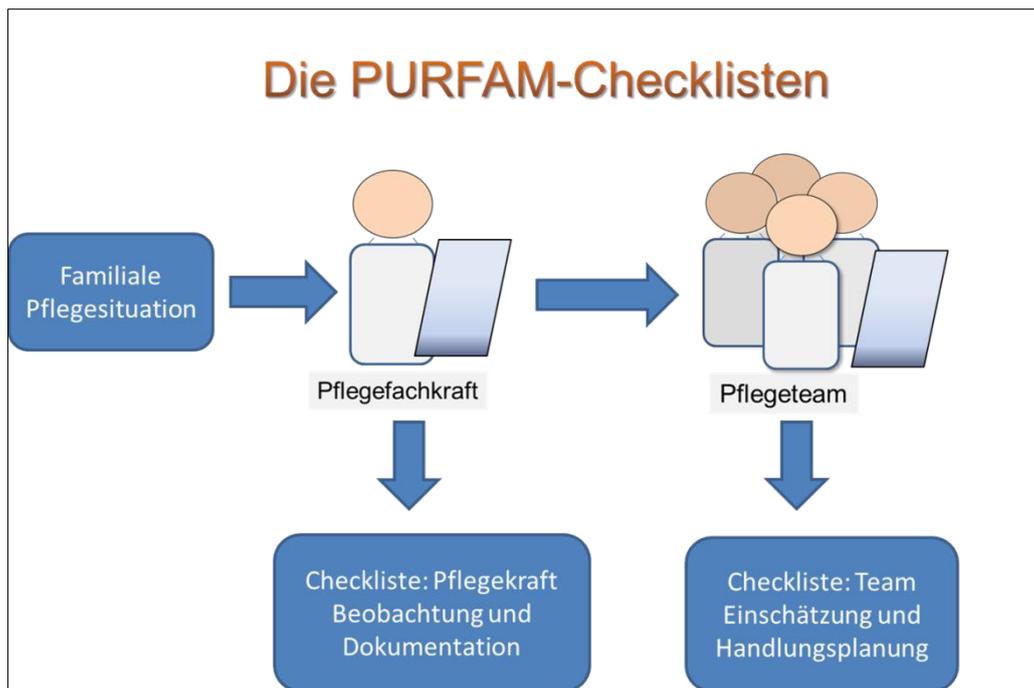


Abbildung 4: Zweiteilung des Screening-Prozesses durch die PURFAM-Checklisten

3.3.3 Definitionsgrundlage und Informationsquellen der Checklisten

Die Entwicklung der Checklisten folgt der durch PURFAM verwendeten Definitionsgrundlage von „Elder Abuse“ (Biggs et al., 2009) mit den Formen psychischer und physischer Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt. Darüber hinaus werden unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen als eigener Bereich berücksichtigt, der Anteile physischer, psychischer sowie instrumenteller Gewalt beinhaltet. Die PURFAM-Checklisten beruhen auf Informationsquellen, die sich auf beobachtbare Anzeichen in der Pflegesituation oder auf direkte Beobachtungen der Situation durch das Pflegepersonal beziehen. Die Auswahl der Items orientierte sich einerseits an bereits vorhandenen Assessment-Instrumenten zur Erfassung von Misshandlung und Vernachlässigung, die auf einer konkreten Beschreibungsebene ansetzen wie das Suspected Abuse Tool und das Actual Abuse Tool (Bass, Anetzberger, Ejaz & Nagpaul, 2001). Des Weiteren orientieren sich die Items an dem Elder Assessment Instrument (Fulmer, 2003) als auch an in der Praxis bewährten Leitfäden wie der Checkliste zur Früherkennung von Gewalt gegen alte Menschen im häuslichen Bereich der Initiative gegen Gewalt im Alter (Handeln statt Misshandeln e.V., 2010) sowie des Leitfadens „Gewalt gegen Alte“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg (2010). Zusätzlich wurde der Itempool durch relevante Aspekte von Experteninterviews mit Wissenschaftlern und Praktikern in Bezug auf das Erkennen problematischer Pflegesituationen ergänzt. Die Checklisten wurden im Rahmen von Gruppendiskussionen innerhalb des interdisziplinären PURFAM-Teams sowie in einer Diskussion mit Experten auf einem internationalen Workshop wiederholt inhaltlich validiert

und modifiziert, wobei vor allem die Integrierbarkeit in den Arbeitsablauf ambulanter Pflegedienste immer wieder kritisch geprüft wurde. D. h. es wurde darauf geachtet, dass die Checklisten sprachlich gut verständlich sind und anhand der zur Verfügung stehenden Informationen leicht ausgefüllt werden können, ohne dass dabei zu viel Zeit in Anspruch genommen wird. Zudem passt sich die Art der Erhebung an das Vorgehen der Pflegedienste an, indem zunächst die Pflegefachkraft vor Ort die Beobachtungen aus ihrem Arbeitsalltag systematisch dokumentieren kann (Checkliste: Pflegekraft) und daraufhin das gesamte Pflegeteam den Fall strukturiert und handlungsorientiert besprechen kann (Checkliste: Team).

3.3.4 Die PURFAM-Checkliste: Pflegekraft

Mithilfe der Checkliste zur Basisdokumentation (siehe Anhang) kann die Hauptpflegekraft einen Fall anhand ihrer Beobachtung objektivieren und dokumentieren. Die Checkliste enthält einen Abschnitt, auf dem Anzeichen der Situation dokumentiert werden können (Körperliche Anzeichen, Anzeichen im Verhalten der/des Angehörigen bzw. im Verhalten der/des Pflegebedürftigen) sowie einen Abschnitt, auf dem gegebenenfalls Beobachtungen in den Bereichen seelische Misshandlung, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen, finanzielle Misshandlung sowie sexuelle Misshandlung vermerkt werden können. Abbildung 5 zeigt exemplarisch, welche Anzeichen beispielsweise im Verhalten des Pflegebedürftigen beobachtet und ggfs. dokumentiert werden können (z. B. der Pflegebedürftige wirkt verstört, der Pflegebedürftige nimmt keinen Blickkontakt auf). Die einzelnen Bereiche wurden so konkret wie möglich beschrieben, um die erforderliche Interpretationsleistung der ausfüllenden Pflegefachkraft so gering wie möglich zu halten. Diese Basisdokumentation enthält *keine* Beurteilung darüber, ob Gewalt vorliegt oder nicht und dient als Grundlage für die Fallbesprechung im Team.

Im folgenden Abschnitt können Sie auffälliges Verhalten in der Pflegesituation dokumentieren. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte jeweils an.
Anzeichen im Verhalten der/des Pflegebedürftigen: Die/Der Pflegebedürftige... <input type="checkbox"/> wirkt verstört <input type="checkbox"/> wirkt in der Pflege ängstlich <input type="checkbox"/> nimmt keinen Blickkontakt auf <input type="checkbox"/> wirkt aggressiv <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:

Abbildung 5: Ausschnitt der Checkliste: Pflegekraft

Es wird empfohlen, die Basisdokumentation routinemäßig 2 bis 3 Wochen, nachdem mit der professionellen Pflege begonnen wurde, auszufüllen.

3.3.5 Die PURFAM-Checkliste: Team

Die Checkliste zur Teamdokumentation dient dazu, die einzelnen Bereiche problematischer Anzeichen bzw. problematischen Verhaltens, die in der Checkliste durch die Pflegekraft dokumentiert worden sind, zusammenfassend zu beurteilen und zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen zu gelangen. Sie enthält eine Auflistung der verfügbaren Informationen, der als problematisch eingeschätzten Anzeichen und Beobachtungen sowie der verfügbaren Ressourcen (vgl. Abbildung 6).

Teameinschätzung: Anzeichen für Probleme in der Pflegesituation		
Die körperlichen Anzeichen der/des Pflegebedürftigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Verhalten der/des Pflegebedürftigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Verhalten der/des Angehörigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Umgang sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Einschätzung des Handlungsbedarfs		
Bitte schätzen Sie insgesamt ein, ob und wie bald die Situation verändert werden muss.		
<input type="checkbox"/> Es besteht sofortiger Handlungsbedarf.		
<input type="checkbox"/> Es besteht Handlungsbedarf im Verlauf der nächsten 1-2 Wochen.		
<input type="checkbox"/> Der Handlungsbedarf ist unklar, Verlaufsbeobachtung.		
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Handlungsbedarf.		

Abbildung 6: Ausschnitt der Checkliste: Team

Im zweiten Abschnitt können der im Team eingeschätzte Handlungsbedarf sowie die geplanten Maßnahmen sowie deren Überprüfung eingetragen werden. Die Checkliste zur Teamdokumentation wird eingesetzt, wenn die Pflegekraft beim Ausfüllen der Basisdokumentation davon ausgeht, dass es sich in dem jeweiligen Fall um eine kritische Pflegesituation handelt. Die einzelnen Punkte beruhen auf gemeinsamen Entscheidungen des gesamten Pflorgeteams.

Eine Abbildung des kompletten PURFAM-Assessments findet sich im Anhang (Abschnitt 3.1 bis Abschnitt 3.3) des Berichtes.

4. Konzeption der Schulung

Marion Bonillo, H. Elisabeth Philipp-Metzen, Susanna Saxl & Constanze Steinhusen

Im Rahmen des Projektes PURFAM wurde eine ganztägige Fortbildung zur Befähigung der Mitarbeitenden der Pflegedienste konzipiert. Diese wurde u. a. in regionalen Einrichtungen der Erwachsenenbildung, in Altenpflegeschulen, in Räumlichkeiten von Wohlfahrtsverbänden und Kliniken sowie in den beiden Hochschulen Universität zu Köln und Katholische Hochschule Berlin durchgeführt.

4.1 Methodisch-didaktische Überlegungen

Im Projekt PURFAM besteht die Zielsetzung, von Gewalt bedrohte Pflegesituationen in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu identifizieren und pflegende Angehörige frühzeitig zu stärken. Der Gebrauch von Checklisten im Rahmen der Qualitätssicherung durch professionell Pflegende unterstützt diese durch eine objektivierte und systematisierte Beobachtung und Dokumentation.

Die folgenden pfleretheoretischen und didaktischen Überlegungen sind einem Gutachten von Panke-Kochinke (2011a) entnommen.

Zur Zielsetzung schreibt sie: „Die berufliche Handlungskompetenz von professionell Pflegenden insbesondere in Bezug auf den Umgang mit beobachteten oder vermuteten Gewaltsituationen zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen zu fördern, ist eine der zentralen didaktischen Aufgaben, die es für die geplante Fortbildung zu lösen gilt“ (ebd., S. 7). Als pfleretheoretischen Ansatz rekurriert sie auf Heiner Friesacher und dessen Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Hier sei der Kern der Pflege definiert als „helfende und unterstützende Tätigkeit in existenziell äußerst fragilen und bedrohlichen Lebenslagen“ (Friesacher, 2008; S. 198, zitiert in ebd., S. 5), was insbesondere auch in der häuslichen Pflege deutlich erkennbar sei. Die Pflegesituationen seien charakterisiert durch „hohen Interaktions- und Kommunikationsaufwand“ (ebd.), wobei es bei einer der Aushandlungsebenen um die familiäre Ebene mit Interaktionsprozessen zwischen den professionell Pflegenden, den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ginge.

Im Mittelpunkt pflegedidaktischer Modelle steht für Panke-Kochinke ein Begriff, „der eine inhaltliche Anbindung an den handlungstheoretisch begründeten pfleretheoretischen Ansatz von Friesacher ermöglicht und im Kontext einer Berufspädagogik eine sinnvolle Möglichkeit eröffnet, das Feld der pflegerischen Fort- und Weiterbildung zu bezeichnen: die Handlungsorientierung“ (Panke-Kochinke, 2011a, S. 8). Nach Rauner (2006) erwirbt man berufliche Handlungskompetenz mit dieser Zielrichtung z. B. durch Reflexion eigener Praxiserfahrung, wozu das Vorliegen eines realen Problems insbesondere motiviert (Panke-Kochinke, 2011b).

Sie führt aus:

Für die Fortbildung ‚Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen‘ meint diese Handlungsorientierung die Anbindung an spezifische aktuelle Problemlagen des pflegerischen Alltags, die nach einer Lösung verlangen. ... Im Prinzip geht es in einem ersten Schritt darum, sich das Problem der Gewalt in der familialen Pflege bewusst zu machen, also zu reflektieren und Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, die sie dann in ihre Handlungen einbauen können. (Panke-Kochinke, 2011a, S. 8)

Infolgedessen sollten Lernsituationen gestaltet werden, „in denen sie dazu angeregt werden, sich im Hinblick auf die in Frage kommenden Kenntnisse und Fertigkeiten selbst auf die Lernreise zu machen.“ (Meueler, 2009, S. 976, zitiert in: Panke-Kochinke, 2011a, S. 9). Nach Panke-Kochinke steht im Mittelpunkt eines solchen Lernverständnisses dann „die Förderung des selbstständigen Denkens, die gemeinsame Ideenproduktion, das neugierige Lernen, der Erfahrungsaustausch über die Lebenspraxis der Beteiligten und das kollektive Lernen“ (ebd.).

Die Autorin schließt:

Die Lernergebnisse sind eindeutig besser, wenn:

1. Die Lernprozesse aus der eigenen Initiative der Lernenden resultieren.
2. Die Lernprozesse an die spezifischen Bedeutungskontexte der Teilnehmenden anknüpfen.
3. Die Lernenden im Mittelpunkt des Lerngeschehens verortet werden.
4. Sie ihre Vorstellungen und Lernbedürfnisse in den Lernprozess einbringen dürfen.
5. Sie bei der Gestaltung der Inhalte beteiligt sind und diese selbstständig bearbeiten können.

Entsprechend werden in der Planung der Fortbildung diese Selbstlernprozesse unterstützt durch Sequenzen des problemorientierten Lernens, der interaktiven Form von Gruppenprozessen und der exemplarischen Anbindung an die eigenen Erfahrungen der Fortbildungsteilnehmenden (ebd., S. 9f).

Die Anmerkungen von Panke-Kochinke lieferten wichtige Hinweise für die Konzeption der Fortbildung.

4.2 Fortbildungsmodule

Die Fortbildung ist in vier Module gegliedert, die im Folgenden vorgestellt werden.

4.2.1 Modul ‚Basiswissen Gewalt in der Pflege‘

Ziele des Moduls sind 1. die Sensibilisierung der Teilnehmer für Gewalt in der Pflege alter Menschen in ihren verschiedenen Ausprägungen und 2. die Erarbeitung einer praxisnahen Definition, die als Grundlage für den Arbeitsalltag übernommen und den übrigen Teammitgliedern vermittelt werden kann. Erst ein gemeinsamer Gewaltbegriff schafft Handlungssicherheit.

Anhand verschiedener Beispiele aus der eigenen Praxis der Teilnehmer sowie einem exemplarischen Filmbeispiel, das die gesamte Schulung als Fall begleitet, wird in das Thema eingeführt. Nachdem die Teilnehmer in Kleingruppenarbeit eine Gewaltdefinition diskutiert haben, wird eine wissenschaftlich fundierte Definition der WHO 2008 eingeführt, die drei zentrale Merkmale zur Gewaltidentifikation enthält: 1. Tatbestand, 2. Kontext und 3. Folge. Auf dieser Grundlage werden die verschiedenen Gewaltformen und -ebenen erarbeitet, reflektiert sowie systematisiert. Dabei erhalten die Teilnehmer ein Basiswissen über die Rahmenbedingungen von Gewalt in der häuslichen Pflege. Kriterien zur Überprüfung von familialen Pflegesituationen auf Gewalt hin, die weiter ins Team getragen werden sollen, werden am Ende des Moduls in Kleingruppen erarbeitet und anschließend in der Großgruppe diskutiert.

4.2.2 Modul ‚Früherkennung und Dokumentation‘

Im Schulungsmodul „Früherkennung und Dokumentation“ werden grundsätzliche Vorteile des Einsatzes von Assessmentinstrumenten zur Erkennung problematischer Pflegesituationen erläutert. Zudem wird in das PURFAM-Assessment eingeführt, und die mögliche Implementierung in ambulante Pflegedienste wird erarbeitet. Zur Beurteilung eines Verdachtes auf Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege wird unterschieden in direkte Beobachtung bzw. Berichte, Anzeichen und gewaltbegünstigende Faktoren, sogenannte Risikofaktoren (vgl. Kapitel 3). Die Begrifflichkeiten werden anhand von Definitionen und Praxisbeispielen erläutert. Um einen Bezug zur eigenen Praxis herzustellen, werden die Teilnehmer gebeten, Risikofaktoren und Anzeichen, die sie aus ihrer eigenen Praxis kennen, zu nennen. In diesem Zusammenhang sollte den Teilnehmern erläutert werden, dass Risikofaktoren noch keine Ursache für Gewalt sind und diese nicht notwendig auslösen. Auch Indikatoren müssen auf ihre Ursache hin geprüft werden und Berichte sollten nicht unbesehen als Tatsache hingenommen werden. Demenzielle Erkrankungen, die aufgrund des demographischen Wandels stark ansteigen werden, können ein gewaltbegünstigender Faktor für das Auftreten von Gewalthandlungen in der familialen

Pflege sein. Deshalb wird in der Schulung speziell auf diesen Faktor eingegangen. Im weiteren Verlauf des Schulungsmoduls werden der Erfassungsbogen „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz Praxisversion-PURFAM (BIZAD-D-PV/PURFAM)“, sowie die Checklisten „Basisdokumentation Pflegekraft“ und „Teamdokumentation“ den Teilnehmern im Detail vorgestellt. Zum besseren Verständnis des „BIZAD-D-PV/PURFAM“ werden zunächst die in der LEANDER-Studie ermittelten Belastungsaspekte Pflegenden Angehöriger von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Pflegenden dargestellt. Der Fragebogen ermöglicht es die Belastung insgesamt, in den verschiedenen Bereichen sowie die daraus resultierenden Risiken für die Pflegenden zu erfassen. Auf den Risikofaktor Überbelastung im Zusammenhang mit dem Auftreten von problematischen Pflegesituationen wird an dieser Stelle des Schulungsmoduls nochmals detailliert eingegangen. Anschließend werden die Vorteile des Einsatzes der PURFAM-Checklisten erläutert. Die Anwendung ermöglicht es, den Verdacht auf Misshandlung in nicht leicht ersichtlichen Fällen zu objektivieren und Beobachtungen zu systematisieren. Weiterhin wird das Team angeleitet zu einer gemeinsamen Einschätzung zu kommen und Handlungsschritte zu planen. Die „Checklisten“ dienen darüber hinaus als Dokumentationshilfe. Anhand des PURFAM-Ablaufschemas soll gemeinsam mit den Teilnehmern erarbeitet werden, zu welchem Zeitpunkt das „BIZAD-D-PV/PURFAM“ und die „PURFAM-Checklisten“ im Pflegedienst eingesetzt werden können.

Im Rahmen des Schulungsmodules „Früherkennung und Dokumentation“ wird den Pflegekräften die Möglichkeit gegeben, ihre Bedenken und Befürchtungen beim Einsatz von Checklisten zu äußern. Anhand des sich durch die gesamte Schulung ziehenden Fallbeispiels werden die Teilnehmer an dieser Stelle dazu ermutigt, den Bogen „Basisdokumentation Pflegekraft“ auszufüllen und Rückmeldungen zu geben. Zudem werden folgende rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit dem Einsatz des PURFAM-Assessments besprochen:

Der Einsatz der PURFAM-Checklisten erfolgt im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung und Dokumentation als Teil einer qualitätsgerechten Pflege auf Grundlage des § 112 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Insofern benötigt der Pflegedienst zur Aufnahme und dienstinternen Weitergabe von Daten das Einverständnis des Betroffenen oder gesetzlichen Betreuers in schriftlicher Form. Für die Aufbewahrung der im BIZAD-D-PV/PURFAM erhobenen Daten benötigt der ambulante Pflegedienst die schriftliche Einverständniserklärung des Angehörigen. Für die reine Erfassung der Belastung des pflegenden Angehörigen ohne Archivierung der Daten reicht eine mündliche Zustimmung.

4.2.3 Modul ‚Rechtliche Aspekte‘

Im Projekt PURFAM bestehen Berührungspunkte zu unterschiedlichsten Rechtsgebieten (u. a. Sozialrecht, Datenschutzrecht, Strafrecht, Zivilrecht), welche für konzeptionelle Überlegungen im Projekt relevant sind (Kuhn-Zuber, 2011).

Für das Schulungscurriculum galt es, gezielt die Themen, welche für die Leitungen und Mitarbeitenden der Pflegedienste zum Einsatz der PURFAM-Checklisten und zum Verständnis eigener Handlungserfordernisse als Hintergrundwissen benötigt werden, zu behandeln. Dies soll nachfolgend beispielhaft verdeutlicht werden.

Zu den wesentlichen Normen gehören Artikel 1 und 2 im Grundgesetz (GG). Auszüge aus dem Gesetzestext lauten:

Art. 1 GG Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Art. 2 (1) GG Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, [...].

Art. 2 (2) GG Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. (GG, 2007, S. 15)

Die Vergegenwärtigung dieser grundlegenden Rechte für alle Menschen unabhängig vom Gesundheitszustand oder der Hilfebedürftigkeit einer Person dient der Sensibilisierung der Teilnehmenden. Zusätzlich wird hierzu die Pflege-Charta (BMFSFJ, 2007) (siehe Kapitel 2.2.3) als Orientierung behandelt.

Der Beginn strafrechtlich relevanter Handlungen wird u. a. durch die §§ 223f. StGB Körperverletzung vermittelt. Hier wird die körperliche Unversehrtheit unter besonderen strafrechtlichen Schutz gestellt. Strafbar ist sowohl die Gesundheitsbeschädigung als auch die körperliche Misshandlung. Nach der Definition des Bundesgerichtshofs wird von körperlicher Misshandlung bei einer *„üblen, unangemessenen Behandlung, durch die das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit nicht ganz unerheblich beeinträchtigt werden“* (StGB, 2009, S. 113) ausgegangen.

Die besondere Verantwortung von Pflegekräften und auch Angehörigen wird durch den § 225 StGB Mißhandlung von Schutzbefohlenen deutlich.

§ 225 StGB (1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, seinem Hausstand angehört, ... ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. (ebd., S. 113f)

Hierzu schreibt Klie (2009): „Auch Gewaltanwendungen im häuslichen Bereich durch Familienangehörige können tatbestandlich durch den § 225 StGB erfasst werden, wengleich hier häufiger Gründe für eine Schuld- oder Strafminderung vorliegen dürften.“ (ebd., S. 88).

Ein erweiterter rechtlicher Handlungsspielraum liegt bei Angehörigen mit einer (Vorsorge)Vollmacht und einer nach §§ 1896ff. BGB gesetzlich bestellten Betreuung vor. Dieses betrifft u. a. die Aufgabenkreise Gesundheitspflege, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge und Wohnungsangelegenheiten. Wobei für Handlungen mit gravierenden Folgen wie Wohnungsaufhebungen und die Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen eine richterliche Genehmigung vorliegen muss (BGB, 2009, S. 395ff).

An zentraler Stelle steht nach Kuhn-Zuber (2011) das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen, weshalb Themen wie Datenschutz und Schweigepflicht besonders zu beachten sind. Sozialdaten gelten als besonders schutzbedürftige Informationen einer Person, ihre Aufnahme und Verwendung muss einem speziellen, gesetzlich festgelegten Zweck dienen. Beispielsweise handelt es sich bei § 203 StGB Schutz von Privatgeheimnissen um die strafrechtliche Verankerung der Schweigepflicht, die vor allem auch auf Gesundheitsberufe (Kranken- oder Altenpfleger) zu beziehen ist. Die Datenerhebung im Rahmen der Pflegedokumentation bezieht sich, so Kuhn-Zuber, ausschließlich auf den Pflegebedürftigen und die in und während der Pflege erbrachten Maßnahmen. Es handelt sich um eine Form der Qualitätssicherung und Dokumentation als Teil einer qualitätsgerechten Pflege auf Grundlage des § 112 Abs. 1 Satz 1 SGB XI mit einer Qualitätsverantwortung hinsichtlich Früherkennung, Prävention, Intervention. Nach Kuhn-Zuber kann die von PURFAM entwickelte Checkliste hierunter subsumiert werden. Sie empfiehlt das Beobachtungsinstrument mittels einer Einverständniserklärung rechtlich abzusichern (Kuhn-Zuber, 2011).

4.2.4 Modul ‚Intervention‘

Ziel dieses Moduls ist die Stärkung der Handlungskompetenzen der Teilnehmer und die Erhöhung der Sicherheit im Umgang mit Situationen mit Gewaltverdacht. Interne und externe Zuständigkeiten werden geklärt und die Möglichkeiten passgenauer Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige erarbeitet.

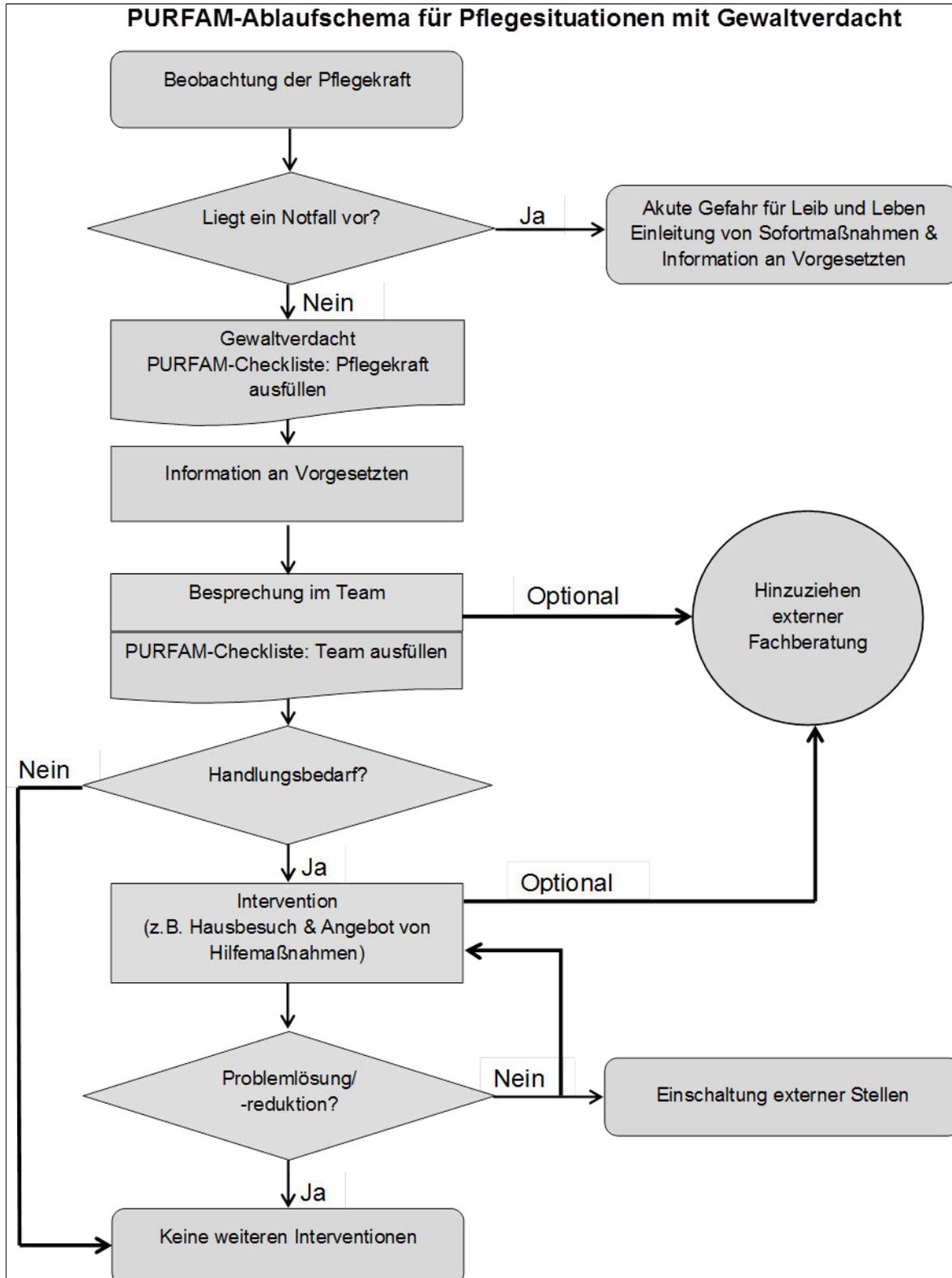


Abbildung 7: PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht

Grundlage ist die Einführung in ein standardisiertes Ablaufschema (vgl. Abbildung 7). Klar und eindeutig visualisiert gibt ein Flussdiagramm in Anlehnung an den Ablauf bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB XI den Handlungsverlauf bei Gewaltverdacht in der familialen Pflege wieder. Es werden drei mögliche Varianten aufgezeigt. Dabei sollen die internen Abläufe reflektiert, visualisiert und verinnerlicht bzw. der PURFAM-Standard vermittelt werden. Anhand des Ablaufschemas werden die Zuständigkeiten innerhalb des Pflegedienstes klar festgelegt und mögliche externe Zuständigkeiten und Ansprechpartner benannt. In einer Kleingruppenarbeit wird eine Fallbesprechung anhand des Filmbeispiels im Team nachgestellt. Auf einem Arbeitsblatt werden die Aufgaben benannt. Ein Teilnehmer bringt den Fall ins Team ein. Grundlage ist die in Modul 2 ausgefüllte Checkliste Basisdokumentation. Das Team überprüft, ob Anzeichen oder beobachtete und/ oder berichtete Misshandlungen angekreuzt sind. Wenn ja, wird eine Teamdokumentation gemeinsam ausgefüllt und Handlungsbedarf und Interventionsmaßnahmen festgelegt. Das Ergebnis wird in die Großgruppe getragen, in der formale und inhaltliche Aspekte besprochen werden. Dabei wird explizit die Handhabbarkeit der Checklisten erfragt und mögliche Unsicherheiten werden besprochen.

Am Ende des Moduls soll der Hausbesuch bei den Protagonisten des Filmbeispiels im Kleingruppenrollenspiel erfahrbar gemacht werden. Eine Diskussion zu Schwierigkeiten, Gesprächsführungskompetenz und der Angemessenheit der Angebote schließt das Rollenspiel bzw. das gesamte Modul ab.

4.3 Normative Implikationen der Interventionsmaßnahme

Gewaltprävention innerhalb nationaler Rechts- und Ethikkontexte

Normative Implikationen im Kontext des Themenfelds „Gewalt in der familialen Pflege“ tangieren sowohl rechtliche als auch ethisch-moralische Dimensionen.

Nach Wahl & Tesch-Römer (2000) können Akteure, die gerontologische Entwicklungen und Forschungsergebnisse in der Praxis umsetzen als „Interventionsagenten“ (ebd., 6) bezeichnet werden. Im Projekt PURFAM haben diese Funktion ambulante Pflegedienste, welche einen Zugang zu einer vulnerablen und schwer erreichbaren Zielgruppe ermöglichen. Ambulante Pflegedienste sind auf der makrosozialen Ebene als Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI auf der Basis eines Versorgungsvertrags an rechtliche, ökonomische und Qualitätskriterien des Pflegeversicherungsgesetzes gebunden (SGB XI, 2008).

Auf der mikrosozialen Ebene haben sie ihre Pflegequalität gegenüber den alten pflegebedürftigen Menschen selber, mit denen sie einen Pflegevertrag abgeschlossen haben, zu legitimieren. Somit ist ihre eigene Institutionenlogik in Einklang mit individuellen Bedürfnissen und Erwartungen sowie gesamtgesellschaftlichen normativen Vorgaben zu bringen.

Neben dem Pflegeversicherungsgesetz wird Gewaltprävention von mehreren Rechtsgebieten, wie dem Verfassungsrecht, dem Strafrecht, dem Zivilrecht, dem Datenschutzrecht usw. tangiert (Kuhn-Zuber, 2011). Ein Schulungsmodul der PURFAM-Fortbildung (siehe Kapitel 4.2.3) sowie ein Kapitel im PURFAM-Manual beinhalten zentrale rechtliche Aspekte (Bonillo et al, 2013). Jedoch wurde im Projektverlauf deutlich, dass es sich beim Thema Gewalt und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege um ein komplexes Handlungs- und Forschungsfeld mit Auslegungsspielräumen und der Notwendigkeit *fallbezogener* Differenzierungen und Reflexionen handelt. Rechtliche Wissensbestände sind zwar notwendige Voraussetzung des beruflichen Handelns, führen aber isoliert betrachtet noch nicht zu umfassender Handlungssicherheit und direkten Lösungswegen (Zank et al., 2012).

Exemplarisch kann dies an folgendem Beispiel veranschaulicht werden.

Normatives Spannungsfeld Garantenpflicht - Selbstbestimmungsrecht

Professionelle Pflegekräfte obliegen der Garantenpflicht nach § 13 StGB (Strafgesetzbuch) (StGB, 2009). Sie sind Garanten für Leben und Gesundheit der von ihnen betreuten pflegebedürftigen Menschen. Handeln sie bei einer drohenden Verletzung der pflegebedürftigen Menschen nicht, riskieren sie eine strafrechtliche Verfolgung „wie diejenigen, die die Gefahr für den pflegebedürftigen Menschen aktiv verursachen“ (Kuhn-Zuber 2011, S. 12).

Diese Garantenpflicht steht u. U. im Widerspruch mit dem Selbstbestimmungsrecht pflegebedürftiger Menschen, beispielsweise verankert in Artikel 2 GG (Grundgesetz), dem „Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ (GG, 2007, S. 15). Im Praxisfeld Gewaltprävention handelt es sich überwiegend um grenzwertige Fälle, d. h. in der Regel nicht um Notfälle mit eindeutigem, sofortigem Handlungsbedarf, sondern der Notwendigkeit moderater, niedrighwelliger Interventionen wie z. B. einem Beratungsangebot. Praxiserfahrungen zeigen, dass diese konstruktiv intendierten Angebote nicht uneingeschränkt Akzeptanz erlangen (Hirsch, 2005). Denn selbst konkret von Gewalt betroffene Menschen können ablehnend reagieren und sich eine vermeintliche „Einmischung in Privatangelegenheiten“ verbieten, beispielsweise angesichts eigener Perspektivlosigkeit im Falle eines Pflegeabbruchs vonseiten des Gewalt ausübenden Angehörigen.

Bei Verdachtsfällen gilt es daher, das weitere Vorgehen sorgfältig abzuwägen, damit die Vorteile eines Früherkennungsverfahrens potenzielle Nachteile überwiegen (Perel-Levin 2008). Das PURFAM-Assessment unterstützt Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste bei Abwägungsprozessen hinsichtlich ihres Vorgehens, respektive der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes alter Menschen bei gleichzeitiger Sicherstellung ihrer körperlichen Unversehrtheit und ihres psychischen Wohlbefindens.

Bei der Wahrung der Autonomie alter Menschen auch im Falle von Hochbetagtheit und Erkrankung handelt es sich, unabhängig von nationaler Gesetzgebung, um eine gerontologische Kernmaxime. Gewaltprävention in der familialen Pflege berührt ein originäres Spannungsfeld der Interventionsgerontologie. Im Handbuch der Alternstheorien von Bengtson et al., heißt es dazu, eine einseitige Betonung der Vulnerabilität alter Menschen enthalte die Gefahr der Konstruktion eines undifferenziert negativen Altersbildes. So ein verzerrtes Fremdbild alter Menschen könne zu einer Art zwar ‚gütiger‘, aber dennoch unangemessener Bevormundung im Sinne eines „Patronizing elders with *benign ageism*“ (Bengtson et al., 1999, S.12) führen, so die Autoren.

Insbesondere im Handlungsfeld ‚Gewaltprävention bei pflegebedürftigen Menschen‘ besteht ein Risiko verallgemeinernder Zuschreibungen, denn der alte Mensch wird nicht nur mit Hilfebedürftigkeit konnotiert, sondern möglicherweise vorschnell noch mit einem Opferstatus versehen. Verengte Wahrnehmungen in dieser Form können passgenaue und zielgruppengerechte Interventionen erschweren.

Ethische Aspekte aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation hat in einem ausführlichen Bericht über ethische Aspekte bei Früherkennungsmaßnahmen im Zusammenhang mit Elder Abuse geschlussfolgert, dass eine frühe Identifizierung von Gewalt und Vernachlässigung aus ethischer Sicht geboten sei, bei den dazugehörigen Assessmentverfahren aber fachliche Basiskriterien berücksichtigt werden sollten (Perel-Levin, 2008, S. 13).

Basiskriterien für Assessmentverfahren in der Gewaltprävention bei Elder Abuse

- Es muss sich um ein wichtiges gesundheitliches Anliegen handeln.
- Das Verfahren sollte einfach und sicher durchzuführen sein.
- Ein adäquater Personaleinsatz muss gewährleistet sein.
- Die Erfassung von manifester Gewalt oder einem erhöhten Gewaltrisiko bedarf der Komplettierung durch unterstützende und passgenaue Interventionen.
- Die Akzeptanz des kompletten Programms bei den Beteiligten und der Öffentlichkeit sollte gegeben sein (ebd.).

Hinsichtlich der Fragestellung, ob ein entsprechendes Verfahren bei Verdacht oder als Routinemaßnahme durchzuführen sei, findet keine Festlegung statt. Das PURFAM-Assessment bietet Handlungspfade für beide Optionen.

Die Weltgesundheitsorganisation fordert eine Ausweitung der Präventionsmaßnahmen sowohl in der EU als auch global (Sethi et al., 2011; WHO, 2008). Ambulante Pflegedienste als Interventionsagenten gehören zu den bevorzugten Adressatengruppen der

Präventionsarbeit. Im Rahmen des PURFAM-Projekts erhalten sie durch das hier entwickelte Präventionskonzept einen normativen Orientierungsrahmen für Interventionen in einem ethisch sensiblen Aufgabenbereich.

5. Durchführung Intervention

Constanze Steinhusen, Sonja Heidenblut & H. Elisabeth Philipp-Metzen

5.1 Pilotphase und Struktur der Schulung

Die von PURFAM entwickelte Präventionsmaßnahme wurde im Rahmen einer Pilotstudie, die im März und im April 2011 ausgehend von beiden Hochschulstandorten durchgeführt wurde, erprobt⁸. Fünfzehn ambulante Pflegedienste wurden in die Pilotphase einbezogen. Die dreigliedrige Schulung mit den Elementen ‚Informationsveranstaltung – Fortbildungstag – Fallbesprechung‘ wurde auf Optimierungspotenzial, z. B. hinsichtlich didaktisch-methodischer Qualität, getestet und das Assessment, das Evaluationsinstrumentarium und das Schulungsmaterial nach den Ergebnissen der Pilotstudie überarbeitet.

Die PURFAM-Schulung umfasst drei Elemente:

- Eine Informationsveranstaltung, in der das Projekt vorgestellt wird
- Einen Fortbildungstag, an dem die Fortbildungsinhalte vermittelt werden
- Eine fakultative Fallbesprechung 6-8 Wochen nach dem Fortbildungstag

In Tabelle 9 sind die drei Elemente genauer erläutert.

5.2 Strukturdaten

Die Hauptphase der Intervention erstreckte sich von Juni 2011 bis einschließlich Mai 2012. Bei einem insgesamt erfolgreichen Projektverlauf konnten insgesamt 170 Pflegedienste während der Hauptphase von PURFAM geschult werden. (Eine Übersicht über Strukturdaten der durchgeführten Schulungen ist Tabelle 9 zu entnehmen).

Merkmale der Fortbildungstage

Aufgrund der insgesamt geringen Nachfrage an den Fallbesprechungen wurde die Teilnahme an den Fortbildungstagen im Verlauf des Projektes als verbindliches Kriterium definiert. Die nachfolgenden Detailangaben beziehen sich auf den entsprechenden Teilnehmerkreis. Die 41 Fortbildungstage waren zu 71% Ganztags- und zu 29% Halbtags-schulungen. Letzteres bezeichnet eine Fortbildung, deren vier Module im Rahmen von zwei halben Tagen durchgeführt wurden, wobei die Reihenfolge der Module beibehalten wurde. Von den insgesamt 41 Fortbildungen wurden insgesamt zwölf in dieser Form ausgerichtet.

⁸ Siehe Kapitel 8 im ersten Zwischenbericht.

Tabelle 9: Übersicht über die Elemente und Standards der PURFAM-Schulung

Informationsveranstaltung	
Struktur	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • In Pilotphase obligatorisch, in Hauptphase fakultativ • Vortrag mit Diskussion • 90 Minuten • Für Fach- und Führungskräfte • Kostenlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektvorstellung • Schulungsaufbau • Einführung der PURFAM-Checklisten und des BIZA-D-Angehörigen-belastungsfragebogens • Fragen der Teilnehmer (TN)
Fortbildungstag	
Struktur	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • Obligatorisch • Bis zu 20 TN, falls mehr als 10 TN Durchführung mit zwei PURFAM-Dozenten • Für vom Pflegedienst als geeignet bewertete Mitarbeiter • Ganztags • Den PURFAM Einsatz betreffend kostenlos (plus variabler Selbstkostenanteile der Tagungshäuser) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation t₁ • Modul 1: Basiswissen Gewalt in der Pflege • Modul 2: Früherkennung und Dokumentation • Modul 3: Rechtliche Aspekte • Modul 4: Intervention • Evaluation t₂
Fallbesprechung	
Struktur	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • Fakultativ • 90 bis 120 Minuten • Variabel als Inhouse-oder Gruppentermin • Ca. 6-8 Wochen nach dem Fortbildungstag • Kostenlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallanalysen konkret vorgekommener Fälle (anonymisiert) • Einsatz der PURFAM-Checklisten sowie des BIZA-D-Angehörigen-fragebogens • Offene Fragen der TN • Evaluation t₃

Tabelle 10: Anzahl der Schulungen im Projekt PURFAM

Gesamtüberblick über Schulungen im Projekt PURFAM	
Geschulte Dienste:	170
Geschulte Personen:	455
Fortbildungstage:	41
Fallbesprechungen:	10
Informationsveranstaltungen:	27
Ausgehend vom Hochschulstandort Berlin	
Geschulte Dienste:	83
Geschulte Personen:	223
Fortbildungstage:	16
Fallbesprechungen:	2
Informationsveranstaltungen:	15
Bundesländer:	4 (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein)
Ausgehend vom Hochschulstandort Köln	
Geschulte Dienste:	87
Geschulte Personen:	232
Fortbildungstage:	25
Fallbesprechungen:	8
Informationsveranstaltungen:	12
Bundesländer:	3 (NRW, Hessen und Baden-Württemberg)

Anmerkung. Die 455 Personen entsprechen den Teilnehmenden der Schulung insgesamt. Dabei liegen von 338 dieser Personen Daten zur Evaluation vor (vgl. Abbildung 9).

Grundsätzlich wurden Fortbildungstage als offenes Gruppenangebot ausgeschrieben. Hierzu meldeten die ambulanten Pflegedienste einzelne Mitarbeiter an, welche anschließend intern eine Multiplikatorenfunktion innehatten (= Multiplikatorenschulungen). Auf Nachfrage wurden aber auch Fortbildungen exklusiv für einen ganzen Pflegedienst durchgeführt (= Komplettschulungen). Letzteres betraf neun Fortbildungen.

5.3 Praxiserfahrungen

5.3.1 Akquise

Die erfolgreiche Implementierung der Schulungen ist unter anderem das Ergebnis von umfassenden Akquise-Bemühungen (vgl. Tabelle 11). Nachstehend werden die Grundzüge dieser Bemühungen ausgehend von den beiden Hochschulstandorten Berlin und Köln dargestellt. Wesentlich hierbei war die bedarfsorientierte und passgenaue Ausrichtung an Nachfragen und Strukturen in den jeweiligen Regionen. Hierzu wurden schon vorhandene Kontakte ausgebaut und Netzwerkarbeit geleistet. Der Feldzugang zur Rekrutierung der

Interventionspartner, d. h. der ambulanten Pflegedienste, erfolgte auf mehreren Zuständigkeitsebenen.

Tabelle 11: Im Rahmen von PURFAM genutzte Akquiseformen

Im Rahmen von PURFAM genutzte Akquiseformen
Programmausschreibungen in den Katalogen der kooperierenden Bildungshäuser
Programmausschreibungen im Internet
Flyer zu den Veranstaltungen
Persönliche schriftliche Einladungen, z. B. in Form von Serienbriefen
Presseartikel, z. B. zum World Elder Abuse Awareness Day
Telefonakquise
Erinnerungs-E-Mails
Gremienarbeit / Verbandskontakte in den einzelnen Regionen
Durchführung öffentlicher Veranstaltungen, z. B. Vorträge
Einzelansprache von relevanten potenziellen Multiplikatoren

Die Rekrutierung ambulanter Pflegedienste begann bereits vor der Pilotphase Anfang 2011. Aufgrund der zögerlichen Resonanz der Dienste wurde sie umfangreich und intensiv betrieben. In Tabelle 12 werden die Interventionsgebiete aufgeführt, die von den beiden Hochschulstandorten in insgesamt sieben Bundesländern erschlossen wurden.

Nachfolgend werden individuelle Aspekte des Feldzugangs zur Rekrutierung der Interventionspartner, d. h. der ambulanten Pflegedienste, in den jeweiligen Gebieten erläutert.

Für die Hauptschulungen wurden zwei großflächige Werbeaktionen durchgeführt. Im Juli 2010 erschien im Weiterbildungsprogramm des Referats Weiterbildung der KHSB die Ankündigung der Fortbildung. Das Programm wurde an über 2.900 Akteure im Sozial- und Gesundheitsbereich bundesweit versandt. Die diesbezügliche Resonanz zeigte den Bedarf zur weiteren Bewerbung auf. So wurde ein neuer Verteiler der ambulanten Pflegedienste in Berlin erstellt und eine Informationskarte mit Anschreiben und Antwortfax an 490 Adressen verschickt.

Zu verschiedenen Akteuren im Berliner und Brandenburger Altenhilfe- und Versorgungssystem (Pflegerstützpunkte und Altenhilfe-Netzwerke) wurde Kontakt aufgebaut. Zum einen sollten dabei Kontaktpersonen für die Thematik gefunden und zum anderen die Netzwerke zur weiteren Bekanntmachung des Projekts genutzt werden.

Tabelle 12: Interventionsgebiete

Interventionsgebiete ausgehend vom Hochschulstandort Berlin:
Berlin
Cottbus (Brandenburg)
Potsdam (Brandenburg)
Magdeburg (Sachsen-Anhalt)
Neumünster (Schleswig-Holstein)
Rendsburg (Schleswig-Holstein)
Interventionsgebiete ausgehend vom Hochschulstandort Köln:
Großraum Köln
Großraum Bonn
Region Münster / Münsterland (letzteres mit den Kreisen Steinfurt und Coesfeld)
Lahn-Dill-Kreis (Hessen)
Duisburg
Aachen
Kreis Siegen-Wittgenstein

In der Hauptinterventionsphase wurde das Gebiet in und um Köln auf den Bonner Raum erweitert, da hier vielfach institutionell und auf Verbandsebene zusammenhängende Einheiten agieren. Multiplikatoren für die Hauptphase waren unter anderem eine Altenpflegeschule und die spezialisierte Fachstelle HsM Bonn.

Münster und das Münsterland. In Münster sowie im Münsterland fanden Ausschreibungen der Fortbildung z. B. in Weiterbildungsstätten statt. Mit den Kontaktaufnahmen zu zentralen regionalen Akteuren wie Alzheimer Gesellschaften, Bildungseinrichtungen, etc. wurde begonnen. Auch hat der Raum Münster beispielsweise eine bei der Stadt Münster angesiedelte, spezialisierte Stelle für die Behandlung von Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen durch ihre Angehörigen. Im Münsterland sitzen in Dülmen sogenannte ‚Türöffner‘, d. h. Schlüssel-Personen und Institutionen, die Multiplikatorenfunktionen innehaben. Die Interventionsphase in Raum Münster / Münsterland wurde im zweiten Halbjahr 2011 durchgeführt. Als Kick-off-Veranstaltung konnte ein öffentlicher Vortragsabend anlässlich des World Elder Abuse Awareness Day in Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Görden, Polizeihochschule Münster, gewertet werden.

Lahn-Dill-Kreis. Im Lahn-Dill-Kreis wurde der Feldzugang über die kommunal finanzierten Pflegeberatungsstellen gewählt. Der Lahn-Dill-Kreis ist ein weitflächiges Gebiet und teilt sich in den südlichen und nördlichen Kreis. Die Beratungsstellen sind in Wetzlar und Dillenburg bei freien Trägern der Wohlfahrtspflege angesiedelt. Je nach Interventionsgebiet getrennt wurden alle ambulanten Pflegedienste der Region zu der zum Schulungsprogramm

gehörigen Informationsveranstaltung schriftlich eingeladen. Je nach Interesse war es geplant, einen bzw. zwei Fortbildungstage mit entsprechenden Nachsorgeterminen durchzuführen. Weiterhin wurden zusätzlich zwei Akquisetermine, im Arbeitskreis Altenhilfeplanung und der Arbeitsgruppe Altenhilfe südlicher Lahn-Dill-Kreis, durchgeführt. Über diese Gremien wurden alle relevanten Geschäftsführungen der freien Wohlfahrtsträger und die direkt an der Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen beteiligten Akteure des Kreises erreicht.

Kreis Siegen-Wittgenstein. Kooperationspartner im Kreis Siegen-Wittgenstein waren die Vereine ‚Handeln statt Misshandeln‘ und ‚Aktiv im Alter‘, das Demenzservicezentrum, sowie einzelne Akteure der Altenhilfe. Der Runde Tisch Demenz ist ein Gremium, in dem alle an der Versorgung demenziell erkrankter Menschen beteiligten Dienste der Region mitarbeiten. Um Ziele und Inhalte des Projektes vorzustellen und auf diesem Wege ambulanter Pflegedienste zu akquirieren, wurden Mitarbeiter von PURFAM zu einem dieser Verbundtreffen sowie alle ambulanten Pflegedienste im Einzugsgebiet eingeladen. Weiterhin wurde direkter Kontakt zu den Führungskräften der ambulanten Pflegedienste aufgenommen. Räume für die Schulung standen durch den Verein ‚Aktiv im Alter‘ zur Verfügung.

Aachen. Kooperationspartner in Aachen waren Mitarbeiter des Alexianer Krankenhauses. Der Träger bietet eine breite Palette Gerontopsychiatrischer Dienstleistungen an und es besteht eine gute Vernetzung zu stationären und ambulanten Leistungserbringern der Region. Im Juli 2011 wurde eine vom Alexianer Krankenhaus organisierte Tagung zum Thema „Gewalt in der Pflege“, durchgeführt, bei der das PURFAM-Projekt durch den Vortrag einer Projekt-Mitarbeiterin vorgestellt wurde. So konnten weitere Interessenten für die Fortbildung gewonnen werden.

Da die beschriebenen Rekrutierungswege im Kölner Team zu nicht befriedigenden Anmeldezahlen führten, wurde in allen Regionen zur telefonischen Direktakquise übergegangen.

Akquise-Erfahrungen beider Hochschulstandorte

An beiden Hochschulstandorten wurde den PURFAM-Mitarbeitenden immer wieder ein großes Interesse an der Thematik von Seiten der Pflegedienste zurückgemeldet. Dabei gaben die Pflegedienste einen erheblichen Schulungsbedarf an und verwiesen in den Gesprächen immer wieder auf akute Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung in ihrem aktuellen Arbeitsalltag. Trotz dieser positiven Resonanz war es den Pflegedienstleitungen kaum möglich, Mitarbeitende für Schulungen, die über die geforderten Pflichtfortbildungen hinausgehen, freizustellen. So waren die Fortbildungsressourcen der Pflegedienste meist

schon an Fortbildungen im Rahmen der Expertenstandards gebunden. Bei den großen Wohlfahrtsverbänden gab es darüber hinaus strikte Vorgaben des Fortbildungsangebotes für die ambulanten Pflegedienste.

Die konzeptionell gewünschte Dreiteilung in eine Infoveranstaltung für Führungskräfte, einen Fortbildungstag für Mitarbeiter und eine Fallbesprechung für das gesamte Team konnte angesichts dieser knappen Ressourcen von Seiten der Pflegedienste nicht eingehalten werden. Dabei konzentrierte sich das Interesse überwiegend auf den Besuch des zentralen Fortbildungstages. Die optional angebotenen Fallbesprechungen wurden jedoch kaum nachgefragt. Die Nachfrage an Informationsveranstaltungen war in den Akquisegebieten sehr unterschiedlich. Sofern nachgefragt waren sie jedoch ein wichtiges Mittel zur Gewinnung von Teilnehmenden für den zentralen Fortbildungstag.

Die Kostenfreiheit des Schulungsangebotes bewährte sich als starker Anreiz für die Teilnahme der Pflegedienste am PURFAM-Projekt. Allerdings ist die mangelnde Teilnahmeverbindlichkeit vermutlich ebenfalls darauf zurückzuführen.

Langfristige Zusagen für die Teilnahme der Pflegedienste am Fortbildungstag waren aufgrund von ständigen Personalengpässen kaum zu erzielen. Insofern bewährte sich ein Bewerbungszeitraum von zwei bis drei Monaten. Dieser ermöglichte es den Pflegedienstleitungen, Mitarbeiter bei der Dienstplangestaltung freizustellen und gleichzeitig den Fortbildungstermin aufgrund zu großer zeitlicher Distanz nicht aus den Augen zu verlieren.

In ländlichen Gebieten führte ein Mangel alternativer Angebote insgesamt zu größerem Interesse an der PURFAM Fortbildung. So konnte insgesamt trotz der genannten Teilnahmebarrieren eine erhebliche Zahl an Pflegediensten geschult werden.

Differierende Erfahrungen ausgehend von Köln und Berlin

Im Gegensatz zum Berliner Team wurden die angebotenen Informationsveranstaltungen für Führungskräfte im Kölner Raum kaum wahrgenommen. Weiterhin gab es auf schriftliche Einladungen per Post oder E-Mail in den Kölner Gebieten kaum Resonanz. Daher wurde im Kölner Team verstärkt mit Direktakquise per Telefon gearbeitet. Häufig waren Mehrfach-Anrufe einzelner Pflegedienste notwendig. Die im Kölner Team telefonisch kontaktierten Pflegedienstleitungen äußerten den Wunsch nach einer flexibleren Struktur des Fortbildungstages. Halbtagschulungen wurden im Kölner Raum verstärkt nachgefragt und es bestand auch häufiger der Wunsch nach Schulungen des kompletten Teams zusammen mit der Pflegedienstleitung. In Berlin wurden Multiplikatorenschulungen im Ganztagsformat bevorzugt.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass zur Gewinnung der geschulten Pflegedienste verschiedene Rekrutierungswege gewählt werden mussten. Wiederholte Einladungen in Form von Emails oder Telefonaten waren erfolgreiche Strategien. Insbesondere führte der persönliche Kontakt zu Pflegedienstleitungen und Multiplikatoren zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Aufgrund der Erfahrungen in Bezug auf mangelnde Anmeldeverbindlichkeit und daraus folgende Planungsunsicherheit sollte für die Akquise ausreichend Zeit im Interventionszeitraum eingeplant werden.

5.3.2 Erfahrungen bei den PURFAM-Fortbildungstagen

An dieser Stelle werden einige Praxiserfahrungen der Fortbildungsleiterinnen von PURFAM beschrieben, die nicht Teil der eigentlichen Projekt-Evaluation sind. Entsprechende Erfahrungen sind in Bezug auf die optimale Durchführung von Fortbildungen vor allem in didaktischer Hinsicht relevant.

Anzahl der Teilnehmenden

Für den Fortbildungstag war konzeptionell eine Teilnehmergröße zwischen 8 und 20 Personen geplant. Ab einer Teilnehmerzahl von zehn Personen wurde die Schulung von zwei Schulungsleiterinnen durchgeführt. Aufgrund mangelnder Teilnahmeverbindlichkeit gab es vereinzelt Fortbildungstage mit sehr kleinen Gruppengrößen. Eine Gruppengröße von 8-12 Personen stellte sich als optimal heraus, um ein Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmern herzustellen und ausreichend Raum für eigene Beiträge zur Verfügung zu stellen. Bei 20 Personen war der Interaktionsraum zwischen den Pflegekräften eingeschränkter, der Fortbildungstag eher auf Wissensvermittlung ausgerichtet.

Heterogenität der Teilnehmenden

Die durchgeführten Multiplikatorenschulungen zeichneten sich mitunter durch heterogene Qualifikationen der Teilnehmenden aus. So wurden an einigen Terminen hauswirtschaftliche Kräfte, Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen innerhalb der gleichen Fortbildung geschult. Da die Teilnehmenden so nicht nur einen sehr heterogenen Erfahrungs- und Wissenshintergrund hatten sondern auch unterschiedliche Interessenschwerpunkte, standen die Schulungsleiterinnen hier teilweise vor didaktische Herausforderungen: Mitarbeiter, die direkt in der Pflege tätig waren, interessierten sich verstärkt für Handlungsempfehlungen im direkten Umgang mit Gewaltsituationen in der familialen Pflege sowie Gesprächstechniken. Pflegedienstleitungen hingegen für rechtliche Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten und mögliche Vernetzungspartner im Sozialraum sowie die Implementierung des PURFAM-Assessments in die Abläufe ambulanter Pflegedienste.

Räumliche Aspekte

Fortbildungen in den Räumen des Pflegedienstes hatten den Vorteil, dass die Mitarbeiter sich in gewohnter Atmosphäre leichter auf die Thematik einlassen konnten, insbesondere, wenn zuvor bereits ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Mitarbeitern bestand. Neutrale Orte, beispielsweise Räume der Universitäten oder Bildungshäuser, hatten dagegen den Vorteil, Fortbildungen ungestört von der täglichen Routine im Pflegedienst durchführen zu können.

Nachhaltigkeit der Schulung

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Schulung und der Übertragung des Wissens in den Arbeitsalltag waren nach den Erfahrungen der Fortbildungsleiterinnen einige strukturelle Merkmale relevant. Fortbildungen für das komplette Team hatten den Vorteil, dass alle Mitarbeiter und die Leitungsebene anschließend über den gleichen Informationsstand verfügten. Darüber hinaus ergab sich für alle Teilnehmenden der Eindruck, dass die Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Thematik innerhalb des Dienstes gewünscht war, zumal die Leitungsebene das komplette Team für eine entsprechende Fortbildung freigestellt hatte. Zudem förderten Komplettschulungen die Teamentwicklung in Bezug auf die Wahrnehmung und den Umgang mit problematischen Pflegesituationen. Die Teilnahme der Pflegedienstleitung am Fortbildungstag erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass das Assessment regelhaft in die Abläufe des Pflegedienstes implementiert wurde.

In den Multiplikatorenschulungen ging aus den Feedbackrunden hervor, dass die Teilnehmenden den Austausch mit Mitarbeitenden anderer Pflegedienste in Bezug auf vorhandene Fälle, den Umgang mit diesen im Pflegedienst und vorhandenen Interventionsmöglichkeiten als besonders positiv bewerteten.

Bei Multiplikatorenfortbildungen besteht jedoch grundsätzlich die Gefahr, dass das erworbene Wissen gar nicht, unvollständig oder falsch im Pflegedienst weitergegeben wird. Als nicht zielführend hat sich die Anmeldung von Mitarbeitenden zu Multiplikatorenschulungen aus dem alleinigen Grund, dass es sich um ein kostenfreies Angebot handelt, herausgestellt. Stattdessen sollte auf Leitungsebene der Wille, mit dem Thema Gewalt in der Pflege offen im Pflegedienst umzugehen, eine Grundvoraussetzung dafür sein, die Teilnahme von Mitarbeiter/innen zu ermöglichen.

6. Evaluation

Sonja Heidenblut und Inka Wilhelm

Ziel der PURFAM-Fortbildung war es, Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste – und hier vor allem Pflegefachkräfte - für das Thema Gewalt in der häuslichen Pflege zu sensibilisieren und das Wissen zu diesem Thema zu vertiefen. Darüber hinaus sollten die Teilnehmenden in ihrem Kompetenzzempfinden und, sowohl durch den Fortbildungstag als auch die Anwendung des PURFAM-Assessments, in ihrer Handlungssicherheit gestärkt werden. Design und Methodik der Evaluation orientierten sich an diesen Zielsetzungen sowie an den einzelnen in Kapitel 4 beschriebenen Schulungselementen.

Im Folgenden werden Design, Methodik und Erhebungsinstrumente der PURFAM-Evaluation dargestellt. Die Präsentation der Erhebungsergebnisse schließt die Darstellung der Evaluation ab. Die kompletten Evaluationsmaterialien sind dem Anhang beigelegt (Abschnitt 5).

6.1 Design

Die oben erläuterten Ziele der PURFAM-Fortbildung fungierten als Ausgangspunkt für die Struktur des Evaluationsvorgehens. Um sowohl kurz- als auch längerfristige Veränderungen zu erheben, wurden insgesamt vier Messzeitpunkte festgelegt, bei denen die Teilnehmenden in einem standardisierten Verfahren anonym zu verschiedenen Themen befragt wurden (vgl. Abbildung 8).

Kurzfristige Veränderungen (Messzeitpunkte 1 und 2)

Die Erhebungen zur unmittelbaren Wirkung des Fortbildungsinhalts auf die Teilnehmenden erfolgte direkt vor und im Anschluss an den PURFAM-Fortbildungstag, wobei die entsprechenden Erhebungsinstrumente zu Beginn und nach Ende der Fortbildung von den Fortbildungsleiterinnen ausgegeben wurden. Hier wurden vergleichend die Selbsteinschätzung der Handlungskompetenz der Pflegekräfte im Umgang mit problematischen Pflegesituationen sowie das faktische Wissen zum Thema Gewalt in der häuslichen Pflege erfragt.

Längerfristige Veränderungen (Messzeitpunkte 1 und 4)

Die Überprüfung längerfristiger Veränderungen erfolgte durch den Vergleich von Angaben der Pflegedienstmitarbeitenden zu Messzeitpunkt 1 und einer Follow-up-Erhebung, die etwa vier Monate nach dem ersten Fortbildungstag postalisch durchgeführt wurde (Messzeitpunkt 4). So wurde erwartet, dass durch die Übertragung der Fortbildungsinhalte in den eigenen Arbeitsalltag die Wahrnehmung problematischer Pflegesituationen durch die Teilnehmenden

sensibilisiert würde und konkrete Strategien zum Umgang mit entsprechenden Situationen zunehmen würden. Daher wurden zu diesen Messzeitpunkten die Häufigkeit von Gewaltsituationen im Arbeitsalltag sowie der Umgang der Pflegekräfte mit diesen Situationen abgefragt. Darüber hinaus wurde im Follow-Up nochmals die selbsteingeschätzte Handlungskompetenz erfragt um zu überprüfen, ob etwaige positive Effekte auf das Kompetenzerleben der Teilnehmenden auch eine längerfristige Wirkung zeigen würden.

Beurteilung der Fortbildungsinhalte und Transfer in den Arbeitsalltag

Eine Einschätzung zur didaktischen Qualität der PURFAM-Fortbildung sowie zur praktischen Relevanz der Inhalte erfolgte im Anschluss an den Fortbildungstag (Messzeitpunkt 2).

Im Anschluss an die Fallbesprechung, bei der die Teilnehmenden Gelegenheit hatten, die Checklisten des PURFAM-Assessments anhand eines konkreten Falls aus dem eigenen Arbeitsalltag auszuprobieren, erfolgte eine ausführliche Beurteilung der entsprechenden Instrumente (Messzeitpunkt 3). Da das BIZA-D bereits im Rahmen der LEANDER-Studie ausführlich empirisch erprobt wurde (vgl. Zank, Schacke & Leipold, 2006), wurden in die Evaluation des PURFAM-Assessments lediglich die neu entwickelten Checklisten einbezogen.

Die Anwendung des von PURFAM vorgestellten Handlungsablaufs sowie der Assessmentmaterialien wurde nach viermonatiger Anwendungsgelegenheit im Follow-up (Messzeitpunkt 4) erhoben.

Persönliche Rückmeldungen der Teilnehmenden

Ergänzend zur psychometrischen Erhebung wurden von den Teilnehmenden im Laufe der Fortbildung direkte mündliche Rückmeldungen zu verschiedenen Anteilen der Inhalte erbeten (Qualität der Fortbildung, PURFAM-Assessment). Darüber hinaus hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit während der abschließend stattfindenden Feedback-Runden individuelle Anmerkungen zu machen und ihre Beobachtungen zu benennen.

Persönliche Rückmeldungen wurden von den Fortbildungsleiterinnen während oder nach den Fortbildungstagen notiert und ergänzen im Ergebnisteil jeweils inhaltlich die Resultate der standardisierten schriftlichen Erhebung.

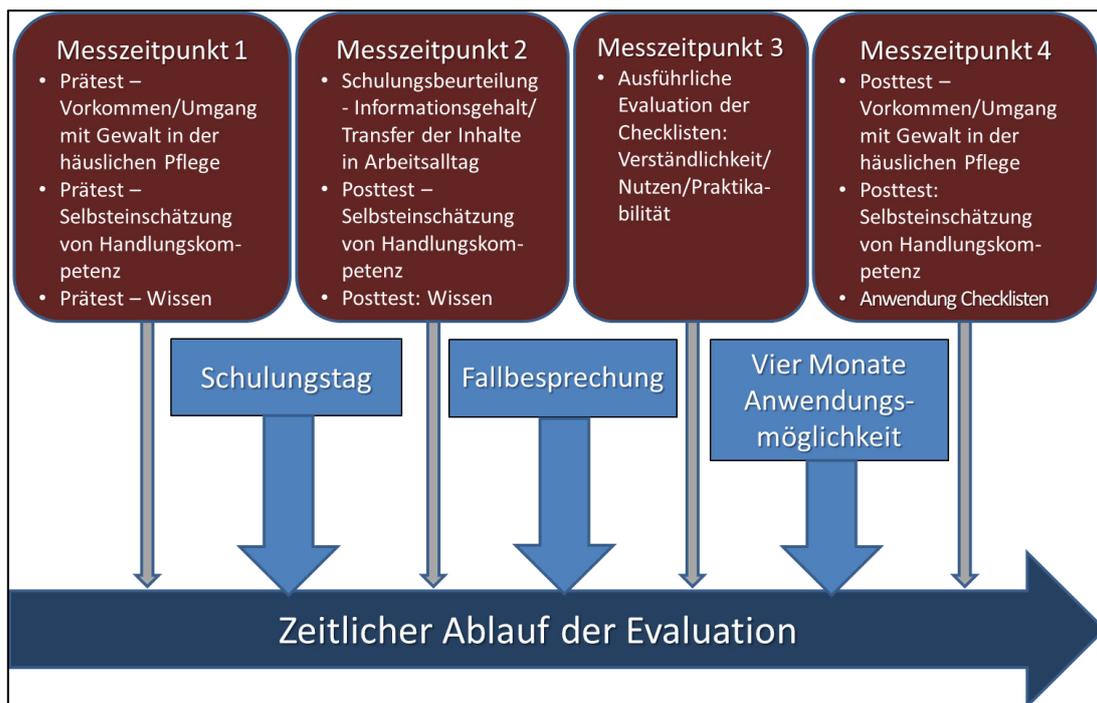


Abbildung 8: Zeitlicher Ablauf der Evaluation

6.2 Instrumente

Da sich die Wirksamkeit der Fortbildungsinhalte auf ein spezielles Themengebiet bezieht, konnte für die Evaluation nicht auf bewährte Messinstrumente zurückgegriffen werden, sondern es wurden jeweils eigene Fragebögen entwickelt, wobei durch die Berücksichtigung gängiger Konstruktionskriterien (vgl. Porst 2000, 2011) auf eine möglichst hohe inhaltliche Validität geachtet wurde.

Vorkommen von und Umgang mit Gewalt in der häuslichen Pflege

Zur Erfassung des Vorkommens von Gewalt wurden die Pflegekräfte gefragt, ob, und wenn ja, in wie vielen Fällen Gewalt in der häuslichen Pflege innerhalb der letzten vier Monate in ihrem Arbeitsalltag vorgekommen war. Im Anschluss daran sollte unterschieden werden, welche der vorgegebenen Formen von Gewalt (physische oder psychische Gewalt, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung, sexualisierte Gewalt) dabei aufgetreten waren.

Für eine Einschätzung des Umgangs von Pflegediensten mit problematischen Fällen wurden die Teilnehmer der Befragung gebeten, sich den letzten problematischen Fall aus ihrem Arbeitsalltag vor Augen zu führen und anzugeben, welche der vorgegebenen Strategien sie in dem konkreten Fall angewendet hatten (z.B. „Ich habe den Fall im Team besprochen“). Zudem wurde durch ein Einzelitem erfragt, inwiefern in den Pflegediensten ein Standard zum Umgang mit Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegesituationen vorlag.

Selbsteinschätzung der Handlungskompetenz

Die Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz der Pflegekräfte erfolgte anhand einer Skale mit vier Items (z.B. „ Wenn ich ‘Gewalt in Pflegesituationen’ vermute, weiß ich, wie ich vorgehen kann“, $\alpha = .82$). Der Grad der Zustimmung konnte jeweils über ein vierstufiges Antwortformat (1 = stimme gar nicht zu, 4 = stimme völlig zu) angegeben werden.

Wissen über Gewalt in der häuslichen Pflege

Das Wissen der Teilnehmenden zum Thema Gewalt in der häuslichen Pflege wurde mit 21 Items in Form von Aussagesätzen erhoben, die im Multiple-Choice-Verfahren mit ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ beurteilt werden sollten (z.B. „Vernachlässigung ist eine Form von Gewalt“, „Freiheitseinschränkende Maßnahmen sind in jedem Fall als Misshandlung anzusehen“, $\alpha = .60$). Dabei wurde jede richtige Antwort mit einem Punkt bewertet, es konnten also insgesamt 21 Punkte erreicht werden. Die Reihenfolge der Items wurde zu Messzeitpunkt 2 verändert, um ‚richtiges Raten‘ anhand der Itemposition zu verhindern.

Fortbildungsbeurteilung

Die Beurteilung des PURFAM-Fortbildungstages durch die Teilnehmenden erfolgte über vier Skalen zu folgenden Qualitätsmerkmalen: Struktur der Fortbildung (drei Items, z.B. „Der Aufbau und Ablauf des Fortbildungstages waren für mich logisch und nachvollziehbar, $\alpha = .71$), Informationsgehalt (vier Items, z.B. „ Im Bereich ‚Früherkennung und Dokumentation‘ fühle ich mich nach dem Fortbildungstag gut informiert“, $\alpha = .84$), Praxisbezug (drei Items, z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ich die Fortbildungsinhalte in meinem Arbeitsalltag anwenden werde, $\alpha = .71$) und Didaktik (drei Items, z.B. „ Die Art der Präsentation (Power Point Präsentation, Flip-Charts) war unterstützend“, $\alpha = .83$). Die Beurteilung konnte anhand einer vierstufigen Likert-Skala (1 = stimme gar nicht zu, 4 = stimme völlig zu) vorgenommen werden. Zudem konnte die Angemessenheit der Theorie-Praxisanteile jeweils als „zu hoch“, „angemessen“ oder „zu niedrig“ beurteilt werden.

Um außerdem individuelle Anregungen und Kritik beachten zu können, wurden zwei Items mit offenen Antwortkategorien eingefügt („Was war für Sie im Laufe des Fortbildungstages besonders wichtig?“, „Was hat Sie gestört oder Ihnen gefehlt? Veränderungsvorschläge für zukünftige Fortbildungen?“).

Evaluation der Checklisten

Die im Rahmen von PURFAM entwickelten Checklisten wurden von den Teilnehmenden jeweils durch einzelne Items im Hinblick auf Verständlichkeit, Nutzen und Praktikabilität (z.B. „Unter den einzelnen Aspekten der Checkliste Pflegekraft konnte ich mir konkret etwas vorstellen“, „Die Checkliste: Team hat dabei geholfen, das Teamgespräch zu strukturieren“)

mithilfe eines vierstufigen Antwortschemas (1 = stimme gar nicht zu, 4 = stimme völlig zu) bewertet.

Darüber hinaus konnten über Items mit offenen Antwortkategorien Angaben zu möglichen Anwendungsproblemen und Verbesserungsvorschläge gemacht werden („Gab es Bereiche des Assessments, die Ihnen in der Anwendung Probleme bereitet haben? Wenn ja, welche Bereiche waren es?“, „Hat Ihnen im Assessment etwas gefehlt? Wenn ja, was?“).

Anwendung der Checklisten

Zur Einschätzung der tatsächlichen Anwendung der Checklisten wurden die Pflegekräfte gebeten, ihre Anwendungsroutine der Instrumente innerhalb der vergangenen vier Monate anhand der Kategorien „Regelhaft“, „Immer im Verdachtsfall“, „Ausnahmsweise im Verdachtsfall“ bzw. „Nie“ einzustufen. Für den Fall, dass keine Anwendung erfolgte, konnten hierfür die Gründe näher aufgeschlüsselt werden.

6.3 Stichprobe

Das an die Bedürfnisse der Praxis angepasste, flexible Fortbildungsdesign (eintägige oder zweitägige Fortbildung, fakultative Fallbesprechung, eigenständig motiviertes Beantworten der Follow-Up -Fragebögen durch die Teilnehmenden) führte dazu, dass sich die Stichprobe zu den jeweiligen Messzeitpunkten zum Teil aus unterschiedlichen Probandengruppen zusammensetzt. Abbildung 9 veranschaulicht die Entstehung des präsentierten Evaluationsdatensatzes. Zur Vereinfachung der Darstellung werden in der Ergebnisdarstellung diejenigen Probanden als Fortbildungsteilnehmende berücksichtigt, die den Schulungstag vollständig durchlaufen haben und die die Evaluation zu den ersten beiden Messzeitpunkten komplett ausgefüllt haben. Die Fortbildungsteilnehmenden mit Follow-UP haben zusätzlich zu diesen Kriterien den Fragebogen zu Messzeitpunkt 4 ausgefüllt. Die Teilnehmenden der Fallbesprechung stellen dagegen eine eigene Teilstichprobe dar. Da bei den Fallbesprechungen meist komplette Pflegedienste geschult wurden, hatte jeweils nur ein Teil der Teilnehmenden (n=24) zusätzlich die Schulung durchlaufen (vgl. Tabelle 14).

Vergleicht man die verschiedenen Teilstichproben zeigt sich bei den Fortbildungsteilnehmenden ein Trend zu mehr Berufserfahrung, einer höheren beruflichen

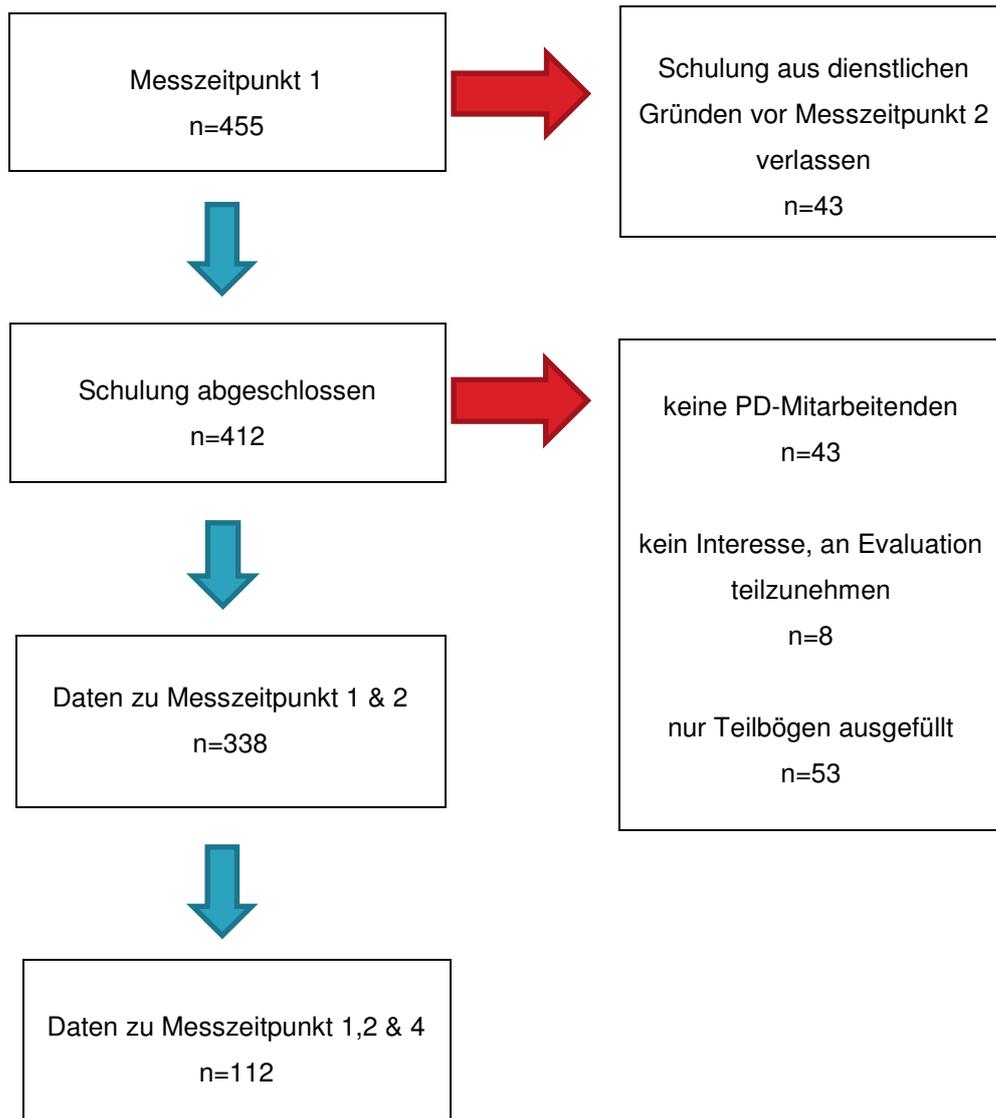


Abbildung 9: Teilnehmende der PUFAM-Schulung

Position im Pflegedienst und männlichem Geschlecht im Gegensatz zu den Teilnehmenden der Fallbesprechung. Das ist darauf zurückzuführen, dass der Fortbildungstag in vielen Fällen als Multiplikationsschulung organisiert war; also in einer Fortbildungsform, an der klassischerweise Berufsgruppen mit höherem Bildungsniveau teilnehmen, um eine Weitergabe der Fortbildungsinhalte gewährleisten zu können. Zudem nahmen am Fortbildungstag vereinzelt auch Berufsgruppen teil, die nicht direkt in der Pflege tätig waren, sondern leitende, koordinative oder beratende Funktionen (Qualitätsbeauftragte (2%), Geschäftsführung (1%), Pflegeberatung (1%), sozialer Dienst (2%)) inne hatten. In der Stichprobe mit zusätzlichen Daten zum Follow-Up verstärkt sich, wahrscheinlich bedingt durch einen leicht verzerrten Rücklauf der postalischen Erhebung, der Effekt zugunsten höherqualifizierterer Probanden.

Die Fallbesprechung wurde dagegen jeweils mit einem Großteil der Mitarbeiter eines beteiligten Pflegedienstes durchgeführt, so dass hier tendenziell mehr in der Praxis tätige Teilnehmende und mehr Teilnehmende mit geringerem Ausbildungsgrad vertreten waren. Bei insgesamt moderaten Unterschieden zwischen den Fortbildungsgruppen lässt sich dabei insgesamt feststellen, dass die intendierte Zielgruppe durch die Schulungen gut erreicht wurde.

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Eigenschaften der Substichproben zu den verschiedenen Messzeitpunkten. In allen Teilstichproben war die am stärksten vertretene Berufsgruppe die Pflegefachkraft. Erwartungsgemäß sind deutlich mehr Frauen als Männer vertreten. Die Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Schnitt zwischen 44 und 46 Jahre alt und hatten durchschnittlich 16 bis 19 Jahre Berufserfahrung. Im Laufe der Teilnehmerakquise zeigte sich, dass Pflegedienste aus städtischen Gebieten deutlich häufiger ausgelastet in Bezug auf Weiterbildungen waren, und daher die Pflegedienste in eher ländlichen Gebieten das Fortbildungsangebot stärker annahmen. Entsprechend ist in der Stichprobe ein höherer Anteil von Pflegediensten aus ländlichen Gebieten vertreten.

6.4 Ergebnisse

6.4.1 Vorkommen von Gewalt und Umgangweise in der häuslichen Pflege

Insgesamt lässt sich vor Beginn der Fortbildung (Messzeitpunkt 1) in Bezug auf das Vorkommen von und den Umgang mit Gewalt konstatieren, dass Gewalt in der häuslichen Pflege in der befragten Stichprobe eine hohe Relevanz hat, es in den Pflegediensten aber häufig an einem adäquaten, standardisierten Handlungsablauf zu solchen Fällen mangelt. So gaben lediglich 10% der Stichprobe an, dass ein Standard zum Umgang mit Gewalt in der häuslichen Pflege⁹ in ihrem Pflegedienst existiere. Von den befragten Personen gaben 75% an, Gewalt in der häuslichen Pflege sei ein wichtiges Thema in ihrem Pflegedienst. 33% beschrieben, Gewalt in der häuslichen Pflege komme häufig in ihrem Arbeitsalltag vor. Eine Aufschlüsselung von Wahrnehmung von bzw. Umgang mit Gewalt in der täglichen Praxis wird in Tabelle 14 präsentiert. Die konkretere Frage, ob Gewalt in der häuslichen Pflege in den vergangenen vier Monaten in ihrem konkreten Arbeitsalltag vorgekommen sei, bejahte insgesamt nahezu die Hälfte (50%) der befragten Pflegekräfte.

⁹ Im Sinne eines Pflegestandards, bei dem der Ablauf bei bestimmten Situationen/Vorkommnissen festgelegt ist.

Tabelle 13: Stichprobenbeschreibung der Evaluationsteilnehmenden

Stichprobe	Fortbildungsteilnehmende (n = 338)			Fortbildungsteilnehmende mit Follow-Up (n=112)			Teilnehmende der Fallbesprechung (n=52)		
	Datensätze	n(%)	MW (SD)	Datensätze	n(%)	MW (SD)	Datensätze	n(%)	MW (SD)
Alter	333		45.2 (10.5)	112		46.2 (8.9)	50		43.7 (10.3)
Geschlecht	333			111			52		
männlich		42 (12.6)			14 (12.6)			3 (5.8)	
weiblich		291 (87.4)			97 (87.4)			49 (94.2)	
Berufliche Position	336			112			51		
Krankenpflegefachkraft		100 (29.8)			37 (33.0)			16 (31.3)	
Altenpflegefachkraft		56 (16.7)			20 (17.9)			7 (13.7)	
PflegehelferIn		57 (17.0)			13 (11.6)			11 (21.6)	
PDL		45 (13.4)			17 (15.2)			7 (13.7)	
Stellv. PDL		24 (7.1)			9 (8.0)			3 (5.9)	
Sonst. Pflegeberuf		12 (3.6)			3 (2.7)			4 (7.8)	
Sonstiges		42 (12.5)			13 (11.6)			3 (5.9)	
Berufserfahrung (Jahre)	333		16.9 (11.1)	109		18.9 (10.5)	52		15.6 (10.5)

Fortsetzung Tabelle 13

Stichprobe	Fortbildungsteilnehmende (n = 338)			Fortbildungsteilnehmende mit Follow-Up (n=112)			Teilnehmende der Fallbesprechung (n=52)		
	Datensätze	n(%)	MW (SD)	Datensätze	n(%)	MW (SD)	Datensätze	n(%)	MW (SD)
Direkten Alltagskontakt mit Pflegesituationen	336			112			51		
Ja		235 (69.5)			75 (67.0)			38 (74.5)	
Teilweise		70 (20.7)			27 (24.1)			10 (19.6)	
Nein		31 (9.2)			10 (8.9)			3 (5.9)	
Zusatzqualifikation	280	146 (52.1)		100	63 (63.0)		43	29 (55.8)	
Träger	323			112			50		
Privat		122 (37.8)			37 (33.0)			15 (30)	
Wohlfahrt		178 (55.1)			64 (57.1)			34 (68)	
Kommunal		22 (6.8)			11 (9.8)			1 (2)	
Region des PD	318			109			49		
Stadt		141 (44.3)			36 (33.0)			8 (16.3)	
Land		177 (55.7)			73 (67.0)			41 (83.7)	

Dabei ist die Bedeutung der Frage nach Gewalt in ihrem Arbeitsalltag für die Teilnehmenden unterschiedlich zu bewerten. So ist davon auszugehen, dass diejenigen Pflegedienstmitarbeiter, die täglich in direktem Kontakt mit den Pflegesettings stehen, diejenigen Gewaltfälle angeben, die sie selbst als professionelle Pflegeleistende in den zu betreuenden Familien erlebt bzw. beobachtet haben. Für Pflegedienstleitungen bzw. Qualitätsbeauftragte und sonstige Berufsgruppen bedeuten Gewaltfälle in ihrem Arbeitsalltag dagegen, dass ihnen von Ihren Mitarbeitenden bzw. von Klienten entsprechende Fälle berichtet werden. Da also der Einzugsbereich einer Person mit leitender bzw. koordinierender Funktion ungleich höher ist, sind die entsprechenden Häufigkeitsangaben in den Analysen unterschiedlich zu bewerten und werden daher in Tabelle 15 getrennt angegeben. Die Angaben der Teilnehmenden mit Alltagskontakt zum Pflegeklientel können dabei im engeren Sinne als Risiko für einzelne Mitarbeiter interpretiert werden, mit Gewaltsituationen in einem Zeitraum von sechs Monaten konfrontiert zu werden, bzw. als eine Prävalenzschätzung für das Gewaltvorkommen innerhalb der professionell betreuten ambulanten Pflege. Hier gaben 42% der befragten Mitarbeiter an, mindestens einen Fall von Gewalt im letzten halben Jahr wahrgenommen zu haben, wobei in der Regel mehr als ein Fall beobachtet wurde (Mittelwert: 1.7) Die am häufigsten genannten Formen von Gewalt waren psychische Gewalt (79%), physische Gewalt (50%) und Vernachlässigung (49%).

Auch hinsichtlich der Handlungsstrategien ergibt sich ein nachvollziehbarer Unterschied in den Angaben der Teilnehmenden je nach Alltagskontakt zu den Pflegesituationen. Dabei war die häufigste Umgangsweise der Schulungsteilnehmenden ohne leitende oder koordinierende Funktion die weitere Beobachtung des Falles, während PDLs, stellvertretende PDLs und sonstige Berufsgruppe häufiger Fallbesprechungen und sonstige Maßnahmen (meist das Einschalten verschiedener externer Stellen) als Handlungsstrategie nannten.

Eine Teilstichprobe von n=109 Teilnehmenden machte nach etwa vier Monaten erneut Angaben zu den beobachteten Fällen von Gewalt innerhalb von vier Monaten vor dem Befragungszeitraum, dabei gaben 33% der Pflegenden mit Alltagskontakt an, Gewalt in mindestens einem Fall beobachtet zu haben. Ein generell häufigeres Wahrnehmen von Gewalt im Arbeitsalltag zeigt sich bei den Teilnehmenden also nicht als Konsequenz der Fortbildung. Betrachtet man die Verteilung der Schweregrade von Misshandlung und Vernachlässigung für den jeweils letzten erinnerten Fall (Tabelle 16), so zeigt sich bei den Teilnehmenden mit Follow-up (n=70) die zu beiden Zeitpunkten Angaben gemacht haben, dass insgesamt deutlich weniger Fälle zu MP4 berichtet wurden, dass die Schweregrade der angegebenen Fälle jedoch vergleichbar sind. Ein weiteres interessantes Ergebnis ist, dass die Teilnehmenden mit Follow-Up im Vergleich zur Gesamtstichprobe bereits vor der PURFAM-Schulung eine deutliche Tendenz zeigten, leichtere Fälle anzugeben.

Tabelle 14 Misshandlung und Vernachlässigung im Arbeitsalltag: Vorkommen und Umgang

Stichprobe	Angaben vor der Schulung				Angaben im Follow- Up			
	Alltagskontakt (n=231)		Kaum Alltagskontakt (n=100)		Alltagskontakt (n =72)		Kaum Alltagskontakt (n=37)	
	N (%)	MW(SD)	N (%)	MW(SD)	N (%)	MW(SD)	N (%)	MW(SD)
Gewalt in den letzten 4 Monaten								
Ja	97 (42.0)		67 (67.0)		19 (26.4)		19 (51.4)	
Anzahl der beobachteten Fälle		1.7 (2.1)		1.8 (1.2)		1.4 (.78)		2.1 (2.0)
Formen der Gewalt								
Physische Gewalt	48 (49.5)		35 (52.2)		6 (33.3)		4 (21.1)	
Psychische Gewalt	77 (79.4)		50 (74.6)		12 (66.7)		14 (73.7)	
Vernachlässigung	47 (48.4)		35 (53.0)		8 (44.4)		11 (57.9)	
Finanzielle Ausbeutung	22 (22.7)		22 (32.8)		3 (16.7)		5 (26.3)	
Sexualisierte Gewalt	4 (4.1)		5 (7.5)		1 (5.9)		-	
Vorgehen des MA								
Fall weiter beobachtet	73 (79.3)		51 (76.1)		13 (68.4)		12 (66.7)	
Fall dokumentiert	43 (46.7)		46 (68.7)		10 (52.6)		8 (44.4)	
Fall im Team besprochen	70 (76.1)		59 (88.1)		18 (94.7)		16 (88.9)	
Weitere Maßnahmen	23 (25.6)		30 (44.8)		5 (26.3)		4 (22.2)	
Standard zu Misshandlung und Vernachlässigung im PD?								
Ja	27 (12.6)		3 (3.2)					

Tabelle 15: Gewaltvorkommen nach Schweregrad

	Gesamtstichprobe		Teilstichprobe mit Follow- Up			
	Vor der Schulung (n=231)		Vor der Schulung (n=72)		Follow-Up (n =72)	
Gewalt (letzte 4 Monate)	97 (42.0)		32 (44.4)		19 (26.4)	
Schweregrad des letzten Gewaltfalls						
Gültige Angaben	(n=226)		(n=70)		(n=70)	
	n (%TS)	n (%GS)	n (%TS)	n (%GS)	n (%TS)	n (%GS)
Keine Gewalt	-	136 (60.2)	-	40 (57.1)	-	52 (74.3)
Physische Gewalt	42 (46.6)	42 (18.6)	9 (30)	9 (12.9)	5 (27.7)	5 (7.1)
Keine Physische Gewalt/ Mehr als eine Form	22 (24.4)	22 (9.7)	6 (20)	6 (8.3)	5 (27.7)	5 (7.1)
Keine physische Gewalt/ eine Form	26 (28.9)	26 (11.6)	15 (50)	15 (21.4)	8 (44.4)	8 (11.4)

Anmerkungen. Angaben für Teilnehmende mit direktem Alltagskontakt zu Pflegesituationen.
TS=Teilstichprobe derjenigen, die Gewalt in den letzten 4 Monaten bejahten, GS= Gesamtstichprobe der Befragten.

So war an den letzten erinnerten Fällen weniger häufig physische Gewalt beteiligt (30% im Gegensatz zu 47%) und es war häufiger nur eine Gewaltform beteiligt (50% anstatt 29%). D.h., diejenigen Teilnehmenden, die den Follow-Up ausfüllten, zeigten möglicherweise zu T1 bereits eine hohe Sensibilität für subtilere Gewaltformen die durch die Schulung eher bestätigt als verändert wurde.

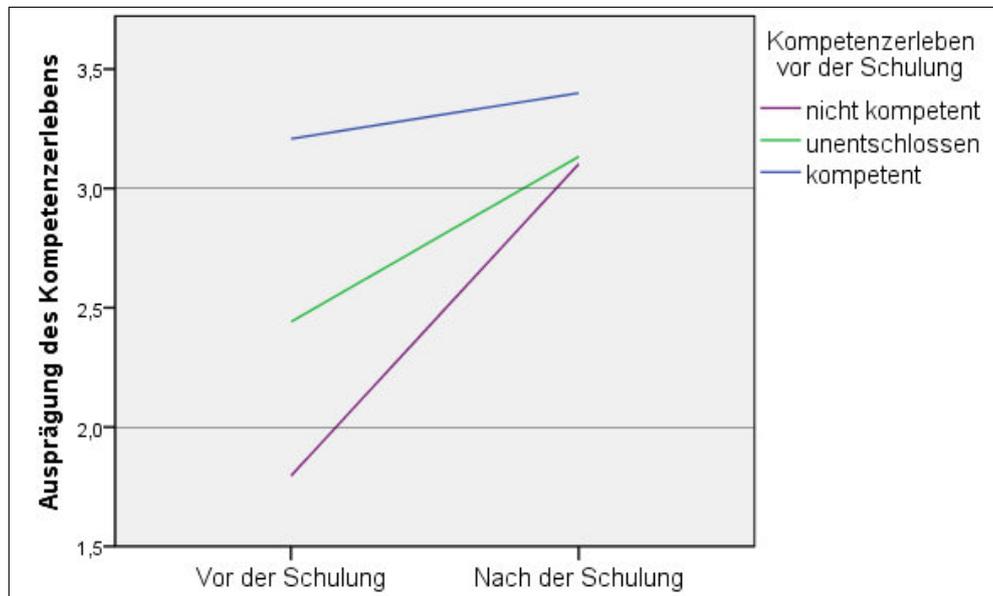
Hinsichtlich der von den Teilnehmenden angewendeten Strategien zum Umgang mit Misshandlung und Vernachlässigung ist dagegen vor allem bei den Teilnehmenden mit Alltagskontakt ein Schulungseffekt zu beobachten. So werden zu MP4 häufiger die von PURFAM geschulten, effizienteren Strategien im Umgang mit Gewalt angegeben (den Fall dokumentieren: 53% statt 47%, Fallbesprechung im Team: 95% statt 76%).

6.4.2 Veränderungen in der selbsteingeschätzten Handlungskompetenz

Die Veränderung der selbsteingeschätzten Handlungskompetenz wurde mithilfe von nicht parametrischen Tests für gepaarte Stichproben (Wilcoxon-Tests) analysiert. Hier konnte zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten ein signifikanter Zuwachs festgestellt werden (n = 338, Z = -14,7, p < 0.00).

Dabei verbesserte sich die überwiegende Zahl der Teilnehmenden in einem bedeutsamen Bereich Ihres Kompetenzerlebens.

In Abbildung 10 wird der Verlauf des Kompetenzerlebens für drei Gruppen von Teilnehmenden verglichen, diejenigen mit geringem Handlungssicherheitsgefühl zum ersten Erhebungszeitpunkt (n=91), diejenigen mit Unsicherheit in einzelnen Bereichen (n=180) und denjenigen mit hoher selbsteingeschätzter Handlungskompetenz (n=67) (vgl. auch Tabelle 17).



Anmerkungen. Definition Kompetenzzuordnung: Nicht kompetent = durchschnittlich weniger als 2 Punkte im Befragungsergebnis; Unentschlossen = durchschnittlich 2-3 Punkte im Befragungsergebnis; Kompetent = durchschnittlich 3 und mehr Punkte im Befragungsergebnis.

Abbildung 10 : Veränderung des Kompetenzerlebens der Teilnehmenden durch die Schulung

Während sich also die Teilnehmenden insgesamt durchschnittlich verbesserten, konnten die zu Beginn unsichereren Gruppen am deutlichsten von der Schulung profitieren.

Betrachtet man die weitere Entwicklung der von den Teilnehmenden empfundenen Handlungssicherheit für die Teilnehmenden mit Follow-Up (n=112), so zeigt sich, dass das Kompetenzerleben der Teilnehmenden in den Monaten nach der Schulung nur leicht zurückgeht. Dabei ist die Stabilität der Handlungssicherheit unabhängig von der Disposition der Teilnehmenden, d.h. auch Befragte, die sich vor der Schulung als kaum kompetent erlebten, konnten die durch die Schulung dazugewonnene Sicherheit über einen relativ langen Zeitraum hinweg aufrecht erhalten.

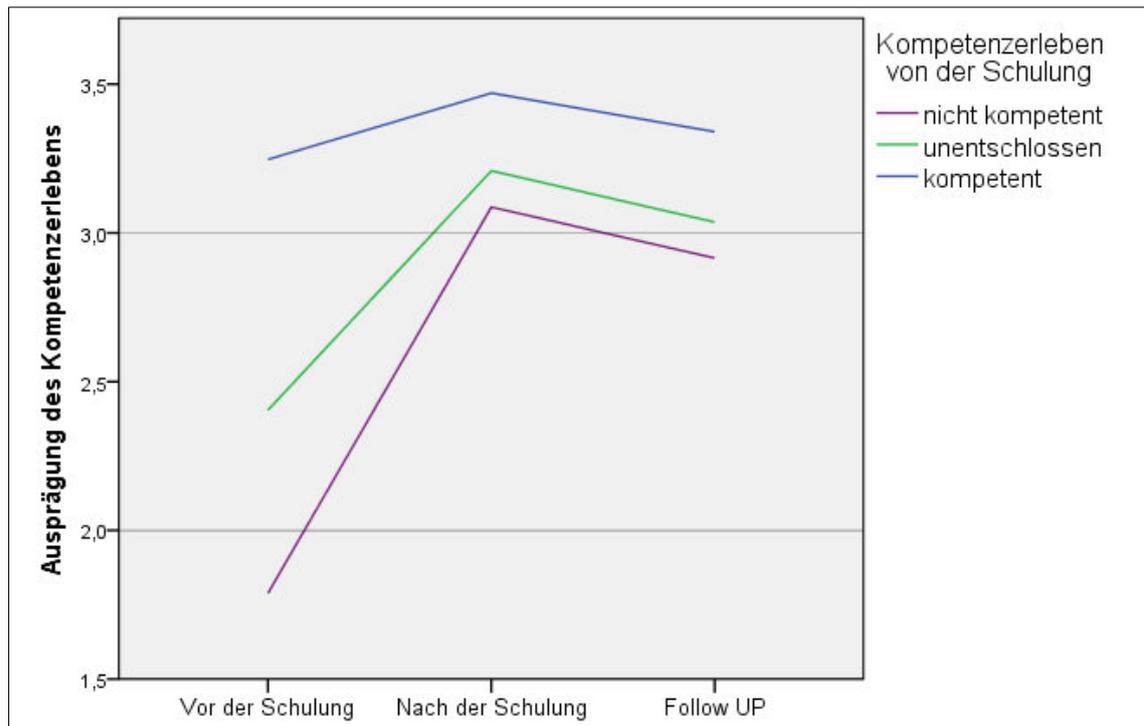
Tabelle 16: Veränderung der selbst eingeschätzten Kompetenz der Teilnehmenden

Teilnehmende	N	M (SD)	Z	Signifikanz (2-seitig)
selbst eingeschätzte Handlungskompetenz (MZP1)				
Kompetenzveränderung MP1 zu MP2				
Gesamtgruppe	338	0.8 (0.6)	-14.7	.000
Nicht kompetent	91	1.3 (0.5)	-8.2	.000
Unentschlossen	180	0.7 (0.4)	-11.5	.000
Kompetent	67	0.2 (0.4)	-3.7	.000
Kompetenzveränderung MP1 zu MP4				
Gesamtgruppe	105	-0.2 (0.5)	-3.5	.001
Nicht kompetent	26	-0.2 (0.5)	-2.0	.039
Unentschlossen	54	-0.2 (0.5)	-2.6	.010
Kompetent	25	-0.1 (0.5)	-1.3	.183
Kompetenzveränderung MP2 zu MP4				
Gesamtgruppe	105	0.6 (0.5)	-7.9	.000
Nicht kompetent	26	1.1 (0.4)	-4.5	.000
Unentschlossen	54	0.6 (0.4)	-6.3	.000
Kompetent	25	0.1 (0.4)	-1.2	.239

Anmerkungen. Definition Kompetenzzuordnung: Nicht kompetent = durchschnittlich weniger als 2 Punkte im Befragungsergebnis; Unentschlossen = durchschnittlich 2-3 Punkte im Befragungsergebnis; Kompetent = durchschnittlich 3 und mehr Punkte im Befragungsergebnis.

Persönliche Rückmeldungen

In den persönlichen Rückmeldungen während des Fortbildungstages gaben die Teilnehmenden häufig an, eine größere Handlungssicherheit aufgrund erhaltener Informationen und eines erweiterten Blickwinkels zu verspüren. Der Blick für die Brisanz von Gewalt in der häuslichen Pflege sowie für entsprechende Handlungsbedarfe sei geschärft worden. Die Teilnehmenden gaben an, nun mit größerer Kompetenz im Erkennen von und Intervenieren bei problematischen Pflegesituationen im konkreten Pflegealltag agieren zu können. Auch könne man die Relevanz der Thematik nun besser Vorgesetzten gegenüber vertreten.



Anmerkungen. Definition Kompetenzzuordnung: Nicht kompetent = durchschnittlich weniger als 2 Punkte im Befragungsergebnis; Unentschlossen = durchschnittlich 2-3 Punkte im Befragungsergebnis; Kompetent = durchschnittlich 3 und mehr Punkte im Befragungsergebnis.

Abbildung 11: Verlauf des Kompetenzerlebens über drei Messzeitpunkte

6.4.3 Veränderungen im Wissen

Die Wissensveränderung der teilnehmenden Pflegekräfte wurde durch nicht parametrische Verfahren getestet. Die teilnehmenden Pflegekräfte verbessern sich dabei zwischen MP 1 und 2 gering, aber statistisch bedeutsam ($Z = -9.5$, $p < .001$). Dabei ist die geringe Verbesserung des Wissens der Gesamtgruppe zum Teil auf einen Deckeneffekt, d.h. auf ein allgemein hohes Vorwissen der Teilnehmenden, zurückzuführen. Eine getrennte Analyse der Wissenszuwachsrate ergab, dass die Gruppe mit dem geringsten Vorwissen am meisten von der Fortbildung profitieren konnte (vgl. Abbildung 12, Tabelle 17). D.h. diejenigen Teilnehmenden mit bereits hoher Punktzahl zu Messzeitpunkt 1 (violette Gerade) konnten sich naturgemäß kaum weiter verbessern, während der positive Effekt für die Pflegedienstmitarbeitenden, die zu Beginn am schlechtesten abschnitten (blaue Gerade), weitaus deutlicher war.

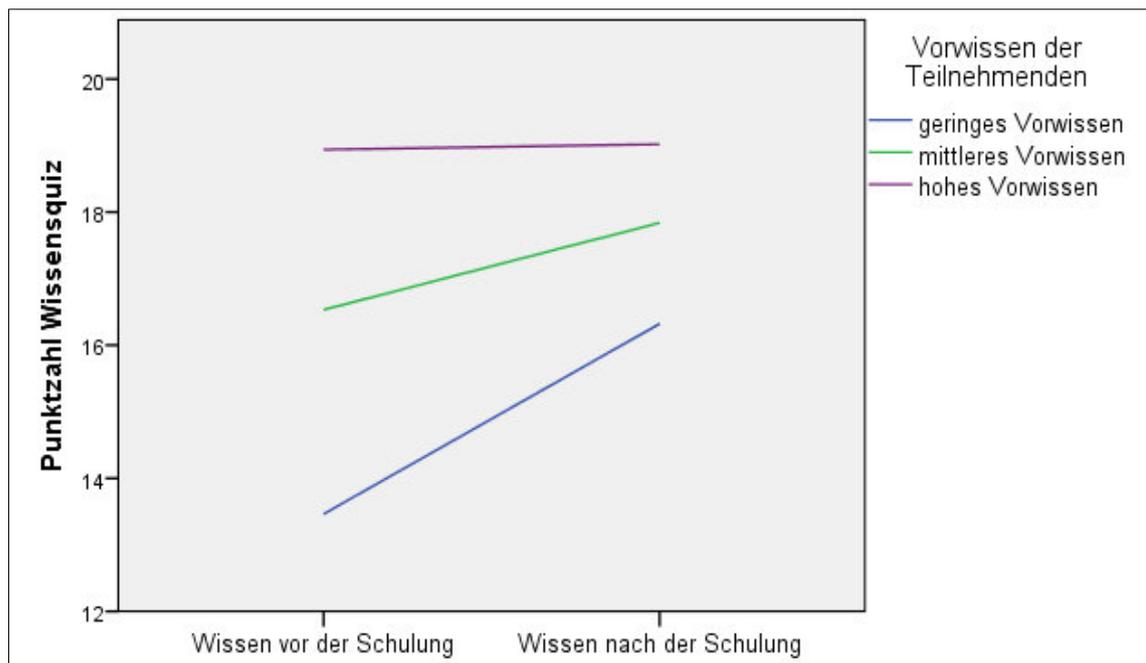


Abbildung 12: Wissenszuwachs der Teilnehmenden je nach Vorwissen

Für das Vorwissen der Teilnehmenden ergab sich dabei ein Zusammenhang zur Höhe des Ausbildungsgrades ($n=316$, $R= .18$, $p<.01$) dem Vorhandensein einer Zusatzqualifikation ($n=280$, $p<.05$) und dem männlichen Geschlecht ($n=333$, $R=.15$, $p>.01$). Bei den Teilnehmenden mit direkten pflegerischen Berufen ergab sich zusätzlich ein Zusammenhang zwischen ihrem Wissensstand und längerer Berufserfahrung ($n=302$, $r=.08$, $p<.05$) bzw. zu einer höheren Position im Pflegedienst ($n=305$, $r=.14$, $p<.01$).

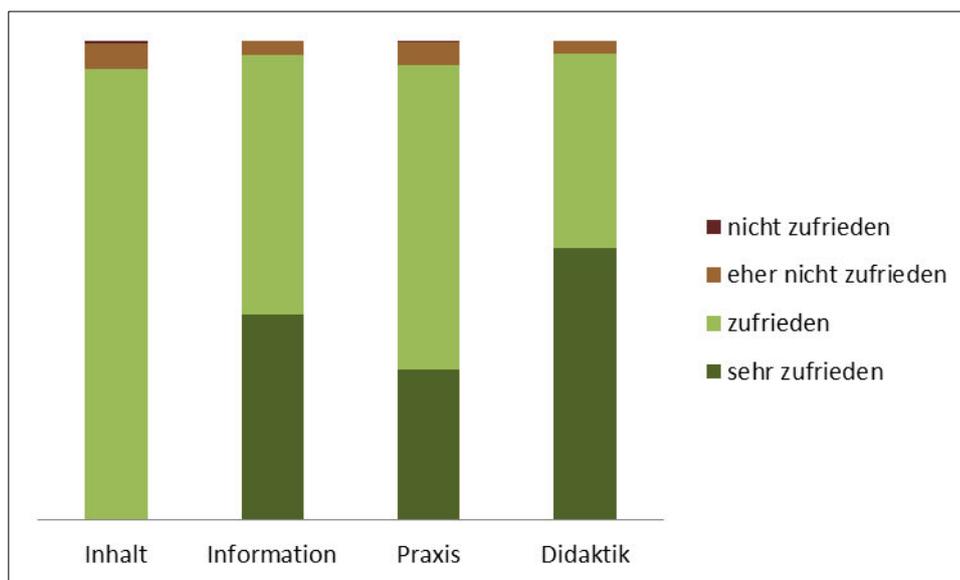
Tabelle 17: Wissensveränderung der Teilnehmenden nach Stand des Vorwissens

Teilnehmende nach Wissensstand MP1	n	MP1 M (SD)	MP2 M (SD)	Z	Signifikanz (2-seitig)
Gesamtstichprobe	338	16.7 (2.6)	17.9 (2.1)	-9.5	.000
Geringes Vorwissen (< 16 Punkte)	95	13.5 (1.8)	16.3 (2.2)	-8.0	.000
Mittleres Vorwissen (16 - 17 Punkte)	97	16.5 (0.5)	17.8 (1.8)	-6.2	.000
Hohes Vorwissen (18 –21Punkte)	146	18.9 (0.9)	19.0 (1.5)	-0.9	.357

6.4.4 Fortbildungsbeurteilung durch die Teilnehmenden

Als Beurteilung der Fortbildung durch die Teilnehmenden wurde jeweils die durchschnittliche Beantwortung der Skalen zu den Qualitätsmerkmalen (Struktur der Fortbildung, Informationsgehalt, Praxis, Didaktik) berücksichtigt. Wie Abbildung 13 zu entnehmen ist, wurde der PURFAM-Fortbildungstag dabei durchweg positiv beurteilt. So zeigte in allen Bereichen ein stark überwiegender Anteil der Befragten (jeweils zwischen 95 und 98%) Zufriedenheit in allen Beurteilungskriterien.

Auch die jeweiligen Anteile von Theorie und Praxis innerhalb der Fortbildung wurden überwiegend als angemessen beurteilt (93% bzw. 88%). Dabei gab eine kleinere Gruppe von Teilnehmern in den offenen Antwortkategorien an, sich einen noch höheren Praxisanteil zu wünschen (11%). In Bezug auf die Fortbildungsbeurteilung wurden auch Angaben der Teilnehmenden aus offenen Antwortkategorien des Fragebogens mit einbezogen. Positiv beurteilt wurden hier besonders häufig die gute Atmosphäre, das Thematisieren rechtlicher Aspekte, das Arbeiten am Fallbeispiel sowie der Austausch mit anderen Teilnehmenden.



Anmerkungen. Y-Achse : Die Skalierung gibt die Anzahl der Teilnehmer pro Kategorie (nicht zufrieden bis sehr zufrieden) in Prozent an. Die Zuordnung ergibt sich über die durchschnittliche Bewertung der Bewertungsskalen

Abbildung 13: Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Fortbildung

Persönliche Rückmeldungen

Die protokollierten mündlichen Rückmeldungen im Laufe der Fortbildungen schließen an dieses Gesamtbild an. So wurde das flexible Eingehen auf einzelne Teilnehmer als besonders positiv hervorgehoben. Es sei genügend Raum vorhanden gewesen, um eigene Fälle einzubringen und zu diskutieren. Auch wurden der hohe Praxisanteil und die

Bezugnahme auf vorhandene Wissensvorräte gelobt. Häufig wurde die Relation von theoretischen und praktischen Anteilen als gelungen hervorgehoben, theoretische Hintergründe durch Anschaulichkeit als interessant erlebt. Darüber hinaus wurde der Austausch untereinander über im Praxisalltag vorhandene Fälle (in anonymisierter Form) sowie das Abgleichen individueller Vorgehensweisen bei Verdacht auf Gewalt in der Pflege als besonders wichtig erachtet.

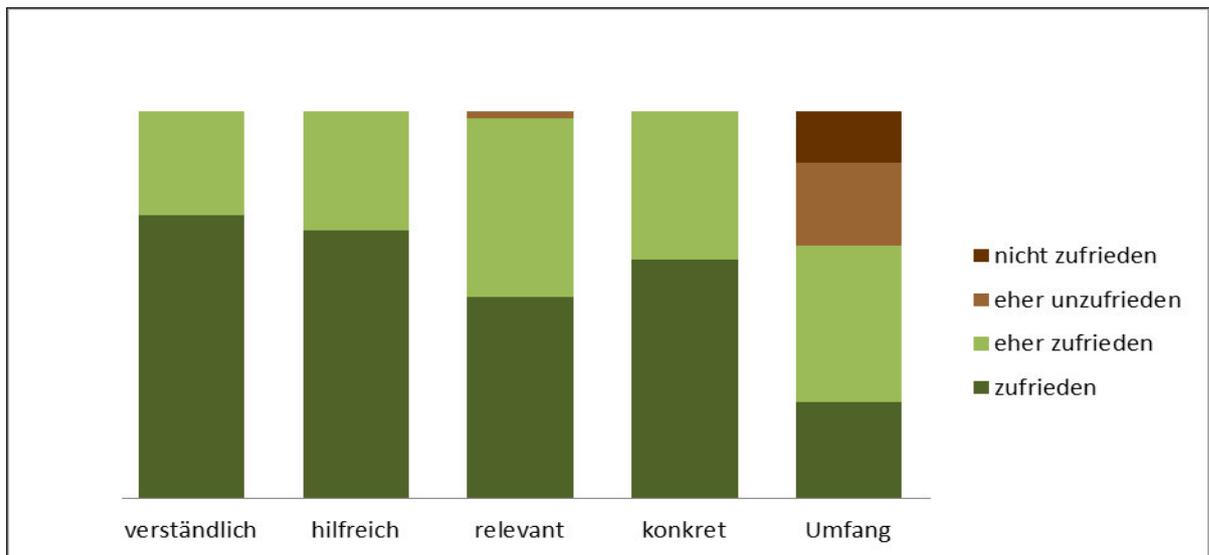
Inhaltlich wurde vor allem die allgemeine Sensibilisierung für das Thema, insbesondere durch Erhalt von Kenntnissen über Formen von Gewalt und das Erarbeiten einer eigenen Definition von Gewalt als hilfreich erlebt. Die Analysen zum Fallbeispiel anhand einer Filmsequenz trugen zu dem hohen Grad von Anschaulichkeit bei.

Kritische Rückmeldungen im Rahmen des persönlichen Feedbacks während des Fortbildungstages erhielten die PURFAM-Dozentinnen zu den Fortbildungsinhalten im Modul ‚Rechtliche Aspekte‘, da auch durch eine PURFAM-Fortbildung einige Teilnehmer nicht die von ihnen erwünschte vollkommene Rechtssicherheit erhalten konnten. Erwartungen diesbezüglich mussten von den Dozentinnen nach unten korrigiert werden. Gewalt und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege erwiesen sich als komplexes Handlungs- und Forschungsfeld mit diversen tangierten Rechtsgebieten.¹⁰ Im Rahmen der Fortbildung wurde deutlich, dass rechtliche Aspekte einerseits zwingend notwendiger Hintergrund sind, jedoch diese alleine in der Regel keine Handlungssicherheit und Lösungswege bereitstellen. Dies könnte z. B. bei Ausschreibungen vorab deutlicher als bisher artikuliert werden. Außerdem formulierten die Pflegekräfte den Wunsch, den Anteil der praxisbezogenen Arbeit innerhalb der Fortbildung zu erhöhen.

6.4.5 Evaluation der PURFAM-Checklisten

Eine vollständige, ausführliche Bewertung der Checklisten wurde von den Teilnehmenden der Fallbesprechungen (n=52) vorgenommen. Die Abbildungen 14 und 15 geben einen Überblick über die Zufriedenheit der Teilnehmenden im Hinblick auf verschiedene Qualitätsmerkmale der Checkliste: Pflegekraft und der Checkliste: Team. Beide Instrumente wurden insgesamt sehr positiv beurteilt. So war der Anteil zufriedener Teilnehmer bezüglich der Qualität und der Praxistauglichkeit jeweils bei mehr als 90%. Lediglich der zeitliche Aufwand für die beiden Checklisten wurde von einigen Pflegekräften als problematisch betrachtet; so bewerteten 35% der Teilnehmenden die Checkliste: Pflegekraft und 20% die Checkliste: Team als zu umfangreich. Die offenen Antwortkategorien wurden dabei nahezu gar nicht genutzt; lediglich eine Person wünschte sich die Möglichkeit, Situationen noch individueller beschreiben zu können.

¹⁰ Zentral ist hierbei das SGB XI mit seinen Vorgaben hinsichtlich der Leistungserbringung und der Qualitätssicherung, weiterhin das Datenschutz- und Strafrecht. Des Weiteren sind verfassungs-, zivil- und arbeitsrechtliche Fragen, sowie beim Krankheitsbild Demenz u. a. das Betreuungsrecht von Relevanz.



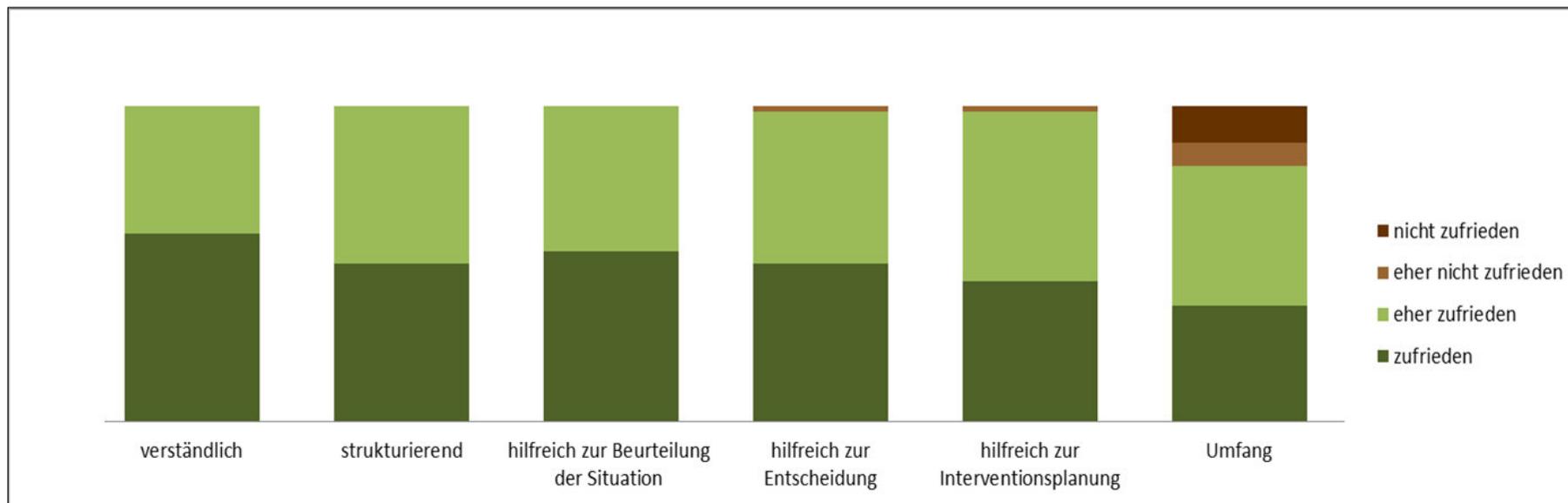
Anmerkung: Die y-Achse gibt den Anteil der Teilnehmenden an, die in der jeweiligen Kategorie geantwortet haben. Stichprobe: Teilnehmenden der Fallbesprechung (n = 52)

Abbildung 14: Beurteilung der Checkliste: Pflegekraft

Persönliche Rückmeldungen

Die Checklisten wurden generell als gute Orientierung und praxisnahe Dokumentationshilfen erlebt. Die ‚PURFAM Checkliste: Pflegekraft‘ sei, so die Teilnehmenden, in ihrer Systematik für eine strukturierte Erfassung unterstützend, die ‚PURFAM Checkliste: Team‘ fördere den Teamaustausch. Der strukturierte Ablauf, der durch die Zweiteilung des Assessments vorgegeben wird, wurde dabei von den Teilnehmenden als unterstützend erachtet, um Risikokumulationen und -konstellationen frühzeitig zu erkennen. Durch die Checklisten sei eine schnelle Einschätzung möglich, was zeitliche Ressourcen schone. Gelobt wurde auch die Option, eigene Anmerkungen vornehmen zu können. Tendenziell sei davon auszugehen, dass etwas Routine für eine sichere Anwendung benötigt werde.

Bemängelt wurden fehlende infrastrukturelle Voraussetzungen für eine gelungene Intervention. Die Checklisten als Hilfen beim Erkennen von Risikosituationen oder manifester Gewalt seien lediglich als erster Schritt zu sehen, so die Meinung einiger TeilnehmerInnen. Vereinzelt erfolgten Rückmeldungen zum ‚BIZA-D-Fragebogen zur Angehörigenbelastung‘. Das Instrument selber wird als „interessant und nützlich“ eingestuft. Ungünstig wäre nur der Name, da die Abkürzung BIZA-D-PV/PURFAM etwas sperrig und nicht direkt nachvollziehbar sei.



Anmerkung: Die y-Achse gibt den Anteil der Teilnehmenden an, die in der jeweiligen Kategorie geantwortet haben. Stichprobe: Teilnehmende der Fallbesprechung (n=52).

Abbildung 15: Beurteilung der Checkliste: Team

6.4.6 Anwendung der Checklisten

Neben der Beurteilung der Checklisten im Anschluss an die Fallbesprechung war die tatsächliche Anwendung der Instrumente und des Handlungsablaufs von großem Interesse für die Evaluation. So wurden die Teilnehmenden zu Messzeitpunkt 4 um Auskünfte hinsichtlich der Anwendungsroutinen zu den einzelnen Messzeitpunkten gebeten, beziehungsweise es wurden mögliche Gründe gegen einen Einsatz der Instrumente erfragt. Zu Messzeitpunkt 4 machten 104 bzw. 105 Teilnehmende, die die Fortbildung durchlaufen hatten, Angaben zu ihrer Anwendungsroutine (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Anwendung der einzelnen Checklisten

	BIZA-D- PV/PURFAM (n=104) n(%)	Checkliste: Pflegekraft (n=104) n(%)	Checkliste:Team (n=106) n(%)
Nie	73 (70,2)	74 (71,2)	75 (70,8)
Ausnahmsweise bei Verdacht	12 (11,5)	15 (14,4)	13 (12,3)
Immer bei Verdacht	12 (11,5)	9 (8,7)	12 (11,3)
Regelhaft	7 (6,7)	6 (5,8)	6 (5,7)

Darüber hinaus wurden auch weitere Mitarbeitende der fortgebildeten Pflegedienste befragt, so dass insgesamt Angaben von 152 Befragten vorliegen. Dabei hatte die Teilnahme am Schulungstag kaum Einfluss auf die Angaben der Pflegedienstmitarbeitenden. Knapp die Hälfte dieser Befragten (49%) gab an, das PURFAM-Schema sei in ihrem Pflegedienst eingeführt worden. Dabei beschrieben 25% der Personen, in deren Pflegedienst der Handlungsablauf eingeführt worden war, diesen an die Struktur des eigenen Pflegedienstes angepasst zu haben.

Als häufigster Grund dafür, das Assessment nicht anzuwenden, wurde jeweils mangelnder Anwendungsbedarf angegeben (zwischen 50 und 60% der Befragten nannten diesen Grund). Zeitmangel oder sonstige Gründe wurden dagegen nur von jeweils unter 10% der Befragten als Begründung genannt.

6.4.7 Zusammenfassung

Zu den verschiedenen Messzeitpunkten der PURFAM-Evaluation liegt jeweils eine unterschiedliche Menge an Datenmaterial vor. D.h., einige Ergebnisse beruhen auf Teilstichproben und sind entsprechend in ihrer Aussagekraft eingeschränkt (vgl. Fortbildungsdesign und Diskussion).

Der PURFAM-Fortbildungstag wurde von den Teilnehmenden in allen abgefragten Qualitätsmerkmalen sehr positiv beurteilt. Besonders die Ausgewogenheit von theoretischen und praktischen Inhalten sowie die diskussionsfreudige und offene Atmosphäre wurden als gelungen wahrgenommen. Die im Rahmen des Projektes entwickelten Checklisten wurden von den Teilnehmenden der Fallbesprechung als gut verständlich und praxistauglich erlebt, lediglich der benötigte Aufwand zum Ausfüllen wurde zum Teil kritisch wahrgenommen.

Die Teilnehmenden der PURFAM-Fortbildung gaben an, dass Gewalt in Ihrem Arbeitsalltag eine bedeutsame Rolle spielt. Dabei konnten das Wissen und das Kompetenzerleben der Beteiligten durch den Fortbildungstag signifikant gesteigert werden, wobei sich nach mündlichen Angaben vor allen Dingen die Handlungssicherheit in Bezug auf das Erkennen von und Intervenieren bei Gewalt verbesserte. Dabei kann hier von einem längerfristigen Effekt ausgegangen werden, da die entsprechenden Werte der Teilstichprobe, die Angaben zum Follow-UP machte, auch nach einem Zeitraum von vier Monaten noch deutlich über dem Ausgangspunkt lagen. Eine Erhöhung der Häufigkeit wahrgenommener Fälle von Gewalt durch die Teilnahme an der Fortbildung lässt sich anhand der Datenlage nicht belegen. Feststellen lässt sich jedoch ein Anstieg der im Rahmen der Fortbildung thematisierten Strategien (Dokumentation, Besprechung im Pflorgeteam) bei Gewaltvorkommen.

Nach einem möglichen Umsetzungszeitraum der Fortbildungsinhalte von etwa vier Monaten gab knapp die Hälfte der Befragten an, dass der PURFAM-Handlungsablauf in der Zwischenzeit in Ihrem Pflegedienst eingeführt worden war. Das BIZA-D/PV-PURFAM, die Checkliste: Pflegekraft und die Checkliste: Team waren jeweils von einem knappen Drittel angewendet worden, wobei jedoch nur ein kleiner Teil der Befragten eine regelhafte Anwendung berichtete.

6.5 Diskussion

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden hinsichtlich der Bedeutung von Gewalt für Ihren Arbeitsalltag verdeutlichen, dass die Auseinandersetzung mit diesem bisher wenig thematisierten Phänomen für viele Pflegekräfte ein Anliegen ist. Mit der Konzeption der PURFAM-Fortbildung, sowie des Assessment-Materials wurde versucht, diesem Bedarf zu begegnen. Dabei war neben wissenschaftlicher Evidenz ein Hauptziel der Konzeption, den Bedürfnissen der Praxis gerecht zu werden. Die positive Bewertung von Fortbildungstag und

Assessment durch die Teilnehmenden zeigt, dass dieses Vorhaben umgesetzt werden konnte.

6.5.1 Veränderungen in Kompetenz und Wissen

Neben den subjektiven positiven Beurteilungen von Fortbildungstag und Assessment durch die Befragten lassen sich durch die Schulung auch positive Effekte auf das Kompetenzerleben und das Wissen der Teilnehmenden nachweisen. In beiden Bereichen profitieren dabei diejenigen Teilnehmenden mit den geringsten Ausgangswerten am deutlichsten, d.h. durch die Intervention konnten gerade diejenigen Pflegekräfte in Handlungssicherheit und Wissen gestärkt werden, die den höchsten Bedarf hatten.

Die subjektive Kompetenz der Teilnehmenden veränderte sich in einem inhaltlich bedeutsamen Bereich, wobei die Analyse einer Teilstichprobe mit vorhandenen Follow-Up-Daten darauf hinweist, dass dieser Zuwachs über einen längeren Zeitraum relativ stabil ist. Aufgrund des eingeschränkten Rücklaufs zu Messzeitpunkt vier ist unklar, inwiefern dieser Befund auf die Gesamtstichprobe übertragen werden kann. Da sich die Teilstichprobe mit Daten zu MP4 von den übrigen Teilnehmenden jedoch weder in der Fortbildungsbeurteilung noch in ihren Kompetenz- oder Wissenswerten nach der Fortbildung bedeutsam unterscheidet, ist nicht von einer starken positiven Verzerrung der Ergebnisse für diese Teilstichprobe auszugehen.

Die Veränderung der Teilnehmenden im Wissen ist zwar statistisch bedeutsam aber vergleichsweise gering, was z.T. auf Schwierigkeiten bei der Messung zurückzuführen sein dürfte. So stellte die Konzeption eines eindimensionalen Wissenstests mit einfachen Ja/Nein-Antwortmöglichkeiten zu einem komplexen und kontroversen Thema wie Misshandlung und Vernachlässigung eine besondere Herausforderung dar. Dass dieses Vorhaben durch die Konzeption des Wissensquiz nur teilweise gelungen ist, zeigt in einer tendenziell zu geringen Schwierigkeit vieler Items, die von den meisten Teilnehmenden schon zum ersten Messzeitpunkt korrekt beantwortet wurden. Eine Überprüfung der Fortbildungswirkung mithilfe einer Wissensabfrage regte darüber hinaus eine Diskussion des PURFAM-Teams darüber an, ob eine solche Abfrage angebracht sei oder Teilnehmende nicht durch die ‚schulische Form‘ abgeschreckt würden. Partiiell relativ hohe Fehlwerte, die z.T. dadurch zustande kamen, dass die Teilnehmenden nicht zum Antworten animiert werden konnten, wenn sie die korrekte Antwort nicht kannten, zeigen, dass diese Empfindung trotz der spielerischen Präsentation des Wissensquiz wahrscheinlich von einigen der Befragten geteilt wurde.

6.5.2 Wahrnehmung von Misshandlung und Vernachlässigung

Eine Steigerung der Wahrnehmung oder Sensibilität in Bezug auf Gewalt in der häuslichen Pflege konnte bei der Substichprobe, zu der Daten zu Messzeitpunkt eins und Messzeitpunkt vier vorlagen, durch die vorliegende Erhebung nicht gezeigt werden. Stattdessen werden im Follow-Up von den Teilnehmenden für einen vorangegangenen Zeitraum von vier Monaten weniger Fälle von Gewalt angegeben als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Dieses unerwartete Ergebnis ist wahrscheinlich auf mehrere Umstände zurückzuführen. Zunächst ergaben sich für die beiden Messzeitpunkte erhebliche Unterschiede in den Erhebungsbedingungen. So wurden die Befragten zwar zu beiden Messzeitpunkten gebeten, Angaben zum Vorkommen von Gewalt innerhalb des letzten Vierteljahres zu machen, zum ersten Messzeitpunkt fand die Erhebung jedoch als Startpunkt der Fortbildung statt, so dass sichergestellt war, dass während der Erhebung alle Teilnehmenden ihre Angaben jeweils in anonymisierter Form und ohne Austausch untereinander machen konnten. Zu Messzeitpunkt vier fand die Erhebung dagegen postalisch statt, so dass entsprechende Bedingungen nicht gewährleistet werden konnten.

Bei insgesamt hohem Akquise-Aufwand und verhaltenem Rücklauf sind außerdem systematische Selektionseffekte nicht ausgeschlossen. Ein weiteres Problem ist die von den Teilnehmenden empfundene Dauer eines Gewaltfalles. So erstrecken sich der Verdacht und die Intervention bei Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung meistens über einen längeren Zeitraum. Es wäre also möglich, dass zu Messzeitpunkt 4 Fälle nicht mehr genannt wurden, weil diese bereits zu Messzeitpunkt 1 angegeben worden waren. Das würde bedeuten, dass die Daten zu Messzeitpunkt 1 eher als Prävalenzangaben und die Daten zu Messzeitpunkt 4 eher als Inzidenzraten zu bewerten sind, was den beträchtlichen Unterschied in der Häufigkeit erklären würde.

Zudem könnten Erinnerungseffekte aufgrund der retrospektiven Erhebungsmethode eine Rolle spielen. So kann nicht unbedingt vorausgesetzt werden, dass alle Teilnehmenden gleichermaßen exakt den Zeitraum der vorangegangenen vier Monate und der entsprechenden Ereignisse, die darin lagen, erinnern konnten.

Außerdem zeigt sich hier ein erkenntnistheoretisches Problem, da die Wahrnehmungsveränderung der Teilnehmenden sich nicht unabhängig von tatsächlichen Schwankungen in den Prävalenzraten von Gewalt in der häuslichen Pflege ermitteln lassen. Erhebungen, bei denen das tatsächliche Vorkommen von Gewalt nach einem sogenannten Gold-Standard-Verfahren verifiziert werden, wären hierfür notwendig.

Andererseits zeigt ein Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Teilstichprobe, die die Follow-Up Bögen zurückschickte, dass die Gewaltwahrnehmung wahrscheinlich erheblich durch Merkmale des betreffenden Mitarbeitenden mitbestimmt wird. So gibt die Teilstichprobe mit Follow-Up, also diejenigen Teilnehmenden, denen eine besonders hohe

Motivation unterstellt werden kann, bereits zum ersten Messzeitpunkt wesentlich niederschwelligere Gewaltfälle an, als es für die Gesamtstichprobe der Fall ist. Auch hier zeigt sich, dass das Erheben von Gewalthäufigkeiten am besten gelingen kann, wenn motivierte, gut geschulte Kooperationspartner aus der Praxis wissenschaftlich engmaschig begleitet werden.

Handlungsstrategien

Eine Verbesserung in den Handlungsstrategien der Teilnehmenden im Umgang mit Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung zeigt sich anhand der Angaben in der Gruppe von Teilnehmenden, die zu beiden Messzeitpunkten im vorherigen Zeitraum Gewalt in ihrem Arbeitsalltag beobachtet hatten. Da dies jedoch nur auf einen kleinen Teil der Stichprobe zutrifft, wäre eine Bestätigung der gefundenen Effekte durch eine größere Stichprobe wünschenswert.

6.5.3 Anwendung der PURFAM Materialien

Die Angaben der Follow-Up Befragten zur Implementierung des von PURFAM zur Verfügung gestellten Materials im Alltag der Pflegedienste ergab ein heterogenes Bild.

Etwa ein Drittel der zu MP4 befragten Substichprobe hatte das PURFAM-Assessment angewendet, wobei in den meisten Fällen eine Anwendung nur dann erfolgt war, wenn tatsächlich ein Verdachtsfall vorgelegen hatte; eine routinemäßige Durchführung wurde kaum berichtet.

Diesem Bild entsprechen auch die Angaben der Teilnehmenden, die das Assessment nicht angewendet hatten, mit der hierfür am häufigsten genannten Begründung („Mangelnder Handlungsbedarf“), bei entsprechend niedrigen Prävalenzzahlen für den vorangegangenen Zeitraum. Diese Ergebnisse zeigen eine von den Pflegediensten intendierte Anwendungsweise des Materials, die sich auch bereits in den Rückmeldungen zu den Fortbildungen abzeichnete: So wurde das Assessment-Material als Unterstützung für den Umgang mit Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung begrüßt, während die flächendeckende Anwendung im Sinne eines routinemäßigen Dokumentierens ohne vorherigen Verdachtsmoment dagegen in Anbetracht der engen Zeitkorridore in der Praxis für unrealistisch gehalten wurde. Entsprechend wird „Zeitmangel“ auch von der Stichprobe als zweithäufigster Grund genannt, der die Anwendung der Checklisten verhinderte. Zeitmangel, vor allem in Hinblick auf die immer umfangreichere Dokumentation stellt dabei ein strukturelles Problem vieler Pflegedienste dar, das die Bereitschaft zur Implementierung zusätzlicher Instrumente erheblich erschwert. Dabei wäre es im Rahmen weiterer Implementierungsversuche auch lohnenswert, den Zeitbedarf der Pflegedienste zum Ausfüllen der Instrumente zu ermitteln und gegebenenfalls kritisch zu prüfen. Die zum Teil

beobachtbare Diskrepanz zwischen der sehr positiven Bewertung der PURFAM-Materialien und der Umsetzung im konkreten Arbeitsalltag stellt insgesamt einen Hinweis auf fehlende Strukturen und Anreize für die Pflegedienste dar, Instrumente zur Prävention von Gewalt routinemäßig anzuwenden (vgl. auch Kapitel ‚Diskussion und Handlungsempfehlung‘).

6.5.4 Einschränkung der vorliegenden Untersuchung

Die Konzeption und Durchführung der PURFAM Evaluation war mit typischen Herausforderungen verbunden, die im Spannungsfeld eines Forschungs-Praxis-Projektes entstehen. So erforderten Anforderungen der praktischen Umsetzung des Projektes immer wieder Kompromisse bezüglich methodischer Aspekte des Evaluationsvorhabens.

Beispielsweise stellte sich im Laufe der TeilnehmerInnen-Akquise heraus, dass der ursprünglich geplante Schulungsablauf flexibilisiert werden musste. Zum Teil wurden daher, abweichend vom Ursprungskonzept, alternativ zu einem vollen Fortbildungstag zwei halbe Fortbildungstage angeboten. Dies führte z. T. dazu, dass Teilnehmende lediglich an einem der beiden Fortbildungstage teilnahmen und die entsprechenden Evaluationsdaten nicht erhoben werden konnten.

Darüber hinaus wurden Fallbesprechungen im Laufe des Projektes als fakultativ und nicht als verpflichtend festgelegt, um die Schulungsteilnahme attraktiver zu gestalten. Da so nur relativ wenige Pflegedienste das Angebot der Fallbesprechungen wahrnahmen, sind vergleichsweise wenige Daten zur ausführlichen Evaluation der Checklisten (MP 3) vorhanden.

Außerdem wurde im Laufe der Akquise auch das TeilnehmerInnenprofil von der Gruppe der examinierten Pflegekräfte auf weitere Pflege- und Pflegehelferberufe erweitert, was möglicherweise zu heterogeneren Ergebnissen und entsprechend geringeren Effektstärken geführt hat. Eine weitere Schwierigkeit stellt der eingeschränkte Rücklauf zur Follow-UP-Erhebung dar. So stellte es sich aufgrund enger Zeitkorridore im pflegerischen Arbeitsalltag der TeilnehmerInnen als schwierig heraus, die Evaluationsbögen zu diesem Messzeitpunkt von den Pflegediensten zurück zu erhalten. Aus diesem Grund beruhen einige Ergebnisse der Evaluation auf kleineren Teilstichproben des Datensatzes und nicht auf der Gesamtstichprobe der geschulten Teilnehmenden.

7. Diskussion und Handlungsempfehlungen

H. Elisabeth Philipp-Metzen, Sonja Heidenblut, Marion Bonillo, Andrés Oliva y Hausmann, Susanna Saxl, Constanze Steinhusen, Inka Wilhelm, Claudia Schacke, Susanne Zank

Das übergeordnete Ziel des PURFAM-Projektes bestand in der Entwicklung und Implementierung einer Maßnahme zur Gewaltprävention durch Optimierung des Praxishandelns. Diese sollte sich inhaltlich auf das frühzeitige Erkennen von manifester oder drohender Misshandlung und Vernachlässigung älterer, pflegebedürftiger Menschen und auf die Ressourcenstärkung familialer Pflege beziehen.

Auf der Basis internationaler Forschungsergebnisse und Best Practice, nationaler Experteninterviews und dem internationalen PURFAM-Expertenworkshop wurden ambulante Pflegedienste als eine zentrale Adressatengruppe zur Durchführung der Interventionsmaßnahme identifiziert. Zugeschnitten auf diese Zielgruppe wurden Assessment-Verfahren und eine Schulungsmaßnahme konzipiert. Flankiert wurde die Intervention durch Netzwerkbildung mit themenverwandten Projekten und relevanten Akteuren und Öffentlichkeitsarbeit.

Das PURFAM-Präventionsprogramm wurde in 14 Interventionsgebieten in sieben Bundesländern implementiert. Insgesamt 170 Pflegedienste mit 455 Mitarbeitenden haben an den Fortbildungstagen, dem Kernelement der Schulung, teilgenommen. Damit konnte die originäre Projektzielsetzung übertroffen werden.

Zur Verstetigung und flächendeckenden Distribution der Präventionsmaßnahme wurde ein Manual verfasst, welches zentrale Fortbildungsinhalte enthält und somit die Umsetzung des PURFAM-Präventionskonzepts unabhängig von einer vorangegangenen Schulung mit externen Experten ermöglicht. Sein Adressatenkreis umfasst neben Akteuren in der Praxis u. a. auch den Hochschul- und Ausbildungssektor, sodass es breitenwirksam zu einer primärpräventiven Sensibilisierung beitragen kann.

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse und Erfahrungen bezogen auf Konzeptionierung und Implementierung zusammengefasst und diskutiert. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen sollen als Impulse zu einer breiten Verankerung von Gewaltprävention in der familialen Pflege alter Menschen dienen.

7.1 Erkenntnisse aus der Teilnehmerakquise: Barrieren für Pflegedienste

Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste gelten als eine der adäquaten Adressatengruppen, um den Zugang zu viktimisierten pflegebedürftigen Menschen und somit einer schwer erreichbaren Zielgruppe herzustellen und die oftmals erforderlichen proaktiven Einzelfallhilfen (Hirsch, 2005) durchzuführen. Die Rekrutierung dieser „Interventionsagenten“ (Wahl & Tesch-Römer, 2000, S. 6) im gerontologischen Feld als Teilnehmende der

PURFAM-Schulung erfolgte, wie im Kapitel Sechs geschildert, im Rahmen einer multimodalen Akquise.

Im Zuge der Verstetigung kann Gewaltprävention nach dem PURFAM-Konzept unabhängig von der Organisation von Schulungstagen erfolgen. Durch die Erstellung des PURFAM-Manuals (Bonillo et al., 2013), welches das PURFAM-Assessment und eine Anleitung zu seiner Verwendung sowie theoretische Hintergründe zur Gewaltprävention beinhaltet, erhalten Pflegedienste nun die Möglichkeit ihre Mitarbeitenden flexibel angepasst an ihre organisatorischen Erfordernisse zu befähigen. Das Manual behandelt die Module des PURFAM-Fortbildungstags, welcher der favorisierte Bestandteil der dreigeteilten Schulungsmaßnahme war.

Gleichwohl können die in der Phase der Akquise genannten Teilnahmebarrieren wie eine fehlende normative Notwendigkeit, z.B. analog eines gesetzlich vorgegebenen Standards, oder der Mangel an zeitlichen Ressourcen als Indikator für notwendige Veränderung von Rahmenbedingungen in der Präventionsarbeit gewertet werden. Somit wird vonseiten des PURFAM-Projekts ein höherer Grad an Rechtsverbindlichkeit bezogen auf die Behandlung des Aspekts ‚Gewaltprävention‘ als geeignet gesehen, um die Motivation der Dienste bzw. Träger, sich diesem Thema zu widmen, insgesamt zu erhöhen. Bezogen auf den normativen Anforderungscharakter im Praxishandeln, hier dargestellt am Spannungsfeld ‚Garantenpflicht der Pflegekräfte – Selbstbestimmungsrecht alter Menschen‘, könnte infolge eines höheren gesetzlichen Verpflichtungsgrades eine Reduktion binnenorganisatorischer Legitimationserfordernisse bewirkt und somit konkret Hürden hinsichtlich der Verantwortungsübernahme abgebaut werden. Erwartet wird hierdurch auch eine positive Auswirkung auf die Ablauforganisationen der ambulanten Pflegeeinrichtungen im Sinne einer Ausweitung zeitlicher Ressourcen für diese Aufgabe. Eine derartige Einschätzung geht ebenso aus der „Fuldaer Erklärung zur Prävention von Gewalt gegen ältere und versorgungsbedürftige Menschen im häuslichen Umfeld“ (Projekt Safer Care & Unterzeichnergruppe, 2012) hervor, in der es als unerlässlich gesehen wird, dass „Gewaltfreiheit in das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen aufgenommen“ (ebd., S. 6) und dazugehörige Assessments „obligat und selbstverständlich“ (ebd.) werden.

7.2 Diskrepanz zwischen wahrgenommener Relevanz und Handlungsroutinen

Die Eingangsbefragung der Teilnehmenden der Fortbildungstage zeigte auf, dass für 75% aller Mitarbeitenden in den ambulanten Pflegediensten Gewalt ein relevantes Thema im Arbeitsalltag ist und bei 33% Gewalt in der häuslichen Pflege häufig im Arbeitsalltag vorkommt. Jedoch gaben lediglich 10% der Teilnehmenden an, dass ein Standard zum Umgang mit Gewalt in der häuslichen Pflege im Dienst existieren würde. Hier steht die

subjektiv wahrgenommene Relevanz des Themas in Diskrepanz zu den vorhandenen Lösungsstrategien.

Ähnlich berichtet das Team des Projekts Sicher leben im Alter (SiliA), dass Gefährdung bzw. Viktimisierung von Pflegekräften wahrgenommen wird, auch wenn es sich für diese nicht um ein alltägliches Phänomen handelt. Auch die im SiliA-Projekt adressierten ambulanten Pflegedienste verfügten anfangs nur über sehr begrenzte Handlungsrountinen (Görge et al. 2012c, S. 166f).

Dieses eklatante Missverhältnis macht die vorhandenen Bedarfe an Verfahren und Instrumenten zur Früherkennung deutlich. Es unterstreicht die Relevanz der von PURFAM vorgenommenen Interventionsmaßnahme mit dem hier angesprochenen Adressatenkreis der ambulanten Pflegedienste, um zur Versorgungssicherheit pflegebedürftiger Menschen beizutragen.

Die Angaben dieses Abschlussberichts beziehen sich auf die Stichprobe der von PURFAM geschulten Personen. Wünschenswert wären Hinweise zu einem größeren Nutzerkreis bzw. repräsentative Daten, die den bundesweiten Durchschnitt des derzeitigen Praxishandelns und den Wissensstand in den Pflegediensten wiedergeben. Darüber hinaus werden Bedarfsanalysen hinsichtlich Edukation und Assessments benötigt, die einen *erweiterten Zielgruppeneinbezug* im ambulanten Sektor berücksichtigen. Erkenntnisse sollten über die komplette Angebotsstruktur inklusive Beratungsstellen und niedrigschwelliger Angebote bei Demenz gewonnen werden.

7.3 Im Arbeitsalltag wahrgenommene Häufigkeiten und Formen von Gewalt

Wie die Evaluationsergebnisse des PURFAM-Projekts zeigen, bejaht nahezu die Hälfte aller eingangs befragten Teilnehmenden die Frage, ob Gewalt in der häuslichen Pflege in den vergangenen vier Monaten vorgekommen sei, wobei durchschnittlich zwei Fälle von Gewalt beobachtet wurden. Psychische Gewalt (77%), Vernachlässigung (50%) und physische Gewalt (49%) wurden am häufigsten genannt. Diese Angaben können nicht, wie bereits in Kapitel Sieben erwähnt, verallgemeinernd auf bundesdeutsche Verhältnisse übertragen werden. Die Ergebnisse der PURFAM-Stichprobe decken sich jedoch mit Befunden weiterer Studien zur Thematik, die ein hohes Vorkommen von psychischer Gewalt abbilden (siehe Kapitel 3.5.2). Somit wird deutlich, dass gewaltnahes Handeln eher subtil und unterschwellig sowie in Grenzbereichen zu erwarten ist und Pflegedienste insbesondere hierzu Verfahren der Einschätzung sowie Handlungsorientierungen benötigen. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass Pflegekräfte sich in Vorstadien manifester Gewalt gegebenenfalls in besonderem Maße bezogen auf zugehende Interventionen betriebsintern zu legitimieren haben, solange Gewaltprävention einen fakultativen Charakter innehat.

Wie die Evaluationsergebnisse weiter zeigen, gaben von einer Teilstichprobe von 72 Teilnehmenden mit Alltagskontakt vier Monate nach der Schulung nur noch 26% an, Gewalt in mindestens einem Fall beobachtet zu haben. Zu Beginn der Fortbildung hatten dies 42% dieser Befragten getan. Das heißt, dass im Anschluss an die Schulung von einer Subgruppe Gewalt in geringerem Umfang wahrgenommen wurde als vor der Fortbildung. Wie in Kapitel 6 ausgeführt, können einerseits unterschiedliche Erhebungsbedingungen hierbei eine Rolle spielen und andererseits können die Gewaltwahrnehmungen der Mitarbeitenden der Pflegedienste nicht ohne weiteres kausal auf eine reale Ab- oder Zunahme der Häufigkeit zurückgeführt werden.

Festgehalten werden kann jedoch weiterhin, dass die im Zuge der Schulung erfolgte Sensibilisierung nicht automatisch zu einem Effekt einer *häufigeren Wahrnehmung* innerhalb desselben Zeitraumes von vier Monaten führte. Das Ausbleiben dieses potenziell infrage kommenden Effektes wird auch von Görden et al. (2012c) im Abschlussbericht des SiliA-Projekts thematisiert. Das Autorenteam um Görden diskutiert dabei methodische Problemlagen und mögliche Erklärungen für eine Abnahme von Wahrnehmung von Gewaltvorkommen nach erfolgter Edukation. Aufgrund der Zugangsschwierigkeiten zu viktimisierten pflegebedürftigen Menschen und Erfassungsprobleme durch Selbstauskunft basieren Daten oftmals auf Fremdauskünften von Pflegekräften. Nach gewaltpräventiv orientierten Schulungsmaßnahmen sei eigentlich eine Erhöhung festgestellter Fälle zu erwarten, argumentiert das Autorenteam. Diskutiert wird daher, ob der in diesen Schulungen erlangte Kompetenzzuwachs primärpräventive Effekte in der Form zeigt, dass durch frühzeitige Wahrnehmung problematische Verläufe im Pflegegeschehen verhindert oder abgemildert werden. Die erfolgte Sensibilisierung könne „dazu beitragen, dass bereits bei sich anbahnenden Konflikten und Problemen eine Intervention seitens der Pflegekraft erfolgt. Dies wiederum kann dazu führen, dass – als Erfolg der Maßnahme und der durch sie neu erworbenen und gestärkten Kompetenzen – die Zahl wahrgenommener manifester Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse zurückgeht. Im Ergebnis hieße dies, dass – was auf der vordergründigen Ebene als zurückgehende Wahrnehmung von Problemlagen erschiene – in Wirklichkeit, jedenfalls in Teilen, Ausdruck erfolgreicher sehr frühzeitiger Intervention wäre“ (Görden et al., 2012c, S. 171). Auch die oben genannten Effekte im Projekt PURFAM können auf der Basis dieser Herleitung interpretiert werden. Allerdings wären, um die genauen Mechanismen von Gewalterkennung und Prävention besser abschätzen zu können, Untersuchungen wünschenswert bei denen die geschulten Zielgruppen engermaschiger zu ihrer Wahrnehmung und ihrem Umgang mit Gewalt befragt werden.

7.4 Edukation für Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen einen signifikanten Zuwachs der selbst eingeschätzten Handlungskompetenz am Ende des Fortbildungstags zum Messzeitpunkt 2 verglichen mit der Eingangsbefragung (siehe Kapitel 6) auf. Das PURFAM-Curriculum mit seinen vier thematischen Modulen und seinem Methodenmix (siehe Kapitel 4) hat somit zu einer Kompetenzzunahme der Teilnehmenden geführt und sich bewährt. Der höchste Zuwachs an Kompetenzerleben wurde in der Gruppe derjenigen verzeichnet, die sich zu Beginn am wenigsten kompetent erfahren haben, was verdeutlicht, dass die Schulungsinhalte auch für die Mitarbeiter mit geringeren Vorkenntnissen gut geeignet und verständlich waren. Diese Effekte erwiesen sich über den Zeitverlauf stabil, was eine erneute Abfrage nach vier Monaten zeigte. Das Kompetenzerleben bezog sich sowohl auf Erkennen von Gewalt als auch das anschließende Intervenieren.

Die Evaluation der Fortbildung zeigt weiterhin eine hohe Prozentzahl zufriedener und sehr zufriedener Teilnehmer auf (siehe Kapitel 6). Diese Rückmeldungen betreffen die Struktur des Schulungstages, seinen Informationsgehalt, den Praxisbezug und die didaktischen Aspekte. Kritische Rückmeldungen bezogen sich überwiegend auf das Modul ‚Rechtliche Aspekte‘, worauf weiter unten noch näher eingegangen wird.

Die vom PURFAM-Team angebotenen begleiteten Fallbesprechungen wurden nur geringfügig nachgefragt. Hieraus kann daraus geschlossen werden, dass die Pflegedienste sich durch das PURFAM-Assessment und das dazu vermittelte Hintergrundwissen ausreichend befähigt fühlten, um ohne weitere externe Begleitung fallbezogene Teamsitzungen abhalten zu können. Gleichwohl sind Fallbesprechungen ein wichtiges Element von Gewaltprävention. In den PURFAM-Experteninterviews wird von Experten sowohl aus Wissenschafts- als auch aus Praxisfeldern die Relevanz von Fallbesprechungen in der Präventionsarbeit betont. Die geringe Nachfrage nach individuellen Fallbesprechungen ist dabei nach Rückmeldungen der Pflegedienste auf begrenzte zeitliche Ressourcen zurückzuführen, die für solche Fortbildungen zu Verfügung stehen. Hieraus lassen sich zwei Konsequenzen ableiten: Zum einen ist auch hier darauf hinzuweisen, dass eine strukturelle Erweiterung von Ressourcen, die Pflegediensten zur Fortbildung in diesem hochrelevanten Themengebiet zu Verfügung stehen, wünschenswert wäre. Andererseits könnte bei Schulungen ganzer Pflgeteams, wie Sie durch die Bereitstellung des Manuals individuell möglich werden, angestrebt werden, bereits in der Fortbildungseinheit die von PURFAM bereitgestellten Materialien an einem konkreten Fall des beteiligten Pflegedienstes zu erproben, so dass Fortbildungstag und Fallbesprechung zu einer Veranstaltung verkürzt werden können.

Die vom PURFAM-Team als drittes Schulungselement angebotenen Informationsveranstaltungen für Verantwortliche in den Pflegediensten werden durch das PURFAM-Manual ersetzt, welches eine dozentenunabhängigen Auseinandersetzung mit der Problematik z. B. in Leitungspositionen ermöglicht. Pflegedienstintern sollten möglichst viele Mitarbeitende eines Dienstes mit der Thematik und den Hintergründen von familialer Gewalt in der häuslichen Pflege vertraut gemacht werden.

7.5 Normative Implikationen

Nach den Erfahrungen im Projekt Sicher leben im Alter (SiliA) werden rechtliche Aspekte von Pflegedienstmitarbeitenden im Kontext mit Gewaltprävention in der häuslichen Pflege überwiegend als themenspezifisch bedeutsam eingeschätzt (Görge et al. 2012). Auf dem internationalen PURFAM-Expertenworkshop in Berlin 2010 wurde die curriculare Behandlung rechtlicher Gesichtspunkte kontrovers diskutiert. Einerseits wurde auf die Komplexität der Rechtskontexte sowie auf die partiell inkonsistente Rechtsprechung in Teilbelangen hingewiesen, was nicht zu einer Handlungsorientierung in der späteren Praxis beitragen würde sondern sich kontraproduktiv ausweisen könne (PURFAM – Internationaler Expertenworkshop, 2010). Daher sei von einer vertiefenden curricularen Berücksichtigung abzuraten. Konträre Ansichten basierten auf den Erfahrungen, dass das Interesse vieler Pflegekräfte an der Thematik hoch sei. Projekte mit analoger Themenstellung wie das Projekt SiliA oder das Projekt DAPHNE 3 ‚Breaking the Taboo‘ integrierten rechtliche Fragestellungen in nicht unerheblichem Maße in ihre Fortbildungen (ebd.).

Dieses heterogene Meinungsbild wurde nachfolgend durch die Rückmeldungen der Teilnehmer der PURFAM-Fortbildungstage bestätigt. Wie in Kapitel 4.2.3 ausgeführt, besteht aufgrund der Garantenstellung für die Mitarbeitenden eine erhöhte rechtliche Verantwortlichkeit für das Wohlergehen der pflegebedürftigen Menschen. Auch weitere rechtliche Kernaspekte, wie Datenschutzbelange etc., wurden im Rahmen der PURFAM-Fortbildungen vermittelt. Eine frühzeitige Identifizierung von Risikokumulationen und –konstellationen geht in der Arbeitspraxis jedoch in der Regel mit Abwägensnotwendigkeiten hinsichtlich des Interventionsbedarfs einher. Einige Teilnehmenden erlebten es somit als unbefriedigend, dass selbst ein zusätzlicher Erwerb von rechtlichem Hintergrundwissen sie nicht zu einer *vollständigen Handlungssicherheit* führte.

7.6 Zusätzliche Anreize für das Thema Gewaltprävention

Die Teilnehmenden der PURFAM-Fortbildungstage brachten, das zeigen die Ergebnisse des Wissensquiz (siehe Kapitel 6), ein durchschnittlich relativ hohes Vorwissen in die Schulungen mit. Aus forschungsmethodischer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei diesen Teilnehmenden um eine selektive Stichprobe handelt, da das Thema

Gewaltprävention außerhalb des Kanons an verpflichtenden Fortbildungen von Pflegediensten positioniert ist, und es sich somit um ein erweitertes, fakultatives Angebot für die 170 teilnehmenden Dienste und 455 Personen handelte. Nach Hans-Werner Wahl¹¹ handelt es sich bei der Freiwilligkeit der Studienteilnehmenden um ein Grunddilemma in der Interventionsgerontologie, da hier tendenziell eher von Teilnehmern mit erhöhter Bereitwilligkeit und Motivation ausgegangen werden kann. Auch im Falle der PURFAM-Schulungsteilnehmer kann der durchschnittlich relativ hohe Wissensbestand zu Beginn der Schulung als Indikator für ein überdurchschnittlich hohes Interesse und möglicherweise für einen vergleichsweise hohen Praxisbezug zur Problematik interpretiert werden. Die Ergebnisse geben somit noch keine Hinweise auf das vorliegende Wissen über Gewalt in der familialen Pflege im bundesdeutschen Durchschnitt. Laut Wahl sei es für die Belange der Interventionsgerontologie wünschenswert, insbesondere auch diejenigen mit besonderen Interventions- bzw. Edukationsbedarfen zu erreichen. Bezogen auf das PURFAM-Anliegen wären dies z.B. Pflegedienste mit unterdurchschnittlichen Pflegestandards oder Mitarbeitende mit erheblichen Wissensdefiziten.

Auch hier könnten eine zusätzliche gesetzliche Verankerung und ökonomische Anreize das Anliegen der Gewaltprävention unterstützen, um trotz der Sensibilität der Fragestellung und einer oftmals genannten Arbeitsdichte in den Diensten zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema zu motivieren. Anzumerken ist weiterhin, dass ebenso der Stellenwert von psychosozialer Intervention erkannt und entsprechen honoriert werden sollte, z. B. die Vergütung entsprechender Aktivitäten wie Beratung, Vernetzung und Screening.

7.7 PURFAM-Assessment und -Handlungsablauf

Vier Monate nach dem Fortbildungstag meldete knapp die Hälfte der Befragten die Einführung des PURFAM-Handlungsablaufs in den Arbeitsalltag des Dienstes zurück. Ein knappes Drittel gab an, das BIZA-D/PV-PURFAM, die Checkliste: Pflegekraft und die Checkliste: Team angewendet zu haben. Dieses Ergebnis ist mit den Erfahrungswerten weiterer Projekte vergleichbar (z. B. Görge et al. 2012c, S. 161) und in Anbetracht mangelnder Verbindlichkeiten zur tatsächlichen Implementation der Materialien als ermutigend zu bewerten.

¹¹ Die PURFAM-Maßnahme zur Gewaltprävention wurde auf dem Kongress der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2012 in einem eigenen Symposium vorgestellt (siehe Kapitel 10). Der Diskutant war Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Heidelberg.

Checkliste: Pflegekraft und Checkliste: Team

Wie in Kapitel 6 beschrieben, wurden beide Checklisten insgesamt sehr positiv beurteilt. Beispielsweise bezogen auf die Merkmale Qualität und Praxistauglichkeit lag der Anteil zufriedener Teilnehmer jeweils bei mehr als 90%.

Die Vorteile eines zweistufigen Verfahrens wurden von den Befragten bestätigt. Durch die Zerteilung der Checklisten findet eine abschließende Bewertung des vorliegenden Falles erst im Rahmen einer Abklärung im Team unter Zuhilfenahme der PURFAM Checkliste: Team statt. Dieses Verfahren stellt sicher, dass die Beurteilung der oftmals komplexen Sachlagen nicht durch eine Pflegekraft alleine, sondern unter Hinzuziehung von Vorgesetzten und im Zuge von Teamprozessen erfolgt. Dies kann insbesondere dann zur Akzeptanz des gesamten Verfahrens beitragen, wenn Leitungsverantwortliche „im Umgang mit einem als heikel empfundenen Thema die Herrschaft über Verfahrensabläufe behalten wollen“ (Görge et al. 2012c, 162). Gleichwohl führte die an die individuellen Bedürfnisse der Pflegedienste angepasste methodische Vorgehensweise bei der Konzeption der Checklisten dazu, dass zunächst keine Normwerte und Validierungsdaten über das Verfahren erhoben werden konnten, wie sie üblicherweise bei Screeningverfahren im klassischen Sinne erstellt werden. Dabei könnte eine Bereitstellung entsprechender Daten durch Folgeerhebungen relativ unkompliziert geleistet werden, und könnte nachfolgend sowohl die praktische Handhabbarkeit als auch den wissenschaftlichen Nutzen der entwickelten Checklisten erheblich erhöhen.

Das PURFAM-Verfahren bietet eine Assessmentanwendung bei Verdacht und als regelhafte Option an. Letzteres wurde nur von einem kleinen Teil der Befragten gewählt. Diese nur zögerliche regelhafte Zusatzapplikation im Rahmen der Praxisroutinen könnte fehlenden zeitlichen Ressourcen geschuldet sein. Hier wären veränderte fachlich-rechtliche Rahmenbedingungen wünschenswert, denn insbesondere fallübergreifende Anwendungen im Rahmen von Routinetätigkeiten könnten mit Attributen wie ‚Selbstverständlichkeit‘ bei einer präventiven Sicherstellung von Pflegequalität konnotiert sein.

Wurde das PURFAM-Schema nicht angewendet, lag als Begründung mehrheitlich ein mangelnder Anwendungsbedarf vor. Als weiterer wesentlicher Grund wurde von den Befragten ‚Zeitmangel‘ berichtet. Letztere würde dafür sprechen, Gewaltprävention als explizites Kriterium und obligatorischen Bestandteil des Qualitätsmanagements in ambulanten Pflegeeinrichtungen zu etablieren. Dabei ist anzunehmen, dass der zeitliche Aufwand beim Ausfüllen der Checklisten mit zunehmender Erfahrung deutlich geringer wird und gegebenenfalls sogar den insgesamt zeitlichen Aufwand des Pflegedienstes durch eine Erhöhung der Handlungseffizienz mindern kann. Ein expliziter Hinweis hierauf könnte Pflegedienste eventuell ermutigen, eine entsprechende Übungsphase zugunsten des später einsetzenden Nutzens in Kauf zu nehmen.

Der Angehörigenfragebogen BIZA-D/PV-PURFAM kann sowohl komplementär zu den Checklisten als auch singulär zur Qualitätssteigerung in der Angehörigenarbeit und –beratung eingesetzt werden. Das BIZA-D/PV-PURFAM war ebenso wie die beiden Checklisten nach Angaben der Pflegekräfte vier Monate nach dem Fortbildungstag von einem knappen Drittel der Befragten angewendet worden. Auch hier hat ein wesentlich kleinerer Anteil eine regelhafte Anwendung berichtet. Abermals kann aus Sicht des Projekts konstatiert werden, dass nach einem vergleichsweise kurzen Implementierungszeitraum ein hoher Anteil von Befragten die Verwendung des Angehörigenfragebogens berichtet.

Ausgehend vom Belastungsparadigma wird hierauf im PURFAM-Präventionskonzept ein besonderer Wert gelegt. Überlastete pflegende Angehörige, die, wie in Kapitel Drei aufgezeigt, oftmals nicht intendiert Gewalt geprägte Handlungen begehen, benötigen ein frühzeitiges Erfassen von überhöhten Belastungswerten und somit der Option einer Vermeidung oder Abfederung von Risikokumulationen. Das primärpräventive Potenzial dieses ‚Tätereinbezugs‘¹² sollte sehr hoch eingeschätzt werden.

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, berichten laut WHO (2008) ca. ein Drittel aller pflegenden Angehörigen in europäischen Studien von Misshandlungen gegenüber ihren Pflegebedürftigen. Hier werden neben weiteren Risikofaktoren wie Substanzmissbrauch und psychischen Beeinträchtigungen bei pflegenden Angehörigen enge Zusammenhänge mit belastungsbedingten Überforderungsphänomenen gesehen. Das Fehlen adäquater Unterstützungsmaßnahmen, kumulierte Belastungsfaktoren und ungenügende Kompetenzen im Rahmen der Pflegeübernahme können laut Sethi et al. zu erhöhtem Stress aufseiten des Pflegenden führen. Ein subjektiv hohes Belastungserleben und problematisches Verhalten aufseiten des zu pflegenden Menschen können Auslöser für gewaltgeprägtes Handeln sein: „An important factor in precipitating elder maltreatment is the perceived level of care burden and higher stress levels resulting from problem behaviour by the older person“ (Sethi et al., 2011, S. 32). Die Autoren fordern dringend Interventionsmaßnahmen für diese Angehörigengruppe wie Schulungsprogramme und Unterstützungsangebote. Das Präventionspotenzial wird hierbei hoch eingeschätzt (ebd., S. 44). Bestätigt wird diese Einschätzung von Interventionsstudien und Erfahrungen aus dem Best Practice Bereich. Das kürzlich erschienene Manual (Bonillo et al., 2013) enthält neben einer ausführlichen, leicht verständlichen Anleitung für die Anwendung des PURFAM-Assessments einen ausführlichen Theorieteil, welcher die internationale Verortung und wissenschaftsbasierte Hintergründe des PURFAM-Präventionskonzepts aufzeigt. Somit ist es zielgruppenübergreifend insbesondere auch für Ausbildungsstellen und Hochschulbereiche einsetzbar und kann zur Sensibilisierung von Studierenden und Auszubildenden sowie als

¹² Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, finden problematische Verhaltensweisen von Angehörigen oftmals im Rahmen eines interaktiven Geschehens statt, weshalb eine deklarative Täter-Opfer-Dichotomie kritisch zu hinterfragen ist.

Lehrinhalt für Dozenten und Referenten empfohlen werden. Die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste versorgt es mit dem erforderlichen Hintergrundwissen und der praktischen Anleitung zur selbstständigen Anwendung des PURFAM-Instrumentariums ohne vorhergehende Schulung durch externe Experten. Dieser niedrigschwellige Zugang ist als ein „wesentliches Kriterium für die Praxistauglichkeit und Handhabbarkeit des Instruments im Alltag der Pflegepraxis“ (Becker et al., 2011, 14) zu sehen.

7.8 Sozialpolitische Dimensionen der von PURFAM verfolgten Handlungsstrategien

Die PURFAM-Präventionsmaßnahme kann als ein Baustein zur Gewaltprävention in der *familialen* Pflege gesehen werden. Über die Wichtigkeit von präventiven Interventionen in diesem Pflegesegment herrscht, in nationalen und internationalen Fachkreisen Konsens. Darüber hinaus ist die Thematik zunehmend Bestandteil der sozialpolitischen Agenda auf europäischer und globaler Ebene. Hier werden u. a. die bereits erwähnten Veröffentlichungen (exemplarisch Krug et al., 2002, WHO, 2008, De Donder et al., 2011, Sethi et al., 2011) mit ihren Prävalenzdaten und Bestandsaufnahmen rezipiert und daraus politische Zielsetzungen abgeleitet.

In seiner 2007 verabschiedeten Stellungnahme bittet der *Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA)* mit Blick auf den demografischen Wandel die EU-Ratspräsidentenschaft „nachdrücklich, sich des Themas ‚Misshandlung alter Menschen‘, insbesondere in der Situation der Pflege, anzunehmen“ (EWSA, 2007, S. 1). Auch hier wird neben anderen Gewalt begünstigenden Faktoren ein enger Zusammenhang zwischen Belastungskumulation und problematischem Handeln von familial Pflegenden verbalisiert. Daher werden u. a. infrastrukturelle Erweiterungen und Optimierungen von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige als nötig erachtet. Auch, so betont das Gremium, gebe es einen Bedarf an weiteren Erkenntnissen über die Häufigkeit, die Formen und die Kontexte von Gewalt gegenüber alten Menschen z. B. auch bei Pflegebedürftigkeit. Die Situation pflegender Familienmitglieder und deren Belastungskontexte gelte es bei der Datengenerierung zu berücksichtigen (ebd., S.2f).

Referenzpunkt des jüngst erschienenen Reports *“Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge”*, welcher auf globaler Ebene den Gegenstand ‚Demografischer Wandel‘ behandelt, ist der Weltaltenplan Madrid 2002. Zur hier vorliegenden Thematik werden beide von PURFAM behandelten Aspekte, die Ressourcenstärkung in der familialen Pflege und das Thema der Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen hervorgehoben. Die Unterkapitel ‚Unterstützung für pflegende Angehörige‘ und ‚Gewalt gegen alte Menschen fokussieren‘ werden hier unter die Kategorie ‚Gestaltung eines altenfreundlichen Umfeldes‘ subsumiert (UNFPA & Help Age International, 2012). Belastungsrisiken für familiale Pflege, insbesondere auch im Kontext mit Demenz, werden

als globale Herausforderung gesehen. Familiäre Pflege als kausaler Hintergrund für Zugangsbarrieren zu bezahlter Arbeit wird insbesondere für Frauen thematisiert. Für diese wird ein geschlechterspezifisch erhöhtes Vorliegen einer Doppelbelastung durch Pflege von Angehörigen und Erwerbstätigkeit, partiell auch einer Dreifachbelastung bei zusätzlicher Sorgearbeit für minderjährige Kinder, gesehen (ebd., S.91).

Im Bericht wird konstatiert: „Elder abuse often remains hidden within families“ (ebd., 2012), wobei im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit das Risiko der Vernachlässigung als hoch eingeschätzt wird. Als spezielle Herausforderung wird neben der Generierung belastbarer Datenmaterials die Tabuisierung des Themas, oftmals durch die Opfer selbst, gesehen, denn eine besondere Barriere in der Früherkennung sei die Überlagerung der Viktimisierungserfahrung mit Scham, von eigenen Angehörigen ausgenutzt oder misshandelt worden zu sein (ebd.).

7.9 Vernetzungsstrategien und spezialisierte Fachstellen

Im Rahmen der Evaluation wurden vor dem Beginn des Fortbildungstages nach Praxisroutinen in den Pflegediensten gefragt. Bezogen auf die Handlungsstrategien bei der Wahrnehmung von bzw. dem Verdacht auf Gewalt wurde in der Kategorie „Sonstiges“ als häufigstes Vorgehen das Einschalten externer Stellen genannt. Dies veranschaulicht den Stellenwert von Vernetzung. Im Projekt SiliA beispielshalber griff man diese Bedarfe auf und entwickelte eine regionsspezifische „Landkarte der Unterstützer“ (Görgen et al. 2012a). Auch aus globaler Sicht wird neben der Information und Befähigung einzelner Träger die Verstärkung der Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen und Akteure gefordert (EWSA 2007).

Kontrovers diskutiert wird die Etablierung einer behördlichen Funktionsstelle analog des Jugendamtes, nach Hirsch im Experteninterview als ‚Altenamt‘ deklariert. Wie in Abschnitt 2.3 ausgeführt, haben 13 der 22 nationalen Experten im PURFAM-Experteninterview sich hierzu kritisch, neun von ihnen befürwortend geäußert. Die heterogenen Kommentare betonen als Vorteile u. a. den Mehrwert einer dezidierten Interessenvertretung für pflegebedürftige Menschen und das Potenzial konzentrierter Regelungs- und Entscheidungsbefugnisse. Kritische Kommentare befürchten z. B. den Aufbau von Parallelstrukturen und das Risiko zu starker Eingriffe bei behördlicher Anbindung.

Aus Sicht des PURFAM-Teams scheint die folgende Lösungsoption konsensfähig: Anstelle eines ‚Altenamts‘ mit rechtlich-sanktionierendem Charakter könnte ein ‚Beratungsamt‘, d. h. ein spezialisierter Dienst mit - aus Sicht des ambulanten Pflegedienstes - externen Fachkräften, eine zielführende Lösung darstellen, um Unterstützung für fachlich fundierte Beratungsgespräche zu erhalten. Darüber hinaus bedarf es jedoch auch

eindeutiger juristischer Regelungen, die das Thema Gewaltprävention aus der rechtlichen Grauzone herausholen.

7.10 Weitergehende Fragestellungen und spezielle Zielgruppen

Die PURFAM-Präventionsmaßnahme richtet sich grundsätzlich an das ganze Spektrum pflegebedürftiger Personen. Jedoch handelt es sich bei der Gruppe alter und pflegebedürftiger Menschen um eine heterogene Zielgruppe, welche eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität aufweist. Weitergehende Fragestellungen betreffen u. a. spezielle Gruppen pflegebedürftiger Menschen. Beispielhaft werden nachfolgend vier Aspekte näher aufgeführt.

Ältere pflegebedürftige Frauen

Besondere Berücksichtigung benötigt die Gruppe älterer Frauen bzw. der Überschneidungsbereich von Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen ältere Menschen mit Pflegebedarf. Untersuchungen zur Lebensqualität älterer Frauen bei Abhängigkeit und Gewalt weisen auf einen „verstärkten Bedarf nach gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen“ (Lang & Enzenhofer, 2013) hin. Geschlechterspezifische Analysen und Lösungsstrategien wurden z. B. in dem Projekt SiliA (Görgen et al., 2012c) entwickelt. Beispielsweise konnte bei Viktimisierung von Frauen durch Partnergewalt aufgezeigt werden, dass u. a. eine explizite Zielgruppenansprache und die Sensibilisierung von professionellen Kräften in den Bereichen Medizin, Altenhilfe, und -pflege erfolgreiche Interventionen darstellten (ebd).

Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedürftigkeit

Aufgrund des demografischen Wandels ist zukünftig mit erhöhtem Pflegebedarf bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012). Auch gesundheitliche Belastungen während des Arbeitslebens werden als Risikofaktor für späteren Pflegebedarf gesehen. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehen oftmals davon aus, bei Hilfebedürftigkeit Unterstützung von Verwandten und Kindern zu erhalten. Die vorhandene Pflegeinfrastruktur ist i. d. R. wenig bekannt. Sprachprobleme erhöhen bei Pflegebedürftigkeit oftmals die Vulnerabilität und Abhängigkeit (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012).

Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit

Ältere Menschen mit Behinderung sind aufgrund einer zweifach negativen gesellschaftlichen Konnotation von „alt“ und „behindert“ eine in besonderer Weise gefährdete Zielgruppe. Dabei steigt einerseits im Alter die Anzahl erworbener Behinderungen rapide an und andererseits

ist ein Anstieg des Bevölkerungsanteils zu erwarten, der bei angeborener Behinderung nach der Erwerbsarbeit das Rentenalter erreicht bzw. pflegebedürftig wird. Da die Problematik älterer pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung erst verhältnismäßig spät in den Fokus der Versorgungsforschung gerückt ist, bedarf es hier dringend eines besseren Austausches der relevanten Disziplinen Heilpädagogik und der gerontologischen bzw. geriatrischen Fächer (Kooperationsverbund Gesundheitsziele 2012). Die besondere Vulnerabilität dieser Zielgruppe, die je nach Art der Behinderung mitunter lebenslang besteht, macht es hier besonders notwendig, Schutzmechanismen gegen Misshandlung und Vernachlässigung strukturell zu verankern.

Kriegstraumatisierte Menschen mit Pflegebedürftigkeit

Forschungsbedarf besteht ebenso zu möglichen Zusammenhängen von kriegsbedingten psychischen, sozialen und körperlichen Belastungen und deren Spätfolgen und dem Vorkommen von Gewaltphänomenen in informellen Pflegesettings. Wie beeinflussen diese Erfahrungen spätere familiäre Hilfetransfers und werden Risikokonstellationen möglicherweise dadurch verschärft? Erste Untersuchungen mit Bezugnahme auf belastende bis traumatisierende Erlebnisse im Rahmen des Zweiten Weltkriegs erfolgen an der Universität zu Köln (Wilhelm & Zank, 2012).

Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit und Pflege

Eine Befragung von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren zeigt, dass nur bei 41% keine Erwerbstätigkeit vorliegt. Bei den berufstätigen Pflegenden arbeiten 28% Vollzeit, 20% Teilzeit, und 11% sind geringfügig beschäftigt (BMG 2011). Liegt bei diesen eine Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit und Pflege vor, unterliegen die Angehörigen einem besonderen Risiko einer chronischen Überlastung. Im Beratungsalltag wird evident, dass u. a. Demenzerkrankungen häufig die Belastungsphänomene verschärfen. Fallübergreifend gilt, dass eine Stundenreduzierung aufgrund der damit verbundenen Verdiensteinbußen keine Option darstellt. Die Beratungspraxis zeigt, dass die gesetzlichen Möglichkeiten wie das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegegesetz nur geringfügig genutzt werden. Eine prozessorientierte, speziell auf die Vereinbarkeitsproblematik ausgerichtete Angehörigenberatung kann eine allmähliche Einstellungsänderung und Akzeptanz von externen Entlastungsangeboten bewirken (Philipp-Metzen, in Druck). Insbesondere in Konstellationen wie diesen mit multiplen Belastungen sollten weitere Potenziale der Primärprävention, z. B. durch Einsatz des BIZA-D-PV-PURFAM, genutzt werden. Die Präventionsarbeit sollte perspektivisch auch die stationäre und teilstationäre Versorgung Pflegebedürftiger sowie den Einsatz von Ehrenamtlichen in der Betreuung umfassen.

7.11 Die gesellschaftliche Relevanz von Gewalt gegenüber älteren Pflegebedürftigen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich bei dem Handlungsfeld der Gewaltprävention in der familialen Pflege um ein wichtiges komplexes, gesellschaftlich Anliegen handelt.

Gewaltprävention darf sich nicht auf einzelne (Berufs-)gruppen beschränken. Sie muss auf allen Ebenen der Gesellschaft stattfinden und Sensibilisierung sowie Enttabuisierung auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene wahrnehmen und hierbei Skandalisierungen vermeiden.

Auch auf der Mesoebene der Institutionen bedarf es der Sensibilisierung. Ambulante Pflegedienste benötigen Handlungssicherheit und einen klaren Auftrag auf der Ebene der Ablauforganisation, ihre Mitarbeitenden sollten im Rahmen der Strukturqualität die entsprechende Qualifikation insbesondere in Bezug auf Kommunikation, Beratung, Mediation erwerben können. Normative Vorgaben, z.B. im Zuge eines obligatorischen Einsatzes auf der Basis von Gesetzesnovellen des SGB XI, sind weitere präferierte Schritte.

Die volkswirtschaftliche Relevanz der Angehörigenpflege ist unbestritten. Problematisches Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen hat keine monokausalen Ursachen, sondern benötigt multifaktorielle Erklärungsansätze. Daher sind verbindliche Ausbildungs- und Studieninhalte zur Gewaltprävention in der informellen Pflege ein wesentlicher primärpräventiver Beitrag.

Ein umfassendes Wissen über Häufigkeiten, Ursachen und gegenseitige Abhängigkeiten im familialen Pflegegeschehen bedarf darüber hinaus weiterer Forschungsstudien.

Ausgehend vom Belastungsparadigma bietet das PURFAM-Präventionskonzept primär-, sekundär- und tertiärpräventive Handlungsoptionen. Für eine Verstetigung von Gewaltprävention in der familialen Pflege wäre der flächendeckende Einsatz gewinnbringend, um zur Versorgungssicherheit pflegebedürftiger Menschen beizutragen.

7.12 Zusammenfassende Empfehlungen

7.12.1 Empfohlene Standards einer Fortbildung zur Gewaltprävention

Die Dauer einer Fortbildung zur Gewaltprävention sollte zusammenhängend einen Tag nicht überschreiten. Längere Fortbildungen wären aufgrund der Komplexität der Thematik zwar inhaltlich wünschenswert, würden sich jedoch bezogen auf organisatorische Belange für die Pflegedienste voraussichtlich als Teilnahmebarriere erweisen, was die Akquiseerfahrungen im PURFAM-Projekt zeigen.

Inhaltlich decken die vier Module der PURFAM-Fortbildung die Bedarfe der Pflegedienste ab: Ein Basiswissen zur Definition und den Formen von Gewalt in der familialen Pflege, Verfahren der Früherkennung und Dokumentation, rechtliche Aspekte und

Interventionsmaßnahmen. Bei der Vermittlung rechtlicher Aspekte ist es dabei wichtig, überhöhten Erwartungen an das Erlangen von Handlungssicherheit ausschließlich aufgrund aktueller gesetzlicher Vorgaben vorzubeugen.

Pflegedienstintern sollte man sich explizit Zeit zur Auseinandersetzung mit der Thematik Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege nehmen und möglichst viele Mitarbeitenden befähigen. Bei Schulungen ganzer Pflgeteams, wie Sie durch die Bereitstellung des Manuals individuell möglich werden, könnte dabei angestrebt werden, bereits in der Fortbildungseinheit die von PURFAM bereitgestellten Materialien an einem konkreten Fall des zu schulenden Teams zu erproben, so dass Fortbildungstag und Fallbesprechung zu einer Veranstaltung verkürzt werden können.

7.12.2 Methodische Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen

Aus den Erfahrungen der PURFAM-Evaluation lassen sich einige Konsequenzen für entsprechende Maßnahmen für die Erprobung von Forschungs-Praxis-Projekten formulieren. Für zukünftige Untersuchungen wäre es empfehlenswert, eine Erhebung mit wenigen Pflegediensten, denen eine höhere Betreuungsleistung zuteilwird, anzustreben. So könnten möglicherweise Fehlwerte vermieden werden sowie langfristige Veränderungen bei den Pflegekräften bzw. in den einzelnen Diensten, die im vorliegenden Projekt lediglich cursorisch eingeschätzt werden können, deutlicher beschrieben und ausgewertet werden. Zudem wären, um die genauen Mechanismen von Gewalterkennung und Prävention besser abschätzen zu können, Untersuchungen wünschenswert, bei denen die geschulten Zielgruppen engmaschiger, d.h. in kürzeren, regelmäßigen Zeitabständen zu ihrer Wahrnehmung und ihrem Umgang mit Gewalt befragt werden. Methodisch könnte zudem eine qualitative Befragung der geschulten Pflegekräfte die Befragungsergebnisse ergänzen. Dies kann insbesondere für die Inhalte gelten, bei denen eine quantitative Erhebung die Komplexität der Vorgänge nicht ausreichend abbilden kann.

Darüber hinaus könnten tatsächliche Effekte in der Wahrnehmung der Pflegekräfte von Misshandlung und Vernachlässigung wahrscheinlich besser nachgewiesen werden, wenn ein längerer Interventionszeitraum zugrunde gelegt werden würde. So zeigen mit PURFAM vergleichbare Interventions- und Evaluationsdesigns (Goergen, 2012 c) ähnliche Phänomene eines vermeintlichen Rückgangs der Prävalenz, während in Studien mit längerem Interventionszeitraum von beispielsweise einem Jahr ein Anstieg der gemeldeten Fälle nachgewiesen werden konnte (Anetzberger et al., 2000). Entsprechend ließe sich die Wirkung der Schulungseffekte wahrscheinlich besser durch eine Follow-Up-Erhebung mit größerem zeitlichen Abstand überprüfen. Diese sollte idealiter über einen persönlichen Zugang erfolgen, da hierdurch eine Konfundierung der Ergebnisse durch methodische Aspekte besser vermieden werden könnte.

Die an die individuellen Bedürfnisse der Pflegedienste angepasste methodische Vorgehensweise bei der Konzeption der Checklisten führte dazu, dass zunächst keine Normwerte und Validierungsdaten über das Verfahren erhoben werden konnten, wie sie üblicherweise bei Screeningverfahren im klassischen Sinne erstellt werden. Diese Verfahrensweise hat sich, wie die hohen Zufriedenheitswerte der Teilnehmenden belegen, bewährt. Dennoch könnten sowohl die praktische Handhabbarkeit als auch der wissenschaftliche Nutzen der Checklisten durch entsprechende Daten weiter erhöht werden. Dabei könnte die Durchführung einer nachfolgenden Validierungsstudie relativ unkompliziert geleistet werden. Eine Anpassung des Materials an weitere Zielgruppen, z.B. Hausärztinnen oder Mitarbeitende des MDK könnte dabei nicht nur den Nutzen des Assessments für die Praxis weiter erhöhen, sondern sie würde längerfristig auch eine zuverlässige Erhebung der Gewaltprävalenz für vulnerable Zielgruppen erlauben.

7.12.3 Strukturelle Empfehlungen

Aus internationalen Fachkreisen besteht die Forderung, das Thema Gewaltprävention mit Nachdruck auf der sozialpolitischen Agenda zu behandeln. Notwendig ist dabei, einen systemischen Blick auf familiäre Pflegearrangements zu richten. Dabei sollten sowohl Pflegebedürftige als auch (pflegende) Angehörige Adressaten von Unterstützung sein. Einer hinreichenden Verankerung in der Gesetzgebung sollte dabei Sorge getragen werden.

In der bisherigen Praxis im Umgang mit familialen Pflegearrangements besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen wahrgenommener Relevanz des Themas Gewaltprävention und vorhandenem Handlungsstandards. Auf der Basis der Evaluationsergebnisse des PURFAM-Projekts wird die Notwendigkeit einer flächendeckenden Einführung von Handlungsstandards zur Gewaltprävention belegt. Hierbei sollte ein breites Spektrum an Zielgruppen berücksichtigt werden.

Die im Arbeitsalltag wahrgenommenen Häufigkeiten und Formen der im PURFAM-Projekt geschulten Pflegekräfte bestätigen die Relevanz von Gewalthandlungen unterhalb der strafrechtlich bedeutsamen Schwelle. Diese Befunde werden in der Literatur bestätigt. Ebenso gibt es Hinweise, dass nach erfolgter Sensibilisierung problematischen Verläufen primärpräventiv vorgebeugt wird. Empfohlen daher werden Instrumente und Verfahren für das Erfassen von problematischen Pflegesituationen im Vorfeld von manifester Gewalt.

Ambulanten Pflegediensten kann im Rahmen ihrer Praxisroutinen zur Qualitätssicherung ein zweistufiges Assessment empfohlen werden, welches Dokumentationshilfen für die einzelne Pflegekraft und für Teambesprechungen umfasst. Zudem wird empfohlen, durch den Einsatz des BIZA-D/PV-PURFAM-Angehörigenfragebogens die erweiterte Möglichkeit einer primärpräventiven Ressourcenstärkung in familialer Pflege zu nutzen.

Als hauptsächliche Barriere gegen die flächendeckende Implementierung von Prävention und Früherkennung wurde von den Befragten ‚Zeitmangel‘ berichtet. Letzteres würde dafür sprechen, Gewaltprävention als explizites Kriterium und obligatorischen Bestandteil des Qualitätsmanagements in ambulanten Pflegeeinrichtungen zu etablieren. Dabei ist anzunehmen, dass der zeitliche Aufwand bei der Anwendung der von PURFAM bereitgestellten Materialien mit zunehmender Erfahrung deutlich geringer wird und gegebenenfalls sogar insgesamt den zeitlichen Aufwand des Pflegedienstes durch eine Erhöhung der Handlungseffizienz im Umgang mit problematischen Pflegesituationen mindern kann. Ein expliziter Hinweis hierauf könnte Pflegedienste eventuell ermutigen, eine entsprechende Übungsphase zugunsten des später einsetzenden Nutzens in Kauf zu nehmen.

Um Interesse bei Pflegediensten bzw. –kräften an Schulungen zu dieser Thematik zu generieren, sollten zusätzliche ökonomische Anreize geschaffen werden und eine weitere rechtliche Präzisierung erfolgen. Priorisiert wird eine Gesamtlösung in Richtung Neudefinition von Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Leistungen sowie der Finanzierung psychosozialer Interventionen. Angesichts der im Rahmen der Teilnehmerakquise aufgezeigten Barrieren für Pflegedienste bedarf es einer höheren Rechtsverbindlichkeit für Gewaltprävention zur Schaffung eines niedrighschwelligigen Zugangs zur Thematik. So könnte eine weitere Verankerung von Gewaltprävention z. B. im SGX XI allgemein zu einer höheren Rechtssicherheit führen. Hierzu wird das Etablieren einer expliziten Verantwortungskette z. B. in Form von ‚Mitarbeiter – Einrichtungsleitung – Träger – MDK – Pflegekassen‘ favorisiert. Empfohlen wird weiterhin, hierfür adäquate finanzielle Anreize zu schaffen.

Zudem ist aufgrund der hohen Komplexität der Thematik eine verbindliche Erweiterung der Ausbildungsinhalte zum Thema Gewaltprävention in der familialen Pflege als ein zentrales primärpräventives Element zu empfehlen.

Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass alte und pflegebedürftige Menschen eine heterogene Zielgruppe sind. Im Rahmen der Präventionsarbeit sollte man sich der Varianz bewusst sein und speziellen Subgruppen wie pflegebedürftigen Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedürftigkeit, kriegstraumatisierten Menschen mit Pflegebedürftigkeit, erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, stationär und teilstationär versorgten Menschen, von Ehrenamtlichen betreuten Menschen, etc., gezielt Aufmerksamkeit widmen.

Literaturverzeichnis

- Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K. & Muzzy, W. et al. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100* (2), 292-297.
- Anetzberger, G. J., Palmisano, B. R., Sanders, M., Bass, D., Dayton, C., Eckert, S., & Schimer, M. R. (2000). A model intervention for elder abuse and dementia. *The Gerontologist, 40*(4), 492–497.
- Anetzberger, G.J. (2001). Elder Abuse Identification and Referral: The Importance of Screening Tools and Referral Protocols. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 13*, 3-22.
- Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Ejaz, F.K. & Nagpaul, K. (2001). Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 13* (2), 23-38.
- Bayerisches Landesjugendamt. (2006). *Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII*. München: BLJA.
- Becker, S., Kaspar, R. & Kruse, A. (2011). H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. (H.I.L.D.E.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) - Landesverband Brandenburg. (2007). *Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Brandenburger Leitfaden, Diagnostik, Fallmanagement, Hilfesystem*. Potsdam: WUB-Druck-Rahden.
- BGB – Bürgerliches Gesetzbuch (2009). Hrsg. im Beck-Texte im dtv, 63. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M. & Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21* (1), 1-14.
- Bogner, A. & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (S. 33-70). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (S. 7-31). Wiesbaden: VS-Verlag.

- Bonillo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, E.H., Saxl, S., Schacke, C. & Steinhilber, C. et al. (2013). *Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention - ein Manual für die ambulante Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.). (2007). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- BMG (Hrsg.). (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*. München: TNS Infratest Sozialforschung.
- BzgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (4., erweiterte und überarbeitete Aufl.). Meckenheim: Warlich.
- Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gaglin, R. & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18 (5), 660-685.
- Compton, S.A., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), 632–635.
- Diekmann, A. (2005). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (13. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Donder, L. De, Luoma, M.-L., Penhale, B., Lang, G., Santos, A.J. & Tamutiene, I. et al. (2011). European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *European Journal of Ageing*, 8, 129-143.
- Eisikovits, Z., Winterstein, T. & Lowenstein, A. (2004). *The National Survey on elder abuse and neglect in Israel*. Haifa: National Insurance Institute.
- Emme von der Ahe, H., Weidner, F., Laag, U., Isfort, M. & Meyer, S.H. (2010). *Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI*. Münster: MV-Wissenschaft.
- Flannery, R.B. Jr. (2003). Domestic violence and elderly dementia sufferers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18 (1), 21-23.

- Flick, U. (2003). Design und Prozess qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 252-264). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: V&R Unipress.
- Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (6), 4-5.
- Fulmer, T., Guadano, L., Dyer, C. & Connolly, M.T. (2004). Progress in elder abuse assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 297-304.
- Fulmer, T., Paveza, G., Vandeweerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L. & Bolton-Blatt, M. et al. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist*, 45 (4), 525–534.
- Gellert, P. & Herrmann, W.J. (2012). Prävention körperlicher Erkrankungen. In H.W. Wahl, C. Tesch-Römer & J.P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2. Aufl., S. 175–181). Stuttgart: Kohlhammer.
- GG – Grundgesetz (2007). Hrsg. im Beck-Texte im dtv, 41. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Görgen, T. (Hrsg.). (2010). *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Görgen, T., Rauchert, K., Birkenstock, L., Fisch, S. & Kämmer, K. (2012a). Sicher leben im Alter. Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege. Materialien für die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste. Entwickelt im Rahmen des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Aktionsprogramms Sicher leben im Alter (SiliA). Münster-Hiltrup: unveröffentlichte Materialien im Rahmen der Bilanzkonferenz zum Aktionsprogramm.
- Görgen, T., Herbst, S., Kotlenga, S., Nägele, B. & Rabold, S. (2012b). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Zugriff am 26.09.2012. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=121348.html>.
- Görgen, T., Nägele, B., Kotlenga, S., Fisch, S., Kraus, B., Rauchert, K. (2012c). Sicher leben im Alter. Ein Aktionsprogramm zur Prävention von Kriminalität und Gewalt gegenüber alten und

- pflegebedürftigen Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zugriff am 14.12.2012. Verfügbar unter http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/silia_abschluss.php.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (2000). *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien*. Bern: Hans Huber.
- Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2013). Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege – Die Entwicklung des PURFAM-Assessment-Instrumentes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi: 10.1007/s00391-012-0402-7.
- Hirsch, R. (2005). Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern. In H.-J. Kerner & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag*. Zugriff am 25.2.2013. Verfügbar unter <http://www.praeventionstag.de/html/GetDokumentation.cms?XID=111>.
- Hopf, C. (2003). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 349-359). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hörl, J. & Schimany, P. (2004). Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Ein Zukunftsthema für die Generationenbeziehungen? *Zeitschrift für Familienforschung*, 16 (2), 194-215.
- HsM Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. (Hrsg.). (2010). *Bonner Ratgeber für ältere Menschen*. Bonn: Bonndruck.
- Hughes, M. (1997). „That triggers me right off“: Factors influencing abuse and violence in older people's care-giving relationships. *Australian Journal on Ageing*, 16 (2), 53–60.
- Iborra, I. (2008). *Elder abuse in the family in Spain*. Valencia: Queen Sofia Center.
- Klie, T. (2009). *Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Lehrbuch Altenpflege* (9., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Hannover: Vincentz Network.
- Kooperationsverbund Gesundheitsziele (2012). *Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden*. Bundesministerium für Gesundheit
- Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

- Kuhn-Zuber, G. (2011). *Juristische Expertise zu den das Projekt PURFAM begleitenden Rechtsfragen*. Unveröffentlichtes Gutachten für das Projekt PURFAM.
- Lachs, M. & Pillemer, K. (2004). Elder Abuse. *The Lancet*, 364 (9441), 1263–1273.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2010). *Gewalt gegen Alte. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit alten Patienten in Heimen und in der häuslichen Pflege, die von Gewalt betroffen sind*. Stuttgart: Ärztliche Pressestelle.
- Lang, G. & Enzenhofer, E. (2013). Lebensqualität älterer Frauen bei Abhängigkeit und Gewalt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (1), 27-34.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meueler, E. (2009). Didaktik der Erwachsenenbildung – Weiterbildung als offenes Projekt. In R. Tippelt & A. von Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung / Weiterbildung* (S. 973-987). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005a). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-94). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005b). Vom Nutzen der Expertise. ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (S. 257-272). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MILCEA (2010). Protokoll Expertentreffen am 17.06.2010, MDS, Essen.
- Miller, L.S., Lewis, M.S., Williamson, G.M., Lance, C.E., Dooley, W.K. & Schulz, R. et al. (2006). Caregiver cognitive status and potentially harmful caregiver behavior. *Aging and Mental Health*, 10 (2), 125–133.
- Nahmiash, D. & Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (3-4), 53-70.
- Nerenberg, L. (2002). *Preventing Elder abuse by Family Caregivers*. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

- Nerenberg, L. (2008). *Elder Abuse Prevention: Emerging Trends and Promising Strategies*. New York: Springer.
- Nolan, M. (1997). Sustaining meaning: A key concept in understanding elder abuse. In P. Decalmer & F. Glendenning (Eds.). *The mistreatment of elderly people* (2nd ed., pp. 199–209). London: Sage.
- Oliva y Hausmann, A., Schacke, C., Zank, S. (2012a). Pflegende Angehörige von demenziell Erkrankten: Welche Faktoren beeinflussen den Transfer von der häuslichen in die stationäre Pflege? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 1-8.
- Oliva y Hausmann, A., Schacke, C., Zank, S. (2012b). Die Bedeutung von Angehörigenbelastung und aggressivem Verhalten für die Institutionalisierung demenziell Erkrankter [Vortrag im Rahmen des Symposiums]. In S. Zank & C. Schacke. „Zur Prävention von Gewalt in der familialen Pflege: Chancen und Grenzen translationaler Forschung“. Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress 2012: Altersforschung: Transnational und translational, Bonn, 12. – 15. September 2012.
- Opterbeck, I., Schacke, C. & Zank, S. (2010). Zum Befinden pflegender Angehöriger nach dem Tod des Gepflegten. *Psychotherapie im Alter*, 7 (4), 521–535.
- Panke-Kochinke, B. (2011a). *Pflegetheoretische, -pädagogische und -didaktische sowie curriculare Ergänzungen zum Fortbildungskonzept des Projekts PURFAM*. Unveröffentlichtes Gutachten für das Projekt PURFAM.
- Panke-Kochinke, B. (2011b). *Berufliche Handlungskompetenz erwerben. Ergebnisse der qualitativen Evaluation eines Curriculums in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T. & Ashford, J. W. et al. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *Gerontologist*, 32 (4), 493–497.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva: World Health Organization.
- Philipp-Metzen, H.E. (2011). Die Enkelgeneration in der familialen Pflege bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (6), 397-404.

- Philipp-Metzen, H.E., Fey, T., Nieding, B., Sroka, M. (in Druck). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beim Krankheitsbild Demenz. Situation der Angehörigen und Handlungspotenziale für Betriebe. (*Band 9 „Zusammen leben – voneinander lernen“*, 7. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Hanau, 18. bis 20. Oktober 2012). Berlin: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.
- Philipp-Metzen, H. E., Schacke, C., Zank, S. (2012). Gewalt in der häuslichen Pflege. Lösungsansätze des Projekts PURFAM. *Pro Alter*, 2, 58 - 62.
- Philipp-Metzen, H.E., Schacke, C. & Zank, S. (eingereicht). *Experteninterviews zur Gewaltprävention in der familialen Pflege*.
- Pillemer, K.A. & Suitor, J.J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47 (4), 165-172.
- Porst, R. (2000). Question Wordening – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. *ZUMA How-to-Reihe, Nr. 2*. Zugriff am 30.02.2011. Verfügbar unter http://statistik.wu-wien.ac.at/mathstat/stadlerALT/stadler2_OLD/how-to2rp.pdf.
- Porst, R. (2011). Fragebogen. *Ein Arbeitsbuch*. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Projekt Safer Care & Unterzeichnergruppe (2012). Fuldaer Erklärung zur Prävention von Gewalt gegen ältere und versorgungsbedürftige Menschen im häuslichen Umfeld. Entworfen auf der Europäischen Tagung „Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen erkennen und handeln: Chancen und Barrieren in der Praxis“, Fulda, 31. Mai 2012. Zugriff am 025.02.2013. Verfügbar unter http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/PDF/Forschungsprojekte/InterpersGewalt/20121008_FuldaerErkl%C3%A4rung.pdf
- PURFAM – Experteninterviews (2010). 22 Experteninterviews mit nationalen Experten zur PURFAM-Gewaltprävention. Unveröffentlichtes Datenmaterial des PURFAM-Projekts. Köln, Berlin.
- PURFAM – Internationaler Expertenworkshop (2010). Protokoll ‚Working Group II: Training‘. Unveröffentlichtes Material des PURFAM-Projekts. Köln, Berlin.
- Rauner, F. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofmann, G. (1988). *Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

- Sadler, P., Kurrle, S. & Cameron, I. (1995). Dementia and elder abuse. *Australian Journal on Ageing*, 14 (1), 36-40.
- Saveman, B.I., Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1996). Narratives by district nurses about elder abuse within families. *Clinical Nursing Research*, 5 (2), 220-236.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (6., völlig überarbeitete Aufl.). München: R. Oldenbourg Verlag.
- Schweikert, B. & Schirmmacher, G. (2005). Der Schutz vor Gewalt in der Familie. In: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.). *Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik* (IFP). Zugriff am 01.10.2012. Verfügbar unter <https://www.familienhandbuch.de/rechtsfragen/ehe-und-familienrecht/der-schutz-vor-gewalt-in-der-familie>.
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B. & Iborra Marmolejo, I. et al. (eds.). (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization – Regional office for Europe.
- SGB XI - Soziale Pflegeversicherung (2008). Hrsg. im Beck-Texte im dtv, 9. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2011). *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- StGB – Strafgesetzbuch (2009). Hrsg. im Beck-Texte im dtv, 46. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Spiegel Wissen (2010). „Die Reise ins Vergessen – leben mit Demenz“, Nr. 1.
- Stufflebeam, D. L., Madaus, G. F. & Kellaghan, T. (2000). *Evaluation Models. Viewpoints on educational and human services evaluation* (2nd ed.). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Thoma, J., Schacke, C. & Zank, S. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (5), 349-350.
- UNFPA / Help Age International (ed.). (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York: United Nations Population Fund.
- Vandeweerd, C. & Pazeva, G. J. (2005). Verbal mistreatment in older Adults: A look at persons with Alzheimer's Disease and their caregivers in the State of Florida. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17 (4), 11-30.

- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (2000). Einführende Überlegungen zu einer Angewandten Gerontologie. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 3-11). Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2003). Prävention. In F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 189-214). München: Urban & Fischer Verlag.
- Wilhelm, I. & Zank, S. (2012). Folgen der Kriegserlebnisse älterer Menschen für häusliche Pflegesituationen – Der Zweite Weltkrieg und familiäre Pflege heute [Vortrag]. In: Schmitt, M. „Kriegserfahrungen und ihre Wirkungen in die Gegenwart hinein“. Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress 2012: Altersforschung: Transnational und translational, Bonn, 12. – 15. September 2012.
- Williamson, G. & Shaffer, D. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16 (2), 217-226.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-256). Heidelberg: Asanger.
- World Health Organization (WHO) (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report*. Geneva: Nonserial Publication.
- Wottawa, H. & Thierau H. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Yan, E. & Tang, C. (2004). Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence*, 19 (5), 269-277.
- Zank, S. & Schacke, C. (2007). *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER) – Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie*. Siegen: Universität Siegen. Zugriff am 24.09.2012. Verfügbar unter <http://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander II - vollstaendiger Bericht.pdf>.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (4), 296-305.

Zank, S., Schacke, C. & Philipp-Metzen, H.E. (2011). *Zwischenbericht – Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“*. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Berlin: BMFSFJ.

Zank, S., Schacke, C. & Philipp-Metzen, H.E. (2012). *Zwischenbericht II – Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“*. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Berlin: BMFSFJ.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (o. A.). *Staatliches Wächteramt*. Zugriff am 11.04.2011. Zu finden unter www.blja.bayern.de/themen/waechteramt/index.html.

Anlagen

1 Veröffentlichungen und Vernetzungen

Nachfolgend werden die Veröffentlichungen und Bekanntmachungen sowie Ausschnitte der Vernetzungsarbeit aufgeführt.

1.1 Publikationen

Das PURFAM-Manual zur Gewaltprävention

Zur Verstetigung und flächendeckenden Umsetzung der Präventionsmaßnahme wurde ein Manual erstellt, welches theoretische Hintergründe und praxisgerechte Orientierungen zur Gewaltprävention sowie ausführliche Anleitungen zur Verwendung des PURFAM-Assessments enthält. Sein Adressatenkreis umfasst neben Akteuren in der Praxis u. a. auch den Hochschul- und Ausbildungssektor, sodass es breitenwirksam primärpräventiv eingesetzt werden kann.

Bonillo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, E.H., Saxl, S., Schacke, C., Steinhilber, C., Wilhelm, I. & Zank, S. (in Druck). *Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention - ein Manual für die ambulante Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

Projektberichte

Die vorausgegangenen Zwischenberichte I und II beschreiben den jeweiligen Zwischenstand des PURFAM-Projekts. Der erste Zwischenbericht fokussiert die theoretischen Vorarbeiten wie die Konzeptionalisierung der Intervention sowie die Erstellung des Instrumentariums und des Schulungscurriculums. Den Zwischenstand während der Hauptphase der Intervention gibt der zweite Zwischenbericht wieder.

Zank, Susanne; Schacke, Claudia; Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2011): Zwischenbericht - Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“. Unveröffentlichter Zwischenbericht für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Zank, Susanne; Schacke, Claudia; Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2012): Zwischenbericht II - Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“. Unveröffentlichter Zwischenbericht für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Wissenschaftliche Artikel

Heidenblut S, Schacke C & Zank S (2013). Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege – Die Entwicklung des PURFAM-Assessment-Instrumentes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi: 10.1007/s00391-012-0402-7

Philipp-Metzen, H. Elisabeth; Schacke, Claudia; Zank, Susanne (eingereicht): *Experteninterviews zur Gewaltprävention in der familialen Pflege*.

Artikel und Kapitel mit Bezug auf LEANDER

- Oliva y Hausmann A, Schacke C, Zank S (2012): Pflegende Angehörige von demenziell Erkrankten: Welche Faktoren beeinflussen den Transfer von der häuslichen in die stationäre Pflege? In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 62, 1 – 8.
- Schacke, C. & Zank, S. (2011). Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung der pflegenden Angehörigen. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln* (S. 295-303). Heidelberg: AKA Verlag.
- Opterbeck, I., Schacke, C. & Zank, S. (2010). Zum Befinden pflegender Angehöriger nach dem Tod des Gepflegten. *Psychotherapie im Alter*, 4 (7), 521-535.
- Zank, S. (Hrsg.). (2010). *Pflege und Psychotherapie. Themenheft der Zeitschrift Psychotherapie im Alter*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zank, S. (2010). Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. *Psychotherapie im Alter*, 4 (7), 431-443.
- Zank, S. (2013). Potentiale und Risiken familialer Pflege. In: H.Meyer-Wolters & F. Schulz-Nieswandt (Hrsg.), *Alterswelt und institutionelle Strukturen* (S. 187-202). Würzburg: Königshausen & Neumann

Artikel in der Rubrik Ethik im Fachmagazin Pro Alter

Diese Veröffentlichung entstand durch Initiative der PURFAM-Projektmanagerin aufgrund einer bewährten Zusammenarbeit mit der Verantwortlichen für Öffentlichkeitsarbeit im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), die gleichzeitig auch die Redaktion von Pro Alter, dem Fachmagazin des KDA, betreut.

- Philipp-Metzen, H. E., Schacke, C. & Zank, S. (2012). Gewalt in der häuslichen Pflege. Lösungsansätze des Projekts PURFAM. *Pro Alter – Kuratorium Deutsche Altershilfe*, 2, 58-62.

Projektbekanntmachungen

Das Projekt PURFAM mit seinem Präventionskonzept wurde der Öffentlichkeit in verschiedenen Zeitschriften vorgestellt.

- Saxl, S., Schacke, C. & Zank, S. (2011). Wie kann Gewalt in der häuslichen Pflege erkannt und verhindert werden? Ein Forschungsprojekt sucht Lösungswege. *Alzheimer Info* 2/2011, 9.
- Saxl, S., Schacke, C. & Zank, S. (2012). PURFAM – Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen. *Gepflegt durchatmen*, 18, 6-7
- Saxl, S.; Bonillo, M.; Schacke, C.; Zank, S.; Heidenblut, S.; Philipp-Metzen, H. E.; Steinhuisen, C. & Wilhelm, I. (im Druck). PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen: Gewaltprävention als Aufgabenfeld ambulanter Pflege?! In: Tagungsband "Zusammen leben – voneinander lernen". Referate auf dem 7. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- C.Steinhuisen (im Druck): Projektvorstellung „PURFAM“. In: *Häusliche Pflege*. Vincentz Verlag.
- Philipp-Metzen, H. Elisabeth; Schacke, Claudia; Zank, Susanne (im Druck): PURFAM-Gewaltprävention für die häusliche Pflege. In: *Neue Caritas*, Freiburg.

1.2 Beiträge auf wissenschaftlichen Tagungen

Beiträge in Form von zwei Postern und einem Vortrag erfolgten zur Jahrestagung der Sektionen III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) „Wert(e) des Alters“, Frankfurt am Main, 22. und 23. September 2011. Eine Postergestaltung oblag dem Berliner PURFAM-Team, die restlichen Beiträge wurden von der Projektmanagerin verantwortet.

Jahrestagung der Sektionen III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) „Wert(e) des Alters“, Frankfurt am Main, 22. und 23. September 2011.

Posterpräsentation: Bonillo, M., Saxl, S., Philipp-Metzen, H. E., Heidenblut, S., Steinhusen, C., Wilhelm, I., Schacke, C. & Zank, S. (2011). *PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (1): Wahrgenommene Handlungserfordernisse: Ergebnisse PURFAM-Experteninterviews.*

Posterpräsentation: Philipp-Metzen, H. E., Heidenblut, S., Steinhusen, C., Wilhelm, I., Bonillo, M., Saxl, S., Schacke, C. & Zank, S. (2011). *PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (2): Assessment und Intervention zur Früherkennung von Misshandlung und Vernachlässigung.*

Vortrag: Philipp-Metzen, H. E., Schacke, C. & Zank, S. (2011). *PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen: Projektdarstellung und erste Ergebnisse.*

Die hierzu eingereichten Abstracts wurden in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht.

Im Jahr 2012 hat das Projekt PURFAM ein Symposium ausgerichtet.

Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress 2012 „Altersforschung: Transnational und translational“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Bonn, 12. – 15.09.2012.

Symposium: Zank, S. & Schacke, C. (2012). *Zur Prävention von Gewalt in der ambulanten Pflege: Chancen und Grenzen translationaler Forschung.*

Vortrag: Oliva y Hausmann, A., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Die Bedeutung von Angehörigenbelastung und aggressivem Verhalten für die Institutionalisierung demenziell Erkrankter.*

Vortrag: Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Die Entwicklung des PURFAM-Assessments zur Früherkennung problematischer Pflegesituationen.*

Vortrag: Bonillo, M., Saxl, S., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Konzeptionierung einer Fortbildung zur Gewaltprävention für ambulante Pflegedienste.*

Vortrag: Steinhusen, C., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Einschlägige Praxiserfahrungen der PURFAM Intervention.*

Vortrag: Wilhelm, I., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Die Evaluation der PURFAM-Fortbildung.*

Vortrag: Philipp-Metzen, H. E., Schacke, C. & Zank, S. (2012). *Normative Implikationen und Ausblick aus gerontologischer Perspektive.*

Die hierzu eingereichten Abstracts wurden ebenfalls in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht. Darüber hinaus wurden auf dem Kongress Beiträge erbracht, die weiterführende Zielgruppen in der Präventionsarbeit fokussierten. Dies betraf Überlegungen zur heutigen Pflegesituation von Menschen mit Kriegstraumatisierung aus dem zweiten Weltkrieg und Erfahrungen bei der Sensibilisierung junger Menschen im Umgang mit Menschen mit Demenz.

Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress 2012 „Altersforschung: Transnational und translational“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Bonn, 12. – 15.09.2012.

Vortrag: Wilhelm, I. Zank, S. (2012): Folgen der Kriegserlebnisse älterer Menschen für häusliche Pflegesituationen – Der Zweite Weltkrieg und familiäre Pflege heute. Im Rahmen des Symposiums "Kriegserfahrungen und ihre Wirkungen in die Gegenwart hinein".

Vortrag: Philipp-Metzen, H. E., Zank, S. (2012): KölnerKinderUniversität 2012 - Generationenübergreifende Forschungstranslation zur Primärprävention im Handlungsfeld familialer Pflege bei Demenz. Im Rahmen des Symposiums „Wahrnehmung und Bilder des Alter(n)s“.

1.3 Programm des internationalen Workshops (Tagungsflyer)



The purpose of PURFAM is to improve clinical practice in the prevention of elder abuse by facilitating the early recognition of mistreatment and neglect in individual caregiving settings and by strengthening caregivers' resources. Existing policies in the field of child welfare can provide important impulses in formalizing operations in the field and in defining the competence of specific public authorities. Experience gained through regional and subject-specific networking could also be beneficial.

In the following workshop, research scientists and practitioners will be presented with a training-program that enables professionals working with care-recipients and their families to identify abusive behaviour and to strengthen caregivers' resources while considering risk- and protective factors of the individual setting. Workshop participants will be asked to discuss the proposed program respective to their expertise in international best-practice approaches and aspects of feasibility within the national context of the Federal Republic of Germany [FRG].

Day One - Thursday, December 2, 2010

Lunch/Refreshments (12:00 – 13:00)

Welcome and Introduction

- 13:00 Prof. Dr. Susanne Zank, Germany, University of Cologne
 Prof. Dr. Claudia Schacke, Germany, Catholic University of Applied Science Berlin
 Petra Weritz-Hanf, Germany, Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth

Elder Abuse: Measurement and Data – Reports from International Research

- 13:30 Prof. Dr. Toshio Tatara, Japan, Shukutoku University
 14:00 Prof. Dr. Ariela Lowenstein, Israel, University of Haifa
 14:30 Dr. Miri Cohen, Israel, University of Haifa
 15:00 Discussion

Coffee Break (15:30 - 16:00)

Elder Abuse: Reports from Intervention Programs

- 16:00 Lisa Nerenberg, USA, National Center on Elder Abuse

Elder Abuse: Current Research – Reports from Related Projects

- 16:30 Kathrin Rauchert, Germany, German Police University
 Uwe Brucker, Germany, National Association of the Statutory Health Insurance Funds
 Maria van Bavel, Netherlands, Netherlands Centre for Social Development
 Prof. Dr. Ralf Armin Jarosch, Germany, Protestant University of Applied Science Berlin

- 18:00 Conclusion

Dinner (19:00)

Day Two – Friday, December 3, 2010

Lectures

Opening Remarks

- 9:45 Prof. Dr. Susanne Zank

The Situation in Germany: Reflecting on Mistreatment and Neglect in Different Fields

- 10:00 Prof. Dr. Thomas Görden, Germany, German Police University
 10:30 Prof. Dr. Gisela Zenz, Germany, Johann Wolfgang Goethe University

Interim Results from PURFAM

- 11:00 Prof. Dr. Susanne Zank / Prof. Dr. Claudia Schacke

Lunch

Working Groups

Discussing PURFAM: Suggestions and Challenges

- 13:00 Issue-related Discussion Groups
 14:00 Brief Reports from the Working Groups

Panel Discussion

Transferring Research into Praxis: Potentials and Risks of PURFAM

- 14:30 Chair: Charlotte Strümpel, Austria, Austrian Red Cross
 Panel: Representatives of Related Projects, Welfare Organisations and PURFAM

Closing Remarks, Coffee and Cake (15:30-17:00)

End of Conference (17:00)

1.4. Vernetzung mit dem Projekt Safer Care - Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden

Kooperation. Bei einem Beiratstreffen von Safer Care im Oktober 2011 erwähnte Frau Barbara Nägele, dass es in Deutschland das Projekt PURFAM mit ähnlichen Projektzielen gebe. Nach eingehender Recherche durch das Safer Care-Team wurden die Mitarbeiterinnen von PURFAM im Dezember 2011 zum gegenseitigen Kennenlernen eingeladen. Bei dem Treffen wurde gemeinsam entschieden, eine Kooperation einzugehen und die Projektziele von Safer Care zu justieren. Das PURFAM-Assessment und die Schulungsunterlagen wurden übernommen. Geplant ist ein zusätzliches Schulungsmodul zum Thema „gerichtsverwertbare Dokumentation“ zu entwickeln. Weitergehend sollte in Fokusgruppen und Experteninterviews der Fragestellung nachgegangen werden, wo die derzeitigen Zuständigkeiten im Falle von Gewalt gegenüber älteren, hilfebedürftigen Personen liegen, um in einem zweiten Schritt Handlungsanleitungen für Politik und Praxis zu formulieren.

Akquise. Das Projekt Safer Care führte am 31.05. und 01.06.2012 eine europäische Tagung an der Hochschule Fulda durch. Zu dieser wurden Vertreter der Wohlfahrtsverbände und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste eingeladen und für die Teilnahme an Fokusgruppen und den von PURFAM entwickelten Schulungen geworben. In diesem Rahmen entstanden erste Kontakte, die zu Schulungsanmeldungen führten. Zentral war an dieser Stelle der Kontakt zu einer Fachreferentin des Diakonischen Werkes in Hessen und Nassau, die im weiteren Verlauf des Projektes Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Fokusgruppen und Schulungen aus dem eigenen Verband gewinnen konnte. Postalisch wurden 25 hessische, ambulante Pflegedienste eingeladen. Dies führte zu keinerlei Anmeldungen. Auch in der Akquise des PURFAM-Projektes gab es kaum Resonanz auf schriftliche Einladungen. Weiterhin führten die Projektmitarbeiterinnen Vorträge in verschiedenen fachspezifischen Gremien durch. Auf dem Demenzforum in Bad Homburg lernten sie einen Praxisvertreter kennen, der die erste Schulung organisierte. Teilgenommen haben Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus ambulanten Pflegediensten und Beratungsstellen. Bei der Durchführung wurden sie von einer Mitarbeiterin des PURFAM-Teams unterstützt. Im Gegensatz zu PURFAM entfällt im Safer Care-Projekt die Dreiteilung der Schulungsmaßnahme, es werden keine Informationsveranstaltungen und Fallbesprechungen durchgeführt. Derzeit sind sieben Schulungen für Pflegedienste, sowie eine Schulung für Pflegeberater geplant.

2 Instrumente für das Experteninterview

Leitfaden für das Experteninterview (max. 1 ½ Stunden)

Stand: 13.05.2010

Guten Tag, _____. Wie schon gesagt, komme ich vom Projekt PURFAM von der Universität Siegen. Wir beschäftigen uns ja mit dem Thema „Gewalt gegenüber alten pflegebedürftigen Menschen“ und Sie als ausgewiesene/r Expert/in im Bereich _____ können dazu wichtige Hinweise geben. Wir freuen uns sehr, dass Sie für dieses Interview zur Verfügung stehen.

Teil 1 Erfahrungen und generelle Einschätzungen des Interviewpartners (30 Minuten)

Es geht uns ja um das Thema „Misshandlung, und Vernachlässigung von alten pflegebedürftigen Menschen in der Familie, und zwar durch ihre Angehörigen“.

- 1. Was heißt „Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung“ für Sie?**
 - Körperlich, psychisch, materiell, etc.
- 2. In welcher Weise kommen Sie in Ihrer Arbeit mit dem Thema in Berührung?**
 - Zugang zum Thema
 - Dauer
- 3. Wie sind Sie bislang damit umgegangen? (Was sind die wichtigsten Erkenntnisse, die Sie bei Ihrer Beschäftigung mit dem Thema gewonnen haben?)**
 - Umfang, Schweregrad von Einzelfällen
 - Zielgruppen
 - Dunkelziffer
 - Neue und/oder unerwartete Einsichten
 - Schwierigkeiten
- 4. Welche Risikofaktoren und Warnzeichen sollten besonders beachtet werden?**
- 5. Was ist Ihrer Meinung nach im Verdachtsfalle zu tun?**
 - Wer ist Person, die Gespräche führt
 - Mit wem werden Gespräche geführt
 - Welche weiteren Berufsgruppen werden benötigt / eingeschaltet
- 6. Welche Interventionen und Strukturen wären aus Ihrer Sicht hilfreich?**
 - „Soforthilfe“ (Verfahren bei akutem Handlungsbedarf, Notfallunterkunft)
 - (gemeindenahe) Präventionsmaßnahmen
 - Evaluation
 - Rechtliche Rahmenbedingungen
- 7. Welche Instrumente / welche Checklisten brauchen wir, um diese Problematik zu erfassen?**

- Screenings und Assessments
- Praxis / Forschung

Teil 2 Szenario-Bildung: Übertragbarkeit des Verfahrens nach § 8a SGB VIII (30 Minuten)

Im Kinder- und Jugendhilfebereich existieren bereits spezielle rechtliche Regelungen und Verfahrenswege. Wir machen uns Gedanken, inwieweit diese auf die Altenhilfe übertragbar sind und haben hierzu Skizzen mitgebracht.

Infoblatt 1: Erwachsenenbereich (Frauen)

Auf dem ersten Infoblatt sehen Sie: So wird vorgegangen, wenn Gewalt gegenüber erwachsenen Personen, z. B. Frauen, vorliegt.

Infoblatt 2: Ablaufschema nach § 8a SGB VIII

Hier sehen Sie ein Ablaufschema aus dem Kinder- und Jugendhilfebereich.

1. Welche Aspekte können wir Ihrer Meinung nach für die Altenhilfe übernehmen?

Anschließend gemeinsames Gespräch über

Infoblatt 3: Übertragung des Schemas auf die Altenhilfe

2. Wie schätzen Sie so eine Übertragbarkeit auf die Altenhilfe ein?

- Einzelne Punkte durchgehen

3. Welche Schwierigkeiten können auftreten?

4. Wie sollte man mit Tabuisierung umgehen?

Teil 3 Detailfragen zur Umsetzung der PURFAM-Intervention (20 Minuten)

Vielen Dank schon einmal für Ihre Ideen und Anregungen. Es gibt noch einige Detailfragen, die uns interessieren.

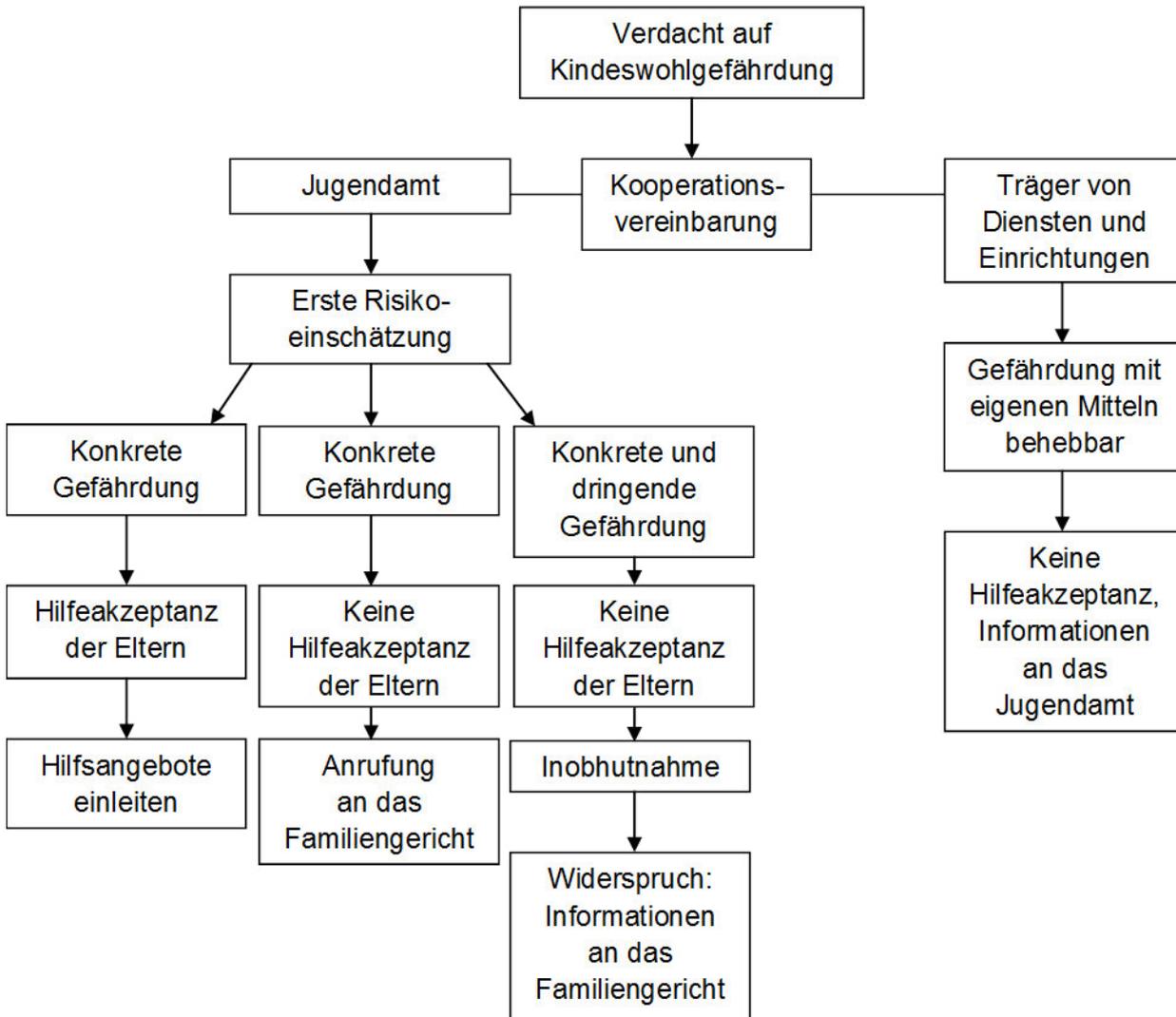
- 1. PURFAM wird als Erstes in ambulanten Pflegediensten eingesetzt. Wären alle Mitarbeiter des Pflegedienstes in der Lage, mit einer Checkliste eine Befragung / ein Screening und eine entsprechende Dokumentation durchzuführen?**
 - zeitlich
 - von der Qualifikation her
- 2. Wie befähigen wir Krankenpflegepersonal dazu, Misshandlung und Vernachlässigung wahrzunehmen?**
- 3. Was würde der Pflegekraft helfen, dem Thema aktiv nachzugehen?**
 - Stichwort „Zivilcourage“
 - Institutionskultur
- 4. Welche Inhalte sollten in einer Schulungsmaßnahme für zuständige Pflegekräfte berücksichtigt werden?**
- 5. Sind Sie der Meinung, dass im Verdachtsfall Gespräche mit Angehörigen geführt werden sollten?**
- 6. Wer führt bei Verdachtsfällen die Gespräche mit den Betroffenen oder den Angehörigen?**
- 7. Worüber würde dieser zusätzliche Aufwand (Arbeitszeit im Pflegedienst) finanziert?**
- 8. Welche Anreize könnten Pflegedienste haben?**
- 9. Angehörige sind gleichzeitig zahlende Kunden. Könnte es da zu Interessenkonflikten kommen?**
- 10. Welches Amt / welche Instanz könnte an die Stelle des Jugendamts treten?**
- 11. Wie sollte dann das Verfahren aussehen? Beispielsweise die Verknüpfung von Pflegedienst und „Behörde“ (bei einer „offiziellen“ Meldung).**
- 12. Welche weiteren rechtlichen Strukturen benötigt es?**
- 13. Und abschließend: Gibt es noch weitere wichtige Aspekte zum Thema „Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen“ aus Ihrer Sicht?**

Vielen Dank für das Interview!

PURFAM
Potenziale und Risiken in der
familialen Pflege



Ablaufschema nach § 8 a SGB VIII

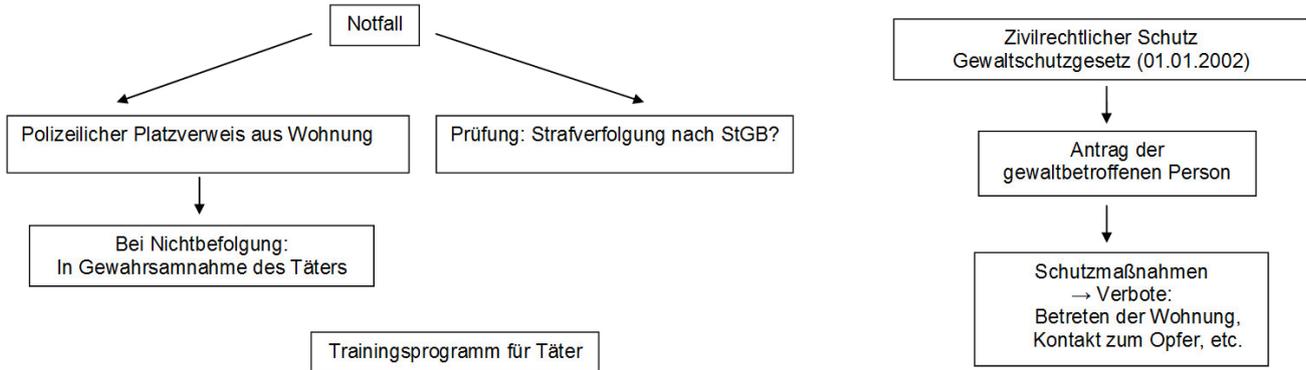


Nach Brandenburger Leitfaden, 2007, 57, Abb.10.

PURFAM
Potenziale und Risiken in der
familialen Pflege



**Familiale Gewalt bei Erwachsenen
Rechtliche Handlungsoptionen**



Quelle: Schweikert, B. & Schirmacher, G. (o.Jg.). *Der Schutz vor Gewalt in der Familie*. S. 7ff.

Prof. Dr. Susanne Zank, Universität Siegen, Fachbereich 2, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Adolf-Reichwein-Str. 2, D-57068 Siegen
Kontakt: Dr. H. Elisabeth Philipp-Metzen und Constanze Steinhuisen /// Tel.: 0271 / 740 – 3455 / - 3456
philipp-metzen@psychologie.uni-siegen.de /// constanze.steinhuisen@uni-siegen.de

Quelle: Schweikert, B. & Schirmacher, G. (o.Jg.). *Der Schutz vor Gewalt in der Familie*. S. 7ff

3 PURFAM-Assessment zur Früherkennung

Zusatzanamnese für die Erfassung von problematischen Pflegesituationen zur Qualitätssicherung in der Pflege

Rahmenbedingungen der Pflegesituation		
Name des Pflegebedürftigen: Alter: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Pflegestufe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3		
Name des pflegenden Angehörigen: Alter: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
In welchem Verhältnis steht der pflegende Angehörige zum Pflegebedürftigen? <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Schwiegertochter <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:		
Anmerkungen:		
Lebt der pflegende Angehörige mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam in einem Haushalt?	Ja	Nein
Ist eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert?	Ja	Nein
Wenn keine demenzielle Erkrankung diagnostiziert ist, besteht Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung?	Ja	Nein
Besteht ein gesetzliches Betreuungsverhältnis?	Ja	Nein
Besteht eine Bevollmächtigung?	Ja	Nein
Seit wann muss sich der pflegende Angehörige verstärkt um den Pflegebedürftigen kümmern?		
Seit		Monaten

Kontakt

Universität zu Köln Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie Prof. Dr. Susanne Zank	Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin Soziale Gerontologie Prof. Dr. Claudia Schacke
Ansprechpartner: Dr. H. Elisabeth Philipp-Metzen : 0221 / 470-3343 elisabeth.philipp-metzen@uni-koeln.de Constanze Steinhusen : 0221 / 470-7842 constanze.steinhusen@uni-koeln.de	Ansprechpartner: Dr. Marion Bonillo : 030 / 501010-938 marion.bonillo@khsb-berlin.de Susanna Saxl : 030 / 501010-939 susanna.saxl@khsb-berlin.de



Kurzinformation

Zusatzanamnese zur Erfassung von problematischen Pflegesituationen zur Qualitätssicherung in der Pflege

Inhalt:

Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D-PV / PURFAM)

Mit dem Fragebogen BIZA-D-PV / PURFAM kann die Belastung von pflegenden Angehörigen ermittelt werden. BIZA-D-PV / PURFAM kann von Angehörigen allein oder zusammen mit dem Mitarbeiter des Pflegedienstes ausgefüllt werden. Empfohlen wird das Ausfüllen zu Beginn der professionellen Pflege. Die Ergebnisse von BIZA-D-PV / PURFAM geben Hinweise auf mögliche Ursachen und Interventionsmöglichkeiten bei problematischen Pflegesituationen.

PURFAM Checkliste: Pflegekraft

Auf der PURFAM Checkliste: Pflegekraft sind konkrete Anzeichen für problematische Pflegesituationen aufgelistet und es werden die verschiedenen Bereiche kritischer Situationen jeweils konkret beschrieben. Zutreffendes kann von der zuständigen Pflegekraft jeweils angekreuzt werden. Die PURFAM Checkliste: Pflegekraft enthält keine Gesamtbeurteilung über die Situation und dient lediglich als Grundlage zur Fallbesprechung im Team. Es wird empfohlen die PURFAM Checkliste: Pflegekraft routinemäßig 2-3 Wochen, nachdem mit der professionellen Pflege begonnen wurde, auszufüllen.

PURFAM Checkliste: Team

Die PURFAM Checkliste: Team dient dazu, die einzelnen Bereiche problematischer Anzeichen bzw. problematischen Verhaltens, die in der PURFAM Checkliste: Pflegekraft dokumentiert werden können, zusammenfassend zu beurteilen und zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen zu gelangen.

D.h., in der Teambesprechung wird zu jedem Fall kurz die PURFAM Checkliste: Pflegekraft geprüft, die PURFAM Checkliste: Team wird aber nur dann eingesetzt, wenn die Pflegekraft eine oder mehrere Auffälligkeiten dokumentiert hat. Die einzelnen Punkte auf der PURFAM Checkliste: Team beruhen dabei jeweils auf den Entscheidungen des gesamten Teams.

Einrichtung

Name des Mitarbeiters

Name des Angehörigen

____ / ____ / ____
Datum

Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D-PV / PURFAM)

Mit dem Fragebogen BIZA-D-PV / PURFAM kann die Belastung des pflegenden Angehörigen ermittelt werden. BIZA-D-PV / PURFAM kann von Angehörigen allein oder zusammen mit dem Mitarbeiter des Pflegedienstes ausgefüllt werden.

Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz – Praxisversion PURFAM (BIZA-D-PV / PURFAM) für die Beratung pflegender Angehöriger besteht aus folgenden Subskalen:

A Persönliche Einschränkungen

B Mangelnde Soziale Unterstützung

C Akzeptieren der Situation

D Belastung durch kognitive Einbußen

E Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit

Die Subskalen A, B und C können in jeder Pflegesituation ausgefüllt werden.

Die Skalen D und E beziehen sich auf Symptome demenzieller Erkrankungen beim Pflegebedürftigen und sind daher nur für Pflegesituationen geeignet, in denen beim Pflegebedürftigen eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert ist oder in denen Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung besteht.

A Persönliche Einschränkungen

Im Folgenden sind Gedanken und Gefühle aufgeführt, die Pflegende in Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst solche Gedanken oder Gefühle haben. Die Skala, auf der Sie Ihre Belastung einschätzen können, reicht von 0 = „nie“ bis 4 = „immer“.

Haben Sie das Gefühl, ...

1. dass Sie zu wenig Rückzugsmöglichkeiten haben?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
2. dass Sie zu wenig Zeit für Hobbies / Interessen haben?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
3. dass Sie sich zu wenig um Ihre Gesundheit kümmern können?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
4. dass Sie zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen haben?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
5. dass Sie zu wenige Dinge für sich selbst erledigen können?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
A Summe Persönliche Einschränkungen:				_____

B Mangelnde soziale Unterstützung

Haben Sie das Gefühl, ...

1. dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
2. dass andere Menschen zu wenig Verständnis für Ihre Situation aufbringen?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
3. dass Sie zu wenig Anerkennung von anderen erfahren?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
4. dass Sie mit Behörden und Institutionen zu kämpfen haben?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
5. dass es Ihnen schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
6. dass Sie in Ihren Bemühungen um professionelle Unterstützung und Hilfe allein gelassen werden?				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
B Summe Mangelnde soziale Unterstützung:				_____

C Akzeptieren der Situation

Im Folgenden sind Sichtweisen aufgeführt, die Angehörigen vielleicht helfen, mit der Pflegesituation zurechtzukommen. Wir möchten Ihre Sicht der Situation erfahren.

Wenn Sie an die Pflegesituation denken, ...

1. bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben.				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
2. akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann.				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
3. bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, dass es so gekommen ist.				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
4. können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren.				
<i>nie</i> (0)-----	<i>selten</i> -----(1)-----	<i>manchmal</i> -----(2)-----	<i>oft</i> -----(3)-----	<i>immer</i> -----(4)
C Summe Akzeptanz				_____

D Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen

Jetzt möchte ich erfahren, ob bestimmte, durch die Demenz bedingte Denk- und Verhaltensstörungen, zurzeit bei Ihrem Angehörigen auftreten, und wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Die Skala, auf der Sie Ihre Belastungsstärke einschätzen können, reicht von 0 = „gar nicht belastet“ bis 4 = „stark belastet“.

Legen Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen die letzten beiden Wochen zugrunde.

D Der / die Angehörige ...

1. wiederholt sich oft (z.B. stellt dieselben Fragen, erzählt dieselben Dinge).
() Nein → weiter bei 2
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
2. ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.
() Nein → weiter bei 3
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
3. begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.
() Nein → weiter bei 4
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
4. kann sich nichts merken.
() Nein
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
D Summe Belastung durch kognitive Einbußen: _____

E Der / die Angehörige ...

1. tut Dinge, die Ihnen verrückt erscheinen.
() Nein → weiter bei 2
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
2. ist unruhig.
() Nein → weiter bei 3
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
3. beschimpft Sie.
() Nein → weiter bei 4
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
4. widersetzt sich bei bestimmten Pflegeaufgaben.
() Nein → weiter bei 5
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
5. zeigt Verhaltensweisen, die ihn / sie selbst gefährden.
() Nein
() Falls ja: Wie sehr belastet Sie das?
<i>gar nicht</i> <i>ein wenig</i> <i>mäßig</i> <i>deutlich</i> <i>stark</i>
(0)------(1)------(2)------(3)------(4)
E Summe Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit: _____

Einverständniserklärung

(Name des Pflegedienstes)

arbeitet kontinuierlich an der Sicherung und Verbesserung der Qualität seiner Angebote. Zu guter Pflege gehört auch die Unterstützung der Angehörigen und anderer an der Pflege beteiligten Personen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegedienst im Rahmen der bedarfsgerechten Beratung und Unterstützung notwendige Daten erhebt und für die Beratungsarbeit ausschließlich innerhalb des Pflegedienstes nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift des pflegenden Angehörigen

BIZA-D-PV / PURFAM: Auswertungsblatt für den Pflegedienst

Teil 1: Hinweise zur Auswertung

Die rechnerische Auswertung

Die rechnerische Zuordnung zu den Risikogruppen erfolgt nach dem Gespräch und keinesfalls im Beisein des Angehörigen.

Risikoeinschätzung

Jeder Antwort sind Zahlenwerte (Kodierungen) zugeordnet, die sich in einer Summe zusammenfassen lassen.

1. Summieren Sie die ermittelten angekreuzten Werte auf und tragen Sie diese in das unten auf der Seite vorgesehene Feld ein. Sind bei den Verhaltensänderungen die Filterfragen mit „nein“ beantwortet worden, ist der Wert der nachfolgenden Antwort mit 0 zu kodieren.
2. Entnehmen Sie die Zuordnung zur Risikogruppe dem nachfolgenden Auswertungsblatt und tragen Sie dies dort ein.

BIZA-D-PV / PURFAM: Auswertungsblatt für den Pflegedienst

Teil 2: Auswertung für Frau / Herr _____

	Summe	Risikostatus
A Persönliche Einschränkungen	— —	<i>Risikostatus Depressivität</i> <input type="checkbox"/> gering (0 bis 6) <input type="checkbox"/> mäßig (7 bis 12) <input type="checkbox"/> hoch (13 bis 18) <input type="checkbox"/> extrem (über 18)
B Mangelnde Soziale Unterstützung	— —	<i>Belastungsgrad</i> <input type="checkbox"/> gering (0 bis 3) <input type="checkbox"/> mäßig (4 bis 9) <input type="checkbox"/> hoch (10 bis 16) <input type="checkbox"/> extrem (über 16)
C Akzeptieren der Situation	— —	<i>Belastungsgrad</i> <input type="checkbox"/> gering (mehr als 14) <input type="checkbox"/> mäßig (12 bis 14) <input type="checkbox"/> hoch (8 bis 11) <input type="checkbox"/> extrem (0 bis 7)
Abschnitt D und E bitte nur ausfüllen, falls eine Demenz diagnostiziert ist oder Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung besteht.		
D Belastung durch kognitive Einbußen	— —	<i>Risikostatus Heim</i> <input type="checkbox"/> gering (0 bis 2) <input type="checkbox"/> mäßig (3 bis 5) <input type="checkbox"/> hoch (6 bis 14) <input type="checkbox"/> extrem (über 14)
E Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit	— —	<i>Risikostatus Gewalt</i> <input type="checkbox"/> gering (0 bis 2) <input type="checkbox"/> mäßig (3 bis 8) <input type="checkbox"/> hoch (9 bis 14) <input type="checkbox"/> extrem (über 14)

PURFAM Checkliste: Pflegekraft

Name des/der Pflegebedürftigen:	Datum:
Bitte kreuzen Sie an, welche körperlichen Anzeichen Sie bei der/dem Pflegebedürftigen beobachtet haben.	
<input type="checkbox"/> Hämatome (blaue Flecken) unterschiedlichen Alters	
<input type="checkbox"/> Brandwunden	
<input type="checkbox"/> Knochenbrüche	
<input type="checkbox"/> Verlust von Körperhaaren durch Ausreißen	
<input type="checkbox"/> Blutungen ohne krankheitsbedingte Ursachen	
<input type="checkbox"/> Rötungen, Schwellungen oder Schürfungen	
<input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)	
<input type="checkbox"/> Dehydratation (Flüssigkeitsmangel)	
<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten im Ernährungsstatus	
<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in der Medikation	
<input type="checkbox"/> Kontrakturen (Versteifungen) ohne krankheitsbedingte Ursache	
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:	
Im folgenden Abschnitt können Sie auffälliges Verhalten in der Pflegesituation dokumentieren. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte jeweils an.	
Anzeichen im Verhalten der/des Pflegebedürftigen:	
Die/Der Pflegebedürftige...	
<input type="checkbox"/> wirkt verstört	<input type="checkbox"/> wirkt in der Pflege ängstlich
<input type="checkbox"/> nimmt keinen Blickkontakt auf	<input type="checkbox"/> wirkt aggressiv
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:	
Anzeichen im Verhalten der/des Angehörigen:	
Die/Der Angehörige...	
<input type="checkbox"/> lässt die/den MitarbeiterIn mit der/dem Pflegebedürftigen nicht alleine	
<input type="checkbox"/> lässt die/den MitarbeiterIn nicht in die Wohnung	
<input type="checkbox"/> lässt kein Gespräch mit der/dem Pflegebedürftigen zu	
<input type="checkbox"/> ist im Gespräch mit dem Pflegedienst ausweichend	
<input type="checkbox"/> wirkt stark überlastet	
<input type="checkbox"/> wirkt aggressiv	
<input type="checkbox"/> zeigt unzureichende pflegerische Kenntnisse	
<input type="checkbox"/> zeigt unrealistische Erwartungen an die/den PflegebedürftigeN	
<input type="checkbox"/> zeigt eine unrealistische Einschätzung des Krankheitsbildes	
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:	
Anzeichen im Umgang zwischen Pflegebedürftiger/m und Angehöriger/m:	
<input type="checkbox"/> Der Umgang wirkt problematisch, weil:	

Im folgenden Abschnitt können Sie dokumentieren, ob Sie in den folgenden Bereichen bereits Zeuge problematischer Situationen geworden sind. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte jeweils an.

Seelischer Bereich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beleidigen/Verspotten | <input type="checkbox"/> Beschuldigen |
| <input type="checkbox"/> Absichtlich ignorieren | <input type="checkbox"/> Drohen |
| <input type="checkbox"/> Verweigern von Sozialkontakten | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Vernachlässigung :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nahrung | <input type="checkbox"/> Kleidung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Hygiene | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> Ärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Körperlicher Bereich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlagen | <input type="checkbox"/> Schubsen/Stoßen |
| <input type="checkbox"/> Schütteln | <input type="checkbox"/> Kneifen |
| <input type="checkbox"/> Hart anfassen | <input type="checkbox"/> Unangemessenes Anreichen von Nahrung
(z.B. zu schnell, Nahrung zu heiß) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: | |

Unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fixierung | <input type="checkbox"/> Fixierung durch Medikation |
| <input type="checkbox"/> Fixierung durch Hilfsmittelverweigerung | <input type="checkbox"/> Errichten von Barrieren |
| <input type="checkbox"/> Einsperren | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: |

Finanzieller Bereich:

- Entwenden von Geld/Eigentum
- Banktransfers ohne freiwillige Zustimmung
- Erzwungene Unterschrift zur Regelung finanzieller Angelegenheiten
- Beschädigung/Vermietung/Verkauf von Eigentum ohne freiwillige Zustimmung
- Sonstiges, nämlich:

Sexueller Bereich:

- Erzwungener Geschlechtsverkehr
- Erzwungene sonstige sexuelle Handlung
- Sexuelle Belästigung
- Sonstiges, nämlich:

Bitte notieren Sie hier, was Ihnen sonst noch zur Beschreibung der Situation wichtig ist.

Im folgenden Abschnitt können Sie weitere Umstände dokumentieren, die Ihnen in der Pflegesituation als wichtig erscheinen.

Sind Ihnen **problematische Situationen berichtet** worden? Von wem und welche?

Sonstige Anmerkungen:

PURFAM Checkliste: Team

Name der/des Pflegebedürftigen:	Datum:
<p>Geben Sie bitte zunächst an, aus welchen Quellen Sie Informationen zur Einschätzung der Situation haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Der Pflegedienst hat während der Arbeit problematische Pflegesituationen beobachtet. <input type="checkbox"/> Die/Der Pflegebedürftige hat von problematischen Pflegesituationen berichtet. <input type="checkbox"/> Die/Der pflegende Angehörige hat von problematischen Pflegesituationen berichtet. <input type="checkbox"/> Eine weitere Person hat von problematischen Pflegesituationen berichtet, nämlich wer: 	
<p>In den folgenden Abschnitten werden Sie als Team um eine Gesamteinschätzung der Situation gebeten. Geben Sie bitte jeweils an, ob Sie die Situation insgesamt in den jeweiligen Bereichen als problematisch empfinden.</p>	

Teameinschätzung: Anzeichen für Probleme in der Pflegesituation		
Die körperlichen Anzeichen der/des Pflegebedürftigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Verhalten der/des Pflegebedürftigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Verhalten der/des Angehörigen sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein
Die Anzeichen im Umgang sind insgesamt problematisch.	Ja	Nein

Teameinschätzung: Beobachtete oder berichtete problematische Pflegesituationen		
Insgesamt ist von problematischem Verhalten im seelischen Bereich auszugehen.	Ja	Nein
Insgesamt ist von Vernachlässigung auszugehen.	Ja	Nein
Insgesamt ist von problematischem Verhalten im körperlichen Bereich auszugehen.	Ja	Nein
Insgesamt ist von unangemessenen freiheitsentziehenden Maßnahmen auszugehen.	Ja	Nein
Insgesamt ist von problematischem Verhalten im finanziellen Bereich auszugehen.	Ja	Nein
Insgesamt ist von problematischem Verhalten im sexuellen Bereich auszugehen.	Ja	Nein
<p>Von wem geht das problematische Verhalten aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Von der/dem pflegenden Angehörigen <input type="checkbox"/> Von der/dem Pflegebedürftigen <input type="checkbox"/> Von beiden <p>Anmerkungen:</p>		

Sind Ihnen besondere **Ressourcen** in der Pflegesituation bekannt? Wenn ja, welche?

Einschätzung des Handlungsbedarfs

Bitte schätzen Sie insgesamt ein, ob und wie bald die Situation verändert werden muss.

- Es besteht sofortiger Handlungsbedarf.
- Es besteht Handlungsbedarf im Verlauf der nächsten 1-2 Wochen.
- Der Handlungsbedarf ist unklar, Verlaufsbeobachtung.
- Es besteht kein Handlungsbedarf.

Weiteres Vorgehen

Bitte notieren Sie hier, welches weitere Vorgehen geplant ist.

Bitte notieren Sie hier, zu welchem Zeitpunkt die Maßnahmen überprüft werden.

Bedarfsgerechte Hilfen

(Name des Pflegedienstes)

arbeitet kontinuierlich an der Sicherung und Verbesserung der Qualität seiner Angebote. Zu guter Pflege gehört auch die Unterstützung der Angehörigen und anderer an der Pflege beteiligten Personen.

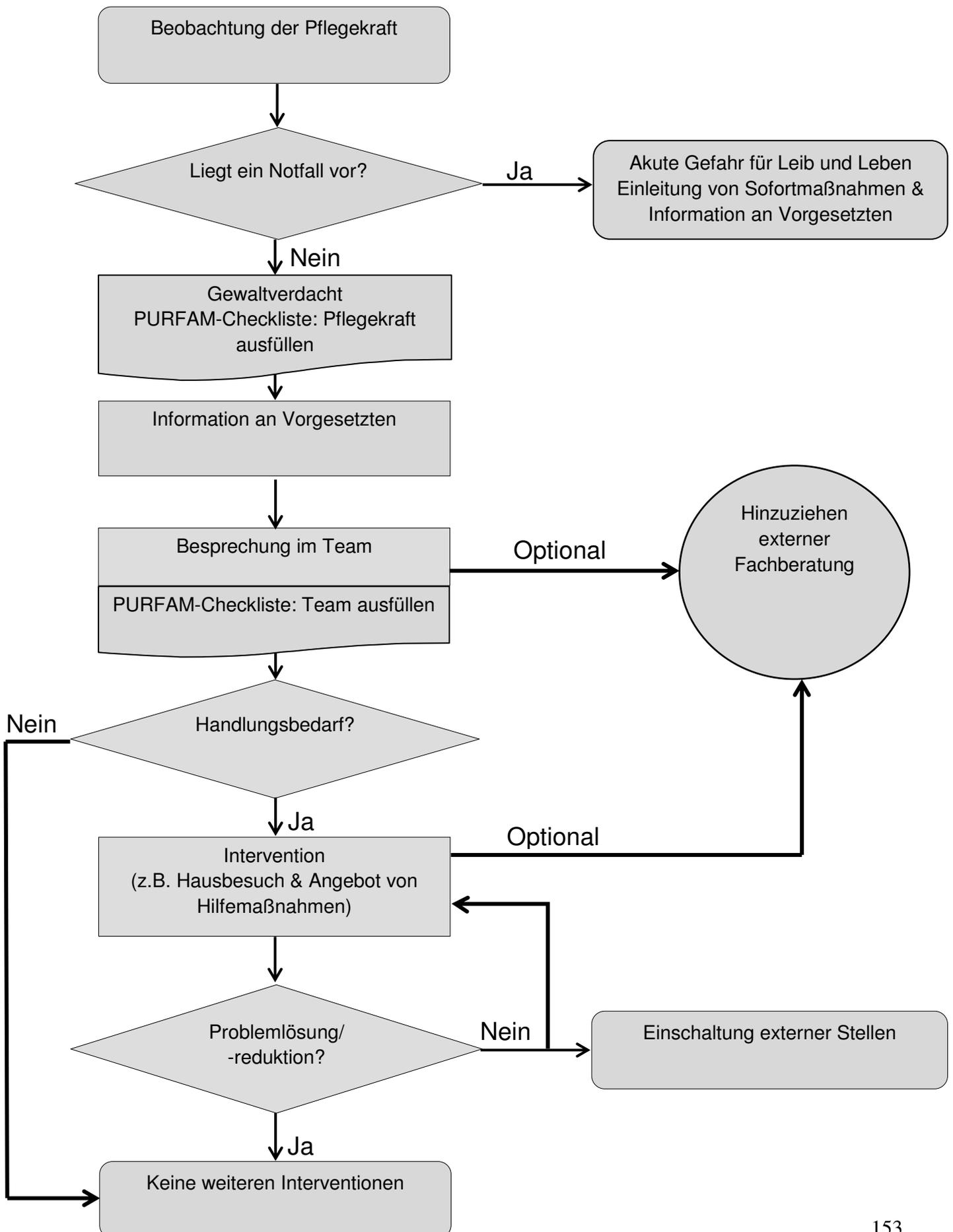
Ich bin damit einverstanden, dass die zur bedarfsgerechten Beratung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen notwendigen Daten erhoben und für die Beratungsarbeit ausschließlich innerhalb des Pflegedienstes genutzt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des pflegebedürftigen Menschen

4 PURFAM Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht

PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht



5 Unterlagen zur Evaluation

Evaluation der Fortbildung

„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen - vorbeugen - handeln“

Datum _____

Angaben zur Person

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

weiblich männlich

Alter: _____ Jahre

In welcher Position arbeiten Sie? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie? _____

Wie lange arbeiten Sie in Ihrem Beruf? _____

Haben Sie in Ihrem Arbeitsbereich eine Zusatzqualifikation (z. B. Praxisanleitung, Validation, Wundmanagement o. ä.)? Wenn ja, welche? _____

Anzahl der MitarbeiterInnen Ihres Pflegedienstes: _____

Sie arbeiten bei

- Einem Pflegedienst eines Wohlfahrtsverbandes (z. B. AWO, Caritas etc.)
- Einem kommunalen Pflegedienst (z. B. der Stadt Bonn, der Stadt Köln etc.)
- Einem privaten Pflegedienst

In welcher Region liegt Ihr Pflegedienst? _____

- 1. Zur Evaluation unserer Fortbildung möchten wir gerne erfahren, wie Sie das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“¹ in Ihrem Arbeitsalltag einschätzen. Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils an, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.**

Das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ ist ein wichtiges Thema in meinem Pflegedienst.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

¹ Unter „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ verstehen wir Handlungen physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt sowie finanzielle Ausbeutung und Vernachlässigung von pflegenden Angehörigen an Ihren Pflegebedürftigen.

Das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ kommt in meinem konkreten Arbeitsalltag häufig vor.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Ich habe das Gefühl „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ richtig einschätzen zu können.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Wenn ich „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ vermute, weiß ich, wie ich vorgehen kann.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Ich habe das Gefühl, bei konkreter „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ angemessen handeln zu können.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Ich habe das Gefühl, „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ hinsichtlich rechtlicher Zusammenhänge beurteilen zu können.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

2. Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Ihnen in den letzten 4 Monaten in Ihrem Arbeitsalltag „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ aufgefallen ist.

Nein (weiter mit Frage 3)

Ja, in ____ Fällen

2a) Wenn möglich kreuzen Sie bitte an, welche Formen von Gewalt Ihnen aufgefallen sind (Mehrfachnennungen möglich).

Physische Gewalt

Psychische Gewalt

Vernachlässigung

Finanzielle Ausbeutung

Sexualisierte Gewalt

2b) Wie häufig haben Sie im Fall von „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ folgende Strategien angewendet?

Ich habe den Fall weiter beobachtet

immer

meistens

nur in Ausnahmefällen

nie

Ich habe den Fall dokumentiert

- immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

Ich habe den Fall im Team besprochen

- immer meistens nur in Ausnahmefällen Nie

Sonstiges, nämlich _____

- immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

2c) Bitte denken Sie an den letzten Fall von „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ zurück, der Ihnen aufgefallen ist. Wenn möglich, kreuzen Sie bitte an, welche Formen von Gewalt Ihnen aufgefallen sind (Mehrfachnennungen möglich).

- Physische Gewalt
 Psychische Gewalt
 Vernachlässigung
 Finanzielle Ausbeutung
 Sexualisierte Gewalt

2d) Wie sind Sie in diesem konkreten Fall weiter vorgegangen (Mehrfachnennungen möglich)?

- Ich habe den Fall weiter beobachtet
 Ich habe den Fall dokumentiert
 Ich habe den Fall im Team besprochen
 Sonstiges, nämlich _____

3. Gibt es in Ihrem Pflegedienst einen Standard zum Umgang mit Verdacht auf „Gewalt in familiären Pflegesituationen“?

- Nein
 Ja

Evaluation der Fortbildung

„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen - vorbeugen - handeln“

Datum _____

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

Abschließend möchten wir erfahren, wie Sie den Fortbildungstag erlebt haben. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie zufrieden Sie mit den einzelnen Komponenten der Fortbildung sind.

Inhaltliche Konzeption

Der Aufbau und Ablauf des Fortbildungstages war für mich logisch und nachvollziehbar.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Fragen und Probleme der Teilnehmer, die in der eigenen Arbeit entstehen können, wurden berücksichtigt.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Das Arbeiten an einem konkreten Fall war hilfreich für mich.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Der Theorieanteil des Fortbildungstages war

zu hoch angemessen zu niedrig

Der Praxisanteil des Fortbildungstages war

zu hoch angemessen zu niedrig

Informationsgehalt

Im Bereich ‚Basiswissen Gewalt in der Pflege‘ fühle ich mich nach dem Fortbildungstag gut informiert.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Im Bereich ‚Früherkennung und Dokumentation‘ fühle ich mich nach dem Fortbildungstag gut informiert.

stimme gar nicht zu (1) stimme eher nicht zu (2) stimme eher zu (3) stimme völlig zu (4)

Im Bereich ‚Rechtliche Aspekte‘ fühle ich mich nach dem Fortbildungstag gut informiert.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Im Bereich ‚Intervention‘ fühle ich mich nach dem Fortbildungstag gut informiert.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Praxisbezug

Ich habe das Gefühl, dass ich die Fortbildungsinhalte in meinem Arbeitsalltag anwenden werde.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich halte es für realistisch, dass ich das PURFAM-Assessment (BIZA-D-PV/PURFAM, PURFAM Checkliste: Pflegekraft, PURFAM Checkliste: Team) im Arbeitsalltag einsetze.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich traue mir zu, das erworbene Wissen an KollegInnen weiterzugeben.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Didaktische Präsentation

Die Art der Präsentation (Power Point Präsentation, Flip-Charts) war unterstützend.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Das Tempo des Fortbildungstages war angemessen.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich fühle mich durch den Fortbildungstag insgesamt gut informiert.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Was war für Sie im Laufe des Fortbildungstages besonders wichtig?

Was hat Sie gestört oder Ihnen gefehlt? Veränderungsvorschläge für zukünftige Fortbildungen?

Außerdem möchten wir Sie nochmals bitten, das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ in Ihrem Arbeitsalltag einzuschätzen. Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils an, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

Ich habe das Gefühl „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ richtig einschätzen zu können.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Wenn ich „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ vermute, weiß ich, wie ich vorgehen kann.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Ich habe das Gefühl, bei konkreter „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ angemessen handeln zu können.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Ich habe das Gefühl „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ hinsichtlich rechtlicher Zusammenhänge beurteilen zu können.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Evaluation der Fortbildung
„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen - vorbeugen - handeln“

Datum _____

Angaben zur Person

Um Ihrer Angaben anonym zu behandeln möchten wir Sie bitten, statt Ihres Namens eine Verschlüsselung anzugeben. Bitte stellen Sie diese Verschlüsselung zusammen aus

- den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters
- dem Geburtsdatum Ihrer Mutter (TTMMJJ)
(z. B. AL150856)

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

weiblich männlich

Alter: _____ Jahre

In welcher Position arbeiten Sie? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie? _____

Wie lange arbeiten Sie in Ihrem Beruf? _____

Haben Sie in Ihrem Arbeitsbereich eine Zusatzqualifikation (z. B. Praxisanleitung, Validation, Wundmanagement o. ä.)? Wenn ja, welche? _____

Anzahl der MitarbeiterInnen Ihres Pflegedienstes: _____

Sie arbeiten bei

- Einem Pflegedienst eines Wohlfahrtsverbandes (z. B. AWO, Caritas etc.)
- Einem kommunalen Pflegedienst (z. B. der Stadt Bonn, der Stadt Köln etc.)
- Einem privaten Pflegedienst

In welcher Region liegt Ihr Pflegedienst? _____

Um das von uns entwickelte PURFAM-Assessment zu verbessern, möchten wir gerne Ihre Einschätzung zu dessen Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag erfahren.

Ich habe am PURFAM-Fortbildungstag teilgenommen.

- Nein
- Ja

Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils an, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

PURFAM Checkliste: Pflegekraft

Die Checkliste: Pflegekraft ist insgesamt gut verständlich.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Pflegekraft war zur Beschreibung problematischer Pflegesituationen hilfreich.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die in der Checkliste: Pflegekraft aufgeführten Aspekte sind relevant für meinen Arbeitsalltag

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Unter den einzelnen Aspekten der Checkliste: Pflegekraft konnte ich mir konkret etwas vorstellen.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Pflegekraft ist zu umfangreich.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

PURFAM Checkliste: Team

Die Checkliste: Team ist insgesamt gut verständlich.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Team hat dabei geholfen, das Teamgespräch zu strukturieren.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Team war hilfreich bei der Beurteilung von Gewalt in familiären Pflegesituationen.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Team war hilfreich, um zu entscheiden, ob ein Handlungsbedarf vorliegt.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Team war hilfreich, um geeignete Interventionen festzulegen.

stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme völlig zu (4)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-------------------------

Die Checkliste: Team ist zu umfangreich.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

PURFAM-Assessment insgesamt

Gab es Bereiche des Assessments, die Ihnen in der Anwendung Probleme bereitet haben? Wenn ja, welche Bereiche waren es?

Hat Ihnen im Assessment etwas gefehlt? Wenn ja, was?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Evaluation der Fortbildung
„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen - vorbeugen - handeln“

Datum _____

Angaben zur Person

Um Ihre Angaben anonym zu behandeln, möchten wir Sie bitten, statt Ihres Namens eine Verschlüsselung anzugeben. Bitte stellen Sie diese Verschlüsselung zusammen aus

- den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters
- dem Geburtsdatum Ihrer Mutter (TTMMJJ)
(z. B. AL150856)

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

weiblich

männlich

Alter: _____ Jahre

In welcher Position arbeiten Sie? _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie? _____

Wie lange arbeiten Sie in Ihrem Beruf? _____

Haben Sie in Ihrem Arbeitsbereich eine Zusatzqualifikation (z. B. Praxisanleitung, Validation, Wundmanagement o. ä.)? Wenn ja, welche?

Anzahl der MitarbeiterInnen Ihres Pflegedienstes: _____

Sie arbeiten bei

- Einem Pflegedienst eines Wohlfahrtsverbandes (z. B. AWO, Caritas etc.)
- Einem kommunalen Pflegedienst (z. B. der Stadt Bonn, der Stadt Köln etc.)
- Einem privaten Pflegedienst

In welcher Region liegt Ihr Pflegedienst? _____

1. Ich habe am PURFAM-Fortbildungstag teilgenommen.

- Nein
- Ja

2. Ich habe an der von PURFAM angebotenen Fallkonferenz teilgenommen.

- Nein
- Ja

3. Wurde der von PURFAM vorgeschlagene Handlungsablauf für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht (z.B. bei Handlungsbedarf Hausbesuch und Angebot von Hilfsmaßnahmen) in Ihrem Pflegedienst eingeführt?

- Ja
- Ja, aber in angepasster Form
- Nein, weil _____
-
-

4. Um das von uns entwickelte PURFAM-Assessment zu verbessern, möchten wir gerne Ihre Einschätzung zu dessen Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag erfahren. Bitte geben Sie im Folgenden an, welche Teile des PURFAM-Assessments in den vergangenen 4 Monaten wie häufig in Ihrem Pflegedienst eingesetzt wurden.

„BIZA-D-PV/PURFAM“ (bei demenzieller Erkrankung des/der Pflegebedürftigen)

- Regelmäßig
- Immer** im Verdachtsfall
- Ausnahmsweise** im Verdachtsfall
- Nie, weil
- Kein Anwendungsbedarf vorhanden war
 - Aus Zeitmangel
 - Es zu umfangreich ist
 - Es unverständlich ist
 - Es nicht praxistauglich ist
 - Sonstiges, nämlich _____

„PURFAM Checkliste: Pflegekraft“

- Regelhaft
- Immer** im Verdachtsfall
- Ausnahmsweise** im Verdachtsfall
- Nie, weil
 - Kein Anwendungsbedarf vorhanden war
 - Aus Zeitmangel
 - Es zu umfangreich ist
 - Es unverständlich ist
 - Es nicht praxistauglich ist
 - Sonstiges, nämlich _____

„PURFAM Checkliste: Team“

- Regelhaft
- Immer** im Verdachtsfall
- Ausnahmsweise** im Verdachtsfall
- Nie, weil
 - Kein Anwendungsbedarf vorhanden war
 - Aus Zeitmangel
 - Es zu umfangreich ist
 - Es unverständlich ist
 - Es nicht praxistauglich ist
 - Sonstiges, nämlich _____

5. Außerdem möchten wir gerne erfahren, wie Sie das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“¹ in Ihrem Arbeitsalltag einschätzen. Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils an, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

Das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ ist ein wichtiges Thema in meinem Pflegedienst.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Das Thema „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ kommt in meinem konkreten Arbeitsalltag häufig vor.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich habe das Gefühl, „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ richtig einschätzen zu können.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Wenn ich „Gewalt in einer familiären Pflegesituation“ vermute, weiß ich, wie ich vorgehen kann.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich habe das Gefühl, bei konkreter „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ angemessen handeln zu können.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

Ich habe das Gefühl, „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ hinsichtlich rechtlicher Zusammenhänge beurteilen zu können.

stimme gar nicht zu
(1)

stimme eher nicht zu
(2)

stimme eher zu
(3)

stimme völlig zu
(4)

¹ Unter „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ verstehen wir Handlungen physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt sowie finanzielle Ausbeutung und Vernachlässigung von pflegenden Angehörigen an Ihren Pflegebedürftigen.

6. Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Ihnen in den letzten 4 Monaten in Ihrem Arbeitsalltag „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ aufgefallen ist.

Nein

Ja, in _____ Fällen

6a) Wenn möglich, kreuzen Sie bitte an, welche Formen von Gewalt Ihnen aufgefallen sind (Mehrfachnennungen möglich).

Physische Gewalt

Psychische Gewalt

Vernachlässigung

Finanzielle Ausbeutung

Sexualisierte Gewalt

6b) Wie häufig haben Sie im Fall von „Gewalt in familiären Pflegesituationen“ folgende Strategien angewendet?

Ich habe den Fall weiter beobachtet

immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

Ich habe den Fall dokumentiert

immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

Ich habe den Fall im Team besprochen

immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

Sonstiges, nämlich _____

immer meistens nur in Ausnahmefällen nie

6c) Bitte denken Sie an den letzten Fall von „Gewalt in einer familiären Pflegesituation“ zurück, der Ihnen aufgefallen ist. Wenn möglich, kreuzen Sie bitte an, welche Formen von Gewalt Ihnen aufgefallen sind (Mehrfachnennungen möglich).

Physische Gewalt

Psychische Gewalt

Vernachlässigung

Finanzielle Ausbeutung

Sexualisierte Gewalt

6d) Wie sind Sie in diesem konkreten Fall weiter vorgegangen (Mehrfachnennungen möglich)?

- Ich habe den Fall weiter beobachtet
- Ich habe den Fall dokumentiert
- Ich habe den Fall im Team besprochen
- Sonstiges, nämlich _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fortbildung
„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen – vorbeugen – handeln“

— WISSENSQUIZ —

Datum _____

Im Rahmen der Fortbildung „Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen – vorbeugen – handeln“ möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten, indem Sie entweder R (=richtig) oder F (=falsch) ankreuzen.

Um Ihre Angaben anonym zu behandeln, möchten wir Sie bitten, statt Ihres Namens eine Verschlüsselung anzugeben. Bitte stellen Sie diese Verschlüsselung zusammen aus

- den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters
- dem Geburtsdatum Ihrer Mutter (TTMMJJ)
(z. B. AL150856)

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Vernachlässigung ist eine Form von Gewalt.	R	F
2.	Wenn pflegende Angehörige das Geld der Pflegebedürftigen verwalten, ist das ein eindeutiges Anzeichen für finanzielle Ausbeutung.	R	F
3.	Wenn die Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und Pflegebedürftigem schon vor der Pflegesituation problematisch war, ist das Risiko für Gewalt in der familiären Pflege erhöht.	R	F
4.	Angehörige machen sich in jedem Fall strafbar, wenn sie die Pflegebedürftigen hart anfassen.	R	F
5.	Wenn der Pflegebedürftige verängstigt wirkt, muss man davon ausgehen, dass er misshandelt wird.	R	F
6.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen sind in jedem Fall als Misshandlung anzusehen.	R	F
7.	Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind wesentlich zur Prävention von Gewalt in der familiären Pflege.	R	F
8.	Wenn pflegende Angehörigen sozial isoliert sind, ist das Risiko aggressiven Verhaltens in der Pflege erhöht.	R	F
9.	Das Verweigern oder Vorenthalten von sozialen Kontakten ist eine Form von Gewalt.	R	F

10.	Ohne Einverständnis des Pflegebedürftigen darf ich Informationen über die Pflegesituation nicht an Dritte (z. B. Angehörige, Pflegestützpunkte) weiter geben.	R	F
11.	Aufgrund ihres Gesundheitszustandes gelten für Pflegebedürftige die Grundrechte nur eingeschränkt.	R	F
12.	Psychische Misshandlung ist die häufigste Form der Gewalt in der häuslichen Pflege.	R	F
13.	Anzeichen für Gewalt können sich im Verhalten des Pflegebedürftigen, des pflegenden Angehörigen und in deren Umgang miteinander zeigen.	R	F
14.	Risikofaktoren sind keine konkreten Hinweise für das Vorliegen von Gewalt.	R	F
15.	Wenn Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in einem Haushalt leben, ist das Risiko für Gewalt in der familiären Pflege erhöht.	R	F
16.	Lässt ein pflegender Angehöriger den Pflegebedürftigen nicht mit der Pflegekraft allein, kann dies ein Anzeichen für Gewalt in der familiären Pflegesituation sein.	R	F
17.	Als ‚Gewalt‘ wird ausschließlich aktives Handeln bezeichnet.	R	F
18.	Als Pflegekraft darf ich Informationen über die Pflegesituation im Fall eines Notstandes an Dritte weiter geben.	R	F
19.	Als Pflegekraft bin ich aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses in besonderer Weise verantwortlich.	R	F
20.	Pflegen Angehörige eine Person mit Demenz, ist das Risiko für Gewalt in der Pflege erhöht.	R	F
21.	Indikatoren sind Anzeichen, die auf eine gewalttätige Handlung hinweisen können.	R	F

Fortbildung
„Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen – vorbeugen – handeln“

— WISSENSQUIZ —

Datum _____

Im Rahmen der Fortbildung „Potenziale und Risiken familialer Pflege: erkennen – vorbeugen – handeln“ möchten wir Sie nochmals bitten, die folgenden Fragen zu beantworten, indem Sie entweder R (=richtig) oder F (=falsch) ankreuzen.

Um Ihre Angaben anonym zu behandeln, möchten wir Sie außerdem bitten, statt Ihres Namens eine Verschlüsselung anzugeben. Bitte stellen Sie diese Verschlüsselung zusammen aus

- den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters
- dem Geburtsdatum Ihrer Mutter (TTMMJJ)
(z. B. AL150856)

Verschlüsselung

--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Vernachlässigung ist eine Form von Gewalt.	R	F
2.	Risikofaktoren sind keine konkreten Hinweise für das Vorliegen von Gewalt.	R	F
3.	Wenn die Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und Pflegebedürftigem schon vor der Pflegesituation problematisch war, ist das Risiko für Gewalt in der familiären Pflege erhöht.	R	F
4.	Das Verweigern oder Vorenthalten von sozialen Kontakten ist eine Form von Gewalt.	R	F
5.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen sind in jedem Fall als Misshandlung anzusehen.	R	F
6.	Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind wesentlich zur Prävention von Gewalt in der familiären Pflege.	R	F
7.	Als ‚Gewalt‘ wird ausschließlich aktives Handeln bezeichnet.	R	F
8.	Als Pflegekraft bin ich aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses in besonderer Weise verantwortlich.	R	F
9.	Pflegen Angehörige eine Person mit Demenz, ist das Risiko für Gewalt in der Pflege erhöht.	R	F

10.	Ohne Einverständnis des Pflegebedürftigen darf ich Informationen über die Pflegesituation nicht an Dritte (z. B. Angehörige, Pflegestützpunkte) weiter geben.	R	F
11.	Anzeichen für Gewalt können sich im Verhalten des Pflegebedürftigen, des pflegenden Angehörigen und in deren Umgang miteinander zeigen.	R	F
12.	Wenn pflegende Angehörige das Geld der Pflegebedürftigen verwalten, ist das ein eindeutiges Anzeichen für finanzielle Ausbeutung.	R	F
13.	Aufgrund ihres Gesundheitszustandes gelten für Pflegebedürftige die Grundrechte nur eingeschränkt.	R	F
14.	Indikatoren sind Anzeichen, die auf eine gewalttätige Handlung hinweisen können.	R	F
15.	Wenn Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in einem Haushalt leben, ist das Risiko für Gewalt in der familiären Pflege erhöht.	R	F
16.	Lässt ein pflegender Angehöriger den Pflegebedürftigen nicht mit der Pflegekraft allein, kann dies ein Anzeichen für Gewalt in der familiären Pflegesituation sein.	R	F
17.	Wenn der Pflegebedürftige verängstigt wirkt, muss man davon ausgehen, dass er misshandelt wird.	R	F
18.	Als Pflegekraft darf ich Informationen über die Pflegesituation im Fall eines Notstandes an Dritte weiter geben.	R	F
19.	Wenn pflegende Angehörigen sozial isoliert sind, ist das Risiko aggressiven Verhaltens in der Pflege erhöht.	R	F
20.	Psychische Misshandlung ist die häufigste Form der Gewalt in der häuslichen Pflege.	R	F
21.	Angehörige machen sich in jedem Fall strafbar, wenn sie die Pflegebedürftigen hart anfassen.	R	F