



Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Senioren-Organisationen e. V.

# Dokumentation: Gewaltprävention in der häuslichen Pflege

Expertenworkshop der BAGSO am 5. November 2018

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

I.	Einleitung	
II.	Programm . . . . .	Seite 03
III.	Zusammenfassung der Vorträge . . . . .	Seite 05
IV.	Ergebnisse der Arbeitsgruppen . . . . .	Seite 10
V.	Zusätzliche Anmerkung . . . . .	Seite 21
VI.	Anhang (zusätzliches Dokument)	

## I. Einleitung

Es ist bekannt, dass Gewalt in der häuslichen Pflege vorkommt. Ein einheitliches und flächendeckendes Verfahren, das einen präventiven Ansatz gegen Gewalt in ambulanten und häuslichen Pflegearrangements verfolgt, gibt es bisher jedoch nicht. Vor diesem Hintergrund veranstaltete die BAGSO am 5. November 2018 einen Expertenworkshop zum Thema „Gewaltprävention in der häuslichen Pflege“. Die Veranstaltung wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und fand in den Räumen des BMFSFJ in Berlin statt.

Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis diskutierten, wie die Kooperation der an der Pflege beteiligten Akteure, insbesondere pflegender Angehöriger und Institutionen vor Ort gestaltet werden kann. Diverse Aspekte häuslicher Pflegestrukturen wurden einbezogen.

Wie können pflegende Angehörige entlastet werden? Wie gelingt der Zugang in die Häuslichkeit? Was können insbesondere die im Koalitionsvertrag benannten präventiven Hausbesuche leisten? Was kann im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge gesetzlich geregelt werden? Wie kann ein öffentliches Bewusstsein für die Herausforderungen in der häuslichen Pflege geschaffen werden? Wie können die nationale und internationale Debatte aufeinander einwirken?

Zu Beginn des Workshops wurden im Plenum Kurzvorträge gehalten, die als Grundlage für die daran anschließende Gruppenarbeit dienten. Ziel war es, nicht nur Ideen, sondern auch konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Moderiert wurde die Veranstaltung von Katja Nellissen.

## II. Programm

Montag, 05.11.2018, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,  
Glinkastraße 24, Berlin. Raum A 1.07

**10:30 Uhr Begrüßung / Grußwort**

Franz Müntefering, BAGSO e.V., Vorsitzender  
Christiane Viere, BMFSFJ, Leiterin Unterabteilung 30, Abteilung 3 –  
Demografischer Wandel, Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege

**10:40 Uhr Input-Vorträge**

- Nadine Konopik, Goethe Universität Frankfurt:  
Thematische Einführung
- Prof. Dr. Cornelia Schweppe, Gutenberg Universität Mainz:  
Öffentliches Bewusstsein für Gewalt in der häuslichen Pflege
- Elisabeth Kleinhans, Behörde für Gesundheit/Verbraucherschutz  
Hamburg: Hamburger Hausbesuch
- Servie Broers, Brunssum: Küchentischgespräche Niederlande
- Michael Neise, Universität zu Köln: Belastung pflegender Angehöriger  
und Erkenntnisse aus dem Modellprojekt Gewaltfreie Pflege

**12:00 Uhr Mittagspause**

**12:45 Uhr Vorstellung der Arbeitsgruppen**

**13:15 Uhr Gruppenarbeit**

Welche präventiven Maßnahmen sind in den bestehenden Strukturen  
und darüber hinaus möglich/wünschenswert?

Was sind die nächsten Schritte?

Wer sollte/kann dafür die Verantwortung übernehmen?

**1. Was lässt sich im vorhandenen System umsetzen?  
(Dr. Lena Dorin)**

- *Wie können Kommunen ihren Aufgaben im Rahmen der  
Daseinsvorsorge nachkommen?*
- *Welche Maßnahmen sind notwendig, um besser über Hilfen im Alltag  
zu informieren und die häusliche Pflege beratend zu begleiten?*

## 2. Welche Möglichkeiten gibt es an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis?

(Daniela Sulmann)

- *Was kann aus bisherigen Modellprojekten und Studien abgeleitet werden?*
- *Welche Maßnahmen sind geeignet, um mittelfristig Erleichterungen in der häuslichen Pflege zu erreichen?*
- *Was könnten zukünftige Vorhaben sein?  
Ist ein Bundesmodellprogramm eine Option?*

## 3. Welche gesetzgeberischen Maßnahmen sind notwendig?

(Dr. Heidrun Mollenkopf)

- *Welche Schritte sind notwendig, um langfristig gesetzgeberische Lücken zu schließen?*
- *Wer sollte/kann dafür die Verantwortung übernehmen?*
- *Welche Schritte sind geeignet, um das Ziel langfristig zu erreichen?*

**14:30 Uhr**    **Kaffeepause**

**14:45 Uhr**    **Ergebnispräsentation**

Diskussion

Handlungsempfehlungen

**15:45 Uhr**    **Ausblick**

**16:00 Uhr**    **Ende**

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

### III. Zusammenfassung der Vorträge

**Nadine Konopik (in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Oswald und Prof. Dr. Dr. h.c. Gisela Zenz) (Goethe-Universität Frankfurt am Main):**  
**Was wissen wir über Gewalt in der häuslichen Pflege?**

Die Anzahl Pflegebedürftiger, die zuhause hauptsächlich allein durch Angehörige gepflegt werden und die durch die Pflegeversicherung erfasst sind (insgesamt 2,08 Mio. Menschen), steigt. Hinzu kommen ca. 3 Mio. Menschen, die in der Familie versorgt werden, ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen. Das ist sowohl von dem Großteil der Betroffenen als auch sozialpolitisch erwünscht. Gewaltanwendung im häuslichen Pflegekontext ist dabei keine Seltenheit.

In der Pflege älterer Menschen kann Gewalt in Anlehnung an die WHO beschrieben werden als „eine einmalige oder wiederholte oder fehlende gebotene Handlung innerhalb einer Pflegebeziehung, die bei einer älteren Person oder der pflegenden Person zu Schädigung oder Leid führt.“ Gewalt kann beabsichtigt oder unbeabsichtigt vorkommen. In wissenschaftlichen Studien wird keine einheitliche Definition angewandt sondern zumeist eine Auswahl aus folgenden Gewaltformen in die jeweilige Analyse mit einbezogen:

Vernachlässigung elementarer Bedürfnisse, seelische Misshandlung, finanzielle/materielle Ausbeutung, körperliche Misshandlung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Einschränkung des freien Willens, sexuelle Gewalt, Selbstvernachlässigung, Menschenrechtsverletzungen (z. B. Altersdiskriminierung).

Die Risikofaktoren für gewaltsame Handlungen in der häuslichen Pflege sind vielfältig und treten oftmals kumuliert auf. Einerseits sind sie in den Persönlichkeiten der Betroffenen und der (Pflege-) Beziehung selbst zu verorten: Hierzu zählen neben Überforderung auch biografisch bedingte Beziehungskonflikte zwischen Generationen, problematische Bewältigungsversuche durch Alkohol und Drogen oder das mitunter herausfordernde und gewalttätige Verhalten seitens der Pflegebedürftigen selbst. Die Pflegenden sind oft selbst älter und gesundheitlich eingeschränkt. Zusätzlich kann ein über die Pflegesituation hinausgehendes Aggressionspotenzial das Risiko erhöhen.

Auch soziale Gegebenheiten können Risiken für Gewaltvorfälle hervorrufen oder verstärken. Hierbei wird besonders auf die soziale und innerfamiliäre Isolation der Betroffenen, den Mangel an Privatsphäre, finanzielle Abhängigkeit seitens der Pflegeperson und weitere aus der Pflegesituation resultierende Verpflichtungen Bezug genommen.

Im Gegensatz zu Risikofaktoren werden Schutzfaktoren bislang erst wenig in die Auseinandersetzung mit Gewalt in der häuslichen Pflege durch Angehörige einbezogen.

Da Gewalt gegen alte Menschen in einen sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Rahmen eingebettet ist, müssen sich Möglichkeiten der

Prävention sowohl am Verhalten der Betroffenen als auch an den Verhältnissen orientieren. Präventionsstrategien können dabei zielgruppenspezifisch ausdifferenziert werden auf die Allgemeinbevölkerung, gefährdete Personen oder Täterinnen und Täter.

Bestehende Strukturen mit Anknüpfungspunkten zur Gewaltprävention in der häuslichen Pflege sind nicht effizient, z.B. die mangelnde flächendeckende Verfügbarkeit oder Inanspruchnahme von Beratungs- und Entlastungsangeboten oder die Intransparenz in der Qualität der Kontrolle der Pflegearbeit und des Pflegebedarfs. Die Ausstattung von Gerichten und die Qualifizierung

von Betreuerinnen und Betreuern für rechtlich betreuungsbedürftige Menschen reichen nicht aus. Das Straf- und Polizeirecht, sowie das Gewaltschutzgesetz zielen weniger auf Hilfe, als vielmehr auf Sanktionierung ab und die Aufklärung in der Bevölkerung ist bislang weder flächendeckend umgesetzt noch systematisch evaluiert.

Vorhandene Instrumente zur Verbesserung des Schutzes für Pflegende und Gepflegte sind bisher unzureichend in die Praxis umgesetzt und es bedarf weiterer Forschung und quartierspezifischer Ansätze, in welche diverse Akteure (z.B. Pflegende, Pflegebedürftige, Nachbarn, Angebote im Stadtteil) mit einbezogen werden.

**Prof. Cornelia Schweppe (Gutenberg-Universität Mainz):  
Öffentliches Bewusstsein für Gewalt in der häuslichen Pflege**

Gewaltvorfälle in der häuslichen Pflege erlangen bisher kaum Aufmerksamkeit von Menschen, die nicht in die Angehörigenpflege involviert sind. Ein zunehmendes Bewusstsein ist jedoch notwendig, um das Thema als soziales Problem anzuerkennen und Gewalt entgegenzuwirken.

Dass Gewalt an älteren Menschen aus der gesellschaftlichen Diskussion ferngehalten wird, ist ein Hindernis für Maßnahmen, die der sozialen Gerechtigkeit und dem Schutz von älteren Menschen dienen sollen. Insbesondere von Pflege abhängige Menschen sind jedoch nicht in der Lage oder zu unsicher, Gewaltvorfälle anzusprechen.

Um Fortschritte in der Gewaltprävention zu erzielen, darf Gewalt in der Pflege

nicht mehr als individuelles Problem angesehen werden sondern als Phänomen, für das die Gesellschaft eine Mitverantwortung trägt. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die es Betroffenen erleichtern, sich zu öffnen. Gleiches gilt auch für das soziale Umfeld, das möglicherweise Kenntnis von Gewaltvorfällen erlangt. Für die Aufmerksamkeit und Sensibilisierung für die verschiedenen Formen von Gewalt ist es notwendig, die Bevölkerung aufzuklären.

Damit Gewaltprävention in die Praxis umgesetzt werden kann, muss parallel zur Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins die soziale Infrastruktur so gestaltet werden, dass individuelle Unterstützung gewährleistet wird und Gewaltpotenzial abgebaut werden kann.

## Elisabeth Kleinhans

(Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, BGV):

### Hamburger Hausbesuch

Im September 2018 ist in zwei Hamburger Bezirken (Harburg und Eimsbüttel) die Pilotphase des Hamburger Hausbesuchs für Seniorinnen und Senioren gestartet. Der Hamburger Hausbesuch wurde im Rahmen des Demografiekonzepts Hamburg 2030 entwickelt. Bei der Planung für das Hamburger Konzept ist die Erfahrung von etablierten Programmen (u.a. in München und Wien) mit einbezogen worden.

Das Modellprojekt, das bis Ende 2020 laufen wird, wird von der BGV finanziert und soll wissenschaftlich begleitet werden.

Durch das Beratungsangebot soll die Selbstständigkeit älterer Menschen erhalten bleiben sowie Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden. Ziel ist es, Seniorinnen und Senioren darin zu unterstützen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu können.

Zeitnah nach ihrem 80. Geburtstag erhalten alle Seniorinnen und Senioren in den beiden Pilotbezirken ein Glückwunschsreiben der Senatorin der BGV. In diesem Schreiben wird ein

konkreter Termin für einen Hamburger Hausbesuch angeboten. Über- und unter 80-Jährige Eimsbütteler und Harburger können ebenfalls einen Hausbesuch erhalten, müssen aber eigeninitiativ das Angebot nachfragen.

Während der Beratung soll einerseits der mögliche Hilfebedarf geklärt, andererseits über wohnortnahe Angebote und Beratungsstellen informiert werden. Die Inanspruchnahme dieser Angebote kann z.B. durch Kontaktaufnahme zu Vereinen auf Wunsch des Besuchten/der Besuchten unterstützt werden. Mögliche Themen sind u.a. Gesundheit, Teilhabe, Wohnen und entsprechende Hilfebedarfe. Die Hausbesuche werden von geschulten Honorarkräften durchgeführt. Mit der Organisation wurde eine Fachstelle im Wege der Beleihung beauftragt. Träger dieser Fachstelle ist das Albertinen Haus.

Rechtlich wurde der Hamburger Hausbesuch in § 9a des Hamburger Gesundheitsdienstgesetzes verankert und die Hamburgische Meldedatenübermittlungsverordnung angepasst, um die regelmäßige Übermittlung der erforderlichen Daten an die Fachstelle zu ermöglichen.

**Servie Broers** (*Gemeinde Brunssum/NL*):  
**Küchentischgespräche Niederlande**

Die soziale Versorgung obliegt in den Niederlanden den Gemeinden, die die unterste von drei Ebenen der dezentralen staatlichen Verwaltung bilden. Mit den 2015 beschlossenen Reformen des WMO (Gesetz zur sozialen Unterstützung) soll die Stärkung der Bürgerinnen und Bürger sowie der Gemeinden im Rahmen der Versorgung erzielt werden.

Ziel ist es, die soziale Absicherung und Pflege zu vereinfachen und passende Lösungen unter der Beteiligung des sozialen Umfelds der Betroffenen zu entwickeln. Im Rahmen der sog. Küchentischgespräche soll insbesondere besprochen werden, wie die Selbstständigkeit und die soziale Teilhabe der Klientinnen und Klienten gestaltet werden kann. Das persönliche Gespräch zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter der Gemeinde und den Bürgerinnen/Bürgern ist darauf ausgelegt, zu konkreten Unterstützungsbedarfen und Unterstützungswünschen eine Lösung nach Maß zu erarbeiten. Häusliche Gewalt ist seit der WMO-

Verabschiedung 2007 ein Thema der kommunalen Versorgung. Während zunächst nur der Frauenschutz rechtlich formuliert wurde, werden seit 2015 alle Formen von Gewalt berücksichtigt. Die Gemeinde ist dabei verantwortlich für die Prävention und die Bewältigung der Probleme, die den Gewaltvorfällen zugrunde liegen.

Für die Küchentischgespräche wird ein einheitliches Verfahren angewandt, in das verschiedene Stellen (WMO-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern der Gemeinde, Soziales Hilfswerk, Polizei etc.) involviert sind. In manchen Fällen werden auch weitere Vertrauenspersonen wie Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Pfarrerinnen/Pfarrer mit einbezogen.

Da die Gemeinde vom Staat einen festgelegten Geldbetrag für die Umsetzung der sozialen Unterstützung erhält, trägt sie alleine die Verantwortung, dass den Betroffenen individuell geholfen wird und sich die soziale Unterstützung dauerhaft etabliert.



Michael Neise (*Ceres Universität zu Köln*):

## Belastung pflegender Angehöriger und Erkenntnisse aus dem Modellprojekt Gewaltfreie Pflege

### Erkenntnisse aus dem Projekt

#### LEANDER

Die Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten im Pflegeverlauf wurde im Projekt LEANDER 2007 erfasst. In der Befragung von pflegenden Angehörigen wurden auch Aspekte von sog. schädigendem Verhalten thematisiert. Es wurden Daten erhoben, die Rückschlüsse darauf zulassen, wie Gewalt über die Pflegedauer verläuft und inwiefern dies von der Belastung durch demenzielle Verhaltensauffälligkeiten abhängt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen über den Zeitraum der Pflege abnimmt. Zwar erhöht eine verstärkte Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten demenziell erkrankter Pflegebedürftiger das Risiko von Gewalt. Bettlägerigkeit wirkt jedoch entgegengesetzt dazu. Das Potenzial von Gewaltanwendung nimmt zudem mit Depressivität der pflegenden Angehörigen und einer negativer Selbsteinschätzung der Pflegefähigkeiten zu.

### Erkenntnisse aus dem Projekt

#### Gewaltfreie Pflege

Zentraler Bestandteil des Projekts Gewaltfreie Pflege, das 2017 abgeschlossen wurde, war die Implementierung einer Strategie zur Gewaltprävention in der Pflege in gemeinsamer Ausarbeitung mit vier Modellkommunen.

Die IST-Analyse der Kommunen ergab, dass bei akuten Fällen von Gewalt in

der häuslichen Pflege eine Intervention durch die Polizei, Ordnungsbehörden und Heimaufsichten (nach Landesregelung) erfolgt. Niedrigschwellig werden kommunale Fachdienste und Pflegestützpunkte als Anknüpfungspunkte einbezogen. Die Strukturen der Kommunen weisen teils große Unterschiede auf (z.B. dezentrale vs. zentrale Steuerung, verschiedene Trägerschaften, Sensibilität und Wissen um Themen, Öffentlichkeitsarbeit).

Im Rahmen des Projekts wurden mit vier Kommunen lokale Gegebenheiten analysiert und neu geordnet, um das Fallmanagement bei Anzeichen von Gewalt in der häuslichen Pflege zu verbessern. Dabei kam es zur Regelung von Zuständigkeiten für Prävention und Intervention, der Falldokumentation, der Vernetzung von Akteuren (z.B. auch Kooperation mit Heimaufsicht) und zum Auf- bzw. Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit.

Folgende Handlungsempfehlungen konnten aus der Evaluation des Projekts abgeleitet werden:

- Unter Berücksichtigung bestehender Strukturen müssen Zuständigkeiten auf kommunaler Ebene benannt werden.
- Die Vernetzung und Informationsweitergabe zwischen den beteiligten Akteuren sollen einem System folgen und die Fälle von Elder Abuse den zuständigen kommunalen Behörden mitgeteilt werden.

- Um die Bevölkerung über zuständige Stellen zu informieren, ist eine breite Öffentlichkeitsarbeit notwendig.
- Für die Sicherung der Prozesse sollen interne und externe Qualitätssicherung stattfinden.
- Auf Modellbasis sollen mit weiteren Kommunen Strukturen angepasst und wissenschaftlich begleitet werden.

*Die Verschriftlichung der Vorträge beruht auf den PowerPoint-Folien und den Ausführungen der Referentinnen und Referenten. Entsprechende Quellenverweise der Daten, auf denen die Vorträge beruhen, können den Präsentationsfolien (siehe Anhang) entnommen werden.*

## IV. Ergebnisse der Arbeitsgruppen

### Arbeitsgruppe 1:

#### Was lässt sich im vorhandenen System umsetzen? (Dr. Lena Dorin)

##### Teilnehmende:

Dr. Lena Dorin (BAGSO e.V., Moderation), Gabriele Tammen-Parr (Pflege in Not), Servie Broers (Brunssum/NL), Elisabeth Kleinhans (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg), Rahel Müller-Naveau (Gesundheitsladen Köln e.V.), Susanna Saxl (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.), Olaf Christen (VdK), Christian Pälme (wir pflegen e.V.), Bernd Kronauer (Bundesministerium für Gesundheit, Büroleitung des Pflegebevollmächtigten), Sabine Rüger (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Barbara Stupp (BAGSO e.V.), Lea Knopf (BAGSO e.V.)

##### Leitfragen für die Diskussion:

- *Wie können kommunale Daseinsvorsorge und Gewaltprävention in der häuslichen Pflege verknüpft werden?*

Welche Angebote gibt es bereits?

Wo liegen Defizite?

Was ist der Auftrag der Kommunen?

- *Welche Maßnahmen sind notwendig, um besser über Hilfen im Alltag zu informieren und die häusliche Pflege beratend zu begleiten?*

Was kann aufsuchende Beratung leisten?

Welche Einschlusskriterien können hier zur Anwendung kommen?

Wie können Angebote etabliert und erweitert werden?

Nicht nur Pflegebedürftige selbst, sondern auch die pflegenden Angehörigen sollen ein eigenes Recht auf Pflegeberatung erhalten. Bisher werden Pflegebedürftige nach § 37 Abs. 3 SGB XI beraten. Für die Pflegegrade 2 und 3 sind halbjährliche Beratungsbesuche vorgesehen, für die Pflegegrade 4 und 5 vierteljährliche. Für Leistungsberechtigte des Pflegegrads 1 sind Beratungsbesuche nicht verpflichtend, können aber auf Wunsch durchgeführt werden. Die Beratung kann in allen Fällen die Pflegeperson mit einbeziehen, allerdings nur, wenn die pflegebedürftige Person dem zustimmt.

Unabhängig von § 37 Abs. 3 SGB XI und abweichend von § 7a Abs. 2 SGB XI müssen auch pflegende Angehörige (definiert als Pflegeperson nach § 19 SGB XI, somit ab einem Pflegeaufwand von 10 Stunden an regelmäßig mind. zwei Tagen in der Woche) einen eigenen Anspruch auf Beratung bekommen.

Anders als in § 37 Abs. 3 SGB XI darf die Beratung zukünftig jedoch nicht, wie es aktuell der Fall ist, mit einer Kontrolle der Pflegesituation verbunden sein. Es sollte ein einheitlicher Leitfaden für die Beratungsgespräche verwendet werden.<sup>1</sup> Wenn Beratung und Kontrolle von der gleichen Instanz (und möglicherweise zum gleichen Termin) durchgeführt werden, ist die beratende Unterstützung zwangsläufig beeinträchtigt. Kontrollen, die im Zusammenhang mit der Gewährung von Pflegesachleistungen und -geldern stehen (bspw. seitens des MDK), bieten keinen Raum für einen konstruktiven Austausch und eine Ge-

sprächsatmosphäre, in der sich pflegende oder pflegebedürftige Personen öffnen und Gewaltvorfälle und weitere bisher tabuisierte Themen angesprochen werden können.

Im Rahmen eines Besuchs zur Einstufung des Pflegebedarfs kann jedoch mindestens auf eine davon unabhängige Beratung hingewiesen werden, möglicherweise sogar eine Beratungsstelle miteinbezogen werden, die von sich aus Kontakt zu Pflegepersonen und Pflegebedürftigen aufnimmt. Eine darüber hinaus gehende Verbindung der Einstufung durch den MDK und der Beratung durch eine unabhängige Stelle darf jedoch nur im Einverständnis mit den Betroffenen erfolgen.

Beratung wird von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen oftmals nicht in Anspruch genommen. Dies liegt einerseits daran, dass Betroffene sich ihres Anspruchs oder entsprechender Angebote nicht bewusst sind. In vielen Pflegebeziehungen wird die Inanspruchnahme „fremder“ Hilfe bisher jedoch abgelehnt. Je schwieriger die häusliche Pflege im Pflegeverlauf wird, desto mehr schotten sich Betroffene oftmals ab. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Pflegebedürftigen von ihren Partnerinnen/Partnern 1:1 betreut und gepflegt werden, zeigt sich die Notwendigkeit, die Türen frühzeitig zu öffnen.

Um den Pflegeprozess in Gänze zu unterstützen, muss die Beratung frühzeitig und kontinuierlich erfolgen. Diese könnte ähnlich dem vom Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagenen

<sup>1</sup> Insbesondere soll hier auf den von Pflege in Not konzipierten Leitfaden hingewiesen werden, der in der Gruppenarbeit benannt wurde und dieser Dokumentation angefügt ist.

Modell des Pflege-Ko-Piloten durchgeführt werden, der bereits bei sich abzeichnendem Pflegebedarf aktiv werden soll.<sup>2</sup> Die Arbeitsgruppe empfiehlt, der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI und den Kontrollmechanismen der Pflegeversicherung einen präventiven Hausbesuch vorzuschalten. Dieser soll unabhängig von bereits bestehendem Pflegebedarf durchgeführt werden. Die Beratung im Rahmen des Hausbesuchs darf nur in besonderen Fällen und auf Wunsch der Betroffenen nicht in der Häuslichkeit, sondern in einem dafür zur Verfügung zu stellenden Raum stattfinden.

Kriterien für die Auswahl der Zielgruppe präventiver Hausbesuche wurden seitens der Arbeitsgruppe (noch) nicht genau definiert. Eine Möglichkeit könnte eine Auswahl anhand einer Altersgrenze sein (vgl. Hamburger Hausbesuch: 80ster Geburtstag, auf Wunsch auch für lebensjüngere Menschen). Ältere oder jüngere „Interessierte“ sollten dabei jedoch ebenfalls Zugang zum Hausbesuch bekommen. Insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Krankenhäusern könnten Menschen, die (mitunter wiederkehrend) stationär versorgt werden, mit den Hausbesuchen vertraut machen. Die Arbeitsgruppe ist sich der datenschutzrechtlichen Hürden bei der Weitergabe von Angaben zum Alter zwischen beteiligten Institutionen bewusst und weist auf die Notwendigkeit von Gesetzesanpassungen für die Durchführung der beschriebenen Hausbesuche hin.

Um die Unabhängigkeit von Beratung und Kontrolle/Leistungsbezug sicherzustellen, darf der Hausbesuch nicht von Seiten der Pflegekassen gesteuert werden. Einer zentralen Fachstelle könnte eine solche koordinative Rolle zugeschrieben werden. Dies setzt voraus, dass solche Pflegefachberatungsstellen flächendeckend etabliert und mit einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgestattet sind. Diese müssen entsprechend geschult werden.

Der Hausbesuch muss im Rahmen der im Siebten Altenbericht und in der Kommission Gleichwertige Lebensverhältnisse benannten Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorge etabliert werden. Die Kommunen werden somit befähigt, die Versorgung Pflegebedürftiger zu gestalten, stehen jedoch auch in der Verantwortung, die Qualität der Unterstützung zu sichern. Dies umfasst schließlich nicht nur den Teil der Angebote, die von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen aufgesucht und beansprucht werden können, sondern auch präventive, aufsuchende Mechanismen. Die Steuerung der Hausbesuche kann dabei möglicherweise an andere Institutionen abgegeben werden, die in ihrer Funktion einen Behördenstatus erhalten (vgl. Hamburger Hausbesuch).

Zusätzlich zu den präventiven Hausbesuchen sollen Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge zur Bündelung der Beratungsangebote beitragen. Bisher ist die Beratungslandschaft unübersichtlich und komplex. Es gibt keine kla-

<sup>2</sup> Das Konzept „Pflege-Ko-PiLot“ wurde seitens des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung bei der Veranstaltung „Überforderung in der häuslichen Pflege von Anfang an vermeiden“ am 21. November 2018 in Berlin vorgestellt.

ren Zuständigkeiten und auf spezielle Bedürfnisse ausgerichtete Angebote. Allgemeine Hotlines oder Anlaufstellen können eine gezielte Beratung und Maßanfertigung eines Unterstützungspakets oftmals weder selbstständig ausführen, noch ist ersichtlich, an welche Stelle verwiesen werden kann. Viele Probleme werden deshalb nicht oder nur unzureichend bearbeitet.

Die Maßarbeit durch ein Unterstützungsnetzwerk erfolgt in den Niederlanden im Rahmen der sogenannten Küchentischgespräche, bei denen die Gemeinde dafür verantwortlich ist, Beraterinnen und Berater bereitzustellen und zu vernetzen, die in Haushalten unter Einbeziehung des sozialen Umfelds individuelle Lösungen bei Unterstützungsbedarf ausarbeiten. Es geht dabei nicht darum, eine vorgefertigte Lösung (im Sinne einer Leistung oder eines Leistungskatalogs) zu definieren, die für alle Betroffenen passen könnte, sondern im Einzelfall danach zu fragen, ob Personen Hilfebedarf in Anspruch nehmen wollen und wenn ja, in welcher Form. Leistungen gibt es nur nach Abschluss eines Versorgungsvertrags zwischen Bürger/Bürgerin und Kommune. Die Finanzierung erfolgt dabei über eine festgelegte staatliche Abgabe an die Kommunen. Die Deckelung der Finanzierung ist immer wieder Objekt einer kritischen gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Verfahren nach dem WMO.<sup>3</sup>

Zwar lässt sich das niederländische Modell aufgrund der Unterschiede in den Verwaltungsstrukturen des Sozialstaats nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen. Es bietet jedoch eine Perspektive, wie der Zugang in die Häuslichkeit gelingen kann und welche strukturellen Reformen zusätzlich hilfreich sein könnten. Hiernach kann die Versorgung über eine Stärkung der Rolle der Kommunen auch unter finanziellen Aspekten verbessert werden.

Eine Gesellschaft, die bisher wenig Bereitschaft zeigt, aufsuchende Unterstützung in Anspruch zu nehmen, muss mit den Chancen von Hausbesuchen vertraut gemacht werden. Dies kann nur gelingen, wenn der Etablierungsprozess der präventiven Hausbesuche transparent und nachvollziehbar ist. Den Bürgerinnen und Bürgern muss verdeutlicht werden, dass das Gespräch dem Austausch und der Offenheit für die Bedürfnisse der Betroffenen und nicht der Berechnung von Leistungen dient. Auch wenn die individuelle Selbstbestimmung jederzeit gewahrt werden muss und damit kein Zwang zur Teilnahme verbunden werden kann, muss es zur Pflichtaufgabe der Kommune gehören, die Bürgerinnen und Bürger zumindest auf den anstehenden Hausbesuch hinzuweisen. Die Arbeitsgruppe erwartet, dass sich Hausbesuche durch die Verantwortung der Kommunen und die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an deren Gestaltung

3 Das WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) ist ein Gesetz, das die soziale Versorgung in den Niederlanden regelt. Dabei wird die Verantwortung von der Bundes- auf die Gemeindeebene übertragen. Beratung und Versorgung zwischen Klientin und Klient und der Gemeinde werden im Rahmen von Verträgen geregelt. Die Gemeinde erhält für diese Aufgaben einen Festbetrag von der nationalen Regierung.

als fester Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge etablieren.

Unabhängig davon, ob der tatsächliche Beratungsbedarf durch die bestehenden Stellen bereits gedeckt werden kann, sollen Betroffene über ihren Anspruch und die Möglichkeiten der Unterstützung aufgeklärt werden. Dass Beratungsbedürftige ihren Anspruch anmelden, könnte zur Umsetzung der flächendeckenden Versorgung beitragen. Im Sinne einer „Abstimmung mit Füßen“ kann gesellschaftlicher Druck einen entscheidenden Impuls für die Verbesserung der Strukturen geben.

#### **Die Handlungsempfehlungen in Stichpunkten:**

- Nicht nur Pflegebedürftige selbst, sondern auch die pflegenden Angehörigen sollen ein eigenes Recht auf Pflegeberatung erhalten.
- Beratung muss, anlehnend an das Modell des Pflege-Ko-Piloten, als frühzeitige und kontinuierliche Maßnahme der Begleitung eines Lebensabschnitts verstanden werden.
- Häusliche Beratung und die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die im Zusammenhang mit Pflegeleistungen steht, müssen entkoppelt werden.
- Pflegefachberatungsstellen müssen flächendeckend etabliert und weiterentwickelt werden. Außerdem müssen klare Zuständigkeiten für Pflegeunterstützung und Beratung benannt werden (spezifische individuelle Beratung).
- Präventive Hausbesuche sollen als „Türöffner“ für eine kontinuierliche Beratung und Begleitung des Pflegeprozesses dienen.
- Präventive Hausbesuche müssen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge verankert werden, um die Unabhängigkeit von Beratung (als Austausch) und Kontrolle (zur Leistungsbemessung in der Pflegeversicherung) zu gewährleisten.
- Beratungsstrukturen müssen gebündelt werden, um bei spezifischen Problemen weiterhelfen und zielgerichtet verweisen zu können.
- Für die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI müssen Mindeststandards gelten. Die Arbeitsgruppe spricht sich für die Verwendung eines einheitlichen Fragebogens (z. B. den Beratungsleitfaden von Pflege in Not, siehe Anhang) aus.

**Arbeitsgruppe 2:****Welche Möglichkeiten gibt es an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis?  
(Daniela Sulmann)****Teilnehmende:**

Daniela Sulmann (Zentrum Qualität in der Pflege, Moderation), Nadine Konopik (Goethe-Universität Frankfurt, Protokoll), Michael Neise (CERES Universität zu Köln), Prof. Dr. Cornelia Schewpe (Gutenberg Universität Mainz), Prof. Dr. Monika Habermann (Hochschule Bremen), Prof. Dr. Beate Blättner (Hochschule Fulda), Dr. Christiane Eifert (GKV-Spitzenverband), Anja Gerlach (Deutsche Hochschule der Polizei Münster), Dr. Guido Klumpp (BAGSO e.V.)

**Leitfragen für die Diskussion:**

- *Was kann aus bisherigen (Modell-)projekten und Studien abgeleitet werden?*

Was sind die Ergebnisse aus bisherigen Modellprojekten und Studien?

Was kann daraus für die Gewaltprävention in der häuslichen Pflege abgeleitet werden?

Welche Aspekte wurden bisher noch nicht berücksichtigt?

Welche wissenschaftlichen Fachbereiche müssen zukünftig vernetzt werden?

Welche Hürden bestehen bei der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis? Wie gelingt der Bezug zur Praxis?

- *Welche Maßnahmen sind geeignet, um mittelfristig Erleichterungen in der häuslichen Pflege zu erreichen?*
- *Was könnten zukünftige Vorhaben sein? Ist ein Bundesmodellprogramm eine Option?*

In der Arbeitsgruppe 2 wurden Erkenntnisse aus bisherigen Modellprojekten und (Interventions-)Studien diskutiert, um aufzuzeigen, was im Austausch von Wissenschaft und Praxis zur Gewaltprävention beigetragen werden kann. Dabei war auch relevant, welche Aspekte bisher nur unzureichend in den Blick genommen wurden und auf welche Faktoren bei der zukünftigen Forschung Wert gelegt werden muss.

Die größte Herausforderung wurde im Zugang zu dem Personenkreis gesehen, der von (schwerer) Gewalt in der häuslichen Pflege betroffenen ist. Insbesondere die Gruppe derer, die noch keine Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung beziehen, konnte in bisherigen Erhebungen nicht erreicht werden. Es wurde außerdem deutlich, dass Fälle vorsätzlicher, wiederholter Gewaltanwendung (die weniger mit akuter Überforderung als vielmehr mit gewachsenem Gewaltverhalten zu tun haben) mit den bisherigen Maßnahmen kaum identifiziert und dokumentiert werden konnten.

Eine Möglichkeit, den Zugang zu der vulnerablen Personengruppe zu finden, sieht die Arbeitsgruppe in der Zusammenarbeit mit diversen Akteuren vor Ort. Hierbei wurde auf die Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten und Nachbarschaftsnetzwerken verwiesen. Auch Friseurinnen und Friseure und Fußpflegekräfte sind wichtige Akteure rund um die Pflege. Über Sozialräume und das Quartier können so auch

Menschen unterhalb der Schwelle der Pflegebedürftigkeit erreicht werden. Allerdings sind hier Qualifikationen und Schulungen nötig.

Es wurde auf die umgekehrte Gewaltsituation hingewiesen; auch Pflegepersonen müssen geschützt werden.

Mit den Besuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind selbst die Leitungen ambulanter Pflegedienste bereits heute überfordert. Dieses Problem wird sich durch die zunehmende Neuordnung der an der Pflegeversorgung beteiligten Berufe und die damit verbundene Trennung der Aufgaben noch verschärfen.

Die wissenschaftliche Arbeit zu Gewalt in der häuslichen Pflege muss neben Risikofaktoren auch Schutzfaktoren mit einbeziehen. Es ist wichtig, den Fokus nicht ausschließlich auf die Faktoren zu richten, die Gewalt auslösen und verstärken, sondern auch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zu fördern, die Konzepte zum Schutz vor Gewalt in den Mittelpunkt rückt.

Um den verschiedenen Formen von Gewalt in der Pflege gerecht zu werden, muss konsequenter zwischen leichten und schweren Taten und deren Entstehungszusammenhängen unterschieden werden. Es wurde auch eine stärkere Unterscheidung nach Zielgruppen befürwortet, wobei (abgesehen von denen, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen und den zuvor benannten schweren Taten) besondere Zielgruppen bislang nicht definiert wurden. Nur so können spezifische Konzepte zur Vorbeugung und zum Umgang mit Gewaltvorfällen in der Pflege entwickelt werden.

Es besteht Einigkeit, dass es auch Situationen gibt, wo besser nicht zu Hause gepflegt werden soll. Hier braucht es strukturelle (erforderlichenfalls gesetzliche) Maßnahmen. So müssen zuständige Stellen (Behörden) definiert werden. Auch dies kann Gegenstand eines Modellprojekts sein.

Leitlinien für zukünftige Forschungsvorhaben sollen interdisziplinär entwickelt werden. Da die Fragestellungen oftmals Zugänge diverser wissenschaftlicher Fachrichtungen erlauben, müssen Forschungskonzepte so gedacht sein, dass sie auf unterschiedliche Disziplinen einzeln anwendbar sind, aber auch unter Einbezug mehrerer Disziplinen verwendet werden können.

Bereits die Entwicklung von Forschungsdesigns muss im Austausch mit der Praxis geschehen. So soll bei der Forschung zur häuslichen Pflege die Perspektive von Betroffenen, also Pflegebedürftigen und Pflegenden, stärker als bisher einfließen.

Der Bedarf an weiteren Interventionsstudien, die unabhängig wissenschaftlich evaluiert werden, wurde von allen Teilnehmenden gesehen. Neben einer empirischen Bestandsaufnahme sind für manche Fragen Vorstudien (Grundlagenforschung) notwendig, um gute Forschungsdesigns zu entwickeln. So muss man z. B. Messinstrumente prüfen, herausfinden, wer Auskunft geben kann und die Bedingungen erforschen, die die Bereitschaft steigern, an Interventionen zu partizipieren. Auch dürfen nicht nur die Angehörigen in den Blick genommen werden, sondern beispielsweise auch die sog. 24 Stunden-Kräfte.



**Folgende Themen könnten Schwerpunkte künftiger Forschung sein:**

- Die Weiterentwicklung der Pflegeberatung hin zu maßgeschneiderten Angeboten für die Betroffenen, in der vorbereitend auch auf Konflikte in der Pflege Bezug genommen wird. Als Beispiel wurden insb. Schulungen in der eigenen Häuslichkeit genannt. Neben benötigten wiederkehrenden Schulungen sind bei bestimmten Themen mit Blick auf die Unabkömmlichkeit zu Hause auch Online-Angebote sinnvoll. Hier soll zudem herausgefunden werden, wie effektiv die angebotenen Schulungen sind.
- Die Entwicklung und Erprobung digitaler Unterstützung bei der Information und Beratung zu diversen die Pflege und den Sozialraum betreffenden Themen.
- Die Analyse struktureller Bedingungen häuslicher Pflege hinsichtlich Defizite und Lücken.
- Die Erforschung von Gewalt im Kontext von Beschäftigten in der Pflege mit Migrationshintergrund.
- Die Ermittlung, was Nachbarschaftsnetzwerke zum Thema beitragen können.
- Generierung belastbarer Befunde, was vor Gewalt in der häuslichen Pflege schützt.
- Ein noch engerer Bezug zu Gewalt in der wissenschaftlichen Arbeit zu häuslichen Pflegesituationen und der Konzeption und Begleitung von (Modell-)Projekten.
- Stärkere Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen. Häufig gibt es auch auf Seite der „Täterinnen“ und „Täter“ den Wunsch, aus den Problemen herauszukommen. Hier ist die Art der Ansprache wichtig.

**Arbeitsgruppe 3:****Welche gesetzgeberischen Maßnahmen sind notwendig?  
(Dr. Heidrun Mollenkopf)****Teilnehmende:**

Dr. Heidrun Mollenkopf (BAGSO e.V., Moderation), Katrin Markus (BAGSO e.V.), Dr. Claudia Mahler (Institut für Menschenrechte), Prof. Dr. Dr. h.c. Gisela Zenz (Goethe-Universität Frankfurt), Peter Winterstein (Deutscher Betreuungsgerichtstag), Barbara Riethmüller (wir pflegen e.V.), Christine Schmalkoke (Bundesministerium für Gesundheit), Dr. Siiri Ann Doka (BAG Selbsthilfe)

Für gesetzgeberische Maßnahmen zur Gewaltprävention in der häuslichen Pflege gibt es Schnittmengen in der Zuständigkeit mehrerer Bundesministerien, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz (BMVJ). Das BMVJ war beim Workshop leider nicht vertreten.

**Leitfragen für die Diskussion:**

- *Welche Schritte sind notwendig, um langfristig gesetzgeberische Lücken zu schließen?*

Welche Gesetzeslücken bestehen?

Welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?

- *Wie können diese Empfehlungen umgesetzt werden? Welche Akteure sind in die Ausgestaltung einzubeziehen?*

Wer sollte/kann dafür die Verantwortung übernehmen?

- *Gibt es internationale Anstrengungen, Gewalt in der häuslichen Pflege entgegenzuwirken?*

Inwiefern könnte Deutschland mit entsprechenden Gesetzesanpassungen eine Vorbildfunktion übernehmen?

- *Welche Schritte sind geeignet, um das Ziel langfristig zu erreichen?*

Als Hauptproblem für eine Verankerung von Mechanismen und Ansprüchen, auf die sich Betroffene von Gewalt in der Pflege berufen können, erweist sich der fehlende Erwachsenenschutz. Um zeitnah die seit langem geforderten gesetzlichen Änderungen und Ergänzungen zum Gewaltschutz umzusetzen, müsste der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch machen, die sich auf die Länder und Kommunen auswirkt. Maßnahmen zur Gewaltprävention und zum Erwachsenenschutz sind im Wesentlichen bürgernah zu verorten, d.h. sie müssen in die Verantwortung der Kommunen gelegt werden.

Die Arbeitsgruppe betont dabei Rolle und Verantwortung der Kommunen bei der Umsetzung und Gestaltung der Gewaltprävention und des Erwachsenenschutzes. Sie weist darauf hin, dass die Kommunen zur Erfüllung dieser Aufgabe eine entsprechende Ausstattung benötigen. Im Sinne der im Siebten Altenbericht und der Kommission

Gleichwertige Lebensverhältnisse betonten Verpflichtungen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge, muss guter Pflege und Gewaltprävention ein hoher Stellenwert gewährt werden.

Um gleichwertige Lebensverhältnisse zu erreichen, müssen die Strukturen auf Länder- und kommunaler Ebene einheitlichen Mindest- und Qualitätsstandards in Ausstattung und Pflegeberatung folgen. Dies ist bundesrechtlich sicherzustellen.

Regelungen und Einrichtungen im Kinder- und Jugendschutz sollen für den Bereich des „Altenwohls“ sorgfältig auf Übertragbarkeit geprüft werden. Dies betrifft insbesondere gesetzliche Regelungen zur „Kindeswohlgefährdung“, Institutionen wie Jugendämter und Familiengerichte sowie gesetzliche Melderechte und -pflichten von Gefährdungen für alle Berufe, die mit Kindern zu tun haben.<sup>4</sup>

Die Frage nach der Entscheidungshoheit in Fällen von Gewalt ist ethisch umstritten, da es hierbei um den möglichen Konflikt von Selbstverantwortung und der Verantwortungsübernahme für erwachsene Menschen durch Dritte geht. Hierzu zählt auch die Frage, inwieweit z. B. Ärztinnen und Ärzte zur Meldung von Anzeichen von Gewalt verpflichtet werden sollten oder sogar müssten.

Es wird angeregt, § 7a SGB XI über den Pflegebereich hinaus zu erweitern und

den Beratungsanspruch somit auch für diejenigen zu öffnen, die (noch) keine Pflegeleistungen beziehen. Im Zuge dessen sollten nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch (siehe Ergebnisse AG 1) deren Pflegepersonen als unmittelbar Anspruchsberechtigte mit einbezogen werden. Für Pflegebedürftige und Pflegenden sollten gleiche Rechte gelten.

Außerdem schlägt die Arbeitsgruppe 3 die Erweiterung von Artikel 2 Satz 2 des Grundgesetzes um das Recht auf Gewaltfreiheit vor. Die Diskussion um die Erweiterung des Grundgesetzes würde die Öffentlichkeit für das Thema Gewaltfreiheit und Gewaltschutz sensibilisieren und die Diskussion um die Notwendigkeit eines Erwachsenenschutzrechts gesellschaftspolitisch befördern.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist bisher nur mühsam zu realisieren. Auch in dieser Hinsicht bedarf es einer Überarbeitung der rechtlichen Bestimmungen, um die Rahmenbedingungen mit Blick auf finanzielle Aspekte und die berufliche und soziale Teilhabe berufstätiger pflegender Angehöriger zu verbessern.

In der Gruppe wurde ferner der Austausch der Diskussionsinhalte zum Erwachsenenschutz und zur Gewaltprävention auf den nationalen und internationalen Ebenen vorgeschlagen. Die Arbeit an einer UN-Altenrechtskonvention soll mit Impulsen aus der nationa-

<sup>4</sup> Die Studie zum Projekt VERA der Goethe Universität Frankfurt, das sich unter Leitung von Frau Prof. Dr. Wellenhofer und Prof. Dr. Oswald mit den Rechtsschutzdefiziten und -potentialen bei Gewalt in der häuslichen Pflege beschäftigt, wurde am 21. November 2018 in Berlin vorgestellt (siehe Fußnote 2). Für weitere Informationen, siehe <https://www.uni-frankfurt.de/53969239/VERA>.

len Diskussion vorangetrieben werden. Im Gegenzug kann die Entwicklung der Rechtsordnung in Deutschland von internationalen Prozessen und den Vorbildern in anderen Nationen profitieren.

### **Handlungsempfehlungen in Stichpunkten:**

- Ein Erwachsenenschutzrecht ist langfristig zu etablieren.
- Zur Sicherstellung einheitlicher Mindeststandards soll der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch machen und Regelungen zum Erwachsenenschutz festlegen.
- Für die Kommunen müssen die gebotenen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Aufgaben der Daseinsvorsorge für die älteren Bürgerinnen und Bürger angemessen erfüllen zu können.
- Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes soll um den Passus der Gewaltfreiheit erweitert werden.
- § 7a SGB XI muss um die Rechtsansprüche von Pflegepersonen erweitert werden.
- Länderregelungen müssen mit Bundesgesetzen in Einklang sein und einheitlichen Mindeststandards folgen.
- Die ethischen Aspekte von Eingriffsrechten von außen und fürsorglichem Zwang durch Dritte einerseits und Selbstbestimmung und Selbstverantwortung andererseits bedürfen einer breiten öffentlichen Diskussion, die bisher noch nicht stattgefunden hat.
- Mit gesetzgeberischen Maßnahmen auf nationaler Ebene sollen auch die internationalen Bemühungen um das Recht auf ein gewaltfreies Leben weltweit unterstützt werden.

## V. Zusätzliche Anmerkung

### Beitrag vom Netzwerk Pflegebegleitung

Ein Aspekt, der zwar nicht im Rahmen der Veranstaltung diskutiert, allerdings schriftlich seitens des Netzwerks Pflegebegleitung ergänzt wurde, ist das Engagement von Freiwilligen in der Unterstützung pflegender Angehöriger. Notwendig sei die Entwicklung von Strukturen für die systematische Verbreitung und Sicherung von Bürgerengagement in der Pflege.

Es wird angeregt, hierfür eine Koordinierungsstelle auf Bundes-/Länderebene einzurichten, die sowohl Schulungen und Fortbildungen (für Kommunen) organisiert, als auch Kooperationen im Sinne des Pflege-Mix fördert. Im Rahmen präventiver Hausbesuche könnten „Pflege-Profis“ engagierte Pflegebegleiterinnen und -begleiter in Familien einführen, die

als Vertrauensperson eine kontinuierliche Begleitung des Pflegeprozesses ermöglichen. Dies könne die Prävention von Gewalt in der häuslichen Pflege unterstützen.

Die Etablierung einer organisierten Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen ist mit der Pflegebegleitung nach § 45c SGB XI gesetzlich nicht abgedeckt, da der Bund keine Strukturen fördern darf. Jedoch könnte man über alternative Formate (wie kontinuierliche Projektförderungen für den Aufbau solcher Strukturen, Know-How Transfer usw.) der Umsetzung näherkommen. Vor dem Hintergrund des akuten personellen Engpasses in der ambulanten Pflege müsse ein Konzept für das Freiwilligenengagement im Pflege-Mix erarbeitet werden. ■