

Gewaltprävention bei Demenz in der mobilen Pflege

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Beate Schwaiger

51909171

Begutachter: Mag. Roland Nagel, MBA

Wiener Neustadt, Jänner 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

28.01.2022

Schweige Beate

Abstrakt

Gewalt in der mobilen Pflege gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung ist ein wenig erforschter Bereich. In jeder Situation, wo Menschen in Beziehung stehen, kann Gewalt auftauchen. In Abhängigkeitsverhältnissen ist die Gefahr größer und je gebrechlicher ein Mensch wird, umso wahrscheinlicher widerfährt ihm_ihr Gewalt. Dies geschieht in der mobilen Pflege, in den eigenen vier Wänden der zu betreuenden Person. Allein die Auseinandersetzung und Sensibilisierung zum Thema Gewalt und deren Definition wirkt präventiv. In dieser Arbeit werden anhand einer Literaturrecherche vorhandene Gewaltdefinitionen sowie Primär-, Sekundär-, und Tertiärpräventionsansätze erläutert. Primärprävention ist im Umgang mit Menschen mit einer demenziellen Erkrankung geschult zu sein und Wissen über die Krankheit und deren Verlauf zu haben. Sekundärprävention bedeutet, dass Mitarbeiter_innen der mobilen Pflege gewaltbelastete Situationen erkennen und Alternativhandlungen setzen. Zur Tertiärprävention in der mobilen Pflege zählt das Dokumentieren von Gewaltdelikten gegenüber Menschen mit Demenz und weitere zu verhindern. Festzustellen ist, dass es nach wie vor zu wenig Angebote und Wissen über Gewaltprävention gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in der mobilen Pflege gibt.

Schlüsselbegriffe: Gewalt, demenzielle Erkrankung, Gewaltprävention, mobile Pflege

Abstract

Violence in mobile care against people with dementia is a little-researched area. In any situation where people are related, violence can arise. In dependency relationships, the risk is greater and the frailer a person becomes, the more violence will happen. This is done in mobile care, in the own four walls of the person to be cared for. Only the discussion and sensitization of the topic of violence and its definition has a preventive effect. In this thesis, existing definitions of violence as well as primary, secondary and tertiary prevention approaches are explained based on a literature research. Primary prevention is to be trained in dealing with people with dementia and to have knowledge about the disease and its course. Secondary prevention means that caregivers recognize situations that are subject to violence and take alternative actions. Tertiary prevention in mobile care includes recording violent crimes against people with dementia and preventing future ones. It should be noted that there is still too little information and knowledge about violence prevention against people with dementia in mobile care.

Keywords: violence, dementia, violence prevention, mobile care

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfragen	1
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	2
1.3	Methode.....	3
2	Definition von mobiler Pflege und Hauskrankenpflege	3
3	Formen der Gewalt in mobilen Pflegesituationen	5
3.1	Definitionen von Gewalt	6
3.2	Gewaltformen gegenüber Menschen mit Demenz.....	8
3.2.1	Aktive bzw. direkte Gewalt	10
3.2.2	Passive bzw. indirekte Gewalt.....	12
3.3	Ursachen für Gewalt in mobilen Pflegesituationen	12
3.3.1	Entgrenzter Arbeitsplatz	13
3.3.2	Machtgefüge	14
3.3.3	Frustrationstheorie	14
3.3.4	Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal	15
4	Demenz	15
4.1	Demenzstadien.....	15
4.1.1	Leichte kognitive Störung.....	16
4.1.2	Frühes Stadium.....	16
4.1.3	Mittleres Stadium	16
4.1.4	Spätes Stadium.....	17
4.1.5	Terminales Stadium	17
4.2	Auswirkungen auf das Sozialverhalten	17
5	Gewaltprävention gegenüber Menschen mit Demenz in der mobilen Pflege	19
5.1	Primärprävention, um Gewalt zu vermeiden	20
5.1.1	Professionalität des Pflegepersonals	20
5.1.2	Gewaltpräventive Pflegedokumentation	23
5.1.3	Multiprofessionalität des Pflegeteams	24

5.2 Sekundärpräventionsmaßnahmen, damit das Pflegepersonal gewaltbelastete Situationen erkennt und gewaltfreie Handlungsmethoden anwendet.....	24
5.2.1 Erhöhung der Kompetenzen im Umgang mit Gewalt.....	25
5.3 Tertiärpräventionsmaßnahmen für das Pflegepersonal, um weitere Gewalthandlungen zu verhindern.....	25
6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	26
Literaturverzeichnis	30
Abbildungsverzeichnis	34

1 Einleitung

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind im Pflegealltag oft fordernder aufgrund ihrer nicht nachvollziehbaren Verhaltensweisen. Dies führt auf seitens des Pflegepersonals aus Gründen wie Überlastung, einem zu geringen Einfühlungsvermögen und ausnutzen von Machtverhältnissen, zu Gewalt (Weissenberger-Leduc, 2016, S. 255f).

Gewalt gegen alte (älter als 65 Jahren) Menschen ist ein wenig erforschtes Thema. Gewalt gibt es in allen Lebenslagen und auch gegen ältere Menschen. Aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft und dem nicht realisieren von Gewalt gegen sie, wird es in Zukunft mehr Fälle von Gewalt gegenüber Älteren geben (Hirsch, 2016, S. 107).

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Derzeit leben in Österreich rund 130.000 Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Ein Großteil davon wohnt zu Hause und nimmt zusätzlich zur informellen Pflege, mobile Pflege in Anspruch (www.sozialministerium.at, Abruf am 28.07.2021). Laut Statistik Austria wurden 2019 insgesamt 153.152 ältere Personen durch mobile Dienste (z.B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe) zu Hause betreut (www.statistik.at, Abruf am 28.07.2021). Wie in vielen Lebensbereichen kann es auch in der mobilen Pflege zu Gewalt kommen. Aus Gründen von Angst, Scham und fehlenden Beweismitteln der Opfer und Täter, wird das Thema nicht besprochen (Schünemann, 2020). Gerade im Pflegealltag ist es schwierig die Grenze zwischen noch nicht übergriffigem und übergriffigem Verhalten zu erkennen. In Situationen, in denen es um notwendige Hilfsangebote geht, wie beim Ankleiden oder der Körperhygiene, ist die Grenze nicht immer klar zu ziehen (Graß, Walentich, Rotzschild, Ritz-Timme, 2007). Das Benennen von Gewalt im Pflegealltag ist schwierig, da es sich um ein komplexes Konstrukt aus subjektiver und objektiver Wahrnehmung, äußeren Umwelteinflüssen und gesellschaftlichen Normen handelt. Schünemann (2020) behauptet sogar, dass es überhaupt keine Pflege ohne Gewalt gibt. Vor allem Menschen mit Demenz sind aufgrund ihres veränderten Sozialverhaltens von Gewalt betroffen. Durch Demenz kommt es bei den zu Pflegenden zu einem sich immer mehr veränderten Umgang im Alltag. Dieses Verhalten erfordert oftmals besonders viel Geduld und Einfühlungsvermögen von Seiten der Pflegenden. Durch den dazukommenden Zeitdruck, dem das Pflegepersonal im mobilen Bereich oft ausgesetzt ist, kommt es zu Überforderung und im Folgenden zu gewaltbelasteten Pflegesituationen.

Derzeit gibt es noch keine klar verständliche Definition von Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz. Als konkrete Maßnahmen gegen die Gewalt wird die Formulierung eines gemeinsamen Gewaltbegriffs empfohlen. Hinzu muss sich jede mobile Pflegeeinrichtung verpflichtet fühlen, eine offene Kommunikation zu entwickeln, in der sich Mitarbeiter_innen ohne Angst vor

negativen Konsequenzen zu eigenen aggressiven Handlungen bekennen können. Dazu bedarf es Ansprechpersonen im Unternehmen, die diese Aufgabe verantwortungsvoll übernehmen (Hieber, 2017, S. 62). Wie wichtig Präventionsarbeit gegen Gewalt gegen alte Menschen ist, zeigen die Zahlen aus dem Weltbericht Gewalt und Gesundheit der World Health Organisation (WHO, 2003, S. 22), in dem beschrieben wird, „dass zwischen 4% und 6% der alten Menschen in ihrem eigenen Zuhause irgendeine Form von Misshandlung erleiden“. Internationale Studien sprechen von einer Gewaltprävalenz in Pflegebeziehungen zwischen 1% und 35% bei Menschen ab dem 60. Lebensjahr (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. [MDS], 2017). Gewalt und Gewaltprävention gewinnt im stationären Pflegealltag immer mehr an Bedeutung, im mobilen Bereich, ist dieses Thema noch wenig erforscht.

Welche Definitionen von Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz sind in der mobilen Pflege am passendsten?

Wie äußert sich die demenzielle Erkrankung beim alten Menschen und seinem Verhalten? Welche Formen von Gewalt gibt es im mobilen Bereich? Wie können Mitarbeiter_innen im mobilen Bereich im Umgang mit Demenz Patienten_innen sensibilisiert werden, um Gewaltsituationen zu vermindern? Warum ist gerade die Gewaltprävention im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen so speziell?

Forschungsfrage: Welche Präventionsmaßnahmen können in der mobilen Pflege von demenziell erkrankten Menschen Gewaltsituationen verhindern?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist eine passende Definition für Gewalt in der mobilen Pflege gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu finden. Zuerst wird die mobile Pflege definiert und deren Aufgabengebiete in der mobilen Pflege erklärt. Im Anschluss werden Formen von Gewalt in der mobilen Pflege und Gewalt gegenüber Menschen speziell mit einer demenziellen Erkrankung beschrieben. In Kapitel 3 wird die Krankheit Demenz in ihren Stadien beschrieben und deren Auswirkungen auf das Verhalten der erkrankten Person. In der weiteren Arbeit werden verschiedene Möglichkeiten der Primärprävention aufgezeigt, um Gewalt zu verhindern. Die aufgezeigten Sekundärpräventionsmaßnahmen helfen gewaltbelastete Situationen als solche wahrzunehmen und verschiedene Handlungsalternativen anzuwenden. Die Tertiärprävention fokussiert sich auf das Erfassen von Gewalthandlungen, um weitere zu verhindern.

1.3 Methode

Als Grundlage zur Bearbeitung des Themas wird eine umfassende Literaturrecherche in den Recherchedatenbanken, Springer, Google Scholar, Wisonet und zu den Begriffen „Gewalt in der Pflege“, „Gewalt“, „Stadien der Demenz“, „mobile Pflege“ und „Gewaltprävention“ durchgeführt. Im Rahmen der Arbeit soll der Begriff Gewalt geklärt werden und welche Präventionsmaßnahmen Gewaltsituationen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen verhindern bzw. reduzieren.

2 Definition von mobiler Pflege und Hauskrankenpflege

Die mobilen Pflegedienste bieten im Sinne des Bundesrechtes gemäß § 3 Abs.3 Pflegefondsgesetz, Angebote der Pflege oder der Hospiz- und Palliativbetreuung an. Die mobile Pflege wird in den österreichischen Bundesländern von unterschiedlichen Trägerorganisationen angeboten. Hierbei gibt es unterschiedliche Auslegungen des Tätigkeitsfeldes.

Es ist zwischen medizinischer und sozialer Hauskrankenpflege zu unterscheiden. Die medizinische Hauskrankenpflege soll den Aufenthalt im Krankenhaus infolge einer Krankheit (Versicherungsfall) verhindern bzw. ersetzen und kann maximal vier Wochen in Anspruch genommen werden. Es werden qualifizierte Pflegeleistungen und medizinische Leistungen erbracht, umfassen jedoch keine Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Die Dienstleistung wird von einer_m Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger_in durchgeführt und es bedarf einer ärztlichen Anordnung (www.gesundheitskasse.at, Abruf am 12.10.2021) Bei der sozialen Hauskrankenpflege handelt es sich um die kontinuierliche ambulante bzw. mobile Pflege zu Hause für Menschen mit Langzeitbetreuungsbedarf. Die soziale Hauskrankenpflege kann auch für kürzere Zeit in Anspruch genommen werden (www.oesterreich.gv.at, Abruf am 08.11.2021). Die mobile Pflege kann ihre Leistungen an Menschen aller Altersstufen mit körperlichen, geistigen und psychischen Erkrankungen, sowie Menschen mit Behinderungen und Sterbenden erbringen. Auch wird an der Rehabilitation mitgewirkt. Ziele der mobilen Pflege sind:

- „der Verbleib der pflegebedürftigen Person zu Hause zu ermöglichen
- die stationäre Aufnahme in Krankenanstalten, Alten- oder Pflegeheime zu vermeiden bzw. zu verzögern
- eine frühe Entlassung aus der stationären Versorgung zu ermöglichen
- die Angehörigen bzw. andere Betreuungspersonen zu unterstützen und zu entlasten
- die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten und Isolierung sowie Vereinsamung zu verhindern“

(Spicker & Schopf, 2007, S. 7)

In der sozialen Hauskrankenpflege arbeiten Fachkräfte die nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG BGBl. I Nr.108/1997 dazu befugt sind. Das sind diplomiertes Gesundheits- und Krankenpersonal, Pflegefachassistent_innen und Pflegeassistent_innen (www.mobile-hauskrankenpflege.at, Abruf 08.11.2021). Weiters können aufgrund der beinhaltenden Pflegeassistentenausbildung Berufsgruppen der Sozialbetreuungsberufe gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe Artikel 3 Absatz 2 in der mobilen Hauskrankenpflege tätig sein. Dazu zählen Fach-Sozialbetreuer_innen für Alten-, Familien- oder Behindertenarbeit und Diplom-Sozialbetreuer_innen für Alten-, Familien- oder Behindertenarbeit.

Die Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistenten im extramuralen Bereich sind laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz schriftlich von Ärzt_innen und/oder von Mitarbeiter_innen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals anzuordnen (§83 Abs. 2 S. 4 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Sie umfassen das Mitwirken und Durchführen von Pflegemaßnahmen, welche vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übertragen wurden und das Handeln in Notfällen sowie die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (§83 Abs.1 S.1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Zu den Aufgaben der Pflegeassistenten im Rahmen der Pflege im extramuralen Bereich zählen insbesondere:

- „Durchführung von Grundtechniken der Pflege und der Mobilisation,
- Körperpflege und Ernährung,
- Krankenbeobachtung,
- prophylaktische Pflegemaßnahmen,
- Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen sowie
- Wartung, Reinigung und Desinfektion von Behelfen“

(www.gesundheit.gv.at, Abruf am 08.11.2021)

Im Rahmen der Mitarbeit bei Therapie und Diagnose dürfen im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und schriftlicher Anordnung (im extramuralen Bereich) von diplomierten Pflegepersonen, folgende Tätigkeiten durchgeführt werden:

- „Verabreichung von Arzneimitteln,
- Anlegen von Bandagen und Verbänden,
- Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,

- standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren,
- Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
- Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
- Erhebung und Überwachung medizinischer Basisdaten (z.B. Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht sowie Beobachtung der Bewusstseinslage oder Atmung) sowie
- einfache Wärme- und Lichtanwendungen“

(www.gesundheit.gv.at, Abruf am 08.11.2021)

Einen erweiterten Tätigkeitsbereich haben Pflegefachassistent_innen (PFA): Diese dürfen im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung zu den oben genannten zudem folgenden Tätigkeiten ausüben:

- „Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie z.B. EKG, EEG, Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA), Lungenfunktionstest,
- Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden, Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern,
- Ab- und Anschluss laufender Infusionen, ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung“

(www.gesundheit.gv.at, Abruf am 08.11.2021)

3 Formen der Gewalt in mobilen Pflegesituationen

Der Übergang von Pflegemaßnahmen in der mobilen Pflege und übergriffigem Verhalten seitens des Pflegepersonals ist fließend. In Belangen von Hygiene- und Therapiemaßnahmen führt ein nicht Durchführen zu Pflegemängeln und zur Gefährdung des Gesundheitszustandes. Ein rigoroses Durchführen trotz Widerstands ist als Gewalt einzustufen (Graß et al., 2007, S. 367). Menschen in der mobilen Pflege arbeiten in einem Umfeld, in dem Einfühlungsvermögen und Verständnis ständig präsent sein sollte und setzen sich mit freundlichem und konfliktbelastetem Verhalten auseinander. Das Pflegepersonal im mobilen Bereich muss Verständnis

und Einfühlungsvermögen dem_der zu Pflegenden und den pflegenden Angehörigen gegenüber haben, auch wenn sich die Ansichten der Parteien widersprechen. Von der Illusion der gewaltfreien Pflege im mobilen Bereich kann Abstand genommen werden, denn Gewalt gibt es überall, wo Menschen zusammentreffen und Abhängigkeitsverhältnisse missbraucht werden können (Staudhammer, 2018, S. 24ff). Zu unterscheiden ist zwischen „vermeidbarer und unvermeidbarer Gewalt“. Die vermeidbare Gewalt ist jene, die aus der Aggression der_des Pflegenden heraus entsteht. Das Pflegepersonal fügt der_dem zu Pflegenden Gewalt bewusst zu, aufgrund von Böswilligkeit oder unbewusst, aufgrund von Unachtsamkeit. Die unvermeidbare ist jene Gewalt die von der zu pflegenden Person als solche wahrgenommen wird, ohne dass es von der ausführenden Pflegeperson beabsichtigt wird (Matolycz, 2016, S. 257).

Jede Pflegeperson entscheiden selbst, wie sie sich in den herausfordernden Situationen verhält. Gewaltfördernde Konstellationen durch strukturelle und/oder personelle Missstände sind keine Möglichkeit sein eigenes gewalttätiges Verhalten zu legitimieren oder zu rechtfertigen. Jede_r entscheidet selbst in jeder einzelnen Situationen wie er_sie sich verhält (Staudhammer, 2018, S. 24ff).

3.1 Definitionen von Gewalt

Gewalt klar zu definieren ist schwierig, da Gewalt eine hohe Komplexität aufweist. Gewalt wird demnach je nach Situation definiert und hat in der mobilen Pflege einen anderen Charakter als in der stationären Langzeitbetreuung. Es gibt sehr allgemein formulierte Definitionen die viel Interpretationsspielraum zulassen (Hirsch, 2016, S. 105).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt wie folgt:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischem Schaden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt“ (WHO, 2003, S. 5).

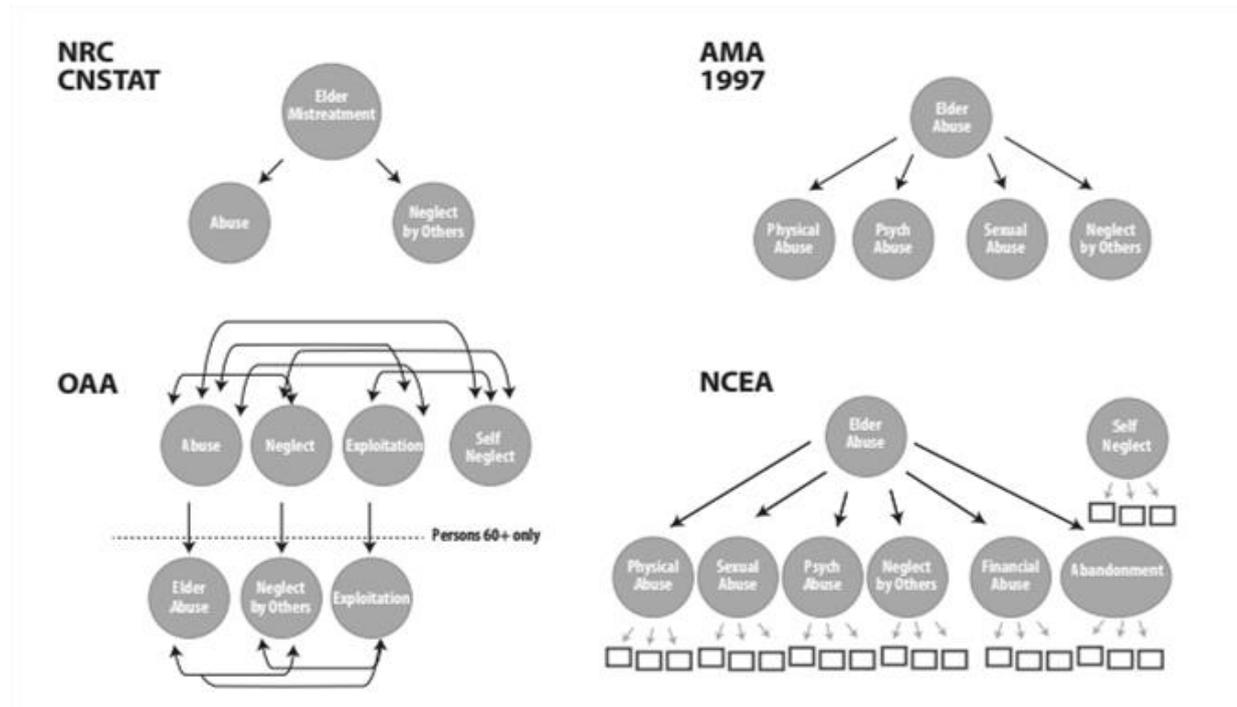
Gewalt gegenüber älteren Menschen definiert die Weltgesundheitsorganisation wie folgt:

„Elder maltreatment is defined as a single or repeated act or lack of appropriate action, occurring within any relationship in which there is an expectation of trust, that causes harm or distress to older people“ (WHO, 2011, S. 1).

Das National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention [NCIPC] (2016) führt in ihrem Werk verschiedene Definitionen von Gewalt gegen Ältere an. Die Autoren beschreiben in ihren Definitionen im Gegensatz zur WHO jeden Faktor von Gewalt detailliert,

um wenig Interpretationsspielraum offen zu lassen. Ziel von NCIPC (2016) mit „Elder abuse surveillance: uniform definitions and recommended core data elements“ ist es, durch die Zusammenführung aller ausführlichen Beschreibungen von Gewaltfaktoren, eine Erfassung und Vergleichbarkeit von Gewalt gegenüber älteren Menschen zu ermöglichen. Mit Hilfe von genauen Definitionen ist eine Weiterentwicklung der Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen gewährleistet. Vier grafische Darstellungen dieser Definitionen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Conceptual models underlying assorted elder abuse definitions



Quelle: NCIPC (2016, S. 20)

Der National Research Council (NRC) skizziert zwei Faktoren bei Gewalt gegenüber gefährdeten Menschen, Missbrauch und Vernachlässigung durch andere. In ihrer genaueren Beschreibung ist jener Personenkreis beschrieben, der diesen Missbrauch oder Vernachlässigung ausführt. Dieser Kreis besteht aus allen nahestehenden und in einem Vertrauensverhältnis stehenden Personen rund um die ältere Person (NCIPC, 2016, S. 18).

Die Definition der American Medical Association (AMA) fokussiert sich auf die verschiedenen Arten von Gewalt gegen ältere Menschen: Physische und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung durch andere. In welchem Verhältnis die anderen zur älteren Person stehen wird nicht genauer beschrieben (NCIPC, 2016, S. 20).

Die Older Americans Act (OAA) zeigt die Einflussfaktoren von Gewalt gegen ältere Menschen, wobei ältere Menschen ab 60 definiert sind. Diese Faktoren sind Missbrauch, Vernachlässigung, Selbstvernachlässigung und Ausbeutung. In Abbildung 1 ist das Zusammenspiel der verschiedenen Einflüsse skizziert (NCIPC, 2016, S. 20).

Am Modell des National Center for Elder Abuse (NCEA) ist die Komplexität von Gewalt gegenüber älteren Menschen ansatzweise erkennbar. Trotz der Aufzählung der verschiedenen Arten von Gewalt, gibt es weitere Unterkategorien, die je nach Situation unterschiedlich sein können (NCIPC, 2016, S. 20).

In ihren detaillierteren Definitionen legen NCEA, OAA und NRC fest, welche Misshandlung und/oder Vernachlässigung durch nahestehenden Personen als Gewalt zu definieren ist. Die AMA verweist nicht darauf, in welchem Verhältnis die ältere Person zum Täter_zur Täterin stehen muss. Dadurch ist eine Unterscheidung zwischen einem allgemeinen Gewaltakt und Gewalt speziell gegen ältere Menschen nicht zu unterscheiden (NCIPC, 2016, S. 16).

Ein weiteres Merkmal dieser Definitionen ist das Miteinbeziehen der Selbstvernachlässigung. Selbstvernachlässigung wird beschrieben, dass eine ältere Person aufgrund ihrer geistigen Beeinträchtigung sich selbst nicht mehr adäquat um seine physischen und psychischen Bedürfnisse sorgen kann (NCIPC, 2016, S. 17).

Eine umfangreiche Definition, mit Erwähnung den geistigen Bedürfnissen, stammt von The American Medical Association (1997):

„An act or omission which results in harm or threatened harm to the health or welfare of an elderly person. Abuse includes intentional infliction of physical or mental injury; sexual abuse; or withholding of necessary food, clothing, and medical care to meet the physical and mental needs of an elderly person by one having the care, custody, or responsibility of an elderly person“ (NCIPC, 2016, S. 17).

3.2 Gewaltformen gegenüber Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz oder einer kognitiven Einschränkung haben ein doppelt so hohes Risiko in ihren eigenen vier Wänden Gewalt zu erfahren wie ältere Menschen ohne kognitive Einschränkungen. Aufgrund der geringen Anzahl an evidenzbasierenden Daten und den vorhandenen Angaben, die meist von Betreuungspersonen stammen, ist diese Annahme hierauf zu niedrig. Am häufigsten erfahren Menschen mit einer demenziellen Erkrankung psychische bzw. emotionale Gewalt. Ältere Menschen mit physischen oder psychischen Beeinträchtigun-

gen sind öfter von Gewalt in der Pflege betroffen als gesunde alte Menschen. Die Gewalthandlung geht unter anderem meist von bezahlten Betreuungspersonen und Anbietern von Gesundheits- und Pflegeleistungen aus (Gebhard, 2019, S. 260).

Es werden zwei große Gruppen der Gewaltformen unterschieden: die aktive (direkte) und die passive (indirekte Gewalt). Im „Gewaltdreieck“ wird das Zusammenspiel von personeller, struktureller und kultureller Gewalt dargestellt. Man unterscheidet dabei, ob die ausgeübte Gewalt einer Person direkt zugewiesen werden kann (personell) oder ob die Gewalt indirekt ist und keiner bestimmten Person nachgewiesen werden kann (strukturell und kulturell) (Schünemann, 2020, S. 114 & 127).



Quelle: Schünemann (2020, S. 114)

Anmerkung: Gewaltdreieck John Galtung (1975) erweitert durch Alexandra Schünemann

Die in Abbildung 2 dargestellte kulturelle Gewalt bezieht sich auf die oft negativen Vorurteile gegenüber demenziell erkrankten Menschen. Diese Vorurteile fördern die personelle und strukturelle Gewalt (Hirsch, 2016, S. 106).

Weitere Ausprägungen von direkter Gewalt (3.2.1 Aktive bzw. direkte Gewalt) sowie von struktureller Gewalt (3.2.2.1 Strukturelle Gewalt) sind im Folgenden genauer ausgeführt.

3.2.1 Aktive bzw. direkte Gewalt

Die aktive bzw. direkte Form der Gewalt richtet sich immer direkt gegen eine Person in Form einer tätlichen Handlung oder der aktiven und passiven Vernachlässigung ausgehend von einer anderen Person (Gebhard, 2019, S. 258). Hierzu zählt auch das Einschränken des freien Willens, beispielsweise wenn Betroffene nicht selbst über ihre Kleidung oder ihren Wohnort bestimmen können (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 55f).

3.2.1.1 Physische Gewalt

Physische Gewalt durch Übergriffigkeiten richtet sich immer direkt an die Person und wird durch Hämatome, Prellungen, Quetschungen oder Brüche sichtbar. Diese erkennbaren Folgen werden durch Schläge, Treten oder Festhalten verursacht. Des Weiteren zählen zur physischen Gewalt das Überdosieren von Medikamenten wie Sedativa (Schünemann, 2020, S. 115f). Die Folgen von dieser bewussten Sedierung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kann zu „Desorientierung, Bettlägerigkeit, Mangelernährung, Exsikkose und Polyg-
ragmasie“ führen. Dies bedeutet das bewusst eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes in Kauf genommen wird (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 53). Zur physischen Gewalt zählen weiters unsachgemäße Fixierung sowie Zwangsernährung über eine Sonde (Schünemann, 2020, S. 115f). Die Untermedikation bei Schmerzmitteln, da davon ausgegangen wird, dass der_ die Patient_in aufgrund der Demenz ein geringes Schmerzempfinden hat, zählt ebenso zur physischen Gewalt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2021, S. 14). Weitere Beispiele für physische Gewalt bei Menschen mit Demenz sind:

- „ein ruckartiges Aufsetzen mit Schwung ohne Adaptionzeit
- schnell und mit einem Griff transferieren
- bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens nicht auf den Rhythmus des alten Menschen eingehen, sondern im eigenen Rhythmus arbeiten
- Verwendung eines Therapietisches am Rollstuhl ohne ersichtliche Nutzung
- Einklemmen des Rollstuhls zwischen Wand und Tisch, sodass sich die Person mit Demenz nicht selbstständig bewegen kann“

(Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 51f)

3.2.1.2 Psychische/emotionale Gewalt

Psychische Gewalt ist auf den ersten Blick nicht sichtbar. Taten wie Drohungen, Beschimpfungen, Reden in Babysprache oder respektloser Umgang hinterlassen keine offensichtlichen Spuren. Auf der Seele und emotionalen Ebene verursachen sie dennoch Schaden (Schünemann, 2020, S. 121). Zur emotionalen Gewalt zählen ebenfalls Demütigung, Isolierung, Ein-

schüchternungen, zur Machtlosigkeit verurteilen, Beschimpfungen, Ausdrücken von Verachtung, Schikanierung und das Selbstbestimmungsrecht verweigern (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 54ff).

3.2.1.3 Psychische Vernachlässigung

Psychische Vernachlässigung tritt dort auf, wo notwendige Pflegehandlungen ohne jegliche emotionale Zuwendung von Pflegepersonen durchgeführt werden. Der_die zu Pflegenden bekommt keine andere Aufmerksamkeit als die stupide Durchführung von Pflegemaßnahmen (BMSGPK, 2021, S. 14).

3.2.1.4 Finanzielle Gewalt

Finanzielle Gewalt ist oft in Kombination mit physischer und psychischer Gewalt zu finden. Neben Diebstahl von Eigentum des_der zu Pflegenden zählen das Ändern von Testamenten, Veruntreuung von Geld und verschiedener anderer Geldleistungen, zur finanziellen Gewalt (Schünemann, 2020, S. 124). Weissenberger-Leduc & Weiberg (2011, S. 55) beschreiben die finanzielle Ausbeutung bei Menschen mit Demenz, indem Eigentum ohne Zustimmung verkauft wird, das Pflegegeld nicht für Behelfsmittel, die eine gute Pflege gewährleisten, herangezogen wird sowie die unsachgemäße Anwendung von Pflegehilfsmitteln wie Medikamenten.

3.2.1.5 Aktive/passive Vernachlässigung

Vernachlässigung, absichtlich oder unabsichtlich, umfasst alle Ablehnungen oder Versäumnisse von qualitativen und bedarfsorientierten Pflegemaßnahmen (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S.56). Die aktive Form dieser Art von Gewalt äußert sich durch das bewusste Unterlassen einer Hilfe- oder Betreuungsleistung (Schünemann, 2020, S. 123). Zur passiven Vernachlässigung zählt die inadäquate Gestaltung und Beschaffenheit des Wohnraums für Demenz Betroffene (BMSGPK, 2021, S.13) und das nicht Erkennen des notwendigen Unterstützungsbedarfs (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 56). Des Weiteren zählen das nicht sichtbar Hinstellen von alltäglich notwendigen Gegenständen (BMSGPK, 2021, S.13) oder unpassend langes Alleinlassen des älteren Menschen (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 56).

3.2.1.6 Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt beinhaltet jeden nichteinvernehmlichen sexuellen Kontakt. Wenn die Person nicht in der Lage ist eine Einwilligung zu geben, so ist jeglicher sexueller Kontakt oder Handlung als Missbrauch anzusehen. Dies beinhaltet alle sexuellen ungewollten Übergriffe und Berührungen, Vergewaltigung, Sodomie, erzwungene Nacktheit und sexuell anmutiges Fotografieren (NCIPC, 2016, S. 19). Aber auch anzügliche Bemerkungen über Körperteile oder Verhalten wird als sexuelle Gewalt verstanden (Schünemann, 2020, S. 126).

Bei Frauen mit einer demenziellen Erkrankung ist zu bedenken, dass sie den 2. Weltkrieg noch erlebt haben. Daher kann das Waschen durch einen jungen Pfleger Erinnerungen an eine Vergewaltigung in dieser Zeit erinnern und ungewollt in sexuelle Gewalt ausarten (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 52).

3.2.2 Passive bzw. indirekte Gewalt

Die passive bzw. indirekte Form der Gewalt äußert sich nicht direkt von einer Person gegen eine andere und ist nicht eindeutig zu erkennen. Die passive Gewalt wird durch politische Strukturen und/oder Einrichtungsstrukturen forciert. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden beispielsweise unter dem Deckmantel der Notwendigkeit mit der Zeit zur Routine und nicht mehr hinterfragt. Daraus lässt sich schließen, dass im Endeffekt wieder direkte Personen diese Art der Gewalt ausführen (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 77ff).

3.2.2.1 Strukturelle Gewalt

Diese Art von Gewalt wird nicht direkt von einer Person ausgeführt. Sie entsteht vielmehr langsam im System und wirkt sich verallgemeinernd aus (Hirsch, 2016, S. 106). Da die strukturellen Gegebenheiten statisch und unveränderbar für das Pflegepersonal erscheinen, wird dies auch als Begründung für gewalttätiges Handeln herangezogen bzw. wird das eigene unangemessene Verhalten nicht als Gewalt erkannt. Strukturelle Gewalt tritt demnach nicht phasenweise auf, sondern ist eine ständige Gegebenheit. Jede strukturelle Gewalt benötigt jedoch Menschen, die in diesen Strukturen arbeiten und demnach handeln. Würde es diese Menschen nicht geben, könnte auch die Struktur nicht zu Gewalt führen (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 78f).

3.2.2.2 Kulturelle Gewalt

Unter kultureller Gewalt werden die negativen individuellen Wertvorstellungen und Vorurteile gegenüber älteren Menschen verstanden wie Ageism und Akzeptanz von Gewalt (Hirsch, 2016, S. 105). In Bezug auf Demenz, ist dies die negative Darstellung der demenziellen Erkrankung oder Tabuisierung. Menschen mit Demenz werden ausgegrenzt, da sie in der leistungsorientierten Gesellschaft keinen passenden Platz finden. Im fortgeschrittenen Stadium wird ihnen die Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen aufgrund ihres unpassenden Verhaltens oder des vermuteten nahestehenden Todes verwehrt (Gebhard & Mir, 2019, S. 57f).

3.3 Ursachen für Gewalt in mobilen Pflegesituationen

Personen, die in der mobilen Pflege arbeiten, sind besonderen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Zeitdruck ist dabei nur ein Faktor, der dem Personal in der mobilen Pflege zusetzt. Hinzu

kommt der fehlende Austausch unter Kollegen_innen. Emotional belastende Situationen können nur in der Freizeit und meist telefonisch mit Kollegen_innen reflektiert werden, da Teamsitzungen nicht zeitnah stattfinden. Zu den emotionalen Belastungen kommen die körperlichen Belastungen hinzu, die aufgrund fehlender technischer, aber auch menschlicher Unterstützungsmöglichkeit allein bewältigt werden müssen. Zu erwähnen ist auch die gesellschaftliche geringe Anerkennung der Pflegeberufe im Allgemeinen. Um die Professionalität des Pflegeberufs zu steigern, wird auf genaue Dokumentation gesetzt. Die dafür benötigte Zeit steht dem Pflegepersonal jedoch nicht zur Verfügung, weshalb Pflegepersonen in ihrer Freizeit dokumentieren. Allein die gute Beziehung zu den Führungskräften kann als positiver Aspekt in der mobilen Pflege angeführt werden. All diese Faktoren führen zu einem hohen Belastungslevel des Pflegepersonals in der mobilen Pflege (Krenn, Papouschek & Simsa, 2004, S. 8ff).

Aus der Studie Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen– Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik geht hervor, dass sich 57,9% der Befragten durch den Zeitdruck belastet oder stark belastet fühlen (Simsa, 2004, S. 65).

Ursachen für Gewalt sind Überforderung durch geringes Wissen über das Krankheitsbild Demenz und eigene Gewalterfahrung der Pflegenden (Hieber, 2017, S.62). Ein nicht Akzeptieren der Krankheit und in weiterer Folge die Unterstellung des bewussten und böswilligen Fehlverhaltens des Patienten führen zu Gewalt (BMASK, 2021, S.14).

3.3.1 Entgrenzter Arbeitsplatz

Die mobile Pflege ist ein besonderer Tätigkeitsbereich. Das Pflegepersonal fährt allein zu den Familien nach Hause. Das bedeutet das Arbeitsfeld des Pflegepersonals ist der Privatbereich des_der zu Pflegenden und dessen_deren Angehörigen. Die_der Pfleger_in müssen sich jeden Tag neu auf die Gegebenheiten des jeweiligen Haushalts einstellen und sich zurechtfinden. Eine adäquate Ausstattung für rückschonendes Arbeiten, wie ein höhenverstellbares Krankenbett oder Hebelifter zur Mobilisierung des_der zu Pflegenden, sind nicht immer gegeben. Trotz hygienisch nicht einwandfreien Zuständen hat das Pflegepersonal dessen Hygienevorschriften einzuhalten. Hinzu kommt, dass das Pflegepersonal auch die Stimmungen der Familien wahrnimmt oder bei Konflikten miteinbezogen oder um Rat gefragt wird (Glaser & Höge, 2005, S.16). Ein gutes Mittelmaß zwischen Abgrenzung und Beziehungsaufbau zu finden, welches für eine gute Pflegequalität sorgt, ist im mobilen Bereich eine unumgängliche Kompetenz. Diese Entgrenzung der Arbeit führt dazu, dass der Pflege im häuslichen Umfeld

schwer eine Professionalität zugeschrieben werden kann. Indem die Tätigkeiten hauptsächlich von Frauen durchgeführt werden, wird die Kompetenz des Umsorgens und emphatischer Zuwendung, welche eher Frauen zugesprochen wird, unentgeltlich in Anspruch genommen. Die Leistungen des Pflegepersonals im mobilen Bereich sind schwerer messbar als Kompetenzen in Arbeitsfeldern mit einem strukturierten Arbeitsbereich (Krenn et al., 2004, S. 11f).

3.3.2 Machtgefüge

In jeder Pflegebeziehung herrscht ein ungleiches Machtgefüge. Die_der zu Pflegende ist auf die Pflegeperson angewiesen, durch die Tatsache das er_sie Hilfe in den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt. Zudem wird der Zeitpunkt, wann diese Hilfeleistung passiert, vom Pflegepersonal bestimmt. Nicht außer Acht zu lassen ist die Tatsache, dass der_die zu Pflegenden sich den_die Pfleger_in nicht aussuchen kann und sich auf unterschiedliche Charaktere bei Vertretungen (Urlaub und Krankenständen) einstellen muss. Hier muss der_die zu Pflegende Vertrauen zu Menschen aufbauen die ihm_ihr sympathisch, aber auch unsympathisch sein können. Diese Ungleichheit setzt Vertrauen auf beiden Seiten voraus. Ist dieses aus verschiedensten Gründe nicht gegeben, führt dies zu Konflikten (Schünemann, 2020, S. 3ff). Pflegepersonen können in Situationen machtlos oder machtvoll reagieren. Machtvoll wird als empathisch, zielorientiert und beziehungsgestaltend beschrieben. Machtlos hingegen wird als nur nach den eigenen Bedürfnissen und auf Situationen reagierend handelnd und beziehungs-hemmend beschrieben. Machtvoll ist demnach der positive Einsatz von Macht in der Pflege, da Macht grundsätzlich eine neutrale Position ist und erst durch die ausführende Person negativ oder positiv wird (Staudhammer, 2018, S. 15f).

3.3.3 Frustrationstheorie

„Frustration ist die Nichtbefriedigung eines Bedürfnisses, eines Triebs oder einer Motivation“ (Staudhammer, 2018, S. 27). In der Pflege gibt es, ebenso wie in allen Gesundheitsberufen, eine hohe Anzahl an Frustrationsmöglichkeiten. Die Pflege von Menschen mit Demenz im mobilen Bereich erhöhen die Vielzahl der Möglichkeiten noch weiter. Die Frustrationsgrenze der Pflegepersonen muss notgedrungen weiter nach oben versetzt werden. Reichen die Bewältigungsstrategien nicht mehr aus, äußert sich dies in erlebter Hilflosigkeit, Demotivation und Ohnmachtsgefühlen und in weiterer Folge in Gewalt durch Beschimpfungen oder Handgreiflichkeiten. Diese Gewalt kann die Pflegeperson auch gegen sich selbst richten, indem sie ein Suchtverhalten entwickelt (Staudhammer, 2018, S. 28f).

3.3.4 Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal

Pflegepersonen sind in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen mit aggressivem oder gewalttätigem Handeln konfrontiert. Dazu gibt es wenig Daten, da gewaltbelastete Vorkommnisse vom Personal aufgrund von Scham oder der Akzeptanz nicht dokumentiert werden (Gebhard, 2019, S. 262).

4 Demenz

Demenz und der Verlauf der demenziellen Erkrankung ist individuell und lässt sich nicht standardisiert beschreiben. Allgemein lässt sich bei Betroffenen eine zeitliche und örtliche Beeinträchtigung zu Personen und Situationen erkennen, die die Fähigkeit diese zu verstehen und zu beurteilen, beeinflusst (Langner, 2021, S. 13). Ausgehend vom Symptomverlauf lassen sich die primäre (degenerative) Demenz, zu welcher der Alzheimer-Typ zählt, und die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz unterscheiden. Die primäre Demenz verläuft meist schleichend und ist die Folge einer Erkrankung des Gehirns. Die vaskuläre Variante tritt meist plötzlich auf, ausgelöst von kleinen Infarkten, und verläuft in Schüben, durch die sich die Fähigkeiten immer weiter verringern. Im Krankheitsverlauf entwickelt sich meist eine Mischform aus primärer und vaskulärer Demenz (Matolycz, 2016, S. 55f). Neben den beschriebenen Demenzarten gibt es noch Frontotemporale Demenz, Demenz bei Morbus Parkinson und Lewy-Körperchen Demenz. Diese 5 sind die am häufigsten auftretenden Demenzformen (Hoffmann, 2019, S. 20).

4.1 Demenzstadien

Für Angehörige und Betroffene ist es nicht einfach den Unterschied zwischen normaler altersbedingter Vergesslichkeit und Anzeichen einer demenziellen Erkrankung zu erkennen. Die nachstehenden Beschreibungen sollen einen Überblick verschaffen, Anzeichen, vor allem im frühen Stadium, zu erkennen. Die angeführten Stadien beschreiben den möglichen Verlauf der Alzheimer-Demenz (Matolycz, 2016, S. 65).

Feil definiert die Stadien der Demenz in 1. mangelhafter oder unglücklicher Orientierung an der Realität, 2. Zeitverwirrung, 3. sich wiederholenden Begegnungen und 4. das Vegetieren (Rainer & Krüger-Rainer, 2007, S. 351ff). Stadium 1 wird beschrieben, indem dass die Betroffenen die Realität der bedrohenden Verluste nicht akzeptieren wollen und unter allen Umständen versuchen die Kontrolle zu behalten. Dies kann mit Beschuldigungen und Unterstellungen anderen gegenüber versucht werden. Stadium 2 zeichnet sich durch vermehrten Rückzug aus wodurch die Gegenwart immer weniger wahrgenommen wird. Dadurch gehen Kontrolle und Kommunikationsfähigkeit verloren. In Stadium 3 wird die fehlende verbale Kommunikation durch wiederholende Bewegungen ersetzt. Diese können Gefühle oder Bedürfnisse

widerspiegeln. Stadium 4 ist der vollkommene Rückzug in sich selbst. Von außen ist augenscheinlich kein Kontakt mehr möglich (Kojer, Guthenthaler & Schmidl, 2007, S. 428ff).

4.1.1 Leichte kognitive Störung

Es handelt sich hierbei um eine leichte Veränderung des Gedächtnisses, welche bei einem Test noch nicht nachweisbar ist. Die Arbeitsfähigkeit ist nur durch Anstrengung möglich und das Risiko an Alzheimer zu erkranken ist erhöht (www.alzheimer-forschung.de, Abruf am 12.10.2021). Die Unterscheidung, ob diese Veränderungen pathologisch sind oder nicht, liegt im Detail. Als normal kann das Vergessen eines Datums bei immer gleichen Tagesabläufen eingestuft werden. Anzeichen von Demenz wären jedoch, wenn der_ die Betroffene sich vermeintlich plötzlich an einem fremden Ort befindet, ohne zu wissen wie er_ sie dort hingekommen ist und auch den Rückweg nicht mehr findet. Auch das Entfallen von Worten oder Namen ist nichts Symptomatisches, außer es werden Wörter unpassend aneinander gereiht ohne jeglichen Zusammenhang. Weiters ist das Vergessen oder Liegenlassen von Gegenständen gewöhnlich. Fraglich wird es, wenn wichtige Alltagsgegenstände wie Schlüssel oder Medikamente im Kühlschrank oder in der Waschmaschine liegen, und es keine Erinnerung gibt, wie diese dort hingelangt sind (Matolycz, 2016, S. 66).

4.1.2 Frühes Stadium

In diesem ersten Stadium treten Gedächtnisstörungen des Kurzzeitgedächtnisses sowie räumliche und zeitliche Desorientierung auf. Die Patienten_innen merken das etwas nicht stimmt, können Gesprächen nicht mehr folgen oder haben Schwierigkeiten bei Alltagshandlungen wie beispielsweise beim Wäsche aufhängen. In der Folge ziehen sie sich zurück, was zu Stimmungsschwankungen oder Depressionen führen kann (www.alzheimer-forschung.de, Abruf am 12.10.2021).

4.1.3 Mittleres Stadium

Im zweiten Stadium ist neben dem Kurzzeitgedächtnis auch das Langzeitgedächtnis betroffen. Die Patienten_innen können sich nicht mehr an die eigene Lebensgeschichte erinnern. Manchmal erinnert sich der_ die Patient_in plötzlich an Situationen aus der Kindheit oder Jugend, als wäre es gerade eben passiert. Die zeitliche und örtliche Orientierung ist sehr stark beeinträchtigt, sodass das Zurechtfinden in der eigenen Wohnumgebung schwerfällt. Die zusätzliche Veränderung der Persönlichkeit und der gestörte Tag- Nacht-Rhythmus führen zu Gereiztheit, Misstrauen und aggressivem Verhalten der betroffenen Person (www.alzheimer-forschung.de, Abruf am 12.10.2021).

4.1.4 Spätes Stadium

Im dritten Stadium sind der gesamte Körper und Geist der_ des Patienten_in von der Krankheit betroffen. Schluckstörungen, Inkontinenz, Sprachverlust und ein geschwächtes Immunsystem beeinträchtigen die Patienten_innen so weit, dass sie rund um die Uhr Pflege benötigen (www.alzheimer-forschung.de, Abruf am 12.10.2021). In diesem Stadium kann der_ die Betroffene auch ständig zügellos schreien oder rufen und halluzinieren (Matolycz, 2016, S. 65).

4.1.5 Terminales Stadium

Im vierten Stadium sind die demenziell erkrankten Personen größtenteils bettlägerig sowie harn- und stuhlinkontinent. Die verbale Kommunikation ist nicht mehr möglich und aufgrund der geringen Bewegungsfähigkeit einem erhöhten Dekubiti- und Pneumonierisiko ausgesetzt (Matolycz, 2016, S. 65).

4.2 Auswirkungen auf das Sozialverhalten

Die Demenz führt je nach Stadium zu kognitiven Störungen, somatischen Störungen sowie zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen wie lärmendes Verhalten. Psychische Störungen und Verhaltensstörungen sind für das Pflegepersonal besonders fordernd und zeitintensiv, wenn jedes Fehlverhalten auf die demenzielle Erkrankung geschoben wird, ohne auf die wirkliche Ursache einzugehen (Kojer & Gutenthaler, 2016, S. 28).

Je nach Stadium der Demenz verhalten sich die Patienten_innen unterschiedlich herausfordernd für das Pflegepersonal. Für die betroffenen Menschen ist die Reaktion des Pflegepersonals nicht nachvollziehbar. Denn die Menschen mit demenzieller Erkrankung leben in einer anderen bzw. in ihrer Realität, nicht in der Realität des Pflegepersonals. Ständiges lautes Rufen, weist darauf hin, dass der_ die zu Pflegenden jemanden sucht oder braucht. Weglauftendenzen können mögliche Alltagsroutinen aus dem Arbeitsleben widerspiegeln. Aggressives Verhalten wird durch für den Patienten nicht nachvollziehbares Verhalten seitens der Pflegeperson ausgelöst (Kojer & Gutenthaler, 2016, S. 208ff). Frauen und Männer mit einer demenziellen Erkrankung zeigen ihr Bedürfnis nach Sexualität, jedoch äußerst unterschiedlich. Männer sprechen offen und eindeutig über ihre Wünsche, meist gegenüber weiblichen Pflegepersonen. Frauen hingegen umschreiben ihre Bedürfnisse oder projizieren sie auf andere, sodass es für das Pflegepersonal schwerer nachvollziehbar ist, welche Wünsche die betroffene Person hat und wie diese gestillt werden können. Wichtig ist in jedem Fall, dass das Pflegepersonal seine Grenzen kennt, dennoch gewillt ist, einfühlsam und anhand der Biographie der jeweiligen Person auf die Bedürfnisse einzugehen, und versucht Möglichkeiten zu finden, diese zu stillen (Sramek, 2016a, S. 185ff).

Bei beginnender Demenz versuchen die Betroffenen ihre Defizite so lange wie möglich zu verstecken. Dies äußert sich, indem Personen zu Unrecht von den demenziell erkrankten Menschen beschuldigt werden, ihnen etwas entwendet zu haben oder dass sie beispielsweise nicht ausreichend zu essen bekommen. Diese Aussagen sind symbolisch und es steckt meist ein unbefriedigtes Gefühl nach Aufmerksamkeit, Anerkennung oder Ansehen dahinter (Sramek, 2016b, S. 19ff). Menschen mit einer noch leichten Demenz interpretieren Umweltgeräusche fehl. Dies muss bei der täglichen Pflege berücksichtigt werden, damit Missverständnisse und Überforderung des_der zu Pflegenden vermieden werden (Dietz, Kohl, Mayer, Metzger, Förstl & Diehl-Schmid, 2018, S. 495)

Bei mittlerer Demenz versucht der Betroffene nichts mehr zu verheimlichen oder vorzutäuschen. Die Sprache besteht aus Lauten und Silben in Kombination mit Bewegungsabläufen. Der_die Betroffene befindet sich in einer Realität, in der die Vergangenheit und Gegenwart ineinander verschwimmen. Für die Pflegeperson entsteht die Herausforderung in diese Zeitspannen einzutauchen, um adäquat auf die Person einzugehen. Eine Puppe ist kein Spielzeug, sondern kann einen unerfüllten Kinderwunsch in der Realität des Erkrankten Wirklichkeit werden lassen (Sramek, 2016b, S. 19ff).

Bei schwerer Demenz erfolgt die Kommunikation ausschließlich über den Körper. Jedes Verhalten muss beobachtet und versucht zu interpretiert werden. Schmerzen oder psychische Belastungen können hinter ein und demselben Verhalten stehen. Ist das Verhalten noch so störend, ist darauf einzugehen und zu versuchen, die Ursache zu finden. Ursachen können körperlicher Natur sein, wie Hunger, Durst oder Medikamentennebenwirkungen und vieles mehr. Zudem können Umwelteinflüsse den desorientierten Menschen negativ beeinflussen und zu aggressivem oder abwehrendem Verhalten führen. Gründe dafür können Einsamkeit, Reizarmut oder -überflutung, drückende Kleidung, Mangel an Aufmerksamkeit und vieles andere sein (Kojer & Gutenthaler, 2016, S. 28f).

Betrachtet man das Verhalten und den Alltag von Menschen mit Demenz mit der Konsistenztheorie nach Grawe (2000), werden ähnliche Beispiel für das veränderte Sozialverhalten der Erkrankten angeführt. Hier wird auf vier unterschiedliche Grundbedürfnisse des Menschen eingegangen,

- „Bindung
- Selbstwert
- Ordnung und Kontrolle
- Lustgewinn und Unlustvermeidung“

(Langner, 2019, S. 2)

Die Konsistenztheorie beschreibt, dass Menschen mit Demenz Beziehungen oder Bindungen nicht mehr selbstständig aufbauen können. Die Beziehungsarbeit muss vom Pflegepersonal

ausgehen und die demenziellen erkrankten Menschen müssen individuell in die Beziehung mit einbezogen werden. Ein Grund der mangelnden Beziehungsaufbaufähigkeit, ist der Verlust des Selbstwertes von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Sie verlieren nach und nach das Gespür für sich selbst und ihre Umwelt. Lautes Rufen kann auch ein Rufen nach sich selbst sein, um sich selbst wahrnehmen zu können. Ein ständiges Hinterherlaufen ist w-möglich als Zeichen für Suchen nach Nähe zu interpretieren. Kann sich der Mensch nicht mehr selbst wahrnehmen, verliert er die Kontrolle und Ordnung über seinen Alltag. Diese Erkenntnis oder das Gefühl keine Kontrolle mehr zu haben, führt bei den Betroffenen zu Ängsten. Sie können nicht mehr selbstständig ihr Leben kontrollieren oder darüber bestimmen. In weiterer Folge beeinträchtigt dieser Kontrollverlust auch die Lebensqualität. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung können ab einem gewissen Stadium keine Zukunftspläne konkretisieren. Hier gilt es durch aktives Zuhören und Achten auf Mimik und Gestik des Menschen, Lustgewinn und Unlustvermeidung im Alltag zu verstärken (Langner, 2021, S. 13ff).

In Situationen in denen der_die zu Pflegenden die Pflegeperson beschuldigt, ihm etwas entwendet zu haben oder ihm kein Essen zu geben, handelt es sich um symbolische Sprache. Diese Symbole können für Menschen, Dinge, Situationen, Erlebnisse oder Bedürfnisse stehen. Das Pflegepersonal muss in solchen Situationen erkennen, dass die Aussagen auf ein Bedürfnis hinweisen, welches gestillt gehört. Ein Eingehen auf die Gefühlslage und ein Vermeiden des Korrigierens und Diskutierens erspart sowohl dem Pflegepersonal als auch der demenziell erkrankten Person viel Energie. Weiters wird die erkrankte Person in ihrem Selbstwert nicht verletzt, was wiederum auf das Fortschreiten der Demenz mildernd wirkt (Sramek, 2016b, S. 24).

5 Gewaltprävention gegenüber Menschen mit Demenz in der mobilen Pflege

Trotz aller negativ behafteten Verhaltensmuster sind Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, Persönlichkeiten, die ihr Leben genießen wollen und können. Hierfür benötigen sie je nach Stadium unterschiedliche Unterstützung. Um eine gute Pflege anbieten zu können, muss das Personal Einfühlungsvermögen und Verständnis für das Krankheitsbild aufbringen. Dies ist möglich, wenn im Vorfeld Biographiearbeit über jeden_r Einzelne_n durchgeführt wurde und Verbindungen zu Verhaltensmustern hergestellt und verstanden werden. Dafür benötigt es in der Arbeit mit Menschen mit einer demenziellen Erkrankung Geduld und Zeit. Je mehr Wissen über die Krankheit und die Person vorhanden ist, umso geringer ist die Belastung von verändertem Sozialverhalten im Arbeitsalltag (Gebhard & Mir, 2019, S. 5ff).

Von Menschen mit Demenz kann auch Gewalt ausgeübt werden. Diese Tatsache soll jedoch nicht als Rechtfertigung für Gewalt gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung dienen. Dennoch dient sie als Hinweis mit Schuldzuweisungen sparsam umzugehen (Gebhard, 2019, S. 262). Mit dem Wissen das Gewalt ein sehr komplexes Konstrukt ist, benötigt jede Situation eine Analyse, wie sie in Zukunft gewaltfrei stattfinden kann. Schuldzuweisungen sind nicht zielführend, sondern verhindern, dass Menschen eingestehen Gewalt erfahren oder ausgeübt haben (Staudhammer, 2018, S. 136ff).

Die Evaluierung der Wirksamkeit der Interventionen zur Gewaltprävention gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung richtet sich an die nachweisliche Sensibilisierung gegenüber Gewalt in der Pflege und an ein besseres Verständnis der Erkrankung und ihre Auswirkungen von Demenz aber nicht auf die Vermeidung von Gewalt (Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo, 2016). Um Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz verhindern zu können, bedarf es ergänzend zu (Beziehungs-)Qualität in der Pflege, eine gesellschaftliche, ökonomische, politische und institutionelle Verbesserung der Rahmenbedingungen und Auflösung der Geschlechterrollen (Staudhammer, 2018, S. 7). Derzeit gibt es noch keine eindeutigen Studienergebnisse, dass Gewaltpräventionsprojekte auch wirklich Gewalt verhindern. Belegt ist, dass eine offener und vertrauensvoller Umgang mit Gewalt sowie eine hohe Mitarbeiter_innenzufriedenheit präventiv gegenüber Gewalt wirken (Staudhammer, 2018, S. 73).

„Die Umwelt muss sich auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz einstellen und nicht umgekehrt.“ (BMSGPK, 2021, S. 20)

5.1 Primärprävention, um Gewalt zu vermeiden

Zur Primärprävention zählen alle Maßnahmen zur Sensibilisierung zum Thema Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz. Dies betrifft alle an der Pflege beteiligten Personen von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Darüber hinaus zählt dazu ein offener Umgang in der Gesellschaft zu diesem Thema (Gebhard, 2019, S. 263f). Studien zeigen keinen eindeutigen Beweis, dass Maßnahmen und Schulungen zum Thema Gewalt diese auch verringern. Erwiesen ist jedoch, dass nach Schulungen von Pflegepersonen in Langzeitbetreuungseinrichtungen die Bewohner-zu-Bewohner Gewalt öfter erkannt wurde (Baker et al., 2016).

5.1.1 Professionalität des Pflegepersonals

Wichtig für professionelles Arbeiten mit Menschen mit Demenz ist ein bewusster Umgang mit dem Thema Gewalt. Klare Definitionen und Schulungen sensibilisieren das Personal rund um das Thema Gewalt in der Pflege und befreien dieses Thema aus dem Tabubereich (Hieber,

2017, S. 62). Zusätzlich zu ihrer Grundausbildung brauchen Pflegende, die mit Menschen mit einer demenziellen Erkrankung arbeiten, folgende Fertigkeiten:

- „Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Empathie, Verständnis und Einfühlungsvermögen
- Zeitgeschichtliches Wissen (wichtig für die Biographiearbeit)
- Flexibilität im täglichen Arbeitsablauf
- Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams“

(BMSGPK, 2015, S. 74)

5.1.1.1 Innere Haltung

Zur Professionalität zählt die innere Haltung gegenüber Menschen mit Demenz. Im Umgang mit Menschen mit Demenz benötigt es eine spezielle innere Haltung für den Menschen und seine Erkrankung. Der Fragebogen „Approach to Demnetia Questionnaire“ (ADQ) bietet die Möglichkeit die Einstellung von Mitarbeiter_innen gegenüber Menschen mit demenzieller Erkrankung herauszufinden. Jedoch, auch wenn das Ergebnis auf eine positive innere Einstellung hinweist, lässt dies keine eindeutige Schlussfolgerung auf den direkten Umgang mit Menschen mit Demenz zu. Dennoch lassen sich mithilfe dieses Fragebogens Wissenslücken über die Erkrankung aufdecken und gezielte Schulungen für Mitarbeiter_innen ableiten. Schulungsmöglichkeiten sind Selbsterfahrungstools wie „Hands-on Dementia“ von Monika Willhelm und Leon Maluck, „Instant Aging“ mithilfe eines Alterssimulationsanzugs von Filz und „Schattentage“ von Wolfgang Dyck (Langner, 2021, S. 13).

5.1.1.2 Personenzentrierter Ansatz

Wenn das Pflegepersonal sensibilisiert gegenüber Menschen mit Demenz auftritt, ist eine personenzentrierte Pflege möglich. Diese baut auf die Grundpfeiler von Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Tätigkeit und Identität. Der Mensch mit Demenz und seinen Bedürfnissen steht im Mittelpunkt. Durch die ganzheitliche Sichtweise ist es möglich auf die betroffene Person individuell einzugehen. Diese fühlt sich, wenn alle Grundpfeiler berücksichtigt werden, trotz ihrer Erkrankung als ernstgenommene Person, die am Alltag teilhaben kann und integriert wird. Der personenzentrierte Ansatz wird als keine Therapie angewandt, sondern beruht auf dem Grundsatz des individuellen Eingehens auf jede einzelne Person (Händler-Schuster, 2010, S. 69).

5.1.1.3 Realitäts-Orientiertes-Training ROT

In Kombination zum personenzentrierten Ansatz lässt sich das Realitäts-Orientierte-Training zusätzliche als Unterstützung in den Pflegealltag integrieren. Orientierungshilfen wie Ansprache mit Nennung der Tageszeit und dem Wochentag unterstützen die_den Patienten_in in seinem_ihrem Alltagshandeln (Langner, 2021, S. 14). Das Schaffen einer sicheren Umgebung mithilfe von ROT gibt Menschen mit einer demenziellen Erkrankung Sicherheit und Selbstständigkeit. Ihnen wird das ständige Fragen nach Zeit und Raum mit Hilfsmitteln, wie großen Kalendern oder Beschilderung von Dingen und Räumen, um sich in den eigenen vier Wänden orientieren zu können, abgenommen. Ein weiterer Aspekt dieses Trainings ist, mithilfe des Pflorgeteams rund um den_die Betroffene_n immer wieder auf die Zeit, den Ort und anwesende Personen hinzuweisen (Rainer & Krüger-Rainer, 2007, S. 358).

5.1.1.4 Validation

Validation nach Naomi Feil ist eine Kommunikationsart, die sich auf die Gefühlswelt des Menschen mit einer demenziellen Erkrankung einstellt. Ein Grundpfeiler von Validation ist, den anderen in seinem Sein nicht verändern zu wollen. Gerade bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung führt dieses Angenommen werden zu mehr Sicherheit (Kojer et al., 2007, S. 432f). Die verbale Kommunikation ist je nach Stadium der Erkrankung nicht mehr möglich, worauf auf nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten zurückgegriffen werden muss, beispielsweise Berührungen. In Kombination mit Validation, die davon ausgeht, dass die Gefühle der_des Patienten_in immer wahr sind, lassen sich Eskalationen vermeiden (Langner, 2021, S.14). Validation korrigiert im Gegensatz zu ROT nicht. In diesem Ansatz wird auf die demenziell erkrankte Person je nach Stadium eingegangen. In jedem Stadium ist es unumgänglich eine gemeinsame Sprache zu finden. Das Pflegepersonal ist hier gefordert durch Biographiewissen, Einfühlungsvermögen und Geduld eine Beziehung aufzubauen, um Kommunikation in unterschiedlichster Ausprägung zu ermöglichen. Ist eine passende Kommunikation gefunden, lassen sich gewaltbelastete Situationen vermeiden (Kojer et al., 2007, S. 428ff). Derzeit lässt sich die Wirksamkeit von Validation nur anhand von Erfahrungsberichten untermauern, evidenzbasierte Daten gibt es bisher noch nicht (Lazelberger, 2016, S. 208).

5.1.1.5 Humor

Mit Humor lässt sich jede noch so schlimme Situation leichter bewältigen. Auch Menschen mit Demenz haben Humor und möchten diesen ausleben. Hierfür benötigen sie Stimulation von außen, da sie von sich selbst aus, die Motivation für Humor nicht haben. Mit Humor lässt sich für das Pflegepersonal unpassendes Verhalten des demenziell erkrankten Menschen leichter aushalten oder auch verringern. Lässt sich das Personal auf Stresssituationen mit Humor ein, so kann dies deeskalierend und beziehungsfördernd wirken. Die Person mit Demenz fühlt sich

wahrgenommen und nicht missverstanden. Unumgänglich ist der passende Umgang mit Humor. Dieser sollte in keinem Fall beleidigend oder abwertend sein. Da Humor meist mit Lachen einhergeht, bewirkt dies einen positiven Zugang zur Situation. Denn wenn jemand lacht, kann er nicht wütend sein. Indem nonverbale Kommunikation miteinbezogen wird, ist die humorvolle Kommunikation ganzheitlicher. Die nonverbale Kommunikation wurde über Jahre einprogrammiert und verläuft automatisiert. Demnach können auch Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung nonverbale Kommunikation wahrnehmen und diese wiedergeben, wenn die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist (Hirsch, 2019, S. 276ff).

5.1.2 Gewaltpräventive Pflegedokumentation

Damit alle Pflegepersonen über Vorkommnisse und Veränderungen des_der zu Pflegenden informiert sind, ist vor allem in der mobilen Pflege von Demenz Betroffenen eine ausführliche Pflegedokumentation wichtig. Was diese alles beinhalten soll, ist in Abbildung 3: Gewaltpräventive Pflegedokumentation dargestellt. Je ausführlicher und ganzheitlicher die Dokumentation ist, umso besser lassen sich der Krankheitsverlauf und Verhaltensveränderungen nachvollziehen und Verständnis für den_die zu Pflegenden_n aufbringen (Staudhammer, 2018, S. 106f).

Abbildung 3: Gewaltpräventive Pflegedokumentation



Quelle: Staudhammer, (2018, S. 108)

Anmerkung: ergänzt durch Schwaiger, B.

5.1.3 Multiprofessionalität des Pflorgeteams

Laut Rainer und Krüger-Rainer (2007) sollte ein multiprofessionelles Team, welches den demenziell erkrankten Menschen betreut, aus jeweils einem_r Ärzt_in, Psychologen_in, Ergotherapeuten_in, Musiktherapeuten_in sowie Physiotherapeuten_in, dem Pflegepersonal und im besten Fall auch einem_r Sozialarbeiter_in bestehen. Dieses Team kann in Zusammenarbeit mit den Angehörigen Ziele erarbeiten. Dazu benötigt es regelmäßige Teambesprechungen und der Offenheit, dass es keine Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Teammitgliedern gibt. Einzig der_die Betroffene und deren_dessen Wohlergehen stehen im Mittelpunkt der Zusammenarbeit. Jeder und jede geben ihr_sein Bestes und schöpft seine_ihre Ressourcen im Umgang mit dem zu betreuenden Menschen aus. Mit dieser Haltung wird auf die Einzigartigkeit des Menschen mit Demenz eingegangen. In der mobilen Pflege sind die räumlichen, finanziellen und familiären Umstände zu beachten. Der_die pflegende Angehörige benötigt dieselben Informationen und das gleiche Mitspracherecht wie das Fachpersonal. Mithilfe dieser multiprofessionellen Zusammenarbeit kann der_die Betroffene so lange wie mögliche zu Hause betreut werden. Durch die unterschiedlichen Einflüsse jedes Einzelnen wird der demenziell erkrankte Mensch besser verstanden und gewaltbelastete Situationen vermieden. Die Betreuung zu Hause ist nicht nur für den_die Patienten_in von Vorteil, auch wirtschaftlich gesehen ist dies kostensparender als eine stationäre Langzeitbetreuung (Rainer & Krüger-Rainer, 2007, S. 351f).

5.2 Sekundärpräventionsmaßnahmen, damit das Pflegepersonal gewaltbelastete Situationen erkennt und gewaltfreie Handlungsmethoden anwendet.

Mitarbeiter_innen benötigen eine Vertrauensbasis zu ihrem_ihrer Vorgesetzten und eine gute Fehlerkultur im Unternehmen als Basis zur Sekundärprävention. Ist dies gegeben fühlen sich Mitarbeiter_innen im mobilen Bereich ermutigt, Fehler einzugestehen und gewaltbelastete Situationen anzusprechen. Fehler sind in A-Fehler und B-Fehler einzuordnen. A-Fehler sind jene, die aus Ignoranz und/oder aufgrund des bestehenden Systems legitimiert werden. Diese A-Fehler müssen genau analysiert und versucht verhindert zu werden. B-Fehler sind jene, die im Arbeitsalltag passieren und auch nicht durch Schulung ganz verhindert werden können. Jeder Fehler im Gesundheitsbereich und demnach auch in der mobilen Pflege bedeutet, dass ein anderer Mensch darunter leidet und sollte im Fehlermanagement erfasst und bearbeitet werden (Staudhammer, 2018, S. 63).

5.2.1 Erhöhung der Kompetenzen im Umgang mit Gewalt

Zur Feststellung der Häufigkeit von Gewalt ist das Einführen von regelmäßigen Screenings sinnvoll (Gebhard, 2019, S. 264). Gewalt ist in ihrer Entstehung und Ausuferung komplex. Handlungsmethoden nach dem „Wenn-Dann“-Prinzip zu üben ist eine Möglichkeit, die jedoch nicht umstritten ist. Die Schwierigkeit besteht darin, für jede Situation die passende und richtige Handlung zu üben. Im Zusammenspiel zwischen Individuen in immer unterschiedlichen Settings und mit weiteren Akteuren_innen wie den Familienangehörigen ist eine Routinelösung für die mobile Pflege fast unmöglich. Eine Sensibilisierung, um Gewaltsituationen als solche wahrzunehmen, ist jedoch gegeben (Staller & Körner, 2020, S. 164f). Eine Möglichkeit zur Sensibilisierung bietet Virtual-Reality-Training. Dieses Training ermöglicht mithilfe von nachgespielten Betreuungssettings in 3D eine Übungsplattform für Hausbesuche von Pflegepersonen. In diesen virtuellen Trainings kann das Pflegepersonal, das davor anhand von Videos und Webinaren erhaltene Wissen am Screening-Instrument ausprobieren und üben. Alle Teilnehmer_innen gaben an, dadurch im realen Pflegesetting das Screening-Instrument sicherer einsetzen zu können und ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse aller Beteiligten zu haben. Bei diesem Training handelt es sich grundsätzlich nicht speziell um Pflegesettings von Menschen mit Demenz, es kann jedoch für diesen Personenkreis adaptiert werden (Pickering, Ridenour, Salaysay, Reyes- Gastelum & Pierce, 2018, S. 445ff).

5.3 Tertiärpräventionsmaßnahmen für das Pflegepersonal, um weitere Gewalthandlungen zu verhindern

Zur Tertiärprävention zählen Interventionen für Menschen mit Demenz, die Gewalt erfahren haben oder Menschen, die Gewalt ausgeübt haben (Gebhard, 2019, S. 264). Diese Maßnahmen sollten beim Auftreten von Gewalt schnell durchführbar sein, um die Gewaltsituation zu entschärfen (Graß et al., 2007, S. 371). Für Gewaltopfer müssen Kurzzeitpflegeplätze, Notunterkünfte, Krisenmanagement, Unterstützungsangebote beim Umzug oder psychologische Betreuung angeboten werden. Für Menschen, die die mobile Pflege in Anspruch nehmen und dort Opfer von Gewalt werden, gebührt ein rascher Wechsel zu einem anderen Anbieter. Jegliche Intervention muss jedoch in Abstimmung mit dem Opfer erfolgen und dessen Meinung und Ansicht nicht unbeachtet bleiben. Gerade bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung ist deren Eigenständigkeit zu berücksichtigen oder mithilfe des_der zuständigen Erwachsenenschutzvertreter_in anzupassen (Graß et al., 2007, S. 371). Für das Pflegepersonal welches Gewalt angewendet hat, ist ein Angebot an rechtlicher Beratung und Unterstützung, psychiatrische Interventionen und/oder Maßnahmen für Konfliktmanagement angebracht (Gebhard, 2019, S. 266).

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit wurden anhand von Literaturrecherche verschiedene Definitionen für Gewalt gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in der mobilen Pflege und die Auswirkungen von Demenz auf das Sozialverhalten der Betroffenen erfasst. Zum Thema Gewalt in der mobilen Pflege und gegenüber Demenz Betroffenen wurden verschiedene Gewaltformen eruiert. Im Weiteren wurden Möglichkeiten der primären, sekundären und tertiären Gewaltprävention für das Pflegepersonal aufgezeigt.

Die Definition von Gewalt ist für die Dienstleistungsanbieter von mobiler Pflege zu empfehlen und als erster Schritt zur Verhinderung von Gewalt zu sehen. Die Definition von The American Medical Association kann als die am passendsten für Gewalt gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in der mobilen Pflege genannt werden:

„An act or omission which results in harm or threatened harm to the health or welfare of an elderly person. Abuse includes intentional infliction of physical or mental injury; sexual abuse; or withholding of necessary food, clothing, and medical care to meet the physical and mental needs of an elderly person by one having the care, custody, or responsibility of an elderly person“ (NCIPC, 2016, S. 17). Diese Definition erfasst die Alltagssituation in der mobilen Pflege, wo Gewalt stattfinden kann. Die Erwähnung von Unterlassung und drohender Schädigung des Wohlergehens ist wichtig, damit auch diese Möglichkeit von Gewalt miteinbezogen wird. Ein weiteres Argument, wodurch sich diese Definition für die mobile Pflege eignet, ist die Benennung des Verhältnisses von Opfer und Täter. Durch die Erwähnung der geistigen Bedürfnisse ist diese Auslegung für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung passend. In weiterer Folge würde eine Stillung der geistigen Bedürfnisse im Pflegealltag zu einer entspannteren Pflegeatmosphäre für die Pflegeperson und den_die zu Pflegende_n. Denn gerade Demenz Betroffene benötigen diese Bedürfnisbefriedigung, um sich angenommen und nicht ausgegrenzt zu fühlen und dadurch weniger störende Verhaltensarten aufweisen.

Die sich immer verändert wahrgenommene Realität der demenzbetroffenen Menschen, führt in der mobilen Pflege zu gewaltbelasteten Situationen. Die Literaturrecherche zeigt, dass das als störend bezeichnete Verhalten von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oft durch inadäquates Reagieren von Seiten des Pflegepersonals negativ verstärkt wird. Unpassendes oder unangenehmes Verhalten für das Pflegepersonal sind lautes Rufen oder Schreien, Weglauftendenzen, Beschimpfungen, Beschuldigungen, sexuelles, aggressives und handgreifliches Verhalten. Dieses Verhalten führt bei wenig Wissen über die Demenzerkrankung zu Überforderung und in weiter Folge zu Gewalt. Zu unterscheiden ist zwischen vermeidbarer

und unvermeidbarer Gewalt. Vermeidbare Gewalt meint jene Gewalt, die aufgrund von Aggressionen seitens des Pflegepersonals entsteht. Die unvermeidbare Gewalt ist die vom Opfer subjektiv empfundene Gewalt und ist von der Pflegeperson nicht beabsichtigt. Hierfür können traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit verantwortlich sein oder auch aufgrund der verschwimmenden Realität der Betroffenen. Weiters ist zwischen direkter und indirekter Gewalt zu unterscheiden. Die direkte oder auch personelle beschreibt jene Gewalt, die einer ausführenden Person zugeordnet werden kann. Dazu zählen physische Gewalt, psychische/emotionale Gewalt, psychische Vernachlässigung, finanzielle Gewalt, aktive/passive Vernachlässigung und sexuelle Gewalt. Bei der indirekten Gewalt handelt es sich um strukturelle und kulturelle Gewalt, die durch Systeme verdeckt passiert und keinem konkreten Täter nachweisbar ist.

Grundvoraussetzung für eine gewaltfreie Pflege von Demenz Betroffenen ist eine positive innere Haltung. Wissens- oder Einfühlungsdefizite können mithilfe von Selbsterfahrungstools erarbeitet werden. Erlernbar sind Kommunikations- und Betreuungsarten wie der personenzentrierte Ansatz, das Realitäts-Orientierte-Training oder Validation. Auch Humor kann in der Pflege von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung Gewaltsituationen verhindern.

Ein weiterer betrachteter Aspekt ist die gewaltpräventive Dokumentation. Diese Art der Dokumentation unterscheidet sich von der „normalen“ Dokumentation, indem sie allumfassend und detailbeschreibend verfasst wird. Hier werden alle Vorkommnisse und Veränderungen, welche die/den zu Pflegenden/e betreffen, verschriftlicht, um eine gute Zusammenarbeit des Betreuungsteams und bestmögliche Versorgung der demenziell erkrankten Person zu gewährleisten. Im Idealfall arbeitet ein multiprofessionelles Team mit regelmäßigen Teamsitzungen zusammen. Diese Multiprofessionalität verhindert Gewalt, da durch die verschiedenen professionellen Sichtweisen der Mensch mit seiner demenziellen Erkrankung und die dadurch entstehenden Bedürfnissen besser verstanden werden. Ein sekundärpräventives Mittel gegen Gewalt in der mobilen Pflege ist die Feststellung von Gewalthandlungen durch Screenings. Mitarbeiter_innen müssen geschult werden, gewaltbelastete Situationen zu erkennen, zu dokumentieren und darauf zu reagieren. Als Tertiärprävention wird der Umgang und das Reagieren auf Gewalt beschrieben. Um Opfer vor weiterer Gewalt zu schützen, benötigt es Kurzzeitpflegeplätze, Notunterkünfte, Krisenmanagement, Unterstützungsangebote beim Umzug und psychologische Betreuung.

Das Thema Zeit im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ist ein weiterer Aspekt dieses komplexen Themas. Aufgrund ihrer oft eingeschränkten verbalen Kommunikationsfähigkeit sind sie besonders feinfühlig und nehmen jede Stimmung und Schwingung, welche vom Pflegepersonal ausgeht, wahr. Das Pflegepersonal benötigt in der mobilen Pflege neben einer speziellen Kommunikationstechnik genug Zeit, um sich auf ihr Gegenüber einstellen zu können, bzw. die zu pflegende Person jene Zeit zu geben, die sie benötigt, um sich auf die Pflegesituation einstellen zu können. Schünemann, Staudhammer und Langner sind sich einig, dass es für eine gewaltfreie Pflege von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung einen Beziehungsaufbau zwischen der Pflegeperson und der zu pflegenden Person geben muss. Hierfür benötigt es individuelle und personenzentrierte Pflegemodelle und keine standardisierten, ökonomisch getakteten Pflegeansätze.

In dieser Bachelorarbeit wurde die Frage: „Welche Präventionsmaßnahmen können in der mobilen Pflege von demenziell erkrankten Menschen Gewaltsituationen verhindern?“ versucht zu beantworten. Aus der umfassenden Literaturrecherche geht hervor, dass bei der Konstellation demenzielle Erkrankung, Gewalt und mobile Pflege drei sehr komplexe und teils recht unerforschte Themen aufeinanderprallen. Diese Komplexität verursacht ein politisches und gesellschaftliches Verdrängen des Problems. Ein weiterer Grund, der für die nichtvorhandene Gewaltprävention sprechen könnte, sind fehlende Studien zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen. Die derzeitige Datenlage beruht auf Erfahrungs- und Erfolgsberichten aus der Praxis. Um den Bedarf von mehr Zeit und Wissen in diesem Themenbereich zu untermauern und das Thema Gewalt gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und die Erkrankung selbst aus dem Tabubereich zu holen, sind weitere Studien zur Häufigkeit von Gewalt in der mobilen Pflege notwendig.

Aus der Literaturrecherche geht ebenfalls hervor, dass derzeit Präventionsmaßnahmen gegen Gewalt nur in geringem Ausmaß stattfinden. Grundsätzlich fehlen zur Sekundärprävention Daten zur Häufigkeit von Gewalt gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in der mobilen Pflege. Tertiärpräventionsmaßnahmen wie Kurzzeitpflegeplätze und Notunterkünfte für Gewaltopfer in der mobilen Pflege sind derzeit nicht vorhanden. Angewandte Primärpräventionsmaßnahmen sind Kommunikationstechniken und eine positive innere Haltung des Pflegepersonals im Umgang mit Demenzbetroffenen. Diese werden derzeit nur aufgrund positiver Erfahrungen in unterschiedlichen Settings etabliert. Gegenwärtig gibt es noch nicht ausreichend Studien, die deren Wirksamkeit belegen. Als weitere Primärpräventionsmaßnahmen gelten Schulungen zum Thema Demenz und deren Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen.

Das Pflegepersonal kann in den Themen Demenz und Gewalt geschult und sensibilisiert werden, es benötigt jedoch Rahmenbedingungen, um dieses Wissen im Pflegealltag der mobilen Pflege umsetzen zu können. Zu empfehlen ist die Enttabuisierung des Themas Gewalt in der mobilen Pflege von demenziell erkrankten Menschen. Dies könnte damit beginnen, dass Dienstleistungsbetriebe der mobilen Pflege, gemeinsam mit den Mitarbeiter_innen eine individuell angepasste Definition von Gewalt im Umgang mit Demenz Betroffenen formulieren. Ein Vorteil dieser Vorgehensweise wäre die notwendige Auseinandersetzung aller Mitarbeiter_innen mit dem Thema und das Einfließen von Erfahrungen bei der Erarbeitung. Dadurch wirkt nicht nur die Definition von Gewalt präventiv, sondern auch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema, die zu einer allgemeinen Sensibilisierung des Pflegepersonals führen könnte.

Das Pflegepersonal ist besonders gefordert, sich in jeder Situation auf den_die Demenz Betroffene_n und seine_ihre Realität einzulassen. Hier ist ein guter Beziehungsaufbau und Biographiarbeit notwendig, um Bedürfnisse wahrnehmen und befriedigen zu können. Um dies umsetzen zu können, benötigt das Pflegepersonal Ressourcen an Betreuungs- und Erholungszeit. Beides ist derzeit für Angestellte in der mobilen Pflege nicht vorhanden. Um Gewalt gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verhindern zu können, benötigt es zudem eine Professionalisierung des Personals im Umgang mit diesen Menschen. Pflegepersonen können ihr angeeignetes Wissen über die Demenzerkrankung an pflegende Angehörige weitergeben. Aufgrund des gezeigten Zusammenspiels von kultureller, struktureller und personeller Gewalt im Gewaltendreieck, könnte man davon ausgehen, dass das in Familiensystemen zu weitergreifenden Veränderungen führen könnte. Es könnte zu mehr Akzeptanz gegenüber dem herausfordernden Verhalten führen und in weiterer Folge die kulturelle Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz sinken lassen.

Literaturverzeichnis

- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S., Choo, W. (2016). *Interventions for preventing abuse in the elderly*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2021). *Gewalt erkennen, Fragen und Antworten zu demenzgerechter Begleitung* [7. Auflage]. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Soziale-Themen/Seniorinnen--und-Seniorenpolitik/Gewalt-gegen-aeltere-Menschen.html>
- Dietz, B., Kohl, S., Mayer, J., Metzger, C., Förstl, H. & Diehl-Schmid, J. (2018). Störung des Erkennens von Umweltgeräuschen bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(5), 495–500. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1216-4>
- Galtung, J. (1975). Gewalt, Frieden und Friedensforschung, In M. Funke (Hrsg.), *Friedensforschung – Entscheidungshilfe gegen Gewalt* (S. 99-132), Paul List Verlag.
- Gebhard, D. (2019). Gewalt und Demenz. In D. Gebhard und E. Mir (Hrsg.) *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz* (S. 257–273). Springer https://doi.org/10.1007/978-3-662-58130-8_17
- Gebhard, D. & Mir, E. (2019). Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz – eine erste Annäherung. In D. Gebhard und E. Mir (Hrsg.) *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz*, (S. 3–12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58130-8_1
- Glaser, J. & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.researchgate.net/profile/Juergen-Glaser/publication/228544691_Probleme_und_Losungen_in_der_Pflege_aus_Sicht_der_Arbeits-und_Gesundheitswissenschaften/links/53e5e5780cf25d674e9c47a7/Probleme-und-Loesungen-in-der-Pflege-aus-Sicht-der-Arbeits-und-Gesundheitswissenschaften.pdf
- Graß, H., Walentich, G., Rothschild, M. & Ritz-Timme, S. (2007). Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. *Rechtsmedizin*, 17(6), 367–371. <https://doi.org/10.1007/s00194-007-0465-8>
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Hogrefe.
- Händler-Schuster, D. (2010). *Emotionalität bei Demenz*. *Psych. Pflege Heute*, 16(2), 69–74. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1251963>
- Hieber, M. (2017). Was dämmt die Gewalt in der Pflege? *Pflegezeitschrift*, 70(7), 62. <https://doi.org/10.1007/s41906-017-0142-9>
- Hirsch, R. D. (2016). Gewalt gegen alte Menschen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(1), 105–112. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2268-5>

- Hirsch, R. D. (2019). Humor und Demenz. In D. Gebhard & E. Mir (Hrsg.). *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz: Grundlagen und Interventionen* (S. 275–292). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58130-8_18
- Hoffmann, W. (2019) Das Demenzsyndrom und Komorbiditäten. In D. Gebhard und E. Mir (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz* (S. 13-31). https://doi.org/10.1007/978-3-662-58130-8_2
- Kojer, M. & Gutenthaler, U. (2016). Gestörtes Verhalten – Verhalten, das uns stört? In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (S. 27–36). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_4
- Kojer, M., Gutenthaler, U., Schmidl, M. (2007). Validation nach Naomi Feil. In Gerald Gatterer (Hrsg.). *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch* (S. 427–445). Vienna: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69362-9_26
- Kojer, M. & Sramek, G. (2016). Die Begleitung Sterbender in den unterschiedlichen Phasen der Demenz nach Naomi Feil. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (S. 115–125). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_10
- Krenn, M., Papouschek, U. & Simsa, R. (2004). *Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors*. Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt. https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/forba_05EAP%20%20Diskussionspapier_2004.pdf
- Langner, B. (2019). *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz: Praxisleitfaden zum Expertenstandard*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59689-0_5
- Langner, B. (2021). Mit Demenz umgehen. *Heilberufe*, 73(1), 13–15. <https://doi.org/10.1007/s00058-020-1933-8>
- Lazelberger, S. (2016). Was macht die Pflege von demenzkranken alten Menschen so schwierig? In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 205–213). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_20
- Matolycz, E. (2016). *Pflege von alten Menschen* (2), Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48151-6_9
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2017). *Gewaltfreie Pflege Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung*. Projekt „Gewaltfreie Pflege“. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Kurzbericht_Final_GewaltfreiePflege.pdf

- National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention. (2016). *Elder Abuse Surveillance: Uniform definitions and recommended core data elements*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/37909>
- Pickering, C., Ridenour, K., Salaysay, Z., Reyes-Gastelum, D. & Pierce, S. (2018). EATI Island – A virtual-reality-based elder abuse and neglect educational intervention. *Gerontology & Geriatrics Education* 39(4), 445–463. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.120331>
- Rainer, M. & Krüger-Rainer, C. (2007). Allgemeine Aspekte. In G. Gatterer (Hrsg.). *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69362-9_21
- Schünemann, A. (2020). *Nur gut gemeint?*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60574-5>
- Simsa, R. (2004). Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. In *WISO-Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften* (Hrsg.), *Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik*. https://www.isw-linz.at/fileadmin/user_upload/LF_simsa_2_04.pdf
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-211-49299-4_2
- Sramek, G. (2016a). Recht auf Sexualität. Beispiele aus der Praxis. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (S.183–197). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_18
- Sramek, G. (2016b). Die Bedeutung von Symbolen in der „Sprache“ demenzkranker Menschen. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (S. 19–25). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_3
- Staller, M. & Körner, S. (2020). Komplexe Gewaltprävention. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 45(1), 157–174. <https://doi.org/10.1007/s11614-020-00413-0>
- Staudhammer, M. (2018). *Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55982-6_2
- Weissenberger-Leduc, M. (2016) Gewalt in der Pflege. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (S. 249-259). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_24
- Weissenberger-Leduc, M. & Weiberg, A. (2011). *Gewalt und Demenz*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0062-2>
- Weltgesundheitsorganisation. (2003). *World report on violence and health: Summary 2002*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Online Quellen:

www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/symptome/stadien [Abruf am 12.10.2021].

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/krankenpflege/pflegehelfer> [Abruf am 8.11.2021] .

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837702>[Abruf am 12.10.2021]

<https://www.mobile-hauskrankenpflege.at/mobile-hauskrankenpflege/hauskrankenpflege> [Abruf am 8.11.2021]

https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/soziale_dienste/1/Seite.1210120.html#Hauskrankenpflege[Abruf am 8.11.2021]

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Demenz.html> [Abruf am 28.07.2021]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html[Abruf am 28.7.2021]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Conceptual models underlying assorted elder abuse defintions.....	7
Abbildung 2:Gewaltdreieck	11
Abbildung 3:Gewaltpräventive Pflegedokumentation	24