



**Rechtliche Interventionen der Pflegenden bei Gewalt durch Bewohner mit Demenz vom Typ Alzheimer in stationären Pflegeeinrichtungen**

*Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“*

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
- Abteilung Köln-**

Modelstudiengang Pflege

*vorgelegt von:*

Denise Helbig  
Mauerstraße 114  
52064 Aachen

*Matr.-Nr.: 506754*

*Erstprüfer:* Prof. Dr. Manfred Borutta  
*Zweitprüfer:* Prof. Dr. Christof Stock

12.06.2014

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung..... 3

2 Epidemiologie..... 5

3 Grundlegende Fakten zur Demenz vom Alzheimer-Typ..... 7

3.1 Definition Demenz vom Alzheimer-Typ ..... 7

3.2 Diagnostik..... 7

3.3 Symptomeinteilung ..... 9

3.3.1 Kognitive Symptome..... 9

3.3.2 Physische Symptome ..... 10

3.3.3 Psychische Symptome..... 11

4 Erläuterungen zu Gewalt und Aggression..... 14

4.1 Definition von Gewalt und Aggression ..... 14

4.1.1 Gewalt ..... 14

4.1.2 Aggression..... 16

4.2 Ursachen von Gewalt ..... 19

4.2.1 Gewalttheorien ..... 19

4.2.1.1 Triebtheorie ..... 19

4.2.1.2 Frustrations-Aggressions-Theorie ..... 19

4.2.1.3 Lerntheorie ..... 20

4.2.2 Person, Umgebung und Interaktion als Gewaltursache..... 21

4.2.2.1 Faktor Person ..... 21

4.2.2.2 Faktor Umgebung..... 22

4.2.2.3 Faktor Interaktion..... 22

5 Potenzielle Delikte im Kontext einer Demenz vom Alzheimer-Typ ..... 24

5.1 Potenziell strafrelevante Delikte..... 24

5.1.1 Körperverletzung ..... 24

5.1.2 Sachbeschädigung ..... 25

5.1.3 Sexuelle Belästigung ..... 26

5.1.4 Beleidigung, üble Nachrede, Verleumdung ..... 28

5.2 Straffreie Aggressionen ..... 30

6 Potenzielle rechtliche Sanktionsmöglichkeiten bei Gewaltanwendung ..... 31

6.1 Freiheitsstrafe..... 31

6.2 Geldstrafe..... 33

6.3 Schadensersatz..... 33

6.4 Schmerzensgeld..... 34

6.5 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ..... 34

7 Rechtliche Situation bei Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ . 37

7.1 Nach dem Strafgesetzbuch..... 37

7.1.1 Tatbestand..... 37

7.1.2 Rechtswidrigkeit..... 38

7.1.3	Schuldfähigkeit .....	39
7.1.3.1	Einführung .....	39
7.1.3.2	Schuldunfähigkeit .....	41
7.1.3.3	Verminderte Schuldfähigkeit .....	43
7.2	Nach dem Bürgerliches Gesetzbuch.....	44
7.2.1	Tatbestand.....	44
7.2.2	Rechtswidrigkeit.....	44
7.2.3	Schuld .....	45
7.2.4	Schaden und Haftungsausfüllende Kausalität.....	45
8	Umgang von Pflegenden .....	46
8.1	Dokumentation .....	46
8.2	Strafanzeige .....	46
8.3	Schadensersatzforderung.....	47
8.4	Notwehrhandlung.....	47
8.5	Freiheitsentzug .....	48
8.5.1	Rechtfertigungsgründe .....	49
8.5.1.1	Einwilligung des Betroffenen.....	49
8.5.1.2	Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten.....	49
8.5.1.3	Notwehr und rechtfertigende Notstand.....	50
8.5.1.4	Rechtfertigung aufgrund unterbringungsrechtlicher Gesetze .....	50
8.5.2	Unterbringung.....	50
8.5.2.1	Zivilrechtliche Unterbringung .....	50
8.5.2.2	Öffentlich-rechtliche Unterbringung.....	52
8.5.3	Unterbringungsähnliche Maßnahmen .....	53
8.5.4	Verfahrensablauf .....	54
8.5.5	Werdenfelser Weg.....	55
8.6	Kündigung des Heimvertrages.....	56
9	Interpretation und Fazit.....	57
	Abkürzungsverzeichnis .....	61
	Anhang.....	63
	Literaturverzeichnis.....	64

## 1 Einleitung

Gewalt ist ein schwieriges und sensibles Thema im Bereich der Pflege, besonders der Altenpflege. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Problematik gewalttätigen Verhaltens ausgehend von Menschen mit einer Demenz vom Typ Alzheimer in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Fokus wird dabei auf Demenz vom Alzheimer-Typ gerichtet, da diese die häufigste Form der Demenzen ist.

Inwieweit gewalttätiges Verhalten von Bewohnern strafrechtliche bzw. zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen kann und welche rechtlichen Möglichkeiten eine Pflegeperson bei gewalttätigen Verhalten seitens eines Bewohners hat, sind die leitenden Fragestellungen der Untersuchung. Gewalttätiges Verhalten eines Bewohners wird hier nicht beurteilt, sondern lediglich im Kontext des Zivil- und Strafrechts aufgezeigt. Betrachtet wird gewalttätiges Verhalten, mit welchem Pflegekräfte im Pflegealltag konfrontiert werden können.

Zu Beginn dieser Arbeit wird eine Übersicht über Daten und Fakten zur Demenz vom Alzheimer-Typ und damit einhergehende Formen von Gewalt in Pflegeeinrichtungen gegeben. Im dritten Kapitel folgen zunächst eine kurze Definition der Demenz vom Alzheimer-Typ und anschließend eine Beschreibung der Diagnostik, wobei auch auf die Schweregradeinteilung von Demenzen eingegangen wird. Die anschließende Symptombeschreibung erfolgt in Erläuterung der kognitiven, physischen und psychischen Symptome.

Das vierte Kapitel befasst sich mit der Thematik Gewalt und Aggression. Beide Begriffe werden hier definitorisch geklärt und mögliche Ursachen für gewalttätiges Verhalten bei einem Bewohner mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ werden aufgeführt.

Gewalttätige Verhaltensweisen werden im fünften Kapitel zunächst nach Delikten im StGB angeführt, anschließend werden Verhaltensweisen aufgezeigt, die nicht als Delikt nach dem StGB gelten. Im sechsten Kapitel wird aufgezeigt, welche rechtlichen Sanktionen gewalttätiges Verhalten eines Bewohners nach sich ziehen kann. Dabei wird sowohl auf das StGB als auch auf das BGB eingegangen. Inwieweit diese Sanktionen in der Pflege von Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ Anwendung finden können und dürfen, wird in Kapitel sieben hinterfragt.

Im achten Kapitel werden rechtliche Interventionsmöglichkeiten für Pflegekräfte im Umgang mit gewalttätigen Bewohnern aufgezeigt. Dabei werden sowohl Maß-

nahmen gezeigt, die bei gegenwärtiger Gefahr ausgeführt werden können, als auch Maßnahmen die bei gewalttätigen Verhaltensweisen eines Bewohners angewendet werden können. Eine Interpretation dieser Recherchen und ein Resümee schließen diese Arbeit ab.

Das Thema Demenz und die Arbeit mit Menschen, die an einer Demenzform erkrankt sind, haben mich schon während des Studiums der Sozialen Arbeit interessiert. Da pflegerische Kenntnisse in der Arbeit mit alten Menschen und vor allem mit Menschen mit einer Demenz für mich relevant sind, schloss ich den Dualen Studiengang Pflege an. In der integrierten Ausbildung zur Altenpflegerin bin ich mit gewalttätigen Verhaltensweisen von Bewohner durch eigene Erfahrung, Beobachtungen oder Erzählung konfrontiert worden. Aufgrund dessen habe ich mich bereits in der Ausbildung in einer Hausarbeit mit dem Thema Gewalt und Demenz auseinandergesetzt und darin beide Ausgangspunkte gewalttätigen Verhaltens beleuchtet; sowohl von Bewohnern als auch von Pflegekräften.

Unter stationären Pflegeeinrichtungen werden in dieser Arbeit alle Einrichtungen verstanden, in denen alte Menschen wohnen und Bewohner genannt werden. Krankenhäuser werden dabei nicht miteinbezogen. Der Begriff „Bewohner“ bezieht sich zur besseren Lesbarkeit immer auf „Bewohner mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ“.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche. Bereits erhobene Daten und gewonnene Erkenntnisse zum Thema werden zusammengetragen und zusammengefasst. Die Literatur wird über die Datenbanken medpilot, pubmed sowie über die Suchmaschine des Bibliothekskatalogs der Hochschule NRW sowie über die Digitale Bibliothek (DigiBib) gesichtet. Des Weiteren werden eine Internetrecherche und eine Schneeballsuche zum Auffinden von Literatur verwendet. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Themas wird eine Vielzahl von Suchbegriffen gebraucht. Die wichtigsten sind: Gewalt, Aggression, Demenz, Alzheimer, StGB, BGB.

## 2 Epidemiologie

Weltweit sind im Jahre 2010 etwa 35,6 Millionen Menschen an einer Form der Demenz erkrankt. In Deutschland liegt die Zahl bei etwa 1,4 Millionen.<sup>1</sup> In den westlichen Ländern ist die häufigste Variante der Demenz die Demenz vom Alzheimer-Typ, mit einem Anteil von etwa 2/3.<sup>2</sup> Wird die Verteilung der Demenzerkrankungen getrennt nach Geschlecht betrachtet, lässt sich erkennen, dass Frauen häufiger an der Demenz allgemein sowie spezifisch an der Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt sind. Dies liegt an der höheren Lebenserwartung von Frauen und der steigenden Prävalenz der Alzheimer-Erkrankung im Alter.<sup>3</sup> Die Inzidenz für die Demenz vom Alzheimer-Typ liegt bei ca. 0,9 % – 1,2 % in der Altenbevölkerung. Daraus resultiert eine Zahl von ca. 140.000 – 180.000 Neuerkrankungen jährlich in Deutschland.<sup>4</sup>

Nach der Pflegestatistik 2011 vom statistischen Bundesamt lebten 743.120 Bewohner in Pflegeheimen.<sup>5</sup> Laut Bickel werden ca. 500.000 Menschen mit einer Demenz in Deutschland in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt.<sup>6</sup> Je schwerer der Grad der Demenz ist, desto eher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Erkrankter in eine Pflegeeinrichtung einzieht.<sup>7</sup>

In einer Studie von Schäufele et al. in 58 Pflegeheimen, in denen 4.481 Heimbewohner untersucht wurden, wiesen 68,6 % dieser Heimbewohner eine Demenz auf. Bei 56,6 % dieser Dementen lag eine schwere Demenz vor.<sup>8</sup>

In den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit einer Demenz in der stationären Altenhilfe“ vom Bundesministerium für Gesundheit werden Daten vorgestellt, inwieweit herausforderndes Verhalten bei Menschen mit einer Demenz präsent ist. Darin liegt nach der Langzeitstudie von Wancata et al. eine Prävalenz von 36 % - 38 % von nicht-kognitiven Symptomen bei Menschen mit einer Demenz vor.<sup>9</sup> Ballard beschreibt eine Prävalenz von verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen von 76% in der stationären Langzeitpflege.<sup>10</sup> Agitation und Aggressivität gehören mit zu den häufigsten Verhaltensweisen bei einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Diese Ver-

---

<sup>1</sup> Vgl. DAzG, 2012, S. 1f.

<sup>2</sup> Vgl. DAzG, S. 1.

<sup>3</sup> Vgl. Bickel, 2012, S. 21.

<sup>4</sup> Vgl. Bickel, 2012, S. 23.

<sup>5</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2013, S. 9.

<sup>6</sup> Vgl. Bickel, 2012, S. 25.

<sup>7</sup> Vgl. Bickel, 2012, S. 25.

<sup>8</sup> Vgl. Schäufele et al., 2013, S. 200 f.

<sup>9</sup> Vgl. Wancata, zit. n. Bartholomeyczik et al., 2006, S. 9.

<sup>10</sup> Vgl. Ballard, 2001, zit. n. Bartholomeyczik et al., 2006, S. 9.

haltensweisen sollen in einem Zeitraum von zwei Jahren bei allen Erkrankten anzutreffen sein.<sup>11</sup>

Körperliche Aggressionen weisen dabei eine Prävalenz von 31 % - 42 % auf, sexuelle Aggression kommt bei 4 % der Erkrankten vor.<sup>12</sup> Verbale Aggressionen treten häufiger auf als körperliche Aggressionen.<sup>13</sup>

In der Studie von Zeller et al. sind 804 Pflegekräfte in 21 Pflegeeinrichtungen in der deutschsprachigen Schweiz befragt worden. Von diesen Pflegekräften geben 83,9 % an, in den letzten 12 Monaten, während der Arbeitszeit mit physischen Aggressionen von Pflegbedürftigen konfrontiert worden zu sein, über 90 % mit verbalen Aggressionen.<sup>14</sup> Insgesamt äußern 96 % der Befragten bereits einmal in ihrem Berufsleben aggressives Verhalten durch Bewohner erlebt zu haben.<sup>15</sup> In 80,3 % dieser Fälle geht das aggressive Verhalten von Bewohnern mit einer Demenz aus.<sup>16</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. BMG, 2006, S. 9.

<sup>12</sup> Vgl. Brodaty Henry, 2003, zit. n. Bartholomeyczik et al., 2006, S.10.

<sup>13</sup> Vgl. Ballard, 1999, zit. n. Bartholomeyczik et al., 2006, S.10.

<sup>14</sup> Vgl. Zeller et al., 2013, S. 321.

<sup>15</sup> Vgl. Zeller et al., 2013, S. 325.

<sup>16</sup> Vgl. Zeller et al., 2013, S. 325.



### 3 Grundlegende Fakten zur Demenz vom Alzheimer-Typ

In diesem Kapitel wird eine Definition der Demenz vom Alzheimer-Typ eingeführt sowie eine Erklärung der möglichen Ursachen dieser Erkrankung. Ferner wird auf die Diagnostik sowie auf die Stadieneinteilung der Demenz eingegangen, auf die im weiteren Verlauf Bezug genommen wird. Abschließend erfolgt eine Darstellung der Symptome der Demenz vom Alzheimer-Typ unterteilt in kognitive, physische und psychische Symptome.

#### 3.1 Definition Demenz vom Alzheimer-Typ

Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist nach ICD 10

*“eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“<sup>17</sup>*

Im ICD 10 wird die Demenz vom Alzheimer-Typ unterschieden in die Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn vor dem 65. Lebensjahr (Typ 2) und der Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn ab dem 65. Lebensjahr (Typ 1). Beim Typ 2 kommt es zu einer vergleichsweise raschen Progredienz der Erkrankung mit deutlichen und vielfältigen Störungen der höheren kortikalen Funktionen, u.a. Aphasie und Apraxie. Der Typ 1 hat eine langsame Progredienz. Als Hauptmerkmal gilt die Gedächtnisstörung. Des Weiteren wird die Demenz vom Alzheimer-Typ nach ICD 10 in eine atypische oder gemischte Form, sowie in nicht näher bezeichnete Form unterscheiden.<sup>18</sup>

Im Verlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ kommt es zu einer Schädigung von Synapsen und Neuriten. Die Neuronen im Großhirn, im Zwischenhirn und in Teilen des Stammhirns sterben ab.<sup>19</sup>

Die ersten Veränderungen beginnen bei der Demenz vom Alzheimer-Typ vermutlich bereits Jahrzehnte, bevor die ersten klinischen Krankheitszeichen sichtbar werden.<sup>20</sup>

#### 3.2 Diagnostik

Für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ wurden vom ICD 10, vom DSM IV und vom NINCDS/ADRDA diagnostische Kriterien entwickelt. Bei der

---

<sup>17</sup> DIMDI, 2013.

<sup>18</sup> DIMDI, 2013.

<sup>19</sup> Vgl. Grond, 2009, S. 17; vgl. Wallesch & Förstl, 2012, S. 203.

<sup>20</sup> Vgl. Jahn, 2012, S. 146.

Diagnoseerstellung der Demenz vom Alzheimer-Typ handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose. Dies bedeutet, dass das diagnostische Verfahren zu keinen Hinweisen auf eine andere Form der Demenz oder eine andere Erkrankung führt, die die Symptome verursachen könnten.<sup>21</sup>

Bei der Diagnostik empfiehlt sich ein zweistufiges Verfahren. Zuerst wird die Diagnose der Demenz sichergestellt, wonach sich eine Differenzialdiagnose anschließt, in der die Ursache ermittelt und damit auch der genaue Demenztyp festgestellt wird.

Als erster Schritt der Diagnose erfolgt eine Anamnese des Patienten in Form einer Eigen-, Fremd- sowie Familien- und Sozialanamnese. Außerdem ist ein psychopathologischer Befund, mit dem Blick auf Veränderungen und Auffälligkeiten in Bezug u.a. auf das äußeres Erscheinungsbild, das Gedächtnis, die Orientierung oder die Affektivität des Erkrankten erforderlich.<sup>22</sup>

Zur weiteren Sicherstellung der Diagnose „Demenz vom Alzheimer-Typ“ werden Screeningverfahren eingesetzt wie der MMST (Mini-Mental-Status Test), Dem-Tec (Demenz-Detections-Test) oder der SKT (Syndrom-Kurztest) zur Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten. Ausführliche testpsychologische Untersuchungen werden mit Hilfe von Testbatterien wie ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale) oder CERAD (consortium to establish a registry for Alzheimer's disease) durchgeführt.<sup>23</sup>

Im zweiten Schritt folgt eine körperliche Untersuchung. Es werden ein CT, MRT, EEG und EKG, ein Röntgen-Thorax sowie eine Labordiagnostik durchgeführt. Auch eine Liquordiagnostik wird empfohlen.

Demenzen werden nach ihrem Schweregrad in Stadien unterteilt. Diese Unterteilung kann nach einem Punktescore erfolgen wie beim MMST oder auch nach bestimmten Kriterien hinsichtlich kognitiver und funktionaler Defizite. Diese sind relevant bei den Reisberg Skalen oder der Skala zur Beurteilung der Demenz (CDR), die für die Einteilung der Symptome der Demenz vom Alzheimer-Typ besonders geeignet sind.<sup>24</sup>

Beim MMST können im Test insgesamt 30 Punkte erreicht werden. Ein Score von 23-27 Punkten weist auf eine leichte Beeinträchtigung hin, ein Score von 18-23 Punkten auf eine leichte Demenz, ein Score von 10-17 auf eine mittelschwere Demenz und einer von unter 10 auf eine schwere Demenz.

---

<sup>21</sup> Vgl. Schaub & Freyberger, 2012, S. 91.

<sup>22</sup> Vgl. Wallesch, 2012, S. 128 ff.; vgl. Mahlberg & Gutzmann, 2005, S. 2035.

<sup>23</sup> Vgl. Jahn, 2012, S. 136 ff.; vgl. Mahlberg & Gutzmann, 2005, S. 2035 f.; vgl. Rösler, 2012, S. 392; vgl. Oswald et al., 2008, S. 69.

<sup>24</sup> Vgl. Rösler, 2012, S. 392.

Bei den Reisberg-Skalen wird die Demenz in sieben Stadien unterteilt. Die Einteilung erfolgt in

- 1: Kein kognitiver Verfall
- 2: Sehr milder kognitiver Verfall
- 3: Milder kognitiver Verfall
- 4: Mäßiger kognitiver Verfall
- 5: Mäßig schwerer kognitiver Verfall
- 6: Schwerer kognitiver Verfall
- 7: Schwerster kognitiver Verfall.<sup>25</sup>

Die vierte Stufe entspricht dabei der klinischen Phase der beginnenden Demenz, die fünfte Stufe der leichten, die sechste Stufe der mittelschweren Demenz und die siebte Stufe der schweren Demenz.

Die CDR stuft die Demenz in drei Schweregrade ein: leichte Demenz, mittelschwere Demenz und schwere Demenz.<sup>26</sup>

### **3.3 Symptomeinteilung**

#### **3.3.1 Kognitive Symptome**

Die kognitiven Symptome einer Demenz vom Alzheimer-Typ sind progredient.<sup>27</sup> Im Frühstadium der Erkrankung treten vor allem Gedächtnis- und Sprachstörungen in Erscheinung.<sup>28</sup> Bei den Gedächtnisstörungen ist am das Neugedächtnis betroffen. Dieses beinhaltet die Fähigkeit neue Informationen dauerhaft in das Gedächtnis aufzunehmen.<sup>29</sup> Daher kommt es am Anfang der Erkrankung

*„zum Vergessen neuer Erlebnisse, Gesprächsinhalte, Fakten und Vorhaben.“<sup>30</sup>*

Beim Fortschreiten des degenerativen Prozesses ist auch das Altgedächtnis betroffen. Die Folge daraus ist nicht nur der Verlust der Kenntnis über die eigenen Lebenswelt und die Biografie, sondern auch der Verlust der eigenen Identität und Persönlichkeit.<sup>31</sup>

Die Sprachstörungen sind anfänglich gekennzeichnet durch eine amnestische Aphasie, bei der es zu Wortfindungsstörungen kommt. Im mittleren Stadium setzt zusätzlich eine semantische Aphasie ein. Es treten grammatikalische Verände-

---

<sup>25</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 104 f.; vgl. DZD, S. 19.

<sup>26</sup> Vgl. DZD, S. 11.

<sup>27</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 11.

<sup>28</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 211

<sup>29</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 211

<sup>30</sup> Schmidtke & Otto, 2012, S. 211

<sup>31</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 212.

rungen auf sowie Wortneuschöpfungen oder die Vertauschung von Worten. Das Sprachverständnis ist dabei ebenfalls beeinträchtigt. Im letzten Stadium verstärkt sich die Aphasie zu einer globalen Aphasie.<sup>32</sup> Dabei kann es zu Echolalie, das Nachsprechen von vorgesagten Worten, Palilalie, das Wiederholen eigener Sätze und Wörter, und Logoklonie, das Wiederholen von Wort- oder Satzenden, oder aber auch zur vollständigen Verstummung kommen.<sup>33</sup>

Bei der Apraxie handelt es sich um eine Störung, bei der die

*„Ausführung willkürlicher und zielgerichteter Handlungen in einem geordneten Handlungsablauf“<sup>34</sup>*

gestört ist. Diese Störung beruht aber nicht auf motorischen Einschränkungen. Aus der Apraxie resultiert z.B. die Unfähigkeit mit Messer und Gabel zu essen.

Bei der Agnosie geht die Fähigkeit verloren, Gegenstände, Bilder und Gesichter zu identifizieren.<sup>35</sup> Dadurch erscheinen eigentlich bekannte Personen, wie die eigenen Kinder oder auch eigentlich bekannte Dinge, wie das eigene Zimmer des Bewohners fremd.

Die Erkrankung wirkt sich auch auf das visuell-räumliche Denken aus. Die Folgen daraus sind u.a. das Verlorengehen der Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeit und die Unfähigkeit, z.B. Dinge einzuräumen, zu reparieren, zusammenzubauen oder sich selbst anzuziehen.<sup>36</sup>

Durch kognitive Defizite kommt es zunehmend zu örtlicher, zeitlicher, situativer und personeller Desorientierung.<sup>37</sup> Dabei steht im Anfangsstadium die örtliche Desorientierung, vor allem in fremder Umgebung, im Vordergrund.

Die Erkrankung wirkt sich auch auf die Aufmerksamkeit aus. Das induktive sowie das deduktive Denken, das Erkennen von Zusammenhängen und die Fähigkeit zu Planen sind ebenfalls betroffen.<sup>38</sup>

### **3.3.2 Physische Symptome**

Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ haben bis ins mittlere Stadium eine gute körperliche Verfassung. Körperliche Symptome treten meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium auf. Wahrnehmbar werden im Verlauf der Erkrankung zunehmende Mobilitätseinschränkungen. Das Gangbild verändert sich,

---

<sup>32</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 11 f.

<sup>33</sup> Vgl. Jahn, 2008, S. 362.

<sup>34</sup> Kastner & Löbach, 2007, S. 12.

<sup>35</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 214.

<sup>36</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 212; vgl. Jahn, 2008, S. 362.

<sup>37</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 211; vgl. Grond, 2005, S. 415.

<sup>38</sup> Vgl. Jahn, 2010, S. 362.

Gangunsicherheit tritt auf.<sup>39</sup> Demzufolge ist das Sturzrisiko erhöht. Vermehrte Stürze können wiederum zu Gangunfähigkeit führen. Die Muskeleigenreflexe können gesteigert, der Muskeltonus erhöht sein. Primitivreflexe können auftreten sowie Störungen der Körperhaltung, der Koordination und des Lagesinns. Die Demenz vom Alzheimer-Typ kann dadurch in Bettlägerigkeit enden.<sup>40</sup> Neben den Beeinträchtigungen in der Mobilität treten Schmerz- und Sensibilitätsstörungen auf, was sich in verringertem Schmerzempfinden ausdrücken kann. Meist ab dem mittleren Stadium tritt Harninkontinenz auf, einhergehend auch mit einer Stuhlinkontinenz. Es treten Dysphagie und Essstörungen auf. Der Geschmacks- und Geruchssinn kann verändert sein.<sup>41</sup> Es kann zu einem leichtgradig ausgeprägten Parkinson-Syndrom kommen mit Bradykinese, Rigor und vorgebeugter Körperhaltung.<sup>42</sup>

### 3.3.3 Psychische Symptome

Die psychischen Begleitsymptome der Demenz vom Alzheimer-Typ werden in der Fachliteratur auch als BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, übersetzt als verhaltensbezogene und psychologische Symptome einer Demenz) bezeichnet.<sup>43</sup> Definiert wird BPSD als

*„Symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.“<sup>44</sup>*

Mit Zunahme der Schwere der Demenz steigt auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten.<sup>45</sup>

Am Anfang prägt das Wissen um die Krankheit und die Angst vor dieser Erkrankung die psychische Verfassung. Der Erkrankte bemerkt im Anfangsstadium, dass etwas nicht in Ordnung ist. Er

*„begrift seine Fehler und reagiert aggressiv oder zieht sich depressiv zurück.“<sup>46</sup>*

Dieses Wissen geht in den weiteren Stadien mit einsetzendem Gedächtnisverlust verloren. Bei ca. 30 % der Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ

---

<sup>39</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 218.; Kastner & Löbach, 2007, S. 19 f.

<sup>40</sup> Vgl. Hample et al., 2005, S. 899; vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 28.

<sup>41</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 21 f.

<sup>42</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 218.

<sup>43</sup> Vgl. Halek & Bartholomeyczik, 2006, S. 23.

<sup>44</sup> N. IPA, 2002, S. 5, zit. n. Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 12.

<sup>45</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 13.

<sup>46</sup> Grond, 2009, S. 21.

kommt es im Verlauf der Erkrankung zu Depressivität.<sup>47</sup> Die depressiven Zustände äußern sich in Traurigkeit, Unlust, Freudlosigkeit, Apathie und können zu sozialem Rückzug führen.<sup>48</sup> Bei ca. 50 % der Erkrankten zeigen sich Ängste und Phobien. Diese werden begünstigt durch Halluzinationen, die bei ca. 28 % der Erkrankten meist in Form von akustischen oder optischen Halluzinationen auftreten können.<sup>49</sup> Wahnideen treten bei ca. 50 % der Erkrankten auf. Sie zeigen sich als Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- und Bestehlungsideen sowie Verarmungs- und Eifersuchtsideen.<sup>50</sup> Es kann auch zu Verkennungen kommen, zu

*„verschiedenen Syndromen, die durch Fehlidentifikationen von Situationen und Personen charakterisiert sind.“<sup>51</sup>*

Weissenberger-Leduc & Weiberg zählen darunter:

- Das „Phantom-boarder-Syndrom“, bei dem der Erkrankte glaubt, in seinem Haus sei noch jemand anderes,
- das „TV-Design-Syndrom“, bei dem die Personen und Geschehnisse im TV als real existierend wahrgenommen werden,
- das „Mirror-Design“, bei dem der Erkrankte sich nicht mehr im Spiegel erkennt,
- das „Capgras-Syndrom“, bei dem geglaubt wird, dass nahe stehende Menschen durch völlig gleiche Doppelgänger ausgetauscht wurden,
- und das Verkennen der Wohnung als nicht mehr die eigene.<sup>52</sup>

Agitiertheit und/oder aggressiven Verhaltensweisen werden bei Erkrankten beobachtet, welche sich in vermehrter Reizbarkeit und Erregung äußern.<sup>53</sup>

Nach Grond führen Aggressionen, Wutausbrüche, impulsives, enthemmtes, zerstörerisches Verhalten oder körperliche Gewalt gegen andere häufig zu Einweisungen ins Heim oder in die psychiatrische Klinik.<sup>54</sup>

Bei Erkrankten kann sich das Sexualverhalten ändern. Dabei tritt entweder eine Steigerung der sexuellen Aktivität auf, was sich in Enthemmung oder auch im Gebrauch von Vulgärsprache bemerkbar machen kann, oder es kommt zu einer

---

<sup>47</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 215.

<sup>48</sup> Vgl. Kostrzewa, 2010, S. 25.

<sup>49</sup> Vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 12.; vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 215.

<sup>50</sup> Vgl. Kostrzewa, 2010, S. 25; vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2010, S. 13.

<sup>51</sup> Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 14.

<sup>52</sup> Vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011, S. 14 f.

<sup>53</sup> Vgl. Schmidtke & Otto, 2012, S. 217.

<sup>54</sup> Vgl. Grond, 2005, S. 407.

Verminderung der sexuellen Aktivität, die sich z.B. in Libidoverlust oder Erektionsstörungen beim Mann äußert.<sup>55</sup>

Rufen, Schreien oder lautes Klagen sind Verhaltensweisen, die ebenfalls auftreten können. Diese Symptome können sich mit der Schwere der Demenz vom Alzheimer-Typ verstärken.<sup>56</sup> Weitere auftretende Verhaltensweisen können sein: Sammeln, Horten und Verstecken, Auftreten von Essstörungen, aber auch motorische Unruhe, die sich z.B. in Wandern und Agitation äußert.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 19.

<sup>56</sup> Vgl. Grond, 2009, S. 23.

<sup>57</sup> Vgl. Kastner & Löbach, 2007, S. 18.

## 4 Erläuterungen zu Gewalt und Aggression

In diesem Kapitel werden die Begriffe Aggression und Gewalt behandelt. Zunächst wird eine Übersicht darüber gegeben, wie diese in der Literatur definiert werden. Danach wird auf die Ursachen von Gewalt eingegangen. Dabei werden zuerst drei klassischen in Gewalttheorien, die Triebtheorie, die Lerntheorie und Frustration-Aggressions-Theorie beschrieben. Die Triebtheorie wird nur kurz erläutert, da sie wissenschaftlich nicht evident ist. Die Quintessenz, dass Aggression von Natur aus im Menschen steckt, ist allerdings im Alltagsdenken vorhanden, weshalb die Triebtheorie in dieser Arbeit erwähnt wird.<sup>58</sup>

Anschließend werden die häufig in der Literatur als Auslöser für Aggression vorkommenden Faktoren Person, Umgebung und Interaktion dargestellt.<sup>59</sup>

### 4.1 Definition von Gewalt und Aggression

#### 4.1.1 Gewalt

Eine einheitliche Definition des Gewaltbegriffes ist in der Literatur nicht zu finden. Galtung äußert dazu, dass es

*„indes nicht so wichtig [ist], so etwas wie die Definition oder die Typologie zu finden, denn offensichtlich gibt es viele Typen von Gewalt. Vielmehr kommt es darauf an, theoretisch signifikante Dimensionen von Gewalt aufzuzeigen, die das Denken, die Forschung und möglicherweise auch das Handeln auf die wichtigsten Probleme hinlenken. (...), dann muß der Begriff von Gewalt so umfassend sein, daß er die wichtigsten Varianten einschließt, gleichzeitig aber so spezifisch, daß er die Basis für konkretes Handeln abgeben kann.“<sup>60</sup>*

Bei Galtung liegt Gewalt dann vor

*„wenn Menschen so beeinflußt werden, daß ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung.“<sup>61</sup>*

Dabei legt er in seinen Ausführungen Wert auf die Unterscheidung zwischen physischer Gewalt und Gewalt, die sich gegen die Psyche richtet, wozu er u.a. Lügen und Drohungen zählt. Auch die Zerstörung von Sachen bezieht er in den

---

<sup>58</sup> Vgl. Hartung, 2006, S. 144 f.

<sup>59</sup> Vgl. Walter et al., 2012, S. 92 f.; vgl. Schmid, 2012, S. 388 f.; vgl. Wojnar, 2000, S. 222.

<sup>60</sup> Galtung, 1975, S. 8.

<sup>61</sup> Galtung, 1975, S. 9.



Gewaltbegriff als psychische Gewalt mit ein.<sup>62</sup> Nach Galtung gibt es drei Formen der Gewalt: die personelle Gewalt, die strukturelle Gewalt und die kulturelle Gewalt.<sup>63</sup> Setzt man diese drei Gewaltformen an die Ecken eines Dreiecks, so erhält man das von Galtung stammende Gewaltdreieck. Galtung bezeichnet die Gewalt, bei der es einen Akteur gibt als personale oder direkte Gewalt, Gewalt bei der es keinen Akteur gibt als strukturelle oder indirekte Gewalt.<sup>64</sup> Unter kultureller Gewalt versteht er

*„jene Aspekte von Kultur, die dazu benutzt werden können, direkte oder strukturelle Gewalt zu rechtfertigen oder zu legitimieren.“<sup>65</sup>*

Er nennt als Beispiele dafür Kreuze, Flaggen oder auch Hymnen.<sup>66</sup>

Diese Dreier-Struktur übernimmt Hirsch und entwickelt ein Gewaltdreieck, das die drei Komponenten aufgreift und in Beziehung zueinander setzt.<sup>67</sup> Hirschs' Gewaltdreieck bezieht sich auf die Gewalt durch Pflegepersonen gegen alte Menschen.

Ihm zufolge wird unter Gewalt überwiegend,

*„eine gegen eine Person gerichtete körperliche Handlungen verstanden, die diesen spürbar schädigt (z.B. schlagen, verletzen vergewaltigen).“<sup>68</sup>*

Für Ruthemann äußert sich Gewalt dann

*„wenn eine Person zum <<Opfer>> wird, d.h. vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, daß ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers mißachtet wird.“<sup>69</sup>*

Bei Nolting ist der Begriff Gewalt ein Teil der Aggression.

*„Nach einem geläufigen Sprachgebrauch werden nur schwerere, insbesondere körperliche Formen der Aggression als Gewalt bezeichnet, andere hingegen nicht (z.B. Schimpfen, böse Blicke).“<sup>70</sup>*

---

<sup>62</sup> Vgl. Galtung, 1975, S. 11 f.

<sup>63</sup> Vgl. Hirsch, 2000 zit. n. Hirsch, 2001, S. 4.

<sup>64</sup> Vgl. Galtung, 1975, S. 12.

<sup>65</sup> Galtung, 1993, S. 106.

<sup>66</sup> Vgl. Galtung, 1993, S. 106.

<sup>67</sup> Vgl. Hirsch, 2001, S. 4.; vgl. Anhang 1

<sup>68</sup> Hirsch, 2001, S. 2.

<sup>69</sup> Ruthemann, 1993, S. 14.

<sup>70</sup> Nolting, 2001, S. 25 f.

### 4.1.2 Aggression

Das Wort "Aggression" stammt vom lateinischen Wort „aggređi“ ab und hat mehrere Bedeutungen. Übersetzt werden kann es mit „sich begeben, sich an jemanden wenden, angreifen, überfallen oder auch beginnen, versuchen“. Das Substantiv „aggressio“ kann sowohl „(der erste) Anlauf“ oder auch „Anfall, Angriff“ bedeuten. Das Wort „Aggressor“ bedeutet „der Angreifer“.<sup>71</sup>

Nach Heinrich ist Aggression

*„ein beobachtbares Verhalten, dessen Qualität und/oder Intensität und/oder Häufigkeit den eigenen Körper oder den anderer Personen, die dingliche oder soziale Umwelt schädigt, erheblich beeinträchtigt oder stört. Die Beeinträchtigung, Schädigung oder Störung ist Ziel und/oder Wirkung dieses Verhaltens.“<sup>72</sup>*

Er unterscheidet Aggressionen in Fremdaggressionen, Sachaggressionen, Aggressionen, die Nahrungsaufnahme und Ausscheidung betreffen, und Autoaggressionen.<sup>73</sup>

Ruthemann geht ebenfalls in ihrer Definition von Aggression darauf ein, dass die Schädigung das Ziel ist. Nach ihr liegt aggressives Verhalten

*„nur dann vor, wenn die Absicht der Schädigung bei einem Täter vorhanden ist. Wenn also eine Person absichtlich etwas macht oder unterläßt, um eine psychische oder physische Beeinträchtigung einer anderen Person herbeizuführen, verhält sie sich aggressiv. Aggression wird aufgrund der Intention eines Täters definiert.“<sup>74</sup>*

Ruthemann bezieht sich aber nicht nur auf aggressives Verhalten, sondern auch auf

*„die Aggression als Gefühl, also diejenige Wut (oder schwächer: Ärger), die man als aggressives Gefühl bezeichnen kann, die aber noch lange nicht zu aggressiven Handlungen führen muss.“<sup>75</sup>*

Gewalt und Aggression unterscheiden sich somit darin, dass Ersteres von der Wirkung auf den Geschädigten, Letzteres von der Absicht des Täters her definiert wird.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Vgl. Pons GmbH, 2014.

<sup>72</sup> Heinrich, 1989, S. 18.

<sup>73</sup> Vgl. Heinrich, 1989, S. 19.

<sup>74</sup> Ruthemann, 1993, S. 15.

<sup>75</sup> Ruthemann, 1993, S. 15.

<sup>76</sup> Vgl. Ruthemann, 1993, S. 17.

Bei Hirsch geht eine Aggression

*„immer von einer Person aus und zeigt sich in Form einer primär emotional gesteuerten bewußten oder unbewußten Handlung.“<sup>77</sup>*

Selg gibt in seiner Definition zu Aggression beispielhaft an, welche Handlungen unter Aggression fallen. Für ihn besteht eine Aggression

*„in einem gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichteten Austeilen schädigender Reize (schädigen meinte beschädigen, verletzen zerstören und vernichten; es impliziert aber auch (...) schmerzzufügende, störende, Ärger erregend und beleidigende Verhaltensweisen).“<sup>78</sup>*

Bei Bandura wird Aggression als ein

*„schädigendes und destruktives Verhalten charakterisiert, das im sozialen Bereich auf der Grundlage einer Reihe von Faktoren als aggressiv definiert wird, von denen einige eher beim Beurteiler als beim Handelnden liegen.“<sup>79</sup>*

In Banduras Definition wird erkennbar, dass die Beurteilung, ob ein Verhalten als aggressiv eingestuft werden kann, von der Person abhängt, die das Geschehen beobachtet, also subjektiv ist und nicht per se als aggressiv eingeschätzt werden kann.

Nolting differenziert wie auch Ruthemann beim Begriff „Aggression“ zwischen aggressivem Verhalten und aggressiven Emotionen.

Aggressives Verhalten kann sich nach Nolting in körperlichen, sprachlichen und mimisch-gestischen Aggressionsformen äußern.<sup>80</sup>

Aggressive Emotionen werden bei Nolting unterschieden in Antriebsemotionen wie Ärger oder Wut, Befriedigungsemotionen, wie Schadenfreude, und emotionale Haltungen, wie Hass oder Verachtung.<sup>81</sup> Nach Nolting sollte von aggressiven Emotionen nur gesprochen werden,

*„wenn sie auf Verletzung, Herabsetzung usw. drängen und darin ihre Befriedigung finden.“<sup>82</sup>*

---

<sup>77</sup> Hirsch, 2000, S. 22.

<sup>78</sup> Selg, 1992, S. 352.

<sup>79</sup> Bandura, 1979, S. 22.

<sup>80</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 31.

<sup>81</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 34.

<sup>82</sup> Nolting, 2001, S. 33.

Das aggressive Verhalten differenziert Nolting u.a. nach den Motiven. Dabei unterscheidet er zwischen Unmutsäußerung, Vergeltungs-Aggression, Abwehr-Aggression, Erlangungs-Aggression und spontaner Aggression.

Die Unmutsäußerung ist nach Nolting ein

*„impulsiver, wenig zielgerichteter Affektausdruck.“<sup>83</sup>*

Dieser ist nicht darauf ausgerichtet eine Person zu verletzen, sondern ein reaktiver Ausdruck von Unmut und/oder Missbehagen.<sup>84</sup>

Die Vergeltungs-Aggression entsteht aufgrund einer Provokation. Sie ist zielgerichtet und motiviert u.a. durch Ärger, Groll, Hass. Dem Gegenüber soll Schmerz und Schaden zugefügt werden. Dabei sind diese Faktoren nicht aggressionshemmend. Ziel der Aggression ist entweder die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und/oder der Gerechtigkeit.<sup>85</sup>

Die Abwehr-Aggression zielt auf Abwendung von Bedrohung oder Belästigung also auf Schadensabwendung bzw. auf den Schutz der eigenen Person ab.<sup>86</sup> Die Abwehr-Aggression endet, wenn dieses Ziel erreicht ist. Die Abwehr-Aggression kann unterteilt werden in Abwehr von Gefahr und in Abwehr von Belästigung/Störung. Die Unterscheidung besteht in der Emotion. Bei der Abwehr von Belästigung steht die Emotion „Ärger“ in Vordergrund, bei der Abwehr von Gefahr die Emotion „Angst“. Daher kann es bei der Abwehr von Belästigung auch zu einer Kopplung mit der Vergeltungs-Aggression kommen.<sup>87</sup>

Die Erlangungs-Aggression dient als Instrument zur Erlangung von Vorteilen. Sie ist nicht gegen Feinde gerichtet, sondern gegen Gegner. Die Motivation ist die Durchsetzung im Konflikt, die Erlangung von materiellem Gewinn und/oder die Erlangung von Beachtung oder Anerkennung.<sup>88</sup>

Die spontane Aggression ist intrinsisch und somit unabhängig von äußeren Faktoren. Sie ist demnach keine Folge einer Provokation. Diese dient der emotionalen Befriedigung. Die spontane Aggression kann sich äußern in Kampflust oder auch Sadismus.<sup>89</sup>

---

<sup>83</sup> Nolting, 2001, S. 151.

<sup>84</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 151.

<sup>85</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 151 f.

<sup>86</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 151, 156.

<sup>87</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 156 f.

<sup>88</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 151, 158 f.

<sup>89</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 151, 160 ff.

## 4.2 Ursachen von Gewalt

### 4.2.1 Gewalttheorien

#### 4.2.1.1 Triebtheorie

Nach der Triebtheorie gehören Gewalt und Aggression zur menschlichen Natur und sind somit angeboren.<sup>90</sup> Freud geht dabei von einer dualen Triebtheorie aus. Bei ihm existieren im Menschen sowohl der Lebenstrieb (Eros) als auch der Todestrieb (Thanatos). Dieser Todestrieb will zerstören.<sup>91</sup> Damit es nicht zu selbstschädigendem Verhalten kommt, muss die Energie dieses Triebes von innen nach außen gelenkt werden.<sup>92</sup>

Lorenz geht davon aus, dass Aggression ein Instinkt ist. Diese Instinkte werden nur geäußert, wenn ein entsprechender Auslöser vorhanden ist. Ist dieser Auslöser über einen längeren Zeitraum nicht vorhanden, kommt es zu einem Aggressionsstau. Beim Aggressionsstau kann sich die Aggression spontan und ohne entsprechenden Reiz entladen.<sup>93</sup>

#### 4.2.1.2 Frustrations-Aggressions-Theorie

Bei der Frustrations-Aggressions-Theorie ist die Aggression eine

*„Reaktion auf störende, unangenehme Ereignisse sog. Frustrationen.“<sup>94</sup>*

Frustration

*„bezeichnet die Enttäuschung, die entsteht, wenn die Befriedigung eines Bedürfnisses verhindert wird.“<sup>95</sup>*

Nach Dollard und Miller führt Frustration immer zu irgendeiner Form von Aggression.<sup>96</sup> Aggression entsteht, wenn ein Bedürfnis nicht befriedigt wird oder, wenn ein Mensch in seinem Handeln gehindert wird, das zur Befriedigung des Bedürfnisses nötig ist.<sup>97</sup>

Die Frustrationstoleranzgrenze ist bei jedem Menschen unterschiedlich. Dies bedeutet, dass der Auslöser einer Aggression bei dem einem Menschen nicht

---

<sup>90</sup> Vgl. Schwind, 2013, S. 133; vgl. Hartung, 2006, S. 144.

<sup>91</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 22.

<sup>92</sup> Vgl. Aronson et al., 2008, S. 383 f.; vgl. Schulz, 2006, S. 22 f.

<sup>93</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 24 f.

<sup>94</sup> Nolting, 2001, S. 49.

<sup>95</sup> Kienzle & Paul-Ettliger, 2009, S. 22.

<sup>96</sup> Vgl. Kienzle & Paul-Ettliger, 2009, S. 21.

<sup>97</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 26; vgl. Kienzle & Paul-Ettliger, 2009, S. 22.

automatisch zur Aggression bei einem anderen Menschen führen muss. Bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen, wie z.B. die Demenz vom Alzheimer-Typ, ist diese Frustrationstoleranzgrenze herabgesetzt.<sup>98</sup> Dazu erleben Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ in ihrem Alltag vermehrt Situationen, in denen sie sich nicht zurechtfinden oder überfordert fühlen.<sup>99</sup> Aufgrund verminderter Frustrationstoleranz und vermehrter Frustrationssituation kann es dann schnell zu aggressivem Verhalten kommen.

Ruthemann sieht bei der Gewalt von Heimbewohnern auch Frustration als Ursache. Frustration ist nach ihr eine Folge von Gewalt, aus der sich aggressives Verhalten entwickeln kann.<sup>100</sup> Diese Frustration entsteht zum einen aus dem interpersonellen Kontakt zwischen Bewohner und Mitarbeiter und zum anderen aus Faktoren der Gewalt, zu denen strukturelle Zwänge, unfreie Kontakt, erlebte Endstation, wie die endlose Abhängigkeit und die bewusste Endlichkeit, gehören und die unverarbeitete Biographie, zu der auch unverarbeitete Konflikte zählen. Diese wirken sich auf den Bewohner aus.<sup>101</sup>

#### **4.2.1.3 Lerntheorie**

In der Lerntheorie wird davon ausgegangen, dass aggressives Verhalten durch Lernen erworben wird. Dabei gibt es verschiedene Arten, wie gelernt werden kann. Lernkonzepte sind u.a. die klassische Konditionierung, die operante Konditionierung und das Lernen am Modell.<sup>102</sup>

Die klassische Konditionierung wird v.a. bei der Erklärung von Angstmechanismen verwendet und kommt nicht direkt bei der Erklärung von aggressiven Verhaltensweisen zum Einsatz.<sup>103</sup> Da aber Angst Auslöser aggressiven Verhaltens sein kann, sollten im Hintergrund biografische Aspekte, die aus der klassischen Konditionierung entstanden sein können, mit einbezogen werden. Als Beispiel soll das Ertönen der Sirenen im Krieg dienen. Das Ertönen der Sirenen ist ein neutraler Reiz, der zu keiner Reaktion führt. Das Fallen der Bombe, ein unbedingter Reiz, führt zur unbedingten Reaktion: dem Angst haben. Wird der neutrale Reiz (Sirenton) mit dem unbedingten Reiz (Bombe) mehrmals gekoppelt, kann aus dem neutralen Reiz (Sirenton) ein bedingter Reiz werden, der schon allein, ohne den unbedingten Reiz (Bombe) eine bedingte Reaktion, die Angst,

---

<sup>98</sup> Vgl. Perrar et al., 2011, S. 105.

<sup>99</sup> Vgl. Boes, 2008, S. 7.

<sup>100</sup> Vgl. Ruthemann, 1993, S. 30.

<sup>101</sup> Vgl. Ruthemann, 1993, S. 31.

<sup>102</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 28.

<sup>103</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 29.

auslöst. Nun kann es bei einem Bewohner vorkommen, dass allein schon ein Sirenton z.B. eines Krankenwagens Angst auslöst. Diese Angst kann zur Aggression führen, wenn z.B. der Bewohner in seinem Fluchtverhalten gehindert wird.

Die operante Konditionierung geht davon aus, dass ein Verhalten, das belohnt wird, häufiger vorkommt als ein Verhalten, das mit negativen Konsequenzen behaftet ist.<sup>104</sup> Wenn somit ein Bewohner in seiner Entwicklung gelernt hat, dass aggressives Verhalten ihn zur Befriedigung seiner Bedürfnisse führt, wird er dieses erlernte Verhalten auch weiterhin zeigen, wenn es um die Befriedigung seiner Bedürfnisse geht.

Nach Bandura wird beim Lernen am Modell das Lernen mittels Beobachtung und Imitieren anderer erworben. Einfluss nehmen auch die Konsequenzen, die aus dem beobachteten Verhalten resultieren. Dabei bedarf es keiner direkten Konsequenz des eigenen Verhaltens, mittels Verstärkung oder Bestrafung, sondern es genügt, wenn das Modell eine Konsequenz erfährt.<sup>105</sup> Bandura wandte diese Theorie auf das Erlernen aggressiven Verhaltens an und untersuchte dies in Experimenten. Kinder, die zuvor gesehen hatten, wie ein Erwachsener aggressives Verhalten gegen eine Puppe zeigte, wiesen häufiger aggressives Verhalten im Umgang mit der Puppe auf, als die Kontrollgruppe von Kindern, die zuvor ein nichtaggressives Modell gesehen hatten.<sup>106</sup>

## **4.2.2 Person, Umgebung und Interaktion als Gewaltursache**

### **4.2.2.1 Faktor Person**

Bei einem Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ können Ursachen für aggressives Verhalten u.a. in der Symptomatik der Erkrankung, in unerfüllten Bedürfnissen (z.B. nach Bewegung, Wärme, etc.) oder in unerfüllten Erwartungen begründet sein.<sup>107</sup> Bei den Symptomen können die kognitiven, die physischen wie auch die psychischen Symptome ursächlich sein. Im Bereich der kognitiven Beeinträchtigungen sind v.a. Halluzinationen, Wahnideen und Verkennungen anzuführen. Körperliche Symptome wie Schmerz, Schlafstörungen, Hunger, Austrocknung, sexuelle Erregung oder Sinneseinschränkungen können ebenfalls ein Grund sein, dass es zu aggressivem Verhalten kommt. Über- oder

---

<sup>104</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 29.

<sup>105</sup> Vgl. Schulz, 2006, S. 30 f.; vgl. Rothgangel & Schüler, 2010, S. 65.

<sup>106</sup> Vgl. Nolting, 2001, S. 98; vgl. Rothgangel & Schüler, 2010, S. 65.

<sup>107</sup> Vgl. Lindemann, 2012, S. 418.

Unterforderung, Ängste, Trauer oder Heimweh können ebenso ursächlich sein.<sup>108</sup> Die auftretenden Sprachprobleme führen zu erschwerter und ggf. missverständlicher Kommunikation und können aggressives Verhalten auslösen.<sup>109</sup> Die Emotionskontrolle kann durch Degeneration in spezifischen zerebralen Bereichen gemindert sein, wodurch es zu aggressivem Verhalten kommt.<sup>110</sup> Im Geschlechtervergleich scheint das Vorkommen von Aggressivität bei Männern höher zu sein als bei Frauen.<sup>111</sup>

#### **4.2.2.2 Faktor Umgebung**

Der Faktor Umgebung begünstigt das Auftreten von aggressivem Verhalten bei Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Zu Auslösern für aggressives Verhalten zählt u.a. Lärm, zu kalte oder zu warme Raumtemperatur, ungünstige direkte oder schwache Beleuchtung. Reizmangel oder Reizüberflutung können aggressives Verhalten ebenfalls bedingen. Ein weiterer Aspekt, der die Entstehung aggressiven Verhaltens bei einem Bewohner beeinflusst, ist das ihn umgebende Pflege- und Betreuungsteam. Eine schlechte Teamatmosphäre, gestresste Pflegenden sowie die Qualifizierung der Pflegenden und die Art der Pflegeorganisation haben u.a. Einfluss darauf, ob und wie stark sich aggressives Verhalten zeigt.<sup>112</sup> Einige der Umgebungsfaktoren, die Auslöser für aggressives Verhalten sind, fallen unter strukturelle Gewalt gegen die Bewohner in Pflegeeinrichtungen. Hirsch nennt als Beispiele für strukturelle Gewalt gegen alte Menschen im Allgemeinen mangelhafte Lebensräume, unzureichender Personalschlüssel oder mangelhafte Qualifizierung des Personals.<sup>113</sup>

#### **4.2.2.3 Faktor Interaktion**

Im Bereich der stationären Pflege ist die Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern permanent existent. Gründe für aggressives Verhalten können bei der Interaktion v.a. in Schwierigkeiten der Kommunikation zwischen den beiden liegen. Bei einem Menschen mit einer Demenz von Alzheimer-Typ kann das Sprachverständnis wie auch das Sprechen gestört sein. Dies führt dazu, dass der Erkrankte nicht fähig ist, seine Wünsche und Bedürfnisse dem Personal gegenüber zu äußern und/oder, dass er nicht versteht, was sein Gegenüber ihm mittei-

---

<sup>108</sup> Vgl. Wojnar, 2000, S. 222; vgl. Schmid, 2012, S. 388 f.; vgl. Grond, 2007, S. 34 f.

<sup>109</sup> Vgl. Hall et al., 2004, zit. n. Halek & Bartholomeyczik, 2006, S. 54.

<sup>110</sup> Vgl. Hall et al., 2004, zit. n. Halek & Bartholomeyczik, 2006, S. 54.

<sup>111</sup> Vgl. Hall et al., 2004, zit. n. Halek & Bartholomeyczik, 2006, S. 54.

<sup>112</sup> Vgl. Boes, 2008, S. 8; vgl. Schmid, 2012, S. 388 f.; vgl. Wojnar, 2000, S. 222; vgl. Grond, 2007, S. 33.

<sup>113</sup> Vgl. Hirsch, 2001, S. 4.



len möchte. Eine nicht ausreichende und nicht krankheitsspezifische Kommunikation seitens des Pflegepersonals schürt diese Problematik. Im Rahmen der Interaktion kann auch eine fehlende Akzeptanz einer nicht gleichgeschlechtlichen Pflegeperson ursächlich für aggressives Verhalten sein. Weitere Faktoren sind Fremdsprachigkeit, Kulturzugehörigkeit oder unterschiedliche Werte und Normen.<sup>114</sup>

Häufig finden Aggressionseignisse während der Körperpflege statt, also in einer sehr intimen Interaktion zwischen Pflegeperson und Bewohner.<sup>115</sup> Zeller et al. gibt als Grund dafür an, dass der Bewohner die Situation nicht versteht, in der Situation überfordert ist oder dies aufgrund von Verwirrtheit des Bewohners auftritt.<sup>116</sup>

Die taktile Abwehrhaltung kann in der Interaktion ebenso aggressive Verhaltensweisen auslösen. Reize wie Körperkontakt erleben Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ als drohende Gefahr und reagieren darauf negativ und gefühlsbetont, z.B. durch eine Abwehrbewegung oder verbale Abwehr. Gründe dafür können in mangelnden taktilen Reizen liegen oder in den kognitiven Einschränkungen.<sup>117</sup>

---

<sup>114</sup> Vgl. Schmid, 2012, S. 388 f.; vgl. Boes, 2008, S. 8.

<sup>115</sup> Vgl. Zeller et al., 2013, S. 325.

<sup>116</sup> Vgl. Zeller et al., 2013, S. 326.

<sup>117</sup> Vgl. Höwler, 2006, 153; vgl. Andreae, 2009, 107.

## 5 Potenzielle Delikte im Kontext einer Demenz vom Alzheimer-Typ

Es gibt verschiedene Erscheinungsformen von Gewalt und Aggression durch einen Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Nicht jede Aggression oder Gewalt ist automatisch auch ein strafrelevantes Delikt nach dem deutschen StGB. Im Folgenden wird zunächst auf einige ausgewählte strafrelevante Delikte, die im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ nach dem StGB relevant sind, eingegangen. Danach wird aufgezeigt, welche weiteren Formen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens außerdem in der Pflege präsent sind, welche zwar nicht strafbar, aber dennoch belastend für die Pflegepersonen sind.

### 5.1 Potenziell strafrelevante Delikte

#### 5.1.1 Körperverletzung

Laut § 223 Abs. 1 StGB begeht jemand eine Körperverletzung, der

*„eine andere Person körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit schädigt.“*

Körperliche Misshandlung

*„umfasst alle substanzverletzenden Einwirkungen auf den Körper des Opfers sowie jede üble, unangemessene Behandlung, durch die das körperliche Wohlbefinden mehr als nur unerheblich beeinträchtigt wird.“<sup>118</sup>*

In den Bereich der Misshandlungen gehören dazu insbesondere:

- Bewirken von Substanzschäden (Beule, Prellung, Wunde)
- Bewirken von Substanzeinbußen (Glieder, Organe, Zähne)
- Verunstalten des Körpers (z.B. durch Beschmieren mit Teer)
- Hervorrufen körperlicher Funktionsstörungen (z.B. Beeinträchtigung des Hör- und Sehvermögens).<sup>119</sup>

Eine Gesundheitsschädigung

*„ist das Herbeiführen oder die Steigerung eines nicht unerheblichen anormalen körperlichen Zustandes, unabhängig von dessen Dauer.“<sup>120</sup>*

---

<sup>118</sup> Hettinger & Wessels, 2011, S. 76.

<sup>119</sup> Vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 76.

Bei einer unangemessenen Behandlung ist es dabei nicht relevant, ob es zu einer Schmerzempfindung kommt. Das Abschneiden der Haare ist nach § 223 StGB ebenfalls eine Körperverletzung.<sup>121</sup>

In der Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann es zu verschiedenen körperlichen Aggressionen gegen Pflegepersonen kommen. In der Praxis kommt es zu Schlägen, an den Haaren ziehen, Kratzen, Würgen, Treten, das Verdrehen oder Umknicken von Händen oder Fingern oder auch zum Beißen, z.B. in die Hände. Sind die Auswirkungen dieser Taten substanzverletzend, wird z.B. ein Stück Haut herausgebissen und gehören in den Bereich der üblen unangemessenen Behandlung, fallen sie in den § 223 StGB. Unter diesen fällt auch, wenn ein Bewohner einer Pflegeperson eine Ohrfeige gibt oder diese anspuckt, und dadurch bei der betroffenen Pflegeperson ein schwerer Ekel entsteht.<sup>122</sup> Bagatellverletzungen wie z.B. ein leichter Kratzer fallen nicht in den Bereich der strafbaren Handlung nach § 223 StGB, da die Beeinträchtigung zu gering ist.

Aggressive Handlungen gegen eine Pflegeperson durch einen Menschen mit einer Demenz von Alzheimer-Typ können auch unter Nutzung eines Gegenstandes geschehen. Dabei können zum Beispiel Gegenstände wie Gürtel, Schuhe oder Kleidung zum Schlagen verwendet werden. Auch wird mit Gegenständen wie Besteck, Schuhen oder Essen nach Pflegekräften geworfen oder sie werden mit Scheren, Messern oder Nagelpfeilen bedroht.<sup>123</sup> Dabei kann die Zuhilfenahme eines Gegenstandes bei aggressiven Handlungen gegen eine Pflegeperson nach. § 224 Abs. 1, Nr. 2 StGB als schwere Körperverletzung gelten, wenn die Körperverletzung

*„mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeug[s]“*

ausgeführt wird.

Der Versuch einer Körperverletzung ist sowohl nach § 223 StGB als auch nach § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB strafbar.

### **5.1.2 Sachbeschädigung**

Sachbeschädigung liegt nach § 303 Abs. 1 StGB vor, wenn

*„rechtswidrig eine fremde Sache beschädigt oder zerstört“*

---

<sup>120</sup> Otto, 2005, S. 73.

<sup>121</sup> Vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 76.

<sup>122</sup> Vgl. Otto, 2005, S. 73.

<sup>123</sup> Vgl. Heinrich, 1989, S. 20; vgl. Grond, 2007, S. 31; vgl. Boes, 2008, S. 7.

wird oder nach § 303 Abs. 2 StGB, wenn,

*„das Erscheinungsbild einer fremden Sache nicht nur unerheblich und nicht nur vorübergehend verändert“*

wird.

Beschädigung oder Zerstörung einer Sache durch einen Bewohner kann im Betreuungs- und Pflegealltag u.a. in Form von Werfen von Tellern und Tassen, Zerschlagen von Türen und Fenstern oder Herausreißen von Seiten aus Büchern vorkommen. Auch beim Verüben einer Körperverletzung nach § 223 StGB kann es zu Sachbeschädigung kommen. Sachbeschädigung liegt auch vor, wenn die Kleidung einer Pflegeperson durch einen Erkrankten beschädigt wird.

Nach § 303 Abs. 2 StGB kann unter Sachbeschädigung ebenso das Verschmutzen einer Sache in Frage kommen. Dies ist auch möglich, ohne dass es zu einem eigentlichen Substanzverlust bei der Sache gekommen ist.<sup>124</sup> Bei der Beschädigung muss eine gewisse Erheblichkeit vorliegen.<sup>125</sup> Bloße Verunreinigungen fallen nicht unter Sachbeschädigung, z.B. ein paar Kaffeeflecken aufgrund einer umgeworfenen Tasse durch einen Bewohner.<sup>126</sup> Eine Sachbeschädigung ist jedoch gegeben, wenn die Wiederherstellung des Ursprungzustandes einen nicht geringfügigen Aufwand an Zeit, Arbeit oder Kosten erfordert.<sup>127</sup> Das Verschmieren der Wände mit Kot oder das Bemalen von Wänden, sofern sie nicht leicht zu reinigen sind, ist eine Sachbeschädigung. Als Sachbeschädigung gilt auch das Bespritzen der Kleidung einer Pflegeperson mit Urin.<sup>128</sup>

### 5.1.3 Sexuelle Belästigung

Kienzle & Paul-Ettliger definieren sexuelle Belästigung

*„als jede Verhaltensweise, gleichgültig, ob verbal oder als konkrete Handlung, welche die Würde der Pflegekraft, gleichgültig, ob Mann oder Frau, beeinträchtigt.“<sup>129</sup>*

Oud et al. betrachten sexuelle Belästigung sowohl objektiv als auch subjektiv. Objektiv geht es um

*„die Beeinträchtigung der physischen und psychischen Integrität einer Person.“<sup>130</sup>*

---

<sup>124</sup> Vgl. Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 393.

<sup>125</sup> Vgl. Jähnke et al., 2005, S. 43.

<sup>126</sup> Vgl. BayObLG St. 27 147, zit. n. Jähnke et al., 2005, S. 43.

<sup>127</sup> Vgl. Jähnke et al., 2005, S. 43.

<sup>128</sup> Vgl. RG HRR 1936 Nr. 853, zit. n. Jähnke et al., 2005, S. 42.

<sup>129</sup> Kienzle & Paul-Ettliger, 2009, S. 33.

Jedoch, ob diese Beeinträchtigung stattgefunden hat, ist nach Oud et. al. subjektiv und kann von Opfer und Täter unterschiedlich eingeschätzt werden.<sup>131</sup>

Unter sexueller Belästigung zählen die verbale Belästigung, der direkte körperliche Kontakt und auch Gesten.<sup>132</sup>

Sexuelle Belästigung, wie es in der Alltagssprache genannt wird, ist kein eigentlicher Strafbestand nach StGB. Die Handlungen, die unter sexuelle Belästigung subsumiert werden und bei einem Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ relevant sind, können u.a. in die Strafbestände Körperverletzung (§§ 223 f. StGB), Beleidigung (§ 185 StGB), sexuelle Nötigung/Vergewaltigung (§ 177 StGB), exhibitionistische Handlungen (§ 183 StGB) und/oder Erregung öffentlichen Ärgernisses (183a StGB) fallen. Um in den Bereich der Straftaten nach den §§ 177 ff. StGB gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu fallen, muss die Handlung nach § 184g Nr. 1 StGB von einiger Erheblichkeit sein.

Damit eine Handlung unter sexuelle Nötigung fällt, muss sie nach § 177 Abs. 1 StGB

- *„mit Gewalt,*
- *durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben*  
*oder*
- *unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist“*

geschehen.

Dies bedeutet, dass das durch einen Bewohner durchaus vorkommende Busen-grabschen, Pokneifen oder der Kuss auf die Wange nicht in den Bereich der sexuellen Nötigung fällt.<sup>133</sup> Es gilt als Taktlosigkeit oder grobe Zudringlichkeit und wird höchstens als Beleidigung eingestuft.<sup>134</sup> Diese Handlungen sind nicht von einiger Erheblichkeit, noch findet in der Mehrzahl solcher Situationen eine für den § 177 Abs. 1 StGB u.a. notwendige Gewaltanwendung seitens Bewohners statt.

Auch Exhibitionismus kann bei Bewohnern vorkommen. Exhibitionismus ist

*„das meist zwanghafte Zurschaustellen der Geschlechtsorgane mit oder ohne Selbstbefriedigung, wobei der Lustgewinn nicht selten*

---

<sup>130</sup> Oud et al., 2012, S. 42.

<sup>131</sup> Vgl. Oud et al., 2012, S. 42.

<sup>132</sup> Vgl. Schneider, 2005, S. 35.

<sup>133</sup> Vgl. Adelman, 2009, S. 25.

<sup>134</sup> Vgl. Gräber-Seißinger, 2007, S. 411.

*vom Schock oder der Überraschung des unfreiwilligen Beobachters abhängt.*<sup>135</sup>

Exhibitionismus kann von Menschen mit einer Demenz

*„als Ersatzform für nicht zu erreichende Sexualkontakte praktiziert werden.“*<sup>136</sup>

Die exhibitionistische Handlung wird im § 183 StGB geregelt. Sie ist

*„das Entblößen des Geschlechtsteils vor einem anderen ohne dessen Einverständnis, um sich durch die Wahrnehmung durch den anderen oder durch dessen Reaktion geschlechtlich zu befriedigen, zu erregen oder eine geschlechtliche Erregung zu steigern.“*<sup>137</sup>

Der Täter einer exhibitionistischen Handlung kann nach § 183 StGB nur ein Mann sein. Das Opfer muss sich durch diese Handlung belästigt fühlen. Es muss schockiert sein, es reicht nicht allein, dass das Opfer diese Handlung nicht gut heißt.<sup>138</sup>

Eine Erregung öffentlichen Ärgernisses nach § 183a StGB liegt vor, wenn eine sexuelle Handlung öffentlich vorgenommen wird und dadurch absichtlich und wissentlich Ärgernis erregt wird. Dies bedeutet, dass das alleinige Zurschaustellen der Geschlechtsteile beim Exhibitionismus nicht ausreicht, um den Tatbestand der Erregung öffentlichen Ärgernisses nach § 183a StGB zu erfüllen, sondern es muss eine öffentliche sexuelle Handlung vorgenommen werden.

Im Rahmen einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann es, wie bereits im Kapitel 3.3.3 erwähnt, zu einer Veränderung des Sexualverhaltens kommen. Diese Veränderung kann sich in unangemessenem Sexualverhalten wie der Masturbation während der Pflege oder auch in der Öffentlichkeit äußern.

Das Urinieren oder entblößen des Körpers in öffentlichen Räumen einer Pflegeeinrichtung, das im Bereich der Pflege eines Bewohners mitunter vorkommen kann, fällt nicht unter den Straftatbestand des Exhibitionismus oder der Erregung öffentlichen Ärgernisses, da weder eine sexuelle Befriedigung noch eine sexuelle Handlung dabei stattfindet.

#### **5.1.4 Beleidigung, üble Nachrede, Verleumdung**

Die Beleidigung wird in § 185 StGB behandelt. Beleidigung ist

---

<sup>135</sup> Wied, 2003, S. 220.

<sup>136</sup> Vetter, 2007, S. 144.

<sup>137</sup> Otto, 2005, S. 381.

<sup>138</sup> Vgl. Otto, 2005, S. 381.

*„jede vorsätzliche Kränkung der Ehre eines anderen durch vorsätzliche Kundgabe der Missachtung.“<sup>139</sup>*

Hettinger & Wessels geben eine Übersicht, durch welche Formen eine Beleidigung stattfinden kann:

- *„Durch Meinungsäußerung oder Werturteile (...)*
- *Durch symbolische Handlungen (...) oder eine ehrenkränkende Behandlung (...)*
- *Durch die Zumutung strafbarer oder unsittlicher Handlungen (...) und sonstige Formen der Missachtung, in denen eine herabsetzende Bewertung zum Ausdruck kommt(...)*
- *Durch sog. Formalbeleidigungen iS des § 192 (...)*
- *Durch das Vorhalten ehrenrühriger Tatsachen unmittelbar dem dadurch Verletzten gegenüber (...)*
- *Sowie in qualifizierte Form durch ehrverletzende Tätlichkeiten (...).“<sup>140</sup>*

Die Beleidigung durch einen Bewohner kann direkt gegen die Pflegeperson gerichtet sein, z.B. durch die Äußerung „du Hure“, oder sie kann gegenüber eines Dritten, z.B. einer andern Pflegeperson, geäußert werden, z.B. „Schwester X ist eine Hure“. Auch kann sie sich in Form der Behauptung einer ehrenrührigen Tatsache gegenüber der betreffenden Pflegeperson selbst äußern („Sie haben mir meine Uhr gestohlen“).<sup>141</sup>

Das Bespucken des Pflegepersonals durch einen Bewohner gilt ebenso als Beleidigung.<sup>142</sup> Wie in Kapitel 5.1.3 erwähnt, können auch sexuelle Handlungen unter Beleidigung fallen. § 185 StGB ist jedoch kein Auffangtatbestand für nicht strafbare sexuelle Handlungen.<sup>143</sup> Dies bedeutet, dass eine sexuelle Handlung, die nicht unter die Strafbestände der §§ 77 ff. StGB fällt, nicht automatisch unter den Straftatbestand des § 185 StGB fällt.

In der Pflege kann es auch zur üblen Nachrede nach § 186 StGB oder zur Verleumdung nach § 187 StGB kommen. Bei diesen Delikten muss zum einen die Äußerung gegenüber einem Dritten gefallen sein und zum anderen muss es sich um eine Tatsachenbehauptung handeln. Bei der üblen Nachrede nach § 186 StGB handelt es sich um

---

<sup>139</sup> Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 71.

<sup>140</sup> Hettinger & Wessels, 2011, S. 155.

<sup>141</sup> Vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 150.

<sup>142</sup> Vgl. Sonnen, 2005, S. 78; vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 155.

<sup>143</sup> Vgl. BGHSt 36, 145, 149, zit. n. Sonnen, 2005, S. 76f.

*„das Behaupten oder Verbreiten, ehrenrühriger, nicht erweislich wahrer Tatsachen – nicht Werturteile- gegenüber Dritten.“<sup>144</sup>*

Bei der Verleumdung werden unwahre Tatsachen behauptet oder verbreitet, die ehrenrührig oder kreditgefährdend sind. Derjenige, der verleumdet, weiß auch, dass diese Tatsache unwahr ist und behauptet sie trotzdem.<sup>145</sup>

Die Behauptung eines Bewohners „Pflegeperson (X) hat meine Uhr gestohlen“ gegenüber einer anderen Pflegeperson fällt unter üble Nachrede, wenn der Bewohner nicht genau weiß, ob diese Tatsache stimmt oder nicht. Dies ist z.B. der Fall, wenn er seine Uhr nicht finden kann.<sup>146</sup> Weiß der Bewohner aber, dass seine Uhr in der Schublade ist, aber er stellt entsprechende Behauptung trotzdem auf, wäre dies eine Verleumdung.

## **5.2 Straffreie Aggressionen**

Aggressives und gewalttätiges Verhalten kann die verschiedensten Ausprägungen haben. Nicht jede aggressive oder gewalttätige Verhaltensweise eines Bewohners erfüllt die Merkmale eines Delikts. Bewohner können Verhaltensweisen zeigen, die zwar belastend für das Pflegepersonal sind, aber keine rechtlichen Konsequenzen im Sinne des StGB nach sich ziehen. Einige dieser Handlungen wurden im Kapitel 5.1 bereits erwähnt wie z.B. leichte körperliche Aggressionen gegen Pflegekräfte oder Handlungen im Bereich der sexuellen Belästigung.

Im Bereich der Pflege spielt die psychische Gewalt, zu der auch die verbalen Aggressionen gehören, eine wichtige Rolle.<sup>147</sup> Grond stellt fest, dass die verbalen Aggressionen häufiger in der Pflege vertreten sind als die körperlichen und diese oftmals mehr Schmerzen bereiten als körperliche Aggressionen.<sup>148</sup>

Psychische Gewalt kann sich äußern u.a. in unaufhörlichem Schreien oder Brüllen, in ständigem Kritisieren des Pflegepersonals oder in der Entwertung des Pflegepersonals. Das Verweigern von Mithilfe bei der Durchführung der Pflege gehört ebenso in den Bereich der psychischen Gewalt sowie absichtliches Einlassen oder Einkoten, wiederholtes unnötiges Klingeln, Ausspielen des Pflegepersonals oder aggressives Schweigen.<sup>149</sup>

---

<sup>144</sup> Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 71.

<sup>145</sup> Vgl. Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 71; vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 153.

<sup>146</sup> Vgl. Hettinger & Wessels, 2011, S. 150.

<sup>147</sup> Vgl. Grond, 2007, S. 31.

<sup>148</sup> Vgl. Grond, 2007, S. 32.

<sup>149</sup> Vgl. Grond, 2007, S. 31 f.



## **6 Potenzielle rechtliche Sanktionsmöglichkeiten bei Gewaltanwendung**

Bei Erfüllung der rechtlichen Voraussetzung des Tatbestand sowie der Rechtswidrigkeit und der Schuld, die im nächsten Kapitel erläutert werden, tritt nach dem StGB eine bestimmte Rechtsfolge ein, die entweder in den Bereich der Strafe oder in den Bereich der Maßregeln der Besserung und Sicherung fällt. Bei den Strafen gibt es die sogenannten Haupt- und Nebenstrafen sowie die Nebenfolgen, im Bereich der Maßregeln der Besserung und Sicherung die Unterscheidung zwischen denen mit und denen ohne Freiheitsentziehung.<sup>150</sup> In der Literatur werden verschiedene Argumente für den Sinn und Zweck von Strafe genannt. Sie fungiert als Abschreckung zum einen für die Wiederholung von Taten eines Täters, zum anderen für die Begehung von Straftaten potenzieller Täter. Sie dient als Rechtsgüterschutz, als Sicherung und Resozialisierung, als Vergeltung und Sühne oder auch als Opferschutz und Opferhilfe.<sup>151</sup>

Neben den Rechtsfolgen im StGB sieht auch das BGB Rechtsfolgen für eine Tat in Form von Schadensersatz nach § 823 BGB und Schmerzensgeld nach § 252 Abs. 2 BGB vor.

Dieses Kapitel geht zuerst auf die Strafen nach dem StGB ein und beschreibt dann die Rechtsfolgen nach dem BGB. Zum Schluss wird die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erläutert.

### **6.1 Freiheitsstrafe**

Der Sinn der Freiheitsstrafe ist nach § 2 StVollzG zum einen, dass Gefangene nach Beendigung der Strafe ein Leben ohne Straftat führen, und zum anderen, dass die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten geschützt wird. Sie kann nur verhängt werden, wenn das Gesetz die Freiheitsstrafe auch als Strafe vorsieht. Bei den im Kapitel 5 zuvor genannten strafrelevanten Delikten kann jedes mit einer Freiheitsstrafe geahndet werden.

Eine Strafe wird nach § 46 Abs. 1 Satz 1 StGB nach der Schuld des Täters bemessen. Je schwerer die Schuld des Täters, desto höher ist dementsprechend die Strafe.<sup>152</sup> Weitere Punkte, wie u.a. Beweggründe, Ziele des Täters oder sein Vorleben, werden nach § 46 Abs. 2 StGB bei der Bemessung der Schuld mit ein-

---

<sup>150</sup> Vgl. Riekenbrauk, 2011, S. 104.

<sup>151</sup> Vgl. Wabnitz, 2014, S. 195; vgl. Riekenbrauk, 2011, S. 24 ff.

<sup>152</sup> Vgl. Schott, 2006, S. 44.

bezogen. Daher wird vor der Strafbemessung geprüft, ob und in welchem Ausmaß der Täter schuldhaft gehandelt hat.

Die Freiheitsstrafe wird gem. § 38 Abs. 1 Abs. 1 StGB unterschieden zwischen zeitigen und lebenslangen Freiheitsstrafen.<sup>153</sup> Die lebenslange Freiheitsstrafe kann gem. § 178 StGB bei sexueller Nötigung und Vergewaltigung verhängt werden, wenn wenigstens leichtfertig der Tod des Opfers verursacht wird; sie wird z.B. gem. § 211 Abs. 1 StGB bei Mord verhängt. Die Dauer der zeitigen Freiheitsstrafe ist gem. § 38 Abs. 2 StGB zwischen einem Monat und 15 Jahren. In der jeweiligen Strafnorm werden Mindest- und Höchstangaben für die Verhängung der Strafe bei dem jeweiligen Delikt angegeben. Die schlussendliche Strafbemessung anhand dieser Vorgaben wird im gerichtlichen Verfahren geprüft und verhängt.

Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe von unter einem Jahr kann gem. § 56 Abs. 1 StGB zur Bewährung zwischen zwei und fünf Jahren ausgesetzt werden, wenn zu erwarten ist, dass der Verurteilte unter Berücksichtigung u.a. des Vorlebens des Verurteilten oder seine Lebensverhältnisse auch ohne den Vollzug der Freiheitsstrafen keine weiteren Straftaten mehr begehen wird und die Verteidigung der Rechtsordnung nach § 56 Abs. 3 StGB dies zulässt.

Unter besonderen Umständen kann nach § 56 Abs. 2 StGB auch die Aussetzung zur Bewährung bei einer Freiheitsstrafe von über einem bis maximal zwei Jahren erfolgen. Dies ist gegeben, wenn die Voraussetzung nach § 56 Abs. 1 StGB vorliegen, die Verteidigung der Rechtsordnung nach § 56 Abs. 3 StGB dies zulässt und besondere Umstände nach § 56 Abs. 2 StGB gegeben sind. Die Bewährung ist,

*„eine gerichtliche Maßnahme, durch die der Vollzug einer Freiheitsstrafe ausgesetzt und dem Verurteilten eine Bewährungsfrist bewilligt wird, nach deren Ablauf bei guter Führung die Strafe erlassen wird (§§ 56 ff. StGB).“<sup>154</sup>*

Dies dient dazu, die Konsequenzen wie, u.a. Verlust eines Arbeitsplatzes, die ein Strafvollzugs mit sich bringt, zu vermeiden. Der Rest einer Freiheitsstrafe kann nach § 454 StGB zur Bewährung ausgesetzt werden.

---

<sup>153</sup> Vgl. Riekenbrauk, 2011, S. 106.

<sup>154</sup> Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 427.

## 6.2 Geldstrafe

Die Geldstrafe wird gem. § 40 Abs. 1 Satz 1 StGB in Tagessätzen verhängt. Will das Gericht eine Geldstrafe verhängen, muss es zunächst die Anzahl der Tagessätze festlegen und dann die Höhe eines Tagessatzes. Die Anzahl der Tagessätze sind gem. § 40 Abs. 1 Satz 2 StGB mindestens fünf und höchstens 360 volle Tagessätze. Die Anzahl der Tagessätze richtet sich nach

*„der Schuld des Täters und den Wirkungen der Strafe auf ihn.“<sup>155</sup>*

Die Höhe eines Tagessatzes wird gem. § 40 Abs. 2 Satz 1 StGB unter Berücksichtigung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Täters bemessen. Das Nettoeinkommen ist ausschlaggebend für den Tagessatz und zwar das durchschnittliche Nettoeinkommen, das ein Täter an einem Tag hat bzw. haben könnte. Zum Nettoeinkommen eines Bewohners gehört u.a. die Rente. Das Pflegegeld bzw. die Pflegesachleistung nach SGB XI wird jedoch nicht zum Nettoeinkommen dazugezählt.<sup>156</sup> Die Höhe eines Tagessatzes beträgt nach § 40 Abs. 2 Satz 3 StGB mindestens einen und höchstens dreißigtausend Euro. Eine Geldstrafe kann nach § 41 StGB auch neben einer Freiheitsstrafe verhängt werden, wenn der Täter sich durch die Tat bereichert hat oder sich zu bereichern versuchte.

## 6.3 Schadensersatz

Schadensersatz ist

*„der Ausgleich für einen entstandenen Schaden.“<sup>157</sup>*

Für einen entstandenen Schaden durch einen Bewohner kann die Schadensersatzpflicht aus dem Recht der unerlaubten Handlung zur Geltung kommen. Entsteht gem. § 823 BGB durch unerlaubte Handlung ein materieller Schaden, muss gem. § 249 Abs. 1 BGB der Zustand wiederhergestellt werden, der ohne die unerlaubte Handlung bestehen würde. Dieser materielle Schaden kann durch Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit, des Eigentums oder eines sonstigen Rechts entstanden sein. Der Gläubiger kann nach § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB statt der Wiederherstellung des Zustandes den dafür erforderlichen Geldbetrag verlangen.

---

<sup>155</sup> JM NRW, S. 2014a.

<sup>156</sup> Vgl. Kraher & Manns, 2010, S. 39.

<sup>157</sup> Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 395.

## 6.4 Schmerzensgeld

Schmerzensgeld ist nach § 253 BGB ein Schadensersatzanspruch, der wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung aus unerlaubter Handlung verlangt werden kann. Er dient, anders als der Schadensersatz nach § 823 BGB, der Wiedergutmachung des immateriellen Schadens. Das Schmerzensgeld kann neben dem Anspruch auf Ersatz des Vermögensschadens verlangt werden. Die Höhe des Schmerzensgeldes richtet sich nach Billigkeit.<sup>158</sup> Bei der Schmerzensgeldbemessung spielen u.a. die Faktoren der Schwere der Verletzung und die hervorgerufenen Schmerzen, die Lebensbeeinträchtigungen des Geschädigten, aber auch die Vermögensverhältnisse des Verursachers als auch des Geschädigten eine Rolle. Der Grad des Verschuldens wirkt sich ebenso auf die Bemessung aus.

## 6.5 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 63 StGB regelt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus kann gem. § 71 StGB verhängt werden, wenn eine rechtswidrig begangene Tat vorliegt, d.h. dass bei einer aggressiven und/oder gewalttätigen Handlung der Tatbestand und die Rechtswidrigkeit eines Delikts, die in Kapitel 7.1 erläutert werden, erfüllt sind. Dazu muss Schuldunfähigkeit gem. § 20 StGB oder verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB, siehe Kapitel 7.1.3, vorliegen. Die Schuldunfähigkeit muss dauerhaft gegeben sein und nicht, z.B. aufgrund eines Delirs, nur von zeitweiser Dauer sein.<sup>159</sup>

Außerdem muss gem. § 63 StGB eine Gefährlichkeit des Täters für die Allgemeinheit gegeben sein und zwar so, dass

*„die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind.“*

Dies bedeutet, dass die Delikte aus dem unteren Bereich der Kriminalität ausscheiden.<sup>160</sup> Außerdem muss mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer weiteren Schädigung ausgegangen werden. Allein die Möglichkeit, dass ein weiteres Delikt begangen wird, reicht nicht für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus aus. Eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht auch dann, wenn

---

<sup>158</sup> Vgl. Gräber-Seißinger, 2007, S. 399.

<sup>159</sup> Vgl. JM NRW, 2014b; vgl. Rösler, 2014, S. 394.

<sup>160</sup> Vgl. Riekenbrauk, 2011, S. 131.

nur eine Gefahr für eine Einzelperson besteht.<sup>161</sup> Mit geeigneten standardisierten Skalen oder Checklisten, wie z.B. dem HCR-20, lässt sich heute abschätzen, ob weitere erhebliche rechtswidrige Taten eines Menschen zu erwarten sind.<sup>162</sup> Alle drei Aspekte, der Tatbestand, die Rechtswidrigkeit und die Schuldunfähigkeit bzw. verminderte Schuldfähigkeit, müssen für die Unterbringung nach § 63 StGB erfüllt sein. Es reicht nicht aus, dass lediglich ein Merkmal zutrifft.

Die Unterbringung gem. 63 StGB ist, wenn die Voraussetzungen vorliegen, zwingend. Dies bedeutet, dass sie nicht im Ermessen des Gerichts liegt.<sup>163</sup> Liegt verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB vor, kann die Unterbringung nach § 63 StGB neben einer Strafe verhängt werden. Dabei wird die Unterbringung nach § 67 Abs. 1 StGB vor der Strafe vollzogen, wenn nicht einer der Gründe in § 67 Abs. 2 StGB vorliegt. Die Dauer der Unterbringung ist nach § 67d StGB grundsätzlich unbefristet. Nach § 76e Abs. 1 StGB kann das Gericht jederzeit prüfen, ob die Unterbringung noch notwendig ist. Nach § 67e Abs. 2 StGB muss das Gericht die Überprüfung spätestens nach einem Jahr durchführen. Nach § 67d Abs. 6 StGB ist die Unterbringung erledigt, wenn

*„die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre“.*

Mit der Entlassung tritt Führungsaufsicht ein, sofern nicht auch ohne diese die Wahrscheinlichkeit einer Straftat nicht gegeben ist. Nach § 67b StGB kann das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus auch direkt zur Bewährung aussetzen,

*„wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann.“*

Da die Demenz vom Alzheimer-Typ progredient verläuft, wird der Aktionsradius des Erkrankten immer weiter eingegrenzt und somit auch die Möglichkeit aggressives und/oder gewalttätiges Verhalten auszuüben, das den Anforderungen des § 63 StGB genügt. Nach § 67b StGB kann die Unterbringung, wenn der Zweck der Maßregel auch durch eine andere Maßnahme erreicht werden kann, zur Bewährung ausgesetzt werden. Der Sinn der Unterbringung ist die rehabilitierende Therapie, die bei Demenz vom Alzheimer-Typ aufgrund des progredienten Verlaufs nicht den erwünschten Erfolg bringt. Zusätzlich soll die Unterbringung die Pflege dieses Menschen gewährleisten. Ein Bewährungsgrund könnte gegeben

---

<sup>161</sup> Vgl. JM NRW, 2014b; vgl. Riekenbrauk, 2011, S. 132.

<sup>162</sup> Vgl. Nedopil, 2001, zit. n. Rösler, 2014, S. 394.

<sup>163</sup> Vgl. JM NRW, S. 2014b.

sein, wenn ein Mensch mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ in einer Einrichtung untergebracht werden könnte, in der eine

*„umfassende sozialpsychiatrische und pharmakologische Therapie gesichert werden könnte.“<sup>164</sup>*

---

<sup>164</sup> Rösler, 2014, S. 394.

## 7 Rechtliche Situation bei Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ

Um eine Strafe nach Kapitel 6 verhängen zu können, muss nach dem StGB eine Prüfung stattfinden, ob der Täter, tatbestandmäßig, rechtswidrig und schuldhaft gehandelt hat. Ebenso für die Anspruchsvoraussetzungen aus unerlaubter Handlung, dem Schadensersatz und dem Schmerzensgeld, muss eine Prüfung stattfinden. Im Folgenden wird zuerst der Tatbestand, die Rechtswidrigkeit und die Schuldfähigkeit erklärt in Bezug auf die Anwendung bei Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Darauffolgend der Tatbestand, die Rechtswidrigkeit, die Schuld sowie der Schaden und die Haftungsausfüllende Kausalität für die Anspruchsgrundlage gem. § 823 Abs. 1 BGB.

### 7.1 Nach dem Strafgesetzbuch

#### 7.1.1 Tatbestand

Der Tatbestand lässt sich unterteilen in objektiven und subjektiven Tatbestand.

Beim objektiven Tatbestand

*„wird geprüft, ob der Lebenssachverhalt (das Tatgeschehen) sich allen objektiven Tatbestandsmerkmalen eines Delikts zuordnen lässt.“<sup>165</sup>*

Beim subjektiven Tatbestand

*„wird geprüft, ob das Ergebnis des objektiven Tatbestandes dem Handelnden als Fehlverhalten vorgeworfen werden kann. Vorwerfbar sind die vorsätzliche und teilweise auch die fahrlässige Tatbegehung.“<sup>166</sup>*

Vorsätzlich handelt der Täter, wenn er wissentlich und willentlich gehandelt hat.<sup>167</sup> Dabei sind auf der Willensebene drei Formen zu unterscheiden:

1. Ein Täter kann mit Absicht handeln. Das bedeutet, dass er den Eintritt des Tatbestandes zielgerichtet begeht. Dies ist der Fall, wenn ein Bewohner gezielt mit einem Gegenstand gegen eine Scheibe wirft um sie zu zerstören.

---

<sup>165</sup> Großkopf & Klein, 2012, S. 48.

<sup>166</sup> Großkopf & Klein, 2012, S. 48.

<sup>167</sup> Großkopf & Klein, 2012, S. 52.

2. Ein direkter Vorsatz ist gegeben, wenn der Bewohner den Gegenstand gegen die Scheibe wirft und sicher sein kann, dass diese kaputt geht, aber dies nicht sein Hauptziel ist.
3. Beim Eventualvorsatz wirft der Bewohner mit einem Gegenstand in Richtung Scheibe. Dabei nimmt er billigend in Kauf, dass er die Scheibe treffen könnte und sie dadurch beschädigt wird.

Bei den meisten Paragraphen genügt das Vorhandensein des Eventualvorsatzes um die Anforderungen des subjektiven Tatbestands zu erfüllen darunter § 223 StGB und 303 StGB.<sup>168</sup>

Bei Fahrlässigkeit handelt es sich um

*„die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, zu der man nach den äußeren Umständen und entsprechend den persönlichen Fähigkeiten verpflichtet und in der Lage ist.“<sup>169</sup>*

Eine strafbare fahrlässige Handlung ist u.a. die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB.

Eine fahrlässige Handlung wäre gegeben, wenn ein Bewohner z.B. aufgrund von Frustration mit einem Gegenstand in seinem Zimmer wirft und die zur Tür reinkommende Pflegeperson damit trifft.

Um eine Tat als strafbar anzusehen, muss sowohl der objektive als auch der subjektive Tatbestand gegeben sein.

Fügt ein Bewohner einer Pflegeperson eine Prellung durch Schlagen zu, so ist der objektive Tatbestand der Körperverletzung gegeben. Beim subjektiven Tatbestand muss dann geklärt werden, ob der Bewohner dies willentlich und wissentlich gemacht hat bzw. fahrlässig.

### **7.1.2 Rechtswidrigkeit**

Bei der Frage der Strafbarkeit einer Handlung muss auch die Rechtswidrigkeit geprüft werden, denn nur wenn die Handlung rechtswidrig war, kann sie auch eine Strafe nach sich ziehen. Ist für die Handlung ein Rechtfertigungsgrund gegeben, liegt keine strafbare Handlung vor.

Rechtfertigungsgründe für die Ausübung von Gewalt bei einem Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ können Notwehr nach § 32 StGB oder der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB sein.

---

<sup>168</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 53.

<sup>169</sup> Großkopf & Klein, 2012, S. 55.



Notwehr ist nach § 32 Abs. 2 StGB

*„die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.“*

Angriff bedeutet in diesem Zusammenhang, die Verletzung rechtlicher geschützter Interessen (z.B. körperliche Unversehrtheit, Eigentum). Gegenwärtig heißt, dass der Angriff unmittelbar bevorsteht, gerade stattfindet oder noch andauert.<sup>170</sup>

Der rechtfertigende Notstand gem. § 34 StGB dient anders als die Notwehr gem. § 32 StGB nicht dem Abwenden eines Angriffs, sondern dem Abwenden einer Gefahr und zwar einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut für sich oder einen anderen. Im Gegensatz zur Notwehr erfolgt beim Notstand eine Rechtsgüterabwägung, das heißt, die Tat muss ein angemessenes Mittel sein, um die Gefahr abzuwenden.

Wehrt sich ein Bewohner gegen eine Fixierung, hat der Bewohner ein Notwehrrecht nach § 32 StGB, sofern für die Maßnahme durch die Pflegeperson kein Rechtfertigungsgrund (näheres dazu Kapitel 8.5) vorhanden ist.

Da es sich bei einem Angriff um einen rechtswidrigen Angriff handeln muss, ist das Recht zur Notwehr nicht gegeben, wenn der Angriff auf der Grundlage des § 32 StGB stattfindet, also eine Notwehrhandlung bereits vorliegt. Findet eine Fixierung aufgrund einer Notwehrhandlung statt, ist ein Rechtfertigungsgrund gegeben und es liegt kein rechtswidriger Angriff vor.

### **7.1.3 Schuldfähigkeit**

#### **7.1.3.1 Einführung**

Ein Mensch mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der nach dem Tatbestand und der Rechtswidrigkeit eine strafbare Handlung vollzogen hat, kann nur dann bestraft werden, wenn er auch schuldfähig ist. Nach § 20 StGB handelt ohne Schuld,

*„wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“*

Schon Aristoteles postulierte, dass psychisch Kranke nicht bestraft werden sollen, wenn die Krankheit der Grund ihrer Tat war. Im römischen Recht waren es

---

<sup>170</sup> Vgl. Schirmer, 2009, S. 55; vgl. Thiel, 2003, S. 4

die „furiosi“ (die Raseneden), „mente capi“ (die Verblödeten) und „dementes“ (die Toren), die als schuldunfähig galten. Zacchia (1584 – 1659) benannte die „Fatuitas (Geistesschwäche), Phrenitis (Wahn, Halluzinationen, Delirium) und Insamia (gänzlicher Verlust des Verstandes), durch die es zu einer Beeinträchtigung des Verstandes kommen könnte. Joh. Samuel Freiherr von Böhmen führt die Furiosi (Rasende), Dementes (Schwachsinnigen), Maniaci (Geistesverwirrte und die an schwerer, mit Wahn verbundener Form der Melancholia Leidenden), an.<sup>171</sup>

Im ersten Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches wurde 1871 der § 51 StGB a.F. eingeführt. Die damaligen Merkmale zur Unzurechnungsfähigkeit waren „Bewusstlosigkeit“ und „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“. Später wurden der Begriff der „Bewusstlosigkeit“ zur „Bewusstseinsstörung“ und der Begriff der „Geistesschwäche“ als Merkmale hinzugefügt.

Im Jahr 1969 ist das 2. Gesetz zur Reform des Strafrechts verabschiedet worden. Dabei wurde aus § 51 StGB a.F. der heutige § 20 StGB. Die in § 20 StGB verwendeten Begriffe für die Schuldunfähigkeit ähneln den Begriffen des damaligen § 51 a.F. StGB der „Unzurechnungsfähigkeit“ beziehungsweise „verminderter Zurechnungsfähigkeit.“ Aus dem damaligen Begriff „Bewusstseinsstörungen“ ist die heutige Bezeichnung „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ geworden. Durch die Erweiterung „tiefgreifend“ sollen vorübergehende und noch im Bereich des Normalen liegende Störungen ausgeschlossen werden. Der Begriff der „krankhaften Störung der Geistestätigkeit“ ist durch „krankhafte seelische Störung“ ersetzt worden. Der intellektuelle Bezug entfiel und das Merkmal bezieht sich nun auf die gesamte Psyche des Menschen. Der Begriff der „Geistesschwäche“ wurde durch den Begriff „Schwachsinn“ ersetzt, der zur damalige Zeit auch im ICD 8 Verwendung fand. Durch die Reform sollen Forderungen und Erkenntnisse der Medizin im Gesetz Berücksichtigung finden.<sup>172</sup>

Das Merkmal der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ wurde 1975 neu in den § 20 StGB aufgenommen. Mit dem Merkmal sind Störungen gemeint, die nicht somatisch-krankhaft sind und daher nicht in das Merkmal der „krankhaft seelischen Störung“ fallen. Das Merkmal der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ wird bei einigen Gutachern auch nur als das „vierte Merkmal“ bezeichnet.<sup>173</sup> Rasch äußert an diesem Begriff Kritik. Die Formulierung beruht auf der Degenerationslehre und ist den „Musterungsvorschriften der Wehrmacht im Krie-

---

<sup>171</sup> Vgl. Nedopil, 2007, 4 ff.

<sup>172</sup> Vgl. Laufhütte et al., 207, S. 1267.

<sup>173</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 24.

ge“ vom 01. April 1944 entnommen. Die schwere seelische Abartigkeit, Fehler 15,3 in den Musterungsvorschriften, konnte zur Wehruntauglichkeit führen. Die psychiatrische Diagnosen dieses Fehlers 15,3 sind immer noch die gleichen wie heute für die Einstufung in das Merkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit nach § 20 StGB.<sup>174</sup> Bei der im Kapitel 7.2.3 erläuterten Deliktsfähigkeit nach § 827 BGB ist die alte Bezeichnung der „krankhafte[n] Störung der Geistestätigkeit“ erhalten geblieben.

Bei diesen Merkmalen handelt es sich nicht um psychologisch-psychiatrische Diagnosen, sondern es sind Rechtsbegriffe. Diesen Rechtsbegriffen können psychiatrisch und psychologisch diagnostizierbare Zustände zugeordnet werden.<sup>175</sup>

### 7.1.3.2 Schuldunfähigkeit

Bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit muss zuerst überprüft werden, ob eines der vier in § 20 StGB genannten Merkmale vorliegt und im zweiten Schritt, ob aufgrund des Merkmals und die in dieses Merkmal eingruppierte Störung verminderte Einsichtsfähigkeit und vermindertes Steuerungsvermögen gegeben ist.<sup>176</sup>

Für die Feststellung der Schuldunfähigkeit ist somit nicht allein das Feststellen der medizinischen Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ relevant, sondern vor allem der psychopathologische Befund und die Auswirkung, die das Krankheitsbild der Demenz vom Alzheimer-Typ auf die Einsichtsfähigkeit und das Steuerungsvermögen haben.<sup>177</sup>

Rösler merkt an, dass

*„im Interesse einer überprüfbaren und an identischen Maßstäben ausgerichtete Diagnostik neben der eingehenden klinischen Untersuchung eine standardisierte Erfassung der Demenzsymptomatik mit neuropsychologischen Instrumenten und Rating-Skalen“<sup>178</sup>*

bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit durchzuführen sind.

Als geeignete Instrumente und Skalen für die Erfassung der Demenzsymptomatik führt Rösler u.a. den MMST, den ADAS, den SKT und den DemTEC an. Diese Skalen wurden im Kapitel 3.2. bereits erläutert.

---

<sup>174</sup> Vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 228 f.

<sup>175</sup> Vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 225.

<sup>176</sup> Vgl. Rösler, 2012, S. 391.

<sup>177</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 99; vgl. Rösler, 2012, S. 392.

<sup>178</sup> Rösler, 2012, S. 392.

Die Demenz vom Alzheimer-Typ gehört in das Merkmal der „krankhaft seelischen Störungen“.<sup>179</sup> Unter krankhaft seelischer Störung ist

*„eine psychische (intellektuelle oder emotionale) Störung, die auf nachweisbaren oder vermuteten organischen Ursachen beruht“<sup>180</sup>*

zu verstehen. Die in Kapitel 3 aufgezeigte Definition und die Symptome lassen drauf schließen, dass eine Eingruppierung in diesen Bereich gegeben ist.

Die Einsichtsfähigkeit ist nach Konrad und Rasch die

*„Intaktheit der intellektuellen Funktionen und der Realitätswahrnehmung.“<sup>181</sup>*

Eine Beeinträchtigung liegt danach vor,

*„wenn der Untersuchte in hohem Maße intelligenzgestört ist oder wenn seine Realitätsinterpretation durch wahnhaftes Erleben beeinflusst wird.“<sup>182</sup>*

Die Steuerungsfähigkeit bezieht sich bei Konrad und Rasch auf eine psychische Störung im emotional-affektiven Bereich.<sup>183</sup>

Bei Betrachtung der Symptome der Demenz vom Alzheimer-Typ in Bezug auf die Einsichtsfähigkeit wird erkennbar, dass aufgrund der kognitiven Symptome eine Intelligenzstörung vorliegt, da die kognitive Leistungsfähigkeit der Erkrankten beeinträchtigt ist. Die Realitätsinterpretation kann durch Auftreten von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Verkennungen ebenfalls beeinträchtigt sein. Aufgrund der kognitiven Einbußen und der verhaltensbezogenen und psychologischen Symptome der Demenz vom Alzheimer-Typ kann auch eine Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit bei einem Erkrankten vermutet werden. Um die Schuldunfähigkeit des Erkrankten zu bemessen, wird ein Sachverständiger hinzugezogen.<sup>184</sup>

Rösler gibt an, dass ab den mittelgradigen Demenzen, aufgrund des fehlenden Einsichtsvermögens, von einer Schuldunfähigkeit gesprochen werden kann. Jedoch darf dies, so Rösler, auch nicht als rigide Formel missverstanden werden. Eine leichte Demenz kann aufgrund von paranoider Symptomatik, z.B. aufgrund

---

<sup>179</sup> Vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 219.

<sup>180</sup> Gräber-Seißinger et al., 2007, S. 403.

<sup>181</sup> Konrad & Rasch, 2014, S. 353.

<sup>182</sup> Konrad & Rasch, 2014, S. 353.

<sup>183</sup> Vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 353.

<sup>184</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 100; vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 195 ff.

von Wahnvorstellungen, ebenso zur Schuldunfähigkeit führen.<sup>185</sup> Problematisch bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit eines Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann die gerade am Anfang der Krankheit nach außen noch oft gut erhaltene Fassade sein. Daher ist ggf. eine längere klinische Begutachtung in Betracht zu ziehen, um die Frage der Schuldunfähigkeit beantworten zu können.<sup>186</sup>

Liegt Schuldunfähigkeit vor, kann keine der in Kapitel 6 genannten Strafen gegen einen Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ verhängt werden, außer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, da diese nicht an die Schuldfähigkeit sondern allein an die Gefährlichkeit des Täters anknüpft.<sup>187</sup> Diese Form des Freiheitsentzugs dient dazu, die Sicherheit der Allgemeinheit zu gewährleisten.<sup>188</sup> Sie soll außerdem dazu beitragen, den Straftäter von seiner Krankheit, sofern dies möglich ist, zu heilen oder ihn zumindest in seinem krankhaften Zustand zu pflegen.<sup>189</sup>

Schuldunfähigkeit kann immer nur für die Zeit der Tat festgestellt werden. Eine generelle Aussage über das Vorliegen der Schuldunfähigkeit ist somit nicht möglich. Dies bedeutet, dass ein Mensch mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ nicht per se aufgrund seiner Krankheit als schuldunfähig gilt.<sup>190</sup>

### 7.1.3.3 Verminderte Schuldfähigkeit

Neben der vollständigen Schuldunfähigkeit sieht das Gesetz in § 21 StGB auch die verminderte Schuldfähigkeit vor. Verminderte Schuldfähigkeit ist nach § 21 StGB gegeben, wenn

*„die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründen bei Begehung der Tat erheblich vermindert“*

ist. Aufgrund dessen kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 StGB gemildert werden. Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ gelten im Anfangsstadium als vermindert schuldfähig, da die Symptome der Erkrankung die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit noch nicht erheblich beeinträchtigt haben.<sup>191</sup> Wie im Kapitel 7.1.3.2 bereits erwähnt, muss immer individuell die Symptomatik betrachtet

---

<sup>185</sup> Vgl. Rösler, 2012, S. 392 f.

<sup>186</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 109.

<sup>187</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 120 f.

<sup>188</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 26.

<sup>189</sup> Vgl. JM NRW, 2014a.

<sup>190</sup> Vgl. Konrad & Rasch, 2014, S. 226.

<sup>191</sup> Vgl. Grond, 2009, S. 253; vgl. Rösler, 2012, S. 392.

werden, da eine paranoide Symptomatik auch bei einer leichten Demenz zur Schuldunfähigkeit führen kann. Liegt eine verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB für einen Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ vor, so folgt eine Rechtsstrafe, die aber geringer bemessen wird als bei vollständiger Schuldfähigkeit. Neben der Strafe kann auch eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB angeordnet werden.

## **7.2 Nach dem Bürgerliches Gesetzbuch**

### **7.2.1 Tatbestand**

§ 823 Abs.1 BGB regelt, wie in Kapitel 6.3 bereits erwähnt, den Schadensersatzanspruch aus einer unerlaubten Handlung. Um Schadensersatz geltend zu machen, wird zuerst der Tatbestand betrachtet. Dieser ist erfüllt, wenn ein in § 823 BGB aufgeführtes Rechtsgut oder Recht verletzt wird. Die Verletzung kann durch Tun oder Unterlassen erfolgen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Bewohner das Eigentum einer Pflegeperson beschädigt, z.B., wenn durch einen Schlag ins Gesicht die Brille herunterfällt und zerbricht. Ohne den Schlag wäre es nicht zur Beschädigung der Brille gekommen. Somit besteht Kausalität zwischen Verletzungshandlung (dem Schlag) und der Rechtsgutverletzung (Beschädigung der Brille).

### **7.2.2 Rechtswidrigkeit**

Bei der Prüfung der Rechtswidrigkeit wird analog zum StGB geprüft, ob ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Für diese Arbeit bedeutende Rechtfertigungsgründe sind die Notwehr nach § 227 BGB und der Notstand nach § 228 BGB.<sup>192</sup>

Die Notwehr nach § 227 Abs. 2 BGB ist analog zum § 32 Abs. 2 StGB Kapitel 7.1.2

*„diejenige Verteidigung, welche erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.“*

Wird eine fremde Sache beschädigt oder zerstört, von der eine drohende Gefahr ausgeht, um sich oder einem anderen zu schützen, handelt nach § 228 BGB nicht widerrechtlich. Die Tat muss aber erforderlich sein zur Abwendung der Gefahr und verhältnismäßig.

Sofern der Bewohner in dem in Kapitel 7.2.1 genannten Beispiel die Pflegeperson in Notwehr nach § 227 BGB schlägt, weil die Pflegeperson versucht hat, ihn

---

<sup>192</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 206.

zu schlagen und er diesen Angriff mit seinem eigenen Schlag abwehrt, ist er zu keiner Schadensersatzleistung verpflichtet. Da nach § 227 Abs. 1 BGB eine durch Notwehr gebotene Handlung keine widerrechtliche Handlung ist.

### **7.2.3 Schuld**

Ein Mensch mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann entweder nach dem BGB voll deliktfähig oder deliktunfähig sein. Beschränkte Deliktsfähigkeit, wie die verminderte Schuldfähigkeit im StGB, findet nur Anwendung bei Kindern zwischen 7-18 Jahren.

Im § 827 Satz 1 BGB wird Deliktunfähigkeit folgendermaßen definiert:

*„wer im Zustand der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich.“*

Nach dem in Kapitel 7.1.3.2 erörterten Punkten zur Schuldunfähigkeit und den aufgeführten Symptomen in Kapitel 3.3 ist anzunehmen, dass ein Mensch mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ ab einem bestimmten Stadium seiner Erkrankung deliktunfähig ist. Aber auch vorher können psychische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen den freien Willen beeinträchtigen. Die Frage, ob eine Deliktunfähigkeit besteht, ist gerichtlich zu klären. Durch Hinzunahme eines Sachverständigen wird geprüft, ob bei Begehung der Tat ein die freie Willensbestimmung ausschließender Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit vorlag. Die Handlung muss außerdem vorsätzlich oder fahrlässig begangen worden sein.

### **7.2.4 Schaden und Haftungsausfüllende Kausalität**

Ist aufgrund der Verletzung eines der in § 823 BGB genannten Rechts(gutes) kein Schaden entstanden, ist auch kein Schadensersatz zu zahlen. Dies ist der Fall, wenn die Brille aus Kapitel 7.2.1 zwar runtergefallen, aber, bis auf eine Verschmutzung, keine Veränderungen eingetreten sind. Zwischen Rechts- bzw. Rechtsgutsverletzung und Schaden muss ein Kausalzusammenhang bestehen. Das bedeutet, dass die Rechts- bzw. Rechtsgutsverletzung ursächlich für den Schaden gewesen sein muss. Dies ist der Fall, wenn beispielsweise die Brille durch den Schlag zerbrochen ist (Rechtsverletzung) und die Reparatur EUR 100 (Schaden) kostet.

## 8 Umgang von Pflegenden

Wie in den Kapiteln zuvor beschrieben, kann es bei einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten kommen. Wird eine Pflegeperson mit diesem Verhalten konfrontiert, können Interventionen nötig werden. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit rechtlichen Interventionsmöglichkeiten also solchen, die auf einer Rechtsgrundlage beruhen. Dies bezüglich wird die Dokumentation, die Strafanzeige und daran anschließend die Möglichkeit der Schadensersatzforderung erläutert sowie das Recht zur Notwehrhandlung. Weiterhin werden Maßnahmen aufgeführt, mit denen eine Freiheitsentziehung verbunden sind, sowie deren Verfahrensablauf. In Bezug auf den Verfahrensablauf wird kurz der „Werdenfelser Weg“ erklärt. Zum Ende des Kapitels wird noch auf die Kündigung eines Heimvertrages eingegangen.

### 8.1 Dokumentation

Pflegekräfte sind u.a. nach § 13 Abs. 1 HeimG und § 113 Abs. 1 SGB XI verpflichtet eine Pflegedokumentation zu führen. Eine Aufgabe der Dokumentation ist u.a. die juristische Nachweisfunktion. Durch die Dokumentation sichert sich die Pflegeperson gegenüber Angehörigen und dem Arbeitgeber ab. Kommt es zu aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten eines Bewohners muss dieser Vorfall daher präzise und schriftlich dokumentiert werden. Dabei sollte u.a. das genaue Verhalten des Bewohners, die Situation bzw. die Interaktion, in der das aggressive Verhalten aufgetreten ist, und die Reaktion bzw. die eingeleiteten Maßnahmen im Pflegebericht bzw. in den dafür vorgesehen Dokumentationsnachweisen beschrieben werden. Treten Verletzungen oder Schäden bei dem Bewohner auf, sind diese ebenfalls im Pflegebericht aufzuführen.<sup>193</sup> Die Dokumentation ist für etwaige Schadensersatzansprüche, aber auch bei einer Kündigung des Heimvertrages eines Bewohners von Bedeutung.

### 8.2 Strafanzeige

Die geschädigte Pflegeperson oder Dritte können, wenn es zu einer Schädigung durch einen Bewohner gekommen ist, eine Anzeige oder einen Strafantrag stellen. Diese können sowohl bei der Polizei, einem Gericht oder dem Staatsanwalt gemacht werden. Mit der Anzeige wird überprüft, ob es zu einem Ermittlungsverfahren kommt. Bei Antragsdelikten, zu der die Beleidigung, die leichte Körperverletzung und die einfache Sachbeschädigung gehören, besteht kein öffentliches

---

<sup>193</sup> Vgl. Grond, 2007, S. 132; vgl. Köther, 2011, S. 129.



Interesse zur Strafverfolgung. Daher muss bei diesen Delikten die geschädigte Pflegekraft einen Strafantrag stellen, damit es zu einer Ermittlung kommt.<sup>194</sup> Auch bei Schuldunfähigkeit kann eine Anzeige ggf. sinnvoll sein, da es zu einer Unterbringung nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus kommen kann. Die Pflegeperson sollte, wenn sie sich zu einer Anzeige entschließt, auch immer ihren Arbeitgeber informieren.<sup>195</sup>

### **8.3 Schadensersatzforderung**

Unabhängig von der Strafanzeige kann die Pflegekraft Schadensersatzansprüche und/oder Schmerzensgeldansprüche aufgrund eines erlittenen materiellen und/oder immateriellen Schaden durch eine unerlaubte Handlung gem. §§ 823 ff. BGB durch einen Bewohner geltend machen. Diese werden in den Kapiteln 6.3 und 6.4 erläutert.

Ist der Bewohner nicht deliktfähig, so ist er auch nicht verpflichtet, Schadensersatz oder Schmerzensgeld zu zahlen. Schwierig wird die Geltendmachung des Schadensersatzes und/oder des Schmerzensgeldes auch, wenn kein nennenswertes Vermögen bzw. Einkommen vorhanden ist. Dann können bei Deliktfähigkeit des Bewohners zwar Ansprüche geltend gemacht werden, jedoch laufen sie tatsächlich mangels Vermögens beziehungsweise Einkommens des Bewohners ins Leere.<sup>196</sup>

### **8.4 Notwehrhandlung**

Die Notwehrhandlung nach § 32 StGB und der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB werden bereits in Kapitel 7.1.2 erläutert, die Notwehrhandlung nach § 227 BGB sowie der Notstand nach § 228 BGB in Kapitel 7.2.2.

Bei aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten durch einen Bewohner können Situationen auftreten, in denen eine Notwehrsituation gegeben ist. Diese Handlung ist dann nach § 227 Abs. 1 BGB nicht widerrechtlich, so dass daraus keine Schadensersatzansprüche gegen die Pflegekraft geltend gemacht werden können. Gem. § 32 Abs. 1 StGB ist sie auch nicht rechtswidrig, so dass die Handlung auch keine rechtlichen Konsequenzen nach dem StGB nach sich zieht. Kommt es zu einer schädigenden Handlung durch einen Bewohner in Form eines Schlages gegenüber einer Pflegeperson und sind keine Anzeichen für eine weitere Handlung erkennbar, ist diese Handlung abgeschlossen, mit der Folge, dass kein Notwehrrecht besteht. Attackiert der Bewohner die Pflegeperson jedoch wei-

---

<sup>194</sup> Vgl. JM NRW, 2014c.

<sup>195</sup> Vgl. Grond, 2007, S. 130; vgl. Kienzle, 2010, S. 112.

<sup>196</sup> Vgl. Kienzle, 2010, S. 113.

ter, liegt eine Notwehrsituation vor, die grundsätzlich die erforderliche Notwehrhandlung erlaubt.<sup>197</sup>

Die Notwehr unterliegt generell keinen Einschränkungen, jedoch

*„gegenüber (...) Irrenden oder Schuldlosen (z.B. Patienten) kann es geboten sein, auf Abwehr zu verzichten oder sich sonst ohne Gefährdung des Angreifers zu verteidigen.“<sup>198</sup>*

Fraglich ist, wie sich hier die sozialetischen Einschränkungen des Notwehrechts bedingt durch die Demenz des Täters auswirken. Dies kann dazu führen, dass die Pflegeperson, sich der Situation entziehen muss, wenn ihr Leben oder ihre Gesundheit dadurch nicht gefährdet werden.

Unter den rechtfertigenden Notstand kann die in Kapitel 8.5 erläuterte Freiheitsentziehung gegenüber einem Bewohner durch eine Pflegeperson fallen. Auch das Wegnehmen der Sachen eines Bewohners, wenn davon eine gegenwärtige Gefahr ausgeht, ist gem. § 34 StGB nicht rechtswidrig. Strafrechtliche Folgen, wenn der § 34 StGB nicht greift, ergeben sich u.a. bei Freiheitsentziehung wegen Freiheitsberaubung aus § 239 StGB und bei Diebstahl aus § 242 StGB.

Dieser Diebstahl ist nicht rechtswidrig, wenn der Bewohner versucht, mit seinem Feuerzeug etwas anzuzünden, oder wenn er mit seiner Schere das Pflegepersonal bedroht.

Wird eine Sache dadurch beschädigt oder zerstört, dass eine Pflegeperson eine drohende Gefahr von sich oder jemand anderen abwenden möchte, so ist dies nach § 228 BGB nicht widerrechtlich und die Pflegeperson ist daher auch nicht schadensersatzpflichtig.

## **8.5 Freiheitsentzug**

Unterbringungs- und unterbringungsähnliche Maßnahmen sind Eingriffe in das Grundrecht der Freiheit eines Menschen und können sowohl strafrechtlich als auch zivilrechtlich Konsequenzen für Pflegekräfte nach sich ziehen, wenn diese ohne einen Rechtfertigungsgrund angewendet werden. Pflegekräfte können sich gem. § 239 StGB wegen Freiheitsberaubung, gem. § 240 StGB wegen Nötigung oder gem. § 221 StGB wegen Aussetzung bei der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne Rechtfertigungsgrund strafbar machen sowie bei Körperschäden gem. §§ 223 ff. StGB. Zivilrechtlich kann die unerlaubte Handlung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gem. §§ 280 Abs. 1, 283 Abs. 1 und 2,

---

<sup>197</sup> Vgl. Kienzle, 2009, S. 127.

<sup>198</sup> Fischer, Strafgesetzbuch § 32, RN; Wessels & Beukel, Strafrecht AT, § 8, RN5, zit. n. Großkopf & Klein, 2012, S. 62.

249, 253 BGB sowohl Schadensersatz- als auch Schmerzensgeld nach sich ziehen.<sup>199</sup>

## **8.5.1 Rechtfertigungsgründe**

### **8.5.1.1 Einwilligung des Betroffenen**

Ein Rechtfertigungsgrund für freiheitsentziehende Maßnahmen ist die Einwilligung des einsichtsfähigen Betroffenen. Bei der Einwilligung kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit eines Menschen an, sondern darauf, ob dieser noch so viel an natürlicher Einsichtsfähigkeit und Urteilskraft besitzt, dass er die Art, das Wesen und die Tragweite der Maßnahmen abschätzen kann.<sup>200</sup> Damit die Einwilligung rechtswirksam ist, muss eine ausreichende Aufklärung des Bewohners über die Tragweite der freiheitsentziehenden Maßnahme stattgefunden haben. Aufgrund der in Kapitel 3.3 beschriebenen Symptome einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann eine verminderte Einsichtsfähigkeit vorliegen und der rechtswirksamen Einwilligung des Bewohners in einen Freiheitsentzug entgegenstehen.

### **8.5.1.2 Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten**

Liegt bei einem Bewohner eine Betreuung vor bzw. ist ein Bevollmächtigter vorhanden und ist bei Bewohner aufgrund seiner Erkrankung keine Einsichtsfähigkeit mehr vorhanden, ist für eine Einwilligung in eine freiheitsentziehenden Maßnahme gem. § 1906 Abs. 1 BGB der Betreuer bzw. gem. § 1906 Abs. 5 BGB ein Bevollmächtigter zuständig. Die Zustimmung kann erteilt werden, wenn dieser den Aufgabenbereich der Unterbringung oder Aufenthaltsbestimmung innehat.<sup>201</sup> Der alleinige Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge reicht dafür nicht aus.<sup>202</sup> Angehörige, die nicht gesetzliche Betreuer oder Bevollmächtigte sind, haben keine Entscheidungskompetenz und können nicht in die freiheitsentziehenden Maßnahmen einwilligen. Eine Einwilligung zu freiheitsentziehende Maßnahmen, die durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten erteilt wurde, ist gem. § 1906 Abs. 2 Satz 1 BGB nur mit der Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig.

Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 BGB dienen dem Wohl des Betreuten. Daher kann ein Betreuer bzw. Bevollmächtigter

---

<sup>199</sup> Vgl. Thiel, 2003, S. 3.

<sup>200</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 77.

<sup>201</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 434.

<sup>202</sup> Vgl. Nedopil, 2007, S. 69.

eine Einwilligung nur erteilen, wenn gem. § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB eine psychische Krankheit oder eine geistige oder seelische Behinderung vorliegt, aufgrund derer die Gefahr der Selbsttötung oder die Gefahr von erheblichen gesundheitlichen Schäden besteht sowie aufgrund der Notwendigkeit einer Heilbehandlung gem. § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB. Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist nach ICD 10 eine psychische Störung und fällt daher in die Voraussetzung der psychischen Krankheit nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB.

### **8.5.1.3 Notwehr und rechtfertigende Notstand**

Rechtfertigungsgründe für freiheitsentziehende Maßnahmen sind auch die in Kapitel 8.4 beschriebene Notwehr gem. § 32 StGB sowie der rechtfertigende Notstand gem. § 34 StGB. Freiheitsentziehende Maßnahmen aufgrund der §§ 32, 34 StGB sind aber nur zur Abwehr eines Angriffs oder einer gegenwärtigen Gefahr erlaubt. Sie dienen somit nur als kurzfristige Maßnahme. Dauerhafte Fixierungen können nicht mit dem § 34 StGB begründet werden. Sie werden über zivilrechtliche oder öffentlich-rechtliche Bestimmungen, die in Kapitel 8.5.2 und 8.5.3 erläutert werden, geregelt.

### **8.5.1.4 Rechtfertigung aufgrund unterbringungsrechtlicher Gesetze**

Freiheitsentziehende Maßnahmen können aufgrund von Gesetzen im BGB wie im Kapitel 8.5.1.2 bei Eigengefährdung durch einen Betreuer bzw. Bevollmächtigten rechtfertigt werden oder nach Ländergesetzen wie dem PsychKG in Nordrhein-Westfalen.<sup>203</sup> Diese regeln u.a. nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 PsychKG NW

*„die Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.“*

Im § 20 PsychKG NW werden die Bestimmungen zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen während einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung benannt. Weitere Erläuterungen zum PsychKG NW werden in den folgenden Kapitelabschnitten gegeben.

## **8.5.2 Unterbringung**

### **8.5.2.1 Zivilrechtliche Unterbringung**

Eine zivilrechtliche Unterbringung

---

<sup>203</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 448.

*„ist eine Form der freiheitsentziehenden Maßnahme, die dem betroffenen Menschen einen bestimmten Lebensraum zuweist und ihn am Verlassen hindert. Dies kann durch die Anordnung des Aufenthaltes auf einer geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik, eines Krankenhauses, eines Heims oder einer sonstigen Einrichtung geschehen.“<sup>204</sup>*

Die Voraussetzungen für eine zivilrechtliche Unterbringung werden im Kapitel 8.5.1.2 erläutert. Da eine zivilrechtliche Unterbringung nur bei Eigengefährdung eines Bewohners möglich ist, ist bei aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten des Bewohners zu überprüfen, ob eine Eigengefährdung vorliegt und daher der Betreuer bzw. Bevollmächtigte dieser Maßnahme zustimmen kann. Diese Eigengefährdung muss aber ernstlich und konkret sein.<sup>205</sup> Dies bedeutet, dass nicht jedes aggressive und/oder gewalttätige Verhalten eines Bewohners eine Unterbringung rechtfertigt.

Fremdaggressive Verhaltensweisen eines Bewohners können jedoch nicht nur als Fremdgefährdung, sondern auch als Eigengefährdung interpretiert werden. In diesem Fall könnten die unterbringungsähnlichen Maßnahmen wieder durch den Betreuer bzw. Bevollmächtigten mit Genehmigung des Betreuungsgerichts veranlasst werden.<sup>206</sup>

Eine Unterbringung kann auch innerhalb einer stationären Einrichtung stattfinden. Dies ist der Fall, wenn ein Bewohner auf einer geschlossenen Station derselben Pflegeeinrichtung untergebracht werden kann.

Die Antragstellung für eine zivilrechtliche Unterbringung erfolgt durch den Betreuer bzw. Bevollmächtigten beim Betreuungsgericht und bedarf nach § 1906 Abs. 2 BGB der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Bei einer Eilunterbringung, wenn durch einen Aufschub der Unterbringung eine Gefahr für den Bewohner verbunden ist, kann nach § 1906 Abs. 2 S. 2 BGB die Unterbringung durch den Betreuer bzw. Bevollmächtigten ohne Genehmigung des Gerichts durchgeführt werden. Diese Genehmigung ist aber unverzüglich nachzuholen.<sup>207</sup>

---

<sup>204</sup> Thar & Raack, 2014, 152; vgl. dazu § 10 PsychKG NW.

<sup>205</sup> Vgl. Thar & Raack, 2014, S. 154.

<sup>206</sup> Vgl. Klie, 2009, S. 72.

<sup>207</sup> Vgl. Großkopf & Klein, S. 2012, 435; vgl. Thar & Raack, 2014, S. 156.

### 8.5.2.2 Öffentlich-rechtliche Unterbringung

Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung liegt vor, wenn ein Bewohner mit einer Demenz vom Alzheimer Typ nach § 10 Abs. 2 PsychKG NW

*„in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus)“*

eingewiesen wird. Die Unterbringung ist indiziert nach § 11 Abs. 1 PsychKG NW i.V.m § 1 Abs. 1 Nr. 1 PsychKG NW bei einer psychischen Krankheit, zu der die Demenz vom Alzheimer-Typ zählt, aufgrund derer eine

*„Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann.“*

Überschneiden sich die Anwendungsbereiche der zivilrechtlichen Unterbringung und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung, wie dies bei der Eigengefährdung der Fall ist, ist die öffentlich-rechtliche Unterbringung gegenüber der zivilrechtlichen subsidiär. Wenn also bereits ein Betreuer für den entsprechenden Aufgabebereich bzw. ein Bevollmächtigter vorhanden ist, hat die zivilrechtliche Unterbringung damit Vorrang.<sup>208</sup>

Die Unterbringung erfolgt gem. §12 Abs.1 PsychKG NW auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde beim zuständigen Amtsgericht. Dies bedeutet, dass das Heim sich bei Fremd- oder Eigengefährdung an die Polizei wenden kann, die dies an das Ordnungsamt weiterleitet, oder sich das Heim direkt beim Ordnungsamt melden kann.

Bei Gefahr im Verzug kann nach § 14 Abs.1 PsychKG NW die sofortige Unterbringung ohne gerichtliche Entscheidung durch das Ordnungsamt durchgeführt werden. Ein fachärztliches Zeugnis durch einen Arzt gem. § 14 Abs. 1 Satz 2 PsychKG NW, der im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren ist, muss dafür vorliegen. Eine richterliche Entscheidung ist nachzuholen.<sup>209</sup>

---

<sup>208</sup> Vgl. Klie, 2004, S. 1.

<sup>209</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 436 ff.

### 8.5.3 Unterbringungsähnliche Maßnahmen

Nach § 1906 Abs. 4 BGB gehören zu den unterbringungsähnlichen Maßnahmen mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder andere Weisen, durch die einem Menschen die Freiheit entzogen wird. Klie zählt darunter

*„alle technischen, arzneimittelbasierten, kommunikativen und interaktiven Eingriffe in die (Fortbewegungs-) Freiheit einer Person.“<sup>210</sup>*

Mechanische Vorrichtungen sind u.a. das Festbinden am Bett, am Stuhl oder Rollstuhl durch Gurte, die feste Tischplatte am Stuhl oder Rollstuhl oder das Bettgitter. Die Anordnung einer Fixierung ist eine ärztliche Tätigkeit. Diese Anordnung hat schriftlich zu erfolgen und muss vom Arzt unterzeichnet sein. Bei der Anordnung sollen der Name des Patienten, der Grund, die Dauer und die genaue Art der Fixierung, die Art und Häufigkeit von begleitenden Pflegehandlungen der Fixierung sowie Art und Zeittakt der Zwischenkontrollen dokumentiert sein.<sup>211</sup>

Bei einer Sedierung handelt es sich um

*„die gezielte Bewegungseinschränkung („Ruhigstellung“) einer Person mittels Medikamente.“<sup>212</sup>*

Diese Psychopharmaka können als Dauermedikation oder als Bedarfsmedikation verordnet werden. Besonders bei der Bedarfsmedikation ist auf eine genaue schriftliche unterzeichnete Verordnung des Arztes sowie auf eine genaue Dokumentation der Pflegenden zu achten. Die Anordnung sollte den Namen des Bewohners, Art des Medikaments, Dosierform, Zeitpunkt der Medikamentengabe und Applikationsform beinhalten. Ist die Bedarfsmedikation aufgrund des aggressiven und/oder gewalttätigen Verhaltens des Bewohners angeordnet worden, reicht als Angabe des Zeitpunktes die Formulierung „bei aggressiven Zuständen“ nicht aus. Eine präzise Angabe muss vom Arzt getätigt werden, wobei die Ermessensspielräume für eine Pflegekraft so gering wie möglich zu halten sind.<sup>213</sup>

Bei der Pharmakotherapie bei Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ ist zu bedenken, dass diese zu einer Erhöhung der Mortalität führen.<sup>214</sup> Daher ist genau abzuwägen, inwieweit eine Pharmakotherapie eine sinnvolle und zielbringende Maßnahme bei aggressiven und/oder gewalttätigen Verhalten ist und nicht durch andere Interventionen z.B. psychosoziale Einzelbetreuung ersetzbar ist.

<sup>210</sup> Klie, 2004, S. 1.

<sup>211</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 452.

<sup>212</sup> Großkopf & Klein, 2012, S. 42.

<sup>213</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 217 f.

<sup>214</sup> Vgl. Steinert, 2012, S. 228 f.

Liegt eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik nach PsychKG NW vor, kann nach §18 Abs. 4 PsychKG NW in Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen auch eine Behandlung ohne oder gegen den Willen eines Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ oder dessen Betreuer bzw. Bevollmächtigten stattfinden. Dies ist jedoch nur durch Anweisung eines Arztes möglich.

In den Bereich der unterbringungsähnlichen Maßnahmen gehören auch Einschränkungen bestimmter Bewegungswünsche oder -absichten. Dies kann stattfinden durch das Wegnehmen von Kleidung, von Gehilfen wie dem Rollator oder auch von Sehhilfen.<sup>215</sup> Auch die Ausübung von physischem oder psychischem Druck durch Pflegekräfte in Form von Festhalten oder Verboten und Drohungen gehören dazu.

Unterbringungsähnliche Maßnahmen dürfen, wie bei der in Kapitel 8.5.2.1. bereits erläuterten zivilrechtlichen Unterbringung, nur bei erheblicher Selbstgefährdung aufgrund der psychischen Krankheit eines Bewohners angewendet werden. Dies gilt gem. § 1906 Abs. 4 BGB auch, wenn der Betreute in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt ohne dort, wie in Kapitel 8.5.2 beschrieben, untergebracht zu sein. Unterbringungsähnliche Maßnahmen bedürfen der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn sie nach § 1906 Abs. 4 BGB über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig Verwendung finden. Dienen die unterbringungsähnlichen Maßnahmen nicht dem Eigenschutz des Bewohners sondern dem Schutz Dritter, so ergeben sich die Voraussetzungen für die Genehmigungspflicht nicht aus § 1906 BGB, sondern aus dem PsychKG NW.<sup>216</sup>

Bei einem bereits untergebrachten Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ gelten die Bestimmungen zu besonderen Sicherungsmaßnahmen des § 20 PsychKG NW.

Wie zuvor erwähnt, können fremdaggressive Verhaltensweisen nicht nur als Fremdgefährdung, sondern auch als Eigengefährdung interpretiert werden und dadurch ggf. eine Erlaubnis des Betreuers bzw. Bevollmächtigten zur Verwendung unterbringungsähnlicher Maßnahmen ausreichen.<sup>217</sup>

#### **8.5.4 Verfahrensablauf**

Den Antrag zur Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt im zivilrechtlichen Verfahren der Betreuer beim Betreuungsgericht. Bei freiheitsent-

---

<sup>215</sup> Vgl. Großkopf & Klein, 2012, S. 429.

<sup>216</sup> Vgl. Klie, 2009, S. 72.

<sup>217</sup> Vgl. Klie, 2009, S. 72.



ziehenden Maßnahmen im öffentlich-rechtlichen Bereich geht der Antrag vom Ordnungsamt ans Betreuungsgericht. Der weitere Verfahrensablauf ist bei beiden Verfahren gleich. Nach der Antragsstellung beim Amtsgericht nach § 313 FamFG folgt die Entscheidung zum Gerichtsort. Ein Verfahrenspfleger wird einem Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ nach § 317 FamFG zur Seite gestellt, wenn dieser zur Wahrung seiner Interessen erforderlich ist. Nach § 319 FamFG findet eine persönliche Anhörung des Betroffenen statt und er wird über den Verlauf des Verfahrens informiert. Nach § 320 FamFG findet auch eine Anhörung sonstiger Beteiligter statt, die in § 315 Abs. 4 FamFG benannt werden. Die endgültige Entscheidung zur Unterbringung erfolgt nach § 321 Abs. 1 FamFG nach Einholung eines Gutachtens über die Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie.

Bei der einstweiligen Anordnung nach § 331 FamFG, wenn ein sofortiges Tätigwerden notwendig ist, muss kein Gutachten erstellt werden. Für die vorläufige Unterbringungsmaßnahme reicht nach § 331 Abs.1 Nr. 2 FamFG ein ärztliches Zeugnis über den Zustand des Betroffenen und über die Notwendigkeit der Maßnahme aus.

### **8.5.5 Werdenfelser Weg**

Der „Werdenfelser Weg“ ist eine Initiative, die 2007 in Garmisch-Partenkirchen gegründet worden ist. Durch den von den beiden Amtsrichtern Dr. Sebastian Kirsch und Josef Wassermann entwickelten „Werdenfelser Weg“ sollen freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege auf ein Minimum reduziert werden. Die Bestellung eines Verfahrenspflegers im Bereich des Verfahrens in Freiheitsentziehungssachen regelt der § 419 FamFG. Für das gerichtliche Genehmigungsverfahren für freiheitsentziehende Maßnahmen werden speziell geschulte Verfahrenspfleger integriert. Diese Verfahrenspfleger müssen im Vorfeld über eine Pflegeausbildung verfügen und erlangen in einer speziellen Ausbildung zum Verfahrenspfleger sowohl rechtliche als auch pflegerische Kenntnisse über freiheitsentziehende Maßnahmen.<sup>218</sup> Der Verfahrenspfleger fungiert sowohl als Fürsprecher für den von den freiheitsentziehenden Maßnahmen Betroffenen als auch als Ansprechpartner für Angehörige und Pflegende. Er erstellt eine fachliche Einschätzung über mehrere Wochen über die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden

---

<sup>218</sup> Vgl. Kirsch & Wassermann, 2014a.

Maßnahmen für das Gericht und entwickelt gemeinsam mit den Angehörigen und der Pflegeeinrichtung Alternativen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen.<sup>219</sup>

## 8.6 Kündigung des Heimvertrages

Der Heimvertrag wird im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG) geregelt. Um einen Heimvertrag zu kündigen, müssen nach § 12 Abs. 1 WBG wichtige Gründe vorliegen.

Nach § 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 WBG liegt ein Kündigungsgrund vor, wenn

*„der Verbraucher seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass dem Unternehmen die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zugemutet werden kann.“*

Eine Kündigung aufgrund des § 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 WBG kann somit nur erfolgen, wenn eine schuldhafte Handlung von Seiten eines Bewohners vorliegt. Liegt aber bei diesem eine Delikt- bzw. Schuldunfähigkeit vor, kann der Heimvertrag aufgrund des § 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 WBG nicht gekündigt werden.

§ 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 WBG in Verbindung mit § 8 Abs. 4 WBG sagt aus, dass ein Heimvertrag aber auch dann gekündigt werden kann, wenn sich der Pflege- und Betreuungsbedarf des Verbrauchers ändert und das Pflegeheim eine fachgerechte Pflege- und Betreuungsleistung nicht erbringen kann. Dies bedeutet, dass, wenn eine ausreichende Pflege und Betreuung aufgrund von aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten des Bewohners nicht gewährleistet werden kann, eine Kündigung erfolgen darf.<sup>220</sup> Eine Kündigung darf jedoch nicht erfolgen, wenn z.B. aufgrund von Personalmangel die Pflege- und Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

---

<sup>219</sup> Vgl. Kirsch & Wassermann, 2014b.

<sup>220</sup> Vgl. Kienzle & Paul-Ettlinger, 2010, S. 118.

## 9 Interpretation und Fazit

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Gewalt und Aggression ausgehend von Bewohnern mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ gegenüber Pflegekräften. Sie liefert einen Abriss über grundlegende Eigenschaften dieser Krankheit und erläutert Theorien zu Gewalt und Aggression. Aus juristischer Sicht werden potentielle Delikte im Kontext einer Demenz vom Alzheimer-Typ und deren allgemeine rechtliche Konsequenzen dargestellt. Es wird geklärt, welche Tatbestände nach dem StGB und BGB dafür in Betracht kommen. Auch die Frage nach Deliktfähigkeit und Schuldfähigkeit wird untersucht. Dem Pflegepersonal wird aufgezeigt, mit welchen zivilrechtlichen und strafrechtlichen Konsequenzen das Pflegepersonal beim Auftreten solcher Gewalttaten zu rechnen hat und warum es von großer Wichtigkeit ist, Prozesse gewissenhaft zu dokumentieren.

Bei der Klärung der Begriffe Gewalt und Aggression zeigt sich, dass eine einheitlich Definition sowie eine genaue Trennung dieser Begrifflichkeiten nicht existiert. Aufgrund dessen ist auch eine genaue Einordnung von Verhaltensweisen eines Bewohners in eine dieser Kategorien nicht möglich. Deshalb ist in dieser Arbeit von aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten die Rede.

Bei der Unterscheidung der Aggression nach der Motivation stellt sich die Frage, inwieweit aggressives und/oder gewalttätiges Verhalten eines Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ den von Nolting aufgeführten Aggressionstermini entspricht. Bei der Klärung der Schuldunfähigkeit in Kapitel 7.1.3.2 wird darauf eingegangen, dass Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ vermindert einsichtsfähig und/oder vermindert steuerungsfähig sein können. Daher stellt sich weiter die Frage, inwieweit diese zu aktiver Aggression überhaupt noch fähig sind oder ob Aggression seitens an dieser Krankheit leidenden Menschen nur als reaktive Aggression gewertet werden muss. Als Motivation für reaktive Aggression kämen Unmutsäußerung, Abwehraggression und Vergeltungsaggression in Frage. Da bei der Vergeltungsaggression die gezielte Schmerzzufügung Antrieb zu diesem Verhalten ist, wäre auch Vergeltungsaggression bei verminderter Steuerungsfähigkeit möglicherweise auszuschließen, weil nicht von gezielter Schmerzzufügung ausgegangen werden kann (vgl. Kapitel 4.1.2).

Durch die Verwendung unterschiedlichster Beispiele für Gewalt und Aggression ausgehend von Bewohnern wird aufgezeigt, dass Pflegekräfte zum Teil mit komplexen und bedrohlichen Situationen konfrontiert sein können. Aus der Erfahrung

in der Pflege werden aggressive und/oder gewalttätige Verhaltensweisen im Pflegekontext jedoch meist abweichend zur Außenwelt wahrgenommen.

Ein einfaches Beispiel ist das Anspucken durch einen Bewohner, welches vom Pflegepersonal kaum noch Beachtung findet. Wird die gleiche Pflegeperson jedoch in der U-Bahn angespuckt, wird dies aller Wahrscheinlichkeit nach durchaus als Aggression empfunden.

Schneider befragt in ihrer Diplomarbeit sechs Pflegekräfte und dokumentiert, dass, obwohl Pflegekräfte mit gewalttätigem Verhalten konfrontiert waren, sie dieses nicht als Gewalt erkennen oder das gezeigte Verhalten zumindest entschuldigen unabhängig davon, ob tatsächlich eine Absicht nachgewiesen wurde oder nicht.<sup>221</sup>

Besonders für weibliches Pflegepersonal sind Situationen mit unangemessenen sexuellen Handlungen seitens erkrankter Bewohner nicht selten. Allerdings muss für die Frage, ob sexuelle Nötigung vorliegt, der Kontext und die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden, so dass sich ggf. auch dadurch eine andere rechtliche Beurteilung dieses Verhaltens im Pflegekontext ergeben könnte.

Es wird im Alltag meist davon ausgegangen, dass mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ Schuldunfähigkeit bzw. Deliktunfähigkeit einhergeht. Diese Arbeit zeigt jedoch auf, dass die Erkrankung dies nicht automatisch hervorruft. Hier bedarf es einer genauen Überprüfung, vor allem weil juristisch nicht nur Schuldunfähigkeit definiert ist, sondern auch verminderte Schuldfähigkeit und daran unterschiedliche rechtliche Konsequenzen anknüpfen. Selbst bei Schuldunfähigkeit können rechtlichen Sanktionen in Form der Unterbringung nach § 63 StGB auf einen Bewohner zukommen.

In Kapitel 7.1.3.1 wird aufgezeigt, dass auch aus juristischer Sicht im Laufe der Zeit unterschiedliche Begriffe, wie „Abartigkeit“ und „Schwachsinn“, Einzug in Gesetzestexte fanden. Die Schwierigkeit der Wahl der Begrifflichkeiten bzw. deren Auswechslung im Laufe der Zeit bildet die Komplexität der Schuldfrage ab. In tatsächlicher Hinsicht wird die Gesetzesanwendung durch die tatsächlichen Schwierigkeiten bei der Interpretation der Diagnose und Auswertung des Geisteszustands eines an Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankten Menschen zusätzlich erschwert.

Welche rechtlichen Schritte betroffenen Pflegepersonen offen stehen, wird in Kapitel 8 herausgearbeitet. Wichtig ist, dass es immer primär darum geht, sowohl

---

<sup>221</sup> Vgl. Schneider, 2005, S. 77 f.

das Wohl des Bewohners als auch das der Pflegeperson zu berücksichtigen. Dies schließt auch das geistige und seelische Wohl der Pflegepersonen mit ein. Die am meisten missverstandenen Maßnahmen, die in Fällen von Gewalt ergriffen werden können, sind freiheitsentziehende Maßnahmen. Als missverstanden gelten sie daher, weil eben diese Maßnahmen nur bei entsprechenden Rechtfertigungsgründen angewandt werden dürfen. Im Pflegealltag finden zur Erleichterung der Pflege (z.B. der Rollstuhl mit Therapietisch vgl. Kapitel 8.5.3) freiheitsentziehende Maßnahmen jedoch häufiger Anwendung, als dies von Nöten wäre. Nicht selten werden auch Psychopharmaka eingesetzt, die beruhigende Wirkung auf die Bewohner haben sollen. Besonders in diesen Fällen ist abzuwägen, bis wohin dies noch dem Wohl des Bewohners dient, zumal bei derartiger Medikation die Mortalität steigt.

Bei der aktuellen Gesetzeslage und den üblichen Methoden in der Pflege (ohne in dieser Arbeit speziell darauf eingegangen zu sein) ist die Abwägung zwischen dem Wohl des Bewohners und dem der Pflegeperson wohl die schwierigste Aufgabe. Die Entscheidung darüber liegt deshalb nicht zuletzt in der Hand von geschultem Personal oder aber auch bei Richtern. Eine rechtliche Würdigung findet dies u.a. im eingeschränkten Notwehrrecht bei „Irrenden und Schuldlosen“ oder bei den Rechtfertigungsgründen für freiheitsentziehende Maßnahmen. Es wird versucht auf die Rechte der Bewohner einzugehen, aber gleichzeitig die Probleme in der Pflege mit einzubeziehen. Der Werdenfelser Weg zeigt dies auf, in dem er sich um die Belange des Bewohners kümmert, aber durch ein pflegerisches Verständnis die Möglichkeiten der Pflege kennt.

Die aufgeführten Interventionen sind Maßnahmen, die auf gesetzlichen Grundlagen basieren. Sie sind jedoch vorrangig Maßnahmen, die bei bestehendem aggressiven und/oder gewalttätigen Verhalten von Bewohnern in der Pflege Anwendung finden.

Um diese Situationen zukünftig besser meistern zu können, ist in weiteren Untersuchungen zu klären, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um es sowohl dem Bewohner als auch dem Pflegepersonal leichter zu machen, mit durch Demenz vom Alzheimer-Typ beeinflusster Gewalt und Aggression umgehen zu können. Im Speziellen sei hier die Prävention genannt, die in der Ausbildung intensiver behandelt werden sollten.

Dies bezieht Maßnahmen zur Vorbeugung aggressiven Verhaltens, indem Risikofaktoren für Aggression und Gewalt in der Pflege erkannt und im Umgang mit

Bewohnern berücksichtigt werden mit ein, als auch Deeskalationsmaßnahmen um in akuten Situationen handeln zu können.

Über eine Entlastung des Pflegepersonals durch entsprechende Pflegereformen wird aktuell politisch debattiert. Eine Aufstockung der zusätzlichen Betreuungskräfte ist für 2015 geplant. Die Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege sollen um 4 % steigen. Für 2017 ist eine Änderung der drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade geplant. Dadurch sollen Leistungen der Pflegeversicherung sich nicht mehr nur an den körperlichen Beeinträchtigungen ausrichten sondern an den individuellen Pflegebedarf. Diese Maßnahmen würden dazu beitragen, dass Pflegepersonen entlastet werden könnten, wenn sie an den richtigen Stellen eingesetzt werden. Allein durch die Entlastung der Pflegekräfte könnte auf wichtige Faktoren, die zur Entstehung von aggressiven und gewalttätigen Verhalten beitragen, eingewirkt werden.

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADAS	Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADRDA	Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
a.F.	alte Fassung
BayObLG	bayerisches Oberstes Landesgericht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGHSt	Die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
Bzw.	beziehungsweise
CDR	Clinical Dementia Rating
CERAD	consortium to establish a registry for Alzheimer's disease
CT	Computertomographie
DAIzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
DemTec	Demenz-Detections-Test
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DZD	Dialogzentrum Demenz
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
Et al.	Et alii, er alia oder et alia
Etc.	et cetera; und so weiter
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahme
ff.	folgende
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
Ggf.	gegebenenfalls
HCR	Historical Clinical Risk
HeimG	Heimgesetz
Hrsg.	Herausgeber

---

Hg.	Herausgeber
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
iS	im Sinne
i.V.m	in Verbindung mit
JM NRW	Justizministerium der Landes Nordrhein-Westfalen
MMST	Mini-Mental-Status Test
MRT	Magnetresonanztomographie
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke
Nr.	Nummer
Psych KG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
S.	Seite
SKT	Syndrom-Kurztest
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung
SVR	Sexual Violence Risk
u.a.	unter Anderem
v.a.	vor allem
Vgl.	vergleiche
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach



## Anhang

### Anhang 1: Gewaltdreieck

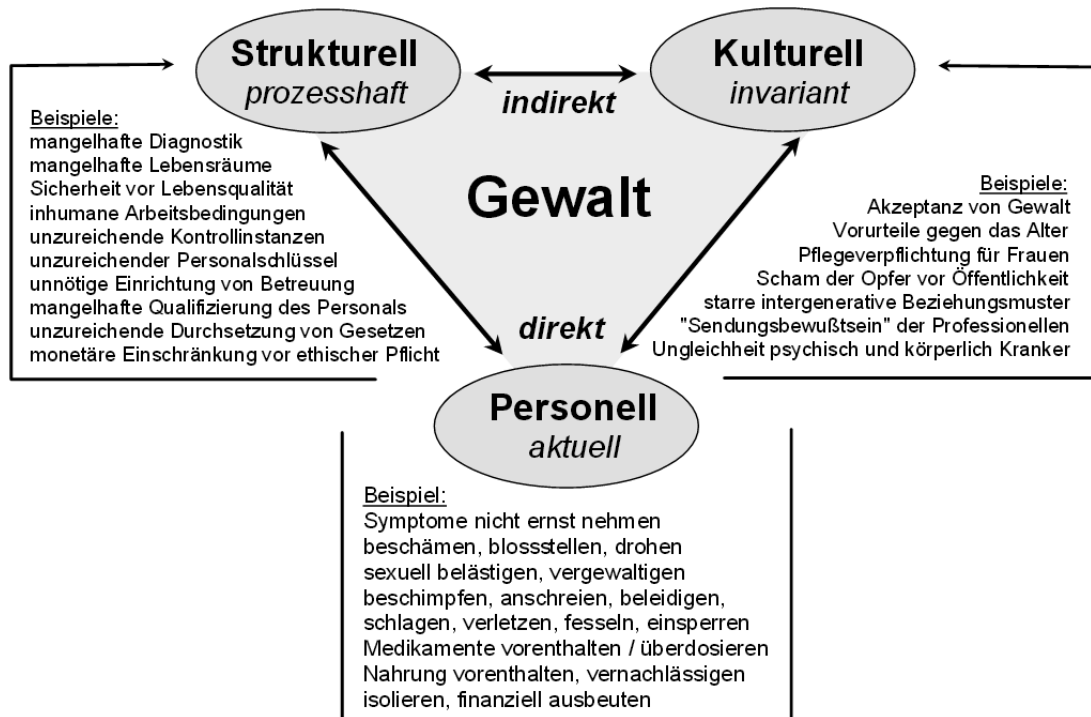


Abbildung 1: Gewaltdreieck (nach Galtung 1993 und Hirsch & Vollhardt 2002)<sup>222</sup>

<sup>222</sup> Hirsch, 2002, 60.

## Literaturverzeichnis

- Adelmann, N. (2009). Die Straflosigkeit des "Busengrabschen". *Jura* (1), 24–26. Zugriff am 18.05.2014. Verfügbar unter <http://www.juraexamen.info/wp-content/uploads/jura.2009.24.pdf>
- Allroggen, M. & Hässler, F. (2011). *Praxishandbuch forensische Psychiatrie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Grundlagen, Begutachtung und Behandlung*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Andreae, S. (2009). *Altenpflege. 56 Tabellen* (EXPRESS Pflegewissen). Stuttgart: Thieme.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. (2008). *Sozialpsychologie* (Psychologie, 6. aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bandura, A. (1979). *Aggression. Eine sozial-lerntheoretische Analyse* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M. et al. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege*. Zugriff am 10.06.2014. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa\\_redaktion\\_bak/pdf\\_publicationen/Forschungsbericht\\_Rahmenempfehlungen\\_Umgang\\_Demenz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf)
- Bickel, H. (2012). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., S. 18–35). Stuttgart: Thieme.
- Boes, C. (2008). Aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenz. *pflegen: Demenz* (6), 6–10.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Heimgesetz. HeimG vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), das zuletzt durch Artikel 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) geändert worden ist. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/heimg/BJNR018730974.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2014). Bürgerliches Gesetzbuch. BGB vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3719) geändert worden ist. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2014). Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. FamFG vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3786) geändert worden ist. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/famfg/index.html>

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2014). Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung. StVollzG vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 25. April 2013 (BGBl. I S. 935) geändert worden ist. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/BJNR005810976.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2014). Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen. WBVG vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319). Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/wbvvg/BJNR231910009.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2014). Strafgesetzbuch. StGB vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. April 2014 (BGBl. I S. 410) geändert worden ist. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2014). *Pflege. Demenz: Eine Herausforderung für die Gesellschaft*. Zugriff am 09.05.2014. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/demenz/demenz-eine-herausforderung-fuer-die-gesellschaft.html>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). (2012). *Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz*. Zugriff am 16.05.2014. Verfügbar unter [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2013). *ICD-10-GM Version 2014. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen*. Zugriff am 20.04.2014. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f00-f09.htm>
- Dialogzentrum Demenz – Transfer Wissenschaft –Praxis. *Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz*, Priv. Universität Witten/Herdecke. Witten/Herdecke. Zugriff am 23.05.2014. Verfügbar unter [http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments\\_DZD.pdf](http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf)
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung* (Rororo aktuelle, Bd. 1877, Erstaussg.). Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt.
- Galtung, J. (1993). Kulturelle Gewalt. *Der Bürger im Staat*, 6 (2), 106–112.
- Gräber-Seißinger, U., Neulen, P., van der Hout, Dr. R., Jahn, G., Müller-Foell, C. & Peuker, R. (2007). *Recht A - Z. Fachlexikon für Studium und Beruf* (Schriftenreihe // Bundeszentrale für Politische Bildung, Bd. 614, Lizenzausg.). Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Grond, E. (2005). Gerontopsychiatrie. In A. Trost & W. Schwarze (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 399–463). Dortmund: Borgmann.

- Grond, E. (2007). *Gewalt gegen Pflegenden. Altenpflegende als Opfer und Täter* (Pflegepraxis, Altenpflege, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Grond, E. (2009). *Pflege Demenzerkrankter* (Brigitte-Kunz-Verlag, 4., überarb. Aufl.). Hannover: Schlütersche.
- Großkopf, V. & Klein, H. (2011). *Recht in Medizin und Pflege* (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Balingen: Spitta.
- Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten* (Pflegebibliothek. Wittener Schriften). Hannover: Schlütersche.
- Hample, H., Bürger, K. & Fuchsberger, T. (2005). Demenzen. In H.-J. Möller (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Mit 712 Tabellen* (2., neu bearb. und erg. Aufl., Nachdr., Sonderausg., S. 882–930). Heidelberg: Springer.
- Hartung, J. (2006). *Sozialpsychologie* (Psychologie in der sozialen Arbeit, Bd. 3, 2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinrich, J. (1989). *Aggression und Stress. Ein Therapiemodell zur Interaktion massiver Auto-, Sach- und Fremdaggressionen geistig Behinderter mit dem Stressverhalten ihrer Bezugspersonen*. Weinheim: Dt. Studien-Verl.
- Hettinger, M. & Wessels, J. (2011). *Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte* (Strafrecht, Besonderer Teil, / begr. von Johannes Wessels ; 1, 35., neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Müller, Verl.-Gruppe Hüthig, Jehle, Rehm.
- Hirsch, R. D. (2001). *Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen*. Zugriff am 15.05.2014. Verfügbar unter [http://www.humanrights.ch/upload/pdf/050825\\_hirsch\\_praevention.pdf](http://www.humanrights.ch/upload/pdf/050825_hirsch_praevention.pdf)
- Hirsch, R. D. (2002). Misshandlung und Gewalt bei alten Menschen. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 12, 60–64. Zugriff am 03.06.2012. Verfügbar unter [http://www.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.aeksh.de%2Fshae\\_alt%2F200212%2Fp60-01.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.aeksh.de%2Fshae\\_alt%2F200212%2Fh02c060a.html&h=366&w=540&tbnid=\\_hYMHIGcsegTfM%3A&zoom=1&q=gewaltdreieck%20nach%20Galtung&docid=Sq5aXc0aZr26VM&ei=ie6NU6D4DeX07Aavu4GgDw&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=745&page=1&start=0&ndsp=14&ved=0CDUQrQMwAg](http://www.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.aeksh.de%2Fshae_alt%2F200212%2Fp60-01.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.aeksh.de%2Fshae_alt%2F200212%2Fh02c060a.html&h=366&w=540&tbnid=_hYMHIGcsegTfM%3A&zoom=1&q=gewaltdreieck%20nach%20Galtung&docid=Sq5aXc0aZr26VM&ei=ie6NU6D4DeX07Aavu4GgDw&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=745&page=1&start=0&ndsp=14&ved=0CDUQrQMwAg)
- Höwler, E. (2006). *Interaktionsprozesse zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz* (Kohlhammer PflegeWissenschaft). Stuttgart: Kohlhammer.
- IPA. (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. : Educational Pack, Modul 1. International psychogeriatric Association.
- Jahn, T. (2010). Neuropsychologie der Demenz. In S. Gauggel & S. Lautenbacher (Hrsg.), *Neuropsychologie psychischer Störungen. Mit 43 Tabellen* (2. Aufl., S. 347–381). Berlin [u.a.]: Springer.
- Jahn, T. (2012). Neuropsychologische Diagnostik. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., S. 136–150). Stuttgart: Thieme.

- Jähnke, B., Laufhütte, H. W., Odersky, W. & Wolff, H. (2005). *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar : Grosskommentar. Achter Band, [Abschnitte] 302a bis 335a* (Grosskommentare der Praxis). Berlin: De Gruyter Recht.
- Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2014a). *Sanktionensystem. Strafen*. Zugriff am 17.05.2014. Verfügbar unter [http://www.justiz.nrw.de/Gerichte\\_Behoerden/ordentliche\\_gerichte/Strafgericht/sanktionen/Sanktionensystem\\_1/index.php#2](http://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/ordentliche_gerichte/Strafgericht/sanktionen/Sanktionensystem_1/index.php#2)
- Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2014b). *Sanktionensystem. Maßregeln der Besserung und Sicherung*. Zugriff am 17.05.2014. Verfügbar unter [http://www.justiz.nrw.de/Gerichte\\_Behoerden/ordentliche\\_gerichte/Strafgericht/sanktionen/Sanktionensystem\\_1/index.php#6](http://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/ordentliche_gerichte/Strafgericht/sanktionen/Sanktionensystem_1/index.php#6)
- Justizministerium Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2014c). *Antragsdelikte*. Zugriff am 18.05.2014. Verfügbar unter [http://www.justiz.nrw.de/BS/recht\\_a\\_z/A/Antragsdelikte/index.php](http://www.justiz.nrw.de/BS/recht_a_z/A/Antragsdelikte/index.php)
- Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz* (1. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Kienzle, T. & Paul-Ettliger, B. (2009). *Aggression in der Pflege. Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal* (Kohlhammer Pflegepraxis, 4., aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kienzle, T. & Paul-Ettliger, B. (2010). *Aggression in der Pflege. Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal* (Kohlhammer Pflege Kompakt, 1. Aufl.). Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.
- Kirsch, S. & Wassermann, J. (2014b). *Idee*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter <http://werdenfelser-weg-original.de/idee/>
- Kirsch, S. & Wassermann, J. (2014a). *Wie werde ich Verfahrenspfleger?*, Werdenfelser Weg GbR. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter <http://werdenfelser-weg-original.de/fortbildungen/wie-erde-ich-verfahrenspfleger/>
- Klie, Prof. Dr. T. (2009). Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege. Juristische Expertise zu freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen im Zusammenhang der Leitlinienentwicklung. In S. Köpke, A. Gerlach, R. Möhler, A. Haut & G. Meyer (Hrsg.), *Leitlinie FEM-Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege* (S. 69–84). Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke.
- Konrad, N. & Rasch, W. (2014). *Forensische Psychiatrie. Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Köpke, S., Gerlach, A., Möhler, R., Haut, A. & Meyer, G. (Hrsg.). (2009). *Leitlinie FEM-Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege*. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke. Zugriff am 01.06.2014. Verfügbar unter <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>

- Kostrzewa, S. (2010). *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz* (Programmbereich Pflege, 2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Köther, I. (2011). *Altenpflege. 172 Tabellen* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Krahmer, U. & Manns, C. (Hrsg.). (2010). *Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Leistungen der Sozialhilfe bei Pflegebedarf* (Häusliche Pflege, Bd. 3, 3. überarb. Aufl.). Hannover: Vincentz Network.
- Laufhütte, H. W., Rissing-van Saan, R. & Tiedemann, K. (2007). *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar* (Grosskommentare der Praxis, 12., neu bearbeitete Auflage). Berlin: De Gruyter Recht.
- Lindemann, R. (2012). Aggressionsereignisse in Pflegeheimen. In G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement. Gewalttätiges Verhalten erkennen, vorhersagen und abwehren; Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Pflegepraxis, psychiatrische Pflege, S. 412–419). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mahlberg, R. & Gutzmann, H. (2005). Diagnostik von Demenzerkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (25), 2032–2039. Zugriff am 03.06.2014. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/102/28/a2032.pdf>
- Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. PsychKG vom 27.5.2014. Verfügbar unter [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=2128&bes\\_id=4853&aufgehoben=N&menu=1&sg=0](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2128&bes_id=4853&aufgehoben=N&menu=1&sg=0)
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht; 69 Tabellen* (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Nolting, H.-P. (1997). *Lernfall Aggression. Wie sie entsteht - wie sie zu vermindern ist; ein Überblick mit Praxischwerpunkt Alltag und Erziehung* (Rororo rororo-Sachbuch, Bd. 60243, Vollst. überarb. Neuausg., 86. - 94. Tsd). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Oswald, W. D., Gatterer, G. & Fleischmann, U. M. (2008). *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). Wien: Springer.
- Otto, H. (2005). *Grundkurs Strafrecht. Die einzelnen Delikte* (De Gruyter Lehrbuch, 7. ed.). Berlin: De Gruyter Recht.
- Oud, N., Walter, G. & Nau, J. (2012). Körperinterventionen. In G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement. Gewalttätiges Verhalten erkennen, vorhersagen und abwehren; Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Pflegepraxis, psychiatrische Pflege, S. 193–215). Bern: Verlag Hans Huber.
- Perrar, K., Sirsch, E. & Kutschke, A. (2011). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. 60 Tabellen; [inkl. DVD mit 18 Filmen]* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- PONS GmbH. *aggressiō*. Zugriff am 05.05.2014. Verfügbar unter <http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung?q=aggressor&l=de&in=&lf=de>

- Riekenbrauk, K. (2011). *Strafrecht und Soziale Arbeit. Eine Einführung für Studium und Praxis* (4. Aufl.). Köln: Luchterhand.
- Rösler, M. (2012). Rechtliche Probleme und forensische Beurteilungsfragen. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., S. 388–398). Stuttgart: Thieme.
- Rothgangel, S. & Schüler, J. (2010). Kurzlehrbuch medizinische Psychologie und Soziologie. 28 Tabellen ; [mit Faktentrainer]. *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie*.
- Ruthemann, U. (1993). *Aggression und Gewalt im Altenheim. Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis*. Basel: Recom.
- Schaub, R. T. & Freyberger, H. J. (2012). Diagnostik und Klassifikation. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., ). Stuttgart: Thieme.
- Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A. & Weyerer, S. (2013). Prävalenzen von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische Praxis*, 40, 200–206.
- Schirmer, U. (2009). *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie* (Pflege, 2., aktualisierte Aufl.). Hannover: Schlütersche.
- Schmid, M. (2012). Aggressionen bei Personen mit einer Demenz und in der Altenpflege. In G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement. Gewalttätiges Verhalten erkennen, vorhersagen und abwehren; Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Pflegepraxis, psychiatrische Pflege). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidtke, K. & Otto, M. (2012). Alzheimer-Demenz. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., S. 203–227). Stuttgart: Thieme.
- Schneider, C. (2005). *Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden* (Pflegebibliothek. Mainzer Schriften). Hannover: Schlütersche.
- Schulz, P.-M. (2006). *Gewalterfahrungen in der Pflege. Das subjektive Erleben von Gewalt in Pflegebeziehungen* (Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Bd. 13, 1. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Schwind, H.-D. (2013). *Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen* (Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 28, 22., neubearb. u. erg. Aufl.). Heidelberg [u.a.]: Kriminalistik.
- Selg, H. (1968). *Diagnostik der Aggressivität*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Sonnen, B.-R. (2005). *Strafrecht Besonderer Teil* (C. F. Müller Start). Heidelberg: Müller.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Zugriff am 10.06.2014. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile)
- Steinert, T. (2012). Pharmakotherapie bei aggressivem Verhalten. In G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement. Gewalttätiges Verhalten erkennen, vorhersagen und abwehren; Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Pflegepraxis, psychiatrische Pflege, S. 215–230). Bern: Verlag Hans Huber.
- Thar, J. & Raack, W. (2014). *Leitfaden Betreuungsrecht. Für Betreuer, Angehörige, Betroffene, Ärzte und Pflegekräfte* (6., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Köln: Bundesanzeiger.
- Thiel, V. (2003). *Freiheitseinschränkende Maßnahmen gegenüber Pflegebedürftigen*. Zugriff am 19.05.2014. Verfügbar unter [http://www.volkerthiel.de/recht/FreiheitseinschrMassn\\_12.pdf](http://www.volkerthiel.de/recht/FreiheitseinschrMassn_12.pdf)
- Vetter, B. (2007). *Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch ; mit 34 Tabellen* (7., überarb. und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Wabnitz, R. J. (2014). *Grundkurs Recht für die Soziale Arbeit. Mit 97 Übersichten, 22 Fällen und Musterlösungen* (UTB, 3368: Soziale Arbeit, 2., überarb. Aufl.). München [u.a.]: Reinhardt; UTB.
- Wallesch, C. W. & Förstl, H. (2012). Klinische Diagnostik. In C. W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (RRN - Referenz-Reihe Neurologie, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., S. 128–135). Stuttgart: Thieme.
- Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (2012). Das Now-Modell. In G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), *Aggression und Aggressionsmanagement. Gewalttätiges Verhalten erkennen, vorhersagen und abwehren; Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Pflegepraxis, psychiatrische Pflege, S. 88–96). Bern: Verlag Hans Huber.
- Weissenberger-Leduc, M. & Weiberg, A. (2011). *Gewalt und Aggression bei Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege*. Wien [u.a.]: Springer.
- Wied, S. (2003). *Psyhyrembel Wörterbuch Pflege. [Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht]*. Berlin [u.a.]: de Gruyter.
- Wojnar, J. (2000). Möglichkeiten der Beeinflussung von aggressiven Demenzkranken. In R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Aggression im Alter* (Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Bd. 7, S. 221–231). Bonn: HsM, Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter.
- Zeller, A., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens, R. (2013). Erfahrungen und Umgang der Pflegenden mit aggressivem Verhalten von Bewohner(inne)n: eine deskriptive Querschnittsstudie in Schweizer Pflegeheimen. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 26 (5), 321–335.



## **Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Rechtliche Interventionen der Pflegenden bei Gewalt durch Bewohner mit Demenz vom Typ Alzheimer in stationären Pflegeeinrichtungen,“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Köln, den 12.06.2014

Denise Helbig

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Köln, den 12.06.2014

Denise Helbig