

Rolf D. Hirsch

Konflikte in Pflegebeziehungen: Eine Herausforderung für Pflegende und die Gesellschaft

Ein 70-jähriger Ehemann berichtet von seiner Frau, die seit einigen Jahren unter einer schweren Demenz leidet, dass sie schon längere Zeit nachts aufstehe und in der Wohnung umherirre. Er könne sie kaum beeinflussen. So räume sie nachts die Schränke aus und verstreue die Sachen im Zimmer. Hindere er sie, würde sie schreien und sich massiv wehren. So komme es häufiger zu Handgreiflichkeiten. Beide hätten sie schon blaue Flecken. Medikamente würden keine Hilfe sein. Wirkliche Unterstützung erhalte er von niemandem.

Die Tochter einer schwer Pflegebedürftigen, die unter einer Demenz leidet und im Pflegeheim lebt, berichtet, dass sie vor kurzem ihre Mutter schwer sediert und gefesselt im Bett vorgefunden habe. Auf Nachfrage berichten die Pflegekräfte, dass ihre Mutter sehr unruhig gewesen und umher geirrt sowie nicht beeinflussbar gewesen sei. Da habe der Hausarzt ein Beruhigungsmittel verschrieben und die Fesselung befürwortet. Andere Alternativen habe es nicht gegeben. Obwohl sie rechtliche Betreuerin ihrer Mutter ist, habe man sie über die Vorgehensweise nicht informiert und sich vor Ort geweigert, ihr Auskunft zu geben. Mitgeteilt wurde ihr, der Arzt habe das so angeordnet.

Hätten die Handlungsweisen der Pflegebedürftigen anders beeinflusst werden können? Wie ging es ihnen? Hätten die Reaktionen der Pflegenden vermieden werden können? Sind sie als gewalttätig zu bezeichnen? Gäbe es Alternativen, und welche? Sind diese Umgangsweisen als „unvermeidbar“ hinzunehmen?

Solche Situationen sind bei näherer Betrachtung meist komplex und werden von vielen

Faktoren beeinflusst. Oft haben sie eine längere Vorgeschichte. Selten besteht nur eine Gewaltform (z. B. körperliche oder psychische) allein. Eine Gewalthandlung an einem alten Menschen wird oft noch getragen von deren Tolerierung, Bagatellisierung, Nichtwahrnehmung, Hilflosigkeit aller Beteiligten und Unkenntnis von Alternativen. „Die Gewalt lebt davon, dass sie von anständigen Leuten nicht für möglich gehalten wird“, schreibt Sartre.

Pflegekräfte und Angehörige geraten leicht in die Versuchung, mit Gewalt eine kritische Situation zu lösen. Haben die „Täter“ nach einer Gewalthandlung auch oft Schuldgefühle, so sind sie in der Situation meist hilflos. Doch kann Gewalt mit ganz gegensätzlichen Motivlagen verbunden sein: „Mit Willfährigkeit oder mit Lust an der Willkür, mit Wut oder Ekel, Stolz oder Liebe, mit Gleichgültigkeit, Disziplin oder Pflichtgefühl, mit Geltungsdrang und Ehrgefühl, mit Abenteuerlust oder Langeweile, mit Berechnung, Beflissenheit oder Begeisterung.“¹ Zudem hängt es mit von der sozialen Dynamik ab, „ob ein Mensch rücksichtsvoll und schonend mit einem Wehrlosen umgeht, oder gleichgültig, ja grausam und sadistisch“.² Es bedarf schon einer sehr stabilen Persönlichkeit, dem Einfluss äußerer Umstände, die eine schlummernde Bereitschaft zur Verletzung und Schädigung eines Wehrlosen wecken, zu widerstehen. Gewalthandlungen können auch als Gewohnheiten und Rituale, insbesondere in Institutionen, normativ fungieren und mit Bedeutung gefüllt werden. „Es ist eine beunruhigende Fähigkeit des Menschen, sich an nahezu alles anpassen und gewöhnen zu können, auch an die eigene Gewalttätigkeit.“³

Gewalthandlungen an Pflegebedürftigen werden mit „Überlastung“ und „Überforderung“ der Pflegenden – zu Hause und in Einrichtungen – zu oft rasch entschuldigt, toleriert und vertuscht. Darf, soll oder muss derjenige, der „überlastet“ ist, kriminelle Handlungen begehen? Ist Gewalt die einzige Lösung? Eigentlich ist doch jeder gegen Gewalt! Doch scheint sie „alltäglich“ und „allgegenwärtig“ zu sein. Nur moralisieren nützt allerdings ebensowenig wie Schuldzuweisung.

Beispiele

Gewalt als Lösung

Komplexe Situation

Diskriminierung

1. Vorurteile und Altersdiskriminierung: Wegbereiter für gewaltsames Handeln

Vorurteile

Auf dem Boden von Vorurteilen und Mythen gegen alte Menschen als Gruppe besteht eine Reihe von Ansichten, die Ausgangspunkt von Diskriminierungen sind und – bei der derzeitigen Diskussion um Kostensenkung im Gesundheitswesen – eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Begriffe wie „Rentnerschwemme“, „Seniorenlawine“, „die demographische Zeitbombe tickt“ und „die demographische Katastrophe“ sollen als Beispiele genügen. Diese Vorurteile entstehen durch

- die Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen,
- geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen,
- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen,
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten.⁴

Definition von Gewalt

Man hat den Eindruck, um mit Dieter Hildebrandt (2004 in der Fernsehsendung „Scheibenwischer“) zu sprechen, dass Altwerden im Prinzip bei uns erlaubt ist, aber nicht gerne gesehen wird, insbesondere wenn es mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden ist. So bleibt es nicht aus, dass das Selbstbild alter Menschen ebenfalls nicht positiv ausfällt. Der alte Mensch ist das, was an ihm – auch von Helfern – wahrgenommen und ihm als Würde und Wert von Jüngeren zugesprochen wird. Eine Einengung der Perspektive auf „alt“ (bedeutet fälschlicherweise gleich Abbau, Belastung und nicht Bereicherung) mit dementsprechender Einstellung führt sowohl bei der Diagnostik wie auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen, welche die Gesundheit gefährden. Nicht der alte Mensch bestimmt, was er benötigt, sondern der Jüngere, für den es schwer ist, die Perspektive eines alten Menschen zu erfassen.

Gewaltformen

Als diskriminierend kann auch die Sichtweise gelten, alte Menschen seien schuld an der Misere des Gesundheitswesens, da sie die Hauptursache für die „Kostenexplosion“ seien. Gibt es hierzu auch fundierte sowie seriöse gegenteilige und differenziertere Aussagen, die belegen, dass das Alter nur eine Variable von mehreren ist – Streit zählt 21 auf – die für die „Kostenexplosion“ verantwortlich sind,⁵ so werden diese in den Gesundheitsdiskussionen wenig beachtet. Über die Pflegeversicherung wird primär im Hinblick auf die anfallenden Kosten, für die angeblich unsere Gesellschaft nicht aufkommen kann, diskutiert und nicht darüber, welche Hilfen Pflegebedürftige benötigen, um ihnen ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen.

2. Gewalt: ein vielschichtiges destruktives Handeln

In der Gerontologie wird der Begriff Gewalt (oft synonym mit Misshandlung verwendet), in Anlehnung an die amerikanische Literatur, definiert „als eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten. Eine einmalige Handlung/ Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, so sie unter den Begriff der Gewalt subsummiert werden können“.⁶ Die sich hieraus ergebenden Gewaltformen sind: aktive und passive Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlung (abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung, Einschränkung des freien Willens. Alle diese Gewalthandlungen beziehen sich allerdings nur auf Interaktionen zwischen Personen. Sie beschreiben nur Gewaltformen im zwischenmenschlichen Bereich.

Als häufigste Gewaltformen werden körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung sowie finanzielle Ausbeutung und Menschenrechtsverletzungen genannt.⁷ Einen praxisorientierten Überblick über verschiedene Formen von Gewalt gibt die Tabelle 1.

Gewaltformen			
Körperlich:	Psychisch:	Sozial:	Rechtlich:
Medikamentenmissbrauch	Demütigung	Isolation	Materieller Missbrauch
Vorenthalten; unangemessene oder unnötige Anwendung	Beschämung; Beschuldigung; Bloßstellung; Ablehnung	Erzwungener Rückzug; „Frei- williger“ Rückzug; Unangemes- sene / ungeeignete Beaufsich- tigung	Misswirtschaft bei Eigentums- fragen; Misswirtschaft bei Ver- trägen; Zugang zu Eigentum / zu Verträgen sperren
Beeinträchtigung	Quälen	Rollenkonfusion	Diebstahl
Übersehen von medizinischen Bedürfnissen; Mangelhafte Hy- giene; Fehl-/ Mangelernährung; Störung der Ruhe	Beleidigungen; Einschüchte- rung; Furchtauslösung; Aufre- gen	Konkurrenz; Überlastung; Um- kehrung; Auflösung	Stehlen von Eigentum oder von Verträgen; Erpressen von Eigen- tum oder von Verträgen
Tätlicher Angriff	Manipulation	Beeinträchtigung des Lebens- raums	Missbrauch von Gesetzen
Äußere Verletzungen; Innere Verletzungen; Vergewaltigung; Selbstmord / Totschlag	Informationen zurückhalten oder verfälschen; Reizentzug; Einmischen in Entscheidungen	Desorganisierter Haushalt; Mangel an Privatsphäre; Unan- gemessene Umgebung; Aufga- be des gewohnten Umfeldes	Leugnung von Verträgen; Unfreiwillige Unterwerfung; Unnötige rechtliche Betreuung; Missbrauch von professioneller Autorität

Tab. 1: Formen der Gewalt gegen Pflegebedürftige, nach T. F. JOHNSON, *Elder Mistreatment: Deciding Who is a Risk*, Westport, Conn. 1991, und R. D. HIRSCH, *Misshandlung und Gewalt an alten Menschen*. In: *Notfallmedizin*, 27 (2001), S. 324–328.

Eine Vielzahl von Faktoren, die diese Gewalthandlungen erst ermöglichen, aufrechterhalten oder zu deren Rechtfertigung dienen, sind struktureller Art. Sie bilden dabei eigenständige Formen von Gewalt, sind eher verdeckt und weniger fassbar als direkte Gewaltformen.⁸ Beispiele hierfür sind die gehorsame und gedankenlose Ausführung von inhumanen Anordnungen, erzwungenes Leben im Heim wegen unzureichender regionaler Alternativen oder Aufenthaltsverkürzung in Kliniken, Mangel an Privatsphäre in Einrichtungen, institutionell vorgegebene Tagesstrukturierung, unzureichender Personalschlüssel, mangelhafte Qualifizierung des Personals, unnötige Einrichtung von Betreuung, unzureichende Durchsetzung von Gesetzen, unzureichende öffentliche bzw. staatliche Kontrolle von Einrichtungen und deren Finanzen sowie unzureichende Wertvorstellungen von Pflege bei den in Pflegeberufen Tätigen. Die Entscheidungsträger, die häufig

Träger und Kontrollorgan in einer Person sind, weisen jede Mitschuld weit von sich und tragen mit dem von ihnen propagierten „Mythos der Einzelfälle“ zu einer Verharmlosung der Problematik bei und fördern zudem das Schweigen und die andauernde Tabuisierung der Altersdiskriminierung.

Johan Galtung bezieht auch die kulturelle Ebene wie immanente Wertvorstellungen und kollektive Vorurteile, die eine Verringerung von Gewalt erheblich erschweren und all jene Aspekte umfasst, durch die direkte und strukturelle Gewalt legitimiert wird, ein.⁹ Er versteht unter Gewalt jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeit, Identität und Freiheit) durch personelle, strukturelle oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert. Auch wenn diese Beschreibung von Gewalt manchem zu umfangreich und damit schwer ope-

Strukturelle Faktoren

Gewaltdreieck

rationalisierbar scheint, bevorzugen wir diese in weiterentwickelter Form (Abb. 1). Deutlich wird durch das „Gewaltdreieck“, dass Gewalt-handlungen vielfältige Hintergründe haben. Daher ist zu deren Verhütung, Prävention und Intervention ein umfangreiches Konzept erforderlich. Ausgangspunkte sind:¹⁰

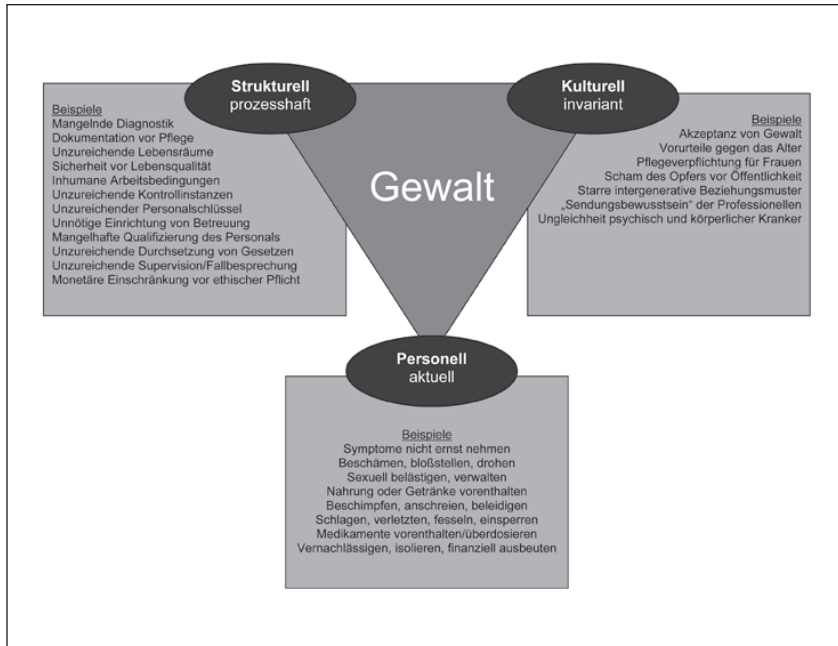


Abb. 1: Formen der Gewalt, nach GALTUNG (wie Anm. 9).

Vermeidung von Gewalt

- Gewalt ist eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse. Diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung und Korrektur im Wege steht;
- die Vermeidung einer einfachen Moralisierung nach einem einfachen „Opfer-Täter“-sowie „Gut-Böse“-Schema.
- multifaktorielle Entstehungsbedingungen, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern,
- Entwicklung von Fort- und Weiterbildungs-Curricula, welche Polarisierungen vermeiden und individuelle sowie gesellschaftliche Bezüge herstellen, Eigenverantwortung und ethische Aspekte einbeziehen sowie praxisorientiert und überprüfbar sind.

Im Umgang mit Menschen mit einer Demenz können verschiedene Verhaltensweisen zu einer Verschlechterung der Erkrankung führen. Kitwood nennt diese Strategien eine „maligne Sozialpsychologie“ („maligne“ = dt. bösartig).¹¹ Das Konzept maligner Sozialpsychologie beschreibt ein für einen Menschen mit Demenz gestaltetes soziales Umfeld, das seine personale Würde beschädigt und sein jeweiliges Verhalten negiert oder abwertet. Solche Abwertungsstrategien seitens der professionellen Pflege geschehen allzu oft aus Gedankenlosigkeit und beherrschen meist ohne Absicht den Pflegealltag (Tab. 2).

Verletzendes und schädigendes Verhalten der Pflegenden		
Betrug	Herabwürdigen	Infantilisieren
Etikettieren	Einschüchtern	Überholen
Stigmatisieren	Verbannen	Entwerten
Ignorieren	Zum Objekt erklären	Zwang
Vorenthalten	Anklagen	Unterbrechen
Lästern	Zur Machtlosigkeit verurteilen	

Tab. 2: „Maligne Sozialpsychologie“, nach KITWOOD (wie Anm. 11), S. 75f.

3. Angaben zur Häufigkeit des Auftretens

Gewalt kann im öffentlichen Raum (dieser Bereich wird in diesem Artikel ausgeklammert), im familiären Bereich und in Institutionen (Kliniken, Pflegeheimen) auftreten. Derzeit gibt es immer noch zu wenig Erkenntnisse über das Ausmaß des Auftretens. Übereinstimmung herrscht darüber, dass das Dunkelfeld erheblich größer ist als durch Untersuchungen festgestellt wird.

Im familiären Bereich liegen die Angaben über Gewalt – methodenabhängig – zwi-

schen 7 und 25 %.¹² Überwiegend basieren diese Angaben auf Selbstberichten von Betroffenen. Sie sind retrospektiv und mit unterschiedlichen Methoden erhoben. Ist eine Person in der Familie pflegebedürftig, so erhöht sich die Gewaltbereitschaft erheblich. Aus der bundesweiten Opferbefragung geht hervor, dass rund 15 % der Befragten innerhalb der letzten fünf Jahre Gewalterfahrungen machen mussten.¹³ 40 % der ambulanten Pflegekräfte gaben in dieser Untersuchung auch an, sich selbst problematisch verhalten zu haben. Allerdings wurden zwei Drittel von ihnen durch pflegebedürftige physisch oder verbal angegriffen oder sexuell belästigt. Ca. 53 % der pflegenden Angehörigen berichteten, selbst gegenüber dem Pflegebedürftigen gewalttätig (insbesondere durch Vernachlässigung und Freiheitseinschränkung) geworden zu sein.

Systematische Untersuchungen über Gewalthandlungen in deutschen Institutionen (Kliniken und Altenheimen) gibt es kaum. Überwiegend wurden nur einzelne Gewaltphänomene wie Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Einsperren und Fesseln) sowie Psychopharmakamissbrauch (Über-, Unter- und Fehlmedikation) untersucht. Weitere Problemfelder, die auf Misshandlungen hinweisen sind Auftreten und Häufigkeit von Druckgeschwüren, Fehl-, Mangel und Unterernährung sowie der Umgang mit einer rechtlichen Betreuung:

- In einer klinischen Untersuchung, die in 29 gerontopsychiatrischen Abteilungen (insges. 2374 Patienten) durchgeführt wurde (24-Stunden-Erhebung), wurde in 25 % der Fälle wenigstens eine bewegungseinschränkende Maßnahme durchgeführt.¹⁴ Fixiert wurde hauptsächlich „vorsorglich“ wegen Sturzgefahr (48,2 %), Schwindel/Gangunsicherheit u.ä. (27,8 %) und quälende/rastlose Unruhe/Agitiertheit (15,7 %).
- Aus einer Längsschnitt-Untersuchung in Hamburger Pflegeheimen wird berichtet, dass bei 40 % der Bewohner innerhalb eines Jahres eine freiheitsentziehende Maß-

nahme durchgeführt wurde.¹⁵ Festgestellt wurde, dass nur bei ca. 54 % eine rechtlich gültige Genehmigung vorlag.

- Der 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahr 2006 beschreibt die Situation der ambulanten (601 Pflegedienste) und stationären Pflege (718 Institutionen). Im Folgenden beziehen sich die ersten Zahlen auf die ambulante Pflege, die in Klammern auf die stationäre):¹⁶
 - bestehende Mängel bei der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr: 29,6 % (34,4 %)
 - Qualitätsdefizite bei der Inkontinenzversorgung: 21,5 % (15,5 %)
 - Versorgungsdefizite bei der Dekubitusprophylaxe: 42,2 % (35,5 %)
 - Qualitätsmängel bei der Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten: 26,1 % (30,3 %).

Nicht unerheblich ist die Gewalt, die von Patienten bzw. Bewohnern ausgeht. Aus der bundesweiten Opferbefragung geht hervor, dass 84 % der befragten Pflegekräfte erklärten, selbst Opfer von Gewalthandlungen geworden zu sein.¹⁷ Andererseits gaben 72 % von ihnen an, selbst körperlich oder psychisch misshandelt, vernachlässigt oder aus arbeitsökonomischen Motiven in seiner Freiheit eingeschränkt zu haben.

4. Vielfältige Ursachen und deren Folgen

Unterschiedliche Begleitumstände und Faktoren können an einer Gewalthandlung beteiligt sein. Das komplexe Bedingungsgefüge der unterschiedlichen Faktoren aus verschiedenen Bereichen ist in einer Übersichtsdarstellung durch das National Council on Elder Abuse (NCEA) von 2010 auf die vier Kategorien: Pflegestress, Pflegeabhängigkeit von alten Menschen, Gewaltzyklus und persönliche Probleme des Misshandelnden zusammengefasst worden:¹⁸

Häufigkeit

Untersuchungen

Gewalt durch Patienten

Bedingungen und Faktoren für Gewalt

Folgen von Gewalt

- *Gewaltzyklus*: Das älteste Ursachenmodell wurde aus den Erkenntnissen über Kindesmisshandlung übernommen und besagt, dass Misshandlungsverhalten erlernt und von der einen auf die nächste Generation tradiert wird.¹⁹ Die entsprechende Familiendynamik wurde insbesondere für Paarbeziehungen beschrieben, in denen ein Partner pflegeabhängig und dement geworden war.²⁰
- *Pflegeabhängigkeit*: Ein eigenständiges Erklärungsmodell war an der Beobachtung orientiert, dass Altenmisshandlung überwiegend in Pflegebeziehungen auftritt. Beeinträchtigung alltagspraktischer und kognitiver Fähigkeiten, psychiatrische Symptome wie Verwirrtheit und Depression sowie die kürzlich eingetretene Verschlechterung einer kognitiven Beeinträchtigung werden genannt.²¹
- *Pflegebelastung*: Dauerbelastung durch die Pflege und die Notwendigkeit, eigene Bedürfnisse und Verpflichtungen gegenüber Familie, Freunden und Beruf zurückzustellen, können zu Erschöpfung, sozialer Isolation und psychischen Belastungssymptomen führen.²² Dennoch ist trotz dieser Belastungsfaktoren häufig nicht die Pflegesituation per se verantwortlich, sondern das Hinzutreten anderer Faktoren, die ein bestehendes Risiko kritisch erhöhen können, wie z. B. das spezielle Lebensarrangement, fehlende Unterstützung in der Versorgung, finanzielle oder emotionale Abhängigkeiten. Auch situative Auslöser, externe Stressoren oder Krankheit der Pflegenden können wirksam sein.²³ Ein besonders häufiger Befund in der stationären Pflege ist das Burnout der Pflegenden.²⁴ Dabei spielen auch die Stressoren aus dem persönlichen Leben der Pflegenden und die institutionellen sowie die situativen Faktoren eine Rolle.²⁵
- *Persönliche Probleme der misshandelnden Person*: In vielen Studien wurden neben den schon erwähnten Belastungssymptomen auch Alkoholismus und andere psychiatrische Störungen, soziale Isolation, emo-

tionale und materielle Abhängigkeit vom Gepflegten beschrieben.²⁶ Deutlich ist, dass diese Faktoren Personen kennzeichnen, die psychisch labil sind. Gezeigt werden konnte, dass viele der „Täter“ selber schwach und hilflos sind.

Berücksichtigt man bisherige empirische, kasuistische und beschreibende Arbeiten über diesen Themenbereich,²⁷ so lassen sich als Folgen von Gewalt zusammenfassend beschreiben:

- länger andauernde Gefühle der Erniedrigung, Beschämung, Missachtung und Hoffnungslosigkeit bis zur Selbstaufgabe,
- zunehmende Isolation, Vereinsamung und Angst vor Dritten,
- pathologische Trauerreaktion und reaktive Depression,
- Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Lähmung von Aktivitäten,
- Vermehrung und Chronifizierung von Ängsten,
- länger andauernde körperliche und psychische Beeinträchtigung nach massiver körperlicher Gewaltausübung,
- Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen,
- Verlust von Vertrauen in Angehörige oder professionelle Pflegekräfte, wenn diese die Täter sind,
- destruktive Umgangsweisen mit sich selbst bis zum Suizidversuch,
- Abgleiten in die Armut nach finanzieller Ausbeutung.

5. Gewalt in Pflegebeziehungen

Gewalt in Pflegebeziehungen ist „die Kumulation von Macht, Unterdrückung und Ohnmacht, Angst und Wut, Hilflosigkeit, Verstrickung in Schuldgefühle und Zusammenbruch“,²⁸ beeinflusst durch Erfahrungen aus den Lebensgeschichten und im Rahmen institutioneller und gesellschaftlicher Bedingungen. Ausgeübt wird Gewalt in Zweierbeziehungen (im famili-

ären und institutionellen Bereich) häufig hinter verschlossenen Türen.²⁹ Wenig dringt zu Dritten. Viele alte Menschen können darüber auch kaum berichten. Dies liegt z. B. daran, dass niemand da ist, dem sie etwas erzählen können, oder dass sie nicht mehr in der Lage sind (z. B. Menschen mit Demenz), sich mitteilen zu können. Gewalthandlungen können mit einem bösen Wort beginnen und mit Schlägen oder gar Totschlag enden. „Ich habe meiner Mutter schon so oft gesagt, dass sie nicht allein aufstehen soll“, klagt eine Angehörige. „Ich habe ihr gesagt, dass sie stürzen könnte. Das ist sie schon mehrmals“. Ihre Mutter hätte sie dann angeschrien, dass sie machen könne, was sie wolle. Sie wäre kein kleines Kind. Die Tochter berichtet weiter: „und dann hat ein Wort das andere gegeben und mir ist dann die Hand ausgerutscht“. Sie hätte sich anschließend so geschämt, dass sie das keinem erzählen konnte. „Aber“, meint sie, „meine Mutter muss doch einsehen, dass ich ihr nur helfen will“.

Nicht selten eskaliert erst nach Jahren aufzehrender Pflegearbeit eines Angehörigen die Situation zur Gewalt. Aus Hilfe kann durch Überforderung Gewalt werden. Wenig soziale Unterstützung, Scham und Angst kumulieren. Häufig fühlen sich Pflegebedürftige und deren Angehörige wie im Gefängnis, aus dem es kein Entrinnen gibt. Diesen Teufelskreis der Verstrickung zu lösen, oft noch beeinflusst durch schon seit früheren Jahren bestehende Beziehungsstörung, ist ohne Unterstützung von weiteren Angehörigen oder professionellen Helfern nicht möglich. Pflegekräfte dagegen sind zeitlich befristet in einer solchen Beziehung und können sich eher schützen. Dennoch können aus Ritualen, unreflektierter Routine, starrer Erfüllung von Leitlinien oder anderen Vorgaben Gewalthandlungen resultieren. Pflegenden können Gewalt in den Aktivitäten des täglichen Lebens ausüben (Tab. 3). Adorno warnt zu Recht: „Aus dem, der hilft, weil er es besser weiß, wird der, welcher den anderen durchs rechthaberische Privileg erniedrigt“.³⁰

1. Kommunizieren	Zum Sprechen zwingen Beschämen, Schimpfen, Anschreien Nicht beachten, Blickkontakte vermeiden Bevormunden Duzen, Respektlos umgehen
2. Sich bewegen	Bewegungsraum einschränken Fixieren Ausgänge blockieren Zum Aufstehen zwingen Gehhilfen oder Rollstuhl verweigern
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten	Kranken im Gestank liegen lassen Zu warme/zu kalte Kleidung zumuten Facharzt/Ergotherapeut ablehnen Falsches Bettzeug zuteilen und rationieren
4. Sich pflegen	Zum Baden, zur Haarwäsche zwingen eigene Hygienevorschriften durchsetzen nachts waschen, zwangsweise einsalben
5. Essen und Trinken	Ess- und Trinkhilfen vorenthalten Essgewohnheiten missachten Zum Trinken zwingen, zu schnell „füttern“ Routinemäßig passierte Kost geben
6. Ausscheiden	Dauerkatheder gegen Willen geben Vorlagen zu festen Zeiten wechseln Hungern und dursten lassen Essen unerreichbar hinstellen
7. Sich kleiden	Kleider einschließen Nachts in einem „Strampelsack“ fixieren Jogginganzug, Morgenmantel o.a. gegen den Willen anziehen Miederwäsche verweigern
8. Ruhen und Schlafen	Mittagsschlaf verweigern oder zum Mittagsschlaf zwingen Ausschließlich Heimbettwäsche zulassen Gegen den Willen Schlafmittel geben
9. Sich beschäftigen, das Lebensfeld gestalten und Wohnen	Keine Orientierungshilfen anbringen Starren Tagesablauf „durchziehen“ Nicht zur Beschäftigung anregen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen oder verhalten	Beziehungen verhindern Schamgefühl bei Intimpflege verletzen Sich über sexuelle Äußerungen lustig machen
11. Für eine sichere Umgebung sorgen	Sicherheitsmaßnahmen entziehen Zu viel und zu häufig fesseln Klingel wegnehmen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern	Kranken sich selbst überlassen Ständig beaufsichtigen Einkäufe verweigern Außenkontakte einschränken
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen	Alte Fotos oder Bilder nicht aufhängen Religiöse Bedürfnisse missachten Schmerzen mit Placebos behandeln

Tab. 3: Beispiele zu Formen der Gewalt bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, nach E. GROND, *Altenpflege ohne Gewalt*, Hannover 1997

Erwartungshaltung

Im Zentrum einer Pflegebeziehung steht die Fürsorge, das Pflegen und Nähren des anderen. So kann auch eine unausgesprochene Erwartung des Pflegebedürftigen sich entwickeln, dass die Hilfsbereitschaft des einen unerschöpflich sowie frei von Ansprüchen auf Gegenleistung ist und er selbst frei von Verpflichtungen zu Gegenleistung ist.³¹ Dieses frühkindliche Muster kann aktualisiert werden und sich zum Beziehungskonflikt entwickeln. Eine aufopfernde Pflege durch den Pflegenden kann demgegenüber auch das eigene Bedürfnis, gepflegt und genährt zu werden, stillen.³² Dadurch wird aber eine Abgrenzung auf der Erwachsenenenebene verhindert. Aggression und Wut, die von Schuldgefühlen begleitet werden, bleiben nicht aus. Die Grenzen zwischen „Opfer“ und „Täter“ verwischen sich und gehen in einen Prozess der wechselseitigen Gewaltanwendung über. Beziehungen können so übergehen in eine Pathobiose. Die Häufigkeit und Intensität von Gewalt nimmt dann zu, wenn zwischen Partnern oder Kindern und Eltern keine reife Beziehung entstehen konnte. Wo Abgrenzungen nicht gelernt und erlaubt wurden, besteht wenig Platz für einen angemessenen Umgang mit Wut, Aggressivität und Scham. In ähnlicher Weise

Grenze zwischen Opfer und Täter fließend

Handlungsweisen von Mitarbeitern

können auch professionelle Helfer Beziehungsstörungen mit Gewaltauswirkung in der Pflegesituation initiieren und stellvertretend für Angehörige agieren.

Ruthemann hat in sehr anschaulicher Weise Quellen des Gewaltpotentials von Pflegekräften und Heimbewohnern dargestellt.³³ Dieses gilt in Abwandlung auch für die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen. In Abbildung 2 wird dieses Schema, durch einige Aspekte ergänzt, dargestellt.

6. Aspekte zur Gewalt in stationären Einrichtungen

In Kliniken und Pflegeheimen können sozialpsychologische Faktoren gewaltfördernde Auswirkungen haben, die nicht zu unterschätzen sind. Folgende Untersuchungsergebnisse tragen zur Erklärung mancher Handlungsweisen von Mitarbeitern in diesen Einrichtungen bei:

- die Ausführungen von Goffman³⁴ zur „totalen Institution“ mit den Aspekten: abgeschlossenes, formell geregeltes Leben, Kontrolle der Außenkontakte, alle Lebensläufe innerhalb einer Institution, Aufhebung der Privatsphäre, Einbuße der Eigeninitiativen durch Tagesstrukturierung, Asymmetrie der Macht (Bewohner/Patienten – Pflegepersonal), Führungsstil, Verlust persönlichen Besitzes,
- das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“,³⁵ welches besagt, dass Menschen Hilflosigkeit und depressives Verhalten erlernen können, wenn sie Ereignisse ihrer Umwelt als zufällig, unkontrollierbar und damit unabhängig vom eigenen Verhalten erleben,
- die Ergebnisse des „Milgram-Experiments“³⁶ Kernaussagen sind, dass Grausamkeit abhängig ist von Autoritätsstrukturen, Unmenschlichkeit von sozialen Beziehungen und diese Unmenschlichkeit mit zunehmender Distanz zum Opfer steigt,
- die Erkenntnisse aus dem „Stanford-Experiment“, welches über Auswirkungen von

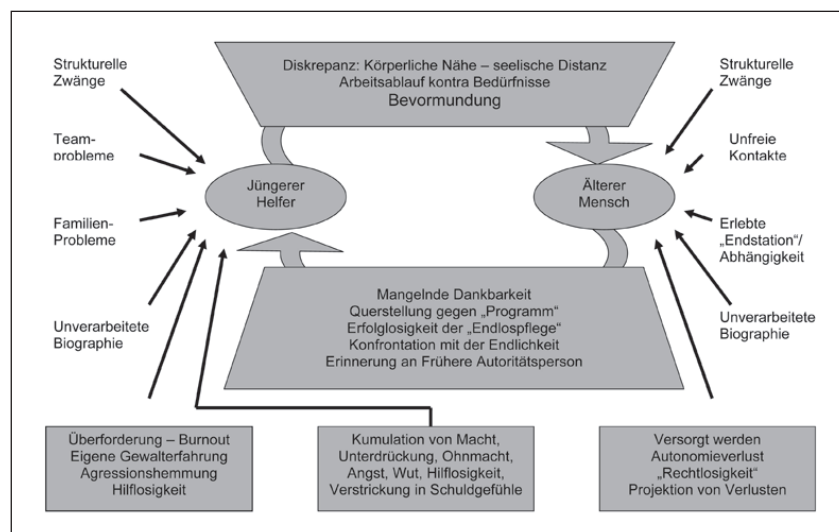


Abb. 2: Quellen der Gewalt zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen.

einer künstlich hergestellten Gefängnis-situation handelt.³⁷ Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass jeder Mensch unter gewissen Rahmenbedingungen zunehmend grausamer und gewalttätiger werden kann. Eine einseitige und uneingeschränkte Machtverteilung, die Ausrichtung nach stereotypen Vorstellungen, das Fehlen einer Ausbildung, das Tragen von Uniformen und Selbstabwertung können dazu führen.

Trotz dieser sozialpsychologischen Erkenntnisse, die besonders die Auswirkungen von destruktiven Einflüssen auf Personen untersuchten, wurden bisher strukturelle Gegebenheiten und kulturelle bzw. symbolische Einflussgrößen kaum berücksichtigt. Selten tritt eine Gewaltform allein auf. So ist z. B. körperliche Gewalt oft verbunden mit psychischer, Vernachlässigung mit struktureller, Isolation mit kultureller Gewalt. Die Beziehungsmuster sind oft geprägt von gegenseitiger Abhängigkeit (emotional, materiell) und einer Beziehungsasymmetrie (alter Mensch – jüngerer Mensch, Stärkerer – Schwächerer). Insbesondere Freiheitseinschränkungen, mögen sie auch rechtlichen Anforderungen genügen, werden in Institutionen noch zu oft angewendet. Erinnerung sei an: „Die Nöte des Menschen sind ohne Zahl, und doch kann ihm nichts Schlimmeres zusetzen als der Verlust der Freiheit“ (Ho Chi Minh).

Übereinstimmend geht aus den meisten Untersuchungen hervor, dass institutionelle Gewalt mit Bewohnereigenschaften, konflikthaften Interaktionen, Arbeitsunzufriedenheit und Personal-burnout einhergehen.³⁸ Von Bedeutung ist auch eine reziproke Aggressionsdynamik zwischen den Altenheimbewohnern und nachfolgender Misshandlung durch das Personal.

Jede Form der institutionellen Gewalt und des Zwanges, möge sie auch medizinisch oder organisatorisch begründbar scheinen, hat ein destruktives Potential für den Klienten, seinen Angehörigen, den professionellen Helfer und die Institution. Notwendig ist, das Ge-

waltpotential von Institutionen zu erkennen. Während psychiatrische und Altenpflegeeinrichtungen sich bemühen, dieser Erkenntnis Rechnung zu tragen, herrscht in nichtpsychiatrischen medizinischen Einrichtungen eher die Einstellung vor, alle Zwangsmaßnahmen als medizinisch notwendig anzusehen. Ein entscheidendes Kriterium für die Zulässigkeit und Qualität bei der Behandlung und Betreuung älterer Menschen ist, in welchem Umfang eine erfolgte Einschränkung von Freiheit und Würde vermeidbar gewesen wäre.

7. Möglichkeiten zur Prävention

Ziel von präventiven Maßnahmen ist, vorausschauend eine drohende Schädigung zu verhindern. Voraussetzung hierfür ist, dass ein unerwünschtes bzw. bedrohliches Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehbar ist. Zudem müssen Maßnahmen, dieses zu verhindern oder zu verringern, vorhanden sein. Ansatzpunkte sind die Beeinflussung von Bedingungen, die zu Gewalt führen. Betrachtet man die Quellen der Gewalthandlung bei alten Menschen und bedenkt man, dass eine Gewalthandlung zahlreiche „Vorboten“ hat, so können geeignete Maßnahmen dazu beitragen, diese zu verhindern oder zu verringern:³⁹

- *Primärprävention*: Ansätze, die verhindern sollen, dass es zur Gewalt kommt (z. B. Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Professionellen, ausgewogene Berichte in Medien, Vermehrung des Wissens über Alter und Altern, Vorurteilabbau, regionales Präventionsprogramm, Umgebungsgestaltung, Vorinformation über Pflege-Belastung, intergenerative Begegnungen, Suizid-Prävention, Sturzprophylaxe-Training, Deeskalationstraining, Supervision der Mitarbeiter),
- *Sekundärprävention*: Ansätze, die sich auf die unmittelbare Reaktion auf Gewalt konzentrieren (z. B. Assessment, Entlastung, Opferschutz, medizinische Behandlung, Psychotherapie, Deeskalation, soziale Unterstützung),

Institutionelle Gewalt

Maßnahmen zur Prävention

Erkenntnis des Gewaltpotentials

Pflegebeziehungen
in der Familie

- *Tertiärprävention*: Ansätze, deren Schwerpunkt auf der Langzeitbetreuung nach Gewalthandlungen liegt (z. B. kontinuierliche Beratung, Psychotherapie, Entzerrung von Beziehungen, Aufbau von Selbstsicherheit, Deeskalationsprogramme, Schulung).

Grundsätzlich ist daher Einfluss auf mehreren Ebenen zu nehmen, um wirkungsvolle Gewalt-

prävention durchführen zu können. Bedarf es hierzu auch nationaler Aktionsprogramme und politischer Unterstützung, so kann dies primär erst einmal auf regionaler Ebene geschehen (Tab. 4).

In der Familie ist es oft auch nicht möglich, exakt zwischen „Täter“ und „Opfer“ zu unterscheiden. Meist handelt es sich, insbesondere wenn Gewalt in Pflegebeziehungen geschieht, um eine destruktive Familienbeziehung, bei welcher Gewalt von Pflegebedürftigen und Angehörigen interaktiv ausgehen kann.⁴⁰ Die Gefahr der Eskalation und Stabilisierung von familiärer Gewalt ist so groß, dass man auch sogenannte „einmalige Ausrutscher“ nicht folgenlos akzeptieren kann. Sie sind ein Alarmsignal, und Alternativen müssen von außen zur Verhinderung weiterer Gewalt eingesetzt werden. Oft genug erfährt der Hausarzt hiervon. Er ist besonders in der Pflicht. Er hört als erster und oft als einziger von den Familienmitgliedern über deren destruktive Umgangsweise miteinander, kann Überlastungen feststellen sowie auch körperliche und psychische Veränderungen einzelner Familienmitglieder, die auf eine Misshandlung hinweisen.⁴¹ Ein wichtiger präventiver Schritt ist, die Ärzte zu sensibilisieren und zu schulen. Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten, z. B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen wie den gemeinnützigen Verein „Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“⁴² Damit Hilfsangebote frühzeitig im Bereich familiärer Gewalt genutzt werden können, bedarf es folgender Ausrichtungsaspekte:

- Achtung auf die Autonomie alter Menschen,
- Förderung der Selbstsicherheit und Selbstverteidigung alter Menschen,
- niederschwellige und leicht erreichbare Angebote,
- Orientierung an einer positiven, realistischen Zielsetzung,
- Erfassung aller Faktoren und Hilfsmöglichkeiten,

Gut erreichbare Anlaufstelle, die zuständig ist für:	Bekannt gewordene Altersdiskriminierung Drohende und tatsächliche Misshandlungen (alt - alt / jung - alt / alt - jung) Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Medien „regionaler Motor“ Fortbildung und Beratung Schulung des Personals Laienarbeit
Krisen- und Notruftelefon:	Ansprechbar für jede Person sowie für medizinische und Einrichtungen der Altenhilfe Persönliche Beratungszeiten (auch zu Hause oder in Institution) „mobiles multiprofessionelles Klärungsteam“
regionale Vernetzung mit:	Altenhilfe / Kommune Lokalen politischen Gremien / Polizei und allen regionalen Anlaufstellen, die Hilfe für Opfer anbieten regionales Fach-Gremium („Runder Tisch“) Einbeziehung beim lokalen Altenplan Regionale Pflegekonferenz
Überregionale Zusammenarbeit mit:	Wissenschaftlichen Einrichtungen Themenbezogene Arbeitsgruppen Selbsthilfe- und Interessenverbänden internationalen Vereinigungen Mitarbeit in politischen Gremien
Beratung von:	Professionellen, Institutionen und deren Träger, politischen Gremien u.a.
Weitere Angebote:	Fachbezogene Vorträge und Beiträge Evaluation und praxisorientierte Forschung Erstellung von themenbezogenen Handzetteln und Broschüren Broschüre mit allen regionalen Hilfsangeboten für alte Menschen
Fortbildungsangebote für:	In der Altenarbeit Tätige, Laienhelfer und alte Menschen Schulen und Weiterbildungsstätten des Gesundheitsbereiches
Schulungen und Kurse für alte Menschen:	Selbstverteidigung Selbstsicherheitstraining Kenntnisvermittlung von regionalen Unterstützungsmöglichkeiten

Tab. 4: Aspekte zur regionalen Prävention, nach HIRSCH (wie Anm. 43)

- multiprofessionelles und geduldiges Vorgehen,
- Einbindung vorhandener regionaler Einrichtungen,
- Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Wirkung.

Ausgangspunkt zur Prävention in stationären Einrichtungen ist, die Multidimensionalität der Möglichkeiten zur Beeinflussung von Gewalt in den Blick zu nehmen, um wirkliche Qualitätsverbesserungen erreichen zu können. Zu eng wäre die Vorstellung, Pflegepersonen einfach nur Pflege- und Qualitätsstandards vorzugeben. Strukturelle und gesellschaftliche Aspekte sind einzubeziehen. Maßnahmen in Institutionen beziehen sich in erster Linie auf die Mitarbeiter, deren soziale Unterstützung untereinander und die von Vorgesetzten, Team-Supervision, sowie auf die Organisationsform, die Umgangsweisen der Vorgesetzten („Modell“) mit den Mitarbeitern, die Eindeutigkeit der Arbeitsfelder, das Betriebsklima, die Art der Dienstvorschriften, die Institutionsphilosophie und das dahinter stehende „Menschenbild“.⁴³

Ein wichtiger Schritt ist es, dass Pflegepersonen nicht nur an einer Supervision bzw. Fallbesprechung teilnehmen, sondern auch deeskalierende Maßnahmen erlernen:

- frühzeitig und angemessen zu reagieren,
- eine sensible Einschätzung der Situation,
- die Beachtung der Sicherheitsaspekte,
- das Überprüfen des eigenen Auftretens („Opferhaltung“ – „Machthaltung“),
- ein respektvoller, empathischer, anständiger und würdevoller Umgang,
- eigene Wut, Ärger, Aggression und Hilflosigkeit zu spüren und zu bewältigen sowie die
- Vermeidung von Machtkämpfen.

Hinzu kommen geeignete Arbeitsmittel wie z. B. absenkbar Pflegebetten, Hüftprotektoren, Stoppersocken, sturzdämpfende Böden sowie Ergotherapie, Physiotherapie und Gruppenaktivitäten (z. B. Singkreise, Tanz).

8. Möglichkeiten zur Intervention

Die Klärung, ob eine Gewalthandlung vorliegt und wie diese beeinflusst werden kann, bedarf eines mehrschichtigen Prozesses. Grundsätzlich ist eine eingehende körperliche Untersuchung (Verletzungen? Druckgeschwür? Mangelernährung?) erforderlich und die Medikation (Fehl-, Über-, Unterdosierung?) zu überprüfen.⁴⁴ Ein weiterer Schritt ist die Einbeziehung des/der „Täter“ sowie weiterer Bezugspersonen und die Offenlegung der oft pathogenen Beziehungsmuster sowie der situativen Faktoren. Zu klären ist weiterhin, wie motiviert die betroffene Person ist, ob sie sich eine Veränderung vorstellen kann und inwieweit sie sich aktiv an den notwendigen Veränderungen beteiligen kann. In manchen Beziehungskonstellationen wird eine Hilfe von außen abgelehnt, da die Befürchtung besteht, dass dadurch die betroffene Person noch mehr Gewalt ausgeliefert ist. Ist ein weiterer Klärungsprozess möglich, müssen differenzierte Untersuchungen zur Person, Situation und den entsprechenden Umweltfaktoren folgen. Zu eruieren ist auch, welche Hilfen zur Veränderung real möglich sind. Darauf stützen sich dann die Interventionen, die manchmal auch eine Strafanzeige beinhalten können.

Möglichkeiten zur Verringerung von Gewalt im familiären Umfeld sind primär im persönlichen Bereich möglich, sollten aber auch strukturelle und kulturelle Aspekte einbeziehen:

- Sofortiger Schutz der betroffenen Person,
- Behandlung von körperlichen Verletzungen oder Mangelzuständen,
- Beeinflussung der „Täter“ bzw. der pathobiologischen „Täter-Opfer-Symbiose“ durch Vermittlung von Hilfen,
- Beeinflussung von morbiden strukturellen Gegebenheiten,
- Überprüfung des Ergebnisses.

Frühe Interventionen sind nur möglich, wenn man bei den ersten Anzeichen von Gewalthandlungen genauer hinsieht und bereit ist zu handeln, indem etwa Drittpersonen (psycho-

Wann liegt Gewalt vor?

Präventionsmaßnahmen in Institutionen

sozialer Dienst, Nachbarn oder bisher nicht involvierte Familienmitglieder) eingeschaltet werden.

Die vielfältigen Bilder der Gewalt wie körperliche, psychische, soziale, strukturelle und kulturelle verdeutlichen, wie vielschichtig eine Gewaltsituation sein kann. In Institutionen darf nicht vergessen werden, dass auch alte Menschen aggressiv werden können und durch Dritte auch massive, meist strukturelle Gewalt auf Mitarbeiter ausgeübt wird. Entscheidend ist, dass keine Gewalthandlung bagatellisiert oder entschuldigt werden kann, sondern Alternativen gefunden werden müssen.

9. Aspekte zur gewaltfreien Kommunikation

Modell gewaltfreier Kommunikation

Aus der Konfliktmediation kommt der Ansatz zur gewaltfreien Kommunikation.⁴⁵ Dieser gibt wichtige Impulse zu präventiven Interventionen. Erlern werden sollen Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Gewalt, die Entscheidungen ohne emotionalen Druck ermöglichen. Nicht Kompromisse, sondern Konfliktlösungen sollen gefunden werden, mit denen alle Beteiligten wirklich zufrieden sind. Das Modell der gewaltfreien Kommunikation geht von vier Komponenten aus:

- Beobachtungen einer Situation ohne Beurteilung oder Bewertung,
- Gefühle wahrnehmen, die bei der Beobachtung einer Handlung entstehen,
- Bedürfnisse aussprechen, die hinter den Gefühlen stehen,
- spezifische Bitten äußern.

Diese vier Komponenten gilt es, mit Worten oder in anderer Weise von den Beteiligten ganz klar auszudrücken, um zu einer sinnvolleren Lösung eines Konfliktes zu kommen. Vielfältige Vorurteile, Missverständnisse und Fehlinterpretationen können verdeutlicht werden und sind ein erster Schritt zur gewaltfreien Kommunikation. Durch Schulung lassen sich dadurch Veränderungen bewirken, die letzt-

endlich präventiv sind und zur Gewaltreduktion führen:

- Einsicht in das eigene „Gut“ und „Böse“,
- Bewusstsein für eigenes moralisches und persönliches Selbstvertrauen,
- Einbeziehung aller Familienmitglieder in die praktischen Vorgehensweisen,
- Eskalationsfaktoren und -situationen erkennen und verhindern lernen,
- frühzeitige Einbeziehung von weiteren professionellen Helfern,
- Klärung von Verantwortungsbereichen und Handlungsfeldern,
- strukturelle Mängel sind anzusprechen und nach deren Verringerung zu suchen, ohne den Mitarbeitern die alleinige Verantwortung zuzuschieben.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen ist ein individuelles und gesellschaftliches Problem, welches nur durch Einsatz aller Beteiligten mit Unterstützung der Politik durch gezielte Präventionsmaßnahmen verringert werden kann (Tab. 5). Notwendig ist die Sensibilisierung, das Interesse an Veränderungen und die Bewusstwerdung von individuellen und strukturellen Verdrängungsmechanismen. Die vielfältigen Bilder der Gewalt wie körperliche, psychische, soziale, strukturelle und kulturelle verdeutlichen, wie vielschichtig eine Gewaltsituation ist, die meist eine lange Vorgeschichte hat, und wie notwendig eine differenzierte sowie auch einzelfallbezogene Sichtweise ist.

In der Familie ist es häufig nicht möglich, zwischen „Täter“ und „Opfer“ zu unterscheiden. Vielmehr handelt es sich um gewaltfördernde destruktive Beziehungsstrukturen („Pathobiose“). Diese gründen häufig auf Persönlichkeitsfaktoren, Duldung von Gewalt als gesellschaftlich „normal“, innerem und äußerem Stress sowie sozialer Isolation und unzureichender privater und professioneller Unterstützung. Daher ist „Hilfe vor Strafe“ Grundlage aller Gewaltintervention und -prävention. Kontrollen

Öffentlichkeit und Kommune	Ächtung jeglicher Gewalt Sensibilisierung Antiageism (auch verbal!) Schaffung von Krisen- und Notruftelefonen sowie Altenberatungsstellen
Politik	Einbeziehen von Gewalt gegen alte Menschen Öffentliche Ächtung jeglicher Gewalt in Gewaltprojekte, Broschüren und Stellungnahmen Achtung auf Einhaltung von Gesetzen Förderung von Seniorenvertretern
Professionelle	Sensibilisierung und nicht Verleugnung Schulung in Fort- und Weiterbildung Anti-Gewalt-Kurrikula Kenntnis von Hilfsmöglichkeiten Zeit zur Reflektion
Pflegende Angehörige	Annahme von Hilfsangeboten Förderung der Psychohygiene Besuch von Selbsthilfegruppen
Alter Mensch	Selbstverteidigungskurs Engagement als Seniorenvertreter Pflege von Beziehungen Vorsorgevollmacht Annahme von Hilfen

Tab. 5: Wichtige Schlussfolgerungen und Forderungen.

in Institutionen allein verringern Gewalt wenig. Wichtig ist die Förderung der psychischen und der Gesundheitshygiene für Mitarbeiter sowie deren Anerkennung und Unterstützung. In Institutionen darf nicht vergessen werden, dass auch alte Menschen gewalttätig werden können und durch Dritte auch massive, meist strukturelle Gewalt auf Mitarbeiter ausgeübt wird.

Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten, z. B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen. Die bestehenden Einrichtungen verdeutlichen, dass auf individueller und struktureller Ebene Veränderungen bewirkt werden können, auch wenn hierzu derzeit kaum empirische, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vorliegen. Verabschieden aber sollte man sich bei Forschungen über Präventions- und Interventionsansätze über Gewalt davon, dass diese so messbar sind wie ein Warenprodukt oder eine Dienstleistung im Produktionsprozess. Ist es auch wichtig, dass alte Menschen in ihrer Selbstbehauptung und Verteidigung

unterstützt werden, so liegt es mehr denn je auch an ihnen, die warnenden Worte von Cicero zu berücksichtigen:⁴⁶

„Alter ist nur geehrt unter der Bedingung, dass es sich selbst verteidigt, seine Rechte behält, sich Niemandem unterordnet und bis zum letzten Atemzug die eigene Domäne beherrscht.“

Anmerkungen

- ¹ W. SOFSKY, Der Prozess der Gewalt, in: M. Klein (Hrsg.), Gewalt – interdisziplinär, Münster 2002, S. 173–184, S. 174.
- ² W. SCHMIDBAUER, Gewalt in der Pflege, in: ders. (Hrsg.) Pflegenotstand – das Ende der Menschlichkeit, Reinbek bei Hamburg 1992, S. 108–118, S. 108.
- ³ SOFSKY (wie Anm. 1), S. 180.
- ⁴ F. J. ILLHARDT, „Ageism“. Vorurteile gegen das Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, 26 (1997), S. 335–338; U. KRAMER, Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters, in: R. Fiehler / C. Thimm (Hrsg.), Sprache und Kommunikation im Alter, Radolfzell 2003, S. 257–277.
- ⁵ R. STREIT, Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional? In: Schweizerische Ärztezeitung, 81, 40 (2000), S. 2263–67
- ⁶ M. DIECK, Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information, in: Zeitschrift für Gerontologie, 20 (1987), S. 305–313, S. 311.
- ⁷ K. C. KLEINSCHMIDT, Elder abuse: a review, in: *Annales of Emergency Medicine*, 30 (1997), S. 463–472; National Council On Elder Abuse (NCEA) in collaboration with Westat Inc. (1998): The National Elder Abuse Incidence Study; Final Report September 1998, in: www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/Library/Statistics_Research/National_Incident.aspx (aufgesucht April 2010).
- ⁸ R. D. HIRSCH / B. R. VOLLHARDT, Elder maltreatment, in: R. Jacoby u. a. (Hrsg.), *Old Age Psychiatry*, New York, 2008, S. 731–745.
- ⁹ J. GALTUNG, Strukturelle Gewalt, Reinbek 1975; DERS., Kulturelle Gewalt, in: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Aggression und Gewalt*, Stuttgart 1993, S. 52–73.
- ¹⁰ R. D. HIRSCH, Zur Notwendigkeit von Beratungsstellen für gewaltbetroffene alte Menschen: Prävention und Intervention, in: W. Heitmeyer / M. Schrötle (Hrsg.), *Gewalt: Beschreibungen – Analysen – Prävention*, Bonn 2006, S. 171–188; HIRSCH / VOLLHARDT (wie Anm. 8).
- ¹¹ T. KITWOOD, *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, Bern 2000.
- ¹² Chr. BRENDEBACH / R. D. HIRSCH, Gewalt gegen alte Menschen in der Familie, in: R. D. Hirsch / E. U. Kranzhoff / G. Schiffhorst (Hrsg.), *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen*, Frankfurt am Main 1999 (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Bd. 2), S. 83–117; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009) „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen, in: www.familienwegweiser.de/bmfjsfj/generator/BMFS-FJ/Service/Publikationen/publikationsliste.did=126746.html (15.7.2010); Th. GÖRGEN u. a., Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum, Stuttgart 2002 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 217); P. WETZELS u. a., Kriminalität im Leben alter Menschen, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart 1995.
- ¹³ Bundesministerium (wie Anm. 12)
- ¹⁴ R. D. HIRSCH / E. U. KRANZHOF, Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie. Teil I und Teil II, in: *Krankenhauspsychiatrie* 7: (1996), S. 99–104 und 155–161.
- ¹⁵ G. MEYER / S. KÖPKE, Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multi-zentrische Beobachtungsstudie, in: D. Schaeffer / J. Behrens / St. Görres (Hrsg.), *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*, Weinheim / München 2008, S. 333–349.
- ¹⁶ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 s. 4 SGB XI*, Essen 2007.
- ¹⁷ Bundesministerium (wie Anm. 12).
- ¹⁸ National Council On Elder Abuse (NCEA): What is elder abuse?, in: www.elderabusecenter.org (aufgesucht April 2010).
- ¹⁹ G. J. JOGERST u. a., Community characteristics associated with elder abuse, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (2000), S. 513–518.
- ²⁰ A. C. HOMER / C. GILLEARD, Abuse of elderly people by their carers, in: *British Medical Journal*, 301 (1990), S. 1359–62; A. C. COYNE / W. E. REICHMAN / L. J. BERBIG, The relationship between dementia and elder abuse, in: *American Journal of Psychiatry*, 150 (1993), S. 643–646.
- ²¹ M. S. LACHS u. a., Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study, in: *The Gerontologist*, 37 (1997), S. 469–474; NCEA (wie Anm. 18).
- ²² COYNE u. a. (wie Anm. 20).
- ²³ J. S. JONES / C. HOLSTEGE / H. HOLSTEGE, Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors, in: *American Journal of Emergency Medicine*, 15 (1997), S. 579–583; KLEINSCHMIDT (wie Anm. 7).
- ²⁴ K. PILLEMER / D. W. MOORE, Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff, in: *The Gerontologist*, 29 (1989), S. 314–320.
- ²⁵ H. J. SCHNEIDER, *Kriminologie der Gewalt*, Stuttgart 1994; D. M. Goodridge / P. Johnston / M. Thompson, Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse, in: *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8 (1996), S. 49–67; F. GLENNENING, Elder abuse and neglect in residential settings: the need for inclusiveness in elder abuse research, in: *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1999) S. 1–11.
- ²⁶ JONES u. a. (wie Anm. 23).
- ²⁷ R. D. HIRSCH / C. BRENDEBACH, Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (1999), S. 449–455; H. COMIJS u. a., Elder abuse in the community: Prevalence and consequences, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, 46 (1998), S. 885–888; HIRSCH / VOLLHARDT (wie Anm. 8).
- ²⁸ W. STUHLMANN / Chr. KRETSCHMAR, *Gewalt in dyadischen*

- Pflegebeziehungen, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8 (1995), S. 17–21, S. 17.
- ²⁹ R. D. HIRSCH, „Und bist du nicht willig...“, in: Psychotherapie im Alter, 7, 2 (2010), S. 175–194.
- ³⁰ T. W. ADORNO, *Minima moralia*, Erstaussg. 1951, Frankfurt a.M. 2001, S. 109.
- ³¹ HIRSCH (wie Anm. 29).
- ³² STUHLMANN / KRETSCHMAR (wie Anm. 28).
- ³³ U. RUTHEMANN, *Aggression und Gewalt im Altenheim*, Basel 1993.
- ³⁴ E. GOFFMAN, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a. M. 1961.
- ³⁵ M. E. SELIGMANN, *Erlernte Hilflosigkeit*, München 1975.
- ³⁶ St. MILGRAM, *Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autoritäten*, Reinbek bei Hamburg 1982; ders., *Einige Bedingungen von Gehorsam und Ungehorsam gegenüber Autoritäten*, in: M. Neubacher / M. Walter (Hrsg.), *Sozialpsychologische Experimente in der Kriminologie. Milgram, Zimbardo und Rosenhain kriminologisch gedeutet, mit einem Seitenblick auf Dürrenmann*, Münster 2002, S 15–42.
- ³⁷ P. ZIMBARDO / H. CRAIG / C. BANKS, *Das Stanford-Gefängnis-Experiment. Eine Simulationsstudie über die Sozialpsychologie der Haft*. 2. Aufl., Santiago 2001; P. ZIMBARDO u. a., *Psychologie der Gefangenschaft – Deprivation, Macht und Pathologie*, in: M. Neubacher / M. Walter (Hrsg.) *Sozialpsychologische Experimente in der Kriminologie. Milgram, Zimbardo und Rosenhain kriminologisch gedeutet, mit einem Seitenblick auf Dürrenmann*, Münster 2002, S 69–91.
- ³⁸ GOODRIDGE u. a. (wie Anm. 25); HIRSCH / VOLLHARDT (wie Anm. 8); D. SOWARKA / B. SCHWICHTENBERG-HILMERT / K. THÜRKOW, *Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen*, Berlin 2002.
- ³⁹ HIRSCH / VOLLHARDT (wie Anm. 8); World Health Organisation, *World report on violence and health*. WHO, Genf 2002.
- ⁴⁰ HIRSCH (wie Anm. 29).
- ⁴¹ GÖRGEN u. a. (wie Anm. 12).
- ⁴² R. D. HIRSCH u. a., *Handeln statt Misshandeln: Rückblick – Entwicklung – Aktivitäten*, Frankfurt a.M. 2002 (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Bd. 10).
- ⁴³ R. D. HIRSCH, *Gewalt und Misshandlungen in Pflegeeinrichtungen und deren Prävention*, in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.), *Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland*, Baden-Baden 2007, S. 285–322.
- ⁴⁴ R. D. HIRSCH, *Das „Gewalt-Assessment“*, in: H. Gutzmann / R. D. Hirsch / M. Teising / R. Kortus (Hrsg.), *Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen*, Stuttgart 2002 (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Bd. 3), S. 643–662.
- ⁴⁵ M. B. ROSENBERG, *Gewaltfreie Kommunikation*, Paderborn 2004.
- ⁴⁶ T. CICERO, *Cato maior de seceute*, hrsg. von H. Merklin, Stuttgart 1998.

