



Handeln statt Mißhandeln  
Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.

## Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem<sup>\*)</sup>

R. D. Hirsch, Bonn (Mai 2000)

### Zusammenfassung

1. **Gewalt ist jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse durch direkte (personale) und/oder strukturelle und/oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert.** Jeder kann, muß aber nicht gewalttätig sein.
2. **Gewalt gegen alte Menschen ist Menschenrechtsverletzung.** Menschenrechte zu achten und zu schützen ist nicht nur Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, sondern auch moralische Aufgabe eines jeden Bürgers. Die oft anzutreffende Gleichgültigkeit gegenüber Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen von psychisch kranken alten Menschen ist der Boden für Gewalt.
3. **Direkte Gewalt** läßt sich eher objektivieren und bezieht sich auf körperliche und psychische Gewalt, finanzielle Ausnutzung, Einschränkung des freien Willens sowie der passiven und aktiven Vernachlässigung.
4. **Strukturelle Gewalt** („Schreibtisch-Täter“) ist eher verdeckt und weniger faßbar als direkte. Vielfältige sich widersprechende Vorschriften und Gesetze fördern die strukturelle Gewalt. Die gehorsame und gedankenlose Ausführung von inhumanen Anordnungen, Dienstanweisungen sowie undifferenzierte Gesetzesauslegung fördern Gewalt.
5. **Kulturelle Gewalt** bezieht sich auf immanente Wertvorstellungen und kollektive Vorurteile, die eine Verringerung von Gewalt erheblich erschweren.
6. Die **Diskriminierung von Alter und psychischer Krankheit** ermöglicht und fördert Gewalt.
7. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand ist davon auszugehen, daß **Gewalt gegen alte Menschen im Pflegebereich ein häufiges Phänomen** ist, welches nicht den in der Altenarbeit Tätigen allein angelastet werden kann. Überwiegend geht die Gewalt auf strukturelle Mängel zurück, für welche letztendlich mitverantwortlich sind:
  - Arbeitgeber des Pflegepersonals (z.B. Träger von Einrichtungen),
  - Politiker (unzureichende und widersprüchliche Gesetzgebung),
  - Juristen (Gesetzesauslegung und Rechtssprechung),
  - Vertreter von Behörden (Gesetzesanwendung und –durchführung, mangelhafte Kontrollen [z.B. Heimaufsicht]),
  - Verantwortliche der Kranken- und Pflegeversicherungen (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen),
  - rechtliche Betreuer (insbesondere Berufsbetreuer)
  - Ärzte und Pflegekräfte (unzureichendes Problembewußtsein)
  - Medien (eingeschränktes Interesse an diesem Tabubereich)
  - Öffentlichkeit (Wegsehen, Schweigen und Verdrängen).

<sup>\*)</sup> Manuskript zum Gespräch am 11. Mai 2000 im Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestags in Berlin.

*„Meine Liste könnte ganz gut das „Recht der Alten auf ein Leben in ihrer Familie“ enthalten,“.....“Es ist klar, daß sich dieses Recht gegen Alten- und Pflegeheime richtet. Dabei ist die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, daß ein solches Recht von jenen Ländern, die in großem Stil ihre Alten von den Familien trennen und in Altersheime stecken, jemals formell angenommen wird, gar nicht einmal das zentrale Problem. Denn in puncto Umsetzung – und darauf käme es an – wären die führenden Länder der Ersten Welt bei einem Menschenrecht wie diesem mit Sicherheit ganz am Ende der Skala. Es würden sich die übliche Rangordnung also glatt umkehren, und das ist für die maßgebenden Länder Grund genug, sich der Umsetzung eines solchen rechts zu widersetzen“.*

*(J. Galtung (2000): Die Zukunft der Menschenrechte)*

## **1. Einführung**

Gewalt hat viele „Gesichter“, die hinter „leblosen Masken“ verborgen sein können. Das Bild der Opfer dagegen ist mehr oder weniger gleich: Es drückt Schmerz, Qual, Unterlegenheit, Hilflosigkeit, Beschämung und Entwürdigsein aus. Es erinnert an den Ausspruch „ecce homo“ aus der Passionsgeschichte. Sehen wir z.B. in das Gesicht eines Demenzkranken, der im Bett fixiert ist und sich vergeblich bemüht, sich zu befreien. Was geht in ihm vor? Was bedeutet seine Mimik? Für jeden Dritten ist eindeutig, daß er leidet. Er dürfte sich wie ein gefesselter Gefangener vorkommen, der keine Chance hat, zu entkommen und wehrlos seinen Mitmenschen ausgeliefert ist. Diese Hilflosigkeit und Verzweiflung sind Zeichen für eine innere - psychische - Fixierung. Es reicht daher nicht aus, Gewalt nur als eine körperliche Verletzung zu beschreiben. Hinzukommt das subjektive Erleben der direkt Beteiligten – Akteure sowie Opfer - und der meist schweigenden Dritten. Viel unscheinbarer und dennoch mit massivsten Folgen sind indirekte Gewalthandlungen auf struktureller und kultureller Ebene, die nur zu oft als Begründung von sichtbaren dienen. Z.B. wird als Argument für eine gefährliche Pflege, der unzureichende Pflegeschlüssel genannt. Als wäre dieser unverrückbar und gottgegeben.

Bereits 1990 stellte die von der Bundesregierung eingesetzte „Gewaltkommission“ Schwind, H.-D., Baumann, J. u.a. (1990) fest: „Auch alte Menschen sind, wie immer wieder bekannt wird, Mißhandlungen durch Pflegepersonal oder auch durch Familienangehörige ausgesetzt.“ Sie schrieb weiter: „*Ein besonderes Problem präsentieren Alte, die nicht im engeren Sinne des Wortes krank, aber doch hilflos und auf fremde Hilfe angewiesen sind. Aus Gründen der Gewaltprävention sollte, wann und wo immer möglich, die adäquate Betreuung dieser Personen in Wohnstätten der alten Leute besorgt werden. Sollte stationäre Pflege unumgänglich notwendig werden, werden entsprechende Maßnahmen der Kontrolle und Überwachung sowie begleitende psychologische Betreuung des besonders streßexponierten Pflegepersonals empfohlen*“. Desweiteren empfahl sie (Vorschlag Nr. 28“): „*Dezentralisierung der Altersfürsorge im Sinne einer optimalen Förderung der häuslichen Pflege und Neuorganisation von Pflegeheimen (in deutlichem Kontrast zu Akutbetten), die den Erfordernissen besonderer Kontrolle, Überwachung und begleitender psychologischer Betreuung des Personals Rechnung tragen*.“

Diese Vorschläge wurden in kaum einer Arbeit über die Entwicklung der Altenhilfe überhaupt angesprochen und fanden bisher keinerlei Berücksichtigung.

## 2. Zugang zum Gewaltbegriff

Gewalt ist ein menschliches Phänomen und Teil unseres Alltags. Wir beobachten sie nicht nur, sondern sind an ihr beteiligt. Sie ist nicht reduzierbar auf das Verhalten einzelner Personen oder Gruppen. Ob Gewalt vorliegt, ist abhängig von verschiedenen z.T. divergierenden Perspektiven. Täter machen die Opfer und Opfer die Täter verantwortlich, Beobachter werden zu Handelnden, Handelnde glauben z.T. eigentlich nur Beobachter gewesen zu sein (Hirsch & Kranzhoff, 1997). Phänomene der Gewalt können nicht linear-kausal erklärt werden, sondern bedürfen komplexerer Analysen (Frindte, 1993).

Gewalt wird meist als Handlung interpretiert. Durchgängig bezieht sich der Gewaltbegriff auf ein Verhalten, in dem bestimmte Zwangsmittel eingesetzt werden. Eine „Gratwanderung“ ist, ab wann ein Zwangsmittel eine Gewaltmaßnahme ist oder wie hoch das Ausmaß einer Verletzung sein muß, um auf eine Gewalthandlung schließen zu können.

In Diskussionen über Gewalt und die Frage „Was ist Gewalt?“ entwickeln wir gerne abstrakte Gedankenmodelle. Wir bemühen uns, Gewalt so eindeutig zu definieren als handle es sich um einen meßbaren Gegenstand. Diese Vorgehensweise führt zum Verständnis kaum weiter. So zeigt z.B. das Ergebnis der Gewaltkommission, die im Auftrag der Bundesregierung tätig war (Schwindt u.a., 1990), daß ein Konsens zwischen Juristen, Psychologen, Soziologen und Medizinern darüber, was unter Gewalt zu verstehen ist, nur eingeschränkt möglich ist. So kam sie auf einen sehr engen und am staatlichen Gewaltmonopol orientierten Gewaltbegriff, der sich primär auf Formen physischen Zwanges „als nötiger Gewalt sowie Gewalttätigkeiten gegen Personen und/oder Sachen unabhängig von Nötigungsinterventionen“ bezieht. Allerdings fügte jede Unterkommission noch eine eigene Gewaltbeschreibung ihrem Gutachten bei.

Natürlich definiert ein Wissenschaftler Gewalt auf dem Hintergrund seines eigenen wissenschaftlichen Grundverständnisses und seiner – schweigend implizierten - Grundannahmen. Pragmatisch gesehen ist für den Juristen Gewalt das, was in den Gesetzen steht, für den Psychologen aggressive gerichtete oder intentionale Verhaltensweisen, die andere schädigen. Für den Soziologen ist das Phänomen Gewalt eine bestimmte Handlungsqualität, eine Unterklasse von Zwangshandlungen. Da fast jeder Gewaltforscher seine eigene Definition vorgibt, ist es zu einem unüberschaubaren Sammelsurium an Gewaltdefinitionen gekommen, die für die Praxis mehr oder weniger relevant sind. Deswegen ist vor einer Auseinandersetzung über Gewalt eine zumindest beschreibende Gewaltdefinition Voraussetzung. Sie beinhaltet ja auch immer subjektive Aspekte. Ich möchte nur zwei skizzieren, die mir für unser Thema sinnvoll erscheinen.

In der Gerontologie wird, in Anlehnung an die amerikanische Literatur, gerne auf die Beschreibung von Dieck (1987) verwiesen. Sie definiert Gewalt als „eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muß sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, soll sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden können“ (Dieck, 1987). Formen der Gewalt sind:

- Vernachlässigung (Neglect): passive und aktive
- Mißhandlung (Abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens.

Diese Beschreibung von Gewalt bezieht sich allerdings nur auf die personale Dimension. In der Tabelle 1 werden diesbezügliche Beispiele, geordnet nach wichtigen Aspekten, schematisch dargestellt.

**Tabelle 1: Formen von Mißhandlung an alten Menschen (nach Johnson, 1991)**

**M i ß h a n d l u n g s f o r m e n :**

**körperliche**

**psychische**

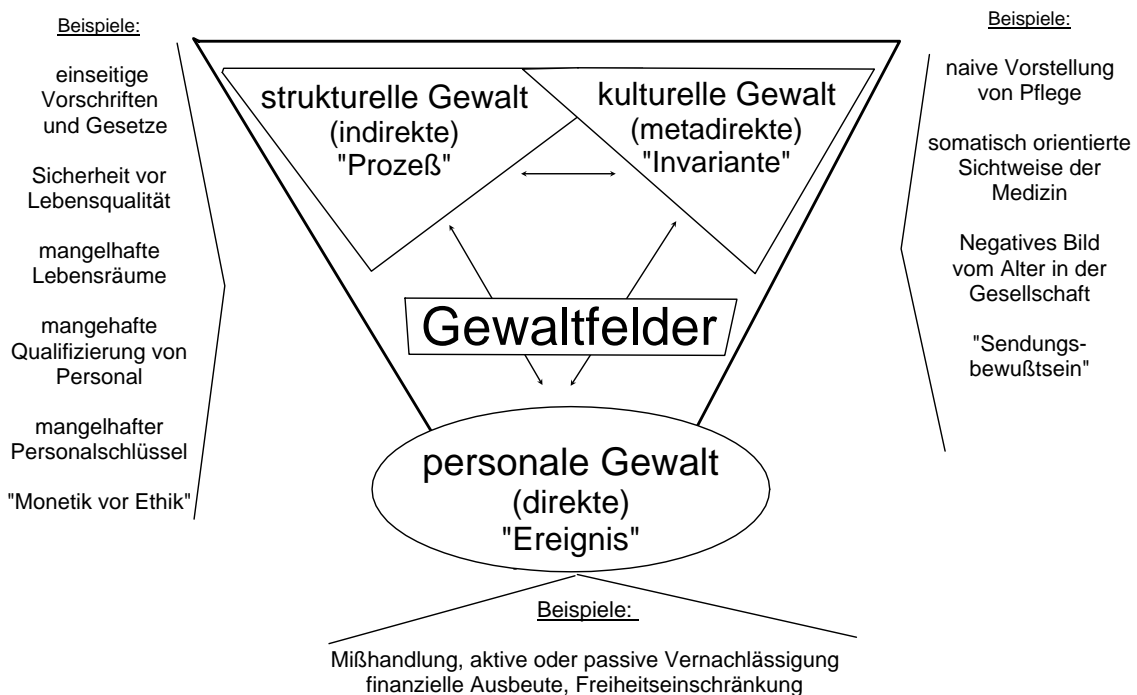
**soziale**

**rechtliche**

<b>Medikamenten- mißbrauch</b>	<b>Demütigung</b>	<b>Isolation</b>	<b>Materieller Mißbrauch</b>
Vorenthalten Unangemessene Anwendung Nebenwirkungen Unnötige Anwendung	Beschämung Beschuldigung Bloßstellung Ablehnung	Erzwungener Rückzug „Freiwilliger“ Rückzug Unangemessene / ungeeignete Beaufsichtigung	Mißwirtschaft bei Eigentumsfragen Mißwirtschaft bei Verträgen Zugang zu Eigentum / zu Verträgen sperren
<b>Beeinträchtigung</b>	<b>Quälen</b>	<b>Rollenvermischung</b>	<b>Diebstahl</b>
Übersehen von medizinischen Bedürfnissen Mangelhafte Hygiene Eißprobleme Störung der Ruhe	Beleidigungen Einschüchterung Furchtauslösung Aufregen	Konkurrenz Überlastung Umkehrung Auflösung	Stehlen von Eigentum Stehlen von Verträgen Erpressen von Eigentum Erpressen von Verträgen
<b>Tätlicher Angriff</b>	<b>Manipulation</b>	<b>Beeinträchtigung des Lebensraums</b>	<b>Mißbrauch von Gesetzen</b>
Äußere Verletzungen Innere Verletzungen Vergewaltigung Selbstmord / Totschlag	Informationen zurückhalten oder verfälschen Emotionaler Reizentzug Einmischen in Entscheidungen	Desorganisierter Haushalt Mangel an Privatsphäre Unangemessene Umgebung Aufgabe des gewohnten Umfeldes	Leugnung von Verträgen Unfreiwillige Unterwerfung Unnötige rechtliche Betreuung Mißbrauch von professioneller Autorität

Wer sich jedoch intensiver mit Gewaltphänomenen befaßt, erfährt, daß eine Vielfalt von Faktoren, welche die direkte Gewalt z.T. erst ermöglichen oder zu deren Rechtfertigung dienen, hinter dieser stecken und eigenständige Formen sind. Das von Galtung (1975, 1993) geprägte Bild der Gewalt kommt dieser Vorstellung schon näher. Als „Gewalt“ wird von ihm verstanden „*jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse durch direkte (personale) und/oder strukturelle und/oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert*“. Diese Formen der Gewalt sind schwerer faßbar und doch sehr virulent. Beispiele für „strukturelle Gewalt“ sind: Ghettoisierung, inadäquate Kontrollen und unzureichender Pflegepersonalschlüssel. Zum ganzheitlichen Verständnis der Gewalt gehört aber auch die kulturelle Ebene (z.B. Ageism [negatives Kollektiv-Vorurteil gegen alte Menschen], Pflege als ureigenste weibliche Tugend, Einstellung zu psychisch Kranken). Somit ergeben sich drei Hauptebenen von Gewalt (Galtung, 1975, 1993): personale (direkte), strukturelle (indirekte) und kulturelle (invariant), die als „Gewaltdreieck“ zusammenhängen. (Abbildung 1). Zu berücksichtigen ist, daß ihre Zeitperspektiven jeweils verschieden sind. Direkte Gewalt ist ein Ereignis, strukturelle ein Prozeß und kulturelle eine Invariante, eine mehr oder weniger schwer veränderliche permanente Größe. Mit Hilfe dieser Gewaltebenen kann man sich verdeutlichen, wie schwierig es ist und wie hoch die Barrieren sind, Alternativen gegen Gewalt zu erarbeiten und diese dann umzusetzen. Klar wird auch, warum es zu einseitig ist, nur bei Angehörigen oder Pflegekräften anzusetzen.

**Abbildung 1: Gewaltformen und Beispiele aus der Pflege**  
(nach Galtung, 1993; Hirsch & Kranzhoff, 1998)



### 3. Menschenrechtsverletzung

Gewalt gegen ältere Menschen ist letztendlich - Bundesseniorenministerin Frau Dr. Bergmann, hat zum Internationalen Tag der Menschenrechte 1998 in einer Pressemitteilung darauf hingewiesen - Ausdruck einer Menschenrechtsverletzung. Menschenrechte sind die Grundlage einer jeden demokratischen und freiheitlichen Ordnung. Sie sind in unserem Grundgesetz verankert. Sie zu achten und zu schützen ist nicht nur Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, sondern auch moralische Aufgabe eines jeden Bürgers. Wird gegen Grundgesetze verstoßen, ohne daß eine staatliche Gemeinschaft sich mit all ihren Kräften dagegen wehrt, verliert sie ihre Glaubwürdigkeit und das Vertrauen der Bürger.

Es ist wenig darüber bekannt, wie pflegebedürftige alte Menschen die oft sehr willkürlichen Einschränkungen ihrer Menschenrechte erleben. Wer schützt sie vor Übergriffen? Sie können sich häufig nicht mehr ausreichend artikulieren, ihren Willen mitteilen, ihre Rechte und ihre Freiheit einklagen oder an die Solidargemeinschaft appellieren, ihnen nicht ihre Würde zu nehmen. Wer sich in unserer Gesellschaft nicht äußern kann, wer über keine Lobby verfügt und sich durch andere vertreten lassen muß, wird mit Gleichgültigkeit bestraft. Verringerte Möglichkeiten, sich gegen Gewalt von außen zu wehren, haben oft auch deren Angehörige, die häufig mit ihren Schwierigkeiten und Belastungen alleingelassen werden und alle ihre Kräfte benötigen, um Pflege und Betreuung ihres kranken Familienmitglieds leisten zu können. Sie können nicht auf die Straße gehen, um gegen täglich erlebte Menschenrechtsverletzungen zu demonstrieren. Auch viele Pflegekräfte können dies kaum. Bedingt durch ihre Arbeitsbelastung und die ihnen kaum zugebilligte gesellschaftliche Anerkennung, haben sie oft Angst oder verfügen über keine Kräfte mehr, sich adäquat gegen die auf sie einwirkende Gewalt - überwiegend strukturelle und kulturelle - zu wehren.

Blickt man auf die verschiedenen bisherigen internationalen Konventionen, so wird die Problematik von alten Menschen kaum berücksichtigt. 1952 wurde die Konvention über die politischen Rechte der Frau, 1959 die Erklärung der Rechte des Kindes, 1971 die Erklärung der geistig Behinderten, 1975 die Erklärung der Rechte der Behinderten verfasst. 1982 fand ein internationaler Weltkongreß in Wien über die Rechte der Alten statt, der einen Aktionsplan vorschlug. Als Empfehlungen wurde z.B. formuliert:

*Pflege und Hilfe zur Milderung der Auswirkung von Behinderungen, zur Kräftigung verbleibender Funktionen, zur Schmerzlinderung, zur Aufrechterhaltung des klaren Bewußtseins, des Wohlbefindens und der Würde der Betroffenen und zur Neuorientierung ihrer Hoffnungen und Pläne sind vor allem für ältere Menschen mindestens ebenso wichtig wie eine Heilbehandlung (Empfehlung 1)*

*Bei der Betreuung älterer Menschen sollte man nicht nur auf Krankheiten achten, sondern vielmehr ihr gesamtes Wohlbefinden im Auge haben und dabei die Wechselwirkung der körperlichen, geistigen, sozialen und ökologischen Faktoren berücksichtigen. Die Gesundheitsbetreuung zur Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen sollte daher sowohl die gesundheitliche als auch die soziale Betreuung und die Familie einschließen. Die gesundheitliche Betreuung, vor allem die Grundbetreuung, sollte grundsätzlich darauf abzielen, daß die älteren Menschen so lange wie möglich ein selbständiges Leben in ihrer eigenen Familie und Lebensgemeinschaft verbringen können und nicht von allen Aktivitäten anderer Menschen ausgeschlossen und abgeschnitten werden (Empfehlung 2).*

*Durch Frühdiagnose, geeignete Behandlung sowie Vorbeugemaßnahmen können Gebrechlichkeit und Krankheit älterer Menschen eingedämmt werden (Empfehlung 3).*

*Bei der gesundheitlichen Betreuung sollte Hochbetagten und älteren Menschen, die in ihren täglichen Verrichtungen behindert sind, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das gilt insbesondere, wenn sie unter geistigen Störungen leiden oder sich nicht mehr an die Umwelt anpassen können. Geistige Störungen können oft durch andere Mittel als die Einweisung in eine Anstalt verhütet oder gemildert werden, beispielsweise durch Ausbildung und Unterstützung der Familie und freiwilliger Helfer durch Fachleute, durch die Förderung ambulanter psychiatrischer Behandlung, durch Sozialarbeiter, durch Tagesheime und durch Maßnahmen zur Verhütung der menschlichen Isolierung (Empfehlung 4).*

*Die Mitwirkung der alten Menschen bei der Gestaltung der Gesundheitsbetreuung und beim Betrieb von Gesundheitsdiensten sollte gefördert werden (Empfehlung 9).*

*Ist die Einweisung einer älteren Person in ein Heim oder eine Anstalt notwendig oder unerlässlich, so muß alles daran gesetzt werden, dem alten Menschen unter voller Achtung seiner Würde, seiner Überzeugungen, Bedürfnisse und Interessen sowie seiner Privatsphäre in der betreffenden Institution eine Lebensqualität zu sichern, die den normalen Verhältnissen in seiner bisherigen Umgebung entspricht; die Staaten sollten dazu ermuntert werden, zur Sicherstellung einer besseren Pflege in solchen Institutionen Mindestnormen festzusetzen (Empfehlung 34).*

Auch diese Empfehlungen warten weitgehend noch auf ihre Verwirklichung. Wurde auf diese auch in den 80-iger Jahren häufiger in Vorträgen, festlichen Reden u.a. verwiesen, so sind sie kaum noch jemand bekannt. Ein diesbezügliches „Aktionsprogramm“ ist zumindest in der Bundesrepublik Deutschland frommer Wunsch geblieben. Bobbio (1999) schreibt: „Da ich das Ausmaß, das die Debatte um die Menschenrechte heute angenommen hat, als Zeichen für den moralischen Fortschritt der Menschheit interpretiere, ist es

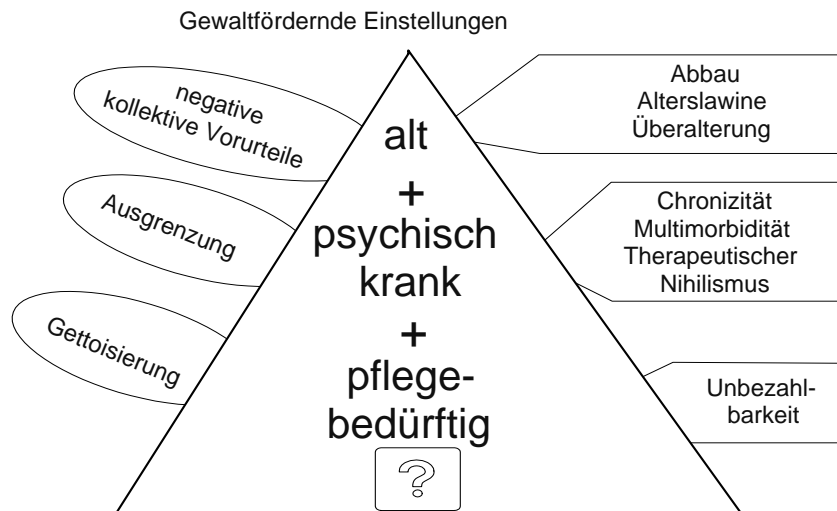
*nicht unangebracht, wenn ich an dieser Stelle wiederhole, daß sich dieser moralische Fortschritt nicht an Worten, sondern an Taten bemißt. Der Weg in die Hölle ist gepflastert mit guten Vorsätzen“.*

Der Umgang mit Menschenrechtsverletzungen bestimmt den Wert einer Gesellschaft. Grundrechte können nicht allein durch Gesetze oder Verordnungen erzwungen werden. Sie müssen - ähnlich wie Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe und Solidarität, worauf jüngst unser Bundespräsident hinwies - praktisch gelebt werden. Grundrechte sollen besonders schwächere Mitglieder einer Gemeinschaft schützen. Sie sollen auch vor einer Diskriminierung von Gruppen bewahren. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, daß es - wie in vielen westlichen Ländern - in der BRD keinerlei Schutzgesetze gegen altersbedingte Ausgrenzungen gibt. Altersdiskriminierung und kollektive Vorurteile gegen psychisch Kranke potenzieren sich so zu einer unheiligen Allianz, worunter gerade pflegebedürftige alte Menschen besonders leiden müssen.

#### **4. Gewalt: ein menschliches Phänomen**

Bei der Diskussion um das Phänomen der Gewalt berücksichtigen wir häufig nicht, daß Gewalt ein menschliches Phänomen ist, welches uns täglich in vielfältigster Form begegnen kann. Jeder Mensch trägt Gewaltpotentiale in sich, die durch die Umwelt aufrecht erhalten, verstärkt oder verringert werden können. Besonders im Umgang mit alten pflegebedürftigen Menschen können diese akzentuierter auftreten, da z.T. sehr extreme Lebenswelten, Ängste, Hilflosigkeitsgefühle, Wünsche und Erwartungen aufeinandertreffen. Dennoch muß keiner, kann aber jeder immer auch gewaltsam handeln (Popitz, 1992): „gemeinsam oder arbeitsteilig – in allen Situationen, kämpfend oder Feste feiernd – in verschiedenen Gemütszuständen, im Zorn, ohne Zorn, mit Lust, ohne Lust, schreiend oder schweigend (in Todesstille) – für alle denkbaren Zwecke – jedermann“. Zudem ist Gewalt „für den Menschen nicht nur das, was passiert oder passierte – das Erinnernte - , sondern auch das, was passieren könnte: die besorgte fremde Gewalt, der erwünschte Triumph der Eigengewalt. Dieser Horizont des Möglichen geht, wie wir wissen, weit hinaus über alles Kalkulierbare. Vorgestellte Gewalt irrt in Tagträumen und Alpträumen aller Art“ (Popitz, 1992). Beispiele von alten Menschen geben hierfür beredte Hinweise (Hirsch & Fussek, 1999). Gewaltvorstellungen können jederzeit, auch ohne ersichtlichen äußeren Anlaß, in unser Bewußtsein eindringen (Popitz, 1992). Manche kollektiven Vorurteile gegen alte Menschen fördern zudem eine kollektive Gewaltbereitschaft. Zu bedenken ist, daß der Wert eines alten pflegebedürftigen Menschen - finanziell und ethisch – von Helfern und anderen z.T. sehr „verborgenen Dritten“ bestimmt wird. Ihre Wahrnehmung entscheidet. Sein Menschsein spielt dabei kaum eine Rolle (Abbildung 2).

## **Abbildung 2: Gewaltfördernde Vorurteile**



## **5. Formen der Gewalt**

Wer pflegebedürftige alte Menschen besucht, für sie ehrenamtlich oder berufsmäßig tätig ist oder indirekt für sie und ihre Bedürfnisse arbeitet, *kann, muß aber nicht gewalttätig* sein. Einbezogen hierbei sind nicht nur die Angehörigen des Alzheimerkranken und die Menschen, die sie umgeben, sowie die Pflegekräfte in Institutionen, sondern auch die sie versorgenden Ärzte, medizinischen Fachkräfte, Sozialberufler, Betreuer und Richter. Als „Schreibtischtäter“ können aber auch die Träger von Einrichtungen, kommunale Vertreter oder Politiker Gewalt ausüben. An jedem Ort, ob im Pflegeheim, zuhause oder in der Klinik kann Gewalt ausgeübt werden. In Einrichtungen besteht mehr oder weniger, zumindest potentiell, ein rechtlicher Schutz für den Kranken, im familiären Bereich dagegen keiner. Die Vielfalt der Formen von Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen wird durch die Schilderungen von Betroffenen (Bewohnern, Angehörigen, Pflegekräften, Betreuern u.a.) im Band 4 der Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“ (Hirsch & Fussek, 1999) sehr deutlich.

Jede Gewalthandlung ist mehrdimensional, hat oft ihre Vorgeschichte und führt zu weiteren. Bei sorgfältiger Analyse ist zu beobachten, daß kaum eine Gewaltform allein auftritt. So ist z.B. körperliche Gewalt oft gepaart mit psychischer, Vernachlässigung mit indirekter, Isolation mit kultureller. Dies gilt es auch im folgenden zu berücksichtigen.

### **5.1. Direkte Gewalt**

Direkte Gewalt läßt sich eher objektivieren und beschränkt sich auf bestimmtes Handeln oder Nicht-Handeln. „Täter“ und „Opfer“ stehen sich gegenüber, in einer Zweier-Beziehung oder zwischen mehreren.

Körperliche Gewalt geschieht z.B. durch Zufügen von Schmerzen, schlagen, gegen den Willen festhalten, fesseln mit und ohne „rechtliche Absicherung“ (von einem Richter hörte ich die Bezeichnung „bettgitterpflichtig“), schlagen, sexuell mißbrauchen, zwangsweise Eingabe von Psychopharmaka zur Sedierung, Zwangs- und künstliche Ernährung, Anlegen von unnötigen Kathetern u.a.

Psychische Gewalt äußert sich durch Anschreien, Androhen von Gewalt, Einschüchterung, Schimpfworte gebrauchen, Verletzung des Schamgefühls, Verlachen, Verspotten wegen Unzulänglichkeiten, Behinderungen oder Krankheiten, Minderwertigkeitsgefühle provozieren, Duldung keines Widerspruchs, bewußtes Reizklima schaffen, Überdosierung von Psychopharmaka oder Tranquilizern, Erzwingung von Dankbarkeit und von Verschweigen von Mißhandlungen gegenüber Dritten. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, daß jede Gewaltform einen gravierenden und traumatisierenden Einfluß auf das psychische Erleben der Betroffenen hat.

Finanzielle Ausnutzung geschieht z.B. durch Einbehalten der Rente, Veruntreuung des Vermögens durch den Generalbevollmächtigten oder den Betreuer, Einbehaltung von Taschengeld, inadäquate Eingruppierung in eine Pflegestufe.

Der freie Wille des alten Menschen wird in Institutionen und in der Familie oft eingeschränkt. Pflegeheime sind - wie z.B. auch psychiatrische Kliniken – „totale Institutionen“ (Goffmann, 1961), in welchen eigene Gesetzmäßigkeiten herrschen und der Wille des Einzelnen durch Vorschriften und strukturelle Vorgaben gebrochen wird. Zu häufig wird der Sinn des Betreuungsrechtes, welches eigentlich für den Betreuten geschaffen wurde, so gedehnt, daß pflegebedürftigen alten Menschen massives Unrecht geschieht.

Passive und aktive Vernachlässigung geschieht z.B. durch unzureichende, zu späte bzw. fehlende Diagnostik der Erkrankung. Notwendige Medikamente, sozio- und ergotherapeutische Maßnahmen werden verweigert oder mangels Fachwissen nicht eingesetzt. Da Antidementiva und neuere atypische Neuroleptika teuer sind, werden sie nach Klinikaufenthalten fast regelmäßig vom Hausarzt abgesetzt. Folge davon ist frühzeitige Pflegebedürftigkeit, langes Siechtum und nicht zuletzt ein hoher finanzieller Aufwand. Rehabilitative Maßnahmen vor Pflege werden i.d.R. nicht durchgeführt. Weitere Beispiele sind: mangelhafte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Nichtwechseln von Inkontinenzeinlagen.

Aber auch in Pflegeheimen Tätigen widerfährt ein z.T. hohes Maß an Gewalt. Zu nennen sind z.B.

- Arbeiten unter Zeitdruck
- Wissen, sich und den eigenen, aber auch den Ansprüchen der pflegebedürftigen alten Menschen nie gerecht werden zu dürfen und zu können
- Geschlagenwerden von Kranken
- während der Berufsausbildung Gelerntes nicht am Arbeitsplatz einsetzen zu dürfen
- schweigen müssen über Mißstände am Arbeitsplatz gegenüber Dritten
- von Dritten wegen des Altenpflegeberufes abgewertet zu werden.

Vielfältigen Gewalthandlungen sind auch Angehörige ausgesetzt z.B.:

- durch die aufopfernden Tätigkeiten sich zunehmend überfordern, sich persönlich ganz auf den Kranken einzustellen und dadurch eigene Bedürfnisse nicht mehr wahrnehmen
- Zuweisung von massiven Schuldgefühlen durch Dritte
- Massive Vorwürfe, Beschimpfungen und auch Schläge von den Kranken
- Nichteinbezogen werden bei Entscheidungen zu medizinischen Fragen, Wohnortwechsel, gesetzlicher Betreuung.

Als Beispiel für die Vielfalt und Häufigkeit von geschilderten Problembereichen, die alle mehr oder weniger als Gewalt angesehen werden, sollen die Angaben der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter auf der Tabelle 2 dargestellt werden. Natürlich sind diese Angaben nicht repräsentativ.

**Tabelle 2: Geschilderte Problematik (HsM-Jahresbericht 1999)**

	Anzahl		Prozent	
	1998	1999	1998	1999
Finanzielle Ausbeutung	58	37	24,7	13,4
Beschimpfung	43	52	18,3	18,8
Körperverletzung/körperliche Mißhandlung	42	43	17,9	15,6
Überforderung in der Pflege	40	58	17,0	21,0
Vernachlässigung	24	62	10,2	22,5
Gewaltandrohung	22	26	9,4	9,4
Willenseinschränkung	22	10	9,4	3,6
Isolation/Einsamkeit	12	19	5,1	6,9
Erzwungener Umzug	11	19	4,7	6,9
Lärmbelästigung/Mietprobleme	10	17	4,3	6,2
Ärzte-/Pflegerfehler	9	64	3,8	23,2
Kontaktverbot zu Angehörigen	6	12	2,6	4,3
Behördenwillkür	6	20	2,6	7,2
Fixierungen	5	5	2,1	1,8
Einbruch/Diebstahl	2	3	0,9	1,1
Suizidgefahr	1	2	0,4	0,7
„Andere Probleme“ <sup>**</sup> )	77	43	33,5	15,6

\* Mehrfachnennungen, jeweils bezogen auf N=235 (1998) bzw. N=276 Anrufer (1999)

\*\* z.B.: Fragen zur Pflegeversicherung, zum Betreuungsrecht, zur Patientenverfügung, zu psychischen oder sozialen Problemen

## 5.2. Strukturelle Gewalt

Eine Vielfalt von Faktoren, die direkte Gewalt erst ermöglichen oder zu deren Rechtfertigung dienen, sind struktureller Art. Das Bild des „Schreibtischtäters“ paßt hier gut. In der Pflege sind besonders Mängel in der Qualitätssicherung anzusprechen.

Beispiele zur strukturellen Gewalt sind:

- mangelhafte und institutionsausgerichtete regionale Versorgung von Kranken, die zu Nichtbehandlung und rascherer Pflegebedürftigkeit führt
- Erzwungenes Leben im Heim wegen unzureichender regionaler Alternativen oder Aufenthaltsverkürzung in Kliniken
- unzureichende architektonische Gegebenheiten (z.B. lange Flure, schlechte Lichtverhältnisse, unübersichtliche Gestaltung der Wohnräume, Größe der Einrichtung)
- Einrichtungen, die Sicherheit vor Selbstbestimmung stellen
- Mangel an Privatsphäre in Einrichtungen
- Erzwungenes Wohnen mit einer fremden Person im Doppelzimmer
- institutionell vorgegebene Tagesstrukturierung, die sich nicht an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert
- Vorgabe von unzureichender personeller Ausstattung und unqualifiziertem Personal
- unzureichende Unterstützung und fachliche Kontrolle von pflegenden Angehörigen

- Fehl-, Unter- oder Überversorgung von Kranken mangels qualifizierter Aus- und Weiterbildung der medizinischen und Pflege-Berufe.
- unzureichende öffentliche bzw. staatliche Kontrolle von Einrichtungen und deren Finanzen
- unzureichende Wertvorstellung von Pflege und den in Pflegeberufen Tätigen.

Viele Angehörige haben Angst vor Repressalien, wenn sie Mißstände ansprechen. Sind sie Betreuer, müssen sie um ihre Betreuung fürchten. Heim- und Pflegedienstleitung bilden mit Unterstützung des Arztes und des Vormundschaftsgerichtes oft eine unheilvolle Allianz.

Entscheidungsträger weisen jede Mit-Schuld weit von sich. Viele können gar nicht anders: Sie vereinen in ihrer Person oft ein politisches Mandat, sind Würdenträger eines Wohlfahrtsverbandes und stehen vielleicht auch noch der Heimaufsicht vor. In vielen Kommunen werden Heimaufsicht und Heimleitung von einer Behörde vertreten. Sicherlich ist keinem ein böser Wille zu unterstellen. In einer Demokratie herrscht Gewaltenteilung. Warum gilt dies nicht im Altenbereich? Bildlich gesprochen ist Staatsanwalt, Richter und Täter eine Person. Ein Angehöriger drückt dies so aus: „Die Schwäche der Bewohner ist die Stärke der Heime“.

Zwangsmaßnahmen, die grundsätzlich von Richtern zu genehmigen sind, sollten das wirklich letzte Mittel sein, wenn kein anderes möglich ist. Doch welcher Richter weiß über Alternativen? Wie überprüft er dies? Vertraut er nicht zu sehr den Angaben des Pflegepersonals und der Ärzte sowie seiner eigenen Einstellung zum Alter? Wer kontrolliert die Richter? Warum gibt es regionale „Sonderregeln“ z.B. für die Genehmigungspflicht von Bettgittern? Ist das Rechtssprechung „im Namen des Volkes“? Mein Eindruck ist, daß derzeit „mit Recht“ mehr gefesselt wird und pflegebedürftige Ältere in „geschlossene“ Einrichtungen eingewiesen sowie anderer Grundrechte beraubt werden als je zuvor.

Ist auch bekannt, daß die Menge an Psychopharmaka, die pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen gegeben werden, mit abhängig ist von der Größe und Art der Einrichtung sowie ihres Personalschlüssels, so hat sich ein Wandel zu neuen Wohnformen im Alter bisher nicht durchgesetzt. Zu viele Personen sind an dieser Situation beteiligt und verdienen gut. Pille statt Beziehung! Pille statt Wohnraum! Dagegen keine Pille oder Soziotherapie zur Verbesserung des Krankheitsbildes!

Forschungen hierüber sind in der BRD bisher kaum durchgeführt worden. Doch ohne genaue Kenntnisse der Phänomenologie von Gewalt gegen alte Menschen, deren Ursachen, Verstrickungen und Möglichkeiten zur Bekämpfung ist es schwer, diese zu verringern. So sind derzeitige Alternativen zur Gewalt gegen alte Menschen kaum bekannt, in keinem Lehrbuch nachlesbar und in kaum einer Aus- bzw. Weiterbildung enthalten. Unwissenheit fördert aber Gewalt!

Schließlich könnte man den „Mythos der Einzelfälle“ als eine Form struktureller Gewalt bezeichnen. Die gesellschaftliche Verleugnung der Altersdiskriminierung und der Tatsache, daß Gewalt gegen alte Menschen kein „Einzelfall“- sondern ein „Massenphänomen“ ist, führt zu einer weiteren Verharmlosung der Problematik und fördert das Schweigen über sie. Man glaubt - mit den Worten von Christian Morgenstern: - „daß nicht sein kann, was nicht sein darf“.

### 5.3. Kulturelle Gewalt

Gegen alte Menschen besteht immer noch ein eher allgemeines negatives Vorurteil („ageism“) mit erheblichen Folgen (z.B. tabuisierte Aggression gegen Alte, unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt des Alten), welches verhindert, die Ansprüche des älteren Menschen an seine Behandler in der Medizin und Pflege angemessen wahrzunehmen. Diese Form von Diskriminierung einer ganzen Bevölkerungsgruppe fördert die Gewaltbereitschaft der Gesellschaft gegenüber alten Menschen.

Worte wie „Rentnerschwemme“, „Alterslawine“, „Überalterung“, „allgemeiner Altersabbau“, „Heiminsasse“ sind „Gewaltwörter“, die Alte per se diskriminieren und suggerieren, daß diese nur bedrohlich für die Gesellschaft sein können. Diese und ähnliche „Un-Wörter“ sind Symbole, die das Denken und Handeln destruktiv beeinflussen und ihren Ursprung im kulturellen Bereich haben.

Durch unsere noch von Männern dominierten kulturellen Vorstellungen wurde das Vorurteil geprägt, daß zur Pflege nur die „weiblichen Tugenden“ erforderlich sind und keine Professionalität. Pflegeberufe werden immer noch als typische Frauenberufe gesehen. Dieser Vororientierung begegnet man auch noch heute. Naive Hilfe, unterstützt durch die Vorstellung, daß die „Mutter-Kind“-Beziehung auf die zwischen Kranken und Schwestern übertragen werden kann, verhindert eine qualifizierte professionelle Pflege und trägt zu Mißständen bei. Diese Zusammenhänge dürften auch dafür verantwortlich sein, daß der Altenpflegerberuf noch immer nicht ausreichend gesellschaftlich anerkannt ist.

## 6. Ausmaß von Gewalthandlungen in Pflegeheimen

Derzeit gibt es nur wenige Untersuchungen im In- und Ausland über Verbreitung, Ausmaß, Erscheinungsformen und Wirkungen von Gewalt gegen ältere Menschen. Diese kommt natürlich nicht nur in Pflegeheimen vor, sondern z.B. auch in der Familie (Übersichten: Carell u. Bergstermann, 1996, Hirsch, Kranzhoff u. Schiffhorst, 1999). und im öffentlichen Raum. Gewalt in der Pflege kann ambulant oder stationär (Kliniken und Pflegeheimen) auftreten.

Eingegangen wird hier nur auf den Bereich von Gewalt in Alten- und Pflegeheimen. Betrachtet man die bekanntgewordenen Situationen, Schicksale von Menschen und meist auch deren Angehörigen, so ist Speck (1999) zuzustimmen, wenn er schreibt:

*„Was in den letzten Jahren an unerträglichen Zuständen in Altenpflegeheimen ans Tageslicht gefördert worden ist, wäre an sich unerhört genug. Außenstehende halten es nicht für möglich, wie hier die Menschenwürde mißachtet wird. Altenpflege stumpft zur bloßen Restversorgung ab. Hilf- und wehrlose Menschen werden in reine Passivität versetzt. Ihr Leben kann nur noch als ein Vegetieren bezeichnet werden. Was sie erleben, ist ihre Erniedrigung. Gewalt wird ihnen vielfach angetan.“*

Die Ergebnisse der wichtigsten Untersuchungen oder Berichte werden kurz skizziert.

### 6.1. Im Ausland

Eine US-amerikanische Repräsentativbefragung (Pillemer & Moore, 1989, 1990) fand bei Pflegekräften, die im stationären Bereich tätig sind, hohe Jahresprävalenzraten für beobachtete psychische (81%) und körperliche (36%) Mißhandlung von Heimbewohnern und

deutlich niedrigere für entsprechende eigene Handlungen (psychische: 40%, körperliche: 10%). Auf Tabelle 3 sind die wichtigsten Ergebnisse dargestellt.

In einer weiteren umfangreichen US-amerikanischen Untersuchung wird berichtet, daß ca. 40% der Pflegeheimbewohner körperlichen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind. Folgen hiervon sind nach Aussagen der Autoren (Neufeld u.a., 1995) zunehmende Desorientierung, erhöhte Pflegebedürftigkeit, Zunahme von Inkontinenz, geringere Bewegungskompetenz. Ein Zusammenhang zwischen Fallhäufigkeit und bewegungseinschränkenden Maßnahmen (Fixierungen würden Stürze verhindern) konnte nicht gefunden werden. Diese Autoren weisen auch auf eine Untersuchung in Minneapolis hin, nach der dort 200 Heimbewohner pro Jahr infolge von Zwangsmaßnahmen den Tod fanden.

**Tabelle 3: Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 577 Altenpflegekräften**  
(Pillemer & Moore, 1989)

<b>Verhalten</b>	<b>Jahresprävalenz</b>
<b>Wahrgenommene körperliche Mißhandlung</b>	<b>36 %</b>
exzessiv freiheitseinschränkende Mittel gebrauchen	21 %
stoßen, packen, schubsen, zwicken	17 %
schlagen	12 %
<b>Wahrgenommene seelische Mißhandlung</b>	<b>81 %</b>
wütend anschreien	70 %
beleidigen, schimpfen	50 %
in unangemessener Weise isolieren	23 %
mit Schlägen oder Werfen von Gegenständen drohen	15 %
Nahrung verweigern oder Vergünstigungen entziehen	13 %
<b>Selbstberichtete körperliche Mißhandlung</b>	<b>10 %</b>
exzessiv freiheitsbeschränkende Mittel gebrauchen	6 %
stoßen, grabschen, schubsen, zwicken	3 %
schlagen	3 %
<b>Selbstberichtete seelische Mißhandlung</b>	<b>40 %</b>
wütend anschreien	33 %
beleidigen, schimpfen	10 %

In einer Schweizer Untersuchung wurde gewalttätiges Verhalten zwischen den Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, zwischen dem Pflegepersonal, dem Pflegepersonal und den Bewohnern und zwischen den Bewohnern und dem Pflegepersonal untersucht (Schneider u. Sigg, 1990). Die Aussagen beruhen auf den Angaben von Heimleitern und Mitarbeitern. Von den verschickten Fragebögen konnten 205 (ca. 20%) ausgewertet werden. Einige Ergebnisse dieser Untersuchung sind:

### Beobachtetes Verhalten des Personals zu den Bewohnern:

	„oft“	„manchmal“ / „selten“
Mißachtung der Privatsphäre	2 %	52 %;
Beschimpfung	2 %	59 %
Vernachlässigung der Pflege	1 %	33 %
Bedrohung	1 %	14 %
Schlagen		6 %
Sexuelle Belästigung		6 %

### Eigenes Verhalten des Personals zu den Bewohnern:

	„oft“	„manchmal“ / selten“
Mißachtung der Privatsphäre	2 %	26 %
Beschimpfung	1 %	20 %
Vernachlässigung der Pflege	1 %	14 %
Bedrohung		5 %
Schlagen		1 %
Sexuelle Belästigung		1 %

Weitere Ergebnisse dieser Untersuchung waren z.B.:

- Die Bewohner sind zu ihren Mitbewohnern überwiegend freundlich und hilfsbereit. Verbale Gewalt kommt deutlich häufiger vor als körperliche. So beschimpfen z.B. 7% ihre Mitbewohner „oft“, und weitere 37% „manchmal“ (die übrigen selten oder nie). Ihre Mitbewohner schlagen 1% „oft“ und 3% „manchmal“ (26%: selten; 65%: „nie“).
- Untereinander verhält sich das Personal eher prosozial. Verbale Aggressivität taucht selten auf (beschimpfen: „oft“ 1%, „manchmal“ 8%, „selten“ 39%, „nie“ 47%).

## **6.2. In der Bundesrepublik Deutschland**

Aus einer Untersuchung in vier Aachener Altenheimen geht hervor, daß das Problembewußtsein über Fixierungen bei den Mitarbeitern, die fast alle schon einmal einen Bewohner fixiert hatten, nur z.T. ausreichend vorhanden ist. So wurden z.B. Trickschlösser am Eingang von Stationen, Stecktische am (Roll-)Stuhl, sedierende Medikamente und psychischer Druck von ca. 1/3 der Befragten nicht als Form von Fixierung gesehen (Borutta, 1994).

In einer Stichtagserhebung, an der sich 26 Altenheime der BRD mit über 3 000 Bewohnern beteiligten, zeigte sich, daß über 2 200 freiheitsentziehende Maßnahmen in diesem Zeitraum durchgeführt wurden („Freiburger Studie“; Klie, 1998). Auf die Bundesrepublik hochgerechnet könnte man davon ausgehen, daß man täglich mit ca. 400 000 freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen gerechnet werden muß. Häufigste Maßnahmen sind: Bettgitter und Medikamente zur Ruhigstellung. Die Variationsbreite der Häufigkeiten von bewegungseinschränkenden Maßnahmen zwischen den Einrichtungen ist, wie auch in den gerontopsychiatrischen Kliniken (Hirsch u. Kranzhoff 1996), sehr groß.

Hollwig (1994) untersuchte drei Monate lang in sechs Altenheimen jeweils eine Pflegestation (keine geschlossene). Über einen 48-stündigen Zeitraum wurden von ihm als teilnehmendem Beobachter bei 51% der Altenheimbewohner (N = 110) freiheitsbeschränkende Maßnahmen (überwiegend mit Bettgitter: 62,3%) registriert (bei 10% Mehrfacheinschränkungen). In dieser Zeit wurden über 70% der Heimbewohner länger als 8 Stunden pro Tag fixiert. Bei 16 Bewohnern, die mit einem Bettgitter fixiert wurden, führte er ein teilstrukturiertes Interview durch. Folgende Ergebnisse fand er:

- 25% der Bewohner bewerteten die Verwendung eines Bettgitters negativ, 19% positiv und 56% waren ambivalent.
- Eine starke Belastung war das Bettgitter für 6%, eine schwache/mittlere für 44% und keine für 50%.
- Von den Bewohnern werden intrapsychische und passive Reaktionsformen auf die Fixierungen (75%) eher als typische Bewältigungsversuche genannt als aktive (25%).

Wojnar (1995) berichtet, daß von den ca. 4700 schwer pflegebedürftigen Menschen, die in den staatlichen Pflegeheimen in Hamburg betreut wurden, insgesamt 475 Fixierungen (10%) stattfanden (Januar 1989). Daraufhin wurde im Rahmen eines Arbeitskreises aus Pflegefachkräften, Vormundschaftsrichtern, Heimärzten und Vormündern die Bedeutung der freiheitsentziehenden Maßnahmen für die Betroffenen diskutiert und neue Konzepte des Umgangs mit Demenzkranken entwickelt. Bereits nach einem Jahr ging die Zahl der Fixierungen auf 26 (1%) zurück.

Vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg wurde 1998 eine Querschnittserhebung im Rahmen von 10222 Leichenschauen durchgeführt, um die Häufigkeit von Druckgeschwüren festzustellen. Es zeigte sich eine Gesamtprävalenz von 11,2% für Decubitalgeschwüre. Der Anteil der sehr schweren Decubiti betrug 2 %. Über die Hälfte der sehr schweren Geschwüre kamen aus dem Pflegeheimbereich, 11,5% aus Krankenhäusern, ca. 1/3 von zu Hause.

Aus einer Untersuchung von Pelka (1998) aus München (Initiative Chronische Wunden) geht hervor, daß 10% aller Krankenhauspatienten und bis zu 30% der Bewohner von Pflegeheimen einen Decubitus haben. Laut einer Hochrechnung ist davon auszugehen, daß ca. 750 000 alte Menschen im Krankenhaus und in Pflegeheimen in der BRD unter einem Decubitus leiden.

Vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde in Bayern im September 1999 eine Stichtagserhebung in 715 Pflegeheimen durchgeführt. Mängel wurden im Qualitätsmanagement (537), Arbeitsorganisation (467), Fachkraftquote (362) und Leitbild/Pflegekonzept (350) festgestellt. Eine ähnliche Untersuchung führt derzeit der MDK in Schleswig-Holstein durch. Das Zwischenergebnis von 116 überprüften Einrichtungen ergab ein ähnliches Bild wie in Bayern: Bei knapp einem Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen mußten Pflegeschäden festgestellt werden, bei knapp der Hälfte fehlten die erforderlichen Prophylaxen.

In der Auswertung der Anrufe beim Bonner Notruftelefon („Handeln statt Mißhandeln“ [HsM], „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter“) in der Zeit von April 1997 bis September 1988, wurden 17 Prozent (bei 684 Anrufe von 294 Anrufern) der beim Notruf geschilderten Gewalterfahrungen im Alten- und Pflegeheim erlebt, 1999 (bei 526 Anrufen von 276 Anrufern) allerdings 32% (Tabelle 4). Es ist davon auszugehen, daß dieser prozentuale Anteil das wirkliche Ausmaß von Gewalterfahrungen in der stationären Pflege nicht voll erfaßt, denn die Dunkelziffer von erlebter Gewalt dürfte gerade im stationären Pflegekontext besonders hoch sein. Selten melden sich die Gewaltopfer selbst. Meist waren es Angehörige, die Gewalterfahrungen ihrer Verwandten schilderten. Berücksichtigt man, daß pflegebedürftige ältere Menschen über die Öffentlichkeitsarbeit von HsM nur sehr schwer erreichbar sind und daß die meisten Heimbewohner nicht mehr in der Lage sind, selbst anzurufen, um ihre Gewalterfahrungen zu schildern, so läßt sich nur erahnen, wie hoch die Dunkelziffer der erlebten Gewalterfahrungen tatsächlich ist.

**Tabelle 4: Problembereiche in Pflegeheimen (HsM-Jahresbericht 1999)**

Von Anrufern geschilderte Problembereiche (1998: N= 26; 1999: N = 88)	Anzahl*		Prozent	
	1998	1999	1998	1999
Vernachlässigung	7	47	27	53
Beschimpfung	5	9	19	10
Finanzielle Ausbeutung	4	11	15	13
Körperverletzung / körperliche Mißhandlung	4	16	15	18
Willenseinschränkung	4	5	15	6
Ärztfehler / Pflegefehler	3	48	11	55
Überforderung in der Pflege	1	21	4	24
Gewaltandrohung	1	1	4	1
Kontaktverbot zu Angehörigen	1	6	4	7
Erzwungener Umzug	1	10	4	11
Fixierungen	1	4	4	5
Andere	8	7	31	8

\*Mehrfachnennungen (Gesamtzahl der Anrufer: 1998 N= 235 / 1999: N= 276)

Als Hinweis zum Problembereich „Täter im Pflegeheim“ kann die Tabelle 5 gelten. Hierzu gibt es ansonsten derzeit kaum andere Anhaltzahlen. Vermutlich können in Kürze die Jahresberichte einiger Beschwerdedetelefone (z.B. Berlin, München und Kiel) weitere Aufschlüsselungen machen.

**Tabelle 5: „Täter in Pflegeheimen“ (HsM-Jahresbericht 1999)**

	Häufigkeit	Prozente
Pflegeperson	47	55,3
Arzt + Pflegepersonal	10	11,8
Heimleiter/Träger	8	9,4
Arzt	7	8,2
Gesetzlicher Betreuer	6	7,1
Tochter	3	3,5
Andere	4	4,7
Gesamt:	85	100

Aus den Anrufen, die bei den Notruftelefonen der Beschwerde- und Kriseninterventionsstellen in der BRD (Tabelle 6) eingehen, ist ersichtlich, daß ein Großteil der Beschwerden sich auf strukturelle Defizite von Pflegeeinrichtungen beziehen (Hirsch & Erkens,, 1999). Aufgrund der unterschiedlichen Struktur dieser Anlaufstellen weichen die prozentuale Häufigkeitsverteilungen der Anrufe über Mißstände in der ambulanten und/oder stationären Pflege sehr voneinander ab.

In der Schrift „Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen – Berichte von Betroffenen“ (Hirsch & Fussek, 1999) werden ca. 60 Schicksale über Mißhandlungen an alten Menschen dokumentiert. Das Echo auf diese Veröffentlichung war sehr groß. Zahlreiche weitere erschütternde Berichte wurden weiterhin und werden noch derzeit den Mitarbeitern der Notruftelefonen geschildert.

**Tabelle 6: Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen**

**I. Angebote für die ambulante und stationäre Pflege**

Pflege in Not – Berliner Krisentelefon (ev. Diakonie)  
Pflegetelefon Hamburg (Projekt Landespflegeausschuß)  
Städtische Beschwerdestellen für Probleme in der Pflege  
München Nürnberg  
Vereinigung Integrationsförderung e.V. - München  
Arbeitskreis gegen Menschenrechtsverletzungen - München  
Infobüro Pflege u. Pflegebeschwerden der Stadt Bremen  
Notruftelefon Niedersachsen - Sozialverband Reichsbund e.V.  
PflegeNotrufTelefon Schleswig-Holstein - Initiative des MAGS

**II. Angebote für den häuslichen Bereich**

Gewalt gegen ältere Menschen im pers. Nahraum  
Modellprojekt BMFSFJ - Hannover  
Seniorenenschutz-Telefon gegen häusliche Gewalt im Alter  
(Humanistischer Verband Deutschlands, LV Berlin)

**III. Angebote gegen Gewalt im Alter**

Handeln statt Mißhandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.  
Handeln statt Mißhandeln – Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. Siegen

## **7. Spezifischer Aspekt: Arzneimittelmißbrauch in Altenpflegeheimen**

Nicht unberechtigt ist der Vorwurf, daß zu viele und zu hoch dosiert Medikamente in Heimen verabreicht werden (Grond, 1994). So geht aus einer diesbezüglichen Untersuchung von zwei Altenheimen in NRW hervor, daß über der Hälfte der 108 Bewohner Medikamente ohne Angabe einer Diagnose verordnet wurden und eine Vielverordnung eher die Regel war (ca. 1/3 mehr als 4 verschiedene Medikamente). Fast 2/3 der Bewohner erhielten dabei Psychopharmaka. Dabei war die sog. „Bedarfsverordnung“ häufig. Die häufige Verordnung von Neuroleptika (bei 42 von 108 Bewohnern) wird als Ausdruck der Hilflosigkeit von Ärzten und Pflegenden gegenüber „schwierigen“ Bewohnern gewertet.

Aus einer Untersuchung über die Verordnung von Neuroleptika bei dementen Alterspatienten (N = 49) geht hervor, daß trotz eines erhöhten Nebenwirkungsrisikos älteren, dementen Menschen sehr häufig Psychopharmaka, am häufigsten Neuroleptika verschrieben wurden (Wilhelm-Gößling, 1998). Es zeigte sich, daß die untersuchten Patienten in den Altenheimen signifikant häufiger Neuroleptika erhielten (46-66% der Heimbewohner) als bei der Klinikeintlassung (20%). Je mehr Bewohner ein Heim hatte, desto höher war die durchschnittliche Verordnung von Neuroleptika. Benzodiazepine wurden in Heimen doppelt so oft verordnet. Dauerverordnungen waren in den Heimen die Regel. Festgestellt wurde, daß diejenigen Heimbewohner besonders hohe Dosen von Neuroleptika erhielten, deren Symptomatik durch diese nicht wesentlich positiv beeinflusst werden konnte.

Im Gutachten für den Deutschen Bundestag von der Enquete-Kommission Demographischer Wandel (Glaeske u.a., 1997) wurde ausdrücklich vom „Arzneimittel-mißbrauch in Altenheimen“ gesprochen. Zitiert werden Untersuchungen, die belegen, daß der Anteil der Konsumenten von Psychopharmaka in Altenheimen ca. 50% beträgt mit steigender Ten-

denz. In einer anderen in diesem Bericht zitierten Untersuchung nahmen 27% der Heimbewohner zwischen sechs und elf verschiedene Arzneimittel als Dauermedikation ein, 45% davon wenigstens ein Psychopharmakon. Auf einen Aspekt wurde noch hingewiesen: „Je günstiger der Personalschlüssel, vor allem der vom examinierten Pflegepersonal, in den Pflegeheimen aussieht, desto geringer ist die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka für die dort lebenden älteren Menschen. Facit: Es herrscht die Devise „Pille statt Beziehung“.

## 8. Spezifischer Aspekt: Serientötungen in Altenpflegeheimen

Die in den letzten Jahren bekanntgewordenen Serientötungen älterer Menschen in Kliniken und Pflegeheimen stützen sich meist auf Aktenanalysen. Eine diesbezügliche Zusammenfassung von Maisch (1977) „Patiententötungen“ mit dem Untertitel „Dem Sterben nachgeholfen“ weist auf die Neuartigkeit dieser Tötungsdelikte hin. Er deutet diese massivste Form von Gewalthandlungen vornehmlich als Handlungen, welche von den Täterinnen/Tätern subjektiv als Formen der Sterbehilfe verstanden werden. Wurden auch die Täterinnen/Täter verurteilt, so wurden im Gerichtsverfahren festgeschworene tellte institutionelle Mängel kaum abgestellt. Befragungsstudien zu verbotener Sterbehilfe durch Pflegekräfte in den USA und in Australien lassen auf ein großes weiteres Dunkelfeld schließen. Von den Befragten waren ca. 20%, die an aktiver Sterbehilfe beteiligt waren.

## 9. Quellen und Prozeß der Gewalt in Institutionen

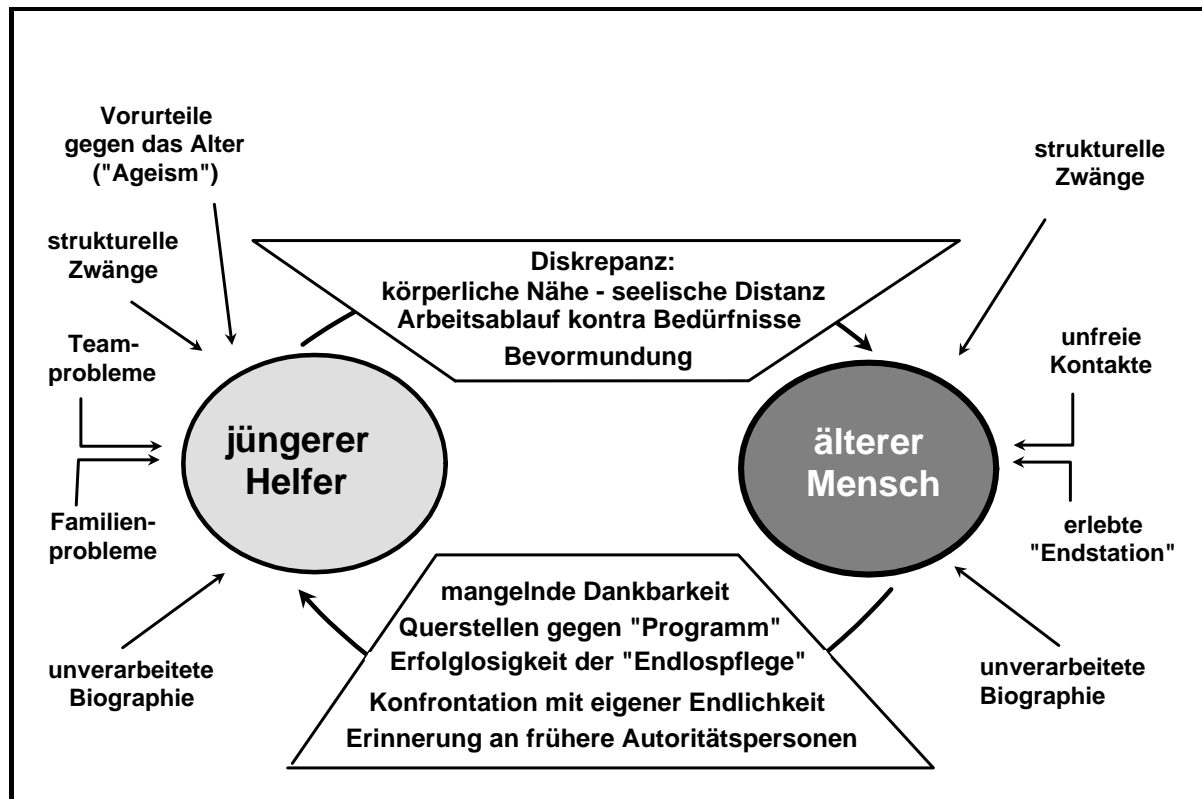
Sieht man sich die Gewaltquellen in Institutionen an, so wird deutlich, daß im Beziehungsfeld „alter Mensch“ und (meist) „jüngerer Helfer“ Personen aufeinandertreffen, die jeweils ihre eigenen Konflikt- und Problembereiche, Wünsche und Erwartungen u.a. haben (Abbildung 3). Hinzu kommen z.B. beim Mitarbeiter Arbeitsplatzbelastungen und beim alten Menschen z.B. eine „Zwangsumsiedlung“ in das Pflegeheim.

**Abbildung 3:** *Arbeitsbelastungen und psychophysische Beanspruchung von Pflegepersonal in Institutionen*



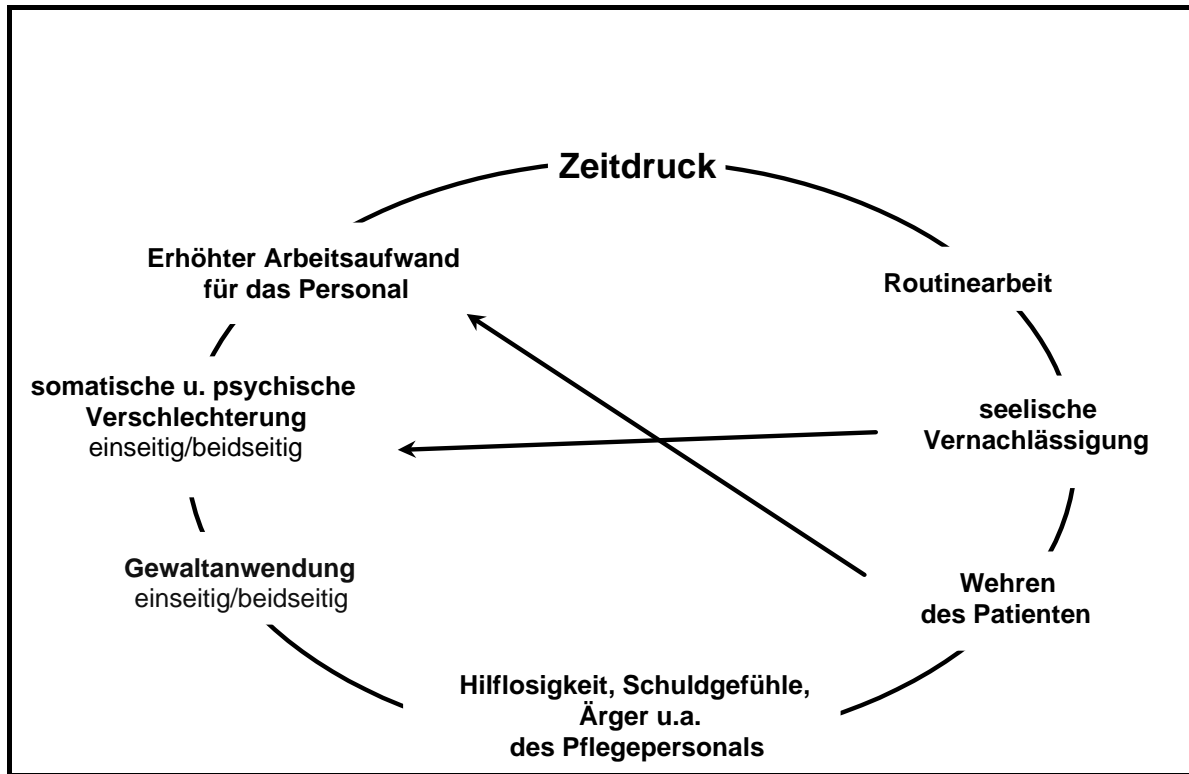
In der Beziehung tauchen zusätzlich eine Reihe von gegen- und einseitigen Faktoren auf, die Quellen der Gewalt sein können (Abbildung 4).

**Abbildung 4:** *Quellen des Gewaltpotentials in Institutionen* (nach Ruthemann 1993)

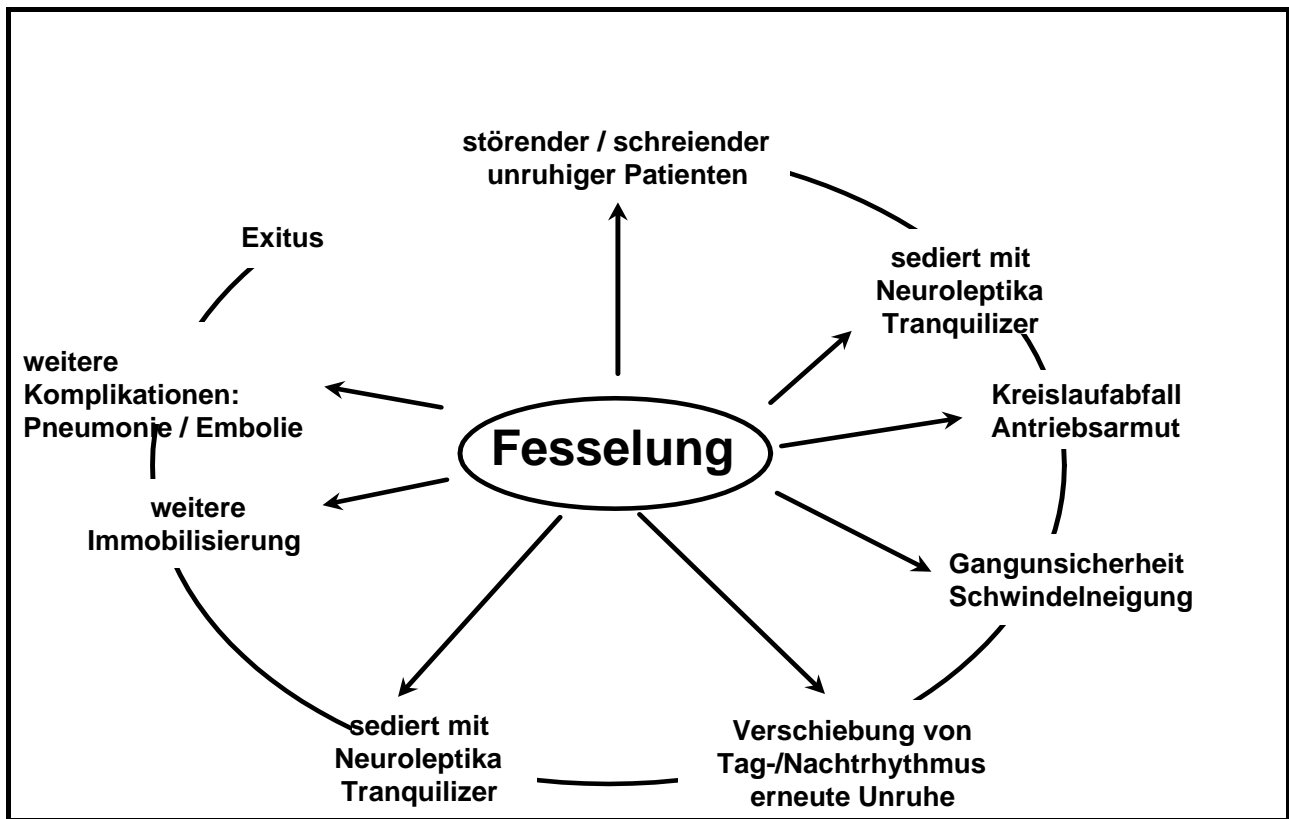


Ruthemann (1993) beschreibt als Beispiel für eine strukturelle Gewalt den „Teufelskreis Zeitnot“ (Abbildung 5). Zeitdruck führt zu schlechtem Gewissen (Arbeit geht z.T. an den Bedürfnissen der Heimbewohner vorbei) oder zu einer Art „Fließbandarbeiterhaltung“, um mit der allgemeinen Arbeit überhaupt fertig zu werden. Dies führt zur psychischen Vernachlässigung des Bewohners und des Mitarbeiters, oft verbunden mit Vorzeichen des „Burnout“. Die Heimbewohner reagieren verärgert, „störrisch“ und lösen so Ärger beim Personal aus. Es folgt eine Verschlechterung des Wohlbefindens beider. Dadurch werden der Arbeitsaufwand und der Zeitdruck für das Personal noch größer: Der „Teufelskreis“ ist geschlossen. Ein anderer „Teufelskreis“ wird von Kortus (1987) beschrieben. Dieser führt bei einem „störenden“ oder „unruhigen“ Patienten zu einer immer stringenteren Anwendung von bewegungseinschränkenden Maßnahmen (Fixierung und Medikamente) und im Extremfall zum Exitus (Abbildung 6).

**Abbildung 5: Problembereich „Gewalt unter Zeitdruck“**



**Abbildung 6: Problembereich „Fesselung“**



Gewalt entsteht nicht zufällig und selten nur spontan. Sie hat eine lange Vorgeschichte und wird von zahlreichen Faktoren, insbesondere von psychosozialen Faktoren, beeinflusst. So vielfältig die Gewaltquellen sind, so zahlreich sind auch die Ansatzpunkte zu deren Verhinderung oder Verringerung. Voraussetzung für Interventionen gegen Gewalt ist, eine Gewalthandlung als solche auch zu erkennen, zu erleben, zu bewerten und nicht nur das Einzelereignis isoliert zu sehen, sondern mehrdimensional und prozeßhaft. Leider kann man in der Gerontopsychiatrie nicht immer auf Gewaltanwendungen verzichten. Trotzdem sollten diese erst nach Überprüfung aller übrigen Möglichkeiten gezielt und reflektiert eingesetzt werden. Einer Bagatellisierung von Gewaltmaßnahmen und „Routine-Fixierungen“ sollte vorgebeugt werden. Gewaltmaßnahmen sind häufig eher Scheinlösungen von Problemen, führen zur Gedankenlosigkeit und fördern die Totalisierung einer Institution.

Gewalt in Beziehungen ist immer auch Kommunikation bzw. Kontakt, wenn auch eine eher verzweifelte, von Angst, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, aber auch Destruktivität geprägte. Gewalt ist nicht nur für das Opfer eine Schädigung, Kränkung oder Verletzung, sondern auch für den Täter und darüber hinaus für die soziale Umwelt, in der diese geschieht. Gewalt bedingt Gegengewalt. Sie ist „ansteckend“. Schon deshalb ist es notwendig, dort, wo man ihr begegnet, sie nicht von vornherein als „notwendig“, „sinnvoll“ o.ä. abzutun. Gewaltmaßnahmen sind keine „normalen“, „alltäglichen“ und „üblichen“ Interventionen.

Leider lernen alle Berufsgruppen, die mit alten Menschen arbeiten, immer noch nicht während ihrer Ausbildung, welche Alternativen es zur Gewalt gibt. Für Familienangehörige gibt es kaum Beratungsstellen, die ihnen in ihrer Not helfen können. Die Einschaltung der Polizei oder staatlicher Behörden ist in Extremsituationen manchmal notwendig, um eine rasche Entflechtung des Gewaltpotentials zu ermöglichen. Allerdings gilt die Regel: Hilfe vor Strafe!

Zusätzlich ist zu bedenken, daß Gewalthandlungen nicht ohne Gefühle und auch aggressive Impulse durchgeführt werden (Hirsch, 1996). Muß ein Patient fixiert werden und wehrt er sich z.B. vehement dagegen, so bleibt es nicht aus, daß das beteiligte Personal auch destruktive Impulse - auch wenn es versucht, diese zu negieren und zu beherrschen - während der Handlung haben kann. Ein „blauer Fleck“, ein scharfer Ton u.ä. sind Ausdruck hiervon. Auch wenn eine Gewalthandlung „zum Besten“ des Patienten ist, so muß es ihm nicht notwendigerweise auch wirklich etwas nützen.

Gewalt in Beziehungen ist immer auch Kommunikation bzw. Kontakt, wenn auch eine eher verzweifelte, von Angst, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, aber auch Destruktivität geprägte. Gewalt ist nicht nur für das Opfer eine Schädigung, Kränkung oder Verletzung, sondern auch für den Täter und darüber hinaus für die soziale Umwelt, in der diese geschieht. Gewalt bedingt Gegengewalt. Sie ist „ansteckend“. Schon deshalb ist es notwendig, dort, wo man ihr begegnet, sie nicht von vornherein als „notwendig“, „sinnvoll“ o.ä. abzutun. Gewaltmaßnahmen sind keine „normalen“, „alltäglichen“ und „üblichen“ Interventionen.

## **10. Alternativen zur Gewalt in Institutionen**

Tritt Gewalt in einer Institution auf, so kann ein „Assessment“ in Anlehnung an das „gerontopsychiatrische Assessment“ (Hirsch et al., 1999) einen guten Beitrag zur Erhellung der Auslöse-Situation, der fördernden und stabilisierenden Faktoren genauso beitragen wie zu

deren Beeinflussung. Zur Diskussion gestellt wird z.B. die Erarbeitung eines „Gewalt-Assessments“, welches auf der Problemanalyse und Therapieplanung, wie sie von der Verhaltenstherapie her bekannt sind, basiert (Tabelle 6). Dieser erste Entwurf eines „Gewalt-Assessments“ bedarf natürlich noch weiterer Überarbeitung und einer praxisorientierteren Vorgabe. Da die Übergänge zur Intervention bei diesem Modell noch nicht eindeutig genug sind, bedarf es hierzu ebenfalls weiterer Überlegungen. Zur Klärung, ob in einer Institution die Fixierung eines Kranken unbedingt notwendig ist oder ob Alternativen möglich sind, kann durch die Erstellung dieses Assessments ein zu einseitiges Handeln verhindert werden. In Tabelle 7 sind Möglichkeiten der Beeinflussung von Gewalt aufgelistet. Deutlich ist, daß Interventionen vielschichtig angelegt sein müssen, um eine effektive Verringerung von Gewalt zu erreichen. Dementsprechend können gewaltverringende Maßnahmen nur dann etwas bewirken, wenn alle Beteiligten gemeinsam daran interessiert sind, problemorientiert diskutieren und –was das Wichtigste ist- dann auch handeln.

**Tabelle 6: Entwurf eines „Gewalt-Assessment“**

<p><b><u>A. Allgemeine Information:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daten zum „Opfer:</li> <li>2. Daten zum Täter/zu den Tätern</li> <li>3. Umweltsituation</li> <li>4. Vorgeschichte der Gewalthandlung</li> <li>5. Verhalten der Beteiligten</li> <li>6. Verhalten der Umwelt</li> <li>7. Auftreten, Interaktionsverhalten und verstärkende Faktoren</li> </ol>	<p><b><u>B. Problemstrukturierung:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zustandsanalyse: Verhalten, Ressourcen, störende Faktoren und vorhandene Hilfen</li> <li>2. Zielanalyse: Verringerung von spezifischem Gewaltverhalten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewertung / Prüfung auf Realisierbarkeit</li> <li>- Elaboriertheit der Zielsetzungen</li> </ul> </li> <li>3. Unterscheidung und Beschreibung von Teilprobleme und deren Erleben</li> <li>4. Verhaltensdiagnostik und –beobachtung</li> </ol>
<p><b><u>C. Bedingungsanalyse:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. äußere Rahmenbedingungen</li> <li>2. körperliche / psychische Rahmenbedingungen</li> <li>3. Verhaltensanalyse</li> <li>4. Emotionale und Kognitions-Analyse</li> <li>5. subjektives Gewaltmodell</li> <li>6. äußere Folgen</li> <li>7. psychische Folgen</li> <li>8. Interaktives Verhalten von „Opfer“, „Täter“ und deren Umwelt</li> </ol>	<p><b><u>D. Interventionsplanung:</u></b> (Abhängig von dem jeweiligen Gewaltbereich)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Änderung von Rahmenbedingungen</li> <li>2. Änderung von Verhalten</li> <li>3. Änderung von Einstellungen</li> <li>4. Planung zur Stabilisierung</li> </ol>

**Tabelle 7: Möglichkeiten der Beeinflussung von Gewalt (Hirsch, 1997)**

<b>Institution:</b>	„Philosophie“ Struktur Arbeitsbedingungen Unterstützung des Personals Qualifikation des Personals Qualitätssicherung Pflegemanagement Ausreichende Anzahl des Personals Fortbildungsmaßnahmen (auch Supervision) Psychohygiene Räumliche Aufteilung der Zimmer u.a. Architektur Arbeitsmittel
<b>Personal:</b>	Teambesprechung Dokumentation Gegenseitige soziale Unterstützung Fachliche Kompetenz Klärung von Beziehungsproblemen (Nähe und Distanz) Arbeitsmotivation
<b>Vorgesetzte:</b>	Soziale Unterstützung Förderung von Emanzipation und Teamarbeit „Helfen“ statt „Strafen“ Förderung von Problembewußtsein Entwicklung und Erarbeitung von Alternativen zur Gewalt
<b>Region:</b>	„Runder Tisch“ Beratungs- und Krisenstelle „Gewalt-Telefon“ Öffentliche Veranstaltungen
<b>Gesellschaft:</b>	Anerkennung der Arbeit mit alten Menschen Enttabuisierung von „Gewalt“ Einstellung zum Alter u. Altern Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken
<b>Wissenschaft:</b>	interdisziplinäre Forschung zur „Gewalt“ Untersuchung von Alternativen Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit Gewalt

Jede Institution hat ihre eigenen Regeln, Vorschriften, ihre eigene „Institutionsphilosophie“ u.a. Das Personal ist der strukturellen Gewalt der Institution (z.B. schlechte Arbeitsbedingungen und ungünstiges Arbeitsklima, ungenaue Dienstvorschriften, Förderung der „frei flottierenden Angst“ vor Sanktionen, Nichteinbeziehen bei wichtigen Entscheidungen, unzumutbare bauliche Gegebenheiten) genauso ausgesetzt wie die Patienten oder Heimbewohner (Fremdbestimmung von Essens- und Aufstehzeiten, Verringerung der Kompetenzen, Verlust der Privatsphäre). Hinzu kommen gesellschaftliche negative Vorurteile über Psychiatrie, Heime und alte Menschen. Einseitige und manchmal auch spitzfindige Vorstellungen von Trägern von Einrichtungen über Ethik, gesellschaftliche Anforderungen u.ä.

sind wenig förderlich. Treten im Umgang zwischen alten Patienten/Heimbewohnern und jüngerem Personal Gewaltphänomene auf, so müssen, um Gewalt in Institutionen zu verringern, mehrere Ebenen (Träger von Institution, Institutionsleitung, Mitarbeiter von Station, Angehörige und Patienten/Heimbewohner) einbezogen werden, um Veränderungen zu erreichen (Hirsch 1998):

- personale: z.B. Ansprechen von Gewalthandlungen im Team, Eingestehen eigener Ohnmacht, Wut und Hilflosigkeit, mangelnder sozialer Unterstützung, Darstellung (Dokumentation) von Gewaltsituationen und Suche nach Gewaltquellen, Erarbeitung und Durchführung von Alternativen, Einbeziehen von Vorgesetzten u.a., Verringerung von Burnout-Symptomen, kontinuierliche Team-Supervision (Qualitätsmerkmal einer Einrichtung und ein notwendiges Arbeitsmittel!), Beziehungsarbeit (z.B. Balintgruppe);
- strukturelle: z.B. Hinterfragen von Dienstvorschriften und „Grauzonen“, Einbeziehung von Juristen zur Frage der „Fürsorgepflicht“, der Verantwortung für Patienten/Bewohner, gegebenenfalls Veränderung des Dienstplans, der Arbeitszeiten, Vermehrung des Personals und deren fachliche Kompetenz, Pflegemanagement, Einführung von Pflegestandards und Qualitätssicherung, Erarbeitung und Standardisierung von Alternativen zu Gewaltmaßnahmen, Unterstützung durch Vorgesetzte, Verringerung von Ohnmachtsgefühlen von Mitarbeitern durch deren Einbeziehung bei Entscheidungsprozessen, Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einschließlich Supervision, Verringerung hierarchischer Strukturen und Förderung von Teamarbeit und emanzipatorischer sowie selbstverantwortlicher Arbeitsweise, Förderung der Arbeits- und Lebenszufriedenheit sowie sozialer Unterstützung, gewaltfreie Milieugestaltung, Optimierung der Arbeitsmittel, der Stationseinrichtung und der baulichen Gegebenheiten, Überprüfung auf Ausgewogenheit der Zusammensetzung der Heimbewohner (Zusammenleben der körperlich und der psychisch chronisch kranken Heimbewohner oder der Klinikpatienten);
- kulturelle: z.B. Problematisierung des „Samaritertums“, von ethischen und religiösen Fragestellungen, der sozialen Ungerechtigkeit, Förderung der Gleichstellung von körperlich und psychisch Kranken, Verringerung von organmedizinischem Denken und Förderung von ganzheitlicher Sichtweise, Bewußtmachen der „Ageism-Phänomene“ (Illhardt, 1995) sowie der „apostolischen Funktionen“ (Balint 1980).

Zu überprüfen ist z.B. auch, inwieweit das Milieu einer Station orientierungsfördernd, angstreduzierend, freundlich und selbstsicherheitsfördernd für die Patienten und für die dort Arbeitenden ist. Die größten Hindernisse für ein „gewaltablehnendes Milieu“ dürften sein:

- „Angst vor der Angst“
- überfürsorgliches Verhalten
- Schweigen über eigene Ängste und Unsicherheit
- Identifikation mit der Philosophie einer "totalen Institution"
- Unkenntnis der einschlägigen Gesetze
- Überängstlichkeit von Vorgesetzten
- Lösung von Konflikten durch destruktiven Einsatz von Macht
- überzogene und unfachliche Vorwürfe von Dritten ohne soziale Unterstützung
- übertriebenes Verantwortungsbewußtsein und Mangel an Zivilcourage
- Unreflektiertheit gegenüber den Gegebenheiten von „totalen Institutionen“ (Goffmann, 1961)
- Mangel an fachlichen Kenntnissen und möglichen Alternativen zur Gewalt.

Eine Möglichkeit ist, im Rahmen eines Curriculums für Mitarbeiter in Institutionen einen adäquaten Umgang mit Gewaltsituationen zu erlernen. Diesbezügliche Vorgaben beste-

hen z.B. aus den USA und aus den Niederlanden. Die Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter „Handeln statt Mißhandeln“ hat unter Einbeziehung vorhandener Unterlagen ein diesbezügliches Curriculum erarbeitet und bietet dieses seit 1999 an (Tabelle 8).

**Tabelle 8: Schematische Darstellung des HsM-Curriculum: „Gegen Gewalt in der Pflege“\*)**

Zeitungsumfang: 12 Sitzungen à 90 Minuten Dozenten: 2 Dozenten von HsM  
 Gestaltung: Seminarstil Mittel: Folien, Video u.a.  
 Termingestaltung: Block-Veranstaltungen bzw. nach Absprache

<p><u>1. Sitzung</u>                  Vorstellung der HsM-Initiative/Referentinnen/                  Ziele                  Vorstellung der Teilnehmer in Bezug auf Ge-                  walterfahrung (Brainstorming)                  Klärung von Erwartungen/Ziele  <i>Methode:</i> Kleingruppe, Partnerinterview, Aus-                  wertung in der Großgruppe</p> <p><u>2. Sitzung</u>                  Sensibilisierung für das Thema anhand                  der Aktivitäten des Lebens nach Krohwin-                  kel (AEDL), Anknüpfung an die Erfahrun-                  gen der Teilnehmer  <i>Methode:</i> Kleingruppen, Rollenspiel</p> <p><u>3. Sitzung</u>                  Theorie zu Gewalt                  Professioneller Umgang mit Gewalt (allge-                  mein)  <i>Methode:</i> Vortrag, Einzelarbeit</p> <p><u>4. Sitzung</u>                  Aktuelle Gewaltmomente am Beispiel „Um-                  gang mit dem eigenen Ärger“  <i>Methode:</i> Vortrag, Übungen</p> <p><u>5. Sitzung</u>                  Umgang mit Gewalt und ihrer Lösungswege                  aus Sicht der Pflegeperson                  (prophylaktisch, aktuell/situativ, rehabilitativ)  <i>Methode:</i> Vortrag, Übungen</p> <p><u>6. Sitzung:</u>                  Umgang mit Gewalt und ihre Lösungswege                  aus Sicht des Gepflegten  <i>Methode:</i> Vortrag, Übungen, Fallarbeit</p>	<p><u>7. Sitzung:</u>                  Vertiefung der Thematik aus den beiden vor                  ausgegangenen Sitzungen                  (besondere Berücksichtigung von Macht/Ohn-                  macht, Toleranz/Akzeptanz, Übertragung/Ge-                  genübertragung)  <i>Methode:</i> Gespräch, Übungen, Fallarbeit,                  Kleingruppen</p> <p><u>8. Sitzung:</u>                  Erweiterung des Begriffes Gewalt hinsichtlich                  anderer Kulturen, Gruppen und Institutionen  <i>Methode:</i> Gruppenarbeit, Rollenspiel</p> <p><u>9. Sitzung:</u>                  Konkrete Lösungen                  Konfliktbewältigungsstrategien u.a. am                  Beispiel der „Kollegialen Beratung“  <i>Methode:</i> Vortrag, Gruppenarbeit</p> <p><u>10. Sitzung:</u>                  Leistungserwartungen/Rollenerwartungen aus                  Sicht des Umfeldes (Institution, Angehörige,                  Pflegende, Gepflegte, Leistungsanbieter)  <i>Methode:</i> Vortrag, Gespräch, Übungen</p> <p><u>11. Sitzung:</u>                  Gewaltbegünstigte Faktoren durch bestimmte                  Krankheitsbilder  <i>Methode:</i> Vortrag, Gespräch, Gruppenarbeit</p> <p><u>12. Sitzung:</u>                  Transfermöglichkeiten in die Praxis, Multiplika-                  tionsfunktion                  Auswertung  <i>Methode:</i> Gespräch</p>
--	---

\*) Erarbeitet von den Mitarbeitern der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – HsM; seit 1999 werden Kur-  
 se angeboten

## 11. Fallbeispiele

### **Vernachlässigung und unterlassene Hilfeleistung**

*Herr K., 66 Jahre, wird von seiner Ehefrau gepflegt. Er ist nach einem Schlaganfall dauerhaft pflegebedürftig. Seit einigen Monaten kommt ein ambulanter Pflegedienst zur Entlastung ins Haus. Herr K. hat schon über mehrere Monate einen sehr großen Dekubitus dritten Grades. Die Wohnung ist verwahrlost. Wöchentlich kommt der Hausarzt. Herr K. schreit vor Schmerzen und die pflegende Ehefrau ist nervlich so stark angegriffen, daß sie vor der Pflegekraft äußert, sich und die ganze Familie umbringen zu wollen, da sie dies alles nicht mehr aushalte. Trotz dieser schon seit längerer Zeit bestehenden gravierenden gesundheitlichen und sozialen Unter- und Fehlversorgung wurden bisher weder vom Pflegedienst noch vom Hausarzt weitere Hilfen eingeschaltet. Weder wurde eine Klinikeinweisung vorgenommen noch das Gesundheitsamt informiert.*

*Keine der einbezogenen professionellen Kräfte handelt, obgleich sich die Situation immer weiter zuspitzt und die Ehefrau immer wieder die Dramatik der Situation in emotional aufwühlender Weise beschreibt. So treibt die Situation weiter, bis schließlich eine neue Pflegekraft in den Haushalt kommt und sich bei HsM („Handeln statt Mißhandeln“ - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter) meldet. Herr K. wird daraufhin direkt in ein Krankenhaus eingeliefert. Eine Beinamputation steht an, jedoch stirbt Herr K. nach drei Tagen Krankenhausaufenthalt – ein Opfer unterlassener Hilfeleistung durch Pflegedienst und Hausarzt.*

### **Psychische Gewalt - Verletzung der Menschenwürde**

*Frau B., 77 Jahre, lebt in einem Altenheim. Sie ist dementiell erkrankt, körperlich aber noch sehr rüstig. Die Tochter besucht sie regelmäßig und berichtet HsM, daß bei einem ihrer Besuche ihre Mutter signalisiert, daß sie zur Toilette möchte. Die anwesende Pflegekraft sagt zu Frau B., daß sie doch eine Windel an habe und in diese machen soll. Die Tochter ist ganz empört und will ihre Mutter zur Toilette begleiten. Die Pflegekraft erwidert darauf, daß sie dies unterlassen soll, weil Frau B. dies dann auch immer vom Pflegepersonal einfordern würde. Dafür wäre keine Zeit. Außerdem würde die Windel ja regelmäßig gewechselt. Frau B. weint leise, äußert sich jedoch nicht auf die Aussage der Pflegekraft.*

*Auf die Einwände der Tochter, wie demütigend dies für ihre Mutter sei, entgegnet die Pflegekraft achselzuckend, daß sie darauf leider keine Rücksicht nehmen könne, schließlich müsse sie ihren Arbeitsplan erfüllen.*

### **Körperverletzung und das „Wegsehen“ Dritter**

*Frau R., 76 Jahre, lebt mit ihrem alkoholkranken und finanziell von ihr abhängigem Sohn zusammen in einer 35 qm großen Wohnung. Seit einiger Zeit ist die Freundin des Sohnes ebenfalls zusätzlich in die Wohnung gezogen. Auf Drängen ihres Sohnes überschreibt Frau R. ihm ihre Rente. Dennoch fordert er weiterhin zusätzlich von ihr Geld. Kommt sie seinen Forderungen nicht nach, wird er ausfallend, beschimpft und schlägt sie. Sie spricht hierüber mit anderen Hausbewohnern. Jedoch greift niemand ein und hilft ihr. Ihre Wohnung wird immer mehr vernachlässigt. Obwohl dies auch den übrigen Hausbewohnern auffällt, unternimmt niemand etwas. Als schließlich nach 2 Jahren der städtische Vermieter durch einen Hausbewohner über die unhaltbaren Zustände informiert wird, wird keine Abhilfe geschaffen. Schließlich, als Frau R. wieder einmal von ihrem Sohn massiv geschlagen wird, fällt sie und bricht sich den Oberschenkel. Dies führt zu einer Klinikeinweisung.*

Frau R. vertraut sich der Sozialarbeiterin an, die HsM informiert. Mitarbeiter von HsM wenden sich an die zuständigen Behörden und fragen, warum sich niemand eingeschaltet und Frau R. geholfen habe. Niemand fühlte sich für sie zuständig.

## 12. Facit:

**Jeder Mensch muß nie, kann aber immer gewalttätig sein:**

*in allen Situationen, in verschiedenen Gemütszuständen  
einzeln oder kollektiv, gemeinsam oder arbeitsteilig  
mit und ohne Zorn, mit und ohne Lust  
schreiend oder schweigend  
für alle denkbaren Zwecke!*

**Diese Gewalttätigkeit wird in der Altenarbeit unterstützt durch:**

*gesellschaftliches Desinteresse an hilfsbedürftigen Alten  
Skandalisierung - Verharmlosung  
Mißachtung von Gesetzen  
Desinteresse an der Durchsetzung von geltendem Recht  
Duldung oder Rechtfertigung von Mißständen  
Wegsehen – Abschieben von Verantwortung – Anomie*

„Im Verhältnis zu den großen Zielen der Menschen guten Willens sind wir bereits weit im Rückstand. Vergrößern wir ihn nicht noch mehr durch unser Mißtrauen, unsere Trägheit und unseren Skeptizismus. Viel Zeit haben wir nicht mehr zu verlieren“

Bobbio (1999)

### **Literatur beim Verfasser**

**Anschrift:**

*Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch: Abteilung für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychiatrisches Zentrum,  
Rheinische Kliniken Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn /  
Handeln statt Mißhanden – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.  
(Tel.: 0228 551 2204 / Fax: 0228 551 2262)*