



Handeln statt Mißhandeln

HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.
Goetheallee 51, D-53225 Bonn

Fax : : 0228 / 63 63 31 Internet: www.hsm-bonn.de
Notruf-Telefon: 0228 / 69 68 68 E-Mail : info@hsm-bonn.de

Gewalt gegen alte Menschen:
- Ein Überblick zur Situation in Deutschland -
- Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen -
Rolf D. Hirsch – HsM-Bonn

1. Einführung

Obwohl Misshandlung von alten Menschen und Gewalthandlungen gegen sie ein gesellschaftliches Problem erheblichen Ausmaßes ist, ist es immer noch weitgehend tabuisiert. Schon wegen der Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung kann aber dieses Problemfeld, nicht länger vernachlässigt werden. Hatten sich Gesellschaft und Wissenschaft schon in den 60iger und 70iger Jahren intensiver um Kindes- und Frauenmisshandlung gekümmert, so geschieht dies zur Altenmisshandlung -von Land zu Land in sehr unterschiedlicher Intensität- erst seit den 80iger Jahren. Insbesondere seit der empirischen Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (Wetzels et al., 1995) wird in Deutschland, wenn auch immer noch in sehr beschränktem Umfang, in der Wissenschaft das Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ beforscht.

Bekannt wurden Misshandlungen an alten Menschen im öffentlichen Raum, im sozialen Nahraum bzw. in der Familie und in Institutionen. Pflegeabhängige alte Menschen, insbesondere solche mit psychischen Störungen, sind Misshandlungssituationen in der Regel hilflos ausgeliefert. Derzeit gibt es noch kaum entsprechende Hilfen, um das Leid und die Not alter Menschen, denen Gewalt angetan wurde, zu lindern bzw. zu bekämpfen. In der Regel haben Betroffene noch nicht einmal die Möglichkeit, sich -mangels Vorhandensein oder Zuständigkeit- an eine Stelle (Krisen- oder Beratungsstelle bzw. Notruftelefon) zu wenden, wie dies z.B. im Kinder- und Jugendlichen-Bereich selbstverständlich geworden ist.

2. Begriffsklärung

Im deutschen Sprachraum hat sich bisher keine allgemeingültige Definition zur Gewalt durchgesetzt. Je nach Zugangsweise (Justiz, Polizei, Soziologie, Medizin, Psychologie, Politologie) wird unter Gewalt Unterschiedliches verstanden (Hirsch, Kranzhoff 1997; Schwindt et al. 1989). Abhängig ist dies zudem von dem jeweiligen sozialpolitischen Verständnis sowie den geltenden gesellschaftlichen Werten und Normen (Faber 1995). In der Praxis wird der Begriff „Gewalt“ selten ohne bewertende Aspekte.

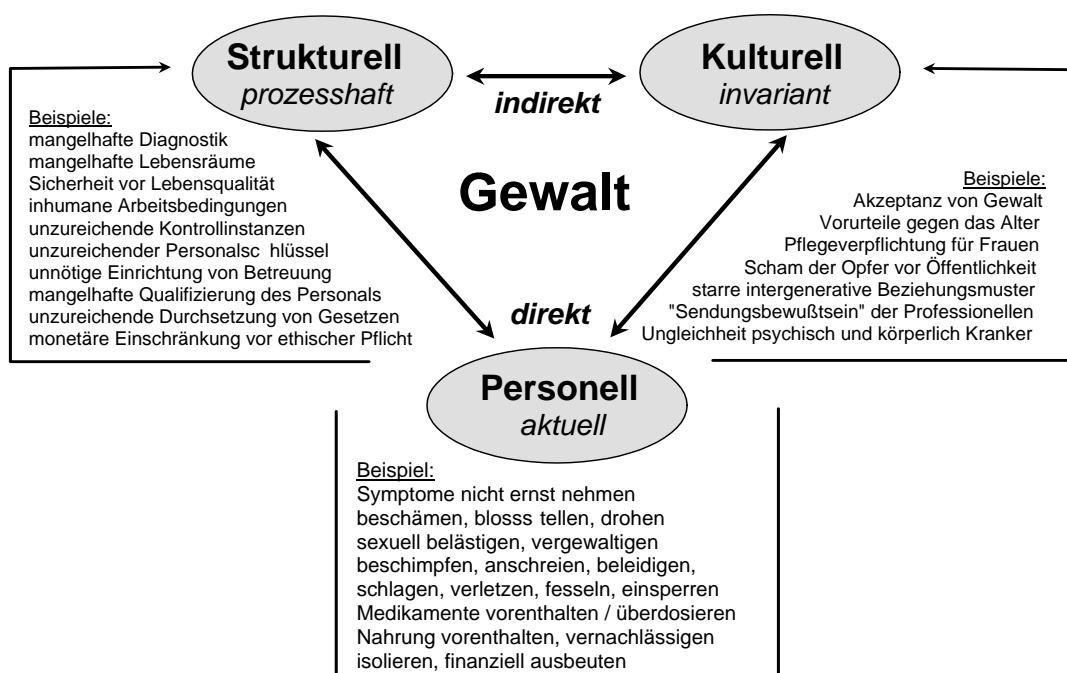
Bei der Thematisierung von Gewalt (Heitmeyer & Hagan 2002) besteht die Gefahr der

- „Umdeutungsfalle“: Gewalt wird exklusiv personalisiert, generell pathologisiert oder biologisiert und soziale und moralische Aspekte nicht berücksichtigt.
- „Skandalisierungsfalle“: Um besser oder schneller Gehör in der Öffentlichkeit zu finden wird spektakuläres Vokabular gewählt.

- „Inflationsfalle“: Dadurch entsteht der Eindruck, dass es kaum noch gewaltarme- oder -freie Zonen gibt und Gewalt eigentlich überall ist.
- „Moralisierungsfalle“: Es wird nach einer einfachen Opfer-Täter-Schematik vorgegangen und moralisierend „Gut“ und „Böse“ zugeordnet.
- „Normalitätsfalle“: Gewalt von bestimmten Gruppierungen wird als „normal“ oder „Natürlich“ begriffen und dadurch verharmlost.
- „Reduktionsfalle“: Gewalt wird auf einfache Erklärungsschematas reduziert oder rein auf persönliche Eigenschaften von Personen.

Kennzeichnend für die Diskussion um Gewalt gegen ältere Menschen ist ein Gewaltkonzept, welches sich nicht nur auf den physischen und psychischen Bereich bezieht, sondern auch auf die Misshandlung und die Unterlassung. Die Arbeit von Dieck (1987), in welcher in Anlehnung an die englischsprachige Literatur, zwischen „Misshandlung“ als ein aktives Tun (körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens) und „Vernachlässigung“ (passive und aktive) unterschieden wird, wurde von vielen Wissenschaftlern aufgegriffen. Nachteil ist allerdings, dass nur direkte Gewalthandlungen zwischen Personen beschrieben werden, strukturelle und kulturelle, die auch die personelle mitbedingen, aber keine Berücksichtigung finden. Galtung (1975, 1993) bezieht diese Ebenen in sein Konzept ein und 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 operationalisierbar scheint, bevorzugen wir diese in weiterentwickelter Form für die Beschreibung von Gewalt gegen alte Menschen (Abbildung 1), Deutlich wird durch das „Gewaldreieck“, dass Gewalthandlungen, die in Beziehungen auftreten, vielfältige Hintergründe haben können und von daher deren Verhinderung oder Prävention eines umfangreicheren Konzeptes bedarf.

Abbildung 1: Triade der Gewalt gegen alte Menschen (nach Galtung 1993; Hirsch 2001)



Dieses Modell bietet für Handlungsstrategien die Aspekte (Hirsch u. Vollhardt, 2002):

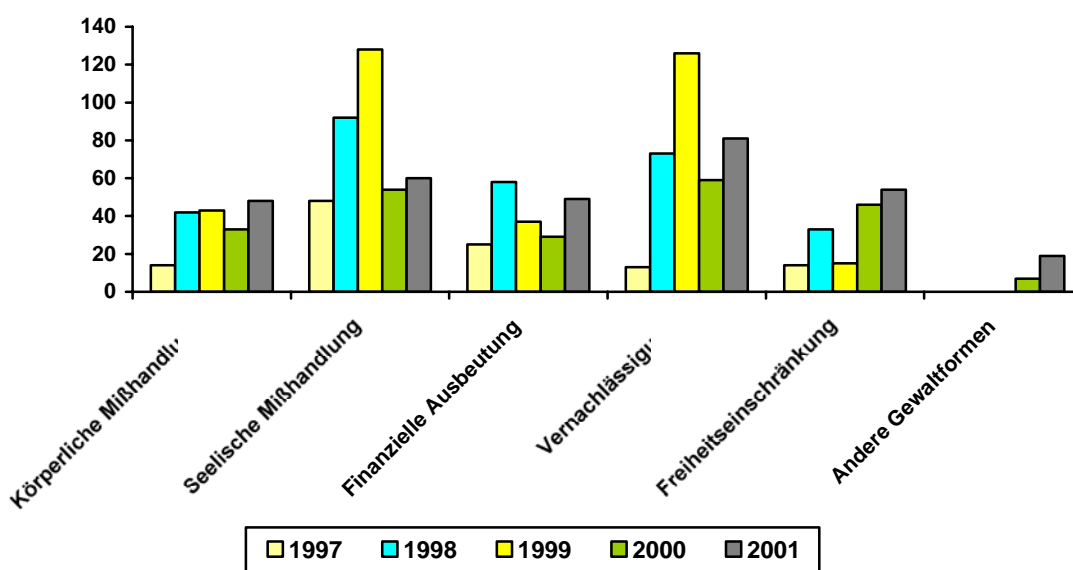
1. Gewalt als eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse: zu sehen: diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung, Korrektur und Suche nach Alternativen im Wege steht;
2. der Bedeutung von multifaktoriellen und mehrdimensionalen Entstehungsbedingungen, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern;
3. der Vermeidung, lediglich eine Opfer-Täter-Dichotomisierung oder eine reine Beziehungsproblematik zu sehen; dies ist zur Vermeidung von Emotionalisierung und zur Operationalisierung von Alternativen entscheidend.

3. Auftreten und Häufigkeit

Nur wenige empirische Untersuchungen lassen sich zur Feststellung der Formen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten heranziehen. Die Dunkelziffer von Gewalthandlungen an alten Menschen wird insgesamt als sehr hoch eingeschätzt.

Als Beispiel für das Auftreten und deren Verteilung von verschiedenen Gewaltformen kann die Art und Häufigkeit der Anrufe beim Bonner Notruftelefon dienen (Hirsch et al. 2002). In den Jahren 1997 bis 2002 gingen über 1000 Notrufe, bei denen eine Gewalthandlung geschildert wurde, ein. Psychische Gewalt und Vernachlässigung waren die häufigsten Gewaltformen, über die beim Notruf-Telefon berichtet wurde (Abbildung 2). Zwischen 70 und 75% der Opfer waren weiblich. Als „Tatort“ wird am häufigsten die eigene Wohnung und das Altenheim angegeben.

Abbildung 2: Formen von Gewalt der Anrufer bei der Bonner initiative gegen Gewalt (Hirsch et al. 2002)



3.1. Im öffentlichen Raum

Geht man nur von der Polizeilichen Kriminalstatistik aus, so ist die Viktimisierung alter Menschen gering. Doch erfaßt diese Statistik nur schwere Delikte und nur die, die auch zur Anzeige kommen. In der Untersuchung von Wetzels et al. (1995) wird beschrieben, daß 1991 7,5 % (alte Bundesländer und W-Berlin) bzw. 9% (neue Bundesländer) der über 60jährigen Opfer einer kriminellen Handlung wurden. Ausgeschlossen von der Untersuchung waren allerdings pflegebedürftige und in Institutionen lebende alte Menschen, unterrepräsentiert über 75jährige. Aus der Bonner HsM-Studie (Hirsch & Kranich 1999) geht hervor, daß innerhalb der letzten 5 Jahre (1993-1997) 35,3% der über 60-jährigen Bonner Bürger Opfer von Gewalthandlungen wurden (60-74jährige: 39,5%; 75jährige und ältere: 29,6%). Häufigste Delikte sind: Diebstahl/Einbruch, Betrug und Handtaschenraub. Mit zunehmendem Alter scheint der Tatort vermehrt die eigene Wohnung zu sein.

3.2. Im häuslichen Umfeld

Angaben über häusliche Gewalt gibt es in Deutschland, bis auf Einzelfallschilderungen (Eastmann 1985) kaum. Die erste diesbezüglich in der BRD durchgeführte (Wetzels et al. 1995) geht von 6,6% für das Jahr 1991 aus. Davon waren 3,4% Opfer physischer Gewalt, 2,7% wurden durch aktive Vernachlässigung oder Medikamentenmissbrauch viktimisiert, 1,3% materiell geschädigt und 0,8% berichten über chronische verbale Aggression. In der Bonner HsM-Studie (Hirsch & Brendebach 1999) wurde ein Anteil von 10,8% der über 60jährigen festgestellt, die innerhalb der letzten 5 Jahre in der Familie Opfer wurden (60-74-jährige: 13%; 75jährige und ältere: 7,5%). Häufigste Formen sind körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung und finanzielle Schädigung. Überwiegend ist psychische Gewalt mit anderen Formen verbunden. Nachhaltig beeinträchtigt wurden durch Gewalthandlungen 39% der Betroffenen in Form von Ängsten, Gefühl der Missachtung und Erniedrigung sowie finanziellen Nachteilen. Längerfristig kamen Strategien der Vermeidung oder des Kontaktabbruches zum Tragen. Als besondere Risikogruppen werden kranke und hilfebedürftige sowie (finanziell) abhängige und sozial isolierte Personen gesehen.

3.3. In Institutionen

Systematische Untersuchungen über Gewalthandlungen in deutschen Institutionen (Kliniken und Altenheimen) gibt es kaum. Überwiegend wurden nur einzelne Gewaltphänomene wie Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Einsperrung und Fesselung) und Psychopharmaka-Missbrauch (Über-, Unter- und Fehlmedikation) untersucht. Weitere Problemfelder, die auf Misshandlungen hinweisen können wie Auftreten und Häufigkeit von Decubiti und künstlicher Ernährung, sowie Umgang mit einer rechtlichen Betreuung, sind bisher kaum untersucht worden. Da fast 700 000 ältere Menschen in Altenheimen leben und insbesondere Altenpflegeheime immer mehr gebaut werden, hat auch das Interesse an der Versorgung psychisch kranker alter Menschen zugenommen. Bekannt ist, dass die medizinische, besonders die gerontopsychiatrische Versorgung unzureichend und die Pflege mangelhaft ist.

In einer Untersuchung von Hirsch und Kranzhoff (1996), die in 29 gerontopsychiatrischen Abteilungen (insges. 2374 Patienten) durchgeführt wurde (24-Stunden-Erhebung), wurde in 25% der Fälle wenigstens eine bewegungseinschränkende Maßnahme durchgeführt. Fixiert wurde hauptsächlich „vorsorglich“ wegen Sturzgefahr (48,2%), Schwindel/Gangunsicherheit u.ä. (27,8%) und quälende/rastlose Unruhe/Agitiertheit (15,7%).

In einer Stichtagserhebung bei über 3 000 Bewohnern aus 26 deutschen Altenheimen zeigte sich, daß über 2 000 freiheitsentziehende Maßnahmen in diesem Zeitraum durchgeführt wurden (Klie 1998). Bei einer weiteren Untersuchung von (offenen) Pflegestationen in sechs Altenheimen wurde bei einem Beobachtungszeitraum von 48 Stunden bei 51% der Heimbewohner eine freiheitsbeschränkende Maßnahme durchgeführt (Hollweg 1994).

Klie & Pfundstein (2002) führten in 31 Münchener Alten- und Pflegeheimen eine Stichtagserhebung im Jahr 2000 zum Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ durch. Insgesamt waren 31 Pflegeheime beteiligt. Die Angaben wurden von Pflegeheimmitarbeitern gemacht (N= 973). Eine mechanische Maßnahme am Stuhl oder Bett wurde bei 41,4% der Bewohner durchgeführt. Dominant sind die Maßnahmen im Bett, insbes. die Bettgitter (40,6%). Ca. 1/3 der Bewohner wurden die Maßnahmen im Bett über 20 Stunden durchgeführt. Fixierungen am Stuhl wurden bei ca. 1/3 über mehr als acht Stunden durchgeführt. Als Gründe für die Fixierung wurde am häufigsten „Sturzgefahr/Gehunsicherheit“ genannt (91%).

Weitere Angaben verdeutlichen, wie sehr strukturelle Missstände in deutschen Pflegeheimen bestehen (Tabelle 1).

- 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 (Brucker 2001).

Tabelle 1: Rangfolge der festgestellten Qualitätsdefizite in der Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (Brüggemann 2000)

stationär	ambulant
1. Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses / Pflegedokumentation	1.
2. Pflegekonzept nicht umgesetzt	4.
3. Defizit bei der Fortbildung	2.
4. Passivierende Pflege	7.
5. Defizit bei der Fachliteratur	3.
6. Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie	10.
7. Defizit im Umgang mit Medikamenten	11.
8. Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung	5.
9. Pflegeleitbild liegt nicht vor	8.
10. Pflegekonzept liegt nicht vor	15.
11. Defizite bei der Inkontinenzversorgung	9.
12. Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet	6.
13. Personalanzahl zu gering	12.
14. Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	13.
15. Verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend Qualifiziert	14.
Stellv. PFK nicht ausreichend qualifiziert	13.
Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter Versicherter	14.
Mängel in der räumlichen Ausstattung	14.

- Von 1996 bis 1999 wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung insgesamt etwa 4000 Prüfungen durchgeführt (ca. 1800 ambulant; 2200 stationär). In fast allen Einrichtungen wurden Qualitätsmängel bei der Pflegedokumentation festgestellt. Gravierende Mängel wurden festgestellt in der Dekubitusprophylaxe/-pflege, Ernährung/Flüssigkeit, Inkontinenzversorgung, beim Umgang mit Medikamenten und freiheitseinschränkenden Maßnahmen (Brüggemann, 2000).
- 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 Notruftelefone aus der Bundesrepublik geschildert.

Psychopharmaka werden in Pflegeheimen häufig in zu hoher Dosierung, in ungünstiger Auswahl, gefährlicher Kombination und für zu lange Zeiträume eingesetzt. Diese missbräuchliche Praxis ist in Einrichtungen mit weniger adäquaten Ressourcen häufiger (Riedel-Heller et al. 1999). An Untersuchungen aus der Bundesrepublik sind zu nennen:

- Über der Hälfte der 108 Bewohner von zwei Altenheimen (Grond 1993) wurden Medikamente ohne Angabe einer Diagnose verordnet. Eine Vielverordnung war eher die Regel (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 anderen 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 Klinikentlassung (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 Enquête-Kommission Demographischer Wandel (Glaeske et al. 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 Tendenz. 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 von examiniertem Pflegepersonal, in den Pflegeheimen aussieht, desto geringer ist die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka für die dort lebenden älteren Menschen.“

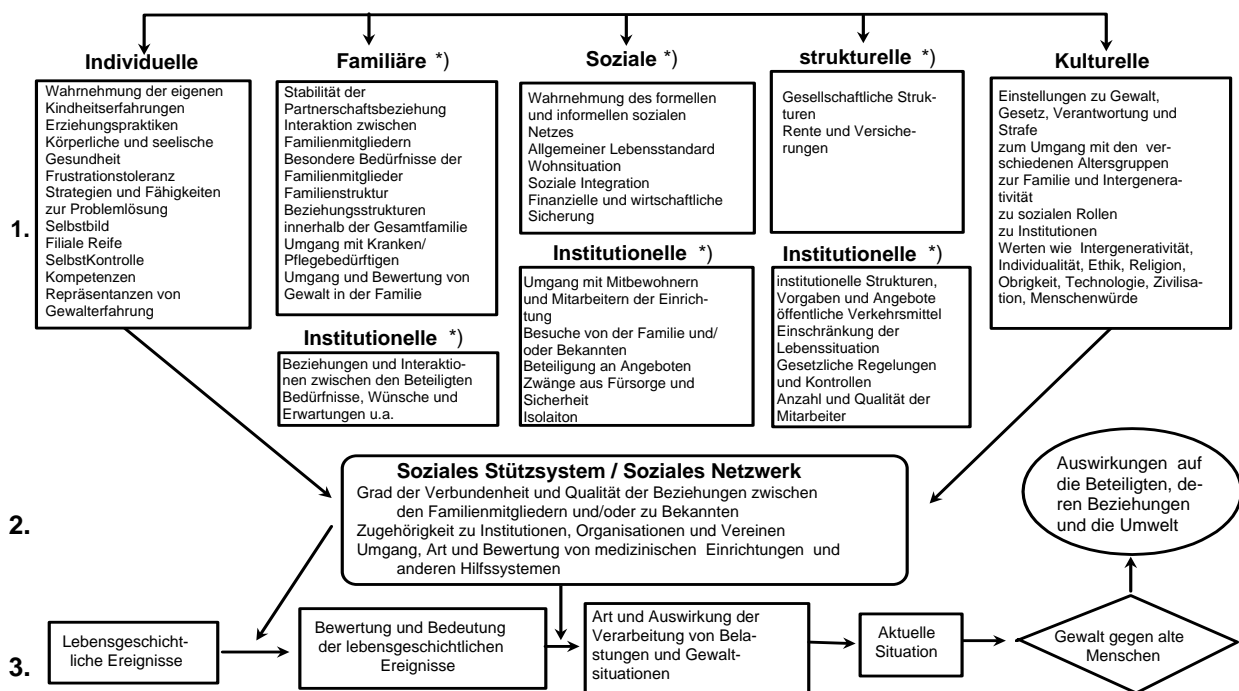
4. Quellen und Prozeß der Gewalt in Institutionen

Negative Vorurteile und gesellschaftlich geprägte altendiskriminierende Vororientierungen werden leider oft bei Fragen nach der Verursachung von Gewalthandlungen vernachlässigt. Doch sie sind der Nährboden für Gewalt gegen alte Menschen. Wer heute alt, psychisch krank und pflegebedürftig ist, ist in unserer Gesellschaft wenig „wert“

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.

Auf Abbildung 3 soll zum besseren Verständnis der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen ein Modell schematisch dargestellt werden. Unterschieden wird zwischen prädisponierenden Faktoren (1), vermittelnden Faktoren (2) und Auslösefaktoren (3).

Abbildung 3: Modell der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen



Bemerkungen: 1.: Prädisponierende Faktoren, 2.: vermittelnde Faktoren, 3.: auslösende Faktoren

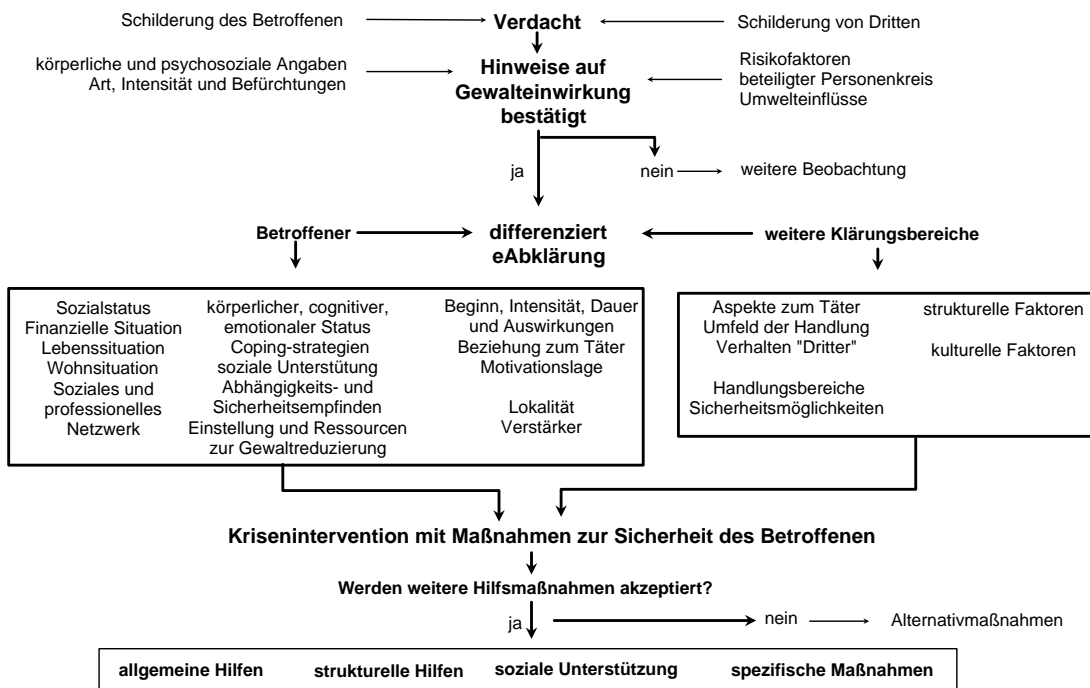
*) Lebt ein alter Mensch in einem Pflegeheim, so wirken als "vermittelnde" Faktoren auch institutionelle.

5. Assessment

Die Klärung, ob eine Gewalthandlung und wie diese beeinflusst werden kann, bedarf eines mehrschichtigen Prozesses (Abbildung 3). Bei vorliegendem Verdacht muss dieser erst objektiviert werden. Grundsätzlich ist eine eingehende körperliche Untersuchung (Verletzungen? Druckgeschwür? Mangelernährung?) erforderlich und die Medikation (Überdosierung?) zu überprüfen. Einzubeziehen sind Angaben von Dritten. Bisher eher vernachlässigt wurde, körperliche Veränderungen als Hinweise für eine Gewalthandlung zu sehen. Leider fehlen bisher noch diesbezügliche objektive Kriterien, wie sie aus der Kinds- und Frauenmisshandlung bekannt sind. Ein weiterer Schritt ist die Einbeziehung des/der „Täter“ und die Klärung der oft pathogenen Beziehungsmuster sowie der situativen Faktoren. Geklärt werden muss 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.

Abbildung 4: Gewalt-Assessment beim alten Menschen (Hirsch 2001)



6. Interventionen

Voraussetzung für Interventionen gegen Gewalt ist, diese zu erkennen und wahrzunehmen. Möglichkeiten zur Verringerung von Gewalt ist im familiären Bereich meist im persönlichen Bereich möglich, in Institutionen überwiegend im strukturellen. Misshandlungen und Missstände schweigend zu akzeptieren bedeutet, dass diese häufig aufrechterhalten werden und eskalieren.

Meist ist professionelle Hilfe erforderlich, z.T. auch durch geschulte Ehrenamtliche, um einen Weg aus der Gewalt zu finden und diesen zu stabilisieren. Selten reicht eine einmalige Intervention zur Behebung des Problems. Oft sind weitere medizinische und/oder psychosoziale Hilfen und Unterstützungen erforderlich, die verantwortlich aufeinander abgestimmt und problemorientiert im Rahmen eines Prozesses durchgeführt werden müssen. Unterschiedliche Berufsgruppen tragen zum Gelingen bei.

Handlungskonzepte setzen zwar meist im persönlichen direkten Bereich an, sollten aber auch strukturelle und zumindest im Hintergrund auch kulturelle Aspekte einbeziehen. Im folgenden sollen nur die Aspekte kurz skizziert werden, die als erste und in der aktuellen Situation notwendig sind (Hirsch & Vollhardt 2001):

Im Erstkontakt (telefonisch oder persönlich) sind folgende Fragen hilfreich:

- Möchte der Anrufer anonym bleiben (Hilfen werden dadurch erheblich eingeschränkt)?
- Wo und wie lebt das „Opfer“? Wer sind seine Kontaktpersonen?

- Ist eine Gewalthandlung schon einmal aufgetreten? Wie häufig?
- Wie und wann haben diese Misshandlungen begonnen?
- Wird von den übrigen Familienmitgliedern oder anderen Beteiligten die Misshandlungen als solche empfunden? Wie sie stehen diese dazu ? Was empfinden sie (Angst, Scham-, Schuldgefühle, Ohnmacht, Resignation, Wut, Hass, Verzweiflung) ?
- Wer wurde schon um Hilfe gebeten und wie hat sich diese ausgewirkt?
- Können die an diesen Handlungen beteiligten Personen zu einem Gespräch eingeladen werden?
- Wer könnte zusätzlich eingeschaltet werden, um Gewalthandlungen in Zukunft zu verringern bzw. zu vermeiden?

Die Handlungsansätze richten sich nach dem Ergebnis des durchgeführten Assessments. Grundsatz ist:

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

Beispiele für Handlungsansätze sind:

- Bei einer vorliegenden psychischen oder somatischen Erkrankung oder Behinderung eines an der Misshandlung Beteiligten oder bei eindeutigen körperlichen Misshandlungseinwirkungen sollte eine diesbezügliche medizinische Behandlung oder Rehabilitation empfohlen und darsauf hingewirkt werden.
- Bei Konflikten, die durch (innere und äußere) Nähe-Distanz-Probleme oder symbiotische Beziehungen entstanden sind, sollte man nach Möglichkeiten zur Distanz (z. B. eigenes Zimmer, zeitliche Abwesenheit von Familienmitgliedern, Verteilung der häuslichen Arbeiten) und Möglichkeiten ur Verringerung von Abhängigkeiten suchen.
- Bei ständigen Drohungen von Familienangehörigen, Misshandlung anzuwenden, sollten Beratungsgesprächen empfohlen werden.
- Bei Einschränkung der Grundrechte ist eine Aufklärung durch einen Juristen über die Rechte eines jeden Menschen sinnvoll und die Möglichkeit, diese auch einzufordern zu schaffen sowie Unterstützung von Bekannten, Nachbarn oder sozialen Diensten zu vermitteln.

Frühe Interventionen sind nur möglich, wenn man bei den ersten Anzeichen von Gewalt-handlungen genauer hinsieht und bereit ist zu handeln indem etwa Drittpersonen (psychosozialer Dienst, Nachbarn oder bisher nicht involvierte Familienmitglieder) eingeschaltet werden. Gerade Hausärzte sind hier besonders in der Pflicht. Sie hören von den Familienmitgliedern über deren Umgangsweise miteinander, können Überlastungen feststellen sowie auch psychische Veränderungen einzelner Familienmitglieder, die auf eine Misshandlung hinweisen.

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“.

Von besonderer Bedeutung sind Aus- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Professionelle, die mit älteren Menschen arbeiten. Diese dienen dem Verstehen von eigenen Gewaltimpulsen, von Misshandlungssituationen, ihren Ursachen und Folgen sowie der aktiven Vermeidung oder Verringerung von Misshandlung. In nur wenig Lehrhilfen und Fachbüchern wird auf diesen Themenbereich eingegangen. Umso wichtiger ist für jeden Professionellen, Möglichkeiten zur Fortbildung zu finden. Derzeit gibt es neben spezifischer Fachliteratur Trainingsmanuale, strukturierte Curricula und anspruchsvolle Weiterbildungsmöglichkeiten (Kemshall und Pritchard 1998, Pritchard 1996, Plantanida 1990 a & b).

7. Derzeitige Einrichtungen und Initiativen von Gewaltverringderung

Leider gibt es in Deutschland kein Gesetz gegen Altersdiskriminierung. Die möglichen staatlichen Kontrollen sind in der Regel mangelhaft personell ausgestattet und verfügen nicht immer über Fachkenntnisse. Gibt es auch einige Initiativen von Kommunen und Ländern, so haben diese bisher kaum Auswirkungen auf eine Verringerung von Gewalthandlungen gegen alte Menschen.

Gegenüber ca. 6000 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Partner und Familien, gibt es in Deutschland lediglich ca. 45 Beratungsstellen für ältere Menschen, insbesondere für Familien mit Demenzkranken. Alte Menschen klagen oft, dass es keine Möglichkeit zur Hilfe gibt und sie selten ernst genommen werden. Manche schämen sich oder haben Angst, sich an Dritte zu wenden.

Seit 1999 gibt es die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen“, in welcher sich 15 (Stand: Oktober 2003) sehr unterschiedlich arbeitende Einrichtungen in einem lockeren Verband zusammengeschlossen haben. Nur zwei von ihnen bieten auch Kriseninterventionen und Beratung in der Familie an. Der Arbeitsschwerpunkt der übrigen Einrichtungen bezieht sich primär auf Schwierigkeiten in der ambulanten und stationären Pflege. Die Einrichtungen werden überwiegend von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden finanziert. Inzwischen haben diese in ihrer Region zumindest zu einer Sensibilisierung beigetragen, in Einzelfällen zu einer erheblichen Verbesserung der Betroffenen. Auch Pflegekräfte fühlen sich durch diese Einrichtungen immer mehr unterstützt. Von der Politik werden diese Stellen zunehmend ernst genommen und gefördert.

Die „Aktion gegen Gewalt in der Pflege“, 1997 initiiert, in welcher das Kuratorium Deutsche Altershilfe, der Sozialverband Deutschland, die Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter „Handeln statt Mißhandeln“ e.V., der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. und der Arbeitskreis gegen Menschenrechtsverletzungen zusammenarbeiten, hat durch vielfältige Veranstaltungen, Gesprächen mit Politikern und öffentlichen Aktionen inzwischen erreicht, dass der Problembereich „Altenpflege“ mehr in die Öffentlichkeit gekommen ist. Erschienen ist hierzu auch ein Memorandum (AGP 1999).

In den letzten Jahren wurden mehrere Arbeitshilfen zusammengestellt, die zur Verringerung von Gewalt in der Pflege führen sollen. (Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter 1999; Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg 2002; Hamborg et al., 2003; Hiss et al. 2000, Initiative gegen Gewalt im Alter 1999; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein 2000; Münchenstift 2002). Allerdings wird dabei kaum die strukturelle oder kulturelle Gewalt gegen alte Menschen berücksichtigt und Möglichkeiten für deren Beeinflussung gezeigt.

Insgesamt ist die derzeitige Situation in Deutschland dennoch sehr unbefriedigend. Immer noch gibt es kaum Möglichkeiten für alte Menschen, sich an Einrichtungen wenden zu können, um Hilfe zu erhalten, wenn sie misshandelt werden. Hierfür wäre in Deutschland kein Geld vorhanden, heißt es. Die vielfältigen Vorschriften und Gesetze, die sich z.T. widersprechen verunmöglichen in absehbarer Zeit eine wirkliche Besserung. Notwendig wäre eine Umorientierung und ein sich Besinnen auf ethische und kulturelle Werte. Was ein alter Mensch zur Erhaltung seiner Lebensqualität braucht ist aber nicht nur von finanziellen Möglichkeiten abhängig. Notwendig ist eine Umorientierung, eine gesellschaftlich verankerte Ächtung und keine Duldung von Altersdiskriminierung.

8. Möglichkeiten von privaten Initiativen

Ist es auch nicht belegt, dass Gewalthandlungen gegen alte Menschen zunehmen, so ist schon allein aufgrund der demographischen Entwicklung davon auszugehen, dass die Anzahl der alten Menschen, die einer Gewalthandlung ausgesetzt sind, sich erheblich vergrößern wird. Schon heute ist der Bedarf an regionalen Hilfsangeboten für Opfer in nicht gedeckt. Dies belegt schon die Tatsache, dass z.B. Anrufe aus ganz Deutschland zum Notruftelefon in Bonn kommen. Immer wieder ist zu hören, dass lokal keine Möglichkeiten bestünden, Hilfe zu erhalten.

Gibt es auch einige Möglichkeiten neben der Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Unterstützung zur Verringerung von Misshandlungen in der Pflege zu bekommen, so gilt dies nicht –außer kriminellen Handlungen im öffentlichen Raum- irgendeine Unterstützung zu erhalten.

Vielfältige und sehr differenzierte Vorschläge zur Einrichtung von Hilfeangeboten für Familien wurden von Goergen et al. (2002) gegeben.

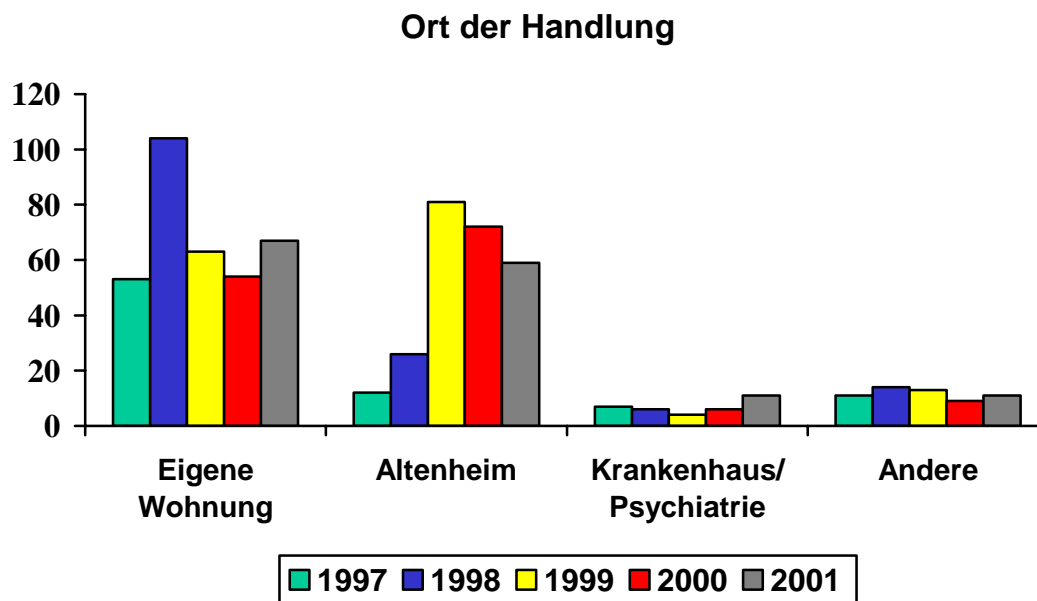
Tabelle 2: Ausrichtung der Hilfsangebote für ältere Menschen (nach Goergen et al. 2002)

Achtung auf Autonomie älterer Menschen
Adäquate und „minimale“ Maßnahmen
Vorrang der primären Prävention
Orientierung an positiven Zielsetzungen
„Gewalt-Assessment“
Multiprofessionelles Vorgehen
Einbeziehung vorhandener regionaler Hilfsangebote
Überprüfung der Maßnahmen auf Wirkung

Es ist kaum davon auszugehen, dass derzeit Kommunen Krisen- und Notruftelefone einrichten und finanzieren. Andererseits sind diese in der Pflicht, sich nicht nur um Gewalt gegen Kinder und Frauen zu kümmern, sondern auch gegen alte Menschen. Allerdings sollten solche Stellen, um effektiv arbeiten zu können, möglichst unabhängig sein. Dies ist nicht gegeben, wenn diesbezügliche Stellen einer Behörde angegliedert werden. Somit bietet sich an, wie die Beispiele von Bonn und Siegen zeigen, unabhängige gemeinnützige Vereine regional zu bilden, die von den Kommunen unterstützt werden. Diese von Ehrenamtlichen geführten Vereine bedürfen allerdings einer Unterstützung durch die Kommune, da sich gezeigt hat, dass Spenden u.a. für Hilfen für alte Menschen in unserer Gesellschaft kaum zu erhalten sind, bzw. nur durch größte Anstrengungen und Zeitaufwendungen.

Zu eng wäre es, Notruftelefone als reine „Beschwerdetelefone“ auszurichten, die hauptsächlich für Pflegemängel zuständig sind. Wie sich z.B. bei der Bonner Initiative gezeigt hat, ist der Ort der Gewalthandlung nicht nur eine Institution (Abbildung 5). Sinnvoll ist, Stellen zu schaffen, die für jeden alten Menschen und seinen Angehörigen sich zuständig fühlen, dem Gewalt angetan wurde. Gerade in Familienbeziehungen bestehen häufig pathologische Abhängigkeiten, chronifizierte Gewaltbeziehungen, die ohne Hilfe von aussen kaum bewältigt werden können.

Abbildung 5: Häufigkeitsangaben zum Ort der Handlung im Jahresvergleich (Hirsch et al. 2002)



Als finanzielle „Minimalunterstützung“ durch eine Kommune sollte ein Raum, eine Telefonverbindung und eine halbe Stelle (Sozialarbeiter) ermöglicht werden. Die Kosten hierfür dürften um 30 000 Euro pro Jahr sein. Regionale Fachtagungen bzw. Fachvorträge für Betroffene könnten gemeinsam mit in einer Region vorhandenen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege oder der Kommune (Altenhilfe) durchgeführt werden. Entscheidend ist, dass sowohl die kommunalen Behörden wie auch die Politiker diese Einrichtung unterstützen und ihr in der Öffentlichkeit Geltung verschaffen. Zahlreiche Beispiele aus der Praxis belegen, dass dieses Vorgehen nicht nur das Leid von den Betroffenen verringern sowie einer

Altersdiskriminierung entgegengewirkt wird, sondern auch Kosteneinsparungen erreicht werden können (z.B. Verhinderung von Heimeinweisung).

Diese Krisen- und Notruftelefone könnten sich schneeballartig entwickeln und sich gegenseitig unterstützen. Modelle zur Verwirklichung und deren Wirkungsweise bestehen. Ihre Erfahrungen können genutzt und dem Bedürfnis der einzelnen Region angepasst werden.

9. Ausblick

Die vielfältigen Bilder der Gewalt wie körperliche, psychische, soziale, strukturelle und kulturelle verdeutlichen, wie vielschichtig eine Gewaltsituation sein kann. In der Familie ist es oft nicht möglich, exakt zwischen „Täter“ und „Opfer“ zu unterscheiden. Vielmehr handelt es sich um destruktive Beziehungsstrukturen, die sich im Laufe des Zusammenlebens verfestigt haben. Diese Gewalthandlungen gründen häufig auf Persönlichkeitsfaktoren, innerem und äußerem Stress sowie sozialer Isolation und unzureichender Unterstützung. Daher ist „Hilfe vor Strafe“ Grundlage aller Misshandlungsintervention. 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. Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten z.B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen (Hirsch, Erkens 1999).

Grundsätzlich ist es wichtig, dass bei Auftreten von Gewalt nicht hauptsächlich nach Schuldigen gesucht wird, sondern Hilfe angeboten wird. Letzendlich ist jeder, der mit einer Gewaltsituation konfrontiert wird mitverantwortlich: „Sehen - Hören- Einmischen – Handeln“. Dies bezieht sich auf: Politiker, Juristen, Vertreter von Behörden, Verantwortliche der Kranken- und Pflegeversicherung,, Arbeitgeber der medizinischen Einrichtungen und der Altenhilfe sowie auf Rechtliche Betreuer, Ärzte, Pflegekräfte und andere Berufsgruppen, die in der Altenarbeit tätig sind. Daneben sind auch Angehörige und Nachbarn aufgerufen, nicht „wegzusehen“.

Sicherlich ist es utopisch, ein „gewaltfreies Leben“ für alte Menschen zu fordern in einer Welt, die gewalttätig ist. Gewalt ist ein soziales Phänomen und dürfte menschenimmanent sein. Dennoch kann sie verringert werden. Dies belegen viele Beispiele. Zudem reicht es nicht aus, Missstände festzustellen und diese zu missbilligen. Notwendig ist, etwas dagegen zu tun nach dem Motto „Es ist besser, das kleinste Licht anzuzünden, als über die Finsternis zu schimpfen“ (Sokrates).

Literatur:

- AGP-Aktion gegen Gewalt in der Pflege (1999): Für eine menschenwürdige Pflege, Memorandum. Bonn, Eigendruck.
- Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter „Handeln statt Mißhandeln (1999): Curriculum „Gewalt in der Pflege“. Bonn, Eigendruck.
- Brucker, U. (2001): Zur Qualität in Pflegeeinrichtungen. Von „gut bis sehr gut“ kann keine Rede sein. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Manuskript, Essen.
- Brüggemann, J. (2000): Korrekturbedarf. Pflegen ambulant 11, 4: 33-40.
- Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg (2002): Gewalt in der Pflege alter Menschen. Berlin, Eigenverlag.
- Dieck, M. (1987): Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext - Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. Z Gerontologie 20, 305-313.
- Eastman, M. (1985): Gewalt gegen alte Menschen. Freiburg, Lambertus.

- Faber, K.-G. (1995): Macht, Gewalt in Brunner, O.; Conze, W.; Koselleck, R. (Hrsg) Geschichtliche Grundbegriffe. Stuttgart, Klett-Cotta, Band 3, S. 817-935
- Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Reinbek, Rowohlt.
- Galtung, J. (1993): Kulturelle Gewalt. in: Landeszentrale für politische Bildung BW (Hrsg.), Aggression und Gewalt. Stuttgart, Kohlhammer, S. 52-73.
- Glaeske, G.; Graalman, J.; Häussler, B.; Keller, S.; Stillfried, D.v. (1997): Ursachen für den überproportionalen Anstieg der gesundheitskosten im Alter. Gutachten für den deutschen Bundestag –Enquête-Kommission Demographischer Wandel.
- Görge, Th.; Kreuzer, A.; Nägele, B.; Krause, S. (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217. Stuttgart, Kohlhammer.
- Grond, E. (1993): Chemische Fixierung im Altenheim? Kritische Bemerkungen zur Medikation in Alzheimern. Geriat. Forsch. 3 (4), 221-224.
- Hamborg, M., Entzian, H., Huhn, S. & Kämmer, K. (2003): Gewaltvermeidung in der Pflege Demenzkranker. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heitmeyer, W. ; Hagan, J. (2002): Gewalt. Zu den Schwierigkeiten einer systematischen internationalen Bestandsaufnahme. In Heitmeyer, W.; Hagan, J. (Hrsg.): Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S. 15-25.
- Hirsch, R.D. (2001): Misshandlung und Gewalt an alten Menschen. Notfallmedizin 27, 324-328.
- Hirsch, R.D.; Erkens, F.; Flötgen, P.; Frießner, K., Halfen, M.; Vollhardt, B. (2002): Handeln statt Misshandeln: Rückblick-Entwicklung-Aktivitäten, Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 10. Bonn, Eigenverlag.
- Hirsch, R.D.; Fussek, C. (2001) (Hrsg.): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen- Berichte von Betroffenen. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 4. Bonn, Eigenverlag (3. überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Hirsch, R.D.; Kranich, M. (1999): Gewalt gegen ältere Menschen im öffentlichen Raum - Ergebnisse der Bonner HsM-Studie. Z. Gerontologie u. Geriatrie. 12, 169-179.
- Hirsch, R.D.; Kranzhoff, E.U. (1996): Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie, Teil I. u. II. Krankenhauspsychiatrie 3: S 99-104 u. 155-161.
- Hirsch, R.D.; Kranzhoff, E.U. (1997): Gewalt: Aspekte des Begriffs. in Hirsch, R.D.; Vollhardt, B.R.; Erkens, F. (Hrsg.): Gewalt gegen alte Menschen. 1. Arbeitsbericht. Eigendruck, Bonn, S. 1-13 (2. Aufl.).
- Hirsch, R.D.; Vollhardt, B.R. (2002): Elder maltreatment. In Jacoby, R.; Oppenheimer, C. (ed.) Psychiatry in the elderly. New York, Oxford press (3.ed.), pp 896-918.
- Hiss, B., Rufer, F., Ruthemann, U. et al. (2000): Fallgeschichten Gewalt. Hannover, Vincentz Verlag.
- Hollweg, T. (1994): Freiheitsbeschränkung und Freiheitsentziehung in Altenpflegeheimen. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Marburg.
- Initiative gegen Gewalt im Alter (1999): Gewalt gegen alte Menschen. Formen-Ursachen-Auswege. Siegen, Eigenverlag.
- Kemshall H., Pritchard J. (1996): Good Practice in Risk Assessment and Risk Management. London et al., Kingsley Publishers.
- Klie, Th. (1998): Zur Verbreitung unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB in bundesdeutschen Pflegeheimen. Bt Prax 7, Heft 2, 50-53.
- Klie, Th.; Pfundstein, Th. (2002): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. Studie im Auftrag des Münchner Stadtrates, München.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (2000): „Gleich nehm ich ihr die Klingel weg...“. Kiel, Eigendruck.
- Münchenstift (2002): Pflege ohne Gewalt-Schulungsordner, München, Eigendruck.
- Piantanida M. (1990): Basic Training in protective services. Part 1 / Part 2. Harrisburg, Pennsylvania Department of Aging.
- Pritchard, J. (1996): Working with elder abuse. London & Bristol, Jessica Kingsley Publishers.
- Riedel-Heller S. G.; Stelzner G.; Schork A.; Angermeyer M. C. (1999): Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt. Psychiat. Prax. 26, 273-276.
- Schwindt, H.-D.; Baumann, J.; Schneider, U.; Winter, M. (1989): Endgutachten der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). in Schwindt, H.-D.; Baumann, J. u.a. (Hrsg.): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Band I, Endgutachten und Zwischengutachten. Berlin, Duncker & Humblot, S. 1-285.
- Wetzels P., Greve W., Mecklenburg E., Bilsky W., Pfeiffer, Chr.: Kriminalität im Leben alter Menschen. BMFSFJ (Hrsg.), Kohlhammer, Stuttgart, 1995.
- Wilhelm-Gößling, C. (1998): Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten. Nervenarzt, 69, 999-1006.