

**WEITERE INFOS IM INTERNET:
www.polizei-beratung.de
www.kriminalpraevention.de**

KARIUS & PARTNER

(XXX)XX.XX.XX

STIFTUNG DEUTSCHES FORUM FÜR KRIMINALPRÄVENTION

c/o Bundesverwaltungsamt
Gotlindestraße 91, Haus 41
10365 Berlin
Telefon 0 30/5 51 33-703
Fax 0 30/5 51 33-705
E-Mail dfk@kriminalpraevention.de



**PROGRAMM POLIZEILICHE KRIMINALPRÄVENTION
DER LÄNDER UND DES BUNDES**

Zentrale Geschäftsstelle
Taubenheimstraße 85
70372 Stuttgart
Telefon 07 11/54 01-20 62
Fax 07 11/2 26 80 00
E-Mail info@polizei-beratung.de



www.polizei-beratung.de



Geborgenheit schenken, Schutz bieten: Sicherheit für Senioren

**EXPERTENWORKSHOP IM RAHMEN DES 10. DEUTSCHEN PRÄVENTIONSTAGES 2005
ZUM THEMA „ÄLTERE UND PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN ALS OPFER“**



**Wir wollen,
dass Sie
sicher leben.**



Ihre Polizei

Kompetent. Kostenlos. Neutral.

Impressum

Herausgeber

Zentrale Geschäftsstelle
Polizeiliche Kriminalprävention
der Länder und des Bundes
Taubenheimstraße 85
70372 Stuttgart

Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention
c/o Bundesverwaltungsamt
Gotlindestraße 91, Haus 41
10365 Berlin

Gestaltung

Karius & Partner GmbH
Gerlinger Straße 77
71229 Leonberg

Inhalt

I. Vorwort	4
II. Protokoll	6
III. Impulsreferate	
III.1 Dr. Thomas Görgen, Nahraumgewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen	11
III.2 Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch, Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern – Tabellen	34 48
IV. Expertenstatements	
IV.1 Ines Behr, Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer	56
IV.2 Claus Fussek, Gewalt in der Pflege – oder: „Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben!“	58
IV.3 Dr. Thomas Görgen, Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer	68
IV.4 Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch, Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern	71
IV.5 Ursula Pöhler, Gewaltprävention im Sozialen Nahraum Schwerpunktthema „Alte Menschen“	72
IV.6 Kornelie Rahnema, Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer	74
IV.7 Christine Schröder, Ältere Frauen und Gewalterfahrungen	78
IV.8 Gabriele Tammen-Parr, Pflege in Not	80
IV.9 Gabriele Walentich/Prof. Dr. Michael Walter, Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer	84
V. Handlungsempfehlungen	86
VI. Anhang	
Adolf Bauer, 12 Forderungen für eine würdevolle Pflege	88
VII. Adressen	
SoVD-Geschäftsstellen	100

I. Vorwort

Als Kooperationspartner des Deutschen Präventionstages haben das Deutsche Forum für Kriminalprävention (DFK) und das Programm Polizeiliche Kriminalprävention (ProPK) den Expertenworkshop „Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer“ im Rahmen des 10. Deutschen Präventionstages 2005 ausgerichtet. Mit seinen vielfältigen Möglichkeiten für den Austausch von Informationen, Erfahrungen und aktuellen präventionsrelevanten Erkenntnissen hat der Deutsche Präventionstag eine ideale Plattform für die Veranstaltung geboten. Ziel des Workshops war es vor allem, bestehenden Handlungsbedarf sowie Erfolg versprechende nachhaltige Präventionsansätze herauszuarbeiten.

DFK und ProPK messen der Thematik gerade angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland besondere Bedeutung bei. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst leider auch die Gefahr von Gewaltdelikten gegen Ältere im Zusammenhang mit Pflegesituationen.

Statistisch gesehen ist die Gefahr, als älterer Mensch Opfer von allgemeiner Gewalt – etwa von Körperverletzungen oder Raubdelikten – zu werden, zwar eher gering. Die Gefährdung älterer Menschen – zumal von pflegebedürftigen und demenzkranken – darf jedoch nicht unterschätzt werden. Sie drückt sich nur selten in Strafanzeigen aus und auch durch Befragungen wird diese Bevölkerungsgruppe kaum erreicht. Zum Thema Gewalt gegen ältere Menschen in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld bestehen noch immer eine eher unzureichende Erkenntnislage und viele Unsicherheiten, nicht nur bei den Betroffenen.

Verdrängung und Vertuschung sind unweigerlich die Folge, solange dieses Thema vor allem unter dem Aspekt von Schuldzuweisung und Strafandrohung diskutiert wird. Auch deshalb sollten nicht Schuldzuweisungen an Angehörige oder Pflegepersonal im Mittelpunkt stehen, sondern es muss darum gehen, Hilfen anzubieten, Konfliktsituationen zu entschärfen und nachhaltig präventiv zu wirken.

Wenn sich dennoch auch die Polizei dieses Themas verstärkt annimmt, dann vor allem vor dem Hintergrund der bisher mit der öffentlichen Diskussion von Gewaltdelikten im sozialen Nahraum gemachten Erfahrungen: Zur Enttabuisierung und öffentlich-kriminalpolitischen Reaktion auf Straftaten wie Kindesmissbrauch und Kindesvernachlässigung, sexuelle Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt ist es erst dann gekommen, als sich die Polizei um diese Gewalt gekümmert und damit deutlich gemacht hat, dass Gewalttaten im sozialen Nahraum Straftaten sind und grundsätzlich genauso behandelt werden müssen wie vergleichbare Straftaten im öffentlichen Raum – auch wenn die Gewalt in der Pflege ohne Frage ein besonders sensibles Thema ist, mit dem auch die Polizei entsprechend umgehen muss und umgehen wird.

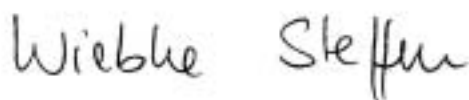
Öffentlichkeit und Pflegende sind neben Betroffenen und potentiell Betroffenen auf die Problematik aufmerksam zu machen. Dazu sind Informationen und Aufklärung erforderlich, angefangen bei Informationen zu den körperlichen und geistigen Veränderungen, zu denen das Alter führen kann, bis hin zu Informationen über die institutionellen und finanziellen Vorgaben bei der Pflege im häuslichen Bereich wie in Heimen.

Es ist wichtig, dass es Institutionen gibt, an die sich Betroffene sowie Angehörige und Bekannte mit der Bitte um Beratung wenden können. Der eigenständige Zugang zu Hilfen ist für Hochaltrige, Pflegebedürftige und Demenzkranke vielfach problematisch bis unmöglich. Hinzu kommt, dass die Hilfestrukturen im Bereich der Altenhilfe nicht immer leicht zu durchschauen sind. Insbesondere auch private Initiativen können hier wertvolle Arbeit leisten.

Das DFK hat gemeinsam mit dem ProPK die Thematik auch deshalb aufgegriffen, um aufzuzeigen, dass alle gesellschaftlichen Kräfte dazu beitragen müssen, eine gewaltfreie, auf wechselseitiger Wertschätzung beruhende Pflegekultur zu schaffen. Kooperation und Vernetzung der unterschiedlichen Akteure gilt es zu fördern.

Im Rahmen des Expertenworkshops wurden Leitlinien für Empfehlungen zur Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen erarbeitet. Diese gilt es, entschlossen und mit großem Nachdruck umzusetzen.

Nur wenn es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird, Gewalt sowohl insgesamt als auch im Hinblick auf ältere Menschen einzudämmen, werden die Möglichkeiten der Prävention nachhaltig genutzt werden können.



Frau Dr. Wiebke Steffen



Herr Prof. Dr. Rudolf Egg

II. Protokoll

Expertenworkshop „Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer“ im Rahmen des 10. Deutschen Präventionstages 2005

Datum: 07. Juni 2005

Zeit: 13:30 – 16:00

Ort: Convention Center der Messe Hannover

Anwesende Experten:

Ines Behr	Polizeidirektion Magdeburg
Claus Fussek	Vereinigung Integrationsförderung VIF e.V. München
Dr. Thomas Görgen	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
Dr. Bettina Brockhorst	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abteilung „Ältere Menschen“ in Vertretung für Rudolf Herweck
Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch	Gerontopsychiatrie in den Rheinischen Kliniken Bonn
Ursula Pöhler	Sozialverband Deutschland e.V.
Kornelie Rahnema	Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München
Christine Schröder	Frauenberatungsstelle Verden/Aller
Gabriele Tammen-Parr	„Pflege in Not“, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.
Gabriele Walentich	Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen in Vertretung für Prof. Dr. Michael Walter, Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen, Lehrstuhl für Kriminologie und Strafrecht am Institut für Kriminologie der Universität Köln

Anwesende Gastgeber:

Katrin Drkosch	Zentrale Geschäftsstelle Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK)
Prof. Dr. Rudolf Egg	Deutsches Forum für Kriminalprävention
Joachim Eschemann	Deutsches Forum für Kriminalprävention
Reinhold Hepp	Zentrale Geschäftsstelle Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK)
Dr. Wiebke Steffen	Kommission Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK)
Annette Weiß	Deutsches Forum für Kriminalprävention

Moderation:

Theresia Höynck	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
-----------------	--

Protokoll:

Marc Coester	Institut für Kriminologie der Universität Tübingen
--------------	--

Begrüßung

Frau Theresia Höynck eröffnet die Veranstaltung und dankt den anwesenden Experten. Herr Professor Dr. Rudolf Egg und Frau Dr. Wiebke Steffen schließen sich an und betonen die Dringlichkeit zur Entprivatisierung und Enttabuisierung der Thematik auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Die Einbindung der Problematik in den Gesamtbereich der Kriminalprävention muss vorangetrieben werden. Das Deutsche Forum für Kriminalprävention wird sich im Rahmen seines Schwerpunktthemas „Demographie“ in kommender Zeit verstärkt mit der Thematik auseinandersetzen. Schon in der Vergangenheit gab es dementsprechende Ansätze (z. B. Workshop „Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen“ am 30. Oktober 2003 in Bonn). Von der Kommission Polizeiliche Kriminalprävention (KPK) wurde die Projektgruppe „Gewalt in der Pflege“ eingerichtet.

Expertenhearing

Frau Theresia Höynck bittet die anwesenden zehn Experten und Expertinnen um Kurzstatements, die die Grundlage für die folgenden „Leitlinien“ darstellen.

Herr Dr. Thomas Görgen

Kriminologisch betrachtet und auf Grundlage des Zahlenmaterials der Polizeilichen Kriminalstatistik sowie Dunkelfeldstudien lässt sich feststellen, dass das Opferrisiko älterer Menschen deutlich geringer ist als das der jüngeren. Nur bei einigen Gewaltdelikten (etwa dem Handtaschenraub) ist es größer. Auch die Annahme einer höheren Kriminalitätsfurcht muss bei Heranziehung des Vorsichtsverhaltens älterer Menschen relativiert werden. Wichtige Einschränkung der empirischen Betrachtung ist allerdings die Tatsache, dass Personen des „vierten Lebensalters“ (Hochaltrige) in Opferforschung deutlich unterrepräsentiert sind. Mehrere Formen der Gewalt gegen alte Menschen können herausgearbeitet werden: Die klassische Gewaltkriminalität, Gewalt in Partnerschaften, häusliche Gewalt sowie Formen von Misshandlung und Vernachlässigung, gerade im Pflegebereich. Präventionsansätze müssen diese unterschiedlichen Formen der Gewalt berücksichtigen. Angebote müssen niedrigschwellig angelegt, typische Hindernisse und Ängste alter Menschen (z. B. Mobilität, Artikulation) dabei dementsprechend gewürdigt werden. Aufsuchende Hilfe muss auch über Kontaktpersonen erfolgen. Wichtig erscheint letztendlich, dass keine hochspezielle Thematisierung, sondern eine thematisch eher offene Ausgestaltung von Hilfeangeboten angestrebt wird; diese sollen in der Lage sein, auch Gewalterfahrungen kompetent mit den Opfern zu bearbeiten, „Gewalt“ aber bei Benennung und Beschreibung der angebotenen Hilfen nicht in den Mittelpunkt rücken.

Frau Gabriele Walentich

Aus der Lebenssituation älterer Menschen abgeleitet, die oftmals von der Schwierigkeit einer Artikulation eigener Bedürfnisse gekennzeichnet ist, werden niedrigschwellige Angebote gefordert, welche leicht den Zugang zu helfenden Dritten ermöglichen. Notrufnummern (z. B. Seniorentelefon Gelsenkirchen) ermöglichen auch Personen aus dem Umfeld der Opfer (Nachbarn, Freunde etc.) anonyme Beratung und Hilfe. Interessante Erkenntnisse könnten darüber hinaus die Untersuchung präventiver Ansätze aus der Jugend- und Familienhilfe liefern. Daran anschließend sind nationale und internationale Tagungen zu fördern, die zunächst strukturiert aufzeigen, wie der Problematik in anderen europäischen Kontexten begegnet wird. Stichwort sind hier „Good-Practice“-Modelle in anderen Ländern und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland. Ein ausgeprägter Vernetzungsgedanke muss vorangetrieben werden.

Herr Professor Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch

Gerade im häuslichen Kontext sind Pflegeabhängigkeit und Pflegebelastung Faktoren, die zu Gewalthandlungen führen können. Die Belastungen einer privaten, häuslichen Pflege können sich ins Unermessliche steigern. Die Familienangehörigen sind meist auf sich alleine gestellt. Beratungsstellen für alte Menschen sind oftmals lediglich Vermittlungsstellen für einen Platz im Altersheim. Eine umfassende Hilfe wird dabei nicht geleistet. Prävention muss bei Aufklärung, Information und Beratung ansetzen und Vermittlungsangebote in professionelle Hilfe einschließen. Niedrigschwellige Angebote von Selbsthilfegruppen können dabei im Vordergrund stehen. Kontraproduktiv wirken die gesamtgesellschaftlichen Diskussionen über den „Wert“ der pflegebedürftigen und pflegenden Menschen. Der diskriminierende Diskurs über die Unbezahlbarkeit der Pflege führt zu einer größeren Überforderung aller Personen. Primäre Prävention muss hier ansetzen. Daneben ist gerade die regionale Netzebene wichtig – Arbeit vor Ort sollte unter Einbindung von Ärzten, Richtern, Betreuern und Hilfeinrichtungen stattfinden. Letztendlich ist bei dem Hilfsangebot auch die Zusammenarbeit mit und Einbindung von Senioren zu fördern.

Frau Christine Schröder

Die Frauenberatungsstelle Verden, die sich mit frauenspezifischen Themen beschäftigt, kennt die Problematiken älterer Frauen aus der alltäglichen Praxis. Eine geschlechtsspezifische Rollenverteilung, welche für Frauen Selbstbestimmung ausblendet und die Verantwortung für Familie in den Mittelpunkt stellt, herrscht in der Generation der 60-Jährigen und Älteren noch deutlich vor. Gewalt, sexuelle Übergriffe und andere Formen der Erniedrigung werden ertragen, um das klassische Bild der „heilen Familie“ nach außen nicht zu zerstören. So finden Frauen zwischen 60 und 80 Jahren schwer den Weg in Hilfeinrichtungen oder Frauenberatungsstellen. Eine Prävention muss diesen Umstand berücksichtigen: Ziel muss die langfristige Beratung, Begleitung und die Stabilisierung älterer Frauen in der Familie sein. Angebote müssen niedrigschwellig angelegt sein. Eine Vorstufe könnten z. B. Hausärzte oder Pastoren bilden, da diese oftmals direkt mit den Auswirkungen der Gewalt gegen ältere Frauen konfrontiert werden. Diese Vertrauenspersonen müssen über die Symptome von Gewalt sowie über Hilfs- und Hinwendungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Grundlage einer erfolgreichen Arbeit ist letztendlich eine umfassende Erforschung der Thematik (Frau Christine Schröder weist auf die KFN-Studie „Jetzt bin ich so alt und das hört nicht auf. Sexuelle Viktimisierung im Alter“ (Görgen u. a., KFN-Forschungsberichte Nr. 95, 2005) hin), der Ausbau niedrigschwelliger Angebote, eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sowie die Fortbildung und Schulung der Personen, die – auf allen Ebenen – mit älteren Frauen arbeiten.

Frau Ines Behr

Auch wenn die Polizei eine wichtige Rolle bei der Auseinandersetzung mit der Thematik spielt, müssen sämtliche gesellschaftliche Kräfte in die Prävention und innerhalb ihres Aufgabenspektrums eingebunden werden. In diesem Zusammenhang wird festgestellt, dass aussagekräftiges Zahlenmaterial bisher fehlt. Eine Ausweitung der Erfassung zur Polizeilichen Kriminalstatistik dieses Bereichs sollte daher angestrebt und daneben geeignete Verfahren zur Dunkelfelderhellung ausgebaut werden. Fundiertes Zahlenmaterial und auch eine dadurch begründete, umfassende gesamtgesellschaftliche Thematisierung trägt zur Enttabuisierung bei. Gleichzeitig muss ein zielgruppenspezifisches Informationsangebot zur Sensibilisierung auf allen Ebenen (Polizei, Gesundheitssystem, Pflegedienste, Seelsorge etc.) führen. Letztendlich ist eine Vernetzung von Initiativen, Behörden und Ressourcen zwingend notwendig, um der Problematik gerecht zu werden.

Herr Claus Fussek

Aus der alltäglichen Praxis werden drastische Beispiele angeführt, um die bestehenden Zustände in (vielen) Pflegeheimen zu verdeutlichen. Die Vereinigung Integrationsförderung (VIF e.V.) kämpft seit Jahrzehnten für menschenwürdige Bedingungen in Alten- und Pflegeheimen. Durch die anhaltende Tabuisierung und Ausblendung der Problematik aus dem gesellschaftlichen Leben ist eine Umsetzung von Forderungen und Empfehlungen runder Tische nur begrenzt bis gar nicht möglich. Herr Claus Fussek plädiert für die Forderung und Formulierung von allgemeinen Menschenrechten (Essen, Trinken, Hygiene etc.) für alte Menschen in Heimen. Wissenschaftliche Forschung, runde Tische, Forderungen und Empfehlungen gäbe es zwischenzeitlich genug. Von dem Expertenworkshop sollten deshalb vor allem konkrete Handlungsanleitungen und praktische Konsequenzen ausgehen.

Frau Kornelie Rahnema

Die offene Thematisierung von Machtmissbrauch, Vernachlässigung und Qualitätsmangel in der Pflege muss forciert werden. Eine Kriminalisierung wäre dagegen nicht zielführend. Aus der alltäglichen Praxis kennt man die Misstände in stationärer und ambulanter Pflege, die über Einzelfälle weit hinausreichen (Verhalten des Pflegepersonals, Mängel in der Leitung und den Strukturen der Pflegeheime etc.). Der Bereich privater Pflege ist demgegenüber tabuisiert und schwer zugänglich. Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass Gewalt – etwa aufgrund Frustration oder Einschränkungen – auch von den pflegebedürftigen Menschen ausgehen kann. Gefordert wird eine Sensibilisierung, Informationsvermittlung und Schulung im stationären und ambulanten Bereich der Altenpflege, die auf diesen Erkenntnissen basiert. Für die Angehörigen in der privaten Pflege müssen Beratungsangebote, Schulungen und unterstützende Pflegedienste bereitgestellt werden. Als Voraussetzung für die Pflegeleistung sollten Kurse für die Angehörigen verpflichtend sein. Ein breites Netz an Hilfsangeboten sollte gespannt werden. Auch rechtsmedizinische Untersuchungen müssen grundsätzlich möglich sein, um oftmals verschleierte Todesursachen aufdecken und ggf. Verantwortliche zur Rechenschaft ziehen zu können.

Frau Gabriele Tammen-Parr

Die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte e.V. wird vorgestellt, die seit fünf Jahren im Bereich der Beratung (Telefon- oder psychologische Beratung), Mediation (in Einrichtungen) und Fortbildung für Pflegekräfte aktiv ist. Diese Bereiche werden als erfolgreich in der Aufklärung, Informationsvermittlung und Bekämpfung der Gewalt auf praktischer Ebene beschrieben. Einer Tabuisierung muss entgegengewirkt werden. Die vorhandenen Ressourcen müssen gebündelt und vernetzt werden. Die Gewalt kommt durch die Plattform „Pflege“ zum Ausdruck. Spätestens sobald die Pflege aufgenommen wird muss Beratung erfolgen – beim Erstgespräch im Haushalt. Die Zusammenarbeit mit allen gesellschaftlichen Kräften, z. B. der Polizei, wird ausdrücklich gefordert. Einseitige Täter- und Opferzuschreibungen sind dabei jedoch unerwünscht. Prävention setzt bei Beratung und Begleitung aller Betroffenen an, schließt Schulungen des sozialen Umfeldes sowie der professionellen Pflege mit ein und optimiert die personelle und materielle Situation in Einrichtungen. Der gesamtgesellschaftliche Aspekt wird in den Vordergrund gestellt.

Frau Ursula Pöhler

Zunächst wird der grundsätzliche Handlungsbedarf unterstrichen. Nach Ansicht von Experten sowie wissenschaftlicher Studien findet medikamentöser Freiheitsentzug tagtäglich in Heimen statt, auf 70 Prozent der Psychopharmaka, die dort zum Einsatz kommen, könnte schlichtweg verzichtet werden. Jeder fünfte ältere Mensch in Pflegeheimen wird unzureichend gepflegt. Ähnliches gilt für die häusliche, private Pflege. Daraus folgt die Forderung nach Qualitätssicherung sowie Etablierung von Qualitätsstandards innerhalb der Pflege. Kontraproduktiv sind „Ein-Euro-Mitarbeiter“, die völlig unzureichend ausgebildet sind, aber als billige Arbeitskräfte in kürzester Zeit sämtliche professionellen Arbeiten übernehmen müssen. Das gesamte Pflegesystem in Deutschland muss reformiert werden. Vernetzung und Bündelung aller gesellschaftlicher Kräfte, umfassende Informationsvermittlung und Fortbildungen im Pflegedienst werden gefordert. Der Sozialverband Deutschland hat hierfür die Broschüre „12 Forderungen für eine würdevolle Pflege“ (Berlin 2005) herausgegeben.

Frau Dr. Bettina Brockhorst

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt an zahlreichen Stellen die Implementierung neuer Standards in der Altenpflege. Genannt wird unter anderem der Forschungsauftrag mit dem Titel „Kriminalität und Gewalt im Leben älterer Menschen“ an das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) und das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN). Dort soll geprüft werden, inwieweit sich die Häufigkeit von Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen für ältere Menschen verändert hat. Diesen Aufträgen ging die erste Opferbefragung älterer Menschen aus dem Jahre 1992 voraus, welche ebenfalls vom KFN durchgeführt worden ist. Ein weiteres Beispiel für die ministerielle Arbeit in diesem Bereich ist das Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter“ aus dem Jahre 2004.

III.1 Dr. Thomas Görgen

Nahraumgewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen

Abstecken des begrifflichen Feldes

Warum? Alter ist nicht gleichzusetzen mit Pflegebedürftigkeit. Mit Ausnahme der allerhöchsten Altersgruppen sind es stets Minderheiten Älterer, die Pflege benötigen und erhalten. Ende 2003 bezogen rd. 2 Millionen Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung; zu zwei Dritteln handelte es sich um ambulante, zu einem Drittel um vollstationäre Leistungen. Von den Leistungsbeziehern der sozialen Pflegeversicherung waren im ambulanten Bereich 9,6 % und im stationären Bereich 19,8 % der Pflegestufe III, d. h. der Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen, zugeordnet (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG, 2004, S. 47ff). Obwohl sich Pflegebedürftigkeit im hohen Alter konzentriert, ist davon erst jenseits des 90. Lebensjahres die Mehrheit betroffen; Ende 2003 waren 1,6 % der 60 bis 64-Jährigen pflegebedürftig, 9,8 % der 75 bis 79-Jährigen, aber 60,4 % der 90 bis 94-Jährigen (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2005). Kurz: Wenn Pflegebedürftigkeit auftritt, dann vor allem im Alter; die meisten Menschen, die wir als „alt“ oder „älter“ bezeichnen würden, sind jedoch nicht pflegebedürftig.

Wenn wir davon ausgehen, dass das Risiko von Menschen, Opfer von Gewalttaten zu werden, etwas mit der Art und Weise zu tun hat, wie Menschen leben, welche Handlungsmöglichkeiten sie haben und welche sie wahrnehmen, an welchen Orten sie sich aufhalten, mit wem sie sich umgeben und von wem sie umgeben sind (und es gibt wenig Grund zu der Annahme, dass dem nicht so wäre), dann müssen wir zu der Vermutung gelangen, dass Art und Ausmaß der Gewaltgefährdung der nicht auf Pflege angewiesenen Mehrheit älterer Menschen sich von den Gefährdungen unterscheiden, denen pflegebedürftige Ältere ausgesetzt sind.¹

Wir werden also bei den weiteren Betrachtungen danach unterscheiden müssen, ob wir über ältere Menschen insgesamt oder über die Gruppe der pflegebedürftigen Älteren sprechen. Damit ist aber das begriffliche Abstecken des Feldes noch nicht abgeschlossen. Um „Nahraumgewalt“ soll es hier gehen. Der „Nahraum“ eines Menschen kann prinzipiell sowohl räumlich als auch sozial und interpersonal aufgefasst werden. Hier soll der Begriff vor allem im Sinne eines Beziehungs-Nahraumes gebraucht werden, d. h., es geht um Gewalt, die ältere und pflegebedürftige Menschen von ihnen nahe stehenden Personen erfahren. Diese nahe stehenden Personen können Ehe- oder Lebenspartner sein, andere Familien- oder Haushaltsmitglieder, Freunde, bei Pflegebedürftigen auch Personen, die ihnen aufgrund ihrer beruflichen Rolle dauerhaft nahe kommen. Konzentrieren will ich mich hier auf Gewalterfahrungen durch dem Opfer im Rahmen einer privaten Beziehung nahe stehende Personen.

¹ Natürlich beschränkt sich die Notwendigkeit einer differenziellen Betrachtung von Opferwerdungsrisiken nicht auf eine dichotome Gegenüberstellung Pflegebedürftiger und Nicht-Pflegebedürftiger und so ist etwa die Situation demenziell Erkrankter nicht ohne Weiteres mit der von durch körperliche Gebrechen pflegebedürftig gewordenen Personen vergleichbar; doch beeinflussen vor allem schwerere Formen von Pflegebedürftigkeit das Leben einer Person in nahezu allen Belangen so nachhaltig, dass eine erste Unterscheidung anhand eben dieses Merkmals sinnvoll und erforderlich erscheint.

SchlieBlich will ich eine kurze Vorbemerkung zum Begriff „Gewalt“ machen. Im Kontext der eng miteinander verwobenen Diskussionen um „Gewalt im Alter“ und „Gewalt in der Pflege“, die sich in Deutschland verstärkt seit der zweiten Hälfte der 90er-Jahre entwickelt haben, wird vielfach ein sehr weiter Gewaltbegriff gebraucht, der k6rperliche und seelische Misshandlung, Freiheitseinschränkung sowie pflegerische Vernachlässigung, oft auch psychosoziale Formen der Vernachlässigung, zum Teil auch Eigentums- und Verm6gensdelikte einbezieht. Dieser Begriff geht weit 6ber das hinaus, was in der Alltagssprache 6blicherweise unter Gewalt verstanden wird – die schwer wiegende, von der betroffenen Person abgelehnte und nicht gerechtfertigte k6rperliche Zwangseinwirkung einer Person auf eine andere –, zum Teil auch beträchtlich 6ber das, was in anderen Wissenschafts- oder Politikfeldern damit bezeichnet wird. Ein solcher Gewaltbegriff ist – vor allem in der AuBendarstellung und der medialen Aufbereitung – nicht unproblematisch, da er beim H6rer oder Leser ganz andere Assoziationen hervorrufen kann als vom Sprecher oder Autor gemeint und intendiert. Ein Teil des Problems r6hrt daher, dass in der deutschen Diskussion weitestgehend die Inhalte des englischen Begriffs „elder abuse“ 6bernommen wurden, man sich aber – wohl wegen der sehr starken sexuellen Konnotationen des Begriffs „Missbrauch“ – nicht f6r die direkte 6bersetzung sondern f6r den Terminus „Gewalt“ entschieden hat. Während etwa die Bereicherung am Verm6gen eines Pflegebed6rftigen durch einen Angeh6rigen, eine Pflegekraft oder einen gesetzlichen Betreuer durchaus als Missbrauch charakterisiert werden kann, birgt die 6bertragung des Gewaltbegriffs auch auf diesen Bereich die Gefahr von Missverständnissen in sich. Ich werde mich – auch im Hinblick auf die Breite dessen, was in einem solchen Vortrag sinnvoll behandelt werden kann – auf k6rperliche und seelische Misshandlungen älterer und pflegebed6rftiger Menschen konzentrieren.

Nahraumgewalt gegen ältere/Pflegebed6rftige – zur „Karriere“ der Thematik

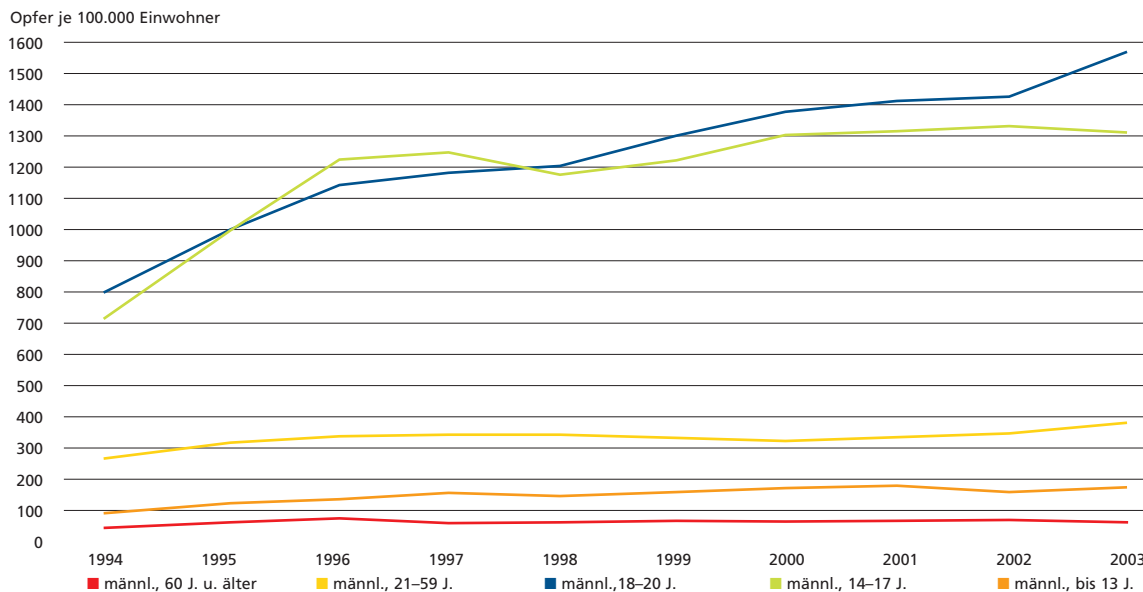
Insgesamt wurden ältere Menschen als Gewaltopfer im Vergleich zu anderen Bev6lkerungsgruppen spät wahrgenommen. Erste Ansätze einer systematischen wissenschaftlichen Befassung mit der Thematik sind etwa ab den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts festzustellen (FATTAH UND SACCO, 1989, S. 229). Im Hinblick auf familiäre Gewalt waren ältere nach Kindern und Frauen (und vor Männern) die dritte Opfergruppe, der sich Forschung, Politik und psychosoziale Praxis zuwandten.

Die „Entdeckung“ älterer Menschen als Gewaltopfer vollzog sich nicht in einem Schritt, sondern – teils zeitlich versetzt, teils parallel – mehrfach und in unterschiedlichen Forschungs- und Handlungskontexten. Sie wurden „entdeckt“ als Opfer „klassischer Gewaltkriminalität“, als Opfer innerfamiliärer Gewalt sowie als von unzureichender Pflege Betroffene. Diese vielfachen Entdeckungen bedingen jeweils spezifische Konzepte, thematische Schwerpunkte, Erkenntnisinteressen und methodische Zugänge. Sie er6ffnen M6glichkeiten zu einer interdisziplinären und multiperspektivischen Herangehensweise, schaffen aber zugleich Potenziale f6r divergierende Begriffsverwendungen und -verständnisse innerhalb des Forschungs- und Praxisfeldes „Gewalt gegen ältere“. Inzwischen sind in Bezug auf die Opferwerdung älterer so etwas wie Umrisszeichnungen von Forschungstraditionen zu erkennen. Im Vergleich etwa zu Kindern oder Frauen sind ältere Menschen aber nach wie vor im Hinblick auf ihre Gefährdung durch Gewalt eine wenig untersuchte Gruppe.

Alter und Gewaltrisiko

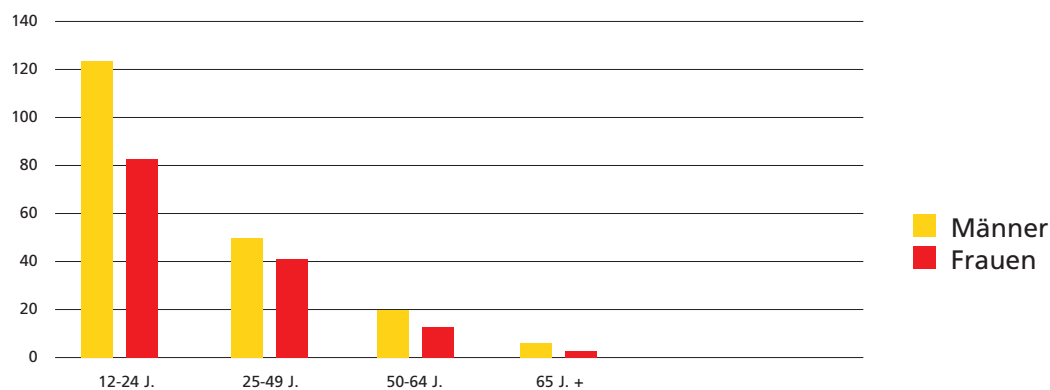
Bevor wir uns ganz dem Bereich der Nahraumgewalt zuwenden, will ich die Perspektive darauf erweitern, welche Bedeutung das Alter überhaupt für das Opferwerdungsrisiko einer Person hat. Um diese Frage zu beantworten, stehen uns einerseits polizeiliche Kriminalstatistiken zur Verfügung, andererseits Ergebnisse aus Dunkelfeldstudien, d. h. im Wesentlichen aus repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, in denen Personen danach gefragt werden, was ihnen in einem definierten Zeitabschnitt widerfahren ist. Für die Gesamtheit älterer Menschen ergibt sich aus nahezu allen vorliegenden Daten zunächst ein relativ undramatisches Bild: Ältere werden seltener Opfer polizeilich registrierter Gewalthandlungen als Jüngere. Die folgende Abbildung, die auf den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes fußt, zeigt – beschränkt auf die männliche Bevölkerung – Opfer pro 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. Es wird unmittelbar deutlich, dass das Gewaltrisiko von Männern ab 60 Jahren unter dem aller anderen Altersgruppen liegt und dass insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene um ein Vielfaches stärker gefährdet sind als Senioren.

Polizeilich registrierte vollendete Gewaltdelikte
Männliche Opfer nach Alter je 100.000 der Altersgruppe
1994 bis 2003, Bundesrepublik Deutschland



Es gibt nur wenige Bereiche von Gewaltkriminalität (und nur für diese weist die Polizeiliche Kriminalstatistik überhaupt Opferdaten aus), bei denen das behördlich verzeichnete Risiko jenseits des 60. Lebensjahres gegenüber dem jüngerer Erwachsener erhöht ist, insbesondere beim Handtaschenraub (für ältere Frauen), allerdings auch beim Raubmord sowie bei der fahrlässigen Tötung und der Misshandlung von Schutzbefohlenen.² Ältere Menschen berichten auch in Opferwerdungsbefragungen seltener über einschlägige Ereignisse, insbesondere im öffentlichen Raum. Das können wir sehr deutlich in dieser Grafik sehen, die auf der Basis von Daten des amerikanischen National Crime Victimization Survey das mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern sinkende Risiko, Opfer einer Gewalttat zu werden, zeigt (vgl. KLAUS, 2000, S. 30).

Nicht-tödliche Gewaltdelikte
Viktimisierungen p. a. pro 1000 Personen
1992 bis 1997, USA



Die folgenden Daten aus einer deutschen Opferwerdungsbefragung (WETZELS, GREVE, MECKLENBURG, BILSKY UND PFEIFFER, 1995) zeigen wiederum eine Höhergefährdung Älterer nur beim Handtaschenraub; bei Körperverletzungs- und Sexualdelikten hingegen ist das von den Befragten selbst berichtete Risiko der unter 60-Jährigen um ein Vielfaches höher als das der Älteren.

KFN-Opferbefragung 1992:
Prävalenzraten 1991 nach Altersgruppen (Opfer je 1.000 Befragte)

	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer		
	< 60 J.	= 60 J.	< 60 J.	= 60 J.	
Handtaschenraub	5,1	7,3	7,2	7,7	
Sonstiger Raub	3,8	1,1	7,1	2,8	
KV mit Waffen	5,5	0,9	8,9	0,7	
KV ohne Waffen	13,0	1,5	22,1	4,2	
Drohung/Nötigung	5,1	2,2	6,0	2,8	
Sexuelle Belästigung	20,2	1,5	10,7	0	(adaptiert nach WETZELS et al., 1995, S. 61)
Vergewaltigung	3,0	0,2	2,4	0	

² Auf die komplexen Bedingungskonstellationen, die dem zu Grunde liegen, kann hier nicht näher eingegangen werden; vgl. dazu ausführlich GÖRGEN (2004).

Bei differenzierter Fragestellung erweisen ältere Menschen sich auch nicht – wie in der Forschung lange angenommen – als irrational furchtsam, sondern vor allem als vorsichtig und reduzieren ebenso durch vorsichtiges Verhalten ihr Opferwerdungsrisiko. Innerhalb der Spanne des Erwachsenenalters ist höheres Lebensalter also offenbar insgesamt eher ein protektiver, ein schützender Faktor als ein Risikofaktor. Dafür sprechen deutsche und internationale Opferwerdungsbefragungen und Kriminalstatistiken.

Ganz so eindeutig ist die Situation aber dann leider doch nicht. Stichproben von Opferwerdungsbefragungen bilden regelmäßig nicht die gesamte ältere Bevölkerung ab. Es gibt Gruppen, die in nahezu jeder Befragung und jeder Altersgruppe geringer vertreten sind als ihrem tatsächlichen Anteil an der Bevölkerung entspricht – etwa nicht in Privathaushalten lebende Personen, Migranten, Wohnsitzlose und in anderer Form sozial Randständige, psychisch Kranke oder Analphabeten. In der älteren Generation kommt hinzu, dass u. a. Hochaltrige, chronisch Kranke und Pflegebedürftige, Demenzkranke, Personen mit starken Einschränkungen des Seh-, Hör- und Sprechvermögens nur mit Einschränkungen durch Befragungen erreicht werden.

Diese Unterrepräsentation ist für die Ergebnisse von Opferwerdungsbefragungen nicht folgenlos. Wir müssen davon ausgehen, dass diejenigen Merkmale, welche entscheidend dafür sind, dass eine Person an einer Befragung mitwirkt, zugleich bedeutsam für die individuelle Vulnerabilität (im Sinne von Angreifbarkeit sowie von Anfälligkeit für schwer wiegende Viktimisierungsfolgen) sind. Zudem reduzieren Opfermerkmale, die die Durchführung von Befragungen erschweren oder unmöglich machen, in der Regel auch die Wahrscheinlichkeit einer polizeilichen Registrierung.

Das heißt: Vor allem unter Hochaltrigen treten im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen Merkmale vermehrt und verstärkt auf, welche

1. die Vulnerabilität, die Angreifbarkeit und Verletzbarkeit der Person vergrößern,
2. die Wahrscheinlichkeit reduzieren, dass es zur Tatentdeckung und zu Strafverfolgungsmaßnahmen kommt und
3. die Chance vermindern, dass die Person im Rahmen einer Viktimisierungsbefragung erreicht wird und dort über ihre Viktimisierung berichtet.

Dies widerlegt selbstverständlich nicht den grundlegenden Befund, dass Opferwerdungsrisiken mit dem Alter zurückgehen. Es mahnt aber zur Vorsicht und zu der Frage, ob wir mit Kriminalstatistiken und den Ergebnissen von Opferwerdungsbefragungen wirklich die „ganze Wahrheit“ über Gewaltrisiken und Gewalterfahrungen älterer Menschen in der Hand haben.

Nahraumgewalt gegen alte Menschen

Die Frage nach den Gewalterfahrungen, die Menschen im Bereich enger persönlicher Beziehungen machen, beschäftigt uns nicht nur in Verbindung mit dem höheren Lebensalter. Wissenschaft, Politik und Praxis haben in den vergangenen Jahrzehnten Familie und Partnerschaft als einen Bereich „entdeckt“, in dem in beträchtlichem Maße Gewalt stattfindet – auch wenn dabei bislang in erster Linie Frauen und Kinder als Gewaltbetroffene im Mittelpunkt des Interesses standen.

Aus vielfältigen Studien wissen wir inzwischen,

- dass ein großer Teil aller Gewalthandlungen sich nicht zwischen Fremden, sondern zwischen einander bekannten Personen vollzieht,
- dass Gewalthandlungen im Nahraum in stärkerem Maße als entsprechende Vorkommnisse unter Fremden im Dunkelfeld verbleiben, d. h. Polizei und Justiz nicht zur Kenntnis gelangen und
- dass es sich zumindest bei den schwer wiegenden und systematischen Gewaltformen vor allem um Gewalt von Männern gegenüber Frauen und Kindern handelt.

Im Hinblick auf Gewalterfahrungen, die ältere Menschen im sozialen Nahraum, in Familie und Partnerschaft machen, hat die KFN-Opferbefragung des Jahres 1992 (WETZELS et al., 1995) für den deutschen Sprachraum zum ersten Mal verlässliche und für die Altersgruppe der 60 bis 75-Jährigen repräsentative Ergebnisse bereitgestellt. Auf der Basis einer in eine umfassende Opferbefragung (N=15.771) integrierten schriftlichen Befragung zur Thematik innerfamiliärer Gewalt (5.711 Befragte, davon 2.456 aus der Altersgruppe ab 60 Jahren) erfasste die Untersuchung die Deliktsbereiche Körperverletzung, chronische verbale Aggression, wirtschaftliche Ausnutzung, Vernachlässigung und Medikationsmissbrauch sowie sexuelle Gewalt.

Die Gesamtzahl der Personen der Altersgruppe 60-75 Jahre, die jährlich in der Bundesrepublik Opfererfahrungen in engen sozialen Beziehungen machen, schätzen WETZELS et al. (1995, S. 178) auf rund 600.000 Personen. Die folgende Tabelle macht deutlich, dass dabei körperliche Gewalt auf der einen Seite und Vernachlässigung³ sowie die damit bei der Auswertung zusammengefasste erzwungene Medikamenteneinnahme quantitativ im Vordergrund stehen; materielle Ausnutzung und chronische Formen verbaler Aggression spielten relativ hierzu eine geringere Rolle. Für den Bereich der sexuellen Gewalt war eine Schätzung aufgrund der geringen Zahl in der Befragung identifizierter älterer Opfer nicht möglich.

Opferwerdung in engen sozialen Beziehungen
Schätzung der jährlichen Opferzahl der Altersgruppe 60 bis 75 J.
auf Basis der KFN-Opferbefragung 1992 (WETZELS et al., 1995)

Form der Opferwerdung	jährliche Opfer (BRD)
Viktimisierung durch nahe stehende Personen insgesamt	ca. 600.000
chronische verbale Aggression	ca. 50.000
materielle Ausnutzung	ca. 90.000
physische Gewalt	ca. 340.000
Vernachlässigung und Medikamentenmissbrauch	ca. 230.000

³ Verstanden als Vorenthalten von Mahlzeiten oder medizinischen Hilfsmitteln.

Zu den wesentlichen Ergebnissen der KFN-Studie gehört der Befund, dass ältere Menschen insgesamt seltener als Jüngere Opfer von Gewalt werden und dass dies sowohl für die Viktimisierungen durch Fremde als auch für solche in engen sozialen Beziehungen gilt. Gaben etwa in den alten Bundesländern 19 % der Befragten unter 60 Jahren an, in einem Fünfjahreszeitraum Opfer körperlicher Gewalt durch ein Familien- oder Haushaltsmitglied geworden zu sein, so waren es in der Altersgruppe ab 60 Jahren nur 7,5 %.

Auch im sozialen Nahraum sind befragbare ältere Menschen also offenbar seltener von Gewalt betroffen als Jüngere. Die Differenz zu den unter 60-Jährigen ist dabei nicht so stark wie bei Gewalterfahrungen durch Fremde oder nur am Rande bekannte Personen. Das wiederum bedeutet: Mit zunehmendem Alter sinkt zwar insgesamt das Risiko, aber der Anteil von Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Privatheit und Familie angesiedelt sind, steigt.

Der Befund einer mit dem Alter deutlich zurückgehenden Gewaltgefährdung und eines etwas schwächeren Rückgangs im Bereich der Gewalt durch nahe stehende Personen wird durch die Ergebnisse anderer Studien gestützt. So zeigen Daten des amerikanischen National Family Violence Resurvey (HARRIS, 1996), dass Gewalt durch Partner in der Altersgruppe der 19 bis 59-Jährigen 2 bis 3-mal häufiger ist als bei Älteren. Zugleich waren die Risikofaktoren – zu ihnen gehörten geringe Bildung, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität, geringes Familieneinkommen, Suchtmittelmissbrauch und Konflikte in der Partnerschaft – in beiden Altersgruppen einander sehr ähnlich. Zunehmend entdeckt die Forschung, dass Gewalt in Ehen und Partnerschaften ein Phänomen ist, das mit dem Älterwerden nicht einfach verschwindet, sondern sich ins Alter hinein fortsetzt, in manchen Fällen auch im höheren Alter erst einsetzt – vor dem Hintergrund etwa von Erkrankungen oder von kritischen Lebensereignissen wie dem Ausscheiden aus der Arbeitswelt. So gaben in einer amerikanischen Studie (MOUTON, 2003) 5 % der befragten Frauen der Altersgruppe 50 bis 79 Jahre an, im letzten Jahr von ihrem Partner körperlich misshandelt worden zu sein, 23 % berichteten von verbalen Übergriffen.⁴

Im Rahmen einer explorativ ausgerichteten Studie hat das KFN im vergangenen Jahr sexuelle Viktimisierungen jenseits des 60. Lebensjahres untersucht. Dass auch Seniorinnen und Senioren Opfer sexueller Gewalt werden, gehört zu den bislang in starkem Maße tabuisierten gesellschaftlichen Problemfeldern. Wir konnten im Rahmen der Studie (vgl. GÖRGEN, NEWIG, NÄGELE UND HERBST, 2005; GÖRGEN, HERBST, NÄGELE, NEWIG, KEMMELMEIER, KOTLENGA, MILD, PIGORS UND RABOLD, 2005; siehe auch GÖRGEN UND NÄGELE, 2003) feststellen, dass wiederum nach allen verfügbaren Informationen Ältere insgesamt von Sexualdelikten in deutlich geringerem Maße betroffen sind als Jüngere. Menschen jenseits des 60. Lebensjahres werden nur selten polizeilich als Opfer einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung registriert. Ältere Frauen stellen unter den Klientinnen von Frauenhäusern, Frauennotrufen und ähnlichen Einrichtungen eine Minderheit dar und berichten nur in seltenen Fällen von sexuellen Gewalterfahrungen.

⁴ Ebenso weisen die Ergebnisse der durch das Bundesfamilienministerium geförderten, von einem Team der Universität Bielefeld durchgeführten Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004; 2005) darauf hin, dass auch ältere Frauen unterschiedliche Formen von Gewalt in Partnerschaften erleben, wenngleich die Häufigkeit dieser Erfahrungen mit dem Alter zurückgeht.

Sofern Polizei und Justiz mit Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung älterer Menschen befasst sind, handelt es sich ganz überwiegend um exhibitionistische Handlungen; in nur einem Drittel der von uns anhand staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakte untersuchten Fälle war es zu einem direkten Körperkontakt zwischen Täter und Opfer gekommen. Selbst bei diesen Gewaltdelikten im engeren Sinne war die häufigste Konstellation die eines dem Opfer zuvor nicht bekannten Täters, der die Tat im öffentlichen Raum begeht. Zugleich wurde in der Studie deutlich, dass das von Polizei und Justiz bearbeitete Fallspektrum sich fundamental von demjenigen unterscheidet, mit dem schützende und helfende Institutionen außerhalb des Bereiches der Strafverfolgung befasst sind. Frauenhäuser, Frauennotrufe und ähnliche Einrichtungen sind – bei geringer Fallzahl – in erster Linie mit schwer wiegenden Formen sexueller Gewalt in engen sozialen Beziehungen konfrontiert. Dabei geht es zu einem beträchtlichen Teil um fortgesetzte Viktimisierungen in Ehen und Partnerschaften älterer Menschen, bei denen sexuelle Gewalt und sexueller Zwang Facetten in einem umfassenden Muster der Gewaltanwendung, Demütigung und Kontrolle sind. Mehr als 40 % der in Interviews mit BeraterInnen im Detail beschriebenen und aufgrund dieser Beschreibungen klassifizierten Fälle ließen sich unter das Konzept des „Terrorismus in Intimbeziehungen“ von JOHNSON UND FERRARO (2000) subsumieren.

Dessen Erscheinungsbild ist davon geprägt, dass Männer Gewalt einsetzen, um ihre Partnerinnen zu unterdrücken; die in aller Regel einseitige Gewaltanwendung ist eine taktische Variante eines umfassenden Systems, das dazu dient, das Verhalten der Partnerin zu kontrollieren. Dieses Gewaltmuster zeigt über die Zeit hinweg eine Eskalationsneigung, eine Tendenz also zu immer häufigeren und schwereren Taten; entsprechend ist die Wahrscheinlichkeit gravierender Verletzungen groß. Und auf eben dieses Muster stießen wir in den Interviews immer wieder: ein älterer Mann, der seine Ehepartnerin seit langem kontrolliert, unterdrückt und für seine Zwecke benutzt, eine ältere Frau, die seit Jahren oder Jahrzehnten Gewalt in den verschiedensten Erscheinungsformen erlebt, sich bis zu einem gewissen Grad damit arrangiert hat und erst durch die Intervention einer dritten Person – etwa der erwachsenen Tochter – dazu gebracht wird, Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

In den Interviews wurde auch deutlich, dass es eine ganze Reihe von Gründen gibt, gerade im Hinblick auf sexuelle Viktimisierungen in Ehen und Partnerschaften ein altersspezifisches Dunkelfeld anzunehmen. Die befragten Beraterinnen und Berater waren sich weitgehend einig darüber, dass es eine besonders ausgeprägte Scham älterer Frauen gibt, über sexuelle Viktimisierungen zu sprechen, dass manche älteren Opfer Ängste und Befürchtungen hegen, man werde ihrem Bericht keinen Glauben schenken, dass es generationstypische Bewertungen sexueller Gewalt in der Ehe gibt, insbesondere die in der heutigen älteren Frauengeneration noch anzutreffende Einschätzung, es gehöre zu den „ehelichen Pflichten“ einer Frau, den sexuellen Interessen ihres männlichen Partners zu dienen. Hinzu können krankheitsbedingt reduzierte Fähigkeiten kommen, aus eigener Initiative Hilfe zu suchen. Die Folgen einer Trennung von dem gewalttätigen Partner sind mit fortschreitendem Alter z. T. schwerer zu kompensieren – sei es nun das Alleinsein, seien es materielle Einbußen, befürchtete negative Reaktionen des sozialen Umfelds oder der antizipierte Verlust der vertrauten Wohnumgebung. Schließlich kann auch das bislang zu konstatierende gesellschaftliche Ausblenden der Möglichkeit, dass eine alte Frau Opfer sexueller Gewalt werden kann, zu einem Verbleib im – in einem weiten Sinne verstandenen – Dunkelfeld beitragen.

Auch andere Studien weisen darauf hin, dass Gewalterfahrungen älterer Frauen in Partnerschaften einerseits viele Gemeinsamkeiten mit denen jüngerer Frauen aufweisen, dass andererseits alters- und generationsspezifische Merkmale hinzukommen. So nannten etwa in einer Interviewstudie (ZINK, JACOBSON, REGAN UND PABST, 2004) Frauen, die nach dem 55. Lebensjahr Opfer von Gewalt durch einen Beziehungspartner geworden waren, als Gründe für das Nicht-Enthüllen erfahrener Gewalt gegenüber Ärzten, psychosozialen Professionen und natürlich der Polizei Scham oder Gefühle der Verpflichtung gegenüber dem Partner – Motivlagen, wie sie auch bei jüngeren Frauen häufig zu sein scheinen. Hinzu kamen eher altersspezifische Erwägungen. Dazu gehörte die Einstellung, dass private Dinge nicht an die Öffentlichkeit getragen werden sollten ebenso wie die Wahrnehmung fehlender Handlungsoptionen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, mangelnder finanzieller Ressourcen oder aus Furcht vor Einsamkeit.

Lassen wir die Erkenntnisse zur Gewalterfahrungen älterer Menschen durch Personen, mit denen sie in einer engen persönlichen Beziehung stehen, Revue passieren, so ergibt sich folgendes Bild:

- Es gibt im Hinblick auf die Gesamtgruppe älterer Menschen keinen Beleg für ein gegenüber jüngeren Erwachsenen erhöhtes Gewaltrisiko im Nahraum. Im Gegenteil: Opferbefragungen erbringen regelmäßig den Befund, dass auch Gewalterfahrungen durch dem Opfer nahe stehende Personen mit dem Alter zurückgehen.
- Zugleich belegen vorliegende Studien, dass Gewalt in Partnerschaften und sonstige häusliche und innerfamiliäre Gewalt-Konstellationen auch im Leben älterer und hochaltriger Menschen vorkommen. Offenbar sind Erscheinungsformen und Risikofaktoren denen in jüngeren Altersgruppen recht ähnlich, so dass Forschung wie Praxis im Feld „Gewalt gegen Ältere“ hier viel von Erkenntnissen und Aktivitäten im Bereich „häusliche Gewalt/Gewalt gegen Frauen“ profitieren können.
- In Bezug auf Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen gibt es Belege dafür, dass sich darunter auch langjährige und systematische Formen schwer wiegender Misshandlung, Demütigung und Kontrolle von Frauen durch ihre männlichen Partner finden. Zugleich gibt es – in Bezug auf sexuelle Gewalt wie auf Gewalt allgemein – Hinweise auf besondere Offenbarungshemmungen im Alter, welche dazu beitragen dürften, dass eine Gewaltbeziehung sich dauerhaft und ins Alter hinein etabliert und verfestigt. Diese sind vor dem Hintergrund in der älteren Generation noch sehr starker geschlechtsbezogener Rollenverteilungen zu sehen; Männer dominieren diese Beziehungen auch ökonomisch; die Vorstellung „ehelicher Pflichten“, zu denen auch und besonders sexuelle Verfügbarkeit gehört, ist in der jetzt älteren Generation noch präsent.
- Schließlich bleibt auch in Bezug auf diesen Bereich der Gewalt in Partnerschaft und Familie festzuhalten, dass es – wie in der gesamten Forschung zu Gewalt im Alter – Subgruppen gibt, deren Viktimisierungsrisiken sehr schwer zugänglich sind. Dies gilt insbesondere für im häuslichen Umfeld Gepflegte, denen sich der Vortrag nun zuwendet.

Nahraumgewalt gegen pflegebedürftige Menschen

Im Gegensatz zu manchen klischeehaften Vorstellungen ist keineswegs das Heim, sondern die Privatwohnung der alltägliche Lebensraum der weit überwiegenden Zahl älterer Menschen. Mehr als 90 % der 65-Jährigen und Älteren leben in Privatwohnungen, nur rund 7 % in Heimen und anderen „Sonderwohnformen“ (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2001). Auch von den Älteren, die pflegebedürftig sind, werden rund zwei Drittel in der häuslichen Umgebung gepflegt, sei es durch Angehörige, durch ambulante Dienste oder durch Kombinationen privater und professioneller Pflege.

Familiäre Pflege wird in erster Linie durch die Ehepartner geleistet (darunter in beträchtlichem Umfang auch Männer); fehlen diese oder sind nicht in der Lage dazu, übernehmen vor allem Töchter und Schwiegertöchter die Pflege. Dass familiäre Pflege Belastungen mit sich bringt, ist nicht zu bestreiten. Einschlägige Studien beschreiben vor allem Belastungen und negative Konsequenzen für die Gesundheit der Pflegenden (erhöhte Infektanfälligkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), ihr Wohlbefinden (erhöhte Depressivität) und ihre Sozialkontakte. Die amerikanische Caregiver Health Effects Study (SCHULZ UND BEACH, 1999) fand bei familiären Pflegepersonen eine gegenüber vergleichbaren Personen ohne Pflegeaufgaben deutlich erhöhte Sterblichkeit. Recht eindeutig erscheint die Befundlage auch im Hinblick darauf, dass nicht allein die gesundheitliche Verfassung des Pflegebedürftigen und der Zeitaufwand für die Pflege das Ausmaß der Belastung determinieren. Pflegenden erleben besondere Belastungen, wenn die Beziehung zu der gepflegten Person bereits vor Übernahme von Pflegeverantwortung problematisch war (HAMEL et al., 1990), wenn sie sich schuldig fühlen oder ihre Lebenssituation als außerhalb ihrer Kontrolle liegend erleben, wenn sie ungeeignete Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum, Rauchen und übermäßiges Essen wählen, wenn die pflegebedürftige Person sich ihnen gegenüber aggressiv und gewalttätig verhält (QUAYHAGEN, QUAYHAGEN, PATTERSON, IRWIN, HAUGER UND GRANT, 1997).

Wirklich belastbare Daten zur Verbreitung von Gewalthandlungen familiär Pflegenden gegenüber Pflegebedürftigen gibt es nicht. Die Zahl einschlägiger Untersuchungen ist klein, die dabei verwendeten Methoden und zu Grunde gelegten Konzepte unterschiedlich, und es handelt sich um einen Bereich, in dem vor allem aufgrund der faktischen Unmöglichkeit repräsentativer Opferbefragungen verlässliche Befunde zu Prävalenz und Inzidenz von Gewalt kaum jemals zu erlangen sein werden. Vorliegende Studien veranschlagen den Anteil von Pflegebeziehungen, in denen Pflegenden in einem weiten Sinne „gewalttätig“ gegenüber Pflegebedürftigen werden, meist in der Größenordnung zwischen 5 und 25 %.

Kontrovers diskutiert wurde und wird die Frage, welcher Stellenwert Be- und Überlastung der Pflegenden als gewaltinduzierendem Faktor zukommt. Nach einer weit verbreiteten (anfangs vor allem von Suzanne STEINMETZ, 1988, vertretenen) These nimmt die Wahrscheinlichkeit der Misshandlung Pflegebedürftiger mit der von Pflegenden erlebten Belastung zu. Pflegebeziehungen bringen – so die Argumentation – für Pflegenden eine Vielzahl an Frustrationen mit sich; kritisch sind vor allem Situationen, die zugleich als unfair und unentrinnbar erlebt werden. Das Machtgefälle zwischen den beteiligten Personen gibt dem Pflegenden die Möglichkeit, derartige Frustrationen relativ gefahrlos durch Aggressionen auszudrücken. Demgegenüber gibt es auch Argu-

mente und empirische Belege dafür, dass in spezifischer Weise gestörte oder deviante Angehörige, die zudem oftmals von dem pflegebedürftigen alten Menschen finanziell oder in sonstiger Weise abhängig sind, weitgehend unabhängig von erlebter pflegerischer Belastung bestehende aggressive Handlungstendenzen auch gegenüber dem pflegebedürftigen Familienmitglied ausagieren (vgl. PILLEMER UND FINKELHOR, 1988, 1989). Beide Thesen schließen einander nicht aus. Sie haben vielmehr jeweils spezifische Fallkonstellationen und Erscheinungsformen von familiärer Gewalt gegen Ältere zum Bezugspunkt.

Relativ unabhängig von diesen beiden sehr unterschiedlichen Denkansätzen hat die Forschung inzwischen eine Reihe von Risikofaktoren für Gewalt von familiär Pflegenden gegenüber Pflegebedürftigen herausgearbeitet:

- Die **Qualität der Beziehung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit** ist von entscheidender Bedeutung. Familiäre Settings, die bereits vor Übernahme von Pflegeverantwortung durch Gewalt und ein hohes Ausmaß an Konflikten geprägt waren, haben ein erhöhtes Risiko, dass sich dies in die Phase der familiären Pflege hinein fortsetzt (vgl. u. a. NOLAN, 1997; SADLER, KURRLE UND CAMERON, 1995; SAVEMAN, HALLBERG UND NORBERG, 1996)
- **Suchtmittelabhängigkeit** der Pflegeperson stellt einen Risikofaktor dar, ebenso psychische Störungen und Erkrankungen, insbesondere depressive Symptomatiken, die ein klinisches Niveau erreichen oder diesem nahe kommen (PAVEZA et al., 1992).
- Pflegende, die sich als **sozial isoliert** erleben und die soziale Unterstützung durch Dritte als unzureichend wahrnehmen, sind in größerer Gefahr, Gewalt gegenüber der pflegebedürftigen Person anzuwenden (COMPTON, FLANAGAN UND GREGG, 1997).
- Schließlich ist **aggressives und gewaltförmiges Verhalten des Pflegebedürftigen** ein deutlicher Risikofaktor für entsprechendes Handeln der familiären Pflegeperson (PILLEMER UND SUITOR, 1992).

In der Forschung herrscht auch weit gehend Einigkeit darüber, dass die Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen gegenüber der Pflege „nur“ körperlich eingeschränkter Personen besondere Belastungen mit sich bringt (vgl. z. B. COYNE, 2001). Mit Demenzerkrankungen gehen Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen einher, damit nahezu unausweichlich auch gravierende Veränderungen der Beziehung zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person. Demenzkranke zeigen zum Teil aggressives, aus der Perspektive des Pflegenden unkooperatives Verhalten und sind primär auf Argumente setzenden Strategien der Verhaltensbeeinflussung kaum zugänglich. Aus einer kriminologischen Perspektive bringt die Demenzerkrankung eines Pflegebedürftigen vielfältige Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten mit sich. Insgesamt ist bislang empirisch nicht geklärt, ob Demenzkranke tatsächlich ein gegenüber anderen Pflegebedürftigen erhöhtes familiäres Gewaltrisiko haben; die vorliegenden Befunde sind diesbezüglich nicht einheitlich und die Forschungshindernisse groß. Möglicherweise ist nicht die Demenzerkrankung als solche, sondern das damit oft, aber nicht bei jedem Kranken in gleicher Intensität und Frequenz einhergehende aggressive Verhalten der wesentliche Risikofaktor (vgl. COYNE, 2001; PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT, 2003, S. 93ff.).

Will man auch in Bezug auf Opferwerdungen älterer familiär gepflegter Personen den Stand in wenigen Worten zusammenfassen, ist Folgendes hervorzuheben:

- Wir wissen, dass Gewalthandlungen familiärer Pflegepersonen gegen ältere pflegebedürftige Angehörige vorkommen, und dies nicht etwa nur in raren Einzelfällen; wirklich verlässliche Daten zur Verbreitung liegen indes nicht vor und werden aufgrund der Natur des Untersuchungsgegenstandes auch kaum jemals zu ermitteln sein.
- Anfangs wurde Gewalt in familiären Pflegebeziehungen vor allem mit Überlastung der Pflegenden erklärt. Mittlerweile neigt die Forschung zu einer differenzierteren Sichtweise, die u. a. Merkmale der Beziehung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit, aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen und die psychische Verfassung der pflegenden Person in den Mittelpunkt rückt.
- Die Pflege demenziell erkrankter Angehöriger stellt auch im Hinblick auf Gewaltgefährdungen ein besonderes Feld dar.

Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft

Welche Konsequenzen ergeben sich aus den dargestellten Befunden für kriminalpräventive Bemühungen? Es sollte deutlich geworden sein, dass „Nahraumgewalt gegen ältere Menschen“ ein heterogenes Feld ist. Um die Vielgestaltigkeit noch einmal zu verdeutlichen, sollen – beschränkt auf einen sehr engen Deliktsbereich, den der vorsätzlichen Tötungen – einige reale Fälle von Nahraumgewalt gegen ältere Menschen kurz skizziert werden:

- In München erdrosselt eine 62-jährige Rentnerin nach 21-jähriger Ehe ihren alkoholkranken und sie systematisch tyrannisierenden 70-jährigen Ehemann mit einer langen Unterhose.
- Das Landgericht Würzburg verurteilt eine 55-jährige Lehrerin in einem Indizienprozess wegen Mordes an ihrer 79 Jahre alten Mutter zu einer lebenslangen Haftstrafe. Sie soll ihre Mutter mit 47 Messerstichen getötet haben. Die Beziehung der beiden wird von Zeugen als eng, aber problematisch beschrieben. Die Mutter habe sich massiv ins Leben der Tochter eingemischt und unter anderem erwartet, dass sie jedes Wochenende bei ihr verbringe.
- Vor dem Landgericht Stuttgart wird eine 48-jährige Frau wegen Mordversuchs an zwei pflegebedürftigen 79 und 80 Jahre alten Frauen zu zehn Jahren Haft verurteilt. Sie hatte u. a. diese beiden vermögenden Frauen in einer ihr gehörenden Wohnung aufgenommen und gepflegt. Beide Frauen hatten die Verurteilte vor ihrem Tod als Erbin eingesetzt. Aus diesen und ähnlichen Erbschaften waren der Frau und ihrem Ehemann innerhalb von 6 Jahren weit mehr als eine Million zugeflossen. Die beiden verstorbenen Frauen waren vor ihrem Tod in einem sehr verwahrlosten Zustand, hatten an starker Austrocknung gelitten und waren von der dafür nicht ausgebildeten Frau unsachgemäß gepflegt worden. Da sich die Todesursache nicht mehr exakt ermitteln lässt, wird die Frau lediglich wegen Mordversuchs verurteilt.

Selbst innerhalb dieses sehr engen Spektrums an Gewalt haben wir es offensichtlich mit einer Vielzahl von Bedingungskonstellationen und Tatmotiven zu tun. Die in der vergangenen Dekade zum Themenkomplex „Gewalt im Alter“ geführten Diskussionen konzentrierten sich oftmals ganz auf Pflegebedürftige und dabei vor allem auf primär strukturell bedingte Formen pflegerischer Vernachlässigung sowie auf Gewalthandlungen Pfleger, die auf Überlastung zurückgeführt wurden. Wenngleich mit solchen Strukturdefiziten und mit pflegerischer Überlastung zentrale Problembereiche benannt sind, ist bisweilen eine Tendenz unübersehbar, „Gewalt gegen Ältere“ nahezu ausschließlich unter diesen Perspektiven zu sehen. Jede nähere Betrachtung konkreter Fälle macht aber deutlich, dass Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen und Motive vielfältig und komplex sind, bei weitem nicht alle Gewalthandlungen sich innerhalb von Pflegebeziehungen ereignen und selbst dort, wo dies geschieht, pflegerische Überlastung lediglich eine von mehreren Tatarsachen ist.

Insgesamt lässt sich daher feststellen: Die Heterogenität der Erscheinungsformen von „Nahraumgewalt gegen alte Menschen“ und die anzunehmende Vielfalt der Ursachen bedeuten, dass Präventions- und Interventionsansätze dieser Vielgestaltigkeit gerecht werden müssen. Maßnahmen müssen für den jeweiligen Teilbereich von „Nahraumgewalt gegen alte Menschen“ passend sein, in dem sie eine Wirkung entfalten sollen.

Ein amerikanisches Expertengremium (PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT, 2003, S. 65) hält in Bezug auf „domestic elder abuse“ eine Differenzierung zwischen folgenden fünf Bereichen für wesentlich:

- langjährige Gewalt durch Intimpartner
- im Alter einsetzende Gewalt durch Intimpartner
- Vernachlässigung oder Misshandlung durch pflegende Angehörige
- Vernachlässigung oder Misshandlung durch professionelle Pflegekräfte
- finanzielle Ausbeutung durch Pflegende.

Bei der Frage nach Handlungsmöglichkeiten und Handlungsbedarf will ich mich hier auf die beiden Bereiche „Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen“ und „Gewalt in der familiären Pflege“ konzentrieren. Ich beginne mit **Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen**.

Handlungsansätze/Handlungsbedarf in Bezug auf Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen

- niedrigschwellige, thematisch offene Beratungsangebote für Gewaltopfer
 - im Alter wachsende Bedeutung pro-aktiver und aufsuchender Ansätze
 - Selbsthilfegruppen für ältere Opfer häuslicher Gewalt
 - (in begrenztem Umfang:) Frauenhausplätze auch für Opfer mit funktionalen Einschränkungen
 - Verankerung der Thematik in Institutionen zum Komplex „häusliche Gewalt / Gewalt gegen Frauen“
 - stärkere Vernetzung von Einrichtungen „häusliche Gewalt“ mit Institutionen der Altenhilfe
 - Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit für die Problematik
 - Sensibilisierung und Schulung relevanter Berufsgruppen (u.a. ÄrztInnen; Pflegekräfte; Polizei)
- Soweit es um Hilfeangebote geht, die sich direkt an ältere Opfer von Nahraumgewalt richten, kommt der **Niedrigschwelligkeit** von Hilfeangeboten besondere Bedeutung zu. Hochspezialisierte Angebote, welche von den Betroffenen verlangen, ihr Problem vorab zu klassifizieren und diese Klassifikation durch die Inanspruchnahme des Angebots explizit zu machen, sind wenig geeignet. Niedrigschwelligkeit impliziert ein hohes Maß an thematischer Offenheit. Ein erkennbar breiter und offener Zugang befreit Rat- und Hilfesuchende von der Last, ihr Problem vorab exakt klassifizieren und benennen zu müssen.⁵

⁵ Dies war auch ein Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung des Bundes-Modellprojektes „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum“ (vgl. GÖRGEN UND NÄGELE, 2005; GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE UND KRAUSE, 2002), dessen erklärter Zuständigkeitsbereich für eine eigenständige Hilfe- und Beratungseinrichtung auf lokaler Ebene als deutlich zu eng gewählt beurteilt wurde. Zudem erleichtert die explizite Bezugnahme und Fokussierung auf „Gewalt gegen Ältere“ Präventions- und Interventionsprojekten zwar die Öffentlichkeitsarbeit, führt aber gleichzeitig zu Schwierigkeiten im Hinblick auf Zielgruppenansprache und Profilierung.

- Alter geht oftmals einher mit Einschränkungen der Mobilität sowie der Kommunikations- und Artikulationsfähigkeit. Hilfen für ältere Gewaltopfer können nicht alleine darauf ausgerichtet sein, dass die unmittelbar Betroffenen sich eigenständig an eine Einrichtung wenden. Sie müssen die vielfältigen Hindernisse, die einer derartigen Inanspruchnahme entgegenstehen, in Betracht ziehen. Zu diesen Hindernissen gehören nicht nur körperliche und intellektuelle Einschränkungen, sondern auch Ängste, Befürchtungen und Hemmungen der Betroffenen, etwa die mit der Offenbarung einer innerfamiliären Viktimisierung verbundene Scham, die Furcht vor Repressalien seitens der gewaltausübenden Person und die Angst, die Suche nach Hilfe könnte für den Betroffenen letztlich mit dem Verlust des vertrauten Wohnumfeldes und der Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung enden. Hilfeangebote sollten diese Einschränkungen und Ängste ernst nehmen, aufsuchende Hilfen anbieten und sich nicht nur an die direkt Gewaltbetroffenen, sondern auch an deren Kontaktpersonen richten. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass der pro-aktive Ansatz wie er etwa in Niedersachsen von den mit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes implementierten Beratungs- und Interventionsstellen verfolgt wird, d. h. die von der Beratungsstelle ausgehende Kontaktaufnahme mit Opfern häuslicher Gewalt nach einem Polizeieinsatz, gerade auch im Hinblick auf ältere Opfer weiterführend erscheint.
- Vor allem aus den USA, Kanada und Großbritannien werden positive Erfahrungen mit angeleiteten Selbsthilfegruppen für ältere Frauen berichtet, die Opfer von Gewalt im häuslichen Bereich wurden. Derartigen Gruppen wird neben positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden vor allem das Potenzial zugeschrieben, Isolation aufzubrechen und individuelle Veränderungsmotivation zu stärken (BRANDL, HEBERT, ROZWADOWSKI UND SPANGLER, 2003; PRITCHARD, 2003).
- In begrenztem Umfang erscheint es erforderlich, **Plätze in Schutzeinrichtungen** auch für Frauen bereitzuhalten, die nicht mehr uneingeschränkt zu einer selbstständigen Haushaltsführung in der Lage sind.
- Wichtig ist es, die Verknüpfung der Zielgruppe „ältere Opfer“ und der Thematik „häusliche Gewalt“ in Selbstverständnis und Praxis bestehender Einrichtungen zu fördern. Dazu gehören insbesondere Frauenhäuser, Frauennotrufe und verwandte Institutionen.
- Es ist eine auch aus dem Ausland immer wieder berichtete Erfahrung (vgl. z. B. VINTON, 2003; WOLF, 1999), dass Institutionen, die das Problemfeld „häusliche Gewalt“ bearbeiten, bislang auf ältere von Gewalt betroffene Personen nur unzureichend eingestellt sind, dass die Verbindungen zwischen diesen Einrichtungen und Institutionen der Altenarbeit/Altenhilfe wenig entwickelt sind und dass dies die Inanspruchnahme von Hilfen durch ältere Gewaltopfer beeinträchtigt. Bei Kooperationsprojekten zwischen beiden Institutionengruppen ist es unbedingt erforderlich, dass Mitarbeiter von Einrichtungen aus dem Problemfeld „häusliche Gewalt“ im Hinblick auf altersbezogene Veränderungen, Umgang mit älteren Opfern sowie Strukturen der Altenhilfe fortgebildet werden und umgekehrt diejenigen Praktikerinnen und Praktiker, die ihren Arbeitsschwerpunkt im Senioren- und Pflegebereich haben, über Nahraumgewalt und die in diesem Bereich vorhandenen Hilfeangebote und Ansprechpartner informiert werden. Eine Plattform für eine solche Vernetzung können etwa auch lokale kriminalpräventive Räte sein.

- Schließlich sind für die Problematik, dass auch ältere Menschen Opfer von Gewalt in Partnerschaften werden, sowohl eine Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit als auch entsprechende Initiativen und Schulungen im Hinblick auf besonders relevante Berufsgruppen wünschenswert. Zu diesen Berufsgruppen gehören u. a. Ärztinnen und Ärzte (als Personen, mit denen ein großer Teil der älteren Menschen regelmäßig Kontakt hat und die aufgrund der Art ihrer Tätigkeit, des besonderen Vertrauensverhältnisses und der berufsbedingten Enge des körperlichen Kontakts zum Patienten in einer einzigartigen Lage sind, Anzeichen von Gewalt zu entdecken und als Ansprechpartner für Gewaltopfer zu dienen)⁶. Dazu gehören auch Pflegekräfte, auch Polizistinnen und Polizisten, insbesondere wenn sie im Schwerpunkt im Bereich „häusliche Gewalt“ tätig sind.

Ich wende mich nun der Frage nach Perspektiven für gewaltpräventive Maßnahmen im Bereich der familiären Pflege zu.

Handlungsansätze/Handlungsbedarf in Bezug auf Gewalt in der familiären Pflege

- Aufklärung pflegender Familienangehöriger über Merkmale und Verläufe von Erkrankungen
- Vermitteln von Strategien zur Bewältigung problematischer Situationen
- Entlastungsangebote für pflegende Familienangehörige (Kurzzeitpflege, Tagespflege, regelmäßige Unterstützung durch Pflegedienste)
- trägerneutrale Beratung in kritischen Pflegesituationen
- Beschwerdestellen für Missstände in der professionellen Pflege
- Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige
- anonyme telefonische Beratungsangebote
- Information über vorhandene Hilfeangebote
- Beratung auch im Vorfeld der Übernahme von Pflegeverantwortung
- Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit
- Sensibilisierung und Schulung relevanter Berufsgruppen (u.a. ÄrztInnen, Pflegekräfte)

Mit Blick auf pflegebezogene Angebote erhält das vorhin über die thematische Offenheit von Angeboten Gesagte eine eigene Bedeutungsnuance. Selbstverständlich stellt der Komplex Pflegebedürftigkeit ein eigenes Problemfeld dar, das auch in Hilfeangeboten so benannt werden sollte – aber dann besser nicht in Kombination mit einem in diesem Zusammenhang in der Regel so unscharfen Begriff wie „Gewalt“. Die verschiedenerorts mittlerweile etablierten Beschwerdestellen für Probleme in der Altenpflege etwa gehen da sicherlich einen besser geeigneten Weg.

⁶ Vgl. dazu u. a. BRANDL UND MEUER (2000), LACHS et al. (1997).

Was ist in Bezug auf die Prävention von Gewalt in der familiären Pflege vorrangig erforderlich?

- Es bedarf der Aufklärung pflegender Familienangehöriger über Merkmale und Verläufe von Erkrankungen; dies gilt natürlich insbesondere für die familiäre Demenzpflege, aber auch körperliche Erkrankungen können – vor allem wenn sie plötzlich manifest werden – Pflegende mit ungewohnten Symptombildern konfrontieren, die sie nicht einordnen und mit denen sie nicht umgehen können.
- Es bedarf der Beratung auch bereits im Vorfeld der Pflegeübernahme; es gibt familiäre Pflegebeziehungen, die als solche besser nicht eingegangen werden sollten. Wenn etwa die Beziehung zwischen Ehemann und Ehefrau seit langem in hohem Maße konfliktreich, der Mann zudem alkoholkrank ist, würde eine Konstellation, in der dieser Mann seine Frau pflegt, für sie in mehrfacher Hinsicht ein hohes Risiko bedeuten.
- Angehörige benötigen allgemein und besonders in kritischen Situationen Informationen über vorhandene Hilfeangebote; dazu bedarf es insbesondere trägerneutraler, nicht mit ökonomischen Interessen verknüpfter Beratung über verfügbare Hilfen.
- Unabdingbar sind Entlastungsangebote für pflegende Familienangehörige (und natürlich deren hinreichende finanzielle Absicherung); dazu gehören Tagespflege und Kurzzeitpflege ebenso wie die regelmäßige Unterstützung durch ambulante Dienste.
- Wichtig ist es, pflegenden Angehörigen Strategien zur Bewältigung problematischer Situationen zu vermitteln. Was kann getan werden, um Eskalationen von Interaktionen zu vermeiden? Auch hier stellt die Pflege von Demenzkranken einen besonderen Bereich dar.
- Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise für pflegende Angehörige bieten Entlastung und soziale Unterstützung und können Hilfe und Rat in konkreten Problemsituationen vermitteln.
- Schließlich sind für den Bereich der häuslichen Pflege anonyme telefonische Beratungsangebote hilfreich, die Rat- und Hilfesuchenden die Möglichkeit geben, mit ihrem Problem Hilfe zu suchen, ohne sich dabei gleich als Person zu erkennen geben zu müssen.
- Ähnlich wie bereits für den Bereich der Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen gesagt, besteht auch in Bezug auf Gewaltprobleme in der familiären Pflege Bedarf an Sensibilisierung und Informationsvermittlung, dies wiederum einerseits in der allgemeinen Öffentlichkeit, andererseits bei besonders hierfür relevanten Berufsgruppen, zu denen ich an vorderster Stelle Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante Pflegekräfte zähle.

Strafrechtliches oder soziales Problem? Die Frage, ob „Gewalt gegen alte Menschen“ insgesamt ein strafrechtliches oder ein soziales Problem darstellt (und mit den entsprechenden Mitteln zu „traktieren“ ist), kann aus meiner Sicht nur mit einem klaren „Sowohl als auch!“ beantwortet werden. Unter diesen Begriff fallen sowohl eindeutig kriminelle und strafrechtlich zu ahndende Verhaltensweisen als auch solche, bei denen eine Strafverfolgung des unmittelbaren Täters die Probleme und Ursachen unangetastet ließe, die dem problematischen Verhalten zu Grunde liegen, dem Unrechtsgehalt der Tat nicht entspräche oder auch den Interessen der Opfer nicht gerecht würde.

Wenn wir den Blick auf Taten im häuslichen Umfeld konzentrieren (in der familiären Pflege wie auch unabhängig davon in Partnerschaft und Familie), reduzieren sich sowohl die faktischen Möglichkeiten der Strafverfolgung als auch deren Angemessenheit zur Problembewältigung. Innerfamiliäres Geschehen ist für Strafverfolgungsinstanzen nur sehr begrenzt zugänglich (und wird das auch immer bleiben). Auf unangemessenes Verhalten gegenüber einem Pflegebedürftigen, das aus Überlastung und Unwissenheit resultiert, wäre wohl nur in den seltensten Fällen eine strafrechtliche Sanktion die richtige Reaktion. Insofern sollten insgesamt ganz sicher soziale Ansätze gegenüber strafrechtlichen den Vorrang haben. Zugleich ist es aber wichtig, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass familiäre Gewalt gegen alte Menschen keine Privatangelegenheit ist – ähnlich wie das bei Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder geschehen ist. Hier kommt noch der besondere Aspekt hinzu, die Verantwortung der Allgemeinheit dafür deutlich zu machen, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, unter denen Angehörige „gewaltfrei pflegen“ können. Perspektiven für polizeiliches Handeln sehe ich vor allem im Hinblick auf Gewalt in Ehen und Partnerschaften älterer Menschen; so wie die Polizei insgesamt ihre Zuständigkeit für Fälle häuslicher Gewalt auch in der Außendarstellung zunehmend deutlich macht, kann dies auch mit explizitem Verweis auf ältere Opfer geschehen.

Forschungslage und Forschungsbedarf: Die Altersviktimologie ist eine noch junge Disziplin. Wir können heute sagen, dass – nach allem, was wir wissen –, nicht pflegebedürftige „junge Alte“ eine im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen durch Gewalt wenig gefährdete Population sind.

Zugleich beschränkt sich die bisherige Forschung aber auch weitgehend auf eine Viktimologie dessen, was die Gerontologen das „dritte Lebensalter“ nennen, während das durch mannigfaltige Einschränkungen und Verluste sowie eine stark ansteigende Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen gekennzeichnete „vierte Lebensalter“ die empirische Forschung vor große methodische Probleme stellt.⁷

⁷ Zur Unterscheidung zwischen drittem und viertem Lebensalter, vgl. M. BALTES (1998), P. BALTES (1997a; 1997b), BALTES AND SMITH (2003).

Von einer umfassenden Viktimologie des vierten Lebensalters sind wir derzeit noch weit entfernt, über Opferwerdungsrisiken hochaltriger und insbesondere pflegebedürftiger Menschen wissen wir vergleichsweise wenig Exaktes. Die Forschungshindernisse sind in diesem Bereich enorm, und Daten, die etwa Verbreitung und Häufigkeit der häuslichen Misshandlung Demenzkranker so gut abbilden, wie wir das mit Opferbefragungen für andere Bevölkerungsgruppen können, wird es wohl nie geben. In Bezug auf Hochaltrige und Pflegebedürftige wird man mit anderen und weiteren Methoden arbeiten müssen. Befragungen Dritter, die Auswertung von Unterlagen einschlägiger Einrichtungen, etwa der in den letzten Jahren an etlichen Orten entstandenen Beschwerdestellen können hier hilfreich sein.

Besonderen Forschungsbedarf sehe ich im Bereich von Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren. Noch bedeutsamer als exaktes Wissen um die Verbreitung eines Problems sind Kenntnisse darüber, wer besonders gefährdet ist und wie Gefahren sich umgehen lassen.

Und schließlich besteht großer Bedarf an systematischer Evaluation bislang praktizierter Präventions- und Interventionsansätze. Die Beurteilung von Maßnahmen wird bislang durch einen eklatanten Mangel an Studien erschwert. Allerdings sind – wie bisherige Forschungserfahrungen zeigen – die Schwierigkeiten der Durchführung kontrollierter Studien in diesem Bereich beträchtlich.⁸

⁸ Exemplarisch zeigt dies die quasi-experimentelle Untersuchung der Wirkungen eines *domestic elder abuse* Präventionsprogrammes in New York City (DAVIS AND MEDINA-ARIZA, 2001), die letztlich nicht klären konnte, ob die Kombination von Öffentlichkeitskampagnen zu *elder abuse* mit Hausbesuchen (bei polizeilich bekannt gewordenen Fällen von Gewalt gegen Ältere) zu einer Sensibilisierung und zu offenerem Berichtsverhalten bei älteren Opfern häuslicher Gewalt führte oder möglicherweise – ganz entgegen den Intentionen der Maßnahme – die tatsächliche Gewaltinzidenz erhöhte.

Literatur

BALTES, M. M. (1998). The psychiatry of the oldest-old: The fourth age. *Current Opinion in Psychology*, 11, 411–415.

BALTES, P. B. (1997a). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366–380.

BALTES, P. B. (1997b). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191–210.

BALTES, P. B. AND SMITH, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123–135.

BRANDL, B., HEBERT, M., ROZWADOWSKI, J. AND SPANGLER, D. (2003). Feeling safe, feeling strong: Support groups for older abused women. *Violence Against Women*, 9 (12), 1490–1503.

BRANDL, B. AND MEUER, T. (2000). Domestic abuse in later life. *Elder Law Journal*, 8 (2), 297–322.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation (BT-Drucksache 14/5130)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2004). *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

COMPTON, S. A., FLANAGAN, P. AND GREGG, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 632–635.

COYNE, A. C. (2001). The relationship between dementia and elder abuse. *Geriatric Times*, 2 (4). Verfügbar unter <http://www.geriatrictimes.com/g010715.html> [02.06.2005].

DAVIS, R. C. AND MEDINA-ARIZA, J. (2001). Results from an elder abuse prevention experiment in New York City. National Institute of Justice: Research in Brief, Sep. 2001. Verfügbar unter www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/188675.pdf [26.02.2005].

FATTAH, E. A. AND SACCO, V. F. (1989). Crime and victimization of the elderly. New York: Springer.

GÖRGEN, T. (unter Mitarbeit von HERBST, S., HÜNEKE, A. UND NEWIG, A.) (2004). Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten (KFN-Forschungsbericht Nr. 93). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

GÖRGEN, T., HERBST, S., NÄGELE, B., NEWIG, A., KEMMELMEIER, I., KOTLENGA, S., MILD, N., PIGORS, K. UND RABOLD, S. (2005). „Ich habe gehofft, das wird besser mit den Jahren“: Sexuelle Gewalterfahrungen älterer Frauen (KFN-Materialien für die Praxis, Nr. 1). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

GÖRGEN, T., KREUZER, A., NÄGELE, B. UND KRAUSE, S. (2002). Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 217). Stuttgart: Kohlhammer.

GÖRGEN, T. UND NÄGELE, B. (2003). Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt (KFN-Forschungsbericht Nr. 89). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

GÖRGEN, T. UND NÄGELE, B. (2005). Nahraumgewalt gegen alte Menschen – Folgerungen aus der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojekts. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (1), 4–9.

GÖRGEN, T., NEWIG, A., NÄGELE, B. UND HERBST, S. (2005). „Jetzt bin ich so alt und das hört nicht auf“: Sexuelle Viktimisierung im Alter (KFN-Forschungsbericht Nr. 95). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

HAMEL, M., GOLD, D., ANDRES, D., REIS, M., DASTOOR, D., GRAUER, H. AND BERGMAN, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. Gerontologist, 30 (2), 206–211.

HARRIS, S. B. (1996). For better or for worse: Spouse abuse grown old. Journal of Elder Abuse and Neglect, 8 (1), 1–33.

JOHNSON, M. P. AND FERRARO, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. Journal of Marriage and the Family, 62, 948–963.

KLAUS, P. A. (2000). Crimes against persons age 65 or older, 1992–97. Washington D.C.: Bureau of Justice Statistics.

LACHS, M. S., WILLIAMS, C. S., O'BRIEN, S., HURST, L., KOSSACK, A., SIEGAL, A. AND TINETTI, M. E. (1997). ED use by older victims of family violence. *Annals of Emergency Medicine*, 30 (4) 448–454.

MOUTON, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9 (12), 1465–1477.

NOLAN, M. (1997). Sustaining meaning: A key concept in understanding elder abuse. In: DECALMER, P. AND GLENDENNING, F. (Eds.). *The mistreatment of elderly people* (2nd ed., 199–209). London: Sage.

PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT (2003). Elder mistreatment. In: BONNIE, R. J. AND WALLACE, R. B. (Eds.). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (S. 1–164). Washington, DC: National Academies Press.

PAVEZA, G., COHEN, D., EISDORFER, C., FREELS, S., SEMLA, T., ASHFORD, J. W., GORELICK, P., HIRSCHMAN, R., LUCHINS, D. AND LEVY, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *Gerontologist*, 32 (4), 493–497.

PILLEMER, K. A. AND FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample study. *Gerontologist*, 28 (1), 51–57.

PILLEMER, K. A. AND FINKELHOR, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 179–187.

PILLEMER, K. A. AND SUITOR, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47, 165–172.

PRITCHARD, J. (2003). *Support groups for older people who have been abused: Beyond existing*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

QUAYHAGEN, M., QUAYHAGEN, M., PATTERSON, T., IRWIN, M., HAUGER, R. & GRANT, I. (1997). Coping with dementia: Family caregiver burnout and abuse. *Journal of Mental Health and Aging*, 3 (3), 357–364.

SADLER, P., KURRLE, S. AND CAMERON, I. (1995). Dementia and elder abuse. *Australian Journal on Ageing*, 14 (1), 36–40.

SAVEMAN, B. I., HALLBERG, I. R. AND NORBERG, A. (1996). Narratives by district nurses about elder abuse within families. *Clinical Nursing Research*, 5 (2), 220–236.

SCHULZ, R. AND BEACH S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215–2219.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2005). Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

STEINMETZ, S. K. (1988). *Duty bound: Elder abuse and family care* (Sage library of social research, Vol. 166). Newbury Park, CA: Sage.

WETZELS, P., GREVE, W., MECKLENBURG, E., BILSKY, W. UND PFEIFFER, C. (1995). Kriminalität im Leben alter Menschen: Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 105). Stuttgart: Kohlhammer.

VINTON, L. (2003). A model collaborative project toward making domestic violence centers elder ready. *Violence Against Women*, 9 (12), 1504–1513.

WOLF, R. S. (1999). *Elder shelters: U.S., Canada, and Japan*. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

ZINK, T., JACOBSON, J. C., REGAN, S. AND PABST, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health*, 13 (8), 898–908.

III.2 Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch

Prävention statt Gewalt

– Überforderung von Angehörigen verringern –

... „zur Gewalt im prägnanten Sinne des Wortes wird eine wie immer wirksame Ursache erst dann, wenn sie in sittliche Verhältnisse eingreift.“
(Walter Benjamin)

„Gewalt birgt immer ein Element der Verzweiflung.“
(Thomas Mann)

„Die Gewalt lebt davon, dass sie von anständigen Leuten nicht für möglich gehalten wird.“
(Jean-Paul Sartre)

Der Problembereich Gewalt in der häuslichen Pflege als Auswirkung einer Überforderung von Angehörigen wird derzeit immer mehr beachtet. Wird in Medien hierüber berichtet, so ist die öffentliche Entrüstung groß. Wie kann das sein? Handelt es sich um gewalttätige kriminelle Menschen, die einen Pflegebedürftigen verletzen, schädigen, quälen, finanziell ausbeuten oder zu Tode bringen wollen? Dies mag vereinzelt zutreffen. Betrachtet man aber die Gesamtsituation und die Art der Beziehung, in der diese Handlungen geschehen, differenzierter, so öffnet sich oft ein Abgrund von Hilflosigkeit, Verzweiflung, Ohnmacht, totaler Überlastung, Scham und sozialer Isolation. Die Frage nach dem „Opfer“ und dem „Täter“ ist meist viel zu eng gegriffen. Meist handelt es sich um extrem gefährdete Lebensbereiche von Menschen, denen weniger polizeiliche und strafrechtliche Interventionen nützen als vielmehr ein rascher Zugang zu Hilfsangeboten. Zwischenmenschliche Beziehungen sind entgleist und bedürfen akuter Hilfe von außen.

Beispiel 1: *Eine pflegende Angehörige erzählt von ihrer Schwiegermutter, die in der einen Stock höher liegenden Wohnung von ihr gepflegt wird. „Einmal habe ich vergessen abzuschließen. Da stand sie dann mit ihrem Gehwagen oben an der Treppe und wäre kopfüber hinuntergestürzt, wenn ich nicht zufällig Geräusche gehört und sie gerade noch festgehalten hätte. Ich schließe ihre Haustür sonst immer ab. Sie ist dann auch schon wütend geworden und hat sich dagegen gewehrt, dass ich abschließe, aber was soll ich denn machen? Sonst fällt sie womöglich die Treppe runter, und ich kann ja nicht die ganze Zeit bei ihr sitzen.“*

Beispiel 2: Die 75-jährige Ehefrau eines schwer dementen und bettlägerigen 80-jährigen Pflegebedürftigen berichtet: „Sowie ich morgens versuche, meinen Mann zu waschen, beginnt er furchtbar zu schreien und sich mit Händen und Füßen dagegen zu wehren. Ich habe auch schon blaue Flecken. Täglich ist es immer das gleiche. Ich bin immer schon vor der Prozedur ganz fertig. Mein Mann versteht es nicht mehr, dass das wichtig ist. Manchmal habe ich wenig Zeit, da ich ja alles allein machen muss und da ist es schon einmal passiert, dass mir die Hand ausgerutscht ist. Ich schäme mich und nehme mir immer vor, ganz ruhig zu bleiben, aber es geschieht eben.“

Mit diesen und ähnlichen Schilderungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Notruftelefons und der Krisenberatungsstelle der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Misshandeln immer wieder konfrontiert. Ratschläge nützen hierbei wenig. Oft wird einem Angehörigen zum ersten Mal zugehört. Er kann über seine Sorgen, Nöte und Zukunftsängste erzählen. Erst wenn er dann Vertrauen gefasst hat, beginnt ein intensiver Kontakt erst mit dem Anrufer und dann während eines Hausbesuches mit allen Beteiligten. Meist wird nach mehreren Gesprächen die Gesamtsituation und die Art der familiären Beziehungen deutlich. Voraussetzung sind Einfühlungsvermögen und Vertrauen. Die Frage nach dem „Täter“ führt selten weiter. Überspitzt kann man sagen, dass Gewalt in familiären Pflegebeziehungen der Versuch ist, inneren oder äußeren Stress in einer besonders belastenden Situation, die zumindest einer der Beteiligten nicht mehr ertragen und kontrollieren kann, durch Handeln oder Sprechen zu erkennen und zu bewältigen. Überwiegend handelt es sich um schon lang bestehende schwere Beziehungskonflikte, die sich durch die Pflegebedürftigkeit zugespitzt haben.

Aspekte zur familialen Gewalt

Gibt es auch vielfältige Versuche, das Phänomen „Gewalt“ zu erklären, so ist es entscheidend, in welchem Zusammenhang „Gewalt“ verwendet wird. Im Rahmen von Gewalthandlungen innerhalb der Familie bzw. zwischen Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen ist eine andere Vorstellung über diese notwendig als z.B. über öffentliche Gewalt. Allerdings gibt es auch innerhalb der Familie kriminelle Handlungen, die den Eingriff staatlicher Behörden erforderlich machen. Manchmal ist hier die Polizei sehr hilfreich. Sollen diese auch nicht bagatellisiert werden, so gilt es dennoch zu überdenken, wem damit – nicht nur kurzfristig – geholfen wird. Gerade weil zwischen den Beteiligten in der Familie ambivalente Gefühle und vielfältige – auch tragende – Beziehungen gelebt werden, gibt es hierbei wenig Eindeutigkeiten. Nicht zu vergessen ist, dass die Familie auch Geborgenheit, Vertrauen, Liebe und Anerkennung gibt. „Mit dem Mittel der Gewalt kann man (zumindest vorübergehend) gleichzeitig in intensivster Beziehung zum anderen (dem Geliebten oder Gegner) sein, ohne sich in vermeintlich unkontrollierbarer Nähe zu ihm zu verlieren“ (RETZER, 1993).

Um diesem „Gewaltraum“ gerecht zu werden, halte ich die Beschreibung von GALTUNG (1975) für sinnvoll: Werden Grundbedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Identität, Entwicklungsmöglichkeiten, Freiheit) eines Menschen und/oder seiner Umwelt beeinträchtigt, eingeschränkt oder deren Befriedigung verhindert, auch durch Androhung, so ist das Gewalt“. Überträgt man diese Vorgabe auf die Situation zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, wird deutlich, dass eine Dichotomisierung wenig hilfreich ist, um Gewalthandlungen in diesem Bereich zu verstehen, behandeln und auch präventive Maßnahmen ergreifen zu können.

Um eine familiäre Gewaltsituation in ihrer Dynamik begreifen und mögliche Schritte einleiten zu können, scheint mir ein systemischer Ansatz sehr hilfreich zu sein (LEVOLD et al., 1993). Dieser verdeutlicht auch, wie schwierig es ist Überlastungssituationen ganzheitlich wahrnehmen zu können und den Übergang zur Gewalt zu verstehen. Dieser Ansatz bezieht sich auf folgende Aspekte:

- Eine Gewalthandlung kann als primitiver Coping-Mechanismus zur Reduktion von Komplexität begriffen werden. Eine Erhöhung von Eigenkomplexität durch Stärkung der Ressourcen aller Beteiligten trägt zur Verhütung von Gewalt bei.
- Die Dynamik der Bezugssysteme ist durch persönliche Bindungen gekennzeichnet. Entwicklungschancen können genutzt werden.
- Fühlen, Denken und Handeln von Individuen findet immer in einem bestimmten Kontext statt, die die subjektive Bedeutungsgebung dessen, was geschieht, beeinflussen. Neue Bedeutungsgebungen können die Wahrnehmung erweitern und neue Impulse geben.
- An der Dynamik von Gewalt sind alle Beteiligten involviert. Sie tragen durch ihr Handeln oder Nichthandeln in Beziehungen zur Herstellung, Aufrechterhaltung und Lösungen von Problemen bei.

- Beziehungen sind auch durch fundamentale Asymmetrien gekennzeichnet, durch welche Machtverhältnisse, Interessenkonflikte, Abhängigkeiten u. a. strukturiert werden wie z. B. Grad der körperlichen, psychischen, intellektuellen und sozialen Reife, unterschiedlicher Zugang zu Ressourcen, Pflegeabhängigkeit, Geschlechtsunterschied.
- Individuelle Verantwortung für Handlungen, die zwar von außen beeinträchtigt werden können, aber nicht z. B. von einer sozialen Verantwortung für den anderen entbinden.
- Neben der Schuld gibt es auch die Verantwortung, die zukunftsbezogen und ressourcenorientiert ist. Die Beschäftigung mit der Schuld allein führt eher zur Stabilisierung eines Systems und weniger zu Veränderungen.
- Gewalthandlungen in Familien lassen sich mit spezifischen Ressourcenzugangsbeschränkungen bzw. Ressourcenarmut verbinden. Ressourcen müssen lebensgeschichtlich erworben bzw. aufgebaut und erhalten werden und sind zudem kulturellen (ökonomischen, politischen, bildungsbezogenen u. a.) Zugangsbeschränkungen unterworfen. Wer nie gelernt hat kritische Situationen gewaltfrei zu lösen, wird auch in einer Pflegebeziehung nicht hierüber verfügen.

Aspekte zur soziodemographischen Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

Die Altersstruktur der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Ein kontinuierlicher Anstieg des absoluten Umfangs sowie des relativen Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland ist zu beobachten (BMFS, 1995). War er 1950 noch bei 14,4 %, so lag er 1995 bereits bei 21 % und 2000 bei 23 %. Insbesondere hat der Anteil der über 80-Jährigen erheblich zugenommen. Von großer Bedeutung ist, dass mit dem Alter überproportional die Pflegebedürftigkeit ansteigt.

Ca. 2 Millionen (69 % Frauen, 31 % Männer) waren 1999 nach den Ergebnissen des Mikrozensus (2002) in Deutschland im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig. 80 % der Pflegebedürftigen waren älter als 65 Jahre, 37 % älter als 85 Jahre. Ca. drei Viertel der Pflegebedürftigen wurde zu Hause versorgt. Von den zu Hause versorgten waren 65 % Frauen. Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen betrug zu Hause 12 % (23 % im Heim). Erstaunlich ist, dass 39 % der ambulanten Pflegebedürftigen allein lebte. 96 % der Pflegebedürftigen gaben an, dauerhafte Hilfe bei den Aufgaben des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung) benötigen. 38 % der Pflegebedürftigen brauchen rund um die Uhr Hilfe bei Ernährung, Kleidung und Mobilität. SCHNEEKLOTH UND MÜLLER (2000) kommen aufgrund ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Pflegebereitschaft der Angehörigen sich seit Einführung der Pflegeversicherung wenig verändert hat.

Wird auch befürchtet, dass in den kommenden Jahren der Anteil der pflegenden Angehörigen sich verringert, so wird diese Gruppe in der Bevölkerung ebenfalls weiterhin die Hauptversorgung von pflegenden Angehörigen übernehmen. Daher ist es von großer Bedeutung, dass diese durch Überforderungen nicht ausbrennen oder durch Gewalthandlungen sich und die Pflegebedürftigen gefährden.

Aspekte zum demenziellen Syndrom

Mit der wichtigste Grund für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist die Demenz. Unter den Schwerstpflegebedürftigen leiden zwischen 60 bis 70 % unter einer Demenz (BICKEL, 2000). Um die Belastungen und Überforderungen von Angehörigen besser verstehen zu können, ist es sinnvoll, auf einige Aspekte der Demenz überblicksartig einzugehen.

Demenz ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen, die gekennzeichnet sind durch eine sekundäre Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie durch affektive und Verhaltensstörungen, die zu alltagsrelevanten Einschränkungen führen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz (ca. 60 %). Die Inzidenzraten pro Jahr werden in den meisten Studien zwischen 1,5 bis 2 % angegeben (BICKEL, 2000). Übertragen auf die Altenbevölkerung in Deutschland ist davon auszugehen, dass mit jährlich ca. 200.000 Neuerkrankungen zu rechnen ist. Davon treten ca. 60 % bei den über 80-Jährigen auf.

Das Bild einer Demenz wird wesentlich von der Lokalisation der zugrunde liegenden zerebralen Erkrankung bestimmt. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich. Trotz aller Diagnostik und Einordnung nach Schweregrad ist die individuelle Schwankungsbreite der Defizite und Ressourcen sehr groß. Sie können je nach der Pathologie sowie der Anwendung effektiver Behandlungsmethoden progredient, konstant oder – selten – sogar reversibel verlaufen.

Stehen auch für die Diagnoseerstellung einer Demenz die kognitiven Störungen im Vordergrund, so treten ebenso Störungen der Perzeption (Wahnvorstellungen, Halluzinationen), der Affektivität (depressive Symptome, Manien) und der Persönlichkeit (Wesensveränderung, Verhaltensstörungen und aggressives Verhalten) bei über 80 % der Demenzkranken im Verlauf ihrer Erkrankung auf. Sie sind für Angehörige und andere Bezugspersonen besonders belastend. Nichtkognitive Störungen sind nach heutiger Sichtweise „die sozioökonomisch bedeutsamsten Symptome von Demenzkranken“ (STOPPE UND STAEDT, 1999). Notwendig ist auch, eine Demenz nicht nur als eine organische Erkrankung zu sehen, sondern auch ganzheitlich. Psychosoziale Faktoren spielen beim Krankheitsgeschehen ebenso eine wichtige Rolle wie Umweltfaktoren (soziales Netzwerk, Milieu, Angehörige). Hinzu kommen meist weitere organische Erkrankungen (Multimorbidität), die den demenziellen Prozess verstärken können, die Pflege insgesamt aber erheblich erschweren.

Belastungen und deren Auswirkungen

„Mutti würgt meine Seele“ (CHRISMON, 2003), klagt eine pflegende Angehörige und spricht vielen pflegenden Angehörigen aus der Seele. Angehörige können sich durch Belastungen so unter Druck fühlen, dass sie keinen Lebensmut mehr haben und verzweifeln.

Wenn festzustellen ist, dass Misshandlungen an alten Menschen am häufigsten in Familien auftreten, so liegt dies daran, dass die meisten zu Hause gepflegt werden. Nur selten trauen sich Opfer, gegen Familienmitglieder Anzeige zu erstatten. Die Angst, unter noch schlimmeren Repressalien leiden zu müssen oder die Scham gegenüber Dritten, ihre Familie bloßzustellen, ist meist größer: „Lieber lasse ich mir von meiner Tochter Puffer geben als in einem Heim allein zu sein“ (Bemerkung einer 76-Jährigen).

Es bestehen daher große Schwierigkeiten, begangene Misshandlungen strafrechtlich zu verfolgen. Als Täter findet man häufig Frauen im Alter um 60, die die Last der Pflege überwiegend alleine tragen müssen. Oft befinden sie sich in einer „Sandwich-Situation“: Einerseits sollen sie ihre Kinder immer noch emotional oder finanziell unterstützen und andererseits sind sie belastet mit der drückenden Bürde der Pflege und Sorge für ihre Eltern bzw. Schwiegereltern. Nur selten sind die Partner bereit, diese Sorgen mitzutragen und sich mitverantwortlich zu fühlen. Mancher Pflegenden fühlt sich den Belastungen und psychischen Problemen, die durch eine Rollenkehr (Kinder waren früher von ihren Eltern abhängig, jetzt ist dies umgekehrt) ausgelöst werden, nicht gewachsen.

Die vielfältigen und zahlreichen Belastungen werden von pflegenden Angehörigen sehr unterschiedlich erlebt. So fühlen sich 15 % stark oder sehr stark belastet, 61 % mittelgradig und 24 % nicht oder nur gering (GRÄSSEL, 1998). Auf Tabelle 1 sind die häufigsten Belastungsformen aufgelistet. Bekannt ist, dass pflegende Angehörige erheblich häufiger als die „Normalbevölkerung“ unter körperlicher Erschöpfung, Schmerzen des Bewegungsapparates sowie Magen- und Herzbeschwerden leiden. Zudem ist ihre Lebensqualität erheblich eingeschränkt. Auswirkungen davon sind psychische und körperliche Erkrankungen.

Sehr stark belastete Hauptpflegepersonen betreuen zu 62 % in der überwiegenden Mehrheit psychisch veränderte Pflegebedürftige, während bei ausschließlich körperlich eingeschränkten Pflegebedürftigen die Belastung der Hauptpflegepersonen deutlich geringer ausfällt. Überdurchschnittlich häufig (18 %) haben sehr stark belastete Hauptpflegepersonen angegeben, wegen der Pflege ihre eigene Erwerbstätigkeit aufgegeben zu haben (BMFSJ, 2001).

Die Gefahr, dass Belastungen zu einer kontinuierlichen Überforderung bei bestimmten Voraussetzungen führen und dann bei Gewalthandlungen enden, ist sehr groß. Bedenkt man die Ergebnisse des Milgram-Experimentes (1974), so wird deutlich, dass auch bei „normalen Menschen“ persönliche Merkmale oder Charakterzüge selten Gewalthandlungen hemmen, wenn der soziale Kontext so gestaltet wird, dass er diese induzieren kann. Sind auch Untersuchungsergebnisse über häusliche Gewalt in Pflegebeziehungen nur vorsichtig zu interpretieren, so ist die Prävalenz der Gewalt in diesen Familien sehr hoch. COONEY UND MORTIMER (1995) fanden eine Ein-Jahresprävalenz von 55 % (davon 52 % seelische Gewalt, 12 % körperliche und 12 % Vernachlässigung). Häufige Formen der Gewalt, wie sie z. B. auch beim Krisen- und Notruftelefon in Bonn geäußert werden, sind körperliche und seelische Misshandlung, Freiheitseinschränkung, finanzielle Ausbeutung und passive sowie aktive Vernachlässigung. Diese können durch strukturelle Gegebenheiten (Armut, mangelhafte Lebensräume, Nichtvorhandensein von Hilfen) und kulturelle Vororientierungen (Akzeptanz von Gewalt, Ageism) noch verstärkt werden. Allerdings beklagen auch Angehörige, dass Pflegebedürftige auch gegen sie gewalttätig sind. Angegeben wird, dass dies zwei- bis viermal häufiger auftritt als gegen die Gepflegten. Misshandlungen erfolgen häufig reaktiv. Da häufig schon ein etabliertes Misshandlungs-Beziehungsmuster vor der Krankheit bestand, dürfte sich die bekannte Häufung von Verhaltensstörungen und Aggressionen im Verlauf der Demenz (KEENE et al., 1999, LYKETSOS et al., 2000) besonders verhängnisvoll für das Misshandlungsrisiko in der häuslichen Pflege einer Demenz auswirken.

Ursachen und Bedingungen

Bei der Entstehung von Gewalt in der Pflegebeziehung können keine einfachen Ursache-Wirkungsbeziehungen aufgezeigt werden. Vielfältige Bedingungen spielen eine Rolle, wenn man das Phänomen Gewalt greifbar machen möchte. In der Literatur werden als wesentliche Faktoren, die sich wechselseitig beeinflussen können, genannt:

- Belastungen durch die häusliche Pflege (z. B. körperlich, psychisch, Überforderung, Scham vor Inanspruchnahme von Hilfen, unzureichende Hilfsangebote).
- Schwierigkeiten in der Beziehungsdynamik (z. B. Konflikte bereits vor Eintreten der Erkrankung, rigide Interaktionsmuster, veränderte Beziehungskonstellationen, gegenseitige Abhängigkeit).
- Merkmale des „Täters“ (finanzielle Abhängigkeit, psychische oder körperliche Erkrankung, Belastungs- und Konfliktfähigkeit).
- Merkmale des „Opfers“ (Schwere und Verlauf der Erkrankung, demenzielles Syndrom mit Verhaltensstörungen, Schwierigkeit, sich auszudrücken).
- unzureichende soziale Unterstützung und allgemeine Lebensbedingungen (z. B. finanzielle Probleme, enge Räumlichkeiten, wenig professionelle Hilfsangebote).

Nicht ohne Bedeutung für die Anerkennung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen ist die gesellschaftliche Diskriminierung alter Menschen („ageism“), die allerdings differenzierter zu sehen ist. Dennoch ist sie allgegenwärtig und beruht auf (ILLHARDT, 1995, KRAMER, 2003):

- der Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen,
- der geschichtlich gewachsenen, nur schwach kaschierten, aber immer noch tabuisierten Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen,
- der unrealistischen Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen,
- der abwertenden sprachlichen Beurteilung des Alters und der Alten.

Keiner der genannten Faktoren kann allein die Entstehung von Gewalt in der Pflegebeziehung erklären und vorhersagen. Ihr Zusammenwirken erhöht jedoch das Risiko von Gewalt.

Keine Gewalthandlung innerhalb der Familie geschieht einfach so. Jede hat ihre – meist jahrelange – Vorgeschichte und wird beeinflusst von einer Vielzahl von individuellen, inner- und außerfamiliären Faktoren. Wenn Vorzeichen von Gewalt – sind sie auch noch so unterschwellig – nicht wahrgenommen, bagatellisiert oder vertuscht werden, kommt es zur Gewalthandlung. Selten bleibt diese dann ein einzelnes Ereignis. Oft können mehrere Gewaltformen (verbale, emotionale, körperliche) gleichzeitig vorhanden sein. Herrscht Gewalt erst nur in einer speziellen Situation (z. B. Nahrung verweigern oder zu rasches „Füttern“), so kommen bald weitere hinzu (z. B. schroffe Umgangsweisen,

Mehrgabe oder Verweigerung von Medikamenten, „fest“ zupacken, Außenkontakte einschränken, mangelhafte körperliche Pflege). Häufigkeit und Intensität von Gewalt-handlungen nehmen zu und werden dann als „alltägliche Notwendigkeit“ interpretiert und aufrechterhalten. Wehrt sich der alte pflegebedürftige Mensch dagegen (z. B. vermehrtes Einnässen, Schreien, Schlagen), so löst dies weitere Gewalthandlungen aus. Der „Gewaltkreis“ kann sich schließen, Alternativen können nicht gefunden werden und sind schließlich nicht mehr möglich.

Gewalthandlungen sind häufig ein Endprodukt von sehr schwierigen Beziehungen mit Belastungen, die als extrem erlebt werden, sind Zeichen eines Erschöpfungszustandes von pflegenden Angehörigen. Sie sind auch Hinweise für Kontrollverlust, Ausweglosigkeit und Zukunftsangst. Als zusätzliche Belastung wird erlebt, dass die Dauer und Zeitintensivität der Pflege sowie die damit verbundenen weiteren Schwierigkeiten nicht vorhersehbar sind. Hilfsangebote stehen oft nicht zur Verfügung, sind den Angehörigen unbekannt oder können nicht angenommen werden.

Wünsche und Erwartungen der Angehörigen

Jedes Hilfsangebot muss die individuellen Wünsche eines pflegenden Angehörigen berücksichtigen. Entscheidend ist nicht ein „optimales Hilfsprogramm“, sondern maßvolle, der individuellen Situation angepasste verlässliche Hilfen. Notwendig ist, den Betroffenen, den pflegenden Angehörigen und seine soziale Situation einschließlich der Wohngegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen. Häufig klagen Angehörige, über die Art, den Verlauf und die Folgen einer Erkrankung, insbesondere Demenz, nicht aufgeklärt worden zu sein und wenig über mögliche regionale Hilfs- und Entlastungsangebote und Selbsthilfemöglichkeiten (z. B. regionale Alzheimergesellschaft, Angehörigen-gruppen) informiert worden zu sein. Aus einer größeren Untersuchung geht hervor (GRÄSSEL, 1998), dass Angehörige sich mehr wünschen:

- nicht professionelle Hilfe (53 %): Unterstützung der Pflege durch Familienmitglieder, Freunde oder Verwandte;
- professionelle Hilfe bei der Pflege (44 %): professionelle Helfer, die ins Haus kommen, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen;
- strukturelle Hilfe bei der Pflege (38 %): auf Pflegebedürfnisse ausgerichtete Wohnungsumgestaltung, Pflegemittel und Schulung in Pflegeangelegenheiten;
- Anerkennung der Pflegetätigkeit (69 %): ideell und materiell durch direkte finanzielle Zuschüsse, Erwerb von Rentenansprüchen;
- medizinische Information und Beratung (25 %) durch Haus- oder Facharzt.

Präventive Möglichkeiten für Angehörige

Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen entsteht in Beziehungen (Schaubild, S. 57). Vielfältig sind die Einflüsse auf jede aktuelle Überforderungs-Situation. Grundsätzlich bedeuten sie einen Bewältigungsversuch von beiden Seiten, um eine kritische Situation zu beheben. Weder der Pflegebedürftige noch der pflegende Angehörige wollen meist wirklich gewalttätig handeln. Die Situation schaukelt sich hoch und beide Beteiligten reagieren gewalttätig in Wort, Tat oder durch eine Form von Vernachlässigung. Häufig ist von Angehörigen zu hören, dass sie sich für ihren Gewaltausbruch schämen und Schuldgefühle haben. Nehmen sie sich auch vor, nicht mehr gewalttätig zu handeln, so geschieht dies bei nächster Gelegenheit wieder. Ein Pflegebedürftiger reagiert oft aufgrund von Verkennung, Angst und Hilflosigkeit gewalttätig. Beide sind aber so in der Gewaltspirale verfangen, bewusst und unbewusst, und wissen nicht, wie sie aus dieser destruktiven Umgangsweise herauskommen.

Einfache Lösungen bei so komplexen Beziehungsstrukturen gibt es nicht. Simple Dualismen wie Gut und Böse, Opfer und Täter, Freund und Feind verhindern eher konstruktive Lösungsversuche. Es ist auch zu wenig, bei der Beurteilung der Gewaltdynamik sich nur auf die Gewalt selbst, ihre Brutalität und ihre Auswirkungen zu konzentrieren und nicht auf die zugrunde liegende Bindungsdynamik (LEVOLD et al., 1993). Mögliche Ressourcen können übersehen und nicht für Lösungsansätze genutzt werden.

Gewalthandlungen durch pflegende Angehörige können nur auf mehreren Ebenen erfolgreich verhindert oder verringert werden. Schuldzuweisung und Anzeige können zwar im Einzelfall berechtigt sein, helfen aber den Betroffenen wenig und verstärken eher den Gewaltkreislauf. Jede Gewalthandlung führt meist zu einer weiteren. Da Angehörige sich oft aus Scham- und Schuldgefühlen, aus Unkenntnis über mögliche Hilfen oder wegen der Ablehnung von Hilfen durch den Pflegebedürftigen nicht an Dritte (Angehörige, Bekannte und Professionelle) wenden, sind insbesondere Professionelle (Hausarzt) mitverantwortlich, sich mehr zu sensibilisieren und Hilfen anzubieten. Allerdings bedarf es des weiteren Ausbaus eines regionalen, gut erreichbaren Versorgungsangebots, um die im ersten Altenbericht (1993) aufgezeigten Mängel zu reduzieren (Tabelle 2).

Präventive Maßnahmen beginnen bei der Aufklärung und Beratung über Art sowie Verlauf einer Erkrankung (z. B. Demenz) und Informationen über vorhandene regionale professionelle Hilfen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Tagespflege, Haushaltshilfe). Neben psychosozialer Unterstützung sind Angebote von Selbsthilfegruppen wichtig, um Isolation, Resignation aber auch Verrohung vorzubeugen. Zudem führen aufgezeigte Strategien, wie problematische Situationen bewältigt werden können, und Entlastungsangebote für Angehörige zur Verringerung von Konflikten. Hilfsangebote sollen einbeziehen (GÖRGEN et al., 2002):

- Achtung auf Autonomie älterer Menschen.
- Adäquate und „minimale“ Maßnahmen.
- Vorrang der primären Prävention.
- Orientierung an positiven Zielsetzungen.
- „Gewalt-Assessment“.
- Multiprofessionelles Vorgehen.
- Einbindung vorhandener regionaler Einrichtungen.

Überprüfung der Maßnahmen auf Wirkung

Als primäre Prävention gilt es, Angehörige darüber aufzuklären, welche Schwierigkeiten bei der Übernahme einer Pflege auf sie zukommen kann und wie sie hierfür gerüstet (innerlich und äußerlich) sein sollten. Aus reinen Pflicht- und Schuldgefühlen eine Pflege zu übernehmen führt unweigerlich zur Überforderung. Andererseits bedeutet eine Pflege zu übernehmen nicht unbedingt, sich nur auf Schwierigkeiten einzurichten. Eine Pflege bringt auch eine persönliche Bereicherung. In Tabelle 3 sind eine Reihe von grundsätzlichen Fragen aufgelistet, mit denen sich ein Angehöriger auseinandersetzen sollte, bevor er die Pflege übernimmt. Ein geschulter professioneller und ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe sollten hierbei stützend zur Seite stehen. Mit diesen Fragen soll die innere Bereitschaft, filiale Reife, mögliche psychische Stabilität und vorhandene Ressourcen abgeklärt werden.

Zu klären sind vor der Übernahme einer Pflege auch eher pragmatische Bereiche (Tabelle 4). Deutlich ist, dass zur Entscheidung, zu pflegen, frühzeitig stützende Hilfen zu kennen und auch annehmen zu können, mitentscheidend sind, um eine Überforderung zu verringern oder zu verhindern.

Ist bereits ein Angehöriger pflegend tätig, so können gezielte sekundäre und tertiäre präventive Maßnahmen den Weg von der Überforderung zur Gewalt verringern. Oft ist es die Ausweglosigkeit, die Einsamkeit in der Situation und der Mangel an Wissen von alternativen Möglichkeiten, die zur Gewalt führen. Ein neuer Ansatz ist – in Anlehnung an Erkenntnisse aus der Erziehungsforschung (OMER UND VON SCHLIPPE, 2004) – Angehörigen Strategien und Handlungsmöglichkeiten zu gewaltlosem Verhalten zu vermitteln. Entscheidend ist, den pflegenden Angehörigen zu ermuntern, über Gewalt-handlungen zu berichten und diese nicht – aus Scham – zu verschweigen. In Tabelle 5 sind „Grundsätze“ hierzu formuliert. Diese gilt es noch, in Form von Schulung von Angehörigen zu evaluieren. Gewaltloses Verhalten beinhaltet folgende Aspekte:

- Beim ersten Auftreten einer Gewalthandlung durch den Pflegebedürftigen oder den Angehörigen Familienmitglieder bzw. professionelle Helfer einschalten.
- Einsicht in eigene destruktive Eigenschaften.
- Schaffung von Bewusstsein für eigenes moralisches und persönliches Selbstvertrauen.
- Förderung der Bereitschaft, auf körperliche oder verbale Gewalt, auch deren Androhung, zu verzichten und Erlernen von Alternativen.
- Förderung des Verständnisses, dass der Pflegebedürftige oft aus Hilflosigkeit und Angst gewalttätig handelt und statt Gegengewalt andere Möglichkeiten des Handelns bestehen.
- Lernen, Eskalationsfaktoren und -situationen zu erkennen und zu verhindern.

Gewaltloses Verhalten kann gelernt werden. Am sinnvollsten kann dies in zeitlich begrenzt geführten geschlossenen Angehörigengruppen geschehen. Gerade die Möglichkeiten einer Gruppe können hierzu gut genutzt werden. Im Rollenspiel können Verhaltensweisen geprobt und dann in der häuslichen Umgebung realisiert werden.

Einige Hindernisse, die einer erfolgreichen Prävention und Intervention im Wege stehen können und daher bei Planungen beachtet werden müssen, sind in Tabelle 6 zusammenfassend nach GÖRGEN (1999) dargestellt.

Abschließende Bemerkung

Auf Gewalt in der häuslichen Pflege reagiert die Öffentlichkeit mit großer Entrüstung. Ein reflektierterer Umgang mit diesem Thema könnte eher helfen, betroffenen Familien die Hilfen und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen. Schilderungen beim Bonner Notruftelefon „Handeln statt Mißhandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“ belegen, dass häufig Nachbarn, Hausärzte, Medizinischer Dienst und Pflegedienste Hinweise auf Gewalthandlungen oder destruktive Umgangsformen wahrnehmen. Nur in Ausnahmefällen wird diesen nachgegangen. Die Regel ist eher, zu schweigen, sich hinter dem Datenschutzgesetz zu verstecken oder sich nicht zuständig zu fühlen. Unterstützt wird dieses „Nichtstun“ durch Gesetze, die die Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung stellen und eine Einmischung von außen kaum zulassen (GG Art. 6). Damit ist jedoch niemandem in der betroffenen Familie geholfen. Vielmehr verstellt es Pflegepersonen und Patienten die Möglichkeit, mit Hilfe von außen eine Veränderung der Situation in Angriff zu nehmen.

Gewalt in pflegenden familiären Beziehungen sind destruktive Versuche, schwierige und belastende Situationen zu bewältigen. Mag auch ein Teil davon als kriminell gewertet werden, so reicht es nicht aus, nur nach „Opfer“ und „Täter“ zu fahnden. Meist ist die Situation erheblich komplexreicher. Auch die Rollen von „Opfer“ und „Täter“ können wechseln oder gleichzeitig bestehen. Ohne Hilfe von außen kann Gewalt kaum verringert werden. Um diese zu verhindern oder gar nicht erst entstehen zu lassen, gibt es eine Reihe von präventiven Maßnahmen, die regional angesiedelt sein sollten (Tabelle 7) Damit diese angenommen werden können, bedarf es auch einer sensiblen und nicht skandalisierenden Öffentlichkeitsarbeit. Besondere Verantwortung trägt der Hausarzt, der meist die erste Anlaufstelle für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist. Allerdings ist auch jeder, der eine drohende oder schon vollzogene Gewalthandlung im häuslichen Bereich erlebt, mitverantwortlich. Betroffene und pflegende Angehörige dürfen nicht allein gelassen werden.

Literatur

BICKEL, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, 108–115.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN (Hrsg.) (1993). Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 12/5897.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN (Hrsg.) (1995). Zweiter Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750.

CARELL, A. (1999). Gewalt gegen ältere Menschen im sozialen Nah- und Fernraum: Ein Literaturüberblick. In: HIRSCH, R. D., KRANZHOFF, E. U. UND SCHIFFSHORST, G. (Hrsg.). Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 2. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., Bonn, 31–49.

CHRISMON (2003). Gewalt in der Pflege „Mutti würgt meine Seele“.
<http://222.chrismon.de/ctexte/2003/7/7/-1.html>

COONEY, C. UND MORTIMER, A. (1995). Elder abuse and dementia. A pilot study. International Journal of Social Psychiatry 41, 276–283.

GALTUNG, J. (1975). Strukturelle Gewalt. Rowohlt, Reinbek.

GÖRGEN, TH., KREUZER A., NÄGELE, B. UND KRAUSE, S. (2002). Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217. Kohlhammer, Stuttgart.

GRÄSSEL, E. (1998). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach.

HIRSCH, R. D., ERKENS, F., FLÖTGEN, P., FRIESSNER, K., HALFEN, M. UND VOLLHARDT, B. (2002). Handeln statt Misshandeln: Rückblick-Entwicklung-Aktivitäten. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 10. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., Bonn.

HIRSCH, R. D. UND MEINDERS, F. (2000). „Und bist du nicht willig...“. psychomed, 12/4, 211–216.

ILLHARDT, F. J. (1995). Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 8, 9–16.

KEENE, J., HOPE, T., FAIRBBURN, C. G., JACOBY, R., OEDLING, K. UND WARE, C. J. G (1999): Natural history of aggressive behaviour in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 14, 541–548.

KRAMER, U. (2003). Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: FIEHLER, R. UND THIMM, C. (Hrsg.) Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell, 257–277.

LEVOLD, T., WEDEKIND, E. UND GEORGI, H. (1993). Gewalt in Familien. Systemdynamik und therapeutische Perspektiven. Familiendynamik 18, 287–311.

LYKETSOS, C. G., STEINBERG, M., TSCHANZ, J. T., NORTON, M. C., STEFFENS, D. C. UND BREITNER, J. C. S. (2000). Mental and behaviour disturbance in dementia: findings from the Cache County Study on memory in aging. American Journal of Psychiatry 157, 708–714.

MILGRAM, S. (1974). Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsambereitschaft gegenüber Autorität. Rowohlt, Hamburg.

OMER, H. UND VON SCHLIPPE, A. (2004). Autorität ohne Gewalt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (3. Aufl.).

RETZER, A. (1993). Die Gewalt der Eindeutigkeit – Die Mehrdeutigkeit der Gewalt. Familiendynamik 18, 223–254.

SCHNEEKLOTH, U. UND MÜLLER, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Nomos, Baden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2002). Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999, Bonn.

STOPPE, G., STAEDT, J. (1999): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32(2), 153–158.

Tabelle 1: Belastungen der betreuenden Angehörigen (Erster Altenbericht der Bundesregierung 1993 mit Ergänzungen)

- Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit
- Hohe körperliche und psychische Beanspruchung
- Fehlende Hoffnung auf Veränderung der Situation, Angst vor einer weiteren Verschlechterung
- Verwirrtheitszustände der zu Pflegenden
- Harn- oder Stuhlinkontinenz der zu Pflegenden
- Veränderte Beziehung zum Pflegenden
- Klagen und Trauer der zu Pflegenden
- Fehlende Zuneigung gegenüber dem zu Pflegenden
- Wachsendes Gefühl, den zahlreichen familiären Ansprüchen nicht mehr gewachsen zu sein
- Konflikte mit anderen Angehörigen wegen geringer Unterstützung
- Angewiesensein auf Unterstützung der Freunde und Nachbarn bei fehlender Möglichkeit, diese Unterstützung zu erwidern
- Beengte Wohnsituation
- Mangelnde Unterstützung durch ambulante Dienste
- Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung
- Mangelnde professionelle Beratung und psycho-edukative Unterstützung
- Zunehmende Anomie im Umgang mit dem Patienten.

**Tabelle 2:
Mängel und Lücken im Versorgungsangebot – Angaben von
Angehörigen – (Erster Altenbericht der Bundesregierung 1993,
mit Ergänzungen)**

Konzentration der Dienste auf somatisch-pflegerische Tätigkeiten bei gleichzeitigem Fehlen kommunikativer, psychologischer und seelsorgerischer Elemente

- Mangelnde Hilfekapazität am Abend und in der Nacht oder in größerem Umfang
- Mangelnde kurzfristige Unterstützung bei plötzlichem Bedarf
- Mangel an teilstationären Einrichtungen (Tageskliniken und Tagespflege) und Kurzzeitpflege
- Springerdienste für regelmäßige freie Tage der betreuenden Angehörigen
- Aktivierende Maßnahmen, die auf Erhaltung und Wiederherstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten zielen
- Begleitung und Beratung der Angehörigen
- Mangelnde medizinische Unterstützung
- Unzureichende Beratung und Hilfe von Behörden, Kranken- und Pflegekassen sowie Institutionen.

Tabelle 3:

Fragen für Angehörige bei drohender Pflegebedürftigkeit, um Überlastungen abschätzen zu können

- Wie war bisher meine Beziehung zum bald Pflegebedürftigen?
- Wie ist jetzt meine Beziehung zum bald Pflegebedürftigen? Liebe ich ihn (noch)?
- Habe ich vor dem bald Pflegebedürftigen Respekt?
- Habe ich ihm Schuldgefühle gegenüber?
- Kann, will oder muss ich ihn pflegen?
- Bin ich schnell überfordert?
- Wer kann, muss, soll sonst die Pflege übernehmen?
- **Welches Familienmitglied kann verlässlich mithelfen?**
- Was muss, was kann, was will ich aufgeben?
- Wer kann mich psychisch stützen?
- Kann ich Hilfe annehmen?
- Kann ich mich abgrenzen (Nähe/Distanz)?
- Kann ich „abgeben“?
- Mit wem kann ich sprechen?
- Kann ich die ständigen Irritationen aushalten?
- Wie schütze ich mich gegen Überlastungen, eigenen Aggressionen und sozialer Isolation?
- Welche beruflichen und sozialen Einschränkungen und Absicherungen muss ich berücksichtigen?
- Habe ich Zukunftsängste? Suizidale Tendenzen?

Tabelle 4: Präventive Maßnahmen für Angehörige bei drohender Pflegebedürftigkeit

- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung
- **Medizinische und pflegerische Aufklärung und Beratung über die Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten und Folgen**
- Anschluss an Selbsthilfegruppe
- In Erfahrung bringen, wo im Bekanntenkreis jemand ist, dem es ähnlich geht
- Suche nach Fachinformationen
- Suche nach Laienhelfern, die am Wohnort sind
- Information über regionale professionelle Hilfen
- Finanzielle Hilfen (Pflegeversicherung)
- Eignung der Wohnsituation zur Pflege
- Art und Notwendigkeit von Hilfsmitteln
- **Erkunden, wo es für die Pflege und das Auftreten von kritischen Situationen Schulungsmöglichkeiten gibt.**

Tabelle 5: Grundsätze der Pflege von Angehörigen durch Beziehung ohne Gewalt

- Jede Gewalthandlung darf nicht „vertuscht“, „übersehen“ oder als „nur einmalig“ abgetan werden
- Sie muss „öffentlich“ besprochen und alle Beteiligten in weitere Vorgehensweisen verantwortlich einbezogen werden
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Lösungen
- Enthaltung jeder direkten oder indirekten Beschuldigung, den Pflegebedürftigen für sein gestörtes Verhalten verantwortlich zu machen
- Die Klärung der „Schuldfrage“ führt nicht weiter
- Grundsätzlicher Verzicht auf körperliche Gewalt und auf Demütigung sowie Kränkung
- Verzicht auf „Recht haben“
- Angebote zur Versöhnung machen
- Notwendig ist, dass alle an der Lösung einer kritischen Situation Beteiligten ihr „Gesicht wahren“ können
- Erkennen, dass ein Pflegebedürftiger oft aus Hilf- oder Sprachlosigkeit und Angst gewalttätig wird
- Notwendige Autorität gegenüber Verhaltensstörungen soll ohne Gewalt durchgesetzt werden
- Ohne Respekt, Liebe und Wahrung von Würde ist keine Beziehung tragfähig.

Tabelle 6: Hindernisse einer erfolgreichen Prä- und Intervention (n. Görge 1999)

- Komplexität des Phänomens der Misshandlung alter Menschen
 - Verweigerung des älteren Opfers gegenüber Hilfsangeboten
 - Furcht des Opfers vor Repressalien
 - Widerstand des Opfers gegen Aufdeckung infolge von Scham- und Schuldgefühlen
 - Fehlendes Wissen des Opfers über Hilfseinrichtungen
 - Isolierung des Opfers durch den Täter
-
- Generelle Unterschätzung von Gewaltanwendung gegen alte Menschen und deren Bagatellisierung sowie „ageism“ als Boden für gesellschaftlich geduldete Gewalthandlungen
 - Leugnung, Desinteresse und Bagatellisierung der Gewaltanwendung durch das Umfeld (Träger, externe Kontrollinstanzen) in der Einzelsituation
-
- Rolle des Arztes im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Verschwiegenheit, der Funktion als Anwalt des Patienten und der parallelen Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit der Familie und damit unter Umständen mit dem Täter
-
- Allgemein fehlendes Wissen über die Problematik der Gewaltanwendung gegen Ältere
 - Mangelnde Information der Professionellen über einschlägige psychosoziale Einrichtungen und Ressourcen
 - Mangel an geeigneten Verfahren der Fallentdeckung und -aufklärung; unzureichende diagnostische Möglichkeiten auf Seiten des medizinischen/pflegerischen Personals (ICD-10!)
 - Mangel an personellen, finanziellen, zeitlichen Ressourcen, um eine vorgefasste Maßnahme entsprechend umzusetzen.

Tabelle 7: Vorstellbare und wünschenswerte regionale Prävention

-
- Gut erreichbare Anlaufstelle zuständig für:
 - Gewalthandlungen (alt–alt/jung–alt/alt–jung) in der Familie und in Institutionen
 - Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Medien
 - „regionaler Motor“
 - Fortbildung und Beratung
 - Laienarbeit

 - Krisen- und Notruftelefon:
 - Persönliche Beratungszeiten (auch zu Hause oder in Institution)
 - „mobiles multiprofessionelles Klärungsteam“

 - Direkte Vernetzung:
 - mit Altenhilfe/Kommune/lokalen politischen Gremien/Polizei und allen regionalen Anlaufstellen, die Hilfe für Opfer anbieten
 - mit regionalem Fach-Gremium („runder Tisch“) und
 - Einbeziehung beim lokalen Altenplan

 - Beratung von Professionellen, Institutionen und deren Träger u. a.

 - Evaluation und praxisorientierte Forschung

 - Themenbezogene Handzettel

 - Broschüre mit allen regionalen Hilfsangeboten für alte Menschen

Träger: gemeinnütziger unabhängiger Verein

Finanzierung: Kommune und Spenden

Mitarbeiter: Ehrenamtliche (insbes. Senioren im Ruhestand aus sozialen Berufen),
ein bis zwei Professionelle (Sozialarbeiter/Altenpfleger).

IV. Expertenstatements

IV.1 Ines Behr

Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer

Seit etwa 10 Jahren wird in Deutschland das Problem „Gewalt in der Pflege“ verstärkt diskutiert. Es ist inzwischen unstrittig, dass es zu Misshandlungen und Vernachlässigungen älterer Pflegebedürftiger sowohl in der häuslichen Pflege kommt – durch Personen aus dem sozialen Nahraum der Opfer, insbesondere durch Angehörige – wie auch in der stationären Pflege – hier zumeist durch professionelle Kräfte. Vor dem Hintergrund der Alterung der Gesellschaft, dem damit zu erwartenden Anstieg von Pflegebedürftigen und der Zunahme allein stehender älterer Personen dürfte das Problem „Gewalt in der Pflege“ weiter an Brisanz gewinnen.

Das tatsächliche Ausmaß dieser Gewalt ist allerdings nicht bekannt und auch mögliche Formen einer angemessenen und wirkungsvollen Reaktion auf diese Gewalt sind noch keineswegs ausdiskutiert, entschieden oder gar erprobt:

- Es fehlen verlässliche Daten zu Art und Ausmaß dieser Gewalt: In der Polizeilichen Kriminalstatistik werden solche Delikte nicht gesondert ausgewiesen, ganz abgesehen von dem großen Dunkelfeld, das es in diesem Bereich gibt. Wissenschaftliche Erhebungen und Studien wurden bisher nur sehr vereinzelt durchgeführt.
- Geeignete Verfahren der Fallentdeckung und Fallaufklärung fehlen weit gehend: Die noch immer festzustellende starke Tabuisierung dieses Themas und die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen im häuslichen und somit privaten und besonders abgeschirmten Bereich gepflegt wird, erschweren den Zugang zu möglichen Missständen erheblich.
- Der Gewaltbegriff ist hier besonders unbestimmt und unklar, die Grenzen zwischen einer möglicherweise strafrechtlich relevanten und einer durchaus gerechtfertigten „Gewalt“-Anwendung sind fließend und schwer zu ziehen.
- Auch deshalb ist die Frage, ob es sich bei „Gewalt in der Pflege“ überhaupt um ein strafrechtliches Problem handelt – oder doch viel eher oder sogar nur um ein soziales Problem – und welche Interventionen, Reaktionen und ggf. Sanktionen folglich angemessen und wirkungsvoll sind, noch keineswegs beantwortet.

Die Behandlung und Diskussion des Themas „Gewalt in der Pflege“ erinnert an diejenige von „Gewalt in der Familie“ (zu der sie ja auch zu einem großen Teil gehört): Auch hier musste erst durch einen langjährigen Entprivatisierungs- und Enttabuisierungsprozess das nötige gesellschaftliche Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass es sich bei der Gewalt gegen Kinder und der Partnergewalt (häusliche Gewalt) keineswegs um

„Privatsachen“ handelt, sondern um „öffentliche Angelegenheiten“, um soziale Probleme, auf die ggf. auch mit polizeilichen und strafrechtlichen Mitteln reagiert werden muss.

Wenn bei der „Gewalt in der Pflege“ strafrechtlich relevante Tatbestände verwirklicht werden, ist die Polizei ohne jede Frage zuständig und gefordert. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Polizei über solche Vorgänge Kenntnis erlangt. Sie ist es aber auch schon im Vorfeld von Straftaten, im Bereich der Gefahrenabwehr, ebenso wenn es darum geht, solche Gewalthandlungen zu verhindern und diesen durch geeignete Maßnahmen vorzubeugen. Die Polizei hat im Rahmen des situativen Präventionsansatzes ihren Part zu übernehmen – wobei selbstverständlich auch dieses Gewaltphänomen ein gesamtgesellschaftliches Phänomen mit vielfältigen Ursachen und Erscheinungsformen ist, das nur im Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Verantwortungsträger beeinflusst, eingedämmt und verhindert werden kann.

Dringend erforderlich sind deshalb der Ausbau der Vernetzung befasster Einrichtungen und flächendeckende Informationsangebote. Ansätze einer wirksamen Prävention müssten idealerweise an den „runden Tischen“ unter Einbeziehung der involvierten Institutionen ausgerichtet sein. Dazu könnte beispielsweise die Polizei Impulse geben und die Vernetzung befasster Einrichtungen fördern.

Die Kommission Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (KPK) hat eine Projektgruppe „Gewalt in der Pflege“ eingerichtet, die Maßnahmen erarbeiten und Vorschläge machen wird, um die Polizei selbst, aber auch andere gesellschaftliche Bereiche für dieses Thema zu sensibilisieren und eine interdisziplinäre, ressortübergreifende Zusammenarbeit zu erreichen. Neben der Schaffung einer besseren Datenbasis – ein entsprechender Vorstoß zu einer kriminalstatistischen Erfassung von „Gewalt in der Pflege“ wurde bereits gemacht – wird vor allem die Erarbeitung und Umsetzung von zielgruppenspezifischen sowie die breitere Nutzung bereits vorhandener Informationsangebote und die Vernetzung bereits bestehender Initiativen und Ressourcen für dringend erforderlich gehalten. Die Polizei versteht sich dabei als Partner und ggf. auch Initiator gemeinsamer Präventionsprojekte und -maßnahmen.

IV.2 Claus Füsseck

Gewalt in der Pflege – oder:

„Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben!“

Ich danke dem „Deutschen Präventionstag“, dass er ein Thema aufgegriffen hat, das eigentlich jeden von uns früher oder später betreffen wird. In den Medien wird seit vielen Jahren ständig und regelmäßig darüber berichtet. Die Probleme sollten eigentlich hinreichend bekannt sein, werden aber offensichtlich von den meisten Menschen massiv verdrängt. Was der Mensch nicht sehen will, nimmt er nicht zur Kenntnis! Die Probleme, die Missstände will eigentlich niemand wissen! Altenpflege stumpt zur bloßen Restversorgung ab. Leider ist die öffentliche Wirkung solcher Berichte über nicht zu verantwortende Zustände bislang minimal. Das Schicksal, das Vegetieren alter, pflegebedürftiger, wehrloser Menschen beunruhigt wenige – man braucht sie nicht mehr! Viele Menschen reagieren erst – wenn jemand in ihrer Familie betroffen ist! Trotzdem – wir können und dürfen nicht aufgeben!

Ich bitte Sie nun, sich bei meinem Vortrag einfach einmal vorzustellen, dass Sie selbst früher oder später von Pflegebedürftigkeit betroffen sein können, bzw. dass es sich bei meinen Schilderungen um Ihre Eltern bzw. Ihre Angehörigen handelt.

Überlegen Sie auch, wie Sie später im Alter wohnen, leben, wie Sie gepflegt werden wollen.

„Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben“, heißt der Titel meines Beitrages. Man könnte aber auch kurz und knapp formulieren: „Das tut man einfach nicht“ oder: „Was du nicht willst, das man dir tut, das füg' auch keinem anderen zu“.

Zur Vorinformation: Mein Beitrag ist einseitig, parteiisch, emotional aus der Sicht alter, pflegebedürftiger Menschen, denen ihre Würde genommen wird. Es ist mir inzwischen auch nicht mehr möglich, dieses Thema „sachlich nüchtern“ zu referieren.

Hintergründe und Grundlage meines Beitrages sind inzwischen über 40.000 Briefe, Anrufe, Faxe, E-Mails, überwiegend von verzweifelten und engagierten Pflegekräften, die sich allein in den vergangenen 7 bis 8 Jahren an uns gewandt haben – in über 150 Aktenordnern mit „Einzelschicksalen“ „abgeheftet“! Wir wollen anonymisierten, neutralisierten Statistiken, „Einzel-“ und „Pflegefällen“ wieder ein Gesicht, einen Namen und ihnen damit wieder ihre Würde geben!

Anmerken möchte ich noch, dass alle „meine“ Forderungen eigentlich selbstverständliche Menschenrechte sind, die wir im Grundgesetz, in der Genfer Konvention und – wenn Sie wollen – sogar im Tierschutzgesetz geregelt haben. Sie werden sich vielleicht wundern, dass ich hier ständig über Selbstverständlichkeiten reden werde.

Ich höre jeden Tag von Pflegekräften und Angehörigen Sätze wie: „Was wir hier erleben, ist würdelos, erniedrigend, demütigend, beschämend!“ Ich kann den alten Menschen nicht mehr in die Augen schauen!

Ich weiß, wovon ich rede. Ich bin seit 30 Jahren an der Basis als Sozialarbeiter in einem ambulanten Dienst tätig und erlebe täglich vollkommen verzweifelte, erschöpfte, resignierte und oft schon traumatisierte Pflegekräfte.

Ich höre jeden Tag, gerade in Gesprächen mit älteren Menschen dass sie im Alter zu Hause wohnen, dass sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben möchten und dass sie auf keinen Fall in einem Pflegeheim enden wollen. Die alten Menschen wissen übrigens Bescheid – viele haben Angehörige oder Bekannte im Pflegeheim und kennen die Probleme bereits aus eigener Erfahrung!

Ich möchte an dieser Stelle anmerken, dass es natürlich auch anders geht. Ich habe Pflegeheime kennen gelernt, denen ich meine Eltern anvertrauen würde. Das ist mein Maßstab für ein gutes Pflegeheim! Ich habe Pflegekräfte erlebt, die mir mit leuchtenden Augen erzählt haben, dass sie „es geschafft haben“, jemanden von der Magensonde wieder „wegzubekommen“. Sie haben am Abend eine Flasche Sekt aufgemacht, weil sie stolz darauf waren, was sie geschafft haben.

Entsprechend entmutigend ist es für Pflegekräfte, wenn sie durch Zeitdruck gezwungen werden, menschenunwürdig zu pflegen.

Durchschnittlich werden jährlich 120.000 Magensonden gelegt“. Das ist inzwischen ein großer Wirtschaftsfaktor, ein Milliardengeschäft geworden! Besuchen Sie eine Altenpflegemesse. Da werden Ihnen viele „tolle, interessante, pflegeerleichternde“ Produkte angeboten.

Eine meiner Mindestanforderungen an die Gesellschaft, an die Politik ist:

Ich möchte erreichen, dass pflegebedürftige Menschen jeden Tag zu essen und zu trinken bekommen und zwar in dem Tempo, in dem sie kauen und schlucken können. In zahlreichen Pflegeheimen ist dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich – die pflegebedürftigen Menschen werden mit „pflegeerleichternden und pflegevermeidenden“ Magensonden versorgt.

Ich spreche nicht von Magensonden, die medizinisch notwendig sind, sondern von den ca. 50 bis 60 % der Sonden, die inzwischen in den Krankenhäusern „auf Druck vieler Pflegeheime“ eingesetzt werden. Mir wird immer wieder bestätigt, dass viele Pflegeheime signalisieren, dass sie aus Zeitmangel auf Magensonde „bestehen“, wenn bekannt ist, dass es „Probleme beim Essen gibt“!

Ich bitte Sie, sich einfach einmal vorzustellen, der Veranstalter hätte heute beschlossen: Da wir etwas knapp mit der Zeit sind, lassen wir die Mittagspause ausfallen und jeder bekommt sein Essen über eine Magensonde. – In Altenpflegeheimen fehlt sehr häufig die Zeit, den Leuten geduldig und in Würde das Essen zu geben. Statt kleinen Löffeln werden große verwendet, damit es schneller geht! Diese bekannten Vorgänge des „Essen Einschaufeln“ haben absolut nichts mehr mit menschenwürdigen Essen eingeben zu tun. Jeder von uns wird einräumen: „So möchte ich nicht abgespeist werden!“ Das Gebiss passt nicht mehr, da es länger nicht mehr benutzt worden ist – für Zahn- und Gebisspflege hat das Personal oft keine Zeit. Ein Zahnarzt erklärte vor kurzen bei einer Veranstaltung, dass ca. 81 % der Bewohner in Münchner Pflegeheimen seit vielen Jahren keinen Zahnarzt mehr gesehen haben. Ich weiß nicht, wer von Ihnen schon einmal versucht hat, mit Zahnschmerzen zu essen. – Schwer vorstellbar! Zahnschmerzen, ein unpassendes Gebiss – auch das sind oft Gründe, für die Indikation einer Magensonde. Wenn jemand nichts mehr essen will, wird schnell gefolgert: „Der will nichts mehr essen. Der hat keinen Appetit“. Das Essen wird hingestellt und nach einer kurzen Zeit wieder abgeräumt, da keiner Zeit hatte, beim Essen zu helfen.

Wir organisieren „Aktionen wie „Brot für die Welt“! Ich begrüße selbstverständlich dieses Engagement! Aber müssen wir denn nicht ebenso das Thema „Ernährung und Flüssigkeit“ in unseren bundesdeutschen Pflegeheimen in Angriff nehmen. Es kann und darf nicht sein, dass in Heimen mit Pflegesätzen von monatlich ca. 3.000 bis 3.500 Euro alte Menschen verhungern und verdursten!

Häufig erfolgt dann die „medizinische Indikation“: Magensonde! Man muss sich das einfach einmal vorstellen; das bedeutet für die Menschen: nichts mehr essen, nichts mehr kauen, nicht mehr schlucken, nichts mehr schmecken! Diese Vorstellung ist für die meisten Menschen ein Albtraum und ein Grund, warum sie dann erklären: „So möchte ich nicht mehr leben!“ Gerade das Essen, Lieblings Speisen und Getränke sind oftmals das Einzige, was alte Menschen noch vom Leben haben.

Inzwischen hat auch der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen festgestellt, „dass in einer Vielzahl von Pflegeheimen die Nahrung- und Flüssigkeitszufuhr nicht mehr sichergestellt werden kann – das heißt im Klartext: Pflegebedürftige Menschen hungern und verhungern bzw. trocknen in Pflegeheimen aus – ich spreche hier nicht von Eritrea, sondern von Pflegeheimen in Deutschland. „Man“ spricht hier inzwischen nicht nur von „pflegeteuernden“, sondern sogar von „pflegeteuernden“ Maßnahmen. Juristisch gesehen ist dies Körperverletzung, wenn es nicht aus rein medizinischen Gründen veranlasst worden ist.

Ich möchte Ihnen jetzt ein Foto zeigen, auf dem eine 87-jährige Frau zu sehen ist, „untergebracht“ in einem Doppelzimmer. Die alte Dame hat um halb vier nachmittags schon oder immer noch ihr Nachthemd an. Sie sitzt auf dem Toilettenstuhl und bekommt gleichzeitig ihr Abendessen. Stellen Sie sich vor, dass es sich hierbei nicht um irgendeinen anonymen „Pflegefall“ handelt, sondern um ihre Mutter. Dieses Bild, das von einer Angehörigen heimlich fotografiert worden ist, zeige ich bei Vorträgen in Deutschland. Ich bin erschrocken, wie viele Pflegekräfte diese beschämende und entwürdigende Szene kennen. Ich befürchte – es ist trauriger, beschämender und erniedrigender Alltag in unzähligen deutschen Pflegeheimen!

Ich habe meine beiden Kinder – neun und zwölf Jahre alt – mit diesem Bild konfrontiert. Der 9-jährige Jonas sagte: „Papa, das ist doch eklig. Da bekommt man doch keinen Appetit“.

Der 12-jährige Florian meinte, das sei „menschenverachtend. Wer macht denn so etwas?“ Diese Bilder machen sprachlos, einige Menschen sind empört – und dann gehen wir wieder zur Tagesordnung über. Können Sie sich vorstellen, Ihr Essen auf einer Toilette einzunehmen? Erlauben Sie mir den Vergleich: In einem Gefängnis wäre so eine Szene undenkbar und würde sicherlich Menschenrechtsgruppen – zu Recht – auf den Plan rufen!

In Pflegeheimen nennt man das einfach: das ist Pflegenotstand!

Von Schülerinnen und Schülern einer Altenpflegeschule erhalte ich die Schilderung von Pflegesituationen, die für viele Außenstehende schwer vorstellbar sind. Sie beschreiben, „dass zwei Bewohnern gleichzeitig das Essen angereicht werden muss. Während des Toilettenganges wird geduscht. Pro Bewohner höchstens 10 Minuten Zeit ... Druck auf die Bewohner ... machen sie doch in die Hose. Bewohner werden in der Nacht bereits gewaschen – Menschen werden bereits vor dem Essen ins Bett gebracht ... Verbände werden mehrfach genutzt ... sprachliche Probleme bei der Kommunikation“ usw., usw. Der alltägliche Pflegewahnsinn!!! Wer solche Szenen erlebt oder gesehen hat, der wird sicher in seiner Patientenverfügung formulieren: „So etwas möchte ich keinesfalls im Alter erleben!“

Das Problem, dass pflegebedürftige Menschen auf die Toilette müssen, aber das Pflegepersonal keine Zeit hat, sich darum zu kümmern, weil es andere Verpflichtungen hat, ist permanent gegeben. Und hier wird die Würde der Menschen am meisten verletzt.

Immer werden mir Szenen beschrieben, dass Bewohner verzweifelt rufen: „Ich muss zum Klo!“, ohne dass jemand Zeit hat, sich darum zu kümmern. Eine Tochter schreibt mir: „Meine Mutter hat mir schließlich flüsternd anvertraut (sie wagt es nicht, es laut auszusprechen, weil sie das als Schande empfindet): „Sie sagen dann immer: Es geht jetzt nicht. Machen Sie in die Windel, ich mache Sie später sauber!“ Natürlich will sie nicht in die Windel machen: Es ist würdelos und auch unangenehm. Lieber trinkt sie dann weniger. Dann entschuldigt sie dann noch unterwürfig: „Ich habe es nicht mehr halten können!“ Ich denke, diese Situationen kann sich jeder von uns vorstellen, der dringend „musste“, (erst recht, wenn es um Stuhlgang geht) und keine Gelegenheit finden konnte, sich zu entleeren, Es gibt inzwischen Windelprodukte auf dem Markt, die ein Fassungsvermögen von 4,0 Litern haben. Ich frage mich, wer sich das ausgedacht hat, wer so etwas produziert und warum so etwas produziert wird. Wie lange müssen Menschen in solchen Windeln liegen, damit sich solche Produkte „rechnen“?

Vielleicht könnte man einmal einen Selbstversuch auf dem Münchener Oktoberfest unternehmen und vier Liter (Maß) Bier trinken. Ich überlege mir immer wieder, mit welchen Beispielen wir die Gesellschaft außerhalb von Pflegeheimen konfrontieren und aufrütteln können – es ist doch ein gesamtgesellschaftliches Thema – wir müssen endlich begreifen, dass wir uns mit diesem Thema beschäftigen müssen!

Das Thema „Versorgung“ – oder sollte man ehrlicherweise von „Entsorgung“ alter Menschen mit „Windeln“ sprechen – habe ich deshalb besonders deutlich angesprochen, weil dies ein für uns alle nachvollziehbares Beispiel für tiefste Erniedrigung und Entwürdigung darstellt. Ich habe noch keinen Menschen kennen gelernt, keine Pflegekraft, die es einmal in einem Selbstversuch nur eine einzige Nacht geschafft hat, ihre Notdurft freiwillig in einer Windel zu verrichten. Können Sie sich vorstellen, stundenlang in Ihrem eigenen Kot und Urin zu liegen? Sie müssen dringend zur Toilette und Sie müssen warten, niemand kommt und dann hören Sie die Aufforderung, doch in Ihre Windeln oder in Ihr Bett „zu machen“ – mit dem Hinweis, dass Sie doch später wieder „sauber gemacht werden“!

Neben den „Turbowindeln“ existieren aber noch andere menschenverachtende Systeme auf dem Pflegemarkt: Man hat ganz neue Ideen, zum Beispiel ein computergestütztes Windelsystem entwickelt. Ich zitiere aus einem Prospekt der Firma Hartmann: „Über 48 Stunden werden alle bei den inkontinenten Patienten aktuell eingesetzten Produkte gesammelt und gewogen. Das Gewicht der beladenen Inkontinenzprodukte wird in das Computersystem eingegeben“. Auf diese Idee ist man gekommen, „weil man bei 5.000 benutzten Produkten festgestellt hat, dass 55,3 % der Menschen zu teuer versorgt werden, weil sie zu wenig beladen waren“. – Das ist leider keine Satire, sondern bittere Realität. Diese Produkte werden in bundesdeutschen Pflegeheimen längst verwendet. „Nebenbei“ bemerkt: Ein Dauerkatheter oder eine Magensonde, die aus nichtmedizinischen Gründen „gelegt“ wird erfüllt den Tatbestand der Körperverletzung!

Ich bin fassungslos, wenn wir hinnehmen, dass alte Menschen tage- und wochenlang nicht aus dem Bett kommen. Viele Menschen sitzen den ganzen Tag herum und starren an die weiße Wand – keiner spricht mit ihnen, sie sind lebendig begraben, isoliert, endgelagert! Unmenschlich – grausam!

Eine weitere Bedingung „meiner“ Mindestanforderungen ist, dass alte Menschen, wenigstens einmal in der Woche an die frische Luft, an die Sonne kommen. Klar, Sie werden jetzt als Tierschützer sagen: Wieso nur einmal wöchentlich? Ein Hund muss dreimal täglich an die frische Luft! – Sie haben Recht. Auch im Gefängnis wird Strafgefangenen – zu Recht – eine Stunde Hofgang garantiert. In Pflegeheimen ist das aus zeitlichen Gründen häufig nicht möglich.

Ich zitiere aus einem Brief einer Pflegekraft. Sie hatte einer Frau versprochen: „Wenn wir zu Dritt in der Schicht sind, dann hole ich Sie heraus. Das verspreche ich Ihnen. Zweimal konnte ich sie aus dem Bett in den Rollstuhl holen. Ich fuhr sie in die Küche. Sie strahlte. Die anderen Bewohnerinnen waren glücklich, sie zu sehen. Jetzt habe ich keine Zeit mehr. Somit wird sie wohl den Rest ihres Lebens im Zimmer verbringen und darf alle drei Stunden eine andere weiße Wand im Zimmer anstarren. Jedes Mal, wenn ich der Frau in die Augen schaue, habe ich ein schlechtes Gewissen, weil ich nicht in der Lage bin, mein Versprechen zu halten. Sie ist unter Tage allein im Zimmer. Die einzige Abwechslung, die sie hat: wenn eine Schwester eine pflegerische Tätigkeit bei ihr ausführt. Ein Radio, das ich im Zimmer aufgestellt habe, wurde ihr genommen.“

Andere bittere Pflegerealität ist: Fixierung im Bett, stundenlang, dauerhaft fixieren, Missbrauch mit Psychopharmaka. „Unruhige“ Menschen werden ruhig gestellt ...! Sie kennen diese Begriffe. Ich habe unzählige Berichte von Pflegekräften wie z. B. „Eine Horrornacht, eine Nachtwache für 80 Leute, zwei Todesfälle nachts“. Pflegekräfte sind zu zweit für 130 Menschen auf verschiedenen Stockwerken und verantwortlich für das Richten von Medikamenten!“ Diese Pflegekräfte arbeiten eigentlich mit „einem Fuß im Gefängnis“ – diese Arbeitsbedingungen sind eine Form der organisierten Verantwortungslosigkeit!

Übrigens, meine Informanten sind inzwischen auch Notärzte und Rettungssanitäter. Was diese berichten, sprengt häufig mein Vorstellungsvermögen, ist nicht mehr zu begreifen! Vor allem: Dass die Vertreter dieser Berufsgruppen alle schweigen! Ein Staatsanwalt meinte einmal sehr deutlich: „Wenn wir ehrlich sind, dann müssen wir zugeben, dass viele Pflegeheime inzwischen zu rechtsfreien Räumen geworden sind!“ Er meinte resigniert weiter: „Es besteht offensichtlich kein gesellschaftspolitisches Interesse an der Aufdeckung und Veränderung dieser Situation!“

Ein Referent hat heute von den knappen Mitteln, den knappen Ressourcen gesprochen. Meine Damen und Herren, ich kann Ihnen eines definitiv sagen – ich habe lange gebraucht, bis ich das begriffen habe: Wir haben in diesem Land so viel Geld, dass wir uns diesen Irrsinn einer schlechten Pflege leisten können. An den Folgen dieser gefährlichen Pflege werden Milliarden verdient! Ich habe furchtbare Fotos von Dekubitalgeschwüren. Ein Arzt meinte: Ein Dekubitus ist für unsere Klinik inzwischen ein Wirtschaftsfaktor! Der blanke Wahnsinn – aber der Arzt hat wahrscheinlich sogar Recht! Wir haben Fotos von Rechtsmedizinern, die Leichen aus Pflegeheimen und Krankenhäusern untersuchen müssen ...! Ein weiterer Irrsinn: Wir brauchen inzwischen offensichtlich die Rechtsmedizin, um menschenwürdige Pflege in unsere Heime zu bekommen.

Es gibt zahlreiche strafrechtliche und zivilrechtliche Beispiele. Ich habe Fotos von entsetzlichen Druckgeschwüren gesehen, die von den Rechtsmedizinern Professor Püschel aus Hamburg und Professor Eidam aus Hannover veröffentlicht worden sind. Man hat dabei das Gefühl, den Geruch von Jauche beim Betrachten der Fotos zu riechen. Auf den dazugehörigen Totenscheinen war von den Haus- bzw. Notärzten attestiert worden: „Herzversagen“, „natürliche Todesursache“!!! Wissen Sie, was uns verantwortliche Ärzte und Pflegekräfte oft – „unter der Hand“ sagen? – „Na ja, ein Dekubitus, das kann schon einmal passieren!“, „Das ist eben ein schicksalhafter Verlauf. Das darf man nicht so skandalisieren!“, „Die Frau war doch schon alt. Die wird jetzt auch nicht mehr lebendig – da müssen wir jetzt doch keine Strafanzeige machen!“.

Sprechen wir jetzt einmal nicht von „Würde“, von den „entsetzlichen Schmerzen“ – betrachten Sie es einfach nur unter „volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten“! Die Behandlung eines großen Dekubitalgeschwürs in einem Krankenhaus kostet ca. 25.000 bis 30.000 Euro. Was verdient eine Altenpflegerin pro Jahr? Beantworten Sie diese Frage bitte für sich selbst. Zehntausende von Dekubitalgeschwüren müsste es nicht geben, wenn man heute nach den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen vorgehen würde. Das heißt, wir leisten uns diesen Irrsinn, volkswirtschaftlich Milliarden zu verschwenden und gleichzeitig von Menschenwürde in der Pflege zu reden.

Wir leisten uns einen weiteren volkswirtschaftlichen Irrsinn: Wir wissen, dass alte Menschen häufig stürzen und sich sehr oft den Oberschenkelhals brechen. Welche Konsequenzen ziehen wir aus dieser Erkenntnis? Eine Hüftschutzhose für ca. 65 Euro, die zwar nicht den Sturz aber u. U. den Bruch des Oberschenkels verhindern könnte, wird von den Krankenkassen nicht bezahlt. Der Transport ins Krankenhaus mit dem Notarzt kostet 600 Euro. Mein 9-jähriger Sohn hat zu mir gesagt: „Papa, das ist ja Geldverschwendung.“ Hinzu kommen noch ca. 3.000 Euro für die medizinische Behandlung und weitere ca. 3000 Euro für die Rehabilitation. Meistens sind die Folgen eines Sturzes auch der Beginn einer Pflegebedürftigkeit – dann „gibt es auch mehr Geld aus der Pflegeversicherung ...“ die angeblich auch kurz vor der Pleite steht – eigentlich ein perverses System!

Wenn dann jedes Mal spontan und ritualisiert argumentiert wird, „wir können uns eine würdevolle Pflege nicht leisten“, dann haben Sie nun Gegenargumente.

Mir ist in den vergangenen Jahren der „Pflegediskussion“ eines vollkommen klar geworden: Solange an den Folgen der schlechten Pflege so viel Geld verdient werden kann, kann und wird sich nichts ändern. Selbst die Krankenkassen scheinen kein großes Interesse daran zu haben, z. B. über Regressforderungen die Verantwortlichen dieser teuren „Pflegefehler“ zur Verantwortung zu ziehen. Auch eine strafrechtliche Verfolgung ist eher selten!

Gespensisch: Rehabilitation findet in den meisten Pflegeheimen nicht statt, da z. B. durch aktivierende, motivierende Pflege Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden kann. Das bedeutet in der Praxis dann eine „niedrigere Pflegestufe“, vielleicht sogar eine „Rückstufung z. B. von Stufe 2 auf 1 – für das Heim „gibt’s dann weniger Geld“!

Mich erschüttert aber auch die Tatsache: Es gelingt uns seit Jahren, diese Fakten, die jeder kennt, von deren Existenz sich jeder überzeugen kann, auch noch wortkosmetisch zu verharmlosen und zu relativieren. Ich will Ihnen einmal Missstände benennen, für die Sie sicherlich, wenn Sie die Arbeit von „amnesty international“ verfolgen, klare Formulierungen haben: Schlafentzug, Isolation, fehlende Kommunikation, Weigerung, auf die Toilette gehen zu dürfen, die Notdurft vor anderen Menschen zu verrichten, Gestank im Zimmer, keine Privatsphäre, Ignorierung des Schamgefühls, vermeidbare Schmerzen, Vorenthaltung von Therapien, Kontraktionen, Weigerung, an die frische Luft gehen zu dürfen, keine Kommunikation, Erleiden von Hunger und Durst, Kontaktsperre, Menschen führen Selbstgespräche.

Diese Begriffe habe ich aus einem Bericht im „Spiegel“, in dem die Situation in irakischen Gefängnissen beschrieben wird. Ist Ihnen dabei etwas aufgefallen? Diese Zustände bezeichnen wir selbstverständlich als „Folter und als schwere Menschenrechtsverletzungen“! Ähnliches erleben pflegebedürftige Menschen in bundesdeutschen Pflegeheimen: Hier werden solche Zustände aber nur mit „Pflegetnotstand“ und „keine gravierenden Pflegemängel“ beschrieben – die gesellschaftliche Empörung hält sich in Grenzen – Kirchen, Menschenrechtsgruppen nehmen davon keinerlei Notiz oder es sind, wenn überhaupt „bedauerliche Einzelfälle“, die wir „nicht verallgemeinern dürfen“!

Auf solche deutlichen, offenen Schilderungen erlebe ich immer wieder empörte Reaktionen vor allem von Seiten der Funktionäre der Wohlfahrtsverbände, Heimträger, einigen Pflegekräften und von Politikern, die immer noch glauben wollen, dass die meisten Pflegeheime „eine hervorragende Arbeit leisten“! Selbst haben diese Verantwortlichen noch nie eine Pflegestation unangemeldet gesehen!

„Herr Füsseck, nicht so emotional, bitte nicht so pauschal. Es gibt doch auch gute Heime. Wollen Sie das Personal diffamieren?“ Empörend, skandalös sind in deren Augen nicht die Zustände, sondern nur die Tatsache, dass diese in der Zeitung stehen! Für diese Zustände trägt auch niemand die Verantwortung – zur Rechenschaft gezogen werden diejenigen, die diese Missstände öffentlich gemacht haben!

Inzwischen sind die „Pflegetnotstände“ allerdings auch offiziell festgestellt und dokumentiert worden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bzw. Pflegekassen hat bei – überwiegend angemeldeten (!) – Kontrollen festgestellt, dass in zahlreichen Pflegeheimen nicht einmal die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sichergestellt werden kann, dass häufig schwer wiegende Kontrakturen festgestellt werden müssen, wie wir sie in diesem Land noch nie hatten und dass unzählige Dekubitalgeschwüre in der stationären und ambulanten Pflege vorkommen.

Die Bundesregierung hat sich aber zusammen mit den Pflegekassen inzwischen offensichtlich „arrangiert“: Man möchte nicht weiter „die alten Menschen verunsichern“ und „zu einer Skandalisierung beitragen“. – In der vergangenen Woche wurde der erste Bericht des Medizinischen Dienstes veröffentlicht mit der merkwürdigen Feststellung, dass trotz der festgestellten „Pflegetnotstände“ ca. 90 % der alten Menschen in den Heimen zufrieden bzw. sehr zufrieden sind. – Wie man auf ein so zynisches Ergebnis kommt, wenn eigentlich 100 % der Bevölkerung später nie in ein Pflegeheim möchte, ist mir unbegreiflich. Das heißt, hier besteht ein gesellschaftliches Desinteresse an diesem Thema.

In dem Bericht wird allerdings eingeräumt, dass „bei 41 % der pflegebedürftigen Menschen Mängel bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ und „bei 43 % Versorgungsdefizite bei Dekubitusprophylaxe und -therapie festgestellt worden sind“! „Die hier dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Bewohner hin“!

Übrigens: Die meisten Pflegeheimbetreiber verweisen stolz auf ihre Leitbilder und Zertifizierungen!

Ich will Ihnen Ende meines Beitrages die Frage stellen:

- Warum sind gerade alte und pflegebedürftige Menschen derart entwürdigenden und lebensbedrohenden Bedingungen ausgesetzt, wie sie jeden Tag authentisch erfahren werden können?

- Warum lösen gerade diese Berichte in der Öffentlichkeit nur hilflose Empörung aus, im Unterschied zu sonstigen Reaktionen auf Missstände oder Vergehen – Stichwort: „Folter bei der Bundeswehr“, bei denen in der Regel sofort gesetzliche Maßnahmen gefordert werden?
- Warum bitten die Informanten – es sind im Allgemeinen die verzweifelten Angehörigen – um Schutz ihrer Namen, wenn sie nachweislich nur die Wahrheit wiedergeben? Ich habe noch nie so viele ängstliche und traumatisierte Menschen erlebt wie unter den Pflegekräften.
- Warum setzen sich engagierte und couragierte Pflegekräfte, wenn sie kritisieren, dem Verlust ihres Arbeitsplatzes aus?
- Warum tut sich die Staatsanwaltschaft so schwer, mit Rechtsmitteln einzugreifen? Handelt es sich tatsächlich um einen rechtsfreien Raum?

Ich betrachte – als Resümee meiner inzwischen jahrzehntelangen Erfahrungen und dem, was weiterhin täglich mir an Dokumenten und Schilderungen zugeschickt und anvertraut wird – diese unerträglichen Zustände inzwischen als die größte Humankatastrophe nach dem Zweiten Weltkrieg. Ich bin entsetzt und fassungslos, wie wir uns über aktive Sterbehilfe rhetorisch empören und gleichzeitig zusehen, wie vor unseren Augen jeden Tag eine Form der „sozialen Euthanasie“ in bundesdeutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern stattfindet. Ich bin empört, dass wir inzwischen wieder alten Menschen jeden Tag vorrechnen, was sie kosten. „Es lohnt sich nicht mehr“... bei der Beantragung eines neuen Rollstuhles oder Gebisses! Unzureichende Schmerztherapie – häufig ein Kostenargument – wird übrigens immer wieder als entscheidender Grund angeführt, dass Menschen nach aktiver Sterbehilfe verlangen. Die wenigen – vorbildlichen – Palliativstationen und Sterbehospize haben oft lange Wartezeiten. Würdevolles Sterben ist in diesem reichen Lande inzwischen längst zu einem Finanzierungsproblem geworden. An liebevolle „Sterbebegleitung“, einem Menschen in seiner letzten Stunde die Hand zu halten, ihn nicht alleine zu lassen, ist in zahlreichen Pflegeheimen „nicht im Entferntesten zu denken“ (eine Altenpflegerin). Zur Erinnerung: Schon einmal wurde die Würde des Menschen nach einer Kosten-Nutzen-Kalkulation bemessen, wurden die Kosten für Pflege als volkswirtschaftlich unvertretbar empfunden – und vom lebenswerten Leben gesprochen!

Gedankenlosigkeit, Gleichgültigkeit und fehlende Zivilcourage sind leider fester Bestandteil in der Diskussion um die Missstände in der Altenpflege! Wir wollen diese Missstände offensichtlich nicht wahrhaben, nicht wissen!

Die Konsequenzen aus den Erfahrungen des alltäglichen Pflegewahnsinns müssen wir auch selber ziehen. Wir müssen uns alle mit diesem Thema offensiv auseinander setzen, Verantwortung übernehmen und endlich aus den Erkenntnissen Konsequenzen ziehen! Es betrifft uns früher oder später uns alle selbst. Wir fordern doch keinen Luxus – es geht doch um Selbstverständlichkeiten, um die Umsetzung der elementaren Grund- und Menschenrechte!!!

Ich mache den Pflegekräften keinen Vorwurf, dass sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen (zwei Pflegekräfte für 25 Bewohner, 2 Nachtwachen für 120 und mehr Bewohner) eine menschenwürdige Pflege nicht erbringen können.

Ich mache ihnen, und den Ärzten, den gesetzlichen Betreuern, den Angehörigen den Vorwurf, wenn sie schweigen! Hier handelt es sich u. a. um Verletzung der Aufsichtspflicht, um unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Körperverletzung u. U. mit Todesfolge. Bei Unterbesetzung in einem Pflegeheim handeln Mitarbeiter grob fahrlässig bis vorsätzlich – Zustände, die wir in keinem Kindergarten oder in einem Zoologischen Garten dulden würden! Es gibt für diese Zustände eine Menge Erklärungen, aber keine einzige Entschuldigung und Rechtfertigung!

Es geht selbstverständlich auch anders! Selbstbestimmung ist auch im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit möglich! Es gibt – zu wenige – Beispiele für menschenwürdige häusliche und stationäre Pflege, Wohn- und Hausgemeinschaften! Eine ehrliche Antwort auf die berechtigten Ängste vor Einsamkeit, Schmerzen, würdeloser und emotionsloser Pflege kann eigentlich nicht allein die Patientenverfügung sein! Vielmehr müssen die Bedingungen in der häuslichen Pflege, in Krankenhäusern und Pflegeheimen endlich massiv verbessert werden. Auch der Ausbau der Schmerzmedizin und Hospize würde viele Fragen und Probleme mit der Umsetzung der „Patientenverfügung“ von selbst erledigen!

Ich möchte diese Gelegenheit auch dafür nutzen, kritisch anzumerken, dass ich leider auch von den Mitgliedern bzw. dem Gremium der Ethikkommission bisher noch keine offensive, öffentliche Stellungnahme zu den Zuständen, zu der organisierten Unverantwortlichkeit in der Altenpflege, dem System der Minuten- und Fließbandpflege in zahlreichen bundesdeutschen Pflegeheimen gehört habe.

Ich bin daher sehr froh und erleichtert, dass ab heute auch die Menschenrechtsverletzungen in der Pflege für dieses Gremium ein zentrales Thema geworden sind und dass dieses Elend nicht mehr stillschweigend zur Kenntnis und in Kauf genommen wird.

Eine Altenpflegerin schrieb mir verzweifelt eine Art Selbstanzeige: „Ich habe jahrelang ein System menschlicher Entwürdigung aufrechterhalten und den Erhalt meines Arbeitsplatzes über die Menschenwürde gestellt! Aber jetzt möchte ich mein Schweigen durchbrechen. Wer schweigt macht sich mitschuldig!“

Das höchste Rechtsgut in unserer Verfassung ist die Menschenwürde!

Wer kämpft, kann verlieren – wer nicht kämpft, der hat schon verloren!

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse, Ihre Geduld und Aufmerksamkeit!
Kämpfen wir gemeinsam für menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Alten- und Behindertenpflege!

MINDESTANFORDERUNGEN für eine menschenwürdige Grundversorgung, die jedes Pflegeheim in Deutschland garantieren muss (Art. 1 Grundgesetz, § 80 SGB XI) – bei ca. 2.500 – 3.500 Euro/Monat.

Diese Anforderungen sind nicht kompromissfähig und können daher auch nicht Gegenstand von Verhandlungen sein!!!

- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH** seine Mahlzeiten und ausreichend Getränke/Flüssigkeit in dem Tempo erhalten, in dem er kauen und schlucken kann. Magensonden und Infusionen dürfen nur nach ausdrücklicher und (regelmäßig) kontrollierter medizinischer Indikation verordnet werden. Die Notwendigkeit muss ständig hinterfragt werden! Eine Magensonde als pflegeerleichternde und damit auch pflegevermeidende Maßnahme ist menschenunwürdig und Körperverletzung!
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH** so oft zur Toilette gebracht oder geführt werden, wie er es wünscht! (Windeln und Dauerkatheter als pflegeerleichternde Maßnahmen sind menschenunwürdig und Körperverletzung!)
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH** (wenn gewünscht!) gewaschen, angezogen, gekämmt werden und sein Gebiss erhalten (Mundpflege!).
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss (auf Wunsch) TÄGLICH** die Möglichkeit bekommen sein Bett zu verlassen und an die frische Luft zu kommen.
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben**, wenigstens seinen/ihren Zimmerpartner zu wählen bzw. abzulehnen. (Doppelzimmer und Mehrbettzimmer sind menschenunwürdig).
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben**, dass wenigstens ein Mitarbeiter auf Station ist, der die Muttersprache spricht. Kommunikation ist ein Grundrecht! (Trösten, zuhören, geduldig in den Arm nehmen, ein paar freundliche, liebevolle, verständliche, einfühlsame Worte dürfen nicht als „Kaviarleistung“ („nicht finanzierbar“) gelten).
- **JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Sicherheit haben**, dass ihm in der Todesstunde wenigstens jemand die Hand hält, damit er nicht alleine und einsam sterben muss ...!!!

Diese „Standards“ müssen in einem reichen Land, das den Anspruch hat, die Menschenrechte besonders zu achten, selbstverständlich sein ...!

Die Grundvoraussetzungen für MENSCHENWÜRDIGE ARBEITSBEDINGUNGEN sind selbstverständlich ausreichendes, motiviertes, kompetentes und auch menschlich qualifiziertes Personal!!!

DIE WÜRDE AUCH DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN IST UNANTASTBAR!!!

Claus Füssek

IV.3 Dr. Thomas Görgen

Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer

Ältere und pflegebedürftige Menschen wurden als Opfer von Kriminalität und Gewalt erst spät wahrgenommen. Für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren insgesamt ergibt sich heute sowohl aus den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik als auch aus Dunkelfeldstudien, dass das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, geringer ist als im Jugendalter oder im frühen und mittleren Erwachsenenalter. Die altersbezogenen Unterschiede sind bei (selbst berichteten wie polizeilich registrierten) Gewalttaten stärker ausgeprägt als im Bereich der Eigentums- und Vermögenskriminalität. Allerdings gibt es einzelne Formen von Gewaltdelikten, bei denen eine Zunahme der Gefährdung im Alter festzustellen ist. Dazu gehört der Handtaschenraub bei älteren Frauen; aber auch das (absolut gesehen geringe) Risiko, einem Raubmord zum Opfer zu fallen, steigt im Alter.

Galten Ältere lange als eine in hohem Maße furchtsame Bevölkerungsgruppe, so löst sich das so genannte Viktimisierungs-Furcht-Paradox bei genauerer Betrachtung weitgehend auf. Ältere Menschen verhalten sich vor allem vorsichtiger als Jüngere und haben insgesamt durch ihren Lebensstil und aufgrund ihres Vorsichtsverhaltens eine geringere Risikoexposition. Zudem beziehen sich Kriminalitätsängste nicht nur auf die Wahrscheinlichkeit, von einer Straftat betroffen zu sein, sondern auch auf die als möglich antizipierten Tatfolgen. Diese können im höheren Alter tatsächlich schwerer und weniger reversibel sein und lassen ein erhöhtes Maß an Besorgnis und Vorsicht durchaus rational erscheinen.

Insbesondere Befunde aus in das Dunkelfeld abzielenden Viktimisierungssurveys sind mit der Einschränkung zu betrachten, dass solche Befragungen regelmäßig nicht die gesamte ältere Population abbilden. Unzureichend repräsentiert sind vor allem Hochaltrige, chronisch Kranke und Pflegebedürftige, Demenzkranke, Personen mit starken Einschränkungen des Seh-, Hör- und Sprechvermögens. Es ist davon auszugehen, dass die Merkmale, die entscheidend dafür sind, dass eine Person an einer Befragung mitwirkt, zugleich bedeutsam für die individuelle Vulnerabilität sind, für die Fähigkeit, sich gegen einen Angriff zur Wehr zu setzen und auch für die Möglichkeiten, sich nach einer Tat um Hilfe zu bemühen, Anzeige zu erstatten sowie zu einer Verfolgung des Täters beizutragen.

Im Wesentlichen verfügen wir bislang über Erkenntnisse im Bereich einer „Viktimologie des dritten Lebensalters“, während eine empirisch gestützte „Viktimologie des vierten Lebensalters“ vor großen methodischen Hindernissen steht und erst in Ansätzen erkennbar ist. Die Diskussionen, die sich in Deutschland im vergangenen Jahrzehnt um „Gewalt im Alter“ (und „Gewalt in der Pflege“) entwickelt haben, beziehen sich im Kern auf eben jene Gruppen, über deren Opferwerdungsrisiken verlässliche Informationen fehlen: Pflegebedürftige und Hochaltrige. Es ist nicht auszuschließen, dass das Bild einer mit dem Alter zurückgehenden Gefährdung durch Kriminalität und Gewalt für Hochaltrige und Pflegebedürftige nicht zutrifft. Im Hinblick auf die besondere Vulnerabilität dieser Bevölkerungsgruppe kann zudem nicht allein die quantitative Verbreitung von Opfererfahrungen für die Einschätzung ausschlaggebend sein, ob es sich um ein bedeutsames soziales Problem handelt.

„Gewalt gegen alte Menschen“ ist kein in sich geschlossenes und homogenes Forschungs- und Praxisfeld. Mindestens folgende prototypischen Tatkontexte und Täter-Opfer-Konstellationen müssen unterschieden werden:

- „klassische Gewaltkriminalität“ an älteren Menschen, überwiegend von den Opfern fremden Personen und im öffentlichen Raum begangen,
- Gewalt in Partnerschaften, die bereits in früheren Lebensphasen die Beziehung geprägt hat und sich ins Alter hinein fortsetzt,
- häusliche Gewalt, die erst im höheren Alter einsetzt und vor dem Hintergrund altersbezogener Veränderungen betrachtet werden muss,
- Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger durch Personen aus dem sozialen Nahraum der Opfer,
- Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger durch professionelle Pflegepersonen im häuslichen Bereich,
- Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Einrichtungen lebender älterer Pflegebedürftiger durch professionelle Kräfte,
- Misshandlung in stationären Einrichtungen lebender älterer Pflegebedürftiger durch Mitbewohner.

Zu Prävention und Intervention

Die Heterogenität der Erscheinungsformen von „Gewalt gegen alte Menschen“ und die anzunehmende Vielfalt der Ursachen und Entstehungsbedingungen bedeuten, dass Präventions- und Interventionsansätze dieser Vielgestaltigkeit gerecht werden müssen. Es dürfte einleuchten, dass Maßnahmen zur Prävention von Handtaschenraub anders beschaffen sein müssen als solche, die sich auf Gewalt in Ehen und Partnerschaftsbeziehungen älterer Menschen beziehen und diese wiederum nicht identisch sein können mit Ansätzen zur Prävention pflegerischer Vernachlässigung in stationären Altenhilfeeinrichtungen.

Insbesondere soweit Maßnahmen sich direkt an Ältere richten, kommt der Niedrigschwelligkeit von Hilfeangeboten besondere Bedeutung zu. Hochspezialisierte Angebote, die von den Betroffenen verlangen, ihr Problem (z. B. Gewalterfahrungen in der Partnerschaft) vorab zu klassifizieren und diese Klassifikation durch die Inanspruchnahme des Angebots explizit zu machen, sind wenig geeignet. Selbstverständlich stellt der Komplex Pflege/Pflegebedürftigkeit ein eigenes (und in der Außendarstellung klar benennbares) Problemfeld dar, das auch in Angeboten so benannt werden sollte.

Alter geht oftmals einher mit Einschränkungen der Mobilität sowie der Kommunikations- und Artikulationsfähigkeit. Hilfen für ältere Gewaltopfer können nicht alleine darauf ausgerichtet sein, dass unmittelbar Betroffene sich eigenständig an Einrichtungen wenden. Hilfeangebote sollten die vielfältigen Hindernisse und Ängste, die einer derartigen Inanspruchnahme entgegenstehen, ernst nehmen, aufsuchende Hilfen anbieten und sich nicht nur an direkt Gewaltbetroffene, sondern auch an Kontaktpersonen richten.

Die Frage, ob „Gewalt gegen alte Menschen“ ein strafrechtliches oder ein soziales Problem darstellt, muss mit „Sowohl als auch!“ beantwortet werden. Es fallen darunter sowohl eindeutig kriminelle und strafrechtlich zu ahndende Verhaltensweisen als auch solche, bei denen eine Strafverfolgung des unmittelbaren Täters die dahinter stehenden Probleme unangetastet ließe, dem Unrechtsgehalt der Tat nicht entspräche oder den Interessen der Opfer nicht gerecht würde. Insbesondere Taten im häuslichen Bereich (sowohl in Pflegebeziehungen als auch unabhängig davon in Partnerschaften und familiären Beziehungen) sind zudem für Strafverfolgungsinstanzen nur sehr begrenzt zugänglich.

IV.4 Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch

Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern

Pflegeabhängigkeit und Pflegebelastung sind Faktoren, die häufig zu Gewalthandlungen in Familien führen können, aber nicht per se müssen. Meist sind sie pathologische Zeichen von Überforderung von Angehörigen, die mit ihren Belastungen allein gelassen werden oder hilflos und voller Schuldgefühle sich Pflegebedürftigen ausgeliefert fühlen. Die Belastungen – „24-Stunden-Tag“ – werden immer höher, bis ein Familienmitglied nur noch gewalttätig sein kann, flieht (auch in eine Krankheit) oder zum Austritt (z. B. Klinik, Heimübersiedlung, Tod) gezwungen wird.

Präventive Maßnahmen beginnen bei der Aufklärung und Beratung über Art sowie Verlauf einer Erkrankung (z. B. Demenz) und Informationen über vorhandene regionale professionelle Hilfen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Tagespflege, Haushaltshilfe). Neben sozialer Unterstützung sind Angebote von Selbsthilfegruppen wichtig, um Isolation, Resignation aber auch Verrohung vorzubeugen. Zudem führen aufgezeigte Strategien, wie problematische Situationen bewältigt werden können, und Entlastungsangebote für Angehörige zur Verringerung von Konflikten.

Die öffentliche Diskussion beeinflusst nachhaltig den „Wert“ des Pflegebedürftigen und des pflegenden Angehörigen. Die oft diskriminierende und ohne Einbeziehung ethischer Aspekte geführte Diskussion z. B. über die „Unbezahlbarkeit der Pflege“ fördert eher eine weitere Überforderung der Angehörigen und verringert Chancen, die – rechtzeitig genutzt – Leid und Elend der Betroffenen verringern. Primäre Prävention muss hier ansetzen.

IV.5 Ursula Pöhler

Gewaltprävention im sozialen Nahraum Schwerpunktthema „Alte Menschen“

Gewalt gegenüber Personen, die aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Konstitution auf Hilfe anderer angewiesen sind, ist die schlimmste Form an möglicher Gewalt. Sie ist gerade deswegen so schrecklich, weil es sich bei den Betroffenen um Schutzbefohlene handelt, für die es nicht möglich ist, sich gegen die Gewalttätigkeiten zu wehren. Sie haben keine Chance, aus der unerträglichen Situation zu entkommen.

Tagtäglich findet in Deutschland derartige Gewalt statt. Seien es Kinder, die von ihren Eltern geschlagen und misshandelt werden oder pflegebedürftige alte Menschen, die unter den Missständen in Pflegeeinrichtungen leiden. Ich richte mein Augenmerk auf die vielen pflegebedürftigen älteren Menschen, denen der notwendige Schutz und die Versorgung nicht gewährt wird. Dabei möchte ich betonen, dass viele Einrichtungen und Träger sich in den letzten Jahren stark um die Verbesserung der Pflegequalität in ihren Häusern bemüht haben. Vieles wurde erreicht und besteht sogar auf einem höheren Niveau der Qualität. Dennoch kann man keine grundlegende Änderung feststellen. Immer wieder erhält der Sozialverband Deutschland Berichte von betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, in denen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung in der stationären Pflege geschildert werden. Die rechtswidrige Gabe von Medikamenten, um pflegebedürftige Menschen ruhig zu stellen, kommt in diesen Berichten immer wieder vor. Auch viele Pflegekräfte bestätigen dies. Sedierungen durch Fixierung/Fesselung oder durch Medikamentengabe sind in vielen Pflegeeinrichtungen aus arbeitsökonomischen Gründen an der Tagesordnung. Dieses bestätigen uns immer wieder Pflegekräfte sowie Angehörige.

Leider gibt es nur vereinzelt wissenschaftliche Untersuchungen hierzu. Ich verweise auf die Studie von Dr. Thomas Görden, der im Auftrag des Kriminologischen Instituts der Universität Gießen Gewaltvorkommnisse in Pflegeeinrichtungen untersuchte und dabei nicht wenige Vorkommnisse von medikamentösem Freiheitsentzug feststellte. Nach Ansicht von Experten (so zum Beispiel Prof. Dr. Dr. Hirsch vom Gerontopsychiatrischen Zentrum in Bonn) können 70 Prozent der Psychopharmaka, die in Altenheimen eingesetzt werden, weggelassen werden.

Die unhaltbaren Zustände bestätigt auch das Ergebnis des Berichts des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS) vom November letzten Jahres. Die Zahlen, die darin veröffentlicht werden, sprechen für sich:

- In der stationären Pflege wurde bei 17 % der untersuchten Pflegebedürftigen ein „unzureichender Pflegezustand“ festgestellt. Das bedeutet, dass in den untersuchten Heimen jeder fünfte Pflegebedürftige „unzureichend“ gepflegt wird. Bei ca. 600.000 Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen leben, sind mehr als 100.000 Menschen derzeit von „unzureichender Pflege“ betroffen. Das ist nicht hinnehmbar. Jeder dieser Fälle ist ein Fall zuviel.

Aber auch im häuslichen Bereich gibt es Fälle von Gewalt in der Pflege. Nach dem Bericht des MDS wurde bei 9 % der untersuchten Pflegebedürftigen ein „unzureichender Pflegezustand“ festgestellt.

Wir dürfen uns mit den bekannt gewordenen menschenunwürdigen Zuständen in der Pflege nicht abfinden. Wir brauchen rasche und wirksame Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowohl in der häuslichen Pflege als auch in der stationären Pflege. Die alarmierenden Zahlen zeigen, dass die derzeitigen Strukturen nicht geeignet sind, Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, adäquat zu versorgen. Daher muss die Pflegelandschaft in Deutschland neu organisiert werden:

- Neue Versorgungs- und Betreuungsformen müssen schnellstmöglich entwickelt werden. Es gibt derzeit schon vielfältige Projekte hierzu. Beispielhaft verweise ich auf die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekte unter dem Titel „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. Die darin erprobten neuen Strukturen zielten allesamt auf die Erleichterung der häuslichen Pflege. Im Rahmen von „Betreutem Wohnen“ sowie von Wohn- und Hausgemeinschaften wird Pflege und Betreuung den Bedürfnissen der einzelnen Menschen nach einem eigenen Zuhause entsprochen. In derartigen kleingliedrigen Einheiten sind die Verantwortlichkeiten viel klarer als in großen anonymen Pflegeheimen. Aus diesem Grund besteht sehr wenig Raum für Vernachlässigungen und Misshandlungen der Schutzbefohlenen.

Der Sozialverband Deutschland hat im Rahmen seiner Veröffentlichung „12 Forderungen für eine menschenwürdige Pflege“ (siehe Anhang, S. 88) verschiedenste Möglichkeiten vorgestellt, mit denen den Missständen in der Pflege begegnet werden kann. Dazu gehört zum Beispiel die Implementierung eines verantwortlichen Heimarztes, eine verbesserte Aus- und Weiterbildung des Personals einschließlich der Heimleitung, die fachliche und personelle Stärkung der Heimaufsichten, die Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von einzelnen Pflegeheimen und vieles mehr. Um in der Pflege durch Angehörige den Fällen von Gewalt und Vernachlässigung präventiv zu begegnen, sollten pflegende Angehörige über ein großes Angebot von Entlastungsmöglichkeiten verfügen können. Hierzu gehören zum Beispiel tagesstrukturierende und unterstützende Einrichtungen, die Einrichtung von Notruftelefonen und Beratungsangeboten.

Die Versorgung und der Schutz von hilfsbedürftigen Menschen ist eine Aufgabe, die der gesamten Gesellschaft zukommt. Aber auch jeder Einzelne ist gefordert, vor Missständen und Gewalt nicht die Augen zu verschließen und bei Verdachtsfällen die zuständigen Behörden und Aufsichtsinstanzen zu informieren.

IV.6 Kornelie Rahnema

Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer

Der Begriff der Gewalt sollte im Pflegebereich mit Vorsicht verwandt werden. Eine Kriminalisierung der alltäglichen Missstände in der Altenpflege und einer Zuweisung einer Täter- und Opferrolle sind nicht unbedingt zielführend. Wir möchten andererseits aber Machtmissbrauch, Vernachlässigung und Qualitätsmängel in der Pflege offen thematisieren, verantwortliches Handeln aller Beteiligten bei und trotz Überforderung, Aggressionen, Stress und Hilflosigkeit fördern und Lösungen/Verbesserungen aus Eskalationen und Gedankenlosigkeit suchen. Dies ist oft nicht einfach angesichts des schwierigen Zugangs zum familiären Bereich aber auch zu vielen Situationen der professionellen Pflegebeziehungen.

Seit 8 Jahren hört, prüft und dokumentiert die Beschwerdestelle Probleme und Mängel in der Altenpflege. Unsere Erkenntnisse sind jedoch begrenzt auf die professionellen Dienstleister im stationären und ambulanten Bereich. Missstände, auch gravierende Mängel, sind leider nicht nur Einzelfälle. Einige Beispiele:

- Verhalten der Pflegenden: sie ignorieren Wünsche von Betroffenen, nehmen wortlos Pflegehandlungen vor, duzen alte Menschen, ziehen ihnen die Kleidung anderer an, lassen sie lange verschmutzt, führen sie nicht bei Bedarf auf die Toilette, schimpfen und schreien mit Demenzkranken, bringen Betroffene in entwürdigende Situationen ohne Beachtung der Intimsphäre, ignorieren die Klingel, hängen die Notrufglocke außer Reichweite, verursachen durch Unachtsamkeit blaue Flecken etc.
- Wissenslücken und Mängel im Qualitätsmanagement bei Leitungen und Pflegenden führen in nicht wenigen Situationen zu einer nicht fachgerechten Versorgung (Ernährung, Dekubitus, Schmerz, Sturz), Hilfestellungen sind nicht ausreichend, keine Prüfung von Notwendigkeit oder Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, keine Informationen an Betreuer, Angehörige oder Ärzte etc.
- Unangemessene und defizitäre Strukturen in der Altenpflege: In Alten- und Pflegeheimen können Doppelzimmersituationen psychisch höchst belastend sein, es gibt oft keine Zeit für Zuwendung und Gespräche, oft wechselnde Pflegepersonen, Türen in Altenheimen lassen sich nur mit großem Kraftaufwand öffnen, Heimbewohner werden bei Umbaumaßnahmen unzumutbarem Baulärm ausgesetzt, die ärztliche Versorgung (Zähne, Brillen, Hörgeräte, psychiatrische Versorgung etc.) ist oft unzureichend. Im ambulanten Bereich sollen z. B. klein gedruckte und damit für alte Menschen unleserliche Leistungsnachweise unterschreiben werden, es gibt oftmals falsche Abrechnungen, ...

Zur Pflege alter Menschen zu Hause durch Angehörige haben wir so gut wie keinen Zugang. In dieser tabuisierten Grauzone gibt es kaum Ankläger oder Beschwerdeführende. In einzelnen Fällen erfahren wir indirekt von Problemen aufgrund von Überforderung der Angehörigen. Hier entstehen aus großer Nähe, viel zwangsweise gemeinsam verbrachter Zeit, Rollenkonflikten und biographischen Hintergründen oftmals Spannungen und Aggressionen. Alte Menschen werden dann z. B. in der Folge eingeschlossen, werden mit Medikamenten zeitweise ruhig gestellt, sind aggressiver Sprache und Handlungen ausgesetzt, werden finanziell ausgebeutet.

Alte Menschen üben gelegentlich auch Gewalt aus aufgrund von Frustration über Einschränkungen oder ihre Lebenssituation gegenüber Angehörigen, Pflegenden oder Mitbewohnern: Vorwürfe, Beschimpfungen, Schlagen, Beißen, sexuelle Übergriffe etc.

Bestehender konkreter Handlungsbedarf

Für Leitungen und Pflegende: grundsätzliche Sensibilisierung für das Thema „Gewalt“ und seine konkreten Formen in der Pflege, Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Gewaltprävention, Aufspüren von alltäglichen Situationen möglichen Machtmissbrauchs in der Pflegebeziehung, Erkennen eigener Probleme im Umgang mit Stress, Wissen um gewaltfreie Kommunikation, Nutzung von Möglichkeiten der eigenen Psychohygiene (z. B. zum Umgang mit Sterben und Tod), Qualitätsentwicklung für die Pflegetätigkeit etc.

Für Angehörige: Entlastung pflegender Angehöriger durch kompetentes und enges Netz von Beratungsangeboten, pflegerische Schulungen, Selbsthilfegruppen, Kurzzeitpflege, Tagespflege, regelmäßig unterstützende Pflegedienste etc. – auch durch ausreichende Finanzierung (derzeit hohe steigende Eigenanteile).

Für alte/älter werdende Menschen: Erweiterung der Angebote von frühzeitiger und prophylaktischer Beratung (Risikoeinschätzungen, Einschätzung der vorhandenen Ressourcen), fachliche Begleitung in Krisensituationen (plötzliche Pflegebedürftigkeit), fachgerechte Überprüfung ihrer Pflege- und Versorgungssituation unter Nutzung von geeigneten Instrumenten (z. B. auch „Befragungen“ von Demenzkranken, Zufriedenheitsbefragungen nach wissenschaftlichen Standards).

Für die Gesellschaft: Thema bewusst machen in allen Alters- und Gesellschaftsschichten ohne Skandalisierung, Interesse und Möglichkeiten an strafrechtlicher Verfolgung erhöhen, Kontrollen verbessern (unangemeldet, einheitliche Prüfkriterien) Todesfälle (z. B. durch falsch angewandte Fixierungen) grundsätzlich rechtsmedizinisch untersuchen.

Empfehlungen für zielführende Präventionsarbeit

Verantwortung der Träger und Leitungen von Pflegeeinrichtungen:

- Gemeinsam mit Pflegenden erarbeitetes und gelebtes ethisch reflektiertes Pflegeleitbild
- Qualitäts- und Personalmanagement verbessern durch ausreichende Personalbesetzung (besonders bei Ausfällen), Verbesserung der Arbeitsorganisation zur Stressvermeidung und Gesundheitsvorsorge für Pflegende, Einsatz von Hilfsmitteln
- Angebote und Möglichkeiten von Schulungen, Supervision, Pflegevisite etc. nutzen
- Verbesserung von internem Beschwerdemanagement, Transparenz und Information

Verantwortung der Pflegenden:

- Persönlich reflektierte Pflegeethik
- Strategien für die eigene Psychohygiene kennen und nutzen: Entspannungstechniken, Erkennen von Stressauslösern, Umgang mit eigenen Gefühlen
- Wissen erweitern: Deeskalationstraining, Kommunikationsfähigkeit verbessern, speziell im Umgang mit Demenzkranken
- Gewaltfreie Pflegekultur, gegenseitige Beobachtung und Unterstützung in Überforderungssituationen, Supervision und Teamarbeit nutzen
- Qualitätsentwicklung gemeinsam voranbringen und persönlich mittragen

Verantwortung der Angehörigen: sich nicht selbst überfordern, Rat und Hilfe suchen und annehmen, Rollen und Familienbiographie reflektieren

Verantwortung der Betroffenen: Vorsorgeregulungen rechtzeitig treffen, familiäre Beziehungen positiv gestalten, lernen mit eigenen Gefühlen umgehen (Aggressionen, Hilflosigkeit etc.)

Verantwortung der politischen Ebenen:

- Rahmenbedingungen der Altenpflege verbessern (v. a. finanziell und damit personell, effektive Kontrolle, Prophylaxe etc.)
- Neutrale und fachkompetente Beratungs- und Beschwerdestellen einrichten, Beratung und Kontrolle durch die Kassen und die Heimaufsichten verbessern (Qualitätskriterien, Vergleiche, Transparenz etc.)
- Vernetzung der Beteiligten verbessern (Betroffene, rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte, Ärzte, Fachärzte, Pflegedienste, soziale Dienste, Kassen etc.)
- Polizeiliche Ermittlungen verbessern (Rechtsmedizin, Verfahren werden oft aus mangelndem öffentlichem Interesse eingestellt etc.)

Verantwortung der Gesellschaft

- Der Tabuisierung der Themen Alter, Pflege, Sterben, Tod entgegenwirken
- Freiwilliges Engagement im Bereich der Altenbetreuung fördern
- Geeignete Medienpräsenz für das Thema erhöhen (sachliche Informationen, differenzierte Beratung, Bewältigungsstrategien für schwierige Situationen etc.)
- Menschenwürde in der Pflege – was ist uns das gesellschaftlich wert?
- Thema „Pflege und Betreuung von Angehörigen“ schon bei Jugendlichen, bei Frauen und Männern geschlechtsspezifisch, in Familienberatung aufgreifen
- Netzwerke für Alleinstehende in allen Altersgruppen fördern
- Grundsätzlich verantwortlichen Umgang mit Gefühlen und soziale Verantwortung lernen, um der Entwicklung von Gewaltspiralen vorzubeugen und entgegenzuwirken

IV.7 Christine Schröder

Ältere Frauen und Gewalterfahrungen

Im Rahmen meiner fast 15-jährigen Arbeit in Frauenberatungsstellen, konnte ich immer wieder feststellen, wie schwierig es für ältere Frauen (ab 60 Jahre) ist, sich im Falle von Gewalterfahrungen Hilfe zu holen.

Da über diesen Personenkreis sehr wenig fundierte Erfahrungswerte vorliegen, und das Dunkelfeld sehr groß zu sein scheint, habe ich an der Studie des KFN teilgenommen „Jetzt bin ich so alt und das hört nicht auf“. Sexuelle Viktimisierung im Alter, 2005 veröffentlicht. Viele Erkenntnisse dieser Studie decken sich mit unseren Erfahrungen.

Die Frauenberatungsstelle Verden bietet für verschiedene frauenspezifische Themen Beratung und Unterstützung an. Trennung/Scheidung und individuelle wie strukturelle Gewalterfahrungen gehören mit dazu.

Durch meine praktische Beratungserfahrung lässt sich Folgendes feststellen:

Die geschlechtsspezifische Rollenverteilung greift in der Generation der ab 60-jährigen Frauen noch massiv. Hier zählt nicht die Selbstbestimmung, sondern die Verantwortung für die Familie, das Ertragen und Aushalten. Der Ehemann übt Macht und Kontrolle durch eine starke finanzielle Abhängigkeit. Die meisten Frauen in dieser Generation sind nicht selbst berufstätig gewesen. Für diese Frauen gehört die eheliche Pflichterfüllung als sexuelle Verfügbarkeit einfach dazu. Ihre Rechte sind ihnen oft unbekannt.

Körperliche Gewalterfahrungen in der Ehe werden erduldet. Das Private in der Familie geht niemanden etwas an. Durch Krieg und Nachkriegszeit haben viele Frauen Vergewaltigung und Gewalt schon früh erfahren. Sich bei akuter psychischer und physischer Gewalt nach außen zu wenden, erfordert viel Mut.

Unterstützung und Beratung muss in Richtung langfristiger Begleitung gehen und es müssen Modelle entwickelt werden, wie sich diese älteren Frauen auch in den Beziehungen stabilisieren können.

Der erste Schritt ist es, sich Menschen anzuvertrauen, die das Vertrauen der älteren Frauen genießen. Dies sind oft HausärztInnen, PastorInnen o. Ä.

Der nächste Schritt wäre dann, dass diese Vertrauenspersonen die Hilfe von niedrigschwelligen Angeboten wie Frauenberatungsstellen oder Lebensberatungsstellen vermitteln und eventuell diese Frauen bei der ersten Kontaktaufnahme unterstützen.

Der dritte Schritt wäre dann, Beratung und Begleitung als Selbstbewusstseinstaining in Alltagsdingen anzubieten, sei es in finanziellen Dingen oder bürokratischen Herausforderungen, in die diese Frauen oft erst eingeführt werden müssen. Ein Ziel wäre es dann auch, Grenzen setzen zu lernen innerhalb der Beziehung, bevor der Weg eventuell bereitet ist für eine Trennung und die Herausforderungen des Alleinlebens.

Ein Fallbeispiel dazu aus der Praxis:

Eine 62-jährige Frau kam zu einem ersten Kontaktgespräch zu uns in die Frauenberatungsstelle. Sie lebte seit über 28 Jahren in einer Gewaltbeziehung. Ihre drei Kinder waren erwachsen und trotzdem blieb sie in dieser Gewalthehe. Ihr Hausarzt hatte schon mehrfach bei kleineren und größeren Verletzungen den Verdacht, dass der Ehemann körperliche Gewalt ausübt. Nach einer themenspezifischen Fortbildung zu Gewalt fand der Hausarzt einen Ansatz, diese Frau direkt darauf anzusprechen. Über einen längeren Kontakt mit der Sprechstundenhilfe, fand die Frau dann den Mut einen Termin bei mir wahrzunehmen. Über ein halbes Jahr kam sie – stets gemeinsam mit der Sprechstundenhilfe – heimlich zu mir, um über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen, vielfältige Alltagsprobleme anzugehen und dann endlich den Schritt raus aus der Beziehung vorzubereiten. Bei dieser Frau ging der Weg über das Frauenhaus, da nicht abzusehen war, wie brutal der Ehemann sie verfolgen würde bei einer konsequenten Trennung. Inzwischen lebt sie alleine, kommt sehr gut zurecht und hat den Kontakt zum Ehemann vollkommen abgebrochen. Die Kinder stehen alle auf ihrer Seite.

Meine Empfehlungen lauten deshalb:

1. Wir benötigen ausführlicheres Forschungsmaterial, um diesen speziellen Personenkreis näher kennen zu lernen und spezifische Ansätze erarbeiten zu können, die stärker greifen.
2. Niedrigschwellige Angebote, wie sie in Frauenberatungsstellen auch für ältere Frauen angeboten werden, müssen längerfristig finanziell abgesichert werden. Nur dann können spezielle Unterstützungsmodelle entwickelt und durchgeführt werden.
3. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu physischer und psychischer Gewalt muss die Zielgruppe der älteren Frauen stärker benannt werden. Nur so erfahren ältere Frauen auch, dass sie gesehen werden und ein Recht auf Hilfe haben.
4. In allen Bereichen von Ausbildung und Studium müssen spezielle Schulungen eingebaut werden, die ÄrztInnen, Pflegekräfte und die Seelsorge darauf vorbereitet, dass sie die ersten Anzeichen von Gewalterfahrungen bei älteren Frauen ernst nehmen und lernen als erste Vertrauensperson darauf einzugehen. Ebenso gehört dieses Thema auch in alle pädagogische Bereiche, die sich mit Senioren auseinandersetzen.

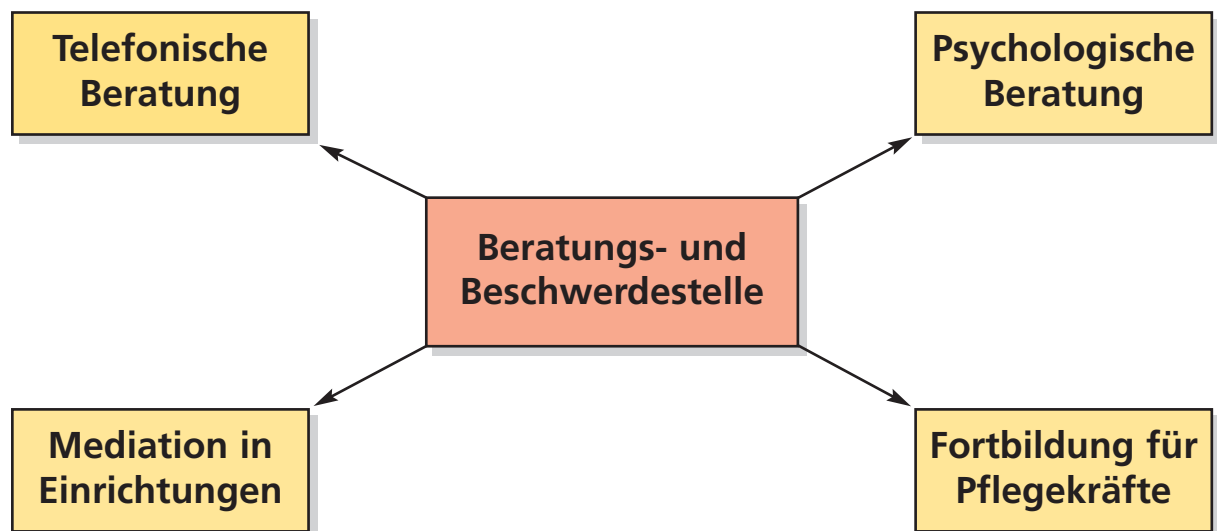
IV.8 Gabriele Tammen-Parr

Pflege in Not

Pflege in Not als berlinweite Einrichtung des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte e.V. hat sich in den vergangenen fünf Jahren als Beratungs- und Beschwerdestelle etabliert:

- bei den Betroffenen als viel genutzte Anlaufstelle bei Konflikten und Beschwerden,
- bei Pflegekräften und Einrichtungen als Fachberatungsstelle beim Thema Konflikt und Gewalt,
- in der Fachöffentlichkeit und bei Presse/Funk und Fernsehen als viel gefragte „Informationsquelle“ mit besonderer Qualität neben z. B. MDK und Heimaufsicht.

Pflege in Not bietet folgende Leistungsbausteine an:



Telefonische Beratung

Das telefonische Beratungsangebot umfasst Gespräche von Informationsweitergabe über Beratung bei der Bewältigung einer aktuellen Konfliktsituation bis hin zum Vorgespräch für einen längeren persönlichen Beratungsprozess. Die häufigsten Themen sind:

- Überlastung in der Familienpflege
(Aggressionen, Misshandlung, Schuldgefühle, körperliche und psychische Krankheitssymptome);
- Konflikte mit Leistungsanbietern
(würdelose und gefährliche Pflege, Beschwerden, Hausverbot für Angehörige, Androhung von Anzeigen);
- Informationsmangel
(Leistungspflicht der Einrichtungen, Krankheitsbilder, ärztliche Versorgung);
- Konflikte in Einrichtungen
(„schwierige“ Angehörige oder Bewohner, Mobbing, Gewaltsituationen).

Psychologische Beratung

In der psychologischen Beratung werden über einen Zeitraum von 10–15 Wochen konflikthafte persönliche und familienbezogene Hintergründe der Situation einbezogen und geklärt. Pflegepersonal in schwierigen Arbeitszusammenhängen (Überlastung, Mobbing etc.) begleitet.

Mediation

Mit den vermittelnden Gesprächen (Mediation) werden Konflikte zwischen Angehörigen und Einrichtungen geklärt. Oft haben die Konfliktparteien bereits viele Gespräche geführt, ohne dass die Probleme zufrieden stellend gelöst wurden. Hausverbote, Kündigungen und Strafanzeigen können mit Hilfe der Mediation häufig konstruktiv vermieden werden.

Fortbildung

In Fortbildungsveranstaltungen bearbeiten wir neben Wissensvermittlung und Selbsterfahrung aggressive Gefühle und Verhaltensweisen bei Pflegekräften und Bewohnern/Patienten und Kommunikationsstrukturen in der Pflegebeziehung.

Unsere Aufgaben sehen wir darin:

- Angehörigen, Betroffenen und Pflegepersonal konkrete Hilfemöglichkeiten in Gewalt- und Konfliktsituationen anzubieten,
- Einrichtungen bei Konfliktlösungen zu unterstützen vor der Einschaltung offizieller Stellen,
- die Kundenposition im Rahmen des Verbraucherschutzes zu stärken,
- die öffentliche und private Aufmerksamkeit für die Problematik von Gewalt im Kontext Pflege zu schärfen.

Aber auch:

- die öffentliche Wertschätzung für Pflegende (Angehörige und Pflegepersonal) zu fördern und
- diese gesellschaftlich wichtige Arbeit, die mit hohen Anforderungen an die einzelnen verknüpft ist, in ihrer Bedeutung anzuerkennen.

Im Laufe unserer fünfjährigen Beratungstätigkeit hat sich unser Profil – auch entsprechend der Nachfragen – vom „Anwalt“ für Angehörige zu einer Spezialberatungsstelle für alle Akteure im Bereich Pflege entwickelt. Die zunehmende Inanspruchnahme durch Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und Pflegekräfte freut uns besonders, da das bedeutet, dass auch sie unsere Beratung und neutrale/schlichtende Begleitung als Unterstützung erleben.

Die Empfehlungen unserer Stelle vor allem durch den MDK zeigen, dass wir neben den offiziellen Beratungs- und Prüforgane als unabhängige Beratungs- und Beschwerdeeinrichtung einen wichtigen Platz in der Stadt einnehmen. Viele Probleme, die im kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereich liegen, kosten eine Pflegeeinrichtung/Diakoniestation viel Kraft und Geld. Sie können bei einer Prüfung festgestellt, aber nicht bearbeitet werden.

Speziell die große Nachfrage nach Fortbildungen und Fallbesprechungen zeigt, dass der Wunsch nach Schulung und Begleitung durch Pflege in Not und dass sich die Bereitschaft, sich mit dem Thema auseinander zu setzen, sehr erhöht hat.

Alte pflegebedürftige Menschen sind immer wieder Opfer von psychischer und physischer Gewalt. Sowohl in den Familien als auch in den Alten- und Pflegeheimen. Die pflegenden Angehörigen beschreiben starke konflikthafte Situationen in den Familien bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen. Die Ursachen und Bedingungen, die zur Eskalation führen, können vielfältig sein: die lange Pflegedauer, das Krankheitsbild, die finanzielle Ausstattung und vor allem die gemeinsame Beziehungsgeschichte.

Innerfamiliäre Konflikte, die oft über Generationen hinweg die Familiendynamik beeinflussen, werden in der Pflegesituation aktualisiert. Bei Gewalt zwischen Ehepartnern ist dies oft eine Fortsetzung des bestehenden Beziehungsverhaltens miteinander, während bei pflegenden Kindern die alten Verletzungen und Kränkungen durch die Eltern in der Pflegesituation zum Tragen kommen. Ebenso ist der pflegebedürftige alte Mensch trotz starker Pflegebedürftigkeit und einem hohen Maß an Abhängigkeit in der Lage, die Konflikte z. B. durch Verweigerung von Dankbarkeit und Wertschätzung zu verstärken. Aus diesem Grund sind gerade in der Familienpflege die Stigmatisierungen in „Opfer und Täter“ völlig unangebracht. Sowohl der pflegende Angehörige als auch der alte Mensch können Opfer und Täter zugleich sein.

Aus diesem Grund erscheint uns eine präventive und begleitende Beratung für die Betroffenen am sinnvollsten. Strafrechtliche Maßnahmen sind nur in Einzelfällen geboten. In diesem Zusammenhang sind Professionelle aus dem sozialen Umfeld wie Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegepersonal wichtig, um mit geschulter Aufmerksamkeit Gefährdungsmomente und ausgeübte Gewalt zu erkennen. Der Boden für jegliche Veränderung zu diesem Thema ist die öffentliche gesellschaftliche „Akzeptanz“, dass alte Menschen Gewalt in der Pflege erleben – sowohl in der Familie als auch in Alten- und Pflegeheimen.

Die Beschwerden von Angehörigen aus den Pflegeheimen reichen von mangelnder Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, fehlenden Bewegungsmöglichkeiten (die Bewohner werden nicht regelmäßig aus dem Bett geholt, Spaziergänge oder Aufenthalt im Garten sind häufig nicht möglich), Windeln statt Toilettengang, unerlaubter Fixierung, willkürlicher Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, unfreundlicher bis verachtender Umgangston etc.

Neben den Angehörigen wenden sich Pflegekräfte an Pflege in Not, um sich zu schwierigen Problemen beraten zu lassen. Hierbei kann es sich um pflegerische Defizite bis hin zu gefährlicher Pflege handeln, Zweifel an der Personalausstattung ihres Wohnbereiches, Mobbing, Problemen mit Vorgesetzten, die für Problemanzeigen ihrer Mitarbeiterinnen als auch für Verbesserungen nicht offen sind.

Die institutionellen Bedingungen einer Einrichtung – wie Personalsituation, bauliche Gegebenheiten, Ausstattung an Hilfsmitteln, Führungsstil der Institution, Angebote an Fortbildung etc. – spielen beim Entstehen von aggressiven Verhaltensweisen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Daneben ist die Persönlichkeit der Pflegekraft und ihre Beziehung zum Bewohner eine wichtige Bedingung im Umgang mit Konflikten. Biographische Faktoren, Kommunikationsfähigkeit, soziale und fachliche Kompetenz, Umgang mit Macht etc. bestimmen den pflegerischen Alltag.

Trotz aller Bedingungen stellen wir immer wieder fest, dass die Führungskräfte – als wichtige Schnittstelle – maßgeblich die Stimmung und den Stil eines Hauses bestimmen. Ihre Kompetenz und Haltung sind die ausschlaggebenden Faktoren für die Lebensbedingungen ihrer Bewohner.

Pflege in Not bietet als eine präventive Maßnahme den Pflegeeinrichtungen Fortbildungen zum Thema Gewalt gegen alte Menschen an, um die Pflegekräfte für das Thema zu sensibilisieren, sie anzuregen, eigene Verhaltensweisen zu überprüfen und sich zum „Anwalt“ für sich und die Bewohner zu entwickeln. Ebenso bestärken wir in den Gesprächen mit den Pflegedienstleiterinnen ihren Wunsch nach Coaching. Dabei geht es darum einerseits eine Vorstellung zu entwickeln, wie ihre Einrichtung aussehen soll und eine Haltung als Führungskraft zu einzunehmen, andererseits aber auch darum, Kraft für Auseinandersetzungen mit dem Träger zu sammeln.

IV.9 Prof. Dr. Michael Walter

Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer

Eine total erfolgreiche Kriminalprävention ist nicht in Sicht und wohl auch nicht gewollt. Sonst wäre es schwer verständlich, warum fürderhin Staatsanwälte und Richter auf Lebenszeit ernannt werden. Pointiert könnte man sagen: Wir streben die Kriminalprävention an, weil wir wissen, dass sie nur sehr begrenzt erreicht wird.

Alle Bestrebungen der kommunalen Kriminalprävention betonen den gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Kriminalität imponiert als der gemeinsame Feind. Zwar können gemeinsame Feinde nach innen hin einen. Doch erscheint der gemeinsame Feind als solcher zweifelhaft, solange unsere moderne Gesellschaft in verschiedenen Bereichen durch Massenkriminalität gekennzeichnet ist. Bekämpft wird vorwiegend die Kriminalität der jeweils „anderen“. Indessen stellt Kriminalität kein gesellschaftliches Externum dar; sie gehört vielmehr unausweichlich zu unserer Gesellschaft hinzu, ist selbst ein gesellschaftliches Phänomen.

Im Zuge einer allgemeinen Sensibilisierung gegenüber Gewalt sind in den letzten Jahren vor allem Gewalttätigkeiten junger Menschen in den Vordergrund gerückt. Dabei werden die korrespondierenden Risiken durch „Fremde“ für ältere Menschen tendenziell überzeichnet. Nachdem die Gefahren, die aus der häuslichen Gewalt gegenüber Kindern und dem Lebensgefährten, überwiegend der Lebensgefährtin, erwachsen, bereits seit längerem „entdeckt“ worden sind, erscheint nunmehr die Wahrnehmung der häuslichen Gewalt alten Menschen gegenüber als geradezu folgerichtiger nächster Schritt. Präventive Maßnahmen in dieser Richtung gehen von realen Gegebenheiten aus, da Grund zu der Annahme besteht, insoweit mit einem breiten Dunkelfeld der Gewalt in häuslicher und institutioneller Pflege konfrontiert zu sein.

Zwar nehmen generell gesehen mit höherem Lebensalter die Viktimisierungsrisiken ab. Erste Forschungen weisen jedoch auf spezifische Gefährdungen pflegedürftiger und hochbetagter Menschen hin. Sie können mit schriftlichen Befragungen aus verschiedenen Gründen, insbesondere wegen ihrer Gebrechlichkeit und der Übermacht der potenziellen Täter(innen), nur schwer erreicht werden. Schon die Anzeichen, die unterhalb dieser Schwelle der Benachteiligung liegen, lassen einen erheblichen Gefahrenbereich erkennen. Gleichsam amtlich anerkannt ist ein Pflegenotstand, bei dem zu wenige und teilweise nicht gut ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger mit einer Überzahl von Betreuten zurechtkommen müssen. Praktiker im Feld bestätigen Spannungen und auch Missstände. Die Problematik kommt ferner indirekt dadurch zum Ausdruck, dass bei den Pflegern häufig der Wunsch nach einem Berufswechsel geäußert wird. Vor allem große Pflegeeinrichtungen dürften zu „rationellen“ Vorgehensweisen – mit Gewaltkomponenten – neigen. Die Öffentlichkeit wurde in der Vergangenheit durch Serientötungen in Alteinrichtungen aufgeschreckt, bei denen „Todesengel“ lange Phasen hindurch unbemerkt tätig sein konnten. Diese Ereignisse betreffen indessen nur Extremfälle, wohingegen Heimskandale wesentlich häufiger mitgeteilt werden. Durch in der Regel vermeidbare Liegegeschwüre können tödliche Wunden entstehen, die – wie viele andere

„rechtlich relevante“ Todesursachen – bei der Leichenschau nicht selten unerkannt bleiben. Die wahren Ausmaße der Gewalt im Kontext institutioneller und häuslicher Pflege werden sich erst noch schrittweise herausstellen, vergleichbar der Entwicklung beim sexuellen Kindesmissbrauch, dessen Ausmaße anfangs ebenfalls unterschätzt wurden. Anders als Kinder senden alte Menschen von ihrer körperlichen Konstitution her keine Schlüsselreize aus, die in den mit ihnen befassten Pflegern Schutzimpulse wachriefen.

Ganz im Sinne des neueren Präventionsansatzes drängen sich hier situationsbezogene präventive Ansätze auf. Freilich besteht die generelle Schwierigkeit, überhaupt an die Tatsituationen heranzukommen. Letztere sind ja durch Intimität und mangelnde Kontrolle seitens Dritter gekennzeichnet. Das Opfer ist nur sehr eingeschränkt in der Lage, seine Bedürfnisse zu artikulieren.

Von dieser Ausgangslage aus werden niedrigschwellige Angebote erforderlich, die relativ leicht den Zugang zu helfenden Dritten eröffnen – wie insbesondere einfache Notrufnummern. Sie müssen auch für Menschen im Umfeld, zum Beispiel Nachbarn, zugänglich sein. Ferner braucht man eine „Komm-Struktur“, mithin Möglichkeiten, die betreffenden Pflegeempfänger aufzusuchen. Da nicht erwartet werden kann, dass die Hilferufe schon thematisch genauer strukturiert sind, müssen weiter klärungsbedürftige Ersuchen für erste Schritte der angerufenen Agentur ausreichen. Deren Leistung könnte gerade darin liegen, frei von Eigeninteressen eine fachgerechte Kanalisierung des Hilfsersuchens vorzunehmen. Durch derartige Vermittlungen werden einerseits unnötige neue Initiativen vermieden. Andererseits erfahren die vorhandenen Einrichtungen, in welchen Hinsichten sie gebraucht werden. So ist beispielsweise beklagt worden, dass sich Einrichtungen für Frauen mit Gewalterfahrungen oft nur um jüngere Frauen kümmern, obwohl sich eine solche Beschränkung aus keiner Regelung ergibt.

Bestrebungen, auch älteren Menschen ein geschütztes und dennoch von sozialer Teilhabe geprägtes Leben zu vermitteln, gibt es weltweit und mit zunehmender Tendenz. So sind u. a. Beratungsstellen in der Erprobung, vergleichbar den Erziehungsberatungsstellen. Die reizvolle Frage, in welchem Maße Einrichtungen und Ansätze der Jugend- und Familienhilfe nicht analog auf den Umgang mit älteren Menschen übertragen werden könnten und sollten, muss als noch weit gehend ungeklärt angesehen werden.

Eine wirkungsvolle Kriminalprävention ist letztlich von einer viel umfassenderen Lebensgestaltung nicht abtrennbar. Diese aber kann nicht aus der beschränkten Sicht der Verbrechenverhütung konzipiert werden. Vielmehr beinhaltet Kriminalprävention im Ensemble der Gestaltungsgrundsätze nur einen einzelnen Gesichtspunkt: Er trägt dazu bei, flankierend die soziale Teilhabe zu sichern.

V. Handlungsempfehlungen

Auf der Grundlage der Erkenntnisse des Expertenworkshops vom 07. Juli 2005 beim 10. Deutschen Präventionstag zum Thema „Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer“ empfehlen das Deutsche Forum für Kriminalprävention der Länder und des Bundes folgende Handlungsansätze:

1. Ziel:

Enttabuisierung des Themas „Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer“ und Sensibilisierung gegenüber der Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden.

Maßnahmen:

Zielgerichtete, langfristige, auf Nachhaltigkeit angelegte Öffentlichkeitsarbeit und entsprechende konzertierte Informationskampagnen aller relevanten gesellschaftlichen Kräfte und Einrichtungen. Im Zentrum sollte der ethische Aspekt stehen, der sich aus dem Recht auf gewaltfreie Lebensbedingungen in der Pflege ergibt.

Adressaten:

Gesellschaft und Politik allgemein.

2. Ziel:

Verbesserung des Informationsstandes, der Handlungskompetenzen und der Zusammenarbeit aller direkt mit der Situation „Pflege“ befassten Akteure und Institutionen.

Erarbeitung und Veröffentlichung eines „Leitfadens für Personal in der Betreuung und Pflege älterer Menschen“ (analog zum „Leitfaden für Kinderärzte“, der für den Bereich der „Gewalt gegen Kinder“ entwickelt worden ist). Ein besonderer Akzent sollte auf der Thematik „Gewaltprobleme älterer Frauen“ liegen.

Alle im psychologischen, medizinischen und sozialen Bereich tätigen Berufsgruppen. Insbesondere auch Frauenhäuser, Frauenberatungs- und -gleichstellungsstellen.

3. Ziel:

Bildung von Netzwerken für die Zusammenarbeit, die Schulung und den systematischen Informationsaustausch zwischen allen direkt mit der Situation „Pflege“ befassten Akteuren und Institutionen sowie der Bezirkssozialarbeit, des Allgemeinen Sozialdienstes und der Polizei.

Entsprechende thematische Erweiterung vorhandener kriminalpräventiver Gremien auf kommunaler Ebene bzw. Einrichtung „Runder Tische Pflege“.

Alle im psychologischen, medizinischen und sozialen Bereich tätigen Berufsgruppen, Polizei, kriminalpräventive Gremien.

4. Ziel:

Die Polizei ist eine wichtige Instanz, wenn es um die Verhinderung und Verfolgung von Gewalt im sozialen Nahraum und damit auch von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen geht. Es gilt, ihre Kompetenz in diesem Feld zu stärken.

Ausdrückliche Betonung der Zuständigkeit der Polizei für den Bereich der Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen. Schaffung von Kompetenz für dieses Handlungsfeld durch die Nutzung der Strukturen, der Erfahrungen und des Umgangs der Polizei mit dem Thema „Gewalt im sozialen Nahraum“. Sensibilisierung und Fortbildung von Opferschutz- und Präventionsbeamten zu Multiplikatoren im Bereich der „Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen“.

Politik (Innenministerien), Aus- und Fortbildungseinrichtungen der Polizei.

5. Ziel:

Verbesserung des Kenntnisstandes zu Art und Ausmaß der Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen.

Maßnahmen:

Geeignete, bundesweit einheitliche Erfassung in der Polizeilichen Kriminalstatistik; Durchführung von Dunkelfeldstudien; Veranlassung rechtsmedizinischer Gutachten.

Adressaten:

Polizei, Justiz, Rechtsmedizin.

6. Ziel:

Erhöhung des Entdeckungsrisikos und der Aufklärung von Gewalttaten gegen ältere und pflegebedürftige Menschen.

Sensibilisierung aller direkt mit der Pflege befassten Akteure; Förderung rechtsmedizinischer Gutachten, entsprechende Sensibilisierung der Rechtsmedizin.

Rechtsmedizin; alle im psychologischen, medizinischen und sozialen Bereich tätigen Berufsgruppen, Polizei.

7. Ziel:

Frühzeitige Beseitigung von Informationsdefiziten über die „Situation Pflege“ bei allen (potenziell) Beteiligten und Betroffenen.

Schaffung eines flächendeckenden, niedrighschwelligigen und (auch) anonym zugänglichen Beratungsangebotes (etwa der telefonischen Beratung).

Krankenkassen; allgemeine Sozialdienste; Frauen- und Seniorenberatungsstellen.

8. Ziel:

Betonung der Bedeutung einer institutionalisierten Kontrolle der Pflege.

Schaffung der Voraussetzungen für wirksame Überprüfungen durch vorhandene Kontrollinstanzen wie den Medizinischen Kontrolldienst (MKD).
Prüfung der Einrichtung von „Altenämtern“ auf kommunaler bzw. Kreisebene analog zur bewährten Einrichtung der Jugendämter.
Gewährleistung von Ansprech- und Unterstützungsmöglichkeiten für professionelle Pflegekräfte.

Kommunen, Landkreise, Krankenkassen.

9. Ziel:

Nationaler und internationaler Austausch über Verfahrensweisen und Modelle von „Good Practice“ mit dem Ziel der Qualitätssicherung und Entwicklung von Standards im Bereich der Pflege.

Erprobung und Evaluation von Maßnahmen und Konzepten im Bereich der Pflege; Durchführung von Tagungen und Foren für den wissenschaftlichen und praxisbezogenen Austausch.

Forschungseinrichtungen insbesondere im medizinischen und sozialen Bereich; Hochschulen und Fachhochschulen; Krankenkassen.

12 Forderungen für eine würdevolle Pflege

VI. Adolf Bauer

Vorwort



Die Probleme in der Pflege sind drängender denn je. Zum einen brauchen wir eine qualitativ hochwertige Versorgung pflegebedürftiger Menschen, zum anderen sehen wir wegen der demografischen Entwicklung Handlungsbedarf.

Da in den kommenden Jahren eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger versorgt und betreut werden muss, wird die Bedeutung der Pflege in Zukunft weiter zunehmen.

Mit unseren 12 Forderungen für eine würdevolle Pflege möchten wir einen Beitrag leisten, um die derzeitige Situation in der Pflege baldmöglichst für alle Beteiligten, also für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte, zu verbessern.

Unser Ziel ist, dass jeder pflegebedürftige Mensch auch bei größter Hilfsbedürftigkeit ein selbst bestimmtes Leben in Würde führen kann. Dies zu gewährleisten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Verbesserungen der Lebensbedingungen Pflegebedürftiger können nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten die ihnen obliegenden Aufgaben und Verpflichtungen erfüllen. Dies gilt für die Pflegeeinrichtungen, für die Sozialleistungssysteme Pflege- und Krankenversicherung sowie für die politische Ebene.

Um deutlich zu machen, dass pflegebedürftige Menschen einem besonderen staatlichen Schutz unterliegen, sollte eine menschenwürdige Pflege als Staatsziel in der Verfassung festgeschrieben werden.

Berlin, im November 2004

Adolf Bauer
Präsident des SoVD

I. Vorbemerkung

In Deutschland sind zurzeit mehr als zwei Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Derzeit liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 70- bis 74-Jährigen bei fünf Prozent, während bei den 85- bis unter 90-Jährigen rund 40 Prozent pflegebedürftig sind.

Die Deutschen werden immer älter – Tendenz steigend. Heute geborene Mädchen werden durchschnittlich 81,3 Jahre, neugeborene Jungen 75,6 Jahre alt. 1992 betrug der Anteil der über 60-Jährigen 20,4 Prozent. Prognosen zufolge wird der prozentuale Anteil der über 60-Jährigen im Jahr 2040 bei 33,9 Prozent liegen.

Experten schätzen die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2020 bereits auf 2,83 Millionen. Damit wächst der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Die derzeit vorhandenen Strukturen zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen werden diesen Bedarf nicht ausreichend decken können. Daher müssen dringend neue Wege gefunden werden, um pflegebedürftigen Menschen heute und in der Zukunft eine umfassende Betreuung zukommen zu lassen. Dies wird auch im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung festgestellt, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 3.11.2004 vorgelegt hat.

Die Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei muss den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen höchste Priorität eingeräumt werden.

II. Gesetzgeberische Ziele in der Pflege

Spätestens mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung als Pflichtversicherung hat der Staat die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung wesentlich mit übernommen. In verschiedenen Gesetzen hat er die Ziele der Pflege festgelegt.

So heißt es z. B. in § 2 SGB XI:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

§ 11 SGB XI bestimmt:

„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“

Weitere Gesetze wie das **Pflege-Qualitätssicherungsgesetz** oder die **Novellierung des Heimgesetzes** legen Vorgaben für die Pflegeeinrichtungen fest, damit die im SGB XI festgeschriebenen Ziele auch tatsächlich erreicht werden.

Auch durch den Erlass eines **bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes** und der dazugehörigen **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung**, die am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, hat die Bundesregierung die Notwendigkeit gesehen, die Qualität der Ausbildung bundeseinheitlich zu sichern.

Weitere Regelungen zur Qualitätssicherung existieren in Form von zahlreichen Verordnungen, Richtlinien, Verträgen und Vereinbarungen. Allesamt dienen sie dem Zweck, eine menschenwürdige Pflege zu gewährleisten.

III. Tatsächliche Situation in der Pflege

Die oben genannten Festschreibungen zur Qualitätssicherung basieren vielfach auf den neuesten Erkenntnissen aus der Pflegeforschung. Leider stehen **gesetzgeberischer Anspruch und die Realität** in der Pflege nicht im Einklang. Dies zeigt auch der im November 2004 veröffentlichte Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sieht eine Verordnung vor, mit denen Pflegequalität in regelmäßigen zeitlichen Abständen überprüft werden soll und Defizite auch sanktioniert werden können. Diese Verordnung liegt bis heute nicht vor. Der Bundesrat hat einen Entwurf der Bundesregierung im Herbst 2002 abgelehnt. Wegen fehlender Sanktionsmöglichkeiten klagen Angehörige immer wieder darüber, dass es schwierig ist, gegen Missstände in der Pflege vorzugehen.

Auch bezüglich der Vorgabe des Heimgesetzes, jede Einrichtung einmal jährlich qualifiziert zu kontrollieren, gibt es erhebliche Defizite. Aufgrund von Personalmangel sind die Heimaufsichten hierzu meist nicht in der Lage.

Trotz hoher gesetzlich festgelegter Qualitätsstandards wird seit vielen Jahren in den Medien verstärkt über **Pflegeskandale in Alten- und Pflegeheimen** berichtet. Bereits Mitte der 90er-Jahre musste der SoVD feststellen, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine **wirkungsvolle Lobby** brauchen, da **kein vorrangiges gesellschaftliches Interesse** an dem betroffenen Personenkreis bestand und besteht.

1997 hat der SoVD die Gründung der **Aktion gegen Gewalt in der Pflege (AGP)** initiiert. Zu ihr gehören namhafte Organisationen wie z. B. das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. und auch anerkannte gerontopsychiatrische Wissenschaftler.

Nach anfänglichen massiven Widerständen konnte die AGP mit Großveranstaltungen in Bonn und in München sowie mit mehreren Pressekonferenzen erreichen, dass die Öffentlichkeit und auch die Politik anerkannte, dass es sich bei Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung gegen bzw. von pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen nicht um Einzelfälle, sondern um eines der großen sozialpolitischen Probleme in Deutschland handelt.

Dennoch hat die Zahl der Berichte über gravierende Missstände nicht abgenommen. Gerade in jüngster Zeit ist wieder eine Reihe von Fällen bekannt geworden. Beispielhaft seien genannt:

- Von 213 kontrollierten Einrichtungen in Thüringen im Frühjahr 2004 waren nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nur zwei ohne Mängel. 46 Heime wurden wegen großer Defizite in der Pflege abgemahnt. Zwei Einrichtungen kündigte die AOK den Vertrag.
- Untersuchungsergebnisse des MDK Rheinland-Pfalz aus dem Jahre 2004 ergaben in einem Teil der Einrichtungen erhebliche strukturelle Mängel. In 31 % der Einrichtungen erfolgte die Behandlungspflege (z. B. Spritzen geben, Wundbehandlungen, Katheter legen) durch Hilfskräfte, obwohl dies allein Fachkräften vorbehalten ist. Pflegerische Defizite bestanden in 71 von 127 Pflegeeinrichtungen (Dekubitus, ausschließliche Sondenernährung, freiheitsentziehende Maßnahmen ohne entsprechende Genehmigung, keine Klingel erreichbar). Erhebliche Defizite bestanden in der Medikamentenversorgung. In 36 % der Pflegeeinrichtungen wurden die Medikamente nicht oder nur teilweise korrekt verabreicht. In 46 % der Einrichtungen war das Verfallsdatum der Arzneimittel überschritten.
- Im Sommer 2004 wurde über eklatante Mängel (wie Wundliegen und Austrocknung) in Pflegeheimen des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) in Schleswig-Holstein berichtet.
- Nach einem Bericht von „Report Mainz“ vom 13.09.2004 hat die AOK dem Altenheimträger „pro seniore“ mit der Schließung von Heimen gedroht, weil bei Kontrollen gravierende Missstände entdeckt wurden. Bei einer unangemeldeten Kontrolle im März seien bei allen 15 Einrichtungen von „pro seniore“ in Baden-Württemberg zum Teil schwer wiegende Missstände aufgedeckt worden.
- Immer wieder werden auch Fälle von Gewalthandlungen bekannt, die zum Teil sogar zu einer strafrechtlichen Verurteilung führen. So wurde im Herbst 2003 vor dem Landgericht Essen der Fall des „Hauses Charlotte“ in Hattingen verhandelt. Dort wurden zahlreiche Vernachlässigungen von und Gewalthandlungen an Bewohnern durch die Heimleiterin und weitere Personen festgestellt. Das Gericht verhängte hohe Freiheitsstrafen.

Dem SoVD liegen vielfache weitere Informationen über Missstände vor. Insbesondere von Pflegekräften und Angehörigen pflegebedürftiger Menschen erhalten wir immer wieder erschreckende Berichte, die bestätigen, dass die oben dargestellten Missstände keine Einzelfälle sind. Auch bei den Pflegenotruftelefonen, die der SoVD in Niedersachsen und Schleswig-Holstein eingerichtet hat, gehen regelmäßig Hilferufe wegen erheblicher Pflegemissstände ein. Die Hilferufe beziehen sich u. a. auf die **rechtswidrige Gabe von Medikamenten und Fesselungen**, um pflegebedürftige Menschen ruhig zu stellen, sowie eine **unzureichende Versorgung mit Nahrung**.

Bei den geschilderten Missständen handelt es sich nicht – wie vielfach behauptet – um Einzelfälle, sondern um ein flächendeckendes Problem. Dennoch müssen wir leider immer wieder erleben, dass versucht wird, die Probleme der Qualitätssicherung in den stationären Pflegeeinrichtungen zu bagatellisieren und dass Aufsichtsinstanzen nicht wirkungsvoll funktionieren.

Wir betonen, dass wir weder Einrichtungen noch Pflegekräfte angreifen wollen. In vielen Einrichtungen werden hervorragende Pflegeleistungen erbracht. Dennoch dürfen wir uns nicht mit den bekannt gewordenen menschenunwürdigen Zuständen abfinden. Wir brauchen rasche und wirksamere Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Dabei verstehen wir uns als Bündnispartner der Pflegekräfte. Denn gute Arbeitsbedingungen sind eine Voraussetzung, um gute Pflege leisten zu können.

Umso erfreulicher sind Berichte aus verschiedenen Pflegeheimen, in denen eine vorbildliche Pflege und Betreuung der Bewohner erfolgt. In diesen Einrichtungen können Pflegebedürftige – entsprechend ihrem Gesundheitszustand – selbst bestimmt leben:

- Aufstehen und Zubettgehen zu individuellen Zeiten ist dort eine Selbstverständlichkeit. Frühstückszeiten oder feste Zeiten, zu denen die Bewohner zu Bett gebracht werden, gibt es dort nicht. Die Pflegekräfte richten sich allein nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner.
- Die Bewohner erhalten täglich die Möglichkeit zu einer Beschäftigungstherapie. Darüber hinaus werden sie auf Wunsch in die Vorbereitung von Mahlzeiten einbezogen, um ihnen das Gefühl zu geben, etwas Sinnvolles zu leisten.
- Verschiedene Haustiere, die in dem Heim gehalten werden, erfreuen die Bewohner und bringen Abwechslung in den Alltag.
- Fahrten zur ärztlichen Behandlung oder zum Einkaufen, zu kulturellen Veranstaltungen usw. werden kostenlos vom Pflegeheim angeboten.
- Die Einzelzimmer und Gemeinschaftsräume sind ansprechend gestaltet.

Eine solche Pflege und Betreuung ist – so versichern die Heimleiter immer wieder – keineswegs teurer und unter den gegebenen finanziellen Bedingungen grundsätzlich möglich. Leider sind solche Einrichtungen noch zu selten.

IV. Forderungen des SoVD

Alle Überlegungen zu Veränderungen in der Pflege müssen sich am Wohl des pflegebedürftigen Menschen orientieren. Der im Gesetz formulierte Anspruch, dass die Menschenwürde des Pflegebedürftigen zu gewährleisten ist, muss in der Praxis auch eingelöst werden.

Mit der Realisierung der folgenden Forderungen geht der positive Effekt einher, dass Pflege kostengünstiger ist. Hohe Folgekosten durch Missstände in der Pflege (z. B. teure Krankenhausaufenthalte durch unzureichende Ernährung) werden vermieden.

1. Rehabilitation und Prävention

Die gesetzlichen Anforderungen nach einer umfassenden ganzheitlichen und reaktivierenden Pflege sind bisher nicht erfüllt. Erstes Ziel einer Versorgung pflegebedürftiger Menschen muss sein, durch reaktivierende Maßnahmen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sowie Kompetenzen im Alter zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Der Grundsatz „Rehabilitation vor bzw. bei Pflege“ wird in der Praxis so gut wie gar nicht beachtet: Heilmittel werden für Heimbewohner zu wenig verordnet, Facharztbesuche insbesondere durch Rehabilitationsärzte sind selten. Dadurch werden viele Entwicklungsmöglichkeiten von Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft.

Bei Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung muss eine fachärztliche Untersuchung mit dem Ziel stattfinden, den medizinischen und rehabilitativen Bedarf im Einzelfall festzustellen und die notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen mit der verantwortlichen Pflegefachkraft in einer individuellen Pflegeplanung festzulegen. Auch das Präventionsgesetz muss die Potenziale bei der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen stärker berücksichtigen.

2. Mindestanforderungen

Es existieren bereits verschiedenste wissenschaftlich entwickelte Standards, die die erforderlichen Pflegeleistungen nach Inhalt, Umfang und Qualität beschreiben. Beispielhaft seien der Nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie zum Entlassungsmanagement genannt.

Obwohl die Umsetzung solcher Standards erheblich zur Professionalisierung der pflegerischen Versorgung beiträgt, sind Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet, die Pflege anhand derartiger Leitlinien durchzuführen.

Daher müssen Pflegestandards weiterhin systematisch entwickelt und verpflichtend in Pflegeeinrichtungen eingeführt werden. Dabei sind die menschlichen Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Bewegung, frische Luft, Kommunikation, qualifizierte Pflege, medizinische Behandlung, hygienische Maßnahmen usw. in gleichem Maß zu berücksichtigen wie das Wohlbefinden des Einzelnen.

Zumindest folgende Anforderungen sind im Rahmen der als allgemein verbindlich zu entwickelnden Pflegestandards unentbehrliche Voraussetzung für eine würdevolle Pflege:

- a) Die Mahlzeiten sind für die Bewohner von stationären Einrichtungen nicht nur eine willkommene Abwechslung, sondern Voraussetzung für einen guten gesundheitlichen Zustand. Daher müssen folgende Voraussetzungen für eine qualitativ **hochwertige Verpflegung** gelten:
 - Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Speisen.
 - Das Essen muss selbstverständlich warm serviert werden.

- Die pflegebedürftigen Menschen sind zur Nahrungsaufnahme anzuregen und müssen – soweit nötig – dabei unterstützt werden. Der Zeitaufwand des Pflegepersonals für die Unterstützung muss dem individuellen Bedarf entsprechen.
 - Es ist sicherzustellen, dass die Bewohner die erforderliche Menge an Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen. Bei Bedarf muss dies kontrolliert und dokumentiert werden.
 - Magensonden und Infusionen dürfen nur nach ausdrücklicher und kontrollierter medizinischer Indikation verordnet werden.
- b) Die **Körperpflege** ist (mehrmals) täglich unter größtmöglicher Wahrung der Intimsphäre vorzunehmen. Sie muss an den persönlichen Bedürfnissen und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Auch die Mundpflege und Gebissreinigung ist täglich durchzuführen.
- c) Pflegebedürftige müssen beim **Toilettengang** unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse die notwendige Unterstützung erhalten. Den Aufforderungen der Betroffenen ist unverzüglich nachzukommen. Katheter dürfen nur aus medizinischen Gründen angelegt werden. Bei Vorliegen der Indikation muss dies regelmäßig kontrolliert werden.
- d) Verschmutzte Hilfsmittel, Kleidung und Bettwäsche müssen unverzüglich gewechselt werden.
- e) Die Gabe von **Beruhigungs- und Schlafmitteln** sowie die Durchführung freiheitsziehender Maßnahmen (z. B. Fesselung) dürfen niemals aus Gründen des Personalmangels erfolgen.
- f) Dem Bedürfnis Pflegebedürftiger nach Kommunikation und **menschlicher Zuwendung** muss von Seiten der Pflegekräfte entsprochen werden.

3. Kontrollen

Die Einhaltung dieser Mindestanforderungen muss auch kontrolliert werden. Dabei muss die Heimaufsicht in die Lage versetzt werden, die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen auch tatsächlich durchzuführen.

Zwar sind die Heimaufsichten nach dem Heimgesetz verpflichtet, jedes Pflegeheim mindestens einmal jährlich qualifiziert zu überprüfen. Dieses wird häufig aus Personalmangel nicht eingehalten. Daher sind die Heimaufsichten fachlich und personell zu stärken. Die Heimaufsicht muss als eigenständige und unabhängige Behörde arbeiten.

Die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die derzeit in ca. 80 Prozent der Fälle nach einer Anmeldung mit einem Vorlauf von 5 bis 10 Tagen erfolgen, müssen grundsätzlich unangemeldet erfolgen. Dies muss auch für die Kontrollen der Heimaufsicht gelten.

Die Versicherten haben Anspruch darauf, zu erfahren, ob und welche Qualitätsmängel in den Einrichtungen vorhanden sind. Daher müssen die Berichte des MDK zu Qualitätskontrollen grundsätzlich öffentlich zugänglich sein.

4. Kostentransparenz

Bisher erfolgt keine Offenlegung der Bilanzen von Einrichtungsträgern. Angesichts von Heimkosten, die monatlich bis zu 3.000 Euro und mehr betragen, haben die Bewohner ein berechtigtes Interesse daran, zu erfahren, wie dieses Geld vom Heimträger verwendet wird. Daher müssen die Träger zu vollständiger Kostentransparenz verpflichtet werden.

5. Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist aufgrund der Strukturen im Gesundheitswesen äußerst problematisch. So sind Ärzte wegen der geringen Vergütung von Hausbesuchen oftmals nicht bereit, stationäre Pflegeeinrichtungen aufzusuchen.

Um eine ärztliche Versorgung zu gewährleisten, sollte jedem Pflegeheim ein Heimarzt zur Verfügung stehen, der für die ärztliche Betreuung der Bewohner verantwortlich ist.

6. Räumliche Voraussetzungen

Um den berechtigten Wünschen der Bewohner nach Privatsphäre Rechnung zu tragen, muss dem Wunsch nach einem Einzelzimmer entsprochen werden. Ferner ist sicherzustellen, dass das angemessene Angebot an Gemeinschafts- und Therapieräumen den Bewohnern tatsächlich zur Verfügung steht. Diese Räume müssen auch in den Abendstunden und an Sonn- und Feiertagen zugänglich sein.

7. Verantwortliche Pflegeteams

Insbesondere ältere pflegebedürftige und demenzerkrankte Personen sind darauf angewiesen, dass das Pflegepersonal nicht permanent wechselt. Unabdingbare Voraussetzung für Wohlbefinden und Zufriedenheit in einer stationären Pflegeeinrichtung ist, dass Pflege und soziale Betreuung von vertrauten Personen durchgeführt wird. Daher sind feste Pflegeteams zu bilden, die einzelne pflegebedürftige Menschen eigenverantwortlich betreuen und versorgen. Dadurch wird ein persönlicher Umgang miteinander ermöglicht.

8. Fachkräfteanteil

Der in der Heimpersonalverordnung festgelegte Fachkräfteanteil von 50 %, der in zahlreichen Pflegeeinrichtungen bis heute nicht erreicht ist, kann nur eine Untergrenze sein. Bei den derzeitigen Anforderungen in Pflegeeinrichtungen, in denen meist schwer Pflegebedürftige leben, wäre eher ein Anteil von 60 % oder mehr bei sehr sorgfältiger Auswahl des Personals angemessen. In allen Arbeitsschichten des Heimbetriebs muss eine angemessene Besetzung mit Fachkräften gesichert sein.

9. Fortbildungen

Um zu gewährleisten, dass die Pflege aufgrund des neuesten Erkenntnisstandes erfolgt, müssen jährliche Fort- und Weiterbildungen Pflicht werden. Folgende Bereiche sind dabei unbedingt abzudecken:

- Pflegeplanung (Dokumentation, Pflegediagnose),
- Dekubitusprophylaxe,
- Kontinenztraining und Umgang mit Inkontinenz,
- Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung,
- psychosoziale Betreuung,
- Ausbau und Planung von tagesstrukturierenden Maßnahmen,
- Gewalt in der Pflege.

Dabei ist zu gewährleisten, dass die Kosten hierfür vom jeweiligen Einrichtungsträger übernommen werden. Ferner muss sichergestellt werden, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fortbildungen während der Schulungsdauer unter Fortzahlung der Bezüge von ihrer Tätigkeit freigestellt werden. Gleichzeitig sind die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte so zu gestalten, dass sie Gelegenheit haben, das neu Gelernte auch tatsächlich umzusetzen.

Um unterschiedliche Einschätzungen des Pflegebedarfs zwischen Einrichtungsleitung und Pflegefachkräften zu vermeiden, müssen auch die Heimleitungen zu Fortbildungen im Bereich Pflege- bzw. Personalbedarf verpflichtet werden.

10. Stärkung der häuslichen Pflege

Die wenigsten Menschen möchten gerne in einem Pflegeheim leben. Die Entscheidung für stationäre Pflege wird meist nur deswegen getroffen, weil die Betroffenen keine Möglichkeit haben, sich im häuslichen Bereich pflegen und betreuen zu lassen. Da die Bedürfnisse der Einzelnen oftmals nicht innerhalb der in Deutschland bestehenden Pflegestrukturen befriedigt werden können, müssen diese Strukturen vollkommen neu überdacht werden. Dabei geht es vor allem darum, den Aufenthalt pflegebedürftiger Personen in ihrer eigenen häuslichen Umgebung so lange wie möglich zu erhalten.

In diesem Zusammenhang ist die **Entwicklung von neuen Versorgungs- und Betreuungsformen** dringend erforderlich. Es existieren bereits vielfältige Projekte hierzu. Im Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ wurden Formen der Betreuung erprobt, die allesamt auf die Erleichterung der häuslichen Pflege abzielten. Auch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurden innovative Pflege- und Betreuungskonzepte im Rahmen von Modellprogrammen bereits gefördert.

Pflegebedürftige Menschen möchten in aller Regel in ihrem eigenen Zuhause betreut und gepflegt werden. Formen des **Betreuten Wohnens** sowie **Wohn- und Hausgemeinschaften** entsprechen diesem Bedürfnis. Leider gibt es viele Angebote des Betreuten Wohnens, die überverteuert sind. Es ist aber möglich, Betreutes Wohnen zu angemessenen Kosten zur Verfügung zu stellen. Gerade für demenzerkrankte Menschen ist eine vertraute Umgebung äußerst wichtig. Dies lässt sich auch nachweisen: So benötigen demente Menschen, die in kleinen Einrichtungen des Betreuten Wohnens leben, weniger Medikamente und weniger Inkontinenzhilfen als die, die in großen Einrichtungen gepflegt und betreut werden.

Neben der Förderung solcher Einrichtungen müssen **tagesstrukturierende und unterstützende Einrichtungen** flächendeckend ausgebaut werden. Damit die einzelnen Hilfen übergangslos gewährt werden können, ist eine **stärkere Vernetzung** der ambulanten, halb- und vollstationären Angebote dringend erforderlich.

Ambulante wie stationäre Hospiz- und Palliativmedizin-Einrichtungen kommen dem Wunsch vieler Menschen entgegen, schmerzfrei und würdevoll zu sterben. Daher müssen auch diese Versorgungsformen weiter gestärkt werden.

11. Unterstützung pflegender Angehöriger

Auch für diejenigen, die zu Hause die Pflege ihrer Angehörigen übernommen haben, müssen vielfältige Hilfsangebote bereitgestellt werden. Im Hinblick auf die physischen und psychischen Belastungen, die eine Pflege mit sich bringt, ist die **Entlastung pflegender Angehöriger** vordringlich. Es mangelt oft an der Zeit, um von der intensiven Pflege Abstand zu nehmen und sich zu erholen. Deshalb müssen folgende Angebote für die Pflegenden bereitstehen:

- Einrichtung von **Gesprächskreisen** mit der Möglichkeit, auch psychologische Betreuung in Anspruch zu nehmen,
- **Blockentlastung** für pflegende Angehörige durch Gewährung einer mindestens dreiwöchigen Erholungskur bzw. Rehabilitationsmaßnahme pro Jahr und Sicherstellung mindestens eines pflegefreien Vor- bzw. Nachmittags pro Woche,
- flächendeckende Einrichtung von Notruftelefonen.

Darüber hinaus müssen interessierte Bürger gewonnen werden, um Patenschaften in beratender, betreuender und unterstützender Funktion zu übernehmen.

12. Zukunft der pflegerischen Versorgung

Auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung steht die Pflegeversicherung vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Nach Auffassung des SoVD können diese bewältigt werden, wenn zwei Ziele konsequent verfolgt werden: Zunächst müssen Gesundheitsförderung und Prävention im geriatrischen Bereich mit dem Ziel ausgebaut werden, die Kompetenz der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger zu erhalten und Pflegebedürftigkeit so weit wie nur irgend möglich zu vermeiden. Darüber hinaus müssen die häusliche Pflege gestärkt und eine Vielzahl und Vielfalt alternativer Wohnmöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen geschaffen werden.

Die Unterscheidung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führt oft zu Schnittstellenproblemen, die letztlich auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden. Von daher empfiehlt der SoVD zu prüfen, ob diese Sozialversicherungssysteme im Rahmen der Diskussion einer Bürgerversicherung mit dem Ziel einer umfassenden integrierten Versorgung wieder zusammengeführt werden können. Nicht nur aus Sicht der chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen, sondern auch aus allgemeinen sozial- und finanzpolitischen Erwägungen bedürfen Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik in der Praxis der stärkeren Vernetzung.

V. Schlusswort

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, die Herausforderungen, die die demografische Entwicklung mit sich bringt, in den nächsten Jahren zu meistern. Wir sollten diese Herausforderungen annehmen und die Gelegenheit nutzen, die Versorgungssituation älterer und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Vor allen Dingen aber sollten wir uns über die Chance freuen, ein langes und erfülltes Leben zu leben.

Stand: November 2004

Herausgeber:

SoVD – Sozialverband Deutschland e.V.
Bundesverband, Abteilung Sozialpolitik
Stralauer Straße 63/Rolandufer, 10179 Berlin
Telefon/Fax: 030/72 62 22-0/-311
E-Mail: contact@sozialverband.de
www.sozialverband.de

Verfasserin: Rechtsanwältin Gabriele Hesseken

VII. SoVD-Geschäftsstellen

Bundesverband (e.V.) und Bundesgeschäftsstelle

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel. 0 30/72 62 22-0
Fax 0 30/72 62 22-311
www.sozialverband.de
contact@sozialverband.de

Landesgeschäftsstellen

Baden-Württemberg

Mundenheimer Straße 11
68199 Mannheim
Tel. 06 21/8 41 41 72
Fax 06 21/8 41 41 73
sovd-bw@t-online.de

Bayern

Thalkirchner Straße 76/II
80337 München
Tel. 0 89/53 07 50 80
Fax 0 89/54 37 91 06
sovd.bayern@t-online.de

Berlin-Brandenburg

Kurfürstenstraße 131
10785 Berlin
Tel. 0 30/2 63 938-0
Fax 0 30 / 2 63 938-29
contact@sovd-bbg.de

Bremen

Ellhornstraße 35–37
28195 Bremen
Tel. 04 21/16 38 49-0
Fax 04 21/1 39 78
info@sovd-hb.de

Hamburg

Pestalozzistraße 38
22305 Hamburg
Tel. 0 40/61 16 07-0
Fax 0 40/61 16 07-50
info@sovd-hh.de

Postanschrift

Postfach 60 64 26
22256 Hamburg

Hessen	Willy-Brandt-Allee 6 65197 Wiesbaden Tel. 06 11/8 51 08 Fax 06 11/8 50 43 sovd-hessen@t-online.de
Mecklenburg-Vorpommern	Henrik-Ibsen-Straße 20 18106 Rostock Tel. 03 81/76 01 09-0 Fax 03 81/7 68 60 71 info@sovd-mv.de
Niedersachsen	Herschelstraße 31 30159 Hannover Tel. 05 11/7 01 48-0 Fax 05 11/7 01 48-70 info@sovd-nds.de
Nordrhein-Westfalen	Erkrather Straße 343 40231 Düsseldorf Tel. 02 11/3 86 03-0 Fax 02 11/38 21 75 info@sovd-nrw.de
Rheinland-Pfalz/Saarland	Pfründner Straße 11 67659 Kaiserslautern Tel. 06 31/7 36 57 Fax 06 31/7 93 48 sovd-rheinland-pfalz-saarland@t-online.de
Sachsen	Annaberger Straße 166 09120 Chemnitz Tel. 03 71/2 80 40 00 Fax 03 71/2 80 19 46 sovd-sachsen@t-online.de
Sachsen-Anhalt	Moritzstraße 2 F 39124 Magdeburg Tel. 03 91/2 53 88 97 Fax 03 91/2 53 88 98 info@sovd-sa-anh.de
Schleswig-Holstein	Muhliusstraße 87 24103 Kiel Tel. 04 31/98 38 80 Fax 04 31/98 388-10 info@sovd-sh.de
Thüringen	Ammertalweg 29 99086 Erfurt Tel. 03 61/7 31 69 48 Fax 03 61/7 31 69 48/49 sovd-thue.lv@web.de

