

Literatur

- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hg.) (2008): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berlin: BDP [siehe: <http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Gesundheitsbericht-2008.pdf>]
- Brede, K. (2005): „Leistung aus Leidenschaft?“ In: Arbeitsgruppe SubArO (Hrsg.): Ökonomie der Subjektivität – Subjektivität der Ökonomie. Berlin, S. 227-251.
- Bröckling, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt am Main.
- Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Frankfurt/M./New York.
- Foucault, M. (1987): Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, H.L./Rabinow, P./Foucault, M.: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Frankfurt am Main.
- Hausinger, B. (2008): Supervision: Organisation – Arbeit – Ökonomisierung. Zur Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen in der Arbeitswelt. München/Mering.
- Kratzer, N. (2008): Entgrenzung von Arbeit. In: Hausinger, Brigitte: Supervision: Organisation – Arbeit – Ökonomisierung. München/Mering, S. 77-111.
- Pongratz, H..J./Voß, G.G. (Hg.) (2004): Typisch Arbeitskraftunternehmer? Befunde der empirischen Arbeitsforschung. Berlin.
- Pröll, U./Gude, D. (2003): Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen – Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen. Dortmund/Berlin/Dresden: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 986.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008): Wohin driftet die Arbeitswelt. Wiesbaden.
- Ulich, E. (2008): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologien (BDP) (Hg.) (2008): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berlin: BDP, S. 8-15.

Anschrift der Autorin:

Dr. Brigitte Hausinger, Rathausstr. 11, 82024 Taufkirchen

Rolf D. Hirsch

Gewalt gegen alte Menschen

Zusammenfassung: Der vorliegende Artikel systematisiert und diskutiert Entwicklungslinien, Forschungsergebnisse und Forschungsfragen des Problems der Gewalt gegen pflegebedürftige Ältere Menschen. Es werden sowohl vorliegende empirische Ergebnisse wie auch Theorien vorgestellt. Anliegen ist vor allem, für Berater/innen und Supervisoren/innen das diagnostische Bewusstsein zu schärfen.

Eine pflegende Angehörige erzählt von ihrer zeitweilig verwirrten 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 hinunter und ich bin Schuld. Ich kann ja nicht die ganze Zeit bei ihr sitzen.“ Mag Gewalt auch als „Alltagsphänomen“ bezeichnet werden, so wäre es falsch, sie einfach zu akzeptieren und quasi als „gottgegeben“ hinzunehmen. Viel Leid, Not, Hilflosigkeit und Verzweiflung und Krankheit löst sie bei den Opfern und ihrer Familie mit oft gravierenden Schäden und Beeinträchtigungen für das weitere Leben aus. Sie wirken sich aber auch auf unser gesellschaftliches Leben und auf die intergenerativen Umgangsweisen und Einstellungen aus. Eine Gewalthandlung an einem alten Menschen wird oft von deren Tolerierung, Bagatelisierung, Nichtwahrnehmung, Hilflosigkeit aller Beteiligten und Unkenntnis von Alternativen noch gefördert. „Die Gewalt lebt davon“, schreibt Sartre, „dass sie von anständigen Leuten nicht für möglich gehalten wird“. Je weiter Personen von der realen Situation entfernt sind (z.B. Verwaltungsangestellte, Politiker, Trägervertreter), desto weniger halten sie Schilderungen von Gewalthandlungen an alten Menschen für wahr und reagieren. Selten werden sie – wie bei Kindsmisshandlung – als kriminelle Handlungen bewertet, sondern z.B. mit „Überforderung“, „Überlastung“ Dritter erklärt. Als würde dies rechtsbrecherisches Verhalten rechtfertigen. So erstaunt es auch nicht, dass in der polizeilichen Kriminalstatistik ältere Opfer kaum genannt werden.

Wegbereiter der Gewalt: Vorurteile und Altersdiskriminierung

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

- die Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen;
- geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen;
- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen;
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten (Illhardt 1995, Kramer 2003).

Der alte Mensch ist das, was an ihm – auch von Helfern – wahrgenommen und ihm als Würde und Wert von Jüngeren zugesprochen wird. Spricht man über alte Menschen, so denkt man eher an Pflegebedürftige und Demente als daran, dass der größte Teil der über 65-jährigen ohne notwendige professionelle Hilfen altert. Eine Fixierung der Perspektive auf „alt“ (bedeutet fälschlicherweise gleich Abbau, Belastung und nicht Bereicherung) führt sowohl bei der Diagnostik wie auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen, welche die Gesundheit gefährden. Nicht der alte Mensch bestimmt, was er benötigt, sondern der Jüngere, für den es schwer ist, die Perspektive eines alten Menschen erfassen zu können. Zudem bestimmen die Leistungsträger, was einem Leistungsempfänger, wenn er alt ist, zusteht (Monetik statt Ethik).

Gewalt: ein vielschichtiges destruktives Handeln

Begriffe wie Misshandlung, Vernachlässigung, Aggression und Gewalt werden heute oft synonym zur Beschreibung von Handlungen benutzt, die eine Person schädigen. Auch wenn der Begriff „Gewalt“ leicht zur Skandalisierung verführt und selten wertfrei benutzt wird, halte ich diesen dennoch für sinnvoll.

Dieck (1987) definiert Gewalt „als eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, so sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden können“. Die sich hieraus ergebenden Gewaltformen sind: aktive und passive Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlung (abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung sowie Einschränkung des freien Willens.

Galtung (1975) versteht unter Gewalt jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Entwick-

lungsmöglichkeit, Identität und Freiheit) durch personelle, strukturelle oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert.

Die Bereiche der Gewalt gegen alte Menschen lassen sich unterteilen in (Kleinschmidt 1997, National Council on Elder Abuse 2009, WHO 2002): körperliche, psychische und verbale, sexuelle, Freiheitseinschränkung, finanzielle Ausnutzung, Vernachlässigung und Vorenthalten (aktiv und passiv), Missbrauch von Gesetzen und Altersdiskriminierung. Diese direkten Gewaltformen geschehen in Beziehungen. Viele weitere Faktoren ermöglichen sie, erhalten sie aufrecht oder dienen zu deren Rechtfertigung. Sie sind indirekter, struktureller Art. Sie sind weniger fassbar als direkte Gewaltformen (Hirsch/Vollhardt, 2008). Beispiele hierfür sind z.B. erzwungenes Leben im Heim wegen unzureichender regionaler Alternativen, Aufenthaltsverkürzung in Kliniken, Mangel an Privatsphäre in Einrichtungen, institutionell vorgegebene Tagesstrukturierung, unzureichender Personalschlüssel, mangelhafte Qualifizierung des Personals, unnötige Einrichtung von Betreuung, unzureichende Durchsetzung von Gesetzen, unzureichende öffentliche bzw. staatliche Kontrolle von Einrichtungen und deren Finanzierung sowie unzureichende Wertvorstellung von Pflege und den in Pflegeberufen Tätigen.

Galtung (1975, 1993) bezieht auch die kulturelle Ebene wie immanente Wertvorstellungen und kollektive Vorurteile, die eine Verringerung von Gewalt erheblich erschweren und all jene Aspekte umfasst, durch die direkte und strukturelle Gewalt legitimiert werden, ein. Gewalthandlungen haben vielfältige Hintergründe und Ebenen. Daher ist zu deren Verhütung oder Verringerung ein umfangreiches Konzept erforderlich. Ausgangspunkte sind (Hirsch/Vollhardt 2008):

- Gewalt ist eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse. Diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung und Korrektur im Wege steht;
- die Vermeidung einer einfachen Moralisierung nach einem einfachen „Opfer-Täter-“ sowie „Gut-Böse-Schema“;
- multifaktorielle Entstehungsbedingungen, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern;
- ein mehrdimensionales Assessment.

Ein solches Modell hilft, Gewalt als eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse zu sehen. Diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung, Korrektur und Suche nach Alternativen im Wege steht. Das Modell macht sodann die Bedeutung von multifaktoriellen und mehrdimensionalen Entstehungsbedingungen sichtbar, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern. Zudem hilft es, die Gewaltproblematik nicht allein auf eine Opfer-Täter-Dichotomisierung oder eine reine Beziehungsproblematik zu reduzieren. Dies ist zur Vermeidung von Emotionalisierung und zur Operationalisierung von Alternativen entscheidend.

Auftreten von Gewalt

Angaben über das Auftreten von Gewalt gegen alte Menschen sind sehr schwer zu bekommen. Nur wenige verlässliche Untersuchungen gibt es für Deutschland. Sehr unterschiedlich (Altersgrenze, Gewaltdefinition etc.) sind auch die einzelnen Untersuchungsansätze. Hier soll nur ein Eindruck der gesellschaftlichen Relevanz verdeutlicht werden.

Im öffentlichen Raum

Geht man nur von der polizeilichen Kriminalstatistik aus, so werden alte Menschen seltener Opfer von Gewalt als junge. Allerdings erfasst diese Statistik nur die Straftaten, die angezeigt und als vollendete auch registriert sind. Im Jahr 2003 wurden über 42.000 Personen ab 60 Jahren Opfer (Görgen, 2004). Mehr als die Hälfte der Opfer (53,1 %) erlitten Körperverletzungen, weitere 27 % wurden benötigt oder bedroht, 15 % beraubt. Angaben, ob die Viktimisierung alter Menschen zunimmt, sind nicht eindeutig nachweisbar. Häufigste Delikte sind: Diebstahl/Einbruch, Betrug und Handtaschenraub. Aus einer neueren bundesweiten Opferbefragung (nach Alter und Geschlecht unterteilt) geht hervor, dass 6,9 % der über 60-jährigen Frauen und 6,2 % der über 60-jährigen Männer Opfer im Jahr 2004 wurden (Görgen et al. 2009).

Im häuslichen Umfeld

Im familiären Bereich liegen die Angaben über Gewalt – methodenabhängig – zwischen 1,2 % (Kurrle et al. 1997), 6,6 % (Wetzels et al., 1995) und 10,8 % (Hirsch & Brendebach, 1999). Überwiegend basieren diese Angaben auf Selbstberichten von Betroffenen, sind retrospektiv erhoben und betreffen unterschiedliche Zeitintervalle. In einer epidemiologischen Längsschnittstudie, die auf Angaben der amerikanischen Meldebehörden (APS) beruht, wurden von Lachs et al. (1996) Meldungen über vermutete Misshandlungen an Kohortenmitgliedern erfasst. Über einen Zeitraum von 11 Jahren waren 6,4 % der Kohorte an die APS-Agenturen gemeldet worden, in 3/4 der Fälle konnte eine Misshandlung auch bestätigt werden. In der Reihenfolge der Häufigkeit wurden Selbstvernachlässigung, Vernachlässigung, Misshandlung und finanzielle Ausbeutung erfasst. In der Opferwerdungsbefragung von Görgen et al. (2009) wird die 12-Monatsprävalenz für psychische Gewalt von Familienangehörigen gegenüber 60-Jährigen mit 26,3 % angegeben, die physische mit 1,3 %. Ca. 40 % der Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten gaben in dieser Untersuchung auch an, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine Form von gewalttätigem Verhalten von Familienangehörigen an den Betreuten erlebt haben. Zudem berichteten 2/3 der ambulanten Pflegekräfte, dass Pflegebedürftige gegen sie innerhalb der letzten 12 Monate gewalttätig wurden.

In Institutionen

Eine US-amerikanische Repräsentativbefragung (Pillemer/Moore, 1989) fand bei Pflegekräften, die im stationären Bereich tätig sind, hohe Jahresprävalenzraten für

beobachtete psychische (81 %) und körperliche (36 %) Misshandlung von Heimbewohnern und etwas niedrigere für entsprechende eigene Handlungen (psychische: 40 %, körperliche: 10 %). In einer weiteren umfangreichen US-amerikanischen Untersuchung wird berichtet, dass ca. 40 % der Pflegeheimbewohner körperlichen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind (Neufeld et al., 1999).

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

Der 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahr 2006 beschreibt die Situation der ambulanten (601 Pflegedienste) und stationären (718 Institutionen) Pflege. Mängel in der ambulanten (stationären) Pflege:

- 29,6 % (34,4 %) bestehen Mängel bei der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr;
- 21,5 % (15,5 %) Qualitätsdefizite bei der Inkontinenzversorgung;
- 42,2 % (35,5 %) Versorgungsdefizite bei der Dekubitusprophylaxe;
- 26,1 % (30,3 %) Qualitätsmängel bei der Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten.

Vielfältige und mehrschichtige Ursachen und Folgen

Das komplexe Bedingungsgefüge der unterschiedlichen Faktoren aus verschiedenen Bereichen ist in einer Übersichtsdarstellung durch NCEA (2009) auf die vier Kategorien: Pflegestress, Pflegeabhängigkeit von alten Menschen, Gewaltzyklus und persönliche Probleme des Misshandelnden zusammengefasst worden:

- **Gewaltzyklus:** Das älteste Ursachenmodell wurde aus den Erkenntnissen über Kindermisshandlung übernommen und besagt, dass Misshandlungsverhalten erlernt und von der einen auf die nächste Generation tradiert wird (Jogerst et al. 2000). Die entsprechende Familiendynamik wurde insbesondere für Paarbeziehungen beschrieben, in denen ein Partner pflegeabhängig und dement geworden war (Homer/Gilleard 1990, Coyne et al. 1993).
- **Pflegeabhängigkeit:** Ein eigenständiges Erklärungsmodell war an der Beobachtung orientiert, dass Altenmisshandlung überwiegend in Pflegebeziehungen auftritt. Beeinträchtigung alltagspraktischer und kognitiver Fähigkeiten, psychiatrische Symptome wie Verwirrtheit und Depression, sowie die kürzlich eingetretene Verschlechterung einer kognitiven Beeinträchtigung werden genannt (Lachs 1997, NCEA 1998).
- **Pflegebelastung:** Dauerbelastung durch die Pflege und die Notwendigkeit eigene Bedürfnisse und Verpflichtungen gegenüber Familie, Freunden und Beruf

zurückzustellen können in Erschöpfung, sozialer Isolation und zu psychischen Belastungssymptomen führen (Coyne et al. 1995). Dennoch ist trotz dieser Belastungsfaktoren häufig nicht die Pflegesituation per se, sondern das Hinzutreten anderer Faktoren die ein bestehendes Risiko kritisch erhöhen können, wie z. B. das spezielle Lebensarrangement, fehlende Unterstützung in der Versorgung, finanzielle oder emotionale Abhängigkeiten. Auch situative Auslöser, externe Stressoren oder Krankheit der Pflegenden können wirksam sein (Jones et al., 1997, Kleinschmidt 1997). Ein besonders häufiger Befund in der stationären Pflege ist das Burnout der Pflegenden (Pillemer u. Moore 1989). Dabei spielen auch die Stressoren aus dem persönlichen Leben der Pflegenden und die institutionellen sowie situativen Faktoren eine Rolle (Schneider 1994, Goodridge et al. 1996, Glendenning 1999).

- Persönliche Probleme der misshandelnden Person: In vielen Studien wurden neben den schon erwähnten Belastungssymptomen auch Alkoholismus und andere psychiatrische Störungen, soziale Isolation, emotionale und materielle Abhängigkeit vom Gepflegten beschrieben (Jones et al. 1997). Deutlich ist, dass diese Faktoren Personen kennzeichnen, die psychisch labil sind. Gezeigt werden konnte, dass viele der „Täter“ selber schwach und hilflos sind.

Berücksichtigt man bisherige empirische, kasuistische und beschreibende Arbeiten über diesen Themenbereich (Hirsch/Brendebach, 1999; Comijs et al, 1998; Hirsch/Vollhardt 2008), so lassen sich als Folgen von Gewalt zusammenfassend beschreiben:

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

Präventions- und Interventionsansätze

Voraussetzung aller Prävention ist die gesellschaftliche Ächtung von Gewalt und der Schutz der Gemeinschaft für schwächere Gruppen. Die derzeitigen Gesetze zum Schutz für den familiären und institutionellen Bereich reichen nicht aus. Ziel

von präventiven Maßnahmen ist, vorausschauend, einen drohenden Schaden zu verhindern. Voraussetzung hierfür ist, dass ein unerwünschtes bzw. bedrohliches Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehbar ist. Zudem müssen Maßnahmen, dieses zu verhindern oder zu verringern, vorhanden sein. Betrachtet man die Quellen der Gewalthandlung bei alten Menschen und bedenkt man, dass eine Gewalthandlung zahlreiche „Verbote“ hat, so können geeignete Maßnahmen dazu beitragen, diese zu verhindern oder zu verringern (Hirsch/Vollhardt 2008, WHO 2002):

- Primärprävention: Ansätze, die verhindern sollen, dass es zur Gewalt kommt (z.B. Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Professionellen, ausgewogene Berichte in Medien, Vermehrung des Wissens über Alter und Altern, Vorurteilabbau, regionales Präventionsprogramm, Umgebungsgestaltung, Vorinformation über Pflege-Belastung, intergenerative Begegnungen, Suizid-Prävention).
- Sekundärprävention: Ansätze, die sich auf die unmittelbare Reaktion auf Gewalt konzentrieren (z.B. Assessment, Entlastung, Opferschutz, medizinische Behandlung, Psychotherapie, Deeskalation, soziale Unterstützung);
- Tertiärprävention: Ansätze, deren Schwerpunkt auf der Langzeitbetreuung nach Gewalthandlungen liegt (z.B. kontinuierliche Beratung, Psychotherapie, Entzerrung von Beziehungen, Aufbau von Selbstsicherheit, Deeskalationsprogramme, Schulung).

Im familiären Bereich

Familienangehörige wenden sich aus Scham, Angst vor Repressalien u.a. selten an Institutionen. In der Familie ist es oft auch nicht möglich, zwischen „Täter“ und „Opfer“ zu unterscheiden. Meist handelt es sich, insbesondere wenn Gewalt in Pflegebeziehungen geschieht, um eine destruktive Familienbeziehung, bei welcher Gewalt von Pflegebedürftigen und Angehörigen gegenseitig ausgehen kann. Die Gefahr der Eskalation und Stabilisierung von familiärer Gewalt ist so groß, dass man auch sog. „einmalige Ausrutscher“ nicht folgenlos akzeptieren kann. Sie sind ein Alarmsignal! Alternativen müssen von außen zur Verhinderung weiterer Gewalt eingesetzt werden. Der Hausarzt hört als erster und oft als einziger von den Familienmitgliedern über deren destruktiven Umgangsweise miteinander, kann Überlastungen feststellen sowie auch körperliche und psychische Veränderungen einzelner Familienmitglieder, die auf eine Misshandlung hinweisen (Görgen et al., 2002). Da Ärzte sich oft nicht zuständig fühlen, keine Alternative wissen und an keine regionalen Einrichtungen vermitteln, ist es ein wichtiger präventiver Schritt, diese zu sensibilisieren und zu schulen. Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten z.B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen (Hirsch 2006). Damit Hilfsangebote frühzeitig im Bereich familiärer Gewalt genutzt werden können, bedarf es folgender Ausrichtungsaspekte:

- Achtung auf die Autonomie alter Menschen;
- Förderung der Selbstsicherheit und Selbstverteidigung alter Menschen;

- niederschwellige und leicht erreichbare Angebote;
- Orientierung an einer positiven realistischen Zielsetzung;
- Erfassung aller Faktoren und Hilfsmöglichkeiten;
- multiprofessionelles und geduldiges Vorgehen;
- Einbindung vorhandener regionaler Einrichtungen;
- Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Wirkung.

Im stationären Bereich

Ausgangspunkt zur Prävention in Altenpflegeeinrichtungen ist, die Multidimensionalität der Möglichkeiten zur Beeinflussung von Gewalt in den Blick zu nehmen, um wirkliche Qualitätsverbesserungen erreichen zu können. Zu eng wäre die Vorstellung, Pflegepersonen einfach nur Pflege- und Qualitätsstandards vorzugeben. Strukturelle und gesellschaftliche Aspekte sind einzubeziehen. Maßnahmen in Institutionen beziehen sich in erster Linie auf die Mitarbeiter, deren soziale Unterstützung untereinander und der von Vorgesetzten. Einfluss haben auch die Organisationsform, die Umgangsweisen der Vorgesetzten („Modell“) mit den Mitarbeitern, die Eindeutigkeit der Arbeitsfelder, das Betriebsklima, die Art der Dienstvorschriften, die Institutionsphilosophie und das dahinter stehende „Menschenbild“ (Hirsch 2007).

Ein wichtiger Schritt ist es, dass Pflegepersonen nicht nur an einer Supervision bzw. Fallbesprechung teilnehmen, sondern auch deeskalierende Maßnahmen erlernen. Dies geschieht am ehesten in einem Deeskalationstraining, das in manchen Einrichtungen schon standardmäßig eingeführt ist. Erlern werden kann:

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

Gewaltfreie Kommunikation

Aus der Konfliktmediation kommt der Ansatz zur gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg, 2004). Dieser gibt wichtige Impulse zu präventiven Interventionen. Erlern werden Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Gewalt, die Entscheidungen ohne emotionalen Druck ermöglichen. Nicht Kompromisse, sondern Konfliktlösungen sollen gefunden werden, mit denen alle Beteiligten wirklich zufrieden sind. Das Modell der gewaltfreien Kommunikation geht von vier Komponenten aus:

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

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

Wichtige Aspekte sind:

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

Zusammenfassung und Ausblick

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

In der Familie ist es oft nicht möglich, zwischen „Täter“ und „Opfer“ zu unterscheiden. Vielmehr handelt es sich um gewaltfördernde destruktive Beziehungsstrukturen („Pathobiose“). Diese gründen häufig auf Persönlichkeitsfaktoren, Duldung von Gewalt als gesellschaftlich „normal“, innerem und äußerem Stress“ sowie sozialer Isolation und unzureichender privater und professioneller Unterstützung. Daher ist „Hilfe vor Strafe“ Grundlage aller Gewaltintervention und -prävention. In Institutionen sind die kontinuierliche Förderung der psychischen und Gesundheitshygiene für Mitarbeiter sowie Supervision, Fallkonferenzen und Deeskalationstraining notwendig. Kontrollen allein verringern Gewalt nur bedingt.

Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten, z.B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen. Die bestehenden Einrichtungen verdeutlichen, dass auf individueller und struktureller Ebene Veränderungen bewirkt werden können, auch wenn hierzu derzeit kaum empirisch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vorliegen. Verabschiedet aber werden sollte sich bei Forschungen über Präventions- und Interventionsansätze über Gewalt davon, dass diese so messbar sind, wie ein Warenprodukt oder eine Dienstleistung im Produktionsprozess. Ist es auch wichtig, dass alte Menschen in ihrer Selbstbehauptung und Verteidigung unterstützt werden, so liegt es mehr denn je, an ihnen, die warnenden Worte von Cicero zu berücksichtigen: „Alter ist nur geehrt unter der Bedingung, dass es sich selbst verteidigt, seine Rechte behält, sich Niemandem unterordnet und bis zum letzten Atemzug die eigene Domäne beherrscht.“

Literatur

- Comijs, H./Pot, A.M./Smit, H.H./Bouter, L.M./Jonker, C. (1998): Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, S. 885-888.
- Dieck, M. (1987): Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – Ein Thema der Forschung, Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie* 20, S. 305-313.
- Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Reinbek 1975.
- Galtung, J. (1993): Kulturelle Gewalt, in: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.): Aggression und Gewalt, Stuttgart, S. 52-73.
- Goodridge, D.M./Johnston, P./Thompson, M. (1996): Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 8, pp. 49-67.
- Görgen, Th. (2004): Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten. Forschungsberichte Nr. 93. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover.
- Görgen, Th./Herbst, S./Kotlenga, S./Nägele, B./Rabold, S. (2009): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
- Görgen, Th./Kreuzer, A./Nägele, B./Krause, S. (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217. Stuttgart.
- Hirsch, R.D. (2006): Zur Notwendigkeit von Beratungsstellen für gewaltbetroffene alte Menschen. In Heitmeyer, W./Schrötle, M. (Hrsg.): Gewalt. Bundeszentrale für politische Bildung, S. 171-188.
- Hirsch, R.D. (2007): Misshandlung älterer Menschen. In Böhmer, F./Füsgen, I. (Hg.) Geriatrie. Köln, S. 425-435.
- Hirsch, R.D./Brendebach, C. (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, S. 449-455.
- Hirsch, R.D./Vollhardt, B.R. (2008): Elder matreatment. In: Jacoby, R./Oppenheimer, C./Denning, T./Thomas, A. (ed.): *Old Age Psychiatry*. Oxford Press, New York, pp. 731-745.
- Illhardt, F. J. (1997): Ageism“ – Vorurteile gegen das Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26: 335-338.
- Jones, J.S./Holstege, C./Holstege, H. (1997): Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *American Journal of Emergency Medicine* 15, pp. 579-583.
- Kleinschmidt, K.C. (1997): Elder abuse: a review. *Annales of Emergency Medicine* 30, pp. 463-472.
- Kurrle, S. E., Sadler, P. M. and Cameron, I.D. (1992): Patterns of elder abuse. *The Medical Journal of Australia* 157, pp. 673 – 676.
- Lachs, M. S./Williams, C./O'Brien, S./Hurst, L./Horwitz, R. (1996): Older Adults. An 11-Year Longitudinal Study of Adult Protective Service Use. *Archives of Internal Medicine* 156, pp. 449 – 453.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI, Essen.
- National Council On Elder Abuse (NCEA): What is elder abuse? www.elderabusecenter.org; www.elderabusecenter.org; (aufges: April 2009)
- Neufeld, R. R./Libow, L./Foley, W. J./Dunbar, J. M./Cohen, C./Breuer, B. (1999): Restraint Reduction Reduces Serious Injuries Among Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 47, pp. 1202-1207.
- Pillemer, K./Moore, D.W. (1989): Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *The Gerontologist* 29, pp. 314-320.
- Rosenberg, M. B. (2004): Erziehung, die das Leben bereichert. *Gewaltfreie Kommunikation im Schulalltag*. Paderborn.
- Schneider, H.J.: *Kriminologie der Gewalt*. Stuttgart 1994
- Wetzels P./Greve W./Mecklenburg E./Bilsky W./Pfeiffer, Chr. (1995): *Kriminalität im Leben alter Menschen*. BMFSFJ (Hrsg.), Stuttgart.
- World Health Organization (2002): *World report on violence and health*. Geneva.

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn Castell