



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Wehrlos im Alter?

**Strategien gegen Gewalt in
engen persönlichen Beziehungen
älterer Menschen**

Wehrlos im Alter?

Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen

Dokumentation einer Fachtagung
und eines Expertenforums
am 14. und 15. 6. 2006 in Hannover

Thomas Görgen
Barbara Nägele

KFN Materialien für die Praxis – Nr.2, November 2006



Einleitung	5
I Dokumentation der Fachtagung	
Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	8
T. Görge: Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen: Zwischenergebnisse der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"	10
B. Nägele: Nahraumgewalt im Alter – die besondere Situation älterer weiblicher Gewaltopfer	33
C. Schacke: Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Pflegebedürftiger	46
R.D. Hirsch: Nahraumgewalt gegen ältere Menschen: Wie ist Vorbeugung möglich? Welche Hilfen benötigen Opfer?	56
Podiumsdiskussion: Perspektiven der Prävention und Intervention im Problemfeld „Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“	74
T. Görge: Zusammenfassung des Tages	88
II Dokumentation des Expertenforums	
T. Görge: Nahraumgewalt im Alter – Forschungsstand (Kurzreferat)	92
B. Nägele: Ansätze der Prävention und Intervention im Bereich Nahraumgewalt im Alter (Kurzreferat)	97
T. Görge, B. Nägele, J. Nachtmann: Bilanz des ExpertInnenforums am 14.06.2006 in Hannover	101
III T. Görge, B. Nägele: Zusammenfassung und Ausblick auf Handlungsoptionen im Problemfeld "Gewalt im Alter"	115
Anhang	118

Einleitung

Gewalt in engen persönlichen Beziehungen findet auf der politischen Ebene, in Forschung und Praxis zunehmend Beachtung. Dass auch ältere Menschen Opfer von Gewalt durch Partner und Familienmitglieder werden, wird dabei erst nach und nach wahrgenommen. Sozialwissenschaftliche Studien belegen zwar, dass ältere Menschen insgesamt seltener von Gewalt betroffen sind als Jüngere, sie zeigen aber andererseits auch, dass sich im Alter ein relativ größerer Anteil von Gewalttaten im Bereich enger sozialer Beziehungen (Partner, Familie, Haushaltsmitglieder) abspielt.

Um in der Öffentlichkeit das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass Misshandlung älterer Menschen in vielen Erscheinungsformen vorkommt, nicht akzeptabel ist und dass es wirksame Möglichkeiten der Prävention gibt, rief das *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) für den 15.06.2006 erstmals den "World Elder Abuse Awareness Day" aus. INPEA wurde darin u.a. durch die *World Health Organization* (WHO), die *International Federation of Aging* (IFA), *Help Age International*, das *Subcommittee on Elder Abuse* des *UN NGO Committee on Ageing*, die *American Association of Retired Persons* (AARP) und das *Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse* (CNPEA) unterstützt.

Anlässlich dieses Tages führten das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Hannover) und Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. (Göttingen) mit Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 14. und 15.06.2006 unter dem Titel "Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen" in Hannover eine öffentliche Fachtagung und ein ExpertInnenforum durch. Zentrales Ziel beider Veranstaltungen war, ausgehend von aktuellen Forschungsergebnissen zur häuslichen Gewalt gegenüber älteren Menschen das Augenmerk auf die Frage zu richten, was getan werden kann, um Gewalt zu vermeiden und Betroffenen zu helfen. Erste Befunde der vom BMFSFJ geförderten Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" sollten präsentiert und eine anwendungsorientierte Zwischenbilanz der Ergebnisse gezogen werden.

Ausgewiesene ExpertInnen stellten auf der erfolgreichen Tagung, an der etwa 140 Personen teilnahmen, wesentliche Aspekte der häuslichen Opferwerdung älterer Menschen in Vorträgen dar und erörterten das Thema in einer Podiumsdiskussion. Im ExpertInnenforum diskutierten 20 Fachleute aus unterschiedlichen Forschungs- und Praxisfeldern auf der Grundlage kurzer thematischer Inputs Wege der Prävention und Intervention im Bereich der Nahraumgewalt gegen Ältere. Die vorliegende Dokumentation stellt die Ergebnisse des Forums zum Thema Präventions- und Interventionshandeln im Hinblick auf Nahraumgewalt im Alter vor, enthält die im Rahmen des ExpertInnenforums und der Fachtagung gehaltenen Vorträge sowie eine Mitschrift der auf der Tagung geführten Podiumsdiskussion.

Die thematischen Schwerpunkte beider Veranstaltungen lagen auf Gewalt in der familialen Pflege sowie auf Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen. Im Hinblick auf die erstgenannte Thematik begründen sowohl der besondere Schutzbedarf älterer pflegebedürftiger Opfer als auch die komplexen Anforderungen einer Pflegebeziehung und die sich daraus ergebenden spezifischen Präventionsperspektiven eine gesonderte Betrachtung. Dabei sollte vermieden werden, die Diskussion auf Probleme der pflegerischen Versorgung älterer Menschen zu verengen. Zugleich – und dieser Aspekt ist noch wenig diskutiert – können ältere Menschen auch Opfer von Gewalt in Ehen und Partnerschaften werden. Obwohl es inzwischen gerade in Bezug auf das häufig mit dem Begriff "häusliche Gewalt" charakterisierte Problemfeld der Viktimisierung von Frauen vielfältige Maßnahmen und Hilfeangebote gibt und diese in aller Regel keine formelle Altersbegrenzung nach oben haben,

ist de facto doch eine Konzentration auf das jüngere und mittlere Erwachsenenalter festzustellen. Offenbar fehlt bislang vielfach noch das Bewusstsein dafür, dass Gewalt durch den Opfern nahe stehende Personen sich in das höhere Lebensalter hinein fortsetzen oder – zum Beispiel in Folge gesundheitlicher Veränderungen oder von Einschnitten in den Lebensbedingungen – im Alter erstmals auftreten bzw. sich im Alter intensivieren kann.

Als Grundproblem wurde im Rahmen der Veranstaltungen immer wieder deutlich, dass Institutionen, die für die Thematik der Opferwerdung älterer Menschen in engen persönlichen Beziehungen einschlägig sind (bzw. sein könnten), bislang auf dieses Problemfeld nur wenig vorbereitet und kaum miteinander vernetzt sind. Die Arbeit mit älteren Gewaltopfern legt insbesondere eine verstärkte Kooperation von Institutionen, die das Problemfeld "häusliche Gewalt" bearbeiten, mit Einrichtungen der Altenhilfe nahe. Für bestimmte Berufsgruppen – hierzu gehören vor allem Ärzte und Ärztinnen, Pflegekräfte, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, Geistliche, Beraterinnen und Berater in bestimmten psychosozialen Einrichtungen sowie Polizistinnen und Polizisten (insbesondere solche, die regelmäßig oder im Schwerpunkt mit Fällen "häuslicher Gewalt" befasst sind) – erscheinen zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung sinnvoll. In Bezug auf Hilfeangebote, die sich direkt an von Gewalt bedrohte und betroffene ältere Menschen richten, weisen die bisherigen Erkenntnisse und Diskussionen auf die besondere Bedeutung niedrigschwelliger, thematisch offener, die Hilfesuchenden nicht stigmatisierender Angebote hin.

Die beiden benannten Themenkomplexe „Gewalt in Partnerschaften“ und „Gewalt in der familialen Pflege“ wurden bislang kaum im Zusammenhang diskutiert. Zwischen Institutionen, die im Bereich der Altenhilfe tätig sind und jenen, die zum Thema Gewalt in Partnerschaften arbeiten, gibt es wenig Verknüpfungen und kaum systematischen Austausch. Tagung und Expertenforum sollten erste Schritte zu einer Annäherung und Vernetzung sein.

Wir freuen uns, hiermit die Dokumentation der Tagung und des ExpertInnenforums vorlegen zu können und damit die Ergebnisse der Veranstaltungen auch einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Thomas Görgen und Barbara Nägele

Hannover und Göttingen, im Oktober 2006

I Dokumentation der Fachtagung

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Sehr geehrte Damen und Herren,

der „World Elder Abuse Awareness Day“ ist ein Tag, an dem wir innehalten und darüber nachdenken sollten, ob ältere Menschen bei uns eigentlich sicher genug und ausreichend geschützt sind. Denn an diesem Tag stehen Ältere in der ganzen Welt in besonders nachdenkenswürdiger Weise im Mittelpunkt: als Opfer von Gewalt. Ich freue mich, dass Sie sich mit der heutigen Fachtagung als Teil dieser internationalen Initiative verstehen.

Oft liest man in den Zeitungen darüber, dass ein älterer Mensch Opfer einer Gewalttat geworden ist. Manchmal scheint es, dass Ältere leicht zu Opfern werden. Dabei sind sie nach der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamts nicht häufiger von Gewaltverbrechen betroffen als andere Altersgruppen. Aber wir nehmen Gewalt gegen Ältere anders wahr. Nicht alle älteren Menschen sind wehrlos, keineswegs. Aber schon die Tatsache, dass Seniorinnen oder Senioren meist nicht mehr schnell wegrennen oder kraftvoll zurückschlagen können, zeigt, dass wir ihrem Schutz besonderes Augenmerk widmen müssen.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik kann indessen nur Auskunft geben über angezeigte Straftaten. Passt Gewalt im häuslichen Bereich, ist gar ein Familienmitglied Täter, kommt es oft gar nicht erst zur Anzeige. Das Opfer schweigt aus Scham, oder weil es den Täter und seine Beziehung zum Täter nicht belasten will, oder weil es sich selbst schützen will.

Um mehr über Gewalt gegen Ältere zu erfahren, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen und der Universität Hildesheim durchgeführte Projekt „Kriminalität und Gewalt im Leben älterer Menschen“. Bei dieser Untersuchung sollen auch Lebensbereiche in den Blick genommen werden, deren Bedeutung bei früheren Erhebungen zu wenig beachtet wurde: Wir wissen beispielsweise viel zu wenig darüber, wie häufig pflegebedürftige Menschen Opfer von Gewalt werden und wie (schwer) sich Gewalt im Bereich der häuslichen Pflege auswirkt.

Wenn wir von Gewalt gegen ältere Menschen sprechen, dürfen wir Gewalt nicht zu eng verstehen – auch das gehört zu der Aufmerksamkeit, die uns der „World Elder Abuse Awareness Day“ ans Herz legt. Hilfe- und pflegebedürftige Menschen können Gewalt auch durch Vernachlässigung erfahren, durch Fehlernährung, vermeidbaren Dekubitus oder unnötige Maßnahmen, die die Freiheit einschränken. Auch Mängel bei der Betreuung von Demenzkranken können Gewalt auslösen.

Das soll nun keine Angst machen: Häusliche Pflege ist nicht unbedingt anfälliger für Pflegefehler als professionelle Pflege. Viele Fehler passieren zudem nicht absichtlich, sondern aus Unkenntnis oder Überforderung. Häusliche Pflege braucht Unterstützung, weil sie Garant für Stabilität ist. Die meisten Pflegebedürftigen möchten gern in ihren vier Wänden alt werden und nicht im Heim. Aber die pflegenden Familienangehörigen sind oft auf sich allein gestellt und nehmen Unterstützung oder Beratung nicht in Anspruch. Dass eine pflegende Person dann irgendwann einmal unter der Belastung zusammenbricht, kann man nachvollziehen. Auch mit diesem Thema wird sich die heutige Veranstaltung beschäftigen.

Die Tagung „Wehrlos im Alter?“ wartet mit einer spannenden Themenvielfalt auf. Es ist gut, dass Sie nicht nur über Gewalterfahrungen Älterer sprechen, sondern auch über Präventionsansätze diskutieren. Denn wenn jemand erst einmal Opfer von Gewalt geworden ist, kann nur noch Schadensbegrenzung folgen. Das Thema „Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen“ birgt Chancen, damit es gar nicht erst so weit kommt. Prävention hat daher auch in Zukunft einen großen

Stellenwert. Ich wünsche Ihrer Arbeit weiterhin viel Erfolg und der heutigen Veranstaltung ein gutes Gelingen.

Dr. Ursula von der Leyen

T. Görgen: Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen: Zwischenergebnisse der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"

Dr. Thomas Görgen, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover

1. Einführung

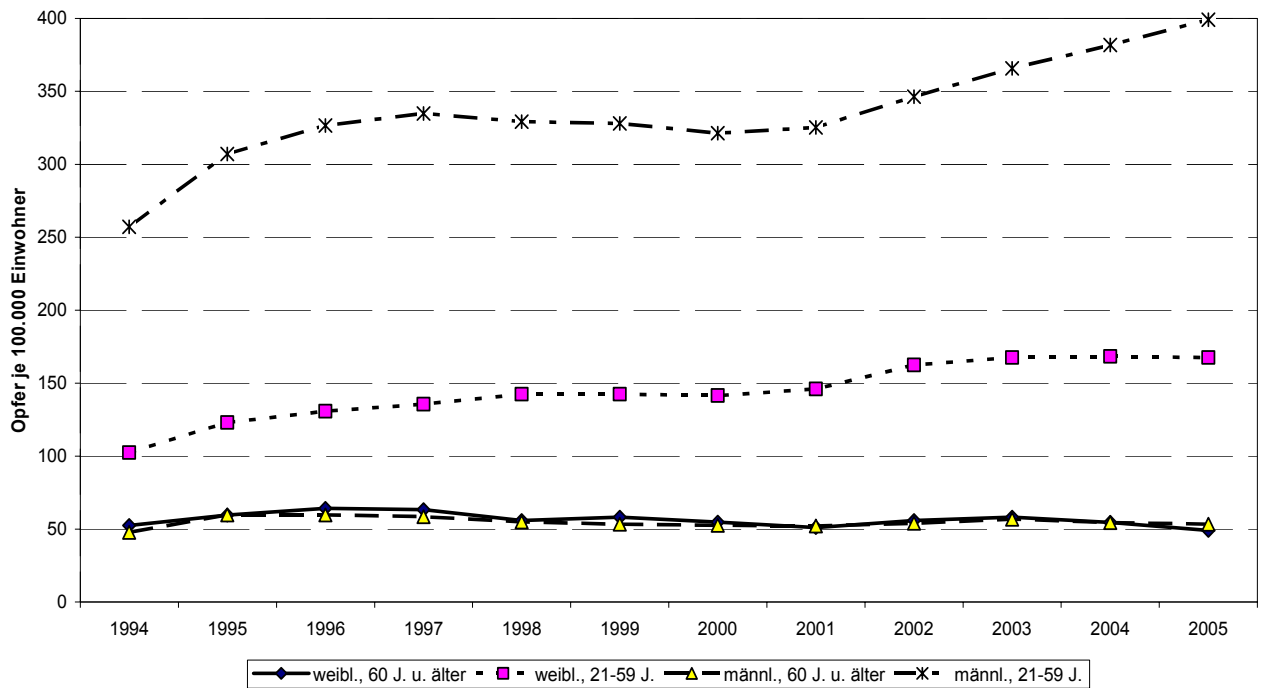
Seit 2004 führt das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) mit Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) und der Universität Hildesheim die Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" durch. Dies ist nicht das erste Mal, dass das KFN sich Fragen der Opferwerdung älterer Menschen zuwendet. Anfang 2005 wurde eine Studie zu älteren Menschen als Opfer von Sexualstraftaten und sexueller Gewalt abgeschlossen (vgl. GÖRGEN, NÄGELE, HERBST & NEWIG, 2006; GÖRGEN, NEWIG, NÄGELE & HERBST, 2005); augenblicklich ist eine Untersuchung zu betrügerischen Delikten an älteren Menschen im Gange. Begründet wurde diese Forschungstradition vor allem durch eine große KFN-Opferbefragung (WETZELS, GREVE, MECKLENBURG, BILSKY & PFEIFFER, 1995) im Jahr 1992, an der seinerzeit fast 16.000 Personen ab 16 Jahren teilgenommen haben.

Für kriminalitätsbezogene Fragestellungen ist stets die – natürlich auf den Strafverfolgungsbehörden bekannt gewordene Delikte beschränkte – Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes (zuletzt BUNDESKRIMINALAMT, 2006) eine zentrale Informationsquelle. Die PKS-Daten zeigen vor allem Folgendes (vgl. dazu GÖRGEN, 2004):

1. Menschen jenseits des 60. Lebensjahres sind durch polizeilich registrierte Formen von Gewaltkriminalität weniger gefährdet als jüngere Erwachsene. Dies wird aus Abbildung 1 sehr deutlich. Beschränkt man den Blick auf Personen ab 21 Jahren, dann sind 21-59-jährige Männer deutlich stärker gefährdet als gleichaltrige Frauen und beide Gruppen wesentlich mehr als Seniorinnen und Senioren.
2. Es gibt einige Delikte, zu denen in der PKS Opferdaten ausgewiesen werden¹, bei denen Ältere nach polizeilichen Erkenntnissen ein gegenüber jüngeren Erwachsenen erhöhtes Opferwerdungsrisiko haben. Dabei handelt es sich um Handtaschenraub, Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB), Mord in Verbindung mit Raubstraftaten sowie fahrlässige Tötung (vgl. GÖRGEN, 2004).

¹ Bislang begrenzt die Polizeiliche Kriminalstatistik Angaben zu Opfern auf den Bereich der Gewaltstraftaten (inkl. Sexual- und Raubdelikte); zu Eigentums- und Vermögensdelikten (von denen im Unterschied zur Gewaltkriminalität auch juristische Personen betroffen sein können) fehlen entsprechende Daten.

Abb. 1: Polizeilich registrierte vollendete Gewaltdelikte 1994-2005: Opfer pro 100.000 der jeweiligen Gruppe nach Geschlecht und Alter



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes

Ich möchte in Grundzügen das Konzept unserer aktuellen Studie mit dem Arbeitstitel "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" erläutern. Konzeptueller und methodischer Ausgangspunkt war es, einerseits eng an die KFN-Opferbefragung 1992 anzuknüpfen, andererseits die neue Studie so zu gestalten, dass einige Fragen, die seinerzeit unbeantwortet bleiben mussten, einer Antwort näher gebracht werden können. Insbesondere versuchen wir uns der Frage zu nähern, inwieweit Menschen, die zu Hause gepflegt werden, Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung werden. Tabelle 1 zeigt im Überblick die hierbei gewählten methodischen Zugänge.

Tab. 1: Zentrale Module der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"

Komponente	N
bundesweite Opferwerdungsbefragung (2005): <ul style="list-style-type: none"> • Altersgruppe 40-85 Jahre • Zufallsstichprobe aus Einwohnermelderegistern • persönlich-mündliche + schriftliche Befragung in deutscher Sprache 	3.030 Befragte
Befragung ambulanter Pflegekräfte (2005): <ul style="list-style-type: none"> • schriftlich-postalische Befragung; deutsche Sprache • örtlich begrenzte Vollerhebung 	503 Befragte
Interviews in häuslichen Pflegesettings (2005/2006) <ul style="list-style-type: none"> • qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften; 3 Regionen • soweit möglich > 1 Interview pro Pflegesetting • Zugänge: Presseveröffentlichungen; Zufallsauswahl ambulanter Dienste; gezielte Suche nach "Problemsettings" über einschlägige Beratungs- und Kriseneinrichtungen 	178 Interviews und 4 Gruppengespräche
Befragung pflegender Angehöriger (2006) <ul style="list-style-type: none"> • schriftlich-postalische Befragung 	<i>noch ausstehend</i>

Im Rahmen einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung wurden Anfang des Jahres 2005 insgesamt 3.030 Personen der Altersgruppe 40-85 Jahre befragt. Es handelte sich um eine aus Einwohnermelderegistern gezogene Zufallsstichprobe. Die Befragung in deutscher Sprache wurde als kombiniert persönlich-mündliche und schriftliche Befragung durchgeführt, wobei der schriftliche Teil vor allem Gewalterfahrungen in der Familie zum Gegenstand hatte.

Mit einer postalischen Befragung ambulanter Pflegekräfte haben wir 2005 insgesamt 503 Personen erreicht. Die Pflegekräfte wurden – bezogen auf einen Zeitraum von 12 Monaten – u.a. nach eigenem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen befragt.

Von November 2005 bis Juni 2006 haben wir in drei Regionen in Deutschland eine Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings durchgeführt. Wir haben im Rahmen dieser Teilstudie insgesamt 178 qualitative leitfadenorientierte Interviews sowie vier Gruppengespräche geführt. Befragt wurden pflegende Angehörige, Pflegebedürftige, ambulante Pflegekräfte sowie in Einzelfällen andere Personen, die sich zur Thematik bzw. zu einem konkreten familialen Pflegesetting äußern konnten. Nach Möglichkeit wurden Gespräche mit allen zentral an einem häuslichen Pflegearrangement Beteiligten geführt, also (soweit vorhanden und zu einem Gespräch bereit und in der Lage) mit Pflegebedürftigen, ihren sie pflegenden Familienmitgliedern und einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter des mit dem Fall befassten ambulanten Pflegedienstes. In den Gesprächen wurde explizit nach Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnissen gefragt; darüber hinaus berührten sie eine Vielzahl weiterer in der häuslichen Pflege relevanter Themenbereiche.

Schließlich steht im Verlauf des Jahres 2006 noch eine schriftlich-postalische Befragung pflegender Angehöriger an, die derzeit vorbereitet wird. Zu den drei erstgenannten Teilstudien werde ich einige Zwischenbefunde präsentieren.

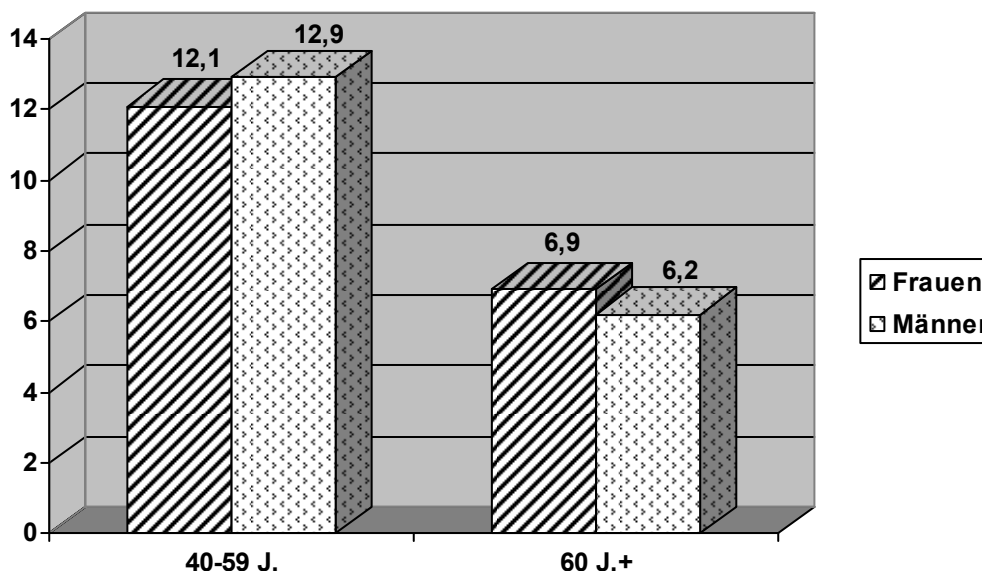
2. Bundesweite Opferwerdungsbefragung

An der Befragung haben 3.030 Personen der Altersgruppe 40-85 Jahre teilgenommen, davon 48% Männer und 52% Frauen. 70% der Befragten gehören der Altersgruppe der 60-85-Jährigen an; die Stichprobe war im Hinblick auf die auf das höhere Lebensalter bezogenen Fragestellungen der Studie entsprechend geschichtet worden. Von 86% (n=2.602) der Befragten liegt uns neben dem mündlichen Interview ein schriftlicher Fragebogen vor, d.h. von ihnen haben wir nicht nur Informationen zu Erfahrungen mit Kriminalität im Allgemeinen, sondern auch mit Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder.

2.1 Kriminalitätserfahrungen

Insgesamt ergeben die Daten des Survey 2005 in Bezug auf ältere Menschen ein eher undramatisches Bild. Im Bereich der allgemeinen Kriminalität wurden in der Studie 16 Gewalt-, Sexual- und Vermögensdelikte erfragt. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der letzten 12 Monate von mindestens einer dieser Taten betroffen waren, liegt (vgl. Abbildung 2) bei Männern wie bei Frauen in der Gruppe der 40-59-Jährigen (M: 12.9%, F: 12.1%) etwa doppelt so hoch wie bei den 60-Jährigen und Älteren (M: 6.2%, F: 6.9%).

Abb. 2: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005: Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: Opferanteile 2004 (in %)

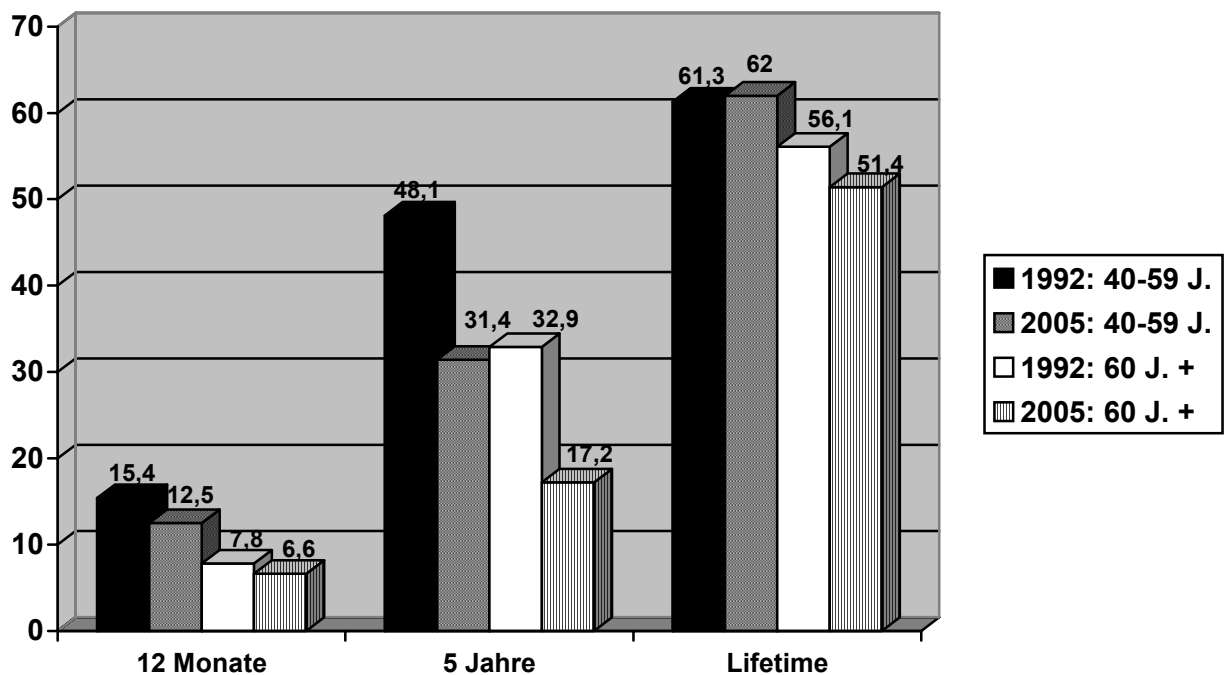


Dieses Bild einer im Alter geringeren Gefährdung wiederholt sich in nahezu allen erfragten Deliktsfeldern. Lediglich beim Handtaschenraub ist eine merkliche Höhergefährdung älterer Frauen festzustellen (ein Befund, den auch bereits die KFN-Befragung des Jahres 1992 erbracht hatte).

Vergleicht man die Viktimisierungsraten aus der Befragung 1992 mit denen des Jahres 2005 (Abbildung 3), so ist im Hinblick auf das, was die Befragten für die letzten 12 Monate und die vergangenen 5 Jahre berichten, ein Rückgang zu verzeichnen – und zwar bei Jüngeren wie bei Älteren.

Interessanterweise zeigt sich diese Abnahme nicht, wenn man danach fragt, ob die Personen irgendwann in ihrem Leben schon mal Opfer geworden sind. Dies weist darauf hin, dass in den Daten ein echter Rückgang von Kriminalitätserfahrungen zum Ausdruck kommt – und nicht etwa nur ein Unterschied zwischen den beiden Stichproben der Jahre 1992 und 2005.

Abb. 3: KFN-Viktimisierungsbefragungen 1992 / 2005: Vermögens-, Gewalt-, Sexualstraftaten: 12-Monats-, 5-Jahres und Lebenszeitprävalenzen (in %)



Weitere Auswertungen werden auch darauf gerichtet sein, Unterschiede zwischen den Dunkelfeld-daten aus den Befragungen 1992 und 2005 mit Daten der polizeilichen Kriminalstatistik in Abgleich zu bringen. Wenngleich die Zahl der insgesamt polizeilich registrierten Straftaten seit 1993 (erst ab diesem Jahr liegen gesamtdeutsche Daten vor) nur leicht gefallen ist (1993: 6.75 Millionen, 2004: 6.63 Millionen, 2005: 6.39 Millionen), gibt es in einigen zentralen Deliktsfeldern einen deutlichen Rückgang der polizeilich registrierten Fälle. Direkte Vergleiche der beiden im Zentrum der Befragungen stehenden Jahre 1991 und 2004 lassen sich (in Ermangelung von Daten für 1991 aus den neuen Bundesländern) nur für die alten Bundesländer (inkl. Berlin) vornehmen. Dort liegt die Zahl der registrierten Wohnungseinbrüche 2004 um 27% niedriger als 1991, die der Kfz-Diebstähle sogar um 49%. Zuwächse gab es u.a. bei Betrugsstraftaten und schweren Körperverletzungsdelikten; hier handelt es sich um Deliktsfelder, bei denen in der KFN-Befragung 2005 gegenüber 1992 zumindest keine Abnahme zu verzeichnen war.

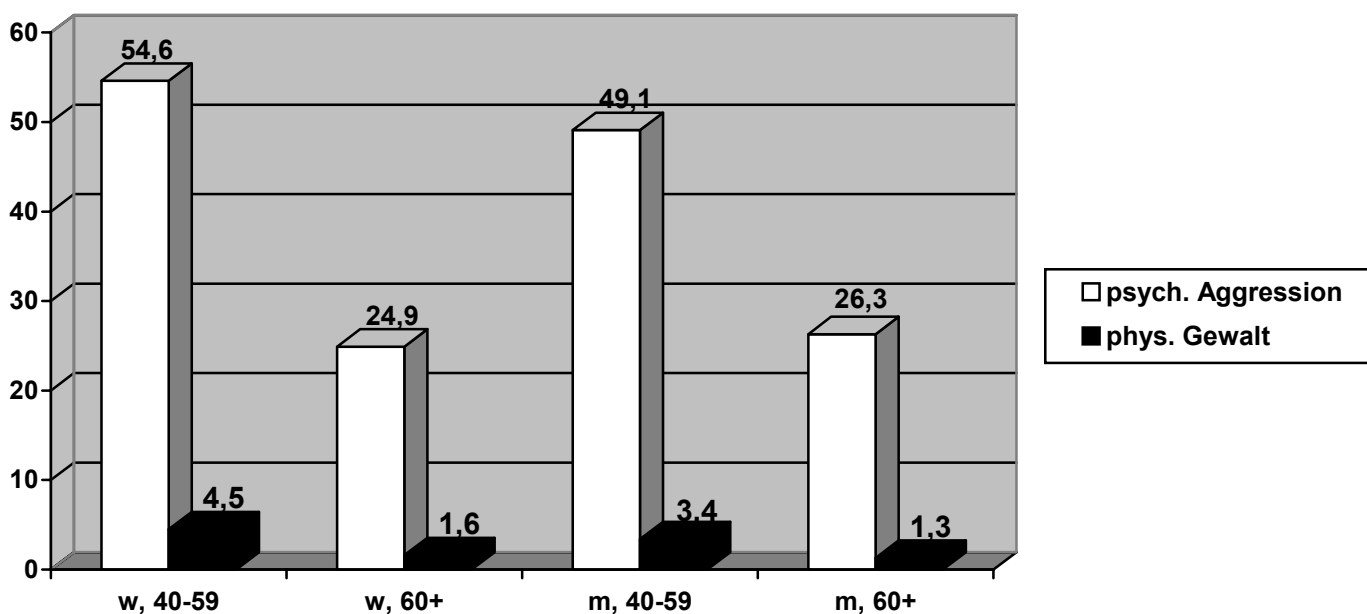
2.2 Erfahrungen mit Nahraumgewalt:

Analog zum KFN-Viktimisierungssurvey 1992 erfasste der schriftlich durchgeführte Teil der KFN-Viktimisierungsbefragung 2005 den Themenkomplex der Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Dabei wurde an Stelle der 1992 eingesetzten Ursprungsversion der *Conflict Tactics Scales* (STRAUS, 1979) eine zwischenzeitlich vorgelegte revidierte Fassung (STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY & SUGARMAN, 1995; 1996) eingesetzt. Beide Instrumente erfassen vor allem die Anwendung physischer Gewalt und psychischer Aggression in interpersonalen Konfliktsituationen.

Abbildung 4 zeigt den Anteil von Personen, die angaben, innerhalb von 12 Monaten das jeweilige Verhalten durch eine nahe stehende Person erlebt zu haben. Sie macht deutlich:

- Psychische Aggression ist weiter verbreitet als körperliche Gewalt. Während etwa jeder vierte befragte Ältere angibt, in den letzten 12 Monaten verbal aggressives Verhalten und andere nicht körperliche Formen von Aggression durch nahe stehende Personen erlebt zu haben, berichten nur einzelne ältere Befragte (1.3% der Männer, 1.6% der Frauen) auch über körperliche Gewalt.
- Erfahrungen mit physischer Gewalt wie mit psychischer Aggression sind bei den relativ Jüngeren deutlich weiter verbreitet als bei Älteren.
- Auf der Ebene von Prävalenzdaten sind die Geschlechterunterschiede relativ zu den Altersdifferenzen eher gering. Die berichtete Prävalenz physischer Nahraum-Gewalt ist in beiden Altersgruppen bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Im Hinblick auf psychische Aggression zeigt sich ein entsprechender Unterschied in der jüngeren Teilstichprobe, nicht jedoch bei den älteren Befragten.

Abb. 4: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005: 12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression/ physischer Gewalt von Familien- / Haushaltmitgliedern (in % der Befragten)



Wir hatten gesehen, dass es im Vergleich der beiden Befragungen 1992 und 2005 einen Rückgang von Kriminalitätserfahrungen gibt. Im Wesentlichen zeigt sich dies auch in Bezug auf Gewalt im Nahraum. Gaben etwa 1992 noch 13.2% der Älteren an, innerhalb der letzten 12 Monate von nahe stehenden Personen beleidigt worden zu sein, so waren es 2005 noch 8.3%. Entsprechend sind die Befunde auch bei den 40-59-Jährigen (23.7% zu 17.9%). Lediglich im Bereich schwerwiegender Formen körperlicher Gewalt ergibt sich kein so klares Bild. Hier sind die (ohnehin bereits sehr geringen) Opferanteile bei den 40-59-Jährigen gegenüber 1992 noch einmal gesunken, während bei den 60-Jährigen und Älteren sogar ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist – allerdings

nach wie vor auf einem geringen Niveau.² In diesem Bereich gibt es somit bei Älteren keinen Hinweis auf einen Rückgang einschlägiger Opfererfahrungen.

Das Instrument enthielt einige Fragen, die sich insofern auf besonders schwerwiegende Vorkommnisse bezogen, als sie

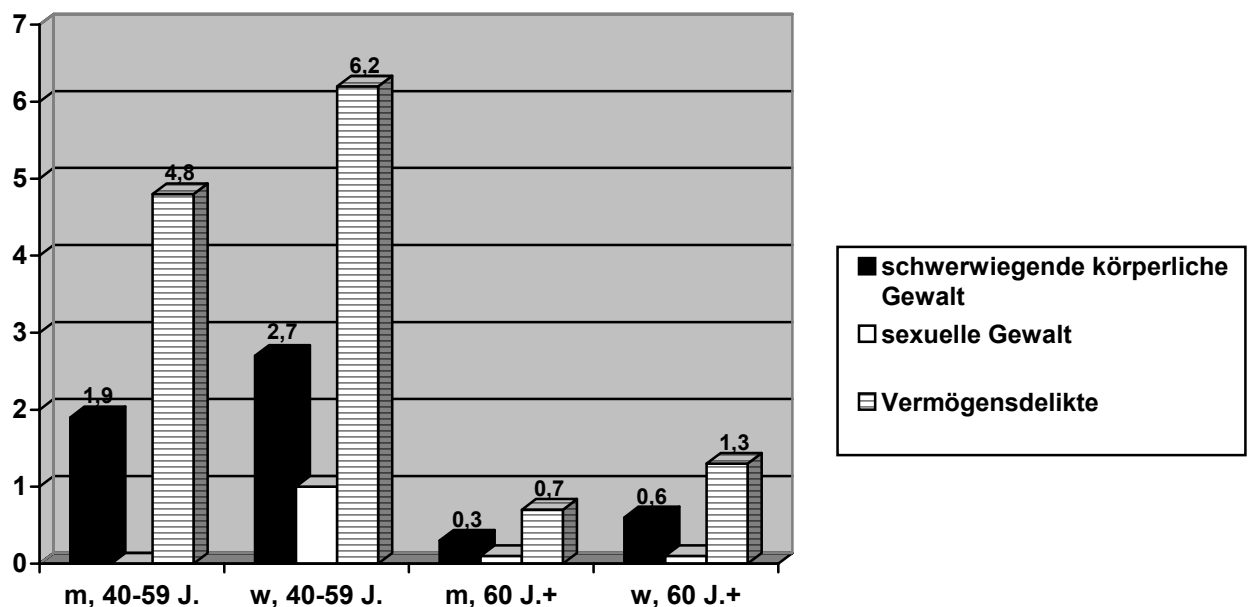
(a) nur Verhaltensweisen von erwachsenen Personen erfassten, die zum Zeitpunkt der Tat mit der betroffenen Person in einem Haushalt lebten und es

(b) ausschließlich um gravierende Vorkommnisse ging, d.h. um schwerwiegende körperliche Gewalt (jemanden schlagen, treten, verprügeln, stoßen, würgen, mit einer Waffe angreifen), um sexuelle Gewalt und um Eigentums- und Vermögensdelikte.

Ergebnisse sind in Abbildung 5 dargestellt; sie zeigen Folgendes:

1. In den genannten Bereichen werden 40-59-Jährige etwa fünfmal so häufig Opfer wie 60-Jährige und Ältere (5-Jahresprävalenz: 1.4% versus 7.6%).
2. In beiden Altersgruppen sind Frauen etwa 1.5mal so häufig betroffen wie Männer. Dieser Unterschied findet sich nicht nur in Bezug auf sexuelle Gewalt (wo ein solches Ergebnis sicherlich zu erwarten war), sondern auch für körperliche Gewalt sowie Eigentums- und Vermögensdelikte.

Abb. 5: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005: 5-Jahres-Prävalenz schwerwiegender Viktimisierungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder (in %)



² War etwa Bedrohung mittels Waffe im Jahr 1992 von Älteren überhaupt nicht berichtet worden, so lag die Prävalenz in der Befragung des Jahres 2005 bei 0.4% - was allerdings auch lediglich 8 Personen entspricht.

Die Gruppe der nach eigenen Angaben innerhalb der letzten 5 Jahre schwerwiegend durch erwachsene Haushaltsmitglieder viktimisierten Älteren besteht lediglich aus 25 Personen (16 Frauen, 9 Männer). Im Hinblick auf körperliche Gewalt (n=9) werden ganz überwiegend (Ehe-)Partner (n=7) als Täter genannt. Lediglich eine der schwerwiegend physisch viktimisierten älteren Frauen hat Anzeige erstattet. In Bezug auf Eigentums- und Vermögensdelikte (n=18) wurden etwa zu gleichen Anteilen Partner und Kinder als Täter genannt. Auch hier wurde nur in einem Fall Strafanzeige erstattet. Sofern die Opfer Angaben zur Schadenshöhe machen konnten, handelte es sich um eher geringe Schäden (durchschnittlich 100 Euro).

Allein leben – Schutz oder Gefahr? Von den Personen, zu denen Informationen hinsichtlich häuslicher Gewalt vorliegen, lebten zum Befragungszeitpunkt 20.3% in Singlehaushalten und 79.7% in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten. Bei den Älteren beträgt der Anteil von Einpersonenhaushalten 24.0%, bei den Jüngeren lediglich 11.7%. Unter den Älteren gibt es in Bezug auf die Haushaltsform einen deutlichen Geschlechterunterschied: Während 10.0% der älteren Männer alleine leben, trifft dies auf 36.8% der älteren Frauen zu.³

Werden für den Zeitraum der letzten 12 Monate Zusammenhänge zwischen Haushaltsform und dem Betroffensein durch verbale Aggression bzw. körperliche Gewalt von Seiten der Familien- und Haushaltsmitglieder betrachtet, zeigt sich Folgendes (vgl. Tabelle 2):

- In der Altersgruppe 60-85 Jahre sind bei beiden Geschlechtern die Anteile der Opfer verbaler / psychischer Aggression bei in Einpersonenhaushalten Lebenden etwa um die Hälfte geringer als bei Befragten, die mit mindestens einer weiteren Person zusammen leben. Gleiches gilt für die Frauen zwischen 40 und 59 Jahren, während bei den Männern die Differenz etwas geringer ist.
- Dieser Effekt zeigt sich in Bezug auf ältere Menschen bei körperlicher Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder nicht. Dieses ohnehin seltene Ereignis tritt bei zum Befragungszeitpunkt allein lebenden Älteren nicht weniger häufig auf als bei Personen, die ihren Haushalt mit Anderen teilen. Bei 40-59-Jährigen hingegen liegen – vor allem bei den Frauen – auch in Bezug auf körperliche Gewalt die Prävalenzen bei den "Wohnungs-Singles" unter denen derjenigen in Mehrpersonenhaushalten.⁴

³ Unter den 40-59-Jährigen leben 13.2% der Männer und 10.2% der Frauen in Einpersonenhaushalten.

⁴ Sicherlich sind unter den Befragten solche, bei denen der Umstand des Alleinlebens auch vor dem Hintergrund vorangegangener Gewalterfahrungen durch ein Haushaltsmitglied zu sehen ist. Detaillierte Analysen von Angaben zu besonders schwerwiegender Gewaltvorkommnissen werden im Verlauf der weiteren Auswertungen diesen Zusammenhang stärker beleuchten.

Tab. 2: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005: 12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression und physischer Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder nach Alter, Geschlecht und Haushaltsform

Viktimisierungsform	Haushaltsform	W		M	
		40-59 J.	60 J. +	40-59 J.	60 J. +
Psych. Aggression					
	Single	28.9%	16.5%	37.5%	13.3%
	> 1 Person	59.1%	30.8%	51.1%	28.3%
Physische Gewalt					
	Single	0.0%	1.8%	2.1%	1.2%
	> 1 Person	5.1%	1.6%	3.4%	1.3%

2.3 Viktimisierung von Pflege- und Hilfebedürftigen

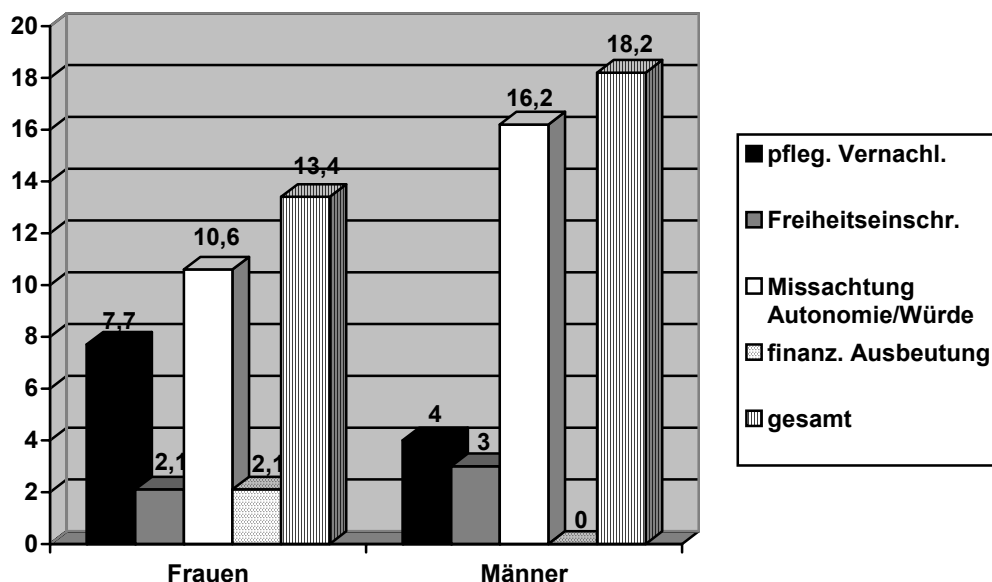
In begrenztem Umfang kann die KFN-Viktimisierungsbefragung auch Antworten auf die Frage geben, wie sich die Gefährdungslage für Menschen darstellt, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen Pflege, Hilfe und Unterstützung benötigen. Begrenzt sind die Antwortmöglichkeiten vor allem deshalb, weil eben diese Merkmale auch dazu beitragen, dass Personen in derartigen vollstandardisierten Befragungen nicht erreicht werden.

Im Viktimisierungssurvey 2005 wurde im Anschluss an eine Filterfrage ("Es kommt vor, dass Menschen in ihrem Alltag Hilfe, Unterstützung und Pflege durch andere erhalten z.B. indem andere Personen sie begleiten (etwa bei Einkäufen, Arztbesuchen) oder sie bei Tätigkeiten unterstützen (wie z.B. im Haushalt oder bei der Körperpflege). Außerdem kann es sein, dass Menschen regelmäßig und auf längere Zeit Hilfe bei medizinischen Verrichtungen bekommen, wie z.B. bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Wechseln von Verbänden. Denken Sie jetzt bitte an die Zeit seit Anfang des Jahres 2000. Haben Sie in dieser Zeit derartige Hilfe, Pflege oder andere Unterstützung erhalten?") für diejenigen, die die Frage bejaht hatten, zunächst die Prävalenz verschiedener Formen von Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder und für Betreuung, Pflege oder Unterstützung zuständige Personen erhoben (Beeinträchtigungen der persönlichen Freiheit, Vernachlässigung, erzwungene Übertragung von Eigentum etc.). In einem weiteren Schritt wurden für diese problematischen Verhaltensweisen auch Inzidenzen in Bezug auf das Jahr 2004 erfasst.

6.0% der Jüngeren und 13.7% der Älteren gaben an, aktuell oder in den vergangenen fünf Jahren im Sinne der oben genannten Frage Hilfe, Pflege oder Unterstützung erhalten zu haben. Bei den Älteren sind dies 241 Personen, zu 59% Frauen; das Durchschnittsalter beträgt 74 Jahre. Der relativ hohe Anteil von fast 14% weist bereits darauf hin, dass es sich hierbei nicht nur um Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI handelt. Tatsächlich gaben von den 241 Älteren, die die Frage nach Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf in den letzten fünf Jahren bejaht hatten, lediglich 44 (18.3%) an, aktuell SGB XI-Leistungen zu beziehen. Von diesen 44 Personen waren 27 in Pflegestufe 1, 10 in Pflegestufe 2 und immerhin 6 in Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige) eingruppiert.

Abbildung 6 stellt dar, wie viele der aktuell oder früher pflege- und hilfebedürftigen Menschen ab 60 Jahren angaben, "von Haushaltsmitgliedern, Familienangehörigen oder anderen Personen, die für Ihre Betreuung, Pflege oder Unterstützung zuständig sind, schlecht behandelt" worden zu sein. Dabei werden die Bereiche pflegerische Vernachlässigung (z.B. hat mir wichtige Medikamente vorenthalten; hat mir Hilfe bei der Körperpflege verweigert, obwohl ich alleine nicht zurecht kam), Einschränkung der Bewegungsfreiheit (z.B. hat mich im Zimmer / in der Wohnung eingeschlossen; hat mich gezwungen, Medikamente zur Ruhigstellung zu nehmen), finanzielle Ausbeutung (hat mich gezwungen, Sachen zu verschenken oder Eigentum gegen meinen Willen zu übertragen) sowie verschiedenen Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (z.B. hat meine Kontaktmöglichkeiten zu anderen Personen absichtlich eingeschränkt; hat eine wichtige Entscheidung, die mich betraf, über meinen Kopf hinweg getroffen) unterschieden. Rund 15% der aktuell oder früher Pflege- und Hilfebedürftigen berichten problematisches Verhalten von Pflege- und Betreuungspersonen, vor allem verschiedene Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (13%) und der pflegerischen Vernachlässigung (6%).

Abb. 6: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005: Viktimisierung älterer Menschen durch Pflege- und Betreuungspersonen (in % der Befragten)



Eine solche Fragebogenstudie kann lediglich eine unter Gesundheitsgesichtspunkten positive Auswahl pflege- und hilfebedürftiger Personen erreichen. Demenzkranke sind mutmaßlich nicht vertreten; es handelt sich um Personen, die körperlich und intellektuell in der Lage waren, die Befragung zu absolvieren. Wegen dieser positiven Selektion einerseits und des geringen Stichprobenumfanges andererseits können die Ergebnisse nicht verlässlich hochgerechnet werden auf Pflegebedürftige insgesamt. Was den Daten sicherlich zu entnehmen ist, ist der Umstand, dass sich auch unter jenen Personen, die nur bis zu einem gewissen Grad oder nur vorübergehend auf die Hilfe Anderer angewiesen sind, in nennenswertem Umfang solche finden, die von eben diesen Helfern schlecht behandelt wurden.

3. Schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte

Im Hinblick auf die geringe bzw. in hohem Maße selektive Befragbarkeit Pflegebedürftiger schied die Möglichkeit einer standardisierten Opferwerdungsbefragung bei Pflegebedürftigen praktisch aus. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig einen Verzicht auf die Erhebung quantitativer Daten zur Viktimisierung pflegebedürftiger älterer Menschen. Vielmehr besteht die Möglichkeit, Personen, die unmittelbar an Pflegebeziehungen und Pflgetätigkeiten beteiligt sind, zu ihren Erfahrungen und ihrem Verhalten zu befragen; grundsätzlich können diese Personen im Hinblick auf die Untersuchungsthematik als (potenzielle) Akteure, als Betroffene und als Beobachter, Zeugen oder Informanten angesprochen werden. Im Rahmen der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" wird diese Option zweifach genutzt, indem sowohl ambulante Pflegekräfte als auch pflegende Familienangehörige befragt werden. Im Folgenden werden die Befragung professionell Pflegenden und zentrale Ergebnisse beschrieben (vgl. dazu im Detail RABOLD, 2006).

Im Frühjahr 2005 wurde in Hannover eine Befragung bei 49 der insgesamt 56 im Stadtgebiet ansässigen ambulanten Pflegedienste⁵ durchgeführt. Nach Abzug der neutralen Ausfälle ergibt sich bei den an der Befragung mitwirkenden Diensten eine bereinigte Bruttostichprobe von N = 1.162 pflegerisch tätigen MitarbeiterInnen. 503 zurückgesandte auswertbare Fragebögen entsprechen einer Ausschöpfungsquote von 43.3%.

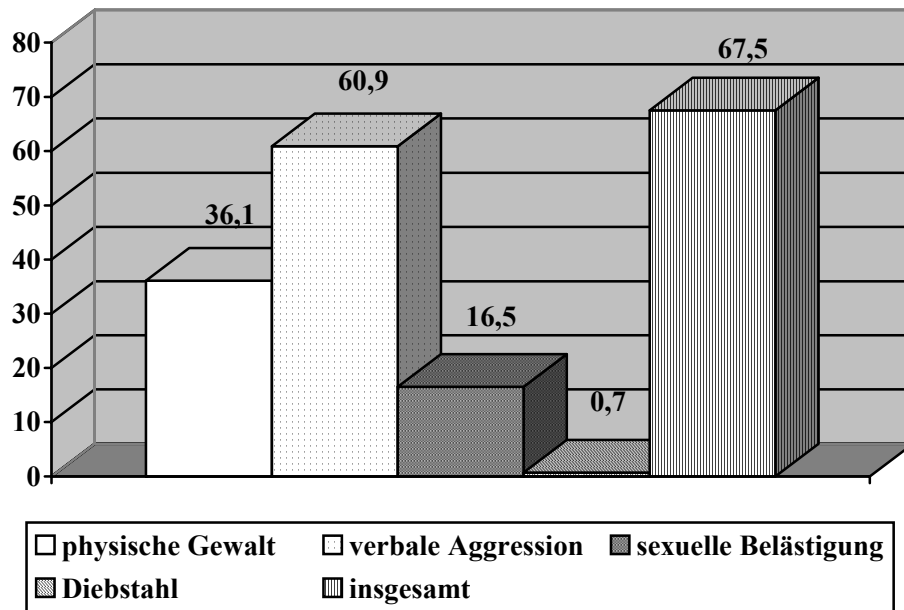
Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 41 Jahren, der Frauenanteil bei 85%. Zu 47% handelte es sich bei den Befragten um examinierte Pflegekräfte; die mittlere Berufserfahrung lag bei 12 Jahren. Rund 48% der Befragten waren bei privaten Diensten, weitere 37% bei solchen in kirchlicher Trägerschaft beschäftigt.

Befunde der Pflegekräftebefragung: Die Pflegekräfte wurden zu aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger befragt, das sie erlebt hatten, ferner zu eigenem und zu von ihnen beobachtetem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Diese Fragen bezogen sich jeweils auf die letzten 12 Monate.

(a) Pflegekräfte als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene: Gefragt wurde nach Erfahrungen mit körperlicher Gewalt, verbal aggressivem Verhalten und sexueller Belästigung. Abbildung 7 stellt Ergebnisse dar. Fast ein Drittel der Befragten gibt an, binnen 12 Monaten keine dieser unangenehmen Erfahrungen gemacht zu haben. Verbal aggressives Verhalten wird weitaus am häufigsten berichtet. Mehr als ein Drittel (36.1%) der Befragten berichtet physische Übergriffe, etwa ein Sechstel sexuelle Belästigungen (16.5%). Bei letzteren ist davon auszugehen, dass es sich teils um verbale sexuelle Belästigungen, teils auch um körperliche Übergriffe durch demenziell erkrankte Pflegebedürftige handelt. Bei den körperlichen Übergriffen stehen (mutmaßlich) weniger schwere Erscheinungsformen wie grob anfassen oder kratzen im Vordergrund; immerhin gaben aber z.B. 36 Pflegekräfte an, im vergangenen Jahr von Pflegebedürftigen getreten worden zu sein.

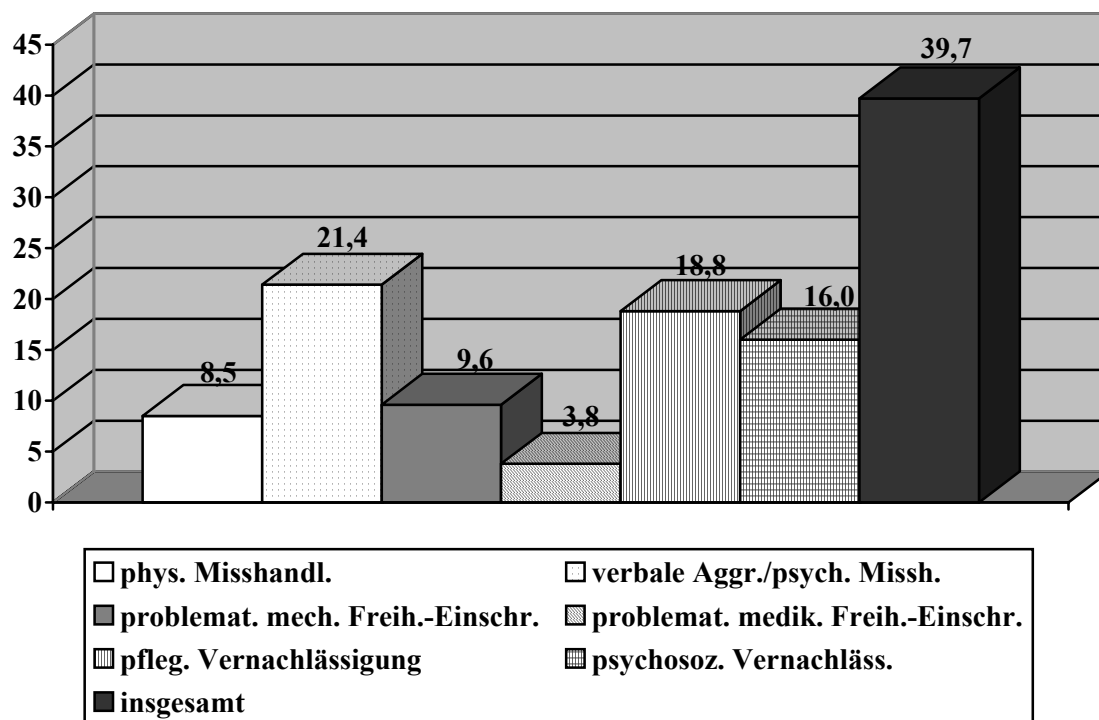
⁵ Sechs Dienste verweigerten ihre Teilnahme, eine Neugründung schied aus, da der Dienst erst seit wenigen Monaten bestand und auf 12 Monate bezogene Fragen nicht zu beantworten bzw. die Antworten nicht dem Pflegedienst zuzurechnen gewesen wären.

Abb. 7: KFN-Pflegekräftebefragung 2005: 12-Monats-Prävalenz von Pflegekräften berichteter Viktimisierungen durch Pflegebedürftige (in % der Befragten)



(b) Von Pflegekräften berichtete Viktimisierungen von Pflegebedürftigen: 39.7% der befragten Pflegekräfte berichten für den Zeitraum der letzten 12 Monate wenigstens eine Form von im Sinne der Studie problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Die Prävalenzen in den einzelnen Viktimisierungsfeldern sind in Abbildung 8 dargestellt. Daraus geht hervor, dass verbale Aggression / psychische Misshandlung von allen Viktimisierungsformen am häufigsten angegeben wird; mehr als jede fünfte Pflegekraft konzidiert mindestens einmaliges Auftreten entsprechenden Verhaltens. Ebenfalls weit verbreitet sind Formen pflegerischer und psychosozialer Vernachlässigung. Problematische Formen mechanischer bzw. medikamentöser Freiheitseinschränkung werden von 10 bzw. 4% der Befragten berichtet. 8.5% der Pflegekräfte haben nach eigenen Angaben mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen physisch misshandelt.

Abb. 8: KFN-Pflegekräftebefragung 2005: 12-Monats-Prävalenz selbstberichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen (in % der Befragten)



Werden die spezifischen berichteten Verhaltensweisen betrachtet, zeigen die Befunde eine deutliche Dominanz eher wenig schwerwiegender Verhaltensweisen. Vernachlässigung im Bereich der Mundpflege und der Lagerung werden relativ häufig berichtet. Eine pflegebedürftige Person beschimpfen oder anschreien, sie auf Wunsch von Angehörigen einsperren oder fixieren – auch dazu bekennen sich Pflegekräfte in nennenswerter Zahl. Zugleich ist festzustellen, dass schwere und eindeutig aggressive Formen der Viktimisierung kaum berichtet werden. Physische Übergriffe beschränken sich weitgehend auf "grobess Anfassen". Zwar erlaubt die Erhebungsform keine Rekonstruktion konkreter Fälle, doch liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei vielfach um Verhalten handelt, das im Zuge von Pflegehandlungen stattfindet und nicht mit der Intention ausgeführt wird, dem Pflegebedürftigen Schmerzen zuzufügen oder ihn zu verletzen (sondern z.B. seine Mitwirkung bei Pflegehandlungen zu forcieren, ihn an selbstgefährdendem Verhalten zu hindern, einen Angriff abzuwehren).

(c) Prädiktoren selbstberichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen:

Im Verlauf der weiteren Analysen wurde ein Merkmal "bedeutsames Problemverhalten von Pflegekräften" definiert. "Bedeutsames Problemverhalten" wurde dann angenommen, wenn eine Person Verhaltensweisen berichtete, die den Erwartungen an ihr Verhalten und ihrem Berufsethos in hohem Maße zuwiderlaufen, sei es, weil für die Verhaltensweise kaum eine Rechtfertigung denkbar ist (z.B. jemanden absichtlich beleidigen, jemanden mit Worten bedrohen, jemandes Schamgefühl vorsätzlich verletzen), sei es, weil weniger schwerwiegende Verhaltensweisen gehäuft oder in vielfältigen Formen auftreten. Vor diesem Hintergrund wurden rund 18% der Pflegekräfte (n=77) als solche mit "bedeutsamem Problemverhalten" klassifiziert. Als Prädiktoren dieses Verhaltens erwiesen sich in multivariaten Analysen folgende Merkmale (im Detail dazu siehe RABOLD, 2006):

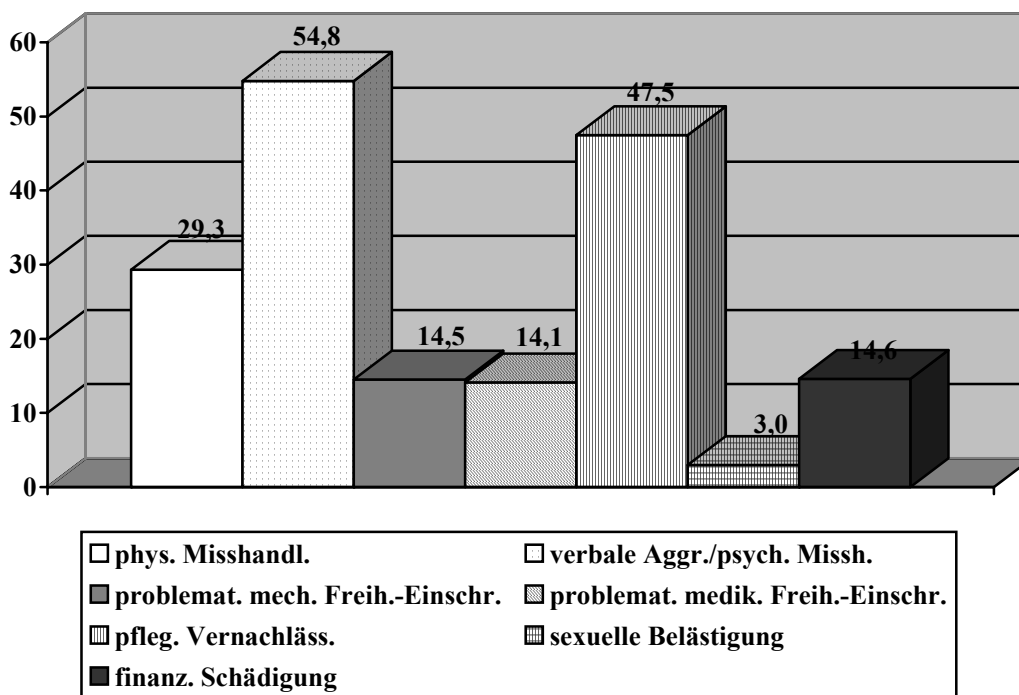
- aggressives Verhalten / Übergriffe von Seiten Pflegebedürftiger,
- große Zahl regelmäßig betreuter demenzkranker KlientInnen,

- Alkoholkonsum als Strategie der Belastungsbewältigung,
- negative Bewertung der Pflegequalität des jeweiligen Pflegedienstes insgesamt,
- wenn nicht examinierte Kräfte nach eigenen Angaben regelmäßig behandlungspflegerische Tätigkeiten ausführten, wirkte das im Vergleich zu nicht Examinieren ohne regelmäßige Behandlungspflege risikoerhöhend.

Diese Merkmale zeigen – insbesondere, wenn sie in Kombination miteinander auftreten – ein gewisses Risiko an. Sie lassen sich zwar nicht ohne weiteres als Ursachen bedeutsamen Problemverhaltens verstehen, geben aber jedenfalls Hinweise auf Ansatzpunkte für gewaltpräventive Maßnahmen.

(d) Beobachtete Viktimisierung von Pflegebedürftigen: Pflegekräfte wurden neben ihrer Rolle als potenzielle Opfer und Täter auch als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich befragt. Derartige Zeugenberichte beziehen sich nicht immer auf unmittelbare Verhaltensbeobachtungen, sondern auch auf dem Befragten zur Kenntnis gebrachte Berichte (des Pflegebedürftigen oder anderer Personen) über Verhalten sowie auf Rückschlüsse auf Verhalten aufgrund entsprechender Symptome. In Abbildung 9 sind die 12-Monats-Prävalenzen für solche zeugenschaftlich berichteten Formen der Viktimisierung dargestellt. Besonders häufig wird von psychischer Misshandlung, pflegerischer Vernachlässigung und physischer Aggression berichtet. Mehr als jede zweite Pflegekraft wurde im Referenzzeitraum Zeuge mindestens einer verbalen Aggression/psychischen Misshandlung des Pflegebedürftigen; etwa ebenso häufig berichten die Pflegekräfte von pflegerischer Vernachlässigung. Jede dritte Pflegekraft gibt an, physische Misshandlung mitbekommen zu haben.

Abb. 9: KFN-Pflegekräftebefragung 2005: Als Zeuge berichtetes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen (12-Monats-Prävalenz in % der Befragten)



Im Unterschied zu den Selbstberichten werden aus einer solchen Perspektive auch schwerwiegende Formen physischer Gewalt berichtet, desgleichen sexuelle Belästigungen Pflegebedürftiger; die Fallzahlen sind allerdings relativ gering.

Die Pflegekräfte wurden auch danach gefragt, worauf sich ihre Beobachtung oder ihr Wissen um die Viktimisierung von ihnen mitbetreuter Pflegebedürftiger stützt. Dabei wurde deutlich, dass die Erkenntnis- und Informationsquellen der Pflegekräfte in Bezug auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Dritte zwischen den Deliktsfeldern stark variieren. Der unmittelbaren Beobachtung kommt in allen Bereichen Bedeutung zu; insbesondere beleidigendes, verbal aggressives, entwürdigendes Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen findet offenbar auch in Gegenwart einer dritten Person statt. Pflegerische Vernachlässigung wird vor allem aus der Beobachtung entsprechender Symptome erschlossen. Insbesondere bei psychischer Misshandlung, pflegerischer Vernachlässigung und finanzieller Schädigung spielen Berichte von Pflegebedürftigen eine Rolle. Offenbar können Pflegekräfte für von Viktimisierungen bedrohte und betroffene Ältere wichtige Ansprechpartner sein.

(e) Maßnahmen: Vor dem Hintergrund des hohen Maßes an professioneller Erfahrung der Pflegekräfte wurden im Fragebogen auch Einschätzungen zum gewaltpräventiven Potenzial verschiedener im Instrument vorgegebener Maßnahmen erfasst. Möglichkeiten zur Reduktion von Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege älterer Menschen werden von Pflegekräften primär in drei Feldern gesehen:

- in einer Verbesserung der Rahmenbedingungen ambulanter Altenpflege, vor allem im Hinblick auf die für eine misshandlungs- und vernachlässigungsfreie Pflege erforderlichen Zeitbudgets und die speziellen Anforderungen an die Pflege Demenzkranker
- in einer Optimierung der pflegerischen Ressourcen auf Seiten der Familienangehörigen der Pflegebedürftigen (in erster Linie durch Beratung, Information und Schulung)
- in einer verbesserten personellen Ausstattung des jeweiligen Pflegedienstes – in quantitativer wie qualitativer Hinsicht (d.h. es geht nicht nur um mehr, sondern auch um besser ausgebildetes, fortgebildetes und supervidiertes Personal).

4. Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings

4.1 *Methodischer Zugang und Stichprobe*

Im Hinblick auf eine Analyse von Viktimisierungsrisiken in familialen Pflegebeziehungen erschien es in mehrfacher Hinsicht sinnvoll, über die Erhebung primär quantitativer Befragungsdaten hinauszugehen. Mittels leitfadengestützter Interviews können Pflegebedürftige besser erreicht werden als durch eine im Vergleich hierzu unflexible vollstandardisierte Befragung. Zudem bieten qualitative Interviews mehr Möglichkeiten, der Individualität konkreter Pflegearrangements gerecht zu werden und erlauben es, die genauen Umstände problematisch erscheinender Handlungen zu erkunden. In Interviews lassen sich Tatumstände, Tatmotive, Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgründe detailliert explorieren; dies ist in einem Bereich, in dem keinesfalls grundsätzlich von "Gewaltbereitschaft" oder "krimineller Motivation" der Befragten ausgegangen werden kann, von größter Bedeutung.

Die Durchführung der Interviews erfolgte im Zeitraum zwischen November 2005 und Juni 2006 in drei Regionen (in Berlin, im Großraum Hannover sowie in Göttingen und im ländlichen Südnieder-

sachsen). In den Gesprächen wurden Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste, sowie in einigen Fällen in anderer Weise professionell mit dem Thema befasste Personen (u.a. MitarbeiterInnen von Krisentelefonen, Beratungsstellen) zu ihren Erfahrungen mit der häuslichen Pflege befragt. Über die Interviews hinaus wurden in einigen Fällen Gruppengespräche (zweimal mit pflegenden Angehörigen sowie je einmal mit ambulanten Pflegekräften und mit MitarbeiterInnen einer städtischen Altenhilfeinstitution) geführt. Der Zugang zu den Befragten erfolgte über Presseveröffentlichungen sowie über eine Zufallsauswahl ambulanter Dienste, in geringerem Maße auch über einschlägige Beratungs- und Hilfeeinrichtungen.

Insgesamt wurden 178 Interviews und 4 Gruppengespräche geführt, in denen 201 Personen erreicht wurden. Es handelt sich um eine in allen Teilgruppen überwiegend weibliche Stichprobe; 22.4% der befragten Personen waren Männer. Darin spiegelt sich die Dominanz von Frauen sowohl unter den in der Pflege Tätigen als auch unter den Pflegebedürftigen wider. Das Durchschnittsalter der in den Interviews (ohne Gruppengespräche) erreichten Personen liegt bei 58.3 Jahren. Die befragten Pflegebedürftigen waren zum Interviewzeitpunkt durchschnittlich 77.4 Jahre alt (Minimum: 61 Jahre, Maximum: 99 Jahre), die pflegenden Angehörigen 61.4 Jahre; hier lag die Altersspanne zwischen 38 und 88 Jahren. 54.4% der familial Pflegenden waren 60 Jahre und älter; immerhin 6 (6.7%) hatten das 80. Lebensjahr bereits vollendet. Von den befragten Pflegebedürftigen waren 16 (50.0%) mindestens 80 Jahre alt, 5 (15.6%) sogar 90 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der ambulanten Pflegekräfte liegt bei 41.0 Jahren; die Spanne reicht hier von 22 bis zu 61 Jahren.

4.2 *Thesen auf der Basis erster Sichtungen des Interviewmaterials*

Da die Feldphase der Interviewstudie soeben erst abgeschlossen wurde, ist diese Teilstudie noch in einem sehr frühen Stadium der Datenaufbereitung. Im Folgenden werden thesenartig einige Themenfelder umrissen, die sich in wiederholten Diskussionen der Interviews und ihres Ertrags im Kreis der InterviewerInnen als bedeutsam für die weitere Analyse erwiesen haben.

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Übernahme von Pflegeverantwortung sind für eine Familie kritische Lebensereignisse und stellen Innovationserfordernisse dar. Wer die Pflege eines Angehörigen übernimmt, muss Vieles neu lernen, und dies keineswegs nur auf einer pflegerisch-handlungspraktischen Ebene, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Ausgestaltung der Beziehung zwischen den beteiligten Personen unter durch Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme veränderten Bedingungen.

(2) Pflege und Pflegebedürftigkeit sind für die unmittelbar beteiligten Personen in hohem Maße identitätsrelevant. Sie prägen das Selbstbild wie die Wahrnehmung durch Dritte. Wer einen Angehörigen pflegt, erlebt sich oft in erster Linie als Pfleger und wird auch von Anderen so gesehen.

(3) Familiäre Pflegebeziehungen unterscheiden sich in starkem Maße im Hinblick auf die Überzeugungen, Einstellungen und Emotionen, welche das Übernehmen von Pflegeverantwortung und das Fortführen der Pflegebeziehung begründen.⁶ Diese Grundhaltungen sind mit unterschiedlichen

⁶ Da spielt das Eheversprechen und dessen als unaufhebbar erlebte Bindungswirkung ebenso eine Rolle wie Zuneigung und Liebe zum Pflegebedürftigen und die Qualität der Beziehung vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit; Pflege wird aus einem Gefühl der Dankbarkeit für frühere elterliche Fürsorge bzw. für positives Verhalten des Partners übernommen oder unter der Annahme, der Partner hätte anderenfalls auch gepflegt. Religiöse Überzeugungen spielen eine Rolle; familiäre Solidarität wird als hoher Wert wahrgenommen, aus dem sich eine als selbstverständlich erlebte Verpflichtung

Graden der Stabilität und Krisenfestigkeit von Pflegebeziehungen verknüpft und bergen unterschiedliche Risiken der Misshandlung und Vernachlässigung in sich. Problematisch erscheinen sowohl Positionen, denen zufolge Pflege in der Familie überhaupt keiner Begründung bedarf (sondern unhinterfragbar und selbstverständlich sei) als auch solche, bei denen "sekundäre Pflegemotive" – insbesondere solche ökonomischer Art – eine dominante Rolle spielen.

(4) Familiäre Pflege kann nur vor dem Hintergrund der Beziehungsgeschichte der daran beteiligten Personen verstanden werden. Diese Beziehungsgeschichte prägt die Entscheidung für oder gegen die Übernahme von Pflegeverantwortung ebenso wie die Pflegebeziehung in ihrem Verlauf.

(5) Die Pflege demenziell Erkrankter ist in mehrfacher Hinsicht ein hochspezifisches Problemfeld. Die Erkrankung verändert die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden in starkem Maße. Typische von Pflegenden als belastend erlebte Verhaltensweisen treten bei demenziellen Erkrankungen gehäuft auf. Demenzpflege erfordert die Fähigkeit, zu aggressivem und problematischem Verhalten des Pflegebedürftigen auf Distanz zu gehen, ihn für sein Verhalten nicht verantwortlich zu machen.

(6) Im häuslichen Umfeld gepflegte Pflegebedürftige leiden insgesamt primär unter den die Pflegebedürftigkeit begründenden Erkrankungen, erst in zweiter Linie auch unter den konkreten Pflegebedingungen und dem Verhalten der Pflegenden. Die Frühphase der Pflegebedürftigkeit ist insbesondere in Fällen, in denen sie plötzlich und nicht vorhersehbar eintritt, eine kritische Zeit. Wiederholt berichten Pflegenden wie Pflegebedürftige über aggressive Impulse und aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen, gekoppelt mit Depressivität, Verzweiflung, Abwehr gegen die Erkenntnis der durch die Erkrankung eingetretenen Funktionseinschränkungen und Einbußen an Lebensqualität.

(7) Die Belastungen pflegender Angehöriger sind vielfältig. Sie ergeben sich nicht nur aus der Beanspruchung durch die pflegerische Arbeit selbst und aus problematischem Verhalten des Pflegebedürftigen, sondern auch aus der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person, aus Qualität und Quantität der Unterstützung durch das familiäre und sonstige Umfeld. Insbesondere langjährige Pflege kann wie ein Tunnel wirken, in dem der Blick für die Außenwelt, die Kontakte nach außen und das Spektrum von Interessen und Aktivitäten außerhalb der Pflege immer mehr schwinden.

(8) Zugleich bringt Pflege für Pflegenden nicht nur Belastungen, sondern auch vielfältige Möglichkeiten zu Belohnungen und Gewinnen mit sich. Dazu gehören eine Steigerung des Selbstwerts, das Erleben von Sinn in einer großen Aufgabe, Anerkennung und Zuwendung, die Chance, biographisch nicht verwirklichte Optionen innerhalb einer Beziehung unter durch die Pflegebedürftigkeit veränderten Bedingungen zu realisieren, schließlich auch finanzielle Belohnungen.

(9) Soziale Isolation einer Pflegedyade erhöht in mehrfacher Hinsicht das Risiko, dass es zu problematischen, das Wohlergehen des Pflegebedürftigen (vielfach auch des Pflegenden) gefährdenden Situationen kommt. Soziale Isolation erhöht das Risiko der Überlastung Pflegenden; sie bedeutet zugleich fehlende informelle Sozialkontrolle und bringt die Gefahr mit sich, dass es innerhalb von Pflegebeziehungen zu einer Relativierung von Verhaltensmaßstäben und zu einer gewissen normativen Entkoppelung von der Außenwelt kommt.

gegenüber Eltern ableitet. Finanzielle Aspekte (Pflegegeld, Rente, Sichern des Erbes etc.) spielen eine Rolle, ebenso der Umstand, dass die Übersiedlung in ein Heim als eine nicht akzeptable Alternative erscheint (trotz z.T. problematischer Situation).

(10) Pflege im häuslichen Kontext bietet aus einer kriminologischen Perspektive geradezu "paradiesisch" anmutende Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten:

- Sie vollzieht sich im privaten, den Blicken der Öffentlichkeit weitgehend entzogenen Raum.
- Bei den potenziellen Opfern handelt es sich um pflege- und hilfebedürftige Personen, die zu einer Gegenwehr nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind (und – vor allem soweit es um Eigentums- und Vermögensdelikte geht – die Viktimisierung möglicherweise nicht bemerken bzw. nicht eindeutig als solche erkennen).
- Das Risiko des Täters, dass seine Tat Dritten (sei es das private Umfeld des Opfers, seien es relevante Institutionen) bekannt wird und er deshalb Sanktionen erfährt, ist gering. Insbesondere demenziell erkrankte Personen dürften kaum in der Lage sein, entsprechende Maßnahmen zu initiieren.
- Potenzielle Täter können die Taten aus einer vom Opfer wie von der sozialen Umwelt so erlebten Vertrauensbeziehung heraus begehen.
- Pflege impliziert körperliche Nähe; körperliche Nähe schafft – insbesondere im Bereich der Gewaltdelikte – Tatgelegenheiten.
- Im Bereich der Gewaltdelikte (bis hin zu Tötungen) sind Täter tendenziell dadurch geschützt, dass Deliktsfolgen von Folgen der – oftmals multiplen – Erkrankungen sowie von Folgen nicht gewaltbedingter Verletzungen bisweilen nur schwer zu unterscheiden sind. Gegenüber hochaltrigen und pflegebedürftigen Opfern besteht die Erwartung, dass sie gesundheitlich, intellektuell oder funktional eingeschränkt sind, dass es ihnen im Verlauf der Zeit schlechter gehen wird und dass sie sterben werden. Potenzielle Viktimisierungsfolgen liegen somit innerhalb dieses durch die Konzepte "Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Leiden, Tod" aufgespannten Bezugsrahmens.
- Soweit es um Vernachlässigung geht, sind die deliktischen Handlungen Unterlassungen, die per definitionem (als "Nicht-Handeln") oftmals nicht beobachtet werden können, sondern erst anhand ihrer Folgen zu diagnostizieren sind.

(11) Günstige Tatgelegenheiten erklären allerdings nicht, warum es zu Misshandlung oder Vernachlässigung kommt. Dazu bedarf es – soweit es überhaupt um motiviertes Handeln geht und nicht um Dinge, die der Person sozusagen "ohne böse Absicht" zugefügt werden – eines Motivs, das stärker ist als die für Pflegebeziehungen zentralen Motive der Fürsorge, der Hilfe, der Pflege und des Schutzes.

Es stellt sich daher die Frage, wie Schädigungsmotive in einer Pflegebeziehung existieren und dort handlungswirksam werden können. Hier sind mehrere Konstellationen denkbar:

- Fälle, in denen die pflegerische Motivation vorgeschoben oder jedenfalls nicht durchgängig vorhanden ist, in denen es dem Akteur zumindest auch darum geht, sich zu bereichern bzw. die pflegebedürftige Person zu schädigen und die Bedingungen, welche sich in der häuslichen und familialen Pflege bieten, als günstiges Tatsetting vorgefunden oder sogar aufgesucht bzw. hergestellt werden; in der privaten wie der professionellen Pflege mag das

zunächst als eine nicht sehr wahrscheinliche Konstellation erscheinen, doch sind gravierende Fälle bekannt, in denen genau solches geschehen ist⁷

- Fälle, in denen Pflegemotiv und Schädigungsmotiv sich auf jeweils unterschiedliche Bereiche beziehen (insbesondere: Person versus Vermögen); das Ergreifen einer sich bietenden Gelegenheit, sich zu bereichern, steht nicht zwingend im Widerspruch zu einer dominierenden pflegerischen, um das – zumindest körperliche – Wohlbefinden der Person besorgten Motivation
- Fälle, in denen sich im Rahmen einer "originär echten Pflegebeziehung" im Verlauf der Zeit oder zumindest zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Motiv entwickelt, die pflegebedürftige Person zu schädigen bzw. ihr Leid oder Schmerzen zuzufügen
- Fälle, in denen Emotionen und Motivstruktur einer Person gegenüber einem konkreten Pflegebedürftigen oder auch gegenüber Pflege, Pflegebedürftigkeit und pflegebedürftigen Personen insgesamt durch ein hohes Maß an Ambivalenz und Widersprüchlichkeit gekennzeichnet sind, in denen daher das Handlungsziel "Pflege" und das Handlungsziel "Schädigung" nebeneinander bestehen können⁸

7

So beschreiben Käferstein, Madea & Sticht (1996) den Fall einer im Raum Köln ambulant tätigen Altenpflegerin, die wegen der Tötung von fünf Frauen sowie eines Mannes im Alter von 80 bis 88 Jahren nach § 211 StGB verurteilt wurde. Die wegen Eigentumsdelikten vorbestrafte Täterin hatte sich offenbar am Besitz der von ihr getöteten PatientInnen bereichert. Lediglich in einem dieser Fälle entstand frühzeitig ein Vergiftungsverdacht, so dass bald nach dem Tod eine Obduktion durchgeführt wurde, wobei eine Vergiftung nachgewiesen werden konnte. In allen anderen Fällen war zunächst ein „natürlicher Tod“ bescheinigt worden.

Im November 2001 verurteilte das Landgericht Bremen einen 32-jährigen Krankenpfleger wegen fünffachen Mordes zu lebenslanger Haft und erkannte auf eine besondere Schwere der Schuld. Der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes in Bremerhaven war im Mai 2001 wegen Unterschlagung entlassen worden. Er hatte danach innerhalb kurzer Zeit fünf Frauen zwischen 80 und 90 Jahren, die er zuvor als Pfleger betreut hatte, in ihren Wohnungen ermordet und beraubt. Seine Beute belief sich den Ermittlungen zufolge insgesamt auf DM 4.900. Von dem Geld hatte der verschuldete Mann u.a. Kontakte zu einer Prostituierten finanziert (vgl. Höchststrafe für Olaf Däter, 2001).

Im März 2004 verurteilt das Landgericht Stuttgart eine 48-jährige Frau wegen Mordversuchs an zwei pflegebedürftigen 79 und 80 Jahre alten Frauen zu zehn Jahren Haft. Die Verurteilte hatte u.a. diese beiden vermögenden Frauen in ihrer 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 große Geldsummen 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 im Verfahren nicht mehr mit hinreichender Sicherheit ermitteln ließ, wurde die Frau lediglich wegen Mordversuchs verurteilt. Im Oktober 2004 verwarf der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofes die Revision der Angeklagten gegen dieses Urteil als unzulässig (vgl. BGH BESTÄTIGT ZEHNJÄHRIGE HAFTSTRAFE FÜR «TODESENGEL», 2004; ZEHN JAHRE HAFT FÜR "PFLEGERIN", 2004).

8

In einem aktuellen Fall aus Hannover, zu dem auch im Rahmen der Studie ein Interview (mit Verantwortlichen des betroffenen Pflegedienstes) geführt werden konnte, liegt die Vermutung nahe, dass solche ambivalenten und höchst widersprüchlichen Emotionen und Motive eine Rolle spielten. Berichtet wurde über extrem aggressives, brutal-sadistisches Handeln einer 36-jährigen männlichen Pflegekraft gegenüber einer 86-jährigen alleinlebenden hochgradig demenzkranken Frau. Der Täter hatte die Frau fortgesetzt gedemütigt, gequält und dabei an den Rand des Todes ge-

- schließlich Fälle, in denen die dominierende Pflegemotivation kurzfristig zu Gunsten des Bestrebens zurücktritt, die pflegebedürftige Person zu verletzen oder in anderer Weise zu schädigen.

(12) Unter einer Vielzahl von Gesichtspunkten erscheint es erforderlich, im Hinblick auf das Konzept "Gewalt in der familialen (bzw. häuslichen) Pflege" Fallgruppen zu unterscheiden. Fälle familiärer Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen unterscheiden sich nicht nur phänotypisch auf der Ebene der beobachtbaren Handlungen, sondern auch hinsichtlich der Tatschwere, der Genese der Tat, der Präventionsmöglichkeiten und der Zugänglichkeit für die Forschung (um nur einige zentrale Merkmale zu nennen).

Eine Aufgliederung von Fällen ließe sich anhand folgender Fragen vornehmen: (1) Liegt so etwas wie ein Motiv des Täters vor, das Opfer zu schädigen bzw. sich auf seine Kosten einen Vorteil zu verschaffen? (2) Wenn ja, handelt es sich um ein Motiv, das nur in einer sehr speziellen situativen Bedingungskonstellation Bedeutung gewann oder existiert es – in zumindest potenziell handlungsrelevanter Ausprägung – auch darüber hinaus?

Eine Klassifikation anhand dieser Merkmale legt eine Unterscheidung von drei Typen nahe, die sich vorläufig folgendermaßen umschreiben lassen:

- Typus 1: "Nicht auf Schädigung des Betroffenen abzielendes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld"

Typische Beispiele für diesen Falltypus wären etwa Vernachlässigung eines Pflegebedürftigen aus Unwissen oder aus völliger Überforderung (möglicherweise gepaart mit motivationalen Hemmnissen, Hilfe von Dritten anzunehmen), die Zufügung körperlicher Schmerzen, um den Widerstand des Pflegebedürftigen gegen als notwendig erachtete Pflegehandlungen zu überwinden oder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit des Pflegebedürftigen mit dem Ziel, diesen dadurch vor Selbst- oder auch Fremdgefährdungen zu schützen.

bracht. Darüber hinaus hatte es verschiedene Beschwerden und Hinweise auf ruppiges Verhalten gegenüber anderen Pflegebedürftigen gegeben, ferner Bitten einiger hochaltriger Frauen, sie möchten von dieser Pflegekraft nicht mehr gewaschen, geduscht oder gebadet werden (da ihnen sein Verhalten dabei unangenehm sei). Der Täter wurde durch Aufnahmen einer vom Pflegedienst mit Zustimmung des Sohnes der Pflegebedürftigen installierten Überwachungskamera überführt. Er wurde im Interview mit dem Leitungsteam des Pflegedienstes als eine Person mit einem sehr reduzierten sozialen Leben geschildert; er sei kinderlos, habe keine Partnerin, habe seine Freizeit im Wesentlichen mit seinen Eltern verbracht. Die "Pflegestresshypothese" wurde von den Gesprächspartnern als bekannte Interpretationsfolie in den Raum gestellt und sogleich verworfen (u.a. vor dem Hintergrund, dass man mit dem Täter regelmäßig über seine Belastung, seinen Spaß an der Arbeit etc. gesprochen habe); zudem wurde berichtet, auf den Videobändern hätten Verhalten und Mimik des Mannes den Eindruck vermittelt, dass es ihm Spaß gemacht habe, sein Opfer zu quälen und zu demütigen. Möglicherweise wurden in den Taten ambivalente (positive und negative) Emotionen, die sich primär auf die eigenen Eltern richteten, stellvertretend in der Beziehung zu den Pflegebedürftigen ausgelebt; mit einer solchen Interpretation ließen sich die einerseits offen aggressiven, andererseits möglicherweise erotisch getönten Verhaltensweisen gegenüber den alten KlientInnen erklären. Im Mai 2006 wurde der Mann vom Amtsgericht Hannover wegen Misshandlung einer Schutzbefohlenen und gefährlicher Körperverletzung zu einer vierjährigen Freiheitsstrafe verurteilt und zudem mit einem lebenslangen Berufsverbot für den Bereich der Altenpflege belegt (vgl. PATIENTIN MISSHANDELT: HAFT FÜR ALTENPFLEGER, 2006; VIER JAHRE HAFT FÜR ALTENPFLEGER AUS HANNOVER WEGEN QUÄLEREI, 2006).

- Typus 2: "Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld mit situationsgebundener Intention bedeutsamer Schädigung des Opfers"

Hierzu gehören insbesondere Fälle, bei denen in einer bestimmten emotional sehr aufgeladenen Situation der Wunsch entsteht, die pflegebedürftige Person zu verletzen, sie zu demütigen, ihr Schmerzen zuzufügen, im Extremfall sogar sie zu töten. Ein Beispiel wäre etwa der pflegende Angehörige, der von der demenzkranken pflegebedürftigen Person zum wiederholten Male körperlich attackiert wird und ihr schließlich in einer Art von "überschießender Reaktion" einen Schlag versetzt oder die pflegende Tochter, die sich im Verlauf einer Auseinandersetzung von der pflegebedürftigen Mutter in hohem Maße provoziert und gekränkt fühlt und darauf mit Beschimpfungen antwortet.

Im Unterschied zum ersten Typus ist hier im Moment des Handelns ein Schädigungsmotiv vorhanden; dieses Motiv entsteht aber erst in der konkreten Situation (bzw. wird in ihr manifest) und besteht nicht fort (bzw. wird wieder latent), nachdem diese Situation vorüber ist.

- Typus 3: "Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld mit situationsübergreifender Intention bedeutsamer Schädigung des Opfers".

Die konkreten Fallgestaltungen, die sich dahinter verbergen, können sehr vielgestaltig sein. Sie umfassen die ambulante Pflegekraft, die sich gezielt ein besonders wehrloses Opfer für eine Gewalttat aussucht ebenso wie die pflegende Angehörige, die vor dem Hintergrund eines langjährigen Beziehungskonfliktes den Entschluss fasst, die pflegebedürftige Person nicht mehr adäquat zu versorgen.

Gemeinsam ist den Ereignissen dieses dritten Typus, dass das Handeln des Akteurs nicht nur situativ, sondern auch über eine spezifische Situation hinaus von dem Bestreben geleitet und getragen ist, die pflegebedürftige Person zu schädigen, ihr Schmerzen zuzufügen, sie in ihrer Würde, ihrer Identität, ihrem Selbstwertgefühl zu beeinträchtigen oder sich auf ihre Kosten zu bereichern. Die spezifische Situation kann von dem Akteur bereits im Hinblick auf das angestrebte Ergebnis herbeigeführt oder aber als sich bietende Tatgelegenheit vorgefunden und aufgegriffen worden sein.

Solche Falltypen zu unterscheiden, ist keineswegs nur von akademischem Interesse. Die Maßnahmen, die im einen oder anderen Fall möglich, hilfreich und geboten erscheinen, unterscheiden sich beträchtlich voneinander.

- Bei Typus 1 bieten sich Präventionsansätze vor allem im Bereich der Information, Beratung und Schulung der Pflegenden, der Entlastung durch ambulante Dienste, Tagespflegeangebote etc., auch einer pflegegerechten und daher stressreduzierenden Gestaltung der räumlichen Umwelt an. Hier geht es um Pflegenden, die prinzipiell "das Beste" für ihren Angehörigen wollen, bei denen die Umsetzung aber nicht oder zumindest nicht reibungslos funktioniert – weil es ihnen an Wissen, an Fähigkeiten mangelt, weil die Hilfen, die sie erhalten, zu gering oder dem konkreten Bedarf nicht angemessen sind.
- Für Typus 2 – den situativ vorhandenen Wunsch oder wenigstens Impuls, den Pflegebedürftigen zu schädigen – lässt sich Ähnliches sagen: Prävention kann über Beratung (auch psychotherapeutischer Art) erfolgen, sowie wiederum über Trainings und Unterstützungsmaßnahmen. Insgesamt ist hier eine Aufarbeitung der konkreten Vorfälle wichtig, weil sie grundsätzlich ein Eskalationspotenzial in sich tragen können.

- Bei Typus 3 – Fällen mit situationsübergreifend vorhandener Schädigungsintention – zielen die sich anbietenden Maßnahmen vor allem auf die Trennung von Täter und Opfer ab und schließen die Möglichkeit strafrechtlicher Verfolgung ein. Es mag sicher Fälle geben, in denen eine solche Konstellation etwa durch eine psychotherapeutische Intervention "entschärft" werden kann. Vorrang müssen aber Maßnahmen haben, die für eine für das Opfer sichere Pflege-Umgebung Sorge tragen.

5. Fazit

Empirische Forschung zur Opferwerdung im Alter hat inzwischen wiederholt zeigen können, dass die Mehrheit der älteren Menschen von Kriminalität und Gewalt seltener betroffen ist und insofern sicherer lebt als jüngere Erwachsene. Die aktuelle Studie bestätigt diesen Befund und weist darüber hinaus darauf hin, dass sowohl im Hinblick auf Kriminalität allgemein als auch zumindest im Hinblick auf vergleichsweise häufige Formen von Nahraumgewalt die Opferwerdungsrisiken Älterer heute offenbar niedriger sind als Anfang der 90er Jahre.

Die empirische Altersviktologie ist jedoch stets auch mit dem Umstand konfrontiert, dass es eine bedeutsame Gruppe Älterer und Hochaltriger gibt, die durch die vorwiegend eingesetzten Befragungsmethoden kaum erreicht wird und über deren Viktimisierungsrisiken verlässliche Daten schwer zu erlangen sind. Ich habe dargestellt, wie die vorliegende Studie sich methodisch der Thematik der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege nähert, warum sich aus der Perspektive eines Kriminologen die häusliche Pflege als ein geradezu ideales Ensemble von Tatgelegenheiten darstellt, dass dies aber natürlich nicht heißen kann, dass dort Gewalt quasi "am laufenden Band" sich ereignet. Ich habe auch deutlich gemacht, dass es in Bezug auf "Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Bereich" gerade auch mit Blick auf Erfolg versprechende Präventionsbemühungen einer Unterscheidung von Falltypen bedarf und habe eine noch sehr vorläufige Typologie präsentiert.

Auch wenn die Befunde unseres aktuellen Viktimisierungssurveys im Hinblick auf die Verbreitung von Gewalterfahrungen älterer Menschen durch Familien- und Haushaltsmitglieder insgesamt eher entdramatisierend wirken, wissen wir doch – auch aus anderen Studien (vgl. GÖRGEN, NÄGELE, HERBST & NEWIG, 2006) – dass z.B. auch ältere und hochaltrige Frauen gravierende Formen von Gewalt durch ihre Partner erleben, dass diese Gewalt im Alter und in der jetzigen älteren Generation sogar besonders „verfestigte“ Formen annehmen kann, aus denen für die Betroffenen kaum ein Ausweg zu finden ist. Zugleich muss festgestellt werden, dass Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen bislang als Phänomen und Problem kaum wahrgenommen wird und entsprechende Hilfeangebote, die von Älteren wahrgenommen und angenommen werden, weitgehend fehlen.

"Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen" ist ein schwieriges Forschungs- und Handlungsfeld, eines, in dem Wissenschaftler wie Praktiker herausgefordert sind, Forschungszugänge weiter zu entwickeln, die unser Wissen über diesen Bereich vertiefen können und Hilfestrukturen zu konzipieren und in die Praxis umzusetzen, die einen bestmöglichen Schutz der Opfer gewährleisten und vorbeugend dazu beitragen, dass es zu Gewalt im Nahraum älterer Menschen gar nicht erst kommt. Wie das geschehen kann, darüber werden wir sicher im Verlauf des heutigen Tages und insbesondere in der nachmittäglichen Podiumsdiskussion noch ausgiebig sprechen können.

Literatur

- BGH BESTÄTIGT ZEHNJÄHRIGE HAFTSTRAFE FÜR «TODESENGEL» (2004). *Yahoo! Nachrichten* – Dienstag 12. Oktober 2004, 11:53 Uhr. Verfügbar unter <http://de.news.yahoo.com/041012/336/48sdy.html> [12.10.2004].
- BUNDESKRIMINALAMT (2006). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2005 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- GÖRGEN, T. (unter Mitarbeit von S. HERBST, A. HÜNEKE & A. NEWIG) (2004). *Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten* (KFN-Forschungsbericht Nr. 93). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T., NÄGELE, B., HERBST, S. & NEWIG, A. (2006). Sexuelle Viktimisierung im höheren Lebensalter. In INFORMATIONSZENTRUM SOZIALWISSENSCHAFTEN (Ed.). *Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2006/1* (S. 9-48). Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.
- GÖRGEN, T., NEWIG, A., NÄGELE, B. & 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.
- HÖCHSTSTRAFE FÜR OLAF DÄTER (2001, 23. November). *Hamburger Abendblatt*. Verfügbar unter http://www.abendblatt.de/bin/ha/set_frame/set_frame.cgi?seiten_url=/contents/ha/news/nord-deutschland/html/231101/0523olaf1.htm [23.11.2001].
- KÄFERSTEIN, H., MADEA, B. & STICHT, G. (1996). Todesfälle während ambulanter Pflege. In M. OEHMICHEN (Hrsg.). *Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“* (S. 205-216). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- RABOLD, S. (2006). *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste*. Magisterarbeit im Hauptfach Soziologie, Technische Universität Dresden.
- STRAUS, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales." *Journal of Marriage and the Family*, 41 (1), 75-88.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L., BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D.B. (1995). *The revised Conflict Tactics Scales (CTS2-form A)*. Durham, NH: Family Research Laboratory.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L., BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D.B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- WETZELS, P., GREVE, W., MECKLENBURG, E., BILSKY, W. & 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.
- ZEHN JAHRE HAFT FÜR "PFLEGERIN" (2004, 19. März). *Stuttgarter Nachrichten*. Verfügbar unter <http://www.stuttgarter-nachrichten.de/stn/page/detail.php/700056> [19.03.2004].

B. Nägele: Nahraumgewalt im Alter – die besondere Situation älterer weiblicher Gewaltopfer

Barbara Nägele, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen

1. Einleitung

Gewalt gegen ältere Menschen ist in Deutschland ein relativ junges Thema, zu dem es erst seit Anfang der 90er Jahre in nennenswertem Umfang Veröffentlichungen gibt (einen Überblick zum Thema geben GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, 2002). In einigen dieser Texte ist zu lesen, dass eine weitere Opfergruppe endlich Beachtung finde, dass nach Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder bzw. sexuellem Missbrauch nun endlich Gewalt gegen Ältere angemessen wahrgenommen werde (z.B. REMSCHMIDT, SCHMIDT & STRUNK, 1990). Folgt man dieser Perspektive, so bedeutet das, dass die Opfergruppen klar unterscheidbar sind. Sie lassen sich nacheinander benennen und ihre Merkmale schließen sich gegenseitig aus. Was aber bedeutet dies für kategoriale Überschneidungen? Gehören ältere Frauen zu den Frauen oder gehören sie zu den Älteren? Welches Merkmal ist für die Zuordnung zu einer Gruppe ausschlaggebend? Sind Frauen keine Frauen mehr, wenn sie älter werden?

Betrachtet man die bisher in Deutschland erschienene Literatur zu Gewalt gegen ältere Menschen, so fällt auf, dass in diesen Texten die bisherige Forschung und psychosoziale Praxis zu häuslicher Gewalt, insbesondere zu Gewalt gegen Frauen, kaum zur Kenntnis genommen wird. Auf der anderen Seite werden in der Literatur zu Gewalt gegen Frauen ältere Frauen als besondere Opfergruppe kaum berücksichtigt und die Forschungsergebnisse zu Gewalt gegen ältere Menschen selten rezipiert. Die Konzepte werden noch immer als sich gegenseitig ausschließend verstanden (BUTTELL, 1999).

Im Folgenden sollen beide Perspektiven zusammengebracht werden. Dabei soll die Situation von weiblichen Opfern von Nahraumgewalt im Alter nicht umfassend, sondern nur im Hinblick auf Gewalt in Partnerschaften analysiert werden. Einführenden Überlegungen folgt ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema. Im Anschluss werden die Ergebnisse einer Untersuchung zu sexueller Gewalt gegen ältere Menschen vorgestellt. Abschließend werden Schlussfolgerungen für die Gestaltung von Hilfesystemen gezogen.

Das Konzept der Misshandlung und Vernachlässigung von älteren Menschen geht im Kern auf die Annahme zurück, dass ältere Menschen aufgrund von altersbedingten körperlichen und kognitiven Einschränkungen in besonderer Weise von Nahraumgewalt betroffen sind. Als Ursache dieser Misshandlung und Vernachlässigung wird daher in der Regel die Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen identifiziert und daraus die Schlussfolgerung gezogen, dass Stress und Überforderung auf Seiten der Pflegenden zu Misshandlung und Vernachlässigung führen können. Demgegenüber wird Gewalt gegen Frauen in der Familie in einer feministischen Analyse damit erklärt, dass es gesellschaftliche Machtunterschiede zwischen Männern und Frauen gibt, die sich – unter anderem – in Familien in Form von Gewalt realisieren und manifestieren.

Diese beiden sehr verschiedenen Denkmodelle öffnen sich erst in den letzten Jahren langsam füreinander. Publikationen, die die Integration der beiden Paradigmen leisten, gibt es inzwischen vor allem im englischen Sprachraum vermehrt (z.B. BUTTELL, 1999, GRUNFELD, LARSSON, MACKAY & HOTCH, 1996, SCOTT, MCKIE, MORTON, SEDDON & WASOFF, 2004, BERGERON, 2001, MOUTON, ROVI, FURNISS & LASSER, 1999, WOLF & PILLEMER, 1997, CRICHTON, BOND, HARVEY & RISTOCK, 1999, ARONSON, THORNEWELL & WILLIAMS, 1995, SEAVER, 1996, AITKEN & GRIFFIN, 1996, SCHLESINGER & SALOMON, 1988).

2. Der Forschungsstand zum Thema

Was weiß man nun über das Phänomen? Zunächst interessiert, in welchem Umfang ältere Frauen von Gewalt in Ehen und Partnerschaften betroffen sind.

Insgesamt ist die Datenlage problematisch. Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) ist zum Thema nicht aussagekräftig, weil sie es nicht ermöglicht, Fälle zu identifizieren, in denen Partner oder Ehemänner Gewaltausübende sind. (BUNDESKRIMINALAMT, 2006)

Leider sind auch viele repräsentative Opferbefragungen zu Gewalt- und Kriminalitätsbelastungen nicht sehr aussagekräftig. Das liegt zum einen daran, dass die für die Fragestellung relevanten Daten häufig nicht nach Alter differenziert werden. Das gilt z.B. für die 2004 erschienene große deutsche Opferbefragung zu Gewalt gegen Frauen (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004a), das gilt auch für eine Schweizer Repräsentativerhebung zu Gewalterfahrungen von „Frauen im Laufe ihres Lebens“, die zwar die Opfer nach Altersgruppen aufschlüsselt, aber dann alle Frauen über 35 in eine einzige Gruppe zusammenfasst (KILLIAS, SIMONIN & DE PUY, 2005).

Bei anderen Opfersurveys ist wiederum das Problem, dass überhaupt keine älteren, keine hochaltrigen Frauen oder nur sehr wenige ältere Frauen befragt wurden. So wurden z.B. in einer repräsentativen Studie zu Gewalterfahrungen von Frauen in Schweden nur Frauen bis zum Alter von 64 (LUNDGREN, HEIMER, WESTERSTRAND & KALLIOKOSKI, 2002 zit.n. SCOTT et al., 2004), in einer vergleichbaren französischen Studie sogar nur Frauen bis zum Alter von 59 befragt (JASPARD, BROWN, CONDON et al., 2003).

Zu der Zahl der betroffenen Frauen gibt es daher nur lückenhaftes Wissen:

- Eine US-amerikanische Untersuchung von 257 Frauen im Alter von 51 bis 79, ergab, dass 4,3% dieser Frauen aktuell in einer Partnerschaft lebten, in der sie bereits mindestens einmal bedroht worden sind, 3,9% berichteten, dass sie sich aktuell zuhause nicht sicher fühlen (MOUTON, ROVI, FURNISS & LASSER, 1999)
- in Schweden erlebten 8% der befragten 55 bis 64-jährigen Frauen im Jahr vor der Befragung Gewalt durch ihren Partner (LUNDGREN, HEIMER, WESTERSTRAND & KALLIOKOSKI, 2002 zit.n. SCOTT et al., 2004)

Für jüngere Altersklassen gilt:

- 13,4% der über 45jährigen Frauen in Finnland berichteten über mindestens eine Gewaltsituation im Jahr vor der Befragung durch ihren Partner (HEISKANEN & PIIPSA, zit.n. 1998 SCOTT et al., 2004)
- In Australien waren dies 5,5% der Befragten der gleichen Altersgruppe (ELDER, 2000, zit.n. SCOTT et al. 2004)

Tabelle 1 zeigt aktuelle NutzerInnen Daten von Einrichtungen für Opfer häuslicher Gewalt aus Mecklenburg-Vorpommern. Sie weist den Anteil der über 60-jährigen an allen KlientInnen von Frauenschutzhäusern und Kontakt- und Beratungsstellen bei häuslicher Gewalt einerseits und neu aufgebauten Interventionsstellen andererseits aus. Die Anteile der über 60-jährigen liegen bei 4 bzw. bei 6%, ihr Anteil ist bei den proaktiven Interventionsstellen etwas höher.

Tabelle 1: Klientinnen und Klienten nach Unterstützungsangeboten; alle Fälle der Interventionsstellen im Zeitraum von 1/2002 bis 6/2003

Alter	Frauenschutzhäuser, Kontakt- und Beratungsstellen		Interventionsstellen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
61 und älter	31	4	51	6
Gesamt	727		923	

(Quelle: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004b, S. 107)

Charakteristika von Fällen von Partnergewalt gegen ältere Frauen

Soweit Informationen aus Opferbefragungen und anderen Studien vorliegen, zeigt sich dass

- Gewalt in Partnerschaften und Alter in negativem Zusammenhang stehen, d.h. die Anzahl der berichteten Gewalterfahrungen in Partnerschaften nimmt mit dem Alter der Befragungspersonen ab. Daten des US-amerikanischen National Family Violence Resurvey zeigen, dass Gewalt durch Partner in der Altersgruppe der 19 bis 59-jährigen etwa 2 bis 3 mal häufiger vorkommt als bei über 60jährigen (HARRIS, 1997).
- ein erheblicher Teil der Nahraumgewalt, die Menschen im Alter erleben, von Männern ausgeht (PILLEMER & FINKELHOR, 1988, GRAVEL, BEAULIEU & LITHWICK, 1997, CRICHTON, BOND, HARVEY & RISTOCK, 1999)
- für eine Frau die Wahrscheinlichkeit größer ist, im Alter Opfer von Gewalt durch den eigenen Ehemann oder Partner zu werden, als von anderen ihr nahestehenden Personen (PILLEMER & FINKELHOR, 1988).
- sofern Gewalt im Alter von Ehemännern und Partnern ausgeht, es sich häufiger um körperliche Gewalt als bei Gewalt durch andere dem Opfer nahestehende Personen handelt (WOLF & PILLEMER, 1997).

Die Erfahrungen von älteren und jüngeren Frauen sind nicht wesentlich verschieden (SCOTT et al. 2004). Allerdings gibt es zum einen generationenspezifische Besonderheiten, zum anderen beeinflussen altersspezifische Lebenslagen die Erfahrung von Partnergewalt. Was ist darüber bekannt?

- **Abhängigkeit von Täter und Opfer:**

Ein wichtiger Faktor ist Abhängigkeit: Zum einen wird berichtet, dass ein Teil der Gewaltausübenden im Hinblick auf Pflege und Betreuung von den Opfern abhängig ist. Erlebte Ohnmachtserfahrungen und der Verlust von körperlicher Autonomie können auf Täterseite Gewalt verstärkend wirken. Berichtet wird auch, dass abhängige Täter aggressiv auf altersbedingte verminderte Leistungsfähigkeit der Frau reagieren. Eine solche Abhängigkeit des Täters kann Frauen mit ausgeprägtem Pflichtbewusstsein zusätzlich an ihren Partner binden. Zum anderen ist aber auch ein großer Teil der weiblichen Opfer auf ihre Gewalt ausübenden Partner angewiesen – in sehr vielen Fällen finanziell, im Hinblick auf Wohnen und emotional – in einer Reihe von Fällen auch im Hinblick auf Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. sogar Betreuung und Pflege. (GRAVEL, BEAULIEU & LITHWICK, 1997)

- **Dauer der Gewaltbeziehung:**

Übereinstimmend berichten Studien, dass es sich bei dem größten Teil der Fälle von Gewalt in älteren Partnerschaften um langjährige Gewaltbeziehungen handelt. (GRAVEL, BEAULIEU & LITHWICK, 1997, WOLF & PILLEMER, 1997)

- **Isolation:**

Ein Merkmal, das für ältere Opfer von Partnergewalt in hohem Maße zutrifft, ist soziale Isolation (SEAVER, 1996). Ältere Gewaltopfer verfügen über weniger Sozialkontakte als jüngere, zum einen weil freiwillige oder obligatorische Außenkontakte sich mit dem Ende der Berufstätigkeit und der Kinderphase verringern, zum anderen weil Gleichaltrige teilweise bereits verstorben sind.

- **Generationenspezifische Einstellungen:**

Generationenspezifische Einstellungen älterer Frauen zu Ehe und Familie und zu Geschlechterrollen beeinflussen das Erleben und Verarbeiten von Partnergewalt. Für viele ältere Frauen sind z.B. Trennung und Scheidung nicht oder nur schwer vorstellbar, für sie sind eheliche Versprechen für das ganze Leben – in guten wie in schlechten Zeiten – gültig, sie stehen dafür, dass man sich in der Familie unter allen Umständen gegenseitig helfen muss und dass familiäre Schwierigkeiten Privatsache sind. (SCOTT et al. 2004, STRAKA & MONTMINY, 2006) Diese Einstellungen sind allerdings einem starken Wandel unterworfen.

- **Effekte von Partnergewalt im Alter:**

Bei langjährigen Gewaltbeziehungen sind gesundheitliche Risiken besonders hoch. Als potentielle Folgen von über viele Jahre fortgesetzten Traumatisierungen werden genannt Unruhe, Angst, Panik-Attacken, Phobien, Depressionen und Essstörungen. Gewalt in der Partnerschaft kann zudem direkte physische Verletzungen wie auch psychosomatische Folgeprobleme hervorrufen. Wenn zu solchen gesundheitlichen Misshandlungsfolgen dann altersbedingte körperliche Abbauprozesse treten, können sich Abhängigkeitsverhältnisse zusätzlich verstärken (GRUNDFELD, LARSSON, MAKKAY & HOTCH, 1996). Ähnlich wie jüngere Frauen schämen sich ältere Frauen dafür, dass sie Gewalt in ihrer Partnerschaft erleben. Bei älteren Frauen kommt die Scham hinzu, dass sie dies in all den Jahren nicht verändern konnten. (SCOTT et al. 2004)

- **Zugang zu Hilfen:**

In einigen Studien wird deutlich, dass ältere misshandelte Frauen durchaus Hilfe suchen, aber häufig nicht die Unterstützung erhalten, die sie brauchen (SCOTT et al., 2004, SEAVER, 1996)

Es wird übereinstimmend berichtet, dass Ärzte– insbesondere Hausärzte – aufgrund ihres nahezu flächendeckenden, intensiven und oftmals vertrauensvollen Kontakts mit älteren Menschen von Partnergewalt gegen ältere Frauen am frühesten und zuverlässigsten erfahren oder erfahren könnten. Allerdings wird hier zuweilen von unangemessenen Reaktionen berichtet, d.h. insbesondere, wenn Hausärzte beide Ehepartner behandeln, werden Misshandlungen gelegentlich nicht als solche wahrgenommen. (SCOTT et al. 2004)

Eine wichtige Rolle spielen für ältere misshandelte Frauen erwachsene Kinder. Die Untersuchungen zeigen hier ein widersprüchliches Bild: Vereinzelt wird von Fällen berichtet, in denen erwachsene Kinder aus Sorge vor eigenen Verpflichtungen Veränderungen der Lebenssituation der misshandelten Mutter eher behinderten. Andere Befragungen zeigten dagegen, dass erwachsene Kinder

häufig diejenigen sind, die ihre Mütter dazu bringen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. (SCOTT et al. 2004)

- **Hindernisse der Inanspruchnahme von Hilfe:**

Einige der Gründe, die ältere Opfer von Gewalt in der Partnerschaft daran hindern, Unterstützung zu suchen, wurden bereits benannt. Ebenfalls relevant werden können folgende Aspekte

- die Angst davor, dass die Misshandlung noch schlimmer wird, die Angst vor Rache und Strafe
- die Überforderung angesichts unübersichtlicher Hilfesysteme (SCOTT et al. 2004)
- eigene Anspruchslosigkeit und Resignation (SCOTT et al. 2004)
- auch der geringe gesellschaftliche Status älterer Frauen kann den Zugang zu Hilfe und Unterstützung erschweren. Abwertende Haltungen gegenüber älteren Frauen – Altersdiskriminierung verschränkt sich hier mit geschlechtsspezifischer Diskriminierung – können das Gefühl älterer Opfer verstärken, für die Gewalterfahrung selbst verantwortlich zu sein und auf keine Hilfe von Außen hoffen zu können (SCOTT et al. 2004)

Allerdings wird auch immer wieder betont, dass es für ältere Frauen durchaus noch Veränderungsmöglichkeiten gibt – sowohl innerhalb als auch außerhalb ihrer Beziehungen (SEAVER, 1996).

3. Ergebnisse einer Untersuchung zu sexueller Gewalt gegen ältere Menschen

Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung zu sexueller Gewalt im Alter vorgestellt werden, die das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen in Kooperation mit Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen im Jahr 2004 durchführte (GÖRGEN, NÄGELE, NEWIG & HERBST, 2005a). In dieser Untersuchung ging es nur um sexuelle Gewalt, d.h. nur eine Form von Gewalt gegen ältere Frauen⁹.

Neben einer Auswertung von Verfahrensakten der niedersächsischen Staatsanwaltschaften wurde die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik im Hinblick auf Delikte gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht älterer Menschen ausgewertet. Um darüber hinaus Informationen über Fälle zu bekommen, die psychosozialen Diensten zur Kenntnis gelangten, wurde eine schriftliche Befragung von Institutionen durchgeführt, von denen angenommen werden konnte, dass sie mit Fällen der sexuellen Viktimisierung Älterer in Kontakt gekommen sein könnten. In Niedersachsen wurden alle Frauenhäuser, Frauennotrufe, Beratungs- und Interventionsstellen und Opferhilfebüros angeschrieben, überregional auch Einrichtungen, die im Themenfeld "Gewalt im Alter / Gewalt in der Pflege" tätig sind. Im Anschluss an diese schriftliche Befragung wurden Interviews mit MitarbeiterInnen der Organisationen durchgeführt, die angegeben hatten, dass sie mindestens einen Kontakt zu einem älteren Opfer sexueller Viktimisierung hatten.

Die verschiedenen methodischen Zugänge erbrachten Informationen über sehr unterschiedliche Fallkonstellationen. Im strafjustiziellen Hellfeld dominierten einmalige Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung, in denen sich Opfer und Täter vorher nicht oder nur flüchtig kannten und die von eher geringer Gewaltintensität waren (zumeist Exhibitionismusfälle). Die Ergebnisse der Interviews sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

⁹

Zu einem Forschungsüberblick zum Thema vgl. GÖRGEN & NÄGELE, 2003

Tabelle 2: In Interviews beschriebene Fallkonstellationen: Delikte im sozialen Nahraum (Basis: 21 PraktikerInneninterviews zu sexueller Gewalt im Alter)

Fallkonstellation	Anzahl von Fällen
Delikte in Ehe und Partnerschaft	22
langjährige sexuelle Gewalt in Ehe/Partnerschaft, kombiniert mit anderen Formen der Gewaltausübung, Unterdrückung und Demütigung	18
sexuelle Gewalt in Ehe/Partnerschaft; Beginn der Gewaltausübung erst im höheren Alter	2
sexuelle Gewalt gegenüber demenzkranker Partnerin in stationärer Altenhilfeeinrichtung	1
Sexuelle Gewalt in wechselseitig gewalttätiger Beziehung	1
von Angehörigen begangene Delikte	3
Sexuelle Gewalt durch Bruder	1
Sexuelle Gewalt durch erwachsenen Sohn	1
Sexuelle Gewalt durch jüngere familiäre Pflegepersonen	1
Gewalt durch Mitbewohner in stationärer Altenhilfeeinrichtung	1
Delikte im sozialen Nahraum Gesamt	26

In den Interviews (s. Tabelle 2) wurden ganz überwiegend Fälle von Gewalt gegen Frauen im sozialen Nahraum geschildert, mehrheitlich waren die Täter aktuelle Lebenspartner der Frauen. 14 der in den Interviews beschriebenen Fälle entsprechen nahezu prototypisch dem Konzept des *intimate terrorism* (übersetzbar etwa mit Terror in Intimbeziehungen) (JOHNSON & FERRARO, 2000). *Intimate terrorism* ist davon geprägt, dass der Partner Gewalt als Instrument in einem umfassenden Kontrollsystem einsetzt, mit dem Ziel die Partnerin zu unterdrücken und ihr Verhalten zu steuern. Die Wahrscheinlichkeit schwerer Verletzungen ist bei dieser Form von Gewalt in der Ehe groß, die Gewaltausübung ist in der Regel einseitig und eskaliert über die Zeit. Charakteristisch für die in den Interviews geschilderten *intimate terrorism*-Fälle ist, dass sexuelle Gewalt nur eine von mehreren ausgeübten Gewaltformen ist und dass Gewalt schon seit vielen Jahren oder Jahrzehnten die Beziehungen prägt. Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch spielen bei mehr als der Hälfte dieser Fälle eine Rolle. Die Polizei hatte nur in vier von 14 *intimate terrorism* Fällen Kenntnis von der Gewalt.

Daneben gibt es einige Fälle, in denen sexuelle Gewalt im höheren Lebensalter in langjährigen Partnerschaften erstmals auftritt, teils im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Veränderungen, mit im Alter verändertem Alkoholmissbrauch und mit Statusveränderungen (Verrentung). Teilweise werden in den Interviews auch Fälle sexueller Gewalt durch Männer berichtet, welche die Frauen im höheren Alter erst kennen lernen und mit denen sie eine intime Beziehung aufbauen (wollen). Zwei der Opfer sexueller Gewalt leben in einer Pflegeeinrichtung, Täter sind hier ein Mitbewohner und der nicht pflegebedürftige Ehemann.

Ausgewählte Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf Tatbewertung und Tatverarbeitung sowie Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme von Hilfe sollen im Folgenden dargestellt werden.

- **Das "Sich-Arrangieren" mit fortgesetzter Gewalt wird begünstigt durch generationstypische Einstellungen zur Legitimität sexuellen Zwanges in der Ehe.**

Insbesondere ältere Frauen wissen den Interviews zufolge oft bis heute nicht, dass Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe steht, sondern begreifen das Erlebte als kaum abwendbare eheliche Pflichterfüllung.

- **Kriegs- und vertreibungsbedingte sexuelle Gewalterfahrungen als Erfahrungshintergrund der heutigen älteren Frauengeneration**

Nicht zu vernachlässigen ist der Umstand, dass ein Teil der heute älteren Frauen Opfer von Vergewaltigungen im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg wurde und daher sexuelle Gewalterfahrungen im Alter eine Reviktimisierung und Retraumatisierung darstellen. (vgl. dazu BÖHMER, 2000)

- **Sexuelle Gewalt wird aufgrund besonderer Schambesetztheit von älteren Opfern vielfach nicht unmittelbar angesprochen und meist nicht im Detail geschildert.**

In den Interviews wird immer wieder betont, dass ältere Opfer vielfach große Hemmungen haben, über ihre Erfahrungen zu sprechen und dass ihnen die Benennung von Handlungen und ihrem Körper Schwierigkeiten bereitet. Die Opfer bleiben in ihren Beschreibungen vage ("Mir ist etwas ganz Schreckliches passiert", "Ich habe immer gehofft, er wird ruhiger", "Ich dachte, das hört auf", "Dann braucht er das, und dann muss ich herhalten", "Mein Mann will immer was von mir") oder sie verweigern sogar explizit die Benennung ("Das kann ich gar nicht sagen, was er zu mir gesagt hat"). Sexuelle Gewalterfahrungen werden daher teils erst auf direkte Nachfrage der Beraterin angesprochen.

- **Altersbezogene Veränderungsperspektiven und Veränderungsbereitschaft – "Entlastung" und "Erholung" als Motive für die Inanspruchnahme von Hilfen**

Die Veränderbarkeit von Lebensverhältnissen, die negativen Folgen wie auch die Ressourcen zur Bewältigung solcher Folgen wandeln sich mit dem Alter. Die Chancen, materielle und soziale Folgen solcher Veränderungen noch einmal kompensieren zu können, werden geringer. Für ältere Frauen, die lange in Gewaltbeziehungen ausgeharrt haben, wird es auch deshalb mit der Zeit immer schwieriger, den gewalttätigen Partner zu verlassen. Zudem können durch die Berentung des Partners bewahrte Handlungsspielräume verloren gehen. In einer Reihe von Interviews wird daher über eine schwach ausgeprägte Veränderungs- bzw. Trennungsmotivation älterer Opfer berichtet. In der Beratung sei es solchen älteren Frauen oft am wichtigsten, das Erlebte auszusprechen, einmal alles loszuwerden. Mehrere Beraterinnen beschreiben, dass das wichtigste Motiv zur Inanspruchnahme von Beratung oder von Wohnmöglichkeiten im Frauenhaus eine vorübergehende Entlastung ist.

Zugleich haben sich in einigen der berichteten Fälle die gewaltbetroffenen Frauen auch im höheren Lebensalter trotz großer Hindernisse noch von ihren Männern getrennt. In einem Teil der Fälle hat gerade das fortschreitende Alter dazu beigetragen, eine Entscheidung für eine Trennung zu treffen. Dazu kann das Gefühl gehören, nichts mehr zu verlieren zu haben.

- **Problematische Reaktionen des privaten und professionellen Umfeldes und Antizipation dieser Reaktionen**

Reaktionen des privaten und professionellen Umfeldes auf Offenbarungen sexueller Viktimisierungen im Alter werden als zuweilen problematisch beschrieben. So wird geschildert, dass Frauen, die nicht dem Bild eines jugendlichen und physisch attraktiven Vergewaltigungsopfers entsprechen, auf

erhebliche Abwehr treffen können bzw. dass ältere Opfer eine solche Reaktion von Polizei und Justiz vorwegnehmen und sich aus diesem Grund gegen eine Anzeigenerstattung entscheiden.

- **Kontaktaufnahme zu helfenden Institutionen erfolgt häufig über Dritte.**

Ältere Frauen nehmen den Ergebnissen der Interviewstudie zufolge seltener als jüngere Frauen aus eigener Initiative Kontakt zu Beratungs- und Hilfeeinrichtungen auf. Vor allem erwachsene Töchter und die Polizei spielen hier eine wichtige Rolle. Die Erfahrung ist, dass viele Umwege und Unterstützung bzw. Druck von außen nötig sind, damit ältere Frauen Hilfe in Anspruch nehmen.

- **Nur selten werden Sexualdelikte an älteren Frauen von den Opfern zur Anzeige gebracht.**

Einer der Gründe dafür, dass Frauen selten die Einleitung strafrechtlicher Ermittlungen anstreben ist, dass Anzeigenerstattung nur in Frage kommt, wenn Trennungsabsichten bestehen. Einige der Befragten berichteten zugleich, dass Polizeieinsätze für Betroffene eine Art förmliche Würdigung von Gewalt in Partnerschaften als strafbares Unrecht darstellen und von großer Bedeutung für die Bestätigung eigener Wahrnehmungen, die Bekräftigung des subjektiven Gefühls von Recht und Unrecht, für eine mögliche Trennung und für die Verarbeitung der Viktimisierung sein können.

4. Konsequenzen für die Praxis

Im Folgenden sollen Konsequenzen dieser Befunde für die Praxis diskutiert werden. Den im Folgenden genannten Anforderungen an Prävention und Intervention liegen die Ergebnisse der Studie über sexuelle Gewalt (vgl. dazu auch die Handreichung von GÖRGEN et al., 2005) sowie die gesichtete Literatur zum Thema zugrunde.

Berücksichtigung älterer Frauen in der Forschung zu Gewalt gegen Frauen und zu Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen

Die Berücksichtigung von Alter als relevanter Kategorie in der Forschung zu Gewalt gegen Frauen ist angezeigt. Das bedeutet zum einen, dass in repräsentativen Opferbefragungen eine ausreichende Anzahl älterer Frauen befragt werden sollte, dass Zugangsschwierigkeiten dieser Gruppe besonders berücksichtigt werden sollten und dass – soweit dies möglich ist – die vorliegenden Untersuchungen nach Alter ausgewertet werden sollten. Bei der großen deutschen Repräsentativuntersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ sollte dies möglich sein (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004a). Angesichts der „systematischen Unsichtbarkeit“ (SCOTT et al., 2004) der Opfergruppe und ihrer langjährigen gravierenden Gewalterfahrungen ist zudem eine gesonderte Untersuchung des Themas angezeigt.

Niedrigschwelligkeit von Beratungsangeboten für ältere Klientinnen

Aufgrund besonders großer Zugangsbarrieren von älteren misshandelten Frauen (u.a. aufgrund von körperlichen und kognitiven Einschränkungen) muss es darum gehen, für diese Personengruppe möglichst niedrigschwellige Beratungs- und Hilfeangebote zu etablieren.

Proaktiver und zugehender Ansatz

Aufgrund der Zugangsbarrieren ist es in diesem Bereich besonders wichtig, sowohl zugehende – d.h. räumlich aufsuchende –, als auch proaktive – d.h. durch Anbieter initiierte – Hilfen zu entwickeln. Dafür ist örtliche Nähe wie auch die Vernetzung mit lokalen Angeboten notwendig. (VINTON, 1999)

Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung von MultiplikatorInnen

Notwendig ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und insbesondere der Betroffenen; dabei sollte es darum gehen deutlich zu machen, dass auch ältere Frauen Opfer von Gewalt in Partnerschaften und Ehen werden, dass Betroffene Hilfe und Unterstützung benötigen und dass ihnen verschiedene Hilfeangebote zur Verfügung stehen; dies kann Zeugen zum Handeln bewegen und ältere Opfer ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wichtig ist die Sensibilisierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Diensten und Einrichtungen, die von älteren Frauen verstärkt in Anspruch genommen werden, im medizinischen und pflegerischen Bereich, im psycho-sozialen und seelsorgerischen Bereich; hier ist an Schulungen wie auch an die gezielte Verbreitung von Informationsmaterial zu denken; die Einbindung von Ärzten ist hier vordringlich.

Kooperation und Koordination

Notwendig ist eine engere Kooperation und gegenseitiger Austausch von Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens einerseits und Organisationen, die von Gewalt betroffenen Frauen Unterstützung und Hilfe anbieten andererseits – zu denken ist hier an wechselseitige Trainings, Informationen über die jeweiligen professionellen Sichtweisen auf das Problem und über die jeweiligen Unterstützungsmöglichkeiten. Idealerweise werden Netzwerke zur dauerhaften Kooperation aufgebaut.

Anforderungen an Einrichtungen, die das Thema aktiv aufgreifen wollen

- Es wird zuweilen darauf hingewiesen, dass es älteren Frauen leichter fällt, mit Beraterinnen der gleichen Altersgruppe zu sprechen.
- Für eine erste Kontaktaufnahme zu älteren Frauen sind offene Veranstaltungen (z.B. Vorträge, Ausstellungen) hilfreich. Oft nutzen Ältere solche Gelegenheiten, um sich über Beratungsangebote zu informieren und die Mitarbeiterinnen schon einmal zu sehen um sich dann zu einem späteren Zeitpunkt an die Beratungsstelle zu wenden.
- Im Beratungsprozess älterer misshandelter Frauen sollten auch zurückliegende Gewalterfahrungen sowie Gewalterleben durch andere Familienmitglieder berücksichtigt werden. Insbesondere ältere Frauen werden auch Opfer von Gewalt durch andere Angehörige, vor allem durch erwachsene Kinder.

Wie können die bestehenden Frauenhäuser und Frauenschutzhäuser dem Problem begegnen?

- In der Öffentlichkeitsarbeit ist die gezielte Ansprache der Zielgruppe wesentlich.
- Die Bereitstellung adäquater vorübergehender und dauerhafter Wohnmöglichkeiten wäre anzustreben, hier kann die bauliche Anpassung von Frauenhäusern und Frauenschutzhäusern notwendig sein.
- In einigen Untersuchungen wird davon berichtet, dass ein Teil der älteren misshandelten Frauen besonders ruhebedürftig ist. Für einige Frauen können daher separate Räume oder gesonderte Wohnmöglichkeiten in Frauenhäusern/Frauenschutzhäusern angezeigt sein.
- Evtl. benötigen ältere Frauen zugehende Unterstützung im pflegerischen, medizinischen oder hauswirtschaftlichen Bereich auch in Frauenhäusern; dies ist in Frauenhäusern und Frauenschutzhäusern üblicherweise nicht vorgesehen. Hier sind Anpassungen bzw. Flexibilität erforderlich.

5. 3 Beispiele für innovative Ansätze in der Arbeit mit misshandelten älteren Frauen

An dieser Stelle sollen abschließend einige Beispiele für innovative Ansätze in der Arbeit mit älteren misshandelten Frauen beschrieben werden. Weitere finden sich bei Scott (et al., 2004).

Beispiel 1: Women's Center in Milwaukee

Frauenhäuser und Beratungsstellen für Opfer von Gewalt gegen Frauen stehen prinzipiell älteren Frauen genauso offen wie jüngeren. Tatsächlich aber werden die meisten von ihnen nur selten von älteren Frauen in Anspruch genommen (VINTON, ALTHOLZ & LOBELL-BOESCH, 1997, WOLF & PILLEMER, 1997, WOLF, 1999). Aufgrund dieser Erfahrung beschritt das Women's Center, ein großes Frauenhaus in Milwaukee, Wisconsin, neue Wege und richtete mit dem „Older Battered Women's Programme“ ein spezielles Programm für ältere misshandelte Frauen ein. Neben den Angeboten des Frauenhauses standen damit älteren Frauen wöchentliche Unterstützungsgruppen zur Verfügung, Trainingsprogramme und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema wurden initiiert.

Nach drei Jahren zog das Women's Center eine positive Bilanz: In der dreijährigen Arbeit des Programms hatten 132 Frauen im Alter von 53 bis 90, die zu 58% von Partnern misshandelt wurden, die verschiedenen Angebote des Frauenhauses in Anspruch genommen. Die Unterstützungsgruppen wurden von 8-14 älteren Frauen regelmäßig besucht und 12 der Frauen suchten im Frauenhaus Schutz.

Für die Leiterin des Programms, Carol Seaver, sind besonders diese Unterstützungsgruppen ein großer Erfolg. Frauen erleben dort, dass sie mit ihrer Erfahrung nicht allein sind, sie erfahren gegenseitigen Respekt und Akzeptanz, ihre eigene Wahrnehmung wird bestärkt und ihnen wird Glauben geschenkt. Die Gruppen finden im Frauenhaus selbst statt, so dass sich ältere misshandelte Frauen behutsam mit den örtlichen Begebenheiten vertraut machen können.

Die Betreiberinnen empfehlen für den Aufbau solcher Gruppen, bei der Benennung der Gruppe das Ziel der Arbeit in den Vordergrund zu stellen: z.B. die Themen Sicherheit, Wohlbefinden und Unterstützung; es kann außerdem sinnvoll sein, solche Gruppen als Angebote von Altenhilfeorganisationen zu initiieren; wichtig sei zudem, dass die Gruppen von mindestens einer älteren Frau angeleitet werden. (SEAVER, 1996, zu Unterstützungsgruppen in den USA vgl. WOLF, 1998)

Beispiel 2: Australisches Handbuch "Working with Older Women: Resources and Standards for Responding to Current or Past Violence"

Im englischsprachigen Raum wurden bereits eine Reihe von Handbüchern und Trainingsmanualen veröffentlicht. Ein Beispiel: In Australien wurde ein Handbuch mit dem Titel „Die Arbeit mit älteren Frauen: Ressourcen und Standards für den Umgang mit aktuellen und zurückliegenden Gewalterfahrungen“ (DUNCAN, 2002) für Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen erarbeitet. In diesem Handbuch sind zum einen Forschungsergebnisse, Informationen und Lehrmaterialien zusammengestellt. Zum anderen finden sich dort Standards für Organisationen, die sicherstellen wollen, dass sie den Bedürfnissen älterer weiblicher Gewaltopfer angemessen begegnen. Sie können ihre Praxis anhand dieser Standards überprüfen und Veränderungen daran orientieren. (DUNCAN, 2002)

Beispiel 3: Women's Aid in Schottland

Eine regionale Sektion von Women's Aid in Schottland bilanzierte ihr neues Programm mit den Worten, es sei „die erfolgreichste Einzelaktivität, die sie je durchgeführt“ hätten: Damit ist eine spezielle Einrichtung für ältere misshandelte Frauen gemeint, ein Frauenhaus für Frauen ab 50, das

seit seiner Eröffnung im Jahr 2000 gut ausgelastet ist. Es gibt in diesem Frauenhaus Unterstützungsgruppen für ältere Frauen und – eine Besonderheit – eine der Mitarbeiterinnen leistet auch zugehende Arbeit, sie sucht ältere Frauen in ihren Wohnungen auf und berät sie dort. (SCOTT et al., 2004)

Zum Abschluss

Zum Abschluss sei mit Carol Seaver aus Milwaukee eindringlich davor gewarnt, ältere misshandelte Frauen nur als Opfer zu sehen und die Veränderungsmöglichkeiten in ihrem Leben zu unterschätzen. Eine solche Gefahr besteht, wenn der Blick nur auf die Hindernisse der Inanspruchnahme von Hilfe und die Barrieren der Veränderung der Lebenssituation gerichtet wird. Wie wehrlos misshandelte ältere Frauen sind, ist nicht zuletzt durch ihr Bild in der Gesellschaft bedingt. Wehrlos ist auch, wer dazu gemacht wird. Es wird Zeit, ältere misshandelte Frauen als das zu sehen, was sie sind: Frauen, die mit Zutrauen und Unterstützung auch schwierige Lebenssituationen gestalten können.

Literatur

AITKEN, L. & GRIFFIN, G. (1996). *Gender Issues in Elder Abuse*. Thousand Oaks: Sage.

ARONSON, J., THORNEWELL, C. & WILLIAMS, K. (1995). Wife Assault in Old Age: Coming out of Obscurity. *Canadian Journal on Aging*, 14, 2, 72-88

BERGERON, L.R. (2001). An Elder Abuse Case Study: Caregiver Stress or Domestic Violence? You Decide. *Journal of Gerontological Social Work*, 34, 4, 47-62.

BÖHMER, M. (2000). *Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

BUNDESKRIMINALAMT (2006). *Polizeiliche Kriminalstatistik*. Verfügbar unter <http://www.bka.de/pks/> [19.6.2006]

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2004a). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. (Langfassung) Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> [6.6.2006]

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2004b). *Gemeinsam gegen häusliche Gewalt. Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte*. (Langfassung) Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-wi-big,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> [6.6.2006]

BUTTELL, F.P. (1999). The relationship between spouse abuse and the maltreatment of dementia sufferers by their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14, 4, 230-232

CRICHTON, S.J., BOND, J.B., HARVEY, C.D.H. & RISTOCK, J. (1999). Elder Abuse: Feminist and Ageist Perspectives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10, 3/4, 115-130

DUNCAN, J. (2002). *Working with Older Women: Resources and Standards for Responding to Current or Past Violence*. Melbourne: CASA House, The Royal Women's Hospital.

ELDER, J. (2000). *Older Women's Experience of Violence – Report on the Older Women and Safety Project*. Melbourne: CASA House.

GÖRGEN, T., HERBST, S., NÄGELE, B., NEWIG, A., KEMMELMEIER, I., KOTLENGA, S., MILD, N., PIGORS, K. & 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. Verfügbar unter:

http://www.prospektive-entwicklungen.de/german/1024/profil/index_t.html [19.6.2006]

GÖRGEN, T., KREUZER, A., NÄGELE, B. & KRAUSE, S. (2002). *Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts*. Stuttgart: Kohlhammer.

GÖRGEN, T. & NÄGELE, B. (2003). *Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt*. Forschungsberichte Nr. 89. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Verfügbar unter: http://www.prospektive-entwicklungen.de/german/1024/profil/index_t.html [19.6.2006]

GÖRGEN, T., NEWIG, A., NÄGELE, B. & 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. (bestellbar über www.kfn.de)

GRAVEL, S., BEAULIEU, M. & LITHWICK, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal: Les mauvais traitements entre conjoints agés. *Criminologie*, 30, 2, 67-85

GRUNDFELD, A.F., LARSSON, D.M., MACKAY, K. & HOTCH, D. (1996). Domestic violence against elderly women. *Canadian Family Physician*, 42, 1485-1493.

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

HEISKANEN, M. & PIIPSA, M. (1998). *Faith, Hope, Battering: A Survey of Men's Violence against Women in Finland*. Helsinki: Statistics Finland.

JASPARD, M., BROWN, E. CONDON, S., FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D., HOUEL, A., LHOMOND, B., MAILLOCHON, F., SAUREL-CUBIZOLLES, M.-J. & SCHILTZ, M.-A. (2003). *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. La documentation française. Collection «Droits des Femmes»*.

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

KILLIAS, M., SIMONIN, M. & DE PUY, J. (2005). *Violence Experienced by Women in Switzerland over their Lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Bern: Staempfli Publishers Ltd.

LUNDGREN, E., HEIMER, G., WESTERSTRAND, J. & KALLIOKOSKI, A. (2002). *Captured Queen: Men's Violence against Women in „Equal“ Sweden – a Prevalence Study*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

MOUTON, C.P., ROVI, S., FURNISS, K. & LASSER, N.L. (1999). The Associations between Health and Domestic Violence in Older Women: Results of a Pilot Study. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8, 9, 1173-1179

PENHALE, B. (1999). Bruises on the Soul: Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11, 1, 1-22.

REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M.H. & STRUNK, P. (1990). Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 162-167.

- SCHLESINGER, J.L. & SALOMON, M.J. (1988). A Case of Wife Abuse in the Intermediate Care Facility. *Clinical Gerontologist*, 7, 3-4, 163-166.
- SCOTT, M., MCKIE, L., MORTON, S., SEDDON, E. & WASOFF, F. (2004). "...and for 39 years I got on with it". *Older Women and Domestic Violence in Scotland*. Edinburgh: Health Scotland. Verfügbar unter: <http://www.crfr.ac.uk/Reports/DMViolenceReport.pdf> [6.6.2006]
- STRAKA, S.M. & MONTMINY, L. (2006). Responding to the Needs of Older Women Experiencing Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12, 3, 251-267.
- VINTON, L. (1999). Working with Abused Older Women from a Feminist Perspective. *Journal of Women & Aging*, 11, 2/3, 85-100.
- VINTON, L., ALTHOLZ, J.A.S. & LOBELL-BOESCH, T. (1997). A Five-Year Follow Up Study of Domestic Violence Programming for Older Battered Women. *Journal of Women & Aging*, 9, 1/2, 3-15.
- WOLF, R.S. (1998). *Support Groups for Older Victims of Domestic Violence: Sponsors and Programs*. Worcester: National Committee for the Prevention of Elder Abuse.
- WOLF, R.S. (1999). *Elder Shelters: United States, Canada, and Japan*. Paper presented at the 2nd National Conference on Elder Abuse, March 23-24, Toronto.
- WOLF, R.S. & PILLEMER, K.A. (1997). The Older Battered Woman: Wives and Mothers Compared. *Journal of Mental Health and Aging*, 3, 3, 325-336.

C. Schacke: Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Pflegebedürftiger

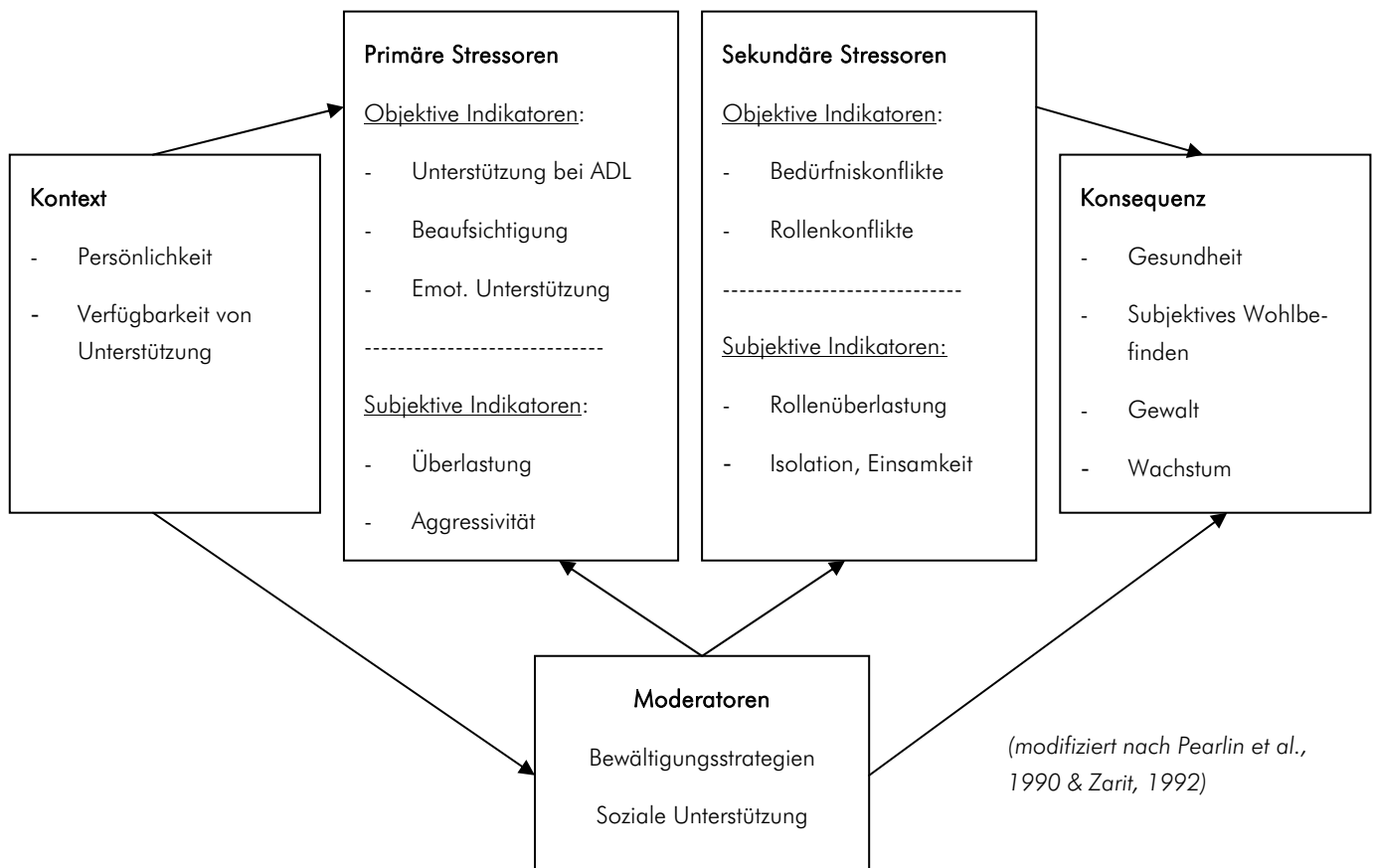
Dr. Claudia Schacke, Freie Universität Berlin, Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Die Thematik der Gewalt gegen ältere Menschen in der Familie findet in der Öffentlichkeit erst seit etwas mehr als zwei Jahrzehnten in nennenswertem Umfang Beachtung. Diese Sensibilisierung für Formen der Gewaltanwendung gegenüber älteren Menschen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene hängt nicht zuletzt mit dem zunehmend sich veränderndem Altersaufbau der Bevölkerung und der dadurch steigenden Zahl Hilfs- und Pflegebedürftiger in den westlichen Industrienationen zusammen. Durch diese Entwicklungen und den daraus erwachsenen Erfordernissen für das Versorgungssystem haben sich in den letzten Jahrzehnten die Rahmenbedingungen verändert, unter denen familiäre Unterstützung und Pflege älterer Menschen stattfindet. Eine besondere Rolle im Rahmen der häuslichen Pflege nehmen ältere Menschen ein, die an einer Demenz erkrankt sind. Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenschwersten Erkrankungen des höheren Lebensalters. Ältere Menschen mit dieser Erkrankung leiden unter einem fortschreitenden Verlust an Gedächtnisleistungen und anderen kognitiven Funktionen wie Denk- und Sprachvermögen, durchlaufen häufig massive Wesens- und Verhaltensänderungen, erkennen zu einem späteren Krankheitsstadium vielfach ihre Angehörigen nicht mehr und werden schließlich in allen Lebensbereichen pflegebedürftig. Die spezifische Symptomatik, der fortschreitende Krankheitsverlauf und die unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung führen dazu, dass pflegende Angehörige demenziell erkrankter Familienmitglieder besonders hohen physischen, psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt sind. Hohe Belastungen in der häuslichen Pflege wiederum gelten als Risikofaktor für häusliche Gewalt gegen ältere Menschen. Danach sind pflegende Angehörige, die sich physisch und psychisch durch die Pflege überlastet fühlen, verstärkt gefährdet, aggressiv und gewalttätig gegenüber dem Pflegebedürftigen zu reagieren.

Vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Bedeutung der Aufrechterhaltung und Sicherung der Pflege älterer Menschen durch ihre Angehörigen auf der einen Seite, der Gefahr von Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger Älterer in der Familie auf der anderen Seite erscheint eine Beschäftigung mit dieser Thematik von besonderer Relevanz. Gerade auch verstärkte Bemühungen für geeignete Entlastungsangebote und Interventionen für pflegende Angehörige bedürfen eines detaillierten Wissens um potentielle Risikofaktoren für Gewaltentstehung im Rahmen der Pflege.

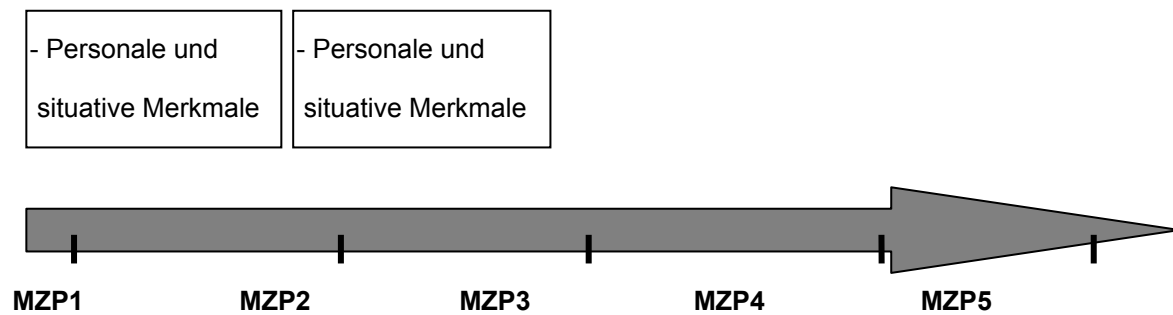
Die Entstehung aggressiver Gefühle und Verhaltensweisen pflegender Angehöriger gegenüber pflegebedürftigen Demenzkranken wird in dem vorliegenden Beitrag als eine potentielle längerfristige Konsequenz der Pflege betrachtet, die aus den Kontextbedingungen Wohnsituation, Beziehungsgüte und Persönlichkeit, aus den objektiven Stressoren Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Beaufsichtigung und Verhaltensprobleme des Pflegebedürftigen sowie aus den subjektiven Stressoren Überforderung und Gefühl von Inkompetenz resultieren kann.

Modell zur pflegebedingten Belastung



Die diesem Beitrag zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Forschungsprojektes LEANDER („Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter“, ZANK, SCHACKE & LEIPOLD, 2002) an der Freien Universität Berlin erhoben. Bei dem LEANDER-Projekt handelt es sich um eine Longitudinalstudie mit insgesamt fünf Messzeitpunkten,

Die Datenerhebung erfolgte hauptsächlich schriftlich mittels eines speziell für das LEANDER-Projekt entwickelten, verschiedene Subskalen umfassenden Fragebogens zur Belastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken (ZANK et al., 2002). Der Kontakt zu den Studienteilnehmern wurde hergestellt durch Artikel in bundesweiten einschlägigen kostenlosen Zeitungen und Ratgebern (z.B. Seniorenratgeber, Apothekenumschau), in denen pflegende Angehörige, die ein demenzkrankes Familienmitglied in ihrer häuslichen Umgebung betreuen, zur Teilnahme an der Studie aufgefordert wurden. Weitere Kontaktaufnahmen zu den Teilnehmern erfolgten über Alzheimer-Selbsthilfegruppen und durch Tagespflegestätten. Für Fragen und weiterführende Informationen standen den Interessenten geschulte Mitarbeiter zur Verfügung, die bei einer Bereitschaft zur Teilnahme telefonisch prüften, ob der Anrufer die Kriterien der Studie erfüllte. Kriterien waren eine aktuell bestehende Pflegesituation mit dem Anrufer als Hauptpflegeperson sowie eine demenzielle Erkrankung des pflegebedürftigen Familienmitglieds. Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen führten die Mitarbeiter ein kurzes telefonisches Interview mit dem pflegenden Angehörigen durch, um den Schweregrad der Demenz des Erkrankten nach ICD-10 einzuschätzen und Informationen zur allgemeinen Pflegesituation zu erhalten. In die Auswertung zum ersten Messzeitpunkt flossen schließlich 888 Fragebögen ein.



Design der LEANDER-Studie

Das BIZA-D umfasst insgesamt verschiedene Dimensionen von Belastung. Zu der Hauptkategorie der objektiven Betreuungsaufgaben gehören u.a. basale und erweiterte Pflegeaufgaben, aber auch das Motivieren und Anleiten oder die emotionale Unterstützung des Pflegebedürftigen.

Zu der Hauptdimension der Belastung durch Verhaltensänderungen des Demenzkranken gehören die subjektive Belastung durch kognitive Einbußen, aggressives Verhalten, depressive Stimmung, verwirrtes desorientiertes Verhalten und symbolischen Verlust des Pflegebedürftigen.

Zu den Bedürfniskonflikten zählen persönliche Einschränkungen durch die Pflege, mangelnde soziale Anerkennung sowie die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung.

Der genaue Wortlaut der Skala zur Erfassung von aggressivem Verhalten gegenüber dem Pflegebedürftigen geht aus Tabelle 1 hervor. Die Reliabilität der Skala liegt bei .80 (Cronbach's Alpha).

Tabelle 1. Fragebogen zu Aggressivität in der Pflege

Wie häufig kommen folgende Situationen vor? Bitte legen Sie bei der Beantwortung der Fragen die letzten zwei Wochen zu Grunde.

1. Ich werde lauter.
2. Mir rutschen meinem Angehörigen gegenüber abfällige Bemerkungen heraus.
3. Ich könnte meinen Angehörigen vor Wut schütteln.
4. Ich bin voll Groll, was mein Angehöriger mir zumutet.
5. Ich drohe meinem Angehörigen oder schüchtere ihn ein.
6. Ich fasse meinen Angehörigen bei der Pflege schon mal härter an.
7. Ich schränke meinen Angehörigen in seiner Bewegungsfreiheit ein.

Querschnittliche Analysen

Der Zusammenhang zwischen personalen Merkmalen und Gewalt wurde anhand der Querschnittstichprobe des ersten Messzeitpunktes ermittelt. Die Stichprobenbeschreibung geht aus den Tabellen 2 bis 5 hervor.

Tabelle 2: Merkmale der Pflegenden

Merkmale	Anteile	Mittel
Verwandtschaftsgrad		
Tochter	39 %	
Söhne	4 %	
Ehefrau	29 %	
Ehemann	14 %	
Schwiegertochter	9 %	
Andere	5 %	
Alter		60 Jahre
Betreuungsdauer		42 Monate

Tabelle 3: Merkmale der Betreuungssituation

Merkmale	Anteile
Wohnsituation	
Gemeinsam	62 %
Unterstützungsangebote	
Keine	19 %
Privat	48 %
Sozialstation	33 %
Tagespflege	26 %
Gesprächsgruppe	31 %

Tabelle 4: Pflegebedürftigkeit des demenzkranken Angehörigen

Merkmale	Anteile
Anwesenheit notwendig	
1-2 wöchentlich	3 %
Täglich	8 %
Mehrmals täglich	42 %
Rund um die Uhr	47 %
Pflegestufe	
Keine	18 %
1	20 %
2	36 %
3	26 %

Tabelle 5: Merkmale der demenzkranken Angehörigen

Merkmale	Anteile	Mittel
Alter des Patienten		79 Jahre
Geschlecht d. Patienten		
Weiblich	64%	
Männlich	36%	
Schwere d. Erkrankung (ICD-10)		
Leicht	10 %	
Mittel	53 %	
Schwer	37 %	

Die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Verhaltensweisen geht aus Tabelle 6 hervor.

Es zeigt sich, dass verbale Aggressivität in Form von Schreien oder Anschreien („Ich werde lauter.“) am häufigsten vorkommt (58% mindestens „manchmal“). Relativ häufig sind zudem Formen latenter Aggressivität, die bei mehr als einem Viertel der Angehörigen „manchmal“ bzw. „oft“ bis „sehr oft“ auftritt. Alle übrigen Formen werden von weniger als 20% der Angehörigen überhaupt angegeben.

Tabelle 6: Auftretenshäufigkeit aggressiver Verhaltensweisen

Item	Art der Aggressivität	selten- nie	manchmal	oft – sehr oft
Ich werde lauter.	verbal	42 %	37 %	21 %
Mir rutschen meinem A. gegenüber abfällige Bemerkungen heraus.	verbal	81 %	15 %	4 %
Ich könnte meinen A. vor Wut schütteln.	latent	74 %	19 %	7 %
Ich bin voll Groll, was mein A. mir zumutet.	latent	74 %	17 %	9 %
Ich drohe meinem A. oder schüchtere ihn ein.	verbal	90 %	8 %	2 %
Ich fasse meinen A. bei der Pflege schon mal härter an.	physisch	88 %	11 %	1 %
Ich schränke meinen A. in seiner Bewegungsfreiheit ein.	Einschränkg. des Willens	77 %	7 %	6 %

Merkmale des Betreuungskontextes und Aggressivität

Um in Erfahrung zu bringen, welche Bedeutung der Betreuungskontext für die Ausprägung aggressiver Verhaltensweisen in der Pflege einnimmt, wurden folgende Kontextmerkmale betrachtet:

- Merkmale der Pflegeperson (Geschlecht, Verwandtschaftsgrad, Schulbildung)
- Situative Merkmale (Wohnsituation)
- Merkmale des demenzkranken Angehörigen (Demenzgrad, Betreuungsbedarf)

Entsprechende Analysen ergaben, dass der Verwandtschaftsgrad, die Schulbildung des Pflegenden und die Wohnsituation eine signifikante Bedeutung für die Ausprägung des aggressiven Verhaltens hatten. Bezogen auf den Verwandtschaftsgrad zeigte sich, dass sich pflegende Schwiegertöchter von allen übrigen Pflegenden durch eine höhere Aggressivität dem Pflegebedürftigen gegenüber unterschieden. Die Pflegenden mit einem höheren Bildungsniveau zeigten signifikant weniger aggressives Verhalten. Pflegende, die mit dem demenzkranken Angehörigen einen Haushalt teilten, waren häufiger aggressiv als solche, die getrennt vom Pflegebedürftigen wohnten. Diejenigen Pflegebedürftigen, die einen geringen Betreuungsbedarf aufwiesen (1-2mal die Woche) waren deutlich weniger von Aggressivität betroffen als diejenigen, die einen höheren Betreuungsbedarf hatten.

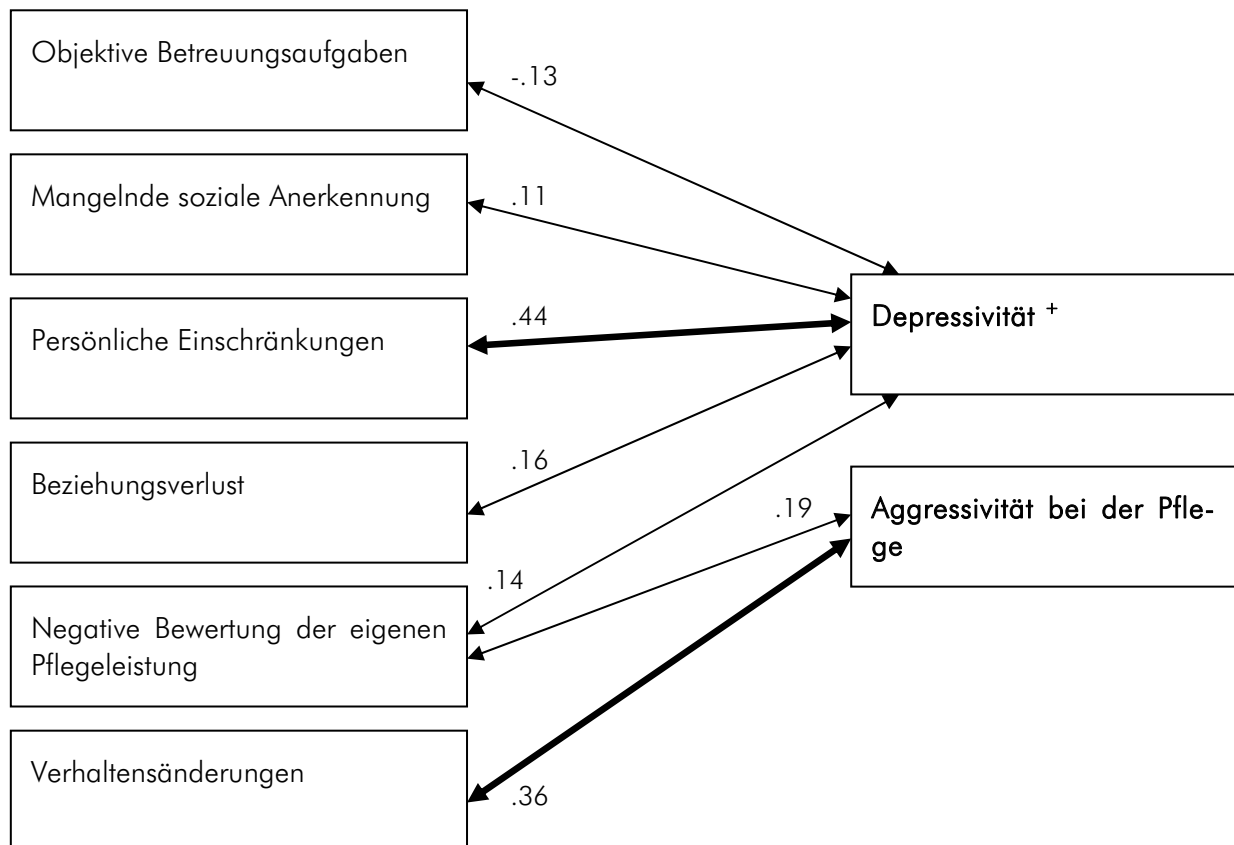
Um die Bedeutung der einzelnen Belastungsdimensionen für die Ausprägung von Aggressivität und Depressivität des Pflegenden zu ermitteln, gingen folgende Dimensionen in die Regressionsanalysen ein:

- Objektive Pflegeaufgaben
- Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen
- Beziehungsverlust

- Persönliche Einschränkungen
- Mangelnde soziale Anerkennung
- Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung

Die Ergebnisse gehen aus der nachfolgenden Abbildung hervor.

Fehler! *Belastung und Gewalt: Signifikante Beta-Gewichte (> .10) aus multipler Regression*



+ 35 % der Stichprobe leiden unter klinisch relevanter Depressivität (CES-D > 23)

Bei der Vorhersage von Depressivität und Aggressivität zeigen sich zwei prinzipiell unterschiedliche Zusammenhangsmuster. Während Aggressivität lediglich mit zwei der insgesamt sechs Prädiktoren in einem bedeutsamen Zusammenhang steht, ist die Depressivität mit nahezu allen untersuchten Prädiktoren assoziiert. Der bedeutsamste Prädiktor für die Aggressivität bei der Pflege besteht aus den krankheitsbedingten Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen. Je stärker diese ausgeprägt sind, desto höher auch die Aggressivität des Pflegenden. Bedeutsam für die Ausprägung von Aggressivität ist außerdem die Bewertung der eigenen Pflegeleistung. Je negativer diese ausfällt, desto höher die in der Pflege auftretende Aggressivität.

Für die Depressivität stellen die durch die Pflege bedingten persönlichen Einschränkungen des Pflegenden den bedeutsamsten Prädiktor dar. Das hohe positive Beta-Gewicht zeigt, dass ein hohes Maß an wahrgenommenen persönlichen Einschränkungen einen deutlichen Beitrag zu einer

hohen Depressivitätsausprägung leistet. Bedeutsam sind außerdem objektive Pflegeaufgaben, Beziehungsverlust, persönliche Einschränkungen, mangelnde soziale Anerkennung sowie die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung. Auffallend ist der negative Zusammenhang zwischen objektiven Pflegeaufgaben und Depressivität: Je mehr Pflegeaufgaben geleistet werden, desto geringer die Depressivität des Pflegenden.

Längsschnittliche Analysen

Die folgenden Analysen basieren auf längsschnittlichen Daten, die zu vier Messzeitpunkten in einem Zeitraum von 27 Monaten erhoben wurden (N=321). Aus der nachfolgenden Grafik geht zunächst hervor, dass die Aggressivität im Zeitverlauf nicht zunimmt, sondern eine leichte, (aber statistisch bedeutsame) Abnahme zu verzeichnen ist.

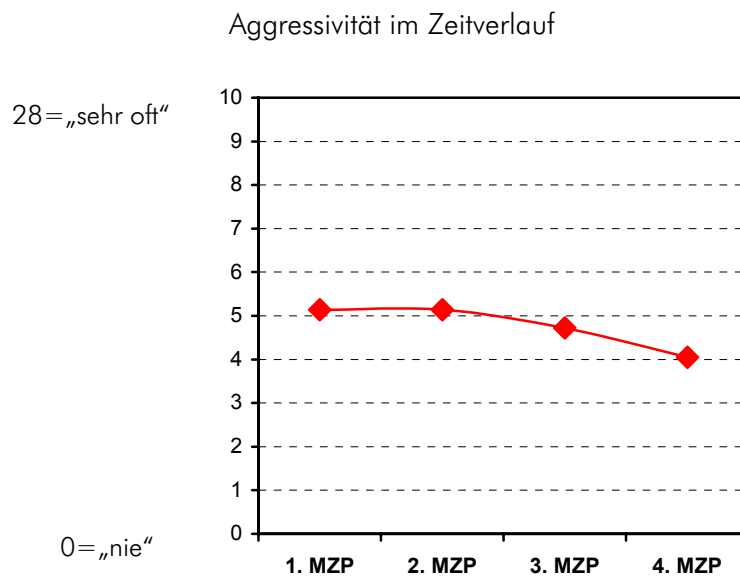


Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage von Depressivität im Zeitverlauf. Nach Berücksichtigung der Autokorrelation erweisen sich noch zwei Prädiktoren als bedeutsam für die Entwicklung depressiver Symptome im Zeitverlauf. Sowohl die Nutzung von Tagespflege als auch die Bewältigungsstrategie einer grundsätzlichen Akzeptanz der Demenzerkrankung zum ersten Messzeitpunkt fungieren als Schutzfaktoren, die sich positiv auf den Depressionsverlauf auswirken. Diejenigen Angehörigen, die zum ersten Messzeitpunkt Tagespflege nutzten weisen einen günstigeren Depressionsverlauf auf als diejenigen, die ein solches Unterstützungsangebot nicht in Anspruch nehmen.

Je höher die Akzeptanz gegenüber dem unabänderlichen Fakt der Erkrankung des Angehörigen zu Beginn der Untersuchung, desto günstiger der Verlauf der Depression über die Zeit.

Tabelle 7: Aggressivität im Zeitverlauf: Risiko- und Schutzfaktoren (N=321)

Prädiktoren zu t1	Beta
CES-D	.63***
Geschlecht d. Pflegenden	.06
Alter d. Pflegenden	.07
Schwere d. Erkrankung (ICD-10)	.03
Nutzung Tagespflege	-.08*
Nutzung Selbsthilfegruppe	.02
Private Unterstützung	-.01
Akzeptanz d. Erkrankung	-.11**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

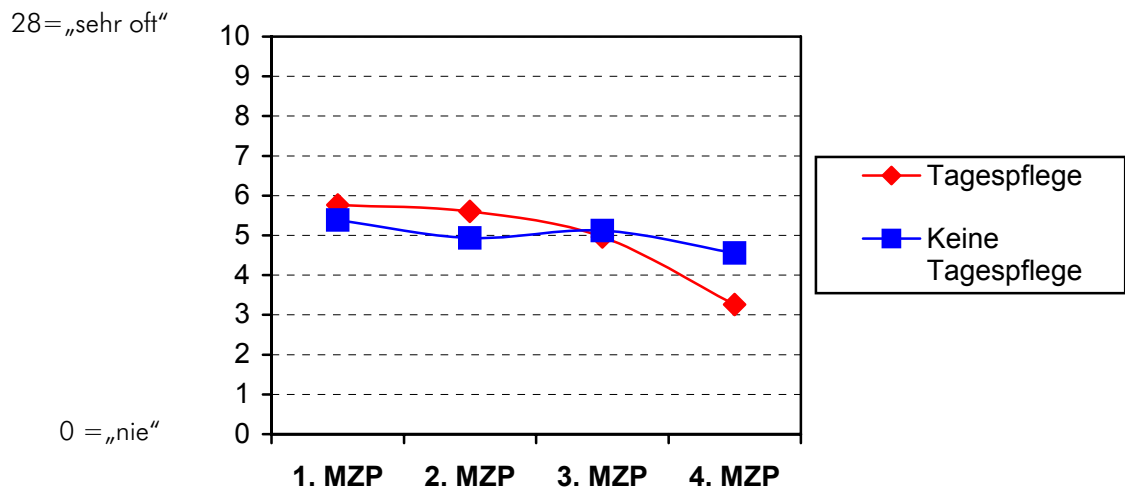
Aus Tabelle 8 geht hervor, dass in Bezug auf die Vorhersage der Veränderung von Aggressivität über die Zeit nur ein bedeutsamer Prädiktor zu identifizieren war. Diejenigen Pflegenden, die zum ersten Messzeitpunkt Tagespflege nutzten, zeichneten sich durch einen günstigeren Verlauf ihrer Aggressivität aus als Pflegende, die ein solches Angebot nicht in Anspruch nahmen. Diesen Zusammenhang veranschaulicht die nachstehende Grafik.

Tabelle 8: Aggressivität im Zeitverlauf: Risiko- und Schutzfaktoren (N=321)

Prädiktoren zu t1	Beta	Sig
Geschlecht d. Pflegenden	-.08	.195
Alter d. Pflegenden	-.07	.313
Einkommen	-.03	.608
Dauer der Erkrankung	-.07	.236
Gemeinsamer Haushalt	.02	.751
Akzeptanz d. Erkrankung	.03	.641
Private Unterstützung	-.01	.847
Ambulante Pflegedienste	.08	.164
Tagespflege	-.18*	.002
Selbsthilfegruppe	-.01	.958

* $p < .05$

Aggressivität im Zeitverlauf: Schutzfaktor Tagespflege



Zusammenfassung und Fazit

Bedeutsame objektive Person- und Situationsmerkmale für die Ausprägung von Gewalt in der Pflege sind die Wohnsituation, das Bildungsniveau der Pflegenden und der Betreuungsbedarf des demenzkranken Angehörigen. Von zentraler Bedeutung ist die subjektiv wahrgenommene Belastung durch die Pflege. Hier spielt die subjektive Belastung durch spezifische Verhaltensprobleme des Demenzkranken eine entscheidende Rolle. Interventionsmaßnahmen zur Prävention von Gewalt in der Pflege sollten verstärkt auf den Umgang mit demenzbedingten Verhaltensproblemen fokussieren. Solche Interventionen bedürfen noch der Konzeptualisierung und Evaluation. In Bezug auf die Betreuung Demenzkranker existiert eine Grauzone zwischen notwendigen „Sicherungs- und Versorgungsmaßnahmen“ und Gewalt. Um einen angemessenen Gewaltbegriff muss also immer wieder gerungen werden. Angehörige sind oft gleichzeitig Opfer und Täter.

Demzufolge sind systemische Lösungen adäquater als einseitige Schuldzuweisungen.

Literatur

PEARLIN, L.I., MULLAN, J.T., SEMPLE, S.J. & SKAFF, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-593.

ZANK, S., SCHACKE, C. & LEIPOLD, B. (2002). *The development of a multidimensional measure of caregiving strain: Initial results*. Vortrag im Rahmen der International Academy of Family Psychology, Heidelberg, 7.-10. April.

ZARIT, S.H. (1992). Measures in family caregiving research. In B. BAUER (ed.). *Conceptual and methodological issues in family caregiving research. Proceedings of the invitational conference on family caregiving research* (pp. 1–19). Toronto: University of Toronto, Faculty of Nursing and Centre for Studies of Aging.

R.D. Hirsch: Nahraumgewalt gegen ältere Menschen: Wie ist Vorbeugung möglich? Welche Hilfen benötigen Opfer?

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Handeln statt Misshandeln e.V., Bonn

„Gewalt wird oft als unvermeidbarer Bestandteil der menschlichen Befindlichkeit gesehen, als etwas zum Leben dazu Gehöriges, das man wohl nicht verhüten und auf das man nur reagieren kann. Doch diese Auffassung wandelt sich allmählich, unterstützt durch die Erfolge, die man bei der Bekämpfung anderer umwelt- und verhaltensbedingter Gesundheitsprobleme erzielt hat, wenn dagegen mit Public-Health-Ansätzen vorgegangen wurde.“¹⁰

„Wenn man das Problem der Gewalt umfassend bekämpfen will, müssen die Menschen unbedingt auf allen Ebenen alle möglichen Formen partnerschaftlicher Zusammenarbeit eingehen, um so eine wirk-same Gegenwehr aufzubauen.“¹¹

Obwohl der größte Teil der alten Menschen nicht in Institutionen lebt, sondern im häuslichen Bereich, scheint der Schleier über Gewalthandlungen und deren gesellschaftliche Akzeptanz im sozialen Nahraum noch größer zu sein als in Institutionen. Im häuslichen Bereich gibt es keine Kontrollmöglichkeiten, wenig öffentliches Interesse und auch keine Maßnahmen wie sie vergleichsweise in den Jugendschutzgesetzen für Kinder und Jugendliche vorgesehen sind. Scham und Schuldgefühle dürften zudem für die Opfer eine erhebliche Barriere sein, sich Hilfe von außen zu holen. Hinzukommt, dass Gewalthandlungen an pflegebedürftigen Familienmitgliedern häufiger auftreten. Allerdings gibt es diese auch, wenn keine Pflegebedürftigkeit in einer Familie besteht.

Grundlagen- und anwendungsbezogene Forschung zum Problembereich „Gewalt gegen alte Menschen in der Familie“ stehen in Deutschland noch am Anfang. Allerdings gibt es einige Arbeiten, die Einzelinitiativen und Maßnahmen zur Verringerung von Gewalt gegen alte Menschen untersuchen. Mag auch der Großteil der Studien keinen wissenschaftlichen Kriterien genügen, so ist dies nicht gleichbedeutend mit deren Wirkungslosigkeit. Verwiesen werden kann auf Darstellungen von Einzelfallschilderungen, welche die Arbeitsweise, Wirkung und Effizienz verdeutlichen.¹² Es wäre fatal, wollte man auf die Ergebnisse der Forschung, auch wenn sie noch so wichtig sind, warten. Zudem ist die Not vieler alter Menschen im häuslichen Bereich heute schon so groß, dass sofortiges Handeln dringend geboten ist. Allerdings kann auf Forschungsergebnisse im Ausland verwiesen werden, von welchen vielfältige Impulse aufgenommen werden können und welche auch praxisrelevant sind.¹³

¹⁰ Weltgesundheitsorganisation (2002): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, S. 4. www.euro.who.int

¹¹ s. Fußnote 10, S. 4.

¹² Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (Hrsg.), Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen. Workshop Reader, Bonn 2003.

¹³ Th. Görge / A. Kreuzer / B. Nägele / S. Krause, Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 217, Stuttgart 2002.

1. Altersdiskriminierung

In unserer Gesellschaft bestehen gegen alte Menschen eine ganze Reihe von Vorurteilen und Mythen, welche als Ausgangspunkt von Diskriminierung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Sie können auch einen Nährboden für Gewalt gegen alte Menschen bilden. In diesem Zusammenhang können Begriffe¹⁴ wie „Altersheim Deutschland“, „Altenplage“, „Seniorenlawine“, aber auch Einstellungen wie z.B. „Bilanzsuizid“, „Altersstarrsinn“ oder „Abbau“ als eine Form von symbolischer Gewalt¹⁵ interpretiert werden. Auch der immer wieder beklagte „Fach-Jargon“ von Professionellen – wie z.B. „fertig machen“, „ruhig stellen“ oder „gut führbar“ – ist hierunter zu zählen. Vorurteile entstehen durch:

- die Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen,
- geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversionen oder sogar Aggression gegen alte Menschen,
- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen,
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten.¹⁶

Es bleibt daher nicht aus, dass auch das Selbstbild vieler alter Menschen nicht positiv ist. Der alte Mensch ist das, was an ihm – auch von Helfern – wahrgenommen und ihm als Würde und Wert von Jüngeren zugesprochen wird. Eine Fokussierung der Perspektive auf „alt“ mit dementsprechender Einstellung („Abbau“, „Belastung“ und nicht Bereicherung) führt sowohl bei der Diagnostik wie auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen und Vernachlässigungen, die dem alten Menschen schaden. Nicht der alte Mensch bestimmt, was er benötigt, sondern der Jüngere bestimmt, was „bezahlbar“ ist.

Alte Menschen werden, wenn auch unterschwellig, für die Misere des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht. Gibt es hierzu auch fundierte und seriöse gegenteilige und differenziertere Aussagen, die belegen, dass das Alter nur eine Variable von mehreren ist, (Streit¹⁷ zählt 21 Variablen auf, die für die „Kostenexplosion“ verantwortlich sind, vgl. auch Backes u.a.¹⁸), so werden diese in den Gesundheitsdiskussionen zu wenig beachtet. Altersdiskriminierende Faktoren können auch zu verringerter Bereitschaft von Intervention und Behandlung führen (Tab. 1).

¹⁴ P. Bourdieu / J.-Cl. Passeron, Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt am Main 1973.

¹⁵ P. Bourdieu / J.-Cl. Passeron, Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt am Main 1973.

¹⁶ F.J. Illhardt, Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 8 (1995), S. 9-16. – U. Kramer, Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters, in: R. Fiehler / C. Thimm (Hrsg.) Sprache und Kommunikation im Alter, Radolfzell 2003, S. 257-277.

¹⁷ R. Streit, Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional? Schweizerische Ärztezeitung 81 (2000) S. 2263-2267.

¹⁸ G. M. Backes / W. Clemens / F. Höpflinger, Alte haben´s drauf! Taz-Dossier 1, 30, 30. 07. 2004.

Tab. 1: Diskriminierung alter Menschen im Gesundheitswesen

<p style="text-align: center;">– keine „Einzelfälle“, aber auch keine Generalisierung – „Die Behandlung und Pflege alter Menschen ist nicht mehr zu finanzieren“</p> <ul style="list-style-type: none">• Geringe gesellschaftliche Wertschätzung• unwürdige Umgangsweise durch Professionelle u.a.• „Vorsorgliche“ Überfürsorglichkeit• unnötige und vorschnelle Institutionalisierung• unnötige und vorschnelle Einrichtung von rechtlicher Betreuung und deren Missbrauch ohne Konsequenzen• Gefahr von Unter-, Über- und Fehlbehandlung• beschränkter Zugang zur Diagnostik• „oberflächliche“ Diagnostik• „Abstempelung“ durch Diagnosen• Einschränkung von erforderlichen Behandlungsmaßnahmen• „oberflächliche“ Behandlung• verringerter Zugang zu präventiven und rehabilitativen Gesundheitsleistungen• ungleiche Bezahlung durch Krankenkassen• diffamierende Pflegemittelerstattung• Vernachlässigung• reduzierter Zugang und Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen• Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu erhalten• Unwissen von Professionellen mangels Ausbildung• Verantwortlichmachen für die „Kostenexplosion“• „Ware alter Mensch“
--

2. Aspekte zu den Phänomenen

In der Gerontologie wird der Begriff Gewalt, in Anlehnung an die amerikanische Literatur, definiert „als eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, so sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden kann.“¹⁹ Die sich hieraus ergebenden Gewaltformen sind: aktive und passive Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlung (abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung sowie Einschränkung des freien Willens. Alle diese Gewalthandlungen beziehen sich auf Interaktionen zwischen Personen. Um aber wirkungsvolle Präventions- und Interventionsstrategien entwickeln zu können, bedarf es einer umfassenderen Sichtweise der Gewalt und die Einbeziehung mehrerer Ebenen. Hilfreich sind die Arbeiten von Galtung²⁰, der Gewalt als eine Handlung oder Drohung versteht, die grundlegende menschliche Bedürfnisse (Wohlbefinden, Ü-

¹⁹ M. Dieck, Gewalt gegen ältere Menschen im familiären Kontext: Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Kommunikation, in: Zeitschrift für Gerontologie 20 (1987), S. 305-313.

²⁰ F. J. Galtung, Strukturelle Gewalt, Reinbek bei Hamburg, 1975 – J. Galtung, Kulturelle Gewalt, in: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.) Aggression und Gewalt, Stuttgart 1993.

berleben, persönliche Identität und Freiheit) beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert. Gewalt entsteht auf drei Ebenen, die sich gegenseitig beeinflussen. Gewalt, die aus systemischen Strukturen resultiert, wird von ihm als „strukturelle“ bezeichnet. Als dritte Ebene wird von Galtung die „kulturelle“ Gewalt bezeichnet, die jene Aspekte der Kultur umfasst, die zur Legitimation direkter, illegitimer institutioneller oder struktureller Gewalt benutzt werden können. Beispiele sind in Sprache, Ideologie und Glaubenssystemen zu finden. Bourdieu und Passeron²¹ meinen mit ihrem Begriff der symbolischen Gewalt ähnliches. Sie verwenden ihn zur Charakterisierung des Potentials, welches benötigt wird, Bedeutungen (Worte und Zeichen) durchzusetzen, um ihre Anerkennung zu erreichen. Durch symbolische Gewalt wird eine legitime Ordnung von Herrschaft hergestellt, denen Betroffene ausgeliefert sind.

Personale bzw. direkte Gewalt ist als eine Handlung beobachtbar. Strukturelle Gewalt ist nur indirekt fassbar als ein Prozess, wie er z.B. seinen Niederschlag in Institutionen und deren genormten Abläufen findet oder bei unzureichender Durchsetzung von Gesetzen. Die in diesem Zusammenhang bedeutsamen kulturellen Faktoren sind eher invariant, schwer und nur langsam zu verändern. Als ein Beispiel kann das Altersstereotyp dienen, das zur Diskriminierung von alten Menschen führt und dadurch das Potential für strukturelle und direkte Gewalt erhöht.

Dieses trianguläre Modell oder „Gewaldreieck“ führt dazu, Gewalt individuell und gesellschaftlich zu betrachten. Wer Gewalt verringern will, muss professionell einen Handlungsrahmen schaffen, um akut handeln und gleichzeitig auf längerfristige Veränderungen im Beziehungs- oder Struktur-system hinwirken zu können. Hierzu bietet das trianguläre Modell folgende Aspekte²²:

1. Gewalt als eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse zu sehen – diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung, Korrektur und Suche nach Alternativen im Wege steht. Zudem steht diese Vorgabe der oft noch vertretenen Vorstellung entgegen, dass Gewalt als unvermeidbarer Bestandteil menschlicher Befindlichkeit gesehen werden kann;
2. der Bedeutung von multifaktoriellen, mehrdimensionalen und prozesshaften Entstehungsbedingungen gerecht werden, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern;
3. zu vermeiden, lediglich eine Opfer-Täter-Dichotomisierung oder eine reine Beziehungsproblematik zu sehen; dies ist zur Vermeidung von Emotionalisierung und zur Operationalisierung von Alternativen entscheidend.
4. Fort- und Weiterbildungs-Curricula zu entwickeln, die Polarisierungen vermeiden, individuelle und gesellschaftliche Bezüge herstellen, Eigenverantwortung und ethische Aspekte einbeziehen sowie lehrbar und überprüfbar sind.

3. Häufigkeit und Formen

Derzeit gibt es mehrere ausführlichere Darstellungen über das derzeitige Wissen über die Häufigkeit des Auftretens von häuslicher Gewalt. Insbesondere sei auf die Monographie von Görden et

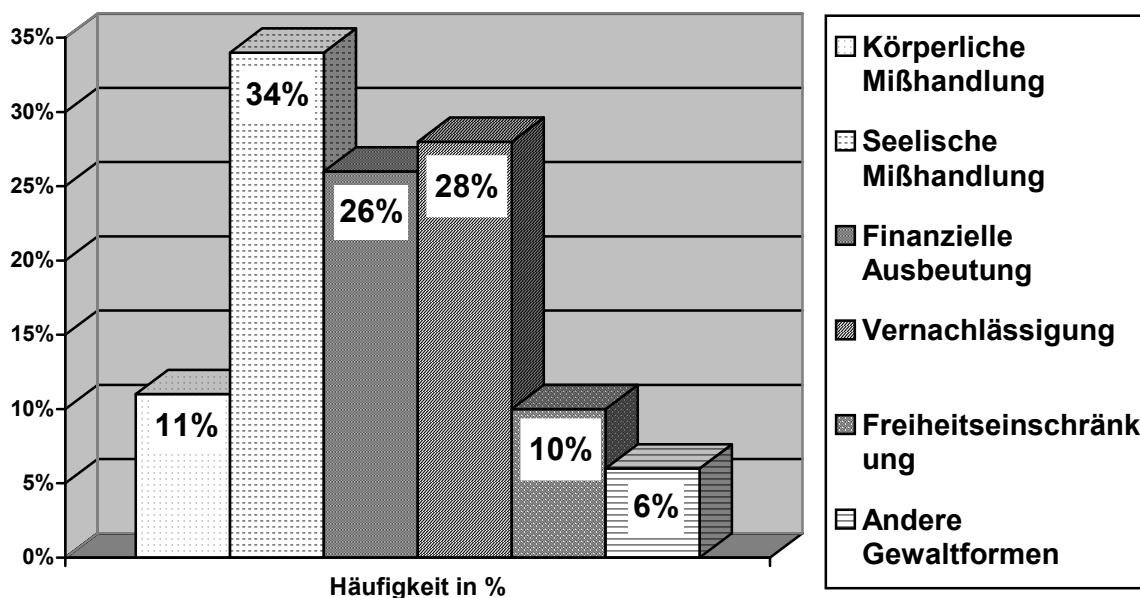
²¹ P. Bourdieu / J.-Cl. Passeron, Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt am Main 1973. – P. Bourdieu, Die männliche Herrschaft, Frankfurt am Main 2005.

²² R. D. Hirsch / B. R. Vollhardt, elder maltreatment, in: Robin Jacoby / Catherine Oppenheimer (Ed.), psychiatry in the elderly, Oxford /New York 2002, S. 896-918.

al.²³ verwiesen. Allerdings bestehen noch erhebliche Wissenslücken. Die erste umfangreichere Untersuchung über die Häufigkeit des Auftretens von häuslicher Gewalt in Deutschland wurde von Wetzels et al.²⁴ durchgeführt. Diese geht von einem Auftreten von 6,6% für das Jahr 1991 aus. Davon waren 3,4% Opfer physischer Gewalt, 2,7% wurden durch aktive Vernachlässigung oder Medikamentenmissbrauch viktimisiert, 1,3% materiell geschädigt und 0,8% berichten über chronische verbale Aggression. In der Bonner HsM-Studie²⁵ wurde ein Anteil von 10,8% der über 60jährigen festgestellt, die innerhalb der letzten 5 Jahre in der Familie Opfer wurden (60-74-jährige: 13%; 75jährige und ältere: 7,5%). Häufigste Formen sind körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung und finanzielle Schädigung. Überwiegend ist psychische Gewalt mit anderen Formen verbunden. Als besondere Risikogruppen werden kranke und hilfebedürftige sowie (finanziell) abhängige und sozial isolierte Personen gesehen.

Als Beispiel aus der Praxis wird auf Abbildung 1 die Verteilung und die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Formen von Gewalt im häuslichen Bereich dargestellt, wie sie beim Bonner Notruf auftraten (Mehrfachnennungen). Ca. die Hälfte der Notrufe im Jahr 2004 (N= 1240) kamen aus dem häuslichen Bereich.

Abb. 1: Gewaltformen im häuslichen Bereich beim Notruf in Bonn 2004²⁶



²³ Th. Görge / A. Kreuzer / B. Nägele / S. Krause, Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 217, Stuttgart 2002.

²⁴ P. Wetzels / W. Greve / E. Mecklenburg / W. Bilsky / C. Pfeiffer, Kriminalität im Leben alter Menschen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln, 1995.

²⁵ R.D. Hirsch / C. Brendebach, Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (1999), S. 449 – 455.

²⁶ Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – HsM, Jahresbericht 2004, Bonn.

4. Ursachen

Aus den wissenschaftlichen Untersuchungen ergeben sich eine Vielzahl von Hinweisen auf regelmäßig auftretende Beziehungen zwischen einem Gewaltereignis und vielfältigen Faktoren im Umfeld dieses Ereignisses, die mit den beteiligten Personen in der Situation und den situativen Gegebenheiten zu tun haben. Diese sind bei Präventionsprogrammen zu berücksichtigen. In einer Übersicht erfassen Jones et al.²⁷ 19 solcher Faktoren für die Beteiligten in einer Gewaltsituation – „Opfer“, „Täter“ und deren Beziehung zueinander – und 14 Risiken, die situative Aspekte im Umfeld beschreiben. Reis und Nahmiash²⁸ zählen drei Kategorien auf: Indizes für den Misshandelnden (psychische Störungen, Unerfahrenheit mit der Pflegerolle), den Misshandelten (Misshandlungen in der Vorgeschichte, soziale Isolation) sowie dem interpersonalen Bereich (problematische soziale und persönliche Beziehungen, finanzielle Abhängigkeit, geringe empathische Fähigkeiten). Sehr unterschiedliche Begleitumstände und Faktoren können an einer Gewalthandlung beteiligt sein. Das komplexe Bedingungsgefüge der unterschiedlichen Faktoren ist in einer Übersichtsdarstellung des NCEA²⁹ in vier Kategorien zusammengefasst: Pflegestress, Pflegeabhängigkeit von alten Menschen, Gewaltzyklus und persönliche Probleme des Täters.

Gewaltzyklus: Das älteste Ursachenmodell wird aus den Erkenntnissen über Kindesmisshandlung übernommen und besagt, dass Misshandlungsverhalten erlernt und von der einen auf die nächste Generation tradiert wird (JOGERST et al. 2000). Die entsprechende Familiendynamik wird insbesondere für Paarbeziehungen beschrieben, in denen ein Partner pflegeabhängig und dement geworden war.³⁰

- Pflegeabhängigkeit: Ein eigenständiges Erklärungsmodell ist 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.³¹
- Pflegebelastung: Dauerbelastung durch die Pflege und die Notwendigkeit eigene Bedürfnisse und Verpflichtungen gegenüber Familie, Freunden und Beruf zurückzustellen, können zu Erschöpfung, sozialer Isolation und zu psychischen Belastungssymptomen führen.³² Dennoch ist trotz dieser Belastungsfaktoren häufig nicht die Pflegesituation per se, sondern das

²⁷ J.S. Jones / T.R. Veenstra / J.P. Seamon / J. Krohmer, Elder Mistreatment: National Survey of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine* 30 (1997), S. 473–479. – J.S. Jones / C. Holstege / H. Holstege, Elder Abuse and neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors. *American Journal of Emergency Medicine* 15 (1997), S. 579 – 583.

²⁸ M. Reis / D. Nahmiash, Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist* 38 (1998), S. 471 – 480.

²⁹ National Center On Elder Abuse. The Basics. NCEA Web site www.gwjapan.com/NCEA/basic/index.html.

³⁰ A.C. Homer / C. Gilleard, Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal* 301 (1990), S. 1359 – 1362. – A.C. Coyne / W.E. Reichman / L.J. Berbig, The Relationship Between Dementia and Elder Abuse. *American Journal of Psychiatry* 150 (1993), S. 643 – 646.

³¹ M.S. Lachs / C. Williams / M.S.O'Brien / L. Hurst / R. Horwitz, Risk Factors for Reported Elder Abuse and neglect: A Nine-Year Observational Cohort Study. *The Gerontologist* 37 (1997), S. 469 – 474

³² C. Cooney A. Mortimer, Elder Abuse and Dementia - a Pilot Study. *International Journal of Social Psychiatry* 41 (1995), S. 276 – 283. – A.C. Coyne / W.E.Reichman / L.J. Berbig, The Relationship Between Dementia and Elder Abuse. *American Journal of Psychiatry* 150 (1993), S. 643 –646.

Hinzutreten anderer Faktoren, die ein bestehendes Risiko erhöhen können, wie z. B. das spezielle Lebensarrangement, fehlende Unterstützung in der Versorgung, finanzielle oder emotionale Abhängigkeiten, kritisch. Auch situative Auslöser, externe Stressoren oder Krankheit der Pflegenden können wirksam sein.³³ Ein besonders häufiger Befund in der stationären Pflege ist das Burnout der Pflegenden³⁴. Dabei spielen auch die Stressoren aus dem persönlichen Leben der Pflegenden und die institutionellen sowie situativen Faktoren eine Rolle.³⁵

- Persönliche Probleme der gewalttätigen 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.³⁶ Deutlich ist, dass diese Faktoren Personen kennzeichnen, die psychisch labil sind. Gezeigt werden konnte, dass viele der „Täter“ selber schwach und hilflos sind.

Die Beziehungen zwischen alten und jungen Menschen werden durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Da jede Gewalt in der Familie ihre Geschichte hat und durch verschiedenartige Einflüsse auch weiterbestehen kann, sind psychodynamische Aspekte von großer Bedeutung (Abb. 2).

³³ J.S. Jones / T.R. Veenstra / J.P. Seamon / J. Krohmer (1997). Elder Mistreatment: National Survey of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine* 30 (1997), S. 473 - 477 – K.C. Kleinschmidt, Elder Abuse: a review. *Annales of Emergency Medicine* 30 (1997), S. 463 – 472.

³⁴ K. Pillemer / D.W. Moore, Abuse of patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist* 29 (1989), S. 314 – 320.

³⁵ F. Glendenning, Elder Abuse and Neglect in Residential Settings: The Need for Inclusiveness in Elder Abuse Research. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 10 (1999); S. 1-11. – D.M. Goodridge / P. Johnston / 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 (1996), S. 49 – 67 – H.D. Schneider, Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altersheimen. *Zeitschrift für Gerontologie* 23 (1990), 186 – 196.

³⁶ J.S. Jones / T.R. Veenstra / J.P. Seamon / J. Krohmer, Elder Mistreatment: National Survey of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine* 30 (1997), S. 473 – 479. – J.S. Jones / C. Holstege H. Holstege, Elder Abuse and Neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors. *American Journal of Emergency Medicine* 15 (1997), S. 579 – 583.

Abb. 2: Beziehungsfelder zwischen alten Menschen und ihren Bezugspersonen



5. Folgen einer Gewalthandlung

Die Auswirkungen von Gewalt bei alten Menschen, insbesondere seelische und körperliche Schäden, werden als besonders gravierend beschrieben. Aus der Bonner HsM-Studie geht hervor, dass 17 von insgesamt 44 Personen durch die Gewalt nachhaltig beeinträchtigt wurden.³⁷ 15 von ihnen in Form von Ängsten, 12 berichteten von dem Gefühl der Missachtung und Erniedrigung. Bei 10 kam es zu finanziellen Nachteilen, bei 6 zu körperlichen Verletzungen. Viele reagierten auf eine Gewalthandlung nicht. Längerfristig kamen Strategien der Vermeidung oder des Kontaktabbruchs zum Tragen. Aus einer Untersuchung von Comijs et al.³⁸ geht hervor, dass die meisten Opfer mit "anger, disappointment or grief" reagierten. Verbalen oder körperlichen Aggressionen begegneten immerhin 11 von 43 Befragten selbst aggressiv.

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

- länger andauernde Gefühle der Erniedrigung, Beschämung, Missachtung und Hoffnungslosigkeit bis zur Selbstaufgabe

³⁷ R.D. Hirsch / C. Brendebach, Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (1999), S. 449 – 455.

³⁸ H. Comijs / A.M. Pot / H.H. Smit / L.M. Bouter / C. Jonker, Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society, 1998.

- 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 Ausbeutung.

Es gibt Hinweise, dass aufgrund von Gewalthandlungen psychische Störungen auftreten können, die diagnostisch unter die posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD 10- F43.0) zu zählen sind.

6. Präventionsansätze

Unter Prävention versteht man jede Handlung, die vorausschauend einen drohenden Schaden verhindern soll (Tab. 2). Voraussetzung hierfür ist, dass ein unerwünschtes Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehbar ist und dass Maßnahmen, dieses zu verhindern oder zu verringern, hierfür zur Verfügung stehen. Ansatzpunkte sind die Beeinflussung von Individuen und von Umständen sowie Bedingungen, die zu Gewalt führen. Grundsätzlich ist daher Einfluss auf mehreren Ebenen zu nehmen, um wirkungsvolle Gewaltprävention durchführen zu können.

Tab. 2: Präventive Ansätze für „Opfer“ und „Täter“

Primärprävention:

- Ansätze, die verhindern sollen, dass es zur Gewalt kommt
z.B. Sensibilisierung, Vorurteilabbau, Schulung, Umgebungsgestaltung, Vorinformation über Pflege-Belastung, intergenerative Begegnungen, Suizidprävention

Sekundärprävention:

- Ansätze, die sich auf die unmittelbare Reaktion auf Gewalt konzentrieren
z.B. Assessment, Entlastung, Opferschutz, medizinische Behandlung, Psychotherapie, Deeskalation

Tertiärprävention:

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

Voraussetzung aller Prävention ist die gesellschaftliche Ächtung von Misshandlung und der Schutz der Gemeinschaft für schwächere Gruppen. Die derzeitigen Gesetze zum Schutz für den familiären und institutionellen Bereich reichen immer noch nicht aus. Die Diskussion über ein Gesetz gegen Altersdiskriminierung ist immer noch nicht abgeschlossen. Mögen auch Melde- und Anzeigepflichten diskutierbar sein, so können diese Bemühungen auch als Signal verstanden werden, dass die Ahndung von Altenmisshandlung nicht nachrangig der Kindes- oder Frauenmisshandlung ist. Allerdings ist jedes Mitglied einer Gemeinschaft mitverantwortlich für die Verringerung von Gewalt.

Betrachtet man die Quellen der Gewalthandlungen bei alten Menschen und bedenkt man, dass eine Gewalthandlung zahlreiche "Vorbote" hat, so können geeignete Maßnahmen dazu beitragen, diese zu verhindern oder zu verringern. Natürlich sollte man sich nicht dem Trugschluss hingeben, dass bei optimaler Prävention Gewaltlosigkeit erreichbar wäre. Dies wäre eine unrealistische Zielvorstellung und könnte zu Resignation führen. Handlungskonzepte setzen zwar meist im persönlichen direkten Bereich an, sollten aber auch strukturelle und zumindest im Hintergrund auch kulturelle Aspekte einbeziehen. Im Folgenden sollen nur die Aspekte kurz skizziert werden, die als erste und in der aktuellen Situation notwendig sind.

Vielfältige Ansätze wurden zur Gewaltprävention gegen alte Menschen beschrieben. Fließend sind z.T. die Übergänge zwischen Prävention und Intervention. Einzelne Beispiele mögen in diesem Zusammenhang genügen, um die Vielfalt der Anstrengungen zu verdeutlichen³⁹:

- In den USA und Kanada werden seit langem so genannte Gatekeeper-Programme erprobt. Da viele hilfebedürftige alte Menschen von Hilfsangeboten nicht erreicht werden, schult man Personengruppen (z.B. Postboten, Bankangestellte, Behördenmitarbeiter), die mit diesen Kontakt haben. Sie sollen Indikatoren von Misshandlung, Vernachlässigung und Bedürftigkeit erkennen und Hilfen einschalten.
- Eine kalifornische non-profit-Organisation fokussiert ihre Bemühungen zur Verringerung von finanzieller Ausbeutung und hat ein diesbezügliches öffentliches, den privaten Sektor integrierendes Netzwerk aufgebaut. Neben Öffentlichkeitsarbeit werden Trainings für Mitarbeiter von Institutionen im Finanzbereich durchgeführt.
- Im National Center on Elder Abuse (NCEA) werden alle Erkenntnisse über Gewalt gegen alte Menschen gesammelt, Materialien erarbeitet und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Das Zentrum organisiert Fortbildungen und Trainings, betreibt Öffentlichkeitsarbeit und kümmert sich um den Austausch von Informationen über praktische Handlungsansätze zur Gewaltprävention und -intervention.
- In Österreich wurde eine „Plattform gegen die Gewalt in der Familie“ gegründet, die ein Netzwerk von derzeit 26 etablierten Beratungseinrichtungen betreibt, in welche auch alte Menschen einbezogen sind.
- Frankreich setzt auf ein koordiniertes Netzwerk anonymer telefonischer Beratungsangebote („ALMA“).
- In Norwegen wurden Schutzdienste für alte Menschen aufgebaut und das „Norwegian Centre for Information and Studies on Violence“ eingerichtet.

In Deutschland gibt es verschiedene regional tätige Notruftelefone, Krisenberatungs- und Beschwerdestellen, die aber überwiegend nur für Pflegemängel zuständig sind.⁴⁰ In ihren Berichten wird ein Bündel von Maßnahmen sowie Interventionen beschrieben, die zur Verringerung von Ge-

³⁹ Th. Görden / A. Kreuzer / B. Nägele / S. Krause, Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 217, Stuttgart 2002. – D. Sowarka / B. Schwichtenberg-Hilmert / K. Thürkow, Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Berlin 2002 – G. Walentich / Y. Wilms / M. Walter, Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen und institutionellen Pflege, in: *Bewährungshilfe* 52 (2005), S. 166-182.

⁴⁰ R. D. Hirsch / F. Erkens (Hrsg.), *Wege aus der Gewalt*, Bonn 1999 – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – HsM e.V., *Jahresbericht 2004*, Bonn 2005 – *Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege*, Bericht über die Tätigkeit vom 15. April 2001 bis 14. April 2003, München 2003.

walthandlungen führen sollen. Aus zahlreichen Einzelfallschilderungen wird deutlich, dass diese Einrichtungen regional tatsächlich sehr erfolgreich sind und auch zu einer Sensibilisierung über Gewalt gegen alte Menschen geführt haben. Ihre spezifisch präventiven Angebote beziehen sich auf Schulungen und Fachvorträge für in der Altenarbeit Tätige sowie Tätigkeiten in kommunalen Gremien und Öffentlichkeitsarbeit. Nur die Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Misshandeln e.V. und eine ähnliche Einrichtung in Siegen bieten für alle alten Menschen, deren Angehörige und in der Altenarbeit Tätige Unterstützung und Hilfe bei Gewalthandlungen an und versuchen auch primär präventiv tätig zu sein. Aus einigen Regionen wird noch über die Arbeit von Ombudsmännern und anderen niederschweligen Anlaufstellen berichtet.

Ein Projekt beschäftigte sich mit der „Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen“.⁴¹ Empfohlen wurde, dieses modellhaft zu erproben, um dann zu entscheiden, ob dessen Einrichtung effizient arbeiten kann. Orientiert werden sollte sich an Prinzipien der thematischen und zielgruppenbezogenen Offenheit, der dezentralen Organisationsform und des lokalen Bezuges, der Vernetzung, der Professionalität, der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung und der Trägerneutralität. Bedenkt man, wie effektiv das zentrale Alzheimer-Telefon für Deutschland der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft arbeitet, sollte dieses Vorhaben rasch verwirklicht werden.

Leider gibt es derzeit kaum systematische Evaluations- und Begleitforschung, die die Effizienz von präventiven Maßnahmen belegen, so dass über deren Nachhaltigkeit wenig bekannt ist.

7. Handlungsfelder der Prävention

Es lassen sich einige grundsätzliche Handlungsfelder im Bereich der Prävention, die z.T. auch für die Intervention gelten, beschreiben, die durch die bisherigen Erkenntnisse aus der Praxis gestützt werden.⁴²

- Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung: Dies sollte schon in der Schule beginnen, um Vorurteilen gegen das Alter frühzeitig entgegen zu treten. Notwendig ist Öffentlichkeitsarbeit und eine gezielte Information und Schulung von Professionellen, Laienhelfern bzw. Selbsthilfegruppen. Zudem ist in Theorie und Praxis die Vermittlung von Wissen über Gewaltphänomene, deren erste Anzeichen und mögliche Alternativen notwendig. Derzeit gibt es neben spezifischer Fachliteratur Trainingsmanuale, strukturierte Curricula und anspruchsvolle Weiterbildungsmöglichkeiten.⁴³ Des Weiteren bedarf es einer Schulung der Professionellen über Grundlagen der Gerontologie sowie der Krankheitsbilder im Alter

⁴¹ Th. Görger / A. Kreuzer / B. Nägele / S. Kottenga, Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend., Oktober 2002.

⁴² S. Fußnote 19.

⁴³ Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - HsM (Hrsg.) Curriculum: Gegen Gewalt in der Pflege. Arbeitsheft, Bonn, 1998 – H. Kemshall / J. Pritchard, Good Practice in Risk Assessment and Risk Management. London et al., Kingsley Publishers 1996. - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.), „Gleich nehme ich ihr die Klingel weg“. Eine Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Kiel, MAGS 2000. - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein(Hrsg.), „Da kann man doch nur noch durchgreifen, oder...?“. Eine Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Kiel, MAGS 2002. - Münchenstift (Hrsg.), Pflege ohne Gewalt. Schulungsordner. München, Eigendruck 2002. – M. Piantanida, Basic Training in protective services. Part 1: Protective Services Regulations. Harrisburg, Pennsylvania Department of Aging 1990. – M. Piantanida, Basic Training in protective services. Part 2: Protective Services Casework. Harrisburg, Pennsylvania Department of Aging 1990.

und deren präventiven, therapeutischen, rehabilitativen und Pflege-Maßnahmen (z.B. Demenz, Depression, chronische Schmerzzustände, Schlaganfall, Parkinson). Eine ausreichende Behandlung trägt dazu bei, dass Gewalt erst gar nicht auftritt.

- Regionale Vernetzung der für alte Menschen zuständigen Einrichtungen, Hilfen, niederschweligen Angeboten und ehrenamtlichen Einrichtungen, um in diesen eine gemeinsame Sensibilisierung zu erreichen und eine verbindliche Kooperation zu fördern: Gerade präventive Angebote (Komm- und Hingeh-Strukturen) bedürfen der Unterstützung aller regionalen Einrichtungen, um alte Menschen vor Gewalt bewahren zu können. Zudem bedarf es auch einer gegenseitigen Unterstützung der Institutionen. Von großem Wert sind „Telefonketten“, organisierte kontinuierliche Besuchsdienste und Seniorentreffs.
- Ordnungsrechtliche und strafrechtliche Tätigkeiten: Heimaufsicht und Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen können sehr wohl durch ihre regelmäßigen, grundsätzlich unangekündigten Kontrollen, gewaltpräventiv tätig sein. Sie können zur Verringerung von Missständen einen wichtigen Beitrag leisten und durch Veröffentlichung ihrer Berichte die Öffentlichkeit über die Situation der Pflege informieren. Anzeigen bei der Polizei und das Tätigwerden von Gerichten bei Gewalthandlungen wirken abschreckend und können gewaltverringern wirken. Von der Praxis ist zu hören, dass Kontrollen häufig zu gering, fachlich nicht ausgewiesen und relativ wenig an der Aufklärung von Gewalthandlungen interessiert sind.
- Gibt es auch eine Reihe von Gesetzen, die alte Menschen vor Gewalt schützen sollen (z.B. Pflegeversicherungsgesetz, Heimgesetz, Betreuungsrecht), so tragen diese nur beschränkt zur Verringerung von Gewalt bei. Schutzgesetze wie z.B. in den USA gibt es nicht, ebenso keine gesetzlich vorgegebenen aufsuchenden Dienste in kritischen Situationen, wie sie z.B. der Kinderschutz kennt. Der häusliche Bereich wird vom Gesetzgeber bisher nicht berücksichtigt. Wird das Heimgesetz – wie diskutiert – Ländergesetz, so wird die bisherige Gleichgestaltung in Deutschland aufgegeben. Zu befürchten ist, dass auf Kosten alter Menschen erhebliche Ungleichheiten auftreten und eine Verschiebung von Pflegebedürftigen in das Bundesland mit dem „weichsten“ Heimgesetz in Gang kommt.

Damit Hilfsangebote von Professionellen sinnvoll genutzt werden können, bedarf es folgender Ausrichtungsaspekte:

- Achtung der Autonomie alter Menschen
- adäquate und „minimale“ Maßnahmen
- Orientierung an einer positiven realistischen Zielsetzung
- „Gewalt-Assessment“⁴⁴ zur Erfassung aller Faktoren und Hilfsmöglichkeiten
- Multiprofessionelles und geduldiges Vorgehen
- Einbindung vorhandener regionaler Einrichtungen
- Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Wirkung.

Ein Vorschlag für die präventive Arbeit einer Region wird in Tabelle 3 vorgestellt.

⁴⁴

R. D. Hirsch, Das „Gewalt-Assessment“, in: H. Gutzmann / R. D. Hirsch / M. Teising / R. Kortus (Hrsg.), Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 3, Bonn, 2002, S. 643-662

Tab. 3: Aspekte zur regionalen Prävention

<p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">Krisen- und Notruftelefon: Persönliche Beratungszeiten (auch zuhause oder in Institution) „mobiles multiprofessionelles Klärungsteam“</p> <p style="text-align: center;">Direkte Vernetzung: mit Altenhilfe / Kommune / lokalen politischen Gremien / Polizei und allen regionalen Anlaufstellen, die Hilfe für Opfer anbieten regionales Fach-Gremium („Runder Tisch“) Einbeziehung beim lokalen Altenplan</p> <p style="text-align: center;">Beratung von Professionellen, Institutionen und deren Träger u.a.</p> <p style="text-align: center;">Evaluation und praxisorientierte Forschung</p> <p style="text-align: center;">Themenbezogene Handzettel</p> <p style="text-align: center;">Broschüre mit allen regionalen Hilfsangeboten für alte Menschen</p> <p style="text-align: center;">Träger: gemeinnütziger unabhängiger Verein Finanzierung: Kommune und Spenden Mitarbeiter: Ehrenamtliche (insbes. Senioren im Ruhestand aus sozialen Berufen) 1-2 Professionelle (Sozialarbeiter / Altenpfleger)</p>

8. Prävention von Gewalt in der Pflegebeziehung

Gewaltausübung in der Pflege ist in der Regel eine Reaktion auf Überforderung oder mangelnde Unterstützung. Schuldzuweisungen und Verurteilungen mögen zwar in bestimmten Fällen berechtigt sein, helfen den Betroffenen aber nicht weiter und verhindern viel häufiger, dass Angehörige, die sich selbst in einem Gewaltkreislauf verstrickt sehen, Hilfe in Anspruch nehmen. Die Belastungen von betreuenden Angehörigen werden schon im 1. Altenbericht der Bundesregierung beschrieben (Tabelle 4). Sie sind Ausgangspunkt auch für präventive Überlegungen.

Tab. 4: *Belastungen der betreuenden Angehörigen*

Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit
Hohe körperliche und psychische Beanspruchung
Fehlende Hoffnung auf Veränderung der Situation
Angst vor einer weiteren Verschlechterung
Verwirrheitszustände der Patienten
Harn- oder Stuhlinkontinenz der Patienten
Veränderte Beziehung zum Patienten
Klagen und Trauer der Patienten
Fehlende Zuneigung gegenüber dem Patienten
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
Mangelnde Unterstützung durch ambulante Dienste
Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung
Mangelnde professionelle Beratung und psycho-edukative Unterstützung
Zunehmende Anomie im Umgang mit dem Patienten

Gewalthandlungen durch pflegende Angehörige können nur auf mehreren Ebenen erfolgreich verhindert oder verringert werden. 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, stärker sensibilisiert zu sein und Hilfen anzubieten. Schon bei drohender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen sollten Schritte eingeleitet werden, damit Gewalthandlungen nicht auftreten, zumindest aber ihnen vorgebeugt wird (Tab. 5).

Tab. 5: *Präventive Maßnahmen für Angehörige bei drohender Pflegebedürftigkeit:*

- Wie war bisher meine Beziehung zum bald Pflegebedürftigen?
- Wie ist jetzt meine Beziehung zum bald Pflegebedürftigen?
- Habe ich ihm gegenüber Schuldgefühle?
- Kann, will oder muss ich ihn pflegen?
- Habe ich vor dem bald Pflegebedürftigen Respekt?
- 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, eigene Aggressionen und soziale Isolation?
- Berufliche und soziale Absicherung
- Wie ist meine Zukunftsperspektive?
- Vorsorgevollmacht
- Medizinische und pflegerische Aufklärung und Beratung über die Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten und Folgen
- Anschluss an Selbsthilfegruppe
- Gibt es im Bekanntenkreis jemanden, dem es ähnlich geht?
- Suche nach Fachinformationen
- Gibt es in der Nähe Laienhelfer?
- Information über regionale professionelle Hilfen
- Finanzielle Hilfen (Pflegeversicherung)
- Ist die Wohnsituation zur Pflege geeignet?
- Welche Hilfsmittel brauche ich?
- Wo kann ich mich für die Pflege und das Auftreten von kritischen Situationen schulen?

Seit einigen Jahren haben auch Überlegungen und Konzepte zur Gewaltverringerung, deren Ursprünge in der Kinder- und Jugendarbeit liegen, dazu geführt, dass in Gruppen gewaltfreier Umgang mit Pflegebedürftigen geübt wird. Stehen diesbezügliche Erfahrungen auch erst in den Anfängen, so ist dieser Weg vielversprechend (Tab. 6).

Tab. 6: Grundsätze der Pflege von Angehörigen durch Beziehung ohne Gewalt

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

9. Beispiel einer Krisen- und Notrufberatungsstelle

Die „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Mißhandeln e.V.“⁴⁵ ist eine gemeinnützige und unabhängige Notruf-, Beratungs- und Informationsstelle für

- alte Menschen und deren Angehörige
- in der Altenarbeit, Gerontopsychiatrie und Geriatrie Tätige und
- Behörden und kommunale Einrichtungen.

Sie wurde 1997 mit Unterstützung der Bundesstadt Bonn eingerichtet. Schirmherrin ist Oberbürgermeisterin Bärbel Dieckmann.

Die Einzelfallhilfe ist der Schwerpunkt der Arbeit von HsM. Meist folgen einem ersten Anruf eine Reihe von Beratungsgesprächen zu Hause und in Institutionen. Oft wird HsM erst nach frustrierenden Erlebnissen in Institutionen oder bei anderen Anlaufstellen angefragt. Zu hören ist, dass bisher sich kaum einer Zeit für die Sorgen genommen hat oder sich für diese zuständig fühlte.

Grundlegende Anliegen von HsM sind:

- Altersdiskriminierung, wo immer sie auftritt, aktiv zu bekämpfen
- die gewaltfördernden Mängel der strukturellen Rahmenbedingungen in der Altenpflege, Gerontopsychiatrie und Geriatrie zu thematisieren und zu analysieren.
- nicht zu skandalisieren, sondern zu sensibilisieren
- die Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu verbreiten und ihr zur Geltung zu verhelfen
- Präventiv tätig zu werden.

Die Ergebnisse fließen dabei in einen gesellschaftspolitischen Forderungskatalog ein, dessen konkrete Zielsetzung es ist, den Lebensraum älterer und hilfsbedürftiger Menschen lebenswerter und gewaltfreier zu gestalten. Dies schließt ausdrücklich die Gestaltung eines Arbeitsfeldes für die im Altenbereich Tätigen mit ein.

Dem Grundsatz folgend „Hilfe vor Strafe“ werden nach Möglichkeit alle Beteiligten in die Krisenintervention und Beratungsarbeit einbezogen. Wichtig dabei ist, den Betroffenen zu ermöglichen, in einer unbelasteten Atmosphäre über ihre Gewalterfahrung und deren Auswirkungen (z.B. Schmerz, Hilflosigkeit, Beschämung, Ängste und Rückzug) sprechen zu können und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Häufigste Gewaltformen waren: Vernachlässigung, seelische und körperliche Misshandlung, Freiheitseinschränkung und finanzielle Ausbeutung (siehe Abb. 1). Häufig treten nicht nur eine, sondern mehrere Gewaltformen gleichzeitig auf. Oft sind es Verkettungen von unzureichenden Hilfsmaßnahmen, Trägheit von manchen Professionellen und Formen der Altersdiskriminierung.

⁴⁵

Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter –HsM e.V. (Hrsg.), Alte Menschen in Not - Wir können helfen. Info-Broschüre, Bonn, 2006.

Tab. 7: Angebote der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – HsM e.V.

<p>Für Senioren und Angehörige: Telefonische Krisenberatung Persönliche Beratung durch Experten Hausbesuche Vermittlung weiterführender Hilfen (z.B. Bonner Altenhilfe) Information zu Patienten- und Betreuungsverfügungen, Vorsorgevollmachten</p> <p>Für pflegende Angehörige: Beratung in kritischen Pflegesituationen Hausbesuche Vermittlung entlastender Hilfsangebote</p> <p>Für in der Altenarbeit Tätige: Telefonische Beratung Fortbildungsveranstaltungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Curriculum gegen Gewalt in der Pflege</p> <p>Weitere Aktivitäten Öffentlichkeitsarbeit: Handzettel, Infos und Fachinformationen Presse und andere Medien</p> <p>Runder Tisch „Gewalt gegen ältere Menschen in Bonn“</p> <p>Wissenschaftliche Arbeiten Interdisziplinäre Fachveranstaltungen Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“ Beiträge in wissenschaftlichen Zeitschriften</p> <p>Zusammenarbeit mit anderen Organisationen „Aktion gegen Gewalt in der Pflege“ (AGP) Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen (Koordination: HsM)</p>

10. Zusammenfassung und Ausblick

Gewalt gegen alte Menschen ist ein individuelles und gesellschaftliches Problem, welches nur durch Einsatz aller Beteiligten und mit Unterstützung der Politik verringert werden kann. Notwendig

ist die Sensibilisierung, das Interesse an Veränderungen sowie die Bewusstwerdung von individuellen und strukturellen Verdrängungsmechanismen. Die vielfältigen Bilder von körperlicher, psychischer, sozialer, struktureller und kultureller Gewalt verdeutlichen, wie vielschichtig eine Gewaltsituation sein kann und wie notwendig eine differenzierte und auch einzelfallbezogene Sichtweise ist, die auch die Vorgeschichte einbezieht. In der Familie ist es oft nicht möglich, exakt 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. Entscheidend ist, dass keine Gewalthandlung bagatellisiert oder entschuldigt werden kann, sondern Alternativen gefunden werden müssen. Immer noch gibt es viele Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten, z.B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen. Die bestehenden Einrichtungen verdeutlichen, dass auf individueller und struktureller Ebene Veränderungen auch im Vorfeld schon bewirkt werden, auch wenn hierzu derzeit kaum empirisch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vorliegen. Verabschiedet aber werden sollte sich bei Forschungen über Präventions- und Interventionsansätze gegen Gewalt von der Vorstellung, dass diese so messbar sind, wie ein Warenprodukt oder eine Dienstleistung im Produktionsprozess.

Podiumsdiskussion: Perspektiven der Prävention und Intervention im Problemfeld „Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“

Podiumsdiskussion mit Marita Halfen, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Gabriele Walentich und Prof. Dr. Werner Greve

Moderation: Barbara Nägele

Barbara Nägele:

Wir werden im Rahmen unserer Podiumsdiskussion einen intensiven Blick auf Präventions- und Interventionsmaßnahmen richten, d.h. den Fragen nachgehen, *was kann getan, was muss getan und was soll getan werden*. Dabei stellen sich uns die Fragen: Wie kann man „Gewalt gegen alte Menschen im Nahraum“ vorbeugen und was sind wirksame Hilfen für Opfer? Beginnen möchte ich mit einer Vorstellung der PodiumsteilnehmerInnen.

Prof. Dr. Cornelia Helfferich ist Professorin für Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Sie beschäftigt sich mit Fragen des Geschlechterverhältnisses, sozialen Problemlagen bei Frauen, Gender Mainstreaming sowie Sexualität und Neuen Medien. Im Forschungsgebiet „Gewalt gegen Frauen“ war sie an einer Untersuchung zum „Platzverweis bei häuslicher Gewalt“ in Baden-Württemberg beteiligt.

Marita Halfen ist hauptamtlich als Diplom-Sozialarbeiterin in der Gerontopsychiatrie tätig. Zugleich arbeitet sie seit 1988 ehrenamtlich bei der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Misshandeln (HsM). Dort sitzt Frau Halfen einmal pro Woche am Notruftelefon, leistet sowohl Beratungsarbeit als auch individuelle Besuche in Privathaushalten und Heimen. So erfährt sie als Praxisexpertin direkt vor Ort, was Gewalt gegen alte Menschen tatsächlich bedeutet und wie darauf reagiert werden kann.

Gabriele Walentich ist Staatsanwältin und arbeitet seit drei Jahren im Landespräventionsrat (LPR) Nordrhein-Westfalen. Seitdem ist sie mit den Themen Gewalt gegen alte Menschen und Gewalterfahrungen im persönlichen Nahraum befasst. Der LPR unterstützt konkrete Praxisprojekte, z.B. die Handreichung „Gefahren für alte Menschen in der Pflege“. Frau Walentich ist im Rahmen ihrer LPR-Arbeit auch in Forschungszusammenhängen tätig und organisiert wissenschaftliche Netzwerke zu diesem Thema.

Prof. Dr. Werner Greve arbeitet an der Universität Hildesheim als Psychologe. Zuvor war er beim Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) tätig, zuletzt als geschäftsführender Direktor. Herr Greve befasst sich vor allem mit Handlungspsychologie, der Psychologie des Selbst und Bewältigungsforschung. Im kriminologischen Kontext widmet er sich dem Thema Opferforschung mit Schwerpunkten auf Opfererfahrungen und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen.

Im Folgenden bitte ich die ExpertInnen zu einem Eingangsstatement auf die Frage: *Wo sehen Sie im Moment den drängendsten Handlungsbedarf? An welchen Stellen sollte zum Zwecke einer Veränderung angesetzt werden?*

Werner Greve:

Mir scheint, dass es aus der Perspektive der Forschung drei Punkte anzumerken gilt:

Meine erste Anmerkung bezieht sich auf den Bereich primärpräventive Vorbereitung, d.h. was würde ich tun, was kann ich tun, was muss ich tun, wenn ich Opfer würde. Wir müssen stärker darüber nachdenken, wie Menschen darauf vorzubereiten sind, wenn sie trotz aller Bemühungen Opfer von Gewalt geworden sind. Mittelfristig scheint es unrealistisch, Opfererfahrungen ganz abzuschaffen.

Wie könnten dementsprechend Bewältigungsstrategien z.B. durch die Aktivierung sozialer Unterstützungspotenziale aussehen? Dazu wird in der wissenschaftlichen Diskussion nur sehr wenig debattiert.

Der zweite wichtige Punkt betrifft den Kontakt und Austausch der verschiedenen Diskussionsfelder. Ich sehe es als Ausnahme an, dass – wie heute Morgen im Vortrag von Frau Nägele zu hören war – zwei Wissenschaftsfelder in einem Forschungsprojekt miteinander verknüpft werden. Beispielfähig möchte ich zwei Bereiche anbringen, in denen ich mich bewege: einerseits die psychologische Bewältigungsforschung und andererseits die Thematik Gewalt gegen alte Menschen. Auf entsprechenden Veranstaltungen treffe ich mehr oder minder nie denselben Personenkreis an, obwohl es sehr viel gäbe, was man voneinander lernen könnte. Das bezieht sich nicht allein auf die beiden Komponenten Wissenschaft und Praxis, sondern auch die verschiedenen Bereiche innerhalb der Praxis oder der Theorie.

Der dritte Bereich betrifft die systematische Evaluierung von Praxisprojekten. Das Hauptproblem scheint nicht darin zu bestehen, dass es zu wenige Praxisprojekte gibt. Aber es wird wenig darüber nachgedacht, wie eine sinnvolle Begleitforschung, die einer objektiven Beurteilung dient, anzulegen ist. Das Zauberwort heißt Kontrollgruppe, die es praktisch nie gibt, ohne die jedoch eine Beurteilung nicht möglich ist.

Gabriele Walentich:

Der Landespräventionsrat ist für die Politikberatung auf kommunaler und Landesebene zuständig. Er ist auch eine Art Servicestelle für die Kommunen. Aus der Auseinandersetzung mit dem Thema „Gewalt gegen alte Menschen“ ergibt sich für mich auch gleich der wichtigste Punkt: Um eine Sensibilisierung der Menschen für diese Thematik zu erreichen, müssen Fragen zu Gewalt im Alter und Altersdiskriminierung stärker in das öffentliche Licht gerückt werden. Damit einhergehend muss deren thematisch nachhaltige Implementierung in die politische Landschaft gewährleistet sein.

Meine zweite Anmerkung bezieht sich auf die Forderung nach einer besseren Vernetzung. Man findet eine ganze Reihe von verstreuten größeren und kleineren Forschungsinitiativen, die oft keine Kenntnis voneinander haben. Unser Anliegen besteht darin, Menschen, die sich national wie international mit dem Thema befassen, zusammenzubringen, Ressourcen zu bündeln und die doppelte Ausgabe von Geldern zu vermeiden. Unsere Konzentration sollte darauf gerichtet sein, welche Ergebnisse bereits vorliegen und aus welchen Erfahrungen wir lernen können.

Mein dritter Punkt schließt hier an: Austausch von best practice. Man muss das Rad nicht immer neu erfinden. Es kann auch über Ländergrenzen hinweg geschaut und beobachtet werden, wie andere ein Problem lösen. Außerdem gilt es zu hinterfragen, inwieweit die dort angewendeten Mittel 1:1 oder verändert übertragen werden können.

Die abschließende Ausführung bezieht sich auf die zu verbessernde Ausbildung von Journalisten, deren Berichterstattung sich auf die Themenbereiche Kriminalprävention oder überhaupt Prävention erstreckt. Wir erleben in dem Bereich immer wieder „bad news are good news“, d.h. Sensation wird verbreitet, aber eine kontinuierliche und sachlich begründete Informationsweitergabe über den Ist-Zustand bspw. in Altenheimen, findet man selten. Die Volks- und Journalistenseele kocht hoch, wenn wieder einmal eine Serientötung stattgefunden hat. Wir wollen eine bessere Qualifizierung dieser Berufsgruppe erreichen und somit mehr Sensibilisierung und gute Öffentlichkeitsarbeit bewirken.

Cornelia Helfferich:

Mein vordringlichstes Thema wäre: Wie können wir das, was es an Veränderungen in den letzten Jahren gegeben hat, in Bezug auf neue Möglichkeiten der Intervention im Bereich häusliche Gewalt umsetzen? Wie können wir das Thema Gewalt in älteren Partnerschaften einbeziehen? Hier

sind Modelle entwickelt worden, in deren Zentrum vor allem die kommunale Kooperation steht, so genannte „community based actions“. Sie haben sich als sehr wirkungsvoll erwiesen. Es stellt sich die Frage, wie diese Formen der Kooperation und Intervention in den Bereich „Gewalt gegen Ältere“ übertragen werden können. In der Wahrnehmung und Definition wird häusliche Gewalt vor allen Dingen auf das mittlere Lebensalter beschränkt. Mithin stellt sich das Bild eines Mannes ein, der seine Frau schlägt, und unter Umständen sind Kinder beteiligt. Gewalt von erwachsenen Kindern gegen die alten Eltern kommt hierbei nicht vor. Im Hinblick auf die Thematik Gewalt in älteren Partnerschaften ist zu fragen: Worin besteht die Stabilität von Gewaltbeziehungen? Wie kann man gerade bei älteren Paaren, deren Gewaltbeziehungen zum Teil bereits sehr lange andauern, überhaupt eine Trennung ermöglichen? Aber auch Fragen nach der Übertragbarkeit von neuen Diskussionen, die die Frauen nicht allein als hilfloses Opfer betrachten, sondern Prozesse aufzeigen, wie sie an Handlungsfähigkeit gewinnen, erscheinen mir zielführend

Auch heute wurde immer wieder der Abbau von Barrieren der Hilfesuche angesprochen. Wir haben bei Älteren natürlich generationenspezifische Muster zu beachten. Vorfälle innerhalb der Familie werden nicht nach außen getragen. Dabei sind große Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen auszumachen. Wie kann man also mit den generationenspezifischen Haltungen umgehen? Vielleicht lassen sich direkte Wege in die Familien finden oder aber es werden Zugriffsmöglichkeiten auf die gewalttätigen Personen selbst entwickelt. In Bezug auf Barrieren muss auch überlegt werden, wie sich die Benennung des Ganzen gestaltet. Es ist die Rede von „häuslicher Gewalt“, „Partnergewalt“, von „Opfern“, „Tätern“ und „Nahraumgewalt“. Die Begrifflichkeiten sind jedoch unklar definiert. Welche Form von Gewalt wird einbezogen? Werden hierunter auch Pflegebeziehungen gezählt? Teilweise ist es auch wenig hilfreich, Angebote so eindeutig zu benennen. Dies setzt nämlich voraus, dass sich die Opfer selbst auch als Opfer definieren. Veranstaltungen, die „für Opfer“ gelabelt sind, haben eine hohe Schwelle, während der Zugang zu thematisch offen formulierten Initiativen deutlich weniger Überwindung kostet.

Einen dritten Punkt will ich nur benennen: Einbezug und Befähigung des sozialen Umfeldes zur Kooperation und Einbindung.

Ein abschließender Punkt betrifft den Zusammenhang von Alkohol und häuslicher Gewalt auch in Pflegebeziehungen. Zwei Vorträge wiesen darauf hin, dass zur Bewältigung dienender Alkoholkonsum Gewaltausübung wahrscheinlicher macht. Es gibt eine Reihe älterer Partnerschaften, in denen nicht nur eine Person, sondern unter Umständen beide trinken; zugleich haben wir nur wenige Konzepte zu „Sucht im Alter“. Das ist ein Bereich, der uns sehr hilflos macht.

Marita Halfen:

Jetzt haben wir viel von Theorie gehört. Wie setze ich aber die ganze Theorie in die Praxis um? Seit 8 Jahren erlebe ich, wie schwierig es ist, an die Problematik „häusliche Gewalt“ zu kommen. Wir sind auf Nachbarschaft angewiesen – Ärzte rufen sowieso nicht an – oder auf die Opfer selbst. Ein Beispiel: Ein Ehepaar Ende 80, der alkoholranke Sohn Mitte 50 wohnt noch zu Hause. Er setzt seinen Eltern immer und immer wieder zu, woraufhin sie tatsächlich bei der Polizei anrufen. Diese kommt, macht aber nichts und geht wieder, weil die Eltern jedes Mal ihre Anzeige zurückziehen – es ist ja der Sohn. Die Polizei kommt schließlich schon gar nicht mehr zu der Familie, auch wenn die anrufen, so dass sie, als es irgendwann dann wieder eskalierte, bei uns anrief, bei HsM. Was haben wir gemacht? Wir haben erst mal die Polizei angerufen, die dann tatsächlich noch einmal hingefahren ist. Mit dem Ordnungsamt haben wir den Sohn, der gerade seinen Rausch ausschließ, in die Psychiatrie gebracht und überlegt, wie wir diese alten Menschen schützen können. Beim Vormundschaftsgericht habe ich schließlich eine Betreuung für den Aufgabenbereich Aufenthaltsbestimmungsrecht angeregt, so dass der Betreuer dem Sohn eine Wohnung sucht und ihn von den Eltern fern hält.

Deswegen empfinde ich die fehlenden praxisbezogenen Beratungsstellen als Hauptproblem. Wo sollen sich denn die Leute hinwenden, wenn Gewalt stattfindet? Wenn ambulante Pflegedienste sich trauen, die Schweigepflicht zu brechen und uns anzurufen und um Hilfe bitten. Hier kann ich auch wieder aus der Praxis berichten. Wir wurden von der Pflegedienstleiterin einer Tagespflege angerufen. Sie bekommt immer eine ältere Dame von ihrem Ehemann gebracht. Hin und wieder wurde beim wöchentlichen Duschen festgestellt, dass diese Frau mit einem blauen Auge, einer aufgeplatzten Lippe, einem verletzten Ohr und Hämatomen kam. Die Pflegedienstleiterin selbst sagt nichts, denn dann würde der Mann einfach seine Frau nicht mehr hinbringen. So ist sie wenigstens 2 Tage in der Woche vor ihm geschützt. Das Herbeiführen einer Veränderung hat mich in diesem Fall ein halbes Jahr gekostet. Ich konnte ja nicht direkt auf den Mann zugehen und sagen, ich habe gehört, sie verprügeln tagtäglich ihre Frau. Ganz sensibel musste ich vorgehen und abwarten, wie er auf Hilfeangebote reagiert. Der Vorschlag, einen Heimplatz zu suchen, scheiterte daran, dass er argumentierte, ihm sei das alles zu teuer. In der Folgezeit erzählte er sehr bereitwillig darüber, dass seine Ehe nie besonders gut gewesen sei und seine Frau immer eine dominante Rolle gespielt habe. Nun kam er mit ihrer demenziellen Erkrankung überhaupt nicht zurecht. Zudem bin ich in die Nachbarschaft gegangen und hab nachgefragt, wie vor Ort die Gewalt zwischen den Eheleuten erlebt wird. Redselig berichteten diese, dass er nachts seine Frau anschreit, weil sie inkontinent ist, er die Windeln wechseln muss und morgens das ganze Spiel von vorn beginnt. Auf Grund der unerträglichen Situation hätten sie versucht, die Kinder zu informieren. Aber diese wollten die Aussagen der Nachbarn, dass der Vater die Mutter misshandelt, nicht wahr haben. Daraufhin habe ich dem Ehepaar einen Besuch abgestattet. Da hatte die Frau mal wieder ein blaues Auge und eine blaue Lippe. Ich fragte, was passiert sei, woraufhin sie antwortete, ich weiß es nicht. Er sagte, ach die hat sich mal wieder an ihrer Brille verletzt. Dabei guckte ihm das schlechte Gewissen wirklich aus den Augen. Er war also bereit, Hilfe anzunehmen, nur über seinen Schatten konnte der Mann nicht springen. Nach einem halben Jahr – ich bin dann auch mit einem Psychiater dort hingegangen – haben wir eine neutrale rechtliche Betreuung organisiert. Da die Misshandlungen häufiger wurden, mussten wir die Ehefrau weiter vor ihm schützen. Auch die Pflegedienstleitung war psychisch am Boden zerstört. Sie hatte Angst und rief sogar am Wochenende mit der Bitte bei uns an, dass jemand nach der Ehefrau schaut. Letztendlich wurde die Frau auf Basis der neutralen rechtlichen Betreuung in einem Heim untergebracht.

Das Beispiel zeigt, dass die Leute keinerlei Unterstützung haben. Um präventiv arbeiten zu können, müssen auch aufsuchende Hilfen eingerichtet werden. Bisher finden sich allein „Komm-Strukturen“. In Bonn z.B. gibt es die Bonner Altenhilfe sowie einige Seniorenbegegnungsstätten. Aber eine spezielle Einrichtung, die der Frage nachgeht, wie gehe ich mit meinem dementen Ehepartner um, der sich eventuell so stark verändert hat, dass keine Kommunikation mehr stattfindet, welche Belastungen können dabei auf mich zukommen, gibt es nicht. Oder wie gehe ich damit um, wenn ich auf einmal „alte Rechnungen“ begleichen will. Dieses Problem tritt gehäuft in der Gerontopsychiatrie auf. Die Pflegenden äußert dann, jetzt kann ich endlich mal das alles machen, was er mir angetan hat. Er war nämlich der Schürzenjäger. Diesen Frauen wird dann auch noch die rechtliche Betreuung zugesprochen. Hier muss man alte Menschen vor Familienangehörigen schützen. Ärzte und Richter gehen sehr unsensibel damit um, auch dort wo Gewalt offensichtlich ist. Der Hilfebedarf bei pflegenden Angehörigen erscheint mir riesig. Sie wissen aber nicht, wohin und an wen sie sich wenden sollen. Dementsprechend erhält HsM auch Anrufe mit der Frage: Wo finde ich einen qualifizierten Pflegedienst? Das müsste doch offenkundig sein. Schamgefühle, dass der Mann oder die Frau dement ist, spielen eine große Rolle, besonders bei älteren Ehepaaren. In der Klinik gestaltet sich diese Arbeit einfach. Dort bin ich als Sozialarbeiterin für diese Aufgaben zuständig. Aber wie sieht die Situation aus, wenn sie sich wieder im häuslichen Umfeld bewegen? In meinen Augen müsste viel mehr Geld für Beratungsstellen, die direkt in die Familien gehen, ausgegeben werden. Es müsste auch intensiver in die ärztliche Fortbildung investiert werden. Je früher die Diagnose

Demenz gestellt wird, desto stärker kann man durch entsprechende Medikamente den Krankheitsverlauf hinauszögern.

Barbara Nägele:

Ich würde gerne bei der Frage nach Hilfsangeboten ansetzen. Wo geht man hin? Gibt es etwas, wo man hingehen kann? Wie hoch sind die Schwellen, bis man an den zuständigen Stellen landet? Es gibt ja eine ganze Reihe von Institutionen, die zum Thema „häusliche Gewalt“ arbeiten. Da Frau Helfferich in diesem Themenfeld forscht und in diversen Interventionsprojekten unterwegs war, möchte ich sie bitten, ihre Erfahrungen zu schildern.

Cornelia Helfferich:

Was ich interessant finde – deshalb kam ich auch auf die Idee der Übertragbarkeit – wir haben ja in den meisten Bundesländern bei „häuslicher Gewalt“ diesen proaktiven Zugang, d.h. die Polizei gibt mit Einverständnis der Opfer deren Adresse an eine Beratungsstelle weiter. Daraufhin gehen die Beratungsstellen entweder telefonisch oder zugehend – auch wieder eine Finanzierungsfrage – in die Familien und suchen die Opfer auf. Wenn das nicht funktioniert, gibt es auch keinen Beratungskontakt. Man braucht proaktive Strukturen. Der Nachteil ist nur, dass die ausführenden Beratungsstellen nicht mit Fragen, die den gesamten Altenbereich betreffen, verknüpft sind.

Ein zweiter Anbindungspunkt betrifft das Modellprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“, das im medizinischen Versorgungsbereich angesiedelt ist. Ziel des Projekts ist es, pflegerische wie ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu befähigen, Gewalt und Gewaltfolgen als eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen zu erkennen, eine adäquate Versorgung und Behandlung durchzuführen sowie den Patientinnen weiterführende Unterstützung zu vermitteln. Doch auch hier steht man wieder vor dem Problem, dass es sich vor allem auf Frauen im mittleren und nicht auf solche im hohen Lebensalter bezieht. Eine Verzahnung vorhandener Strukturen fehlt einfach.

Wortmeldung aus dem Publikum [N.N.]:

Was ist denn mit den Fällen – und das wird ja wohl die Mehrzahl sein – die gar nicht bei der Polizei eingehen?

Gabriele Walentich:

Ihr Einwand ist vollkommen berechtigt. Dieser Ansatzpunkt einer „proaktiven Polizei“ setzt ja genau voraus, dass überhaupt eine Anzeige vorliegt. Wir haben es aber zumindest im Pflegebereich mit Menschen zu tun, die gar nicht anzeige- und beschwerdemächtig sind, so dass allein das Hellfeld erreicht wird.

Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf die Zuständigkeit der polizeilichen Gefahrenabwehr. Sobald eine Anzeige vorliegt, muss die Polizei nach dem Legalitätsprinzip immer auch strafverfolgend tätig werden. Dieser Umstand ist aus meiner Sicht – auch als Staatsanwältin – im Bereich Pflege nicht der geeignete Weg. Jedenfalls nicht für den Großteil der Fälle, sondern allenfalls für die Spitze des Eisberges, wo wirklich schlimme Kriminalität passiert. Für alle anderen Fälle sollte über Alternativen gesprochen werden. Ich denke, dass die polizeilichen Aufgaben parallel zu den früheren Entwicklungen auf dem Themengebiet „Gewalt gegen Kinder“ zu suchen sind. Wenn man sie zu Familienstreitigkeiten rief, wurde kontrolliert, ob auch Kinder in der Familie leben. Gleichsam könnte jetzt geschaut werden, ob dort ältere Menschen wohnhaft sind. Das wäre aus meiner Sicht ein präventiver Ansatz. Dann wären auch sich anschließende proaktive Strukturen möglich. Über eine Anzeige würde man in den seltensten Fällen etwas erreichen. Zudem kann das eintreten, was man bei „häuslicher Gewalt gegen Frauen“ durch die Wegweisung zu verhindern versucht, nämlich dass die Opfer ihre Wohnungen verlassen müssen, wenn eine Pflegesituation beendet werden muss.

Barbara Nägele:

Wenn die schlimme Situation einer Misshandlung oder Vernachlässigung eingetreten ist, wie kann man damit umgehen? Was sind Bewältigungsformen? Was können Sie, Herr Greve, aus Ihrer doppelten Perspektive heraus – einerseits Kriminologe und andererseits Entwicklungspsychologe des höheren Lebensalters – dazu sagen?

Werner Greve:

Generell kann man sagen, dass bei allen Problemen ernsthafterer Natur immer eine Doppelstrategie verfolgt werden muss. Einerseits gibt es Teile eines Problems, die man aktiv bekämpfen kann. In manchen Fällen wird das auch einfach nötig sein, bspw. eine Konstellation zu beenden, die man nicht kontrollieren kann. Die andere Frage ist, wie gehe ich mit einer Erfahrung um, die ich nun einmal gemacht habe und, weil sie Vergangenheit ist, auch nicht mehr ändern kann. In der neueren Literatur findet sich zunehmend die Ansicht, dass es sich als günstig herausstellt, wenn man es schafft, in negativen Erfahrungen positive Seiten zu identifizieren, ohne das Negative daran zu verleugnen. Es geht nicht darum zu sagen, ich vergesse, ich verdränge, ich ignoriere. Nein, das hilft offensichtlich nicht, oder wenn dann nur sehr kurzfristig. Sondern sich zu sagen, das ist passiert und schlimm, aber es hat mir auch verdeutlicht, dass ich so etwas überstehen kann. Es hat mir außerdem aufgezeigt, dass ich es geschafft habe, jemanden zu aktivieren, mir Hilfe zu holen und Menschen um mich zu wissen, die in einer Notsituation zu mir halten. So findet man einen positiven Aspekt in dieser negativen Konstellation, ohne allerdings zu bestreiten oder abzuwerten, dass das Erlebte negativ besetzt ist. Das wäre zugleich auch ein Punkt, den man in einer relativ frühen Primärprävention stärken könnte: die Fähigkeit, Dinge aus mehr als einer Perspektive zu sehen. Das ist etwas, das man bereits im mittleren Lebensalter üben kann. Obendrein scheint es so zu sein – uns fehlen dazu gesicherte Forschungsergebnisse – dass sich diese Fähigkeit gleichzeitig präventiv in Bezug auf eigene Misshandlungshandlungen auswirkt. Eine Person, die pflegerisch tätig wird, weil der Partner oder die alten Eltern pflegebedürftig werden, schafft es, in dieser belastenden Situation auch eine positive Seite zu sehen. Auch hier kann man bereits vorher darüber nachdenken, was an einer solchen Situation für mich positiv sein könnte, auch wenn es andererseits natürlich belastend und bedrohlich ist. Eine Übung könnte darin bestehen, soziale Unterstützung zu aktivieren. Frau Halfen, Sie haben mit Ihrer Aussage, dass es sich hierbei allein um die Theorie handelt recht. Vielleicht sollten wir es ganz konkret machen. Was tun Sie denn [an das Publikum gerichtet], um sich darauf vorzubereiten, dass entweder Sie oder ihr Partner irgendwann an einer Demenz erkranken? Was tun wir, wenn wir alle – und die Chance dafür ist gar nicht so schlecht – die 90er Jahre erreichen? Dann ist unsere Chance, dement zu werden, fast 50:50. Das ist keine theoretische Debatte. Wir reden hier wirklich über uns.

Marita Halfen:

Ich habe des Öfteren Frauen erlebt, die ihre Ehemänner pflegen und darin gar nichts Belastendes empfinden, sondern vielmehr positive Seiten für ihre eigene Persönlichkeit, für ihre alte, uralte Ehe sehen. Es ist aber nichtsdestotrotz oft belastend, so dass man wieder Unterstützung auf ganz andere vorsichtige Art und Weise anbieten und installieren muss.

Werner Greve:

Der Witz wäre gerade nicht, nur das Positive zu sehen, sondern beide Aspekte – das Positive neben dem Negativen – zu betrachten. Man darf nicht unterschätzen, wie hoch die Schwelle ist, Hilfe auch nur anzunehmen. Für viele Personen stellt das ein großes Hindernis dar. Diesen Ansatz kann man rechtzeitig auch jetzt schon mal üben.

Wortmeldung aus dem Publikum:

Die Pflege eines demenzkranken Menschen ist körperliche und psychische Schwerarbeit, die höchst professionell sein muss. Vor allem wenn dies Menschen tun, die von ihrem Lebensalter her die Arbeitswelt schon hinter sich haben, auch schon eine gewisse Schwäche zeigen. Das dürfte die Gesellschaft gar nicht zulassen. Die Hilfen müssen früher ansetzen, auch durch Schulungen. Überhaupt muss durch intensivere Öffentlichkeitsarbeit den Menschen klar gemacht werden, wenn du soweit bist, ist es keine Schande, Hilfe anzunehmen. Wir haben ja heute Morgen gehört, dass gerade dieses Überforderungsprofil häufig dazu führt, dass es zu Gewalthandlungen kommt. Das kann ich dem Helfenden doch gar nicht anlasten. In meinen Augen ist der Helfende ebenso ein Opfer. Also ist die Gesellschaft gefordert, rechtzeitig den Menschen ins Bewusstsein zu rufen: Hilfe anzunehmen ist keine Schande.

Cornelia Helfferich:

Ich finde es nicht gut, wenn wir die einzelnen Ansätze gegeneinander ausspielen. Ich denke, das ökologische Modell ist in diesem Zusammenhang sehr hilfreich. Es unterscheidet zwischen der individuellen Ebene z.B. der Auseinandersetzung mit der eigenen Perspektive, dem Umfeld, d.h. die Zweierbeziehung als Beziehung, schließlich auch dem gesellschaftlichen Klima – die Ebene der Politik, die ihren Ausdruck u.a. darin findet, was finanziert wird und was nicht, wo setzen wir Prioritäten. Wir müssen auf den unterschiedlichen Ebenen denken. Wir brauchen aber auch eine Differenzierung. Es macht einen Unterschied, ob es sich bei einer Beziehung älterer Menschen um eine Pflegebeziehung handelt oder nicht.

Des Weiteren müssen wir bedenken: Wo Gewalt ist, muss Schutz sein. Mir wäre jedes Mittel recht, diesen Schutz herzustellen. Die Polizei spielt für mich eine große Rolle. Ihr Zugang begründet sich nicht allein auf der Tatsache, dass eine Anzeige gestellt wird, sondern weil zahllose Anrufe bspw. von Nachbarn bei ihr eingehen. Ich stimme Frau Walentich aber zu, dass bei Pflegebeziehungen der justiziable Weg ein ganz schwieriger und anders zu diskutieren ist. Aber es geht um die Frage von Schutz, der so rasch wie möglich eintreten muss.

Wortmeldung aus dem Publikum [Martina Böhmer]:

Ich halte es für wenig hilfreich, dass das Thema „Gewalt gegen Alte“ auf Fragen der Demenz reduziert wird. Ich finde es auch bedenklich, diese genannten Horrorzahlen weiter zu transportieren, die über Demenzkranke ja auch immer wieder über die Medien verbreitet werden. Da muss kritisch hinterfragt werden, ob die wirklich alle demenz sind. Es ist angesprochen worden, dass es diverse auch wirtschaftliche Gründe gibt, warum Menschen diese Diagnose gestellt wird.

Es kam ja das Projekt S.I.G.N.A.L. zur Sprache, das in der Krankenpflege bei häuslicher Gewalt gegen Frauen sich als hilfreich zeigt. Krankenpflegepersonal wird geschult zu erkennen, wenn eine 30jährige Frau mit einem blauen Auge und einem Oberschenkelhals in die Notaufnahme kommt, dass hier häusliche Gewalt die Ursache sein könnte. Wenn allerdings eine 80jährige Frau mit einem Oberschenkelhalsbruch in die Klinik eingewiesen wird, dann ist das gleichbedeutend mit Sturz im Alter. Hier gibt es kein Signal und nichts. Es liegen pflegerische Expertenstandards und Expertenrunden vor, jedoch keinerlei Verknüpfung zu der möglichen Ursache Gewalt. Aufgezählt wird eine ganze Reihe von möglichen Ursachen für den Sturz. Allerdings kommt niemand auf die Idee, dass Gewalt vorliegen könnte. Ab 60 Jahren ist immer alles altersbedingt. Da möchte ich das Zusammenführen von Themengebieten und Sachverständigen anregen.

Gabriele Walentich:

Frau Helfferich, Sie sagten eben, wo Gewalt ist, muss Schutz sein und Ihnen sei jedes Mittel recht, diesen Schutz zu gewährleisten. Ich möchte das differenzieren, weil Autonomie und Selbstbestim-

mung nicht auf der Strecke bleiben dürfen. Wir haben sicherlich im Kinderschutz eine Richtung, wo es auch um Menschen geht, die ihr eigenes Leben nicht überblicken können. Ich meine aber – das gilt ja auch für Frauen, die in Gewaltsituationen leben – man muss durchaus respektieren, wenn sie dort verbleiben wollen. Man kann Hilfsangebote machen, selbstverständlich, man muss sie machen. Aber zwangsweise – ich denke auch nicht, dass Sie das so sagen wollten – meine ich, dass man soweit nicht gehen kann. Auch nicht bei einem alten Menschen, der seine Situation noch überblicken kann. Wenn er in der Situation verbleiben will, kommen wir an heikle Aspekte. Wollen wir die Autonomie und Selbstbestimmungsrechte gewährleisten oder agieren wir zum Schutz aus unserer vermeintlich guten Absicht heraus?

Cornelia Helfferich:

Das ist eine ganz schwierige Diskussion. Kann man das Opfer gegen seinen eigenen Willen schützen? Ich glaube nicht, dass es eine pauschale Antwort darauf gibt. Aber zum Teil ist die Konstruktion eines Platzverweises auch schon so, dass jetzt die Wegweisung des Täters im öffentlichen Interesse geschieht. Es gibt ein öffentliches Interesse daran, dass Gewalt eben nicht mehr eine Privatangelegenheit ist, sondern Gewalt verfolgt wird. Im Endeffekt läuft es aber darauf hinaus, dass ohne die Kooperation des Opfers alles eingestellt wird. D.h. es ist nicht praktikabel, ein Opfer gegen seinen Willen schützen zu wollen und ich denke auch, dass die Autonomie wichtig ist. Ich wollte die Dringlichkeit deutlich machen, die im Gegensatz dazu steht, dass wir eine lange Tradition haben, bei Gewalt in privaten Verhältnissen wegzuschauen. Ich finde es eine große Errungenschaft, dass wir heute so wie auf dieser Tagung darüber diskutieren.

Wortmeldung aus dem Publikum [N.N.]:

Wir haben heute sehr viele Zahlen, Statistiken und Hinweise erhalten. Meine Frage an die Experten lautet: Ist die Gewalt wirklich stärker geworden oder wird sie nur stärker wahrgenommen? Die Öffentlichkeit ist vermehrt sensibilisiert, auf Gewalt zu reagieren. Ich denke, da gibt es eine gewisse Stimmungsmache. Wenn man all die Zahlen und Statistiken verfolgt: Haben wir schon Erfolge gehabt? Wo geht heute der Trend hin?

Werner Greve:

Ich darf noch einmal an die Befunde von Thomas Görgen erinnern, aus denen hervorgeht, dass seit 1992 die Gewalt im Nahraum zurückgegangen ist. Es handelt sich um erste Analysen, und Herr Görgen hat dies ja auch sehr vorsichtig präsentiert. Aber es gibt eine Reihe von Studien, die aufzeigen, dass Gewalt – auch gegen Ältere – zumindest nicht zunimmt und in einigen Bereichen rückläufig ist. Es gibt Ausnahmen, z.B. nimmt die Körpergewalt unter jungen Männern weiter zu. Aber im Großen und Ganzen ist der Trend auch für die massiven Gewalttaten rückläufig – und das schon seit ca. 10 Jahren. Dass das in der polizeilichen Statistik nicht immer so sichtbar wird, liegt daran, dass unsere Sensibilität zum Teil zunimmt und die Anzeigebereitschaft gestiegen ist.

Wortmeldung aus dem Publikum [Rolf Hirsch]:

Ich kann für den institutionellen Bereich sagen: Es werden immer weniger Pflegekräfte beschäftigt, die Sozialeinrichtungen werden immer weniger, die medizinischen Behandlungen werden weniger verordnet und bezahlt. Ich erlebe Tag für Tag in Einrichtungen Missstände. Ich merke es, wenn 100 Personen im Heim sind und nur von 2 Pflegern betreut werden. Das wird zunehmend Standard in jetzigen Kliniken, vor allem in den Nachtwachen. Wären da bloß zwei Pfleger mehr, würde sich erheblich etwas verändern.

Wortmeldung aus dem Publikum [N.N.]:

Ich störe mich schon die ganze Zeit an dieser Differenzierung von jung und alt. Wenn bei mir in der Frauenberatungsstelle eine ältere Frau anruft, frage ich doch nicht sofort nach ihrem Alter und

lege auch nicht, wenn sie über 70 ist, den Hörer auf. Aus der Praxis kann ich sagen, dass einfach wenig Ältere in der Komm-Struktur anrufen. Auch ich arbeite immer wieder an Ideen, wie ich diese Frauen ansprechen kann. Wie kann ich in der Öffentlichkeit sagen, jede Frau hat ein Recht auf ein gewaltfreies Leben? Auch die Frauen über 50, 60, 70 und 80 haben dieses Recht. Weil ich eben weiß, dass es von Frauen verinnerlicht ist, ich muss ganz viel aushalten, ich muss an meinem Gelöbnis, ich bin verheiratet, festhalten.

Cornelia Helfferich:

Ich habe eine Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen wissenschaftlich begleitet und hatte dabei auch das Problem, dass die älteren Frauen sehr reserviert waren. Sie sagten, dass die jungen Frauen in der Einrichtung nicht die Lebenserfahrung haben. Wobei jedoch völlig unklar war, was mit Lebenserfahrung genau gemeint war. Ich glaube, es fehlt eine Verständigung zwischen Jüngeren und Älteren. Davon könnten, so glaube ich, beide Seiten profitieren. Es ist eine gewisse Distanz vorhanden. Ich glaube Sie haben Recht, dass die viel größere Barriere für die Betroffenen darin besteht, bei einer Beratungsstelle um Hilfe zu bitten. Überhaupt zum Telefonhörer zu greifen und sich bei einer Stelle zu melden. Ich denke, dass hier eine Kooperation mit dem Altenhilfebereich sehr sinnvoll und aussichtsreich wäre.

Barbara Nägele:

Wie sind Ihre Erfahrungen dazu [an das Publikum gerichtet]? Kommen ältere Frauen in die Beratung? Kommen sie in die Frauenhäuser? Welche Schwierigkeiten gibt es?

Marita Halfen:

Ich denke, bei den älteren Frauen ist das auch ein finanzielles Problem, den Mann zu verlassen. Wo soll sie denn hin? Wer hilft ihr denn? Was passiert denn, wenn eine 75-Jährige den Mut hat, ihren Mann zu verlassen, auszuziehen und in ein Frauenhaus zu gehen? Sie kann ja nicht unbegrenzt im Frauenhaus leben. Man würde sie sicherlich unterstützen, aber sie hat ja nie gelernt, Verantwortung zu übernehmen. Sie ist mit 75 Jahren auf die Hilfe der Anderen angewiesen und von ihnen abhängig. Da kann dann höchstens vorgeschlagen werden, in ein Altenheim zu gehen. Dort allerdings lebt sie nicht autonom, sondern ist erneut aller Verantwortung entledigt.

Wortmeldung aus dem Publikum [N.N.]:

Ich bin auch in einem Frauenhaus tätig und weiß, dass wir zu hochschwellig in unserem Angebot sind. Es steht da „vergewaltigt“ und dadurch ist es für die 60- und 70jährigen sehr schwer, zu uns zu kommen. Nun überlegen wir, wie wir niedrigschwelliger agieren können. Wir haben z. B. schon zum zweiten Mal einen Selbstverteidigungskurs für Seniorinnen angeboten und merken auch da, dass wir zu hochschwellig sind. Es spricht die Frauen nicht an. Wir müssen noch stärker schauen, dass sich ältere Frauen von unseren Angeboten angesprochen fühlen. Aber auch wenn wir Einrichtungen der Altenhilfe ansprechen, erleben wir eine ablehnende Reaktion. Auf beiden Seiten besteht die Notwendigkeit, aufeinander zuzugehen. Wir sind da auch als Beratungsstelle überfordert, außerdem gibt es finanzielle Schwierigkeiten. Was sollen wir denn als kleiner Verein noch alles machen? Zusätzlich überlege ich mir, was kann ich denn einer 60- oder 70jährigen Frau, die wegen häuslicher Gewalt, Vergewaltigung zu uns kommt, überhaupt anbieten? Da komme ich an meine Grenzen.

Wortmeldung aus dem Publikum [Claudia Schacke]:

Ich würde die im Raum stehende Frage gerne etwas genereller stellen. Wie erreichen wir Menschen, die Hilfe brauchen, aber nicht von selbst kommen? Eigentlich sind ja schon zwei Worte gefallen. Das eine ist das der Niedrigschwelligkeit und das andere ist das der zugehenden, aufsuchenden Hilfe. Ich habe im Rahmen unseres Projektes eine sehr interessante Erfahrung gemacht.

Wir sprachen Leute an, die an einer Studie teilnehmen wollten und riefen sie kontinuierlich an. Bemerkenswerter Weise war zu sehen, dass sehr viele TeilnehmerInnen nie auf die Idee gekommen wären, beim Alzheimertelefon anzurufen, obwohl sicherlich Bedarf da gewesen wäre. Wenn jedoch ein erster persönlicher Kontakt stattgefunden hatte, war das Eis gebrochen. Viele Vorbehalte, die erst einmal so da waren – z.B. die angesprochene Altersdiskrepanz – spielten dann eigentlich keine Rolle mehr. Bereits beim ersten oder zweiten Telefonat äußerten viele: darüber habe ich noch nie mit jemandem gesprochen. Obwohl unser Projekt dies nicht intendierte, war es auch eine Art Intervention. Es war sehr niedrigschwellig, weil es die Leute aufgefordert hat, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen und nicht selbst Problemträger zu sein. Es war aufsuchend, weil wir in Abständen immer wieder angerufen haben. Was jetzt noch nach Abschluss des Projektes an Karten, an Berichten und Anrufen kommt, hat mich in meiner Überlegung bestärkt, dass auch eine Intervention diese Aspekte sehr stark berücksichtigen muss. Gerade bei sehr schwer erreichbaren Menschen.

Barbara Nägele:

Ich würde gern noch einmal zu den konkreten Hilfen zurückkommen. Mich würden Ihre Erfahrungen interessieren, Frau Walentich. Sie haben im LPR Nordrhein-Westfalen ganz bestimmte Ideen verfolgt, u.a. das Gelsenkirchener Seniorentelefon gefördert. Vielleicht erzählen Sie auch noch einmal von der Handreichung, die Sie herausgegeben haben.

Gabriele Walentich:

Wir versuchten, auch praktisch tätig zu werden und haben in den Anfängen unserer Aktivitäten Expertenwissen selber beschafft. Es war immer wieder klar, dass die Instrumente niedrigschwellig sein sollten und thematisch offen. Insofern haben wir ein Seniorentelefon ins Leben gerufen. Die Besonderheit besteht zum einen darin, dass es in Gelsenkirchen angesiedelt ist. Dort leben sehr viele alte Menschen; zugleich fanden wir gute Bedingungen und Strukturen vor, weil ein Mitglied des LPR dort Beigeordnete für Soziales ist. Unser Glück bestand obendrein darin, ein weiteres Mitglied von der FH Münster zu haben, welches das Projekt evaluiert und begleitend in Studentenseminaren fördert. Insofern soll dieses auch als Modellprojekt verstanden werden. Nach Ablauf der 2 geplanten Jahre wird es nicht sang- und klanglos untergehen, sondern von der Stadt übernommen werden.

Wir haben von vornherein die Erfahrung gemacht, dass es von der Bevölkerung gut angenommen wird und dass alle möglichen Menschen anrufen. Sehr oft mit dem Anliegen Einsamkeit, hin und wieder auch mit anderen Anliegen, die bspw. Pflegesituationen betreffen. Wir haben Pflegende sowohl in familiärer als auch in einer Heimsituation, die sich über Zustände beschweren. Aber auch Täter, die selber über Gewaltaktionen berichten, melden sich. Sie dürfen sich allerdings nicht Hunderte von Anrufen vorstellen. Es sind vielleicht 10 bis 20 Anrufe im Monat, wobei man darauf hinweisen muss, dass das Telefon leider nicht – wie ursprünglich konzipiert – jeden Tag Vollzeit besetzt ist. Diese Vorgaben scheiterten am Geldmangel. Es kümmert sich eine Halbtagskraft sehr intensiv um Netzwerkarbeit, d.h. sie versucht in Gelsenkirchen sämtliche Institutionen anzusprechen, die sich mit Altenarbeit beschäftigen. Nach anfänglich skeptischen Reaktionen – „nehmen die unsere Kompetenzen bzw. unsere Zuständigkeiten weg?“ – klappt die Zusammenarbeit heute sehr gut. Es geht sogar so weit, dass jetzt Schaltungen angeboten werden, da über Nacht andere Institutionen das Telefon übernehmen wollen. Insofern kann ich nur bestätigen, dass der Bedarf mit Sicherheit da ist. Das Telefon leistet insbesondere eins: im Dschungel der Hilfsangebote eine Art Lotsenfunktion wahrzunehmen und, wenn um Hilfe gebeten wird, entsprechende Weiterleitungen zu gewährleisten. Wenn die Mitarbeiterin, die Sozialarbeiterin und Krankenschwester ist, ad hoc nicht weiterhelfen kann, dann kümmert sie sich um das Problem und ruft zurück. Auch dies stieß auf sehr positive Resonanz – „ach, Sie rufen ja wirklich zurück!“. Offensichtlich ist die Erwartung und Erfahrung vieler, dass Institutionen so etwas totlaufen lassen. Wir haben uns damals sehr lange Gedan-

ken um den Titel gemacht. Sollten wir es per Namensgebung in irgendeiner Form eingrenzen oder sogar den Gewaltbegriff mit aufnehmen? Letztlich haben wir uns dagegen entschieden. In der gewollten thematischen Offenheit liegt diese Entscheidung begründet. Ich persönlich finde „Pfleger in Not“, wie es in Berlin heißt, auch eine sehr gute Lösung. Das zeigt sich ja dort u.a. daran, dass selbst die Täter anrufen.

Leider kann ich nur wiederholen, was Frau Halfen gesagt hat. Vieles ist ein finanzielles Problem. Trotz relativ guter Voraussetzungen war das zweite Jahr auch dieses Projektes lange nicht gesichert. Wir haben es dann geschafft, dass das zweite Jahr wie vorgesehen durchgeführt werden kann und, wie bereits erwähnt, wird es anschließend mit leicht gewandelten Strukturen von der Stadt übernommen.

Der zweite praktische Aspekt beinhaltet die Koordination von Forschungsnetzen auch auf europäischer Ebene sowie die Entwicklung eines Leitfadens. Hintergrund dieses Leitfadens ist die Überlegung, was könnte für Menschen, die pflegen, ein niedrigschwelliges Angebot sein, um überhaupt einmal nachlesen zu können, wo Aufmerksamkeit geboten ist. Welche Signale gibt es, bei denen ich vielleicht an Gewalt oder Vernachlässigung denken kann? Wir haben dann mit der Rechtsmedizin kooperiert, die nach meiner Einschätzung über ganz große Erfahrungen verfügt und eine der Institutionen ist, die am lebenden Objekt Beweis sichert und Spuren feststellt. Zusammen haben wir den Leitfaden „Gefahren für alte Menschen in der Pflege“ entwickelt, der im Moment einen rasanten Absatz findet. Innerhalb von 4 Wochen waren 3.000 Exemplare vergriffen und die nächsten 12.000 werden gedruckt, wobei bereits 9.000 schon jetzt angefordert wurden. Es scheint also Bedarf an einer so relativ einfachen Handreichung da zu sein. Dieses Interesse an der Thematik finde ich beeindruckend. Mit dem Erscheinen des Leitfadens merke ich, dass auch Institutionen wie Sozialämter, Pflegeberatungsstellen – wo man oft eine abwehrende Haltung vermutet – großes Interesse zeigen.

Barbara Nägele:

Ich möchte gern noch einmal auf die Frage der Vernetzung, den von Ihnen allen angesprochenen Wunsch nach Disziplinen und Professionen übergreifendem Denken und Handeln zurückkommen. Welche Anregungen haben Sie? Was gibt es da für Ideen?

Werner Greve:

Ehrlich gesagt ist das der Punkt, der mich am meisten ratlos macht. Wenn man im Kontext darüber spricht, nickt jeder – und das ist auch schon seit 10 Jahren so. Aber aus irgendeinem geheimnisvollen Grunde passiert es trotzdem nicht. Abgesehen vielleicht von solchen seltenen Momenten, wo einmal eine kleinere Tagung wie diese hier von vornherein übergreifend organisiert wird. Es scheint sich um ein Problem zu handeln, welches nicht auf diesen Bereich beschränkt ist. In der Wissenschaft wird Interdisziplinarität seit ca. 20 Jahren gefordert. Wenn sie mal passiert, geht sie schief. Häufig genug passiert sie erst gar nicht, obwohl alle wissen und alle glauben und alle immer nicken, wenn man sagt, das wäre aber nötig. Die Notwendigkeit dafür sehe ich so sehr wie am ersten Tag. Aber ich bin ehrlich gesagt ein bisschen ratlos, was man tun könnte.

Ich habe im Rahmen einiger Praxisprojekte zum Thema Kriminalitätsfurcht mit Polizeibeamtinnen und -beamten zusammengearbeitet. Einstimmig vertraten wir die Meinung, dass wir unbedingt Gerontologen einbinden müssen. Ein Jahr später gab es ein Projekt, das dann doch wieder nur von einer Polizeifachschule bearbeitet wurde. Wo wieder in keiner Phase irgendjemand aus der Gerontologie gefragt worden ist. Das Beispiel ist nicht einseitig gegen die Polizei gerichtet. Wenn Wissenschaftler das Thema Kriminalitätsfurcht untersuchen, gibt es weit und breit keinen Polizisten, den sie dazu befragen.

Gabriele Walentich:

Ich bin diesbezüglich auf Grund meiner Erfahrungen der letzten drei Jahre nicht ganz so negativ gestimmt. Der LPR wurde als neue Stelle gegründet und besaß die Freiheit, sich auch selbst definieren sowie seinen Kontext suchen zu können. Das ist sicherlich eine Chance, wenn man nicht in ganz starren vorgegebenen Mustern agieren muss. Ich glaube, wir sind auch ziemlich „unverdächtig“, der Forschung oder der Praxis etwas wegnehmen zu wollen. Wir verstehen uns eher als Koordinatoren oder Netzwerker. Vielleicht haben wir von daher eine ganz gute Position. Das gesamte Themenfeld „Gewalt gegen alte Menschen“ ist noch ein recht junges, und ich erlebte den Aufbau von Netzwerken als recht leicht. Das betrifft das Zusammenbringen sowohl von Forschern als auch Praktikern auf Tagungen. Nach der letzten großen internationalen Tagung ergaben sich – und zwar aus den Reihen der Forscher und der Praktiker selbst – neue Ideen der Zusammenarbeit. Ob sich dies nachhaltig hält, wird die Zukunft zeigen. Wir hatten einen Workshop „Gewalt gegen alte Menschen in Institutionen“, der u.a. mit Rechtsmedizinern, Gerontologen und Juristen besetzt war. Diese Gruppe aus 10 Menschen, die quer über Europa verstreut ist, möchte in dem Feld unbedingt weiter zusammen arbeiten. Es gibt Anfänge der Vernetzung. Es braucht aber einen sehr langen Atem und viel Geduld, um solche Dinge zu verfestigen.

Cornelia Helfferich:

Ich teile auch den vorsichtigen Optimismus, da ich erlebe wie positiv zum Beispiel Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser und Polizei heute zusammen arbeiten. Vor 20 Jahren wäre das nicht denkbar gewesen. Da gab es eine wechselseitige Abgrenzung, die heute Geschichte ist. Man sieht die Unterschiede, die unterschiedlichen Perspektiven. Aber es ist eine gute Zusammenarbeit geworden. Schwieriger einzubetten sind die Mediziner, weil sie auch ihre eigenen Fortbildungsregeln haben. Man muss in deren Regelsystem drin sein. Da gibt es aber auch positive Anzeichen. Und teilweise gibt es Schwierigkeiten mit der Justiz. Dort, wo es jedoch spezielle Zuständigkeiten gibt, klappt die Zusammenarbeit gut.

An der Fachhochschule orientieren wir uns stärker an der Praxis und haben im Kollegium zahlreiche Disziplinen vertreten. Wir arbeiten mit Juristen, Psychologen, Sozialarbeitern, Arbeitswissenschaftlern usw. Was ich immer wieder in diesem sehr schwierigen Arbeitsbereich Gewalt beobachte, ist die Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber der Komplexität von schweren Fällen. Man fragt sich, wie kann ich einen Zugang finden, was kann man denn überhaupt tun. Davon sind wir oft erschlagen. Vielleicht ist es ein bisschen so, dass diese einzelnen Bereiche eigene Routinen und eigene Sicherheiten haben, die sie verfolgen. Zusammen mit dem bestehenden Zeitdruck und dem Geldmangel läuft es letztendlich eher in die Richtung, dass man nicht kooperiert. Und dabei wäre es gerade in Fällen, die für die Professionellen so schwierig und belastend sind, sehr wichtig, dass man zusammen arbeitet.

Barbara Nägele:

Frau Halfen, wie sieht es denn bei Ihnen aus?

Marita Halfen:

Ich hoffe, dass wir den Verein trotz der miserablen finanziellen Lage noch lange aufrechterhalten können. Wir haben aber auch schon in den letzten 8 Jahren eine Menge erreichen können, z.B. dass das Thema immer wieder aktualisiert wird, sonst säßen wir heute hier nicht zusammen. Ich möchte außerdem die Worte von Frau Böhmer zur Ärzteschaft unterstreichen. In den Krankenhäusern müsste wie bei Kindern und Jugendlichen auch ein Verletzungskatalog aufgestellt werden. Als Sozialarbeiterin weiß ich genau, worauf ich bei verletzten Kindern zu achten habe. Ich wünschte mir hier eine höhere Sensibilisierung der Ärzteschaft.

Wortmeldung aus dem Publikum [Martina Böhmer]:

Ich bin sehr überrascht. Die Tagung heißt ja „Wehrlos im Alter“. Es gibt ganz viele Frauen hier, die aus der Frauenberatung und aus den Notrufen kommen. Ich denke, es gibt ganz viele Strukturen z.B. „Runder Tisch häusliche Gewalt“ oder Pflegeexperten. Wir müssen erreichen, all diese Personen zu den „Runden Tischen“ einzuladen. Ich weiß, es gibt ganz viel „know how“ bei Frauen zum Thema „häusliche Gewalt und Gewalt gegen Frauen“, und es findet sich sehr viel „know how“ bei den Seniorenberatungsstrukturen. Das muss zukünftig zusammen geführt werden.

Barbara Nägele:

Ich würde an dieser Stelle gerne die offene Diskussion beenden. Ich möchte, dass die PodiumsteilnehmerInnen abschließend formulieren, wo im Moment Handlungsbedarf besteht. Was muss als nächstes passieren?

Gabriele Walentich:

Ich wollte zu Ihnen, Frau Böhmer, ganz kurz etwas sagen. Ich teile Ihre Meinung, dass sich die „Runden Tische“ zusammenschließen sollten. Ich hielt es aber auch für angezeigt, dass wir, die sich mit häuslicher Gewalt befassen, diesen Terminus nicht nur auf Kinder und Frauen beschränken, sondern auf alle Menschen beziehen, die zu Hause leben. Und dazu gehört ebenso die alte Generation. Das Landeskriminalamt Bayern z.B. beschränkt den Terminus „häusliche Gewalt“ auf Frauen. Dort werden noch nicht einmal Kinder aufgeführt. Es gibt da sehr wohl regionale Beschränkungen, was diesen Begriff angeht. Pflegebedürftige Menschen werden allgemein nicht unter dem Stichwort „häusliche Gewalt“ erfasst.

Handlungsbedarf besteht sicherlich vermehrt auf den Gebieten Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung und Schulung und zwar in vielen, vielen Bereichen. In sämtlichen Berichten sehen wir, dass Bildung und Kenntnis sehr viel mit Gewalt zu tun haben. Von daher denke ich, muss man genau an dieser Stelle ansetzen. Dazu gehören bspw. Informationen über Krankheitsbilder. Sicher sind auch Pfleger und Ärzte angesprochen, die nicht allein im Bereich „Gewalt gegen Frauen“ eines der tauglichsten niedrigschwelligen Aufdeckungsinstrumente sind. Ich sehe allerdings im Bereich Forschung ebenso großen Handlungsbedarf. Nur mit entsprechenden Zahlen kann die Politik auf Veränderungen und Neuerungen eingestimmt werden.

Werner Greve:

Mein erster Punkt betrifft den Wunsch nach mehr kreativen Projekten. Wir könnten z.B. auch mal an ganz andere Multiplikatoren denken. Nicht nur Hausärzte, sondern auch Bäcker oder Postboten. Das sind Personen, die viel Kontakt haben und wo es vielleicht schon über Jahrzehnte eine Vertrauensbeziehung gibt. Diese Leute im Sinne von Signalen zu schulen: Achtet ihr doch mal auf..., wäre ein kreatives Projekt. Wenn ein Projekt gestartet wird, bitte vorher an die Evaluation denken. Es ist komplett verschwendete Energie, wenn man was macht und nicht weiß, ob es genutzt hat. Ohne eine systematische Begleitforschung kann man das nicht wissen. Man braucht eine Kontrollgruppe.

Zweiter Punkt: Man muss beginnen, ein bisschen anders über Öffentlichkeitsarbeit nachzudenken. Z.B. könnten wir, wenn wir über Sensibilisierung reden, auch noch mal anders darüber nachdenken, dass zu viel Sensibilisierung auch nicht gut ist. Es gibt mindestens ein Dilemma zwischen Sensibilisierung und Skandalisierung. Die Forderung, gut ausgebildete Journalisten zu haben, ist bis auf weiteres unerfüllbar. Stattdessen wäre vielleicht gut, so etwas wie eine systematische Beziehungspflege zu ein oder zwei konkreten Journalisten zu haben. Man könnte einfach der oder dem unaufgefordert immer alles zuschicken und gar nicht damit rechnen, dass man in den nächsten 2 Jahren etwas hört. Aber wenn dann mal ein Sonderfall eintritt, wird sich die Person erinnern.

Drittens glaube ich, dass die Diskussion gewinnen könnte, wenn wir es sowohl auf solchen Tagungen aber erst recht in der größeren Öffentlichkeit schaffen, nicht über die da, die da die Opfer sind oder die da die Täter sind, oder die da, die die Alten sind, zu sprechen. Sondern zu sagen, wir sind die Täter, wir sind die Opfer, wir sind die Alten. Wenn nicht jetzt, dann demnächst. Vielleicht kriegt das auch in Bezug auf Präventionsmaßnahmen eine andere Richtung.

Cornelia Helfferich:

Da ich aus dem Bereich „Gewalt in Geschlechterbeziehungen“, „Gewalt gegen Frauen“ komme, hat mir die Tagung viele Augen geöffnet. Wenn wir über die Übertragbarkeit nachdenken, sollten wir im Hinterkopf behalten, was die Unterschiede, was die Gemeinsamkeiten sind, wenn man jetzt die Älteren einbezieht. Konkret werde ich auch noch einmal in unsere alte Auswertung von „Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung“ gehen. Über die Rentenversicherungsträger haben wir insgesamt 900 Frauen befragt, wobei eine ganze Reihe von ihnen zwischen 60 und 65 Jahren alt war. Ein Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit dem Thema Gewalt: Ich werde das noch einmal speziell unter dem Aspekt ältere Frauen ansehen. Wir haben bereits Unterschiede herausgearbeitet, wie jüngere im Gegensatz zu älteren Frauen mit Behinderung mit Gewalt umgehen. Für die Älteren war die Stigmatisierung noch einmal was ganz anderes und viel Näheres als für die Jüngeren, die gesagt haben, man muss nur gut drauf sein und sich durchsetzen. Ich sage mir auch selbst, dass wir zu lange diesen Aspekt Alter bei den Auswertungen ausgeklammert haben.

Außerdem möchte ich noch einmal erkunden, wie in Baden-Württemberg im Rahmen der Diskussion um häusliche Gewalt das Alter wahrgenommen wird. Wir haben eine sehr gut funktionierende Kooperation zwischen Sozial- und Innenministerium. Da werde ich einfach mal nachsehen, wie dies die zuständigen Stellen wahrnehmen, weil das ja auch diejenigen sind, die Strukturen fördern könnten.

Der dritte Punkt betrifft den sehr gut ausgebauten gerontologischen Forschungsbereich an unserer Fachhochschule. Wir haben einen Gender-Forschungsbereich und einen gerontologischen Forschungsbereich. Leider haben wir bisher noch nie ein Projekt zusammen gemacht. Das werde ich mitnehmen und sehen, wieweit wir Ideen zusammen bringen können.

Marita Halfen:

Jeder Fall, der HsM bekannt wird, ist ein Fall zu viel. Wir müssen dafür kämpfen, dass es erst gar nicht zu Gewalt in der häuslichen Pflege oder im häuslichen Leben kommen kann. Wir wollen alles daran setzen, vorher Hilfen zu installieren, dass man sich vorher schon bemüht, mit den Menschen Kontakt aufnehmen zu können, ehe es eskaliert oder zu spät ist - nicht erst wenn die Menschen in den Krankenhäusern oder Kliniken sind. Dafür werde ich weiter kämpfen.

Barbara Nägele:

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Fragen und Anmerkungen bedanken [an das Publikum gerichtet]. Ihnen auf dem Podium auch nochmals ganz herzlichen Dank für die Teilnahme und die engagierte Diskussion. Jetzt übergebe ich zu einem Abschlussstatement das Wort an Thomas Görden, der die nicht ganz einfache Aufgabe hat, den heutigen Tag zusammenzufassen.

T. Görgen: Zusammenfassung des Tages

Dr. Thomas Görgen, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.

Ich will eine kurze Zusammenfassung des heutigen Tages versuchen. Was ergibt sich aus all dem, was wir heute gehört und diskutiert haben? Für mich ist folgendes heute deutlich geworden.

Es gibt auf der einen Seite – was die häusliche Situation älterer Menschen angeht – keinen Grund zu einem allgemeinen Pessimismus, zu einer grundsätzlichen Alarmstimmung. Wir können davon ausgehen, dass die meisten älteren Menschen nicht von ihren Partnern oder Familienangehörigen gravierend misshandelt werden. Dass vielmehr sogar die Wahrscheinlichkeit, dass einem so etwas im Alter widerfährt, eher zurückgeht. Wir haben auf der anderen Seite gesehen, dass es innerhalb dieses insgesamt eher beruhigenden Bildes Bereiche gibt, über die wir erst ganz langsam gesichertes Wissen erlangen und das wir auf einige Gruppen älterer Menschen unser besonderes Augenmerk richten sollten. Dass es weniger wahrscheinlich wird, dass ein unangenehmes Ereignis einen trifft, ist zwar erfreulich. Aber wen es trifft, den trifft es ganz und dem hilft die reduzierte Wahrscheinlichkeit seiner Altersgenossen gar nichts.

Es ist deutlich geworden, dass ältere Frauen als Opfer häuslicher Gewalt gegenüber jüngeren Opfern besondere Probleme, Motive und Interessenlagen haben, auch viel Gemeinsames natürlich. Dass Hilfeangebote für Ältere in besonderem Maße niedrigschwellig sein müssen – das Wort "thematische Offenheit" ist in diesem Zusammenhang heute öfter gefallen. Dass es neben den herkömmlichen Komm-Strukturen, proaktiver und zugehender Hilfen bedarf. Die Chancen, dass sich so etwas entwickelt, sind durch das Gewaltschutzgesetz und die Beratungsstrukturen, die daraufhin aufgebaut wurden, besser geworden. Es ist deutlich geworden, dass nicht nur die allgemeine Öffentlichkeit, sondern auch verschiedene berufliche Disziplinen für diese Thematik der „häuslichen Gewalt“, der Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich sensibilisiert werden müssen. Es ist auch deutlich geworden, dass die familiäre Pflege älterer Menschen, insbesondere die von demenziell Erkrankten, vielfältige Potenziale für Dinge bereit hält, für die der Begriff Gewalt angemessen erscheint, dass aber zugleich wenig dafür spricht, dass familiäre Pflege grundsätzlich ein Hort der Willkür, der Misshandlung und Vernachlässigung wäre.

Für mich hat diese Tagung deutlich gemacht, dass es auf der Ebene von Prävention und Intervention so etwas wie "gegabelter Strategien" bedarf. Wir brauchen einerseits Dinge wie Hilfe, Beratung, Information und Unterstützung für diejenigen Pflegenden, die in einem sehr weiten Sinne mit der Pflege überfordert sind. In einem sehr weiten Sinne, weil diese Überforderung nicht eine Überforderung durch zu vielfältige Pflegeaufgaben sein muss, sondern auch dann entstehen kann, wenn die Beziehung zwischen den beteiligten Personen so belastet ist, dass erst einmal auf dieser Ebene eine Aufarbeitung stattfinden muss, bevor die Pflege in geregelte Bahnen kommen kann.

Wir brauchen andererseits aber auch eine Strategie, die sich im Klaren darüber ist, dass es Pflegebedürftige gibt, die von nahestehenden Personen ausgebeutet, drangsaliert und vernachlässigt werden und dass es hier eben nicht mit Informationen und Schulungen getan ist. Dass es da geeigneter Maßnahmen bedarf, um das Opfer vor weiteren Zugriffen des Täters zu schützen. Hier kommt natürlich der Polizei und Justiz eine bedeutsame Rolle zu.

Gerade im letzten Teil der Podiumsdiskussion wurde deutlich: „Gewalt gegen Ältere“ ist nichts was eine Institution, eine Profession, eine akademische Disziplin im Alleingang bewältigen oder erforschen könnte. Es handelt sich um ein Feld, das die Zusammenarbeit über die gewohnten Grenzen hinaus fordert. Gewalt gegen ältere Frauen etwa – wir haben es mehrfach angesprochen – betrifft sowohl Institutionen der Altenhilfe als auch Frauenhäuser und Frauennotrufe. Es ist auch deutlich geworden, dass es nicht einfach nur an Vernetzung sondern auch an Annäherung zwischen den

verschiedenen Arbeitsbereichen fehlt. Soll Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege verhindert oder wenigstens reduziert werden, dann sind eine ganz Reihe von Akteuren gefragt: Pflegedienste, Anbieter von Pflegekursen, Beratungseinrichtungen, Ärzte, die heute eine zentrale, aber in der Praxis so schwierig umzusetzende Rolle zugewiesen bekamen. Sicherlich kommt auch hier wieder Justiz und Polizei Bedeutung zu. Dazu bedarf es der Kommunikation und der Vernetzung zwischen diesen sehr unterschiedlichen Einrichtungen.

Die heutige Fachtagung war so angelegt, dass sie unterschiedliche Professionen ansprechen sollte. Ich hoffe, dass sie den Prozessen der Vernetzung einen kleinen An Schub gegeben hat. Ich bedanke mich sehr für Ihre rege Beteiligung an der Diskussion.

II Dokumentation des Expertenforums

T. Görge: Nahraumgewalt im Alter – Forschungsstand (Kurzfaserat)

Dr. Thomas Görge, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover

1. Die Grundthese

Nahraumgewalt nimmt im Alter insgesamt nicht zu, sondern ab. Alle Befunde aus Befragungsstudien stützen diese These. Zwar gibt es eine Vielzahl von Gründen, die gegen die Annahme sprechen, dass dieses Bild die Gefährdungslage aller Subgruppen älterer Menschen zutreffend wiedergibt, doch sollte der grundsätzliche Befund zunächst einmal zur Kenntnis genommen werden: Ältere Menschen sind nicht nur von den weitaus meisten Formen von Kriminalität seltener betroffen als Jüngere, sondern auch von Gewalterfahrungen durch ihnen nahe stehende Personen (Partner, Familien- und Haushaltsmitglieder).

Zwei empirische Beispielsbefunde können dies veranschaulichen:

- In der KFN-Opferbefragung des Jahres 1992 gaben 5.3% der befragten 16-59-Jährigen an, in den letzten 5 Jahren Opfer schwerer körperlicher Gewalt in engen sozialen Beziehungen (d.h. durch Familien- und Haushaltsmitglieder) geworden; für die über 60-Jährigen lag dieser Wert bei 1.9%.
- In der KFN-Opferbefragung des Jahres 2005 gaben 25.6% der 60-Jährigen und Älteren, aber 51.9% der 40-59-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Opfer von psychischer Aggression oder körperlicher Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder geworden zu sein. Beschränkt man die Betrachtung auf Personen, die in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten leben, erhöhen sich die Werte in beiden Altersgruppen leicht (auf 28.8% bzw. 54.4%), die Relationen bleiben aber bestehen.

2. Einschränkungen der Grundthese

Dieser Befund einer relativ geringeren Gefährdung kann für die Mehrheit der älteren Menschen Gültigkeit beanspruchen – allerdings nicht für Ältere insgesamt und nicht für einige besonders vulnerable Gruppen. Und natürlich sind Verbreitung und Häufigkeit von Gewalterfahrungen nicht die einzigen Merkmale, die es zu beachten gilt, will man die Gefährdungslage und den Handlungsbedarf einschätzen. Der Ausgangsbefund muss hinsichtlich seiner Aussagekraft und Generalisierbarkeit eingeordnet und relativiert werden:

- Nahraumgewalt findet auch im Alter statt – und dies in mehr als nur vernachlässigenswertem Maße.
- Der Rückgang von Nahraumgewalt im Alter beruht zu einem gewissen Teil darauf, dass es Älteren in stärkerem Maße als Jüngeren an einem Nahraum mangelt, aus dem heraus Gewalt begangen werden könnte. Wer sozial vereinsamt ist, wer isoliert lebt, ist zwar dadurch gewissermaßen vor Nahraumgewalt geschützt – aber um einen hohen Preis. Die Abwesenheit von Gewalt durch nahe stehende Personen ist nicht per se ein Indikator für intakte, harmonische, befriedigende Sozialbeziehungen, sondern kann auf das Fehlen von Beziehungen überhaupt hinweisen.
- Es gibt bedeutsame Gruppen älterer und hochaltriger Menschen, über deren Gefährdung und deren Gewalterfahrungen wenig bekannt ist, weil sie mit den üblichen Instrumenten der Gewalt- und Opferforschung nicht erreicht werden. Dazu gehören insbesondere demenziell Erkrankte, durch andere Erkrankungen (körperlicher oder psychischer Art) in ihrer

Artikulationsfähigkeit, ihren kognitiven Fähigkeiten, ihrer Wahrnehmung etc. bedeutsam beeinträchtigte Personen und sozial in hohem Maße isoliert lebende ältere Menschen. Problematisch gestaltet sich die Opferforschung vielfach auch im Hinblick auf ethnische Minderheiten.

Dieses Problem gewinnt durch folgende Umstände besondere Bedeutung:

- Die genannten Gruppen sind auch in der Polizeilichen Kriminalstatistik mutmaßlich nur gering repräsentiert. Die Merkmale, welche die Teilnahme an einer sozialwissenschaftlichen Befragung verhindern, tragen dazu bei, dass Dinge, die dieser Personengruppe widerfahren, allenfalls mit großen Einschränkungen der Polizei zur Kenntnis gelangen.
- Es ist davon auszugehen, dass die genannten Gruppen auch durch helfende Instanzen (außerhalb des Bereiches von Polizei und Justiz) nur in geringem Maße erreicht werden.
- Die doppelte Unfähigkeit oder zumindest Einschränkung der Fähigkeit, Hilfe zu mobilisieren, trifft besonders vulnerable, in ihrer Lebensqualität ohnehin beeinträchtigte Gruppen, bei denen zumindest grundsätzlich von der Möglichkeit ausgegangen werden muss, dass sie aufgrund des Wissens potenzieller Täter um diese Merkmale zu besonders attraktiven Tatobjekten werden.

Wie gravierend ein Problem ist, wie dringlich an seiner Verhinderung und Beseitigung gearbeitet werden sollte, hängt nicht nur von seiner quantitativen Verbreitung ab, sondern auch von der erlebten Tatschwere und den Tatfolgen im Einzelfall. Wir müssen davon ausgehen, dass hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Personen in mehrfacher Hinsicht anders und stärker als Jüngere von konkreten Episoden von Nahraumgewalt betroffen sind:

- Alters- und krankheitsbedingt sind die Opfer in geringerem Umfang als Jüngere in der Lage, sich gegen entsprechende Handlungen zu wehren.
- Die Gefahr schwerwiegender Verletzungen wächst bei vorliegender Gebrechlichkeit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit.
- Die Optionen der Opfer, sich aus einer gewaltbelasteten Beziehung zu lösen und "von vorn zu beginnen", sinken im hohen Alter.

3. Gewalt in Partnerschaften im Alter

Vorliegende Befunde sprechen dafür, dass die Prävalenz von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen niedriger liegt als bei jüngeren Erwachsenen – und dies sicher nicht nur, weil im Alter (insbesondere bei Frauen) die Zahl der Single-Haushalte zunimmt. Der Rückgang der Prävalenz ist auch vor dem Hintergrund folgender Faktoren zu sehen:

- Instabilität gewaltbelasteter Partnerschaften (d.h. viele Problem-Partnerschaften bestehen im Alter nicht mehr, weil die Opfer es geschafft haben, sich zu trennen oder weil die Beziehung auf andere Weise zerbrochen ist)
- Abnahme von "Konfliktpunkten" mit zunehmendem Alter der Partner und der Partnerschaften (die ökonomische Situation ist im Alter überwiegend stabil, die Kinder haben das Haus verlassen, Promiskuität und Suchtmittelgebrauch gehen im Alter zurück)

- allgemeine Abnahme von Gewalttätigkeit mit dem Alter; in nahezu allen Gewaltbereichen treten jüngere Männer am häufigsten als Täter in Erscheinung und ist mit dem Alter ein Rückgang zu verzeichnen.

Es ist davon auszugehen, dass es unter den Partnerschaften, in denen es im Alter zu Gewalt kommt, verschiedene Konstellationen gibt:

- Partnerschaften, in denen über lange Zeiträume Gewalt eingesetzt wurde (in der Regel einseitig) und sich diese Gewaltanwendung ins Alter hinein fortgesetzt hat,
- langjährige Partnerschaften, in denen Gewaltanwendung erst im Alter beginnt (vor dem Hintergrund altersbedingter Veränderungen – Ausscheiden aus dem Beruf, Erkrankungen etc.)
- im höheren Alter eingegangene Partnerschaften, in denen es zu Gewalt kommt.

Soweit Daten zu Risikofaktoren für Gewalt in Partnerschaften vorliegen, sind diese im Alter nicht wesentlich andere als im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. So zeigten Befunde des amerikanischen *National Family Violence Resurvey*, dass Gewalt durch Partner in der Altersgruppe der 19-59-Jährigen 2-3mal häufiger ist als bei Älteren, dass in beiden Altersgruppen geringe Bildung, Zugehörigkeit zu ethnischen Minoritäten, geringes Familieneinkommen, Suchtmittelmissbrauch und Konflikte in der Partnerschaft Risikofaktoren darstellten.

Es gibt Hinweise auf besondere Offenbarungshemmungen älterer Opfer von Gewalt in Partnerschaften. Als Stichworte seien genannt:

- eine besonders ausgeprägte Scham, Gewaltvorkommnisse im privaten Bereich zu enthüllen
- generationstypische Einstellungen hinsichtlich der Legitimität von Zwangsausübung in Partnerschaften (durch den männlichen Partner)
- mit dem Alter sich verändernde Handlungsoptionen in Bezug auf eine gewaltbelastete Partnerschaft und sich verändernde Folgekosten dieser Optionen.

Es gibt ferner empirische Hinweise darauf, dass sich unter den im Alter (weiter-) existierenden Formen häuslicher Gewalt auch solche finden, die sich durch einen hohen Grad an "Verfestigung" auszeichnen – Gewaltformen, auf die der Begriff des "Terrors in Intimbeziehungen" recht gut zu passen scheint.

Angebote für den Bereich häusliche Gewalt sind bislang kaum auf die besondere Situation und die spezifischen Bedürfnisse älterer Opfer zugeschnitten.

4. Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich

Im Hinblick auf Misshandlung, Vernachlässigung und problematische Verhaltensweisen in der häuslichen Pflege lässt sich feststellen:

- Es handelt sich um einen Bereich, in dem sicheres Wissen über Verbreitung und Häufigkeit von Gewalt und in diese Richtung tendierenden problematischen Verhaltensweisen kaum jemals zu erlangen sein wird. Die Forschungshindernisse sind hier besonders groß. Repräsentative Opferbefragungen scheiden praktisch aus.

- Einige Risikofaktoren erweisen sich über verschiedene Untersuchungen hinweg als recht stabil:
 - 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.
 - *Suchtmittelabhängigkeit* der Pflegeperson stellt einen Risikofaktor dar, ebenso *psychische Störungen* und Erkrankungen, insbesondere *depressive Symptomatiken*, die ein klinisches Niveau erreichen oder diesem nahe kommen.
 - 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.
 - Schließlich ist *aggressives und gewaltförmiges Verhalten des Pflegebedürftigen* ein Risikofaktor für entsprechendes Handeln der familiären Pflegeperson.
 - Der Stellenwert von Belastung und Überlastung familialer Pflegepersonen für Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege ist umstritten. Es kann davon ausgegangen werden, dass Überlastung andere Risikofaktoren verstärkt, jedoch – weit verbreiteten Vorstellungen zuwiderlaufend – nicht die Generalursache für problematisches Verhalten gegenüber familial gepflegten Personen darstellt.
- "Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege" ist kein in sich einheitliches Phänomen. Unterscheidungsbedarf besteht u.a. in Bezug auf Handlungsmotive, Tatschwere, den situativ gebundenen oder situationsübergreifenden Charakter von Handlungen und Motiven. Die Frage, ob es sich um physische oder psychische Gewalt handelt, erscheint relativ zu der Frage nach Art und Stärke der Handlungsmotive sekundär. Natürlich macht es einen Unterschied, ob eine Person "nur" angeschrien oder (auch) geschlagen wird. Dieses Merkmal alleine sagt aber weder über die Schwere viel aus, noch bietet es unmittelbare Ansatzpunkte für Prävention und Intervention.
- Vor dem Hintergrund unserer laufenden Studien unterscheiden wir im Sinne einer noch sehr vorläufigen Typologie folgende Konstellationen:

(1) Fälle von Misshandlung / Vernachlässigung, ohne dass bei dem Akteur die Intention vorhanden ist, den Pflegebedürftigen zu schädigen; Beispiele hierfür wären etwa:

 - Vernachlässigung aus Unwissen oder aus völliger Überforderung gepaart mit motivationalen Hemmnissen, fremde Hilfe anzunehmen
 - Zufügung körperlicher Schmerzen, um Compliance des Pflegebedürftigen bei Pflegehandlungen zu erzwingen (hier wird Gewalt im Sinne körperlichen Zwanges angewandt; das Verhalten verfolgt aber nicht das Ziel, die Person zu schädigen, zu verletzen oder ihr Schmerzen zuzufügen)

- gravierende Einschränkungen der Bewegungsfreiheit des Pflegebedürftigen mit dem Ziel, diesen auf diese Weise vor Selbst- und /oder Fremdgefährdungen zu schützen

(2) Fälle der Misshandlung (auch der akuten Vernachlässigung), bei denen der Akteur situativ die Intention hat, den Pflegebedürftigen zu schädigen oder zu verletzen, diese Intention aber über die Situation hinaus nicht besteht; Beispiele hierfür wären:

- der oder die pflegende Angehörige, der/die von der demenzkranken pflegebedürftigen Person zum wiederholten Male körperlich attackiert wird und dem Angehörigen in einer Art von "überschießender Reaktion" einen Schlag versetzt
- die pflegende Tochter, die sich im Verlauf einer Auseinandersetzung von der pflegebedürftigen Mutter in hohem Maße provoziert und gekränkt fühlt und darauf mit Beschimpfungen antwortet

(3) Fälle der Misshandlung oder Vernachlässigung, bei denen der Akteur auch über eine konkrete Situation hinaus die Intention hat, den Pflegebedürftigen zu schädigen, zu verletzen, bzw. sich auf dessen Kosten einen Vorteil zu verschaffen; Beispiele hierfür wären:

- Familienmitglieder, die ihren pflegebedürftigen Angehörigen systematisch materiell ausbeuten, seine Abhängigkeit von ihren Hilfe- und Pflegeleistungen ausnutzen, um sich den Zugriff auf sein Vermögen zu sichern
- Pflege in einer in hohem Maße problematischen Beziehungskonstellation: Familienmitglieder nutzen die Abhängigkeit und Wehrlosigkeit der pflegebedürftigen Person aus, um sich an ihr für früheres Verhalten zu rächen, tragen ihren Hass oder Ärger in diese Pflegebeziehung hinein
- eine ambulante Pflegekraft, welche die wehrlose Lage einer alleinlebenden demenzkranken Frau ausnutzt, um aggressive Impulse, vielleicht auch sadistische Reaktionen an ihr auszuleben, sie körperlich zu quälen, sie in Todesangst zu versetzen.

Diese drei Konstellationen unterscheiden sich in vielerlei Gesichtspunkten – in erster Linie in ihrem Erscheinungsbild, im Grad der Bedrohlichkeit für die Opfer, in ihren Ursachen und Entstehungsbedingungen und auch in den Ansatzpunkten für Prävention und Intervention.

5. Resümee

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass ältere Menschen sicherlich nicht häufiger als Jüngere von Nahraumgewalt betroffen sind, dass es aber besondere altersspezifische Problembereiche gibt. Als Stichworte seien genannt: verfestigte Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen und besondere Verletzlichkeit und Wehrlosigkeit Pflegebedürftiger. Wir müssen zugleich feststellen, dass wir auf der Basis empirischer Studien vor allem über diejenigen Älteren etwas wissen, denen es gesundheitlich gut geht, die nicht auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Den Blick für die Situation und die Risiken derjenigen zu schärfen, bei denen eben diese Merkmale vorliegen und hier geeignete methodische Zugänge zu entwickeln – darin besteht jetzt und in absehbarer Zukunft eine besondere Herausforderung für die Forschung.

B. Nägele: Ansätze der Prävention und Intervention im Bereich Nahräumgewalt im Alter (Kurzreferat)

Barbara Nägele, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen

1. Gewalt gegen Ältere als heterogenes Feld

Eine Vielzahl von Phänomenen wird unter den Begriff Nahräumgewalt gegen Ältere gefasst. Dabei werden sehr unterschiedliche Ursachen für die Gewaltanwendung identifiziert. Diese Ursachen sind maßgeblich für die vorgeschlagenen Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Es wird unterschieden in

- Gewalt aufgrund von Belastungen der Pflegeperson – Ursache Pflegestress
- Gewalt aufgrund von Faktoren in der Täterpersönlichkeit (psychopathologische Täter, Suchtmittelmissbrauch),
- Gewalt aufgrund der Abhängigkeit des Täters vom Opfer (finanzielle bzw. emotionale Abhängigkeit von erwachsenen Kindern)
- Gewalt durch Ehemann/Partner mit dem Ziel Kontrolle über das Leben der Frau auszuüben
- Gewalt aufgrund innerfamiliärer Konflikte in Partnerschaften und zwischen Eltern und Kindern
- Gewalt aufgrund der Fortführung und Umkehrung erlebter familialer Gewalt (transgenerationale Gewalt)

Diese verschiedenen Ursachen schließen sich nicht gegenseitig aus; sie können in unterschiedlichen Fallkonstellationen auftreten, sie können aber auch kulminieren, so dass in einem Fall gleichzeitig mehrere Ursachen relevant werden. Zu beachten ist ferner, dass Gewalt auch ein wechselseitiges Geschehen sein kann; Verhalten kann sich gegenseitig bedingen.

2. Ebenen der Prävention und Intervention

Prävention und Intervention können grundsätzlich auf 6 Ebenen ansetzen – der Ebene

- der Opfer
- der Täter
- der Beziehung zwischen Opfer und Täter
- des sozialen Umfelds
- des professionell helfenden Umfelds
- der Gesamtgesellschaft

3. Wege der Prävention und Intervention

Vier Wege der Prävention werden im Themenfeld Nahräumgewalt gegen Ältere üblicherweise beschrieben

1. Information, Aufklärung, Sensibilisierung, Schulung
2. Beratung und Hilfe
3. Kontrolle, Abschreckung und Ahndung
4. Gesetzgebung – Gestaltung politischer Rahmenbedingungen

Zu 1. Information, Aufklärung, Sensibilisierung, Schulung

Öffentlichkeitsarbeit sollte sich an tatsächliche Opfer richten und diesen bei der Problembenennung helfen, ihnen Mut machen sich Unterstützung zu suchen und entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten bekannt machen. Erst das Wissen über bestehende Hilfen ermöglicht ihre Inanspruchnahme. Zugleich sollte Öffentlichkeitsarbeit sich an potentielle Opfer richten und über Präventionsmöglichkeiten informieren. Öffentlichkeitsarbeit sollte auch an Täter gerichtet sein und dabei deutlich machen, dass ein öffentliches Bewusstsein über die Problematik besteht. Die öffentliche Ächtung von Gewalt kann abschreckend wirken, die Benennung von Problemursachen (z.B. Pflegestress) und Hilfemöglichkeiten kann die Inanspruchnahme von Hilfe fördern. Öffentlichkeitsarbeit sollte sich schließlich an das soziale und psycho-sozial helfende Umfeld richten und dort für die Probleme sensibilisieren und zum Eingreifen ermutigen. Gezielte Informationen für alle denkbaren Kontaktpersonen können Unsicherheiten beheben und zu einem angemessenen Umgang mit dem Thema anleiten.

Zu 2. Beratung und Hilfe

Beratung und Hilfe ist in der Regel vor allem an Opfer und Täter gerichtet, z.T. auch an das soziale und professionell-helfende Umfeld. Je nach Ursachen und Fallkonstellationen sind Ziele von Beratung ganz unterschiedlich:

- Bei Gewaltursache Pflegestress kann es sinnvoll sein, die Person von den Aufgaben zu entlasten oder sie bei der Umsetzung der Aufgaben durch Beratung zu unterstützen. Gewaltprävention in diesem Bereich kann auch durch eine niedrigschwellige verantwortliche Pflegeberatung geleistet werden, die beispielsweise die Grenzen und Belastungen der häuslichen Pflege im Vorfeld deutlich macht und so bei kritischen Konstellationen auf den Verzicht auf häusliche Pflege hinwirkt.
- Bei Gewalt gegen Frauen sollte die Beratung und Unterstützung klar parteilich sein und Empowerment (u.a.) durch Gruppenkonzepte leisten; Ziel sollte sein die misshandelten Frauen in ihrer Wahrnehmung zu bestärken und ihnen dabei zu helfen eine eigene Entscheidung bzgl. ihrer Lebenssituation zu treffen. Anzustreben sind auf Seiten der Misshandler Interventionen, die angemessenes Verhalten deutlich machen (soziale Trainingsmaßnahmen, Beratung).
- Wenn familiäre Konflikte ausschlaggebend sind, können Formen der Familienberatung oder –therapie sinnvoll sein, eine systemische Herangehensweise kann dort angezeigt sein.

Eine differenzierte Beratungsarbeit erfordert die Kooperation und Koordination dieser beratenden Einrichtungen und ein Fallmanagement.

Zu 3. Kontrolle, Abschreckung und Ahndung

Es gilt auch, sich immer wieder klar zu machen, dass ein Teil der Fälle von Nahraumgewalt gegen Ältere strafrechtlich relevant ist. Bei gravierenden Formen von Gewalt – besonders schweren Delikten bzw. schwerwiegenden Tatfolgen – ist daher die Verfolgung als kriminelles Unrecht angezeigt. Dies ist notwendig im Hinblick auf

- den Schutz des Opfers,
- die Signalwirkung für Täter, Opfer und Umfeld; für Opfer hat eine frühzeitige und klare Intervention der Polizei große Bedeutung als Anerkennung der Gewalt als kriminelles Unrecht
- die generalpräventive Wirkung.

Kontrolle ist besonders wichtig, wenn für Opfer große Hindernisse der Inanspruchnahme von Hilfe bestehen und keine anderen Gelegenheiten der Tataufdeckung bestehen; diese Gefahr besteht in der familialen Pflege.

4. Schlussfolgerungen aus dem Modellprojekt

Aus der wissenschaftlichen Begleitung des Hannoveraner Bundesmodellprojekts „Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum“ wurden 2002 einige Schlussfolgerungen im Hinblick auf Ansätze von Prävention und Intervention gezogen. (GÖRGEN, KREUZER, NÄGELE & KRAUSE, 2002; GÖRGEN & NÄGELE, 2005).

- Als wesentlicher Punkt wurde herausgestellt, dass die Heterogenität der Fallkonstellationen berücksichtigt werden muss und Ausgangspunkt der Planung von Intervention und Prävention sein sollte. Daher besteht zunächst Bedarf an einem differenzierten Assessment, d.h. einer gründlichen Analyse der Ursachen. Der beschriebenen Vielfalt der Erklärungsansätze muss auch eine Vielfalt von Hilfen gegenüberstehen, die zudem eng kooperieren sollten und vom Zuständigkeitsbereich der jeweils anderen wissen sollten. Das Thema sollte also in bestehende Ansätze integriert werden.
- Der Aufbau spezialisierter Einrichtungen zu Nahraumgewalt im Alter erscheint angesichts der in Hannover erzielten Fallzahlen als wenig sinnvoll.
- Deutlich wurde die wesentliche Bedeutung von Niedrigschwelligkeit. Dies bedeutet zum einen thematische Offenheit (z.B. über den Namen der Einrichtung), d.h. es sollte nicht die Notwendigkeit bestehen, dass KlientInnen ihr Problem bereits vorab definieren müssen. Zum anderen sollte eine größere Übersichtlichkeit der Hilfesysteme erreicht werden, eine leichte Zugänglichkeit der einzelnen Angebote und die Ergänzung der bestehenden Angebote durch zugehende und proaktive Ansätze sind anzustreben. Aufsuchende und von sich aus Kontakt aufnehmende Dienste sind bei besonderen Viktimisierungsrisiken (Demenz, häusliche Pflege) besonders angezeigt. Hier ist auch der lokale Bezug wesentlich, sowohl zu den Betroffenen, als auch zu den lokal arbeitenden Diensten

5. Handlungsleitende Prinzipien für die Praxis

Folgende handlungsleitende Prinzipien sollten jeglicher Prävention und Intervention von Nahraumgewalt gegen Ältere zugrunde liegen:

1. Achtung vor der Autonomie älterer Menschen; ältere Menschen sollten soweit irgend möglich am Zustandekommen von Entscheidungen beteiligt werden. Bevormundung ist auch dann keine Option, wenn ältere Menschen Entscheidungen treffen, die dem helfenden Umfeld nicht nachvollziehbar erscheinen.
2. Möglichst geringe Eingriffstiefe; Veränderungen folgen den Wünschen der KlientInnen; wo diese nicht mehr voll berücksichtigt werden können, sollten Eingriffe möglichst behutsam sein.

3. Es gilt der Vorrang von Prävention vor Intervention.
4. Prävention und Intervention sollten sich nicht primär an negativen Zielen wie Gewaltbekämpfung und Gewaltkontrolle, sondern an positiven Zielsetzungen wie Lebensqualität, Selbstbestimmung, Sicherheit und positive Sozialbeziehungen orientieren.
5. Multiprofessionelles, Disziplinen übergreifendes Arbeiten ist angezeigt, z.B. zwischen den Disziplinen Sozialwissenschaften, Kriminologie, Sozialarbeit, Pflege, Geriatrie, Gerontologie und Psychologie)

Literatur

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

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

T. Görge, B. Nägele, J. Nachtmann: Bilanz des ExpertInnenforums am 14.06.2006 in Hannover

Dr. Thomas Görge, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover

Barbara Nägele, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen

Juliane Nachtmann, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Die am 14.06. in Hannover versammelte ExpertInnengruppe erörterte im Hinblick auf Viktimisierungen im Alter die miteinander verwandten und zugleich in vielfacher Hinsicht voneinander zu unterscheidenden Problemfelder "Häusliche Gewalt / Gewalt in Partnerschaften" und "Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege". Im Folgenden werden zu beiden Bereichen wesentliche Problemdiagnosen und im ExpertInnenkreis erörterte Handlungsperspektiven dargestellt. Soweit in Bezug auf "Diagnose" oder "Therapie" innerhalb der Gruppe erkennbarer Dissens bestand, wird dies im Text deutlich gemacht.

Bereich: Häusliche Gewalt / Gewalt in Partnerschaften

Bestandsaufnahme / Zustandsbeschreibung:

- Vorliegende empirische Befunde sprechen in großer Übereinstimmung für die Annahme, dass Prävalenz und Inzidenz von Nahraumgewalt / Gewalt in Partnerschaften im Alter deutlich geringer sind als bei jüngeren Frauen.
- Gleichwohl kommt Gewalt auch im höheren und hohen Alter vor und betrifft Personen, die sich gegen Viktimisierungen vielfach schlechter zur Wehr setzen bzw. davor schützen können als jüngere. Unter den "gewaltbelasteten Partnerschaften" älterer Menschen sind auch solche, in denen ältere Frauen über lange Zeiträume massiv und systematisch unterdrückt, gedemütigt und körperlich angegriffen werden und aus einer solchen "chronischen Gewaltbeziehung" heraus nur schwer einen Weg zur Inanspruchnahme von Hilfen finden.
- Es gibt mannigfaltige Hinweise auf eine im höheren und hohen Alter besonders schwache Dunkelfeldausschöpfung (sowohl durch Polizei und Justiz als auch durch helfende Institutionen). Ein hoher Anteil von unerkannt bleibenden Fällen ist einerseits vor dem Hintergrund multipler motivationaler Hemmnisse gegenüber Anzeigearstattung und Inanspruchnahme von Hilfen im Alter zu sehen, muss andererseits aber wohl auch als Ausdruck einer zumindest partiellen "Ausblendung" dieser Opfergruppe aus dem Selbstverständnis einschlägiger Institutionen verstanden werden.
- Zu den motivationalen und emotionalen Hemmnissen gehören u.a. die mit der Offenbarung einer innerfamiliären Viktimisierung verbundene Scham, die Furcht vor Repressalien seitens der gewaltausübenden Person, das Zurückschrecken vor mittel- und langfristigen "Folgekosten" einer Anzeigearstattung und einer Trennung vom Täter, zum Teil auch 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. Das Verbleiben in Gewaltbeziehungen ist zumindest bei Teilen der heute älteren Frauengenera-

tion zudem vor dem Hintergrund generations- und geschlechtsspezifischer Sozialisations- erfahrungen im Hinblick auf Zwangsausübung und als legitim (oder zumindest sozial üb- lich) erlebte Modi der Entscheidungsfindung in Partnerschaften zu sehen.

- Im Bereich "Gewalt gegen Frauen" arbeitende Einrichtungen sind bislang erst in geringem Maße auf ältere und hochaltrige Opfer (schon gar nicht auf solche mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen) und auf deren besondere Motivlagen und Bedürfnisse ausgerichtet und eingestellt.

Maßnahmen:

Sollen Anstrengungen zur Verbesserung der Situation älterer Opfer häuslicher Gewalt sowie zur Prävention von Nahraumgewalt im Alter unternommen werden, erscheinen folgende Ansätze, Stra- tegien und Maßnahmen sinnvoll:

- Die Thematik häuslicher Gewalterfahrungen im Alter sollte in bestehenden Einrichtungen zum Themenkomplex "häusliche Gewalt" stärker verankert werden. Institutionen, die Hilfe und Beratung für Opfer häuslicher Gewalt anbieten, stehen zwar prinzipiell auch für ältere Personen zur Verfügung, werden aber tatsächlich von diesen nur selten genutzt. Einschlä- gige Institutionen sollten in ihrer Öffentlichkeitsarbeit ältere Opfer häuslicher Gewalt ge- zielter als bisher ansprechen und ihre Zuständigkeit auch für diese Opfergruppe deutlich machen.
- Gerade im Hinblick auf ältere Opfer ist die Niedrigschwelligkeit von Hilfeangeboten ein zentrales Merkmal, um eine bessere Passung von Problemlagen und Hilfen zu erreichen. Niedrigschwelligkeit impliziert thematische Offenheit und Breite und befreit Betroffene vom dem Erfordernis, sich selbst vor der Inanspruchnahme eines Angebots als "Gewaltopfer" zu definieren bzw. sich durch Nutzung eines thematisch eng gefassten Angebots nach außen als Opfer zu outen.
- Niedrigschwelligkeit hat auch eine direktere und weniger bildhafte Bedeutung. Hohes Alter geht oft einher mit Einschränkungen der Mobilität sowie der Kommunikations- und Artiku- lationsfähigkeit. Hilfen für ältere Gewaltopfer sollten daher so beschaffen sein, dass sie für die Betroffenen leicht erreichbar und gut zugänglich sind. In begrenztem Umfang erscheint es erforderlich, in Schutzeinrichtungen für Opfer häuslicher Gewalt Plätze für solche Frauen bereit zu halten, die nicht mehr uneingeschränkt zu einer selbstständigen Haushaltsführung in der Lage sind. Hilfeangebote sollten ferner nicht alleine darauf ausgerichtet sein, dass die unmittelbar Betroffenen sich eigenständig an die Einrichtung wenden. Gerade im Hin- blick auf ältere Gewaltopfer erscheint es wichtig, auch aufsuchende Hilfen anzubieten und nicht nur die direkt Gewaltbetroffenen, sondern auch deren soziales Umfeld anzusprechen.
- Das Beratungspostulat, dass KlientInnen "von sich aus" kommen müssen, ist in Bezug auf Ältere nicht grundsätzlich angemessen. Pro-aktive Ansätze, wie sie zum Teil von den mit In- krafttreten des Gewaltschutzgesetzes implementierten Beratungsstellen verfolgt werden (im Sinne von der Beratungsstelle ausgehender Kontaktaufnahme mit Opfern häuslicher Ge- walt nach einem Polizeieinsatz), erscheinen gerade im Hinblick auf ältere Opfer weiterfüh- rend.

- Im Beratungsprozess erscheint es gegenüber älteren Opfern von besonderer Bedeutung, eine Balance zu finden und zu wahren zwischen dem Streben nach wirksamem Schutz des Opfers und dem Recht der Opfer, sich für ein Verbleiben in der gefährdenden Situation und gegen grundsätzliche Veränderungen zu entscheiden, so lange sie in der Lage sind, derartige Entscheidungen verantwortlich zu treffen.
- Für die Problematik, dass auch ältere Menschen Opfer von Gewalt in Partnerschaften werden, sind 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 (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). Im Rahmen des ExpertInnenforums wurde eine bislang mangelnde Sensibilisierung von ÄrztInnen für Probleme der Viktimisierung im Alter beklagt. Gerade HausärztInnen seien "eigentlich" zentrale und durch die Art ihrer Tätigkeit wie durch die Beziehung zu den PatientInnen gewissermaßen privilegierte "FrühwarnerInnen". Die Bedeutung von ÄrztInnen bei der Erkennung von Gewaltvorkommnissen gegenüber Älteren wird in der Literatur seit langem immer wieder betont. Der faktisch erreichte Stand einer Einbindung von ÄrztInnen in gewaltpräventives Handeln in Bezug auf ältere Menschen wurde hingegen von den ExpertInnen überwiegend skeptisch eingeschätzt. (Diese Skepsis bezieht sich keineswegs nur auf den Bereich der Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen, sondern gerade auch auf Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege).
- Zu den Berufsgruppen, denen im Hinblick auf das Problemfeld "häusliche Gewalt im Alter" Bedeutung zukommt, gehören ferner PolizistInnen, insbesondere dann, wenn sie bereits jetzt im Bereich "häusliche Gewalt" tätig sind. Die Thematik "Opferwerdung im Alter" kann in die laufende polizeiliche Arbeit zu häuslicher Gewalt integriert werden; z.B. sollten polizeiliche Fortbildungsmaßnahmen zu häuslicher Gewalt ältere Menschen als potenziell Betroffene ausdrücklich benennen und die besonderen Merkmale einschlägiger Fälle erörtern. Wenn verbesserte polizeiliche Risikoanalysen und Gefährdungsprognosen im Bereich der häuslichen Gewalt ohnehin derzeit gewissermaßen auf der polizeilichen Agenda stehen, sollte die besondere Problematik von Nahraumgewalt im Alter explizit einbezogen werden.
- Im Hinblick auf die Justiz wurde im Rahmen des ExpertInnenforums die Notwendigkeit einer stärkeren Gewichtung altersbezogener Fragen in der juristischen Aus- und Fortbildung betont und eine stärkere Mitwirkung der Justiz an den "Runden Tischen häusliche Gewalt/Gewalt gegen Frauen" angemahnt. Auf das höhere Lebensalter bezogene Spezialisierungen auf Verfahrensebene wurde hingewiesen. So ist bei der Staatsanwaltschaft Kiel inzwischen ein Dezernat "Seniorenenschutzsachen" eingerichtet worden. (Die Rolle der Justiz wurde auch im Hinblick auf Viktimisierungen in der Pflege diskutiert; Ausführungen hierzu finden sich an entsprechender Stelle).
- Es ist eine auch aus dem Ausland immer wieder berichtete Erfahrung, dass Institutionen, die das Problemfeld "häusliche Gewalt" bearbeiten, bislang auf ältere von Gewalt betrof-

fene 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. Eine Plattform für eine solche Vernetzung können etwa lokale Runde Tische und kriminalpräventive Räte sein.

Bereich: Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege
--

Bestandsaufnahme / Zustandsbeschreibung:

- Verlässliche quantitative Daten zur Verbreitung und Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege liegen nicht vor und werden in einem umfassenden Sinne wohl auch kaum jemals zu erlangen sein. Die Forschungshindernisse in diesem Bereich sind immens; insbesondere scheiden repräsentative Opferbefragungen als Erhebungsmethode praktisch aus.
- Befunde zur Phänomenologie und zu Risikofaktoren liegen hingegen in beschränktem Umfang vor. Demnach ist problematisches Verhalten von Familienmitgliedern gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen zum Teil belastungs- bzw. überlastungsinduziert. Gewalt in Pflegebeziehungen ist stets auch vor dem Hintergrund der aktuellen wie lebensgeschichtlichen Beziehung der beteiligten Personen zu sehen. Gewalt in der familialen Pflege ist zudem kein unidirektionales Phänomen, bei dem die Pflegenden stets als Täter und die Pflegebedürftigen ausschließlich als Opfer in Erscheinung treten; aggressives Verhalten einer pflegebedürftigen Person ist ein bedeutsamer Prädiktor für entsprechendes Handeln eines pflegenden Angehörigen.
- Belastung und Überlastung familialer Pflegepersonen verstärken andere Risikofaktoren (z.B. Suchterkrankungen oder Depressionen) für Misshandlung und Vernachlässigung und können zu Auslösern für gewaltsame Übergriffe werden. Auch wenn Belastung nicht als alles andere überragende Ursache von Misshandlung / Vernachlässigung in der familialen Pflege betrachtet werden sollte, stellt diese Problematik doch einen wichtigen Ansatzpunkt für präventive Bemühungen dar. Dabei sind nicht die objektiv messbaren Anforderungen und Belastungen, sondern das subjektive Erleben relevant.
- In noch stärkerem Maße als bei Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen ist im Hinblick auf Viktimisierungen in der Pflege von einem beträchtlichen Dunkelfeld auszugehen. Etwaige Taten spielen sich nicht nur im vor Einblicken und Eingriffen von außen geschützten privaten Raum ab. Sie betreffen Personen, die in der Regel nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, sich gegen Viktimisierungsversuche zur Wehr zu setzen, Hilfe zu aktivieren oder Anzeige zu erstatten.
- Auch auf Hilfe durch Dritte ist nur in begrenztem Umfang zu rechnen. Pflegekräfte und Ärzte ergreifen nach Einschätzung der ExpertInnen in Fällen von Gewaltverdacht zum Teil keine Maßnahmen, weil beobachtete Situationen oder diagnostizierte Verletzungen im Hinblick auf ihren Gewaltbezug nicht eindeutig erscheinen, es ihnen an Informationen über Interventionsmöglichkeiten und Hilfen mangelt oder Unklarheit über Verschwiegenheitsverpflichtungen und Verantwortlichkeiten gegenüber PatientInnen / KlientInnen besteht. Auch

ökonomische Erwägungen, Angst vor falschen Anschuldigungen und Ungewissheit bezüglich der Folgeprobleme, die eine Verdachtsäußerung nach sich ziehen könnte, wurden als Hemmnisse genannt. In Schulungen für professionelle Pflegekräfte habe die Thematik bislang einen zu geringen Stellenwert; es fehle an Zeit für die Vermittlung handlungsleitender Hilfen und für die Diskussion ethischer und berufsfeldbezogener Fragen.

- Nicht nur das Erkennen familialer Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen erweist sich als schwierig; auch die Eingriffsmöglichkeiten im Falle der Identifikation von Gewalt unterliegen besonderen Bedingungen. So erweisen sich die Wegweisung eines häuslichen Gewalttäters und das Überlassen der Wohnung als problematisch, wenn der Täter zugleich der pflegende Angehörige ist, das Opfer nicht selbstständig in der Wohnung verbleiben kann und somit eine Wegweisung zugleich die Etablierung eines neuen häuslichen Pflegearrangements oder die Übersiedlung in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe erforderlich macht.
- Das Konzept "Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege" bezeichnet kein in sich homogenes Problemfeld. Der Begriff bezeichnet Handlungen wie Unterlassungen auf unterschiedlichen Ebenen (physisch, psychisch etc.). Er umfasst sowohl das Verhalten eines "normalerweise" fürsorglich agierenden pflegenden Angehörigen, der in einer extremen Belastungssituation mit verbaler Aggression gegenüber seinem pflegebedürftigen Familienmitglied reagiert als auch das Handeln desjenigen, der die Hilf- und Wehrlosigkeit einer pflegebedürftigen Person gezielt ausnutzt, um diese physisch oder psychisch zu quälen, sexuell zu missbrauchen oder sich auf ihre Kosten materiell zu bereichern. Dementsprechend kann es auch nicht eine "Generalstrategie" der Prävention in diesem Bereich geben; vielmehr müssen die Maßnahmen auf den jeweiligen Deliktsbereich abgestimmt sein.
- Große Bedeutung für die Wahl geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen kommt der Frage zu, inwieweit das Handeln der jeweils ins Auge gefassten "Täter" von dem Motiv getragen ist, die pflegebedürftige Person zu schädigen und in welchem Maße gegebenenfalls ein solches Motiv an spezifische situative Bedingungen gebunden ist oder situationsübergreifenden Charakter hat. Nicht zuletzt hieran sollte sich entscheiden, inwieweit die zu ergreifenden Maßnahmen eher helfender, unterstützender Natur sind bzw. repressive Maßnahmen (auch strafverfolgender Art) in Frage kommen.

Maßnahmen:

Im Hinblick auf den Problemkomplex "Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege" lassen sich mehrere denkbare Handlungsstrategien und Maßnahmenbereiche unterscheiden. Im Folgenden werden drei im Rahmen der Tagung intensiv diskutierte Felder vorgestellt. Die Unterschiedlichkeit der Handlungsansätze verweist wiederum auf die Heterogenität der unter Begrifflichkeiten wie "Gewalt in der Pflege" oder "Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege" subsumierten Verhaltensweisen.

Bereich 1: Beratung, Unterstützung, Entlastung pflegender Familienangehöriger:

- Information, Schulung und Beratung von familial Pflegenden sollten flächendeckend und frühzeitig immer dann erfolgen, wenn Leistungen nach SGB XI bezogen werden.

- Es bedarf der Aufklärung pflegender Familienangehöriger über Merkmale und Verläufe von Erkrankungen. Dies gilt insbesondere für die familiäre Demenzpflege; aber auch körperliche Erkrankungen können – vor allem wenn sie plötzlich und ohne erkennbare längere Krankheitsvorgeschichte manifest werden – Pflegende mit ungewohnten Symptombildern konfrontieren, die sie nicht einordnen und mit denen sie nicht umgehen können. Informationsmaterial für Pflegende kann z.B. über Pflegedienste und Pflegekassen verteilt werden.
- Angehörige benötigen allgemein und besonders in kritischen Situationen Informationen über vorhandene Hilfeangebote. Hierzu bedarf es insbesondere kompetenter und trägerneutraler (d.h. nicht mit ökonomischen Interessen verknüpfter) Beratung über verfügbare Hilfen.
- Darüber hinaus sollten – was bislang offenbar nur in geringem Umfang geschieht – in Pflegekursen für Angehörige auch der Umgang mit problematischen Situationen und Deeskalationsstrategien bei aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger trainiert werden. Denkbar wäre auch, generell jedem Bescheid der Pflegekasse einen Flyer zum Thema „Aggressionen in der Pflege“ beizulegen. Flächendeckend angewandte Konzepte für Pflegekurse wären sinnvoll, um deren Qualität zu optimieren und stärkere gewaltpräventive Wirkung zu erreichen.
- Im Hinblick auf die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen wurden im Rahmen des ExpertInnenforums die so genannten Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz als Modell hervorgehoben. Die zurzeit ca. 135 (bei Sozialstationen angesiedelten) Stellen in Rheinland-Pfalz werden aus Mitteln des Landes für die Beratung und Begleitung alter Menschen und ihrer Angehörigen finanziert. Das System der Beratungs- und Koordinierungsstellen verbindet lokale Angebote mit stärker zentralisierten Arbeitsweisen (etwa in Form der Einrichtung eines landesweiten "Beschwerdetelefon Pflege" oder der Kooperation mit der Verbraucherberatung). Die Beratungs- und Koordinierungsstellen leisten Einzelfallberatung (auch zugehend) und Einzelfallhilfe, übernehmen aber auch Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben.
- In Bezug auf familiäre Pflege entsteht Bedarf an professioneller Beratung bereits im Vorfeld der Pflegeübernahme. Pflegebedürftige wie Personen, welche die Übernahme von Pflegeverantwortung erwägen, sollten möglichst gut darüber informiert werden, worauf sie sich einlassen und welches die Alternativen zu dem ins Auge gefassten Pflegearrangement sind. Es gibt ohne Zweifel familiäre Pflegebeziehungen, die als solche besser nicht eingegangen worden wären. Wenn etwa die Beziehung zwischen Ehepartnern seit langem in hohem Maße konfliktreich und durch Unzufriedenheit geprägt ist oder Gewalt in der Beziehung bereits vor der Pflegesituation eine Rolle spielte, kann die Pflege des einen durch den anderen Partner ein substantielles Risiko von (zunehmender) Misshandlung und/oder Vernachlässigung mit sich bringen. Dieses verstärkt sich noch, wenn weitere problematische Merkmale wie etwa Substanzabhängigkeiten oder psychische Erkrankungen hinzukommen.
- Beim Ausbau der Beratung pflegender Angehöriger und der (Früh-) Erkennung von Gefährdungen ist u.a. an (hierfür geschulte und im Arbeitsalltag mit entsprechenden "Zeitreserven" ausgestattete) MDK-GutachterInnen, ÄrztInnen und insbesondere professionelle Pflegekräfte zu denken.

- Nicht nur im Interesse der Optimierung von Pflegequalität, sondern auch unter gewaltpräventiven Gesichtspunkten erscheint ferner der Ausbau von (für die NutzerInnen finanzierbaren) Entlastungsangeboten für pflegende Familienangehörige angeraten. Hierzu gehören Tagespflege- und Kurzzeitpflegeangebote, eine u.a. hinsichtlich der zeitlichen Strukturierung und der Kontinuität der eingesetzten Kräfte soweit wie möglich am Bedarf der Pflegebedürftigen orientierte Unterstützung durch ambulante Dienste, der Ausbau von Hilfe- und Besuchsdiensten im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements oder professionell geleitete Gesprächskreise für pflegende Angehörige.
- Im Bereich der psychosozialen Beratung pflegender Angehöriger und der pflegebezogenen Krisenintervention sind anonyme telefonische Beratungsangebote hilfreich, die Rat- und Hilfesuchenden die Möglichkeit geben, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ohne sich dabei sogleich als Person zu erkennen geben zu müssen. Diese existieren ebenso wie auf den Bereich "Probleme / Krisen in der häuslichen Pflege" bezogene Beratungsangebote mit unmittelbarem Kontakt zwischen BeraterInnen und KlientInnen bislang nur an einzelnen Orten und beruhen zudem oft auf privater Initiative (wie etwa "Handeln statt Misshandeln" in Bonn).
- Beschwerdestellen für den Bereich der professionellen Pflege, wie sie in einigen Städten existieren, können für pflegende Angehörige niedrigschwellige Anlaufpunkte sein, wenn Probleme in Zusammenhang mit in Anspruch genommenen Leistungen ambulanter Pflegedienste auftreten. Auch hier ist das Netz bislang bei weitem nicht dicht genug geknüpft, kann nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entsprechende Dienste in Anspruch nehmen.

Bereich 2: (Frühzeitige) Identifikation von Viktimisierungen bzw. Gefährdungssituationen

- Ein wesentliches Problem bei der Organisation von Hilfen für von Gewalt bedrohte und betroffene ältere Pflegebedürftige besteht darin, dass diese nur in beschränktem Maße direkte AdressatInnen von Maßnahmen sein können. Der Zugang zu Opfern bzw. Gefährdeten kann (und muss) zum einen über die (potenziellen oder tatsächlichen) Täter (d.h. bei der hier in Frage stehenden Konstellation: die pflegenden Angehörigen) erfolgen oder über Personen, die regelmäßigen Kontakt mit älteren Menschen haben.
- Einer frühen Identifikation von Viktimisierungen und Gefährdungen kommt gerade mit Blick auf das hier diskutierte Problemfeld in mehrfacher Hinsicht große Bedeutung zu:
 - Bei den (potenziellen) Opfern handelt es sich um gesundheitlich beeinträchtigte, daher in hohem Maße verletzte und zu eigenständiger Gegenwehr allenfalls in eingeschränktem Maße fähige Personen.
 - Unabhängig von der Motivlage eines aktuellen oder potenziellen Täters ist für Pflegekonstellationen charakteristisch, dass das (aktuelle oder potenzielle) Opfer dem Täter dauerhaft ausgesetzt ist, Tatrisiken und Tatgelegenheiten somit fortgesetzt bestehen.
 - Soweit es sich um einen Täter handelt, der nicht oder jedenfalls nicht über eine spezifische, emotional in hohem Maße aufgeladene Situation hinaus gewillt ist, das Opfer zu schädigen, kann das frühzeitige Erkennen und Ansprechen von Gefährdungslagen und das Anbieten von Hilfen dazu beitragen, die Situation zu entschärfen.

- Soweit es sich um einen Täter handelt, der die Abhängigkeit und relative Wehrlosigkeit eines Pflegebedürftigen gezielt zur Verfolgung seiner Ziele ausnutzt, sind frühzeitige von außen kommende Interventionen unabdingbar, um das Opfer vor (weiteren) Viktimisierungen zu schützen. Ein Täter, der nicht aus Unwissenheit, Hilflosigkeit, Überforderung oder aus einem kurzfristigen Impuls heraus einen Pflegebedürftigen schädigt, sondern geplant handelt, wird sich in aller Regel nicht um Hilfe bemühen und wird Anstrengungen unternehmen, sein Handeln und seine Absichten zu verbergen. Wenn die betroffene Person selbst nicht in der Lage ist, sich um Hilfe zu bemühen, kann diese in solchen Fällen nur von außen kommen.
- Im Hinblick auf ein frühzeitiges Erkennen von Gewalt und Gewaltgefährdungen wurden im Rahmen des ExpertInnenforums u.a. folgende Bereiche angesprochen:
 - Wichtig ist – ähnlich wie im Bereich der Kindesmisshandlung geschehen – die Entwicklung von Instrumenten zur Identifikation von frühen Indikatoren und Gefährdungsmarkern, die von entsprechend ausgebildeten und geschulten Personen (insbesondere professionell Pflegenden und Ärzten) gehandhabt werden können. Von Seiten der World Health Organization sind derzeit entsprechende Bemühungen im Gange. Systematische Screening- und Interventionsmöglichkeiten bestehen grundsätzlich bei allen Pflegearrangements, in denen Leistungen nach SGB XI bezogen werden. Soweit Geldleistungen bezogen werden, bieten sich besonders die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI hierfür an. Zu diesem Zweck müssen die in diesem Bereich tätigen Pflegekräfte entsprechend geschult werden. Auch eine finanzielle Aufwertung dieser Einsätze wäre notwendig.
 - Ärzten kommt besondere Bedeutung bei der (Früh-) Erkennung von Gewaltgefährdungen zu. Dies wurde bereits im Kontext der Thematik häusliche Gewalt erörtert. Auch im Hinblick auf das Erkennen von und Reagieren auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsindikatoren bei Pflegebedürftigen bedarf es bei dieser Berufsgruppe entsprechender Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen. Auf die bislang untergeordnete Rolle der Altersmedizin in der ärztlichen Ausbildung wurde hingewiesen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen sollte nach Einschätzung der ExpertInnen im Hinblick auf Kontrolle und Beratung stärker als bislang in die Pflicht genommen werden. Es wurde die Einschätzung vertreten, dass Tötungsdelikte an hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen vielfach nicht erkannt werden, da die ärztliche Todesursachenfeststellung gerade gegenüber solchen Verstorbenen von "Normalitätseinschätzungen" dominiert sei und daher fälschlicherweise ein natürlicher Tod bescheinigt werde. Verbesserungen der ärztlichen Leichenschau und Todesursachenfeststellung könnten dazu beitragen, das Dunkelfeld von Tötungsdelikten im Alter zu reduzieren. Als positives Vorbild wurde die gängige Praxis in Österreich genannt. Dort dürfen nicht die Hausärzte, sondern ausschließlich besonders qualifizierte Mediziner die Leichenschau durchführen.
 - Die Frage einer Meldepflicht bzw. Mitteilungspflicht für bestimmte Berufsgruppen bei Verdacht auf Gewalt gegen Ältere in der Pflege wurde im Rahmen des ExpertInnenforums erörtert. Konsens bestand insoweit, als eine Verpflichtung zur Mitteilung an Polizei und Justiz abgelehnt wurde. Im Hinblick auf zu erwartende gewaltpräventive Effekte einer Meldepflicht sowie auf deren Bedeutung für Arzt- bzw. Pfleger-Patient-Beziehungen und für die Entscheidungsautonomie Pflegebedürftiger wurden in dem Gremium unterschiedliche Standpunkte und Einschätzungen vertreten. Denkbar sei auch die Einführung von Mitteilungsrechten für bestimmte Be-

rufgruppen, d.h. die Entbindung von der Schweigepflicht und die Möglichkeit, Informationen an helfende Einrichtungen weiter zu geben.

- Auf der Ebene professioneller Pflege wurde als wichtig erachtet, dass Pflegedienstleitungen bei ambulanten Diensten im Umgang mit Screening-Instrumenten geschult sind, ihre Mitarbeiter für die Gewaltthematik sensibilisieren und das Problemfeld bei Besprechungen thematisieren. Der Themenkomplex "Misshandlung / Vernachlässigung in der Pflege" sollte in der pflegerischen Aus- und Fortbildung stärkere Berücksichtigung finden. Dabei sollte auch das Konfliktmanagement in der Beziehung zu Angehörigen Ausbildungsgegenstand werden. Leitungskräfte im ambulanten Bereich sollten dafür sensibilisiert werden, dass Fortbildungen ihrer MitarbeiterInnen in diesem Bereich wesentlich sind. An Pflegeschulen und Fortbildungsinstitute wurde die Forderung gerichtet, externe Expertise zu nutzen und verstärkt interdisziplinär zu arbeiten.

Bereich 3: Viktimisierungsprävention und Opferhilfe durch Instanzen formeller Sozialkontrolle

Im Verlauf des ExpertInnenforums wurde an zahlreichen Stellen Veränderungsbedarf im Hinblick auf Polizei und Justiz angesprochen.

Polizei:

Nach Einschätzung der ExpertInnen tun sich PolizistInnen bislang im Umgang mit hochaltrigen und pflegebedürftigen Opfern vielfach schwer. Es bestehe die Gefahr, dass Aussagen Pflegebedürftiger, insbesondere Demenzkranker vorschnell als unbegründet beurteilt werden und Ermittlungen unterbleiben. Für die Problemkreise der häuslichen Gewalt im Alter und der Misshandlung / Vernachlässigung in der Pflege sei die Polizei bislang wenig sensibilisiert. Es mangle an Wissen über das Problemfeld selbst sowie über Interventionsmöglichkeiten und geeignete Ansprechpersonen. Im Hinblick auf Fälle häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen gibt es Hinweise darauf, dass PolizeibeamtInnen Problemlagen unterschätzen und weniger entschieden einschreiten als bei Fällen mit jüngeren Betroffenen.

Über eine allgemeine Sensibilisierung der MitarbeiterInnen der Polizei (vor allem durch Fortbildungen) hinaus wurden im Rahmen des ExpertInnenforums folgende Maßnahmen als wesentlich erachtet:

- Im Hinblick auf das (möglichst frühzeitige) Erkennen von Fällen der Viktimisierung hochaltriger und pflegebedürftiger Personen sowie auf polizeiliche Intervention und Ermittlungstätigkeit in derartigen Fällen ist es erforderlich, entsprechende Leitlinien zu erarbeiten und zu implementieren.
- Das Legalitätsprinzip, der Grundsatz des Ermitteln bei Vorliegen eines Anfangsverdachts, müsse auch in diesem Kriminalitätsbereich konsequent umgesetzt werden.
- Niedrigschwellige Informationsangebote der Polizei (z.B. an Senioren gerichtete Informationsveranstaltungen mit Schwerpunkt auf Eigentums- und Vermögensdelikten) sollten auch die Thematik von Gefährdungen im pflegerischen Bereich aufgreifen.

Justiz:

Im Hinblick auf einen möglichen Beitrag der Justiz zur Gewaltprävention in Bezug auf häusliche Pflegeverhältnisse wurden mehrere Problemkreise angesprochen:

- Insgesamt seien Juristen für den Problembereich der Nahraumviktimisierung im Alter nicht hinreichend sensibilisiert; dies sei auch vor dem Hintergrund des geringen Stellenwerts des Familienrechts in der Juristenaus- und -fortbildung zu sehen.
- Dementsprechend sei die Nutzung familienrechtlicher Instrumente in diesem Feld bislang gering und bleibe weit hinter den bestehenden Möglichkeiten zurück. Insbesondere sei bislang nicht hinreichend geprüft worden, inwieweit hier – unter Beachtung des Rechts mündiger älterer Menschen, im Rahmen selbstbestimmter Lebensführung auch Gefährdungen in Kauf zu nehmen – Anregungen aus dem Kinderschutzrecht nutzbar gemacht werden könnten.
- Vormundschaftsrichter setzen nach Einschätzung von ExpertInnen zum Teil ungeeignete Personen als gesetzliche Betreuer Pflegebedürftiger ein – Personen, welche die Pflegebedürftigen nicht hinreichend schützen und zum Teil selbst finanziell ausbeuten oder in anderer Weise schädigen.

Im Interesse einer Stärkung des Beitrags der Justiz zur Nahraum-Gewaltprävention im Alter wurden im ExpertInnenkreis folgende Maßnahmen erörtert.

- Die Integration der Thematik in die Juristenaus- und -fortbildung wird als sinnvoll erachtet. Generell solle in der Juristenausbildung dem Familienrecht ein größerer Stellenwert eingeräumt werden. Fortbildungen zum Thema seien bei Staatsanwaltschaften wie auch bei Straf- und VormundschaftsrichterInnen angezeigt.
- Empfohlen wird ein Ausbau von Sonderzuständigkeiten auf Verfahrensebene, so z.B. die Einrichtung von Dezernaten für Straftaten an SeniorInnen oder an in besonderer Weise hilflosen und schutzbedürftigen Erwachsenen.
- Die keineswegs auf das Strafrecht beschränkten Möglichkeiten der Kontrolle via Recht sollten stärker genutzt werden. Angesprochen wurde die Möglichkeit einer ausdrücklichen gesetzlichen Gewährleistung eines Rechts auf gewaltfreie Pflege, vergleichbar § 1631 Abs. 2 BGB, der ein Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung postuliert. Insbesondere komme aber dem Familienrecht Bedeutung zu, da es über Instrumente verfüge, mit denen die Inanspruchnahme von Hilfen erzwungen werden könne – Instrumente, die sich im Problemfeld Kindesmisshandlung bewährt hätten. Als zu prüfende Möglichkeit wurde erörtert, dass Länder oder Kommunen geeignete Beratungsstellen für den Bereich der häuslichen Pflege einrichten, die auch aufsuchend tätig werden und bei Anhaltspunkten für eine Gefährdung der pflegebedürftigen Person durch Misshandlung oder Vernachlässigung verpflichtet sind, das Familiengericht anzurufen. Das Gericht würde die Einleitung eines Verfahrens prüfen, in dessen Rahmen Ermittlungen geführt würden und Hilfevermittlung, Mediation und sonstige Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr stattfinden könnten. Unter bestimmten Voraussetzungen müssten Maßnahmen – in der Regel in Verbindung mit Einrichtung einer Betreuung – auch gegen den Willen der betroffenen Person erfolgen.
- Die Instrumente zur Kontrolle der Tätigkeit gesetzlicher Betreuer bedürfen nach Einschätzung der ExpertInnen des Ausbaus und des verstärkten Einsatzes.

Einige allgemeine Bemerkungen

Über die oben dargestellten Problemdiagnosen und Handlungsoptionen hinaus wurden im Rahmen des ExpertInnenforums u.a. folgende Aspekte erörtert:

- Im allgemeinen Bewusstsein ist die Problematik der Gewaltgefährdung im Alter bislang dauerhaft nur in geringem Maße präsent. Wünschenswert wären hier mit der Thematik vertraute JournalistInnen, die willens und in der Lage sind, das Problemfeld in einer Weise öffentlich zu machen, welche die notwendige Balance zwischen sachlicher Information einerseits und durchaus auch emotionaler Skandalisierung andererseits herstellt. Die Medien können einen Beitrag zur Normverdeutlichung leisten, indem sie bei aller gebotenen Sachlichkeit deutlich machen, dass in einem jedenfalls weit über Einzelfälle hinausgehenden Maße alltäglich Viktimisierungen von Menschen stattfinden, die vor allem aufgrund ihrer körperlichen und intellektuellen Verfassung diesen An- und Übergriffen schutzlos ausgesetzt sind. Zu warnen ist hingegen vor einem – in der Vergangenheit wiederholt zu beobachtenden – unkritischen und irreführenden Umgang mit (objektives Wissen suggerierenden) Opferzahlen sowie vor einer undifferenzierten Gleichsetzung von "Alter" und "Pflegebedürftigkeit".
- Im Hinblick auf den Umgang politischer EntscheidungsträgerInnen mit den Themen des Forums wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit der in der jüngeren Vergangenheit zu verzeichnende Trend zu einer Fokussierung auf Potenziale des Alters dazu beitrage, dass dessen mögliche Schattenseiten aus dem Blickfeld verschwinden. Die Politik sei gefordert, im Hinblick auf die Verdeutlichung der Norm der besonderen Schutzbedürftigkeit gesundheitlich eingeschränkter älterer Menschen aktiv zu werden. Die vom "Runden Tisch Pflege" erarbeitete "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" wurde vor allem im Hinblick auf den Status der darin postulierten "Rechte" und deren Verhältnis zu den Grundrechten des GG kritisch hinterfragt. Gleichwohl kann die Charta als Beitrag zur Normverdeutlichung im angesprochenen Sinne betrachtet werden.
- Die beiden Problemkreise "Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen" und "Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege" berühren und verschränken einander sowohl auf der Ebene des faktischen Geschehens als auch auf der Ebene der jeweiligen Präventions- und Interventionsmöglichkeiten. In beiden Bereichen sind Sensibilisierungsprozesse sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als auch bei bestimmten Berufsgruppen erforderlich. Ansprechpartner für Maßnahmen sind jeweils nicht nur die unmittelbaren Opfer, sondern auch das familiäre Umfeld. In beiden Feldern bedarf es sowohl kontrollierend-repressiver Maßnahmen als auch solcher, die die Probleme vor allem durch Unterstützung und Hilfe zu bewältigen versuchen.
- Die Frage, ob "Nahraumgewalt im Alter" ein soziales oder ein strafrechtliches (und mit entsprechenden Instrumenten zu traktierendes) Problem sei, wäre in dieser kontrastierenden Form unangemessen. Eine Differenzierung von Maßnahmen ist erforderlich. Dabei ist die Einbeziehung von Polizei und Strafjustiz ohne jeden Zweifel sinnvoll und notwendig – jedoch nicht für die gesamte Palette dessen, was gerne unter Begriffe wie "Gewalt im Alter" oder "Gewalt in der Pflege" gefasst wird, sondern für gravierende Fälle, insbesondere für solche, in denen kriminelle Energie und das gezielte Ausnutzen von mit Pflege / Pflegebedürftigkeit einhergehenden Tatgelegenheiten sichtbar werden.

- Schließlich wurde im Rahmen des ExpertInnenforums die Frage erörtert, inwieweit (chronologisches) "Alter" der zentrale Bezugspunkt für Präventionsmaßnahmen und Hilfeangebote für Opfer sein sollte. Die spezifischen Konturen eines sozialen Problems "Gewalt im Alter" ergeben sich vielfach nicht primär aus dem Alter, sondern daraus, dass sich im Alter gesundheitliche Einschränkungen mehren, die eine besondere Verletzbarkeit und erhöhte Viktimisierungsanfälligkeit mit sich bringen. Das in Großbritannien gebräuchliche Konzept "Protection of Vulnerable Adults" (POVA) stellt eben diese besondere Verletzlichkeit in den Mittelpunkt und könnte auch für künftige deutsche Diskussionen wegweisend sein.

III Zusammenfassung und Ausblick

III T. Görgen, B. Nägele: Zusammenfassung und Ausblick auf Handlungsoptionen im Problemfeld "Gewalt im Alter"

Dr. Thomas Görgen, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover

Barbara Nägele, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen

Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass ältere Menschen insgesamt seltener von Gewalt betroffen sind als jüngere und dass Gewalterfahrungen im Alter in besonderem Maße im Bereich enger sozialer Beziehungen (Partner, Familie, Haushaltsmitglieder) lokalisiert sind. In der öffentlichen Diskussion um "Gewalt im Alter" stehen – soweit diese Diskussion überhaupt stattfindet – vielfach Missstände in der stationären pflegerischen Versorgung älterer Menschen im Mittelpunkt, während sowohl Gewalterfahrungen, die Ältere in ihren Partnerschaften machen als auch Gewaltvorkommnisse in der familialen Pflege wenig beachtet werden. Beide Themen wurden im Rahmen einer öffentlichen Fachtagung und eines ExpertInnenforums mit dem Titel "Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen" am 14. und 15. Juni 2006 in Hannover diskutiert. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Veranstaltungen fanden anlässlich des vom *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) ausgerufenen "World Elder Abuse Awareness Day" statt. Das Hauptaugenmerk richtete sich an beiden Tagen auf die Frage, welche Möglichkeiten der Prävention und Intervention es gibt, was getan werden kann und sollte, um Gewalt zu vermeiden und Betroffenen zu helfen. Aktuelle Forschungsergebnisse zu den thematischen Schwerpunkten wurden präsentiert und im Hinblick auf Präventions- und Interventionsmöglichkeiten ausgewertet. Für den Komplex der häuslichen Gewalt im Alter und hier insbesondere der Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen und die Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich wurde die Weiterentwicklung von Hilfestrukturen für erforderlich erachtet. Als Schwerpunkte zukünftiger Aktivitäten wurden zum einen Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung und Schulung, zum anderen (interdisziplinäre) Kooperation und Vernetzung identifiziert. Wesentliches Ziel von Maßnahmen sollte es sein, die bestehenden Hilfeangebote auch für ältere Gewaltopfer leichter zugänglich zu machen. Im Sinne eines Ausblicks werden im Folgenden Grundprobleme und mögliche Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung von Hilfestrukturen beschrieben.

In Bezug auf häusliche Gewalt und Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen stellt sich – hierauf weisen einerseits Befunde verschiedener Viktimisierungsbefragungen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004; 2005; GÖRGEN, HERBST & RABOLD, 2006; WETZELS, GREVE, MECKLENBURG, BILSKY & PFEIFFER, 1995), andererseits Ergebnisse einer 2004 am KFN durchgeführten Befragung von Frauenhäusern, Frauennotrufen, Beratungs- und Interventionsstellen etc. hin (vgl. dazu GÖRGEN, HERBST, NÄGELE, NEWIG, KEMMELMEIER, KOTLENGA, MILD, PIGORS & RABOLD, 2005; GÖRGEN, NÄGELE, HERBST & NEWIG, 2006; GÖRGEN, NEWIG, NÄGELE & HERBST, 2005) – die Situation so dar, dass Verbreitung und Häufigkeit derartiger Gewaltformen im höheren Alter zurückgehen, dass aber zugleich unter den verbleibenden Gewaltbeziehungen in nicht unwesentlichem Maße solche sind, in denen ältere Menschen (und wohl vor allem ältere Frauen) über lange Zeiträume massiv und systematisch unterdrückt, gedemütigt und körperlich angegriffen werden und aus einer solchen "chronischen Gewaltbeziehung" heraus nur schwer einen Weg zur Inanspruchnahme von Hilfen finden. Im Bereich "Gewalt gegen Frauen" arbeitende Einrichtungen sind bislang allenfalls in begrenztem Umfang auf ältere und hochaltrige Opfer (schon gar nicht auf solche mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen) und auf deren besondere Motivlagen und Bedürfnisse ausgerichtet und eingestellt. Hier ist es also weniger die Verbreitung eines Problems, die Handlungsbedarf schafft, sondern die Schwere im Einzelfall und die "blinden Flecken" bisheriger Hilfeangebote. Es besteht Bedarf an Hilfeangeboten, die geeignet sind, von häuslicher Gewalt betroffene und bedrohte ältere Frauen niedrigschwellig anzusprechen. Dazu ist nicht

etwa die Schaffung gänzlich neuer Einrichtungen erforderlich, sondern Veränderungen im Selbstverständnis, in der Außendarstellung und in der Arbeitsweise bestehender Institutionen sowie eine stärkere Vernetzung mit Einrichtungen, die im Bereich der Altenhilfe tätig sind.

Im Hinblick auf Gewaltprävention im Bereich der häuslichen Pflege sind – wiederum niedrighschwellige – Angebote für pflegende Angehörige sinnvoll, die Kompetenzerweiterung und De-Eskalation im Vorfeld möglichen Problemverhaltens ermöglichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Mehrzahl der unter einen Begriff wie "Gewalt in der Pflege" subsumierbaren Problemlagen um Verhaltensweisen handelt, die nicht von einem nachhaltigen Bestreben getragen sind, die pflegebedürftige Person zu schädigen, dass Pflegebedürftige vielmehr deshalb von Vernachlässigung oder auch Misshandlung betroffen sind, weil es den (familial) Pflegenden an Kompetenzen und Ressourcen mangelt, sie sich überlastet und eingeschränkt fühlen oder Konfliktsituationen sich hochschaukeln. Auch in diesem Bereich wird es primär nicht darum gehen, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern vorhandene Ressourcen im Hinblick auf Ziele wie "Gewaltprävention" und "De-eskalation in Pflegebeziehungen" stärker als bislang zu nutzen.

Zugleich ist festzuhalten, dass es immer wieder auch Berichte über gravierende, intentional begangene Viktimisierungen älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich gibt – begangen sowohl von Angehörigen der Opfer als auch von professionell Pflegenden, dabei zum Teil die besondere Verletzbarkeit und relative Wehrlosigkeit Pflegebedürftiger ausnutzend. Hier können primär entlastende und "stützende" Aktivitäten natürlich nicht ausreichen; es gilt, Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben, die den Schutz Pflegebedürftiger vor derartigen Taten zu verbessern in der Lage sind. Da Pflegebedürftige selten direkt durch gewaltpräventive Maßnahmen angesprochen werden können, wird es hier in erster Linie darum gehen, die Sensibilität des privaten wie professionellen Umfeldes zu erhöhen. Dies kann die allgemeine Öffentlichkeit betreffen (nahezu jede Bürgerin / jeder Bürger hat mindestens eine pflegebedürftige Person in ihrem bzw. seinem sozialen Umfeld, wenn hierzu auch die Nachbarschaft gezählt wird), besonders aber einschlägige Berufsgruppen (u.a. Ärzte, Pflegekräfte, gesetzliche Betreuer, auch Polizei und Justiz).

Neben diesen beiden zentralen Bereichen ergeben sich – nicht nur auf der Basis der im Rahmen des ExpertInnenforums und der Tagung "Wehrlos im Alter?" geführten Diskussionen, sondern auch vor dem Hintergrund der aktuell mit Förderung durch das BMFSFJ durchgeführten Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" (vgl. GÖRGEN, GREVE, TESCH-RÖMER & PFEIFFER, 2004; GÖRGEN, HERBST & RABOLD, 2006; GÖRGEN, RABOLD & HERBST, 2006) - zahlreiche weitere Ansatzpunkte. Zu prüfen und zu erproben wäre etwa, inwieweit rechtliche Regelungen und praktische Maßnahmen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf durch körperliche und / oder intellektuelle bzw. psychische Einschränkungen in besonderer Weise hilfebedürftige Erwachsene sinnvolle Parallelen finden können (vgl. dazu die Arbeiten von ZENZ, 2000; 2003). Die Thematik "(Nahraum-)Gewalt im Alter" ist in hohem Maße eine Querschnittsmaterie, zu deren erfolgreicher Bearbeitung es multiprofessioneller und institutionenübergreifender Zugänge bedarf. Hier ist daran zu denken, die Vernetzung von Institutionen aus Bereichen wie Altenhilfe, Pflege, häusliche Gewalt und Strafverfolgung gezielt voranzutreiben.

Dabei erscheint von großer Bedeutung, dass Umsetzungsmaßnahmen so angelegt werden, dass nicht nur eine wissenschaftliche Begleitung erfolgen kann, sondern auch eine Evaluation (im Sinne eines systematischen Vergleichs zwischen Interventions- und Kontrollbedingungen) möglich wird. In Deutschland hat sich – zumindest auf lokaler Ebene - im Hinblick auf "Gewalt gegen Ältere" im vergangenen Jahrzehnt eine recht breite Palette von Institutionen und Initiativen entwickelt, die dieses Themenfeld bearbeiten und vielfach sehr verdienstvolle Aktivitäten entfalten. Es böte sich nunmehr die Chance, diese und ähnliche Aktivitäten und Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit systematisch zu untersuchen und damit die Weiterentwicklung von Hilfestrukturen auf eine solide empirische Basis zu stellen.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung von Maßnahmen sind weitere Diskussionen und Schwerpunktsetzungen erforderlich und sinnvoll. Hier sollen deshalb nur einige Anregungen für mögliche Projekte gegeben werden.

- Im Hinblick auf die Thematik "ältere Frauen und häusliche Gewalt" ist etwa an eine kontrollierte Studie zu denken, bei der in einigen Städten bzw. Regionen Frauenhäuser, Frauennotrufe etc. ihre Angebote spezifisch auch auf ältere Frauen zuschneiden. Über einen definierten Zeitraum hinweg können Zahl und Altersstruktur der Nutzerinnen, die Zugangswege zu den Hilfeeinrichtungen, die Anliegen der Klientinnen, die ergriffenen Maßnahmen und deren Effekte sowie die diesbezügliche Zufriedenheit der Klientinnen mit entsprechenden Daten aus (von der Größe und Sozialstruktur her ähnlichen) Städten /Regionen verglichen werden, die ihre Angebote nicht systematisch im Hinblick auf Ältere verändern.
- Ähnliche Designs, die ebenfalls eine Abschätzung der Wirkungen und der Wirksamkeit von Maßnahmen erlauben, sind auch im Hinblick auf den Bereich der häuslichen Pflege konzipierbar. Hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen wäre u.a. zu denken an
 - eine über das bisherige Maß hinausgehende systematische Einbeziehung der Thematik "Konflikt, Aggression, Gewalt" in Kurse für pflegende Angehörige,
 - Maßnahmen zu einer Nutzung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch als Screening für problematische, konflikthafte und "gewaltnahe" Pflegeverhältnisse
 - Schulungsmaßnahmen für ÄrztInnen; dieser Berufsgruppe kann (als Personen, mit denen viele ältere Menschen regelmäßig Kontakt haben und die aufgrund der Art ihrer Tätigkeit, des besonderen Vertrauensverhältnisses und der berufsbedingten Enge des körperlichen Kontakts zu den PatientInnen in einer privilegierten Lage sind, Anzeichen von Gewalt zu entdecken und als Ansprechpartner für Gewaltopfer zu dienen) im Hinblick auf Gewaltgefährdungen im Alter große Bedeutung zukommen⁴⁶; nach ExpertInnenmeinung wird dieses Potenzial bislang nur unzureichend ausgeschöpft.

Handlungsbedarf besteht schließlich auch (und dies betrifft die beiden hier angesprochenen Themenfelder gleichermaßen) hinsichtlich der Förderung lokaler bzw. regionaler Aktivitäten zur Vernetzung von Einrichtungen der Altenhilfe und Seniorenarbeit einerseits und von Einrichtungen /Initiativen, die im Themenfeld "häusliche Gewalt /Gewalt gegen Frauen" tätig sind, andererseits. Derart verstärkte Vernetzungsaktivitäten sind auch in Kombination mit Maßnahmen der oben genannten Art vorstellbar und sinnvoll.

Gerade eine Vorgehensweise, die nicht darauf abzielt, gänzlich neuartige Institutionen und Angebote zu schaffen, sondern vorhandene im Hinblick auf wirksame Gewaltprävention für Ältere zu optimieren, macht kontrollierte Vergleiche mit nicht in das jeweilige Programm einbezogenen Einrichtungen bzw. Regionen möglich.

⁴⁶ Übrigens sowohl im Hinblick auf Misshandlung / Vernachlässigung in der Pflege als auch auf Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen.

Literatur

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.

GÖRGEN, T., GREVE, W., TESCH-RÖMER, C. & PFEIFFER, C. (2004). *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen: Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten - Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Förderung eines Forschungsprojekts* (KFN-Forschungsbericht Nr. 94). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

GÖRGEN, T., NEWIG, A., NÄGELE, B. & 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.

GÖRGEN, T., HERBST, S., NÄGELE, B., NEWIG, A., KEMMELMEIER, I., KOTLENGA, S., MILD, N., PIGORS, K. & 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., HERBST, S. & RABOLD, S. (2006). *Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege: Zwischenergebnisse der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"* (KFN-Forschungsbericht Nr. 98). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

GÖRGEN, T., NÄGELE, B., HERBST, S. & NEWIG, A. (2006). *Sexuelle Viktimisierung im höheren Lebensalter*. In INFORMATIONSZENTRUM SOZIALWISSENSCHAFTEN (Ed.). *Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2006/1* (S. 9-48). Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.

GÖRGEN, T., RABOLD, S. & HERBST, S. (2006): *Viktimisierungen im Alter und in der häuslichen Pflege: Wege in ein schwieriges Forschungsfeld. Befragungsinstrumente der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"* (KFN-Forschungsbericht Nr. 99). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

WETZELS, P., GREVE, W., MECKLENBURG, E., BILSKY, W. & 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.

ZENZ, G. (2000). *Autonomie und Familie im Alter – (k)ein Thema für die Familienrechtswissenschaft*. In D. SIMON & M. WEISS (Hrsg.). *Zur Autonomie des Individuums: Liber Amicorum Spiros Simitis* (S. 483-508). Baden-Baden: Nomos.

ZENZ, G. (2003). *Menschenrechte im Alter - Anforderungen an das Sozial- und Familienrecht*. In S. POHLMANN (Hrsg.). *Der demografische Imperativ* (S. 133-141). Hannover: Vincentz.

Anhang

Programm der Fachtagung „Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“ am 15.06.2006 in Hannover

- 9:30 **Eröffnung der Tagung**
 Grußwort der Bundesministerin Ursula von der Leyen
- 10:00 Dr. Thomas Görgen, Hannover
 Gewalt in engen persönlichen Beziehungen alter Menschen
- 10:45 Barbaras Nägele, Zoom e.V., Göttingen
 Nahraumgewalt im Alter – die besondere Situation älterer weiblicher Gewaltopfer
- 11:30 *Pause*
- 12:00 Dr. Claudia Schacke, FU Berlin
 Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Pflegebedürftiger
- 12:45 Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, HsM, Bonn
 Nahraumgewalt gegen ältere Menschen. Wie ist Vorbeugung möglich? Welche Hilfen benötigen Opfer?
- 13:30 *Mittagspause*
- 14:30 *Podiumsdiskussion:*
 Perspektiven der Prävention und Intervention im Problemfeld „Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“
 Sabine Bosch, Universität Witten-Herdecke
 Prof. Dr. Werner Greve, Universität Hildesheim
 Marita Halfen, Handeln statt Misshandeln, Bonn
 Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Evangelische Fachhochschule Freiburg
 Gabriele Walentich, Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen
- 16:30 **Zusammenfassung der Tagungsergebnisse**

Programm des ExpertInnenforums „Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen“ am 14.06.2006 in Hannover

9:30	Begrüßung Vorstellung der TeilnehmerInnen unter dem Fokus des Bezugs zur Thematik des Forums
10:00	Impulsreferat: Dr. Thomas Görgen: Forschungsstand zu Nahraumgewalt im Alter Nachfragen
10:20	Statementrunde 1: Welches sind aus Sicht der TeilnehmerInnen die drängendsten Probleme im Themenfeld "Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen"?
11:15	<i>Pause</i>
11:30	Diskussion
12:30	<i>Mittagspause</i>
13:30	Impulsreferat: Barbara Nägele: Ansätze der Prävention und Intervention bei Nahraumgewalt im Alter Nachfragen
13:50	Statementrunde 2: Was sind aus Sicht der TeilnehmerInnen erfolgversprechende Handlungsansätze im Hinblick auf Opferhilfe und Gewaltprävention im Bereich der Nahraumgewalt gegen Ältere?
14:45	<i>Pause</i>
15:00	Diskussion
16:45	Zusammenfassung der Diskussion
17:00	<i>Ende</i>

Liste der TeilnehmerInnen des Expertenforums

Name	Institution
Dr. Bettina Brockhorst	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat 301 - Grundsatzangelegenheiten
Dr. Rita Büllsbach	Henriettenstiftung Hannover, Abteilungsleitung Bildung
Andrea Buskotte	Landespräventionsrat Niedersachsen, Hannover
Dr. Thomas Görgen	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. , Hannover
Volker Gussmann	Regierungspräsidium Gießen, Abteilung Heimaufsicht, Fachbereich Pflege
Marita Halfen	Handeln statt Misshandeln (HsM) Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., Bonn
Sandra Herbst	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. , Hannover
Dagmar Jung	Diakonisches Werk Hessen und Nassau, Frankfurt
Dr. Rebecca Löbmann	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. , Hannover
Ursula Lenz	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), Bonn
Juliane Nachtmann	Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin
Barbara Nägele	Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. , Göttingen
Rita Salgmann	Landeskriminalamt Niedersachsen, Hannover, Dezernat "Prävention und Jugendsachen"
Gertrud Schätzlein	Frauenhaus Schweinfurt, Frauenhauskoordinierung
Gabriele Tammen-Parr	Pflege in Not, Beratungs- und Beschwerdestelle, Berlin
Hans-Peter Tews	Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln
Gabriele Walentich	Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Prof. Dr. Dr. hc Gisela Zenz	Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main

Diese Dokumentation wurde herausgegeben von:

Dr. Thomas Görgen
Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN)
Lützerodestraße 9
30161 Hannover
Tel. (0511) 34836-0
Fax. (0511) 34836-10
E-Mail. kfn.uni-hannover.de
Homepage. www.kfn.de

Barbara Nägele
Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.
Theaterstr. 8
37073 Göttingen
Tel. (0551) 50845-0
Fax. (0551) 50845-21
E-Mail. zoom@prospektive-entwicklungen.de
Homepage. www.prospektive-entwicklungen.de

gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend