



DEUTSCHER PRÄVENTIONSTAG

**Prävention statt Gewalt
– Überforderung von Angehörigen verringern -**

von

Rolf D. Hirsch

Dokument aus der
Internetdokumentation Deutscher Präventionstag
www.praeventionstag.de

Hrsg. von

Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks

im Auftrag der
Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe
(DVS)

Zur Zitation:

Hirsch, R. (2005): Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern -. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover.
http://www.praeventionstag.de/content/10_praev/doku/hirsch/index_10_hirsch.html

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

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

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

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

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

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

Mit diesen und ähnlichen Schilderungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Notruftelefons und der Krisenberatungsstelle der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - Handeln statt Misshandeln immer wieder konfrontiert. Ratschläge nützen hierbei wenig. Oft wird einem Angehörigen zum ersten Mal zugehört. Er kann über seine Sorgen, Nöte und Zukunftsängste erzählen. Erst wenn er dann Vertrauen gefasst hat, beginnt ein intensiver Kontakt erst mit dem Anrufer und dann während eines Hausbesuches mit allen Beteiligten. Meist wird nach mehreren Gesprächen die

Gesamtsituation und die Art der familiären Beziehungen deutlich. Voraussetzung sind Einfühlungsvermögen und Vertrauen. Die Frage nach dem „Täter“ führt selten weiter. Überspitzt kann man sagen, dass Gewalt in familiären Pflegebeziehungen der Versuch ist, inneren oder äußeren Stress in einer besonders belastende Situation, die zumindest einer der Beteiligten nicht mehr ertragen und kontrollieren kann, durch Handeln oder Sprechen zu erkennen und zu bewältigen. Überwiegend handelt es sich um schon lang bestehende schwere Beziehungskonflikte, die sich durch die Pflegebedürftigkeit zugespitzt haben.

Aspekte zur familialen Gewalt

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

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

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

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

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

Aspekte zur soziodemographischen Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

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

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

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

Aspekte zum dementiellen Syndrom

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

Demenz ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen, die gekennzeichnet sind durch eine sekundäre Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie durch affektive und Verhaltensstörungen und zu alltagsrelevanten Einschränkungen führen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz (ca. 60%). Die Inzidenzraten pro Jahr werden in den meisten Studien zwischen 1,5-2% angegeben (Bickel 2000). Übertragen auf die Altenbevölkerung in Deutschland ist davon auszugehen, dass mit jährlich ca. 200 000 Neuerkrankungen zu rechnen ist. Davon treten ca. 60% bei den über 80jährigen auf.

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

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

Belastungen und deren Auswirkungen

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

Wenn festzustellen ist, dass Misshandlungen an alten Menschen am häufigsten in Familien auftreten, so liegt dies daran, dass die meisten zuhause gepflegt werden. Nur selten trauen sich Opfer, gegen Familienmitglieder Anzeige zu erstatten. Die Angst, unter noch schlimmeren Repressalien leiden zu müssen oder die Scham gegenüber Dritten, ihre Familie bloßzustellen, ist meist größer: „Lieber lasse ich mir von

meiner Tochter Puffer geben, als in einem Heim allein zu sein“ (Bemerkung einer 76jährigen). Es bestehen daher große Schwierigkeiten, begangene Misshandlungen strafrechtlich zu verfolgen. Als Täter findet man häufig Frauen im Alter um 60, die die Last der Pflege überwiegend allein tragen müssen. Oft befinden sie sich in einer „Sandwich-Situation“: Einerseits sollen sie ihre Kinder immer noch emotional oder finanziell unterstützen und andererseits sind sie belastet mit der drückenden Bürde der Pflege und Sorge für ihre Eltern bzw. Schwiegereltern. Nur selten sind die Partner bereit, diese Sorgen mitzutragen und sich mitverantwortlich zu fühlen. Mancher Pflegende fühlt sich den Belastungen und psychischen Problemen, die durch eine Rollenumkehr (Kinder waren früher von ihren Eltern abhängig, jetzt ist dies umgekehrt) ausgelöst werden, nicht gewachsen.

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

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

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

Ursachen und Bedingungen

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

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

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

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

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

Keine Gewalthandlung innerhalb der Familie geschieht einfach so. Jede hat ihre - meist jahrelange - Vorgeschichte und wird beeinflusst von einer Vielzahl von individuellen, inner- und außerfamiliären Faktoren. Wenn Vorzeichen von Gewalt, sind sie auch noch so unterschwellig, nicht wahrgenommen, bagatellisiert oder vertuscht werden, kommt es zur Gewalthandlung. Selten bleibt diese dann ein einzelnes Ereignis. Oft können mehrere Gewaltformen (verbale, emotionale, körperliche) gleichzeitig vorhanden sein. Herrscht Gewalt erst nur in einer speziellen Situation (z.B. Nahrung verweigern oder zu rasches „Füttern“), so kommen bald weitere hinzu (z.B. schroffe Umgangsweisen, Mehrgabe oder Verweigerung von Medikamenten, „fest“ zupacken, Außenkontakte einschränken, mangelhafte körperliche Pflege). Häufigkeit und Intensität von Gewalthandlungen nehmen zu und werden dann als „alltägliche Notwendigkeit“ interpretiert und aufrechterhalten Wehrt sich der alte pflegebedürftige Mensch dagegen (z.B. vermehrtes Einnässen, Schreien, Schlagen), so löst dies weitere Gewalthandlungen aus. Der „Gewaltkreis“ kann sich schließen, Alternativen können nicht gefunden werden und sind schließlich nicht mehr möglich.

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

Wünsche und Erwartungen der Angehörigen

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

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

Präventive Möglichkeiten für Angehörige

Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen entsteht in Beziehungen (Abb. 1). Vielfältig sind die Einflüsse auf jede aktuelle Überforderungs-Situation. Grundsätzlich bedeuten sie einen Bewältigungsversuch von beiden Seiten, um eine kritische Situation zu beheben. Weder der Pflegebedürftige noch der pflegende Angehörige wollen meist wirklich gewalttätig handeln. Die Situation schaukelt sich hoch und beide Beteiligten reagieren gewalttätig in Wort, Tat oder durch eine Form von Vernachlässigung. Häufig ist von Angehörigen zu hören, dass sie sich für ihren Gewaltausbruch schämen und Schuldgefühle haben. Nehmen sie sich auch vor, nicht mehr gewalttätig zu handeln, so geschieht dies bei nächster Gelegenheit wieder. Ein Pflegebedürftiger reagiert oft aufgrund von Verkennung, Angst und Hilflosigkeit gewalttätig. Beide sind aber so in der Gewaltspirale verfangen, bewusst und unbewusst, und wissen nicht, wie sie aus dieser destruktiven Umgangsweise herauskommen.

Einfache Lösungen bei so komplexen Beziehungsstrukturen gibt es nicht. Simple Dualismen wie Gut und Böse, Opfer und Täter, Freund und Feind verhindern eher konstruktive Lösungsversuche. Es ist auch zu wenig, bei der Beurteilung der Gewaltdynamik sich nur auf die Gewalt selbst, ihre Brutalität und ihre Auswirkungen zu kon-

zentrieren und nicht auf die zugrunde liegende Bindungsdynamik (Levold et al. 1993). Mögliche Ressourcen können übersehen und nicht für Lösungsansätze genutzt werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abschließende Bemerkung

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

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

Literatur:

- Bickel H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter.: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, 108-115.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 12/5897.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1995): Zweiter Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750.
- Carell A. (1999): Gewalt gegen ältere Menschen im sozialen nah- und fernraum: Ein Literaturüberblick. In Hirsch R.D., Kranzhoff, E.U. & Schiffhorst G. (Hrsg.): Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 2. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., Bonn, S. 31-49.
- Chrismon (2003): Gewalt in der Pflege „Mutti würgt meine Seele“. <http://222.chrismon.de/ctexte/2003/7/7/-1.html>
- Cooney C. & Mortimer A. (1995): Elder abuse and dementia. A pilot study. International Journal of Social Psychiatry 41, 276-283.
- Galtung J. (1975): Strukturelle Gewalt. Rohwolt, Reinbek.
- Görgen Th., Kreuzer A., Nägele B. & Krause S. (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217. Kohlhammer, Stuttgart.
- Gräßel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Hänssel-Hohenhausen, Egelsbach.
- Hirsch R.D., Erkens F., Flötgen P., Frießner K., Halfen M. & Vollhardt B. (2002): Handeln statt Misshanden: Rückblick-Entwicklung-Aktivitäten. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 10. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., Bonn.
- Hirsch R.D. & Meinders F. (2000): „Und bist du nicht willig...“. psychomed, 12/4, 211-216.
- Illhardt F.J. (1995): Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 8, 9-16.
- Keene J., Hope T., Fairburn C.G., Jacoby R., Oedling K. & Ware C.J.G (1999): Natural history of aggressive behaviour in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 14, 541-548.
- Kramer U. (2003): Ageismus -Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In Fiehler R. & Thimm C. (Hrsg.) Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell, 257-277).
- Levold T., Wederkind E. & Georgi H. (1993): Gewalt in Familien. Systemdynamik und therapeutische Perspektiven. Familiendynamik 18, 287-311.
- Lyketsos C.G., Steinberg M, Tschann J.T., Norton M.C., Steffens N.C. & Breitner J.C.S. (2000): Mental and behaviour disturbance in dementia: findings from the Cache County Study on memory in aging. American Journal of Psychiatry 157, 708-714.
- Milgram S. (1974): Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsambereitschaft gegenüber Autorität. Rowohlt, Hamburg,
- Omer H. u. von Schlippe A. (2004): Autorität ohne Gewalt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (3. Aufl.).
- Retzer A. (1993): Die gewalt der Eindeutigkeit-Die Mehrdeutigkeit der Gewalt. Familiendynamik 18, 223-254.
- Schneekloth U. & Müller U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Nomos, Baden.
- Statistisches Bundesamt (2002): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999. Bonn.
- Stoppe G, Staedt J (1999): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, 153-158.

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

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

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

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

Mangelnde Hilfefähigkeit am Abend und in der Nacht oder in größerem Umfang

Mangelnde kurzfristige Unterstützung bei plötzlichem Bedarf

Mangel an teilstationären Einrichtungen (Tageskliniken und Tagespflege)
und Kurzzeitpflege

Springerdienste für regelmäßige freie Tage der betreuenden Angehörigen

aktivierende Maßnahmen, die auf Erhaltung und Wiederherstellung
von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten zielen

Begleitung und Beratung der Angehörigen

Mangelnde medizinische Unterstützung

Unzureichende Beratung und Hilfe von Behörden,
Kranken- und Pflegekassen sowie Institutionen

Tabelle 3: Fragen für Angehörige bei drohender Pflegebedürftigkeit, um Überlastungen abschätzen zu können

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

Tabelle 4: Präventive Maßnahmen für Angehörige bei drohender Pflegebedürftigkeit

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

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

1. Jede Gewalthandlung darf nicht „vertuscht“, „übersehen“ oder als „nur einmalig“ abgetan werden
2. Sie muss „öffentlich“ besprochen und alle Beteiligten in weitere Vorgehensweisen verantwortlich einbezogen werden
3. Es gibt keine „richtige“ oder „falsche“ 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

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

- Komplexität des Phänomens der Misshandlung alter Menschen
- Verweigerung des älteren Opfers gegenüber Hilfsangeboten
- Furcht des Opfers vor Repressalien
- Widerstand des Opfers gegen Aufdeckung infolge von Scham- und Schuldgefühlen
- fehlendes Wissen des Opfers über Hilfseinrichtungen
- Isolierung des Opfers durch den Täter

- Generelle Unterschätzung von Gewaltanwendung gegen alte Menschen und deren Bagatellisierung sowie Ageism als Boden für gesellschaftlich geduldete Gewalttaten
- Leugnung, Desinteresse und Bagatellisierung der Gewaltanwendung durch das Umfeld (Träger, externe Kontrollinstanzen) in der Einzelsituation

- Rolle des Arztes im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Verschwiegenheit, der Funktion als Anwalt des Patienten und der parallelen Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit der Familie und damit unter Umständen mit dem Täter

- allgemein fehlendes Wissen über die Problematik der Gewaltanwendung gegen Ältere
- mangelnde Information der Professionellen über einschlägige psychosoziale Einrichtungen und Ressourcen
- Mangel an geeigneten Verfahren der Fallentdeckung und -aufklärung; unzureichende diagnostische Möglichkeiten auf Seiten des medizinischen / pflegerischen Personals (ICD-10!)
- Mangel an personellen, finanziellen, zeitlichen Ressourcen, um eine vorgefasste Maßnahme entsprechend umzusetzen.

Tabelle 7: Vorstellbare und wünschenswerte regionale Prävention

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

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

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

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

Evaluation und praxisorientierte Forschung

Themenbezogene Handzettel

Broschüre mit allen regionalen Hilfsangeboten für alte Menschen

Träger:	gemeinnütziger unabhängiger Verein
Finanzierung:	Kommune und Spenden
Mitarbeiter:	Ehrenamtliche (insbes. Senioren im Ruhestand aus sozialen Berufen) Ein bis zwei Professionelle (Sozialarbeiter / Altenpfleger)

