

Gefahren für alte Menschen in der Pflege

Basisinformationen und Verhaltenshinweise
für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und
Betroffene

Herausgeber
**Landespräventionsrat
Nordrhein-Westfalen**

April 2006

Vorwort

Gewalt begegnet uns in vielfältigen Formen. Wir erleben sie nahezu täglich in den Medien, aber gelegentlich auch im persönlichen Umfeld. Unsere Gesellschaft ist insgesamt gesehen gegenüber Gewalterscheinungen sensibler und unduldsamer geworden. Wir nehmen es – anders als früher – nicht mehr hin, dass Lehrer Schüler „züchtigen“ oder dass angetrunkene Familienväter die Angehörigen bedrohen. Auch im Schulbereich sind Akte der Aggression und Einschüchterung keine „Privatangelegenheit“ mehr. Das Augenmerk gilt zugleich verdeckteren Gewaltphänomenen. Hierzu zählen etwa sexuelle Übergriffe, die in einem nötigen Kontext oder unter Ausnutzung der Übermacht eines Beteiligten erfolgen. In jüngster Zeit ist ferner das sogenannte Stalking zum Thema gemacht und sogar gesondert strafrechtlich definiert worden, bei dem jemand einen anderen Menschen in seiner Privatsphäre durch Telefonanrufe, unerbetene Nähe, Verfolgung oder auf andere Weise drangsaliert.

Der vorliegende Leitfaden betrifft ebenfalls die mitmenschliche Gewalt. Es geht um Übergriffe gegen ältere Menschen. Besondere Risiken bestehen vor allem für diejenigen, die pflegeabhängig sind und sich in häuslicher Abgeschiedenheit oder in Pflegeinstitutionen befinden. In einer Zeit, in der die Menschen im Durchschnitt älter werden und in der auf der anderen Seite weniger junge nachwachsen, muss mehr als bisher dafür Sorge getragen werden, dass gewaltsame Übergriffe unterbleiben. Präventive Maßnahmen werden nötig. Eine zentrale Aufgabe besteht darin, die Fachöffentlichkeit auf diese Problematik aufmerksam zu machen.

Dem soll die vorliegende Broschüre dienen. Sie will nicht etwa Ängste schüren oder allgemeine Verdächtigungen streuen, vielmehr zur Wachsamkeit aufrufen und allen Beteiligten Hilfestellungen anbieten. Dazu wird informiert und aufgezeigt, wie die jeweilige Lage erkundet und wie gegebenenfalls Interventionen eingeleitet werden können.

Dieser Leitfaden ist in Kooperation des Landespräventionsrates von Nordrhein-Westfalen mit der Universität zu Köln, Institut für Rechtsmedizin und Institut für Kriminologie, entstanden. Wir danken insbesondere Frau Dr. Hildegard Graß und Frau Staatsanwältin Gabriele Walentich für die Konzeption und Erstellung der Handreichung.

Prof. Dr. Markus Alexander Rothschild
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität zu Köln

Prof. Dr. Michael Walter
Direktor des Instituts für Kriminologie der Universität zu Köln und Gründungsvorsitzender des Landespräventionsrates NRW

Inhalt

Vorwort

1.	Vernachlässigung und Gewalt in der Pflege - ein problematisches Thema	6
1.1	Was wir wissen - Zahlen und Fakten	7
1.2	Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege	9
1.3	Wie es zu Gewalt kommen kann	13
1.4	Erkennen von Gewalt in der Pflege	14
1.5	Hilfen und Lösungsansätze	16
2.	Dokumentations- und Handlungsanleitungen	17
2.1	Checkliste zur Erkennung potenzieller Gefährdungen	18
2.2	Hinweise für die Gesprächsführung und Untersuchung	19
2.3	Einordnung von Bewertung von Informationen	22
2.4	Opfer und Verursacher	23

Kontaktadressen

1. Vernachlässigung und Gewalt in der Pflege - ein problematisches Thema

Die Gewalt

Die Gewalt fängt nicht an, wenn einer einen erwürgt.

Sie fängt an, wenn einer sagt: „Ich liebe Dich: Du gehörst zu mir“.

Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden.

Sie fängt an, wenn einer sagt: „Du bist krank. Du musst tun, was ich sage.“

Erich Fried (1985), auszugsweise¹

Gewaltbegriff und
-wahrnehmung

Dieses Gedicht beschreibt den möglichen Beginn und die breite Spanne von Gewalt in Pflegesituationen. Es legt allerdings einen wenig konkreten und weit gefassten Gewaltbegriff zugrunde. Im allgemeinen Sprachgebrauch umfasst das Wort „Gewalt“ verschiedene Bereiche, die sowohl positiv als auch negativ belegt sein können. Beispielhaft seien die „Staatsgewalt“ (im Sinne von staatlicher Machtbefugnis) und andererseits Gewalttätigkeiten von Fußballrowdies genannt. Das Verständnis der Gewaltphänomene wird von gesellschaftlichen Traditionen, Bedingungen sowie von persönlichen Umständen geprägt. Der Begriff und damit auch die objektive und subjektive Wahrnehmung eines Ereignisses als Gewalt gegen andere oder sich selbst sind von zahlreichen Gegebenheiten und Momenten abhängig und außerdem auch dem zeitlichen Wandel unterworfen.

Gewalt gegen alte Menschen im hier verstandenen Sinne orientiert sich an dem in der *Gerontologie* gewonnenen Verständnis und umfasst nicht nur die körperliche Misshandlung Pflegebedürftiger, sondern alle Handlungen und Unterlassungen, die gravierende negative Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit des älteren

¹ Erste Veröffentlichung in „Um Klarheit“ (1985), ferner in „Gesammelte Werke“ Bd. 3, S. 183 (Wagenbach-Berlin 1998).

Menschen haben (Toronto-Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, WHO 2002).

Von den alten Menschen sowie von ihrer Umgebung, etwa Nachbarn, ja sogar von den Gewaltausübenden selbst wird diese Gewalt häufig nicht als solche wahrgenommen. Man betrachtet sie etwa – wie früher Gewalt gegen Kinder und Frauen – als „Privatangelegenheit“. Es besteht oft wegen langjähriger Beziehungen eine Scheu, über möglicherweise peinliche oder gar entwürdigende Zustände zu berichten. Alte Eltern fühlen sich verantwortlich für die Erziehung ihrer nun erwachsenen Kinder und deren Handlungsweisen. Das Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ stößt noch oft auf Vorbehalte und berührt gesellschaftliche Tabus.

Inzwischen steht fest:

- Alte Menschen (Senioren) – insbesondere in Pflegesituationen – gehören zu einem besonders gefährdeten Personenkreis.
- Entsprechende gewaltsame Übergriffe werden häufig nicht aktenkundig. Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

1.1 Was wir wissen - Zahlen und Fakten

- Eine umfangreiche deutsche Studie (Wetzels et al. 1995) kommt auf der Basis von über 2600 befragten Menschen ab dem 60. Lebensjahr zur der Aussage, dass 3,4 % der Befragten körperlicher Gewalt, 2,7 % der Vernachlässigung oder dem Medikamentenmissbrauch, 1,3 % wirtschaftlicher Ausnutzung und 0,8 % chronisch verbalen Aggressionen ausgesetzt waren. Eine Hochrechnung ergibt, dass in der Altersgruppe der 60 – 75jährigen ca. 340 000 Personen mindestens einmal jährlich körperliche Gewalt erleiden.

- Eine internationale Literaturrecherche (Sowarka 2002) führte zu einer Belastungsziffer (Prävalenzrate) von bis zu 15 % für die verschiedenen Formen von Gewalt gegen alte Menschen als Opfer in engen familiären oder familienähnlichen Beziehungen. Eine aktuelle Untersuchung aus Israel kommt zu einer Prävalenzrate von 18,4 % (Lowenstein 2005). Für den Bereich der institutionellen Pflege wurden keine entsprechenden Zahlen angegeben.
- Diese Lücke füllt eine deutsche Studie (u.a. Görgen 2004 und 2005), in deren Mittelpunkt Misshandlungen und Vernachlässigungen von Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen standen. Danach werden alte pflegebedürftige Menschen nicht selten Opfer gewalttätiger Handlungen und Unterlassungen nötiger Hilfe. Die betreffenden Pflegekräfte bezeichnen sich selbst meist als überfordert und emotional erschöpft. Der Prozentsatz dieser Pflegekräfte ist hoch. Über 70 % der Befragten gaben an, selbst als gewalttätig oder in anderer Weise problematisch einzustufende Handlungen oder Unterlassungen – darunter körperliche und psychische Misshandlungen sowie pflegerische oder psychosoziale Vernachlässigungen und auch Freiheits Einschränkungen – begangen oder solche Handlungen bei anderen Pflegekräften beobachtet zu haben.
- Eine US-amerikanische Studie (Pillemer & Moore 1989) beziffert nach einer Befragung von 577 Pflegekräften eine Rate von Übergriffen gegenüber Pflegebedürftigen in der Größenordnung um 81 % für psychische Gewalt (im wesentlichen in Form verbaler Aggression) und 36 % für körperliche Gewalt.

- In Übereinstimmung mit der Einschätzung von Podnieks (1992) hat die Angabe von verbalen Aggressionen sowohl von Seiten der betroffenen Pflegeempfänger als auch der Pflegekräfte Signalwirkung. Denn es ist davon auszugehen, dass diese Form der Gewalt eher eingeräumt wird als andere, schwerwiegendere Formen.

Nach Berechnungen der Vereinten Nationen wird es im Jahre 2050 weltweit erstmals mehr ältere Menschen (60 Jahre und darüber) geben als Jugendliche (unter 15 Jahre). Vor allem aber wird es mehr gebrechliche und pflegebedürftige Menschen geben. Erwartet wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen um 116 - 136 %; ein Anstieg der Personen in Pflegeheimen sogar um 138 – 160 %. Insbesondere im hochaltrigen Bereich (ab 80 Jahren) werden die Risiken ansteigen, die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit sich bringen. Dem stehen gleichzeitig schwindende Ressourcen und deutlich höhere persönliche Belastungen der nachfolgenden Generationen sowie insbesondere des Pflegepersonals gegenüber. Die Befassung mit Formen der Gewalt gegen älteren Menschen wird deshalb immer dringlicher.

Anstieg der Pflegebedürftigen

1.2 Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege

Gewalt in der Pflege begegnet uns in vielen unterschiedlichen Formen.

Gebräuchlich ist folgende Unterteilung:

Tabelle 1: Formen von Gewalt

- **unmittelbare körperliche Gewalt**

Schlagen, Schütteln, Kneifen, Anwendung körperlicher Zwangsmaßnahmen, mechanische Fixierung, Entzug von körperlichen Hilfsmitteln usw.
- **mittelbare körperliche Gewalt**

unberechtigte Medikamentengabe (i.d.R. zur Ruhigstellung) usw.
- **sexueller Missbrauch**

Missachtung der individuellen Schamgrenzen, nicht einverständliche Intimkontakte usw.
- **emotionale oder psychische Gewalt**

verbale Aggression, Missachtung oder Ignorierung, emotionale Kälte, soziale Isolierung, Bedrohung mit körperlicher oder anderer Gewalt oder anderen Übeln, Beschimpfungen, Demütigungen usw.
- **finanzielle oder andere materielle Ausnutzung**

unbefugte Verfügungen über das Vermögen alter Menschen; Überredung oder Nötigung zu Geldgeschenken, Entwenden von Geld und vermögenswerten Gegenständen bis hin zur Erpressung von geldwerten Vorteilen usw.

Die Gefahr von Liegegeschwüren (Dekubitus) beansprucht besondere Aufmerksamkeit. Auch wenn nicht in jedem Fall davon ausgegangen werden kann, dass bei angemessener Pflege (s. Nationaler Expertenstandard zur Dekubitus-Prophylaxe, Pflicht zur Dokumentation) solche Schädigungen hätten vermieden werden können, so sind entsprechende Veränderungen stets ein Grund, die näheren Umstände aufzuklären.

Gefahr von Liegegeschwüren

Die Übergänge von pflegerischen Maßnahmen zu gewaltsamen Übergriffen veranschaulicht Tabelle 2². Sie rückt die Bereiche des täglichen Lebens und die damit verbundenen Pflegesituationen in den Vordergrund.

Übergänge von pflegerischer Maßnahme zu gewaltsamen Übergriff

² In Anlehnung an Informationen zu Gewalt in der Pflege unter www.medwell24.at.

Tabelle 2: Mögliche Gewalt in Pflegesituationen

	Über den Kopf des Patienten hinweg reden, schimpfen, ignorieren, nicht antworten, bevormunden, duzen
	Fixieren oder gegen den Willen mobilisieren, falsche Hilfestellungen, unangemessenes Anfassen
	Körperpflege gegen den Willen, ruppiges Handeln bei der Körperpflege, zu kaltes oder zu heißes Wasser verwenden, unangemessene Berührungen im Intimbereich, unangemessen langes Belassen in unbekleidetem Zustand
	Unnötige Katheterisierung oder nicht notwendiges Anlegen einer Windelhose, „Liegen lassen“ im Urin oder Kot, zu lange auf der Toilette warten lassen
	Einflößen von Essen und Trinken unter Zwang, zu rasches Füttern, Mahlzeiten vergessen, Vorhalten von notwendigen Hilfsmitteln oder auch unnötiges Aufdrängen von Hilfsmitteln
	Personen nicht wahrnehmen, Kontakte zu anderen unterbinden, Radio oder Fernseher ungefragt an- oder ausschalten
	Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus, zu frühes Wecken und Waschen, medikamentöse Ruhigstellung ohne medizinische Indikation

Insbesondere muss auf die Durchführung von Hygiene- sowie verordneten Therapiemaßnahmen hingewiesen werden. Die Verabreichung von Flüssigkeit, Nahrung oder Medikamenten und die Mobilisierung eines alten Menschen dienen in der Regel dazu, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Das Unterlassen solcher Maßnahmen wäre als Pflegemangel zu rügen.

1.3 Wie es zu Gewalt kommen kann

Häufig wird auf die Überlastung der Pflegenden und die damit verbundene Stresssituation hingewiesen. Sie können in institutioneller wie in häuslicher Pflege auftreten. Im privaten Bereich müssen die Familien zum Teil große Einschränkungen hinnehmen, um alte Angehörige zu pflegen. Dies stößt aus der Sicht der Pflegenden oft weder auf genügend Anerkennung noch wird die geleistete Schwerarbeit von der Allgemeinheit ausreichend finanziell „belohnt“. Eine unzureichende Vorbereitung auf die Pflegesituation und eine ungenügende Unterstützung während der Pflegezeit kommen hinzu. Das Machtungleichgewicht und gegenseitige Abhängigkeiten prägen und belasten die zwischenmenschliche Beziehung; generell mit Gewalt belastete Familien- oder Partnerstrukturen begünstigen gewalttätige Übergriffe. Auch Probleme der Pflegekraft selbst (Krankheit, Suchtprobleme, Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation usw.) können in Gewalt münden. Institutionell sind nach bisherigen Erkenntnissen insbesondere enge Zeitvorgaben für die Durchführung der einzelnen Pflegemaßnahmen sowie die daraus resultierende Bemessung von Personalschlüsseln für die verschiedenen Pflegebereiche zu beachten. Diese Umstände werden bei der Planung von Präventionsmaßnahmen und von Verfahrensweisen gegenüber Opfern von Gewalt und ferner im Umgang mit den Gewalttätigen zu berücksichtigen sein

Überlastung

Enge Zeitvorgaben

(z.B. Hirsch 2001 u.a.). Regelmäßig erforderlich erscheinen sowohl im privaten als auch professionellen Bereich entlastende Angebote für die Pflegenden.

1.4 Erkennen von Gewalt in der Pflege

Die Wahrnehmung von Gewalt erweist sich in der Praxis oft als schwierig.

Die Gründe liegen

- in einer hohen Schamgrenze bei den Opfern,
- in einer Abhängigkeit der Opfer von Hilfe, Pflege und Zuwendung durch diejenigen Personen, die gegen alte Menschen gewalttätig werden,
- in einem faktischen Unvermögen der Opfer zur Äußerung des Gewalterlebens, bedingt durch Krankheit, insbesondere durch hirnerkranklichen Abbau,
- darin, dass die familiären Privatsphären einer Kontrolle von außen meist nicht unmittelbar zugänglich sind. Auch werden Anzeichen von Gewalt durch die Abschirmung dieser Sphäre nach außen hin nicht sichtbar (u.a. Kosberg 1988),
- darin, dass Betroffene das eigene Erleben von Gewalt verdrängen, z.B. aus Angst vor weiterer Eskalation oder aus Furcht, als Folge einer Offenbarung die gewohnte Umgebung verlassen zu müssen.

Symptome Zudem sind Anzeichen für Gewalt zuweilen auch für professionell Tätige schwer erkennbar. Denn insbesondere im Alter können verschiedene gesundheitliche Störungen mehrdeutige Symptome hervorrufen, denen auch – aber nicht unbedingt – eine Gewalteinwirkung vorausgegangen sein kann.

Beispielhaft zu nennen wären:

- Knochenbrüche nach Sturz infolge Schwindel,
- Hautunterblutungen bei fragiler (leicht verletzbarer) sogenannter Altershaut,
- Hauterkrankungen bei Durchblutungsstörungen oder Mangelernährung bei zusätzlichen krankheitsbedingten Schluckstörungen oder Magen-Darm-Erkrankungen.

Zu beobachten sind außerdem Unsicherheiten bei Ärztinnen, Ärzten oder Pflegenden im Umgang mit Gewaltphänomenen; die Sorge einer falschen Beurteilung und die Furcht vor deren Folgen einschließlich eigener Belastungen (z.B. durch ein eventuelles nachfolgendes Strafverfahren) können zum Verschweigen von Beobachtungen und Eindrücken führen.

Unsicherheiten im Umgang mit Gewaltphänomenen

Zusammenfassend sind als wesentliche Ursachen für ein Verkennen von Gewalt in der Pflege anzusehen:

- eine hohe Schamgrenze bei den Opfern,
- eine Abhängigkeit von Hilfe, Pflege und Zuwendung durch die Personen, die gewalttätig sind, zum Teil auch
- ein faktisches Unvermögen zur Äußerung des Gewaltlebens, bedingt durch Krankheit, insbesondere bei hirnorganischem Abbau,
- Unsicherheiten im Umgang mit dem Verdacht auf Gewalt.

1.5 Hilfen und Lösungsansätze

Die dargelegten Tatsachen ermöglichen grundsätzlich folgende Interventionen:

- Da viele ältere Menschen regelmäßig – durchschnittlich 5 Mal pro Jahr – ärztlichen Kontakt (z.B. Harrell et al. 2002) sowohl im Rahmen der Patientenvorstellung in einer ärztlichen Praxis, einem Krankenhaus als auch bei Hausbesuchen haben, sollten Ärztinnen und Ärzte auf mögliche Anzeichen einer gewaltbelasteten Pflegesituation achten. (**Hinweiszeichen** bzw. mögliche **Risikofaktoren** siehe Tabellen 2 und 3, mögliche **Vorgehensweisen** siehe hinten Kapitel 3). Gleiches gilt selbstverständlich auch für andere Personen im medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Hilfesystem, z.B. für ambulante Pflegekräfte, Gemeindehelferinnen und –helfer usw.
- Bereits **vorbeugend** können und sollten dieselben Aspekte kritisch geprüft werden, wenn es gilt, für einen alten Menschen eine Lösung bei einer neu eingetretenen Pflegebedürftigkeit zu finden.
- Im Wissen um die Problematik einer eigenen und vorläufigen Situationseinschätzung und auch der Wehrhaftigkeit alter Menschen erscheint es ratsam, das Thema Gewalt vorsichtig, aber dennoch offen und offensiv in einem vertrauensvollen Gesprächsrahmen anzusprechen.
Besonderen Anlass geben **veränderte Stimmungen** des Patienten/der Patientin, **Veränderungen des gesundheitlichen Status**, der äußeren **Rahmenbedingungen** und des **Umgangstones** zwischen Patient/Patientin und Pflegekraft.
- Unsicherheiten sind durch Informationen zum Thema überwindbar, vor allem wenn zusätzlich kompetente Ansprechpartner bekannt sind.

- Sowohl den Verantwortlichen im Hilfesystem (Ärztenschaft und Pflegekräfte) als auch den Angehörigen und Betroffenen müssen **kompetente Beratungseinrichtungen** bekannt und zugänglich gemacht werden, die sowohl fachbezogene Informationen als auch individuelle Beratung und Hilfestellung anbieten können. Neben verschiedentlich schon eingerichteten Seniorenberatungsstellen und –telefonen (z.B. anonyme Telefonberatungen mit dem Schwerpunkt „Gewalt“³) sind an dieser Stelle auch **rechtsmedizinische Institute** als Ansprechpartner insbesondere für die Beratung und Begutachtung konkreter Fälle zu nennen. Im interdisziplinären Verbund kann so für ärztliche und pflegerische (Fach-)Kräfte eine Entlastung durch die Übernahme einer Begutachtung (auch vor Gericht) angeboten werden.

2 Dokumentations-/ Handlungsanleitungen

Im Anschluss an die Fachliteratur (Lachs & Pillemer 1995, Cammer-Paris et al. 1995, Kosberg 1988, Krouse 2004, Ahmad & Lachs 2002) wird nachfolgend auf Gesichtspunkte hingewiesen, die Professionellen wie Laien im Rahmen der privaten und institutionellen Pflege als **Handlungsleitfaden** und **Checkliste** dienen können, um eine **Gewaltgefährdung** oder eine bereits bestehende **Gewaltbelastung** zu erkennen.

³ Vgl. Kontaktadressen S. 25.

2.1 Tabelle 3: Checkliste zur Erkennung potenzieller Gefährdungen

Patient/Patientin
<ul style="list-style-type: none">▪ hohes Alter▪ demenzielle Erkrankung▪ reduzierter Gesundheitszustand, Einschränkung der Körperfunktionen▪ soziale Isolation▪ Suchterkrankung▪ bestehende familiäre oder partnerschaftliche Konflikte▪ enges Zusammenleben mit der Pflegekraft, beengte Wohnverhältnisse▪ Abhängigkeit zwischen Patient/in und Pflegekraft (emotional, finanziell) <p><u>Warnsignale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">⚡ wechselnde Arztkontakte („Arzt-hopping“), Versäumen von Arztterminen⚡ Patient/in wirkt verängstigt, scheu, zurückgezogen oder aggressiv⚡ unerklärliche Verletzungen oder Beschwerden, wiederholt und gleichartig
Pflegekraft
<ul style="list-style-type: none">▪ Unerfahrenheit in der Pflege▪ Suchterkrankung oder andere körperliche oder geistige Erkrankung▪ persönliche Belastungen (beruflich, familiär, finanziell)▪ Abhängigkeit zwischen Patient/in und Pflegekraft (emotional, finanziell)▪ Gewalterfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte, u.U. Gewalterleben durch die zu pflegende Person oder generell gewaltgeprägte Beziehung, Familienstruktur mit Fortführung der Gewalt auch im Alter <p><u>Warnsignale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">⚡ Patient/in wird im Arztgespräch nicht allein gelassen oder⚡ Pflegekraft wirkt im Kontakt gleichgültig oder verärgert

2.2 Hinweise für die Gesprächsführung und Untersuchung

1. Anamnese-Gespräch:

- Patientin/Patient und Pflegekraft separat befragen, d.h. das Gespräch allein und in Abwesenheit des jeweils anderen führen.
- Erfragen der wesentlichen Verantwortlichkeiten für die Pflege.
- Erfragen von Belastungen auf Seiten der Patientin/des Patienten und der Pflegekraft, z.B. beruflicher, finanzieller oder familiärer Art.
- Erfragen der gesundheitlichen Situation, Klären von Beschwerden und Problemen; dabei auch offen Fragen stellen: zu Verletzungen, rauhem Umgangston oder zu Vernachlässigungen, das Gespräch dennoch behutsam und empathisch führen.
- Überprüfung des Wissenstandes und des Verständnisses für die Situation des alten Menschen, Fragen an die Pflegekraft und – wenn möglich – auch an die Patientin/den Patienten selbst.

Hilfreiche Fragen für ein Gespräch

Je nach gegebener Situation und gesundheitlichem, insbesondere kognitiv-geistigem Zustand einer Patientin / eines Patienten können folgende Fragen in ein Gespräch eingebunden werden (s. u.a. Krouse 2004):

- Bekommen Sie Besuch? Haben Sie die Möglichkeit, Radio-, Fernseh- oder Zeitungsinformationen zu erhalten?
- Fühlen Sie sich allein? Fühlen Sie sich in Ihrer Umgebung sicher?
- Was geschieht, wenn Sie Meinungsverschiedenheiten haben?
- Warten Sie lange auf erbetene Hilfe?

- Sind Sie schon einmal aufgefordert worden, Geld zu geben oder Unterschriften zu leisten, obwohl Sie es nicht wollten?
- Fehlen Ihnen persönliche Gegenstände, Brille, Gebiss, Schmuck etc.?
- Bekommen Sie Schlaf- oder Beruhigungstabletten? Haben Sie darum gebeten?
- Sind Sie schon einmal gegen Ihren Willen gefüttert, gewaschen oder angezogen worden?
- Konnten Sie sich schon einmal nicht frei in Ihrer Wohnung, in Ihrem Zimmer oder auch außerhalb Ihrer Wohnung bewegen?
- Fürchten Sie sich vor jemandem, der sich um Sie kümmert oder Sie pflegt?

2. Beobachtungen

- Wie gehen Patient/in und Pflegekraft miteinander um (z.B. Tonlage, Infantilisierung des alten Menschen)?
- Welche Dauer und Intensität haben die Kontakte?
- Wird auf Wünsche des Patienten/der Patientin eingegangen, wird überhaupt danach gefragt?

3. Rahmenbedingungen

- Sauberkeit der Wohnung, des Zimmers, des Bettes, der Kleidung,
- Angemessenheit der Ausstattung für die Lebenssituation und für die notwendigen Pflegemaßnahmen,
- Angemessenheit der Bekleidung auch im Hinblick auf die jeweilige Lebens- und Tagessituation.

4. Ressourcen

- Wer trägt die Lasten und Kosten (in welcher Höhe)?
- Wer kann die Pflege unterstützen?
- Welche Person oder welche Institution muss bei notwendigen Veränderungen unterstützend oder im

Austausch handeln, für soziale als auch finanzielle Fragen?

5. Untersuchungsbefund

a. Körperlicher Status

- Anzeichen für Flüssigkeitsmangel: trockene Haut, stehende Hautfalten usw.?
- Zeichen für Verletzungen? Wesentliche Beispiele sind:
 - unterschiedlich alte Verletzungen an verschiedenen Stellen des Körpers ohne adäquates traumatisches Ereignis,
 - „blaue Flecken“, Bluterguss (Hämatom) an nicht sturz- oder anstoßtypischen Stellen,
 - knöcherne Verletzungen,
 - geformte Hautunterblutungen (Abbildung des einwirkenden Gegenstandes),
 - Liegegeschwür (Dekubitus) (in solchen Fällen wären der Gesundheitsstatus und die Pflegedokumentation im Einzelfall kritisch zu prüfen),
 - Verlust der Kopfhare durch Ausreißen (traumatische Alopezie),
 - Rektale oder genitale Blutungen ohne feststellbare krankheitsbedingte Ursache (sexueller Missbrauch),
 - Rötungen, Schwellungen oder Schürfungen an Handgelenken und/oder Fußgelenken (Fixierung, Festhalteverletzungen),
- Angemessene Versorgung von Hautveränderungen, Pflege- und/oder Lagerungsplan (siehe auch Anmerkungen zum Stichwort Liegegeschwür S. 5/6).

b. Geistiger Status

- Stimmungsveränderungen, Depressionen, Rückzug, Aggressionen, Selbstvernachlässigung?
- Fortschreitende demenzielle Störungen können Gewalt in Pflegesituationen auslösen oder verschärfen! Auf Seiten des von Demenz Betroffenen kann die Erkrankung mit der einhergehenden Verknennung der Umwelt zu Ängsten führen, die ihren Ausdruck in aggressivem Verhalten gegenüber den pflegenden Personen findet. Von Seiten der Pflegenden kann deren hohe Belastung durch die Pflege eines Demenzkranken ebenfalls zu aggressiven Verhaltensweisen führen. Es kann zu Aufschaukelungsprozessen kommen („Gewaltspirale“).

c. Spezifische Untersuchungen (bei Bedarf)

Zur Abklärung des Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus oder zur Überprüfung einer Medikation sollten entsprechende laborchemische Untersuchungen veranlasst werden.

2.3 Einordnung und Bewertung von Informationen

Zuvörderst gilt:

- **Das Wohl des alten, pflegebedürftigen Menschen ist der Maßstab für jedes Handeln.**
- **Aktionismus und Übereifer sind zu vermeiden.**
- **Informationen sind sorgfältig und kritisch zu prüfen.**

Mut, die Problematik anzusprechen

Es muss das rechte Maß zwischen notwendiger Intervention und gebotener Zurückhaltung in jedem Einzelfall gefunden werden. Nötig ist der Mut, die fragliche Problematik anzusprechen und auch interdisziplinär zu diskutieren. Bei der Bewertung der Angaben möglicher Betroffener und

Dritter sind die verschiedenen Sichtweisen, Erlebniswelten und Interessen mit zu bedenken. Hierbei ist zum Beispiel auch zu prüfen, inwieweit das Vorgetragene durch krankheitsbedingte Einschränkungen der Wahrnehmung (mit) beeinflusst sein könnte. In unklaren Fällen kann auch eine externe Beratung, zum Beispiel durch eine rechtsmedizinische Institution, weiterhelfen. Wünschenswert erscheint in diesem Kontext die Einrichtung von Gremien, vergleichbar den klinischen Fallkonferenzen, die regional – sowohl im Rahmen häuslicher als auch institutioneller Pflege – Fallbesprechungen ermöglichen.

2.4 Opfer und Verursacher

Ein allgemein gültiges Konzept für sinnvolle Maßnahmen und Vorgehensweisen in gewaltbelasteten Pflegesituationen gibt es nicht.

Auf jeden Fall muss vor einer Intervention geklärt werden, ob der Patient/die Patientin damit einverstanden ist oder nicht, und ob er/sie die Folgen der Entscheidung versteht und überblickt.

Die Einsichtsfähigkeit sowie Art und Umfang der Gewalt bestimmen den Grad der Intervention. Das notwendige Eingreifen kann sich beziehen auf

- das **Opfer und seinen Aufenthalt** (z.B. Unterbringung in einer Schutzwohnung, vorübergehende stationäre Pflege, Krankenhauseinweisung, richterliche Anordnung gem. Gewaltschutzgesetz),
- den **Verursacher der Gewalt** (z.B. Hilfs- und Entlassungsangebote in der Pflege, Hilfen im Alltag, Strafverfolgungsmaßnahmen),
- auf **Opfer und/oder Verursacher** (z.B. durch alternative Pflegeangebote, Bestellung eines Betreuers, Hilfsangebote in finanziellen Angelegenheiten, Vermittlung der Beteiligten an geeignete Unterstützungs-

einrichtungen, Informationen der Betroffenen über das Phänomen der Gewalt in der Pflege und über die mögliche weitere Verschlechterung der Situation).

- Informationen der Institutionen vor Ort
- Je nach regionaler Organisationsstruktur, den Angeboten der Kommunen und Wohlfahrtsverbänden sowie der berufsständischen Institutionen im Gesundheitswesen können z.B. Sozial- oder Gesundheitsämter (z.T. mit speziellen Beratungsstellen für Senioren) oder die vor Ort ansässigen Verbände um Informationen und auch konkrete Beratung gebeten werden. Adressen und Erreichbarkeiten finden sich i.d.R. in den örtlichen Telefonbüchern oder in Internetauftritten von Kommunen und Verbänden.⁴ Auch überregional bekannt ist die Initiative „handeln statt misshandeln“ mit Sitz in Bonn. Selbstverständlich ist auch die Ärzteschaft – der jeweils betreuende Arzt/Ärztin – ein sinnvoller Ansprechpartner.
- Hilfe durch ambulante Pflegedienste
- Besteht Bedarf für die rasche Entlastung einer häuslichen Pflegesituation, so können – je nach Sachlage – ambulante Pflegedienste eingeschaltet oder der bisherige Pflegedienst durch einen anderen aus der Region ersetzt werden. Eine vorübergehende Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung kann u.U. mit den Trägern solcher Einrichtungen in der Umgebung abgestimmt werden. Die Angebote für zeitlich begrenzte Betreuungen nehmen derzeit zu. In Kooperation mit dem behandelnden Arzt kommt eventuell auch eine stationäre Einweisung in Betracht.
- Heimaufsicht
- Werden Vorwürfe im Rahmen von institutioneller Pflege erhoben, so sollten neben der jeweiligen Heimleitung auch die Heimaufsicht und der betreuende Arzt informiert werden.

⁴ Siehe Kontaktadressen S. 25.

Kontaktadressen:

Seniorentelefone:

Seniorentelefon des LPR: 0209/982 23-23

Krisentelefon hsm: 0228/69 68 68 (Notruf) und
0228/63 63 22 (Info)

Telefonbucheinträge – Schlagwörter:

Amt für Altenhilfe - Beratungsstelle - Betreuungsstelle -

Heimaufsicht - Pflegeberatung - Seniorenbeirat - Seniorenberatung - Seniorenbüro - Sozialamt - Stadtverwaltung

Internetadressen:

www.mags.nrw.de/soziales/pflege/angebote.php

(Kontaktadressen für NRW, geordnet nach Gemeinden)

www.heimaufsicht.de/

www.heimaufsicht.com/

www.hsm-bonn.de/ (handeln statt misshandeln Bonn)

www.deutschland.de/rubrik.php?lang=1&category1=152&category2=182

Literaturhinweise:

Ahmad M, Lachs MS (2002) Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Lin J Med* 69: 801 – 807.

Cammer-Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M, Fein ED (1995) Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 50: 47-51.

Görgen T (2001) Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes. A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 13: 1-26.

Görgen T (2004) A multimethod study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6 (3), 15-25.

Görgen T (2005) "As if I just didn't exist" - Elder abuse and neglect in nursing homes. In: M. Cain & A. Wahidin (Eds.) *Ageing, crime and society*. Cullompton, UK: Willan. (erscheint November 2005).

Harrell (2002) How geriatricians identify elder abuse and neglect. *Am J Med Sci* 323(1): 34 – 38.

Hirsch RD (2001) Gewalt gegen alte Menschen: Fakten – Hilfen – Prävention. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 52: 257-264.

Kosberg JI (1988) Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist* 28: 43 – 50.

Krouse LH (2004 last update) Elder Abuse. www.EMedicine.com.

Lachs MS, Pillemer KA (1995) Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine* 332: 437-443.

Lowenstein A (2005) Kurzinformationen unter http://hw.haifa.ac.il/gero/CenterResearchAgeing/Elder%20Abuse_EisikovitsZ.p.

Pillemer KA, Moore DW (1989) Abuse of Patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist* 29: 314-320.

Podnieks E (1992) National survey on the abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 5: 5-58.

Sowarka D, Schwichtenberg-Hilmert B, Thürkow K (2002) Gewalt gegen ältere Menschen. Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Diskussionspapier Nr. 36 des Deutschen Zentrums für Altersfragen.

The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. WHO 2002. http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf.

Weltbericht Gewalt und Gesundheit Chapter 5: Abuse of the elderly, (2003) WHO.

Wetzels P, Greve W, Mecklenburg E, Bilsky W (Hrsg.) (1995). Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrung, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 105, Kohlhammer, Stuttgart.

www.medwell24.at.

Ausführliche Literaturliste:

www.lpr.nrw.de/themen/senioren.html

Verfasst von
Dr. med. Hildegard Graß
Institut für Rechtsmedizin
Klinikum der Universität zu Köln
in Zusammenarbeit mit Staatsanwältin Gabriele Walentich

