



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

„Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“?

Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen

Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu
Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger
Menschen

2009



Ältere Menschen

Die Studie wurde in Kooperation folgender Institutionen durchgeführt:

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN, Hannover; federführend)

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA, Berlin)

Universität Hildesheim

Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol, Münster)

Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V. (Zoom, Göttingen)

Projektleitung:

Prof. Dr. Thomas Görgen, Deutsche Hochschule der Polizei

(bis 08/2007 Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.)

Projektmitwirkende:

Ruben Bauer (KFN)

Nina Fritsch (KFN)

Prof. Dr. Thomas Görgen (DHPol/KFN)

Prof. Dr. Werner Greve (Universität Hildesheim)

Sandra Herbst (KFN)

Sandra Kotlenga (Zoom)

Bekje Mauder (KFN)

Nico Mild (KFN)

Juliane Nachtmann (DZA)

Barbara Nägele (Zoom)

Sabine Nowak (KFN)

Prof. Dr. Christian Pfeiffer (KFN)

Susann Rabold (KFN)

Kathrin Rauchert (DHPol)

Michael Schröder (KFN)

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer (DZA)

Birgit Winkelsett (DHPol)

Vorbemerkung

Die Mitglieder der Projektgruppe danken allen Personen und Institutionen, die diese Studie ermöglicht und zu ihrem Gelingen beigetragen haben. Zuallererst seien hier jene genannt, die uns in den unterschiedlichen Teilstudien als Gesprächspartnerinnen und -partner zur Verfügung gestanden oder an einer der schriftlichen Befragungen mitgewirkt haben. Ihre Bereitschaft, uns über teilweise in hohem Maße sensible und private Themen Auskunft zu geben, kann nicht hoch genug gewürdigt werden. Sie sind es, die die Untersuchung in der vorliegenden Form erst möglich gemacht haben. Wir hoffen, dass die Ergebnisse der Studie Sie in Ihrer Kooperationsbereitschaft mit der Wissenschaft bestärken werden.

Selbstverständlich gilt unser besonderer Dank auch dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das diese Studie finanziell gefördert hat, die die beteiligten Institutionen aus eigener Kraft nicht hätten „schultern“ können. Danken möchten wir ferner dem Landeskriminalamt Bremen und der Hochschule für Öffentliche Verwaltung Bremen für die Kooperation im Bereich der Analyse täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte, allen Einrichtungen der ambulanten Pflege, die sich an Befragungen und Interviews beteiligt und uns bei der Befragungsdurchführung und beim Zugang zu Pflegehaushalten logistisch unterstützt haben, allen Presseorganen und Verbänden, die unsere Aufrufe zur Beteiligung an Interviews und schriftlichen Befragungen veröffentlicht haben, Anja Gerlach (jetzt Universität Hamburg) für das Einbringen ihrer pflegewissenschaftlichen Perspektive in das Projekt, allen nicht unter „Projektmitwirkende“ namentlich genannten studentischen Hilfskräften, Praktikantinnen und Praktikanten sowie infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH für die sehr gute Zusammenarbeit bei der Durchführung des Viktimisierungssurveys.

Münster, 1. Juli 2008

Für das Forschungsteam

Thomas Görgen

Inhalt

	Zusammenfassung	9
1.	Projektstruktur und Projektverlauf	9
2.	Datenbasis	9
3.	Befunde	11
4.	Schlussfolgerungen	18
I.	Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen – eine facettenreiche Thematik (Thomas Görgen)	21
1.1	Überblick	21
1.2	Schwerpunkte der Untersuchung	23
1.2.1	Ältere Menschen als Opfer von Straftaten: Erscheinungsbild und Entwicklung von Kriminalitätsrisiken im höheren Alter	23
1.2.2	Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl: Wie nehmen ältere Menschen Kriminalitätsrisiken wahr und wie gehen sie damit um?	24
1.2.3	Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege: Welche Gefährdungen bestehen für ältere Menschen, wenn sie pflegebedürftig werden?....	25
1.3	Weitere Aspekte des Themenfeldes „Alter und Kriminalität“	27
1.3.1	Ältere Menschen als Straftäter und Straftäterinnen	27
1.3.2	Ältere Menschen in Haft	28
1.3.3	Kriminalitätseinstellungen und Kriminalitätsbilder im Alter	32
II.	Ältere Menschen als Kriminalitäts- und Gewaltopfer: zum aktuellen Forschungsstand (Thomas Görgen)	33
2.1	Ein Themenfeld im Schnittpunkt gerontologischer und kriminologischer Forschung	33
2.2	Ältere Menschen als Opfer von Kriminalität und Gewalt	33
2.3	Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl im Alter	47
2.4	Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger älterer Menschen	50
2.5	„Kein Thema wie jedes andere“ – Viktimisierungsforschung bei Pflegebedürftigkeit im Alter	54
III.	Untersuchungsansatz der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ (Thomas Görgen, Sandra Herbst, Susann Rabold)	56
3.1	Fragestellungen der Untersuchung „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“	56
3.2	Erläuterungen zu einigen Begrifflichkeiten	57
3.3	Methodischer Zugang	60
3.3.1	Grundmerkmale des Untersuchungsdesigns	60
3.3.2	Untersuchungsmethoden	61
3.3.3	Untersuchungsmodule und -komponenten und Datensätze im Überblick	62
IV.	Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen älterer Menschen	66
4.1	Die Situation im Hellfeld	67
4.1.1	Die sicherste Zeit unseres Lebens? Altersbezogene Analysen der Polizeilichen Kriminalstatistik (Thomas Görgen)	67

- 4.1.1.1 Möglichkeiten und Grenzen PKS-gestützter Analysen der Viktimisierung im Alter 67
- 4.1.1.2 Hellfelddaten zur Viktimisierung im Alter: grundlegende Befunde und Trends..... 69
- 4.1.1.3 Analysen ausgewählter Deliktsbereiche 72
- 4.1.1.4 Zusammenfassung 90
- 4.1.2 „Rate doch mal, wer hier ist!“: Täuschungsbasierte Eigentums- und Vermögensdelikte an älteren Menschen (*Thomas Görgen, Nico Mild, Nina Fritsch*) 92
 - 4.1.2.1 Überblick 92
 - 4.1.2.2 Analyse polizeilicher Datenbestände und polizeilicher Akten zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten an Menschen ab 60 Jahren 94
 - 4.1.2.2.1 Methodischer Zugang und Untersuchungsdurchführung..... 94
 - 4.1.2.2.2 Stichprobenbeschreibung 96
 - 4.1.2.2.3 Befunde der Aktenanalyse 97
 - 4.1.2.2.4 Ergebnisse der Aufbereitung von Daten aus operativen polizeilichen Systemen 107
 - 4.1.2.3 Interviews mit Opfern täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte 108
 - 4.1.2.3.1 Überblick..... 108
 - 4.1.2.3.2 Methodischer Zugang, Untersuchungsdurchführung und Stichprobenbeschreibung 108
 - 4.1.2.3.3 Ergebnisse der Interviews mit älteren Opfern täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte..... 110
 - 4.1.2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 119
- 4.2 Jenseits der Kriminalstatistik: Befunde einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung (*Thomas Görgen, Sandra Herbst, Susann Rabold*)..... 122
 - 4.2.1 Überblick..... 122
 - 4.2.2 Grundlegender methodischer Zugang..... 123
 - 4.2.3 Stichprobenbildung und Befragungsdurchführung 127
 - 4.2.4 Grundmerkmale und Repräsentativität der Stichprobe..... 132
 - 4.2.5 Befunde der bundesweiten Opferwerdungsbefragung 138
 - 4.2.5.1 Kriminalitätserfahrungen im höheren Lebensalter..... 138
 - 4.2.5.2 Kriminalitätsfurcht, Sicherheitsgefühl, Vorsichts- und Vermeiderverhalten 144
 - 4.2.5.3 Nahraumgewalt im höheren Lebensalter 157
 - 4.2.5.4 Altersbezogene Viktimisierungserfahrungen im Zeitverlauf: Vergleich der Viktimisierungssurveys 1992 und 2005 167
 - 4.2.5.5 Prädiktoren der Viktimisierung 170
 - 4.2.6 Zusammenfassung und Ausblick..... 172
- V. **Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege**..... 175
 - 5.1 Überblick..... 175
 - 5.2 Professionelle Pflege und ihre Schattenseiten: Befunde einer schriftlichen Befragung ambulanter Pflegekräfte (*Susann Rabold, Thomas Görgen*) 176
 - 5.2.1 Überblick..... 176

5.2.2	Methodischer Zugang	176
5.2.3	Befragungsdurchführung.....	177
5.2.4	Beschreibung der Stichprobe	179
5.2.5	Befunde.....	180
5.2.5.1	Überblick.....	180
5.2.5.2	Pflegekräfte als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene.....	181
5.2.5.3	Pflegekräfte als „Täter“: Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen.....	183
5.2.5.4	Perspektive der „dritten Person“: Pflegekräfte als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen.....	186
5.2.5.5	Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen: multivariate Analysen	188
5.2.5.6	Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Altenpflege: subjektive Theorien ambulanter Pflegekräfte	192
5.2.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	194
5.3	Wenn Pflege in der Familie zum Risiko wird: Befunde einer schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger (<i>Thomas Görgen, Ruben Bauer, Michael Schröder</i>).....	196
5.3.1	Überblick.....	196
5.3.2	Befragungsinstrument	196
5.3.3	Befragungsdurchführung.....	197
5.3.4	Beschreibung der Stichprobe	198
5.3.5	Befunde.....	200
5.3.5.1	Überblick.....	200
5.3.5.2	Pflegende Angehörige als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene	201
5.3.5.3	Pflegende Angehörige als „Täter“: Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen.....	202
5.3.5.4	Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen	206
5.3.6	Zusammenfassung	207
5.4	Ambivalente Nähe: eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements (<i>Barbara Nägele, Sandra Kotlenga, Thomas Görgen, Bekje Mauder</i>)	208
5.4.1	Überblick	208
5.4.2	Methodischer Zugang und Untersuchungsinstrumente	208
5.4.3	Interviewdurchführung	211
5.4.4	Aufbereitung und Analyse des Interviewmaterials.....	213
5.4.5	Beschreibung der Stichprobe	215
5.4.6	Befunde	220
5.4.6.1	Überblick.....	220
5.4.6.2	Die lebensweltliche Realität häuslicher Pflege: leitmotivische Themen ...	222
5.4.6.3	Viktimisierungserfahrungen in häuslichen Pflegearrangements	251
5.4.6.3.1	Überblick.....	251
5.4.6.3.2	Viktimisierungserfahrungen ambulanter Pflegekräfte.....	259
5.4.6.3.3	Viktimisierungserfahrungen pflegender Angehöriger	268
5.4.6.3.4	Viktimisierungen Pflegebedürftiger	291

5.4.6.3.4.1	Viktimisierungen Pflegebedürftiger: die direkte Opferperspektive.....	291
5.4.6.3.4.2	Die Akteurperspektive	302
5.4.6.3.4.2.1	Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige	302
5.4.6.3.4.2.2	Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte	336
5.4.6.3.4.3	Die Beobachterperspektive	341
5.4.6.3.4.3.1	Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige.....	341
5.4.6.3.4.3.2	Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte	363
5.4.6.3.4.3.3	Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Personen	377
5.4.6.4	Begangene und unbegangene Wege – Interventionen in Gefährdungs- und Viktimisierungssituationen in der häuslichen Pflege	386
5.4.6.4.1	Überblick	386
5.4.6.4.2	Involvierte Institutionen – Fallkenntnisnahme, Interventionsabläufe, Interventionsergebnisse	387
5.4.6.4.2.1	Ambulante Pflegedienste.....	387
5.4.6.4.2.2	Ärzte/Ärztinnen.....	420
5.4.6.4.2.3	Pflegekassen/MDK und kommunale Leistungsträger	427
5.4.6.4.2.4	Beratungs- und Kriseninterventionstellen zu alterns- und pflegebezogenen Problemen	435
5.4.6.4.2.5	Rechtliche Betreuung/Familiengerichte	445
5.4.6.4.2.6	Polizei/Strafjustiz.....	451
5.4.6.4.2.7	Komplexe Interventionsstrukturen	456
5.4.6.4.3	Erfolgskritische Faktoren von Interventionen	463
5.4.6.4.3.1	Personenbezogene Faktoren	464
5.4.6.4.3.2	Institutionenbezogene Faktoren	465
5.4.6.5	Zusammenfassung	470
5.5	„Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen (<i>Thomas Görger</i>)	480
5.5.1	Überblick.....	480
5.5.2	Forschungszugang	480
5.5.3	Befunde	481
5.5.3.1	Qualitative Interviewstudie	481
5.5.3.2	Schriftliche Befragung von Pflegekräften.....	486
5.5.3.3	Hellfeldanalyse.....	489
5.5.3.3.1	Analyse staatsanwaltschaftlicher und polizeilicher Ermittlungsakten...	489
5.5.3.3.2	Datenerhebung zu heimaufsichtlichen Überprüfungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen.....	490
5.5.4	Schlussfolgerungen.....	491
5.6	Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege – eine kriminologische Perspektive (<i>Thomas Görger</i>)	492
5.6.1	Überblick und Zusammenfassung bisheriger Forschungsergebnisse	492
5.6.2	Ein „atypischer Gegenstand“ kriminologischer Forschung.....	495
5.6.3	(Familiale) Pflege unter einer Tatgelegenheitsperspektive	497
5.6.4	Routine Activity Theory: Potenziale für die Analyse von Elder-Abuse-Phänomenen?	500
5.6.5	Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege – Chancen und Grenzen einer genuin kriminologischen Perspektive.....	504
5.6.6	Ansätze zu einer ereignisorientierten Typologie im Bereich der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger	505

5.6.7	Zusammenfassung	510
VI.	Sicherheitsgefährdungen im Alter – Schärfe- und Unschärfebereiche wissenschaftlicher Erkenntnis (Thomas Görgen)	511
6.1	Sicherheit im Alter: Was wir wissen, gerne wüssten – und vielleicht nie wissen werden	511
6.2	Opferwerdung im hohen Alter – ein Musterfall der Viktimisierung „wenig sichtbarer Populationen“?	514
VII.	Wohin nun? – Konsequenzen für den Umgang mit Sicherheitsgefährdungen im Alter (Thomas Görgen, Barbara Nägele, Sandra Kotlenga)	521
7.1	Überblick und allgemeine Überlegungen	521
7.2	Kriminalitätsgefährdungen im Alter: Perspektiven der Prävention und Opferhilfe	528
7.3	Subjektive Sicherheit im Alter: Handlungsbedarf und Handlungsoptionen	536
7.4	Partner- und Nahraumgewalt im Alter: Anpassungs- und Vernetzungserfordernisse der Hilfestrukturen.....	538
7.5	Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger: Möglichkeiten vernetzter Prävention und Intervention	555
7.6	Fazit und Ausblick.....	577
	Literatur	584

Zusammenfassung

1. Projektstruktur und Projektverlauf

Die hier vorgestellte Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ untersucht Viktimisierungserfahrungen älterer Menschen in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern. Sie knüpft an eine 1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen mit Förderung durch das Bundesfamilienministerium durchgeführte Opferstudie (Wetzels, Greve, Mecklenburg, Bilsky & Pfeiffer, 1995) an, erbringt mit dem zeitlichen Abstand von mehr als einem Jahrzehnt Vergleichsdaten und setzt zugleich inhaltlich wie methodisch neue Akzente. Insbesondere kommt nunmehr der Thematik von Gewalt- und Opfererfahrungen in häuslichen Pflegebeziehungen große Bedeutung zu.

Die Gesamtstudie besteht aus zwei Teilstudien (Modul 1: *Viktimisierungserfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht im öffentlichen und privaten Raum in unterschiedlichen Lebensphasen*; Modul 2: *Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege*), die methodisch voneinander differenziert, dabei inhaltlich aufeinander bezogen sind. Die Vorgehensweisen orientieren sich in beiden Modulen an den inhaltlichen und praktischen Anforderungen der jeweils fokussierten Kernthematik. Modul 1 schließt an die KFN-Opferbefragung 1992 an. Modul 2 greift mit starkem Akzent auf qualitativen Verfahren die auf dem Wege einer standardisierten Opferbefragung kaum zugängliche Thematik der Misshandlung und Vernachlässigung von Menschen auf, die zu Hause von Angehörigen bzw. ambulanten Diensten gepflegt werden.

Die Studie wurde federführend vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (Hannover) durchgeführt. Kooperationspartner im gesamten Projektverlauf waren das Deutsche Zentrum für Altersfragen (Berlin) und die Universität Hildesheim. Nach dem Wechsel des Projektleiters vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen an die Deutsche Hochschule der Polizei (Münster) im September 2007 wurde zwischen beiden Institutionen die kooperative Weiterführung der Studie vereinbart. Die Gesamtstudie wurde im Jahr 2004 begonnen und 2008 abgeschlossen.

2. Datenbasis

Der komplexen Thematik entsprechend wurde ein Untersuchungsansatz realisiert, der verschiedene methodische Zugänge und unterschiedliche Perspektiven miteinander kombiniert. Zum Einsatz kamen standardisierte persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen, qualitativ ausgerichtete leitfadenorientierte Interviews, Auswertungen von Akten, Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik sowie aus polizeilichen Vorgangsverwaltungssystemen. Die folgende Tabelle 1 stellt die wesentlichen methodischen Zugänge und die Datensätze der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ im Überblick dar.

**Tab. 1: Methodische Zugänge und Datensätze der Studie
„Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“**

Modul 1: Viktimisierungserfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht im öffentlichen und privaten Raum im mittleren und höheren Erwachsenenalter	
Komponente	N
bundesweite Opferwerdungsbefragung	3.030 Befragte
Altersgruppe 40–85 Jahre	
Zufallsstichprobe aus Einwohnermelderegistern von 75 Gemeinden	
persönlich-mündliche und schriftliche Befragung in deutscher Sprache	
Analyse polizeilicher Daten zu täuschungsbasierten Eigentums-/Vermögensdelikten an älteren Menschen	
Analyse polizeilicher Akten zu den Deliktsbereichen Betrug, Trickdiebstahl, Unterschlagung und Untreue	303 polizeiliche Akten
Einbeziehung von Daten aus operativen Systemen	
Interviews mit polizeilich registrierten älteren Opfern	8 Interviews
Modul 2: Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege	
Komponente	N
Befragung ambulanter Pflegekräfte	503 Befragte
schriftlich-postalische Befragung in deutscher Sprache	
örtlich begrenzte Vollerhebung	
Interviews in häuslichen Pflegearrangements	178 Interviews + 4 Gruppengespräche
qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften; 3 Regionen	
soweit möglich mehr als 1 Interview pro Pflegearrangement	
Zugänge: Presseveröffentlichungen; Zufallsauswahl ambulanter Dienste; gezielte Suche nach „Problemsettings“ über einschlägige Beratungs- und Kriseneinrichtungen	
zusätzliche Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Pflege, Pflegebegutachtung, Krisenberatung bei Gewalt in der Pflege	
Befragung pflegender Angehöriger	254 Befragte
schriftlich-postalische Befragung in deutscher Sprache	
Zugang über Aufrufe in Presseorganen; Website Deutsches Zentrum für Altersfragen; vereinzelt über Pflegedienste	

Im Rahmen des *Moduls 1* wurde zunächst die Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes im Hinblick auf altersbezogene Opferdaten analysiert. Derartige Daten können per definitionem nur das Hellfeld der Viktimisierung abbilden. Zur Erkundung auch des Dunkelfeldes der Opferwerdung wurde eine für die ältere Bevölkerung im Alter bis 85 Jahre repräsentative bundesweite Viktimisierungsbefragung durchgeführt. Sie liefert aktuelle Daten zu Opfererfahrungen im Bereich von Eigentums- und Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten sowie zu Viktimisierungen durch Personen aus dem sozialen Nahraum der Befragten, ferner zum Sicherheitserleben von Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter, ihrer Kriminalitätsfurcht und ihrem Vorsichts- und Vermeiderverhalten. Diese jeweils auf ein breites Deliktsspektrum bezogenen Zugänge wurden ergänzt durch die Erhebung von Daten zu einem spezifischen Kriminalitätsbereich, nämlich mit Täuschungen verknüpften und darauf basierenden Eigentums- und Vermögensdelikten an Menschen ab 60 Jahren. Hierzu wurde auf polizeiliche Akten sowie auf Daten aus operativen Systemen zurückgegriffen; ergänzend wurden Interviews mit polizeilich registrierten Opfern einschlägiger Straftaten geführt.

Der Untersuchungszugang in *Modul 2* verbindet qualitativ orientierte Interviews mit an häuslichen Pflegearrangements beteiligten Personen (Pflegebedürftigen, pflegenden Familienmitgliedern, ambulanten Pflegekräften) sowie Expertinnen und Exper-

ten mit standardisierten schriftlichen Befragungen von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen älterer Menschen. Im Rahmen der Interviewstudie wurde die Chance eines multiperspektivischen Zugangs genutzt, indem – soweit möglich – jeweils zu einem familialen Pflegearrangement mehrere Interviews geführt wurden. Gerade im Hinblick auf die Kontextabhängigkeit von Handlungen in familialen Pflegebeziehungen (und deren Wahrnehmung und Bewertung) erschien ein solcher Zugang erforderlich. In diesem Modul stehen neben einem für Untersuchungen dieser Art sehr großen qualitativen Datensatz (178 Interviews und 4 Gruppengespräche mit zusammen 201 erreichten Personen) zwei quantitative Datensätze aus Fragebogenerhebungen zur Verfügung. Ambulante Pflegekräfte und pflegende Familienangehörige wurden in den schriftlichen Befragungen jeweils als Akteure (Täter), als Betroffene (Opfer) und als Informanten oder Zeugen angesprochen. Die Befunde aus den drei Teilerhebungen ergänzen sich wechselseitig und tragen zu einem verlässlicheren Bild der Viktimisierungsrisiken in der häuslichen Pflege bei.

3. Befunde

Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (Modul 1)

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes weist bislang Opferdaten nur für den Bereich der Gewaltdelikte inklusive der Raubstraftaten aus. Hinsichtlich des Alters der Opfer unterscheidet sie für das Erwachsenenalter zwischen den Altersgruppen 18–20 Jahre, 21–59 Jahre und 60 Jahre und älter. Nach dem auf die Daten der PKS gestützten Kenntnisstand sind Menschen jenseits des 60. Lebensjahres insgesamt deutlich weniger gefährdet, Opfer eines polizeilich registrierten (Gewalt-)Delikts zu werden als jüngere Erwachsene, Heranwachsende oder Jugendliche; in vielen Deliktsbereichen liegen die Viktimisierungsrisiken älterer Menschen unter denen von Kindern. Im Unterschied zu Jugendlichen, Heranwachsenden und Erwachsenen vor dem 60. Lebensjahr weisen die polizeilichen Daten im Zeitraum 1993–2006 für Seniorinnen und Senioren nicht oder nur in geringerem Maße auf einen Anstieg von Opfergefährdungen hin. Vor allem aufgrund der vergleichsweise hohen Belastung älterer Frauen durch Delikte des Handtaschenraubs sind die Geschlechterunterschiede in den polizeilichen Gefährdungsindikatoren insgesamt bei älteren Menschen weniger ausgeprägt als in den jüngeren Gruppen, wo jeweils – mit Ausnahme der Sexualdelikte – Männer deutlich höhere Viktimisierungsrisiken aufweisen als Frauen. In der PKS dokumentierte Ausnahmen von dem generellen Befund einer geringen Viktimisierungsgefahr im höheren Lebensalter sind die Deliktsbereiche des Handtaschenraubs, der Misshandlung von Schutzbefohlenen, des Mordes in Verbindung mit Raubdelikten sowie der fahrlässigen Tötung. Im Bereich der Tötungsdelikte zeigen sich ferner insofern Auffälligkeiten, als bei einigen Deliktmustern der Anteil von Opfern vollendeter Delikte an allen Opfern in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutlich größer ist als bei jüngeren.

Insgesamt zeigen die PKS-Daten eine im höheren Erwachsenenalter deutlich zurückgehende Belastung im Bereich der registrierten Kriminalität. Die grobe Altersdifferenzierung (21–59 J./60 J. +) und die Beschränkung auf Gewaltkriminalität markieren Grenzen der Aussagekraft der Daten für die Gefährdung älterer Menschen im Bereich der registrierten Kriminalität.

Analyse polizeilicher Daten zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten an älteren Menschen (Modul 1)

Entgegen dem der PKS zu entnehmenden allgemeinen Trend zu einem Rückgang der Gefährdung mit dem Alter gibt es im Bereich der Eigentums- und Vermögenskriminalität Deliktsfelder, bei denen dies nicht der Fall ist, vielmehr gezielt ältere Menschen als Opfer „angesteuert“ werden und diese Altersgruppe insofern ein erhöhtes Risiko trägt. Musterbeispiele hierfür sind der sogenannte „Enkeltrick“, bei dem eine Verwandtschaftsbeziehung und eine finanzielle Notlage vorgetäuscht und vielfach beträchtliche Summen betrügerisch erbeutet werden, sowie zahlreiche Varianten von Trickdiebstählen (etwa „Stadtwerketrick“), bei denen die Täter und Täterinnen unter dem Deckmantel einer professionellen Identität Zutritt zur Wohnung des Opfers erlangen und dieses ablenken, während mindestens ein weiterer Täter oder eine weitere Täterin die Wohnung nach Bargeld und Wertgegenständen durchsucht.

Zur Analyse dieses spezifischen Deliktsbereiches wurden mehrere Zugänge gewählt. Datengrundlage einer Aktenanalyse zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten an älteren Opfern ist eine geschichtete Zufallsstichprobe polizeilicher Akten zu 303 von der Polizei der Freien Hansestadt Bremen in den Jahren 2003 bis 2005 bearbeiteten Fällen, in denen Menschen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr Opfer von Betrug (§ 263 StGB), Untreue (§ 266 StGB), Unterschlagung (§ 246 StGB) sowie von mit Täuschungen der Opfer einhergehenden und insofern als Trickdiebstahl klassifizierten Diebstahlsdelikten wurden. In der untersuchten Stichprobe machen Betrugsdelikte 47,5% des Fallaufkommens aus, 37,6% entfallen auf Diebstahl, 13,9% auf Unterschlagung und 2,0% auf Untreuedelikte. Ergänzend wurden zu einschlägigen Delikten Daten aus einem polizeilichen Vorgangsverwaltungssystem analysiert und acht leitfadensorientierte Interviews mit älteren weiblichen Opfern geführt.

Die erhobenen Daten zeigen, dass im Bereich der Trickdiebstähle ein steiler Anstieg des Viktimisierungsrisikos im höheren Alter und zwar insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres zu verzeichnen ist. Betroffen sind vor allem alleinlebende hochaltrige Frauen. Um das Vertrauen der Opfer zu gewinnen bzw. um Zutritt zur Wohnung zu erlangen, nutzen die Täter und Täterinnen verschiedene Strategien. Dazu gehört das Simulieren von Hilfebedarf (Zettel-, Wasserglas- oder Nachbarschaftstricks), das Vortäuschen einer Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsbeziehung zum Opfer (wie beim sogenannten Enkeltrick) oder einer bestimmten beruflichen Funktion (wie beim Stadtwerketrick). Die Täter und Täterinnen konzentrieren sich auf in Privatwohnungen, möglichst in Einpersonenhaushalten lebende Hochaltrige. Im Bereich der Prävention ist neben einer Fortführung der polizeilicherseits bereits betriebenen Aufklärung potenzieller Opfer u. a. an Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen mit Bankbeschäftigten zu denken, denen insbesondere im Bereich des Enkeltricks vielfach die Funktion eines *Gatekeepers* zukommt.

Bundesweiter Viktimisierungssurvey in der Altersgruppe 40–85 Jahre (Modul 1)

Die kombiniert persönlich-mündliche und schriftliche Befragung von 3.030 Personen der Altersgruppe 40–85 Jahre wurde 2005 durch infas (Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn) durchgeführt. Ihr liegt eine Einwohnermelderegisterstichprobe aus 75 Gemeinden zugrunde. In Bezug auf die Face-to-Face-Interviews (Schwerpunkt: Opfererfahrungen im Bereich der Eigentums-, Gewalt- und Sexualdelikte) beträgt die Teilnahmequote 42%. Zu den 3.030 persönlich-mündlichen Interviews liegen 2.602 ausgefüllte

Drop-off-Fragebögen vor (Schwerpunkt: Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder; Teilnahmequote *drop off* 86%).

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Gefährdungssituation jenes Teiles der älteren Population, der mittels derartiger Befragungen erreicht wird, sich – hierin in der Tendenz den Daten der PKS vergleichbar – eher undramatisch darstellt. Im Hinblick auf allgemeine Kriminalität (Eigentums-, Gewalt- und Sexualdelikte) sind die 12-Monats- und 5-Jahres-Prävalenzen und -Inzidenzen für 60- bis 85-Jährige beträchtlich niedriger als für jüngere Erwachsene. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der letzten 12 Monate von mindestens einem von 16 erfragten Deliktmustern betroffen waren, liegt bei Männern wie Frauen in der Gruppe der 40- bis 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%). Handtaschenraub ist das einzige erfragte Delikt mit einer bei Frauen der Altersgruppe 60+ höheren 12-Monats-Prävalenz im Vergleich zu Frauen der Altersgruppe 40–59 Jahre (1,1% vs. 0,6%). In beiden Altersgruppen ist die Prävalenz von Eigentums- und Vermögensdelikten ca. 4-mal höher als die Rate von Personen, die Gewalt oder Sexualdelikte erlitten haben. Vergleiche der Viktimisierungssurveys 1992 und 2005 zeigen, dass 12-Monats- und 5-Jahres-Prävalenzen 2005 für beide Geschlechter und beide Altersgruppen niedriger liegen als 1992, während es im Hinblick auf Lebenszeitprävalenzen keinen klaren Trend gibt.

Ältere Menschen zeichnen sich den Befragungsergebnissen zufolge durch Kriminalitätswahrnehmungen aus, die insofern realistisch sind, als das eigene Risiko eher gering veranschlagt und vor allem im Bereich der Eigentumsstraftaten gesehen wird. Sie sind nicht furchtsamer als Jüngere, verhalten sich aber vorsichtiger. Dieses Vorsichtsverhalten ist auch vor dem Hintergrund altersbezogener Veränderungen im Lebensstil zu sehen.

Als Prädiktoren einer Viktimisierung durch Straftaten während der letzten 5 Jahre erweisen sich u. a. das Leben in großstädtisch geprägten Räumen, das Betroffensein durch kritische Lebensereignisse (insbesondere finanzielle Notlagen, schwerwiegende Konflikte mit nahestehenden Personen, schwere Krankheiten oder Verletzungen), als unzureichend erlebte informelle soziale Unterstützung sowie ein hoher Anteil von Aktivitäten außerhalb des privaten Wohnbereichs. Jüngere Personen hatten auch bei multivariater Betrachtung ein höheres Risiko als ältere.

Auch im Hinblick auf – mittels *Drop-off*-Befragung erfasste – Viktimisierungen in engen Beziehungen (Familien- und Haushaltsmitglieder) zeigt sich, dass alle erfragten Formen von Opfererfahrungen im Bereich häuslicher Gewalt bei 40- bis 59-Jährigen weiter verbreitet sind als in der Altersgruppe 60+. So liegen die 12-Monats-Prävalenzen für physische Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder in der Altersgruppe 40–59 Jahre (Frauen: 4,5%, Männer: 3,4%) mehr als 2,5-mal so hoch wie in der Altersgruppe 60 Jahre + (Frauen: 1,6%, Männer: 1,3%). Das Bild wird quantitativ dominiert von psychischer und verbaler Aggression. Während in der Altersgruppe der 60- bis 85-Jährigen etwa jeder vierte Befragte (Frauen: 24,9%, Männer: 26,3%) angibt, innerhalb der letzten 12 Monate verbal aggressives Verhalten und andere nicht körperliche Formen von Aggression durch nahestehende Personen erlebt zu haben, berichten nur relativ wenige ältere Befragte auch über körperliche Gewalt. Frauen werden in stärkerem Maße als Männer Opfer von Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Ca. jeder siebte ältere

Befragte, der aktuell oder in den letzten 5 Jahren Pflege (in einem weit gefassten Sinne) benötigte, berichtet problematisches Verhalten von Pflege- und Unterstützungspersonen (Misshandlung, Vernachlässigung, Missachtung von Autonomie und Würde). Das Risiko gravierender Nahraumviktimsierung (d. h. Erleben von körperlicher Gewalt, sexueller Gewalt oder finanzieller Ausbeutung) während der letzten 5 Jahre war vor allem dann erhöht, wenn die Befragten auch verbal aggressives Verhalten von und gravierende Konflikte mit Familien- oder Haushaltsmitgliedern erlebt hatten; Prädiktoren waren ferner als unzureichend erlebte informelle soziale Unterstützung und wiederum ein hoher Anteil täglicher Aktivitäten außerhalb des privaten Wohnbereichs. Das Risiko war erhöht für Frauen, für relativ jüngere Befragte und für solche ohne religiöse Bindung.

Das Bild der Opferwerdung im höheren Lebensalter muss notwendigerweise auch nach Einbeziehung dieser großen Dunkelfeldbefragung insofern unvollständig bleiben, als einige besonders vulnerable Teilpopulationen der älteren Generation über solche standardisierten Surveys kaum erreicht werden können. Hierzu gehören insbesondere pflegebedürftige ältere Menschen.

Die Untersuchungskomponenten in Modul 2 sind von dem Bestreben getragen, auf dem Weg zu einer Viktimologie auch des „vierten Lebensalters“ voranzuschreiten.

Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings (Modul 2)

Kernstück der Untersuchung zu Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen ist eine qualitative Interviewstudie in Pflegearrangements im privaten Wohnumfeld. Im Zeitraum zwischen November 2005 und Juni 2006 wurden in drei deutschen Regionen leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen und ambulanten Pflegekräften geführt. Insgesamt wurden dabei in 178 Interviews und 4 Gruppengesprächen 201 Gesprächspartnerinnen und -partner erreicht. In ca. 47% der untersuchten Pflegearrangements ging es um die Pflege kognitiv bedeutsam beeinträchtigter (meist demenziell erkrankter) Personen. Der Zugang zu den Befragten erfolgte über Presseveröffentlichungen sowie über eine Zufallsauswahl ambulanter Dienste, in geringerem Maße auch über einschlägige Beratungs- und Hilfeeinrichtungen. Zentrale Kriterien für die Stichprobenbildung waren (neben der regionalen Gliederung) die Aspekte der intragenerationalen bzw. intergenerationalen Pflege, der Pflege demenziell bzw. nicht demenziell Erkrankter sowie der Pflege mit bzw. ohne Unterstützung ambulanter Dienste. Nach Möglichkeit wurde jeweils das „vollständige befragbare Pflegearrangement“ interviewt (d. h. stets das pflegende Familienmitglied, soweit befragbar auch die pflegebedürftige Person, soweit vorhanden auch die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes). Befragungen von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen innerhalb eines Pflegehaushalts wurden nach Möglichkeit simultan und räumlich getrennt durch zwei Interviewerinnen bzw. Interviewer durchgeführt. Ergänzend wurden Fachkräfte aus den Bereichen Pflege und Pflegebegutachtung sowie Krisenintervention und Beratung zu altersbezogenen Problemen und Krisen in der Pflege befragt. Diese Interviews mit Expertinnen und Experten haben sich im Hinblick auf die berichtete Bandbreite an Viktimisierungsvorkommnissen, die diesen zugrunde liegenden Bedingungsfaktoren sowie die Frage nach erfolgten und nicht erfolgten Interventionen als ergiebige Datenquelle erwiesen.

In den Interviews wurde über viele Fälle grundsätzlich gelungener Pflegebeziehungen berichtet, es wurden aber auch in großer Zahl Viktimisierungen und problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen geschildert und ein im Hinblick auf Erscheinungsformen, Schwere, Auslöser und Kontexte solcher Vorkommnisse höchst vielschichtiges und heterogenes Geschehen wurde sichtbar. Es wurde deutlich, dass es – insbesondere im Bereich der pflegerischen Vernachlässigung, des Ausübens von Zwang und der Freiheitseinschränkung – zu Viktimisierungen Pflegebedürftiger kommt, bei denen aufseiten der Täter und Täterinnen keine Schädigungsintention vorliegt. In vielen anderen Fällen entsteht eine Schädigungsabsicht im Kontext einer kritischen, eskalationsgeneigten Interaktionssituation. Schließlich kommt es auch zu Viktimisierungen, bei welchen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht des Täters oder der Täterin angenommen werden muss. Schilderungen zu dem letztgenannten, für die Betroffenen besonders gravierenden und gefährdenden Falltypus liegen primär aus den Interviews mit ambulanten Pflegekräften und anderen befragten Fachkräften vor.

Als maßgeblicher Faktor für das Viktimisierungsrisiko in der familialen Pflege erweist sich die Qualität der Vorbeziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person und – hiermit im Zusammenhang stehend – die motivationale Basis für Übernahme und Aufrechterhaltung von Pflegeverantwortung. Gravierende Gewaltvorkommnisse werden vor dem Hintergrund der Kombination einer negativen Beziehungsentwicklung mit Bereicherungsmotiven, welche zur Pflegeübernahme führen, berichtet. Als problematisch erweisen sich Konstellationen von Pflege, in denen massive Abhängigkeiten und Dominanzverhältnisse (sowohl zwischen Partnern als auch zwischen Eltern und Kindern) in der Pflegebeziehung weiter bestehen bzw. sich dort umkehren. Trotz positiver Pflegemotivation und guter präorbider Beziehungsqualität kann es vor allem dann zu gewaltförmigem Verhalten in der Pflege kommen, wenn Belastungsfaktoren eine erfolgreiche Bewältigung von Pflegeaufgaben erschweren und die Pflegenden zugleich dem Pflegebedürftigen Verantwortung für auftretende Probleme zuschreiben, indem sie z. B. mangelnde Kooperationsbereitschaft unterstellen. Häufig werden vor dem Hintergrund solcher Konstellationen Viktimisierungen im Zusammenhang mit (vor allem Stuhl-)Inkontinenz berichtet. Erhöhte Viktimisierungsrisiken sind hier häufig mit physischen bzw. psychischen Einschränkungen der Pflegenden verknüpft, teils auch mit Suchtmittelmissbrauch und mit mangelnden Informationen über Krankheitsverläufe und adäquate pflegerische Handlungen. Von Bedeutung sind dabei auch finanzielle Mangellagen, die eine ausreichende Nutzung professioneller Pflege oder alternative Lösungen wie eine Pflegeheimübersiedlung verhindern. Weiter tragen die spezifischen Anforderungen von Demenzpflege und aggressives Verhalten Pflegebedürftiger dazu bei, das Risiko von Misshandlung und Vernachlässigung in solchen Pflegebeziehungen zu erhöhen.

In den Interviews wird deutlich, dass die Komplexe häusliche Gewalt und Gewalt in Pflegebeziehungen auf vielfältige Weise eng miteinander verknüpft sind. Pflegebedingte Abhängigkeiten verschränken sich mit inter- und intragenerationalen finanziellen, sozialen und emotionalen Abhängigkeiten. Die bestehenden Machtverhältnisse können durch Eintreten einer Pflegebeziehung verstärkt oder auch unterlaufen werden – beides kann Konflikte verstärken. Dabei spielen geschlechterhierarchische Beziehungsstrukturen ebenso eine Rolle wie individuelle Charakteristika der beteiligten Personen und ihrer Beziehungsgestaltung.

Viktimisierungen beschränken sich nicht auf die Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen. Im Interviewmaterial liegen zahlreiche Berichte zu Schädigungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte, andere Personen aus dem sozialen Umfeld des Opfers, aber auch durch fremde Täter und Täterinnen vor. In Bezug auf die letztgenannte Gruppe dominieren Berichte über finanzielle Schädigungen, zumeist Trickdiebstahl und Betrug, bei erhöhtem Viktimisierungsrisiko alleinlebender Personen. Die Studie zeigt zudem, dass ältere Menschen auch als Pflegende ihrerseits in erheblichem Umfang Opfer von Viktimisierungen durch Pflegebedürftige werden.

Die Befunde über erfolgte und nicht erfolgte Interventionen in Fällen von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen zeigen, dass bereits der Kenntnisnahme und Aufdeckung von Viktimisierungen zahlreiche Hindernisse entgegenstehen. Hierbei kommt ambulanten Pflegediensten eine Schlüsselstellung zu, da sie oftmals als Erste Kenntnis von einschlägigen Fällen erlangen und weitere Akteure hinzuziehen können. Es mangelt zum einen diesbezüglich zum Teil an organisationsintern verbindlichen Interventionsstrategien, zum anderen wird die eigene Rolle als potenziell intervenierende Organisation nicht immer in ausreichendem Maße wahrgenommen. Auch in Bezug auf Ärztinnen und Ärzte wird im Interviewmaterial eine Diskrepanz zwischen potenzieller und tatsächlicher Bedeutung für frühes Erkennen und frühe Intervention sichtbar. Einen wichtigen präventiven Beitrag können die Pflegeeinstufungs- und Begutachtungsverfahren der Pflegekassen und kommunalen Träger häuslicher Pflege leisten, indem sie stärker als bisher im Sinne einer umfassenden Beratung und Einschätzung der häuslichen Gesamtsituation genutzt werden. Soweit niedrigschwellige Beratungs- und Kriseninterventionsangebote zu Problemen des Alterns und der Pflegebedürftigkeit bestehen, kommt ihnen eine Funktion als wichtige Anlauf- und Clearingstelle für Probleme in Pflegebeziehungen zu.

Die Interviewstudie zeigt ferner, dass auch nach „Sichtbarwerden“ eines Falles Interventionen teilweise nur schleppend und nicht durchgreifend erfolgen. Zu den hierbei im Hintergrund stehenden institutionellen Problemfeldern gehören die Nichtwahrnehmung der eigenen Verantwortung für die Beendigung einer Viktimisierungssituation, ein erheblicher Mangel an Kommunikation zwischen fallbeteiligten Akteuren, schließlich auch das Fehlen kurzfristig verfügbarer Schutzmaßnahmen und Unterbringungsmöglichkeiten für Betroffene.

Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste (Modul 2)

Im Frühjahr 2005 wurde eine sich auf sämtliche im Bereich der Stadt Hannover tätigen ambulanten Pflegedienste erstreckende schriftliche Befragung von Pflegekräften durchgeführt. Die Pflegenden wurden als „Täter“, „Opfer“ und „Informanten“ befragt (Welches problematische Verhalten haben sie selbst gegenüber Pflegebedürftigen gezeigt? Was ist ihnen durch Pflegebedürftige widerfahren? Was haben sie beobachtet bzw. wovon haben sie auf andere Weise Kenntnis erlangt?); Referenzzeitraum waren jeweils die letzten zwölf Monate.

503 Pflegekräfte (zu 86% weiblich, Durchschnittsalter 41 Jahre) beteiligten sich an der Befragung; dies entspricht 43% der pflegerisch tätigen Beschäftigten derjenigen Dienste (49 von insgesamt 55), deren Leitungen ihre Einwilligung in eine Teilnahme an der Studie erklärt hatten.

Während rund zwei Drittel der befragten Pflegekräfte angaben, innerhalb der letzten 12 Monate von Pflegebedürftigen physisch oder verbal angegriffen bzw. sexuell belästigt worden zu sein, berichteten nahezu 40% für diesen Zeitraum eigenes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Am häufigsten traten Formen psychischer Misshandlung und verbaler Aggression auf (21% der Befragten); weit verbreitet waren auch pflegerische (19%) bzw. psychosoziale Vernachlässigung (16%). Formen physischer Misshandlung wurden von 9% der Befragten berichtet; 10% gaben an, im Referenzzeitraum Pflegebedürftige auf Wunsch von Angehörigen bzw. aus arbeitsökonomischen Motiven eingesperrt oder fixiert zu haben.

Als Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens ambulanter Pflegekräfte erwiesen sich vor allem aggressive Übergriffe vonseiten Pflegebedürftiger, eine große Zahl regelmäßig zu versorgender demenziell erkrankter Personen, Alkoholkonsum als dysfunktionale Strategie der Bewältigung beruflicher Belastungen sowie eine insgesamt negative Einschätzung der Qualität des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes durch die befragte Person.

Befragung pflegender Angehöriger (Modul 2)

Befragt wurde eine im Wesentlichen über Aufrufe in Presseorganen rekrutierte Stichprobe pflegender Angehöriger älterer Menschen, die seit mindestens einem Jahr Pflegeverantwortung übernommen hatten. Die Stichprobe bildet eine breite Palette von Pflegekonstellationen ab, beansprucht aber keine Repräsentativität. 254 Personen beteiligten sich an der Befragung, darunter 40 Männer. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 62,9 Jahren (Frauen 61,8 Jahre, Männer 68,9 Jahre). Zu 46,5% waren die Pflegenden Partnerinnen oder Partner der Pflegebedürftigen, zu 43,5% Töchter oder Söhne. Bei den Pflegebedürftigen waren die Frauen mit 85,1 Jahren deutlich älter als die Männer (75,2 Jahre). Exakt die Hälfte der Pflegebedürftigen wurde von den Befragten als demenziell erkrankt eingestuft.

Die Befragung pflegender Angehöriger weist darauf hin, dass Problemverhalten von Pflegenden in familialen Pflegebeziehungen in beträchtlichem Ausmaß vorkommt. Psychische Misshandlung Pflegebedürftiger durch ihre pflegenden Angehörigen ist in der untersuchten Stichprobe mit einer 12-Monats-Prävalenz von 47,6% am weitesten verbreitet. Formen physischer Misshandlung berichten für einen Zeitraum von 12 Monaten 19,4% der Befragten. Zugleich belegt die Befragung auch, dass familial Pflegende in beträchtlichem Ausmaß körperliche und verbale Übergriffe durch Pflegebedürftige erleben. Bei multivariater Betrachtung ist die wahrgenommene Beziehungsverschlechterung im Pflegeverlauf ein zentraler Prädiktor bedeutsamen Problemverhaltens, der hinsichtlich seines möglichen kausalen Status der kritischen Reflexion bedarf. Darüber hinaus erweisen sich Pflegebedürftige als besonders gefährdet, wenn der Pflegende Alkohol als Mittel zur Belastungsbewältigung konsumiert, wenn die Pflegebedürftigen schwerstpflegebedürftig sind und wenn sie gegenüber den Pflegenden physisch und verbal aggressives Verhalten zeigen.

4. Schlussfolgerungen

Kriminalitätsgefährdung im Alter

Das insgesamt wenig dramatische Bild der Viktimisierungsrisiken Älterer in Bezug auf Eigentums- und Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikte legt Handlungsstrategien nahe, die selektiv auf aktuelle und mögliche zukünftige Gefahrenzonen ausgerichtet sind. Dies betrifft insbesondere jene Kriminalitätsfelder, in denen Täter und Täterinnen – zum Teil in organisierter und geschäftsmäßiger Weise – gezielt ältere und hochaltrige Menschen als Opfer auswählen und ansteuern. Prävention in diesem Bereich sollte – soweit sie sich direkt an die potenziellen Opfer richtet – biografisch frühzeitig, jedenfalls vor dem Erreichen des hohen Alters einsetzen, um Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit zu gewährleisten. Prävention bedarf der Einbeziehung von Personen und Institutionen, die im Hinblick auf Gefährdungen Älterer *Guardian*-Funktionen übernehmen können (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Banken). Sie sollte neben Kriminalität im engeren Sinne auch systematisch auf Ältere ausgerichtete unseriöse Geschäftspraktiken in den Blick nehmen; als Akteure kommen hier neben der Polizei vor allem Ordnungsbehörden und Verbraucherschutzinstitutionen in Betracht. Hinsichtlich der Gefährdung älterer Menschen durch Tötungsdelikte und der Frage eines altersspezifischen Dunkelfeldes besteht Forschungs- wie Handlungsbedarf. Letzterer ist u. a. im Hinblick auf Maßnahmen zu einer Optimierung der Todesursachenfeststellung zu sehen.

Häusliche Gewalt im Alter

Bei insgesamt im Alter deutlich zurückgehender Gewalt im Nahraum gibt es zugleich zum Teil gravierende, in hohem Maße verfestigte Formen von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen. Zu den Charakteristika des Problemfeldes gehören besondere Hemmnisse und Schwierigkeiten der Hilfeinanspruchnahme aufseiten der Betroffenen sowie eine Infrastruktur, die sich primär an Opfern im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter ausrichtet, jedenfalls die Spezifika der Situation älterer (weiblicher) Gewaltopfer bislang nur in Ansätzen wahrnimmt. Es handelt sich um eine Problematik, die in ganz besonderem Maße der Vernetzung von Akteuren und Institutionen aus den Themenfeldern „Alter“, „Pflege“ und „häusliche Gewalt/Nahraumgewalt“ bedarf – dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Gewalt zwischen Partnern auch im Kontext häuslicher Pflege auftritt und dort eigene Dynamiken, Randbedingungen und Handlungsmöglichkeiten mit sich bringt. Erforderlich in diesem Bereich sind Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Schulung, die darauf abzielen, die Existenz des Problemfeldes zu verdeutlichen und insbesondere bei Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, dem großen Bereich psychosozialer Professionen sowie bei Instanzen der formellen Sozialkontrolle Problembewusstsein, Problemwissen und Kompetenzen im Umgang mit einschlägigen Fällen zu verbessern. Beratungs- und Hilfeangebote für ältere Opfer häuslicher Gewalt sollten – im Hinblick auf spezifische Bedingungen der Hilfeinanspruchnahme in dieser Opfergruppe – niedrigschwellig ausgerichtet sein, die Möglichkeiten proaktiver und zugehender Arbeitsweisen prüfen und mit Veränderungskonzepten und fallbezogenen Zielvorstellungen arbeiten, welche der besonderen Situation älterer Opfer angepasst sind. Die Angebote und Interventionskonzepte für Fälle häuslicher Gewalt sollten gezielt auch für ältere Opfer geöffnet werden; zusätzlich könnte die bestehende Infrastruktur für Frauen und Kinder als Opfer von Nahraumgewalt um spezifische Angebote für ältere Frauen und Männer ergänzt werden.

Viktimisierung älterer Pflegebedürftiger

Während sich Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im „dritten Lebensalter“ auf der Basis der vorhandenen Dunkel- wie Hellfelddaten recht verlässlich quantifizieren lassen, bestehen in Bezug auf Hochaltrige und Pflegebedürftige diesbezüglich Unschärfen. Da Morbidität und Pflegebedürftigkeit tendenziell mit erhöhter Vulnerabilität der Person gegenüber etwaigen Viktimisierungsversuchen, reduzierter Anzeigefähigkeit sowie einer stark verminderten Wahrscheinlichkeit der Einbeziehung in sozialwissenschaftliche Bevölkerungsbefragungen einhergehen, ist davon auszugehen, dass sowohl die Polizeiliche Kriminalstatistik als auch thematisch einschlägige Surveys die realen Viktimisierungsrisiken in dieser Lebensphase nicht adäquat abbilden. Die Befunde der vorliegenden – in Modul 2 spezifisch auf häusliche Pflegekonstellationen zugeschnittenen – Studie zeigen die Bandbreite und Verschiedenartigkeit von Viktimisierungsformen in der häuslichen Pflege sowie die Notwendigkeit dieser Heterogenität Rechnung tragender Präventions- und Interventionskonzepte auf. Als das Risiko der Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen verstärkende Faktoren treten u. a. negative Qualität der prämorbidem Beziehung, negative Beziehungsdynamik unter Pflegebedingungen, finanziell oder nur durch Verpflichtungsgefühle motivierte Übernahme und Aufrechterhaltung von Pflegeverantwortung, fehlendes Wissen um Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe, erlebte pflegerische Belastung bei gleichzeitiger Interpretation des Verhaltens des Pflegebedürftigen als intentional, dysfunktionale Strategien der Belastungsbewältigung, insbesondere der Konsum von Alkohol, schwierige ökonomische Rahmenbedingungen, welche die Nutzung externer Hilfen limitieren sowie aggressives bzw. als aggressiv erlebtes Verhalten des Pflegebedürftigen in Erscheinung. Im Hinblick auf die Gestaltung von Prävention und Intervention ist zwischen unterstützenden, entlastenden, beratenden Maßnahmen auf der einen Seite (im Hinblick auf Fälle der Viktimisierung durch „prinzipiell gutwillige“ Pflegende) und kontrollierenden und sichernden Maßnahmen auf der anderen Seite (in Fällen einer nicht nur kurzfristig situativ entstandenen Schädigungsabsicht aufseiten des Täters oder der Täterin, insbesondere des gezielten Ausnutzens der besonderen Verletzbarkeit Pflegebedürftiger und bei Fällen chronifizierter Partnerschaftsgewalt) zu differenzieren. Aufgrund der in der Regel stark eingeschränkten Hilfesuchmöglichkeiten von Pflegebedürftigen sollte die Option proaktiver, zugehender Elemente in der Gestaltung von Hilfsangeboten stets vorrangig geprüft werden. Einer Optimierung der Zusammenarbeit zwischen interventionsrelevanten Berufsgruppen, Institutionen und Organisationen kommt große Bedeutung zu. Hierzu gehört insbesondere eine bessere Kooperation zwischen Akteurinnen bzw. Akteuren des Gesundheits-, Pflege- und Altenhilfesystems, kommunalen und freigemeinnützigen Beratungs- und Kriseninterventionsstrukturen sowie Polizei und Justiz. Im Hinblick auf die genannten Bereiche besteht besonderer Bedarf an institutionen- und berufsgruppenbezogener Sensibilisierung im Hinblick auf Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen, der Vermittlung von Interventionskompetenzen sowie der Entwicklung verbindlicher organisationsinterner Interventionsverfahren. Sensibilisierungsmaßnahmen sollten durch den Aufbau eines dezentral verfügbaren niedrigschwelligen Beratungsangebots zu alterns- und pflegebezogenen Fragen – welches das Angebot von bzw. die Vermittlung zu Kriseninterventionsmöglichkeiten in Fällen von Gewalt in Pflegebeziehungen einschließt – flankiert werden. Eine im Sinne der Beendigung bestehender Viktimisierungssituationen wirksame Intervention setzt ferner voraus, dass den Opfern Schutzmöglichkeiten in akuten Bedrohungslagen zur Verfügung stehen. Hier sind die entsprechenden institutionellen

und leistungsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Ein – unter kritischer Prüfung der Übertragbarkeit an Regelungen im Kinder- und Jugendhilferecht angelehnter – Ausbau familienrechtlicher Instrumente in Bezug auf Fälle der Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen könnte dazu beitragen, Eingriffsmöglichkeiten deutlich unterhalb der Schwelle strafrechtlicher Interventionen zu schaffen bzw. zu verbessern. Generell sind auch Sensibilisierungsmaßnahmen angezeigt, die den Unrechtsgehalt und den die Menschenrechte verletzenden Charakter von Viktimisierungen älterer Menschen allgemein und insbesondere in der häuslichen Pflege hervorheben. Eine ausdrückliche gesetzliche Gewährleistung des Rechts auf gewaltfreie Pflege könnte hier – wie von einem Arbeitskreis des Deutschen Familiengerichtstages vorgeschlagen – normverdeutlichende Wirkung entfalten.

I.

Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen – eine facettenreiche Thematik

Thomas Görgen

1.1 Überblick

Der demografische Wandel, die gravierenden Veränderungen vor allem der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflussen bereits heute und künftig in noch stärkerem Maße alle Lebensbereiche und gesellschaftlichen Problemfelder. Auch Kriminalitäts- und Gewaltphänomene – bislang vor allem auf der Täterseite vornehmlich mit jüngeren Männern assoziiert – können hiervon nicht unberührt bleiben.

Menschen ab dem 60. Lebensjahr stellten 1990 ein Fünftel, im Jahr 2000 bereits knapp ein Viertel der bundesdeutschen Bevölkerung. Nach den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2006b) wird sich die Zahl der 65-Jährigen und Älteren in Deutschland von 15,9 Mio. im Jahr 2005 bis 2037 um rund 50% auf 23,8 Mio. erhöhen und anschließend bis 2050 leicht auf 22,9 Mio. zurückgehen. Dabei ist der Zuwachs im Bereich der Hochaltrigen am stärksten. Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird von 3,6 Mio. im Jahr 2005 auf 5,9 Mio. 2020 steigen. Für 2030 wird sie auf 6,3 Mio., für 2050 gar auf 10 Mio. veranschlagt.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (2008) lag die Gesamtzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung Anfang des Jahres 2007 bei 2,1 Mio.¹; davon entfielen 1,4 Mio. auf den ambulanten, 0,7 Mio. auf den stationären Bereich. Pflegebedürftigkeit ist ein Merkmal, dessen Verbreitung mit dem Alter drastisch zunimmt. Während Ende des Jahres 2005 der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe 75–79 Jahre bei nur 9,6% lag, erreichte er bei den 80- bis 84-Jährigen 20,3%, bei den 85- bis 89-Jährigen 36,3% und stieg in der Altersgruppe 90–94 Jahre auf 60,8% (Statistisches Bundesamt, 2007b). Nur rund 18% der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung sind jünger als 60 Jahre; hingegen liegt der Anteil der 80-Jährigen und Älteren bei ca. 51%.

Das Anwachsen dieser Bevölkerungsgruppe hat insgesamt in der Gesellschaft zu einer zunehmenden Beachtung ihrer Bedürfnisse und Interessen, aber auch der hier auftretenden Risiken und Schwierigkeiten geführt. Ältere Menschen als von Kriminalität und Gewalt Betroffene sind jedoch eine von der sozialwissenschaftlichen Forschung spät wahrgenommene Gruppe; erst ab den 1970er-Jahren gibt es nennenswerte Ansätze einer systematischen Befassung mit der Thematik (Fattah & Sacco, 1989, S. 229). In der

¹ Da der Bezug von SGB-XI-Leistungen an Voraussetzungen hinsichtlich der Intensität und des Umfangs des Pflege- und Hilfebedarfs geknüpft ist und das (erfolgreiche) Durchlaufen eines formalisierten Verfahrens der Bedarfsprüfung voraussetzt, muss dies als sehr konservative Schätzung der tatsächlichen Zahl der Menschen mit Pflegebedarf betrachtet werden.

langen Zurückhaltung der Forschung kommen neben insgesamt im Vergleich zu jüngeren geringeren Viktimisierungsrisiken auch stereotype und vereinfachende Vorstellungen über Merkmale und Lebensstile älterer Menschen sowie über Entstehungsbedingungen und Beweggründe gewaltförmigen Handelns zum Ausdruck, möglicherweise auch Prozesse der Diskriminierung, Abwehr und Abwertung. Insbesondere wurden die besondere Vulnerabilität Älterer sowie altersspezifische, aus Viktimisierungen resultierende Belastungen lange ignoriert.²

Die „Entdeckung“ älterer Menschen als Kriminalitäts- und Gewaltopfer vollzog sich dabei nicht in einem Schritt, sondern – teils zeitlich versetzt, teils parallel – mehrfach und in unterschiedlichen Forschungs- und Handlungskontexten. Aufmerksamkeit fanden sie als Opfer „klassischer Kriminalität“, als Opfer innerfamiliärer Gewalt sowie als von unzureichender Pflege Betroffene. Diese multiplen Entdeckungen bedingen je spezifische Konzepte, thematische Schwerpunkte, Erkenntnisinteressen und methodische Zugänge. Sie eröffnen Möglichkeiten zu einer interdisziplinären und multiperspektivischen Herangehensweise, schaffen aber zugleich Potenziale für divergierende Begriffsverwendungen und -verständnisse innerhalb des Forschungs- und Praxisfeldes „Gewalt gegen Ältere“.

Heute lassen sich im Wesentlichen zwei Forschungsstränge mit je eigener Terminologie, thematischen Schwerpunkten und methodischen Vorgehensweisen unterscheiden. Untersuchungen befassen sich zum einen mit älteren Menschen als Kriminalitätsopfern (*criminal victimization of the elderly*), zum anderen mit Misshandlung und Vernachlässigung (*elder abuse and neglect*). Der erstgenannte Strang konzentriert sich vorrangig auf von Fremden begangene Delikte im öffentlichen Raum, deckt in der Regel ein breites Spektrum von Gewalt- sowie Eigentums- und Vermögensdelikten ab, stützt sich teilweise auf Polizei- und Justizstatistiken, bezieht aber auch Opfer- und Opferwerdungsbefragungen ein. Der zweite Forschungsstrang beschränkt sich auf gewaltförmige Viktimisierungen, definiert dabei allerdings in der Regel den Gewaltbegriff so weit, dass er über Alltagsverständnisse von Gewalt sowie über strafrechtliche Gewaltkonzepte hinausgeht und Delikte wie Beleidigung und Unterlassen von Hilfeleistungen umschließt. Teils nimmt er Bezug auf die Gesamtheit der Älteren, teils konzentriert er sich auf pflege- und hilfebedürftige Personen (vgl. Görden & Greve, 2006).

Die vorliegende Arbeit greift beide Stränge auf. Untersucht werden sowohl Viktimisierungsrisiken der älteren Allgemeinbevölkerung als auch die spezifische Situation derjenigen, die zu Hause von Angehörigen mit und ohne Unterstützung ambulanter Dienste gepflegt werden.

Damit sind längst nicht alle relevanten Aspekte des Themas „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ abgedeckt: Nachfolgend werden zunächst die inhaltlichen Schwerpunkte der Studie kurz umrissen; ferner wird auf einige weitere in diesem Zusammenhang bedeutsame Themenbereiche und Fragestellungen hingewiesen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher beleuchtet werden konnten.

² Kern der vor allem von Greve (vgl. Greve & Niederfranke, 1998; Greve, Hosser & Wetzels, 1996; Niederfranke & Greve, 1996) erhobenen Forderung nach einer Gerontoviktimologie ist die These, dass Antizipation, Erleben und Verarbeitung von Gewalterfahrungen bei älteren Menschen spezifische Ausprägungen annehmen, die sowohl eigene sozialwissenschaftliche, insbesondere viktimologische, Analysen erfordern als auch die Implementation altersgruppenspezifischer Hilfeangebote angeraten erscheinen lassen.

1.2 Schwerpunkte der Untersuchung

1.2.1 Ältere Menschen als Opfer von Straftaten: Erscheinungsbild und Entwicklung von Kriminalitätsrisiken im höheren Alter

Kriminalität und Gewalt sind Phänomene, welche zumindest unter einer akteurbezogenen Perspektive in der Regel eher mit Jugendlichkeit und Männlichkeit als mit dem (durch einen besonders hohen Anteil an Frauen geprägten) höheren Lebensalter assoziiert werden. Wo dies doch geschieht, richtet sich der Blick meist auf spezifische Gefährdungslagen und Vulnerabilitäten im Alter sowie auf eine möglicherweise in dieser Lebensphase besonders stark ausgeprägte Kriminalitätsfurcht (siehe 1.2.2).

Kriminalstatistiken wie Dunkelfeldstudien weisen das höhere Lebensalter im Großen und Ganzen als eine unter Gefährdungsgesichtspunkten relativ unspektakuläre Lebensphase aus. Doch bedeutet dies nicht, dass der Erkenntnisbedarf im Hinblick auf Opferwerdungen und Opferwerdungsrisiken im höheren Lebensalter bereits gedeckt wäre. Die jährlich erscheinende Polizeiliche Kriminalstatistik (zuletzt Bundeskriminalamt, 2008³) weist Opferdaten bislang nur für den Bereich der Gewaltdelikte aus und arbeitet mit einer recht groben, für eine altersbezogene Analyse behördlich registrierter Risiken wenig geeigneten Altersstrukturierung (21–59 Jahre, 60 Jahre und älter). Da in Deutschland – im Unterschied etwa zu den Vereinigten Staaten oder England und Wales – bislang keine regelmäßigen Viktimisierungsbefragungen durchgeführt werden, mangelt es an aktuellen Dunkelfelddaten. Die Datenerhebung der letzten auf das höhere Lebensalter bezogenen Viktimisierungsbefragung – seinerzeit ebenfalls durch das Bundesfamilienministerium gefördert (Wetzels, Greve, Mecklenburg, Bilsky & Pfeiffer, 1995) – wurde 1992 durchgeführt, sodass hier Bedarf an aktuellen Vergleichsdaten besteht.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Bedrohung älterer Menschen durch Straftaten unter Zuhilfenahme multipler Datenquellen und unter mehreren Perspektiven untersucht. Neben einer Auswertung der vorhandenen Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik steht im Zentrum der Untersuchung eine im Jahr 2005 durchgeführte bundesweite Opferwerdungsbefragung. Im Hinblick auf die spezifischen Erkenntnis-schwerpunkte der aktuellen Studie sowie auf die verfügbaren Ressourcen wurde die Befragung auf die Altersgruppe 40–85 Jahre beschränkt. Neben einer Aktualisierung viktimisierungsbezogener Daten bestanden zentrale Anliegen darin, Risiko- und Schutz-faktoren der Viktimisierung im höheren Lebensalter zu beleuchten und dabei alters-bezogene Merkmale, die in der Befragung des Jahres 1992 nicht oder nur am Rande beleuchtet worden waren, stärker zu gewichten. Dies betrifft insbesondere den Gesundheitszustand der Befragten sowie damit einhergehende Einschränkungen von funkti-onalen Kompetenzen. Darüber hinaus wurde – in einem Kooperationsprojekt mit der Hochschule für Öffentliche Verwaltung in Bremen – der in der PKS bislang nicht abge-bildete Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte bearbeitet, bei denen von den Tätern und Täterinnen gezielt ältere und hochaltrige Menschen als Opfer ausgewählt werden, da die Täter und Täterinnen sich hier besonders günstige Tatgelegenheiten und ein geringes Verfolgungsrisiko versprechen. Dies betrifft etwa den sogenannten „Enkel-

³ Die im Jahr 2008 veröffentlichte BKA-Statistik für das Jahr 2007 konnte für die vorliegende Studie nicht mehr herangezogen werden, da zum Zeitpunkt der Berichterlegung lediglich eine für Auswertungszwecke nicht hinreichende Kurzfassung vorlag.

trick“, aber auch Diebstahlsdelikte, bei denen sich die Täter und Täterinnen unter Vortäuschung einer professionellen Identität (z. B. als Mitarbeiter der jeweiligen Stadtwerke) Zutritt zum privaten Wohnraum des Opfers verschaffen. Im Hinblick auf dieses Deliktsfeld wurden polizeiliche Daten und Akten ausgewertet und Interviews mit einigen Opfern einschlägiger Straftaten geführt. Das zentrale Ziel besteht darin, einen für Kriminalitätsfelder insgesamt – angesichts des gerade im Alter hohen Risikos – untypischen Bereich auch mit Blick auf mögliche Präventions- und Interventionsansätze näher zu beleuchten.

1.2.2 Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl: Wie nehmen ältere Menschen Kriminalitätsrisiken wahr und wie gehen sie damit um?

Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl sind in vielerlei Hinsicht von praktischer Bedeutung. Sie beeinflussen die Lebensqualität einer Person, ihr Sozialverhalten, ihr Vertrauen in und ihre Kooperation mit Instanzen der formellen Sozialkontrolle, auch ihr politisches Wahlverhalten und ihre Wahrnehmung gesellschaftlicher und politischer Prozesse und Strukturen. Furcht und Unsicherheit können zu sozialem Rückzugsverhalten führen. Dies bedeutet nicht nur eine Einschränkung von Handlungs-, Erlebnis- und Partizipationsmöglichkeiten, sondern kann zu einer Preisgabe öffentlicher Räume führen, die damit erst recht zu (erlebten) Gefahrenräumen werden.⁴

Während die Forschung den Befund eines mit dem Alter abnehmenden Risikos von Gewalt- und Opfererfahrungen im öffentlichen Raum inzwischen zuverlässig belegt hat, galten ältere Menschen lange als eine durch ein hohes Maß an Kriminalitätsfurcht besonders belastete Gruppe. Dies hat zur Formulierung eines sogenannten Viktimisierung-Furcht-Paradoxons geführt, demzufolge Ältere eine in Relation zu ihrem „tatsächlichen“ Viktimisierungsrisiko unangemessen starke Kriminalitätsfurcht empfinden.⁵ Dieses vermeintliche Paradoxon prägt bis heute vielfach die öffentliche Wahrnehmung der Thematik. Offensichtlich ist die Vorstellung, dass ältere Menschen in ganz besonderem Maße kriminalitätsängstlich seien, im allgemeinen Bewusstsein stark verankert; kombiniert mit dem – freilich nicht bei jedermann vorhandenen – Wissen um, nach objektiven Daten, zurückgehende Risiken ergibt sich dann das Bild einer angesichts der realen Bedrohungslage unangemessen großen Furchtsamkeit.

Der scheinbare Widerspruch löst sich jedoch bei genauerer Betrachtung und differenzierter methodischer Vorgehensweise weitgehend auf. Die überwiegende Mehrzahl derartiger Befunde stützt sich vor allem auf eine primär das Vorsichtsverhalten als Indikator in Betracht ziehende Form der Furchterfassung. Da sich ältere Menschen tatsächlich vorsichtiger verhalten als jüngere, setzen sie sich – unterstützt durch einen zunehmend weniger auf den öffentlichen Raum und Kontakte zu fremden Personen hin orientierten Lebensstil – in geringerem Maße Risiken aus (Greve, 1998). Da Vorsichtsverhalten nicht nur von der subjektiven Wahrscheinlichkeit abhängt, von einer Straftat betroffen zu sein, sondern auch von den befürchteten Tatfolgen (die im höheren Alter tatsächlich schwerer und weniger reversibel sein können, etwa im Hinblick auf

⁴ Vgl. das von Goodstein & Shotlnad (1982) formulierte „crime causes crime model“; die Autoren beschreiben einen komplexen, mehrstufigen Prozess, der von Kriminalität über Kriminalitätsfurcht, furchtbedingte Aufgabe von Teilen des öffentlichen Raumes und dadurch verminderte informelle soziale Kontrolle zu neuer Kriminalität führt. Siehe zu dieser Thematik u. a. auch Bellair (2000), Lüdemann (2006), Vélez (2001).

⁵ Zusammenfassend dazu Greve, Hosser & Wetzels (1996).

gesundheitliche Folgen von Verletzungen und die Geschwindigkeit von Heilungsprozessen), erscheint ein erhöhtes Maß an Vorsicht durchaus angemessen (Greve, 2000; 2004a; 2004b).

Das Interesse der vorliegenden Studie richtete sich unter anderem darauf, Kriminalitätsfurcht in differenzierter Weise und auch auf konkrete Deliktsbereiche bezogen zu erheben und jenen Faktoren nachzugehen, die das Ausmaß der im Alter erlebten Furcht mitbestimmen. Bei aller mittlerweile im Vergleich zum Stereotyp des „irrational furchtsamen Älteren“ gewonnenen Klarheit handelt es sich um einen methodisch zum Teil schwer zugänglichen Bereich, bei dem gewissermaßen die Tücke in Details der Operationalisierung liegt.

1.2.3 Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege: Welche Gefährdungen bestehen für ältere Menschen, wenn sie pflegebedürftig werden?

In den letzten zehn Jahren wird die Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger verstärkt diskutiert. Hatte diese Thematik in der altersbezogenen KFN-Opferstudie aus der ersten Hälfte der 90er-Jahre noch kaum eine Rolle gespielt, so wird der Terminus „Gewalt gegen alte Menschen“ mittlerweile oft (und leider meist in dieser Bedeutung nicht offengelegt) als Synonym für „Misshandlung und Vernachlässigung älterer pflegebedürftiger Menschen“ gebraucht.⁶ In der Forschung wird „Gewalt in der Pflege“ einerseits aus den Alterns-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften, andererseits auch aus Kriminologie und Viktimologie heraus aufgegriffen.

Relativ zu den vorstehend genannten Themen handelt es sich um einen sehr spezifischen und in sich wiederum starker Differenzierung bedürftigen Forschungsgegenstand. Spezifisch ist er u. a. im Hinblick auf Tatgeschehen, Tathintergründe, Täter- und Opfermerkmale, Täter-Opfer-Beziehungen sowie Präventions- und Interventionsmöglichkeiten. Er betrifft einen wachsenden, in jedem Fall gegenüber etwaigen Viktimisierungsversuchen in besonderem Maße vulnerablen Teil der älteren Generation. Unter methodischen Gesichtspunkten sind hier ganz besondere Hürden zu überwinden, geht es doch um Handlungen (bzw. Unterlassungen), welche sich in aller Regel nicht im öffentlichen Raum abspielen und um Personen, die – von allen motivationalen Hindernissen zunächst einmal abgesehen – vielfach aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung kaum in der Lage sind, hierüber zu berichten. Mit üblichen Instrumenten der Delinquenz- und Opferforschung ist der Gegenstandsbereich bereits von seiner Phänomenologie nicht zu bearbeiten. Es geht hier eben ganz überwiegend weder um Taten unter Fremden noch um klassische Formen häuslicher Gewalt, sondern um nur unter detaillierter Betrachtung des strukturellen und situativen Kontexts verstehbare Handlungen, denen nur zum Teil eines der typischen Motive kriminellen Handelns unterlegt werden kann, zudem auch – in der privaten wie professionellen Pflege – um ein sehr stark weiblich geprägtes Tätigkeitsfeld.⁷

⁶ Ferner werden Phänomene, die im Bereich der Pflege von Bedeutung sind, in anderen Handlungskontexten aber nicht auftreten können oder jedenfalls nur einen geringen Stellenwert haben, unter den Begriff „Gewalt gegen alte Menschen“ subsumiert und nehmen innerhalb dieses Konzepts zum Teil eine dominierende Stellung ein; Prototyp hierfür ist die pflegerische Vernachlässigung.

⁷ Pflegeberufe werden nach wie vor ganz überwiegend von Frauen ergriffen. Bei der Übernahme familialer Pflegeverantwortung spielen Männer zwar als pflegende Ehepartner eine Rolle. Kann der Partner diese Rolle nicht ausfüllen, wird die Pflege meist von Töchtern und Schwiegertöchtern übernommen (vgl. Doty, Jackson & Crown, 1998; Montgomery & Kosloski, 1999; Seltzer & Li, 2000).

Insofern gehörte es zu den konzeptuellen Ausgangspunkten der Studie, dass die Frage spezifischer Gefährdungen, denen ältere und hochaltrige Pflegebedürftige ausgesetzt sein können, eines eigenen methodischen Instrumentariums bedarf und jedenfalls nicht auf dem Wege einer vollstandardisierten Viktimisierungsbefragung bearbeitet werden kann. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich dabei auf jene Form der Pflege, die in Deutschland quantitativ die größte Bedeutung hat, nämlich die Pflege im häuslichen Umfeld durch Angehörige und ambulante Pflegedienste. Über einen multimethodalen und multiperspektivischen Zugang nähert die Studie sich Fragen wie den folgenden:

- I Welche Formen der Misshandlung oder Vernachlässigung Pflegebedürftiger in häuslichen Settings sind erkennbar?
- I Welche Merkmale kennzeichnen häusliche Pflegearrangements, in denen sich Misshandlung oder Vernachlässigung ereignen? Welche Pflegebedürftigen sind in besonderem Maße von Misshandlung bzw. Vernachlässigung betroffen? Welche (privat wie professionell) Pflegenden berichten in besonderem Maße über „Gewaltvorkommnisse“?
- I Welches sind die kritischen strukturellen Merkmale von Pflegebeziehungen und die Dynamiken in Pflegebeziehungen, die dazu beitragen, dass es zu Misshandlung oder Vernachlässigung kommt? Welche Bedeutung kommt insbesondere der Beziehungsgeschichte und der aktuellen Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, den subjektiven Motiven und Begründungen für die Übernahme von Pflegeverantwortung und für die Fortsetzung von Pflegebeziehungen auch angesichts von Schwierigkeiten, der Art der die Pflegebedürftigkeit begründenden Einschränkungen (insbesondere dem Vorliegen oder Nichtvorliegen einer demenziellen Erkrankung), der von den Beteiligten erlebten sozialen Unterstützung und sozialen Isolation, der Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme ambulanter Dienste und anderer Hilfen sowie strukturellen Merkmalen wie Geschlecht, Art der verwandtschaftlichen (oder sonstigen) Beziehung, der Frage eines gemeinsamen Haushalts oder separater Haushalte, dem ökonomischen Status des Pflegearrangements bzw. der das Arrangement konstituierenden Personen zu?
- I Welches sind andererseits protektive Faktoren? Was macht „gelingende Pflegebeziehungen“ aus? Was schützt Pflegebeziehungen, die Risikofaktoren aufweisen, vor dem „Schritt in die Misshandlung/Vernachlässigung“?
- I Wo zeigen sich Ansatzmöglichkeiten für misshandlungs- und vernachlässigungspräventives Handeln?
- I Wie kann die Identifikation problematischer/gefährdender Pflegebeziehungen verbessert werden?
- I Wie sind die Bedürfnisse pflegebedürftiger Opfer beschaffen?
- I Was kann, wenn es in einer Pflegebeziehung bereits zu Misshandlungsfällen gekommen ist, getan werden, um den Betroffenen zu helfen und weitere Viktimisierungen zu verhindern?

- I Was kann in Fällen schwerwiegender Vernachlässigung Pflegebedürftiger unternommen werden, um den Betroffenen zu helfen und weitere Vernachlässigung zu verhindern?
- I Fragen nach Prävalenz und Inzidenz der Misshandlung und Vernachlässigung treten in diesem Untersuchungsfeld hinter Fragen nach Phänomenologie, Motivation, Beziehungsdynamik, Risiko- und Schutzfaktoren, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten zurück. Selbstverständlich wäre es auch hier von großem Interesse, das „wahre Ausmaß“ des Problems zu kennen, doch sind – vor dem Hintergrund der Nichtbefragbarkeit vieler potenzieller Opfer und der anzunehmenden Verknüpfungen zwischen Befragbarkeit und Vulnerabilität – die methodischen Hindernisse so groß, dass verlässliche umfassende Prävalenzdaten in diesem spezifischen Deliktsbereich wohl kaum jemals zu erlangen sein werden. Dieser Aspekt wird im Verlauf der Arbeit noch zu diskutieren sein.

1.3 Weitere Aspekte des Themenfeldes „Alter und Kriminalität“

Die Palette der im Überschneidungsbereich der Felder „Alter“ und „Kriminalität“ bedeutsamen Themen ist mit den genannten Untersuchungsbereichen nicht erschöpft, doch können nicht alle im Rahmen der vorliegenden Studie angegangen werden. Auch im Hinblick auf künftige Forschung in diesem Bereich seien an dieser Stelle einige der hier nicht näher bearbeiteten Themenbereiche kurz angerissen.

1.3.1 Ältere Menschen als Straftäter und Straftäterinnen

Wenngleich bisweilen in Medienberichten – vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und befeuert durch spektakuläre Einzelfälle⁸ – von (bereits anbrandenden oder demnächst zu erwartenden) Wellen von Alterskriminalität die Rede ist, gibt es bislang allenfalls schwache Hinweise auf eine –relativiert an Bevölkerungszahlen – stärker werdende Verwicklung Älterer in Kriminalität.⁹

Eine Betrachtung von PKS-Daten zeigt, dass Senioren und vor allem Seniorinnen unter den polizeilich registrierten Tatverdächtigen nach wie vor die am schwächsten vertretene Gruppe sind. Selbst für ein Kind unter 14 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit, als Tatverdächtiger registriert zu werden, höher als für einen Menschen der Altersgruppe 60+. Unter allen Altersgruppen, die hierfür infrage kommen, werden – das zeigen Daten der Strafverfolgungsstatistik – Senioren jenseits der 70 mit Abstand am seltensten als Straftäter verurteilt. Unter den polizeilich bzw. justiziell registrierten Delikten stehen bei den Senioren ab 60 Jahren Diebstähle mit großem Abstand an der Spitze, gefolgt von Betrug, Beleidigungen, einfachen Körperverletzungen sowie Gewalt- und Sexualdelikten. Die

⁸ Hier ist vor allem an jene drei Männer zu denken, die zwischen 1988 und 2004 insgesamt 14 Banken in Niedersachsen und Westfalen überfielen und dabei fast eine Million Euro erbeuteten. Festgenommen wurden sie erst, nachdem die Polizei einen Tipp von einem Bekannten des Trios bekommen hatte. Die Polizei hatte zunächst nach jüngeren Tätern gesucht. Das Landgericht Hagen verurteilte die drei Männer – der älteste war damals 74 - zu Haftstrafen zwischen neun und zwölf Jahren. Als Motiv für ihre Taten hatten sie Geldnot angegeben (vgl. „Ich bin ein Idiot gewesen“, 2005). Eine nach Schätzungen 70-jährige Frau beging in den Jahren 2003 und 2004 im Raum Düsseldorf vier Banküberfälle, konnte aber nicht gefasst werden (vgl. Wiegand, 2005).

⁹ Zur Kriminalität älterer Menschen vgl. u. a. Forsyth & Gramling (1988), Kessler (2005), Kreuzer & Hürlimann (1992), McNamara & Walton (1998).

Zahl der registrierten Diebstähle durch Ältere ist im Zeitraum seit der ersten Hälfte der 1990er-Jahre (für den gesamtdeutsche Daten vorliegen) rückläufig. Die Zahlen widersprechen dem bisweilen geäußerten Klischee, dass Altersarmut Seniorinnen und Senioren in die Kriminalität treibe. Gewaltdelikte dagegen haben bei Älteren leicht zugenommen. Gerade im Bereich der Körperverletzungsdelikte verändert sich die registrierte Kriminalität aber auch dadurch, dass heute aufgrund gewachsener Sensibilität mehr angezeigt wird als früher.

Sofern heute Zuwächse im Bereich der registrierten Kriminalität älterer Menschen zu verzeichnen sind, sind diese stets auch vor dem Hintergrund der (historischen) Veränderung von „Altwerden und Altsein“ zu betrachten. Wenn Menschen in der siebten, achten und neunten Lebensdekade heute in viel stärkerem Maße als früher am sozialen Leben teilnehmen, länger körperlich und geistig gesund und aktiv sind, dann muss dieser – insgesamt natürlich in hohem Maße begrüßenswerte – Prozess fast unausweichlich auch zur Folge haben, dass aus dieser aktiveren Kohorte heraus auch mehr Straftaten begangen werden.

1.3.2 Ältere Menschen in Haft

Mit „Der Knast als Altersheim“ war im Januar 2006 eine Reportage der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* überschrieben (Schaaf, 2006). „Number of older inmates in state prisons tripled in last decade“ titelte die *Janesville Gazette* im August 2006 in Bezug auf den US-Bundesstaat Wisconsin. „Prison population growing older, sicker, costlier“ hatte die *Pittsburgh Post-Gazette* ein Jahr zuvor mit Blick auf Pennsylvania geschrieben (Ove, 2005). National wie international mehren sich Berichte, in denen auf wachsende Zahlen älterer Strafgefangener, zum Teil auch auf eine mutmaßlich wachsende Alterskriminalität hingewiesen wird. Angesichts absehbarer demografischer Entwicklungen wird der Strafvollzug künftig in stärkerem Maße als in der Vergangenheit auch mit älteren und hochaltrigen Gefangenen befasst sein. Dies wirft die Frage auf, welche Anpassungen des Vollzugs an diese wachsende Population erforderlich und sinnvoll sind.

In Deutschland sind Vollzugsspezialisierungen im Hinblick auf ältere Gefangene erst vereinzelt erkennbar. Seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts werden in der Außenstelle Singen der JVA Konstanz Freiheitsstrafen an älteren männlichen Gefangenen vollzogen (vgl. zu dieser Anstalt ausführlich Schramke, 1996, S. 315 ff.). Die JVA im hessischen Schwalmstadt verfügt seit einigen Jahren über eine Abteilung für Verurteilte über 55 Jahre. Das niedersächsische Justizministerium ließ 2004/2005 die Frage der Einrichtung einer eigenständigen Haftanstalt für ältere Gefangene prüfen. In Großbritannien besteht eine solche separate Anstalt für ältere Gefangene (mit auf diese Altersgruppe ausgerichteter medizinisch-pflegerischer Versorgung) in Norwich; darüber hinaus gibt es in mehreren Anstalten Abteilungen, in denen Ältere zusammengefasst wurden (Wahidin, 2006).

Am weitesten fortgeschritten ist der Prozess der altersbezogenen Spezialisierung in den Vereinigten Staaten. Das Erfordernis einer auf Ältere ausgerichteten Vollzugsgestaltung ergibt sich dort weniger aus einer besonders „alterslastigen“ Bevölkerungsstruktur, sondern vor allem aus der weltweit höchsten und gerade im Vergleich zu westeuropäischen Ländern extremen Haftquote in den USA und dem Trend der dortigen Sanktionspraxis zu

langen Haftstrafen ohne Möglichkeit einer Strafrestausssetzung (vgl. dazu u. a. Nelken, 2006; Whitman, 2003). Im Jahr 2001 ergab eine Befragung von 47 Vollzugsverwaltungen der US-Bundesstaaten, dass zwar mehr als die Hälfte der Staaten bis dahin noch keinerlei „special housing“-Programme für Ältere unterhielt, immerhin 16 Bundesstaaten jedoch bereits über eigenständige Anstalten für ältere Gefangene verfügten (Clayton, 2001). Aday (2006) berichtet, dass mittlerweile in 36 US-Bundesstaaten ältere Gefangene in eigenen Anstalten bzw. Abteilungen von Anstalten untergebracht sind, 19 Staaten Einrichtungen für chronisch pflegebedürftige Gefangene unterhalten und in 29 Staaten Hospize bzw. spezifische Programme im Hinblick auf den Umgang mit unheilbar kranken und sterbenden Gefangenen vorhanden sind.

Den Daten der Strafvollzugsstatistik (Statistisches Bundesamt, 2006a) ist zu entnehmen, dass am 31.3.1994 von insgesamt 44.084 Strafgefangenen (ohne Sicherungsverwahrte) 588 das 60. Lebensjahr vollendet hatten; elf Jahre später hatte sich die Zahl der älteren Gefangenen auf 1.767 (von insgesamt 63.183 Gefangenen) erhöht. Damit hat sich innerhalb von etwas mehr als einer Dekade nicht nur der Anteil Älterer von 1,33% auf 2,80% mehr als verdoppelt, sondern ihre absolute Zahl um 200% zugenommen. Die folgende Tabelle stellt die Zahl der Gefangenen und den prozentualen Anteil an allen Strafgefangenen für den Zeitraum 1994 bis 2005 dar.

Tab. 2: Strafgefangene am 31.3. eines Jahres nach Altersgruppe, Deutschland 1994–2005 (Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 4.1 Strafvollzug – Demografische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.3.)

	Jugendliche		Heranw.		21-<30 Jahre		30-<40 Jahre		40-<50 Jahre		50-<60 Jahre		60-<65 Jahre		65-<70 Jahre		70 Jahre+		Gesamt n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1994	521	1,2	2.378	5,4	16.950	38,4	14.444	32,8	6.404	14,5	2.799	6,3	380	0,9	147	0,3	61	0,1	44.084
1995	545	1,2	2.500	5,4	17.446	37,7	15.368	33,2	6.786	14,6	3.073	6,6	399	0,9	143	0,3	73	0,2	46.333
1996	583	1,2	2.737	5,5	18.085	36,4	16.304	32,8	7.262	14,6	3.035	6,1	471	0,9	161	0,3	90	0,2	49.728
1997	680	1,3	2.909	5,7	18.606	36,2	17.352	33,7	7.915	15,4	3.229	6,3	521	1,0	154	0,3	76	0,1	51.442
1998	823	1,5	3.282	5,8	19.887	35,2	18.837	33,3	9.099	16,1	3.546	6,3	673	1,2	212	0,4	100	0,2	56.459
1999	899	1,5	3.615	6,1	20.206	34,0	20.109	33,8	9.704	16,3	3.881	6,5	717	1,2	250	0,4	120	0,2	59.501
2000	911	1,5	3.850	6,4	20.063	33,1	20.349	33,6	10.121	16,7	4.040	6,7	851	1,4	265	0,4	129	0,2	60.579
2001	841	1,4	3.872	6,4	19.922	33,0	19.904	32,9	10.535	17,4	4.055	6,7	856	1,4	311	0,5	125	0,2	60.421
2002	849	1,4	3.754	6,2	19.968	33,0	19.706	32,6	10.801	17,9	3.979	6,6	931	1,5	332	0,5	123	0,2	60.443
2003	822	1,3	3.709	6,0	20.933	33,6	19.793	31,8	11.243	18,1	4.272	6,9	1.025	1,6	371	0,6	120	0,2	62.288
2004	758	1,2	3.717	5,9	21.279	33,6	19.563	30,8	11.834	18,7	4.565	7,2	1.079	1,7	437	0,7	141	0,2	63.373
2005	727	1,2	3.656	5,8	21.350	33,8	19.019	30,1	12.070	19,1	4.594	7,2	1.078	1,7	470	0,7	219	0,3	63.183

Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der 21- bis 29-Jährigen an allen Strafgefangenen von 38,4% auf 33,8% gesunken, während der Anteil der 40- bis 49-jährigen Gefangenen, der sich für den dargestellten Zeitraum aus den geburtenstarken Jahrgängen der 50er- und 60er-Jahre rekrutiert, von 14,5% auf 19,1% zugenommen hat. Dies unterstreicht die These, dass der in Tabelle 2 erkennbare Trend den Beginn einer langfristigen Entwicklung markiert.

Dieser Zuwachs älterer Gefangener ist kein nationales Phänomen. „The Nation’s prison population is becoming more middle-aged“ fassen Harrison & Beck (2004, S. 8) den Trend in den USA zusammen. Die Zuwächse sind in den höheren Altersgruppen am deutlichsten (vgl. auch Lemieux, Dyeson & Castiglione, 2002). Der Anteil der 55-Jährigen und Älteren hat sich zwischen 1995 und 2003 von 3,0% auf 4,3% erhöht. Wie Harrison und Beck (2004) weiter berichten, sind in diesem Zeitraum Eintrittsalter und Verbüßungsdauer gestiegen. Waren 1995 Gefangene mit einer Strafe von mehr als einem Jahr beim Haftantritt durchschnittlich 31 Jahre alt, so lag das Eintrittsalter 2002 bei 33 Jahren. Im Jahr 1995 aus der Haft Entlassene hatten durchschnittlich 23 Monate verbüßt, 2002 bereits 30 Monate.

Einer Statistik des amerikanischen Justizministeriums zufolge, die neben Staats- und Bundesgefängnissen auch *local jails* umfasst (Harrison & Beck, 2005), waren Mitte des Jahres 2004 in den USA 75.900 Menschen ab 55 Jahren inhaftiert, unter ihnen rund 5% Frauen. Der Anteil der über 55-Jährigen an allen Gefangenen war bei den Männern (3,7%) deutlich höher als bei den Frauen (2,2%). Bei einer Differenzierung nach Hautfarbe bzw. ethnischer Herkunft zeigt sich, dass der Anteil der Älteren unter den weißen Männern 5,5% erreichte, während er bei Afroamerikanern und Hispanics jeweils nur bei 2,5% lag. Die Gefangenenrate, die für die erwachsene männliche US-Bevölkerung insgesamt im Juni 2005 bei 1.371/100.000 lag, erreichte bei den Männern ab 55 Jahren immerhin einen Wert von 260/100.000, bei den afroamerikanischen Männern dieser Altersgruppe sogar von 879/100.000 (Harrison & Beck, 2006, S. 10).

Auch aus England und Wales werden Daten berichtet, die eine Veränderung der Altersstruktur der Gefangenenpopulation anzeigen. Zwischen 1988 und 1998 hat sich die Zahl der Gefangenen über 50 Jahre mehr als verdoppelt, die der über 60-Jährigen etwa verdreifacht (Frazer, 2003). Im Zeitraum 1995 bis 2001 stieg die Zahl der über 21-jährigen verurteilten männlichen Gefangenen in England und Wales insgesamt um 39%. Der Zuwachs war in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren mit +170% weitaus am stärksten (Frazer, 2003, S. 34). Die Zahl der Inhaftierten pro 100.000 erhöhte sich in dieser Altersgruppe um 150% (gegenüber 52% bei den 50- bis 59-jährigen und 35% in der Altersgruppe 21–49 Jahre; Frazer, 2003, S. 35). Bei den weiblichen Gefangenen war im gleichen Zeitraum keine entsprechende Entwicklung zu beobachten. Während sich die Gesamtzahl der erwachsenen inhaftierten Frauen 1995–2001 etwa verdoppelt hat, blieb die der 60-Jährigen und Älteren auf niedrigem Niveau konstant. Wahidin (2006) berichtet für den Zeitraum 1992 bis 2005 in Großbritannien eine Erhöhung der Zahl der männlichen Gefangenen ab 60 Jahren um 240%. In Australien ist der Anteil der über 50-jährigen an der Gefangenenpopulation zwischen 1987 und 1997 von 4,1% auf 7,4% gestiegen; die Zahl der 65-jährigen und Älteren verdreifachte sich in diesem Zeitraum (von 50 auf 158 Personen). Das Durchschnittsalter der Gefangenenpopulation stieg von 30 auf 32 Jahre (Grant, 1999).

Derartige Veränderungen sind nicht immer nur demografischem Wandel und verändertem delinquenten Verhalten der jeweiligen Gruppe zuzurechnen. Die Interaktion demografischer und kriminalpolitischer Faktoren wird in den USA besonders deutlich (Yates & Gillespie, 2000). Dort trifft ein wachsender Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung mit vermehrter Verhängung langer Freiheitsstrafen, einer Zunahme von Fällen verpflichtender Haftstrafen sowie reduzierten Möglichkeiten vorzeitiger Haftentlassung zusammen (Mara, 2002). So analysiert Auerhahn (2002) Effekte des kalifornischen *Three-Strikes*-Gesetzes aus dem Jahr 1994 auf Größe und Struktur der Gefangenenpopulation. In Kalifornien ist der Kanon der Straftaten, die bei der dritten Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von mindestens 25 Jahren (bis lebenslang) führen, besonders ausgedehnt und umfasst z. B. auch Betäubungsmitteldelikte und Wohnungseinbruch; eine „second strike“-Regelung sieht bei der zweiten Verurteilung wegen einer schwerwiegenden Straftat eine Verdoppelung des Strafmaßes vor. Unter diesen Randbedingungen muss die Anwendung des Gesetzes langfristig zu einer deutlichen Anhebung des mittleren Alters der Gefangenenpopulation führen. Ein großer Teil der heute Inhaftierten wird infolge dieser Bestimmungen im Vollzug altern (Kerbs, 2000b). Damit steigen, wie Auerhahn (2002) hervorhebt, auch die Gesundheitskosten im Vollzug (obwohl gleichzeitig der Zuzugewinn an Sicherheit durch *selective incapacitation* nach Ansicht vieler Autorinnen und Autoren in dem Maße abnimmt, in dem Ältere eine reduzierte Bedrohung für die Allgemeinheit darstellen; vgl. King & Mauer, 2002; Kempker, 2003).¹⁰

Die bereits in den zurückliegenden Jahren deutlich gewachsene, wenngleich derzeit in Deutschland insgesamt noch geringe Zahl älterer Gefangener wird sich voraussichtlich zukünftig weiter erhöhen. Dies ergibt sich aus absehbaren demografischen Entwicklungen und setzt keine Annahmen über eine etwa bevorstehende Welle von „Alterskriminalität“ voraus. Das Ausmaß der Erhöhung wird – dies zeigt sehr deutlich die Entwicklung in den Vereinigten Staaten – in starkem Maße auch von kriminalpolitischen Richtungsentscheidungen abhängen.

Relativ unabhängig von der exakten Stärke des künftigen Zuwachses älterer Gefangener bringt dieser für den Strafvollzug vielfältige Herausforderungen im Hinblick auf Vollzugsgestaltung und Vollzugsziele mit sich. Die in der Öffentlichkeit am meisten diskutierte Frage nach altersbezogener Segregation oder Integration – d. h. nach speziellen Anstalten bzw. abgegrenzten Organisationseinheiten für ältere Gefangene oder nach deren Verbleib innerhalb des allgemeinen Erwachsenenstrafvollzugs – ist nicht mehr als ein Teilaspekt der Problematik einer Anpassung des Vollzugs an eine sich in ihrer Altersstruktur verändernde Gefangenenpopulation, sich wandelnde Bedürfnisse und erwartbar steigende Vollzugskosten im Gesundheitsbereich. Haft bietet Älteren weniger Möglichkeiten zur „Nachsozialisation“ als dies bei Jüngeren der Fall ist und versperrt biografische Optionen in irreversibler Weise. Die sich im höheren Alter immer weiter öffnende Schere zwischen Vollzugskosten und Gefährlichkeit legt die Suche nach Alternativen zum geschlossenen Vollzug nahe. Wo dieser als unverzichtbar erscheint, müssen bauliche Gestaltung, pflegerische Versorgungsmöglichkeiten, Qualifikation des Personals, nicht zuletzt aber auch die Ausgestaltung von Vollzugsangeboten (und deren erwartbarer „biografischer Nutzen“) auf die besondere Situation älterer Gefangener

¹⁰ Die deutsche Rechtsprechung ist von derartigen Bedingungen weit entfernt; doch ist zu erwarten, dass im Zuge einer ausgeweiteten Handhabung der (auch nachträglich angeordneten) Sicherungsverwahrung die Zahl im Vollzug alt werdender Gefangener zunehmen wird.

abgestimmt werden. In diesem komplexen Erfordernis liegen zugleich Entwicklungschancen für den Strafvollzug; bauliche Umgestaltungen, Qualifikationszuwächse der Beschäftigten und ein Überdenken der langfristigen lebensgeschichtlichen Implikationen von Maßnahmen im Vollzug tragen das Potenzial in sich, Strafvollzug nicht nur „seniorenfreundlicher“, sondern insgesamt „menschfreundlicher“ zu machen (vgl. hierzu u. a. Görgen & Greve, 2005; Greve, 2007).

1.3.3 Kriminalitätseinstellungen und Kriminalitätsbilder im Alter

Die Thematik von Kriminalitätseinstellungen und Kriminalitätsbildern im Alter ist verwandt, aber nicht identisch mit der im Rahmen der Studie bearbeiteten Problematik der Kriminalitätsfurcht im Alter. Dass Kriminalität ein zentraler Gegenstand öffentlicher Diskurse ist, wird insbesondere in Zeiten von Bundes- oder Landtagswahlkämpfen immer wieder sehr deutlich. Individuelle und sozial geteilte Wahrnehmungen von Kriminalität, Annahmen über ihre Verbreitung, ihre Ursachen, die Möglichkeiten ihrer Vorbeugung und Bekämpfung können politisch folgenreich sein. Der *British Crime Survey* (Nicholas, Kershaw & Walker, 2007) widmet regelmäßig einen größeren Fragenkomplex dieser Thematik.

Vor dem Hintergrund der sich vollziehenden demografischen Veränderungen sind ältere Menschen eine mindestens potenziell im Hinblick auf politische Entscheidungsprozesse zunehmend einflussreiche Gruppe. Bereits von daher ist es von hohem Interesse, wie sich der Komplex „Kriminalität/Kriminalitätsbekämpfung/Kriminalprävention“ aus der Perspektive dieser Altersgruppe darstellt und welche Relevanz für Alltagsverhalten einerseits und für politische Partizipation und politisches Wahlverhalten andererseits diese Wahrnehmungen und Bilder im Alter haben.

II.

Ältere Menschen als Kriminalitäts- und Gewaltopfer: zum aktuellen Forschungsstand

Thomas Görgen

2.1 Ein Themenfeld im Schnittpunkt gerontologischer und kriminologischer Forschung

Die Bedrohung älterer, hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen durch Kriminalität und Gewalt ist eine interdisziplinäre Thematik, an der vor allem Gerontologie und Kriminologie bzw. Viktimologie arbeiten. Gerontologen sind mit Konzepten und Methoden der viktimisierungsbezogenen Dunkelfeldforschung in der Regel nicht vertraut, während der Fokus von Kriminologen typischerweise stärker auf Jugend und auf frühen Phasen des Erwachsenenalters liegt, nicht aber auf dem höheren Alter, welches von den anzulegenden Konzepten und einzusetzenden Methoden her spezifische Anforderungen stellt. Der interdisziplinäre Charakter des Forschungsfeldes wird dadurch noch verstärkt, dass sowohl die Kriminologie als auch die Gerontologie von ihrer Ausrichtung her jeweils für sich bereits durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität gekennzeichnet sind. Das Postulat der Interdisziplinarität ist nicht nur in der Komplexität des Forschungsgegenstandes begründet, die sowohl medizinisch-gesundheitswissenschaftliche als auch sozialwissenschaftliche Perspektiven nahelegt, sondern auch in dem Umstand, dass es sich um eine empirisch in beträchtlichem Maße „sperrige“ Thematik handelt, die erst unter Zuhilfenahme mehrerer methodischer Zugänge – die wiederum meist Affinitäten zu bestimmten Disziplinen aufweisen – hinreichend erschlossen werden kann.

2.2 Ältere Menschen als Opfer von Kriminalität und Gewalt

Forschung zum Betroffensein älterer Menschen durch klassische Formen der Gewalt- und Eigentumskriminalität ist bislang vor allem in Kriminologie und Viktimologie verankert. Erkenntnisse zu Verbreitung und Erscheinungsformen von Kriminalität gegen ältere Menschen stützen sich einerseits auf *Hellfelddaten*, d. h. auf Fälle, die von Polizei, Strafjustiz oder anderen einschlägigen Institutionen bearbeitet wurden, andererseits auf Erkenntnisse der kriminologischen und viktimologischen *Dunkelfeldforschung*, d. h. im Wesentlichen auf Opferwerdungsbefragungen, in denen Menschen über ihre Erfahrungen berichten.

Aus beiden Datenquellen ergibt sich als grundlegender Trend, dass die Kriminalitätsgefährdung im Alter insgesamt zurückgeht. Dieses Bild zeigt sich national wie international, bei Verwendung unterschiedlicher Datenquellen und in Bezug auf die überwiegende Mehrzahl untersuchter Kriminalitätsformen. Während Hell- und Dunkelfelddaten

sich (notwendigerweise) im Ausmaß der jeweils abgebildeten Opfererfahrungen unterscheiden, stimmen sie in dem grundsätzlichen Befund eines Rückgangs im höheren Alter überein. Nur in wenigen Bereichen – etwa beim Handtaschenraub – zeichnet sich jenseits des 60. Lebensjahres eine zunehmende Gefährdung ab.

Hellfeldstudien: Einen Überblick zur Gefährdungssituation älterer Menschen in Deutschland im Lichte der Polizeilichen Kriminalstatistik gibt Görden (2004b). Demzufolge werden in der Phase nach dem 60. Lebensjahr Menschen insgesamt seltener Opfer von Straftaten als im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Die Deliktsbereiche des Handtaschenraubes, der Misshandlung von Schutzbefohlenen, der fahrlässigen Tötung sowie des Mordes im Zusammenhang mit Raubstraftaten sind für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland durch kriminalstatistische Daten belegte Ausnahmen von diesem grundsätzlichen Befund. In den genannten Deliktsbereichen weist die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren jeweils ein gegenüber jüngeren Erwachsenen erhöhtes Viktimisierungsrisiko auf. Auf deutsche polizeiliche Hellfelddaten wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da der Analyse bundesdeutscher PKS-Daten ein separates Kapitel gewidmet ist (Kapitel 4.1.1).

Auch internationale Hellfeldstudien, insbesondere US-amerikanische Analysen, belegen ein im höheren Alter insgesamt deutlich sinkendes Opferwerdungsrisiko (vgl. etwa McCabe & Gregory, 1998; Perkins, 1997). Dabei zeigen sich zugleich im Detail auffällige Befunde, etwa im Hinblick auf die Altersabhängigkeit von Tötungsrisiken. Abrahamse (1999) analysierte altersspezifische Viktimisierungsraten auf der Basis der *Supplementary Homicide Reports* des FBI (ca. 100.000 Fälle aus dem Zeitraum 1988–1992). Den Ergebnissen zufolge ist das Risiko eines Menschen, Opfer eines Tötungsdelikts zu werden, bei Geburt relativ hoch. Es sinkt dann bis zum 7. oder 8. Lebensjahr rasch auf den tiefsten Stand der gesamten Lebensspanne ab, steigt anschließend steil an und erreicht Höchstwerte (ca. 18 Personen pro 100.000) zwischen dem 20. und dem 25. Lebensjahr. Das Viktimisierungsrisiko sinkt danach kontinuierlich bis etwa zum Alter von 75 Jahren – und beginnt dann wieder zu steigen. Diese Verläufe sind prinzipiell für Männer und Frauen ähnlich, wobei das Tötungsrisiko der Männer stets über dem der Frauen liegt. Auf der Grundlage der US-Daten ist in Bezug auf Tötungsdelikte davon auszugehen, dass der Trend zu einer sich immer weiter reduzierenden Gefährdung bei Hochaltrigen gebrochen wird und dass es darüber hinaus bestimmte Erscheinungsformen von Tötungsdelikten gibt – Abrahamse nennt hier vor allem die nicht mittels Schusswaffe begangene Tötung im Zuge eines Eigentumsdelikts –, von denen alte Menschen in besonderem Maße betroffen sind.

Wiederholt bekannt gewordene Tötungsserien durch Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte (ein spektakuläres Beispiel ist der Shipman-Fall in Großbritannien¹¹) haben ältere Menschen als potenzielle Opfer unerkannter Tötungsdelikte in den Blickpunkt gerückt. Die Frage, ob im Hinblick auf hochaltrige Menschen eine besondere Gefahr des Nichternehmens nicht natürlicher oder nicht unfallbedingter Todesfälle gegeben ist, wird immer wieder diskutiert (vgl. u. a. Beine, 1998; Heinemann & Püschel, 1996; Karger, Lorin De La Grandmaison, Bajanowski & Brinkmann, 2004; Maisch, 1997). Diese Gefahr wird

¹¹ Der wegen 15-fachen Mordes zu lebenslanger Haft verurteilte Arzt H. Shipman soll nach den Erkenntnissen mehrerer Untersuchungskommissionen zwischen 1971 und 1998 rd. 250 Patientinnen und Patienten mehrheitlich alleinlebende ältere Frauen, durch Giftinjektionen getötet haben. Shipman erhängte sich im Januar 2004 in der Haft; die Motive seiner Taten blieben weitgehend im Dunkeln.

nicht zuletzt dadurch erhöht, dass sich im Alter das Gewaltrisiko offenbar zunehmend in das nähere soziale Umfeld verschiebt. So fand die amerikanische *National Elder Abuse Incidence Study* (National Center on Elder Abuse, 1998), die sich vor allem auf Berichte lokaler *Adult Protective Services* über bestätigte Verdachtsfälle stützte, dass fast 90% der bekannten Täter und Täterinnen Familienmitglieder der älteren Opfer waren; bei den nicht mit dem Opfer verwandten Tätern und Täterinnen handelte es sich vor allem um Freunde und Nachbarn.

Dunkelfeldstudien zur Bedrohung älterer Menschen durch Kriminalität und Gewalt:

Das heutige Wissen über Viktimisierungsprävalenzen und -inzidenzen, Risiko- und Schutzfaktoren, Bewältigung und Folgen von Viktimisierungserfahrungen, auch über Maßnahmen der Prävention und der Opferhilfe hat sich seit dem erst wenige Jahrzehnte zurückliegenden Beginn systematischer viktimologischer Forschung vervielfacht. Diese Entwicklung ist zu wesentlichen Teilen der Verbreitung und methodischen Verfeinerung von *self-report studies* geschuldet. Erst sie haben jenseits jenes Wissens, welches aus Polizei- und Justizstatistiken erwächst, empirisch begründete Aussagen über die Verbreitung von Viktimisierungserfahrungen ermöglicht. Insofern Opfer auch als Informanten über Täterverhalten befragt werden, haben diese Surveys zudem den Wissensbestand der Kriminologie weit über viktimologische Fragestellungen hinaus bereichert (zum Überblick vgl. u. a. Fattah, 2000a; 2000b; Gottfredson, 1986; Thornberry & Krohn, 2000; 2003). Besondere Bedeutung erlangen *victimization surveys* im Zusammenspiel mit Hellfelddaten; sie erlauben es, das komplexe Wechselspiel zwischen deliktischem Geschehen, Kontroll- und Anzeigeverhalten und registrierter Kriminalität zu verstehen (vgl. u. a. Wittebrood & Junger, 2002).

Von Beginn an war die *scientific community* sich zugleich gewisser Einschränkungen bewusst, die der *Self-Report*-Methode in der Viktimisierungsforschung zu eigen sind. Dazu gehören logische Selbstverständlichkeiten wie die Nichtanwendbarkeit auf Delikte ohne personale Opfer oder auf vollendete Tötungsdelikte. Darüber hinaus erweisen sich repräsentative Viktimisierungssurveys in der Bevölkerung – das heißt solche an nicht vorab aufgrund des Wissens um erfolgte Viktimisierungen ausgelesenen Stichproben – bezüglich schwerer Gewaltdelikte und sonstiger seltener Taten bereits im Hinblick auf die zur Bestimmung von Prävalenzen und Inzidenzen benötigten Stichprobenumfänge als nur beschränkt geeignet. Entsprechendes gilt für Taten, bei denen von besonderen Offenbarungshindernissen und -hemmungen aufseiten der Opfer auszugehen ist (u. a. weil Opfer Repressalien seitens der Täter befürchten, weil sie möglicherweise eigenes strafrechtlich relevantes oder in anderer Weise problematisches Verhalten einräumen oder nahelegen würden, weil ihnen die Viktimisierung in ihrem Geschehensablauf oder in ihrem Stellenwert als „berichtenswertes Unrecht“ nicht bewusst ist). Den „Abbildungsfähigkeiten“ der *Self-Report*-Methode entsprechend, war lange eine starke Konzentration auf „conventional types of crime“ (Spalek, 2006, S. 52) zu verzeichnen. Straftaten im sozialen Nahbereich des Opfers wurden erst langsam in den Gegenstandskanon viktimologischer *self-report studies* integriert. Grundsätzlich erfassen Viktimisierungsbefragungen keine „objektive Kriminalitätswirklichkeit“, sondern stets subjektive Sichtweisen der Befragten. Wertungen von Ereignissen variieren – gerade bei Vorkommnissen im sozialen Nahraum – zwischen Personen, Milieus und Kulturen. Die Verlässlichkeit der Angaben wird durch Erinnerungsfehler (insbesondere bei langen Bezugszeiträumen und wenig schwerwiegenden Ereignissen), Auskunftsverweigerung und natürlich

auch durch mehr oder weniger intentional falsche Angaben eingeschränkt. Es existiert ein „doppeltes Dunkelfeld“ im Sinne von Delikten, die weder der Polizei bekannt noch in Befragungen berichtet werden (Hoyle & Zedner, 2007).

Neben diesen grundsätzlich mit *victimization surveys* verknüpften Einschränkungen wird zunehmend die Frage aufgeworfen, inwieweit bei regelmäßig wiederholten viktimisierungsbezogenen Repräsentativbefragungen Aufwand und Ertrag auf Dauer in einem positiv zu bewertenden Verhältnis stehen. Fattah (2000a) spricht angesichts der hohen Kosten vom „abnehmenden Grenznutzen“ wiederholter großer Opferbefragungen. Insbesondere bei kurzen Befragungsintervallen wiege der zusätzliche Erkenntnisgewinn die Kosten kaum auf; die Zukunft viktimologischer Forschung liege eher in kleineren qualitativen Studien. Insbesondere im Hinblick auf die oft als Elemente einer *administrative criminology* bezeichnete britische Tradition regelmäßiger großer Surveys im Regierungsauftrag wurden – aus unterschiedlichen Perspektiven – Zweifel am Erkenntnisnutzen dieses Forschungsstranges laut (vgl. etwa Daems, 2005; Davies, Francis & Jupp, 2003; Doran, 1994; Galliher, 1999; Presdee, 2004).

Unstrittig ist jedoch, dass inzwischen, insbesondere in jenen Ländern (wie den USA und Großbritannien), in denen regelmäßig wiederholte Viktimisierungsbefragungen stattfinden, eine Fülle an Datenmaterial auch zu selbst berichteten Viktimisierungen älterer Menschen vorliegt. Ausführlicher dargestellt werden sollen hier eine große deutsche Studie – zugleich der Vorläufer der jetzigen Untersuchung – sowie Forschungsbeispiele aus den USA und Großbritannien (*National Crime Victimization Survey*; *British Crime Survey*).

KFN-Viktimisierungsbefragung 1992: Im deutschen Sprachraum hat die 1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen mit finanzieller Förderung durch das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführte Opferbefragung (Wetzels, Greve, Mecklenburg, Bilsky & Pfeiffer, 1995; vgl. auch Bilsky, Pfeiffer & Wetzels, 1992; Greve, 1997; Greve & Wetzels, 1995; Wetzels & Bilsky, 1994; Wetzels & Greve, 1996) erstmals eine verlässliche Datenbasis geschaffen.

Die Studie untersuchte mittels standardisierter Befragungen Viktimisierungserfahrungen in Abhängigkeit vom Lebensalter und legte dabei besondere Schwerpunkte auf die kriminelle Opferwerdung älterer Menschen und auf gewaltförmige Viktimisierungen im sozialen Nahraum. Methodisch kombinierte sie eine persönlich-mündliche Befragung mit einer schriftlichen *Drop-off*-Befragung, wobei letztere sich auf Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder konzentrierte. Als Referenzperiode wurde einerseits das Jahr 1991, andererseits – vor allem im Hinblick auf die (retrospektive) Erfassung von Auswirkungen der „Wende“ in der früheren DDR – der Zeitraum von 1987 bis 1991 gewählt. Erfasst wurden Viktimisierungen im Bereich der Gewalt- wie der Eigentums- und Vermögensdelikte. Zur Messung von Gewalterfahrungen im Nahraum wurde vor allem auf die *Conflict Tactics Scales* (Straus, 1979) zurückgegriffen.

Aufgrund der Stichprobenszusammensetzung sind die Ergebnisse repräsentativ für die Altersgruppe bis 75 Jahre, nicht jedoch für Hochaltrige. Es wurden allenfalls in Einzelfällen (und als solche nicht identifiziert) auch pflegebedürftige Personen befragt. Auf der Basis der in die thematisch umfassende Opferbefragung (N=15.771) integrierten schriftlichen Befragung zur Thematik innerfamiliärer Gewalt (5.711 Probandinnen und Probanden,

davon 2.456 aus der Altersgruppe ab 60 Jahren) erfasste die Studie im Hinblick auf Opfererfahrungen im Nahraum die Deliktsbereiche Körperverletzung, chronische verbale Aggression, wirtschaftliche Ausnutzung, Vernachlässigung und Medikationsmissbrauch sowie sexuelle Gewalt.

Nachfolgend werden einige zentrale Ergebnisse der Studie von Wetzels et al. (1995) zusammenfassend dargestellt.¹² Tabelle 3 nennt für die erfragten Delikte die Prävalenzraten für das Jahr 1991 differenziert nach Altersgruppen sowie nach alten und neuen Bundesländern.

Tab. 3: KFN-Viktimisierungsbefragung 1992: Prävalenzraten 1991 nach Altersgruppen (Opfer je 1.000 Befragte)

	alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre
Handtaschenraub	5.1	7.3	7.2	7.7
sonstiger Raub	3.8	1.1	7.1	2.8
Wohnungseinbruch	8.7	5.4	4.8	2.8
sonstiger Einbruch	10.4	9.0	41.7	20.3
Kfz-Diebstahl	4.5	1.3	9.5	1.4
Diebstahl aus Kfz	31.6	9.2	29.2	10.5
Kfz-Beschädigung	40.7	14.4	76.3	18.8
Kraftraddiebstahl	3.3	0.4	9.5	0
Fahrraddiebstahl	31.8	6.2	27.4	4.2
sonstiger Diebstahl	21.3	12.4	16.1	9.8
KV mit Waffen	5.5	0.9	8.9	0.7
KV ohne Waffen	13.0	1.5	22.1	4.2
Drohung/Nötigung	5.1	2.2	6.0	2.8
sexuelle Belästigung	20.2	1.5	10.7	0
Vergewaltigung	3.0	0.2	2.4	0
Betrug	18.2	10.1	41.7	24.4

(adaptiert nach Wetzels et al., 1995, S. 61)

Insgesamt bestätigten Wetzels et al. (1995) den Befund einer relativ geringen Gefährdung älterer Menschen. „Mit der plausiblen Ausnahme des Handtaschenraubes“ wurden Personen ab 60 Jahren bei allen erfragten Delikten seltener Opfer als Jüngere (S. 52). In der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre waren rund 56% innerhalb von 5 Jahren Opfer eines der untersuchten Delikte geworden, in der Gruppe der über 70-Jährigen nur 28%. Dieser Unterschied verstärkt sich noch in Bezug auf Gewaltdelikte; in der Kategorie „Kontaktdelikte mit Bedrohung/Gewalt“ hatten „jeweils 24% der unter 20-Jährigen und der 20- bis 29-Jährigen (...) im Fünfjahreszeitraum eine entsprechende Opfererfahrung gemacht, während nur noch 7,2% der über 60- und noch 6,3% der über 70-Jährigen Opfer einer derartigen kriminellen Handlung wurden“ (Wetzels et al., 1995, S. 56). Wetzels et al. (1995) fanden, dass Männer zwar insgesamt häufiger Opfer wurden als Frauen, dass dieses Bild sich jedoch änderte, wenn die Schwere der Delikte berücksichtigt wurde. Frauen waren bei „gravierenden und die Person unmittelbar bedrohenden Delikten“ (sexuelle Belästigung, Vergewaltigung, Handtaschenraub) stärker belastet als Männer.

¹² Alle Zitate sind dem Band „Kriminalität im Leben alter Menschen“ (Wetzels et al., 1995) entnommen.

„Im Bereich der Drohung und Nötigung liegen Männer und Frauen annähernd gleichauf“ (S. 74). Im Hinblick auf ältere Menschen erwies sich die eigene Wohnung als ein besonders bedeutsamer Tatort. Seniorinnen und Senioren werden „häufiger als Jüngere in ihrer eigenen Wohnung Opfer eines kriminellen Delikts. Dies ist angesichts der mit dem Alter sinkenden Mobilität und dem Austritt aus dem Berufsleben nicht überraschend, und macht auch plausibel, weshalb ältere Menschen sich häufiger als jüngere im Gefolge einer Opfererfahrung in ihrer eigenen Wohnung nicht mehr sicher fühlen“ (S. 85). Wetzels et al. (1995) fanden, dass von älteren Menschen berichtete Viktimisierungen nach den Angaben der Befragten seltener im Dunkelfeld verblieben als entsprechende Erfahrungen jüngerer Personen, die Anzeigebereitschaft also im Alter nicht zurückging, sondern zunahm (S. 89).

Mit der Schwerpunktsetzung der KFN-Opferbefragung auf die private Häuslichkeit als alltäglicher Lebensraum älterer Menschen¹³ und auf Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder wurde zugleich eine Verknüpfung zwischen den Forschungsbereichen „domestic violence“ (vgl. u. a. Davis, 1998; Gelles & Loseke, 1993; Honig, 1992; Roleff, 2000; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980) und „Viktimisierung älterer Menschen“ (vgl. u. a. Bennett & Kingston, 1995; Biggs, Phillipson & Kingston, 1995; Carp, 2000; Kosberg, 1995) hergestellt. Nach den Ergebnissen der in Bezug auf diesen Deliktsbereich schriftlich durchgeführten Befragung stellten sich die Opfererfahrungen der befragten älteren Menschen in engen sozialen Beziehungen im Jahre 1991 folgendermaßen dar (Wetzels et al., 1995, S. 177): 3,4% der Befragten waren im Verlaufe dieses Jahres Opfer physischer Gewalt, 2,7% wurden durch aktive Vernachlässigung oder Medikationsmissbrauch viktimisiert, 1,3% materiell geschädigt, und 0,8% berichteten über chronische verbale Aggression. Opfer mindestens eines dieser Delikte wurden innerhalb eines Jahres insgesamt 6,6% der Befragten über 60 Jahren. Die KFN-Studie bestätigte den Befund, dass im Alter Viktimisierungsrisiken insgesamt zurückgehen. Zugleich stellte sie fest, dass die meisten Gewaltdelikte gegen Ältere von Familien- und Haushaltsmitgliedern begangen werden und dass „mit zunehmendem Alter der Anteil von Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Privatheit und Familie angesiedelt sind, an der Gesamtzahl der Opfererfahrungen ansteigt“ (Wetzels et al., 1995, S. 185).

National Crime Victimization Survey, USA: Mit dem *National Crime Victimization Survey* (NCVS) besteht in den USA seit 1973 eine Tradition regelmäßig wiederholter Viktimisierungsbefragungen. Der NCVS wird unter Leitung des *Bureau of Justice Statistics* durchgeführt (zu neuen NCVS-Befunden vgl. u. a. Catalano, 2006; Rand & Catalano, 2007; U.S. Department of Justice, 2006). Zwischen 1996 und 2005 wurden – mit aus Kostengründen abnehmender Tendenz – jeweils zwischen 38.600 und 45.000 Haushalte befragt; die Zahl der befragten Personen lag zwischen rund 67.000 und 85.000 (Groves & Cork, 2008, S. 157f.). Der NCVS arbeitet mit einem sogenannten rotierenden Panel. Die Haushalte werden über einen Zeitraum von drei Jahren zweimal jährlich befragt und fallen dann aus der Stichprobe heraus. Die Teilnahmequoten liegen in der Größenordnung von 90%. In der Regel handelt es sich um telefonische Befragungen; die Erstbefragung erfolgt immer *face-to-face*. Gefragt wird danach, ob die befragte Person oder Haushaltsmitglieder ab 12 Jahren innerhalb des letzten halben Jahres Opfer von Straftaten waren.

¹³ Der Dritte Altenbericht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001) stellt fest, dass „von den mehr als 11,6 Millionen älteren Menschen (65 Jahre und älter) (...) mehr als 93% in ‚normalen‘ Wohnungen“ leben und lediglich 6,9% in Heimen und anderen „Sonderwohnformen“ (S. 124).

Im Vergleich zu den meisten anderen Viktimisierungssurveys verwendet der NCVS somit kurze Referenzperioden. Er umfasst ferner u. a. Fragen zu Tat- und Tätermerkmalen, Tatfolgen und Anzeigeverhalten. Aufgrund der kurzen Befragungsabstände kann der NCVS mit einem sogenannten „bounded recall“ arbeiten. Es wird jeweils nach Ereignissen seit dem letzten Interview gefragt. Die Ergebnisse des Erstinterviews werden nicht verwendet, dieses Erstinterview setzt aber ein Referenzdatum für das Folgeinterview.

Nach einer Aufbereitung von Datenmaterial aus dem NCVS (Klaus, 2000) waren in den Vereinigten Staaten im Zeitraum 1992–1997 durchschnittlich 31,3 Millionen Menschen, d. h. 15% der Bevölkerung ab 12 Jahren 65 Jahre oder älter. Auf diese Gruppe entfielen lediglich 7% der gemessenen Viktimisierungen. Die Altersunterschiede waren besonders deutlich bei Gewaltdelikten. Wurden im genannten Zeitraum 5 von 1.000 Älteren Opfer einer Gewalttat, so waren es bei den 50- bis 64-Jährigen 16, bei den 25- bis 49-Jährigen 47 und bei den 12- bis 24-Jährigen 105. Menschen ab 65 Jahren wurden nach hochgerechneten NCVS-Daten pro Jahr Opfer von insgesamt 2,7 Millionen Eigentums- und Gewaltdelikten; darunter waren 2,5 Millionen den Haushalt betreffende Eigentumsdelikte (Einbruch, Diebstahl und Kfz-Diebstahl), 46.000 Fälle von „*personal theft*“ (vor allem Brief- und Handtaschenraube) sowie 165.000 nicht tödliche Gewaltdelikte (Vergewaltigung, Raub, einfache und schwere Körperverletzung). In den Tabellen 4 und 5 sind – getrennt nach Gewalt- und Eigentumsdelikten – die durchschnittlichen jährlichen Viktimisierungsraten in Abhängigkeit vom Alter der Betroffenen dargestellt; in beiden Deliktsbereichen und bei beiden Geschlechtern geht das Opferwerdungsrisiko mit fortschreitendem Alter deutlich zurück.

Tab. 4: Nicht tödliche Gewaltdelikte: durchschnittliche jährliche Opferraten pro 1.000 Personen, 1992–1997 (nach Klaus, 2000, S. 30):

Alter	Männer	Frauen
12–24 Jahre	122.3	86.2
25–49 Jahre	52.2	42.1
50–64 Jahre	20.0	12.6
≥65 Jahre	7.1	4.0
insgesamt	57.8	40.5

Tab. 5: Eigentumsdelikte: durchschnittliche jährliche Opferraten pro 1.000 Haushalte, nach Alter des Haushaltsvorstands, 1992–1997 (nach Klaus, 2000, S. 31):

Alter	Männer	Frauen
12–24 Jahre	501.4	471.7
25–49 Jahre	345.9	378.1
50–64 Jahre	245.3	231.3
≥65 Jahre	125.8	107.9
insgesamt	294.2	289.1

In den Jahren 1992–1997 nahmen die durchschnittlichen jährlichen Raten für ältere Opfer in nahezu allen mit dem NCVS erfassten Delikten ab; die einzige Ausnahme von dieser Regel ist der Kfz-Diebstahl.

Auch neueste NCVS-Befunde (Rand & Catalano, 2007) belegen wiederum ein im Alter abgesenktes Risiko. Während im Jahre 2006 in den USA das Viktimisierungsrisiko in der Altersgruppe 20–34 Jahre im Bereich der Gewaltdelikte bei 38.1 pro 1.000 Personen lag,

betrug es bei 65-Jährigen und Älteren mit 3.5 weniger als 1/10 dieser Größe. Im Bereich der Eigentumsdelikte hingegen war die Differenz deutlich geringer. Hier lagen die Viktimisierungsraten bei 212.8 pro 1.000 Haushalten mit einem Haushaltsvorstand in der Altersgruppe 20–34 Jahre; war der Haushaltsvorstand 65 Jahre oder älter, lag der entsprechende Wert bei 70.3.

Rennison & Rand (2003) analysieren auf der Grundlage von *National-Crime-Victimization-Survey*-Daten der Jahre 1993 bis 2001 Fälle der nicht tödlichen Gewalt (sexuelle Gewaltdelikte, Körperverletzung, Raub) gegen Frauen durch aktuelle oder frühere Intimpartner. Die Zahl der jährlichen Viktimisierungen wurde auf rund 830.000 geschätzt. Es zeigte sich eine starke Abhängigkeit der berichteten Viktimisierungsrisiken vom Alter der Befragten. Während in der Altersgruppe 12–24 Jahre 12.3 Viktimisierungen pro 1.000 Frauen berichtet wurden, lag dieser Wert bei den 25- bis 54-jährigen Frauen noch bei 8.7, in der Altersgruppe ab 55 Jahren jedoch nur noch bei 0.44. Dementsprechend gehörten nur 2% aller Opfer dieser Altersgruppe an. Ältere Frauen waren vor allem dann bedroht, wenn sie sich von ihren früheren Partnern getrennt hatten. Opfer der Altersgruppe ab 55 Jahre wurden häufiger als andere in ihrer Wohnung oder in deren unmittelbarem Umfeld viktimisiert; die Taten wurden relativ häufiger als bei jüngeren Opfern vom aktuellen Ehepartner begangen. Ansonsten überwiegen die Gemeinsamkeiten zwischen den Altersgruppen: Bei den von jüngeren wie älteren Frauen berichteten Delikten war Waffengebrauch die Ausnahme; die Täter standen häufig unter dem Einfluss von Alkohol oder illegalen Drogen; Verletzungen waren in allen Altersgruppen etwa gleich häufig.

British Crime Survey: Der *British Crime Survey* (BCS) ist eine seit 1982 regelmäßig durch das britische *Home Office* durchgeführte repräsentative Befragung von in Privathaushalten lebenden Personen ab 16 Jahren in England und Wales. Seit 1992 wurde der BCS als Kombination von Face-to-Face-Interview und schriftlicher Befragung, seit 1994 computerunterstützt als CAPI/CASI-Befragung durchgeführt.¹⁴ Erfasst werden jeweils Viktimisierungen in den 12 Monaten vor der Befragung; die zentralen Kriminalitätsfragen sind seit 1982 unverändert geblieben. Darüber hinaus werden Einstellungen und Sichtweisen in Bezug auf Kriminalität und Kriminalitätskontrolle erhoben. Der BCS wurde zunächst in Zwei- oder gar Vierjahresabständen durchgeführt, seit 2001 aber jährlich. Der Stichprobenumfang liegt inzwischen in einer Größenordnung von 40.000 Personen; bis zum Jahr 2000 wurden hingegen jährlich nicht mehr als 20.000 Personen befragt. Die Befragung 2006/2007 umfasste 47.203 Face-to-Face-Interviews; die Teilnahmequote lag bei 75% (Nicholas, Kershaw & Walker, 2007).

Chivite-Matthews & Maggs (2002) stellen Befunde zur Viktimisierung Älterer auf der Basis des *British Crime Survey* dar; die Daten beziehen sich auf die Jahre 1991, 1995 und 1999. Verglichen werden jeweils die Altersgruppen 16–29 Jahre, 30–59 Jahre und 60 Jahre und älter. Die Daten beziehen sich sowohl auf Delikte gegen den Haushalt als auch auf Taten gegen die Person. Chivite-Matthews & Maggs (2002) berichten, dass im Jahr 1999 insgesamt 14% aller im *British Crime Survey* erfassten Delikte auf die Altersgruppe ab 60 Jahren entfielen, 56% auf die Gruppe zwischen 30 und 59 Jahren und 30% auf die

¹⁴ CAPI = Computer Assisted Personal Interviewing (Face-to-Face-Befragung; Interviewer und Interviewerinnen lesen Fragen vom Bildschirm ab und geben Antworten direkt ein); CASI = Computer Administered Self Interviewing (Befragte erfassen ihre Antworten selbst am Computer).

Gruppe der 16- bis 29-jährigen Personen (bzw. der von 16- bis 29-jährigen Personen geleiteten Haushalte). Der Anteil ist über die Jahre hinweg relativ konstant (zwischen 12% und 14%). Ältere Befragte bzw. von älteren Personen geleitete Haushalte weisen bei Eigentums- wie bei Gewaltdelikten geringere Raten von Mehrfachviktimisierungen auf als Jüngere. Auf der Basis von Prävalenzdaten nehmen Chivite-Matthews & Maggs (2002) eine Analyse differenzieller Viktimisierungsrisiken vor. Es zeigt sich ein mit dem Alter des Haushaltsvorstandes deutlich abnehmendes Risiko in Bezug auf Haushaltsdelikte. Die Jahresprävalenzraten 1999 für Einbruch liegen z. B. bei weiblichen Haushaltsvorständen in der Altersgruppe 16–29 Jahre bei 12%, in der Gruppe 30–59 Jahre bei 7% und in der Gruppe ab 60 Jahren bei 3%; bei Männern finden sich Werte von 7%, 4% und 3% (S. 12). In Bezug auf Gewaltdelikte sind die Altersunterschiede sogar noch deutlicher: Im Jahr 1999 wurden 15% der 16- bis 29-jährigen Männer, 4% der 30- bis 59-jährigen und 1% der Altersgruppe ab 60 Opfer von Gewaltdelikten; bei den Frauen liegen die entsprechenden Werte bei 8%, 3% und 1%. Die Anzeigebereitschaft bei Gewaltdelikten/Delikten gegen die Person nimmt mit dem Alter zu (S. 10). Bei „household offences“ zeigen sich hingegen keine klaren Alterstrends (S. 10).

Die 2006/2007 durchgeführten BCS-Interviews (vgl. Nicholas, Kershaw & Walker, 2007) führten ebenfalls zu dem Befund, dass das Risiko gewaltförmiger Viktimisierung mit dem Alter abnimmt. Bei den Männern sank die auf 12 Monate bezogene Viktimisierungsrate von 13,8% in der Altersgruppe 26–24 über 6,2% bei den 25- bis 34-Jährigen bis auf 0,5% bei den Männern ab 75 Jahren. Für Frauen war das Gewaltisiko insgesamt geringer und betrug in den drei genannten Altersgruppen 6,5%, 3,9% und 0,3% (Jansson, Povey & Kaiza, 2007). Einbruchsdiebstähle waren in Haushalten mit einer jungen *household reference person*¹⁵ relativ häufig; 6,7% der Haushalte mit einer HRP zwischen 16 und 24 Jahren waren betroffen gegenüber 1,2% mit einer HRP von 75 Jahren und mehr. Ähnliches gilt für fahrzeugbezogene Diebstähle (Opferraten von 13,0% bei den 16- bis 24- und 11,0% bei den 25- bis 34-Jährigen gegenüber nur 2,2% bei den 75-Jährigen und Älteren, Taylor, Hoare & Murphy, 2007).

Spezifische Elder-Abuse-Prävalenzstudien: Über diese auf allgemeine Kriminalitäts- und Gewaltphänomene konzentrierten Surveys hinaus gibt es inzwischen einige groß angelegte Befragungsstudien in der älteren Allgemeinbevölkerung, die gezielt Phänomene der Misshandlung, Vernachlässigung oder finanziellen Ausbeutung Älterer durch ihnen nahestehende Personen untersuchen.

Spanien: Eine neue spanische Studie (Iborra, 2008) berichtet Befragungsergebnisse zur Misshandlung und Vernachlässigung von Personen ab 65 Jahren in der Familie. „Elder abuse“ wird aufgefasst als physischer und psychischer Missbrauch, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung und sexualisierte Gewalt. 2.401 in Privathaushalten lebende Ältere und 800 pflegende Angehörige wurden in Face-to-Face-Interviews befragt. In der Stichprobe der Älteren lag der Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben innerhalb der letzten 12 Monate Opfer einer der erfragten Viktimisierungsformen wurden, bei 0,8%. Unter pflege- und hilfebedürftigen Älteren stieg der Anteil der Opfer auf 1,5%. Der in der Studie postulierte Zusammenhang zwischen Grad der Abhängigkeit und Viktimi-

¹⁵ Ersetzt im UK den alten Begriff des Haushaltsvorstandes. Bezeichnet grundsätzlich den Besitzer oder Mieter der Wohnung, im Zweifelsfall den mit dem höheren Einkommen, bei mehreren gleichen Einkommen die ältere Person.

sierungsrisiko basiert auf extrem geringen Fallzahlen und kann durch die Daten nicht belegt werden. Unter den pflegenden Angehörigen berichteten 4,5% mindestens eine eigene Form problematischen Verhaltens gegenüber der pflegebedürftigen Person; Schwerpunkte waren finanzieller Missbrauch (1,9%), Vernachlässigung *und* emotionaler Missbrauch (je 1,8%); die Zahlen der „Täter“ liegen allerdings auch in diesen stark besetzten Kategorien nur um 15 Personen. Positiv hervorzuheben ist der Umstand, dass in dieser Studie der Versuch unternommen wurde, die Perspektive von Älteren *und* von pflegenden Angehörigen einzubeziehen. Interessant erscheint der Befund, dass Berichte über Viktimisierungen Älterer nicht in erster Linie aus der Opferbefragung resultieren, sondern von den Pflegenden stammen.

Großbritannien: Die Daten einer ebenfalls aktuellen britischen Studie zur Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen wurden mittels computergestützter Face-to-Face-Interviews erhoben (vgl. King's College London & National Centre for Social Research, 2007; Manthorpe et al., 2007; O'Keefe et al., 2007). Befragt wurden 2.111 Personen (57% Frauen, 43% Männer) im Alter von 66 Jahren und älter, die in privaten Haushalten (einschließlich betreuter Wohnformen) lebten; die Teilnahmequote betrug 65%. 51% der Befragten waren im Alter zwischen 66 und 74 Jahren, 40% waren 75–84 Jahre alt und 9% waren 85 Jahre und älter. Die verwendete Definition von *mistreatment* („A single or repeated act or lack of appropriate action occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person“) stammt von der britischen Organisation *Action on Elder Abuse* und wurde inzwischen von der WHO adaptiert. Wurde der Blick auf mögliche Täter und Täterinnen aus dem Kreis der Familie sowie auf Freunde und Pflegende beschränkt, ergab sich über alle Viktimisierungsformen (Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung, psychische, physische und sexuelle Misshandlung) eine 12-Monats-Prävalenz von 2,6%. Wurden Bekannte und Nachbarn einbezogen, stieg die Prävalenzrate auf 4,0%. Beide Werte unterschätzen nach Ansicht der britischen Forschungsgruppe die tatsächliche Prävalenz, da der Messung konservative Definitionen von „Misshandlung“ zugrunde lagen und hochgradig demenziell erkrankte und in Pflegeheimen lebende Personen nicht berücksichtigt werden konnten. Das Viktimisierungsrisiko war u. a. erhöht für Frauen, Geschiedene und in Trennung Lebende, Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand, Einsame und sozial Isolierte.

Zwischenbilanz zu vorliegenden Viktimisierungssurveys: Aus den Daten der KFN-Opferbefragung 1992 sowie aus internationalen Studien ergibt sich der Schluss, dass nicht nur im polizeilichen und justiziellen Hellfeld, sondern auch nach Befunden aus Dunkelfeldstudien ältere Menschen durch Kriminalität und Gewalt insgesamt weniger bedroht sind als jüngere. Ausnahmen zeigen sich bei einigen spezifischen Delikten, insbesondere dem Handtaschenraub, von dem ältere Frauen relativ stark betroffen sind. Die Differenzen der Viktimisierungsrisiken älterer und jüngerer Menschen sind im Bereich der Gewaltdelikte besonders ausgeprägt. Deutsche wie internationale Daten weisen auch darauf hin, dass im Alter nicht nur die Viktimisierungsprävalenz zurückgeht, sondern auch die Rate von Mehrfachviktimisierungen.

Einige neuere Studien zeichnen sich durch eine Kombination von Hell- und Dunkelfelddaten aus und betonen weniger Fragen der Prävalenz und Inzidenz, sondern spezifische Merkmalsprofile der Viktimisierung in verschiedenen Altersstufen. So verglei-

chen Bachman & Meloy (2008) auf der Basis von Daten des *National Crime Victimization Survey* sowie der *Supplementary Homicide Reports* des FBI Profile älterer und jüngerer Opfer bei verschiedenen Delikten. Sie berichten etwa in Bezug auf Tötungsdelikte, dass in der Altersgruppe bis 64 Jahre 39% der Opfer im Kontext eines Streits oder einer Auseinandersetzung getötet wurden gegenüber nur 21% bei den 65-Jährigen und Älteren; hingegen war unter den älteren Opfern der Anteil der Tötungsdelikte erhöht, die mit der Begehung anderer Straftaten – überwiegend Raubdelikte – verknüpft waren. Für Raubstrafaten zeigte sich vor allem bei den älteren weiblichen Opfern ein gegenüber der jüngeren Gruppe deutlich erhöhter Anteil von Fremdtätern (76% zu 50%). Ältere Raubopfer wurden häufiger im privaten Wohnraum viktimisiert als jüngere. Der Anteil behandlungsbedürftig verletzter Opfer war unter den älteren Opfern im Vergleich zu den unter 64-Jährigen erhöht (Frauen: 67% zu 46%; Männer: 64% zu 56%). Bei den Körperverletzungsdelikten war bei den weiblichen Opfern in der älteren Gruppe ein deutlicher Rückgang des Täteranteils von Intimpartnern zu verzeichnen (von 21% auf 5%), hingegen ein erhöhter Anteil von Tätern aus dem Bekannten- und Freundeskreis (62% gegenüber 48%). Ältere sind also nicht einfach weniger, sondern auch in anderer Weise gefährdet. Darauf weisen auch die von Ogradnik (2007) präsentierten Daten zur Viktimisierung im Alter aus verschiedenen kanadischen Quellen, insbesondere dem kanadischen *General Social Survey (GSS) 2004* und polizeilichen Daten (Incident-based Uniform Crime Reporting – UCR2), hin. Auch hier waren die Viktimisierungsraten in der Altersgruppe 65+ in Bezug auf Eigentums- wie auf Gewaltdelikte niedriger als im jüngeren/mittleren Erwachsenenalter (12-Monats-Prävalenz 10% gegenüber 31% bei Jüngeren) und die Gefährdung Älterer vor allem bei Gewaltdelikten gegenüber Jüngeren deutlich reduziert. Laut UCR2-Daten werden Ältere überwiegend durch Personen aus dem Nahraum viktimisiert, vor allem durch erwachsene Kinder (35%) und Partner oder Ex-Partner (31%). Bei Gewaltdelikten gegen Ältere fand typischerweise kein Waffeneinsatz statt und es kam meist nicht zu gravierenden Verletzungen. Zugleich macht Ogradnik (2007) auf spezifische Gefahrenzonen im höheren Alter aufmerksam und verweist hier insbesondere auf betrügerische Delikte, bei denen gezielt Ältere als Opfer ausgewählt werden.

Altersbezogene Forschung zur Opferwerdung beschränkt sich selbstverständlich nicht auf solche großen Surveys. Aus der Vielzahl kleinerer Studien sei etwa die in Bonn durchgeführte postalische Befragung von 459 Personen über 60 Jahren erwähnt, über die Brendebach & Hirsch (1999) und Hirsch & Brendebach (1999) berichten (deren Aussagekraft allerdings durch die geringe Teilnahmequote von 13,6% eingeschränkt wird). 10% der Befragten (n=46) hatten in den letzten fünf Jahren Gewalterfahrungen im weiteren Sinne in ihren Familien gemacht. In erster Linie wurden seelische Misshandlungen und finanzielle Viktimisierungen berichtet. Folgen der Gewaltereignisse wurden vorwiegend auf psychischer und emotionaler Ebene benannt. Unterstützung erhielten die Betroffenen vor allem durch Personen aus ihrem sozialen Nahraum. Personen, die sich selbst als Opfer beschrieben, waren im Vergleich zu Nichtopfern etwas jünger, gesundheitlich stärker eingeschränkt und weniger zufrieden mit ihrem Leben (Brendebach & Hirsch, 1999, S. 104).

Zunehmend entdeckt die Forschung, dass Gewalt in Ehen und Partnerschaften ein Phänomen ist, das mit dem Älterwerden nicht einfach verschwindet, sondern sich ins Alter hinein fortsetzt, in manchen Fällen auch im höheren Alter erst einsetzt – vor dem Hin-

tergrund etwa von Erkrankungen oder von kritischen Lebensereignissen wie dem Ausscheiden aus der Arbeitswelt. So gaben in einer amerikanischen Studie (Mouton, 2003) 5% der befragten Frauen der Altersgruppe 50–79 Jahre an, im letzten Jahr von ihrem Partner körperlich misshandelt worden zu sein, 23% berichteten von verbalen Übergriffen. Ebenso weisen die Ergebnisse der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; 2005b) darauf hin, dass auch ältere Frauen unterschiedliche Formen von Gewalt in Partnerschaften erleben, wenngleich die Häufigkeit dieser Erfahrungen mit dem Alter zurückgeht.

Die in diesem Bereich in den letzten Jahren durchgeführten Studien¹⁶ weisen darauf hin, dass Gewalterfahrungen älterer Frauen in Partnerschaften einerseits viele Gemeinsamkeiten mit denen jüngerer Frauen aufweisen, andererseits alters- und generationsspezifische Merkmale aufweisen. So nannten in einer Interviewstudie (Zink, Jacobson, Regan & Pabst, 2004) Frauen, die nach dem 55. Lebensjahr Opfer von Gewalt durch einen Beziehungspartner geworden waren, als Gründe für das Nichtenthüllen erfahrener Gewalt gegenüber Ärztinnen und Ärzten, psychosozialen Professionen und natürlich der Polizei Scham oder Gefühle der Verpflichtung gegenüber dem Partner – Motivlagen, wie sie auch bei jüngeren Frauen häufig zu sein scheinen. Hinzu kamen eher altersspezifische Erwägungen. Dazu gehörte die Einstellung, dass private Dinge nicht an die Öffentlichkeit getragen werden sollten, ebenso wie die Wahrnehmung fehlender Handlungsoptionen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, mangelnder finanzieller Ressourcen oder aus Furcht vor Einsamkeit. Beaulaurier, Seff, Newman & Dunlop (2005) identifizierten in Fokusgruppen zu häuslicher Gewalt mit 134 Frauen zwischen 45 und 85 Jahren als Hindernisse für Hilfesuche und Hilfeanspruchnahme Schuldzuweisungen an die eigene Person, erlebte Macht- und Hoffnungslosigkeit sowie das Bedürfnis, die Familie zu schützen und die Misshandlung vor anderen zu verbergen.

Morgan Disney & Associates (2000b) führten eine Sekundäranalyse von Daten der *ABS Women's Safety Australia*-Studie, einer repräsentativen Viktimisierungsstudie mit 6.333 Befragten, durch und kamen zu dem Ergebnis, dass 8% der befragten Frauen aktuell Gewalt in ihrer Partnerschaft erleben, wovon 37,5% älter als 45 sind. Morgan Disney & Associates (2000a) befragten in einer qualitativen Studie 140 ältere gewaltbetroffene Frauen und 20 Männer zu Misshandlungserfahrungen in Partnerschaften. Als wesentlich für die Deutung und Bewältigung von Gewalterfahrungen erwies sich der generationengebundene Erfahrungshintergrund, welcher durch die Häufigkeit und gesellschaftliche Akzeptanz von Gewalt (u. a. körperliche Züchtigung in und außerhalb von Familien) und die geschlechtshierarchische Struktur von Ehen und Familien geprägt war und teilweise noch ist. Als Gewalt in Ehen fördernde Bedingungen werden geringe Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten von Frauen, die gängige Vorstellung von der Unlösbarkeit der Ehe, die Rolle des Mannes als Ernährer, der alle wesentlichen Entscheidungen trifft und dessen Willen sich die Frau unterzuordnen hat, der niedrige Status getrennt lebender Frauen und das Fehlen jeder Unterstützungsstruktur für Gewaltopfer genannt. In der Zeit, in der die Frauen ihre Kindheit, Jugend und den größeren Teil ihres Erwachsenenlebens verbrachten, waren dies gängige Lebensbedingungen und weithin geteilte Werte, die zu einer Kultur von Verschwiegenheit

¹⁶ Manche Studien sprechen zwar im Titel von „älteren Opfern“, begrenzen die Analyse aber faktisch auf „junge Alte“ – so bei Sormanti & Shibusawa (2008), die lediglich die Altersgruppe 50–64 Jahre untersuchen.

und Akzeptanz von häuslicher Gewalt führten, zu dem Gefühl, selbst für die erfahrene Gewalt verantwortlich zu sein und zu dem Wissen, im Fall einer Trennung gravierende Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Dabei haben solche Einschätzungen durchaus auch heute noch ihre Berechtigung; alle in der Studie befragten Frauen, die sich erst im Alter von ihren Männern getrennt hatten, berichteten von nicht mehr kompensierbaren finanziellen Einbußen, z.T. auch von sozialer Isolierung. Für ältere Frauen ist es eine erst im letzten Drittel ihres Lebens angesiedelte Erfahrung, dass Gewalt in Familien gesellschaftlich geächtet ist.¹⁷ Die Autorinnen betonen die besonders problematische Situation von Frauen in ländlichen Regionen, wo einerseits Hilfsstrukturen spärlich vorhanden sind, andererseits traditionelle Vorstellungen von Geschlechterrollen noch dominanter sind. Während die Reaktion von Klerus und Ärztinnen und Ärzten auf Hilfersuchen der Betroffenen als weniger hilfreich erlebt wurde, empfanden die Befragten das Verhalten der Polizei mehrheitlich als hilfreich.

Zink, Jacobson, Pabst, Regan & Fisher (2006) untersuchten in halb strukturierten Interviews mit 38 Frauen der Altersgruppe 55–90 Jahre Bewältigungsstrategien in langfristigen Gewalt- und Missbrauchsbeziehungen. Die befragten Frauen wählten vor allem kognitive Strategien der Bewältigung und versuchten, einer als unveränderbar erlebten Situation eine Bedeutung zu verleihen. Zugleich bemühten sie sich, dem Täter Grenzen zu setzen und suchten nach (formeller wie informeller) sozialer Unterstützung (zu dieser Interviewstudie vgl. auch Zink, Regan, Jacobson & Pabst, 2003; Zink, Jacobson, Regan, Fisher & Pabst, 2006). Bonomi, Anderson, Reid, Carrell, Fishman, Rivara & Thompson (2007) fanden in Telefoninterviews mit 370 Frauen ab 65 Jahren für Gewalterfahrungen durch Partner – bezogen auf die letzten 5 Jahre bzw. die letzten 12 Monate – eine Prävalenz von 3,5% bzw. 2,2%. Sie weisen auf die häufig lange Dauer der erlittenen Gewalt hin; der Median lag je nach Gewaltform zwischen drei Jahren (für erzwungenen sexuellen Kontakt) und zehn Jahren (für kontrollierendes Verhalten). Die Forschungsgruppe um Donna Cohen (u. a. Cohen, 2000a; 2000b; Malphurs & Cohen, 2005; Malphurs, Eisdorfer & Cohen, 2001) hat kombinierte Fremd- und Selbsttötungen im Alter untersucht, die ganz überwiegend unter (Ehe-)Partnern stattfinden und bei denen nahezu immer der Mann der Täter (oder Ausführende) ist. In den USA werden solche Taten in mindestens 90% der Fälle mittels Schusswaffe begangen. Ein großer Teil der kombinierten Selbst- und Fremdtötungen ereignet sich in Pflegebeziehungen vor dem Hintergrund von Überlastung und Verzweiflung der Täter. Die Taten ereignen sich nahezu immer als geplante Akte. Ca. ein Drittel der Fälle ist eher aggressiv motiviert und in eine Geschichte häuslicher Gewalt eingebettet. Zum Hintergrund der Taten gehört auch eine hohe Inzidenz nicht diagnostizierter bzw. nicht behandelter psychischer Erkrankungen, insbesondere Depressionen. Ärzte können daher hier wichtige Ansprechpartner und Träger von Prävention sein.

Im Rahmen einer explorativ ausgerichteten Studie (vgl. Görge & Nägele, 2006a; Görge, Nägele, Herbst & Newig, 2006; Görge, Newig, Nägele & Herbst, 2005; Görge, Herbst, Nägele, Newig, Kimmelmeier, Kotlenga, Mild, Pigors & Rabold, 2005; siehe auch Görge & Nägele, 2003) wurden *sexuelle Viktimisierungen jenseits des 60. Lebensjahres* untersucht. Die Studie stützte sich auf Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik,

¹⁷ Die Autorinnen und Autoren betonen die Bedeutung dieses für ältere und jüngere Frauen sehr verschiedenen Erfahrungshintergrundes bereits im Titel ihrer Studie „Two Lives – Two Worlds“ (Morgan Disney & Associates, 2000a, 2000b).

122 Verfahrensakten niedersächsischer Staatsanwaltschaften, eine schriftliche Befragung von 76 Institutionen der Opferhilfe (außerhalb von Polizei und Justiz) sowie vertiefende Interviews mit 22 Praktikern/Praktikerinnen, die über Erfahrungen mit konkreten Fällen der sexuellen Viktimisierung alter Menschen verfügten. Es zeigte sich, dass nach allen verfügbaren Informationen Ältere insgesamt von Sexualdelikten in deutlich geringerem Maße betroffen sind als Jüngere. Menschen jenseits des 60. Lebensjahres werden nur selten polizeilich als Opfer einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung registriert. Ältere Frauen stellen unter den Klientinnen von Frauenhäusern, Frauennotrufen und ähnlichen Einrichtungen eine Minderheit dar und berichten nur in seltenen Fällen von sexuellen Gewalterfahrungen. Sofern Polizei und Justiz mit Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung älterer Menschen befasst sind, handelt es sich ganz überwiegend um exhibitionistische Handlungen. Frauenhäuser, Frauennotrufe und ähnliche Einrichtungen hingegen sind – bei geringer Fallzahl – in erster Linie mit schwerwiegenden Formen sexueller Gewalt in engen sozialen Beziehungen konfrontiert. Dabei geht es zu einem beträchtlichen Teil um fortgesetzte Viktimisierungen in Ehen und Partnerschaften älterer Menschen, bei denen sexuelle Gewalt und sexueller Zwang Facetten in einem umfassenden Muster der Gewaltanwendung, Demütigung und Kontrolle sind. Mehr als 40% der in Interviews mit Beraterinnen und Beratern im Detail beschriebenen und aufgrund dieser Beschreibungen klassifizierten Fälle ließen sich unter das Konzept des „Terrors in Intimbeziehungen“ von Johnson & Ferraro (2000) subsumieren.

Zu den Themen, die in den letzten Jahren zunehmend Beachtung finden, gehören u. a.:

- I Sexuelle Viktimisierungen im Alter (vgl. u. a. Burgess & Clements, 2006; Burgess & Phillips, 2006)
- I Viktimisierungen älterer Männer¹⁸ (vgl. u. a. Pritchard, 2007; Reeves, Desmarais, Nicholls & Douglas, 2007; Teaster, Ramsey-Klawnsnik, Mendiondo, Abner, Cecil & Tooms, 2007)
- I Spezifische Eigentums- und Vermögensdelikte an älteren Menschen (vgl. etwa die Studie von Lister & Wall, 2006, zu „distraction burglary“ im Sinne des Trickdiebstahls in der Wohnung des Opfers nach dem Schema des „Stadtwerketricks“)¹⁹

Ein großer Mangel herrscht bislang an Evaluationsstudien. Hier sei die Begleitforschung zum BMFSFJ-Modellprojekt *Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum* (Görgen, Kreuzer, Nägele & Krause, 2002; Görgen & Nägele, 2005) erwähnt. Aufgabe des Modell-

¹⁸ Es handelt sich hier um eine bislang weitgehend ignorierte Gruppe von Opfern, an der zudem deutlich wird, dass Vulnerabilitäten im hohen Alter ganz anders ausgeprägt sein können als im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter; wenn körperliche Gebrechlichkeit und kognitive Einschränkungen ein substanzielles Maß erreichen, geht die Bedeutung anderer Vulnerabilitätsdeterminanten (zu denen etwa Geschlecht und sozialer Status gehören) zurück. Entsprechendes gilt auch für den „Beginn des Lebens“, d. h. für Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder; auch hier spielen – zumindest auf Opferseite – soziale Vulnerabilitätsfaktoren gegenüber den unmittelbar körperlichen und kognitiven Charakteristika der Entwicklungsstufe/Lebensphase eine nachgeordnete Rolle.

¹⁹ Nach Lister & Wall (2006) sind in Großbritannien 57% der Opfer solcher Delikte, die prinzipiell nahezu unabhängig vom Alter der Opfer begangen werden können, 80 Jahre und älter. Zumeist handelt es sich um Frauen; Migrationshintergrund ist selten. Die Täter und Täterinnen gehen davon aus, dass Ältere mit größerer Wahrscheinlichkeit alleine leben, tagsüber zu Hause anzutreffen sind, Bargeld zu Hause aufbewahren, die Tür öffnen, die Identität der Besucherin oder des Besuchers nicht sorgfältig prüfen, einen Diebstahl nicht sofort bemerken und keine Anzeige erstatten. Lister & Wall (2006) heben hervor, dass der Gestaltung von Präventionskonzepten nicht ähnliche altersstereotypisierende Annahmen zugrunde gelegt werden sollten; der Fokus sollte – unabhängig vom Alter – auf risikoe erhöhenden Merkmalen und Verhaltensweisen der Opfer liegen.

projekts war es, Präventions- und Interventionsansätze im Hinblick auf Gewalterfahrungen älterer Menschen im häuslichen und familiären Bereich zu entwickeln und zu erproben. Die wissenschaftliche Begleitung kam zu dem Schluss, dass der Zuständigkeitsbereich „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum“ für eine eigenständige Hilfe- und Beratungseinrichtung auf lokaler Ebene zu eng gewählt war. Die explizite Bezugnahme und Fokussierung auf „Gewalt gegen Ältere“ kann zwar die Öffentlichkeitsarbeit von Präventions- und Interventionsprojekten erleichtern, gleichzeitig aber Schwierigkeiten im Hinblick auf Zielgruppenansprache und Profilierung mit sich bringen. Selbst bei Anwendung eines sehr weit gefassten Gewaltbegriffes ließ sich nur ein Teil der an das Projekt herangetragenen Beratungsanliegen unter ein solches Konzept subsumieren. Die Beratungsfälle des Projekts zeigten zugleich, dass Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum in Partnerschaften und zwischen den Generationen ausgeübt wird, dabei jeweils nur teilweise im Rahmen von Pflegebeziehungen. Eine verstärkte konzeptuelle wie handlungspraktische Integration der Themen häusliche Gewalt, Gewalt gegen Frauen, Gewalt gegen ältere Menschen und Gewalt in der Pflege erscheine – so die Begleitforschung – angezeigt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Forschung im Hinblick auf Opferwerdungsrisiken in der älteren Generation (also unabhängig von der Frage des Vorliegens von Pflege- und Hilfebedarf) überwiegend zu dem Ergebnis kommt, dass diese Risiken niedriger liegen als im mittleren Erwachsenenalter. Auch neuere *Elder-Abuse-Prävalenzstudien*, die sich dem Gegenstand nicht mit an Kriminalitätsdefinitionen und strafrechtlichen Normen orientierten Konzepten nähern, sondern den Missbrauch von Vertrauensbeziehungen in den Vordergrund rücken, berichten relativ niedrige Jahresprävalenzen von *elder abuse and neglect*.

Vorliegende Studien weisen zugleich darauf hin, dass es im höheren Alter spezifische Bereiche erhöhter Gefährdung geben kann. Diese reichen von Diebstählen über Raubstrafataten bis zu vorsätzlichen Tötungsdelikten. In der Forschung zu häuslicher Gewalt im Alter werden lange „Opferkarrieren“ und spezifische Bewältigungs- und Verarbeitungsformen der Betroffenen beschrieben.

Zugleich steht die Forschung in diesem Bereich vor großen Schwierigkeiten und Herausforderungen. Diese betreffen vor allem die Qualität und Nutzbarkeit von Hellfelddaten (in der Regel polizeilicher Provenienz) sowie die eingeschränkte Eignung repräsentativer Bevölkerungsbefragungen, „das Alter“ umfassend abzubilden. Demenziell Erkrankte, in stationären Einrichtungen Lebende etc. bleiben dabei in aller Regel ausgeschlossen. Die in der Sache natürlich erfreuliche niedrige Prävalenz von gravierenden Opfererfahrungen im höheren Alter bedeutet auch, dass spezifische Delikts- und Viktimisierungsmuster alleine mittels großer Opferwerdungsbefragungen kaum adäquat zu untersuchen sind (Rennison & Rand, 2003).

2.3 Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl im Alter

In diesem Bereich war die Denkfigur des Viktimisierungs-Furcht-Paradoxons lange dominant, dem zufolge Ältere durch hohe Furcht bei gleichzeitig geringem Risiko gekennzeichnet sind. Dieses „Paradoxon“ zeigt sich regelmäßig dann, wenn die in einer

großen Anzahl von Untersuchungen verwendete, in der Literatur jedoch (mit Recht) vielfach kritisierte²⁰ sogenannte „Standardfrage“ zur Erfassung von Kriminalitätsfurcht zum Einsatz kommt („Wie sicher fühlen Sie sich oder würden Sie sich fühlen, wenn Sie hier in der Gegend nachts draußen alleine sind?“; vgl. Kury, Dörmann, Richter & Würger, 1992) und die hiermit erzielten Befunde sodann zu Hell- oder Dunkelfelddaten in Beziehung gesetzt werden. Diese Standarderfassung von Kriminalitätsfurcht bringt jedoch einige Probleme mit sich (vgl. u. a. Kury, Lichtblau, Neumaier & Obergfell-Fuchs, 2004).

(1) Es handelt sich um eine in Bezug auf Kriminalität unspezifische Frage, die eher ein allgemeines Unsicherheitserleben misst als die spezifische Angst, Opfer einer kriminellen Handlung zu werden. So weist Fattah (1993, S. 53) mit Recht darauf hin, dass die „Standardfrage“ Kriminalität als den vermuteten Bezugspunkt des erfragten Sicherheitsgefühls nicht erwähnt und vom Befragten auch auf unbeleuchtete Baustellen oder nicht angeleinte Hunde bezogen werden könnte.

(2) Hinzu kommt, dass die Frage zum Teil hypothetisch formuliert ist („... würden Sie sich fühlen, wenn Sie ...“), wodurch Kriminalitätsfurcht losgelöst von realem Verhalten und Erleben erfasst wird. Eine etwaige Argumentation im Sinne von „wenn die Person nachts nicht rausgeht, dann doch wohl, weil sie sich draußen fürchtet“, greift nicht, da die denkbaren Motive und Ursachen derartigen Verhaltens sehr vielfältig sind und auch in von Kriminalität und Kriminalitätsfurcht völlig unabhängigen Lebensstil- und Gesundheitsmerkmalen begründet sein können. So stellten Kury et al. (2004) in einer Untersuchung zur Validität der Erfassung von Kriminalitätsfurcht fest, dass ein Großteil der Befragten angab, es würde ihrem Tagesrhythmus widersprechen, sich nachts alleine in der eigenen Wohngegend draußen aufzuhalten – völlig unabhängig davon, ob sie Angst hätten oder nicht.

Die Schwächen der Standardfrage legen es nahe, mit ihr erzielte Ergebnisse lediglich unter Berücksichtigung weiterer Indikatoren zu interpretieren. Mit Bezug auf die häufig geäußerte Kritik an der fehlenden Differenzierung dieser Erfassungsform weist Greve (2004a; 2004b) darauf hin, dass die Standarderfassung einen verhaltensbezogenen Bias enthält („nachts – draußen – allein“), der eine künstliche Überschätzung von Kriminalitätsfurcht im Alter zur Folge hat.

Es herrscht mittlerweile weitestgehend Konsens darüber, dass die sogenannte Standardfrage jedenfalls alleine zur Erfassung von Kriminalitätsfurcht nicht hinreicht, da Kriminalitätsfurcht ein komplexes und mehrdimensionales Konstrukt ist, welches kognitive, emotionale und behaviorale Aspekte einschließt (vgl. dazu u. a. Greve, 2005; 2008; Greve & Gabriel, 2003). Durch entsprechend differenzierte Operationalisierungen ist das Kriminalitäts-Furcht-Paradoxon inzwischen im Grundsatz dahin gehend erklärt, dass ältere Menschen nicht furchtsamer, sondern vorsichtiger sind als jüngere. Elemente dieser Vorsicht können – bei entsprechender Operationalisierung – als „Furcht“ erscheinen. Dies führt dann – da Vorsicht Viktimisierungsrisiken senkt – zu einem scheinbaren Missverhältnis zwischen „Furcht“ und „tatsächlichem Risiko“ unter Verkenning des Umstands, dass zwischen beiden Größen auch ein kausaler Zusammenhang besteht.

²⁰ Zur Kritik an der Qualität derartiger Standardindikatoren vgl. z. B. Ferraro & LaGrange (1987), Fattah (1993), Farrall, Bannister, Ditton & Gilchrist (1997), Kury, Lichtblau, Neumaier & Obergfell-Fuchs (2004), Reuband (2000).

Befunden des British Crime Survey zufolge steigt mit dem Alter die Verwendung von Vorrichtungen zur Sicherung der Wohnung; ein deutlicher Zuwachs ist hier bereits in der Altersgruppe ab 30 Jahren zu verzeichnen (Chivite-Matthews & Maggs, 2002).

Jeder Ansatz zur Operationalisierung von Kriminalitätsfurcht muss daher dieser Komplexität Rechnung zu tragen versuchen – und wird unweigerlich auf neue Schwierigkeiten stoßen. Die emotionale Seite von Kriminalitätsfurcht ist sowohl konzeptuell als auch empirisch schwer zu fassen. Bereits der zur Operationalisierung oft gebrauchte Terminus „Befürchtung“ lässt nicht nur Emotionales assoziieren, sondern hat eine starke kognitive, in Richtung subjektiver Risiko- oder Bedrohtheitswahrnehmung tendierende Komponente. Jackson (2005, S. 300) kommt zu dem Ergebnis, dass Gegenstand kriminalitätsbezogener Befürchtungen und Besorgnisse eine Gesamteinschätzung von Bedrohung und eigener wahrgenommener Vulnerabilität ist („we worry about a threat that looms, an unpleasant possibility that we feel vulnerable towards“). Schwierig ist auch die empirische Trennung von eindeutig kriminalitätsbezogenem Vorsichts- und Vermeiderverhalten einerseits und lebensstilbezogenen Veränderungen, die zwar nicht die Minimierung von Opferrisiken zum Ziel, gleichwohl aber entsprechende Effekte haben können.

Moore & Shepherd (2007a; 2007b) unterscheiden *fear of personal harm* (FoPH – Furcht vor Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit) und *fear of personal loss* (FoPL – Furcht vor materiellen Verlusten) als zwei zentrale Elemente von Kriminalitätsfurcht. Gestützt auf Daten des *British Crime Survey* beschreiben sie unterschiedliche Verläufe dieser Komponenten. Demnach liegt der Höhepunkt der Furcht vor materiellen Verlusten bei etwa 45 Jahren, während die Furcht vor physischer Beeinträchtigung bereits ab einem Alter von 23 Jahren rückläufig ist und nach dem 45. Lebensjahr noch einmal drastisch abnimmt. Insgesamt sprechen Moore & Shepherd (2007a) von einer umgekehrt u-förmigen Beziehung zwischen Alter und Kriminalitätsfurcht, doch zeigt sich diese vor allem in Bezug auf FoPL, während FoPH in der im BCS untersuchten Altersspanne (16 J.+) nur zu Beginn etwas ansteigt und ab dem 23. Lebensjahr kontinuierlich abnimmt.

Recht stabil repliziert sich der Befund, dass ältere Menschen die Kriminalitätsentwicklung in größeren geografischen Einheiten („in Deutschland“) skeptischer einschätzen als jüngere, zugleich aber die Entwicklung im eigenen Wohnumfeld vergleichsweise positiv einschätzen. So war ein Ergebnis des *British Crime Survey* 2006/2007, dass ältere Befragte eher als jüngere zu der Ansicht neigten, dass die Kriminalität landesweit in den letzten beiden Jahren vor der Befragung deutlich gestiegen sei (so z. B. 49% der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren und 46% der 75-jährigen und Älteren gegenüber lediglich 23% in den Altersgruppen 16 bis 24 und 25 bis 34 Jahre). Der Anteil derjenigen, die ein hohes Niveau antisozialen Verhaltens im Wohnumfeld wahrnahmen, war hingegen bei den Älteren geringer als in anderen Altersgruppen; besonders deutlich waren die Unterschiede bei den Frauen (5% bei den 75-jährigen und Älteren gegenüber 29% bei den 16- bis 24-jährigen und immerhin noch 16% bei den 55- bis 64-jährigen). Auch starke Besorgnis in Bezug auf Gewaltdelikte und Kfz-bezogene Delikte war bei jüngeren Befragten weiter verbreitet (13% der 16- bis 24-jährigen Männer gegenüber 8% der 65- bis 74-jährigen); in Bezug auf Einbruchsdiebstähle zeigten sich kaum Altersunterschiede. Das Vertrauen in die Strafverfolgungsinstanzen wiederum war bei Älteren besonders schwach ausgeprägt.

So waren nur 23% der befragten über 75-jährigen Männer gegenüber 54% der 16- bis 24-jährigen der Ansicht, das System der Strafverfolgung werde den Bedürfnissen der Opfer gerecht. 37% der älteren Frauen gegenüber 53% der jüngsten Gruppe waren der Ansicht, der Staat führe Täter effektiv einer gerichtlichen Aburteilung zu (Lovbakke, 2007).

Neuere Studien zu Kriminalitätsfurcht im Alter suchen verstärkt nach Faktoren, welche die Variabilität innerhalb der Gruppe der Älteren aufzuklären vermögen. Dabei werden insbesondere Zusammenhänge von Kriminalitätsfurcht mit Einsamkeit, geringer Partizipation am kulturellen und sozialen Leben, mangelnder sozialer Unterstützung, gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen, Depressivität sowie mit der Wahrnehmung von Zeichen sozialer Desorganisation im Wohnumfeld berichtet (vgl. u. a. Acierno, Rheingold, Resnick & Kilpatrick, 2004; Chivite-Matthews & Maggs, 2002; De Donder, Verte & Messelis, 2005; Jakobsson & Hallberg, 2005; Moore & Shepherd, 2007a). Interessant sind auch Studien, die kriminalitätsbezogene Befürchtungen anhand spezifischer sozialer Situationen untersuchen, etwa der Auswahl und Supervision einer Haushaltshilfe durch hochaltrige verwitwete Frauen (Porter, Lasiter & Poston, 2005).

2.4 Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger älterer Menschen

Diese für die Forschung noch vergleichsweise neue Thematik betrifft innerhalb der Bevölkerungsgruppe der Älteren eine quantitativ bedeutsame Minderheit, die sich in vielfacher Hinsicht von der Gesamtpopulation der Altersgruppe 60+ unterscheidet. Verglichen mit den so definierten Älteren ist unter Pflegebedürftigen der Anteil der Frauen höher, sind sie im Durchschnitt älter, gesundheitlich und kognitiv stärker eingeschränkt, in vielfacher Hinsicht abhängiger, im öffentlichen Raum kaum präsent, in ihren Möglichkeiten, sich gegen etwaige Viktimisierungsversuche zur Wehr zu setzen, stark eingeschränkt.

Das Forschungsfeld der Viktimisierung pflegebedürftiger älterer Menschen zeichnet sich u. a. durch folgende Merkmale aus:

- | Es wird in höherem Maße als die „allgemeine“ altersviktimologische Forschung multidisziplinär betrieben (Gerontologie, Kriminologie/Viktimologie, Gesundheitswissenschaften etc.).
- | Der Gegenstand wird meist über breite Konzepte von „Misshandlung“ und „Vernachlässigung“ definiert (die zudem im deutschen Sprachraum teilweise unter den Terminus „Gewalt“ subsumiert werden), welche auch Aspekte defizitärer pflegerischer Versorgung einschließen und von strafrechtlich orientierten Konzepten von Opferwerdung weit entfernt sind.
- | Prävalenz- und Inzidenzdaten zur Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger werden in manchen Studien erhoben, sind aber in sehr starkem Maße abhängig von verwendeten Konzepten und Operationalisierungen sowie den grundsätzlichen methodischen Zugängen.

- I Die Forschung konzentriert sich vor allem auf Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Interventionen.
- I Im Bereich der familialen wie der professionellen Pflege stehen die Belastungen, die mit pflegerischer Tätigkeit verknüpft sind, im Fokus der Betrachtung und werden auch als erklärende Variable für Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse hervorgehoben. Entlastung und Belastungsreduktion erscheinen in weiten Teilen der Literatur als zentrale Ansatzpunkte der Prävention. Insofern besteht hier ein deutlicher Unterschied zu im engeren Sinne kriminalitätsbezogenen Diskursen.

Pflege im häuslichen Umfeld: Im Bereich der empirischen Forschung zu „domestic elder abuse“ dominieren bislang Befragungsstudien an kleinen, nicht repräsentativen Stichproben. Der Anteil qualitativer Studien ist hoch. Befragt werden Pflegende wie Pflegebedürftige, z.T. wird die Befragung beider Gruppen auch innerhalb von Untersuchungsdesigns kombiniert (sogenannte Dyadenbefragungen; vgl. u. a. Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner & Lance, 2005; Fulmer et al., 2005). Hinzu kommen Befragungen von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Berufsfeldern, insbesondere aber von Pflegekräften, sowie Dokumentenanalysen primär aus dem medizinisch-pflegerischen Sektor, selten aus dem Bereich der Strafverfolgung. Wo – wie in den USA mit den dortigen *Adult Protective Services* – spezialisierte Institutionen existieren, werden auch deren Daten zu Forschungszwecken genutzt.

Exemplarisch sollen einige Befunde zur *Prävalenz und Inzidenz* der Misshandlung und Vernachlässigung in Privatwohnungen lebender Älterer betrachtet werden. Lachs, Williams, O'Brien, Hurst & Horwitz (1996; 1997) glichen im Rahmen einer prospektiven epidemiologischen Studie ihre Daten mit denen von *Adult Protective Services* ab. Bei Personen ab 65 Jahren fanden sie für einen Neunjahreszeitraum eine Prävalenz von 1,6% für bestätigte Fälle der Vernachlässigung, Misshandlung und finanziellen Ausbeutung. Die sogenannte *National Elder Abuse Incidence Study* (National Center on Elder Abuse, 1998) schätzte die jährliche Zahl der Opfer häuslicher Misshandlung und Vernachlässigung in der Altersgruppe ab 60 Jahren in den USA auf rund 450.000, von denen rund 1/6 den *Adult Protective Services* (APS) bekannt werden. Bei diesen bekannt gewordenen Fällen waren die Misshandlungsoffer zu mehr als 70% Frauen, ca. 60% der Opfer waren demenziell erkrankt. Die Täter und Täterinnen waren zu fast 90% Familienmitglieder, vor allem erwachsene Kinder (47%), Ehepartner (19%) und Enkel (9%). Eine Studie aus den USA (Daly, Jogerst, Brinig & Dawson, 2003; Jogerst, Daly, Brinig, Dawson, Schmuch & Ingram, 2003) veranschlagt die Zahl der Meldungen über Misshandlung und Vernachlässigung an *Adult Protective Services* auf 8,6 jährlich pro 1.000 Personen der Altersgruppe 60+. Von den APS untersucht werden 5,9 Fälle pro 1.000 Personen, von denen 2,7 hinsichtlich des Ausgangsverdachts Bestätigung erfahren.

In Deutschland wurden im Rahmen der sogenannten LEANDER-Studie (vgl. Thoma, Schacke & Zank, 2004; Zank, Schacke & Leipold, 2005) pflegende Angehörige von Demenzerkrankten vornehmlich nach ihren Belastungen gefragt. Die Befragungen schlossen einige Items zu problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen ein. 20,9% der Befragten gaben an, gegenüber ihren pflegebedürftigen Angehörigen oft oder sehr oft „lauter zu werden“; 2,5% berichteten von häufigen Drohungen oder Einschüchterungen, 1,0% der Befragten gaben an, den Pflegebedürftigen oft bzw. sehr oft „härter anzufassen“.

Risikofaktoren der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger in privaten Pflegebeziehungen: Kontrovers diskutiert wurde und wird die Frage, welcher Stellenwert Be- und Überlastung der Pflegenden als Gewalt induzierenden Faktoren zukommt. Nach einer weitverbreiteten (anfangs vor allem von Suzanne Steinmetz, 1988, vertretenen) These nimmt die Wahrscheinlichkeit der Misshandlung Pflegebedürftiger mit der von Pflegenden erlebten Belastung zu. Pflegebeziehungen bringen – so die Argumentation – für Pflegende eine Vielzahl an Frustrationen mit sich. Das Machtgefälle zwischen den beteiligten Personen gibt dem Pflegenden die Möglichkeit, derartigen Frustrationen relativ gefahrlos auch in aggressiver Weise Ausdruck zu verleihen. Demgegenüber gibt es auch Argumente und empirische Belege dafür, dass psychisch gestörte, auch in anderen Lebensbereichen zu Devianz neigende Angehörige, die zudem oftmals von dem Pflegebedürftigen finanziell oder in sonstiger Weise abhängig sind, weitgehend unabhängig von erlebter pflegerischer Belastung bestehende aggressive Handlungstendenzen auch gegenüber diesem Familienmitglied ausagieren (vgl. Greenberg, McKibben & Raymond, 1990; Pillemer, 1993; Pillemer & Finkelhor, 1988, 1989). Beide Thesen schließen einander nicht aus, haben vielmehr je spezifische Fallkonstellationen und Erscheinungsformen von familialer Gewalt gegen Ältere zum Bezugspunkt.

Relativ unabhängig von diesen beiden Ansätzen hat die Forschung inzwischen eine Reihe von *Risikofaktoren* für die Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen durch familial Pflegende herausgearbeitet:

- | Ein *gemeinsamer Haushalt von pflegebedürftiger und pflegender Person* ist ein statistischer Risikofaktor, der sicherlich auch vor dem Hintergrund von Tatgelegenheiten, vor allem aber von Konfliktpotenzialen und von Möglichkeiten, Abstand zu nehmen, gesehen werden muss (Lachs & Pillemer, 2004).
- | *Aggressives und gewaltförmiges Verhalten des Pflegebedürftigen* ist ein deutlicher Risikofaktor für entsprechendes Handeln der familialen Pflegeperson (Pillemer & Sutor, 1992).
- | *Demenzkranke* haben einigen Studien (z. B. Fulmer et al., 2005; Hughes, 1997; Yan & Tang, 2004) zufolge ein gegenüber anderen Pflegebedürftigen erhöhtes Gewaltisiko. Empirisch noch nicht abschließend geklärt ist die Frage, inwieweit die Demenzerkrankung als solche oder das damit oft, aber nicht bei jedem Kranken in gleicher Intensität und Frequenz einhergehende aggressive Verhalten das wesentliche risikoerhöhende Moment ist (vgl. Coyne, 2001; Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, 2003).
- | *Suchtmittelabhängigkeit* der Pflegeperson stellt einen Risikofaktor dar, ebenso *psychische Störungen und Erkrankungen*, insbesondere depressive Symptomatiken, die ein klinisches Niveau erreichen oder diesem nahekommen (Paveza et al., 1992; Williamson & Shaffer, 2001). Vereinzelt Befunde (Campbell Reay & Browne, 2002) weisen darauf hin, dass diese Faktoren vor allem für das Risiko aktiver Misshandlung, nicht so sehr für (passive) Vernachlässigung ausschlaggebend sind.
- | *Kognitive Beeinträchtigungen der familialen Pflegeperson*, insbesondere im Bereich des Gedächtnisses und des Sprachverstehens sind ein Risikofaktor insbesondere im Hinblick auf pflegerische Vernachlässigung (Miller, Lewis, Williamson, Lance, Dooley, Schulz & Weiner, 2006).

- | Pflegende, die sich als *sozial isoliert* erleben und die soziale Unterstützung durch Dritte als unzureichend wahrnehmen, sind in größerer Gefahr, Gewalt gegenüber der pflegebedürftigen Person anzuwenden (Compton, Flanagan & Gregg, 1997).
- | 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 Pflege hinein fortsetzt (vgl. u. a. Hughes, 1997; Nolan, 1997; Sadler, Kurrle & Cameron, 1995; Saveman, Hallberg & Norberg, 1996). Ergebnisse aus Befragungsstudien (z. B. Williamson & Shaffer, 2001) weisen darauf hin, dass die prämorbid Beziehungsgüte das Ausmaß determiniert, in dem Pflegenden die aktuelle Beziehung als belohnend wahrnehmen und diese Wahrnehmung sich wiederum zur Abschätzung des Risikos problematischer Verhaltensweisen eignet. Als besonders kritisch können Konstellationen gelten, die zugleich als unbefriedigend, unfair und unentrinnbar wahrgenommen werden.

Unklar ist die Befundlage bislang im Hinblick auf den Grad der Pflegebedürftigkeit und die gesundheitlichen Einschränkungen als Risikofaktor. Einige Studien fanden keine Zusammenhänge zwischen funktionalen Einschränkungen und Viktimisierungsrisiko (z. B. Compton, Flanagan & Gregg, 1997; Reis & Nahmiash, 1998), andere Autorinnen und Autoren (z. B. Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner & Lance, 2005; Fulmer et al., 2005; Lachs, Williams, O'Brien, Hurst & Horwitz, 1997; Yan & Tang, 2004) berichten eine risikoerhöhende Wirkung gesundheitlicher Defizite. Die Situation wird unter anderem dadurch kompliziert, dass manche Delikte (insbesondere Vernachlässigung) nur an in beträchtlichem Maße auf Hilfe angewiesenen Personen begangen werden können bzw. die Tatgelegenheiten und potenziellen Tatanlässe mit dem Grad der Pflege- und Hilfebedürftigkeit zunehmen.

Neben solchen Untersuchungen zu Prädiktoren und Risikofaktoren gibt es national wie international in recht großer Zahl Studien, die in Bezug auf alte, kranke und pflegebedürftige Menschen spezifische Erscheinungsformen der Viktimisierung untersuchen. Dazu gehören etwa Studien zu serienhaften Tötungsdelikten an älteren Menschen in Kliniken und Heimen (Beine, 1998; 1999; 2003; Maisch, 1996a, 1996b, 1997), Studien zum Gebrauch freiheitseinschränkender Maßnahmen in der (vor allem stationären) Pflege (vgl. Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy & Nikolaus, 2005; Heinemann, Birkholz, Lockemann & Püschel, 2006; Hoffmann & Klie, 2004; Klie & Lörcher, 1994; Klie & Pfundstein, 2004; Koczy et al., 2005; Mohsenian, Verhoff, Risse, Heinemann & Püschel, 2003), rechtsmedizinische Studien zu Verbreitung und Genese von Dekubitus, auch diese mit Schwerpunkt auf der stationären Pflege (Buchter, Heinemann & Püschel, 2002; Heinemann et al., 2001; Heinemann, Leutenegger, Cordes, Matschke, Püschel & Meier-Baumgartner, 2002; Heinemann, Lockemann, Matschke, Tsokos & Püschel, 2000; Tsokos, Heinemann & Püschel, 2000) und schließlich rechtsmedizinische Studien zu (fehlerhafter) Todesursachenfeststellung und zum Verkennen nicht natürlicher Todesfälle (Grellner & Madea, 1995; Schmidt, Driever, Hirsch & Madea, 2005; Schnabel, Niess, Schmidt, Kauert & Bratzke, 2001).

Schließlich sei noch verwiesen auf Versuche, typologische Ansätze in die Diskussion um Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger hineinzutragen. So unter-

scheidet Ramsey-Klawnsnik (2000) fünf Tätertypen, die sie als „overwhelmed offender“ (gute Absichten, zeigt unter Belastung problematisches Verhalten), „impaired offender“ (kann aufgrund eigener Einschränkungen und Probleme den Pflegebedürftigen nicht konsistent kompetent versorgen), „narcissistic offender“, „domineering or bullying offender“ und „sadistic offender“ bezeichnet. Die beiden erstgenannten Typen streben nicht danach, eine andere Person zum Opfer zu machen. Ungünstige Kontextbedingungen und innerhalb der Pflegesituation problematische Personenmerkmale führen hier zu Misshandlung und Vernachlässigung. Entlastende Maßnahmen können in Bezug auf diese Täter und Täterinnen zugleich gewaltpräventiv wirken. Strafverfolgung ist hier selten angemessen oder hilfreich. Hingegen richten Täter und Täterinnen der drei letztgenannten Typen ihr Leben darauf aus, sich gegenüber anderen Personen in eine Macht- und Kontrollposition zu bringen. Sie schüchtern ihre Opfer ein, um sie davon abzuhalten, Hilfe zu suchen. Interventionen in diesen Fällen werden durch die psychischen und sozialen Bindungen zwischen Tätern und Täterinnen und Opfern erschwert. „Counseling and support should be offered to victims, along with services to reduce their isolation and dependency upon abusers. Interventions designed to empower the victim are recommended. Professionals must exercise caution to avoid exacerbating dangerous situations. (...) Some victims desire to press charges against their offenders and cooperate with law enforcement personnel. Court orders to secure victim safety are necessary and appropriate in situations where elder victims are not competent to make informed decisions“ (Ramsey-Klawnsnik, 2000, S. 21f.). Derartige Typologien öffnen den Blick für die Heterogenität des Problemfeldes der Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege und für den Umstand, dass phänotypisch ähnliche Handlungen unter Umständen mit gänzlich unterschiedlichen Motiven unterlegt sein können.

2.5 „Kein Thema wie jedes andere“ –Viktimisierungsforschung bei Pflegebedürftigkeit im Alter

Altersviktimologische Forschung, die hochaltrige Pflegebedürftige in den Blick nehmen will, trifft auf Randbedingungen und Erfordernisse, die insgesamt zu dem Schluss führen, dass es hier nicht um „Dunkelfeldforschung wie in anderen Kontexten auch“ gehen kann. Dieses Argument betrifft die Ebene der zu untersuchenden Phänomene wie die der methodischen Zugänge.

Phänomenebene: Die Viktimisierungen, von denen Pflegebedürftige betroffen sind und betroffen sein können, unterscheiden sich nicht nur in ihrer Häufigkeit und Intensität von denen, die jüngeren und nicht pflegebedürftigen Erwachsenen widerfahren (können). Sie sind vielmehr bereits in der Art ihrer (aktuellen und potenziellen) Erscheinungsformen spezifisch. Diese Spezifität wird deutlich vor allem im Hinblick auf Vernachlässigungsdelikte, die im Wesentlichen nur an solchen Erwachsenen begangen werden können, die – vor allem aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen – in ihren Möglichkeiten autonomer Lebensführung begrenzt und auf Unterstützung und Pflege durch Dritte angewiesen sind.²¹ Die feldspezifische Ausgestaltung der Phänomene impliziert, dass für diesen Bereich Instrumente und methodische Zugänge entwickelt und gewählt werden müssen, welche die Besonderheiten des zu untersuchenden Gegenstandes erfassen und abbilden können.

²¹ Absehen von Sonderfällen wie etwa Strafgefangenen, deren Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung aus anderen als Gesundheitsgründen eingeschränkt sind.

Ebene der methodischen Zugänglichkeit: Wenn es zutrifft, dass Pflegebedürftigkeit die Verletzlichkeit und Angreifbarkeit einer Person erhöht, zugleich ihre Fähigkeit herabsetzt, Anzeige zu erstatten oder in anderer Weise für Hilfe bzw. Abhilfe zu sorgen und zudem auch die Wahrscheinlichkeit reduziert, in opferbezogene Studien integriert zu werden, sind Pflegebedürftige tendenziell eine hoch vulnerable, zugleich für Praxis und Wissenschaft wenig „sichtbare“ Opfergruppe. Die faktische Unmöglichkeit, das Forschungsfeld mittels standardisierter Viktimisierungsbefragungen methodisch hinreichend zu erschließen, impliziert, dass *Elder-Abuse*-Prävalenz- und Inzidenzdaten hinsichtlich ihrer exakten numerischen Ausprägung stets mit Vorbehalten zu interpretieren sein werden. Herkömmliche Instrumente der Opferbefragung decken die besonderen Merkmale möglicher und vorkommender Viktimisierungsformen Pflegebedürftiger nicht ab (bzw. beschreiben sie nicht hinreichend konkret) und sind zudem vom Modus der Datenerhebung her für bedeutsame Teile der infrage stehenden Population ungeeignet.

Das Forschungsfeld erfordert multimethodale, multiperspektivische und interdisziplinäre Zugänge, welche über die Scheinalternative quantitativer versus qualitativer Verfahren und Designs hinausgehen. Man kann Kelle & Niggemann (2004, S. 3) dahin gehend folgen, dass „dort, wo die Befragten in spezifischen Abhängigkeitsbeziehungen stehen und damit in besonderer Weise vulnerabel sind“, eine „Beschränkung auf standardisierte Verfahren“ und ein „Verzicht auf qualitative Methoden (...) zu schwerwiegenden Methodenartefakten führen“ können. Von großer Bedeutung ist die Kombination verschiedener Perspektiven (Täter, Opfer, Informanten) auf das Untersuchungsfeld – dies nicht nur um der wechselseitigen Validierung willen, sondern weil unterschiedliche Akteure jeweils spezifische Segmente der interessierenden sozialen Realität wahrnehmen und in der Zusammenschau ein vollständigeres und aussagekräftigeres Bild entsteht. Die bekannte Parabel von den blinden Männern, die ein ihnen nicht bekanntes Tier – einen Elefanten – beschreiben sollen und je nach Ort ihrer tastenden Erkundung zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gestalt des Tieres kommen („wie ein Baum“ – das Bein, „wie eine Schlange“ – der Rüssel, „wie ein Segel“ – das Ohr; vgl. Saxe, 1963), kann in durchaus mehrfacher Bedeutung auch auf den Gegenstandsbereich der Viktimisierung Pflegebedürftiger übertragen werden.

III.

Untersuchungsansatz der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“

*Thomas Görgen, Sandra Herbst,
Susann Rabold*

3.1 Fragestellungen der Untersuchung „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“

Der Breite und zugleich Heterogenität der in Kapitel I skizzierten Untersuchungsgegenstände entsprechend, setzt die vorliegende Studie sich mit einer Vielzahl von Fragestellungen auseinander, deren gemeinsamer Bezugspunkt das Zusammentreffen der Merkmale „höheres Lebensalter“ und „Viktimisierung“ ist. Dabei geht es – wie bereits dargestellt – sowohl um Viktimisierungen älterer Menschen im Sinne klassischer Gewalt-, Sexual-, Eigentums- und Vermögenskriminalität als auch um die spezifische Thematik von Viktimisierungen älterer Menschen, die in der häuslichen Umgebung von Angehörigen mit oder ohne Unterstützung durch ambulante Dienste gepflegt werden.

Wesentliche Fragestellungen, zu denen die Studie Erkenntnisse erbringen will, sind:

1. Von welchen Viktimisierungsformen und Viktimisierungsrisiken sind Menschen im höheren Lebensalter in welchem Maße betroffen?
2. Wie gestaltet sich die Gefährdungslage der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren im Vergleich zu Menschen im mittleren Erwachsenenalter?
3. Wie stellen sich Viktimisierungserfahrungen und -risiken in Bereichen dar, in denen ältere Menschen gezielt als Opfer ausgewählt werden?
4. In welcher Weise sind Menschen im höheren Alter von Formen der Gewalt durch ihnen nahestehende Personen betroffen?
5. Wie hat sich die Gefährdungssituation älterer Menschen im polizeilichen Hellfeld seit den frühen 1990er-Jahren entwickelt? Welche Erkenntnisse gibt es diesbezüglich auf der Basis von Dunkelfelddaten?
6. Welche Risiko- und Schutzfaktoren der Viktimisierung im Alter lassen sich identifizieren?
7. Wie gehen ältere Menschen mit der Bedrohung durch Kriminalität um? Wie stellen sich Kriminalitätsfurcht, Sicherheitsgefühl und Vorsichts- und Vermeiderverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter dar?

8. Wie sind spezifische Viktimisierungsrisiken älterer Menschen im Bereich der häuslichen Pflege beschaffen?
9. Welche Bedingungsfaktoren liegen der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger im privaten Wohnumfeld zugrunde?
10. Wo bieten sich im Hinblick auf eine in hohem Maße vulnerable Population wie die der Pflegebedürftigen Ansatzpunkte für Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention und entsprechende Intervention?

Insgesamt zeichnet die Studie eine starke Schwerpunktsetzung auf anwendungsorientierte Fragestellungen aus. Im Hinblick auf den Gesamtkomplex der Bedrohung älterer Menschen durch Kriminalität und Gewalt zielt sie darauf ab, Bereiche erhöhten Handlungsbedarfes zu identifizieren und aus den Befunden Konzepte für eine empirisch fundierte Strategie der Kriminalitäts- und Gewaltprävention im dritten und vierten Lebensalter zu entwickeln.

3.2 Erläuterungen zu einigen Begrifflichkeiten

Kriminalität – Gewalt – Misshandlung – Vernachlässigung – Viktimisierung

Die Untersuchung wurde unter dem Arbeitstitel „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ durchgeführt. Lässt der Begriff Kriminalität sich noch – wenngleich etwas formalistisch – unter Verweis auf strafgesetzliche Normen umreißen, so ist das Konzept „Gewalt“ weder in der Alltagssprache noch in der Wissenschaft klar oder einheitlich definiert. Alltagssprachlicher Prototyp von „Gewalt“ ist die von Individuen ausgehende, in ihren Auswirkungen schwerwiegende und nicht durch besondere Umstände (z. B. durch Notwehr- oder Nothilfemotive oder durch die berufliche Rolle des Handelnden) gerechtfertigte körperliche Zwangseinwirkung auf andere Individuen. „Gewalt“ ist ein mit Wertungen und Emotionen zumeist negativer Art sehr stark assoziierter Begriff, der zur Skandalisierung von Sachverhalten und als Waffe in der politischen Auseinandersetzung eingesetzt wird (vgl. z. B. Neidhardt, 1986, S. 126).

In den Sozialwissenschaften werden meist Gewaltbegriffe verwandt, die in ihrem Bedeutungsbereich über dieses skizzierte Alltagsverständnis hinausgehen. Auch in der vorliegenden Untersuchung ist zum Teil von Gewalt die Rede, wenn nicht physische Formen der Ausübung von Zwang oder des Versuches der Schädigung einer anderen Person beschrieben werden. Insbesondere wird der Begriff Gewalt auch auf Formen verbal aggressiven, bedrohenden, demütigenden und beleidigenden Handelns in privaten Beziehungen angewendet, welches ohne unmittelbaren körperlichen Zwang auskommt. Um diesbezüglich keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, werden die jeweils fokussierten Formen der Gewalt durch Zusätze wie „körperlich“ oder „verbal“ qualifiziert.

Im Kontext des in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend diskutierten Themas „Gewalt gegen Ältere“ vorgebrachte Gewaltdefinitionen und -taxonomien (vgl. z. B.

Dieck, 1987; Wolf & Pillemer, 1989) sind zum einen dadurch charakterisiert, dass sie als Gewalt nicht nur aktives *Tun* (Misshandlung), sondern auch bestimmte verletzend Formen des *Unterlassens* einer Handlung (Vernachlässigung) bezeichnen, zum anderen beschränken auch sie Gewalt nicht auf die *physische* Handlungs- und Wirkungsebene. Allerdings ist der Begriff „Gewalt“ in Bezug auf alte und pflegebedürftige Menschen international nicht durchgehend verbreitet. Im angloamerikanischen Raum spricht man in der Regel von *elder abuse and neglect*. Die wörtliche Übersetzung (Missbrauch und Vernachlässigung) hat sich in Deutschland wohl unter anderem wegen der sexuellen Konnotationen des Begriffs Missbrauch nicht durchsetzen können.

Die vielen späteren Definitions- und Abgrenzungsversuchen zugrunde gelegte *elder abuse and neglect*-Klassifikation von Wolf & Pillemer (1989) umfasst die Kategorien *physical abuse*, *psychological abuse*, *material abuse*, *active neglect* und *passive neglect*. Das amerikanische *National Center on Elder Abuse* (vgl. z. B. Tatara & Kuzmeskus, 1999) subsumiert sieben Verhaltens- und Deliktmuster unter den Oberbegriff *elder abuse*: körperliche Misshandlung (*physical abuse*), sexueller Missbrauch (*sexual abuse*), emotionale Misshandlung (*emotional abuse*), finanzielle bzw. materielle Ausbeutung (*financial/material exploitation*), Vernachlässigung (*neglect*), Aussetzen bzw. Verlassen in hilfloser Lage (*abandonment*) und schließlich auch Selbstvernachlässigung älterer Menschen (*self-neglect*: „behaviors of an elderly person that threaten the elder’s health or safety“; Tatara & Kuzmeskus, 1999, S. 2).²²

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Gewalt in Bezug auf Geschehnisse in Pflegebeziehungen bisweilen in einem Sinne benutzt, der auch nicht physische Formen der Zwangseinwirkung umfasst. Allerdings wird – vor allem im Hinblick auf die oben erwähnten alltagssprachlichen Konnotationen des Gewaltbegriffs dem Begriffspaar *Misshandlung und Vernachlässigung* der Vorzug gegeben. Das ausdrückliche Benennen von Vernachlässigung macht deutlich, dass eben auch Unterlassungen, also Nicht-handlungen, gemeint sind. Das Konzept der „Miss-Handlung“ impliziert – nicht immer vorhandenes, aber theoretisch voraussetzbares – Wissen um angemessene Interaktionsformen und besondere Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zwischen den Beteiligten und wird somit den Besonderheiten professioneller wie privater Pflegebeziehungen gerecht.²³

Wird der Blick nicht auf das *Tun* (oder *Unterlassen*) des Täters oder der Täterin gerichtet, sondern auf das, was der betroffenen Person widerfährt und von ihr erlebt wird, so ist von *Viktimisierung* älterer bzw. pflegebedürftiger Menschen die Rede. Gerade im Hinblick auf Geschehnisse in Pflegekontexten kann der Viktimisierungsbegriff nicht einfach in einem strafrechtlichen Sinne verwendet werden (Betroffensein durch Handlungen bzw. Unterlassungen, welche Normen des Strafgesetzbuches zuwiderlaufen). Die wesentlichen Bestimmungsstücke eines Konzepts von *Opferwerdung/Viktimisierung* wie es der vorliegenden Studie zugrunde liegt, lassen sich folgendermaßen umreißen:

²² In dieser sehr breit angelegten Definition spiegelt sich zugleich der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich amerikanischer *Adult Protective Services* wider.

²³ In diesem Sinne stellte Hugman (1995) fest, dass wir es im Hinblick auf Viktimisierungen alter Menschen mit zwei Diskursen zu tun haben; der *Misshandlungsdiskurs* setzt eine zwischen Täter und Opfer bestehende „*obligation of care*“ voraus, die im *Kriminalitätsdiskurs* fehlt.

1. Es gibt ein personales²⁴ Opfer, das von dem fraglichen Handeln oder Nichthandeln betroffen ist (oder zumindest – im Falle eines gescheiterten Tatversuchs – hätte betroffen sein können).
2. Es gibt einen (personalen oder auch institutionellen oder in anderer Weise überindividuellen) Täter, der das fragliche Verhalten zeigt (bzw. im Falle von Vernachlässigung eben nicht zeigt).
3. Damit von Viktimisierung gesprochen werden kann, muss eine Handlung erfolgen bzw. eine gebotene Handlung unterbleiben. Negativ getönte Emotionen oder Kognitionen („Ich könnte ihn in der Luft zerreißen“) reichen nicht aus.
4. Das Verhalten (oder Unterlassen) ist nach allgemeiner Erfahrung oder aus Sicht des Handelnden/Unterlassenden dazu geeignet, das Opfer in bedeutsamer Weise negativ zu beeinträchtigen (bzw. sich auf Kosten des Opfers einen Vorteil zu verschaffen).
5. Das Verhalten wird gegen den Willen des Opfers oder jedenfalls ohne dessen klare Zustimmung ausgeübt.

Schließlich sei noch erwähnt, dass im Hinblick auf die zahlreichen Graubereiche des Handelns innerhalb von Pflegebeziehungen – insbesondere der von Pflegenden immer wieder zu treffenden Abwägungen zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen sowie im Hinblick auf die Frage, wo eine bedeutsame negative Beeinträchtigung der betroffenen Person beginnt – bisweilen in einem erweiterten Sinne und das Begriffspaar Misshandlung/Vernachlässigung vermeidend von „Problemverhalten“ oder „problematischen Verhaltensweisen“ gegenüber Pflegebedürftigen die Rede ist.

Alter – drittes und viertes Lebensalter

Grundsätzlich werden im Rahmen der vorliegenden Studie Menschen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr als „ältere Menschen“ verstanden. Zugleich wird in der Arbeit immer wieder deutlich gemacht, dass jedes Konzept von Alter (auch wenn „Alter“ schon mit 55 oder erst mit 65 oder gar 70 Jahren beginnt) einer „Binnendifferenzierung“ bedarf. Vor allem seit Mitte der 90er-Jahre wird in der Gerontologie das „Vierte Alter“ als eine qualitativ vom „Dritten Alter“ verschiedene Lebensphase beschrieben. Dieses vierte Lebensalter ist durch mannigfaltige Einschränkungen und Verluste, durch eine stark ansteigende Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen gekennzeichnet (vgl. u. a. M. Baltes, 1998; P. Baltes, 1997a; 1997b; Baltes & Smith, 2003; Lindenberger & Baltes, 1997).²⁵ Während alterskorrelierte Einschränkungen und Verluste im „jüngeren Seniorenalter“ insgesamt gut aufgefangen werden können, lassen sensorische und kognitive Kompetenzen im hohen Alter (etwa jenseits des 80. Lebensjahres) stark nach. Der erhöhte Ressourcenbedarf trifft zusammen mit einer

²⁴ In anderen Kontexten (etwa Wirtschaftskriminalität) wäre sicher auch an Opfer zu denken, die nicht den Status einer natürlichen Person haben; für die Zwecke der vorliegenden Arbeit ist aber eine Begrenzung auf personale Opfer sinnvoll.

²⁵ Ähnliche Unterscheidungen treffen u. a. auch Neugarten (1974) und Laslett (1991). Frühe Differenzierungen – insbesondere jene von Neugarten (1974) – zielten nicht so sehr auf eine Gruppierung anhand des chronologischen Alters ab, sondern wollten innerhalb der Gruppe der Älteren die Heterogenität von Lebenslagen erfassen (vgl. Settersten & Mayer, 1997); zur Diskussion um das Konzept des dritten Lebensalters vgl. u. a. Gilleard & Higgs (2000; 2002), Gilleard, Higgs, Hyde, Wiggins & Blane (2005), Vincent (2005).

nachlassenden Wirksamkeit kultureller Mechanismen, welche diesen Bedarf kompensieren könnten; im Ergebnis kommt es zu Dysfunktionalität und Gebrechlichkeit. Dem steht das „dritte Lebensalter“ gegenüber, in dem die meisten Menschen nicht mehr erwerbstätig sein müssen und familialer Erziehungsverpflichtungen weitgehend enthoben sind, zugleich aber aufgrund ihrer guten gesundheitlichen Verfassung noch eine breite Palette an Handlungsoptionen haben (nicht nur, aber auch im Konsumbereich und im Freizeitverhalten); historisch stellt dieses dritte Alter ein relativ neues Phänomen dar, welches an eine deutlich über die Phase der Erwerbstätigkeit hinausreichende Lebenserwartung gebunden ist.²⁶

Die Untersuchung legt großen Nachdruck auf die Unterscheidung zwischen einer Viktimologie, die im Schwerpunkt das dritte Lebensalter im Blick hat und sich hierzu der etablierten Methoden der Opferforschung bedienen kann und einer Viktimologie des vierten Lebensalters, die sich auf hochaltrige und pflegebedürftige Menschen richtet und anderer Konzepte und Methoden bedarf. Das Begriffspaar „drittes Lebensalter“ – „viertes Lebensalter“ findet daher im Text vielfach Verwendung. Es bezeichnet in dem Sinne, in dem es hier gebraucht wird, nicht zwei distinkte Altersklassen, sondern Gruppen von Personen, die sich auch im (durchschnittlichen) chronologischen Alter, vor allem aber im Grad der gesundheitlichen, kognitiven und funktionalen Einschränkungen und Verluste unterscheiden.

3.3 Methodischer Zugang

3.3.1 Grundmerkmale des Untersuchungsdesigns

Die vorliegende Studie knüpft an die KFN-Opferstudie des Jahres 1992 an, geht aber zugleich in methodischer wie inhaltlicher Hinsicht darüber hinaus. Vor allem die Einbeziehung des Bereichs häusliche Pflege machte starke Veränderungen und Erweiterungen des methodischen Zugangs erforderlich. Im Vergleich mit dem quantitativ ausgerichteten Untersuchungsansatz der damaligen Opferstudie kam hier nur ein multimethodales Design infrage, das auch in erheblichem Umfang qualitative Elemente enthält. In Bezug auf Pflege stehen – im Hinblick auf die in diesem Bereich vorhandenen Erkenntnismöglichkeiten – nicht quantitative Gesichtspunkte (Verbreitung/Häufigkeit) im Vordergrund, sondern Zusammenhänge zwischen Merkmalen von Pflegearrangements, Viktimisierungsrisiken und Interventionsmöglichkeiten.

Herkömmliche Verfahren der Viktimisierungsforschung (insbesondere vollstandardisierte Viktimisierungssurveys) sind geeignet für das „dritte Alter“, in dem Menschen in aller Regel zu ihren Kriminalitäts- oder Gewalterfahrungen befragt werden können und in dem es keine bedeutsamen altersspezifischen Hindernisse für einen „Übertritt“ eines Vorkommnisses vom Dunkel- ins Hellfeld gibt. Hingegen führen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem verzerrten und inadäquaten Bild, wenn sie auf Populationen angewandt werden, die in Befragungen nur höchst unvollständig erreicht werden und deren Möglichkeiten einer Anzeigeerstattung oder anderweitigen Inanspruchnahme formeller Hilfeinstanzen in hohem Maße beschränkt sind.

²⁶ Vgl. Gilleard & Higgs (2002), Laslett (1996), Wiggins, Higgs, Hyde & Blane (2004).

Ein zentrales Merkmal einer Viktimologie des hohen Alters muss die *Multiperspektivität* der Datenerhebung sein. Multiperspektivität bedeutet, dass ein Gegenstand (dabei kann es sich um ein konkretes Ereignis, eine Person oder Personengruppe, einen größeren sozialen Zusammenhang oder auch – losgelöst von spezifischen Vorkommnissen, Personen oder Settings – eine Problematik handeln) nicht nur – wie etwa bei „herkömmlichen“ Viktimisierungssurveys – mittels der Sichtweise einer Person bzw. Personengruppe erfasst wird, sondern dass mehrere Sichtweisen kombiniert werden.

Wie der Aspekt der Multiperspektivität ist in der Opferforschung des hohen Alters auch die Frage nach *Multimethodalität* keine „wissenschaftliche Luxusproblematik“ (in dem Sinne, dass es „natürlich schön wäre“, neben den durch Methode A erzeugten Daten noch weitere aus der Anwendung von Methode B zu haben), sondern eine, die den Forschungsbereich im Kern betrifft. Wenn der „Königsweg“ der Opferforschung – die vollstandardisierte, repräsentative, an potenzielle bzw. aktuelle Opfer gerichtete Viktimisierungsbefragung – nicht oder nur mit Einschränkungen durchführbar ist, dann müssen andere und weitere methodische Zugänge ausgewählt und zum Einsatz gebracht werden. Ausgangsposition des Postulats der Multimethodalität ist demnach die Feststellung, dass in der Regel kein einzelner Zugang die repräsentative Viktimisierungsbefragung vollständig ersetzen kann.

Diesen Postulaten folgend, besteht die Gesamtstudie aus zwei Modulen, deren erstes Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen in der älteren Bevölkerung breit abzubilden versucht, während das zweite Modul sich – unter der Annahme, dass die Standardverfahren viktimologischer Forschung hier nur von begrenztem Wert sein können – einer spezifischen Subpopulation und Thematik zuwendet, nämlich Viktimisierungen in der häuslichen Pflege. Der Bereich der stationären Pflege blieb aus untersuchungsökonomischen Gründen ausgeklammert; doch wurde die Chance genutzt, Ergebnisse einer zuvor hierzu durchgeführten Studie in einem Exkurs ergänzend einzubeziehen. In beiden Modulen werden jeweils unterschiedliche Methoden miteinander kombiniert und verschiedene Datenquellen benutzt. Insbesondere in dem der Viktimisierung Pflegebedürftiger gewidmeten Modul werden zudem unterschiedliche Sichtweisen (von professionell wie privat Pflegenden, von Pflegebedürftigen, teils auch von Fachkräften aus den Bereichen Pflege/Pflegebegutachtung sowie Beratung und Krisenintervention) zusammengeführt.

3.3.2 Untersuchungsmethoden

Dem Gegenstand, seiner inhaltlichen Breite und den Zugänglichkeitsproblemen entsprechend, wurde eine Kombination von Methoden aus dem quantitativen wie aus dem qualitativen Spektrum eingesetzt. Im Einzelnen handelt es sich dabei um

- standardisierte persönlich-mündliche Befragungen (so im Hauptteil eines bundesweiten Viktimisierungssurveys in der Altersgruppe 40–85 Jahre),
- standardisierte schriftliche Befragungen (so in einer Teilerhebung des bundesweiten Viktimisierungssurveys zu Nahraumviktimisierungen, ferner in schriftlichen Befragungen von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Familienangehörigen im Rahmen des Moduls zu häuslicher Pflege),

- I leitfadenorientierte qualitative Interviews (im Rahmen der Teilstudie zu häuslicher Pflege; ferner in Form einiger Interviews mit älteren Opfern betrügerischer Vermögensdelikte) sowie die
- I Auswertung polizeilicher Statistiken und Akten sowie operativer polizeilicher Daten (Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik im Hinblick auf Opferdaten; Analyse polizeilicher Akten und operativer Daten zur Problematik täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte an Menschen ab 60 Jahren).

Das methodische Vorgehen in den einzelnen Untersuchungsbereichen wird jeweils bei der Darstellung der Teilstudien und ihrer Ergebnisse detailliert beschrieben.

3.3.3 Untersuchungsmodule und -komponenten und Datensätze im Überblick

Die Studie besteht aus zwei methodisch voneinander differenzierten, dabei inhaltlich aufeinander bezogenen Modulen, die jeweils wiederum mehrere Komponenten umfassen:

Modul 1 „Viktimisierungserfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht in Privathaushalten lebender Personen in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern“

Dieses Modul schließt in modifizierter Form und unter stärkerer Einbeziehung hochaltiger Personen an die KFN-Opferbefragung aus dem Jahr 1992 an.

Dunkelfeldforschung: Kern des Moduls ist eine bundesweite repräsentative Opferwerdungsbefragung unter Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Die Datenerhebung wurde als Kombination eines standardisierten *Face-to-Face*-Interviews mit einer schriftlichen *Drop-off*-Befragung (letztere mit Schwerpunkt auf Opfererfahrungen im sozialen Nahraum) durchgeführt. Über die Erhebung aktueller Prävalenzdaten hinaus zielte die Befragung vor allem auf die Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren sowie auf kriminalitätsbezogene Wahrnehmungen, Risikoeinschätzungen und Ängste und deren Konsequenzen für die alltägliche Lebensgestaltung sowie für individuelle Opferwerdungsrisiken ab.

Die Untersuchung war als repräsentative Befragung für die auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland in Privathaushalten lebende deutschsprachige Wohnbevölkerung angelegt. Nicht einbezogen wurden ältere Menschen, die in stationären Altenhilfeeinrichtungen leben, da gerade bei dieser Gruppe Probleme hinsichtlich der Befragbarkeit mit einem komplexen Instrument zu erwarten sind (vgl. dazu u. a. Salaske, 1997), sich zudem die potenziellen Viktimisierungsrisiken anders darstellen als für außerhalb von Institutionen lebende Personen, ferner der Begriff des „Nahraums“ (in der vorliegenden Studie wie in der KFN-Viktimisierungsbefragung des Jahres 1992 über das Konzept „Familien- und Haushaltsmitglieder“ operationalisiert) wohl gänzlich anders hätte gefasst werden müssen, ein für die Allgemeinbevölkerung geeignetes Survey-Instrument daher selbst dann allenfalls sehr eingeschränkt auf Heimbewohnerinnen und Heimbewohner anwendbar gewesen wäre, wenn das insbesondere bei Demenzkranken kaum überwindbare Problem der Befragbarkeit nicht bestünde.

Die Grundgesamtheit der Studie setzt sich aus deutschen und ausländischen Personen der Jahrgänge 1919 bis 1965 zusammen, die über für eine Befragung ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.²⁷ Es gehörte zu den Ausgangspositionen der Untersuchung, ein Oversampling von älteren Personen (ab 60 Jahren) vorzunehmen, um den gerade im höheren Alter durch gesundheitliche Probleme zu erwartenden Stichprobenausfällen und Problemen bei der Befragbarkeit Rechnung zu tragen. Unter der Randbedingung einer im Hinblick auf die Erhebungskosten gegenüber dem Survey 1992 stark verkleinerten Stichprobe fiel die Entscheidung für eine untere Altersgrenze bei 40 Jahren und für eine Aufteilung der Stichprobe auf 1/3 (ca. 1.000 Personen) der Befragten in der Altersgruppe 40–59 Jahre und 2/3 der Befragten (ca. 2.000 Personen) ab 60 Jahren, wobei hier – im Hinblick auf die oberhalb dieses Limits zu erwartenden Stichprobenausfälle, die damit verbundenen Kosten bei der Datenerhebung und die nicht zu gewährleistende Repräsentativität – eine Obergrenze von 85 Jahren gesetzt wurde. Die Stichprobenszusammensetzung orientierte sich unter anderem am Alterssurvey (vgl. u. a. Hoff, Tesch-Römer, Wurm & Engstler, 2003; Tesch-Römer, Engstler & Wurm, 2006; Tesch-Römer, Wurm, Hoff & Engstler, 2002a; 2002b), bei dem – in bislang zwei Wellen – Personen ab dem vollendeten 40. Lebensjahr befragt werden.

Hellfeldanalysen: Ergänzt wird die primär in das Dunkelfeld abzielende Viktimisierungsbefragung durch Analysen der Opferwerdung älterer Menschen anhand von Kriminalstatistiken und weiteren polizeilichen Daten. Neben einer Analyse verfügbarer Opferdaten der Polizeilichen Kriminalstatistik für die Bundesrepublik Deutschland wurden polizeiliche Erkenntnisse zu mit Täuschungen verknüpften Eigentums- und Vermögensdelikten an Menschen ab 60 Jahren ausgewertet. Hierzu wurde auf polizeiliche Akten sowie auf Daten aus operativen Systemen zurückgegriffen; ergänzend wurden Interviews mit polizeilich registrierten Opfern einschlägiger Eigentums- und Vermögensdelikte geführt.

Modul 2 „Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege“
Dieses Modul greift mit starkem Akzent auf qualitativen Verfahren die mittels standardisierter Befragungen nur begrenzt zugängliche Thematik der Misshandlung und Vernachlässigung von Menschen auf, die zu Hause von Angehörigen bzw. ambulanten Diensten gepflegt werden. Das Untersuchungsdesign verbindet qualitativ orientierte Interviews mit an häuslichen Pflegearrangements an zentraler Stelle beteiligten Personen (Pflegebedürftigen, familiären Pflegepersonen, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ambulanter Pflegedienste, Expertinnen und Experten) mit standardisierten schriftlichen Befragungen von professionell und privat Pflegenden.

Der hier gewählte Zugang zeichnet sich dadurch aus, dass in Bezug auf zumindest konzeptuell identische Gegenstände (Misshandlung und Vernachlässigung von Menschen, die zu Hause gepflegt werden) unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen und unterschiedliche Sichtweisen eingeholt werden. Standardisiert befragt wurden rund

²⁷ Im Hinblick auf die verfügbaren Forschungsressourcen und den enormen Aufwand wurde in der vorliegenden Studie auf die Einbeziehung fremdsprachiger Untersuchungspersonen verzichtet. Nicht nur der wachsende Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch Befunde der Opfer- und Gewaltforschung in anderen Altersgruppen, theoretische Überlegungen und Erfahrungen im Rahmen der laufenden Studie (insbesondere der Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings) lassen eine eigenständige Analyse der Gefährdungslage älterer Migrantinnen und Migranten jedoch als wesentlich für die künftige altersbezogene Opferforschung erscheinen.

500 ambulante Pflegekräfte und ca. 250 pflegende Angehörige. Zudem wurden zu 90 familialen Pflegearrangements qualitative Interviewdaten erhoben und analysiert. Dabei wurde die Chance genutzt, jeweils zu einem Pflegearrangement nach Möglichkeit mehrere Interviews zu führen und so dem Postulat multiperspektivischer Forschung Genüge zu tun. Abstriche mussten hier natürlich im Hinblick auf die Befragbarkeit Pflegebedürftiger, insbesondere bei Vorliegen demenzieller Erkrankungen, gemacht werden. Gerade im Hinblick auf die Kontext-, Perspektiven- und Beziehungsabhängigkeit von Handlungen (und Handlungsberichten) in familialen Pflegebeziehungen erwies sich ein solcher Zugang als zwar in hohem Maße aufwendig, aber zugleich sehr ertragreich.

Tabelle 6 stellt, gegliedert nach Modulen, die methodischen Zugänge und erzeugten Datensätze der Studie im Überblick dar.

Tab. 6: Methodische Zugänge und Datensätze der Studie im Überblick

Modul ²⁸	Komponente	N
1	bundesweite Opferwerdungsbefragung	3.030 Befragte
	Altersgruppe 40–85 Jahre	
	Zufallsstichprobe aus Einwohnermelderegistern von 75 Gemeinden	
	persönlich-mündliche + schriftliche Befragung in deutscher Sprache	
1	Analyse polizeilicher Daten zu täuschungsbasierten Eigentums-/Vermögensdelikten an älteren Menschen	
	Analyse polizeilicher Akten zu den Deliktsbereichen Betrug, Trickdiebstahl, Unterschlagung und Untreue	303 polizeiliche Akten
	Einbeziehung von Daten aus operativen Systemen	
	Interviews mit polizeilich registrierten älteren Opfern	8 Interviews
2	Befragung ambulanter Pflegekräfte	503 Befragte
	schriftlich-postalische Befragung; deutsche Sprache	
	örtlich begrenzte Vollerhebung	
2	Interviews in häuslichen Pflegesettings	178 Interviews + 4 Gruppengespräche
	qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften; 3 Regionen	
	soweit möglich mehr als 1 Interview pro Pflegesetting	
	Zugänge: Presseveröffentlichungen; Zufallsauswahl ambulanter Dienste; gezielte Suche nach „Problemsettings“ über einschlägige Beratungs- und Kriseneinrichtungen	
2	Befragung pflegender Angehöriger	254 Befragte
	schriftlich-postalische Befragung in deutscher Sprache	
	Zugang über Aufrufe in Presseorganen; Website Deutsches Zentrum für Altersfragen; vereinzelt über Pflegedienste	

Deutlich wird der beträchtliche methodische Aufwand, der betrieben wurde, um sich dem Gegenstand der Viktimisierung älterer und hochaltriger Menschen umfassend zu nähern. Dieser hätte sich beträchtlich reduzieren lassen, wenn die Fragestellungen der Studie auf das „dritte Lebensalter“ beschränkt worden wären – doch kann dies kaum Sinn und Zweck einer Untersuchung sein, die unter dem Arbeitstitel „Kriminalität und Gewalt im Leben *alter* Menschen“ an den Start gegangen ist. Die Einbeziehung des

²⁸ Modul 1: „Viktimisierungserfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht im öffentlichen und privaten Raum im mittleren und höheren Erwachsenenalter“;
Modul 2: „Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege“.

Komplexes der Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen machte methodische Diversifikation und die Kombination mehrerer Perspektiven erforderlich. Die hier gewählte Lösung ist dabei sicherlich nur eine unter zahlreichen denkbaren. Methoden- und Perspektivenvielfalt bringen es mit sich, dass die Darstellung der Untersuchungsergebnisse im vorliegenden Bericht einerseits aufwendiger wird, andererseits in den einzelnen Teilbereichen notwendig selektiv bleiben muss.

IV.

Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen älterer Menschen

In den folgenden Kapiteln werden die methodischen Zugänge, die Untersuchungsdurchführung, die Stichproben und die Befunde der Komponenten der Gesamtstudie dargestellt. Die Darstellung orientiert sich am modularen Aufbau des Projekts und beginnt mit der gewissermaßen breiteren Thematik, nämlich Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen älterer Menschen und geht dann über zu der spezifischeren Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in häuslichen Pflegearrangements. Das Modul Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen älterer Menschen bildet insofern den Ausgangspunkt der Gesamtstudie, als hier und nur hier eine Bezugnahme auf den KFN-Viktimisierungssurvey des Jahres 1992 möglich ist. Da in der damaligen Studie die Pflege Thematik lediglich am Rande gestreift wurde, erübrigt sich für Modul 2 die Frage nach Vergleichen mit der Arbeit von Wetzels et al. (1995).

Die folgende Darstellung konzentriert sich zunächst – gestützt auf die Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes – auf Viktimisierungsrisiken im Bereich der polizeilich registrierten Kriminalität (Kapitel 4.1.1). Sie schreitet dann fort zu spezifischen Eigentums- und Vermögensdelikten an älteren Menschen. Dabei geht es um solche Delikte, bei denen die Täter und Täterinnen – im Rahmen von Betrugs- wie Diebstahlstaten – versuchen, durch eine Täuschung des Opfers an ihr Ziel zu gelangen. Hintergrund dieser Untersuchungskomponente war die Annahme, dass im Bereich bestimmter täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte ein besonderes Gefahrenpotenzial für hochaltrige Menschen besteht, hier also der mutmaßlich eher seltene Fall einer gezielten Selektion älterer Opfer vorliegt. Zugleich werden diese Delikte aber weder durch die Polizeiliche Kriminalstatistik (die bislang Opferdaten nur für Gewaltdelikte ausweist) noch durch den Fragenkanon des Viktimisierungssurveys hinreichend abgebildet.²⁹ Zur Analyse dieses Problemfeldes wurden verschiedene Datenquellen genutzt. Neben der Analyse polizeilicher Akten und der Nutzung von Daten aus einem polizeilichen Vorgangsverwaltungssystem konnten im Rahmen einer kleinen qualitativen Teilstudie auch einige Interviews mit Opfern einschlägiger Taten geführt werden (Kapitel 4.1.2). Schließlich wendet sich die Darstellung dem im Jahre 2005 – analog zum KFN-Survey 1992 – durchgeführten bundesweiten Viktimisierungssurveys zu, einer vollstandardisierten Opferwerdungsbefragung. Erst dieser in der Tradition kriminologischer Dunkelfeldforschung³⁰ stehende Zugang ermöglicht es, Opferwerdungen älterer Menschen auch unabhängig von der Frage ihrer polizeilichen Registrierung zu erfassen und zudem die unmittelbare Perspektive der Betroffenen einzubeziehen (Kapitel 4.2).

²⁹ Der Survey enthielt zwar eine Frage zu Betrugsdelikten; diese war jedoch – notwendigerweise – allgemein gehalten und daher nicht in der Lage, hoch spezifische Deliktmuster wie „Enkeltrick“ oder „Stadtwerketrick“ abzubilden.

³⁰ Zur kriminologischen Dunkelfeldforschung und zur Diskussion um ihr Methodenrepertoire vgl. u.a. Ahlborn, Böker, Lehnick & Weiß (1999), Farrington (1973; 1989), Gould (1969), Hindelang, Hirschi & Weis (1979), Kreuzer (1994a; 1994b), Mansel & Hurrelmann (1998a; 1998b), Menzel & Peters (1998), Moffitt & Silva (1988), Paternoster & Triplett (1988), Weiß (1997).

Angesichts der Zahl und der Heterogenität der Untersuchungsansätze und resultierenden Datensätze muss die Darstellung sich auf zentrale und ausgewählte Befunde begrenzen.

4.1 Die Situation im Hellfeld

4.1.1 Die sicherste Zeit unseres Lebens? Altersbezogene Analysen der Polizeilichen Kriminalstatistik

Thomas Görgen

4.1.1.1 Möglichkeiten und Grenzen PKS-gestützter Analysen der Viktimisierung im Alter

Von den in der Bundesrepublik Deutschland verfügbaren Statistiken stellt die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes³¹ im Hinblick auf opferbezogene Daten die relativ beste Quelle dar, sie allein kann Erkenntnisse zur Viktimisierung Älterer beitragen.³² Alle übrigen Kriminalstatistiken³³ enthalten keine Daten zu *älteren* Opfern von Straftaten. Die Strafverfolgungsstatistik weist Art der Straftat und Zahl der Opfer lediglich bei einigen Delikten an Kindern aus (vgl. Bundesministerium des Innern/ Bundesministerium der Justiz, 2001, S. 34 f.). Allerdings bleiben die opferbezogenen Daten, die der PKS bislang zu entnehmen sind, hinter den grundsätzlichen Erkenntnismöglichkeiten von Kriminalstatistiken zurück. Die Probleme einer PKS-gestützten Analyse von Viktimisierungen und Viktimisierungsrisiken im Alter gehen weit über die – jeder Nutzung polizeilicher Statistiken inhärente – Problematik der Begrenzung auf das polizeilich registrierte Hellfeld hinaus:

- I Grundlegende Defizite bestehen vor allem insoweit, als bislang Täter- und Opferdaten lediglich in Zusammenhang mit Gewaltdelikten (inklusive Raubstraftaten³⁴) in die PKS Eingang finden. Es fehlen folglich entsprechende Daten für Eigentums- und Vermögensdelikte – und damit auch für Delikte wie Trickdiebstahl oder Wohnungseinbruch, die für die vorliegende Thematik unmittelbar bedeutsam sind; insgesamt liegen für die überwiegende Mehrzahl aller in der PKS erfassten Straftaten bislang keine Opferdaten vor.³⁵

³¹ Zuletzt Bundeskriminalamt (2008).

³² Die Polizeiliche Kriminalstatistik wird seit 1953 geführt, seit 1991 auch in den neuen Bundesländern. Sie erfasst die von der Polizei bearbeiteten rechtswidrigen Straftaten einschließlich der mit Strafe bedrohten Versuche sowie die vom Zoll bearbeiteten Rauschgiftdelikte. Nicht erfasst werden Ordnungswidrigkeiten, Staatsschutzdelikte und Verkehrsdelikte (diese wurden 1963 aus der PKS entfernt), außerhalb der Bundesrepublik begangene Delikte, Verstöße gegen strafrechtliche Landesgesetze (mit Ausnahme der Landesdatenschutzgesetze), von Staatsanwaltschaften (bedeutsam vor allem im Bereich der Wirtschaftsstraftaten), Finanzämtern (Steuervergehen) und Zollbehörden (außer Rauschgiftdelikten) unmittelbar und abschließend bearbeitete Vorgänge, Straftaten von Soldaten der Bundeswehr, deren Ermittlung der Disziplinarvorgesetzte selbstständig durchführt. Erhebungseinheiten der PKS sind „Fälle“, „Tatverdächtige“ sowie bei bestimmten Straftaten „Opfer“. Opferdaten werden in der PKS seit 1986 erfasst.

³³ In der Bundesrepublik Deutschland werden zurzeit sechs amtliche Kriminal- und Strafrechtspflegestatistiken geführt. Dabei handelt es sich neben der Polizeilichen Kriminalstatistik um die Strafverfolgungsstatistik, die Bewährungshilfestatistik, die Strafvollzugsstatistik, die Staatsanwaltschaftsstatistik und die Justizgeschäftsstatistik der Strafgerichte. Die beiden letztgenannten Statistiken enthalten nicht einmal Angaben zu Alter oder Geschlecht der Beschuldigten, geschweige denn zu den Opfern. Bewährungshilfestatistik und Strafvollzugsstatistik beziehen sich alleine auf Straftäter und Straftäterinnen und dort wiederum nur auf vergleichsweise kleine Untergruppen. Außer der PKS scheiden alle genannten Statistiken als Erkenntnismittel in Bezug auf ältere Opfer von Straftaten aus.

³⁴ Straftaten gegen das Leben, Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Rohheitsdelikte (vor allem Raub und Körperverletzung) sowie Straftaten gegen die persönliche Freiheit.

³⁵ Dies hat seinen Grund auch darin, dass es im Unterschied zu Gewaltdelikten bei Eigentums- und Vermögensstraftaten nicht immer nur um personale Opfer geht, was die Darstellung von Opferdaten bei vielen Delikten sehr erschweren würde. Bei primär haushaltsbezogenen Delikten wie Wohnungseinbruchsdiebstahl würde sich die korrekte Erfassung von Opferdaten vielfach schwierig gestalten.

- I Weiter erweist sich unter altersviktimologischen Gesichtspunkten als problematisch, dass die kategorial vorgenommene Altersdifferenzierung in der PKS sehr grob ist. Da in der Polizeilichen Kriminalstatistik auf Bundesebene im Hinblick auf die Entwicklungsspanne ab dem 21. Lebensjahr lediglich aggregierte (und weiter nur nach Geschlecht differenzierte) Opferdaten für die Altersgruppen 21–59 Jahre sowie 60 Jahre und älter vorliegen, können Veränderungen von Viktimisierungsrisiken im Erwachsenenalter allenfalls sehr grob analysiert werden. Die Daten erlauben keine Erkenntnisse dazu, wie sich (polizeilich registrierte) Opferwerdungsrisiken junger Erwachsener von denen von Menschen in der fünften und sechsten Lebensdekade unterscheiden. Sie ermöglichen im Hinblick auf die breite (und perspektivisch für einen wachsenden Teil der Bevölkerung immer breiter werdende) Lebensspanne ab dem vollendeten 60. Lebensjahr keine Differenzierungen hinsichtlich des Viktimisierungsrisikos. Insbesondere erlauben sie keine Aussagen darüber, ob sich die in den meisten Deliktsbereichen insgesamt geringere Gefährdung Älterer im hohen Alter (d. h. etwa jenseits des 80. Lebensjahres) weiter reduziert oder ob die mit der Beeinträchtigung kognitiver Leistungen und des physischen Gesundheitszustandes einhergehende erhöhte Vulnerabilität dieser Altersgruppe sich auch in einem Anstieg der polizeilich registrierten Opferzahlen niederschlägt.

- I Schließlich können altersbezogene Opferdaten nicht oder nur sehr eingeschränkt mit weiteren Merkmalen der Opfer, der Taten, der Tatverdächtigen, der Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung etc. verknüpft werden.

Trotz der genannten Einschränkungen kommt Hellfelddaten gerade für die Frage von Viktimisierungen im hohen Alter besondere Bedeutung zu. Insbesondere im Hinblick auf hochaltrige und pflegebedürftige Menschen stellen Opferwerdungsbefragungen ein Instrument mit recht begrenztem Erkenntniswert dar. Körperliche und kognitive Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und der Erreichbarkeit sowie die damit verbundenen höheren Erhebungskosten führen dazu, dass die Gruppe der Hochaltrigen in den meisten Surveys unterrepräsentiert ist oder ganz ausgeklammert wird. Im Unterschied etwa zum bundesdeutschen Alterssurvey (vgl. zu den beiden ersten Wellen des Alterssurvey u. a. Hoff, Tesch-Römer, Wurm & Engstler, 2003; Kohli & Künemund, 2005; Kohli, Künemund, Motel & Szydlik, 2000; Tesch-Römer, Engstler & Wurm, 2006; Tesch-Römer, Wurm, Hoff & Engstler, 2002a; 2002b) oder zu dem im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Viktimisierungssurvey kennen Polizei und Justiz im Hinblick auf das Alter der Opfer keine Obergrenze.

Künftig wird die PKS aufgrund von Einzeldatensätzen erstellt, welche die Länder dem Bundeskriminalamt liefern, während bislang nur mit aggregierten Daten gearbeitet werden konnte. Einzelne Deliktsschlüssel werden künftig noch stärker als bislang ausdifferenziert; Täter-Opfer-Beziehungen werden detaillierter erfasst als dies bislang der Fall war. Über die Art bzw. den Status der Beziehung (z. B. nun differenzierte Erfassungsmöglichkeiten für unterschiedliche Arten von Partnerschaften) hinaus werden Opfer-Tatverdächtigen-Beziehungen künftig auch im Hinblick auf die räumlich-soziale Nähe von Täter und Opfer erfasst (gemeinsamer oder getrennter Haushalt; gemeinsame Zugehörigkeit zu einem Betrieb; geschäftlich begründete Beziehung etc.). Die derzeitigen Veränderungen der Polizeilichen Kriminalstatistik („PKS neu“) eröffnen mittelfristig vielversprechende Perspektiven. Einstweilen jedoch unterliegt jede Auswertung von PKS-Daten den vorgenannten Beschränkungen.

Im Rahmen des Projekts wurden die veröffentlichten Daten der jährlich erscheinenden Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes für die Bundesrepublik Deutschland nach Alter und Geschlecht ausgewertet. Ferner wurden Verknüpfungen mit Bevölkerungsdaten vorgenommen, die von Statistischen Landesämtern bzw. vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt wurden.³⁶

Im folgenden Kapitel wird für den PKS-Summenschlüssel Gewaltkriminalität sowie für ausgewählte Deliktsfelder³⁷ die Entwicklung polizeilich registrierter Viktimisierungsrisiken für den Zeitraum ab 1993 (bzw. seit dem Jahr, ab welchem für das jeweilige Delikt gesamtdeutsche Statistiken vorliegen) präsentiert und interpretiert. Die Darstellung stützt sich dabei im Wesentlichen auf an der Größe der jeweiligen Bevölkerungsgruppe relativierte Viktimisierungsdaten.

4.1.1.2 Hellfelddaten zur Viktimisierung im Alter: grundlegende Befunde und Trends

Im Rahmen des vorliegenden Berichts können polizeiliche Hellfelddaten zur Opferwerdung und zu Opferwerdungsrisiken im Alter nur auswahlhaft präsentiert werden. Einen umfassenden Überblick hierzu bietet der Forschungsbericht von Görden (2004a).

Abbildung 1 stellt zunächst PKS-Daten für vollendete Gewaltdelikte und für die Gruppen der 21- bis 59-jährigen sowie der 60-jährigen und älteren Frauen und Männer dar. Im Kontext der Polizeilichen Kriminalstatistik bezeichnet der Begriff „Gewaltkriminalität“ (PKS-Schlüsselzahl 8920) einen Summenschlüssel, der die Deliktsbereiche Mord (Schlüsselzahl 0100), Totschlag/Tötung auf Verlangen (Schlüsselzahl 0200), Vergewaltigung/schwere sexuelle Nötigung (Schlüsselzahl 1110), Raubdelikte (Schlüsselzahl 2100), Körperverletzung mit Todesfolge (Schlüsselzahl 2210), gefährliche und schwere Körperverletzung (Schlüsselzahl 2220), erpresserischer Menschenraub (Schlüsselzahl 2330), Geiselnahme (Schlüsselzahl 2340) und Angriff auf den See- und Luftverkehr (Schlüsselzahl 2350) umfasst. Das PKS-Konzept von „Gewaltkriminalität“ darf somit nicht alltags-sprachlich verstanden werden. Es konzentriert sich auf den Bereich (typischerweise) schwerer Gewaltdelikte und umfasst z. B. nicht Nötigung, (einfache) Körperverletzung und andere Sexualdelikte als Vergewaltigung/schwere sexuelle Nötigung (vgl. hierzu auch Ahlf, 2003, S. 35).

³⁶ Dank an Arnd Hüneke (früher KFN, jetzt Universität Hannover) für seine Unterstützung bei PKS-gestützten Auswertungen im Rahmen der vorliegenden Studie.

³⁷ Für eine hinsichtlich der Deliktsbereiche umfassende Darstellung vgl. Görden (2004a).

Abb. 1: Polizeilich registrierte Opfer vollendeter Gewaltdelikte je 100.000 der Gruppe, Bundesrepublik Deutschland 1994–2006 (PKS-Summenschlüssel Gewaltkriminalität – 8920)

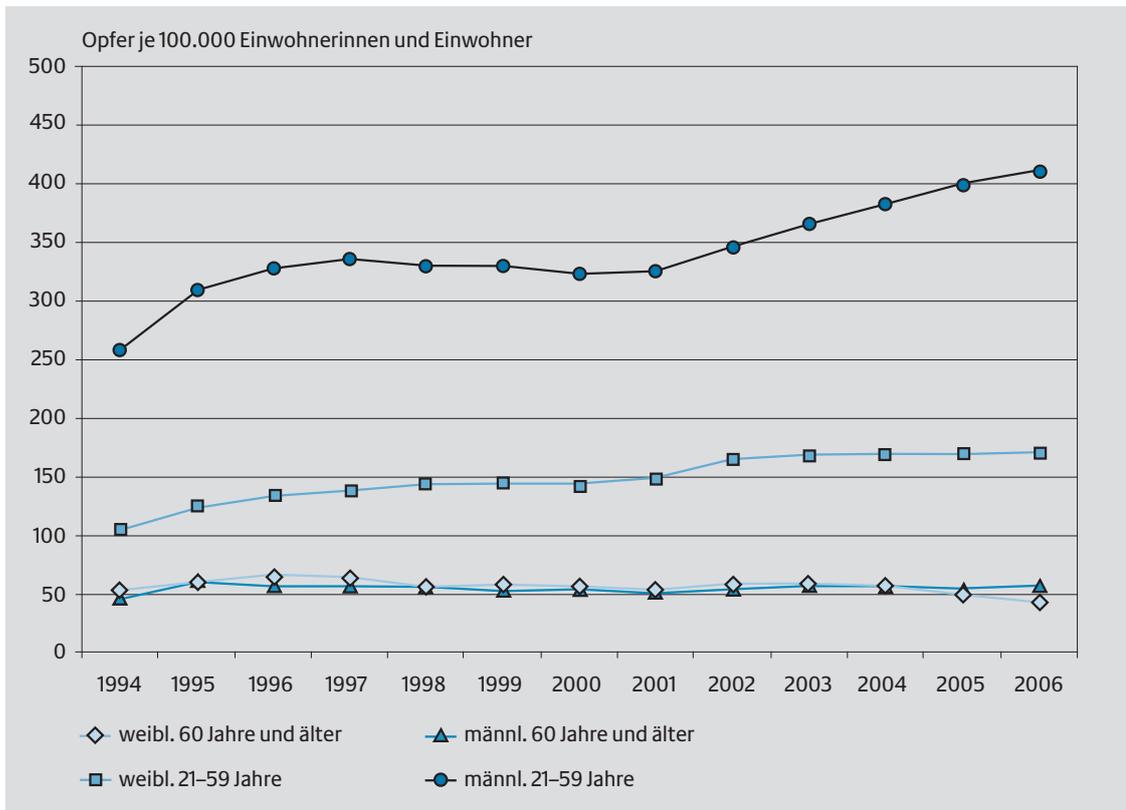


Abbildung 1 zeigt, dass im Bereich der Gewaltkriminalität Geschlecht und Alter von Bedeutung für das Maß der polizeilich registrierten Opfergefährdung sind. Rangieren bei Männern der Altersgruppe 21–59 Jahre die Opferziffern für vollendete Delikte im Zeitraum von 1994 bis 2006 in einer Größenordnung zwischen 257 (1994) und 408 (2006), so liegen die entsprechenden Werte für gleichaltrige Frauen im Bereich zwischen 103 (1994) und 170 (2006). Bei beiden Geschlechtern ist zudem im Zeitverlauf ein Anstieg des Viktimisierungsrisikos erkennbar. Im Vergleich hierzu liegen die Opferziffern für ältere Erwachsene zwischen 48 (1994) und 60 (1995 und 1996) bei den Männern und 44 (2006) und 64 (1996) bei Frauen ab 60 Jahren. In dieser Altersgruppe ist kaum eine Differenz des Viktimisierungsrisikos zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen, ferner auch kein Anstieg des Risikos im Zeitverlauf.

Die Abbildungen 2 und 3 vergleichen – getrennt nach Geschlechtern – die Viktimisierungsrisiken aller in der PKS ausgewiesenen Altersgruppen.

Abb. 2: Polizeilich registrierte männliche Opfer vollendeter Gewaltdelikte je 100.000 der Altersgruppe, Bundesrepublik Deutschland 1994–2006 (PKS-Summenschlüssel Gewaltkriminalität – 8920)

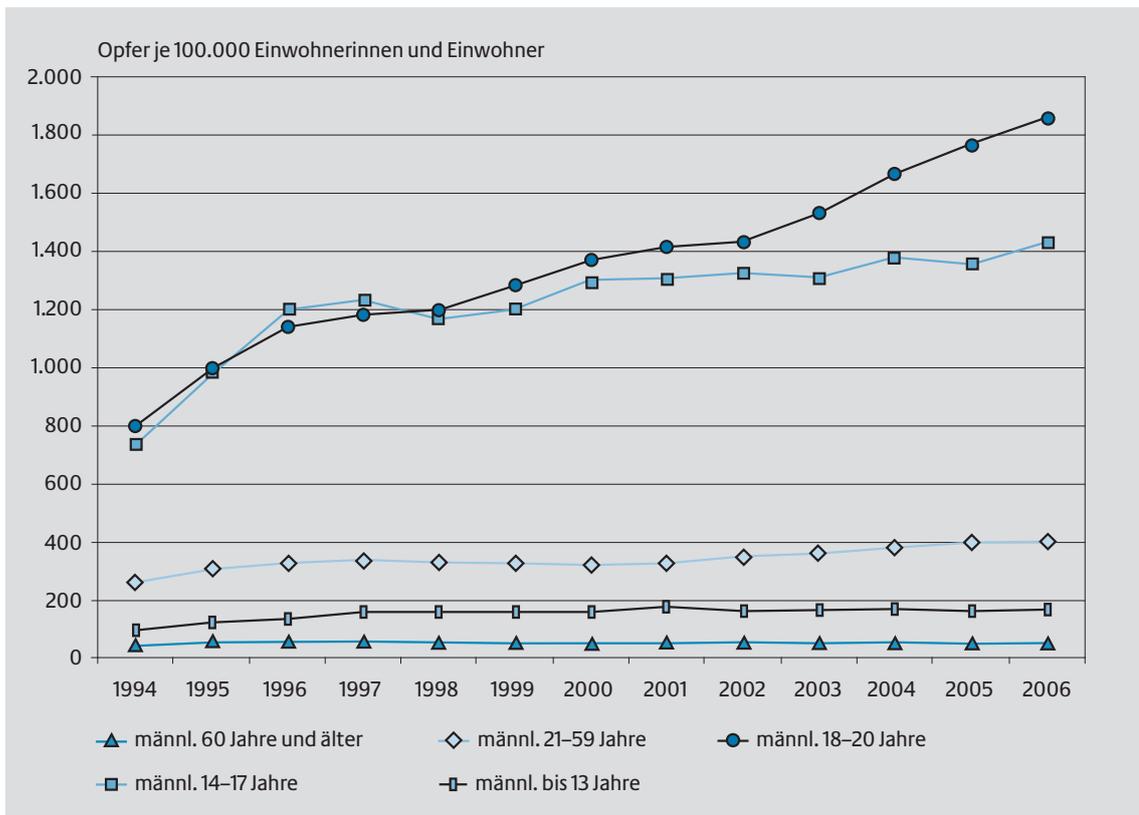
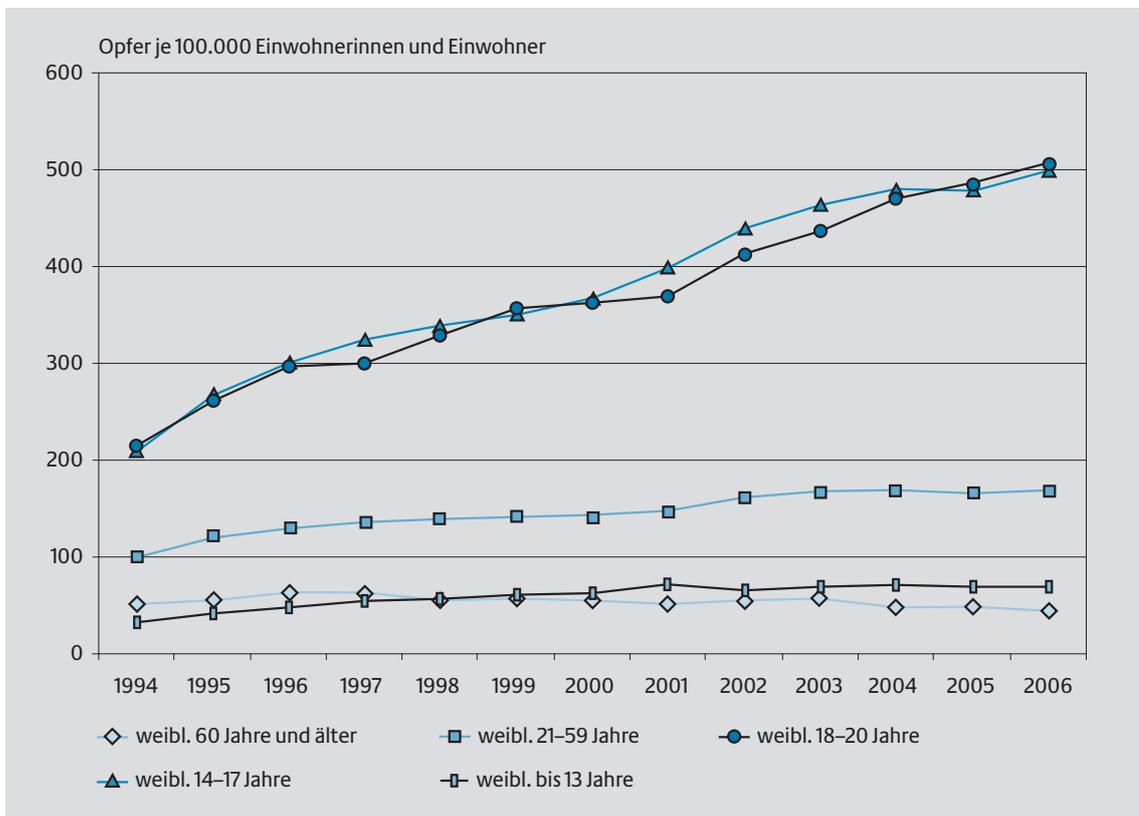


Abb. 3: Polizeilich registrierte weibliche Opfer vollendeter Gewaltdelikte je 100.000 der Altersgruppe, Bundesrepublik Deutschland 1994–2006 (PKS-Summenschlüssel Gewaltkriminalität – 8920)



Am stärksten gefährdet sind Jugendliche und Heranwachsende. Die Opferziffern für männliche Opfer im Alter von 14 bis 17 Jahren liegen zwischen 736 (1994) und 1.437 (2006), bei den 18- bis 20-Jährigen zwischen 799 (1994) und 1.866 (2006) – wobei die Werte der Heranwachsenden seit 1998 regelmäßig höher liegen als die der Jugendlichen. Auch bei den Frauen sind von vollendeten Gewaltdelikten primär Jugendliche und Heranwachsende betroffen. Die entsprechenden Opferziffern liegen weit unter denen altersgleicher männlicher Opfer – für weibliche Jugendliche zwischen 209 (1994) und 499 (2006), für heranwachsende Frauen zwischen 215 (1994) und 507 (2006). Im Gegensatz zu den Gruppen der Kinder, der Erwachsenen und älteren Menschen zeichnet sich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Jugendlichen und Heranwachsenden im Zeitverlauf von 1994 bis 2006 ein kontinuierlicher Anstieg des Viktimisierungsrisikos ab.

Das Risiko älterer Menschen, Opfer von Gewaltkriminalität zu werden, liegt in etwa auf dem Niveau der Kinder. Die Opferziffern bei Jungen bis 13 Jahren bewegen sich zwischen 88 (1994) und 176 (2004). Die entsprechenden Parameter für Mädchen liegen zwischen 33 (1994) und 72 (2004). Der in Abb. 1 zunächst beträchtlich wirkende Unterschied zwischen den Gruppen der über 60-Jährigen und der 21- bis 59-Jährigen erscheint relativ klein, wenn der Blick auf Jugendliche und Heranwachsende erweitert wird. Somit sind die 21- bis 59-Jährigen – mit aufgrund der Breite dieser Alterskategorie sicherlich großer, anhand der PKS-Daten aber nicht weiter aufklärbarer Binnenvarianz – im Vergleich zu Jüngeren gewissermaßen bereits auf dem Weg in die „sichere Zone“. Während ältere Männer und Frauen sich in ihren Viktimisierungsrisiken kaum voneinander unterscheiden, verzeichnet die PKS in allen jüngeren Altersgruppen Männer deutlich häufiger als Opfer von Gewaltkriminalität als Frauen.

Nach dem auf die Daten der PKS gestützten Erkenntnisstand sind somit Menschen jenseits des 60. Lebensjahres insgesamt deutlich weniger gefährdet, Opfer eines polizeilich registrierten Gewaltdelikts zu werden als jüngere Erwachsene, Heranwachsende oder Jugendliche; in vielen Deliktsbereichen liegen die Viktimisierungsrisiken älterer Menschen auch unter denen von Kindern (vgl. Görden, 2004a).

Im Unterschied zu Jugendlichen, Heranwachsenden und Erwachsenen vor dem 60. Lebensjahr weisen die polizeilichen Daten im hier betrachteten Zeitraum seit der ersten Hälfte der 1990er-Jahre für Seniorinnen und Senioren nicht oder nur in geringem Maße auf einen Anstieg der Opfergefährdung hin. Vor allem aufgrund der vergleichsweise hohen Gefährdung älterer Frauen im Bereich des Handtaschenraubs sind die Geschlechterunterschiede in den polizeilichen Gefährdungsindikatoren insgesamt bei älteren Menschen weniger ausgeprägt als in den jüngeren Gruppen, wo jeweils – mit Ausnahme des Bereichs der Sexualdelikte – Männer deutlich höhere Viktimisierungsrisiken haben als Frauen.

4.1.1.3 Analysen ausgewählter Deliktsbereiche

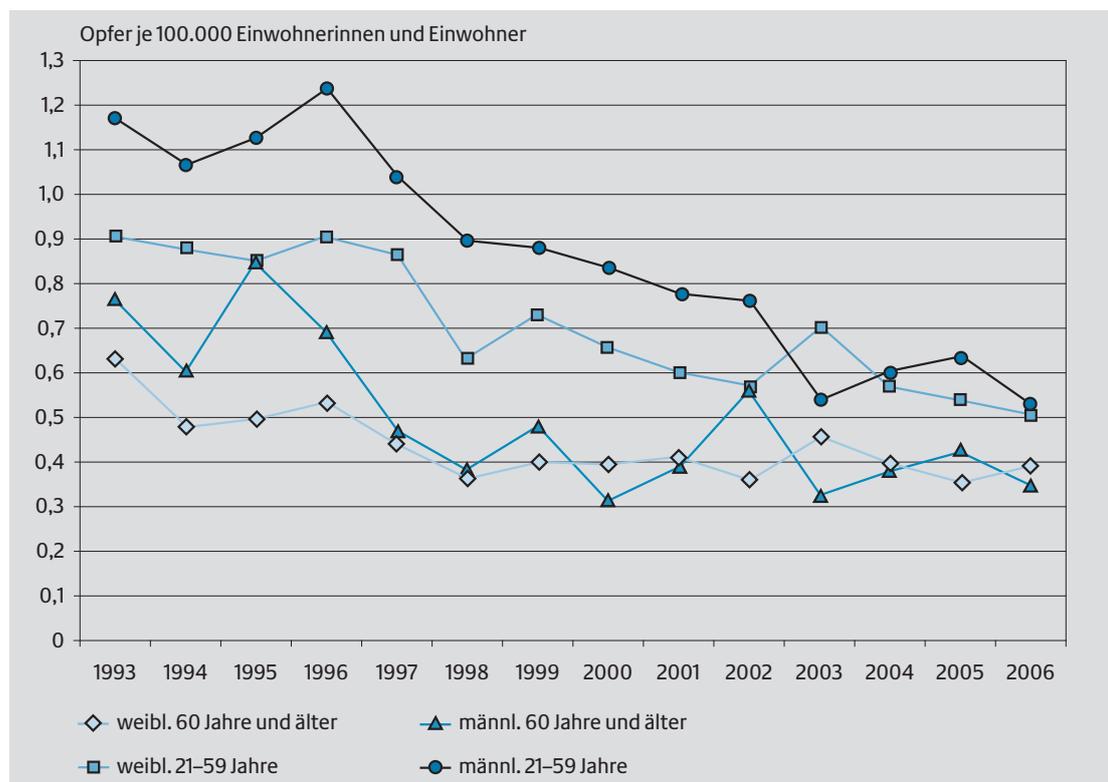
In der Polizeilichen Kriminalstatistik dokumentierte Ausnahmen von dem generellen Befund einer gegenüber dem jüngeren und mittleren Erwachsenenalter geringeren Viktimisierungsgefahr im höheren Lebensalter sind die Deliktsbereiche des Handtaschenraubs, der Misshandlung von Schutzbefohlenen, des Mordes in Verbindung mit Raubdelikten sowie der fahrlässigen Tötung. Auf diese wird in der nachfolgenden Darstellung im Detail eingegangen. Zudem zeigen sich im Bereich der vorsätzlichen Tötungsdelikte insofern Auffälligkeiten, als der Anteil von Opfern vollendeter Delikte an

allen Opfern in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutlich und kontinuierlich größer ist als bei jüngeren. Auch hierzu werden aktuelle Daten präsentiert.

Mord

Erläuterungen zum Delikt: Morddelikte werden in der PKS unter der Schlüsselzahl 0100 erfasst. Es handelt sich um Fälle, in denen polizeilicherseits der Verdacht einer Straftat nach § 211 StGB besteht. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Opferziffern weiblicher und männlicher Erwachsener und älterer Menschen im Deliktsbereich vollendeter Morde im Zeitraum von 1993 bis 2006.

Abb. 4: Polizeilich registrierte Opfer vollendeter Morde je 100.000 der Gruppe, Bundesrepublik Deutschland 1993–2006 (PKS-Schlüssel 0100)

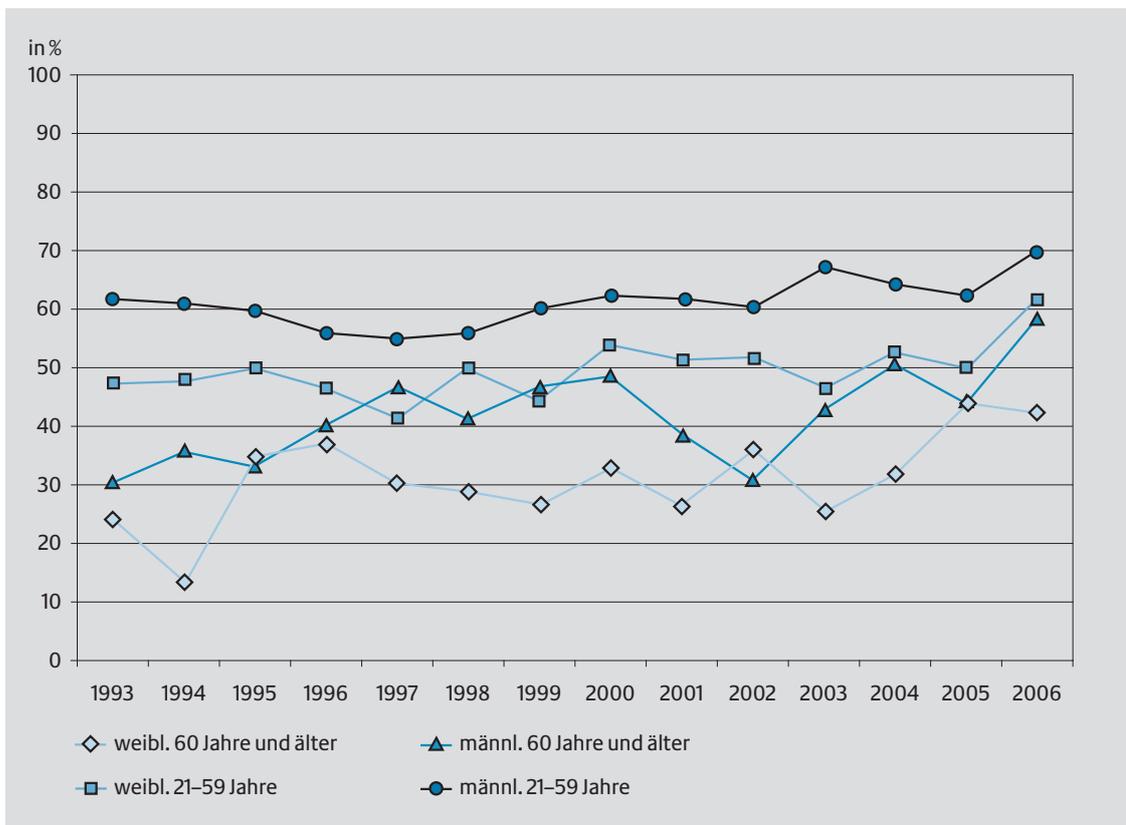


Das Viktimisierungsrisiko im Deliktsfeld vollendeter Morde sinkt im Zeitverlauf (1993 ff.) sowohl in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen als auch in der Gruppe älterer Menschen. Dabei ist der Rückgang in der relativ jüngeren Gruppe der 21- bis 59-Jährigen deutlicher ausgeprägt als bei den 60-Jährigen und Älteren. Ältere Männer und Frauen sind im Vergleich zu den 21- bis 59-Jährigen einem geringeren Risiko ausgesetzt, jedoch nähert sich ihre Gefährdung derjenigen der Jüngeren im Zeitverlauf tendenziell an.

Die Opferziffern für männliche Opfer vollendeter Morddelikte liegen in der Gruppe ab 60 Jahren im Zeitraum 1993 bis 2006 zwischen 0,32 (2000) und 0,86 (1995); sie sind niedriger als die der 21- bis 59-Jährigen (dort zwischen 0,53 im Jahr 2006 und 1,24 im Jahr 1996). Die entsprechenden Parameter für weibliche Opfer vollendeter Taten liegen in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren im Zeitraum 1993 bis 2006 zwischen 0,36 (1998) und 0,64 (1993); sie sind ebenfalls niedriger als die der 21- bis 59-jährigen Frauen (dort zwischen 0,51 im Jahr 2006 und 0,91 in den Jahren 1993 und 1996).

Abbildung 5 stellt den prozentualen Anteil der Opfer polizeilich registrierter Mordversuche an allen weiblichen und männlichen Mordopfern im Alter von 21- bis 59 Jahren und über 60 Jahren im Zeitraum von 1993 bis 2006 dar.

Abb. 5: Anteil der Opfer von Mordversuchen an allen Opfern polizeilich registrierter Morde (versuchte und vollendete Delikte) nach Geschlecht und Alter, Deutschland 1993–2006 (PKS-Schlüssel 0100)



Es fällt auf, dass bei polizeilich registrierten Mordfällen der Anteil versuchter Delikte in der Altersgruppe ab 60 Jahren beträchtlich geringer ist als in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen. Bei Männern ab 60 Jahren liegt der Anteil versuchter Morde im Zeitraum 1993 bis 2006 zwischen 30,4% (1993) und 58,7% (2006), bei den Männern der Altersgruppe 21-59 Jahre zwischen 54,7% (1997) und 69,9% (2006). Noch deutlicher sind die Unterschiede bei den weiblichen Opfern: In der Altersgruppe ab 60 Jahren liegt der Anteil der Opfer versuchter Morde an allen Mordopfern zwischen 14% (1994) und 44% (2005); bei den 21- bis 59-jährigen Frauen hingegen zwischen 41,8% im Jahr 1997 und 61,6% im Jahr 2006.

Aus den vorliegenden kriminalstatistischen Daten zu polizeilich registrierten Morddelikten geht somit hervor:

- Ältere Menschen – verstanden als die Gesamtgruppe der 60-Jährigen und Älteren – haben ein insgesamt geringeres Risiko als jüngere Erwachsene, einem Morddelikt zum Opfer zu fallen. Ältere Männer sind etwas stärker als ältere Frauen in der Gefahr, durch Mord zu Tode zu kommen, doch ist der Geschlechterunterschied weniger stark ausgeprägt und weniger stabil als bei jüngeren Erwachsenen.
- Werden ältere Menschen Opfer eines polizeilich registrierten (versuchten oder vollendeten) Morddelikts, so ist der Anteil der Fälle, in denen es beim Versuch bleibt, deutlich geringer als bei jüngeren Erwachsenen. Vor allem ältere weibliche Opfer sind zu einem hohen Anteil von vollendeten Delikten betroffen. (Auch im Bereich der polizeilich registrierten Raubmorde sind ältere Opfer zu einem wesentlich höheren Anteil als jüngere von vollendeten Delikten betroffen.)

- | Dieser altersbezogene Unterschied in den relativen Anteilen polizeilich registrierter Morde und Mordversuche lässt sich allein auf der Basis der vorliegenden kriminalstatistischen Daten nicht aufklären. Grundsätzlich ist vor allem an folgende – einander nicht ausschließende, sondern potenziell ergänzende – Bedingungskonstellationen zu denken:

- | Der Anteil vollendeter Delikte kann bei älteren Opfern erhöht sein, weil sie einen Tötungsversuch schlechter abwehren können und zugleich mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit wächst, an einer einmal zugefügten Verletzung zu sterben.

- | Es ist denkbar, dass der Anteil vollendeter Morde unter allen älteren Mordopfern aufgrund altersspezifischer Deliktsstrukturen besonders hoch ist. Wenn schwer kranke und pflegebedürftige alte Menschen durch Beibringung toxischer Substanzen getötet werden, wenn alleinlebende und gebrechliche hochaltrige Personen in ihrer Wohnung von Raubtätern heimgesucht werden, die im Interesse der Realisierung ihres Tatplans auch zur Tötung des Opfers bereit sind, dann ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass es beim Tötungsversuch bleibt.

- | Der Anteil von Mordversuchen kann bei älteren Opfern im Vergleich zu jüngeren geringer ausfallen, weil typische Lebensstilmerkmale Älterer es mit sich bringen, dass die Wahrscheinlichkeit eines polizeilicherseits als Mordversuch gewerteten Geschehens reduziert ist. Hier wäre insbesondere an eskalierende Konfliktsituationen außerhalb des häuslichen Bereichs (etwa Streitigkeiten und Schlägereien im Gaststättenmilieu) zu denken, von denen Ältere aufgrund eines relativ zu jüngeren Altersgruppen stärker auf das private Wohnumfeld konzentrierten Lebensstils weniger betroffen wären. Es läge dann ein Fall altersbezogener „differential exposure“ vor, wobei zunächst offenbliebe, ob Ältere Gefährdungssituationen, Opfer eines versuchten Mordes zu werden, relativ seltener ausgesetzt sind oder es sich in erster Linie um eine reduzierte Exposition gegenüber Situationen und Milieus handelt, in denen vonseiten der Polizei häufig Mordversuche angenommen und entsprechend kriminalstatistisch erfasst werden.³⁸

- | Schließlich ist zu überlegen, ob möglicherweise in Bezug auf ältere Opfer ein relativ größerer Anteil versuchter Morde unentdeckt bleibt und folglich keinen Niederschlag in der Polizeilichen Kriminalstatistik findet. So könnten in stärkerem Maße als bei jüngeren die Auswirkungen von Mordversuchen mit Krankheitssymptomen oder den Folgen eines Sturzes verwechselt werden; demenzkranke und pflegebedürftige Opfer von Mordversuchen wären in geringerem Maße als jüngere gesunde Betroffene in der Lage, Ermittlungs- und Strafverfolgungsmaßnahmen zu initiieren bzw. zu unterstützen. Einen weiteren Ansatzpunkt bietet die im Alter zunehmende Konzentration auf den häuslichen Bereich und auf die Sphäre engerer Beziehungen. Wenn vor allem versuchte Tötungen im sozialen Nahraum im Dunkelfeld verbleiben und dieser Nahraum im Leben und in den Beziehungen älterer Menschen eine größere Bedeutung hat als bei jüngeren, kann dies in einem geringen Anteil von Versuchsdelikten bei älteren Opfern zum Ausdruck kommen.

³⁸ Zur Anwendung des Konzeptes der differenziellen Risikoexposition auf die Viktimisierung älterer Menschen vgl. Clarke, Ekblom, Hough & Mayhew (1985), Kennedy & Silverman (1990).

Inwieweit die oben formulierten Faktoren zu dem Befund beitragen, dass ältere Menschen, wenn sie polizeilicherseits als Opfer von Delikten nach § 211 StGB registriert werden, relativ häufiger als jüngere einem vollendeten Mord zum Opfer fallen, ließe sich erst unter Heranziehung weiterer Daten klären. Hier ist insbesondere an die Analyse justizieller Akten zu einschlägigen Verfahren zu denken; dies muss künftigen Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Raubmord

Erläuterungen zum Delikt: Unter der Schlüsselzahl 0110 werden in der Polizeilichen Kriminalstatistik Fälle von Mord in Zusammenhang mit Raubdelikten gesondert registriert.³⁹ Erfasst werden Morde, die „aus Habgier“ begangen werden (§ 211 Abs. 21. Gruppe, 3. Variante StGB) und solche, bei denen der Täter oder die Täterin von dem Motiv gelenkt ist, durch die Tötung des Opfers ein Raubdelikt zu verdecken (§ 211 Abs. 23. Gruppe, 2. Alternative StGB). Es ist davon auszugehen, dass unter der Schlüsselzahl 0110 seitens der Polizei auch Fälle erfasst werden, die im weiteren Verlauf der justiziellen Fallbearbeitung als Totschlag oder als Taten nach § 251 StGB (Raub mit Todesfolge) gewertet werden.

Die wenigen vorliegenden empirischen Studien zu Raubmorden (insbesondere Volbert, 1992; 1993; Daten zu Raubmordfällen finden sich auch bei Harbort, 1999a; 1999b; Lempp, 1977; Simons, 1988; Steck, 1990; Wulf, 1979) weisen u. a. darauf hin, dass Raubmorde vielfach nicht detailliert geplant werden. Insbesondere wird offenbar Widerstand der Opfer selten einkalkuliert und kein Szenario für einen Abbruch der Tat entwickelt (Volbert, 1992; 1993; auch Simons, 1988; anders Harbort, 1999a, in Bezug auf Serientäter). Nicht immer ist der Raub das primäre Tatmotiv; zum Teil bildet sich die Intention der Wegnahme erst im Verlauf eines Gewaltdelikts bzw. eines gewaltförmig eskalierenden Konflikts heraus. Raubmorde werden häufig gemeinschaftlich begangen (Harbort, 1999a; 1999b; Volbert, 1992); charakteristisch für die Täter und Täterinnen ist u. a. die fehlende oder geringe berufliche Qualifikation (Wulf, 1979). Mouzos (2003) hat australische Daten zu Tötungsfällen analysiert, die sich im Verlauf anderer Delikte – und hier vor allem von Raubtaten – ereigneten; auf diese Kategorie entfielen im Zeitraum 1989–2002 insgesamt 542 von 4.108 Tötungsdelikten (13,2%). Tötungen in Zusammenhang mit anderen Straftaten blieben öfter unaufgeklärt als sonstige Tötungen (22% zu 11%) und zeichneten sich durch einen besonders geringen Anteil weiblicher Tatverdächtiger aus (5,6% zu 12,9%). In 70% der Fälle war das Opfer älter als der Täter, bei sonstigen Tötungsdelikten lediglich zu 52%. In 66% der Fälle war der Täter dem Opfer unbekannt, bei sonstigen Tötungsdelikten war dies nur zu 22% der Fall. Während bei Raubmorden 48% der Opfer 45 Jahre und älter waren, entfielen bei sonstigen Raubdelikten auf diese Gruppe nur 21% der Opfer. Auch Cook (1987) arbeitet in einer auf FBI-Daten gestützten Analyse von Delikten in 43 großen US-Städten im Zeitraum 1976–1983 heraus, dass Raubmorde im Unterschied zu sonstigen Tötungsdelikten typischerweise von dem Opfer nicht bekannten Tätern und Täterinnen begangen werden und dass der Anteil älterer Menschen an den Opfern von Raubmorden höher ist als bei sonstigen Raub- oder Tötungsdelikten.

³⁹ Auf die ebenfalls gesondert erfassten Morde in Zusammenhang mit Sexualdelikten (PKS-Schlüsselzahl 0120) soll hier nur am Rande hingewiesen werden. In den Jahren 1993 bis 2006 wurden in der PKS in der Altersgruppe ab 60 Jahren lediglich 21 Frauen und vier Männer als Opfer vollendeter Delikte registriert, durchschnittlich somit zwei Fälle pro Jahr.

Eine von Görge (2004a) erstellte (nicht repräsentative) Fallsammlung zeichnet folgendes Bild von an älteren Menschen begangenen Raubmorden:

- | Tatort ist in den meisten Fällen die Wohnung des Opfers oder deren unmittelbare Umgebung.
- | Die Opfer leben in der Regel alleine oder mit einer weiteren hochaltrigen Person zusammen. Alleinlebende ältere Menschen sind in besonderem Maße vulnerabel im Hinblick auf Tatbegehungsmöglichkeiten, aber auch in Bezug auf mögliche tödliche Folgen zugefügter Verletzungen.
- | Die Delikte werden zum Teil von sehr jungen Tätern und Täterinnen (Jugendlichen und Heranwachsenden) begangen. Drogen- und Alkoholkonsum sowie Suchtmittelabhängigkeit der Täter und Täterinnen werden häufig erwähnt. Gemeinschaftliche Tatbegehung ist den Ergebnissen zufolge offenbar vor allem bei jüngeren Tätern eher die Regel als die Ausnahme. Zum Teil handelt es sich um Delikte innerhalb eines seriellen Tatgeschehens.
- | Unter den Tätern sind sowohl dem Opfer fremde Personen als auch Personen aus dem familiären Umfeld sowie Personen, zu denen eine weniger enge Beziehung bestand, schließlich auch (wenigstens aus der Perspektive des Opfers) Zufallsbekanntschaften.
- | Erbeutet werden vor allem Bargeld, Schmuck und Scheckkarten. Der Umstand bzw. die Vermutung, dass das Opfer größere Barbeträge zu Hause haben würde, spielt in einem Teil der Fälle eine Rolle.

Den in Tabelle 7 präsentierten Daten zufolge handelt es sich beim polizeilich als solchen registrierten vollendeten Raubmord um ein insgesamt seltenes Delikt, von dem ältere Menschen stärker betroffen sind als jüngere. Kinder, Jugendliche und Heranwachsende werden polizeilicherseits nur in sehr seltenen Fällen als Opfer vollendeter Raubmorde erfasst. Das Viktimisierungsrisiko steigt im Erwachsenenalter an und wächst noch einmal bei den Seniorinnen und Senioren.

Tabelle 7 enthält – nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert – die absoluten Zahlen der getöteten Opfer sowie wiederum die sogenannte Opferziffer (OZ; Opfer pro 100.000 der jeweiligen Gruppe) aller polizeilich registrierten Raubmorde in Deutschland im Zeitraum von 1993 bis 2006.

Tab. 7: Polizeilich registrierte Opfer vollendeter Raubmorde, Bundesrepublik Deutschland 1993–2006
(PKS-Schlüssel 0110)

Alter		Jahr						
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
0–13 Jahre	m	0	0	0	0	1	0	0
	OZ m	0	0	0	0	0.02	0	0
	w	0	0	0	0	0	0	0
	OZ w	0	0	0	0	0	0	0
14–17 Jahre	m	1	0	0	1	0	0	1
	OZ m	0.06	0	0	0.05	0	0	0.05
	w	0	0	0	0	0	0	0
	OZ w	0	0	0	0	0	0	0
18–20 Jahre	m	1	0	1	1	0	1	0
	OZ m	0.07	0	0.08	0.08	0	0.07	0
	w	1	0	0	0	2	0	0
	OZ w	0.08	0	0	0	0.16	0	0
21–59 Jahre	m	48	45	36	40	32	24	26
	OZ m	0.20	0.19	0.15	0.17	0.14	0.10	0.11
	w	10	12	7	16	15	12	8
	OZ w	0.04	0.05	0.03	0.07	0.07	0.05	0.04
60 Jahre +	m	17	17	20	16	8	10	13
	OZ m	0.27	0.27	0.31	0.24	0.11	0.14	0.17
	w	18	13	16	14	18	16	6
	OZ w	0.18	0.13	0.16	0.13	0.17	0.15	0.06

Fortsetzung Tab. 7

Alter		Jahr						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0–13 Jahre	m	0	0	0	0	1	0	0
	OZ m	0	0	0	0	0.02	0	0
	w	0	0	0	0	0	0	0
	OZ w	0	0	0	0	0	0	0
14–17 Jahre	m	0	0	1	0	0	1	0
	OZ m	0	0	0.05	0	0	0.05	0
	w	0	0	0	0	0	0	0
	OZ w	0	0	0	0	0	0	0
18–20 Jahre	m	0	1	2	0	1	1	0
	OZ m	0	0.07	0.14	0	0.07	0.07	0
	w	0	0	0	0	0	0	0
	OZ w	0	0	0	0	0	0	0
21–59 Jahre	m	20	33	20	16	10	11	9
	OZ m	0.09	0.15	0.09	0.07	0.04	0.05	0.04
	w	2	7	4	6	4	1	4
	OZ w	0.01	0.03	0.02	0.03	0.02	0.00	0.02
60 Jahre +	m	7	15	9	7	10	3	5
	OZ m	0.09	0.19	0.11	0.08	0.12	0.03	0.06
	w	10	17	5	11	6	6	7
	OZ w	0.09	0.15	0.04	0.09	0.05	0.05	0.06

In den Jahren 1993 bis 2006 wurden nach polizeilichen Daten insgesamt 157 Männer und 163 Frauen der Altersgruppe ab 60 Jahren als Opfer vollendeter Raubmorde registriert. Im Vergleich hierzu lag die absolute Opferzahl in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen bei 370 Männern und 108 Frauen. Bei Betrachtung der Opferziffern beider Altersgruppen bestätigt sich das Bild einer geringeren Gefährdung durch Morddelikte im Alter für den Bereich der Raubmorde nicht. Die Opferziffern für männliche Opfer vollendeter Raubmorde liegen in der Gruppe ab 60 Jahren im Zeitraum 1993 bis 2006 zwischen 0,03 (2005) und 0,31 (1995); sie sind höher als die der 21- bis 59-jährigen (dort zwischen 0,04 in den Jahren 2004 und 2006 und 0,20 im Jahr 1993). Die entsprechenden Parameter für weibliche Opfer vollendeter Taten liegen in der Gruppe der 60-jährigen und Älteren im Zeitraum 1993 bis 2006 zwischen 0,04 (2003) und 0,18 (1993); sie sind ebenfalls höher als die der 21- bis 59-jährigen Frauen (dort zwischen 0 im Jahr 2005 und 0,07 in den Jahren 1996 und 1997).

Abb. 6: Polizeilich registrierte Opfer vollendeter Raubmorde je 100.000 der Gruppe, Bundesrepublik Deutschland 1993–2006 (PKS-Schlüssel 0110)

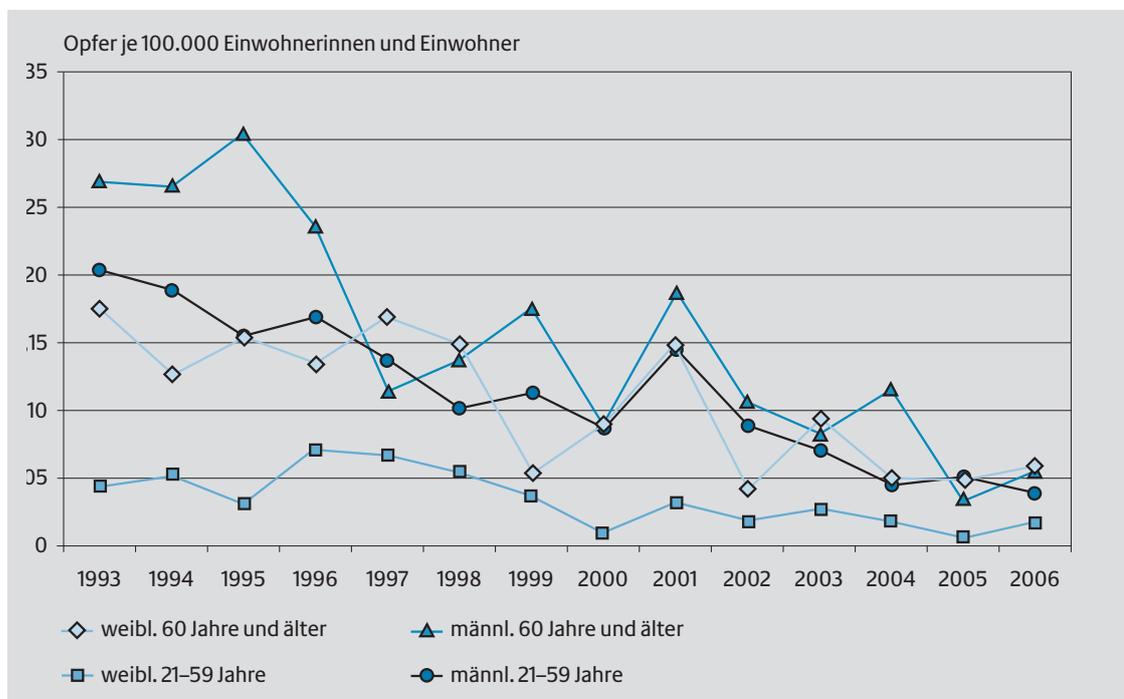


Abbildung 6, welche die Entwicklung der Opferziffern vollendeter Raubmorde an jüngeren Erwachsenen und älteren Menschen im Zeitraum von 1993 bis 2006 ausweist, zeigt zugleich ein im Zeitverlauf sinkendes Viktimisierungsrisiko bei Frauen und Männern der Altersgruppe ab 60 Jahren sowie bei Männern zwischen 21 und 59 Jahren. Bei Frauen zwischen 21 und 59 Jahren waren bereits die Ausgangswerte in der ersten Hälfte der 90er-Jahre am niedrigsten; insofern ist die fallende Tendenz hier weniger stark ausgeprägt.

Auch beim Raubmord zeigen sich beträchtliche altersbezogene Unterschiede hinsichtlich der Anteile der Opfer versuchter und vollendeter Delikte an allen Opfern. In der Gruppe der älteren männlichen Opfer von Mord in Zusammenhang mit Raubdelikten wurden im Zeitraum von 1993 bis 2006 156 von 213 Personen als Opfer vollendeter Delikte (73,2%) registriert, bei den älteren Frauen 160 von 199 (80,4%). Die entsprechenden Anteile liegen bei den 21- bis 59-jährigen Männern bei 55,2% (369 von 669 Opfern) und bei den Frauen bei 50,5% (108 von 214 Opfern).

Im Hinblick auf den letztgenannten Befund ist von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge auszugehen. Sowohl im Deliktsbereich Mord als auch bei Mord in Verbindung mit Raubdelikten kann der geringere Versuchsanteil bei polizeilich registrierten Tötungsdelikten an älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen u. a. dadurch zustande kommen, dass

- | ältere Menschen Angriffe weniger erfolgreich abwehren können und eine Tötungsintention somit öfter erfolgreich umgesetzt werden kann,
- | im Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, dass das Opfer sich von erlittenen Verletzungen nicht mehr erholt, sondern daran verstirbt,
- | Tötungsversuche gegenüber älteren Menschen sich relativ öfter als bei jüngeren im sozialen Nahraum abspielen und nicht angezeigt werden,
- | bei älteren Menschen relativ zu jüngeren Opfern Konflikttaten eine geringere und instrumentell motivierte Tötungsdelikte, die entsprechend zielstrebig und mit höherer „Erfolgswahrscheinlichkeit“ ausgeführt werden, eine größere Rolle spielen (der Umstand, dass die in der PKS gesondert ausgewiesenen Morde in Zusammenhang mit Raubdelikten bei älteren Menschen häufiger auftreten als bei jüngeren Erwachsenen, stützt diese Vermutung, handelt es sich doch beim Raubmord um den Prototyp der als Mittel zu einem Zweck planend oder wenigstens situativ abwägend eingesetzten Tötungshandlung),
- | ältere Menschen sich weniger in bestimmten Gruppen, Kontexten und Milieus aufhalten, in denen polizeilicherseits Körperverletzungen als versuchte Tötungsdelikte registriert werden (z. B. Drogenmilieu, Gaststätten u. Ä.),
- | möglicherweise Ermittlungen in Fällen älterer Opfer von Tötungsdelikten sich in stärkerem Maße als bei jüngeren in großstädtischen Regionen konzentrieren, in denen auf Tötungsdelikte spezialisierte Ermittlungseinheiten mit einem entsprechend zurückhaltenderen Registrierungsverhalten bestehen.

Fahrlässige Tötung

Erläuterungen zum Delikt: Unter der Schlüsselzahl 0300 werden in der PKS Fälle der fahrlässigen Tötung nach § 222 StGB erfasst, soweit die Taten sich nicht in Verbindung mit Verkehrsunfällen ereigneten. § 222 StGB betrifft all jene Fälle, in denen ein Mensch getötet wurde und dies nicht vorsätzlich (d. h. mit Wissen und Wollen der genauen Tatbestandsverwirklichung), sondern eben „nur“ fahrlässig erfolgte. Dies bedeutet, dass der Täter den Tod eines Menschen herbeigeführt hat, ohne dass er dies wollte und ohne dass er es direkt vorhergesehen hat, obwohl er aufgrund seiner persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten die tödliche Folge eigentlich hätte vorhersehen können.

Die in den Tabellen 8 und 9 dargestellten Daten machen deutlich, dass ältere Menschen einen beträchtlichen Anteil der von der Polizei als Opfer fahrlässiger Tötungsdelikte erfassten Personen stellen. Frauen und Männer im Alter ab 60 Jahren sind einem höheren Viktimisierungsrisiko ausgesetzt als die Gruppe der 21- bis 59-Jährigen. So wurden im Jahr 2006 insgesamt 996 Opfer von unter die PKS-Schlüsselzahl 0300 subsumierten Delikten registriert; darunter waren 427 Personen (42,9%), die 60 Jahre und älter waren. 2005 hatte der Anteil mit 42,3% (407 von 962 Opfern) ähnlich hoch gelegen.

Tab. 8: Polizeilich registrierte männliche Opfer fahrlässiger Tötung, Bundesrepublik Deutschland 1995–2006 (PKS-Schlüssel 0300)

Alter		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
60 J. +	n	117	96	139	98	129	142	163	157	141	173	198	197
	OZ	1.786	1.419	1.990	1.358	1.725	1.825	2.015	1.878	1.655	1.993	2.243	2.226
21–59 J.	n	390	383	377	366	336	345	328	248	296	314	314	305
	OZ	1.650	1.625	1.608	1.574	1.458	1.510	1.448	1.099	1.312	1.394	1.397	1.352
18–20 J.	n	25	27	29	13	29	28	17	15	14	16	16	11
	OZ	1.919	2.042	2.151	0.952	2.069	1.955	1.166	1.033	0.970	1.120	1.109	0.750
14–17 J.	n	16	19	20	12	17	12	12	14	19	10	15	26
	OZ	0.892	1.034	1.065	0.633	0.904	0.641	0.639	0.733	0.973	0.506	0.755	1.339
0–13 J.	n	65	80	88	81	86	86	87	68	62	70	62	53
	OZ	1.023	1.265	1.398	1.294	1.387	1.397	1.432	1.136	1.056	1.217	1.103	0.959

Tab. 9: Polizeilich registrierte weibliche Opfer fahrlässiger Tötung, Bundesrepublik Deutschland 1995–2006 (PKS-Schlüssel 0300)

Alter		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
60 J. +	n	96	113	106	98	133	167	205	166	185	248	209	230
	OZ	0.930	1.082	1.003	0.915	1.222	1.504	1.810	1.442	1.597	2.127	1.781	1.968
21–59 J.	n	101	89	90	111	95	112	144	136	109	95	100	98
	OZ	0.447	0.395	0.401	0.497	0.429	0.509	0.659	0.624	0.500	0.435	0.459	0.447
18–20 J.	n	5	4	6	4	5	6	12	8	3	3	3	8
	OZ	0.404	0.319	0.469	0.308	0.375	0.439	0.860	0.576	0.218	0.220	0.217	0.571
14–17 J.	n	5	6	7	8	5	12	10	5	5	3	4	23
	OZ	0.295	0.345	0.394	0.446	0.281	0.677	0.562	0.277	0.271	0.160	0.213	1.248
0–13 J.	n	41	56	47	37	53	47	50	40	46	46	41	45
	OZ	0.680	0.933	0.787	0.623	0.901	0.805	0.867	0.704	0.826	0.843	0.768	0.858

Männer werden insgesamt deutlich häufiger Opfer fahrlässiger Tötung als Frauen. In der Altersgruppe 21–59 Jahre registriert die PKS im Zeitraum von 1995 bis 2006 insgesamt 1.280 weibliche und 4.002 männliche Opfer, bei den Heranwachsenden sind es 67 Frauen und 240 Männer. Das Bild ändert sich jedoch im Hinblick auf die Altersgruppe ab 60 Jahren. Im betrachteten Zeitraum wurden mehr ältere Frauen (1.956) als ältere

Männer (1.750) polizeilich als Opfer fahrlässiger Tötungsdelikte erfasst. Bezogen auf die Bevölkerungsstärke ist daher der Geschlechterunterschied der Gefährdung bei den Älteren wesentlich kleiner als in den jüngeren Gruppen.

Abb. 7: Polizeilich registrierte Opfer fahrlässiger Tötung je 100.000 der Gruppe, Bundesrepublik Deutschland 1995–2006 (PKS-Schlüssel 0300)

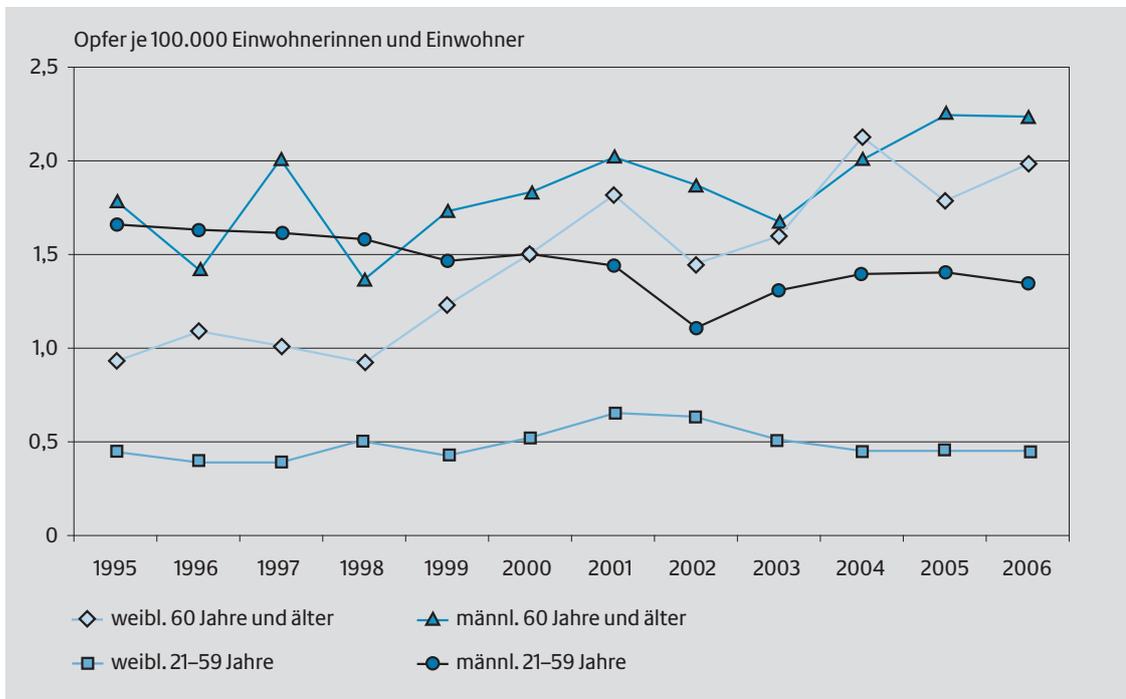


Abbildung 7 zeigt, dass der Unterschied von älteren zu jüngeren erwachsenen Frauen im Deliktsfeld der fahrlässigen Tötung stärker ausgeprägt ist als der zwischen den beiden Altersgruppen der Männer. Im gesamten Zeitraum von 1995 bis 2006 ist im Hinblick auf weibliche Opfer das Viktimisierungsrisiko stets für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren am höchsten. Die Opferziffern der älteren Frauen liegen zwischen 0,92 (1998) und 2,13 (2004). Die Opferziffern jüngerer erwachsener Frauen liegen zwischen 0,40 (1996) und 0,66 (2001). Im Unterschied zu jüngeren Erwachsenen ist bei Menschen ab 60 Jahren über die Zeitspanne von 1995 bis 2006 ein Trend zu höheren Opferziffern/ einer stärkeren Gefährdung zu verzeichnen. Dieser ist bei älteren Frauen sehr viel klarer ausgeprägt als bei Männern. Die absolute Zahl älterer weiblicher Opfer liegt in den Jahren 1999–2006 immer über derjenigen der altersgleichen Männer.

Offenbar liegt also auch in Bezug auf kriminalstatistisch erfasste fahrlässige Tötungen insofern eine Sondersituation vor, als ein beträchtlicher Teil der Opfer älter als 60 Jahre ist und insbesondere die älteren Frauen gegenüber anderen weiblichen Altersgruppen ein erhöhtes Risiko aufweisen.

Eine (wiederum nicht repräsentative) Fallsichtung (vgl. Görgen, 2004a) führt zu der Vermutung, dass unter polizeilich registrierten älteren Opfern fahrlässiger Tötungsdelikte viele Personen sind, die an schwerwiegenden Krankheiten leiden bzw. durch körperliche oder intellektuelle Einschränkungen der Pflege und Hilfe durch Dritte bedürfen (Heimbewohner, Krankenhauspatienten, Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld). Die Zahl der Opfer kann in einzelnen Ermittlungsverfahren sehr hoch sein, weshalb Schwankungen von Opferzahlen und Gefährdungsindikatoren immer vor dem Hintergrund möglicher Großverfahren betrachtet werden müssen; Aussagen über Trends lassen sich

auf dieser Grundlage kaum machen. Ermittlungen richten sich in diesen Fällen u. a. gegen Personen, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Leitungsverantwortung tragen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Familienangehörige der Opfer. Vom Tatgeschehen her geht es häufig um fahrlässige Tötungen durch Unterlassen bzw. um ärztliche Behandlungsfehler oder die unsachgemäße Ausführung pflegerischer Handlungen. Auch hier können erst spezifische Aktenuntersuchungen die Basis eines klareren Bildes der Hintergründe der Höhergefährdung älterer Frauen im Bereich der fahrlässigen Tötung liefern.

Misshandlung von Schutzbefohlenen

Erläuterung zum Delikt: Unter der PKS-Schlüsselzahl 2230 werden Delikte nach § 225 StGB erfasst. § 225 StGB schützt einerseits Personen unter 18 Jahren, andererseits Menschen, die aufgrund von Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlos sind. Diese Wehrlosigkeit kann physischer oder psychischer Art sein (Stree in Schönke & Schröder, 2001, § 225 RN 5), sie darf jedoch nicht darauf gegründet sein, dass das Opfer selbst gefesselt o.Ä. ist (Tröndle & Fischer, 2004, § 225 RN 3 mwN). Eine Tat nach § 225 StGB kann begangen werden, indem das Opfer gequält, roh (d. h. aus einer gefühllosen, gegen die Leiden des Opfers gleichgültigen Gesinnung heraus) misshandelt oder durch böswillige Vernachlässigung der Sorgspflicht an seiner Gesundheit geschädigt wird. Der Täter muss gegenüber dem Opfer eine besondere Sorgspflicht haben; das Opfer untersteht der Fürsorge oder der Obhut des Täters. „Fürsorge“ meint dabei eine längerfristige rechtliche Verpflichtung, für das geistige oder leibliche Wohl der anderen Person zu sorgen, „Obhut“ eine Pflicht zur unmittelbaren körperlichen Beaufsichtigung (vgl. Stree in Schönke & Schröder, 2001, § 225 RN 7). Unter den Begriff der Fürsorge fallen demnach auf Dauer angelegte Pflegebeziehungen sowohl privater als auch professioneller Art. Selbst wenn dieses Merkmal der Dauerhaftigkeit fehlt, wird das Verhältnis zwischen einer pflegenden und einer gepflegten Person in der Regel unter den Begriff der Obhut zu subsumieren sein.

Eine Sichtung von Fällen aus der Gerichtsberichterstattung, in denen Personen wegen der Misshandlung von Schutzbefohlenen angeklagt oder verurteilt wurden (Görgen, 2004a), führt zu dem Ergebnis, dass es sich – soweit ältere und pflegebedürftige Personen von den Delikten betroffen sind – vielfach um Handlungen bzw. Unterlassungen in stationären Pflegeeinrichtungen handelt. Dabei steht teils Fehlverhalten einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vordergrund, teils geht es – und hier richten sich die Verfahren dann meist gegen die Leitungsebene – um grundsätzliche und systematische Missstände im Umgang der Institution mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Um die Bandbreite von Viktimisierungsformen und Täter-Opfer-Konstellationen alleine im häuslichen Bereich wenigstens im Ansatz erkennbar werden zu lassen, werden im Folgenden einige Fälle wiedergegeben, in denen in den Jahren 2000–2003 Anklage wegen der Misshandlung von Schutzbefohlenen erhoben wurde:⁴⁰

⁴⁰ Die Konzentration der Beispiele auf den häuslichen Bereich erfolgte im Hinblick auf die Forschungsschwerpunkte der vorliegenden Studie. In allen dargestellten Fällen wurde wegen Misshandlung Schutzbefohlener ermittelt und angeklagt. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Fälle unter der Schlüsselzahl 2230 in der PKS erfasst wurden. Vielmehr ist – insbesondere im Hinblick auf den Grundsatz, dass ein Fall unter die Norm mit der schwersten Strafandrohung zu subsumieren ist – teils auch eine polizeiliche Registrierung als Tötungsdelikt oder als Fall der gefährlichen bzw. schweren Körperverletzung denkbar.

Mai 2004: In einem Berufungsverfahren vor dem Landgericht Bautzen sind eine 73-jährige Frau und ihr zehn Jahre jüngerer Lebenspartner wegen Misshandlung Schutzbefohlener angeklagt. Sie sollen „den Ehemann der Frau mehrfach misshandelt und monatelang gezwungen haben (...), unter entsetzlichen Umständen in der Gartenlaube sowie im Kinderzimmer der gemeinsamen Wohnung zu hausen“. Die Frau war im September 2003 in erster Instanz zu zwei Jahren und sieben Monaten Haft verurteilt worden, der Mann wegen Beihilfe zu einem Jahr Freiheitsstrafe auf Bewährung. Sowohl die Staatsanwaltschaft als auch die beiden Angeklagten hatten Berufung eingelegt. Weiter heißt es im Pressebericht: „Nachdem beide im ersten Prozess geschwiegen hatten, stritten sie gestern die Vorwürfe ab. Eine Tochter der Frau schilderte, dass ihr Vater von der Mutter und deren Liebhaber „wie ein Schwein“ behandelt worden sei. Nur mit Mühe konnte das Schöffengericht das Opfer befragen. Der 70-jährige hatte lange Zeit unter Angstzuständen gelitten, sitzt im Rollstuhl und wird im Pflegeheim betreut. Als er aussagte, mussten seine Peiniger den Saal verlassen.“ (Monate im Garten gehaust, 2004)

November 2003: Das Landgericht Traunstein verurteilt einen 29-jährigen Mann wegen Totschlags und Misshandlung von Schutzbefohlenen, beides begangen durch Unterlassen, zu einer siebenjährigen Freiheitsstrafe. Der 74-jährige Vater des Verurteilten, war – wie der Richter in der Urteilsbegründung bemerkte – „verstorben unter Umständen, die man niemandem wünscht“. Nach Erkenntnis des Gerichts hatte der Mann seinen Vater verdursten und erfrieren lassen und dabei mit bedingtem Tötungsvorsatz gehandelt. Der Sohn – eines von fünf Kindern des Opfers – hatte die Pflege des Vaters übernommen, diese aber dann ab November 2002 stark vernachlässigt und sich schließlich nicht mehr um den Vater gekümmert, der im Januar 2003 stark abgemagert verstorben war. „Der alte Mann war von etwa 75 Kilogramm Körpergewicht auf 47,2 Kilogramm abgemagert. Die Todesursache war laut Rechtsmedizin Austrocknung durch zu wenig Trinken sowie Unterkühlung durch nicht ausreichende Wärmezufuhr. Der Leichnam wies zudem eine vollständige Verkotung des Unterleibs, zahlreiche Hautentzündungen und Aufliegegeschwüre auf.“ (Traunstein: Bundesgerichtshof bestätigt die Urteile, 2004). Der Angeklagte habe sich, so der Richter, durch die Pflege des Vaters und den zeitgleichen Umbau des Elternhauses „in eine aussichtslose Situation hinein manövriert und sah im Tod des Vaters möglicherweise eine Lösung für die ganze Problematik“; er habe sich überfordert gefühlt und die Unterstützung durch die Geschwister als unzulänglich betrachtet (Traunstein: Sieben Jahre Haftstrafe für den Sohn, 2003). Die Revision des Angeklagten zum BGH hatte keinen Erfolg (Traunstein: Bundesgerichtshof bestätigt die Urteile, 2004).

Dezember 2002: Das Landgericht Frankfurt/M. verurteilt eine 34-jährige Juristin wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen und gefährlicher Körperverletzung zu zwei Jahren Freiheitsstrafe auf Bewährung. Die Frau hatte nach Erkenntnissen des Gerichts ihre psychisch wie körperlich schwer kranke Mutter (61 Jahre) beschimpft und in gravierender Weise körperlich misshandelt. Die Mutter litt an einer Bauchfellentzündung, wollte sich aber nicht behandeln lassen. Sie war in zeitlicher Nähe zu den erlittenen Misshandlungen gestorben, Todesursache war jedoch nach gutachterlichen Erkenntnissen die Bauchfellentzündung. (Leppert, 2002)⁴¹

41 Hinsichtlich des Vorwurfs eines Tötungsdeliktes mangelte es damit an der zu beweisenden Kausalität.

Mai 2002: Das Amtsgericht Limburg spricht eine 55 Jahre alte ungelernete Pflegekraft und eine 47-jährige Krankenpflegerin vom Vorwurf der gefährlichen Körperverletzung und der Misshandlung von Schutzbefohlenen frei. Bei einer 90-jährigen Frau war Anfang 1999 bei Einlieferung in ein Krankenhaus massiver Dekubitus (Druckgeschwüre) festgestellt worden; die Frau war wenig später verstorben. Die Verstorbene war seit 1993 von der nicht pflegerisch ausgebildeten Hausfrau gepflegt worden, die 1994 zu ihr ins Haus gezogen war. Die Krankenpflegerin hatte noch kurz vor Einlieferung ins Krankenhaus eine Bescheinigung für die Pflegekasse ausgestellt, der zufolge die Pflege der alten Frau gesichert sei. Die ungelernete Pflegekraft erklärte im Verfahren „unter Tränen, dass ihr dies alles leidtun würde, dass sie sich einer Schuld jedoch nicht bewusst sei. Die alte Dame habe sich ständig auf eine Seite gelegt und sich dabei mit den Händen am Bettgitter festgeklammert, sodass sie ihr die Hände hätte brechen müssen, um sie umzulagern. Die Anzeichen, wie sie (...) im Krankenhaus am Körper der alten Dame sichtbar wurden, seien für sie in der Zeit zuvor nicht erkennbar gewesen.“ (Bude, 2002) Die Krankenpflegerin berief sich auf den „sehr guten Eindruck“, den sie von der Hausfrau gehabt habe und auf ihr Wissen, „dass die alte Dame in einem Wochenturnus vom Arzt untersucht wurde“ (Bude, 2002). Im Verfahren wurde dementsprechend Kritik an dem Hausarzt laut, der nicht rechtzeitig interveniert habe. Die Staatsanwaltschaft hatte sich dem Ansinnen des Richters widersetzt, das Verfahren einzustellen und stattdessen für die beiden Angeklagten Bewährungsstrafen gefordert, außerdem ein dreijähriges Tätigkeitsverbot für die nicht ausgebildete Pflegekraft.

Dezember 2001: Das Landgericht Frankfurt/Main verurteilt einen 38-Jährigen wegen Körperverletzung und Misshandlung von Schutzbefohlenen zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren auf Bewährung. Der Mann hatte im Februar 2001 seinen 75 Jahre alten Schwiegervater „im gemeinsamen Haushalt (...) mit Schlägen und Tritten schwer verletzt. Der 75-Jährige kam im Koma in ein Krankenhaus. Der Schwiegervater, der bereits vor dem Vorfall pflegebedürftig und geistig behindert war, ist inzwischen in einem Pflegeheim untergebracht. Trotz der Schwere der Verletzungen erkannte das Gericht auf einen ‚minder schweren Fall‘ von Körperverletzung sowie Misshandlung eines Schutzbefohlenen. Als Grund für die milde Beurteilung gab das Gericht an, dass der 38-Jährige sowie seine Ehefrau mit der schwierigen Betreuung des 75-Jährigen völlig überfordert gewesen seien. Dabei habe sich im Verlauf von Jahren bei dem Schwiegersohn ein Aggressionspotenzial aufgebaut, das sich am Tattag aus nichtigem Anlass entladen habe.“ (Schwiegervater schwer verletzt: mildes Urteil, 2001)

März 2001: Das Amtsgericht Bad Homburg (Hochtaunuskreis) stellt das Verfahren wegen Misshandlung Schutzbefohlener und Körperverletzung gegen eine ehemalige private Altenpflegerin und Haushaltshilfe ein. Die Frau hatte seit 1994 ein betagtes Ehepaar häuslich betreut und gepflegt. Als sich im Verlaufe der Zeit der Gesundheitszustand des Paares verschlechterte, hatte die Frau ein Gewerbe angemeldet und im Rahmen dieses Gewerbes das Ehepaar rund um die Uhr gepflegt (Habermehl, 1999). Eine „als Vertretung engagierte (...) Hausfrau“, die „auf eine Dauerstellung im Haushalt des Ehepaars“ gehofft habe, „brachte mit Äußerungen über angebliche Misshandlungen den Stein ins Rollen.“ (Misshandlung nicht nachgewiesen, 2001). Die Beweislage stellte sich als schwierig dar: „Belastet wurde die Pflegerin auch von der inzwischen verstorbenen alten Frau selbst. Bei ihrer Vernehmung durch eine Polizeibeamtin sagte sie aus, unter anderem getreten und blau geschlagen worden zu sein. Auch heißen Kaffee habe ihr die Pflegerin ins Gesicht geschüttet und sie und ihren Mann ans Bett gefesselt. (...) Die Hausfrau war als Hauptbelastungszeugin dem Gericht (...) keine Hilfe. Sie könne sich nicht mehr erinnern, habe mit der ganzen Sache

abgeschlossen, sagte sie aus. Ungeklärt blieb somit, ob die Hauptzeugin je selbst gesehen hat, dass die alten Leute misshandelt und verletzt wurden – und sie sich damit der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machte – oder ob sie der Polizei nur Vermutungen mitgeteilt hatte.“ (Misshandlung nicht nachgewiesen, 2001). Zu den Einstellungsgründen heißt es: „Die Richterin begründete die Einstellung damit, dass die Zeugenaussagen ‚ein bisschen dünn‘ seien und weitere Zeugen nicht zur Verfügung stünden. Auch der schlechte Gesundheitszustand der früheren Pflegerin (49) wurde bei der Einstellung des Verfahrens berücksichtigt. Sie brach am Ende der Verhandlung zusammen.“ (Misshandlung nicht nachgewiesen, 2001)

Juli 2000: Das Landgericht Verden/Aller verurteilt eine 64-jährige Hausfrau und ihren 60-jährigen Ehemann wegen gefährlicher Körperverletzung zu Freiheitsstrafen von zwei Jahren, die zur Bewährung ausgesetzt werden. Die Anklage hatte auf Körperverletzung mit Todesfolge und Misshandlung von Schutzbefohlenen gelaute. Die beiden hatten nach Erkenntnissen des Gerichts eine 79-jährige Tante des Mannes „verkommen lassen und zu spät einen Arzt gerufen, als die gehbehinderte Frau im elf Quadratmeter kleinen Zimmer an beidseitiger Lungenentzündung erkrankt war“ (Alte Frau verkam im Dreck: Bewährung, 2000). Weiter heißt es in dem Bericht: „Die Angeklagten hätten die Gefährlichkeit des Zustandes der Tante (...) erkannt, hieß es in der Urteilsbegründung. Sie hätten die Greisin im Dreck verkommen lassen. Sie sei zu spät ins Krankenhaus gebracht worden, und zwar total verdreckt. Unter ihren langen Fingernägeln hätten sich Kotreste befunden. In ihrem Zimmer hätten Rettungssanitäter und Arzt ungezählte gebrauchte Pampers gefunden. Es sei nicht sauber gemacht worden. Die 79-jährige hatte einen Plastikeimer in der Nähe des Bettes, um ihre Notdurft verrichten zu können. (...) Von zuständiger amtlicher Stelle sei nicht kontrolliert worden, ob die Pflege vorschriftsmäßig erfolgt sei. Else G. erhielt zuletzt Pflegegeld und Sozialhilfe von 1.800 Mark monatlich. ‚Das Wohlbefinden von Else G. war den Angeklagten gleichgültig. Sie wurde einfach liegen gelassen und der Arzt viel zu spät gerufen‘, betonte die Vorsitzende Richterin in ihrer Urteilsbegründung.“ (Alte Frau verkam im Dreck: Bewährung, 2000).

Die wenigen Beispiele spannen bereits einen weiten Bogen, in dem vorsätzliche Schmerzzufügung in problematischen Beziehungskonstellationen und Gleichgültigkeit gegenüber dem Leiden eines pflegebedürftigen Menschen ebenso erkennbar werden wie die Überforderung pflegender Familienangehöriger oder (semi-)professioneller Kräfte und die Bedeutung von Bereicherungsmotiven.

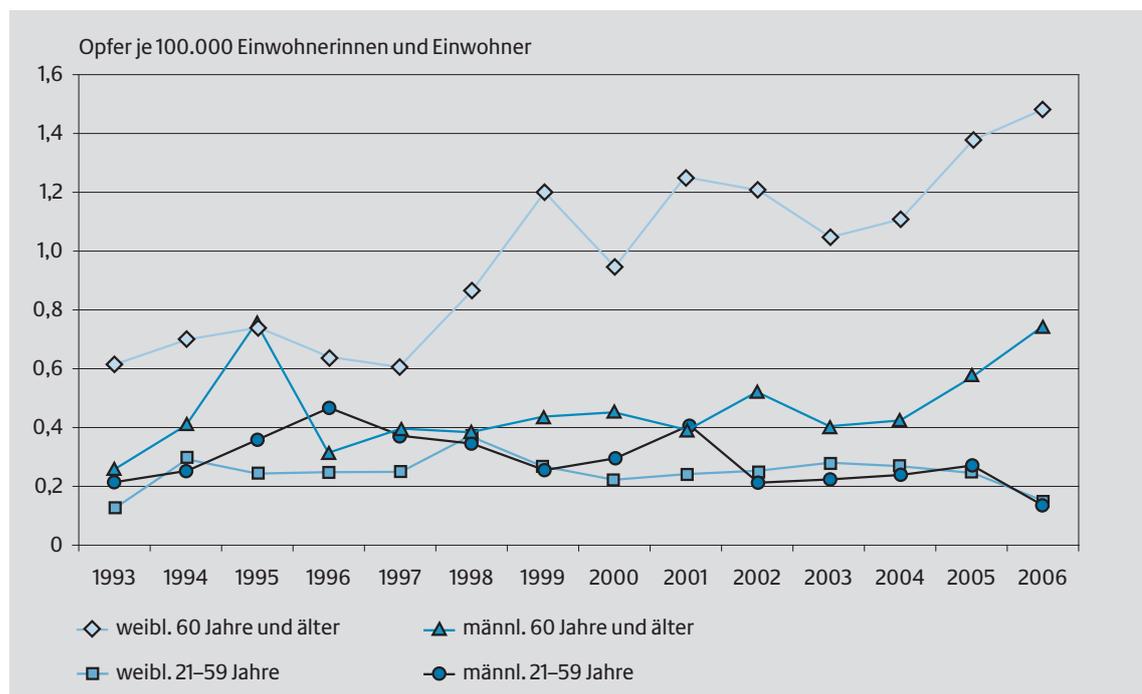
PKS-Daten zur Misshandlung von Schutzbefohlenen: Bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen handelt es sich um ein Delikt, welches von der Polizei verhältnismäßig selten festgestellt wird. Im Zeitraum 1993 bis 2006 wurden in der Altersgruppe ab 60 Jahren insgesamt 1.543 Frauen und 497 Männer als Opfer vollendeter Delikte registriert.

Abbildung 8 macht deutlich, dass Delikte nach § 225 StGB im Hinblick auf den Vergleich von Seniorinnen und Senioren mit jüngeren Erwachsenen eine Sonderstellung einnehmen. Ältere Frauen sind deutlich stärker betroffen als Frauen der Altersgruppe 21–59 Jahre. Die Opferziffern der älteren Frauen liegen (für vollendete Delikte) zwischen 0,61 (1997) und 1,49 (2006). In den Jahren ab 1998 ist gegenüber dem vorherigen Niveau eine Verdoppelung des Opferwerdungsrisikos zu verzeichnen. Die Opferziffern jünge-

rer erwachsener Frauen liegen zwischen 0,12 (1993) und 0,37 (1998). Über die Zeitspanne von 1993 bis 2006 ist hier kein Trend zu höheren Opferzahlen oder einer stärkeren Gefährdung erkennbar.

Zwischen Männern über 60 Jahren und Männern der Altersgruppe 21–59 Jahre zeigen sich erst in den letzten Jahren Unterschiede, die auch hier auf eine höhere Gefährdung Älterer schließen lassen. Die Opferziffern der Männer ab 60 Jahren liegen zwischen 0,26 (1993) und 0,76 (1995), die der 21- bis 59-jährigen Männer zwischen 0,15 (2006) und 0,47 (1996).

Abb. 8: Polizeilich registrierte Opfer vollendeter Misshandlung von Schutzbefohlenen je 100.000 der Gruppe, Bundesrepublik Deutschland 1993–2006 (PKS-Schlüssel 2230)



In der relativ starken Gefährdung älterer Frauen kommen offenbar ihr hoher Anteil an allen Pflegebedürftigen (insbesondere in der stationären Pflege) sowie der Umstand zum Ausdruck, dass § 225 StGB im Hinblick auf Opfer wie auf Täter eine Art Statusdelikt ist, das weder von jedermann verwirklicht werden noch jedermann widerfahren kann, sondern – in Bezug auf ältere Opfer – voraussetzt, dass es sich um eine „wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person“ handelt, zu welcher der Täter oder die Täterin in einer besonderen Verantwortlichkeitsbeziehung steht. Der Anstieg des registrierten Viktimisierungsrisikos bei älteren Frauen ist möglicherweise auch vor dem Hintergrund einer – durch die seit der zweiten Hälfte der 90er-Jahre verstärkt geführten Diskussionen um „Gewalt in der Pflege“⁴² – gewachsenen Sensibilität und erhöhten Anzeigebereitschaft zu sehen; vor allem im stationären Pflegebereich können zudem Intensivierungen von Maßnahmen der Kontrolle und Qualitätssicherung eine Rolle gespielt haben (insbesondere die neu entstandene Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als faktische weitere bedeutsame Kontrollinstanz neben der Heimaufsicht).

42 Vgl. zu diesem Diskurs z. B. Görgen (2003b).

Handtaschenraub

Erläuterungen zum Delikt: Fälle des Handtaschenraubes werden in der PKS unter der Schlüsselzahl 2160 erfasst. Eine eindeutige Zuordnung zu einem StGB-Straftatbestand ergibt sich nicht; grundsätzlich kann – je nach den Spezifika des Falles – Handtaschenraub sowohl unter § 249 (einfacher Raub) als auch unter § 250 StGB (schwererer Raub) subsumiert werden.

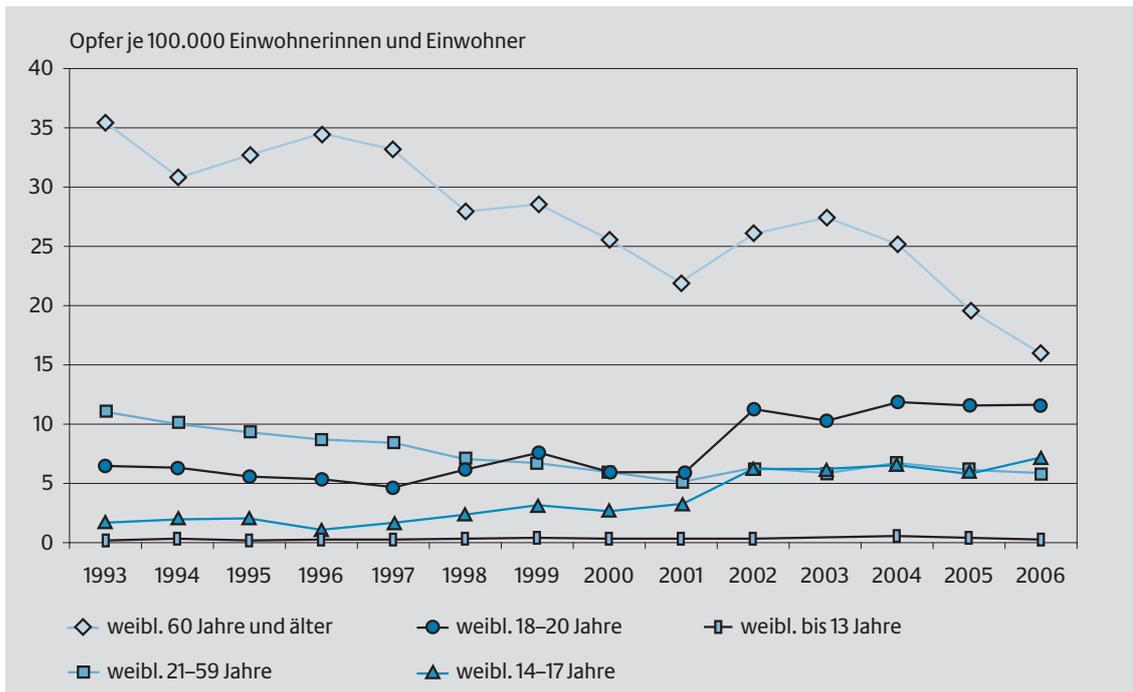
Der Umstand, dass Handtaschenraub in der PKS als eigenständiger Deliktstypus ausgewiesen wird, weist darauf hin, dass das Delikt im Kanon der Raubdelikte aus polizeilicher Perspektive eine Sonderstellung einnimmt. Eine solche Stellung kann u. a. darin begründet sein, dass es sich um eine sehr häufige Begehungsform handelt, dass das Delikt sich in seiner Schwere oder der Tatbegehungsweise von sonstigen Raubfällen unterscheidet oder dass die Täter, die Opfer oder die Täter-Opfer-Beziehung spezifische Merkmale aufweisen.

Eine Publikation des Programms Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (2004) nennt als charakteristische Merkmale des Handtaschenraubes:

- | Die Täter seien überwiegend Kinder, Jugendliche und männliche Heranwachsende.
- | Die Opfer seien „in erster Linie ältere Frauen, die zu Fuß allein unterwegs sind“.
- | Handtaschenraub sei „ein typisches Phänomen der Großstädte. Bevorzugte Schauplätze sind Stadtrandlagen, Parkanlagen, Friedhöfe, Nebenstraßen etc.“
- | Typisch für die Tatbegehung sei „das Überraschungsmoment“: das Objekt werde „dem Opfer ohne weiter gehende Auseinandersetzung weggenommen oder entrissen“.

Angesichts der geringen Zahl männlicher Betroffener – die PKS verzeichnet etwa in der Altersgruppe ab 60 Jahren für das Jahr 2006 nur 91 männliche (4,6%), aber 1.871 weibliche (95,4%) Opfer des vollendeten Handtaschenraubes – beschränken die folgenden Betrachtungen sich auf Viktimisierungen von Frauen.

Abb. 9: Polizeiliche registrierte weibliche Opfer vollendeten Handtaschenraubs je 100.000 der Altersgruppe, Bundesrepublik Deutschland 1993–2006 (PKS-Schlüssel 2160)



Ein Vergleich der Opferziffern für Frauen aller Altersgruppen im Zeitraum 1993 bis 2006 (Abbildung 9) zeigt, dass Frauen ab 60 Jahren in Bezug auf vollendete Delikte eindeutig am stärksten betroffen sind. Die Opfergefährdung dieser Gruppe war in der Zeit von 1996 bis 2001 insgesamt rückläufig, stieg 2002 und 2003 an und sank in den Jahren 2003 bis 2006 auf den niedrigsten Wert innerhalb des gesamten hier betrachteten Zeitraumes ab.

Raubdelikte an älteren Frauen sind ganz überwiegend Fälle des Handtaschenraubs. Für das Jahr 2006 etwa verzeichnet die PKS für die Bundesrepublik Deutschland 3.394 weibliche Opfer vollendeter Raube im Alter ab 60 Jahren; 1.871 Frauen dieser Altersgruppe (dies entspricht 55,1% aller Raubgeschädigten) wurden Opfer vollendeten Handtaschenraubs. Im Jahr 2003 hatte dieser Wert betroffener Frauen im Alter ab 60 Jahren noch bei 62,9% aller weiblichen Raubgeschädigten (bei 3.173 von 5.045 Raubopfern insgesamt) gelegen.

Deutlich wird, dass Handtaschenraub ein Delikt ist, das sich in grundlegenden Opfermerkmalen gravierend von nahezu allen anderen Delikten unterscheidet, für die entsprechende polizeiliche Daten vorliegen: In besonderem Maße betroffen sind Frauen jenseits des 60. Lebensjahres. Die starke Gefährdung älterer Frauen muss vor dem Hintergrund von Lebensstilmerkmalen (der weiten Verbreitung von Handtaschen als Objekten zum Transport persönlicher Wertgegenstände, möglicherweise dem vergleichsweise häufigen Mitführen größerer Barbeträge⁴³), Opfermerkmalen (insbesondere der im

⁴³ Ein Mitarbeiter der Polizei berichtete im Gespräch als seine Erfahrung, dass Ältere vielfach Schwierigkeiten bei der Bedienung von Geldautomaten hätten und dieses Problem zum Teil dadurch zu bewältigen suchten, dass sie das Abheben von Bargeld auf *eine* direkt am Schalter getätigte monatliche Transaktion beschränkten.

Allgemeinen eher geringen physischen Widerstandskraft) und Tatgelegenheitsstrukturen gesehen werden; Handtaschenraube können selbstverständlich nur dort in beträchtlicher Zahl begangen werden, wo das Objekt des Raubes weit verbreitet ist. Zudem dürfte die Wahrnehmung potenzieller Täter, dass es sich bei älteren Frauen um körperlich schwache, zu nennenswerter Gegenwehr kaum fähige Opfer handelt, die Tatbegehungswahrscheinlichkeit und die Wahrscheinlichkeit der Wahl genau dieses Deliktstypus erhöhen. Die Sonderstellung des Handtaschenraubes ist nicht spezifisch für die bundesdeutsche Polizeiliche Kriminalstatistik. Sie findet vielmehr ihren Niederschlag auch in ausländischen Analysen polizeilich bekannt gewordener Fälle⁴⁴ sowie in den Ergebnissen von Viktimisierungsbefragungen.

4.1.1.4 Zusammenfassung

Insgesamt kann festgestellt werden, dass polizeiliche Daten zunächst einmal keinen Hinweis auf eine erhöhte Kriminalitätsgefährdung im Alter geben. Dieser Befund deckt sich mit internationalen Erkenntnissen. Ausnahmen bilden die dargestellten Gewaltdelikte des Handtaschenraubs, der Misshandlung Schutzbefohlener, des Raubmords und der fahrlässigen Tötung.

In den beiden erstgenannten Kriminalitätsfeldern sind es die älteren Frauen, die hier von in besonderem Maße betroffen sind. Das Beuteobjekt „Handtasche“ ist vor allem unter älteren Frauen weit verbreitet; Seniorinnen können sich vielfach gegen eine Viktimisierung schwerer zur Wehr setzen als jüngere Frauen und werden von potenziellen Tätern als leicht angreifbar wahrgenommen.

Zur Phänomenologie der polizeilich registrierten Misshandlung Schutzbefohlener ist bislang wenig bekannt. Es handelt sich hier um einen Deliktsbereich, in dem – so weit es um ältere Opfer geht – Fälle der Gewalt in Pflegebeziehungen in besonderem Maße zu erwarten sind. Erste Ansätze zu einer Phänomenologie der Misshandlung älterer Schutzbefohlener fußen auf der Analyse von Medienberichten (vgl. Görgen, 2004a). Sie weisen darauf hin, dass einschlägige Ermittlungen sich relativ häufig gegen Pflegekräfte oder Leitungspersonal in stationären Altenhilfeeinrichtungen richten, daneben aber auch gegen Personen, die als Familienangehörige oder als professionelle oder semiprofessionelle Pflegekräfte ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung pflegen oder betreuen oder auch lediglich mit Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Im stationären wie im familiären Bereich stellen Frauen die Mehrheit der Opfer.

Bei polizeilicherseits als Morde in Zusammenhang mit Raubdelikten klassifizierten Fällen weisen ältere Menschen – und hier vor allem die Männer – von allen Altersgruppen das höchste Viktimisierungsrisiko auf.

Auch als Opfer fahrlässiger Tötungen werden ältere Menschen häufiger kriminalstatistisch erfasst als jüngere. In diesem Deliktsbereich ist wiederum vor allem das Viktimisierungsrisiko der älteren Frauen gegenüber dem der 21- bis 59-jährigen Frauen erhöht.

⁴⁴ So fanden in einer Analyse polizeilich registrierter Delikte an über 60-Jährigen, die sich zwischen September 1972 und Januar 1974 in Kansas City ereigneten, die Autoren (Midwest-Research-Institute, 1977), dass ältere Menschen insgesamt seltener als jüngere als Opfer von Straftaten registriert wurden und dass von den untersuchten Deliktstypen lediglich der unbewaffnete Raub (*strong-arm robbery*) eine Ausnahme bildete.

Im Bereich der Tötungsdelikte zeigten sich insofern Auffälligkeiten, als der Anteil von Opfern vollendeter Delikte an allen Opfern in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutlich und kontinuierlich größer ist als bei Jüngeren. Mehrere einander ergänzende Faktoren kommen für die Erklärung dieses Phänomens in Betracht; insbesondere können einerseits erhöhte körperliche Verletzbarkeit und geringere Verteidigungsfähigkeit eine Rolle spielen, andererseits der Umstand, dass Ältere weniger in Kontexten agieren, in denen versuchte Tötungsdelikte polizeilicherseits typischerweise registriert werden. Der Bereich der versuchten Tötungsdelikte ist von der polizeilichen Definition her in hohem Maße als problematisch anzusehen. Schwierigkeiten der Abgrenzung bestehen insbesondere zu qualifizierten Körperverletzungsdelikten.⁴⁵

Ergebnisse mehrerer Studien auf der Basis der US-amerikanischen *Supplementary Homicide Reports*⁴⁶ belegen zumindest für den Bereich der Vereinigten Staaten, dass der aufgrund deutscher PKS-Daten zu vermutende Rückgang des Viktimisierungsrisikos mit dem Alter sich dort nicht ins hohe Alter hinein fortsetzt, sondern dass vielmehr – nachdem das Risiko seit dem frühen Erwachsenenalter kontinuierlich gesunken ist – im Verlauf der achten Lebensdekade die Wahrscheinlichkeit wächst, einem polizeilich registrierten Tötungsdelikt zum Opfer zu fallen und dass Tötungen Hochaltriger zudem in Bezug auf Merkmale wie Tatmotivation und Tötungsart spezifische Profile aufweisen. In diesem Zusammenhang wie auch im Kontext anderer Deliktsfelder ist die bisherige PKS-Altersdifferenzierung erwachsener Täter und Opfer in 21- bis 59-Jährige und 60-Jährige und älter als unbefriedigend zu bewerten.

Das in Deutschland heute verfügbare Hellfeldbild ist in vielfacher Hinsicht unvollständig und schwer zu interpretieren. Insbesondere fehlen bislang Daten zu Eigentums- und Vermögensdelikten. Befunde internationaler Untersuchungen – etwa des US-amerikanischen National Crime Victimization Survey – weisen darauf hin, dass das Risikogefälle zwischen Jüngeren und Älteren im Bereich der Gewaltdelikte deutlich stärker ist als im Bereich der Eigentums- und Vermögensstraftaten – weshalb es umso bedauerlicher ist,

45 In einer Reihe älterer kriminologischer Arbeiten (u. a. Kreuzer, 1982a; 1982b; Sessar, 1979a; 1979b; 1981) wurden die polizeilichen (und justiziellen) Entscheidungsspielräume sowohl bei der Entscheidung darüber, ob überhaupt ein Tötungsdelikt – insbesondere eine versuchte Tötung – vorliegt als auch bei der Subsumtion unter einen bestimmten Tötungstatbestand analysiert. Sessar (1979a) fand seinerzeit, dass der Anteil versuchter Tötungen an allen polizeilich registrierten Tötungsdelikten im Zeitverlauf beträchtlich gestiegen sei (von 61% 1953 auf 70% im Jahre 1977) und dass „die Polizei in der Konfrontation mit der Definitionspraxis der Justiz keinerlei Lernbereitschaft zu erkennen“ gebe: „Bei dieser nämlich überwiegen die vollendeten Tötungen die versuchten Tötungen“ (S. 168). Wie Sessar stellte auch Kreuzer (1982a; 1982b) fest, dass die Zahl der polizeilich registrierten *versuchten* Tötungsdelikte seit den 50er-Jahren sehr stark angestiegen war und es große regionale Unterschiede hinsichtlich der Anteile versuchter und vollendeter Delikte gab. Darüber hinaus fand Kreuzer, dass seitens der Polizei immer häufiger (vollendeter) Mord oder Totschlag und immer seltener Körperverletzung mit Todesfolge angenommen werde. Auf der Ebene der Justiz erfolge sodann eine „starke Ausfilterung“ (Kreuzer, 1982a, S. 430): „Von den als Mord und Totschlag polizeilich ausgewiesenen Fällen werden nur etwa 25% aus gleichem Gesichtspunkt angeklagt, etwa 20% verurteilt. Im Längsschnitt ergibt sich sogar ein scherenartiges Auseinanderklaffen kriminalpolizeilicher und gerichtlicher Definition als Mord und Totschlag, dies insbesondere im Bereich dessen, was die Polizei als versuchten Totschlag einordnet.“ (S. 430). Dies könne allerdings nicht nur im Sinne einer polizeilichen Überbewertung gesehen werden, sondern auch z. B. als Strategie der Justiz, einer lebenslangen Strafe auszuweichen (Kreuzer, 1982a, S. 455). Als „typische Situationen besonderer Definitionsunsicherheit“ nennt Kreuzer (1982b, S. 491) u. a. „gewaltsame Auseinandersetzungen – oft unter Waffeneinsatz – in zwielichtigen Milieus, in welchen aggressives Verhalten mitunter üblich ist“, „Beziehungstaten im sozialen Nahraum“, „Todesfälle in Krankenhäusern“, Fälle, bei denen eine Einstufung als Unfall, als Selbst- oder Fremdtötung infrage kommt.

46 Vgl. Abrahamse (1999), Chu & Kraus (2004), Shackelford, Buss & Peters (2000). Die *Supplemental Homicide Reports* ergänzen die Daten der *Uniform Crime Reports* in Bezug auf Tötungsdelikte. Sie enthalten u. a. Informationen zu Tatzeiten, Tatorten, Tatumständen, Tötungsarten, zur Täter-Opfer-Beziehung sowie zu demografischen Merkmalen von Tätern und Opfern.

dass zu letztgenanntem Deliktsfeld in Deutschland bislang keine polizeilichen Viktimisierungsdaten existieren.⁴⁷ Verbesserungen der Datenlage (und der Nutzungsmöglichkeiten der PKS-Daten durch die Forschung) können im Zuge der aktuellen PKS-Reform – zumindest in Bezug auf eine stärkere Ausdifferenzierung der Deliktsschlüssel und eine detailliertere Erfassung der Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung – erwartet werden.

4.1.2 „Rate doch mal, wer hier ist!“: Täuschungsbasierte Eigentums- und Vermögensdelikte an älteren Menschen

Thomas Görgen, Nico Mild, Nina Fritsch

4.1.2.1 Überblick

Es ist seit längerer Zeit Gegenstand nicht zuletzt polizeilicher Erfahrung, dass es offenbar – entgegen dem allgemeinen Trend eines deutlichen Rückgangs von Risiken der Opferwerdung im Alter – Bereiche gibt, in denen Täter und Täterinnen es gerade darauf anlegen, alte Menschen zu schädigen. Dies muss keineswegs vor dem Hintergrund einer etwaigen „Seniorenfeindlichkeit“ dieser Straftäter gesehen werden, sondern weist auf besonders günstige Tatgelegenheiten hin, die Täter und Täterinnen bei alten Menschen vorfinden oder jedenfalls vorzufinden hoffen. Insbesondere betrifft dies Eigentums- und Vermögensdelikte, bei denen die Täter die Opfer über ihre Identität und Motivation zu täuschen versuchen, um die Betroffenen zur Herausgabe von Eigentum oder Vermögen zu bewegen oder sich günstige Gelegenheiten für Diebstahlsdelikte zu verschaffen.

Polizeiliche Publikationen und Bekanntmachungen warnen immer wieder vor Fällen des „Trickbetrugs“ an älteren Menschen (vgl. u. a. Polizei Bayern, 2005; Landeskriminalamt Niedersachsen, 2003; Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, 2000; 2005; Landeskriminalamt Sachsen, 1997). Zwar erscheint der Begriff insofern etwas problematisch als jeder Betrug eine Täuschung des Opfers enthält (und damit einen „Trick“), doch hat er sich gerade in Bezug auf Seniorinnen und Senioren zur Beschreibung eines Deliktsbereiches eingebürgert, der dadurch gekennzeichnet ist, dass das Opfer durch eine Täuschung dazu gebracht wird, dem Täter oder der Täterin Geld oder Wertgegenstände auszuhändigen.

Die Thematik spezifisch auf Ältere ausgerichteter, mit Täuschungen des Opfers verknüpfter Eigentums- und Vermögensdelikte hat in Deutschland bislang außerhalb polizeilicher Präventionsaktivitäten und entsprechender Materialien wenig Beachtung gefunden. Im angelsächsischen Sprachraum ist das Thema in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand einschlägiger Veröffentlichungen geworden (vgl. u. a. Alt & Wells, 2004; Budd, 2001; Distraction Burglary Taskforce, 2001; Donaldson, 2003; Elliston, 2002; Kemp & Liao, 2006; Kemp & Mosqueda, 2005; Lister, Wall & Bryan, 2004; Pratkanis & Shadel, 2005; Sharpe, 2004; Smith, 1999; Steele, Thornton, McKillop & Dover, 2001; Thornton & Hatton, 2003; 2004; Thornton, Hatton, Malone, Fryer, Walker, Cunningham & Durrani, 2003).

Die vor allem britischen und US-amerikanischen Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen zwar in fast allen Kriminalitätsfeldern weniger gefähr-

⁴⁷ Unter diesen Vorzeichen mag der Umstand, dass in Deutschland ältere Menschen zwar nicht im Bereich der vorsätzlichen Tötungsdelikte insgesamt, wohl aber in dem spezifischen Segment der Raubmorde eine vergleichsweise hohe Gefährdung aufweisen – d. h. eben dort, wo Tötungs- und Eigentumsdelikt zusammentreffen – ein Indiz dafür sein, dass die altersbezogene Risikoverteilung im Bereich der polizeilich registrierten Kriminalität insgesamt von dem Ausschnitt, für den bislang PKS-Daten vorliegen, abweicht.

det sind als jüngere, dies jedoch für manche Formen von Eigentums- und Vermögensdelikten nicht gilt, u. a. bei sogenannten „distraction burglaries“ (Thornton & Hatton, 2003). Während nach Befunden des *British Crime Survey* insgesamt bei lediglich 6% aller Einbruchsdiebstähle der Täter oder die Täterin sich unter einem Vorwand, insbesondere der Vorspiegelung einer falschen Identität, Zutritt zur Wohnung verschafft hat, liegt dieser Anteil bei Haushalten mit einem Haushaltsvorstand in der Altersgruppe ab 60 Jahren bei 14% (Budd, 2001). Das britische Home Office hat im April 2000 eigens eine „*Distraction Burglary Task Force*“ ins Leben gerufen (Thornton & Hatton, 2003). Einem Bericht dieser *Distraction Burglary Taskforce* (2001) zufolge betrug das Durchschnittsalter der Opfer von „distraction burglary“ 78 Jahre. 77% der Opfer waren Frauen; 74% der Opfer lebten in Einpersonenhaushalten.⁴⁸ Sowohl in Großbritannien als auch in den USA werden inzwischen informative einschlägige Websites unterhalten, die über einschlägige Delikte aufklären.⁴⁹

Kawelovski (1995, S. 167 ff.) beschreibt auf der Grundlage polizeilicher Erfahrung und einer Analyse von 111 Fällen aus der Stadt Essen typische Erscheinungsformen des Trickdiebstahls an älteren Menschen. Als gemeinsames Merkmal derartiger Fälle tritt hervor, dass in der Regel (mindestens) zwei Täter gemeinsam handeln. Während (mindestens) ein Täter das Opfer ablenkt, durchsucht (mindestens) ein anderer Täter die Wohnung nach Bargeld oder Wertsachen. Die Vorwände, unter denen die Täter und Täterinnen ältere Menschen dazu bringen, sie in die Wohnung zu lassen, unterscheiden sich; so fragen Täter in einer Variante nach einem Zettel und einem Stift, um eine Nachricht für einen Nachbarn zu hinterlassen, in einer anderen wird heißes Wasser für eine Babyflasche oder ein Glas Wasser für sich selbst erbeten, in einer dritten geben sich Täter als Verwandte oder frühere Arbeitskollegen aus, die ihr Geld sicher verwahren wollen und schließlich gibt es die Variante, dass Täter angeblich im Auftrag einer Kirchengemeinde oder eines sozialen Dienstes Geldgeschenke überreichen wollen, dafür aber große Geldscheine gewechselt werden müssen. Bei den beiden letztgenannten Varianten werden die Opfer dazu gebracht, den Aufbewahrungsort ihres Bargeldes preiszugeben; durch Ablenkung des Opfers (z. B. das Erbeten einer Erfrischung) können die Täter und Täterinnen dann das Geld entwenden. Inzwischen ist ein von Kawelovski noch nicht erwähnter Modus operandi von Betrugsdelikten an Älteren weit verbreitet, der sogenannte „Enkeltrick“, in welchem das Vortäuschen einer Verwandtschaftsbeziehung mit der Vorgabe einer Notlage oder eines Unfalls verknüpft wird.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte der Komplex der täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikte an Menschen ab 60 Jahren sowohl im Hinblick auf die einbezogenen Delikte als auch bezüglich der zeitlich-räumlichen Erstreckung der Daten nur selektiv bearbeitet werden. Zwei – einander ergänzende – Untersuchungszugänge wurden gewählt. Zum einen wurden Daten zu 303 Fällen mit 306 registrierten einschlägigen Delikten auf der Basis polizeilicher Kriminal- und Handakten, ergänzt um Einträge aus dem Vorgangsverwaltungssystem der bremischen Polizei, erhoben. Zum anderen wurden mit 8 weiblichen Opfern von vollendeten und versuchten täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten qualitative Interviews geführt, in welchen

48 Von D. Chave, Surrey Police, für die Taskforce erhobene Daten.

49 Vgl. US-Site „Crimes of Persuasion: Schemes, Scams, Frauds“;

<http://www.crimes-of-persuasion.com/index.htm> und die *Distraction Burglary Mini Site* des britischen Home Office (<http://www.crimereduction.homeoffice.gov.uk/boguscaller/boguscaller1.htm>).

diese zum Tathergang, den Tatfolgen und der Verarbeitung und Bewältigung der Viktimisierung (bzw. des Viktimisierungsversuchs) befragt wurden. Die beiden Teilstudien werden im Folgenden dargestellt.

4.1.2.2 Analyse polizeilicher Datenbestände und polizeilicher Akten zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten an Menschen ab 60 Jahren

4.1.2.2.1 Methodischer Zugang und Untersuchungsdurchführung

Die PKS ist in Bezug auf täuschungsbasierte Eigentums- und Vermögensdelikte bislang angesichts der Beschränkung auf Gewaltstraftaten nicht einschlägig. Um dennoch Informationen zum polizeilichen Hellfeld gewinnen zu können, wurden – in Kooperation mit dem Landeskriminalamt Bremen und der dortigen Hochschule für Öffentliche Verwaltung – für die Deliktsbereiche Betrug, Trickdiebstahl, Unterschlagung und Untreue einerseits Daten aus dem Vorgangsverwaltungssystem der bremischen Polizei genutzt, andererseits polizeiliche Akten zu einschlägigen Verfahren ausgewertet. Für die Aktenanalyse wurde – anknüpfend an andere Aktenanalyseinstrumente im kriminologischen Bereich und angepasst an den hier infrage stehenden Deliktsbereich sowie den zur Verfügung stehenden Aktentypus⁵⁰ – ein Erhebungsbogen entwickelt. Das zwölf Seiten umfassende Erhebungsinstrument der Aktenanalyse gliedert sich in neun Themenbereiche:

- | Allgemeine Angaben zum untersuchten Fall (z. B. Verfahrensstand zum Zeitpunkt der Akteneinsicht)
- | Tatgeschehen (Straftatbestände, Versuch und Vollendung, Tatorte, Täter-Opfer-Beziehung, Schaden, Modalitäten der Tatbegehung, insbesondere der angewandten Täuschung etc.)
- | Geschädigte/Opfer (Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnform, Pflege- und Hilfsbedürftigkeit etc.)
- | Täter und Täterinnen/Tatverdächtige (Alter, Geschlecht, Familienstand, Vorstrafen etc.)
- | Tatentdeckung (Modalitäten der Kenntnisnahme durch Polizei/Staatsanwaltschaft)
- | Polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen (Ermittlungsaktivitäten der Strafverfolgungsbehörden: Vernehmungen, Spurensicherung, Durchsuchungen, Beschlagnahmen, Festnahmen etc.)
- | Verfahrensgang/Verfahrensausgang (Ermittlungs- und Verfahrensdauer, Fortgang des Verfahrens, Verfahrensausgang)
- | Tatnachweisprobleme und Hinweise auf mögliche Ermittlungsdefizite

⁵⁰ Die hier analysierten polizeilichen Akten enthielten – im Unterschied etwa zu Akten der Staatsanwaltschaften - regelmäßig nur sehr summarische Informationen über den weiteren Verfahrensgang nach Übersendung des Ermittlungsvorgangs an die StA; insofern konzentrierte sich die Gestaltung des Instruments auf Tat-, Täter- und Opfermerkmale sowie auf die polizeiliche Ermittlungsarbeit.

I Sonstige Anmerkungen/weitere Erkenntnisse zum Fall

Folgende vier Deliktsbereiche wurden in die Untersuchung einbezogen und lagen der Bildung der Aktenstichprobe zugrunde:

- I *Trickdiebstahl*: spezielle Formen des Diebstahls (§ 242 StGB), die durch das Merkmal der Täuschung des Opfers bei der Wegnahme der fremden beweglichen Sache qualifiziert sind.
- I *Betrug*: Taten, bei denen das Opfer durch Vortäuschen falscher Tatsachen zu einer sogenannten Vermögensverfügung veranlasst und hierdurch an seinem Vermögen geschädigt wird (§ 263 StGB).⁵¹
- I *Untreue*: § 266 StGB („Wer die ihm durch Gesetz, behördlichen Auftrag oder Rechtsgeschäft eingeräumte Befugnis, über fremdes Vermögen zu verfügen oder einen anderen zu verpflichten, missbraucht oder die ihm kraft Gesetzes, behördlichen Auftrags, Rechtsgeschäfts oder eines Treueverhältnisses obliegende Pflicht, fremde Vermögensinteressen wahrzunehmen, verletzt und dadurch dem, dessen Vermögensinteressen er zu betreuen hat, Nachteil zufügt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“) ist ein Sonderdelikt. Täter kann nur derjenige sein, der eine Vermögensbetreuungspflicht besitzt. Im Gegensatz zum Betrug, bei dem der Täter durch Täuschung beim Opfer Vertrauen zu erwecken versucht, nutzt der Täter bei der Untreue ein ihm bereits eingeräumtes Vertrauen aus. Den Tatbestand kann z. B. ein Täter erfüllen, der als Vormund, Betreuer, Notar, Testamentsvollstrecker oder Insolvenzverwalter das Recht hat, mit dem Vermögen des Geschädigten umzugehen.
- I *Unterschlagung*: § 246 StGB („Wer eine fremde bewegliche Sache sich oder einem Dritten rechtswidrig zueignet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.“) ist ein Auffangtatbestand, der Formen rechtswidriger Zueignung fremder beweglicher Sachen unter Strafandrohung stellt, die nicht anderweitig mit schwererer Strafe bedroht sind (etwa als Diebstahl, Betrug oder Erpressung).

Auf der Basis des von der Polizei des Landes Bremen genutzten Vorgangsverwaltungssystems ISA-Web⁵² wurden außerdem Daten zu einschlägigen Delikten an Personen ab 60 Jahren im Zeitraum 2003–2005 bestimmt. Tabelle 10 stellt die Grundgesamtheit der für diesen Zeitraum in ISA-Web registrierten Delikte dar. Neben den Straftatbeständen wird dabei zwischen sogenannten Js- und UJs-Fällen unterschieden, d. h. solchen (Js) mit und ohne namentlich bekannten Tatverdächtigen (UJs).

⁵¹ Das Tatbestandsmerkmal der Wegnahme ist entscheidend für die Abgrenzung zwischen (Trick-)Diebstahl und Betrug. Beim Diebstahl tritt der dem Opfer zugefügte Schaden durch eine eigenmächtige Handlung des Täters ein (eben die Wegnahme), während bei Betrugsdelikten das Opfer den Vermögensschaden unter dem Eindruck der vom Täter initiierten Täuschung letztlich selbst herbeiführt.

⁵² ISA-Web (Informationssystem Anzeigen) ist ein relationales (ORACLE-)Datenbanksystem. Es modifiziert das seit Beginn des Jahres 1984 von den Polizeien Bremen und Bremerhaven benutzte Datenbanksystem ISA-Alt. Das automatisierte Verfahren unterstützt die Tätigkeit der Vollzugspolizeien im Lande Bremen gemäß § 163 StPO, § 1 Bremisches Polizeigesetz und § 53 (1) Ordnungswidrigkeitengesetz.

Tab. 10: Polizeilich registrierte täuschungsbasierte Eigentums- und Vermögensdelikte an Personen ab 60 Jahren, Bremen 2003–2005

	Betrug (n=2.201)		Trickdiebstahl (n=664)		Unterschlagung (n=192)		Untreue (n=18)	
	mit bekann- tem TV (Js)	ohne bekann- ten TV (UJs)						
2003	499	345	34	163	26	38	6	1
2004	344	372	53	192	37	35	7	–
2005	246	395	29	193	26	30	4	–
∑	1.089	1.112	116	548	89	103	17	1

Es wird unmittelbar deutlich, dass die Deliktsbereiche sehr ungleichmäßig verteilt sind. Es dominieren eindeutig die als Betrug klassifizierten Sachverhalte, gefolgt von Trickdiebstählen, während Unterschlagung und vor allem Untreue nur geringe Anteile haben.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass für die Untersuchung insbesondere auch Js-Akten von Belang waren (da sich nur ihnen Näheres über Täter und Täterinnen entnehmen lässt), fiel die Entscheidung, aus dem Aktenbestand eine geschichtete Zufallsstichprobe zu ziehen, bei der die Anteile der in der Grundgesamtheit schwächer vertretenen Delikte (Untreue, Unterschlagung, Trickdiebstahl) erhöht, der des Betrugs entsprechend reduziert wurde. Zudem wurde für den Bereich des Trickdiebstahls eine Erhöhung des Anteils der Fälle mit namentlich bekannten Tatverdächtigen beschlossen. Angestrebt wurde ein Stichprobenumfang von 300 Akten mit folgenden Deliktsanteilen: Betrug 50 %, Trickdiebstahl 30 %, Unterschlagung 14 %, Untreue 6%.⁵³

Nach Ziehung der Akten auf Basis der ISA-Web-Daten erfolgte jeweils eine Einschlagigkeitsprüfung anhand des Akteninhalts. Stimmte dieser nicht mit dem ISA-Web-Eintrag überein, wurden – soweit möglich – Vorgänge nachgezogen.

Die Akten konnten in der bremischen Kriminalaktenverwaltung in Augenschein genommen werden und wurden dort von entsprechend geschulten Kräften (Mitarbeitern des KFN sowie Studierenden der HföV Bremen) mittels des für Zwecke der Erhebung entwickelten Instruments bearbeitet. Insbesondere im Hinblick auf in den Akten fehlende Daten zum Verfahrensausgang wurde zum Teil dann noch einmal auf ISA-Web-Daten zurückgegriffen.

Im Zeitraum zwischen Mai und Oktober 2006 wurden 303 Fälle mit dazugehörigen 306 registrierten einschlägigen Delikten auf der Basis polizeilicher Kriminal- und Handakten sowie von Einträgen aus dem operativen System der bremischen Polizei analysiert.

4.1.2.2 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 11 stellt für die Aktenstichprobe die Verteilung auf die Straftatbestände⁵⁴ dar. Es wird deutlich, dass insbesondere im Hinblick auf Untreuedelikte die angestrebte Schichtung nicht ganz realisiert werden konnte. Bei näherer Prüfung der durch ISA-Web ausgeworfenen Fälle hatte sich die ursprünglich zugrunde gelegte Fallzahl als überhöht dargestellt.

⁵³ Stichprobenbildung und Erhebungsmodalitäten sind im Detail in der Arbeit von Mild (2007) dargestellt.

⁵⁴ Da in einer Tat mehrere Tatbestände verwirklicht sein können, ist die Summe der Delikte größer als die Zahl der Fälle/Akten. So wurden etwa in einem Fall dem Geschädigten zunächst Schecks gestohlen (§ 242 StGB) und anschließend in betrügerischer Weise zum Nachteil des Opfers verwendet (§ 263 StGB).

Tab. 11: Aktenanalyse zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten an Menschen ab 60 Jahren: Verteilung der Straftatbestände (303 Fälle mit 306 Delikten) nach Js-/UJs-Vorgängen und Versuch/Vollendung

Straftatbestand StGB	n	%	Js ⁵⁵	UJs ⁵⁶	Versuch	Vollendung
Diebstahl (§ 242)	114	37,6	38	76	21	93
Unterschlagung (§ 246)	42	13,9	37	5	–	42
Betrug (§ 263)	144	47,5	62	82	64	80
Untreue (§ 266)	6	2,0	6	–	–	6
Gesamt	306		143	163	85	221

In der untersuchten Stichprobe machen Betrugsdelikte 47,5% des Fallaufkommens aus, 37,6% entfallen auf Diebstahl, 13,9% auf Unterschlagung und 2,0% auf Untreuedelikte. Insgesamt wurden in diesen 303 Fällen 324 Personen als Geschädigte registriert. Die Polizei ging von insgesamt 425 Tätern und Täterinnen aus. In der überwiegenden Zahl der Vorgänge blieb es – soweit bekannt – bei einmaligen Tathandlungen des oder der Tatverdächtigen gegenüber diesem Opfer (97%; n=294), in 1,7% (n=5) bewegte sich die Anzahl einschlägiger Taten zwischen 2 und 4, zweimal (0,7%) kam es vor, dass Opfer insgesamt zehnmal von demselben Täter viktimisiert wurden. In einem Fall (0,3%) wurde eine Person 30-mal geschädigt.⁵⁷ Die Polizei ermittelte in 140 Fällen (46,2% aller Fälle) gegen namentlich bekannte Tatverdächtige, in 53,8% der Fälle (n=163) konnten hingegen bis zum Zeitpunkt der Akteneinsicht keine Tatverdächtigen ausgemacht werden.

4.1.2.2.3 Befunde der Aktenanalyse

Im folgenden Kapitel sollen einige Daten zu wesentlichen Deliktspartnern kurz umrissen werden. Eine detaillierte Darstellung der Befunde der Aktenanalyse findet sich in der Arbeit von Mild (2007). Anschließend werden Strategien der Täter und Täterinnen in diesem Kriminalitätsbereich näher beleuchtet.

- Unter den Tatörtlichkeiten dominiert die Privatwohnung der Opfer (146 Fälle; 48,2%). 24,4% der Delikte (n=74) wurden am Telefon und somit gewissermaßen im „virtuellen Raum“ begangen. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen spielten mit nur sechs Fällen (2,0%) kaum eine Rolle. Ansonsten verteilen sich die Taten auf eine Vielzahl weiterer Orte; insbesondere Geldwechseltricks werden auch im öffentlichen Raum begangen.
- In 209 Fällen konnten den Akten Informationen über materielle Schäden entnommen werden.⁵⁸ Die ermittelten Schadenssummen bewegen sich zwischen 15 € und – in einem Einzelfall – 1,7 Millionen €. Während sich bei den 85 Diebstahlsdelikten mit bekannter Schadenssumme der Schaden für das Opfer mit durchschnittlich 944 € in Grenzen hielt, ergab sich bei den 78 Betrugsfällen – sogar unter Ausklammerung des 1,7-Millionen-Falles – eine mittlere Schadenssumme von 15.094 € pro Fall. Die gemittelte Schadenssumme bei Unterschlagungen beläuft sich auf 13.741 €. Die größten materiellen Verluste erlitten mit durchschnittlich 46.847 € jene Personen, die Opfer von Veruntreuungen wurden. Der persönliche Zugang zum Opfer oder die Verfügungsgewalt

⁵⁵ Registerzeichen für Ermittlungen gegen namentlich bekannte Tatverdächtige.

⁵⁶ Registerzeichen für Ermittlungen gegen nicht namentlich bekannte Tatverdächtige.

⁵⁷ Bei dem Täter handelte es sich hier um einen Bekannten des Opfers, der über einen Zeitraum von ca. einem Jahr immer wieder – von diesem unbemerkt – Geld vom Konto des Geschädigten abhob.

⁵⁸ Soweit dies verantwortbar erschien, wurden zum Teil den Akten nicht exakt entnehmbare Schäden in ihrer Höhe geschätzt.

über dessen finanzielle Mittel schaffen Viktimisierungsmöglichkeiten, die fremden Personen nicht ohne Weiteres offenstehen.

- Insgesamt wurden in den 303 Fällen 324 Personen der Altersgruppe ab 60 Jahren als Opfer registriert. Tab. 12 zeigt die Verteilung nach Alter und Geschlecht. In vier Fällen handelte es sich offensichtlich um hochaltrige Opfer, doch war das exakte Alter der Akte nicht zu entnehmen. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (n=214; entspricht 66,0%). Die Altersspanne der Opfer reichte von 60 bis 97 Jahre. Das Durchschnittsalter in der Gesamtgruppe lag zum Tatzeitpunkt bei 76,1 Jahren. 54,9% der Betroffenen waren 75 Jahre oder älter.

**Tab. 12: Aktenanalyse zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten:
Alters- und Geschlechterstruktur der Opfer**

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	unklar	gesamt
N	46	46	50	48	69	35	26	4	324
m	29	24	21	12	11	9	2	2	110
w	17	22	29	36	58	26	24	2	214
%	14,2	14,2	15,4	14,8	21,3	10,8	8,0	1,2	

- Die Alters- und Geschlechterstruktur der Täter unterscheidet sich stark von jener der Opfer. In den Akten ist von insgesamt 425 Tätern oder Tatverdächtigen die Rede, von denen 299 von den Betroffenen als Männer beschrieben wurden. Werden in Fällen ohne namentlich bekannte Tatverdächtige, aber mit persönlichem Kontakt zwischen Täter und Täterinnen und Opfer die diesbezüglich häufig erfragten Altersschätzungen seitens der Opfer mit einbezogen, so ergibt sich ein durchschnittliches Täteralter von 34,8 Jahren (Minimum 13, Maximum 69 Jahre). Von den 310 Tatverdächtigen, zu denen Altersangaben oder entsprechende Schätzungen vorliegen, waren 262 (84,5%) jünger als 50 Jahre, 200 (64,5%) jünger als 40 Jahre; 122 (39,4%) hatten das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht. Lediglich zehn (3,2%) hatten das 60. Lebensjahr vollendet.
- Tabelle 13 stellt für die 303 untersuchten Fälle Befunde zur prädeliktischen Beziehung des Täters zum Opfer dar. Es wird deutlich, dass ganz überwiegend (77,9% der Fälle) Täter und Täterinnen am Werk waren, die zum Opfer keine (oder – wenn man die Möglichkeit in Rechnung stellt, dass unter den unerkannt gebliebenen Tätern und Täterinnen auch solche aus dem Umfeld des Opfers gewesen sein könnten – zumindest keine von ihm als solche erkannte) Vorbeziehung hatten. In 22,1% der Fälle (n=67) gab es jedoch Erkenntnisse über eine Täter-Opfer-Beziehung vor der Tat. So waren in 4,3% (n=13) der Fälle Haushalts- oder Familienmitglieder für die Viktimisierungen verantwortlich (Kinder, Enkel, Schwiegertöchter/Schwiegersöhne, Schwager/Schwägerin). Weitere Delikte wurden unter Ausnutzung besonderer Vertrauensverhältnisse begangen. Dazu zählen die unten dargestellten Taten durch Bankmitarbeiterinnen und Bankmitarbeiter, Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich oder auch durch eine gesetzliche Betreuerin oder einen gesetzlichen Betreuer.

Tab. 13: Aktenanalyse zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten:

Prädeltische Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung

Beziehung Täter/Tatverdächtiger zum Opfer	n	%
keine Vorbeziehung	236	77,9
Bekanntem-/Freundeskreis des Opfers	14	4,6
Haushalts- oder Familienmitglied	13	4,3
flüchtige Bekanntschaft	7	2,3
Mieter/Kunde des Opfers	7	2,3
Mitarbeiter einer Bank	4	1,3
Mitarbeiter ambulanten Pflegedienst	3	1,0
Nachbar des/der Geschädigten	2	0,7
Mitarbeiter stationäre Pflegeeinrichtung	1	0,3
gesetzlicher Betreuer	1	0,3
Sonstige Beziehungen ⁵⁹	15	5,0
Gesamt	303	100

Zur Phänomenologie täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte an älteren Menschen

Wie eben dargestellt, bestand in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem Täter und seinem Opfer keine Vorbeziehung. Fremde Täter und Täterinnen versuchen in diesem Deliktsbereich häufig durch Vortäuschen einer falschen Identität in Kontakt mit den Opfern zu treten. Um Erfolg haben zu können, benötigt der Täter oder die Täterin erstens eine glaubwürdige Legende und Tarnung, zweitens ein Anliegen, welches dem Opfer legitim oder jedenfalls unabweisbar erscheint. In 161 der 236 Täter-Opfer-Konstellationen ohne vorherige Beziehung ließ sich beobachten, dass die Täter und Täterinnen via Vorspiegelung einer falschen Identität Kontakt zum Opfer aufzunehmen versuchten.

Am häufigsten täuschten die Täter und Täterinnen bei ihrem Vorgehen berufliche Stellungen vor (n=82; entspricht 50,9% der Fälle mit Identitätstäuschung) und traten dabei als Teppichhändler, Handwerker, Mitarbeiter von Firmen, Mitarbeiter der Polizei oder sonstiger Behörden oder kommunaler Einrichtungen und in vielen anderen beruflichen Stellungen in Erscheinung, um Zugriff auf ein *suitable target* zu gewinnen. An zweiter Position der falschen Identitäten standen vorgetäuschte Verwandtschaftsbeziehungen, die mit Ausnahme eines Falles sämtlich dem Modus Operandi des Enkeltricks und seiner Varianten zuzurechnen sind. 52-mal (32,3%) präsentierten sich die Täter und Täterinnen als Enkelkinder, Nichten bzw. Neffen oder täuschten andere Verwandtschaftsgrade vor. Manche Täter gaben sich gar als leibliche Kinder der Opfer aus, und es ist ein Fall dokumentiert, in dem sich ein (erfolgloser) ca. 30-jähriger Betrüger kurioserweise als Onkel des verstorbenen Ehemannes einer 81-jährigen Witwe vorstellte. In 27 weiteren Fällen täuschten die Täter sonstige Identitäten vor, gaben sich z. B. als Nachbarn, Besucher von Nachbarn, Freunde oder Bekannte des Opfers, Wohnungssuchende oder als Interessent für einen Autokauf aus.

Zentrale Vorgehensweisen der Täter und Täterinnen sollen im Folgenden durch die Schilderung konkreter Fälle veranschaulicht werden. Die Darstellung beschränkt sich auf wesentliche, offenbar regelmäßig praktizierte Modi Operandi.

⁵⁹ U. a. Putzfrau, Arbeitgeber, Hausverwalter.

(1) Enkeltrick

Beim sogenannten Enkeltrick handelt es sich um ein Betrugsdelikt. Die Täter und Täterinnen treten nicht nur als Enkel, sondern oft als Nichten bzw. Neffen oder in anderen Verwandtschaftsbeziehungen in Erscheinung. Aus der Perspektive des Täters hat die Wahl des vorgetäuschten Verwandtschaftsgrades direkte Bedeutung für den Taterfolg. Je enger der vorgetäuschte Verwandtschaftsgrad, desto höher ist für den Täter das Risiko, vom Opfer durchschaut zu werden und zu scheitern. Je entfernter die vorgegebene Verwandtschaftsbeziehung, desto größer ist aber die Wahrscheinlichkeit, dass die Bitte um hohe Geldbeträge abgelehnt wird. Das Scheitern birgt für den Täter jedoch kaum die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung, denn der erste Teil der Tatbegehung findet stets am Telefon statt und kann vom Täter weitestgehend gefahrlos beendet werden. In der Regel eröffnen die Täter und Täterinnen das Gespräch mit der Aufforderung „Rate mal, wer dran ist“, um auf diese Weise das spätere Opfer selbst dem Anrufer eine Identität zuschreiben zu lassen, die dieser dann für sein weiteres Vorgehen nutzen kann. Als Gründe für die Anrufe werden finanzielle Engpässe, Notlagen oder günstige kurzfristig sich bietende Kaufmöglichkeiten (Auto, Wohnung) vorgegeben. Das benötigte Geld soll immer nur für einen sehr kurzen Zeitraum zur Verfügung gestellt werden. Schöpfen die Opfer für den Täter spürbar Verdacht, weil ihnen z. B. die Stimme des Anrufers sonderbar vorkommt, werden Erkältungen oder schlechte Telefonverbindungen als Erklärung angeboten. Ist das Opfer bereit, Geld zur Verfügung zu stellen, folgen in der Regel mehrmalige Anrufe in kurzen Abständen, setzen das Opfer weiter unter Druck und nehmen ihm die Möglichkeit, sich über das Geschehene Gedanken zu machen oder sich mit Dritten zu beraten. Der Enkeltrick legt ein arbeitsteiliges Vorgehen zweier Täter nahe, bei dem nicht der Anrufer, sondern – unter dem Vorwand, der „Enkel“ sei verhindert – eine andere Person das Geld entgegennimmt. Diese Begehungsweise zielt in ihrer Grundform als „Enkeltrick“ explizit auf ältere Menschen ab. Auf der Suche nach möglichen Opfern nutzen die Betrüger Telefonbücher und suchen anhand der Vornamen nach Hinweisen auf ältere Menschen.

Fallbeispiel zum Enkeltrick:

Die 75-jährige verwitwete Frau P. erhält gegen Mittag einen Anruf von einer männlichen Person. Diese sagt: „Rate mal, wer dran ist!“ Als Frau P. auf ihren Enkel Jörn tippt, bejaht die Person am anderen Ende der Leitung dies und behauptet, „Enkel Jörn“ zu sein; Frau P. ist nun überzeugt, mit ihrem Enkel zu sprechen. Der Anrufer lenkt das Gespräch zügig auf den eigentlichen Grund seines Anrufes: Es habe sich überraschend die Option ergeben, Aktien im Wert von 10.000 € erwerben zu können. Dies sei eine einmalige Chance, leider könne er das Geld heute nicht so „schnell flüssig“ machen – seine „liebe Oma“ solle ihm doch bitte kurzfristig aushelfen. Die Geschädigte zögert zunächst, lässt sich dann aber von „Jörn“ überreden, ihm das Geld auszulegen. Sie macht deutlich, dass sie das Geld sehr schnell zurückhaben wolle, da sie in einigen Tagen in den Urlaub fahre. Der Anrufer sichert zu, das Geld schon am kommenden Tag zurückerstatten zu wollen und kündigt an, sich in einigen Minuten noch mal zu melden, da er dringend noch etwas wegen des Aktiengeschäftes zu regeln habe.

Kurz darauf erfolgt ein weiterer Anruf von „Enkel Jörn“. In diesem Telefonat überzeugt er die Frau P., das Geld seinem Bekannten Herrn D. auszuhändigen, da er aufgrund des Aktiendeals verhindert sei. Keine 20 Minuten später klingelt es an der Tür der Geschädigten und ein ungefähr 30-jähriger, gepflegt wirkender Mann stellt sich als Herr D. vor. In der Hand hält er ein Mobiltelefon, das er nun Frau P. reicht. In der Leitung ist „Enkel Jörn“, der

„zur Sicherheit“ bestätigt, dass „alles seine Richtigkeit habe“. Im Esszimmer lässt sich die Geschädigte noch den Empfang des Geldes quittieren, danach verschwindet Herr D. mit den 10.000 €.

Am Abend ruft Frau P. ihren Enkel Jörn an, um sich nach dem Erhalt der Summe zu erkundigen und zu fragen, ob das Aktiengeschäft soweit geglückt sei. Erst jetzt realisiert sie, dass sie Opfer von Betrügern wurde.

(2) Stadtwerketrick

Der sogenannte Stadtwerketrick gehört zu den Trickdiebstählen. Die Täter und Täterinnen haben es dabei auf den Zutritt zur Wohnung des Opfers abgesehen und geben sich meist als Mitarbeiter lokaler Ämter oder Versorgungsbetriebe aus. Bei der Handwerkermasche – einer Variante – verzichten die Täter auf den Behördenstatus und präsentieren sich als Mitarbeiter von Handwerksbetrieben. Die Bandbreite an Legenden ist groß. Sie reicht von einfachen (nur in Ausnahmefällen telefonisch angekündigten) Routinekontrollen bis hin zu Szenarien, in denen Wasserrohrbrüche in angrenzenden Häusern oder Wohnungen vorgetäuscht werden (für den Fall, dass die Betroffenen den unangekündigten „Stadtwerkemitarbeiter“ nicht hereinlassen wollen, wird ihnen gedroht, sie für den entstandenen Schaden haftbar zu machen). Mitunter verwenden die Täter und Täterinnen gefälschte Dienstaussweise, um ihren offiziellen Status zu unterstreichen. Diese werden den Opfern allerdings nur sehr kurz gezeigt, um nicht Gefahr zu laufen, schon an der Haustür entlarvt zu werden.

Einmal in der Wohnung, bedienen sich die Täter und Täterinnen verschiedenster Methoden, um die Geschädigten zu beschäftigen (z. B. Freiräumen der Spüle) und sie in einem bestimmten Raum zu halten (bevorzugt im Bad, da hier keine Wertgegenstände vermutet werden). Häufig werden zum Zweck der akustischen Ablenkung Wasserhähne aufgedreht und Behältnisse gefüllt. Der Täter hat beim Betreten der Wohnung oder des Hauses die Tür entweder nicht richtig verschlossen oder sie im Nachhinein wieder unauffällig geöffnet, um einem Komplizen Zutritt zu verschaffen. Während sich somit der erste Täter mit der Ablenkung des Opfers beschäftigt, kann ein inzwischen eingedrungener zweiter Täter die Wohnung nach Wertsachen durchsuchen.

Auch der Stadtwerketrick gehört grundsätzlich zu den arbeitsteiligen Modi Operandi. Es gibt allerdings Varianten, bei denen Täter alleine operieren. Die Opfer werden in solchen Fällen z. B. in den Keller oder ins Treppenhaus geschickt, um Sicherungen ein- und auszuschalten. Durch Zurufe wird sichergestellt, dass das Opfer die räumliche Distanz zur Wohnung einhält. Der Täter kann am Erlöschen und Aufleuchten der Lampen bequem kontrollieren, ob das Opfer seinen Anweisungen folgt oder möglicherweise überraschend den Rückweg in die Wohnung angetreten hat.

Fallbeispiel zum Stadtwerketrick:

Als die 83-jährige Frau G. morgens vom Einkaufen zurückkommt und gerade wieder ihre Wohnung betreten hat, klingelt es an der Wohnungstür. Sie berichtet später der Polizei: „Es stand ein Mann vor mir, der behauptete, dass er von den Stadtwerken komme. Er hatte eine schwarze Mappe in der Hand und wollte die Rohre überprüfen. Ich ging mit ihm in meine Küche. Dort nahm er zwei Kochtöpfe und füllte diese mit Wasser. Dann stellte er diese auf die Spüle. Jetzt sagte er mir, dass er die Toilette noch überprüfen müsse. Mir kam das alles schon merkwürdig vor und ich folgte ihm. Plötzlich stand ein weiterer Mann im Wohn-

zimmer und beugte sich vor die Heizung. Ich rief, wer das denn sei. Daraufhin erklärte mir der ‚Stadtwerkemitarbeiter‘, dass es sich um seinen Kollegen handele. Sie müssten noch die Heizkörper angucken. Ich war erbost und antwortete, dass diese gerade erneuert wurden und alles in Ordnung sei. Den Zweiten muss der Mann in meine Wohnung gelassen haben, als ich in der Küche stand – ich habe den leider auch nur von hinten gesehen. Daraufhin sagte der ‚Stadtwerker‘, dass er mit seinem Kollegen in den Keller gehen müsse. Ich warf daraufhin die Tür zu. In den Keller konnten die nicht kommen, denn dazu hätten sie einen passenden Schlüssel gebraucht. Als die beiden die Wohnung verlassen hatten, schmierte ich mir ein paar Brote und legte mich im Wohnzimmer schlafen. Als ich nach 11:00 Uhr aufwachte, hatte ich ein komisches Gefühl und öffnete den Wohnzimmerschrank. Ich stellte fest, dass aus dem dortigen Briefumschlag 400 € fehlten.“

(3) Geldwechseltrick

Beim Geldwechseltrick bittet der Täter oder die Täterin das Opfer um einen Münzwechsel, z. B. weil er Kleingeld zum Telefonieren benötige. Wenn das Opfer seine Briefftasche zückt und nach passenden Münzen sucht, versucht der Täter, unbemerkt Geldscheine zu entwenden. Die Täter agieren dabei mit großer Geschicklichkeit, sodass die Opfer später keine detaillierten Auskünfte darüber geben können, wie es zum Entwenden der Scheine kam. Es handelt sich hier insofern um einen Trickdiebstahl, als das Opfer durch die Bitte nach dem Geldwechsel in den Tatablauf eingebunden und über die wahren Absichten des Täters getäuscht wird. Der Geldwechseltrick wird selten in reinen Wohngebieten, sondern vor allem in Innenstadtbereichen ausgeführt, wo die Täter gute Fluchtmöglichkeiten haben.

Fallbeispiel zum Geldwechseltrick:

Die 70-jährige Frau W. wird beim Einkaufen von einem ca. 25-jährigen Mann angesprochen, ob sie ihm 2 € zum Telefonieren in Kleingeld wechseln könne. Sie verweist ihn zunächst an ein nur einige Meter entferntes Geschäft; dort könne er sich sein Geld wechseln lassen. Der Mann erwidert, dass er dann etwas kaufen müsse, sonst würde man ihm kein Kleingeld wechseln. Frau W. erklärt sich nun doch bereit und holt ihr Portemonnaie hervor. Sie sucht im Hartgeldfach nach passendem Wechselgeld und der Täter „unterstützt“ sie dabei. Beide werden aber nicht fündig. Der Täter entfernt sich daraufhin. Einige Zeit später stellt Frau W. fest, dass 380 € in Scheinen aus ihrer Briefftasche verschwunden sind.

(4) Wasserglas-, Nachbarschafts-, Zetteltrick etc.

Bei Wasserglas-, Nachbarschafts-, Zettel- und weiteren ähnlichen Trickdiebstählen täuschen die Täter und Täterinnen nicht eine berufliche Identität, sondern einen in der Regel privat begründeten Hilfebedarf vor. Die Erfüllung der Bitte dient dazu, Zutritt zur Wohnung zu erhalten und das Opfer abzulenken, sodass Bargeld und andere Wertgegenstände durch weitere Tatbeteiligte aus der Wohnung entwendet werden können. Gemeinsames Merkmal ist in allen Fällen die Bitte um Hilfe an der Haustür des Opfers. Manchmal simulieren die Täter Übelkeitsanfälle und bitten um ein Glas Wasser. Andere fragen, ob es möglich sei, kurz das Telefon zu benutzen, damit ein „äußerst wichtiger Anruf“ getätigt werden könne. In der Stichprobe sind auch Fälle dokumentiert, in denen Täter und Täterinnen mit minderjährigen Kindern vor der Tür standen und fragten, ob es möglich sei, dass das Kind die Toilette des Opfers benutze. Häufig werden auch verschiedene Vorgehensweisen kombiniert. Deren Sinn liegt immer darin, den in der Regel unbemerkt eingeschleusten weiteren Tatbeteiligten möglichst viel Zeit zu verschaffen, um Geld und andere Wertgegenstände zu finden und zu entwenden.

Fallbeispiel hierzu:

Der 74 Jahre alte Herr R. kommt am Vormittag vom Einkaufen zurück. Mit ihm betritt eine ca. 40-jährige Frau zunächst das Treppenhaus des Mehrparteienhauses und dann den Fahrstuhl. Im zweiten Stock verlässt der Mann den Aufzug, die Frau fährt weiter in eine der oberen Etagen. Nach ca. fünf Minuten klingelt es an seiner Wohnungstür. Die Frau aus dem Fahrstuhl bittet ihn um Stift und Zettel, um einer Freundin eine Nachricht hinterlassen zu können. Herr R. geht mit der Frau in seine Küche. Da ihm die Sache merkwürdig vorkommt, behält er die Frau die ganze Zeit im Blick und erkundigt sich nach ihrem Namen. Als sie mit dem Verfassen der Nachricht fertig ist, zeigt sie dem Mann eine Tüte mit Gardinen und behauptet, diese hätte sie ihrer Freundin überbringen wollen. Dann verlässt sie die Wohnung. Als Herr R. einige Minuten später sein Wohnzimmer betritt, muss er feststellen, dass 1.000 €, die auf seinem Wohnzimmertisch lagen, verschwunden sind.

(5) „Teppich-Masche“

Bei diesem Modus Operandi dient der Teppich einerseits als Türöffner, ist andererseits aber auch unmittelbar Gegenstand des Betrugs, indem den Opfern Teppiche minderer Qualität zu überhöhten Preisen verkauft werden. Teilweise geben die falschen Teppichhändler an, sich in einer wirtschaftlichen Notlage zu befinden und gezwungen zu sein, das Material weit unter Wert veräußern zu müssen. Teilweise nehmen die Täter und Täterinnen telefonisch Kontakt zu den Opfern auf und täuschen eine – meist auf früheren Teppichkäufen in den Maghrebstaaten oder im Vorderen Orient beruhende – Bekanntschaft vor (die Polizei vermutet in diesen Fällen, dass die Wahl der Opfer auf missbräuchlichem Adresshandel beruht). Dann folgt entweder die bereits geschilderte Variante der Veräußerung minderwertiger Ware zu überhöhten Preisen, oder die Täter nutzen – wie im nachfolgenden Beispiel – andere Formen des Hilfeersuchens, um die Opfer dazu zu veranlassen, ihnen größere Geldsummen auszuhändigen. Täter, die mit der Teppich-Masche operieren, agieren meistens zu zweit und werden von den Opfern als Ausländer (Türken, Iraner oder auch einfach „Südländer“) beschrieben.

Fallbeispiel zur Teppich-Masche:

Frau Sch. (69 J.) erhält einen Anruf eines marokkanischen Teppichhändlers namens Mohamed. Ungefähr ein Jahr zuvor hatte sie in Marokko bei einem Händler dieses Namens einen hochwertigen Teppich erworben (und ihre Adressdaten hinterlassen). Mohamed erzählt Frau Sch. nun, dass er gerade am Hafen sei und ein Problem habe: Er müsse beim Zoll eine Containerladung Teppiche auslösen und dafür im Voraus die fällige Mehrwertsteuer für die importierte Ware bezahlen; sein Geld befinde sich aber unglücklicherweise in dem besagten, zudem versiegelten Container. Mohamed bittet Frau Sch., ihm kurzfristig mit 15.000 € auszuhelfen, sie werde das Geld noch am selben Tag zurückerhalten. Da der Teppichkauf ein Jahr zuvor reibungslos verlaufen war, stuft Frau Sch. Mohamed als vertrauenswürdig ein und sagt zu, das Geld umgehend zu besorgen. Der Teppichhändler behauptet nun, nicht selber kommen zu können, da er am Hafen bleiben müsse, und gibt der Geschädigten zu verstehen, dass er seine Tochter schicken werde, um das Geld in Empfang zu nehmen. Diese erscheint kurze Zeit später an der Haustür von Frau Sch. und nimmt das Geld in Empfang. Mohamed meldet sich zwei Stunden später telefonisch, bedankt sich höflich für das Geld und bittet um weitere 23.000 €, da die von ihm kalkulierte Mehrwertsteuer leider zu tief angesetzt gewesen sei. Er verspricht, Frau Sch. insgesamt 53.000 € zurückzuzahlen und ihr außerdem wertvolle Teppiche als Pfand dazulassen. Die Frau lässt sich erneut überreden und kurz darauf erscheint wieder die angebliche Tochter des Täters, nimmt die 23.000 €

entgegen und hinterlässt zwei Teppiche. Drei Tage später bittet Mohamed ein weiteres Mal um Geld, doch die Geschädigte hat ihm bereits ihr gesamtes Vermögen gegeben. Danach hört sie von Mohamed nichts mehr. In der Folgezeit wendet sich Frau Sch. an das marokkanische Teppichgeschäft; dort gibt man jedoch vor, keinen Teppichhändler namens Mohamed zu kennen. Die Teppiche, welche ihr als Pfand überlassen wurden (und sich als wertlos erwiesen haben), verschenkt sie. Anzeige erstattet die Geschädigte erst, nachdem sich Mohamed ein Jahr später wieder bei ihr telefonisch meldet und seine „wertvollen“ Teppiche zurückverlangt. Als er erfährt, dass sie die Teppiche verschenkt hat, fordert er wutentbrannt am Telefon 10.000 € Schadenersatz.

(6) „Falsche Polizisten“

Falsche Polizeibeamte begingen in der Untersuchung sowohl Diebstahls- als auch Betrugsdelikte. Respekt, Vertrauen, Ansehen oder auch Folgsamkeit gegenüber Autoritäten werden von den Tätern und Täterinnen genutzt, damit die Opfer freiwillig ihr Geld herausgeben (z. B. unter dem Vorwand, Banknoten auf ihre Echtheit zu überprüfen), um zu erfahren, wo Geld und Wertgegenstände aufbewahrt werden oder um sich zumindest ungehinderten Zugang zur Wohnung zu verschaffen. Dabei sind die Täter und Täterinnen nur selten mit einer Uniform bekleidet und legitimieren sich auch nicht immer durch gefälschte Ausweise.

Fallbeispiel „Falsche Polizisten“:

Der 92-jährige Herr A. wird während eines Morgenspazierganges auf der Straße von einer Frau angesprochen, die behauptet, ihn zu kennen. Er verneint dies. Als die Frau ihn fragt, wo er wohne, antwortet er ausweichend „in der Nähe“ und geht weiter. Herr A. beendet seinen Spaziergang und kehrt in seine Wohnung zurück, die er seit dem Tod seiner Frau alleine bewohnt. Gegen Mittag klingelt es. Als er öffnet, erblickt er einen zivil gekleideten Mann, der ihm kurz einen Ausweis in der Größe DIN A7 vorzeigt und sich als Beamter der Kriminalpolizei ausgibt. Er befragt Herrn A. nach einer Frau, die heute im Laufe des Vormittags verhaftet worden sei und eine große Menge Bargeld bei sich gehabt habe – vermutlich eine Trickbetrügerin. A. wird nun aufgefordert, dem „Kriminalbeamten“ unverzüglich zu zeigen, wo er sein Bargeld in der Wohnung aufbewahre; er solle dabei bloß nichts berühren, um nicht eventuelle Spuren der Trickdiebin zu vernichten. Herr A. hat sein Bargeld, Schecks sowie verschiedene Ausweise und Unterlagen in einem Schuhschrank in einer Wandnische versteckt. Der falsche Polizist behauptet nun, dass er das Geld und die anderen Gegenstände auf mögliche Spuren untersuchen müsse und stellt sich so hin, dass das Opfer nicht mehr in die Nische sehen kann. Im Anschluss an die „Überprüfung“ verlässt der Täter die Wohnung. Herr A. stellt kurz darauf fest, dass 250 € Bargeld, mehrere Schecks, sein Schwerbehindertenausweis sowie seine Krankenkassenkarte fehlen.

Täterstrategien bei selektiv auf Hochaltrige ausgerichteten Eigentums-/Vermögensdelikten

Die Vorgehensweisen der Täter und Täterinnen lassen sich vor dem Hintergrund von Konzepten interpretieren, die von Felson (2002) entwickelt wurden. Felson geht von der Feststellung aus, dass Täter vor dem Problem stehen, Zugang zu ihrem Opfer oder Tatobjekt gewinnen zu müssen. Dafür stehen Tätern grundsätzlich drei Wege zur Verfügung. Erstens besteht die Möglichkeit des Ausnutzens eines räumlich-zeitlichen Zusammentreffens mit dem Zielobjekt („*Overlapping Activity Spaces*“). Zweitens kann ein motivierter Täter persönliche Beziehungen („*Personal Ties*“) nutzen bzw. missbrauchen, um an

das Tatobjekt oder Opfer heranzukommen. Ein Täter kann drittens durch die Ausnutzung besonderer Zugangsmöglichkeiten, die ihm seine berufliche Position und Rolle verschafft („*Specialized Work Roles*“), Zugriff erhalten.

Überträgt man diese Konzepte auf die oben in ihrem Erscheinungsbild skizzierten spezifischen Vermögensdelikte an Älteren und auf die Befunde der Aktenanalyse, so wird deutlich, dass Täter und Täterinnen bei Vermögensdelikten an älteren Menschen alle drei von Felson (2002) beschriebenen Zugangswege nutzen:

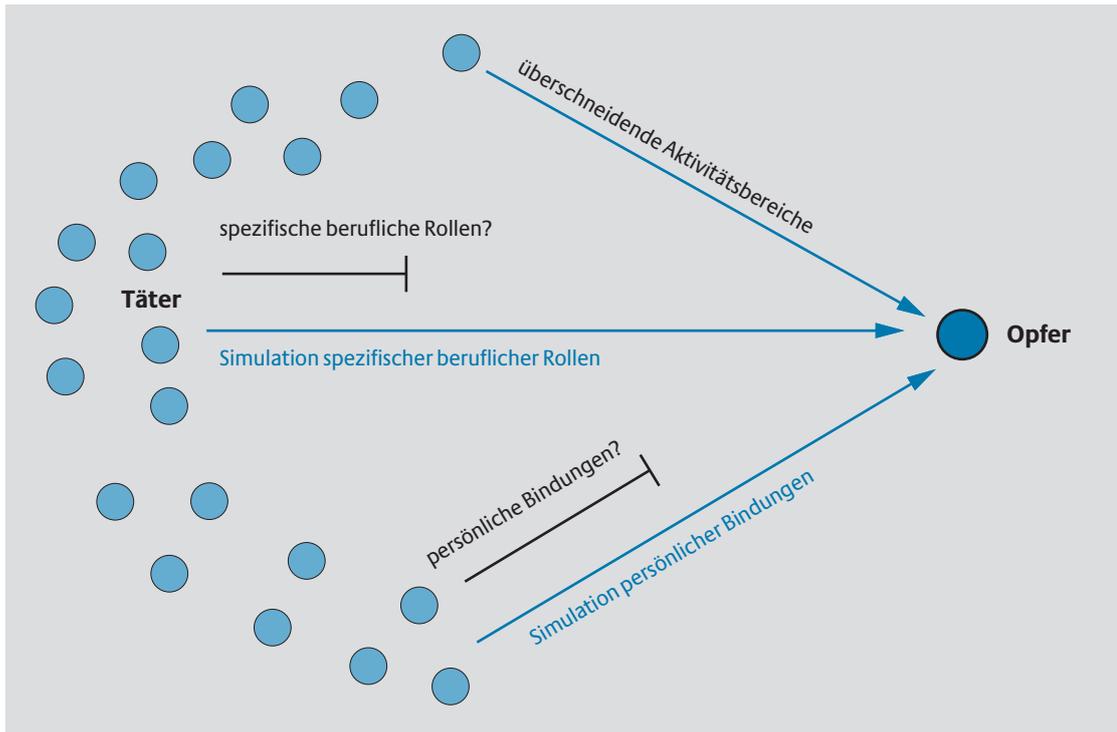
- I Ausnutzen eines zufälligen, jedenfalls nicht gezielt zur Tatbegehung herbeigeführten räumlich-zeitlichen Zusammentreffens: Dies betrifft insgesamt 31 Fälle (10,2% des untersuchten Fallspektrums); vornehmlich handelt es sich um Fälle des Geldwechselltricks in innerstädtischen Einkaufszonen.
- I Nutzung persönlicher Kontakte, Verbindungen und Beziehungen: Hierunter fallen 36 Fälle (11,9%), in denen Täter und Täterinnen dem sozialen Nahraum der Opfer entstammten oder zumindest an eine flüchtige private Vorbeziehung anknüpfen konnten. Fälle der Unterschlagung und Veruntreuung von Vermögen fallen vielfach in diese Kategorie. Der materielle Schaden ist bei Taten dieses Typus besonders hoch.
- I Handeln vor dem Hintergrund spezialisierter beruflicher Rollen: Täter und Täterinnen eigneten sich vor dem Hintergrund besonderer Zugriffsmöglichkeiten, die ihnen ihr Beruf verschaffte, Eigentum oder Vermögen der Opfer an (oder versuchten dies). In der Stichprobe sind 26 Fälle dieser Art dokumentiert (8,6% des Fallaufkommens). Sie umfassen als Täter bzw. Tatverdächtige unterschiedliche Berufsgruppen, etwa Pflegekräfte, gesetzliche Betreuer, Reinigungskräfte, Bankmitarbeiter, Ladenbesitzer oder Reiseveranstalter.

Zugleich stehen motivierte Straftäter vielfach vor dem Problem, dass ihre „natürlichen“ Zugangsmöglichkeiten zu älteren Opfern gering sind. Auf die großen Unterschiede in soziodemografischen Merkmalen zwischen Tätern und Opfern in diesem Kriminalitätsbereich wurde bereits hingewiesen.⁶⁰ Lebensstile und Handlungsräume der meist jungen und männlichen Täter und der überwiegend alten und weiblichen Opfer überschneiden sich kaum.

Motivierte Täter und Täterinnen lösen dieses Problem, indem sie die von Felson (2002) beschriebenen Zugänge simulieren. Für alle drei Wege findet sich neben einer quasi-natürlichen Form des Zugangs zum Opfer (bzw. zu dessen Vermögen) eine inszenierte und auf Täuschung basierende Variante. Grafisch lassen sich die Täterstrategien wie in Abb. 10 veranschaulichen.

⁶⁰ Für registrierte Kriminalität insgesamt ist dies ein eher ungewöhnliches Phänomen; vgl. die Analysen von Höfer (2000a; 2000b) auf der Basis anonymisierter Einzeldatensätze der PKS Baden-Württemberg.

Abb. 10: Täterstrategien bei selektiv auf Hochaltrige ausgerichteten Eigentums-/Vermögensdelikten



Für die simulierten Varianten erbrachte die Aktenanalyse folgendes Bild:

- I** *Vortäuschen eines zufälligen räumlich-zeitlichen Zusammentreffens:* Täter und Täterinnen versuchten, ein scheinbar zufälliges Zusammentreffen mit potenziellen Opfern zu inszenieren, indem sie – meist in der Form des Zettel-, Wasserglas- oder Nachbarschaftstricks – eine geeignet erscheinende Situation herbeiführten, die bei den Opfern den Eindruck von Hilfebedarf erweckte und den Tätern Zugang zur Wohnung der Opfer verschaffte. Diesem Typus sind 14,2% (n=43) aller Fälle der Aktenanalyse zuzuordnen.
- I** *Vortäuschen einer Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsbeziehung:* Ein Teil der Täter und Täterinnen versuchte, persönliche Bindungen zu den Opfern vorzutäuschen. Besonders deutlich ist dies beim Enkeltrick bzw. bei entsprechenden Modi, die mit anderen Verwandtschaftsgraden operieren. In anderen Fällen gaben sich die Täter als „alte Bekannte“ oder Urlaubsbekanntschäften aus. Insgesamt beträgt der Anteil dieser Gruppe an allen Fällen 21,8% (n=66). Strafrechtlich handelt es sich hier nahezu ausschließlich um Fälle des Betrugs und die Kommunikation via Telefon spielt eine besondere Rolle.
- I** *Vortäuschen einer beruflichen Funktion:* Eine weitere Gruppe von Tätern und Täterinnen begeht Eigentumsdelikte an Älteren, indem sie sich unter Vortäuschung einer beruflichen Funktion und Legitimation Zugang zur Wohnung des Opfers verschafft. Insgesamt wurden 74 Fälle (24,4% des Fallspektrums) dieser Fallgruppe zugeordnet.

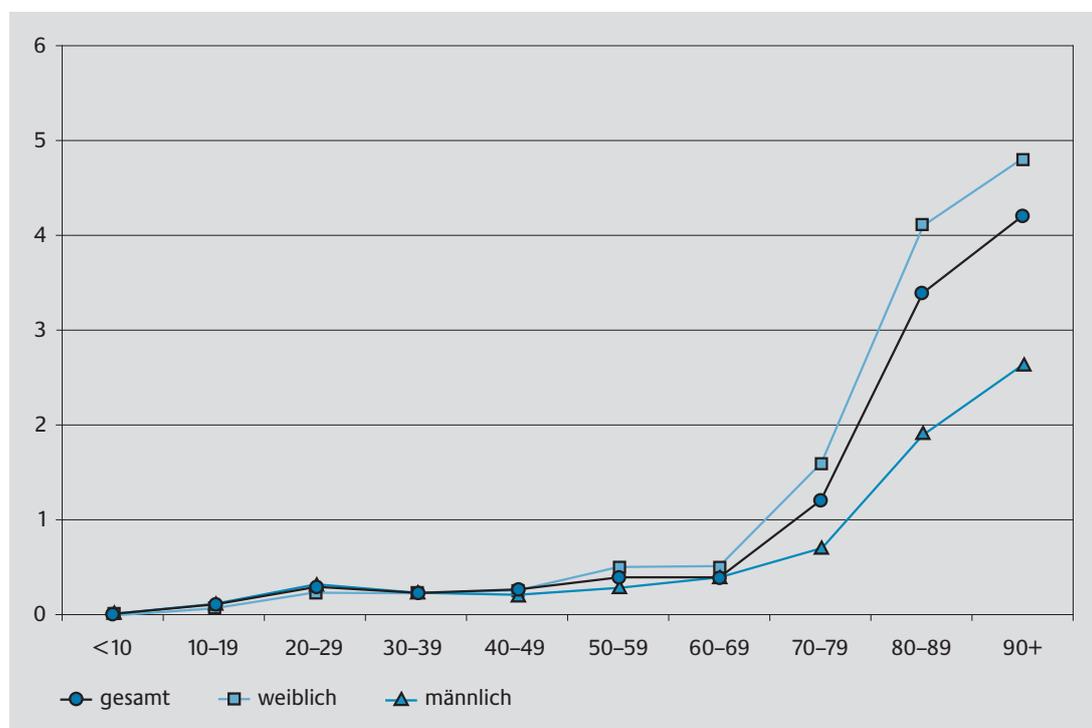
Die Analyse zeigt somit, dass die von Felson beschriebenen Zugangsweisen von Tätern zu Opfern bzw. Tatobjekten (*overlapping activity spaces*, *personal ties* und *specialized work roles*) im Bereich der Vermögensdelikte an Älteren jeweils in einer authentischen und in einer von den Tätern inszenierten und vorgetäuschten Variante vorkommen. Täter überbrücken den Mangel an „natürlichen“ Tatgelegenheiten gegenüber Älteren, indem sie scheinbar zufällige, jedenfalls nicht taktisch motiviert erscheinende Begegnungen

inszenieren, Verwandtschaftsbeziehungen simulieren und in berufliche Rollen schlüpfen, die ihnen einen legitim erscheinenden Zugang zum privaten Wohnraum der Opfer gestatten.

4.1.2.2.4 Ergebnisse der Aufbereitung von Daten aus operativen polizeilichen Systemen

Aus untersuchungsökonomischen Gründen war die Aktenanalyse beschränkt auf Opfer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr; altersbezogene Vergleiche sind daher nur sehr beschränkt möglich. Das Landeskriminalamt Bremen stellte Daten aus seinem webbasierten „Informationssystem Anzeigen“ (ISA-Web) zur Verfügung, die auch altersbezogene Analysen von Opferwerdungsrisiken ermöglichen. In Abbildung 11 ist anhand von Daten zu Trickdiebstählen im Zeitraum zwischen Anfang Januar 2004 und Ende Mai 2006 getrennt nach Geschlechtern das jährliche Risiko pro 1.000 Einwohner der jeweiligen Gruppe dargestellt, Opfer einer einschlägigen Tat zu werden.

Abb. 11: Opfer von Trickdiebstählen p. a. pro 1.000 Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtergruppe (Bremen, 01/2004 – 05/2006; Daten aus polizeilich-operativem System)



Diese Analyse operativer Daten – in Bezug gesetzt zu Daten zur Altersstruktur der Bevölkerung der Hansestadt Bremen – verdeutlicht Folgendes:

- Die Risikoverteilung weicht von allgemeinen Kriminalitätsverteilungen, wie sie sowohl von Hell- als auch von Dunkelfelddaten gezeichnet werden, in starkem Maße ab. Ist ansonsten in aller Regel ein Absinken des Risikos ab dem frühen Erwachsenenalter zu registrieren, geht hier mit dem Alter offensichtlich eine Risikoerhöhung einher.
- Diese Risikoerhöhung zeichnet sich bereits bei den 50- bis 59-Jährigen ab, gewinnt jedoch insbesondere ab der achten Lebensdekade besondere Dynamik und setzt sich bis ins höchste Alter hinein fort. Weitaus am stärksten gefährdet ist – wie Abbildung 11 zeigt – tatsächlich die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren.

Ab der achten Lebensdekade ist ein deutlicher Geschlechterunterschied in der Gefährdung durch Trickdiebstähle erkennbar. Ältere Frauen sind in stärkerem Maße von diesen Delikten betroffen als Männer; in der höchsten Altersgruppe ist das Risiko der Frauen beinahe doppelt so hoch wie das der gleichaltrigen Männer. Da es sich um auf die Größe der jeweiligen Bevölkerungsgruppe relativierte Zahlen handelt, kommt darin nicht etwa die längere Lebenserwartung von Frauen zum Ausdruck. Vielmehr spiegelt sich hierin der Umstand, dass der Anteil alleinlebender Hochaltriger unter den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern, wider. Die quantitativen wie qualitativen Analysen zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten zeigen, dass die Privatwohnung des Opfers der typische Ort derartiger Straftaten ist und dass stationäre Einrichtungen, in denen der Täter von einem erhöhten Entdeckungs- und Bestrafungsrisiko ausgehen muss, hier nahezu keine Rolle spielen.

Insgesamt kommt in diesen Daten zum Ausdruck, dass es hier offenbar einen – immerhin in Teilen ins Hellfeld gelangenden – Kriminalitätsbereich gibt, bei dem Straftäter und Straftäterinnen gezielt ältere Menschen – vorwiegend alleinlebende hochaltrige Frauen – als Opfer auswählen.⁶¹

4.1.2.3 Interviews mit Opfern täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte

4.1.2.3.1 Überblick

Abschließend zu dem Komplex der spezifischen Gefährdung älterer und insbesondere hochaltriger Menschen durch besondere Formen mit Täuschungen verknüpfter Eigentums- und Vermögensdelikte soll eine kleine qualitative Interviewstudie dargestellt werden, in deren Rahmen acht ältere Frauen, die als Opfer polizeilich registrierter Delikte in Erscheinung getreten waren, zu ihren Viktimisierungserfahrungen, deren Folgen und ihrem Umgang damit befragt wurden. Sie ergänzt die im vorherigen Abschnitt beschriebene Auswertung polizeilicher Akten zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten zum Nachteil älterer Menschen. Primäres Ziel dieser Interviews (siehe im Detail zu dieser Teilstudie Fritsch, 2008) war es, gestützt auf die unmittelbare Opferperspektive, Detailinformationen, die in dieser Form in den Akten nicht enthalten waren, zu erheben. So sollten vertiefende Erkenntnisse zum Tathergang, den Tatfolgen, der Verarbeitung und Bewältigung der Viktimisierung (bzw. des Viktimisierungsversuchs) durch das Opfer sowie Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen gewonnen werden.

4.1.2.3.2 Methodischer Zugang, Untersuchungsdurchführung und Stichprobenbeschreibung

Die Interviews wurden als leitfadengestützte *Face-to-Face*-Interviews konzipiert und orientieren sich am Konzept des problemzentrierten Interviews (vgl. u. a. Witzel, 1982; 1989; 1996; 2000). Der für die Zwecke der Studie entwickelte Leitfaden gliedert sich in folgende Bereiche:

offene Einstiegsfrage zum Geschehen am Tattag

⁶¹ Dies wäre vielleicht banal in Bezug auf den Enkeltrick, der in seiner „Originalform“ nur an Personen im „großelternfähigen Alter“ begangen werden kann; dies trifft auf Trickdiebstähle jedoch vom Modus Operandi her nicht zu.

- | Tatgeschehen (Schwerpunkt: Täuschung bzw. Versuch der Täuschung durch den Täter oder die Täterin und erfolgskritische Faktoren für Ge- oder Misslingen)
- | Einschalten der Polizei/polizeiliche Maßnahmen
- | weiterer Verfahrensgang
- | Tatfolgen, Tatbewältigung, Nutzung formeller und informeller sozialer Unterstützung durch die Opfer
- | weitere Opfererfahrungen
- | Erfahrungen mit/Sichtweisen zu kriminalpräventiven Optionen in diesem Deliktsbereich
- | Gesprächsabschluss

Neben dem Interviewleitfaden wurde ein Sozialdatenbogen zur Erfassung zentraler soziodemografischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Nationalität, Religionszugehörigkeit, Schulabschluss, Ausbildung, ausgeübter Beruf, Haushaltsgröße, Haushaltsnettoeinkommen, Familienstand, Anzahl der Kinder) eingesetzt, ferner ein Postscript im Sinne eines strukturierten, von der Interviewerin möglichst unmittelbar nach dem Gespräch anzufertigenden Interviewprotokolls entwickelt und eingesetzt.

Die Rekrutierung der Gesprächspartner erfolgte auf der Basis der im Rahmen der Aktenanalyse erfassten Delikte sowie von Daten zu einschlägigen Delikten jüngeren Datums aus dem operativen System der bremischen Polizei. Auswahlkriterien waren neben der vermuteten Befragbarkeit der Betroffenen auch Merkmale der Tat (Modus Operandi; versuchte oder vollendete Tat). Anspruch auf Repräsentativität wird selbstverständlich nicht erhoben. Die ausgewählten Personen wurden – nach Abgleich mit Daten des Einwohnermeldeamtes – angeschrieben und um Interviewteilnahme gebeten, anschließend wurde telefonisch ein Termin vereinbart.

Für die Zwecke der vorliegenden Studie wurden acht Interviews mit weiblichen Opfern geführt. Die Interviewerin suchte hierzu die Interviewpartnerinnen in ihren Wohnungen auf. Durchschnittlich dauerte ein Interview 32 Minuten. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und nach festgelegten Transkriptionsregeln verschriftet. Die weitere Bearbeitung des Materials – gestützt auf MAXQDA – orientierte sich am Konzept des themenzentrierten Codierens im Sinne von Hopf, Rieker, Sanden-Marcus & Schmidt (1995). Tabelle 14 stellt fallbezogen ausgewählte soziodemografische Merkmale der Interviewtenehmerinnen dar.

Tabelle 14: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der acht Interviewpartnerinnen

Interviewkennung	Alter	Alter zum Tatzeitpunkt	Familienstand	Personenzahl Haushalt	monatliches Einkommen
Enk-1	87 Jahre	86 Jahre	geschieden	1	<1.000 €
Enk-2	79 Jahre	78 Jahre	geschieden	1	<1.000 €
Enk-3	86 Jahre	85 Jahre	verwitwet	1	1.000–1.500 €
Enk-4	83 Jahre	83 Jahre	verwitwet	1	2.000–3.000 €
Tep-1	71 Jahre	70 Jahre	ledig	1	<1.000 €
Hil-1	87 Jahre	85 Jahre	verwitwet	1	k. A.
Zet-1	70 Jahre	68 Jahre	verwitwet	1	1.000–1.500 €
Ver-1	93 Jahre	90 Jahre	verwitwet	1	1.500–2.000 €

Die acht Interviews mit weiblichen Opfern wurden im Zeitraum zwischen Ende Juni und Mitte Juli 2007 geführt. Seit der Tat waren zum Interviewzeitpunkt zwischen einem und drei Jahren vergangen. Wie Tabelle 14 zeigt, waren fünf der acht Frauen zum Interviewzeitpunkt bereits älter als 80 Jahre. Die jüngste Interviewpartnerin war 70, die älteste 93 Jahre; das durchschnittliche Alter betrug 82 Jahre. Fünf Frauen waren verwitwet, zwei geschieden, eine unverheiratet. Alle Frauen führten einen Einpersonenhaushalt. Das – lediglich in relativ breiten Kategorien erfragte – monatliche Einkommen lag bei drei Frauen unter 1.000 €, in zwei Fällen zwischen 1.000 und 1.500 €, in zwei weiteren Fällen darüber; eine Interviewpartnerin machte hierzu keine Angabe.

4.1.2.3.3 Ergebnisse der Interviews mit älteren Opfern täuschungsbasierter Eigentums- und Vermögensdelikte

Die nun folgende Darstellung von Ergebnissen der Interviewstudie konzentriert sich auf zentrale Tatmerkmale, das Erleben der Tat bzw. des Tatversuchs durch die Opfer, die Faktoren, die zum Ge- bzw. Misslingen der Tat führten, den Umgang der Betroffenen mit der Tat, die Inanspruchnahme formeller wie informeller Arten der sozialen Unterstützung, mittel- und langfristige Tatfolgen sowie Präventions- und Interventionsmöglichkeiten.

In Tabelle 15 sind die acht Fälle nach dem von den Tätern und Täterinnen jeweils gewählten Modus Operandi, der Klassifikation als Betrugs- oder Diebstahlsdelikt sowie dem Merkmal der Tatvollendung bzw. des Tatversuchs aufgeschlüsselt.

Tab. 15: Zentrale Tatmerkmale: Modus Operandi, Straftatbestand, Versuch/Vollendung

Interviewkennung	Modus Operandi	Straftatbestand	versucht/vollendet
Enk-1	Enkeltrick	Betrug	versucht
Enk-2	Enkeltrick	Betrug	versucht
Enk-3	Enkeltrick	Betrug	versucht
Enk-4	Enkeltrick	Betrug	versucht
Tep-1	Teppichmasche	Betrug	vollendet
Hil-1	Hilfetrick	Betrug	vollendet
Zet-1	Zetteltrick	Diebstahl	vollendet
Ver-1	Handwerkertrick	Diebstahl	vollendet

Die Hälfte der Befragten wurde Opfer des Enkeltricks, wobei es hier in allen Fällen beim Versuch blieb. Hingegen konnten die Täter und Täterinnen in den übrigen vier untersuchten Fällen ihre Taten vollenden; hier kamen die sogenannte Teppichmasche⁶² sowie

⁶² Verkauf minderwertiger Ware zu überhöhten Preisen, s. o.

die Modi Operandi „Hilfetrick“⁶³, „Zetteltrick“ und „Handwerkertrick“ zum Einsatz. Handelt es sich bei den beiden Letztgenannten um Formen des Trickdiebstahls (Täter verschaffen sich unter Vortäuschen einer Notlage bzw. einer beruflichen Identität Zutritt zur Wohnung des Opfers und stehlen dort – in der Regel unter Einschleusen eines Mittäters – Bargeld oder Wertgegenstände), sind Enkel- und Hilfetrick sowie Teppichmasche den Betrugsdelikten zuzuordnen, bei denen der Täter versucht, das Opfer unter Zuhilfenahme einer Täuschung zur Herausgabe von Vermögen zu bewegen.

Die Perspektive der Opfer auf die Tat und der Umgang mit der Tat
Bei drei der vier – aus Tätersicht sämtlich gescheiterten – Enkeltricks gaben Unstimmigkeiten in den Antworten des Täters in Bezug auf familiäre Details für die Opfer den Ausschlag zum Aufdecken der Täuschung und damit zum Verhindern des Taterfolgs. Zwei Interviewauszüge mögen dies verdeutlichen.

Enk-1 I: Was war für Sie der Auslöser, wo Sie dahintergekommen sind, dass das nicht mit rechten Dingen zugeht?

B: Weil er mich so dumm gefragt hat.

I: Weil er so viel nachgefragt hat?

B: Ja. „Bist du alleine? Hast du Geld zu Hause?“ Und wenn das mein Enkel ist – ich hab’ ja Verbindung mit allen, nich, ich bin ja – aus der ganzen Familie, bin ich ja, das ist kein Beklagen oder wie, ich bin aber finanziell, die am wenigsten hat.

Enk-3 I: Aber bei dem Gespräch dann, bei der angeblichen Bärbel, wann sind Ihnen da die ersten Zweifel gekommen?

B: Wie sie sagte, dass sie das Kind nicht bei sich hätte.⁶⁴

Die Beispiele zeigen, dass im Tatverlauf offenbar werdendes Nichtwissen der Täter bzw. Täterinnen über wesentliche familiäre Sachverhalte zum Aufdecken der Täuschung führte. In einem Fall machte die Unkenntnis des Täters über die wirtschaftlichen Verhältnisse des ausgewählten Opfers sein Ersuchen um finanzielle Unterstützung durch das Opfer unplausibel. In dem anderen Fall führte das Unwissen der Täterin über familiäre Strukturen zum Aufdecken der Täuschung.

Eine Interviewpartnerin (Interview Zet-1) war in der Vergangenheit bereits einmal Opfer eines Betrugs und Diebstahls geworden. Damals hatten zwei Frauen ihr minderwertige Teppiche verkauft und zudem Geld aus ihrer Wohnung gestohlen. Zu der „Zetteltrick“-Tat, die primärer Gegenstand des Interviews war, gab das Opfer an, sie habe in einer der beiden Täterinnen eine der an der damaligen Tat beteiligten Frauen wiedererkannt, sei jedoch dieses Mal von der Glaubwürdigkeit des vorgebrachten Anliegens so überzeugt gewesen, dass den Täterinnen auch die zweite Tat gelingen konnte.

Zet-1 I: Sie meinen, das sind dieselben Leute ge ...

B: Das waren die wieder, das hab ich erkannt.

I: Ist Ihnen das erst im Nachhinein aufgefallen?

B: Nein, nein, nein, dass die das waren, ja.

I: Ist Ihnen schon an der Tür aufgefallen.

⁶³ Vortäuschen einer Notlage, um Opfer zu finanzieller „Hilfeleistung“ zu bewegen, s. o.

⁶⁴ Für die Interviewpartnerin war nicht vorstellbar, dass ihre Enkelin die erst zweijährige Tochter nicht zu dem Besuch mitbringen würde. Diese Information ließ das Opfer während des Telefonats misstrauisch werden und an der Identität der Anruferin zweifeln.

B: Eigentlich ja, ja. (...) Ja, und das waren die Damen wieder. Ich meine, ich meine mit einer andern. Beim ersten Mal wollten sie 'n Teppich verkaufen.

I: Also, Sie haben die reingelassen?

B: Ja, weil sie ja jetzt nur 'ne Nachricht da in den Briefkasten werfen wollte.

Eine weitere Befragte (Interview Ver-1) wurde Opfer des „Handwerkertricks“. Das Tragen von Arbeitskleidung („Handwerkeruniform“) führte hier zum Gelingen der Täuschung und damit zum Taterfolg. Das Opfer beschreibt, wieso ihr die Täter glaubwürdig erschienen.

Ver-1 B2⁶⁵: Das waren zwei Männer.

I: Und die waren, eh, als was?

B: In Uniform.

I: Und was für 'ne Uniform?

B2: Handwerker.

B: Das war auch so 'ne undefinierbare Uniform, also es waren beide in, aber ich könnte Ihnen nicht sagen welche.

B2: Wahrscheinlich so Arbeitszeug (I: Ja), so so (I: So 'n Blaumann?) Overall oder so was, nech?

B: Es war so 'n (B2: Grün?) dunkelblau.

I: Ja.

B2: Ja, wie so Handwerker sind, nech.

B: Sie behaupteten, sie hätten – da wäre irgendwas nicht in Ordnung, das müsste nachgeprüft werden. Na, da hab ich so eigentlich 'n vertrauensvolles Gefühl gehabt, ich dachte, so in Uniform, das klang auch alles so 'n bisschen echt bei denen. (...)

Ja, also in dem Augenblick waren die mir so sympathisch, dass ich ...

I: Da sind Ihnen keine Zweifel gekommen, dass die Ihnen was vormachen?

B: Nein, in dem Moment – ich rede immer davon, sag allen: „Ihr müsst die Türen zumachen und zu und bitte“ – und ich selber, da hakt's dann aus.

Die Faktoren, die das Aufdecken der Täuschung verhindert haben, lagen bei Interview Zet-1 in dem von den Täterinnen gegenüber der vorherigen Tat variierten Modus Operandi, während bei Interview Ver-1 neben der spontan empfundenen Sympathie das Tragen von Handwerker-Berufskleidung entscheidend für die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit der Täter war, die sich hierdurch als „befugte“ Personen ausweisen konnten.

Die Glaubwürdigkeit der Täter und damit das – aus Perspektive des Täters – Ge- bzw. Misslingen einer Tat hängen offenbar insbesondere von zwei Merkmalen ab: Zum einen darf das Täterverhalten nicht in offensichtlichem Widerspruch zu zentralen Merkmalen der Lebenssituation des Opfers bzw. derjenigen Person, die der Täter zu sein vorgibt, stehen (insbesondere beim „Enkeltrick“). Zum anderen muss der Täter durch die Art seines Auftretens das Opfer davon überzeugen, dass er ein „echtes Anliegen“ hat, dass sein Handeln etwa durch seine berufliche Rolle oder durch andere Merkmale (wie einen bestimmten Hilfebedarf durch eine Notlage) determiniert und legitimiert ist. Darüber hinaus sind Merkmale der Situation von Relevanz für das – aus Täterperspektive –

⁶⁵ Während des Interviews mit dem Opfer war die Tochter (gekennzeichnet als „B2“) anwesend, die teilweise die Antworten der Interviewten ergänzte/kommentierte.

Ge- oder Misslingen einer Tat. In den unten dargestellten Beispielen gelingen die Taten, weil die Täter es schaffen, die Geschehensabläufe und deren Tempo zu kontrollieren und den Opfern die Chance zu einer kritischen Reflexion des Geschehens zu nehmen.

Die Befragte in Interview Tep-1 wurde Opfer der „Teppichmasche“. Die Frau wurde von einem Mann, der an ihrer Haustür geklingelt hatte, in ein Gespräch verwickelt. Währenddessen klingelte das Telefon der Frau im Wohnzimmer. Als sie zum Telefon ging, folgte ihr der Täter und ließ dabei, von ihr unbemerkt, die Haustür offen. Nach dem Telefonat nahm der Täter sofort das Gespräch mit der Frau wieder auf. Er schlug ihr vor, ihm Teppiche abzukaufen. In diese Gesprächssituation platzte ein zweiter Täter, der mehrere Teppiche bei sich hatte. In dieser Situation fühlte sich die Frau derart überrumpelt, dass sie sich zu einem Kauf minderwertiger Teppiche überreden ließ.

Tep-1 I: Und war das vorher, das Gespräch, alles an der Tür?

B: Das war alles an der Tür. Und dann klingelte das Telefon und klingelte und klingelte und dann sagte er zu mir: „Gehen Sie doch mal ran ans Telefon.“ Und ich Blöde gehe auch noch ran ans Telefon. Und in dem Moment kommt der rein und setzt sich da hin.

I: Einfach so?

B: Einfach so, da in den Sessel rein. Und ich hab nun gedacht, er hätte die Tür zu-gemacht und bin auch gar nicht mehr dahingegangen. Na ja, und dann haben wir uns unterhalten und dann sagte er, er hätte Teppiche da und sein Vater wäre gestorben, in Hamburg, und er wollte das Teppichlager auflösen. Und da hab ich mir auch noch nichts bei gedacht! Und plötzlich kam dann 'n zweiter Mann rein – ich hatte ja kein Auto da gesehen –, 'n zweiter Mann rein mit einem großen Sack voller Teppiche. Und ich war ganz überrascht und dann haben die gleich die, die Dings da weg, die Stühle da weggenommen, den Teppich da hingelegt und den da weggenommen und ich, ich, ich, in dem Moment ging es mir ganz schlecht, nech? (I: Ja) Und ich konnte mich auch gar nicht wehren gegen diese Männer, ne? Und eh, ja und dann eh, haben die geredet und geredet, ich sollte doch die Teppiche nehmen und dann wollten sie mir diesen Teppich, den wollten sie mir wegnehmen, den wollten sie mir abkaufen und den auch. Und da hab ich gesagt, die sollen den Teppich da liegenlassen, ne? Ja, und dann hab ich doch zwei Teppiche gekauft, ne. Ich weiß gar nicht wieso, ich wollte die gar nicht haben! (I: Mhmm) Und eh, ja dann haben sie geredet und geredet und ich sag': „Sind die auch echt?“ Ja, die wären echt! Und, tja und dann hab ich denen das Geld gegeben, ne?

Die Geschädigte in Interview Hil-1 wurde Opfer des „Hilfetricks“. Der Täter täuschte eine Notlage vor: Er brauche dringend Geld für den Schlüsseldienst, da er sich ausgesperrt habe. Während der Tat verhielt sich der Täter hektisch, sprach schnell und erweckte den Eindruck, in großer Eile zu sein. Hierdurch ließ sich das Opfer täuschen.

Hil-1 I: Also, Sie sind an der Tür von einem Mann überrascht worden.

B: Ja, er kam die Treppe raufgestürmt. Sehr aufgeregt. „Ich hab den Schlüsseldienst“ und „Ich brauche 38 Mark.“ und: „Damit die mir die Tür aufmachen. Ich bringe es Ihnen sofort zurück, wenn ich im Haus bin und wenn die fertig sind. Lassen Sie die Tür ruhig auf, ich bin ja dann wieder da“. Und dann ist er weggestürmt wieder und er kam nicht wieder, nicht nach einer Stunde, nicht nach zwei Stunden und da hab ich gedacht: „Das war ja wohl ein Reinform.“

I: Da sind Ihnen auch erst die ersten Zweifel gekommen?

B: Ja, ja ja ja ja.

Die Faktoren, die zum Gelingen der Täuschung führten, lagen hier zum einen in dem Überraschungsmoment, welches die Täter in die Tatsituation einführten, um dem Opfer Reflexions- und Handlungsspielräume zu nehmen. Zum anderen wurde ein hohes Tempo in die Interaktion hineingebracht und dem Opfer damit kaum eine Chance zur Reflexion gelassen.

Inanspruchnahme und Bedarf von formeller und informeller sozialer Unterstützung

Art, Intensität und Schnelligkeit der Suche nach sozialer Unterstützung waren geprägt von dem Bedrohungserleben der Opfer einerseits und ihrer Bewertung des eigenen Verhaltens während der Tat bzw. des Tatversuchs andererseits. Frauen, die sich durch das Ereignis nur wenig bedroht fühlten, jedoch ihr eigenes Verhalten während der Tat kritisch betrachteten, wandten Strategien kommunikativer Vermeidung an. Aus Scham wurde zunächst weder die Polizei informiert noch vertrauten sie sich jemandem aus dem privaten Umfeld an, um über das Geschehene zu sprechen.⁶⁶

Hil-1 B: Und wie gesagt, dann hab ich nichts gemacht, ich wollte auch nicht zur Polizei.

I: Mit wem konnten Sie denn noch über die Tat sprechen?

B: Ich hab mit keinem drüber gesprochen.

I: Auch nicht mit engen Freunden oder ...?

B: Nein, weil ich mich, wie gesagt so geärgert hab', dass ich drauf reingefallen bin.

I: Also wollen Sie das dann lieber für sich behalten?

B: Ja.

Jene Opfer, die das Ereignis als bedrohlich einstufen, da sie z. B. fürchteten, von den Tätern zu einem späteren Zeitpunkt zu Hause aufgesucht zu werden, mobilisierten verfügbare soziale Unterstützung. Ebenso reagierten jene, die sich des Umstands vergewissern wollten, dass sie von den Tätern getäuscht worden waren. In den meisten Fällen wurde zunächst Unterstützung bei einem Familienmitglied gesucht.

Enk-3: Und dann hat sie aufgelegt und dann hab' ich meinen Sohn angerufen und dann war der auch in Druck und alles. „Was mach ich denn nun?“ „Ruf den Notruf an, Polizei.“ Und das hab ich denn auch gemacht.

Nicht jede Form des sozialen Austauschs mit Bekannten, Freunden und Verwandten wurde von den Betroffenen als hilfreich erlebt. Insbesondere kritische Bemerkungen zum Verhalten des Opfers während der Tat und das Wiedererleben des Geschehens durch Gespräche empfanden die Opfer als Belastung. Einige wollten aus Scham bzw. Furcht vor Kritik nicht über das Ereignis sprechen. Interview Tep-1 zeigt beispielhaft, dass das Anvertrauen des Erlebten gegenüber einem nahestehenden Menschen auch als Entlastung erlebt werden kann und sich dadurch positiv auf die Bewältigung des Ereignisses auswirkt.

⁶⁶ Betrugsdelikte haben insofern eine besondere Beziehung zur Emotion und Scham auf der Opferseite, als es sich um Taten handelt, bei denen der Täter nur dann erfolgreich sein kann, wenn das Opfer ihm „auf den Leim geht“, die Täuschung nicht oder erst zu spät bemerkt, einen Verdacht nicht ernst genug nimmt etc. Scham- und Schuldgefühle aufseiten der Betroffenen sind besonders in solchen Fällen zu erwarten, in denen die Täuschung nicht perfekt war, es also Hinweise gab, die vom Opfer nicht wahrgenommen oder fehlinterpretiert wurden. Ferner dürften Fälle besonders problematisch sein, in denen der entstandene finanzielle Schaden direkt oder indirekt auch Dritte betrifft (z. B. mitgeschädigte Haushaltsmitglieder oder etwa Familienmitglieder, die nun unterstützend einspringen müssen).

*Tep-1 B: Meine Freundin, die ist gekommen und hat über diese Sache geredet. Die hat dage-
sessen und hat mit mir über die Sache geredet. Nech, es hat mich damals sehr getroffen,
das muss ich sagen, ne.*

*I: Und haben Sie das denn als hilfreich empfunden, dass Sie dann wenigstens darüber spre-
chen konnten?*

*B: Doch am Anfang, ja, ja, ja, ja, ja, das hab' ich schon, ne. Man muss ja mit jemandem drü-
ber reden, ne.*

Die Interviews Zet-1 und Enk-2 stehen als Beispiele dafür, dass die betroffenen Frauen aus Scham oder aus Furcht vor Kritik nicht über die Tat sprachen bzw. weil ihnen Vorwürfe bezüglich ihres Verhaltens gemacht wurden. In der Aussage von Enk-3 wird deutlich, dass durch das Sprechen über die Viktimisierungserfahrung die Erinnerung an das trau- matische Erlebnis immer wieder aktiviert wird; dies erlebt die Betroffene als belastend. Insbesondere bei Opfern des „Enkeltricks“ kann auch Scham über die falsche „Identifika- tion“ von Verwandten vermutet werden bzw. darüber, sich (möglicherweise aus emoti- onaler Bedürftigkeit heraus) so sehr über den Anruf zu freuen, dass sie dahinter tatsäch- lich eine vertraute Person vermutet haben.

*Zet-1 Also mein – ich habe einen älteren Bruder, der nicht in [X-Stadt] lebt. Aber seitdem
mein Mann tot ist – der is schon lange tot – und ich alleine bin und – Schwieger ... , alles lebt
nicht mehr –, seitdem komme ich mir immer vor wie 'nen kleines Kind, nich, er ist immer
sehr besorgt. Und, und wenn ich das erzählen würde, der würde mich entmündigen las-
sen, nur ich ... [weinerliche Stimme] ... Und aber, ja, ja, es ist Dummheit einfach, es ist, es ist
schlimm von mir, was ich gemacht hab', darum erzähl ich das auch meinem Bruder nich',
der der wird dann, dann wird der sich zu Hause aufregen auch und ärgern. (...) Ja, ja eh die
[Freunde]⁶⁷ verstehen mich nicht, dass ich hier so jeden inne Wohnung lasse, nech, und das
versteh keiner, darum erzähl ich das auch meinem Bruder nicht. (...) Nein, das hab ich nie
erzählt. Der würde, der, der, das wär, das wär, nein, nein, das will ich ihm nich antun, mir
nicht antun.*

*Enk-2 Aber eh, eine Bekannte, die hat gesagt: „Na ja, du bist ja auch immer gleich so mittei-
lungsbedürftig, ich hätte das überhaupt nicht alles gesagt.“ Ich sag: „Mensch, Helga! Wenn
jemand dich so anspricht und du meinst, das ist dein Cousin, denn sprichst du ja auch nor-
mal, nich?“ Sie hat ja Recht, ich rede ja auch 'n bisschen viel, wenn der Tag lang ist, nech.
Also irgendwo, dass dann so persönliche Sachen so jetzt mit dem Tod von meiner Schwes-
ter und so, dass ich das dann so ... Ich sag: „Menschkind noch mal! Das hättest du auch
gesagt!“*

I: Haben Sie sich da im Nachhinein Vorwürfe gemacht?

B: Nee, ich kenn mich ja, nee.

I: Also stört Sie dann, stört Sie das nicht?

*B: Nee, nein, ich hab das jetzt so gesagt und ich bin da ja auch gut rausgekommen und da
mach' ich mir keine Vorwürfe, ne?*

*Enk-3 Und vor allen Dingen, wenn die Kinder kamen und fragten und man musste das
immer wieder erzählen, das, weiß nicht, das regt mich dann so auf. Und find ich nicht
schön.*

⁶⁷ Zur besseren Lesbarkeit wurden nicht vollständig ausgesprochene, aber im Kontext eindeutig „gemeinte“
Begriffe in eckigen Klammern hinzugefügt, wenn sie für das Verständnis unabdingbar sind.

Die formelle Unterstützung durch die Polizei wurde von den betroffenen Frauen als hilfreich erlebt. Die Anwesenheit der Polizei vermittelte Sicherheit, und die Polizisten wurden in ihrem Auftreten als höflich und freundlich empfunden.

Zet-1 I: Und die [die Polizei], haben Sie, die haben Sie ernst genommen?

B: Ja, natürlich sehr.

I: Und, ehm, die (...) Polizei, fanden Sie die hilfreich?

B: Ja, die waren sehr freundlich; ja, das kann ich nicht anders, die kamen sofort noch abends so bei halb zehn oder so (...), das Revier is' im Stadtteil X dahinten, is' weit weg und die sind gleich gekommen.

Enk-3 I: Wie haben Sie sich denn (...) direkt danach gefühlt, also nachdem Sie die Polizei angerufen haben, hatten Sie da Angst, dass die Täter [vorbeikommen]?

B: Nee, an und für sich hab' ich gedacht: „Ach, die kommen ja.“

I: Die Polizisten kommen?

B: Ja, ja, die kommen ja, dann biste ja nicht alleine, wenn sie [die Täterin] kommen sollte, aber die ist ja nicht gekommen.

Während das Opfer in Interview Tep-1 den unmittelbaren polizeilichen Einsatz als positive Unterstützung empfand, zeigte sich die Frau enttäuscht von dem Ausbleiben der zugesagten Hilfestellung bei der Sicherung des Hauses durch die Polizei.

Tep-1 I: Und wie haben Sie die Polizeiarbeit empfunden? Die Polizisten?

B: Also ganz nett! Also, sie haben sich Mühe gegeben, das muss ich sagen.

I: Sind die denn noch mal (...) zu Ihnen nach Hause gekommen und haben?

B: Haben erst gesagt, sie wollten noch mal gucken, ob man das hier noch was verbessern könnte an der Tür, aber ...

I: Das haben sie Ihnen angeboten?

B: Haben sie angeboten und erst haben sie auch gesagt, sie wollten die Teppiche abholen, aber haben sie doch nicht gemacht, ne? (I: Ja). Was sollen sie auch damit anfangen, ne? (...) Vielleicht haben sie gedacht, das täte nicht nötig, ne?

I: Waren Sie denn enttäuscht, dass die Polizei dann doch nicht gekommen ist, um [Sicherheitstipps zu geben]?

B: Zuerst ja, zuerst ja, ja, weil sie gesagt haben, sie wollten hier mal herkommen und mal gucken, was hier noch zu ändern ist an der Tür.

Mittel- und langfristige Tatfolgen

Die Frage mittel- und langfristiger Folgen stellt sich für diejenigen, bei denen es beim Versuch einer Tat blieb, grundlegend anders dar als für die Opfer vollendeter Taten. Erstere haben weder einen materiellen Verlust noch einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Tat zu verarbeiten, während Letztere sich mit eben diesen Faktoren auseinandersetzen müssen. Insofern stellt sich bei den vier Opfern des versuchten Einzeltricks, denen es allesamt gelang, die Täuschung als solche zu entlarven, die Bewältigung als erfolgreich abgeschlossen dar. Eine eher nachhaltige Belastung des Ereignisses konnte dagegen bei den Opfern vollendeter Taten festgestellt werden.

Die Opfer der versuchten Einzeltricks konnten das Erlebte relativ schnell nach der Tat positiv bewältigen. Neben der Tatsache, keinen materiellen Schaden erlitten zu haben, trug auch dazu bei, dass die Opfer sich nicht hatten täuschen lassen.

Enk-3 I: Ja. Und hatten Sie denn auch einmal das Gefühl nach der Tat, dass Sie sich über sich selbst geärgert haben?

B: Eher erleichtert, ne, dass das noch so ausgegangen ist, dass ich nicht so doof war und noch was hergegeben hab.

I: Waren Sie froh darüber?

B: Ja, im gewissen Sinne ja.

Enk-2 I: Und ärgern Sie sich heute noch über sich?

B: Nee, nee. Bin ein positiv denkender Mensch.

I: Also belastet Sie die Tat heute (B: Überhaupt nicht!) nicht mehr?

B: Nein, nee. Also eh, die hat mich eigentlich nur die ersten paar Tage beschäftigt, nicht belastet.

Enk-4 B: Ich hab', muss man ganz ehrlich sagen, ich habe mich nachher beruhigt.

I: Fühlen Sie sich denn dann heute insgesamt besser jetzt schon? Oder belastet Sie das immer noch?

B: Also ich quäl' mich nicht mehr darum, für mich ist das gegessen.

Die Bewältigung der erlebten vollendeten Taten wurde durch den Ärger und die Scham über das eigene Verhalten – die Täuschung nicht während der Situation bemerkt zu haben bzw. nicht richtig reagiert zu haben – erschwert.

Ver-1 B: Also, ich mein, ich könnt mich prügeln, das hat mich natürlich furchtbar bedrückt, auch im Traum, und ich war mit meinen Gedanken dauernd dabei. Das wohl schon, die erste Zeit ... Na ja, also das hat lange, mich lange belastet, muss ich schon sagen.

I: Und inwiefern hat Sie belastet? Mussten Sie ständig darüber nachdenken oder hatten Sie ...?

B: Nein, vor allen Dingen hatte ich ein schlechtes Gewissen (I: Ja), wegen der Ketten von Frau K., also das hat mich immer sehr bedrückt.

B2 [Tochter]: Sie hat sie ja oben reingelassen.

I: Ja, also hauptsächlich noch wegen Ihrer Nachbarin oder auch wegen Ihnen selbst?

B: Na ja, ich selbst auch. Mich innerlich beschimpft.

I: Und wie geht es Ihnen heute mit der Tat? Also haben Sie das jetzt heute überwunden? Oder belastet Sie das immer noch?

B: Die, die Phasen, die geschehen, die hab ich überwunden.

I: Denken Sie auch nicht mehr so viel drüber nach?

B: Nee, es hilft ja auch nichts. Immer wenn ich dann die Kette oder das, was ich da verloren hab', gerne gehabt hätte, um es anzustecken oder so, dann ärger' ich mich. Aber was soll ich machen?

Tep-1 B: [Zum Kauf der Teppiche] Ich habe, erst habe ich gesagt, ob ich das überweisen? Nee, das müssten se sofort haben, haben se gesagt. Und ich Blöde hab das noch gemacht! Kann ich mich heute noch drüber ärgern, ne?

I: Jetzt ist ja schon etwas Zeit verstrichen, was würden Sie sagen, wie Sie sich heute fühlen? Geht es Ihnen wieder besser? Oder fühlen Sie sich immer noch belastet durch die Tat?

B: Doch, schon, immer noch!

I: Also, das beschäftigt Sie noch? (B: Ja) Heute?

B: Ja. Das Geld ist ja weg.

Die Interviews geben keine Hinweise darauf, dass durch die Erfahrungen eine generelle Steigerung der Kriminalitätsfurcht der Betroffenen bewirkt worden wäre. Soweit die Betroffenen Veränderungen beschreiben, beziehen diese sich in erster Linie auf eine erhöhte Vorsicht.

Enk-1 I: Sind Sie denn durch die Tat misstrauischer geworden?

B: Nö.

I: Auch nicht ängstlicher?

B: Nö.

I: Hat sich denn irgendwas durch die Tat für Sie verändert?

B: Besser geworden? Nö. Auch nicht schlechter.

Zet-1 I: Sind Sie denn ängstlicher geworden durch die Tat?

B: Ach nein, das ach, ach, das war, vergessen hab' ich das natürlich nicht, nein. Und ich weiß ja, dass ich mich schützen kann, hab' ja das alles, nich? Dass ich hier niemanden in die Wohnung lasse.

I: Und wie geht es Ihnen heute insgesamt, nach der Tat? Fühlen Sie sich immer noch unsicher?

B: Nein, das nicht, aber ich passe besser auf.

Enk-3 I: Und sind Sie danach ängstlicher geworden? Unsicherer oder ...?

B: Ja, vorsichtiger (I: Vorsichtiger), noch vorsichtiger.

Hil-1 Ja, ich meine ich bin jetzt 'n bisschen vorsichtiger, ängstlich nicht, aber vorsichtiger.

Das im Rahmen der Studie interviewte Opfer der „Teppichmasche“ beschreibt lang anhaltende Reaktionen. Noch zum Zeitpunkt des Interviews stellte die Frau als Vorsichtsmaßnahme einen Stuhl vor die Tür, um ein unbemerktes Eindringen eines Fremden in ihren privaten Wohnbereich zu verhindern. Auch hier werden nicht Emotionen, sondern – die eigene subjektive Sicherheit erhöhende und damit mutmaßlich emotionsregulierende – Verhaltensreaktionen angesprochen.

Tep-1 I: Und haben Sie sich dann nicht unsicherer gefühlt oder Angst gehabt, dass ...?

B: Ja sicher, die erste Zeit hab ich immer den großen Sessel davor gestellt und da hinten auch was vorgestellt. Und an der Tür stell' ich heute noch was vor, damit ich weiß, dass ich höre, wenn da jemand mal reinkommt.

Die berichteten Reaktionen sind kongruent mit Erkenntnissen altersbezogener Kriminalitätsfurchtstudien, denen zufolge ältere Menschen sich nicht durch ein erhöhtes Maß an Furchtsamkeit auszeichnen, wohl aber durch besondere Vorsicht. Dies scheint die primäre Reaktionstendenz auch bei jenen zu sein, die Opfer eines täuschungsbasierten Eigentums- oder Vermögensdelikts geworden sind.

Perspektiven der Prävention

Die Befunde der Interviewstudie weisen unter anderem darauf hin, dass die Vermittlung von Informationen über Vorgehensweisen von Tätern und Täterinnen, die gezielt ältere und hochaltrige Menschen als Opfer von Betrugs- und Diebstahlsdelikten auswählen, in hohem Maße erforderlich und hilfreich ist. Zugleich reicht eine solche „reine“ Informationsvermittlung nicht immer aus. In den hier untersuchten Fällen mit direktem Kontakt des Opfers zum Täter waren die Betroffenen meist von der Situation überfordert bzw. überrumpelt, sodass es ihnen nicht gelang, die Täter an der Haustür abzuwehren.

Zur Vorbereitung auf derartige Situationen kann etwa das Einüben hilfreicher Verhaltensweisen in Rollenspielen wirksamer sein als das Vermitteln von Sachinformationen über Täterverhalten oder auch das „nur kognitive“ Transportieren von Verhaltenshinweisen für Opfer.

Im Bereich der Opfernachsorge ist darauf hinzuweisen, dass die Opfer die Polizei als durchweg hilfreich und unterstützend empfunden haben. Eine Opfernachsorge ist auch im Bereich von Eigentums- und Vermögensdelikten sinnvoll, um den Betroffenen die Bewältigung des Erlebten zu erleichtern, ihr Sicherheitsgefühl zu stärken und geeignetes Vorsichtsverhalten zu trainieren.

Materialien und Veranstaltungen zur Information und Sensibilisierung älterer Menschen sollten sowohl Möglichkeiten der Prävention als auch der Opfernachsorge aufzeigen. Insbesondere sollte dabei auch auf die der Inanspruchnahme von Hilfe oft entgegenstehenden Scham- und Schuldgefühle der Opfer eingegangen werden.

4.1.2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die – wiederum aus mehreren Komponenten bestehende – Teilstudie zu spezifischen, auf Täuschungsstrategien der Täter basierenden Eigentums- und Vermögensdelikten an älteren und hochaltrigen Menschen führt zu einer Reihe von Ergebnissen und Schlussfolgerungen.

- Entgegen dem allgemeinen Trend zu einem Rückgang der Kriminalitätsgefährdung im Alter gibt es im Bereich der Eigentums- und Vermögenskriminalität Deliktsfelder, bei denen dies nicht der Fall ist, vielmehr gezielt ältere Menschen als Opfer „angesteuert“ werden und diese Gruppe insofern ein erhöhtes Risiko trägt. Musterbeispiele hierfür sind der sogenannte „Enkeltrick“, bei dem eine Verwandtschaftsbeziehung und eine finanzielle Notlage vorgetäuscht und vielfach beträchtliche Summen betrügerisch erbeutet werden sowie zahlreiche Varianten von Trickdiebstählen (etwa „Stadtwerketrick“), bei denen die Täter unter dem Deckmantel einer professionellen Identität Zutritt zur Wohnung des Opfers erlangen und dieses ablenken, während mindestens ein weiterer Täter die Wohnung nach Bargeld und Wertgegenständen durchsucht.
- Es handelt sich bei den täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten um Kriminalitätsrisiken, die nur zum kleinen Teil im öffentlichen Raum bestehen. Vielmehr geht es um Tatbegehungsweisen, bei denen zuvor aufgrund ihres (bekannten oder vermuteten) Alters ausgewählte Personen in ihrer Privatwohnung von Straftätern und Straftäterinnen aufgesucht bzw. telefonisch kontaktiert werden.
- Bezüglich der Opfergruppe wird deutlich, dass es nicht „die Älteren“ (im Sinne der Altersgruppe 60+) als große demografische Gruppe sind, auf welche die „motivierten Täter“ es abgesehen haben, sondern innerhalb dieser Teilpopulation sind wiederum bestimmte Gruppierungen, insbesondere hochaltrige alleinlebende Frauen, besonders gefährdet.
- Diese spezifische Gefährdung wurde bislang durch die Polizeiliche Kriminalstatistik in keiner Weise abgebildet, zeigt sich aber bei entsprechend angelegten Analysen poli-

zeitlicher Daten. Die „Unsichtbarkeit“ dieser Gefährdung sollte künftig sowohl bei der Ausgestaltung der PKS als auch bei der Gestaltung von Viktimisierungsbefragungen Berücksichtigung finden.

Dass Menschen aufgrund ihres Alters und Geschlechts bzw. aufgrund vom Täter mit ihrem Alter und Geschlecht assoziierter Merkmale als Opfer ausgewählt werden, ist nicht nur bei Taten an Hochaltrigen der Fall, sondern auch bei manchen Delikten an Kindern, insbesondere sexuellen Gewalthandlungen. Gemeinsam ist beiden Deliktsgruppen, dass als Opfer Personen gesucht werden, die durch eine geringe körperliche Widerstandsfähigkeit gekennzeichnet sind, von denen der Täter annehmen kann, dass es ihm leicht fallen wird, sich durchzusetzen und bei denen aus Täterperspektive die Wahrscheinlichkeit einer späteren Strafverfolgung eher gering ist (weil die Opfer es schwer haben werden, die Vorwürfe in einer gerichtsverwertbaren Weise zu formulieren bzw. weil es dem Täter leicht fällt, das Opfer an einer Anzeigerstattung zu hindern bzw. es davon abzubringen).

Sofern eine solche gezielte Opferselektion stattfindet, muss der für die Tat erforderliche Zugang zum Opfer bzw. zum Zielobjekt für den Täter möglich sein. Laut Felson (2002, S. 98) kommt der Zugang zum Opfer bzw. Zielobjekt (*target*) auf mindestens einem von drei Wegen zustande: (a) durch einander überlappende Aktivitätsbereiche von Täter und Opfer (bzw. *target*), (b) aufgrund persönlicher Bindungen oder (c) vor dem Hintergrund bestimmter beruflicher Funktionen, Rollen und Aufgaben.

Aus der Perspektive eines „typischen“ (männlichen, eher jungen) Straftäters (bzw. einer an der Begehung von Straftaten interessierten und dazu motivierten Person) ergibt sich in Bezug auf hochaltrige Menschen hingegen zunächst folgende Konstellation:

- I Hochaltrige verfügen vielfach über Vermögen, welches für den Täter als Beute interessant wäre.
- I Ihr gesundheitlicher Zustand, ihre körperliche wie intellektuelle Verfassung bedeuten für den Täter ein gegenüber einer Viktimisierung jüngerer Erwachsener vermindertes Risiko sowohl der Abwendung der Tat durch das Opfer als auch der Strafverfolgung.
- I Zugleich sind die „überlappenden Aktivitätsbereiche“ mit dieser Opfergruppe aufgrund auch mit dem Alter verknüpfter Divergenzen in Lebensstilmerkmalen relativ klein.⁶⁸ Der Überschneidungsbereich wird umso kleiner, je stärker eine ältere Person gesundheitlich eingeschränkt ist (und damit auch: je geringer das Risiko für den Täter wäre, wenn er Zugang zum Opfer fände).

Der motivierte Täter hat mehrere Möglichkeiten, dennoch Straftaten an älteren und hochaltrigen Menschen zu begehen:

- I Er kann – in begrenztem Maße – die „überlappenden Aktivitätsbereiche“ mit der genannten Gruppe aktiv vergrößern – etwa, indem er zu Zeiten, zu denen dort besonders viele Seniorinnen und Senioren unterwegs sind, bestimmte Straßen und Gebäude aufsucht (Fußgängerzonen der Städte, Kaufhäuser, Banken etc.).

⁶⁸ Der Täter wird hochaltrige Personen nur selten etwa in einer Bar, bei einem Popkonzert oder einer Sportveranstaltung antreffen.

- | Er kann seine Aufmerksamkeit und sein Suchverhalten auf diejenigen Hochaltrigen konzentrieren, die seinen alltäglichen Lebensraum teilen (z. B. Nachbarn) oder zu denen persönliche Beziehungen/Verbindungen bestehen (z. B. ältere Verwandte).
- | Er kann sich in berufliche/institutionelle Kontexte begeben, aus denen heraus ältere/hochaltrige Opfer für ihn erreichbar werden (also z. B. eine dauerhafte oder vorübergehende Tätigkeit im Altenhilfebereich oder in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe benutzen, um sich am Vermögen von Klientinnen und Klienten zu bereichern).
- | Er kann – und genau dies ist die Logik, welche dem sogenannten „Enkeltrick“ zugrunde liegt – eine persönliche Bindung vortäuschen und sich damit Zugang zum Opfer verschaffen.
- | Er kann ebenso – das geschieht zum Beispiel beim sogenannten „Stadtwerketrick“ – eine berufliche Position und Aufgabe fingieren, die ihm – von außen legitim erscheinende – Zutrittsmöglichkeiten zur Wohnung des Opfers und damit die Aussicht auf Zugriff auf dessen Vermögen verschafft.
- | Er kann schließlich eine zufällige, jedenfalls nicht zielgerichtet herbeigeführte Überschneidung von Aktivitätsbereichen vortäuschen. Dies geschieht etwa bei den sogenannten „Zettel-und-Stift-Tricks“, bei denen die Täter an der Wohnungstür des Opfers klingeln, unter dem Vorwand, einem Nachbarn eine Botschaft hinterlassen zu wollen, um Papier und einen Stift bitten und dieses Manöver dazu benutzen, einen zweiten Täter in die Wohnung einzuschleusen, der sie nach Wertgegenständen durchsucht.

Jeder der drei von Felson (2002) skizzierten Zugänge – einander überschneidende Aktivitätsbereiche, persönliche Bindungen und berufliche Rollen – hat somit einen „Doppelgänger“, bei dem Straftäter den Nähe schaffenden Faktor bzw. das diesem zugrunde liegende Motiv vortäuschen, um sich Zugang zu interessanten *targets* zu verschaffen. Es handelt sich in den Fällen, in denen Täter eine verwandtschaftliche Beziehung oder eine berufliche Rolle und Aufgabe simulieren, um *crimes of specialized access* (Felson, 2002), bei denen der zur Tatbegehung erforderliche Zugang vom Täter nicht als die Tat erleichternder bzw. überhaupt erst ermöglichender Umstand „vorgefunden“, sondern „hergestellt“ wird.

Bei den beschriebenen Betrugsstraftaten und mit Täuschungen einhergehenden Diebstählen suchen die Täter und Täterinnen nicht „irgendein älteres Opfer“, sondern Personen, bei denen die Erreichbarkeit durch Täter außerhalb des unmittelbaren Umfeldes noch vorhanden ist (die also z. B. nicht dauerhaft bettlägerig sind), die selbstständig über ihr Vermögen verfügen, nach Möglichkeit alleine leben und deren körperliche und intellektuelle Verfassung die Tatbegehung erleichtert und die Verfolgung der Tat erschwert. Das „ideale Opfer“ wäre somit die alleinlebende hochaltrige Frau mit beträchtlichem Barvermögen, die hinsichtlich körperlicher Kraft und Schnelligkeit und bezüglich ihrer Aufmerksamkeit und ihrer Fähigkeit, eine komplexe und mehrdeutige Situation rasch zu analysieren und entsprechend dieser Analyse zu handeln, eingeschränkt ist. Reale Opferselektionsprozesse werden diesem Ideal im Ergebnis mehr oder weniger nahe kommen, und der Täterfolg wird u. a. davon abhängen, inwieweit es dem Täter gelingt, seine Opferwahl den genannten Kriterien anzunähern.

4.2 Jenseits der Kriminalstatistik: Befunde einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung

Thomas Görge, Sandra Herbst, Susann Rabold

4.2.1 Überblick

Auch in diesem Kapitel geht es um die Thematik Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen in der Phase nach dem 60. Lebensjahr. Der Perspektivenwechsel, der nun vollzogen wird, ist der von der behördlich bekannt gewordenen Kriminalität, von Daten, die bei der Polizei vorliegen, zu Ereignissen, die möglicherweise nur den unmittelbar Beteiligten bekannt sind. Seit Langem ist man sich der Selektivität von Hellfelddaten (oftmals auch ihrer mangelnden Qualität) bewusst. Im Bereich der empirischen viktimologischen Forschung lassen sich daher heute drei wesentliche Zugänge und Datenquellen unterscheiden:

- I Analysen kriminalstatistischer Daten (mit dem nicht zu überwindenden Problem der Selektivität der Daten durch Beschränkung auf das Hellfeld),
- I Viktimisierungssurveys (Opferwerdungsbefragungen): Befragungen repräsentativer Bevölkerungstichproben im Hinblick darauf, ob sie innerhalb einer einheitlichen Referenzperiode Opfer eines bestimmten Kanons von Straftaten wurden,
- I „echte“ Opferbefragungen: Befragung von Personen, deren Viktimisierung zuvor den Strafverfolgungsbehörden oder anderen Instanzen bekannt geworden war; auf diese Gruppe entfallen vor allem qualitative Interviewstudien sowie klinische Studien (meist mit Opfern schwerster Gewalt- und Sexualdelikte).

Diese Zugänge sind als einander ergänzend zu betrachten. So lassen sich Opferprävalenzen in einem über das polizeiliche Hellfeld hinausgehenden Sinne nur über Surveys an hinsichtlich ihres Opferstatus unausgelesenen Bevölkerungstichproben bestimmen; zugleich erfassen derartige Surveys vor allem Delikte am unteren Ende des Schwerepektrums und erreichen bestimmte, möglicherweise hoch gefährdete Bevölkerungsgruppen (Wohnsitzlose, illegale Zuwanderinnen und Zuwanderer, Demenzkranke etc.) nicht hinreichend.

Die Perspektive der in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Untersuchungskomponenten wird erweitert und ergänzt durch eine für die Altersgruppe 40 bis 85 Jahre weitgehend⁶⁹ repräsentative Bevölkerungsbefragung zu Erfahrungen mit Kriminalität und mit – in einem weiten Sinne – gewaltförmigem Verhalten von Familien- und Haushaltsmitgliedern. Im Folgenden werden zentrale Merkmale und Befunde dieser Studie präsentiert.

⁶⁹ Weitgehend in dem Sinne, dass Alter, Geschlecht, Siedlungsstruktur etc. in der Stichprobe adäquat abgebildet sind, dass aber eine derartige Befragung unausweichlich dort an Grenzen stößt, wo sich innerhalb von Bevölkerungsgruppen Merkmale häufen, welche eine „standardisierte Befragbarkeit“ aufheben oder infrage stellen.

4.2.2 Grundlegender methodischer Zugang

Es handelt sich bei der im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Wortsinne nicht um eine Opferbefragung (denn die befragten Personen wurden nicht nach ihrem Status als Opfer oder Nichtopfer von Kriminalität ausgewählt), sondern um eine Viktimisierungs- oder Opferwerdungsbefragung, bei der erst durch die Befragung festgestellt wird, ob, in welchem Maße und in welcher Weise Menschen Opfer von Kriminalität und Gewalt wurden. Daher wird auch im Folgenden den Termini „Viktimisierungsbefragung“ und „Opferwerdungsbefragung“ gegenüber dem etwas eingängigeren Begriff „Opferbefragung“ der Vorzug gegeben.

Ein wesentliches Gestaltungskriterium der Viktimisierungsbefragung war die Vergleichbarkeit mit dem KFN-Opferwerdungssurvey 1992. Daher wurde die seinerzeit gewählte Kombination von persönlich-mündlicher Befragung und schriftlicher Befragung in der aktuellen Untersuchung beibehalten. Für Studien, die auch die Erfassung von häuslicher Gewalt oder Nahraumgewalt zum Gegenstand haben, hat sich diese kombinierte Form der Befragung bewährt und etabliert.⁷⁰

Ein wesentlicher Vorteil einer persönlich-mündlichen Befragung liegt in der erleichterten Beantwortung komplexer Fragen, bei denen die Interviewerin oder der Interviewer zusätzlich visuelle Hilfsmittel (Karten, Listen etc.) verwenden kann. Ferner gibt sie der Interviewerin oder dem Interviewer Möglichkeiten abzuschätzen, inwieweit die befragte Person in der Lage ist, die Fragen zu verstehen und zu beantworten; Rückfragen können direkt beantwortet werden. Die unmittelbare Interaktion kann zudem vertrauensbildend wirken. Bei der Untersuchung innerfamiliärer Gewalt hat sich die auch in der KFN-Befragung 1992 verwendete schriftliche *Drop-off*-Technik bewährt. Die Interviewerin oder der Interviewer lässt hierbei am Ende eines *Face-to-Face*-Interviews in einem befragten Haushalt bzw. bei einer befragten Person einen zum Selbstauffüllen durch den Befragten konzipierten Bogen zurück, den sie oder er zu einem späteren Termin abholt⁷¹. Bei der vorliegenden Erhebung haben die Interviewerinnen oder die Interviewer in einer Reihe von Fällen – je nach situativen Gegebenheiten – auch gewartet, bis der Befragte den Bogen ausgefüllt hatte; in Ausnahmefällen wurden die ausgefüllten *Drop-off*-Bögen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern direkt an *infas* (als das die Befragung operativ durchführende Institut) geschickt.

Gerade in Bezug auf Nahraumgewalt bietet die *Drop-off*-Technik mehrere Vorteile:

- Sie gibt dem Befragten die Möglichkeit, Ereignisse aus dem Privatbereich zu berichten, ohne sich der Interviewerin oder dem Interviewer direkt offenbaren zu müssen.
- Der Befragte kommt nicht in die Situation, seine Antworten möglicherweise in Gegenwart anderer Haushaltsmitglieder, die prinzipiell als Täter von Nahraumgewalt infrage kommen, sprachlich formulieren zu müssen und sich dadurch der Gefahr von Repressalien auszusetzen.

⁷⁰ Eine Untersuchung mit ähnlichem Zugang ist beispielsweise die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; 2005b).

⁷¹ Um Gefahren zu minimieren, die entstehen könnten, wenn ein gewalttätiges Haushaltsmitglied den Bogen findet, sollte dieser unmittelbar nach dem Ausfüllen in einem Umschlag verschlossen und mit der Interviewerin oder dem Interviewer ein zeitnahe Abholtermin vereinbart werden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass innerfamiliäre Gewaltanwendung verschwiegen wird, erscheint bei einem mündlichen Interview im alltäglichen Lebensumfeld des Befragten größer als bei einem schriftlichen Selbstausfüller. Allerdings birgt eine schriftliche Befragung im Vergleich zu einem mündlichen Interview ein erhöhtes Risiko für unvollständige Daten – sei es durch vollständige Verweigerung, durch unvollständiges Ausfüllen oder durch Missverstehen von Fragen. Die Anforderungen an den Grad der Beherrschung der deutschen Sprache sind bei Selbstausfüllern höher als bei persönlich-mündlichen Befragungen, da die Teilnehmerin oder der Teilnehmer Schriftsprache hinreichend lesen können muss.

Befragungsinstrument: Die Instrumente des KFN-Survey 1992 wurden so überarbeitet, dass in zentralen Bereichen direkte Vergleiche beider Befragungen möglich sind. Zugleich wurden aber Anpassungen im Hinblick auf gewandelten Erkenntnisbedarf sowie methodische Weiterentwicklungen vorgenommen (vgl. hierzu Görgen, Rabold & Herbst, 2006).

Die Instrumente der Viktimisierungsbefragung umfassten einen ca. 65-seitigen Fragebogen für die persönlich-mündliche Befragung und einen ca. 40-seitigen Bogen für die schriftliche *Drop-off*-Befragung. Beide Bögen wurden im DIN-A4-Format gestaltet und trugen den Titel „Sicherheit und Wohlbefinden im Alltag – Erfahrungen und Gefährdungen“.

Das Instrument für die Face-to-Face-Befragung umfasste im Wesentlichen die folgenden thematischen Bereiche:⁷²

- | Opfererfahrungen⁷³ und Viktimisierungsbewältigung
- | strafbezogene Einstellungen
- | Kriminalitätsfurcht, Vorsichts- und Vermeideverhalten und alltägliche Risikoexposition⁷⁴
- | subjektive Befindlichkeit⁷⁵
- | kritische Lebensereignisse
- | Gesundheitsstatus, funktionelle Einschränkungen, Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf⁷⁶

72 Die Befragungsinstrumente des Viktimisierungssurveys sind im Wortlaut bei Görgen, Rabold & Herbst (2006) wiedergegeben.

73 Es wurden Daten zu sämtlichen in der Befragung 1992 erfassten Delikten ([Hand-]Taschenraub, sonstiger Raub, Wohnungseinbruch, Einbruch in andere Räumlichkeiten, Kfz-Diebstahl, Diebstahl aus Kfz, Sachbeschädigung an Kfz, Krafttraddiebstahl, Fahrraddiebstahl, sonstige Diebstähle, Körperverletzung mit Waffe, Körperverletzung ohne Waffe, Bedrohung/Nötigung, sexuelle Belästigung, Vergewaltigung und Betrug) erhoben.

74 Risikoexposition wurde über die berichtete Häufigkeit verschiedener außerhäuslicher Aktivitäten (Spaziergänge, Einkaufen, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Besuch von Gaststätten, Diskotheken oder Sportveranstaltungen) tagsüber und nach Einbruch der Dunkelheit erfasst.

75 Wohlbefinden, Lebensqualität, Selbstwert, Depressivität, Selbstwirksamkeitserwartungen, erlebte Bedrohungen des individuellen Sicherheitsgefühls.

76 Allgemeiner Gesundheitszustand, Kompetenzen und Kompetenzeinschränkungen im Bereich der grundlegenden und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, schwere Krankheiten oder Unfälle, Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen/Behinderungen, regelmäßiger Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf, Art der erhaltenen Hilfe und Unterstützung und diese leistende Personen, Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung.

- | soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
- | Bewältigungsstile und Kontrollüberzeugungen⁷⁷
- | demografische Merkmale von Person und Haushalt

Analog zum KFN-Viktimisierungssurvey 1992 erfasste der schriftlich durchgeführte Teil der Befragung auch im Survey 2005 den Themenkomplex der Viktimisierung durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Folgende Themenfelder wurden angesprochen:

- | Prävalenz und Inzidenz von Konflikttaktiken von Familien- und Haushaltsmitgliedern gegenüber der befragten Person (physische Gewalt, psychische Aggression, Konfliktaustragung durch Gespräch und Verhandlung)
- | schwerwiegende gewaltförmige Viktimisierungen durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses⁷⁸)
- | sexuelle Viktimisierung (sexuelle Nötigung/Vergewaltigung) durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (wiederum plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses)
- | Eigentums- und Vermögensdelikte durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (auch hier plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses)
- | Viktimisierungen in Zusammenhang mit etwaiger Pflege- und Hilfebedürftigkeit der befragten Person
- | Erfahrungen der befragten Person in ihrer Kindheit und Jugend⁷⁹
- | (Erziehungs-)Verhalten der befragten Person gegenüber eigenen Kindern (leibliche wie Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder, sofern die befragte Person diese aktuell erzieht oder früher erzogen hat)

Zur Erfassung von Nahraumgewalt: Die KFN-Opferwerdungsbefragung 1992 hatte sich im Hinblick auf Nahraumgewalt ganz wesentlich auf die Ursprungsversion der *Conflict*

⁷⁷ Z. B. akkommodativer Bewältigungsmodus, internale und externale Kontrollüberzeugungen.

⁷⁸ In Bezug auf das letzte einschlägige Ereignis werden erfasst: Täter, Waffeneinsatz, Konflikteinbettung und Vorhersehbarkeit des Ereignisses, Gegenwehr des Opfers in der Viktimisierungssituation, wahrgenommene Tätermotive, Verhalten der Gewalt ausübenden Person jenseits des beschriebenen Ereignisses, unmittelbare physische und psychische Folgen der Viktimisierung für das Opfer, längerfristige Folgen der Viktimisierung für das Opfer, Trennung vom Täter/Konsequenzen für das Zusammenleben mit dem Täter, Gesprächspartner des Opfers in Bezug auf die letzte schwerwiegende Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied, Anzeigeverhalten und Frage des Verbleibs der letzten schwerwiegenden Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied im Dunkelfeld, Anzeigemotive des Opfers, Motive des Opfers für den Verzicht auf Anzeigerstattung, Konsequenzen der letzten schwerwiegenden gewaltförmigen Viktimisierung durch Haushaltsmitglieder auf der Ebene des Handelns von Opfer, Täter, Polizei und Justiz, vom Opfer gewünschte Reaktionen auf die letzte schwerwiegende Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied.

⁷⁹ Wahrgenommenes Klima in der Herkunftsfamilie, elterliche Formen des Umgangs mit Konflikten sowie beobachtete Gewalt der Eltern untereinander, ferner verschiedene Aspekte des Verhaltens von Eltern und Erziehungspersonen gegenüber der befragten Person in deren Kindheit und Jugend; dabei standen unterschiedliche Taktiken des Umgangs mit Konfliktsituationen im Vordergrund, insbesondere physisch gewalttätiges und verbal aggressives Verhalten.

Tactics Scales (Straus, 1979) gestützt. 1995 hat Straus mit einigen Koautoren eine revidierte Fassung (CTS2) vorgelegt (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1995; 1996), welche die in der Zwischenzeit laut gewordenen Kritiken zum Teil aufgreift.⁸⁰ In der vorliegenden Studie galt es, zwischen Vergleichbarkeit der Befunde aus beiden Erhebungen, Qualität des Instruments und praktischer Umsetzbarkeit im Rahmen der aktuellen Erhebung abzuwägen. Die Entscheidung fiel zugunsten einer Verwendung derjenigen CTS2-Skalen, die ein inhaltliches Pendant in der CTS-Originalversion haben. Es handelt sich um die Skalen „Psychological aggression“⁸¹, „Physical assault“ und „Negotiation“.

Auf die gegenüber der Originalversion von CTS neu eingeführten Skalen „Sexual Coercion“ (7 Items) und „Injury“ (6 Items) wurde verzichtet. Fragen nach sexueller Zwangsausübung erschienen – gerade auch im Hinblick auf eine vorwiegend ältere Stichprobe – bei einer nicht nur auf Partner, sondern auf sämtliche Familien- und Haushaltsmitglieder bezogenen Befragung wenig passend. Zudem wird an anderer Stelle eine Frage nach sexuellen Zwangshandlungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder gestellt und die Tatumstände und Tatfolgen gegebenenfalls detailliert erfasst. Auf die Skala „Injury“ (Beispielitems: „I had a sprain, bruise, or small cut because of a fight with my partner.“ – „I passed out from being hit on the head by my partner in a fight.“ – „I went to a doctor because of a fight with my partner.“ – „I had a broken bone from a fight with my partner.“) wurde vor allem im Hinblick auf den Umfang des Instruments verzichtet. Außerdem werden auch hierzu detaillierte Informationen zu besonders schwerwiegenden Fällen physischer und sexueller Gewalt sowie von Vermögensdelikten durch nahestehende Personen an anderer Stelle im Fragebogen erhoben.

Kürzungen gegenüber dem Instrument der Befragung 1992 wurden vor allem im Bereich von Einstellungsfragen vorgenommen, die seinerzeit breiten Raum beansprucht hatten. Fragen nach Einstellungen zu Straftätern, Strafen, justiziellem Handeln etc. sind in vielfacher Hinsicht von Bedeutung, betreffen jedoch kaum den Kern der Erkenntnisinteressen der vorliegenden Studie und mussten aus Kapazitätsgründen sowie im Hinblick auf die Belastbarkeit gerade der älteren Befragten und die bei einer Überdehnung der Befragungsdauer zu erwartenden quantitativen wie qualitativen Dateneinbußen zu großen Teilen entfallen.⁸²

Neu hinzugekommen ist vor allem ein Komplex von Fragen zur gesundheitlichen Verfassung der Befragten, zu etwaigen funktionellen Einschränkungen (im Bereich der Mobilität, der Körperpflege und bei anderen Alltagsaktivitäten) sowie zu möglichem Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Dies trägt der Fokussierung der Studie auf Sicherheit und Gefährdungen älterer Menschen und der Zunahme von gesundheitlichen Einschränkungen und Hilfebedarf im Alter Rechnung. Entsprechende Daten waren in der KFN-Opferbefragung 1992 nicht erhoben worden. Bei der Gestaltung des diesbezüglichen Moduls wurde in starkem Maße auf das Instrument des Alterssurvey 2002 (vgl. u. a. Hoff, Tesch-Römer, Wurm & Engstler, 2003; Tesch-Römer, Wurm, Hoff &

⁸⁰ Zu CTS2 vergleiche auch Newton, Connelly & Landsverk (2001), Straus (1990; 2004), Straus & Douglas (2004), Straus, Hamby & Warren (2003).

⁸¹ Lediglich auf das Item „accused me of being a lousy lover“ wurde im Hinblick darauf, dass hier nicht nur Verhalten von Partnern, sondern von Familien- und Haushaltsmitgliedern insgesamt erfragt wurde, verzichtet.

⁸² Das Befragungsinstrument des Survey 1992 war so aufgebaut, dass nicht alle Variablen bei allen Befragungspersonen (sondern eben nur in Teilstichproben) erhoben wurden; da der Stichprobenumfang damals ein Mehrfaches des heutigen betrug, war ein solches Vorgehen möglich (wenngleich im Hinblick auf manche multivariaten Auswertungen problematisch).

Engstler, 2002b) zurückgegriffen. Ferner wurde eine Reihe psychologisch bedeutsamer Merkmale (u. a. Depressivität, Selbstwertgefühl, wahrgenommene soziale Unterstützung, akkommodative Bewältigungsstrategien) über entsprechende Skalen neu in das Instrument aufgenommen.

4.2.3 Stichprobenbildung und Befragungsdurchführung

Die Feldphase der Befragung erstreckte sich – nach einem Ende 2004 durchgeführten Pretest – vom 18.2. bis zum 20.5.2005. Für den Beginn der Feldphase wurde (in Anlehnung u. a. an die KFN-Viktimisierungsbefragung 1992) der Jahresanfang gewählt. Jahreswechsel stellen geeignete Ankerpunkte dar, da sie von den Befragten besonders gut erinnert werden. Mit dieser Anknüpfung fällt es leichter, Viktimisierungen vorgegebenen Zeiträumen („im Jahr 2004“; „in den Jahren 2000–2004“) korrekt zuzuordnen, wodurch sich Teleskopeffekte reduzieren lassen (Erinnerungsfehler, aufgrund derer Befragte auch das Vorkommen solcher Ereignisse bejahen, die eigentlich außerhalb des erfragten Zeitraums lagen; zu Teleskopeffekten vgl. u. a. Golub, Johnson & Labouvie, 2000; Huttenlocher, Hedges & Bradburn, 1990; Janson, 1990; Loftus, Smith, Klinger & Fiedler, 1992). Zusätzlich stellen Kalenderjahre als Bezugszeiträume eine gewisse Vergleichbarkeit mit offiziellen Statistiken, im vorliegenden Fall insbesondere der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes, sicher.

Hinsichtlich der Bezugszeiträume der Befragung bestand eine Modifikation gegenüber der KFN-Befragung 1992 darin, dass den Befragten nun explizit die Möglichkeit eingeräumt wurde, Viktimisierungen zwischen dem 1.1.2005 und dem Befragungstag zu berichten und zeitlich korrekt zu klassifizieren. Diese Veränderung sollte dazu beitragen, eine spezifische Form von Teleskopeffekten zu verhindern, die zu befürchten wären, wenn Befragungspersonen in dem Zeitintervall zwischen dem „eigentlich“ interessierenden Zeitraum (bis Ende 2004) und der Befragung viktimisiert wurden und keine Möglichkeit sähen, diese – möglicherweise schwerwiegende, jedenfalls erst kürzlich gemachte Erfahrung – zu berichten.

Die Befragungsdurchführung erfolgte durch *infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH*, Bonn. Das Institut erstellte hierzu einen Methodenbericht. (infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, 2005)

Stichprobenbildung

Für die Auswahl der zu befragenden Personen wurde ein zweistufiges Verfahren verwendet, das auf Basis von Einwohnermeldeamtsdaten für alle Personen der Grundgesamtheit eine prinzipiell gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit gewährleistet. In einem ersten Schritt wurden 75 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten zufallsgesteuert ausgewählt, innerhalb derer in einem zweiten Auswahlschritt Personenadressen aus den Einwohnermelderegistern gezogen wurden.

Ein wesentlicher Vorteil einer Einwohnermeldeamtsstichprobe gegenüber dem u. a. im KFN-Viktimisierungssurvey 1992 verwendeten *Random-Route*-Ansatz (ADM-Stichprobe)⁸³ besteht darin, dass die Interviewerinnen und Interviewer einen deutlich geringeren Einfluss auf die Personenauswahl nehmen können. Hinzu kommt, dass bei dem Verfahren keine Haushaltsstichproben gezogen werden, sodass es sich um eine echte Personenstichprobe handelt. Zudem ist im Unterschied⁸⁴ zu einem *Random-Route*-Vorgehen eine Vorabkontaktaufnahme mit den Zielpersonen möglich. Erfahrungen aus anderen Studien weisen darauf hin, dass dies gerade im Hinblick auf hochaltrige Personen von großer Bedeutung ist – der Befragte muss ja bereit sein, der Interviewerin oder dem Interviewer den Zutritt zu seiner Wohnung zu gestatten. Der wesentliche Nachteil von Ziehungen auf der Basis von Melderegistern – nämlich der Umstand, dass Personen nicht immer dort anzutreffen sind, wo sie einwohnerpolizeilich gemeldet sind – spielt bei jüngeren Befragten (etwa unter Studierenden) zweifellos eine große Rolle, ist bei älteren Menschen jedoch nur sehr eingeschränkt von Bedeutung.

Im Rahmen der aktuellen Studie wurde daher nach reiflicher Abwägung aller Pro- und Contra-Argumente die Entscheidung getroffen, das Sampling-Verfahren gegenüber dem Survey 1992 zu modifizieren und zu einer Stichprobenbildung auf der Basis von Einwohnermeldedaten überzugehen.

Auswahl der Gemeinden: Bei der Auswahl der Gemeinden und der Bestimmung der Gemeindeanzahl wurden stichprobentheoretische Gesichtspunkte gegen den Kostenaufwand abgewogen. Dabei war zu beachten, dass eine Mindestanzahl an Gemeinden nicht unterschritten werden durfte, um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Nach diesen Überlegungen wurden 75 Gemeinden mit 79 Sample-Points⁸⁵ per Zufall gezogen, wobei die Auswahlwahrscheinlichkeit der Gemeinden proportional zur Wohnbevölkerung lag. Aufgrund dieser Proportionalität gelangten Großstädte teilweise mit mehreren Sample-Points in die Stichprobe. Auf diese Weise wurde in dem zweiten Auswahlschritt in jeder Gemeinde die gleiche Anzahl bzw. in Großstädten ein Mehrfaches dieser Anzahl von Zielpersonen gezogen.

Auswahl der Personenadressen: Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in zwei weiteren Schritten. Als Erstes wurden von den ausgewählten Gemeinden Personenstichproben angefordert, die diese nach einem vorher festgelegten systematischen Zufallsverfahren zusammenstellten. Aus diesen Adressen wurde die Einsatzstichprobe für das Feld so zusammengestellt, dass pro Sample-Point die gleiche Anzahl an Personenadressen vorlag. Dieser Auswahlschritt wurde so gestaltet, dass die Altersgruppe der 60- bis 85-Jährigen mit einem etwas höheren Anteil vertreten war, um den in dieser Altersgruppe vor allem aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung zu erwartenden höheren Ausfällen vorzubeugen.

83 Beim ADM-Mastersample-Verfahren handelt es sich um ein mehrstufiges, auf der Stimmbezirkseinteilung zu Bundestagswahlen basierendes Prozedere, bei dem zunächst Stimmbezirke (*sample points*) ausgewählt, innerhalb dieser Bezirke dann Haushalte per *Random-Route*-Verfahren bestimmt und innerhalb der Haushalte schließlich Personen nach einem vorher festgelegten Verfahren (sog. Schwedenschlüssel) ausgewählt werden. Beim *Random-Route*-Verfahren wird zunächst nach einem Zufallsverfahren eine Ausgangsadresse bestimmt. Die Interviewerin oder der Interviewer wird von dort aus durch ein System von Wege-Regeln zu Haushalten gelenkt, in denen sodann die zu befragenden Personen ausgewählt werden (zum *Random-Route*-Verfahren vgl. u. a. Hoffmeyer-Zlotnik, 1997a; 1997b).

84 Zwar gibt es auch *Random-Route*-Verfahren mit einer Vorabbegehung durch Institutsmitarbeiterinnen oder -mitarbeiter, doch verursacht diese Variante sehr hohe Kosten und spielt daher in der Praxis kaum eine Rolle.

85 In einigen Großstädten wurde mehr als ein Bezirk der Stichprobenbildung ausgewählt.

Befragungsdurchführung

Interviewereinsatz: Für die Durchführung der Befragung wurden insgesamt 127 Interviewer und Interviewerinnen von *infas* eingesetzt (62 Frauen und 65 Männer). Zwei Drittel der Interviewer gehörten der gleichen Altersgruppe wie die zu befragenden Personen an. Im Schnitt wurden von jedem Interviewer 24 Interviews realisiert. Die Einweisung der Interviewerinnen und Interviewer erfolgte über ein umfangreiches Schulungshandbuch, welches neben Erläuterungen zur Untersuchung auch Anweisungen und Beispiele zur ordnungsgemäßen Durchführung der Interviews enthielt. Die Interviewer wurden während der Erhebungsphase von sechs Einsatzleitern betreut, die als Ansprechpartner für Unklarheiten und Probleme zur Verfügung standen. Darüber hinaus hatten die Einsatzleiter die Aufgabe, den Interviewern Inkonsistenzen und Erhebungsprobleme rückzumelden sowie den Rücklauf der eingehenden Interviews zu kontrollieren.

Kontaktaufnahme zu den Zielpersonen: An die ausgewählten Zielpersonen wurde zunächst ein persönliches Anschreiben mit der Ankündigung der Befragung versandt. Dieser Brief enthielt neben einer kurzen Erläuterung der Untersuchung Erklärungen zum Datenschutz sowie Telefonnummern von *infas* und KFN für eventuelle Nachfragen. Danach erhielten die Interviewerinnen und Interviewer die Untersuchungsunterlagen und nahmen Kontakt zu den Befragungspersonen auf. Zwei Drittel der Interviews konnten spätestens beim zweiten Kontaktversuch geführt werden. In 3% der Fälle mussten mehr als fünf Kontaktversuche unternommen werden; im Durchschnitt waren 2,35 Kontakte erforderlich.

Interviewdauer: Die Face-to-Face-Interviews dauerten im Durchschnitt 67,1 Minuten (SD = 19.0). Die Spannweite war mit minimal 20 und maximal 180 Minuten enorm. Beide Werte sind allerdings als Ausreißer nach unten bzw. oben zu betrachten; so dauerten lediglich 2,1% der Interviews weniger als 40 Minuten und nur bei 1,0% der Interviews gaben die Interviewer die Dauer mit mehr als zwei Stunden an. Zur Dauer der Bearbeitung der *Drop-off*-Instrumente durch die Befragten liegen keine Daten vor. Vor dem Hintergrund des Aufbaus des Instruments ist von einer mit Art und Umfang der Nahraum-Viktimisierungserfahrungen der Befragten sehr stark variierenden individuellen Bearbeitungsdauer auszugehen, die bei „wenig Viktimisierten“ in der Regel 30 Minuten kaum überschreiten dürfte.

Stichprobenausschöpfung

Die Bruttostichprobe umfasste insgesamt 7.663 Adressen. Hiervon sind 361 (4,7%) stichprobenneutrale Ausfälle abzuziehen. Zu diesen Ausfällen, von denen angenommen werden kann, dass sie die Repräsentativität der Stichprobe nicht beeinträchtigen, zählen Adressen, unter denen die Zielperson nicht (mehr) auffindbar war (2,7% der Adressen). In einem Prozent der Fälle konnte kein Interview geführt werden, weil die Zielperson über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügte und bei einem weiteren Prozent der Zieladressen war die jeweilige Person verstorben oder in ein Heim übersiedelt. Nach diesen Abzügen ergab sich eine bereinigte Stichprobe von N=7.302 Adressen als Basis für die Prozentuierung bei der Angabe der Ausschöpfungsquoten.

Die systematischen Ausfälle wurden von *infas* in neun Kategorien zusammengefasst, die in Tabelle 16 dargestellt sind. Sie belaufen sich insgesamt auf 56,4%. Nach Eingangs-, Interviewer- und Datenkontrolle wurden 155 Interviews (2,1%) von *infas* als nicht aus-

wertbar deklariert, weil sie beispielsweise nicht mit der richtigen Zielperson geführt worden waren. Somit ergab sich nach Abzug der Ausfälle eine Stichprobe von 3.030 auswertbaren mündlichen Interviews, was einer Ausschöpfungsquote von 41,5% der bereinigten Bruttostichprobe entspricht.

Für die *Drop-off*-Befragung wurden separate Ausschöpfungsquoten berechnet, da die Möglichkeit der Teilnahme nur für diejenigen Personen bestand, die bereits an der mündlichen Befragung teilgenommen hatten. Von den 3.030 Personen, mit denen ein auswertbares mündliches Interview geführt werden konnte, haben 2.653 (87,6%) einen *Drop-off*-Bogen an den Interviewer direkt zurückgegeben oder per Post an infas gesendet. Da 51 selbst ausgefüllte *Drop-off*-Fragebögen (1,7%) aufgrund fehlender oder unzureichender Bearbeitung durch die Zielpersonen nicht ausgewertet werden konnten, stehen 2.602 *Drop-off*-Fragebögen für die Analysen zur Verfügung; dies entspricht einer Teilnahmequote von 85,9%.

Tab. 16: KFN-Viktimisierungssurvey 2005: Ausschöpfungsquoten und Ausfallgründe

	gesamt		40–59 Jahre		60–85 Jahre	
	N	%	N	%	N	%
Bruttostichprobe	7.663	100	2.260	100	5.331	100
Adresse fehlerhaft; ZP* verzogen	205	2,7	79	3,5	122	2,3
ZP spricht kein Deutsch	78	1,0	32	1,4	46	0,9
ZP lebt in einem Heim	49	0,6	5	0,2	44	0,8
ZP verstorben	29	0,4	5	0,2	24	0,4
stichprobenneutrale Ausfälle gesamt	361	4,7	121	5,35	236	4,4
bereinigte Bruttostichprobe	7.302	100	2.139	100	5.095	100
ZP nicht erreicht	352	4,8	154	7,2	191	3,7
ZP in Feldzeit nicht erreichbar	34	0,5	11	0,5	23	0,4
Kontakt zu ZP verhindert	308	4,2	105	4,9	197	3,9
ZP aus gesundheitlichen Gründen nicht befragbar (krank, geistig, körperlich behindert)	373	5,1	30	1,4	1.337	6,6
ZP verweigert ohne nähere Angabe von Gründen	916	12,5	250	11,7	662	13,0
ZP verweigert (keine Zeit, kein Interesse, nicht zum Thema, kein persönliches Interview)	1.820	24,9	549	25,7	1.234	24,2
ZP verweigert aus Datenschutzgründen	67	0,9	20	0,9	44	0,9
ZP verweigert wegen Länge des Interviews	37	0,5	15	0,7	18	0,4
ZP verweigert aus anderen Gründen	206	2,8	49	2,3	156	3,0
Interview abgebrochen	4	0,1	0	0,0	4	0,1
realisierte Interviews	3.185	43,6	956	44,7	2.229	43,7
auswertbare Interviews	3.030	41,5	907	42,4	2.123	41,6
nicht auswertbare Interviews	155	2,1	49	2,3	106	2,1
auswertbare <i>Drop-off</i>-Bögen zu auswertbaren Interviews	2.602	85,9	773	85,2	1.829	86,2

*ZP = Zielperson

Eine nach Altersgruppen differenzierende Betrachtung der Ausschöpfungsraten (s. Tabelle 16) ergab – bezogen auf die bereinigte Bruttostichprobe – für die 40- bis 59-Jährigen eine mit 42,4% leicht höhere Ausschöpfung als für die Gruppe der Älteren (41,6%). Die jüngeren Zielpersonen waren für die Interviewerinnen und Interviewer schlechter erreichbar (in 7,2% der Fälle scheiterte das Interview hieran) als die Älteren (3,7%) und hatten einen höheren Anteil an falschen oder ungültigen Adressen (3,5% im Vergleich

zu 2,3%). Andererseits kam in der Gruppe der über 60-Jährigen in 6,6% der Fälle kein Interview zustande, weil die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht befragbar war; in der Gruppe der Jüngeren lag dieser Anteil bei 1,4%. Lediglich vier Interviews wurden während der Befragung abgebrochen – in allen vier Fällen handelte es sich um Zielpersonen höheren Alters.

Die Stichprobenausschöpfung für die Interviews liegt mit 41,5% deutlich niedriger als beim Survey 1992. Damals betrug sie – gemessen an der bereinigten Bruttostichprobe – rund 70%, wobei es beträchtliche Altersunterschiede gab. Lag seinerzeit die Ausschöpfungsquote in der für die Bevölkerung ab 16 Jahren repräsentativen Hauptstichprobe bei 72,8% in den alten und 69,9% in den neuen Bundesländern, ergaben sich in einer Zusatzstichprobe über 60-Jähriger Quoten von 63,8% in den alten und 64,3% in den neuen Bundesländern. Häufige Ausfallgründe bei den Älteren waren „Zielperson krank, befragungsunfähig“ und „Zielperson während der Laufzeit der Untersuchung am Wohnsitz nicht anwesend“. Letzteres kann zumindest zum Teil durch Krankenhaus- und Kuraufenthalte, natürlich auch etwa durch längere Auslandsreisen bedingt sein. Auch die Anzahl der Verweigerungen war – im Gegensatz zur Befragung 2005 – in der Zusatzstichprobe höher als in der Repräsentativstichprobe.

Die 1992 im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung *insgesamt* weitaus niedrigeren Stichprobenausfälle müssen vor dem Hintergrund verschiedener Einflussfaktoren betrachtet werden:

- I Quasi als Hintergrundfaktor ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahmequoten in Bevölkerungsbefragungen insgesamt zurückgehen; so sank beim ALLBUS 2002 die Teilnahmequote erstmals deutlich unter die 50%-Marke (vgl. Koch, 2004). Die allgemein zu verzeichnenden Rückgänge werden auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt, wie etwa auf Veränderungen in Lebensstilen und Wohnformen, ein ungünstiges gesellschaftliches „Befragungsklima“, aber auch auf qualitative Defizite bei der Datenerhebung in Deutschland (vgl. zu dieser Diskussion Mohler, Koch & Gabler, 2003).
- I Vor allem aber ist zu beachten, dass der Modus der Stichprobenbildung im Vergleich zur Befragung von 1992 grundlegend verändert wurde, indem anstelle eines *Random-Route*-Verfahrens die Ziehung anhand von Daten aus Einwohnermeldeamtsregistern erfolgte. Ein Wechsel von *Random Route* zu einer Melderegisterstichprobe hat nahezu zwingend Auswirkungen auf die Teilnahmequote, die bei Einwohnermeldestichproben durchweg deutlich niedriger liegt als bei *Random-Route*-Samples. Dies bedeutet jedoch nicht zugleich eine Reduktion der Datenqualität. Im Gegensatz zu *Random-Route*-Stichproben kann bei einer Personenstichprobe auf Basis von Melderegisterdaten die Ausschöpfung exakt berechnet werden, da die Grundgesamtheit vorab definiert ist. Bei Registerstichproben werden die anhand einer zufällig gezogenen Auswahl von Einwohnermeldeämtern bestimmten Adressen den Interviewerinnen und Interviewern fest vorgegeben, sodass diese deutlich geringere Möglichkeiten haben, das Auswahlverfahren eigenmächtig zu beeinflussen. Diese Überlegung wird insbesondere durch Analysen von Koch (1998) gestützt. In einem Vergleich verschiedener allgemeiner *Face-to-Face*-Bevölkerungsbefragungen zeigte sich, dass die niedrigere Ausschöpfungsquote bei Registerstichproben nicht mit einer entsprechend geringeren Datenqualität einhergeht. Es fanden sich keine empirischen Hinweise darauf, dass der

Nonresponse-Bias mit der Höhe der berichteten Ausschöpfung abnimmt. In allen untersuchten Bevölkerungsbefragungen waren Ältere, Personen mit geringer schulischer und beruflicher Qualifikation, Alleinlebende sowie Ledige, Verwitwete und Geschiedene unterrepräsentiert. Bei Befragungen nach ADM-Design werde „die faktische Bruttostichprobe () durch die Interviewer () gebildet.“ Daher sei „nicht auszuschließen, dass Interviewer die strikte Einhaltung der Random-Anweisungen zugunsten der Realisierung einer möglichst großen Zahl von Interviews opfern und undokumentiert schwer erreichbare oder kooperationsunwillige Zielpersonen gegen leichter erreichbare und kooperative Personen substituieren“ (Koch, 1998, S. 81). Koch wirft die Frage auf, „inwieweit die berichteten Ausschöpfungsergebnisse – insbesondere die hohen Werte von 70 Prozent und mehr – die Realität korrekt wiedergeben. Womöglich resultiert der fehlende Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausschöpfung und dem Ausmaß des Nonresponse-Bias daraus, dass die betrachteten Umfragen sich de facto in der Ausschöpfung doch nicht so sehr unterscheiden, wie die berichteten Quoten es nahe legen“ (Koch, 1998, S. 81). Schließlich – darauf weisen Schneekloth & Leven (2003, S. 22 f.) in ihren Analysen zu Nonresponse in zufallsbasierten Stichprobenerhebungen hin – führt „Nonresponse () nur dann zu einer Verschlechterung der Erwartungstreue, wenn damit systematisch eine Unterausschöpfung von bestimmten Bevölkerungsgruppen verbunden ist. Ein Nonresponse, der mehr oder weniger zufällig verteilt ist, ist hingegen unter Qualitätsgesichtspunkten betrachtet unerheblich“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 19).

4.2.4 Grundmerkmale und Repräsentativität der Stichprobe

An der Befragung teilgenommen haben 3.030 Personen; davon 1.464 Männer (48,3%) und 1.566 Frauen (51,7%). Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 63,39 Jahre (SD = 11.49) und ist bei den Frauen mit 63,95 Jahren (SD = 11.81) gut ein Jahr höher als bei den Männern (62,78 Jahre; SD = 11.12). Die Stichprobe ist – aufgrund der auf 40 Jahre angehobenen Untergrenze – insgesamt deutlich älter als die des KFN-Viktimsierungssurvey 1992 (Durchschnittsalter damals 50,0 Jahre). Werden die beiden in der vorliegenden Studie repräsentierten Altersgruppen mit denen der Befragung 1992 verglichen, so hat sich das Durchschnittsalter der 40- bis 59-Jährigen nur geringfügig erhöht (auf nunmehr 49,0 Jahre gegenüber 48,7 im Jahr 1992), während in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren ein Zuwachs um immerhin ein ganzes Jahr zu verzeichnen ist (auf 69,7 Jahre gegenüber 68,7 im Jahr 1992). Zum Befragungszeitpunkt lebten 2.355 Befragte (77,7%) in den alten Bundesländern, 146 (4,8%) in Berlin und 529 (17,5%) in den neuen Bundesländern.

Von 2.602 Personen (1.251 Männer, 1.351 Frauen) liegt ein auswertbarer *Drop-off*-Bogen vor (85,9%). Die Rücklaufquote des Drop off liegt in den alten Bundesländern mit 85,3% etwas niedriger als in den neuen Bundesländern (87,5%) und in Berlin (89,0%).

Vergleiche soziodemografischer Merkmale der Bruttostichprobe und der realisierten Stichprobe auf der Grundlage von Daten der 75 Einwohnermeldeämter lassen darauf schließen, dass die erhobenen Daten als repräsentativ betrachtet werden können (vgl. Tabelle 17).

Tab. 17: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Soziodemografische Basismerkmale in (unbereinigter) Bruttostichprobe und realisierter Stichprobe (Angaben in%)

	Bruttoeinsatzstichprobe (n=7.663)	realisierte Stichprobe (n=3.030)
Geschlecht		
männlich	46,1	48,2
weiblich	53,4	51,6
keine Angabe	0,4	0,3
Alter		
40–59 Jahre	29,1	28,9
60–85 Jahre	69,3	69,5
keine Angabe	1,5	1,6
Staatsangehörigkeit		
deutsch	89,2	89,6
nicht deutsch	4,3	3,0
keine Angabe	6,5	7,3
Region		
West	81,1	80,2
Ost	18,9	19,8

Der Übersicht in Tabelle 17 ist zu entnehmen, dass hinsichtlich der Repräsentativität der realisierten Stichprobe in Bezug auf die genannten Merkmale lediglich kleinere Einschränkungen zu machen sind. Frauen sind in der Stichprobe ein wenig unter-, Männer entsprechend überrepräsentiert. Hinsichtlich der beiden großen Altersgruppen sind die Verteilungen in Brutto- und realisierter Stichprobe sehr ausgeglichen. Die Abweichungen liegen unter 0,3 Prozentpunkten und können vernachlässigt werden.

Während der Anteil deutscher Zielpersonen dem in der Bruttostichprobe entspricht, sind ausländische Befragte in der realisierten Stichprobe unterrepräsentiert (mit 3,0% gegenüber 4,3%). Allerdings ist hier auch der Anteil der Fälle ohne Angabe zur Staatsangehörigkeit höher, sodass keine abschließende Bewertung der Repräsentativität vorgenommen werden kann. Die regionale Verteilung zeigt lediglich geringfügige Abweichungen von unter einem Prozentpunkt zwischen beiden Stichproben. Insgesamt ergeben sich aus dem Vergleich von eingesetzter Bruttostichprobe und der in der Erhebung realisierten Stichprobe nur geringe Hinweise auf eine Selektivität hinsichtlich grundlegender soziodemografischer Merkmale.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit es gelungen ist, die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gruppe der Älteren abzubilden. Tabelle 18 stellt die Alters- und Geschlechterstruktur in der älteren Teilstichprobe (≥ 60 Jahre) derjenigen im entsprechenden Alterssegment in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gegenüber.

Tab. 18: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Alters- und Geschlechterverteilung in der Stichprobe und in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (Stichtag für die Bevölkerungsdaten: 31.12.2004; nach Daten des Statistischen Bundesamtes)

Altersgruppe	Bevölkerung Bundesrepublik				Stichprobe Viktimisierungssurvey			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60–64 Jahre	2.643.385	13,80	2.554.391	13,34	272	13,02	282	13,50
65–69 Jahre	2.716.684	14,18	2.474.740	12,92	294	14,07	321	15,37
70–74 Jahre	1.983.682	10,36	1.628.184	8,50	209	10,00	201	9,62
75–79 Jahre	1.823.742	9,52	1.183.437	6,18	150	7,18	137	6,56
80–85 Jahre	1.504.198	7,85	641.468	3,35	154	7,37	69	3,30

Es wird deutlich, dass die Abweichungen von der Grundstruktur der Bevölkerung gering sind und die Stichprobe die aktuellen demografischen Relationen insgesamt gut abbildet. Die Gruppe der 65- bis 69-jährigen Männer ist etwas über-, die der 75- bis 79-jährigen Frauen etwas unterrepräsentiert. Insgesamt aber entspricht die Stichprobe bis in die Mitte der 9. Lebensdekade hinein recht gut der Zusammensetzung der älteren Bevölkerung der Bundesrepublik nach Geschlecht und Lebensalter.

Dieser positive Befund schließt die Einschränkung ein, dass derartige Befragungen die Erfahrungen bestimmter im höheren Lebensalter überrepräsentierter Gruppen – insbesondere Pflegebedürftiger und hier vor allem Demenzkranker – nicht angemessen repräsentieren können. Auf diese Probleme weist auch die für eine explizit auf „alte Menschen“ bezogene Untersuchung zunächst möglicherweise paradox anmutende obere Altersgrenze von 85 Jahren für den Viktimisierungssurvey hin.

Nachfolgend soll die Stichprobe in einigen wesentlichen Merkmalen beschrieben werden. Tab. 19 weist für die drei Altersgruppen der unter 60-Jährigen, der 60- bis 69-Jährigen und der 70-Jährigen und Älteren den Familienstand zum Zeitpunkt der Befragung aus und stellt dabei auf das Zusammenleben mit einem Partner bzw. einer Partnerin ab. Es wird deutlich, dass bei den Männern in jeder Altersgruppe die Verheirateten die weitestgrößte Gruppe sind. Bei den Frauen hingegen lebt in der Altersgruppe ab 70 Jahren jede zweite ohne Partner.

Tab. 19: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Familienstand/Zusammenleben mit Partner

Familienstand	Alter ≤ 59 Jahre				Alter 60–69 Jahre				Alter 70 Jahre +			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
verheiratet	342	72,6	328	74,2	390	68,9	517	85,7	211	40,7	327	80,0
mit Partner zusammenlebend	47	10,0	42	9,5	29	5,1	26	4,3	42	8,1	24	5,9
verwitwet, geschieden, ledig	80	17,0	72	16,3	146	25,8	59	9,8	260	50,2	55	13,4
keine Angabe	2	0,4	1	0,2	1	0,2	1	0,2	5	1,0	3	0,7

In einem ähnlichen Sinne zeigt Tabelle 20, dass das Absinken der durchschnittlichen Personenzahl im Haushalt – bedingt im Wesentlichen durch Auszug erwachsener Kinder oder Tod des Partners – bei den älteren Frauen deutlicher ausgeprägt ist als bei den Männern. Die höhere Lebenserwartung der Frauen bedingt in Kombination mit dem meist höheren Alter des Partners, dass ältere Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit als Männer haben, im Alter einen Einpersonenhaushalt zu führen.

Tab. 20: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Haushaltgröße zum Befragungszeitpunkt (Anzahl Personen inkl. der befragten Person)

	Alter ≤ 59 Jahre				Alter 60–69 Jahre				Alter 70 Jahre +			
	weiblich (n=471)		männlich (n=442)		weiblich (n=566)		männlich (n=603)		weiblich (n=517)		männlich (n=407)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Anzahl Personen	2.85	1.21	2.83	1.22	1.85	0.70	2.14	0.74	1.65	0.93	1.99	0.71

Tabelle 21 stellt die (höchsten) Bildungsabschlüsse der Befragten dar. Es zeigt sich, dass höhere Bildungsabschlüsse in der Altersgruppe unter 60 Jahren deutlich weiter verbreitet sind als in den älteren Jahrgängen. Der zweite klar erkennbare Trend ist die Annäherung des Bildungsniveaus der Frauen an das der Männer. Insbesondere in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren ist der Anteil von Frauen mit fachgebundener oder allgemeiner Hochschulreife kleiner als bei den Männern.

Tab. 21: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Schulabschlüsse der befragten Personen

Schulabschluss	Alter ≤ 59 Jahre				Alter 60 – 69 Jahre				Alter 70 Jahre +			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kein Abschluss	12	2,5	6	1,4	9	1,6	13	2,2	17	3,3	7	1,7
Hauptschule ⁸⁶	156	33,1	155	35,0	353	62,4	366	60,7	384	74,1	266	65,0
Mittlere Reife ⁸⁷	186	39,5	139	31,4	141	24,9	104	17,2	72	13,9	55	13,4
FH-Reife	33	7,0	34	7,7	17	3,0	27	4,5	7	1,4	17	4,2
Abitur ⁸⁸	81	17,2	107	24,2	45	8,0	89	14,8	36	6,9	61	14,9
Keine Angabe	3	0,6	2	0,5	1	0,2	4	0,7	2	0,4	3	0,7

Analog zur Entwicklung bei den Schulabschlüssen zeigt sich ein steigender Anteil von Frauen mit einer abgeschlossenen beruflichen Ausbildung (Tab. 22). Sind in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren 42% ohne Berufsausbildung, so liegt der entsprechende Anteil unter 40- bis 59-jährigen Frauen bei 14%.

Tab. 22: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Befragte mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung

Ausbildungsabschluss	Alter ≤ 59 Jahre				Alter 60 – 69 Jahre				Alter 70 Jahre+			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	403	85,6	417	94,1	430	76,0	565	93,7	302	58,3	366	89,5
Nein	67	14,2	26	5,9	136	24,0	38	6,3	216	41,7	43	10,5
Keine Angabe	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 23 stellt Art und Grad der Integration der Befragten in die Arbeitswelt zum Befragungszeitpunkt dar. Wie zu erwarten, geht der Anteil der Berufstätigen nach dem 60. Lebensjahr sehr stark zurück. Bei den wenigen Fällen von Befragten, die angeben, sogar jenseits des 70. Lebensjahres noch ganztags berufstätig zu sein, handelt es sich – soweit hierzu nähere Angaben vorliegen – um freie akademische Berufe, andere Selbstständige oder Landwirte.

⁸⁶ Bzw. Volksschule oder Polytechnische Oberschule (POS) mit Abschluss 8. Klasse.

⁸⁷ Bzw. Realschulabschluss, Fachschulreife, Lyzeum, Polytechnische Oberschule (POS) mit Abschluss 10. Klasse.

⁸⁸ Bzw. Abschluss Erweiterte Oberschule (EOS).

Tab. 23: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Berufstätigkeit zum Befragungszeitpunkt

Tätigkeitsstatus	≤ 59 Jahre				60–69 Jahre				70 Jahre +			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ganztags	170	36,1	328	74,0	19	3,4	84	13,9	5	1,0	4	1,0
Teilzeit	152	32,3	13	2,9	28	4,9	6	1,0	0	0	6	1,5
Arbeitslos	47	10,0	54	12,2	9	1,6	16	2,7	0	0	0	0
Ruhestand	24	5,1	39	8,8	447	79,0	492	81,6	493	95,2	397	97,1
Hausfrau/-mann	60	12,7	1	0,2	58	10,2	1	0,2	19	3,7	0	0
Sonstiges	14	3,0	6	1,4	3	0,5	1	0,2	0	0	0	0
Keine Angabe	4	0,8	1	0,2	2	0,4	3	0,5	1	0,2	2	0,5

Als weitere die Stichprobe charakterisierende Merkmale seien erwähnt:

- Der Anteil der Konfessionslosen ist in der Altersgruppe unter 60 Jahren deutlich höher als bei den Älteren (Frauen: 26,5% zu 15,7%; Männer: 35,0% zu 20,9%).
- Nicht deutsche Staatsangehörigkeiten sind in der Stichprobe vor allem unter den über 60-jährigen relativ selten (Männer: 2,2% Nichtdeutsche gegenüber 5,0% bei den unter 60-jährigen; Frauen: 1,3% gegenüber 6,2%).

Die Stichprobenbeschreibung abschließend, sollen einige Daten zur gesundheitlichen Verfassung der Befragten dargestellt werden. Tabelle 24 zeigt, dass der subjektiv eingeschätzte eigene Gesundheitszustand mit dem Alter tendenziell schlechter wird und dass Frauen ihre Gesundheit insgesamt etwas skeptischer beurteilen als Männer. Dennoch liegen selbst in der ältesten Gruppe die Mittelwerte noch unterhalb der Skalenmitte, d. h. im positiven Bereich.

Tab. 24: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Subjektiv empfundener aktueller Gesundheitszustand (5-stufige Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)

≤ 59 Jahre				60–69 Jahre				70 Jahre +			
weiblich (n=470)		männlich (n=442)		weiblich (n=561)		männlich (n=600)		weiblich (n=517)		männlich (n=408)	
M	SD										
2.22	0.83	2.20	0.83	2.52	0.81	2.44	0.77	2.90	0.87	2.82	0.91

Es wurden Daten zum Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Wäsche waschen, Wohnung reinigen, Einkaufen, Kochen, Baden/Duschen, sich waschen, An-/Ausziehen, Essen/Trinken, Telefonieren, Medikamente nehmen, Toilettengang, irgendwohin fahren, Geldangelegenheiten regeln) erhoben. Tabelle 25 stellt – nach Alter und Geschlecht – die Anteile derjenigen dar, die angeben, bei mindestens einer der genannten Tätigkeiten *immer* Hilfe zu benötigen.

Tab. 25: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens nach Alter und Geschlecht

Alter	Anteile bei mindestens einer Tätigkeit immer Hilfebedürftiger			
	weiblich		männlich	
	n	%	n	%
bis 44 Jahre	5	4,1	3	2,1
45–49 Jahre	2	1,6	1	1,1
50–54 Jahre	3	2,5	–	–
55–59 Jahre	3	2,9	4	3,7
60–64 Jahre	16	5,9	10	3,5
65–69 Jahre	21	7,1	16	5,0
70–74 Jahre	27	12,9	22	10,9
75–79 Jahre	23	15,3	18	13,1
80 Jahre +	62	39,0	21	29,6

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Hilfebedürftigen mit dem Alter. Die höhere Prävalenz von Hilfebedarf bei älteren Frauen gegenüber gleichaltrigen Männern geht wesentlich auf die Bereiche „Geldangelegenheiten regeln“ und „irgendwohin fahren“ zurück.

Die Befragten wurden auch um Auskunft gebeten, ob sie „selbst gesundheitlich so eingeschränkt“ seien, dass sie „deshalb regelmäßig Hilfe, Pflege oder andere Unterstützung benötigen“. Tabelle 26 stellt diesbezügliche Befunde dar.

Tab. 26: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Regelmäßiger Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf

Hilfebedarf	≤ 59 Jahre				60 – 69 Jahre				70 Jahre +			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	11	2,3	10	2,3	28	4,9	16	2,7	105	20,3	46	11,2
Nein	460	97,7	432	97,5	533	94,2	583	96,7	411	79,3	361	88,3
Keine Angabe	–	–	1	0,2	5	0,9	4	0,7	2	0,4	2	0,5

Frauen beschreiben sich insgesamt häufiger als hilfe-, pflege- oder unterstützungsbedürftig. Wie Tabelle 26 zeigt, ist dieser Geschlechterunterschied bei den unter 60-jährigen nicht gegeben, tritt aber in der Gruppe der 60- bis 69-jährigen zutage und zeigt sich auf einem deutlich höheren Niveau bei den über 70-jährigen. Insgesamt ist vor dem 70. Lebensjahr der Anteil derjenigen, die solchen Bedarf angeben, sehr gering, wächst dann aber beträchtlich und erreicht bei den Frauen über 70 immerhin ein Fünftel. Zugleich ist festzuhalten, dass damit *nicht* Pflegebedürftigkeit in einem engeren Sinne erfragt wird, vielmehr durch die Fragestellung ein breiteres Verständnis von Hilfebedarf nahegelegt wird.

Dies wird deutlich, wenn die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet wird. Den 216 Personen, die regelmäßigen Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf berichtet haben, stehen 75 Personen (i. e. 2,5 % aller Befragten) gegenüber, die zum Befragungszeitpunkt SGB-XI-Leistungen bezogen. Dabei handelt es sich um zwei Frauen und fünf Männer unter 60 Jahren sowie 47 Frauen und 21 Männer der Altersgruppe ab 60 Jahren.

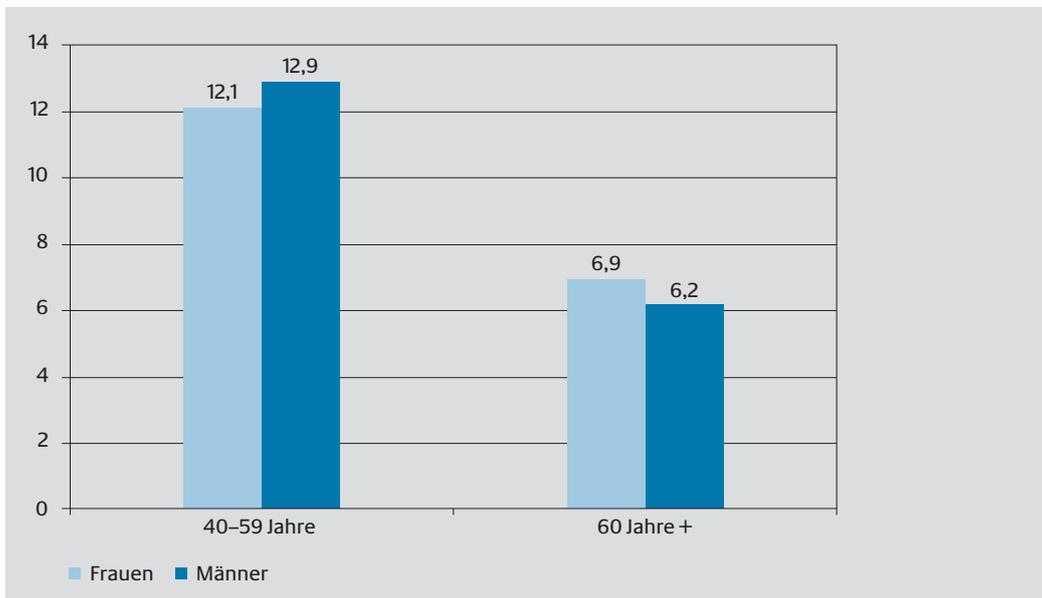
Insgesamt bildet die Stichprobe die Altersstruktur der Gruppe der 60- bis 85-jährigen gut ab. Im Hinblick auf vorliegende funktionale Einschränkungen ist festzustellen, dass es gelungen ist, in gewissem Umfang auch Personen mit Unterstützungsbedarf und teilweise mit festgestelltem Pflegebedarf in den Survey einzubeziehen. Der Anteil der Befragten mit starken gesundheitlichen Einschränkungen ist relativ gering; zudem ist zwingend davon auszugehen, dass bestimmte Störungsbilder – insbesondere demenzielle Erkrankungen – nicht erfasst werden.

4.2.5 Befunde der bundesweiten Opferwerdungsbefragung

4.2.5.1 Kriminalitätserfahrungen im höheren Lebensalter

Die Daten des zu Anfang des Jahres 2005 durchgeführten bundesweiten Viktimisierungssurveys ergeben in Bezug auf Menschen zwischen dem 60. und 85. Lebensjahr insgesamt ein eher undramatisches Bild. Im Bereich der allgemeinen Kriminalität wurden – wie im Survey 1992 (vgl. Wetzels et al., 1995) – in persönlich-mündlichen Interviews 16 Gewalt-, Sexual- und Vermögensdelikte erfragt. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der letzten 12 Monate von mindestens einer dieser Taten betroffen waren, liegt bei Männern wie Frauen in der Gruppe der 40- bis 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%). Der Altersgruppenunterschied im Viktimisierungsrisiko insgesamt ist bei den Männern etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen.

Abb. 12: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: Opferanteile 2004 (in %) nach Alter und Geschlecht



Dieses Bild einer im Alter geringeren Gefährdung wiederholt sich in nahezu allen im Rahmen der Studie erfragten Deliktsfeldern (vgl. Tabelle 27). Lediglich beim Handtaschenraub ist auf der Ebene von 12-Monats-Prävalenzen eine merkliche Höhergefährdung älterer Frauen festzustellen (1,1% zu 0,6%). Ein entsprechender Altersgruppenunterschied war auch bereits in der Studie von Wetzels et al. (1995) festzustellen. Die Stabilität des Befundmusters erfährt weitere Bestätigung durch den Umstand, dass in diesem Deliktsbereich auch im Hellfeld (PKS) eine Höhergefährdung im Alter zu verzeichnen ist. Und schließlich, dies wird im weiteren Verlauf der Darstellung noch deutlich werden, nimmt der Handta-

schrauben auch bei den Befunden zu Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühl im Alter eine gewisse Sonderstellung ein. Bemerkenswert ist ferner, dass von jenen vier Delikten, für die laut PKS in der Altersgruppe 60+ ein höheres Viktimisierungsrisiko besteht als bei den 21- bis 59-Jährigen, einzig beim Handtaschenraub ein Abgleich mit Dunkelfelddaten aus Viktimisierungsbefragungen überhaupt möglich ist. Logisch ausgeschlossen ist ein solcher Abgleich bei Raubmord und fahrlässiger Tötung; faktisch unmöglich ist er in Bezug auf Misshandlung von Schutzbefohlenen, da von diesem Delikt Opfer betroffen sind, die größtenteils in einem standardisierten Survey wohl kaum erreicht werden können.

Tab. 27: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 12-Monats-Prävalenzen (für das Jahr 2004) nach Alter und Geschlecht⁸⁹

Delikt	Frauen				Männer			
	<60 Jahre (n=471)		60 Jahre + (n=1.084)		<60 Jahre (n=443)		60 Jahre + (n=1.012)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Handtaschenraub	3	0,6	12	1,1	0	0,0	0	0,0
sonstige Raubdelikte	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Wohnungseinbruch	2	0,4	7	0,6	7	1,6	5	0,5
Einbruch in sonst. Räumlichkeiten	8	1,7	8	0,7	5	1,1	14	1,4
Kfz-Diebstahl	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Diebstahl aus Kfz	2	0,4	6	0,6	1	0,2	4	0,4
Kfz-Sachbeschädigung	11	2,3	16	1,5	18	4,1	14	1,4
Kraftraddiebstahl	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Fahrraddiebstahl	19	4,0	9	0,8	12	2,7	8	0,8
andere Diebstahlsdelikte	7	1,5	12	1,1	6	1,4	6	0,6
Körperverletzung mit Waffen	1	0,2	0	0,0	3	0,7	1	0,1
Körperverletzung ohne Waffen	1	0,2	0	0,0	7	1,6	2	0,2
Bedrohung/Nötigung	3	0,6	3	0,3	3	0,7	3	0,3
sexuelle Belästigung	1	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0
sex. Nötigung/Vergewaltigung oder Versuch	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Betrug	5	1,1	14	1,3	12	2,7	9	0,9
mindestens 1 der 16 Delikte	57	12,1	75	6,9	57	12,9	63	6,2

Vereinzelt zeigen sich neben dem Handtaschenraub auch in einigen anderen Deliktsfeldern etwas höhere Anteile älterer Opfer, so bei den weiblichen Befragten beim Diebstahl aus Kraftfahrzeugen, bei Betrugsdelikten, bei Wohnungseinbruch und bei sexueller Belästigung, bei den Männern beim Einbruch in sonstige Räumlichkeiten sowie ebenfalls beim Diebstahl aus Fahrzeugen. Die Differenzen sind in diesen Fällen allerdings gering bzw. die Opferzahlen sehr klein.

Insgesamt wird deutlich, dass die Schwerpunkte der Opferbelastung sowohl für ältere Menschen als auch im mittleren Erwachsenenalter im Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte und dort eher bei den leichteren Formen liegen (Fahrraddiebstähle, Sachbeschädigungen an Kfz etc.). Hingegen sind die berichteten Prävalenzen im Bereich der Gewaltstraftaten niedrig. Neben Handtaschenraub werden vor allem leichtere Formen von Gewaltdelikten, wie die (inhaltlich sicherlich sehr disparate) Kategorie „Bedrohung/Nötigung“ und Fälle der Körperverletzung ohne Einsatz von Waffen angegeben.

⁸⁹ Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. eventueller Missings) und stellen insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Auch der Blick auf die von den Befragten berichteten 5-Jahres-Prävalenzen (vgl. Tab. 28) verdeutlicht, dass insgesamt eine geringere Gefährdung der höheren Altersgruppe vorliegt. Während 31,8% der Frauen und 30,9% der Männer unter 60 Jahren mindestens eine Opfererfahrung im Verlauf der letzten fünf Jahre berichten, liegen die entsprechenden Anteile in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren nur bei 16,6% (Frauen) bzw. 17,8% (Männer). Angesichts der Tatsache, dass sich 5-Jahres-Prävalenzen bei grundsätzlich seltenen Ereignissen wie Kriminalitätserfahrungen etwas robuster gegenüber kurzfristigen Schwankungen erweisen als 12-Monats-Prävalenzen, ist bemerkenswert, dass bei einer solchen längerfristigen Betrachtung sogar die Höhergefährdung älterer Frauen beim Handtaschenraub nahezu verschwindet. Auffallend ist zudem die für ältere Frauen im Vergleich zu jüngeren höhere Prävalenzrate im Bereich der „sonstigen Raubdelikte“ (0,6% statt 0,2%).

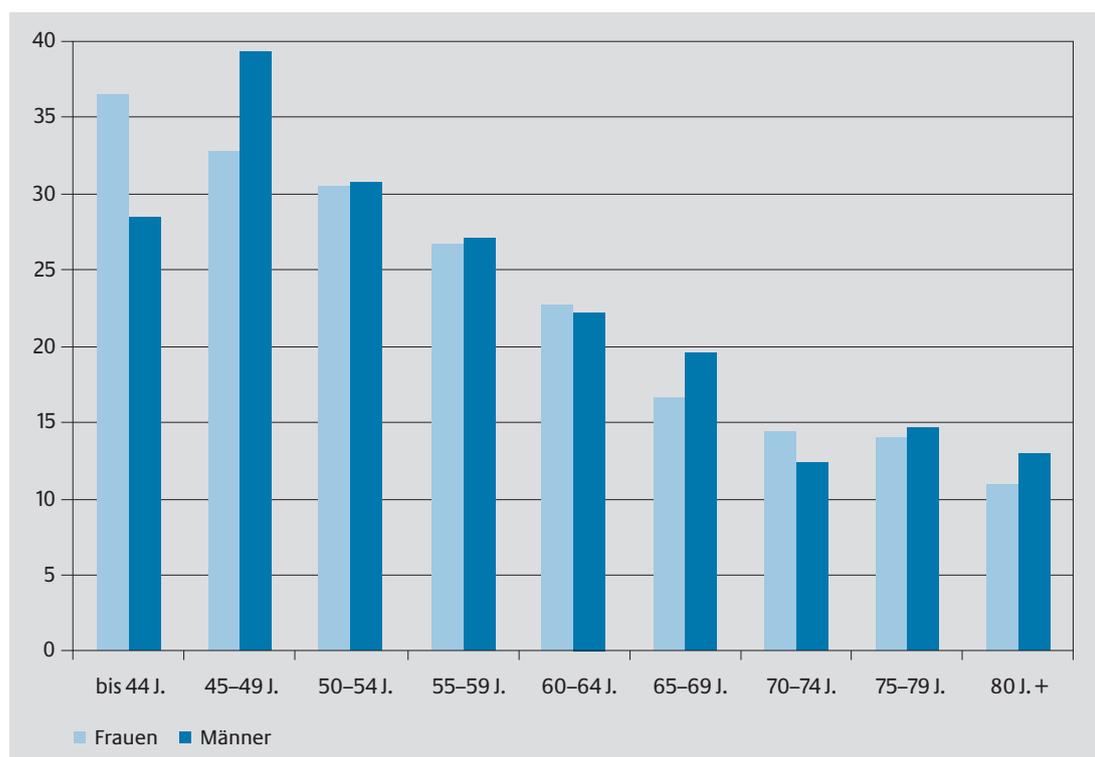
Tab. 28: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 5-Jahres-Prävalenzen (2000–2004) nach Alter und Geschlecht⁹⁰

Delikt	Frauen				Männer			
	<60 Jahre (n=471)		60 Jahre + (n=1.084)		<60 Jahre (n=443)		60 Jahre + (n=1.012)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Handtaschenraub	11	2,3	26	2,4	2	0,5	8	0,8
sonstige Raubdelikte	1	0,2	6	0,6	4	0,9	7	0,7
Wohnungseinbruch	10	2,1	15	1,4	14	3,2	18	1,8
Einbruch in sonst. Räumlichkeiten	21	4,5	23	2,1	23	5,2	36	3,6
Kfz-Diebstahl	3	0,6	1	0,1	4	0,9	5	0,5
Diebstahl aus Kfz	12	2,5	20	1,8	16	3,6	21	2,1
Kfz-Sachbeschädigung	44	9,3	45	4,2	46	10,4	50	4,9
Kraftraddiebstahl	2	0,4	0	0,0	2	0,5	1	0,1
Fahrraddiebstahl	59	12,5	34	3,1	40	9,0	28	2,8
andere Diebstahlsdelikte	18	3,8	27	2,5	11	2,5	21	2,1
Körperverletzung mit Waffen	1	0,2	0	0,0	6	1,4	7	0,7
Körperverletzung ohne Waffen	1	0,2	2	0,2	13	2,9	10	1,0
Bedrohung/Nötigung	7	1,5	4	0,4	8	1,8	6	0,6
sexuelle Belästigung	11	2,3	6	0,6	1	0,2	2	0,2
sex. Nötigung/Vergewaltigung oder Versuch	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Betrug	16	3,4	30	2,8	26	5,9	28	2,8
mindestens 1 der 16 Delikte	150	31,8	180	16,6	137	30,9	180	17,8

Die folgende Abbildung stellt für jeweils fünf Altersjahrgänge und getrennt nach Geschlechtern die 5-Jahres-Prävalenzen für die Gesamtheit der 16 erfragten Straftaten dar. Es wird deutlich, dass nicht nur die beiden bislang betrachteten „Blöcke“ der 40- bis 59- und 60- bis 85-Jährigen sich in ihren Viktimisierungsrisiken deutlich unterscheiden, sondern dass es einen nahezu linearen Rückgang mit dem Alter gibt. Bei den Frauen sinkt das Opferwerdungsrisiko in jeder Altersgruppe gegenüber der vorhergehenden. Bei den Männern ist der Verlauf nicht ganz so klar; hier liegt das Risiko nicht in der jüngsten Gruppe, sondern bei den 45- bis 49-Jährigen am höchsten und stagniert zudem nach dem 70. Lebensjahr.

⁹⁰ Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. eventueller Missings), stellen also insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Abb. 13: Bundesweite Viktimisierungsbefragung: Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 5-Jahres-Prävalenzen (2000–2004) nach Alterskategorie und Geschlecht



Merkmalsprofile älterer Opfer und Nichtopfer

In den Tabellen 29 und 30 sind – jeweils bezogen auf die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren – Merkmalsprofile von Opfern und Nichtopfern – d. h. von Personen, die in der Befragung für das Jahr 2004 und die Fünfjahresperiode 2000–2004 mindestens eine Viktimisierung berichteten und solchen, die das nicht taten – dargestellt.

Tab. 29: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nichtopfer von Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten im Jahr 2004

Merkmal	Opfer 2004 (n=119)	Nichtopfer 2004 (n=1.977)
Anteil Frauen	53,8%	51,6%
Durchschnittsalter	68,5 Jahre	69,7 Jahre
durchschnittliches „gefühltes Alter“	59,4 Jahre	63,8 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-9,1 Jahre	-5,9 Jahre
Wohnort alte Bundesländer (ohne Berlin)	78,2%	78,8%
nicht deutsche Staatsbürgerschaft	4,2%	1,6%
Wohnort > 100.000 Einwohner	37,8%	27,3%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+, Kernbereich)	27,7%	18,0%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	53,8%	68,7%
Hochschulabschluss	14,7%	13,4%
ohne abgeschlossene Ausbildung/Studium	20,2%	20,7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	34,5%	24,9%
Haushaltsnettoeinkommen <1.500 €/Monat	25,3%	46,2%
Haushaltsnettoeinkommen 3.000 €/+Monat	14,7%	8,5%
Ø Haushaltgröße (Personen)	1,96	1,90
in Singlehaushalt lebend	22,7%	24,9%
verheiratet und mit Partner lebend	70,6%	69,2%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	1,62	1,53
kinderlos	16,1%	10,2%

Fortsetzung Tab. 29

Merkmal	Opfer 2004 (n=119)	Nichtopfer 2004 (n=1.977)
Ø Lebensqualität letzte 14 Tage (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut)	3,69	3,63
aktuelles Befinden „mittel“ bis „sehr schlecht“	37,8%	37,9%
subjektiv „schlechter“/„sehr schlechter“ Gesundheitszustand	11,9%	13,9%
durch chronische Krankheit/Behinderung eingeschränkt	45,4%	43,9%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	12,1%	13,8%
Ø Körpergröße	1,70 m	1,69 m
Ø Körpergewicht	76,2 kg	76,0 kg
konfessionslos	21,0%	18,3%
sehr starkes politisches Interesse	26,1%	16,2%

Tab. 30: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nichtopfer von Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten in der 5-Jahresperiode 2000–2004

Merkmal	Opfer 2000–2004 (n= 360)	Nichtopfer 2000–2004 (n=1.736)
Anteil Frauen	50,0%	52,1%
Durchschnittsalter	68,2 Jahre	70,0 Jahre
durchschnittliches „gefühltes Alter“	61,1 Jahre	64,1 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-7,1 Jahre	-5,9 Jahre
Wohnort alte Bundesländer (ohne Berlin)	77,2%	79,0%
nicht deutsche Staatsbürgerschaft	3,3%	1,4%
Wohnort > 100.000 Einwohner	37,2%	26,0%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+ , Kernbereich)	27,2%	16,7%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	52,6%	70,7%
Hochschulabschluss	15,8%	13,0%
ohne abgeschlossene Ausbildung/Studium	15,6%	21,7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	31,1%	24,2%
Haushaltsnettoeinkommen < 1.500€/Monat	39,2%	46,6%
Haushaltsnettoeinkommen 3.000€/+/Monat	15,0%	7,6%
Ø Haushaltsgröße (Personen)	1,90	1,91
in Singlehaushalt lebend	24,0%	24,9%
verheiratet und mit Partner lebend	69,8%	69,2%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	1,55	1,53
kinderlos	13,5%	9,9%
Ø Lebensqualität letzte 14 Tage (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut)	3,64	3,63
aktuelles Befinden „mittel“ bis „sehr schlecht“	36,7%	38,2%
subjektiv „schlechter“/„sehr schlechter“ Gesundheitszustand	11,5%	14,3%
durch chronische Krankheit/Behinderung eingeschränkt	43,7%	44,0%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	13,6%	13,7%
Ø Körpergröße	1,70 m	1,69 m
Ø Körpergewicht	76,1 kg	76,0 kg
konfessionslos	20,3%	18,0%
sehr starkes politisches Interesse	21,9%	15,6%

Die in den Tabellen 29 und 30 einander gegenübergestellten Gruppen der älteren Opfer und der Nichtopfer unterscheiden sich in einer Reihe von Merkmalen kaum voneinander. Dies betrifft etwa Geschlecht, Körpergröße und Gewicht, Haushaltsgröße und Partnerschaftsmerkmale sowie auch den Wohnort in den alten oder den neuen Bundeslän-

dern. Auch im Hinblick auf die gesundheitliche Verfassung sind die Differenzen eher gering. Beide Gruppen beurteilen ihre Lebensqualität sehr ähnlich (und überwiegend positiv); die Anteile derjenigen, die ihr aktuelles Befinden nicht als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichnen, unterscheiden sich kaum (und liegen in Bezug auf die 5-Jahres-Prävalenzen sogar bei den Opfern noch etwas niedriger – und damit günstiger – als bei den Nichtopfern).

Die Opfer sind im Durchschnitt etwas jünger als die Nichtopfer, und insbesondere im Hinblick auf Viktimisierungen im Jahr 2004 liegt das „gefühlte Alter“ der Opfer mit gut 59 Jahren deutlich unter dem der Nichtopfer, die sich im Durchschnitt knapp 64 Jahre alt fühlen.

In anderen Bereichen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: Diejenigen, die 2004 bzw. im Zeitraum 2000–2004 Opfer einer Straftat wurden, leben häufiger als die Nichtopfer in größeren Städten und in den Kernzonen städtischer Ballungsräume. Der Anteil derjenigen, deren formaler Bildungsabschluss maximal einem Hauptschulabschluss entspricht, ist unter den Nichtopfern deutlich höher; in dieser Gruppe finden sich auch entsprechend mehr Befragte mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 1.500 € und weniger mit Einkommen von 3.000 € und mehr. Der Anteil derjenigen, die im Lebensverlauf mindestens einmal eine Phase der Arbeitslosigkeit erlebt haben, ist unter den Opfern erhöht. Ebenso finden sich in dieser Gruppe mehr politisch sehr stark Interessierte, mehr Kinderlose und etwas mehr Menschen, die keiner Konfession angehören.

Diese bivariaten Betrachtungen weisen darauf hin, dass soziodemografischen Merkmalen als Prädiktoren selbst berichteter Viktimisierung Bedeutung zukommen kann. Der deutliche Zusammenhang mit der Siedlungsstruktur deckt sich mit auf Hell- wie Dunkelfelddaten beruhendem Wissen über Viktimisierungsrisiken hinsichtlich einer stärkeren Kriminalitätsbelastung in Ballungsräumen. Wesentliche Erklärungsansätze für diese erhöhte Kriminalitätsrate in Großstädten liegen in aus Täterperspektive günstigen Tatgelegenheitsstrukturen⁹¹ in großstädtischen Räumen, sozialer Desintegration in städtischen Umgebungen sowie reduzierter informeller Sozialkontrolle (vgl. zu diesen Diskussionen u. a. Bursik & Grasmick, 1993; Eisner, 1997; 2001; Kury, Obergfell-Fuchs & Würger, 2000).

Unterschiede im Haushaltseinkommen und im Bildungsniveau sind in Verbindung mit dem Umstand zu sehen, dass es sich bei den berichteten Viktimisierungen vornehmlich um solche im Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte handelt. Personen mit einem höheren Einkommen sind in dieser Hinsicht meistens nicht nur attraktivere Opfer, sondern können entstandene materielle Verluste auch besser kompensieren. Entsprechend finden sich keine nennenswerten Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität zwischen Opfern und Nichtopfern. Eine mit dem Einkommen steigende Viktimisierungsfährdung kann auch mit einer dadurch möglichen Lebensweise in Verbindung gebracht werden, die mit einer größeren Mobilität und mehr Außenaktivitäten einhergeht und daher zumindest für bestimmte Deliktsbereiche ein höheres Viktimisierungsrisiko birgt.

⁹¹ Zu Tatgelegenheitsstrukturmodellen und Ansätzen situativer Kriminalprävention vergleiche unter anderem Clarke (1997), Cornish & Clarke (2003), Felson & Clarke (1998), Hochstetler (2001), Kube (1990), Wortley (1998).

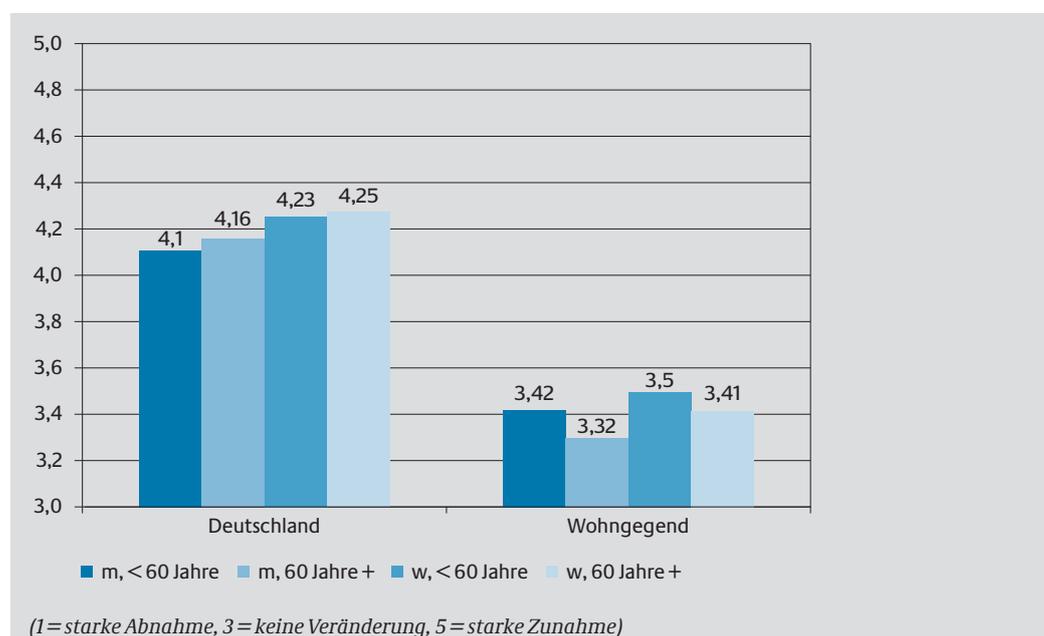
Zugleich muss die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, dass sich in den dargestellten Profilen auch Unterschiede in Präzision und Verlässlichkeit des Berichtsverhaltens der Befragten widerspiegeln, möglicherweise auch mit soziodemografischen Merkmalen variierende Verständnisse einzelner Fragen (vgl. zu dieser Problematik u. a. Wittich, Görge & Kreuzer, 1998).

4.2.5.2 Kriminalitätsfurcht, Sicherheitsgefühl, Vorsichts- und Vermeideverhalten

In diesem Kapitel werden Befunde zu verschiedenen Aspekten subjektiver Sicherheit und Unsicherheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter berichtet. Dabei geht es um die Wahrnehmung der Entwicklung der Kriminalität in Deutschland insgesamt und in der eigenen Wohngegend, verschiedene Aspekte der Furcht vor Kriminalität und des Umgangs mit ihr (subjektive Opferwahrscheinlichkeiten, erlebte kriminalitätsbezogene Befürchtungen, individuelles Vorsichts- und Vermeideverhalten), schließlich auch um den Stellenwert der Bedrohung durch Kriminalität in Relation zu anderen Bedrohungserlebnissen.

Wahrnehmung der Kriminalitätsentwicklung in Deutschland und in der eigenen Wohngegend: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchung wurden in Bezug auf Kriminalität insgesamt wie auch für ausgewählte Deliktsbereiche gefragt, wie sich nach ihrer Einschätzung die Zahl der einschlägigen Taten in den letzten zehn Jahren in Deutschland einerseits und in ihrer jeweiligen Wohngegend andererseits entwickelt habe. Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse für die insgesamt wahrgenommene Entwicklung der Kriminalität in den letzten zehn Jahren.⁹² Generell wird für diesen Zeitraum (also ca. 1995–2005) eine deutliche Zunahme der Kriminalität angenommen, wobei Ältere diesbezüglich eine etwas negativere Sichtweise haben als Jüngere. Im Vergleich hierzu gehen die Befragten zwar auch für ihr Wohnumfeld von einer Zunahme der Kriminalität aus, allerdings in deutlich geringerem Umfang. Die geringsten Zuwächse benennen die über 60-Jährigen.

Abb. 14: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Wahrgenommene Kriminalitätsentwicklung in den letzten 10 Jahren in Deutschland und in der eigenen Wohngegend



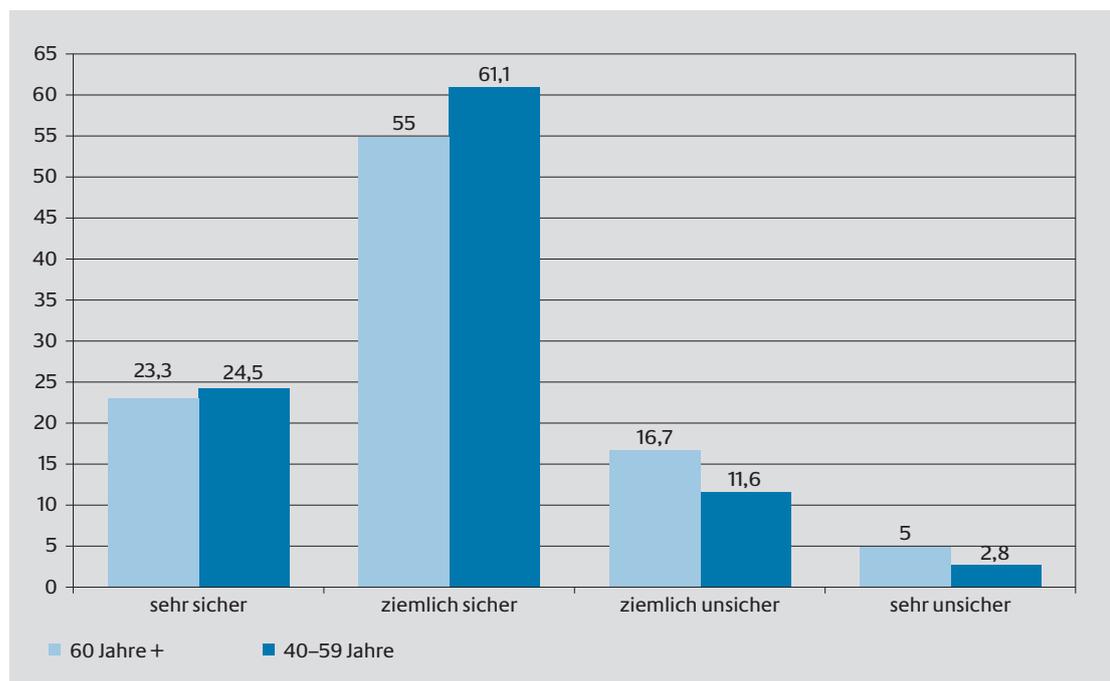
⁹² Bei der Auswertung wurden diejenigen ausgeklammert, die angaben, noch nicht seit zehn Jahren in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in der jetzigen Wohngegend zu leben.

Auf Deliktsebene zeigt sich, dass für die Bundesrepublik Deutschland die stärksten Zuwächse für Sachbeschädigung, Drogenhandel und sexuellen Kindesmissbrauch angenommen werden, etwas schwächere für Raub, Wohnungseinbruch und Körperverletzung sowie moderate bei Sexual- und Tötungsdelikten.⁹³

In der eigenen Wohngegend werden deutliche Zuwächse einzig und allein bei Sachbeschädigungsdelikten wahrgenommen, schwächere bei Drogenhandel und Wohnungseinbruch. Für alle anderen Delikte bewegen sich die Ratings eng um den Wert 3 („gleich häufig geblieben“), während die Befragten im Hinblick auf (seltene, gleichwohl besonders gravierende) Tötungs- und Sexualdelikte sogar eine leichte Verbesserung der Lage wahrnehmen.

„Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht: Kriminalitätsfurcht wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in differenzierter Weise erfasst. Dabei kam auch die vor allem in den „Frühzeiten“ der Kriminalitätsfurchtforschung häufig verwendete sogenannte „Standardfrage“ zur Erfassung von Kriminalitätsfurcht zum Einsatz („Wie sicher fühlen Sie sich oder würden Sie sich fühlen, wenn Sie hier in der Gegend nachts draußen alleine sind?“; vgl. Kury, Dörmann, Richter & Würger, 1992).

Abb. 15: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: „Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht
(= nächtliches Sicherheitsgefühl draußen alleine in Wohngegend, Angaben in %)



⁹³ Auch die Befragungen von Pfeiffer, Windzio & Kleimann (2004; 2005) zeigen, dass insbesondere die Entwicklung im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs und des Drogenhandels in der Bevölkerung als dramatisch wahrgenommen wird. Dabei sind die Relationen zur polizeilich registrierten Kriminalität durchaus von Delikt zu Delikt verschieden. Während etwa die Zahl der polizeilich registrierten Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs im Zeitraum 1993–2003 praktisch unverändert blieb, sahen 40% der von Pfeiffer et al. (2004; 2005) Befragten eine sehr starke Zunahme. Registrierte Fälle des Drogenhandels nahmen im Referenzzeitraum um rund 85% zu; hier waren ca. 85% der Befragten der Ansicht, dieses Delikt habe „leicht“ bis „sehr stark“ zugenommen. Sehr stark vom polizeilichen Hellfeld abweichende Trendwahrnehmungen fanden Pfeiffer et al. u. a. für Wohnungseinbruch (PKS: –46%; Survey: 53% der Befragten sehen „starke“ oder „sehr starke“ Zunahme) sowie für Mord (PKS: –41%; Survey: 40% der Befragten sehen „starke“ oder „sehr starke“ Zunahme).

Abbildung 15 stellt für die beiden Altersgruppen die Anteile derjenigen dar, die sich als „sehr sicher“, „ziemlich sicher“, „ziemlich unsicher“ und „sehr unsicher“ bezeichnen. Es wird deutlich, dass die Gruppen der „ziemlich“ und „sehr“ Unsicheren unter den Älteren deutlich größer sind als im mittleren Erwachsenenalter. Dieser Befragungsbefund stimmt also mit der lange vertretenen These einer generell erhöhten Kriminalitätsfurcht im Alter überein. Auf die gravierenden konzeptuellen und methodischen Probleme, welche die Standardfrage mit sich bringt, wurde bereits hingewiesen. Insofern sollte dieser Befund nicht als valides Maß der in beiden Altersgruppen vorhandenen Kriminalitätsfurcht interpretiert, sondern als Beleg dafür betrachtet werden, wie leicht eine scheinbar höhere Furchtsamkeit befragungstechnisch „erzeugt“ werden kann. Die weiteren Befunde werden die Relativität der mit der Standardfrage gewonnenen Daten deutlich machen.

Summarische Frage nach Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend: Die Schwächen der Standardfrage legen nahe, die mit ihr erfassten Ergebnisse allenfalls unter Berücksichtigung weiterer Indikatoren zu interpretieren. Mit Bezug auf die häufig geäußerte Kritik an der fehlenden Differenzierung dieser Erfassungsform weist Greve (2004a; 2004b) darauf hin, dass die Standarderfassung einen verhaltensbezogenen Bias enthalte („nachts – draußen – allein“), der eine künstliche Überschätzung von Kriminalitätsfurcht im Alter zur Folge habe. Dieses Argument wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung gestützt. Bereits wenn die „Verhaltensunterstellung“, die in der sogenannten Standardfrage liegt, herausgenommen und lediglich nach der erlebten Sicherheit oder Unsicherheit in der eigenen Wohngegend gefragt wird, verschwindet – wie in Abbildung 16 ersichtlich wird – der soeben konstatierte Altersunterschied.

Abb. 16: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend (in% der Befragten)

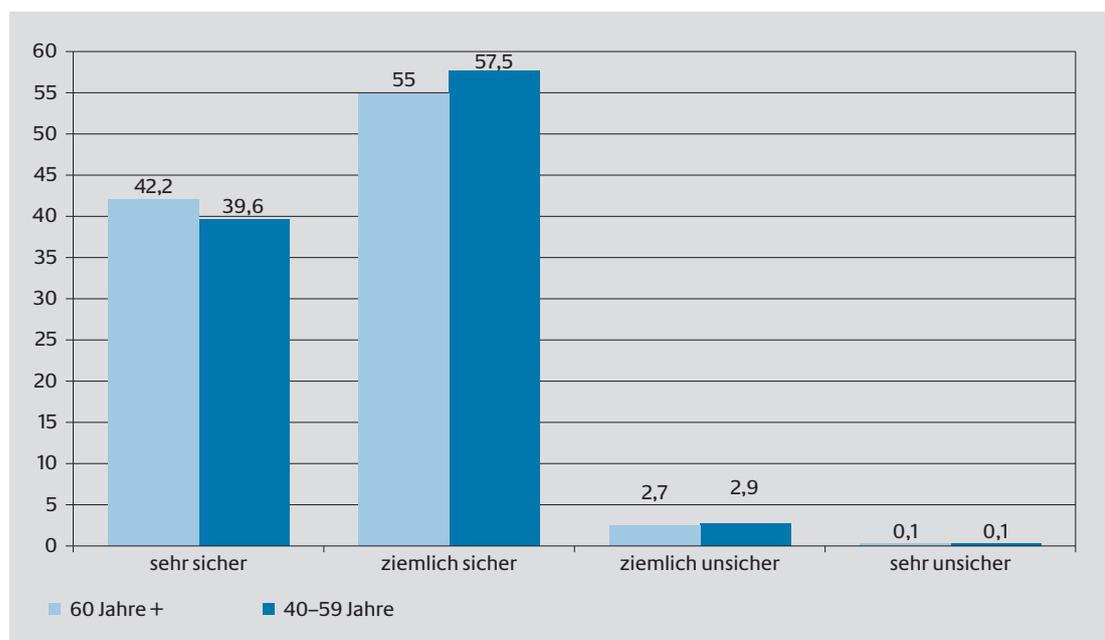


Abbildung 16 zeigt, dass der Anteil derjenigen, die angeben, sich in ihrer Wohngegend insgesamt „sehr sicher“ zu fühlen, bei den 60- bis 85-Jährigen sogar etwas größer ist als in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen. In beiden Altersgruppen liegt der Anteil derer, die die eigene Wohngegend als „ziemlich unsicher“ oder „sehr unsicher“ erleben, lediglich in einer Größenordnung von 3%.

Ein zentraler Unterschied zwischen dieser und der sogenannten Standardfrage liegt darin, dass bei der summarischen Frage nach dem Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend kein Verhalten unterstellt wird, welches die Befragten möglicherweise niemals zeigen. Zudem begrenzt diese Frage das Sicherheitserleben nicht auf einen bestimmten Tagesabschnitt (Nacht) und nicht auf den Bereich außerhalb der eigenen Wohnung.⁹⁴

Eine Betrachtung der kleinen Gruppe (n=86) derjenigen, die sich in ihrer Wohngegend „ziemlich unsicher“ oder „sehr unsicher“ fühlen, zeigt, dass es sich dabei überproportional um Frauen (zu 62% gegenüber 51% bei den „Sicheren“ und „sehr Sicheren“) handelt. Im durchschnittlichen Alter (63,5 Jahre gegenüber 63,4 Jahren) unterscheiden beide Gruppen sich nicht, wohl aber etwas im „gefühlten Alter“ (60,9 Jahre bei den „Sicheren“ gegenüber 57,8 Jahre bei den „Unsicheren“). 33% der „Unsicheren“ bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, 57% beschreiben sich als durch gesundheitliche Belastungen in irgendeiner Weise eingeschränkt; bei den „Sicheren“ liegen die entsprechenden Werte nur bei 11% bzw. 37%. Diejenigen, die ihre Wohngegend als unsicher bewerten, leben eher in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern (42% gegenüber 28%) bzw. in BIK-klassifizierten Kernbereichen von Ballungsräumen (30% gegenüber 19%). Etwas häufiger handelt es sich um Befragte aus den neuen Bundesländern (26% gegenüber 17%) und um Nichtdeutsche (7% gegenüber 3%). Der Anteil der Singlehaushalte ist mit 33% (gegenüber 21%) erhöht, ebenso der der Kinderlosen (22% gegenüber 11%). Nur 57% (gegenüber 71%) leben mit dem Ehepartner zusammen. 23% (gegenüber 17%) sind ohne abgeschlossene Ausbildung, nur 8% (gegenüber 15%) haben einen Hochschulabschluss. 64% (gegenüber 39%) geben ein Haushaltseinkommen unter 1.500 € an, lediglich 7% (gegenüber 13%) 3.000 € und mehr. Insgesamt zeigt sich hier ein ungünstiges Sozialprofil. Mag der höhere Anteil von Menschen aus einem großstädtischen Lebensumfeld die dort in der Regel höhere objektive Kriminalitätsbelastung widerspiegeln, sind diejenigen, die ihr Umfeld als unsicher erleben, zugleich tendenziell ärmer (wobei die materielle Lage häufig mit dem Wohnumfeld zusammenhängt), weniger gebildet, weniger sozial eingebunden und gesundheitlich stärker eingeschränkt. Hervorzuheben ist, dass das chronologische Alter die beiden Gruppen nicht unterscheidet, während – nachvollziehbar vor dem Hintergrund der übrigen Bedingungskonstellationen – die „Sicheren“ sich subjektiv jünger fühlen als die „Unsicheren“.

Kriminalitätsbezogene Befürchtungen: In der vorliegenden Studie zielte eine deliktsbezogen formulierte Frage „Wie häufig haben Sie folgende Befürchtungen?“ (z. B. „dass ich bestohlen werde“, „dass in meine Wohnung eingebrochen wird“) darauf ab, die emotionale Komponente des Konstrukts „Kriminalitätsfurcht“ zu operationalisieren. Da aus forschungsökonomischen Gründen das in sich wiederum komplexe Konstrukt „emotionale Komponente von Kriminalitätsfurcht“ nicht in all seinen denkbaren Facetten erfasst werden konnte, fiel die Entscheidung zugunsten einer Häufigkeitsskalierung (und damit gegen eine Erfassung der Intensität).⁹⁵

⁹⁴ Während die „Standardfrage“ in Bezug auf nächtliche Befürchtungen außerhalb der eigenen Wohnung insofern zu weit geht, als sie diese auch von Personen erfragt, die aus anderen Gründen als Kriminalitätsfurcht die erfragte Situation niemals aufsuchen, klammert sie zugleich kriminalitätsbezogene Ängste und Befürchtungen aus, welche Menschen innerhalb des eigenen Wohnraums erleben können.

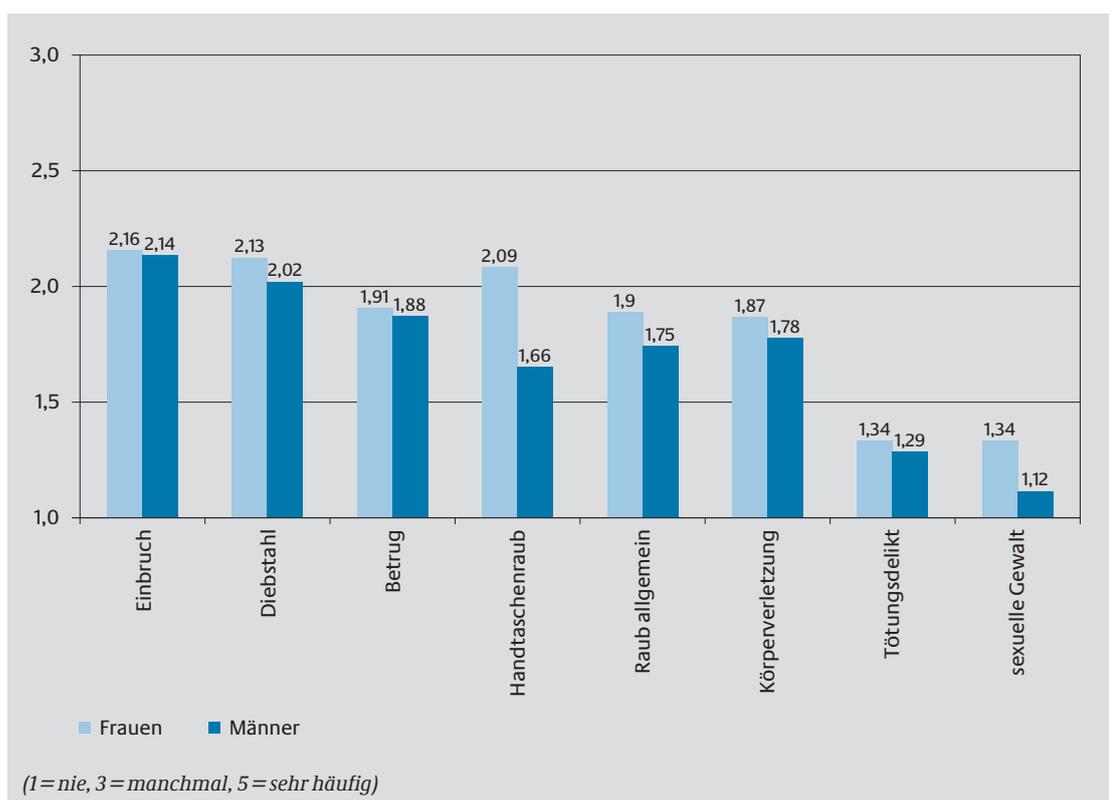
⁹⁵ Farrall & Gadd (2004) arbeiten mit einem mehrstufigen Prozedere, bei dem die Probanden zunächst danach gefragt werden, ob sie in einem bestimmten Zeitraum Furcht vor Kriminalität erlebt haben, bei bejahender Antwort dann, wie häufig dies der Fall gewesen sei und wie intensiv diese Furcht bei der letzten einschlägigen Episode gewesen sei.

Abbildung 17 macht deutlich, dass Befürchtungen in Bezug auf Kriminalität im Alltag der meisten älteren Menschen eher selten sind. Mit Ausnahme von Diebstahl, Wohnungseinbruch sowie – dies allerdings nur bei Frauen – Handtaschenraub liegen die Mittelwerte in der Altersgruppe 60+ noch unterhalb des Skalenwerts für „selten“. Wenn ältere Menschen kriminalitätsbezogene Befürchtungen haben, dann beziehen diese sich in erster Linie auf Eigentumsdelikte, vor allem auf Wohnungseinbruch und Diebstahl, sehr viel seltener jedoch auf Tötungsdelikte und sexuelle Gewalt. Bei allen erfragten Delikten sind die Befürchtungen der älteren Frauen stärker als die der Männer. Die Geschlechterdifferenz ist besonders ausgeprägt bei Sexualdelikten ($t=-10.10$, $df=1797.38$, $p<.001$) und bei Handtaschenraub ($t=-10.74$, $df=2040.03$, $p<.001$), erreicht aber mit Ausnahme von Wohnungseinbruch und Betrug auch bei den anderen Delikten ein statistisch signifikantes Maß.

Offensichtlich zeichnet sich hinsichtlich der als bedrohlich erlebten Kriminalitätsbereiche in den gemessenen Befürchtungen der Älteren ein zwar nicht in den konkreten Größenordnungen, aber doch im grundlegenden Trend weitgehend realistisches Bild ab. Bei der Interpretation muss zudem in Rechnung gestellt werden, dass in solche Befürchtungen keineswegs nur Annahmen über die Verbreitung einer Gefährdung einfließen, sondern auch die subjektive Schwere des Ereignisses, die eigene wahrgenommene Vulnerabilität, die hypothetische Kontrollierbarkeit von Viktimisierungsversuchen und Annahmen über eigene Coping-Kapazitäten im Falle einer Opferwerdung. Daraus resultiert letztendlich, dass sich die erlebten Befürchtungen relativ zu dem durch Eigentumsdelikte dominierten quantitativen Ausmaß der Bedrohung in Richtung der Gewaltdelikte verschieben.

Abb. 17: Bundesweiter Viktimisierungssurvey:

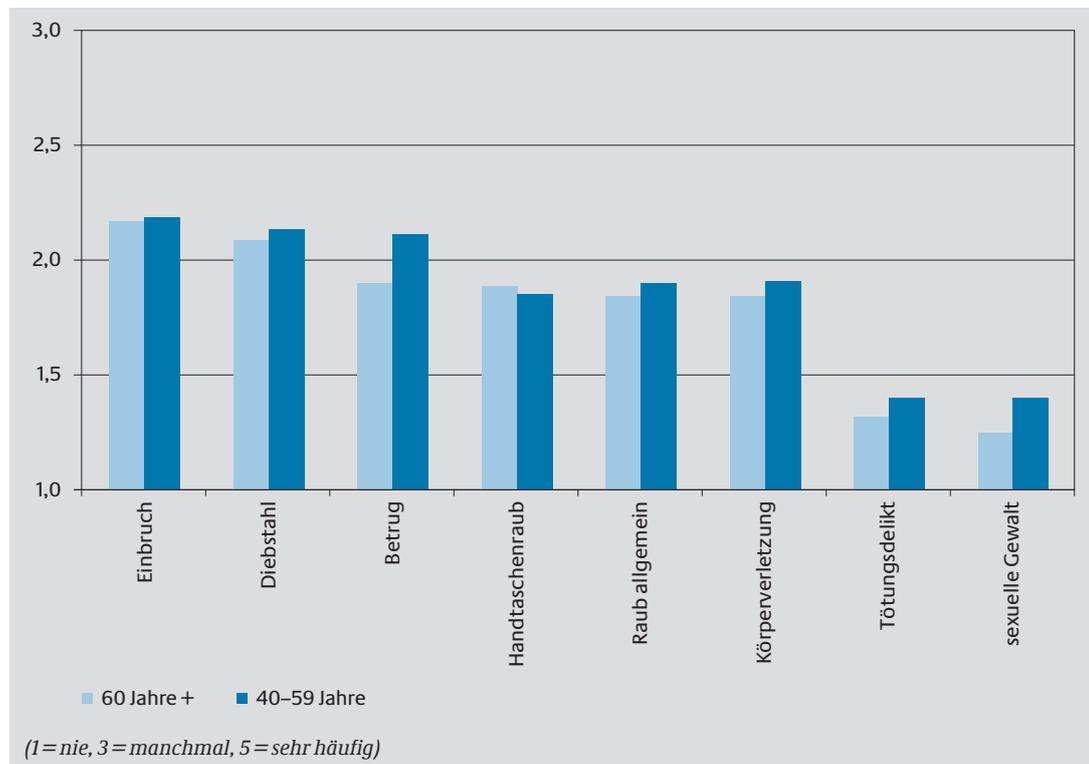
Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen bei Befragten ab 60 Jahren



Wie Abbildung 18 zeigt, sind die Befürchtungen, Opfer von Straftaten zu werden, in der jüngeren Altersgruppe durchweg häufiger als bei den 60- bis 85-Jährigen. Die einzige Ausnahme bildet – darin den Befunden zur selbst berichteten Viktimisierung und auch den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik entsprechend – der Handtaschenraub.

Abb. 18: Bundesweiter Viktimisierungssurvey:

Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen nach Alter der Befragten



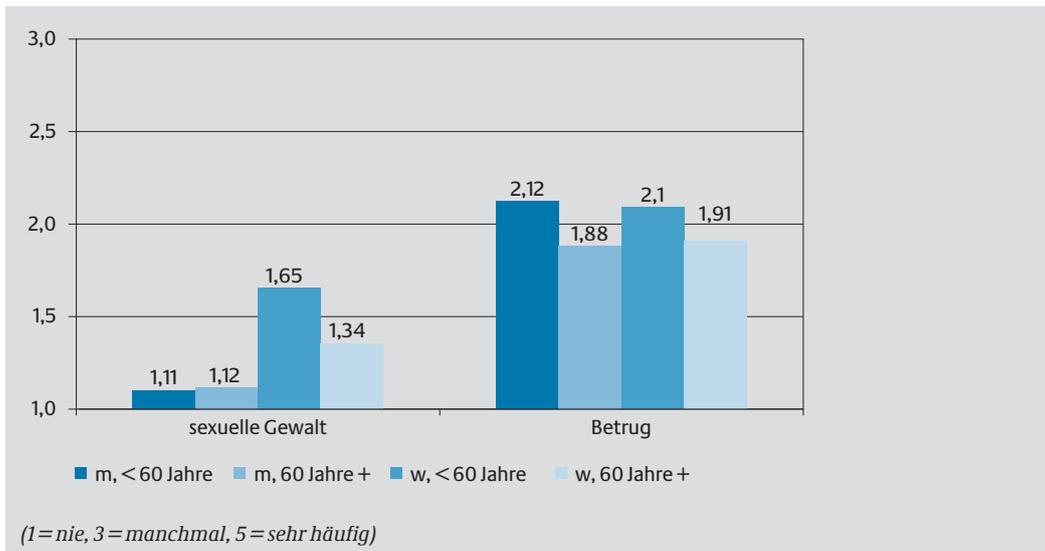
Besonders ausgeprägte Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden sich bei Gewaltdelikten – hier vor allem bei sexueller Gewalt – sowie bei Betrugsstraftaten, weshalb die Daten für Betrug und Sexualdelikte zusätzlich nach Geschlecht differenziert dargestellt werden (vgl. Abb. 19).

Während die im Vergleich zu Frauen der Altersgruppe ab 60 Jahren erhöhte Furcht jüngerer Frauen vor sexuellen Gewaltdelikten in der Tendenz in Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik eine Entsprechung hat⁹⁶, muss ein solcher Abgleich mit dem Hellfeld in Bezug auf Betrugsstraftaten in Ermangelung entsprechender Opferdaten bislang unterbleiben. Die in den Tabellen 27 und 28 dargestellten Befunde der Viktimisierungsbefragung legen den Schluss nahe, dass das Opferrisiko zumindest für jene älteren Männer, die in solchen Surveys erreicht werden, tatsächlich auch beim Betrug geringer ist als für die 40- bis 59-Jährigen. Bei den älteren Frauen zeigten sich bei Betrachtung der 12-Monats- und der 5-Jahres-Prävalenzen jeweils etwas unterschiedliche Belastungsmuster.⁹⁷

⁹⁶ Allerdings können auf Basis der PKS-Daten bislang nur 21- bis 59-jährige Frauen mit Frauen der Altersgruppe ab 60 Jahren verglichen werden (vgl. Görden, 2004a).

⁹⁷ Diese Befunde stehen nicht in einem logischen Widerspruch zu der in Kapitel 4.1.2 dargestellten besonderen Gefährdung hochaltriger Menschen durch bestimmte täuschungsbasierte Eigentums- und Vermögensdelikte. Betrugsstraftaten sind ein phänomenologisch sehr breites Deliktsfeld, in dem spezifische Erscheinungsformen wie der Einzeltrick quantitativ eine eher untergeordnete Rolle spielen. Viele der auf Ältere ausgerichteten täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikte sind nicht den Betrugsstraftaten, sondern den Diebstählen zuzurechnen. Durch derartige Delikte sind gerade auch jene höchsten Altersgruppen bedroht, die im Survey bereits nicht mehr vertreten sind. Und schließlich sei darauf hingewiesen, dass die Hellfeldbefunde zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten insbesondere auf eine starke Gefährdung hochaltriger Frauen hinweisen und sich diesbezüglich im Viktimisierungssurvey immerhin in Bezug auf die 12-Monats-Prävalenzen eine entsprechende Tendenz andeutet.

Abb. 19: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen in Bezug auf sexuelle Gewalt und Betrugsstraftaten

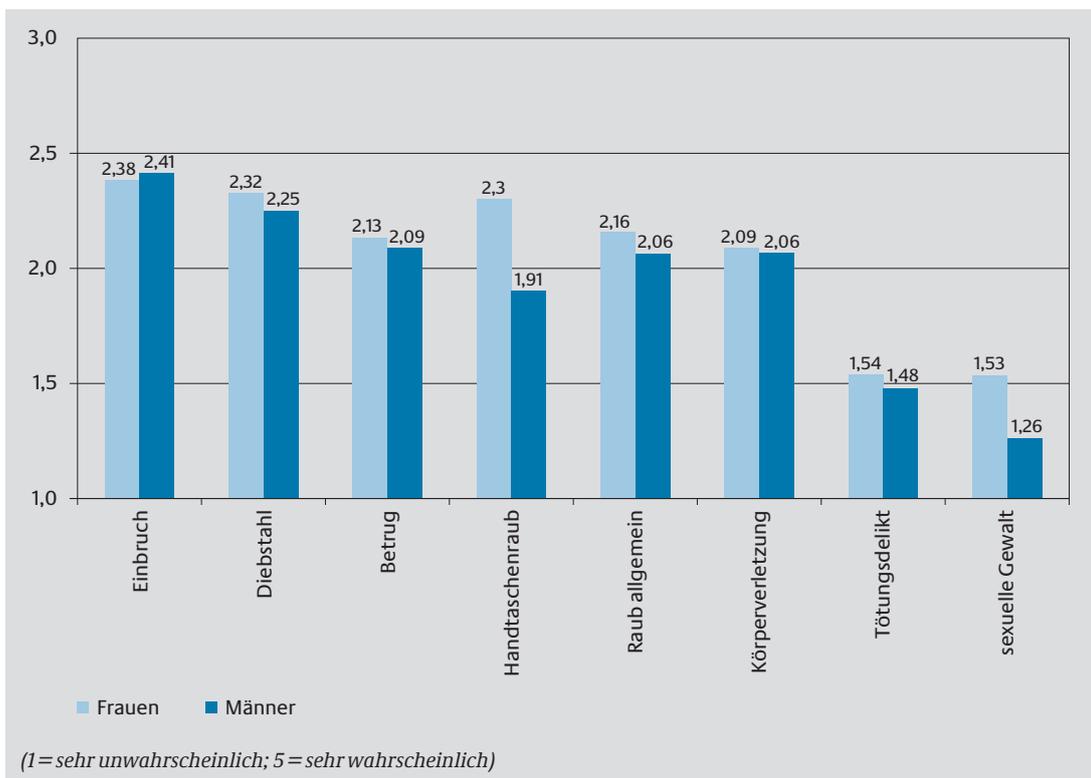


Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeiten: Die Frage operationalisiert den kognitiven Aspekt von Kriminalitätsfurcht, nämlich die individuelle Risikokalkulation – die Frage, für wie wahrscheinlich eine Person es hält, dass ihr innerhalb eines definierten Zeitraums ein bestimmtes Ereignis zustößt. Abbildung 20 stellt zunächst die subjektiven Viktimisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb von 12 Monaten für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren dar.⁹⁸ Es zeigt sich, dass die Rangreihe der subjektiven Risikoeinschätzungen nahezu identisch ist mit derjenigen der Befürchtungen.⁹⁹ Wiederrum dominieren Eigentums- und Vermögensdelikte; deutlich am geringsten werden die Risiken für Tötungs- und Sexualdelikte eingeschätzt. Die Geschlechterunterschiede sind schwächer ausgeprägt als im Hinblick auf die emotionale Seite von Kriminalitätsfurcht und erreichen nur noch bei Sexualdelikten, Handtaschenraub und anderen Raubstraftaten ein statistisch bedeutsames Maß.

⁹⁸ Grundsätzlich wäre hier eine prozentuale Risikoabschätzung einer von „sehr unwahrscheinlich“ bis „sehr wahrscheinlich“ reichenden Skala vorzuziehen; negative Erfahrungen mit dem Einsatz von Prozentschätzungen in Befragungen ließen eine solche Operationalisierung – schon gar in Bezug auf Risiken, d. h. auf Ereigniswahrscheinlichkeiten – nicht angeraten erscheinen.

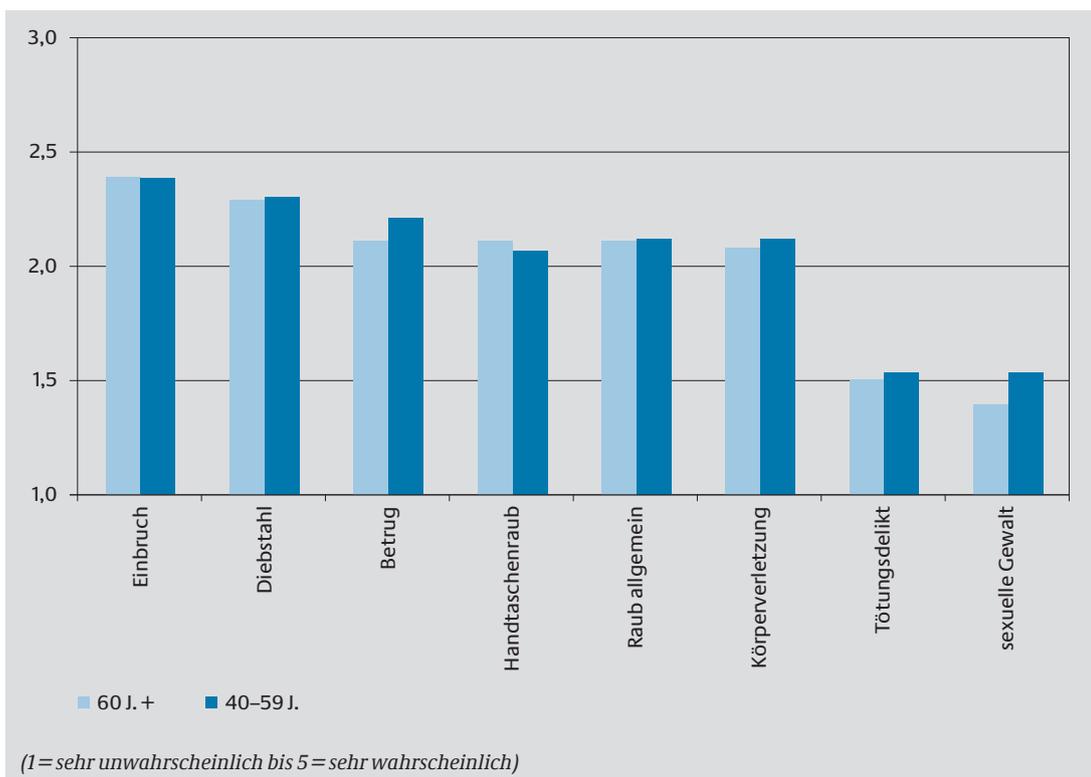
⁹⁹ Die Korrelationen zwischen deliktsbezogenen Befürchtungen und den entsprechenden Risikoeinschätzungen liegen mit Ausnahme der Items für Tötungsdelikte ($r = .49$) sämtlich in der Größenordnung von .60 (und sind damit vielfach höher als die Interkorrelationen der Befürchtungsitems).

Abb. 20: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb von 12 Monaten, Befragte ab 60 Jahren



Im Altersvergleich (Abb. 21) wird deutlich, dass die subjektiven Viktimisierungswahrscheinlichkeiten bei Menschen im mittleren Erwachsenenalter eher höher sind als bei den Älteren; einzige diesbezügliche Ausnahmen sind Wohnungseinbruch und Handtaschenraub. Insgesamt gesehen sind die Altersunterschiede in Bezug auf subjektive Risikowahrnehmungen jedoch eher gering.

Abb. 21: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb von 12 Monaten



Vorsichts- und Vermeiderverhalten: Mittels zweier Fragensets wurde die behaviorale Seite von Kriminalitätsfurcht erfasst. Dabei geht es um die Frage: Wie äußert es sich im Verhalten, wenn Menschen sich vor Kriminalität fürchten und wenn sie die Wahrscheinlichkeit, selbst Opfer einer Straftat zu werden, für jedenfalls nicht vernachlässigungswert halten? An (mindestens) zwei individuell rationale Formen von Konsequenzen ist zu denken:

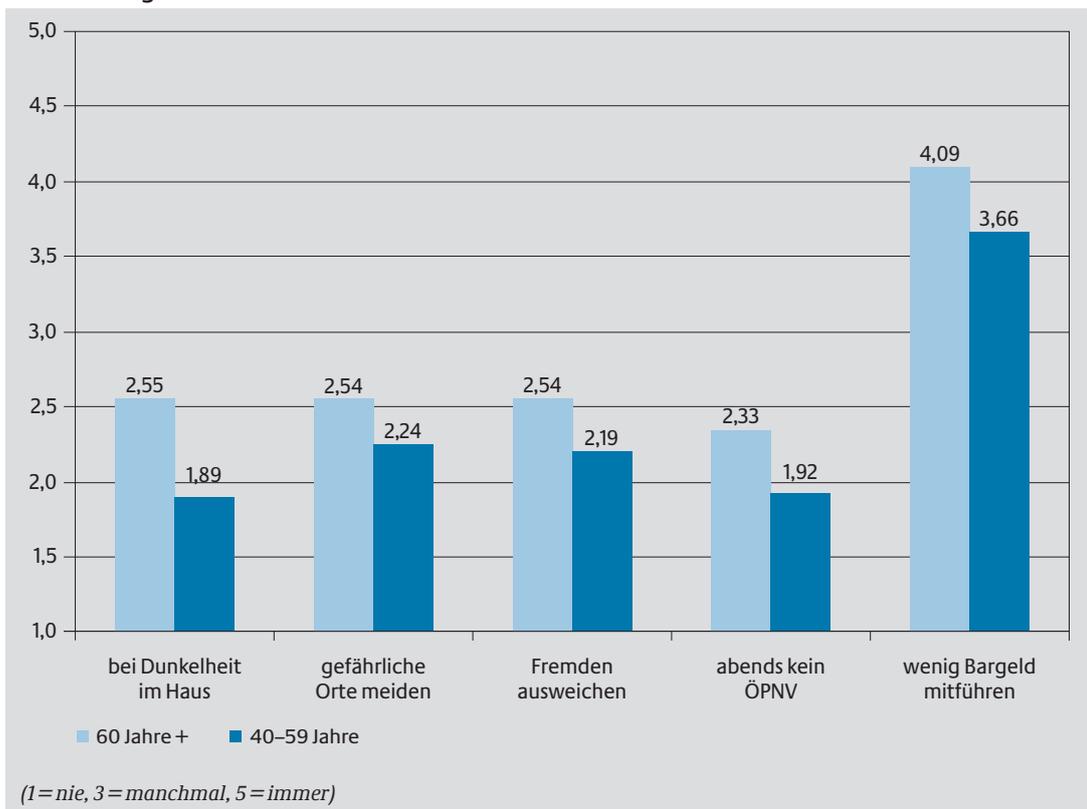
- I Risikominderung durch Meiden riskanter Situationen
- I Risikominderung durch aktive Maßnahmen zum Unterbinden, Abwenden bzw. besseren Bewältigen von Viktimisierungsgefahren¹⁰⁰

Über situativ verankerte kriminalpräventive Verhaltensweisen hinaus (dem Fremden kann man nur in der konkreten Situation ausweichen, in der man ihm begegnet), gibt es individuell risikominderndes Handeln, welches nicht jeweils situativ neu gezeigt werden muss, sondern dadurch charakterisiert ist, dass eine einmal getroffene Maßnahme auf Dauer kriminalpräventiv wirksam sein kann. Beispiele hierfür sind etwa das Erlernen von Selbstverteidigungstechniken, das Sichern von Wertgegenständen in einem Bankschließfach oder das Anschaffen und Halten eines Wachhundes. Derartige „Verhaltensweisen mit Langzeitwirkung“ wurden gesondert erfasst.

In Abbildung 22 sind zunächst die eher vermeidenden Verhaltensweisen zusammengefasst, wobei die Grenze bisweilen schwer zu ziehen ist. So enthält das in dem Item „Ich weiche Fremden, denen ich im Dunkeln begegne, nach Möglichkeit aus“ beschriebene Verhalten sowohl eine meidende, d. h. passive, als auch eine aktiv handelnde Komponente.

¹⁰⁰ Grundsätzlich sind auch auf individueller Ebene Verhaltensweisen denkbar, die Schutz via Eliminieren von Kriminalitätsursachen anstreben. Praktisch spielen derartige Strategien (die etwa darin bestehen könnten, im Rahmen einer Stadtteilinitiative die Lebensbedingungen im Quartier zu verbessern oder in einem lokalen kriminalpräventiven Rat mitzuarbeiten) aber wohl eine sehr untergeordnete Rolle. In diesem Zusammenhang kann die von Kidder & Cohn (1979) getroffene Unterscheidung zwischen – von Personen wahrgenommenen bzw. zugeschriebenen – *proximalen* und *distalen* Kriminalitätsursachen erhellend sein; Ursachen sind zeitlich, räumlich oder innerhalb einer angenommenen Folge oder Kette von Ereignissen mehr oder weniger nahe an der Straftat. Während Menschen – so die Autorinnen – Kriminalitätsursachen vor allem bei den Lebens- und Sozialisationsbedingungen der Täter und Täterinnen lokalisierten, beziehen individuell ergriffene präventive Maßnahmen sich primär auf proximale Faktoren in der Umgebung des potenziellen Opfers. „When people *talk* about the *causes* of crime, they talk about social conditions and distal causes in the offender's chain, but when they decide to *do* something about crime, they engage in victimization prevention“ (Kidder & Cohn, 1979, S. 251). Vorstellungen über Kriminalprävention nehmen offenbar auf Faktoren Bezug, die beeinflussbar und veränderbar erscheinen. An der eigenen Person ansetzende Maßnahmen (Meiden als gefahrvoll perzipierter Orte, Tragen einer Waffe, Schutzmaßnahmen an Gebäuden etc.) versprechen eine unmittelbare Reduktion der individuellen Viktimisierungswahrscheinlichkeit, während Maßnahmen, welche die als primäre Kriminalitätsursache angesehenen sozialen Missstände angreifen, nur langsam und auch nur mit einer nicht exakt kalkulierbaren Wahrscheinlichkeit das allgemeine und damit möglicherweise das individuelle Viktimisierungsrisiko senken.

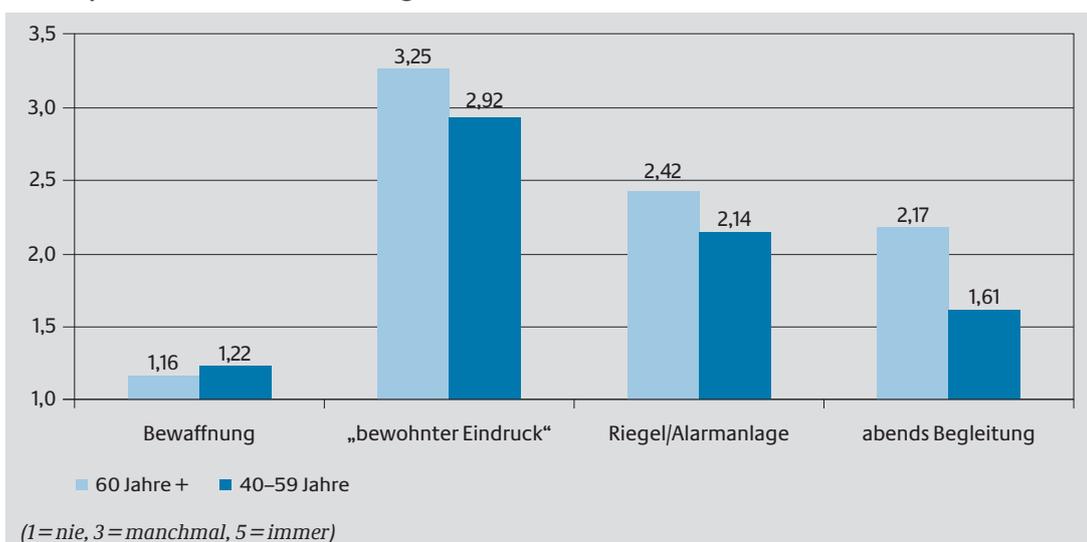
Abb. 22: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Kriminalitätsbezogenes Vermeiderverhalten nach Alter der Befragten



Es wird deutlich, dass hier – im Unterschied zu Befürchtungen und subjektiven Opferwerdungswahrscheinlichkeiten – beträchtliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen vorliegen. Ältere Menschen fürchten sich somit nicht mehr vor Kriminalität als jüngere, sie schätzen auch ihr Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, nicht höher ein als jüngere. Sie verhalten sich jedoch vorsichtiger und minimieren hierdurch mutmaßlich ihr Risiko, zumindest im Bereich außerhalb des persönlichen Nahraums.

In der folgenden Abbildung sind die eher aktiven Verhaltensweisen dargestellt (sich bewaffnen; dafür sorgen, dass die eigene Wohnung auch bei Abwesenheit bewohnt wirkt; Riegel vorlegen und Alarmanlage einschalten; abends nur in Begleitung nach draußen gehen).

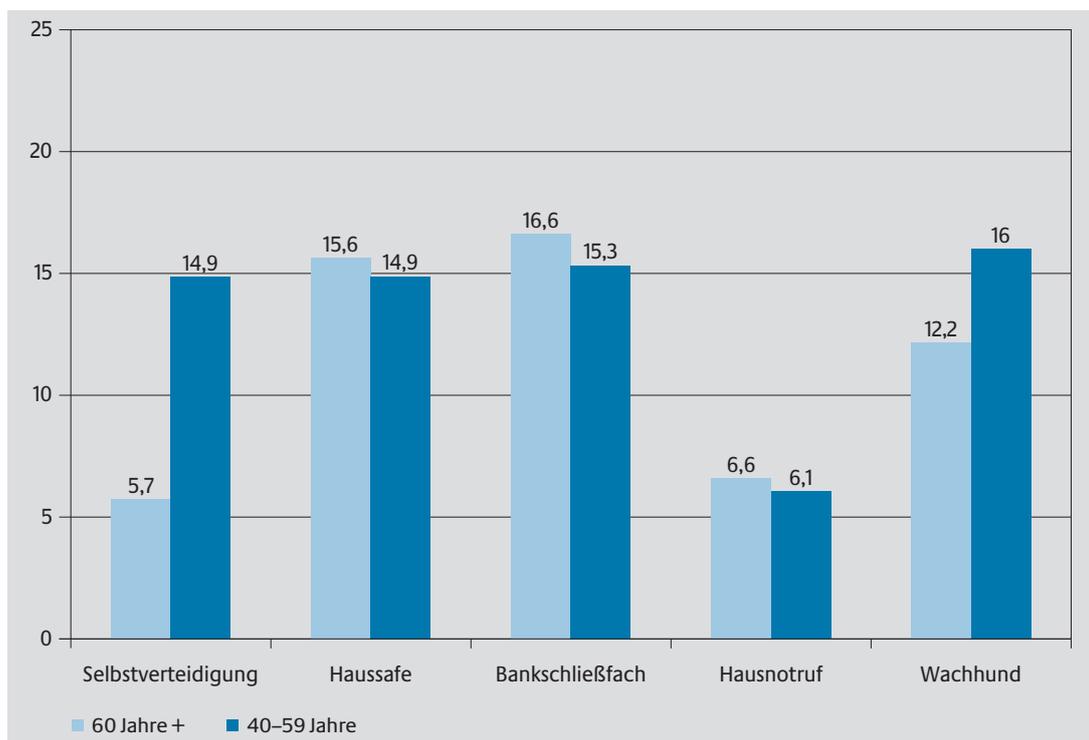
Abb. 23: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Maßnahmen situativ-aktiver individueller Kriminalprävention nach Alter der Befragten



Auch hier zeigt sich, dass die genannten Verhaltensweisen in der älteren Teilstichprobe häufiger berichtet werden. Bei der einzigen diesbezüglichen Ausnahme – dem Mitführen einer Waffe – handelt es sich um ein Verhalten, das bei jüngeren wie älteren Befragten sehr selten ist und zudem relativ zu den übrigen Items mit spezifischen Motivlagen verknüpft sein kann. Das Tragen einer Waffe zielt nicht – wie etwa das Erzeugen eines „bewohnten Eindrucks der Wohnung“ bei Abwesenheit – darauf ab, kriminelles Verhalten im Vorfeld einer Tat zu verhindern, sondern gewappnet zu sein, wenn es denn zu einem Viktimisierungsversuch kommen sollte, wobei eine Schädigung des Täters in gewissem Umfang in Kauf genommen wird; darüber hinaus handelt es sich um eine Verhaltensweise, der grundsätzlich auch nicht defensive Motive zugrunde liegen können.

In Abbildung 24 sind – nach Alter der Befragten – jene kriminalpräventiven Aktivitäten dargestellt, die nicht situativ zur Anwendung gebracht werden müssen, die aber voraussetzen, dass die Person die jeweilige Maßnahme irgendwann einmal ergriffen hat (Selbstverteidigungstechniken erlernen, Wertsachen bei der Bank deponieren) bzw. sich das jeweilige Objekt (Safe, Wachhund, Hausnotrufgerät) zugelegt hat.¹⁰¹ Entsprechend konnte hier auch nicht nach der Häufigkeit entsprechender Maßnahmen, sondern lediglich nach ihrem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein gefragt werden.

Abb. 24: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Prävalenz situationsübergreifend wirksamer Maßnahmen aktiver individueller Kriminalprävention nach Alter der Befragten (in %)



Hier bietet der Altersvergleich ein etwas „gemischtes Bild“: Die eher kämpferischen, unter Umständen auch mit einer aggressiven Komponente verknüpften Maßnahmen individueller Kriminalprävention finden sich eindeutig häufiger bei Jüngeren. Während etwa jeder siebte Befragte der Altersgruppe 40–59 Jahre angibt, eine Selbstverteidigungstechnik erlernt zu haben, berichtet dies nur rund jeder Zwanzigste in der

¹⁰¹ Zum Teil ist die Abgrenzung zwischen diesen „einmalig ergriffenen/dauerhaft wirksamen“ Maßnahmen und solchen, die situativ zur Anwendung gebracht werden müssen, schwierig. So muss natürlich auch die situativ einzuschaltende Alarmanlage irgendwann – sicher nicht in jedem Fall auf Initiative des nunmehr Befragten – angeschafft worden sein.

Gruppe der 60- bis 85-Jährigen. Weniger deutlich ausgeprägt ist der Altersgruppenunterschied bezüglich des Haltens eines Wachhundes. Die nicht auf eine im Notfall auch gewaltsame Verteidigung gegen Viktimisierungsversuche abzielenden Strategien (Sichern von Besitztümern in einem Safe in der Wohnung oder im Schließfach einer Bank; Verfügbarkeit eines Hausnotrufgerätes¹⁰²) werden hingegen jeweils von Älteren etwas häufiger berichtet.

Bedrohung durch Kriminalität im Kontext anderer Bedrohungserlebnisse: Menschen fühlen sich in ihrer Sicherheit keineswegs nur durch die Möglichkeit krimineller Viktimisierung bedroht. Im Rahmen der Studie wurde den Befragten daher ein Kanon potenziell bedrohlicher Ereignisse aus unterschiedlichen Lebensbereichen vorgelegt. Nach Klärung der Frage, ob die Personen aktuell von einem Ereignis der genannten Art betroffen seien, wurden diejenigen, welche die Frage verneinten, um eine Angabe gebeten, „wie häufig Sie der Gedanke belastet, dass Sie von diesen Ereignissen betroffen sein könnten“. Tabelle 31 stellt für die Befragten ab 60 Jahren die Rangreihe der Bedrohungserlebnisse dar.

Tab. 31: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Subjektive Bedrohlichkeit kritischer Lebensereignisse bei Befragten ab 60 Jahren

Erlebte Bedrohung durch	M	SD
Pflegebedürftigkeit	2.67	1.06
Tod einer nahestehenden Person	2.46	1.09
Abhängigkeit von Dritten	2.37	1.07
schwere Erkrankung	2.32	0.97
Heimübersiedlung	2.18	1.08
Gefährdung finanzieller Altersversorgung	1.95	1.12
schwerer Unfall	1.90	0.90
Diebstahl, Raub, Betrug	1.80	0.92
Krieg	1.79	1.01
gewaltbedingte Verletzung	1.59	0.82
Naturkatastrophe	1.50	0.73
ungewollte Trennung	1.50	0.77
schwere Umweltschäden	1.52	0.76
familiärer Streit/Ärger	1.49	0.76
terroristischer Anschlag	1.35	0.68
Wohnungsverlust	1.28	0.65
Arbeitsplatzverlust	1.06	0.31

(1 = „Der Gedanke belastet mich nie“ bis 5 = „Der Gedanke belastet mich sehr häufig“)

Anmerkung: In die Auswertung einbezogen wurden jeweils diejenigen Befragten ab 60 Jahren, die angaben, von Ereignissen der genannten Kategorie aktuell nicht betroffen zu sein. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, da sich die Frage nach „belastenden Gedanken“ in Bezug auf ein Ereignis für davon Betroffene in qualitativ anderer Weise stellt als für Personen, die lediglich die Möglichkeit des Eintretens eines solchen Ereignisses antizipieren.

¹⁰² In Bezug auf Hausnotrufgeräte stellt sich angesichts der Gleichverteilung in den Altersgruppen die – empirisch nicht mehr aufzuklärende – Frage, was von den Befragten unter diesem Begriff verstanden wurde. Typischerweise handelt es sich beim Hausnotruf um eine Vorrichtung, die den Nutzer im Bedarfsfall mittels eines am Körper getragenen Signalgebers mit einer (medizinisch-pflegerischen) Notrufzentrale verbindet. Solche Geräte sind vor allem bei alleinlebenden älteren Menschen verbreitet. Möglicherweise wurde der Begriff von einem Teil der Befragten auch auf andere technische Sicherungsmaßnahmen bezogen (z. B. die Installation einer Alarmanlage).

Aus den in Tabelle 31 dargestellten Daten geht hervor, dass für ältere Menschen die Bedrohung durch Kriminalität insgesamt einen mittleren Stellenwert hat. Vergleichsweise häufig belastet fühlen Befragte ab 60 Jahren sich vor allem durch tatsächlich mit dem Älterwerden stark anwachsende Risiken, die letztlich alle in Zusammenhang mit zunehmender Morbidität und Mortalität stehen. Dazu gehören neben dem Tod einer nahestehenden Person eigene Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit von Dritten, schwere Erkrankungen und notwendig werdende Heimübersiedlungen.

In Bezug auf Kriminalität bleibt festzuhalten, dass belastende Gedanken an Eigentums- und Vermögensdelikte häufiger berichtet werden als solche an Gewalttaten. Auch die erlebte Bedrohung durch Diebstahl, Raub oder Betrug ist offenbar schwächer als der Gedanke an eine Gefährdung der eigenen finanziellen Altersversorgung oder an die möglichen Folgen eines schweren Unfalls. Diese Berichte der älteren Befragten zeugen wiederum nicht etwa von einer irrationalen Kriminalitätsfurcht oder einer „Fixierung“ auf Kriminalitätsphänomene, sondern eher von einer – an Merkmalen wie Wahrscheinlichkeit, Vermeidbarkeit und Schwere orientierten – recht realistischen Wahrnehmung und Gewichtung von Lebensrisiken.

Zusammenhänge zwischen Lebensalter, Sicherheitsempfinden und gesundheitlicher Verfassung: Nachstehend werden korrelative Zusammenhänge zwischen (a) dem Lebensalter einer Person, (b) ihrem mittels summarischer Fragen („Standardfrage“ zu Kriminalitätsfurcht, Frage nach Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend) gemessenen Bedrohungs- und Sicherheitserleben und (c) ihrer gesundheitlichen Verfassung betrachtet. Dabei wird eine summarische Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zum Befragungszeitpunkt herangezogen („Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“, 5-stufige Skala von 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“).

Tab. 32: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Korrelative Bezüge zwischen Sicherheitsgefühl, chronologischem Alter und subjektivem Gesundheitszustand

Variablen	r
„Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht * Alter	$r_{ab} = -.09^{***}$
„Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht * Gesundheitszustand	$r_{ac} = -.19^{***}$
„Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht * Alter bei Kontrolle von Gesundheitszustand	$r_{ab.c} = -.04^*$
„Standardfrage“ Kriminalitätsfurcht * Gesundheitszustand bei Kontrolle von Alter	$r_{ac.b} = -.17^{***}$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Alter	$r_{db} = .03$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Gesundheit	$r_{dc} = -.14^{***}$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Alter bei Kontrolle von Gesundheitszustand	$r_{db.c} = .07^{***}$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Gesundheitszustand bei Kontrolle von Alter	$r_{dc.b} = -.15^{***}$

Wird das individuelle Sicherheitsgefühl mit der (inhaltlich in hohem Maße problematischen) „Standardfrage“ gemessen, zeigt sich ein zwar höchst signifikanter, in der Größenordnung jedoch sehr moderater negativer Zusammenhang mit dem Lebensalter der befragten Person. Der Zusammenhang zwischen summarisch erfragtem Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend und Alter ist hingegen nicht signifikant von null verschieden, tendiert aber in der untersuchten Stichprobe ins Positive. Mit der selbst eingeschätzten gesundheitlichen Verfassung hingegen korrelieren beide „Sicherheits-Variablen“ deutlich negativ.

Bei Betrachtungen der Partialkorrelation von Sicherheitsgefühl und Alter unter Kontrolle des subjektiven Gesundheitszustandes reduziert sich der negative Zusammenhang mit dem Alter für die Standardfrage auf $-.04$, während er für die summarische Frage zum Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend auf $.07$ steigt. Das chronologische Alter alleine trägt zur Erklärung des subjektiven Sicherheitsempfindens wenig bei; hier bestehen Zusammenhänge zwischen der von der Person wahrgenommenen eigenen gesundheitlichen Verfassung und ihrem Sicherheits- oder Unsicherheitsgefühl. Der – überkommenen Vorstellungen von einer Irrationalität von Kriminalitätsängsten im Alter entsprechende – negative Zusammenhang zwischen Lebensalter und mit der „Standardfrage“ erfasstem Sicherheitsgefühl reduziert sich deutlich, wenn der lineare Einfluss des subjektiven Gesundheitszustandes aus der bivariaten Korrelation eliminiert wird. Hingegen bleibt der Zusammenhang von Sicherheitserleben und gesundheitlicher Verfassung im Wesentlichen auch dann stabil, wenn der Einfluss des Lebensalters kontrolliert wird.

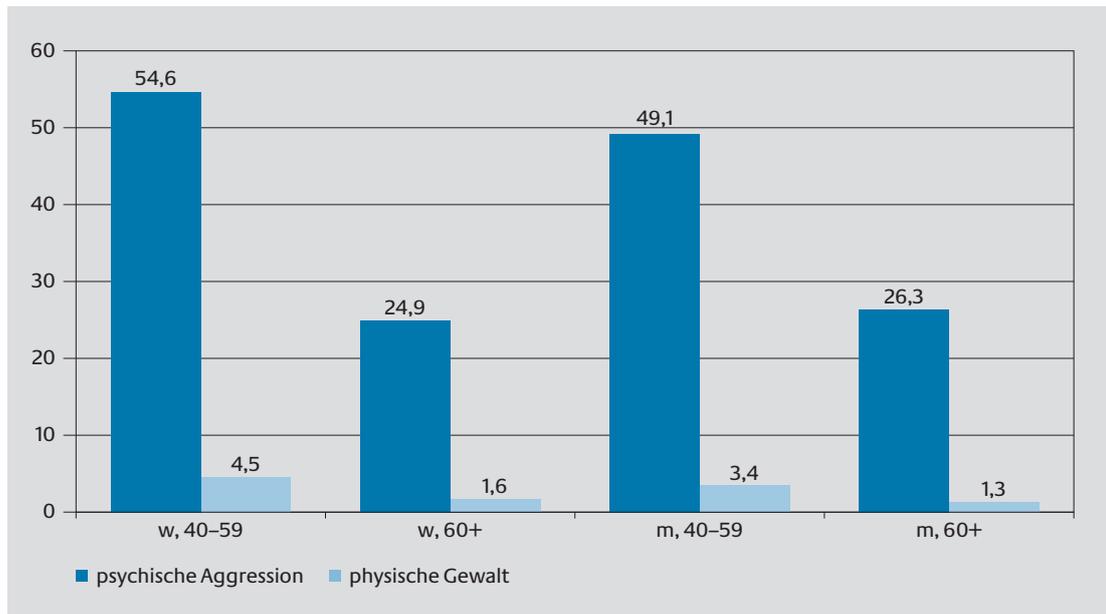
Zusammenfassend haben die präsentierten Befunde deutlich gemacht, dass „Kriminalitätsfurcht“ und „Sicherheitserleben“ komplexe Merkmale sind, die nicht mit nur einer einzigen Frage umfassend operationalisiert werden können. Dem entspricht die Tatsache, dass empirische Befunde in hohem Maße von der Art der Operationalisierung und den jeweils dadurch in den Vordergrund geschobenen Aspekten von „Kriminalitätsfurcht“ abhängen. Deutlich geworden ist, dass ältere Menschen sich von Erwachsenen in der fünften und sechsten Lebensdekade nicht durch ein erhöhtes Furchtniveau unterscheiden, dass sie ihre individuelle Viktimisierungswahrscheinlichkeit tendenziell sogar niedriger veranschlagen als jüngere, dass sie sich in erster Linie nicht durch Gewaltdelikte, sondern durch Diebstähle und Wohnungseinbrüche gefährdet sehen, dass sie in stärkerem Maße als jüngere über vorsichtiges und Gefahren meidendes Verhalten berichten und dass die gesundheitliche Verfassung einer Person und das Ausmaß, in dem sie ihre Umwelt als sicher oder unsicher erlebt, miteinander verknüpft sind.

4.2.5.3 Nahraumgewalt im höheren Lebensalter

Analog zum KFN-Viktimisierungssurvey 1992 (Wetzels et al., 1995) erfasste der schriftlich durchgeführte Teil der Befragung den Themenkomplex der Viktimisierung durch Familien- und Haushaltsmitglieder.

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil von Personen, die angaben, im Verlauf des Jahres 2004 psychische Aggression oder physische Gewalt durch eine nahestehende Person erlebt zu haben.

Abb. 25: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: 12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression/physischer Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder (in% der Befragten)



Die Befunde zeigen Folgendes:

- Psychische Aggression ist weiter verbreitet als körperliche Gewalt. Während in der Altersgruppe der 60- bis 85-Jährigen etwa jeder vierte Befragte angibt, verbal aggressives Verhalten und andere nicht körperliche Formen von Aggression durch nahestehende 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 gering. Die berichtete Prävalenz physischer Nahraumgewalt 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.

In Tabelle 33 sind für die Alters- und Geschlechtergruppen Grunddaten zu den verwendeten CTS-Items und den drei CTS-Skalen dargestellt. Dabei werden auch Befunde zu der in Abbildung 25 ausgesparten Skala „Negotiation“ („actions taken to settle a disagreement through discussion“; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996) berichtet.

Tab. 33: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Verhaltensweisen von Familien- und Haushaltsmitgliedern gegenüber der befragten Person: 12-Monats-Prävalenzen (für das Jahr 2004) nach Alter und Geschlecht¹⁰³

Verhaltensweise	Frauen				Männer			
	<60 Jahre (n=401)		60 Jahre + (n=940)		<60 Jahre (n=377)		60 Jahre + (n=867)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Physische Übergriffe								
schubsen, stoßen	11	2,7	11	1,2	11	2,9	8	0,9
mit Gegenstand werfen	5	1,2	5	0,5	6	1,6	5	0,6
Arm verdrehen, Haareziehen	3	0,7	2	0,2	1	0,3	4	0,5
Messer, Schusswaffe einsetzen	0	0,0	1	0,1	1	0,3	3	0,3
mit Faust, Gegenstand schlagen	5	1,2	4	0,4	2	0,5	4	0,5
würgen	0	0,0	1	0,1	2	0,5	3	0,3
gegen Wand schleudern	1	0,2	2	0,2	1	0,3	3	0,3
verprügeln	2	0,5	1	0,1	1	0,3	2	0,2
hart anpacken	12	3,0	9	1,0	4	1,1	4	0,5
ohrfeigen	5	1,2	5	0,5	6	1,6	5	0,6
absichtlich verbrennen/ verbrühen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
treten	3	0,7	4	0,4	4	1,1	3	0,3
Physische Übergriffe gesamt	18	4,5	15	1,6	13	3,4	11	1,3
Psychische Aggression								
intentional ärgern	155	38,7	162	17,2	132	35,0	152	17,5
anschreien	150	37,4	146	15,5	130	34,5	132	15,2
beleidigen, beschimpfen	82	20,4	79	8,4	57	15,1	71	8,2
als dick, hässlich bezeichnen	20	5,0	15	1,6	14	3,7	15	1,7
Eigentum zerstören	20	5,0	25	2,7	8	2,1	12	1,4
wutschnaubend Haus etc. verlassen	99	24,7	72	7,7	65	17,2	61	7,0
mit Schlägen, Bewerfen drohen	9	2,2	10	1,1	7	1,9	10	1,2
mit Messer, Schusswaffe drohen	0	0,0	4	0,4	1	0,3	4	0,5
Psych. Aggression gesamt	219	54,6	234	24,9	185	49,1	228	26,3
Gesamtprävalenz (psych. Aggression oder phys. Übergriff)	219	54,6	235	25,0	185	49,1	228	26,3
<i>Negotiation</i>								
Gemeinsame Lösung anstreben	283	70,6	486	51,7	247	65,5	472	54,4
Kompromiss vorschlagen	284	70,8	477	50,7	257	68,2	457	52,7
Lösungsvorschlag zustimmen	295	73,6	493	52,4	272	72,1	507	58,5
Standpunkt erläutern	301	75,1	497	52,9	245	65,0	480	55,4
Zuneigung trotz Meinungs- konflikt	323	80,5	619	65,9	293	77,7	563	64,9
Empfindungen respektieren	322	80,3	620	66,0	287	76,1	563	64,9
Negotiation gesamt	353	88,0	673	71,6	315	83,6	626	72,2

¹⁰³ Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. eventueller Missings), stellen insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Tabelle 33 zeigt Folgendes:

- | Sofern physische Gewalt im sozialen Nahraum berichtet wird, handelt es sich überwiegend um solche Formen, die – wenngleich bei einer solchen Befragungsform die konkreten Umstände im Dunkeln bleiben – eher nicht im oberen Schwerebereich angesiedelt sind (jemanden schubsen, stoßen, hart anpacken); eindeutig gravierende Formen (Waffeneinsatz, treten, würgen etc.) sind relativ hierzu selten.
- | Nahezu alle Befragten, die innerhalb der letzten zwölf Monate von physischer Nahraumgewalt betroffen waren, berichten für diesen Zeitraum auch Fälle psychischer Aggression.¹⁰⁴ Andererseits berichten 93,4% derjenigen, die für das Jahr 2004 mindestens einen Fall psychischer Aggression angeben, für diese 12-Monats-Periode *keine* körperliche Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Allerdings variieren die Bezüge zwischen verbal aggressivem Verhalten und physischer Aggression stark mit der Art des jeweiligen Verhaltens. So berichten nur 8% derjenigen, die angeben, eine nahestehende Person habe etwas getan, um sie zu ärgern, über physische Gewalt, hingegen 81% derer, die berichten, ein Familien- oder Haushaltsmitglied habe ihnen „mit Schlägen gedroht oder damit, etwas nach mir zu werfen“.
- | Auch unter „Negotiation“ subsumierte Verhaltensweisen sind bei Jüngeren etwas weiter verbreitet als bei Befragten ab 60 Jahren. Dieser Altersunterschied verschwindet (zumindest auf der Ebene der Prävalenz), wenn die Betrachtung auf diejenigen Befragten reduziert wird, die in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten leben. Hier liegt die 12-Monats-Prävalenz von „Negotiation“ für alle Alters- und Geschlechtergruppen in der Größenordnung von 99%.

Merkmalsprofile älterer Opfer und Nichtopfer von Nahraumviktimisierungen
In Tabelle 34 sind Merkmale dreier Gruppen älterer Befragter dargestellt:

- | der kleinen Gruppe derjenigen, die angaben, im Jahr 2004 Opfer körperlicher Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder geworden zu sein,
- | der deutlich größeren Gruppe derjenigen Älteren, die über Formen psychischer Aggression berichteten, Fragen nach körperlicher Gewalt aber verneinten,
- | schließlich der Mehrheit derjenigen, die für den genannten Zeitraum sämtliche Fragen nach psychischer Aggression und körperlicher Gewalt verneinten.

Diese Gegenüberstellung vermittelt eine erste Orientierung hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen Gruppen mit je spezifischem Opferstatus in Bezug auf körperliche und psychische Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Bei der Betrachtung der Gruppe von Opfern körperlicher Gewalt ist die geringe Zahl der älteren Personen zu berücksichtigen, die sich in der Befragung als Betroffene zu erkennen gaben.

¹⁰⁴ Lediglich eine 66-jährige Frau gibt mehrere Vorkommnisse physischer Gewalt an, ohne gleichzeitig verbal aggressives Verhalten zu berichten.

Tab. 34: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nichtopfer von physischer Gewalt und psychischer Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder im Jahr 2004

Merkmalsprofil	Opfer physischer Gewalt (n=26)	Opfer psych. Aggression; keine phys. Gewalt (n=432)	Nichtopfer (n=1.301)
Anteil Frauen	57,7%	50,0%	47,8%
Durchschnittsalter	67,6 Jahre	67,9 Jahre	70,2 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-4,0 Jahre	-5,1 Jahre	-6,6 Jahre
nicht deutsche Staatsbürgerschaft	0,0%	2,6%	1,2%
Wohnort > 100.000 Einwohner	76,9%	29,2%	25,4%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+, Kernbereich)	46,2%	22,0%	17,3%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	76,0%	65,7%	68,7%
Hochschulabschluss	5,9%	15,1%	12,7%
ohne abgeschlossene Ausbildung	34,6%	21,3%	19,7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	56,0%	26,4%	24,8%
Haushaltsnettoeinkommen < 1.500 €	62,5%	39,3%	47,0%
Haushaltsnettoeinkommen 3.000 €+	4,2%	14,3%	6,5%
Ø Haushaltsgröße (Personen)	2,00	2,11	1,84
in Singlehaushalt lebend	26,9%	13,9%	27,3%
verheiratet und mit Partner lebend	72,0%	79,8%	66,8%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	2,10	1,65	1,47
kinderlos	11,5%	9,1%	11,6%
Ø Lebensqualität letzte 14 Tage (1=sehr schlecht, 5=sehr gut)	3,32	3,55	3,67
aktuelles Befinden „mittel“ bis „sehr schlecht“	50,0%	40,1%	36,7%
subj. „schlechte“/„sehr schlechte“ Gesundheit	24,0%	14,4%	12,9%
durch chron. Krankheit/Behinderung eingeschränkt	42,3%	43,0%	43,1%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	11,5%	11,2%	14,5%
Ø Körpergröße	1,67 m	1,70 m	1,69 m
Ø Körpergewicht	72,5 kg	77,0 kg	75,9 kg
konfessionslos	30,8%	19,7%	19,2%
sehr starkes politisches Interesse	7,7%	17,0%	16,8%

Die dargestellten Befunde machen Folgendes deutlich:

- Die kleine Gruppe älterer Opfer körperlicher Nahaumgewalt weist in mehreren Merkmalen ein von den beiden anderen Gruppen abweichendes Profil auf. Die Opfer physischer Gewalt leben ganz überwiegend in Großstädten und Ballungsräumen. Der Frauenanteil liegt rund 10% höher als bei den Nichtopfern. Bildungsgrad, Ausbildungsstatus und Haushaltseinkommen sind relativ niedrig. Die Gewaltopfer sind häufiger konfessionslos als andere, äußern seltener starkes politisches Interesse, beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Partnerschaft häufiger negativ. Das Durchschnittsalter liegt mit 67,6 Jahren niedriger als bei denjenigen, die weder körperliche Gewalt noch psychische Aggression berichten (70,2 Jahre).
- Die subjektive Lebensqualität nimmt mit der Intensität der Viktimisierung ab, liegt aber auch bei den Opfern körperlicher Gewalt noch oberhalb der Skalenmitte. Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die ihr aktuelles Befinden allenfalls als „mittel“ charakterisieren, unter den von physischer Gewalt Betroffenen am höchsten.

- Die Opfer psychischer Aggression unterscheiden sich als Gruppe von den Nichtopfern nur wenig. Sie sind ebenfalls etwas jünger, leben häufiger mit ihrem Ehepartner zusammen und entsprechend seltener in Singlehaushalten. Die Daten zum Haushaltseinkommen sind etwas günstiger als bei den Nichtopfern; dies relativiert sich jedoch zumindest zum Teil durch die bei den Nichtopfern geringere Haushaltsgröße (1,8 gegenüber 2,1 Personen).

Im Vergleich der Profile der älteren Opfer und Nichtopfer von Kriminalität (vgl. Tabellen 29 und 30) und der Opfer/Nichtopfer häuslicher Gewalt (Tabelle 34) wird deutlich, dass die tendenziell positive soziale Selektion der Kriminalitätsopfer gegenüber den Nichtopfern (höheres Bildungsniveau, höheres Einkommen, stärkeres politisches Interesse) sich im Vergleich älterer Opfer und Nichtopfer häuslicher Gewalt nicht repliziert. Hier weisen vielmehr die Opfer physischer Gewalt in vielfacher Hinsicht negative Merkmale auf, während sich die von psychischer Aggression Betroffenen in ihrem Profil von den Nichtopfern kaum unterscheiden.

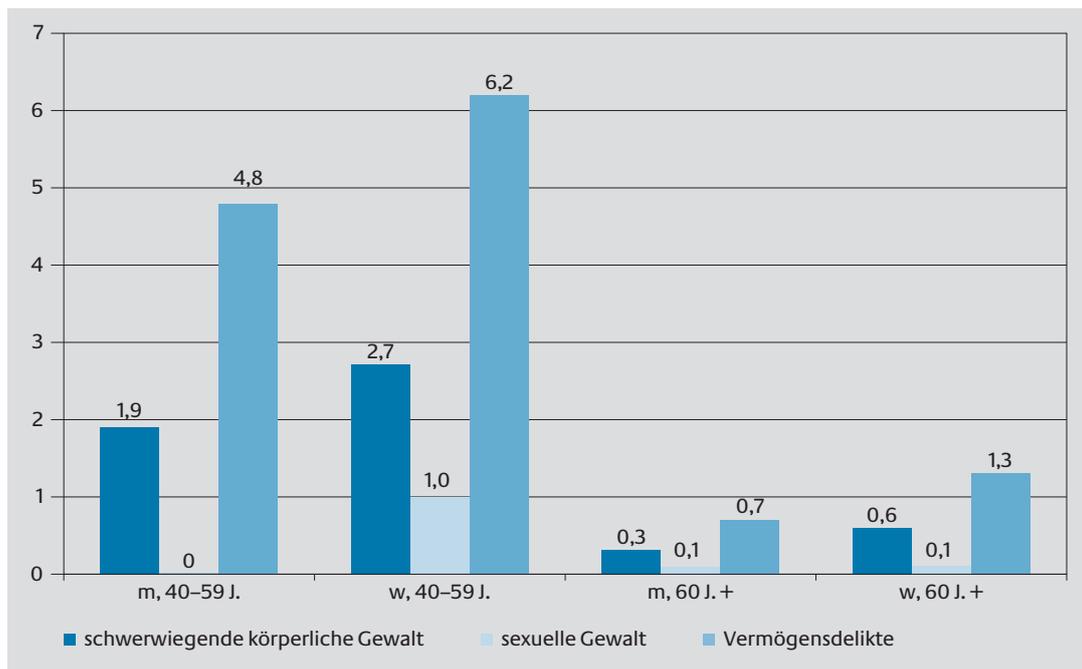
Schwerwiegende Viktimisierungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder
Das Instrument enthielt einige Fragen, die sich insofern auf besonders schwerwiegende Vorkommnisse bezogen, als

- (a) nur Verhaltensweisen von erwachsenen Personen erfragt wurden, die zum Zeitpunkt der Tat mit der betroffenen Person in einem Haushalt lebten und es
- (b) ausschließlich um Vorkommnisse ging, die mindestens nahe am Bereich kriminellen Verhaltens liegen, d. h. um schwerwiegende körperliche Gewalt (jemanden schlagen, treten, verprügeln, stoßen, würgen, mit einer Waffe angreifen), um sexuelle Gewalt und um Eigentums- und Vermögensdelikte.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 26 dargestellt. Die Befunde zeigen Folgendes:

- In den genannten Bereichen werden 40- bis 59-Jährige etwa fünfmal so häufig Opfer wie 60-Jährige und Ältere (5-Jahresprävalenz: Opferanteil 1,4% in der älteren und 7,6% in der jüngeren Teilstichprobe).
- In beiden Altersgruppen sind Frauen etwa anderthalbmal 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. 26: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: 5-Jahres-Prävalenz schwerwiegender Viktimisierungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder (in %)



Die Gruppe der schwerwiegend durch erwachsene Haushaltsmitglieder viktimisierten Befragten in der Altersgruppe ab 60 Jahren umfasst 25 Personen (16 Frauen, 9 Männer). Im Hinblick auf körperliche Gewalt (9 Fälle) werden ganz überwiegend (Ehe-)Partner (7 Fälle) als Täter genannt, Opfer sind jeweils Frauen. Lediglich eine der schwerwiegend physisch viktimisierten älteren Frauen hat Anzeige erstattet. In Bezug auf Eigentums- und Vermögensdelikte (18 Fälle) 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 €).

Allein leben – Schutz oder Gefahr?

Von den Personen, zu denen Informationen hinsichtlich häuslicher Gewalt vorliegen, leben 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.¹⁰⁵

Werden für den Zeitraum der letzten 12 Monate Zusammenhänge zwischen Haushaltsform und dem Betroffensein durch verbale Aggression bzw. körperliche Gewalt vonseiten der Familien- und Haushaltsmitglieder betrachtet, zeigt sich Folgendes (vgl. Tabelle 35):

- 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 zusammenleben. Gleiches gilt für die Frauen zwischen 40 und 59 Jahren, während bei den Männern die Differenz etwas geringer ist.

¹⁰⁵ Unter den 40- bis 59-Jährigen leben 13,2% der Männer und 10,2% der Frauen in Einpersonenhaushalten.

I 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 alleinlebenden Älteren nicht weniger häufig auf als bei Personen, die ihren Haushalt mit anderen teilen. Bei 40- bis 59-Jährigen hingegen liegen – vor allem bei den Frauen – auch in Bezug auf körperliche Gewalt die Prävalenzen bei den in Einpersonenhaushalten Lebenden unter denen derjenigen in Mehrpersonenhaushalten.

Tab. 35: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: 12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression und physischer Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder nach Alter, Geschlecht und Haushaltsform

Viktimisierungsform	Haushaltsform	W		M	
		40–59 Jahre	60 Jahre +	40–59 Jahre	60 Jahre +
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%

Verhältnis von Viktimisierungserfahrungen im Bereich der allgemeinen Kriminalität und von Nahraumgewalt bei Befragten ab 60 Jahren

Tabelle 36 stellt dar, zu welchen Anteilen Opfer und Nichtopfer von Kriminalität (laut *Face-to-Face*-Befragung) zugleich – den *Drop-off*-Daten zufolge – Opfer von Formen häuslicher Gewalt wurden. Beide Merkmale sind jeweils auf das Jahr 2004 bezogen. Unter den Kriminalitätsopfern liegt der Anteil von Personen mit Viktimisierungserfahrungen im häuslichen Bereich jeweils etwas höher als bei denjenigen, die für 2004 in der *Face-to-Face*-Befragung keine Kriminalitätserfahrungen berichten; die Unterschiede sind jedoch gering.

Tab. 36: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Koinzidenz von Kriminalitätserfahrungen (Gewalt-, Sexual-, Vermögensdelikte) und Erfahrungen von Nahraumgewalt bei Befragten ab 60 Jahren im Jahr 2004

		Opfer Nahraumgewalt 2004					
		Opfer physischer Gewalt		Opfer psych. Aggression		Nichtopfer	
ältere Opfer Kriminalität 2004 (n=108)		3	2,8%	32	29,6%	76	70,4%
	Frauen (n=61)	0	0,0%	17	27,9%	44	72,1%
	Männer (n=47)	3	6,4%	15	31,9%	32	68,1%
ältere Nichtopfer Kriminalität 2004 (n=1.699)		23	1,4%	430	25,3%	1.268	74,6%
	Frauen (n=879)	15	1,7%	217	24,7%	661	75,2%
	Männer (n=820)	8	1,0%	213	26,0%	607	74,0%

Anders herum betrachtet ergibt sich folgendes Bild: Von den 26 älteren Opfern physischer Nahraumgewalt wurden drei (11,5%) ebenfalls Opfer von Kriminalität. Entsprechendes gilt für 6,9% der Opfer verbaler Aggression und für 5,7% derjenigen, die für das Jahr 2004 über keinerlei Nahraum-Opfererfahrungen berichteten.

Insgesamt liegt bei den älteren Befragten der Anteil der Opfer häuslicher Gewalt unter den Kriminalitätsopfern bei 29,6%, unter den Nichtkriminalitätsopfern bei 25,4% ($\text{Chi}^2=0.97$, $\text{df}=1$, n.s.). Das Bild wandelt sich etwas, wenn die jüngere Teilstichprobe einbezogen wird. Dann sind unter allen Kriminalitätsopfern 43,2% auch von häuslicher Gewalt betroffen, unter den Nichtkriminalitätsopfern hingegen lediglich 32,1% ($\text{Chi}^2 = 8.49$, $\text{df}=1$, $p<.01$).

In Einzelfällen (praktisch nur bei Gewaltdelikten) kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Angaben zu Kriminalitätserfahrungen in der *Face-to-Face*-Befragung und die Angaben im Fragebogen auf identische Ereignisse beziehen.

Viktimisierung von Pflege- und Hilfebedürftigen

In begrenztem Umfang kann der Viktimisierungssurvey 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 Filterfrage¹⁰⁶ 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% aller älteren Befragten 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.

¹⁰⁶ „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?“

Abb. 27: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Viktimisierung älterer Menschen durch Pflege- und Betreuungspersonen (in% der Befragten)

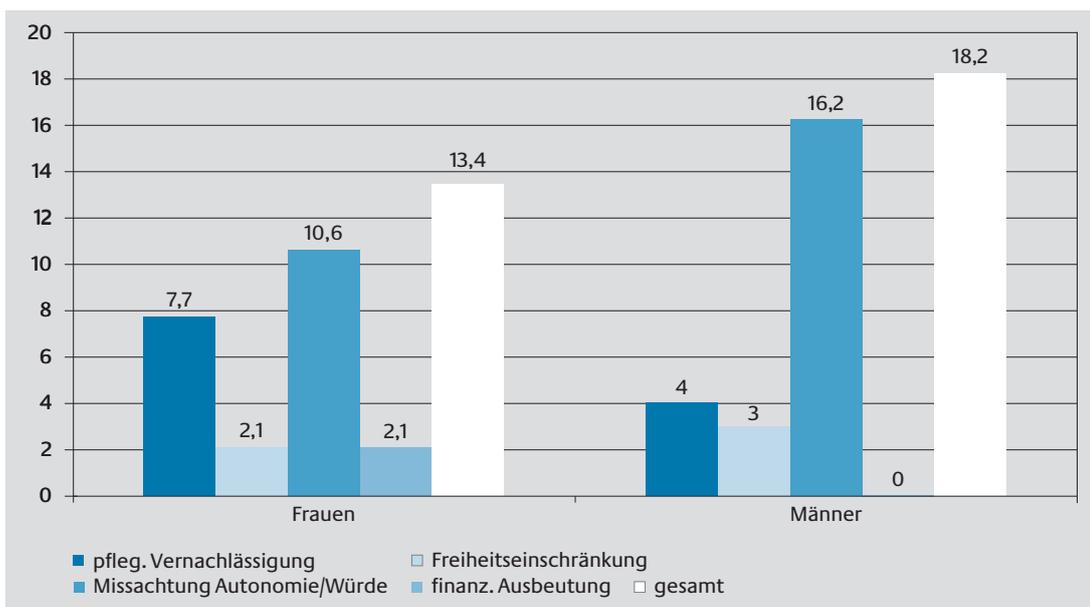


Abbildung 27 stellt dar, wie viele der aktuell oder früher Pflege- und Hilfebedürftigen angaben, „von Haushaltsmitgliedern, Familienangehörigen oder anderen Personen, die für Ihre Betreuung, Pflege oder Unterstützung zuständig sind, schlecht behandelt“ worden zu sein. Dabei werden die Bereiche pflegerische Vernachlässigung (z. B. hat mir wichtige Medikamente vorenthalten; hat mir Hilfe bei der Körperpflege verweigert, obwohl ich alleine nicht zurechtkam), 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 verschiedene 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 Pflegebedürftigen über 60 Jahre berichten problematisches Verhalten von Pflege- und Betreuungspersonen, vor allem verschiedene Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (13%) und der pflegerischen Vernachlässigung (6%). Im Rahmen der qualitativen Interviewstudie wird näher auf möglicherweise auch hier relevante Gründe eingegangen, warum pflegebedürftige Opfer von Viktimisierungen nichts oder wenig darüber berichten. (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.1)

Eine solche Fragebogenstudie kann lediglich eine unter Gesundheitsgesichtspunkten positive Auswahl pflege- und hilfebedürftiger Personen erreichen. Demenzkranke sind mutmaßlich nicht vertreten¹⁰⁷; 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 Stichprobenumfangs andererseits können die Ergebnisse nicht verlässlich hochgerechnet werden auf Pflegebedürftige insgesamt.

¹⁰⁷ In Deutschland leben nach Schätzungen rund eine Million demenziell erkrankte Menschen; mehr als zwei Drittel haben das 80. Lebensjahr vollendet (Bickel, 2000; 2001; 2002). Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der Demenzkranken bis 2050 mehr als verdoppeln wird (Bickel, 2001). Auf einer globalen Ebene wird sogar angenommen, dass die Zahl der Demenzkranken, die derzeit in der Größenordnung von 25 Millionen veranschlagt wird, bis zum Jahr 2040 auf über 80 Millionen angestiegen sein wird (Ferri et al., 2005); in Europa gehen Expertinnen und Experten für den Zeitraum 2000 – 2050 von einer Steigerung von 7,1 auf 16,2 Millionen Demenzkranke aus (Wancata, Musalek, Alexandrowicz & Krautgartner, 2003).

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 Helferinnen und Helfern schlecht behandelt wurden.

Tabelle 37 zeigt für ältere Personen mit und ohne speziellen Pflege- und Hilfebedarf Viktimisierungsraten in Bezug auf Kriminalität allgemein sowie auf körperliche und psychische Nahraumgewalt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind insgesamt gering und eher unsystematisch.

Tab. 37: Bundesweiter Viktimisierungssurvey: Prävalenz verschiedener Viktimisierungsformen bei Befragten ab 60 J. nach Geschlecht und Hilfe-/Pflegebedürftigkeit

Viktimisierungsform	Frauen		Männer	
	pflege-/hilfebedürftig (n=142)	nicht pflege-/hilfebedürftig (n=768)	pflege-/hilfebedürftig (n=99)	nicht pflege-/hilfebedürftig (n=751)
Kriminalität, 12 Monate	7,7%	6,4%	2,0%	6,0%
Kriminalität, 5 Jahre	19,0%	16,3%	15,2%	18,8%
Nahraum: psych. Aggression, 12 Mon.	20,6%	25,4%	22,1%	27,2%
Nahraum: physische Gewalt, 12 Mon.	1,4%	1,7%	1,1%	1,3%

4.2.5.4 Altersbezogene Viktimisierungserfahrungen im Zeitverlauf:

Vergleich der Viktimisierungssurveys 1992 und 2005

In diesem Abschnitt werden unter Rückgriff auf Befunde des Survey von Wetzels et al. (1995) Viktimisierungserfahrungen der damals Befragten und der Stichprobe der aktuellen Befragung miteinander verglichen.

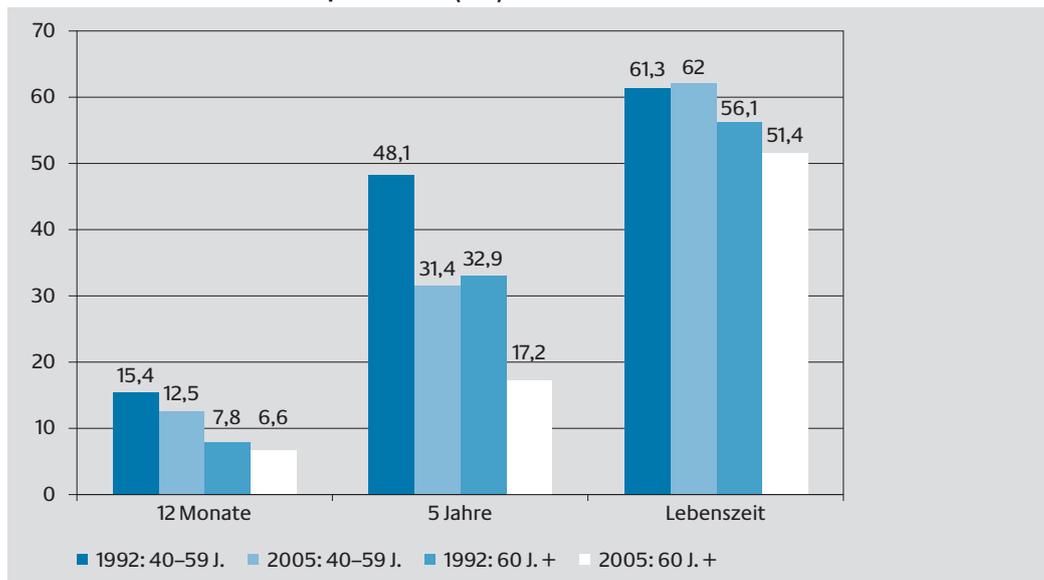
Gewalt-, Sexual- und Vermögenstraftaten: Abbildung 28 stellt 12-Monats-, 5-Jahres- und Lebenszeitprävalenzen im Bereich der erfragten Vermögens-, Gewalt- und Sexualstraftaten dar. Werden die Viktimisierungsraten der Befragung 1992 mit denen des Jahres 2005 verglichen, so ist im Hinblick auf die von den Befragten für das Jahr 2004 (bzw. damals 1991) und den Zeitraum 2000–2004 (bzw. 1987–1991) berichteten Prävalenzen ein Rückgang zu verzeichnen – und zwar bei Jüngeren wie bei Älteren.

Ein solch klarer Trend ist jedoch – wie die Abbildung ebenfalls zeigt – nicht erkennbar, wenn danach gefragt wird, ob die Person *irgendwann* in ihrem Leben schon mal Opfer geworden ist. Hier ist in der jüngeren Gruppe 2005 gegenüber der Befragung 1992 sogar ein leichter Anstieg zu verzeichnen, bei den Älteren hingegen ein Rückgang.¹⁰⁸

Der Unterschied zwischen der Entwicklung bei den 12-Monats- und 5-Jahres-Prävalenzen einerseits und den Lebenszeitprävalenzen andererseits 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.

¹⁰⁸ Dieser Rückgang ist auch vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen zu sehen. Die 1992 befragte ältere Gruppe (Geburtsjahrgänge vor 1933) hatte Kriegs- und Nachkriegszeit zum Teil bereits als Erwachsene, mindestens aber als Jugendliche erlebt. Dies ist bei den 2005 befragten Älteren nur noch zum Teil der Fall.

Abb. 28: Viktimisierungsbefragungen 1992/2005: Vermögens-, Gewalt-, Sexualstraftaten: 12-Monats-, 5-Jahres und Lebenszeitprävalenzen (in %)



Zu dem ausführlich dargestellten, im Hinblick auf die Gefährdung älterer Menschen durch Kriminalität positiven Befund, dass Menschen jenseits des 60. Lebensjahres seltener als jüngere Erwachsene von Straftaten betroffen sind, kommt ein weiteres positives Ergebnis hinzu: Die Kriminalitätsbelastung älterer wie jüngerer Erwachsener liegt zu Beginn des 21. Jahrhunderts niedriger als in einer 13 Jahre zuvor mit vergleichbaren, überwiegend identischen Instrumenten durchgeführten Befragung.

Diese beiden zeitlich relativ weit auseinander liegenden Befunde können nicht ohne Weiteres als Indikatoren einer linearen „Entwicklung zum Besseren“ begriffen werden. Über die Entwicklung der Opferwerdungsrisiken älterer Menschen in dem durch die Befragungen nicht abgedeckten Zwischenraum liegen keine aussagekräftigen Dunkelfelddaten vor.¹⁰⁹

Doch wird die Validität des Befundes einer abnehmenden Gefährdung Älterer durch folgende Überlegung gestützt: Wie in Kapitel 4.1.1 gesehen, ist die polizeilich registrierte Belastung älterer Menschen durch Kriminalität – von der Datenlage her allerdings beschränkt auf den Bereich der Gewaltkriminalität inklusive der Raubstraftaten – im Zeitraum seit den frühen 1990er-Jahren weitgehend stabil geblieben, während sie in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen angestiegen ist. Aufgrund der Dunkelfelddaten lässt sich zwar bezüglich der 21- bis 39-Jährigen nichts aussagen, doch ist festzuhalten, dass in der jüngeren Gruppe bei Hinweisen auf ein Anwachsen der Gefährdung im Hellfeld zugleich ein Rückgang der selbst berichteten Viktimisierungen zu verzeichnen ist. Wenn bei den Älteren ein solcher Zuwachs im Hellfeld nicht auftritt, bekräftigt dies den in den Dunkelfelddaten zutage tretenden Rückgang der Gefährdung zusätzlich.

Nahraumgewalterfahrungen: Im Hinblick auf Nahraumgewalt ist ein Vergleich der beiden Befragungen etwas problematischer, da die 1992 verwendete CTS-Ursprungsversion und die 2005 eingesetzte revidierte Fassung der Conflict Tactics Scales zwar

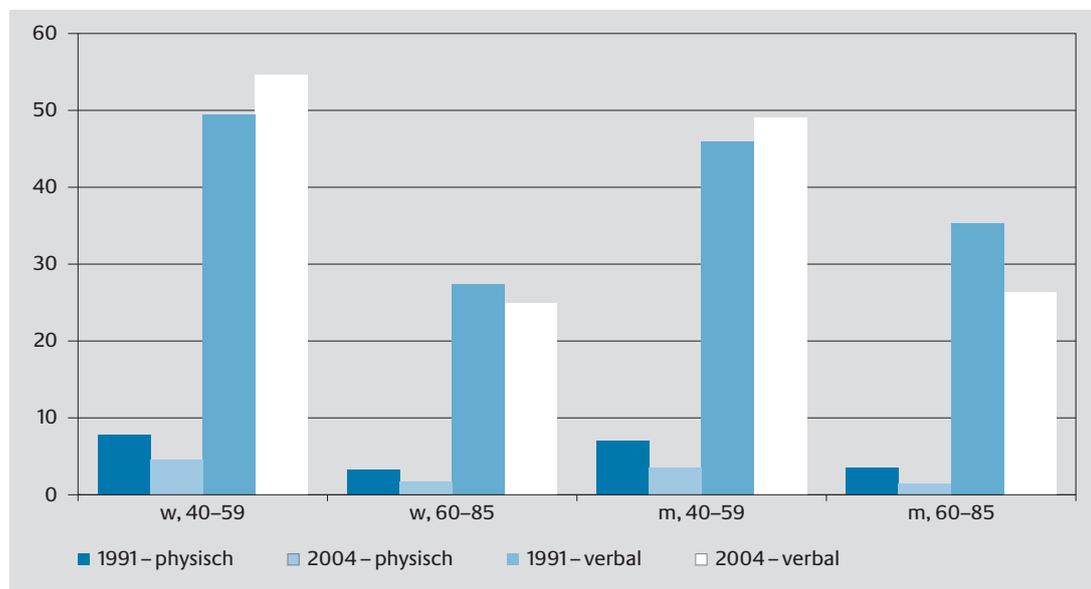
¹⁰⁹ Der Befund eines insgesamt absinkenden Viktimisierungsrisikos wird gestützt durch eine vergleichende Betrachtung der beiden deutschen Datensätze aus dem *International Crime Victims Survey* (ICVS) bzw. dem *European Survey on Crime and Safety* (EU ICS; vgl. van Dijk, van Kesteren & Smit, 2008). Dort ergibt sich von 1989 auf 2005 über insgesamt zehn erfragte Deliktsbereiche ein Rückgang der Viktimisierungsprävalenz von 16,6% auf 13,1%.

inhaltlich sehr ähnliche Skalen für physische Gewalt, verbale Aggression und auf Argumentation und Verhandeln setzende Konfliktstrategien verwenden, sich aber in Zahl und Formulierung der Items durchaus unterscheiden.

Werden einzelne Items, die aus der ersten Version von CTS in CTS2 übernommen wurden, miteinander verglichen, so weisen die Befunde insgesamt auf einen Rückgang auch in Bezug auf Gewalt im Nahraum hin. Gaben etwa 1992 noch 13,2% der Älteren an, innerhalb der letzten 12 Monate von nahestehenden Personen beleidigt worden zu sein, so waren es 2005 noch 8,3%. Entsprechendes zeigt sich auch bei den 40- bis 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- bis 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.¹¹⁰ In diesem Bereich gibt es somit bei Älteren keinen Hinweis auf einen Rückgang einschlägiger Opfererfahrungen.

In Abbildung 29 sind die 12-Monats-Prävalenzen für physische Gewalt (Skala „Violence“ in CTS1, Skala „Physical assault“ in CTS2) und psychische Misshandlung/verbale Aggression (Skala „Verbal aggression“ in CTS1, „Psychological aggression“ in CTS2) aus den beiden Befragungen 1992 und 2005 einander gegenübergestellt. Bei den älteren Befragten sind bei Männern wie Frauen beide Prävalenzen zurückgegangen, bei den 40- bis 59-Jährigen ist die Prävalenz physischer Gewalt gesunken, während „psychische Aggression“ den Ergebnissen der Befragung 2005 zufolge weiter verbreitet ist als 1992.

Abb. 29: KFN-Viktimisierungsbefragungen 1992 und 2005: 12-Monats-Prävalenz körperlicher Gewalt und psychischer/verbaler Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder (in % der Befragten)



Bei der Interpretation dieser Befunde ist allerdings zu beachten, dass beide Skalen in CTS2 gegenüber der ersten Version der *Conflict Tactics Scales* verlängert wurden. Physische Gewalt wird nun mit 12 statt vorher 9, psychische Aggression mit 8 statt 6 Items gemessen. Die differenziertere Erfassung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eines der Items bejaht wird (das definierende Merkmal für die Prävalenz). Dies gilt

¹¹⁰ 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.

insbesondere für die Skala „Psychological aggression“, die in der CTS2-Variante mit den Items „mich angeschrien“ und „etwas getan, um mich zu ärgern“ Verhaltensweisen mit einem hohen Verbreitungsgrad¹¹¹ anspricht, nach denen in CTS1 in dieser Form nicht gefragt wurde.

In der CTS2-Skala „Physical assault“ ist u. a. das Item „mir den Arm verdreht oder mich an den Haaren gezogen“ gegenüber CTS1 neu aufgenommen; „verprügeln“ tauchte in dieser Form in CTS1 nicht auf, ebenso wenig „mich gegen eine Wand geschleudert“. Während in CTS1 lediglich von „stoßen“ die Rede war, heißt es nun „mich geschubst oder gestoßen“. Insgesamt findet sich also auch hier eine Ausweitung des Kanons der durch die Items abgedeckten Verhaltensweisen. Der Umstand, dass trotz dieser befragungstechnisch erhöhten Chance, in den Kreis der Opfer zu gelangen, die berichtete Prävalenz physischer Gewalt sich verringert hat, unterstützt die Interpretation, dass in den Daten des Viktimisierungssurveys nicht nur im Hinblick auf Kriminalität im Allgemeinen, sondern auch in Bezug auf Nahraumgewalt ein Rückgang von Opfererfahrungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter zwischen den Erhebungszeitpunkten 1992 und 2005 sichtbar wird.

4.2.5.5 Prädiktoren der Viktimisierung

Abschließend werden Ergebnisse zweier logistischer Regressionen berichtet, die Prädiktoren von Viktimisierungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter analysieren. Dabei ist die querschnittliche Anlage der Befragung als bedeutender limitierender Faktor im Auge zu behalten. Tabelle 38 stellt zunächst eine binäre logistische Regression für die abhängige Variable „5-Jahres-Prävalenz der Viktimisierung im Bereich von Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten“ dar.

Tab. 38: Binäre logistische Regression: Einflussfaktoren auf Viktimisierung (Vermögens-, Gewalt-, Sexualdelikte) innerhalb der letzten 5 Jahre

Prädiktoren	OR	95% CI
Demografische Basisvariablen		
männlich	1.05	0.79–1.41
Alter (Jahre)	0.98 **	0.96–0.99
deutsche Staatsangehörigkeit	0.48 +	0.22–1.03
Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaft	0.76 +	0.56–1.02
Bildungsabschluss > Hauptschule	1.56 *	1.10–2.21
hohes Haushaltseinkommen (bezogen auf HH.-Größe)	1.12	0.78–1.60
Wohnumfeld		
ländlich (Referenz)		
klein-/mittelstädtisch	3.87 ***	2.14–7.00
großstädtisch	5.01 ***	2.79–9.00
Residenzdauer in aktueller Wohnung/Haus	0.99	0.98–1.00
Soziale Unterstützung/soziale Aktivitäten		
wahrgenommene soziale Unterstützung	0.68 ***	0.55–.084
Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten	1.07 **	1.02–1.11

¹¹¹ Siehe Tabelle 44: In allen Befragtengruppen haben die beiden genannten Items innerhalb der Skala „Psychological aggression“ mit Abstand die höchsten Prävalenzen.

Fortsetzung Tab. 38

Prädiktoren	OR	95% CI
kritische Lebensereignisse (letzte 5 J.)		
finanzielle Notlage	2.46 ***	1.53–3.97
Inhaftierung	10.89 *	1.12–106.00
gravierende Erkrankung/Verletzung	1.51 *	1.10–2.07
gravierender Konflikt mit nahestehenden Personen	1.86 **	1.27–2.75
individuelle Kriminalprävention		
aktive Maßnahmen zum Schutz von Haus/Person	1.46 ***	1.26–1.69
Meiden riskanter Situationen	1.02	0.86–1.20
Halten eines Wachhundes	1.65 *	1.10–2.46

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

(OR = Odds Ratio, CI = Konfidenzintervall)

Insgesamt ist die Varianzaufklärung mäßig (Pseudo R^2 – Nagelkerke = .22). Das Risiko einer Viktimisierung durch Straftaten während der letzten 5 Jahre erwies sich als höher, wenn die Personen in großstädtisch geprägten Räumen lebten, wenn sie innerhalb dieses Zeitraums von kritischen Lebensereignissen betroffen waren, insbesondere von finanziellen Notlagen, schwerwiegenden Konflikten mit nahestehenden Personen und von schweren Krankheiten oder Verletzungen: Sogar das seltene Ereignis¹¹² einer Inhaftierung während der letzten 5 Jahre erwies sich als signifikanter Prädiktor. Das Viktimisierungsrisiko war erhöht, wenn Menschen ihre informelle soziale Unterstützung als unzureichend betrachteten, wenn sie häufig außerhäusliche Aktivitäten berichteten, ferner bei jüngeren Befragten.

Es zeigt sich ferner ein in der Höhe moderater, bereits in Tabelle 30 und 34 erkennbarer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Viktimisierungsrisiko mit einem höheren Risiko für die besser Gebildeten. Ferner zeigt die multivariate Analyse eine recht starke positive Beziehung zwischen Viktimisierungsrisiko und aktiven Maßnahmen zum Schutz vor Straftaten. Hier werden die angesprochenen Grenzen einer querschnittlichen Untersuchung deutlich. Es wäre wenig plausibel, wenn derartige Maßnahmen – das eigene Haus mit speziellen Riegeln oder mit einer Alarmanlage schützen, das Haus während eigener Abwesenheit bewohnt erscheinen lassen etc. – das Risiko einer nachfolgenden Viktimisierung erhöhen würden; sie lassen sich aber sehr wohl verstehen als Effekte zeitlich vorgelagerter Viktimisierungen.

In einer zweiten binären logistischen Regression wurden Prädiktoren bedeutsamer Nahraumviktimisierungen untersucht. Eine solche bedeutsame Viktimisierung wurde als gegeben angesehen, wenn Befragte angaben, innerhalb der letzten 5 Jahre von erwachsenen Haushaltsmitgliedern körperlich schwer angegriffen, sexuell viktimisiert oder finanziell ausgebeutet worden zu sein oder wenn sie mindestens eine Form physischer Gewalt auf der CTS2-Skala berichtet hatten. Insgesamt wurden 5,5% der Befragten als Opfer bedeutsamer Nahraumviktimisierung eingestuft. Tabelle 39 stellt Regressionsergebnisse für diese Kriteriumsvariable dar.

112 Nur 8 Personen gaben an, während der letzten 5 Jahre inhaftiert gewesen zu sein.

Tab. 39: Binäre logistische Regression: Einflussfaktoren auf bedeutsame Nahraumviktimsierung innerhalb der letzten 5 Jahre

Prädiktoren	OR	95% CI
Demografische Basisvariablen		
männlich	0.58 *	0.35–0.96
Alter (Jahre)	0.98 *	0.95–1.00
außerhalb Deutschlands geboren	0.48	0.13–1.77
Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaft	0.51 *	0.30–0.86
Bildungsabschluss > Hauptschule	0.67	0.34–1.34
hohes Haushaltseinkommen (bezogen auf HH.-Größe)	0.86	0.43–1.72
in Einpersonenhaushalt lebend	1.44	0.74–2.82
Wohnumfeld		
ländlich (Referenz)		
klein-/mittelstädtisch	1.65	0.74–3.67
großstädtisch	0.98	0.42–2.26
Soziale Unterstützung/soziale Aktivitäten		
wahrgenommene soziale Unterstützung	0.59 **	0.42–2.26
mittlere bis schlechte aktuelle Partnerschaft	1.50	0.67–3.36
Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten	1.08 *	1.01–1.16
kritische Lebensereignisse (letzte 5 J.)		
finanzielle Notlage	1.67	0.79–3.52
gravierende Erkrankung/Verletzung	0.69	0.38–1.28
gravierender Konflikt mit nahestehenden Personen	2.55 **	1.48–4.41
Verbale Aggression (CTS2)		
Erleben verbaler Aggression letzte 5 J. (Prävalenz)	21.26 ***	8.27–54.65

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

(OR = Odds Ratio, CI = Konfidenzintervall)

Die Varianzaufklärung war hier etwas besser (Pseudo R^2 – Nagelkerke = .34). Das Risiko bedeutsamer Nahraumviktimsierung während der letzten 5 Jahre erwies sich vor allem dann als erhöht, wenn die Befragten verbal aggressives Verhalten von Familien- oder Haushaltsmitgliedern erlebt hatten, wenn sie gravierende Konflikte mit nahestehenden Personen erlebt hatten, ihre informelle soziale Unterstützung als unzureichend erlebten und häufig an außerhäuslichen Aktivitäten teilnahmen. Das Risiko war höher für Frauen, für relativ jüngere Befragte und für solche ohne religiöse Bindung.

4.2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die hier präsentierten Befunde einer bundesweiten repräsentativen Opferwerdungsbefragung mit 3.030 Befragten der Altersgruppe 40–85 Jahre zeigen, dass die Gefährdungssituation jenes Teiles der älteren Population, der mittels derartiger Befragungen erreicht wird, sich eher undramatisch darstellt. Im Hinblick auf allgemeine Kriminalität (Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikte) sind die 12-Monats- und 5-Jahres-Prävalenzen und -Inzidenzen für 60- bis 85-Jährige niedriger als für jüngere Erwachsene. Handtaschenraub ist das einzige Delikt mit einer bei Frauen der Altersgruppe 60+ höheren 12-Monats-Prävalenz im Vergleich zu Frauen der Altersgruppe 40–59 Jahre (1,1% vs. 0,6%). In beiden Altersgruppen ist die Prävalenz von Eigentums- und Vermögensdelikten ca. 4-mal höher als die Rate von Personen, die Gewalt oder Sexualdelikte erlitten haben. Vergleiche der Viktimisierungssurveys 1992 und 2005 zeigen, dass 12-Monats- und 5-Jahres Prävalenzen 2005 für beide Geschlechter und beide Altersgruppen niedriger liegen als 1992, während es im Hinblick auf Lebenszeitprävalenzen keinen klaren Trend gibt.

Ältere Menschen zeichnen sich den Befragungsergebnissen zufolge durch Kriminalitätswahrnehmungen aus, die insofern realistisch sind, als das eigene Risiko eher gering veranschlagt und vor allem im Bereich der Eigentumsstraftaten gesehen wird. Sie sind nicht furchtsamer als Jüngere, verhalten sich aber vorsichtiger. Als Prädiktoren einer Viktimisierung durch Straftaten während der letzten 5 Jahre erweisen sich u. a. das Leben in großstädtisch geprägten Räumen, das Betroffensein durch kritische Lebensereignisse (insbesondere finanzielle Notlagen, schwerwiegende Konflikte mit nahestehenden Personen, schwere Krankheiten oder Verletzungen, als unzureichend erlebte informelle soziale Unterstützung) sowie häufige außerhäusliche Aktivitäten; jüngere Personen hatten auch multivariat ein höheres Risiko als ältere.

Auch im Hinblick auf die – mittels *Drop-off*-Befragung erfassten – Viktimisierungen in engen Beziehungen (Familien- und Haushaltsmitglieder) zeigt sich, dass alle erfragten Formen von Opfererfahrungen im Bereich häuslicher Gewalt bei 40- bis 59-Jährigen weiter verbreitet sind als in der Altersgruppe 60+. Frauen werden in stärkerem Maße als Männer Opfer von Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Ca. jeder siebte ältere Befragte, der aktuell oder in den letzten 5 Jahren Pflege (in einem weit gefassten Sinne) benötigte, berichtet problematisches Verhalten von Pflege- und Unterstützungspersonen (Misshandlung, Vernachlässigung, Missachtung von Autonomie und Würde). Das Risiko gravierender Formen von Nahraumviktimisierung (körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, finanzielle Ausbeutung) während der letzten 5 Jahre war vor allem dann erhöht, wenn die Befragten auch verbal aggressives Verhalten von und gravierende Konflikte mit Familien- oder Haushaltsmitgliedern erlebt hatten, ihre informelle soziale Unterstützung als unzureichend erlebten und in ihren Aktivitäten relativ stark auf den außerhäuslichen Bereich konzentriert waren. Das Risiko war ferner auch hier erhöht für Frauen und relativ jüngere Befragte sowie für solche ohne religiöse Bindung. Die diesbezüglichen Analysemöglichkeiten sind eingeschränkt durch die – in der Sache natürlich erfreuliche – geringe Zahl von Opfern gravierender Formen der Nahraumgewalt.

Während das chronologische Alter auch in multivariaten Analysen ein viktimisierungsrelevanter Faktor bleibt, zeigen die Analysen, dass andere Variablen von größerer Bedeutung sind. Das Leben in einem großstädtisch geprägten Raum oder das Fehlen informeller sozialer Unterstützung sind bessere Prädiktoren krimineller Viktimisierung als das Alter. Schwerwiegende Formen häuslicher Gewalt können durch Erfahrungen verbaler Aggressivität und – wiederum – durch geringe soziale Unterstützung besser vorausgesagt werden als durch Alter. Einige Befunde weisen auf Grenzen querschnittlicher Studien hin – wie der Befund, dass aktive Maßnahmen zu ergreifen, sich und die eigene Wohnung zu schützen, ein *positiver* Prädiktor krimineller Viktimisierung ist. Auch über solche recht eindeutigen Fälle hinaus ist festzuhalten, dass der querschnittliche Charakter der Daten kausale Interpretationen im engen Sinne nicht zulässt. Dies ist etwa bei Prädiktoren wie mangelnder sozialer Unterstützung oder einer Konzentration von Aktivitäten im außerhäuslichen Bereich unmittelbar evident. Hier sind längsschnittlich angelegte und qualitativ ausgerichtete Studien vonnöten, die derartige Zusammenhänge in ihrem Sinngehalt erhellen können.

Den Befragungsdaten nicht ohne Weiteres zu entnehmen, für die Gesamtstudie aber entscheidend ist der Umstand, dass einige besonders vulnerable Segmente der älteren Population über standardisierte Surveys der vorliegenden Art kaum erreicht werden

können. Solche Surveys setzen voraus, dass Menschen fähig und willens sind, in dem vorgegebenen Format über ihre Erfahrungen zu berichten. Selbstverständlich schließt hohes Alter diese Fähigkeit nicht aus. Aber in der Entwicklungsphase, die oft das vierte Lebensalter genannt wird, finden viele Änderungen statt, die erstens die Viktimisierungsanfälligkeit einer Person, zweitens ihre Fähigkeit, Strafanzeige zu erstatten und überhaupt Hilfe zu mobilisieren, und drittens die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, dass diese Person in einem standardisierten Bevölkerungssurvey erreicht wird und in diesem Kontext über ihre Erfahrungen berichtet. Diese Veränderungen betreffen Wahrnehmung, Bewegungskoordination, Reaktionsgeschwindigkeit, körperliche Stärke, Gesundheitszustand im Allgemeinen und chronische Krankheiten, Behinderungen, gravierende körperliche und kognitive Einschränkungen im Besonderen. Demenzerkrankungen stellen in vielfacher Hinsicht ein besonderes Problem dar; u. a. beeinflussen sie die Fähigkeit der Betroffenen, zu erkennen, dass sie viktimisiert wurden und ihre Möglichkeiten, bei Gericht als Zeuge aufzutreten. Viktimisierungssurveys dieser Art sind im Wesentlichen Teile einer Viktimologie des dritten Lebensalters, nicht des vierten. Der Schritt zu einem adäquateren Verstehen der Viktimisierungsrisiken der vulnerabelsten Teilgruppen der älteren Bevölkerung erfordert einen methodologischen Pluralismus, der solche Surveys einschließt, zugleich jedoch weit über sie hinausgeht.

V.

Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege

5.1 Überblick

Die Studie wendet sich nun von der „breiteren“ Thematik der Kriminalitäts- und Gewaltgefährdung älterer Menschen insgesamt ab und einem spezifischen Ausschnitt dieser Problematik zu, nämlich der Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger älterer Menschen, die zu Hause von Angehörigen bzw. von ambulanten Pflegekräften versorgt werden.

Dieses zweite große Modul der Studie umfasst drei Untersuchungskomponenten mit je eigenen Erkenntnispotenzialen und -grenzen:

- eine schriftliche Befragung von 503 ambulanten Pflegekräften,
- eine schriftliche Befragung von 254 pflegenden Familienangehörigen sowie
- eine qualitative Interviewstudie in häuslichen Pflegearrangements, in deren Rahmen 178 Interviews und vier Gruppengespräche geführt wurden und die – neben pflegenden Angehörigen, ambulanten Pflegekräften und Expertinnen/Experten – auch die direkte Perspektive Pflegebedürftiger einbezieht.

Relativ breiten Raum nimmt in Modul 2 die Darstellung von Befunden der Interviewstudie in häuslichen Pflegearrangements ein. Die (quantitative wie inhaltliche) Fülle des Materials erforderte einerseits eine hohe Verdichtung, andererseits aber auch Raum zur – auch auf Einzelfälle Bezug nehmenden – Darlegung wesentlicher Befunde.

Die Stichproben dieser Teilstudien überschneiden sich nicht (bzw. allenfalls ungeplant und unerkannt im Einzelfall). Die Teilerhebungen wurden auch zeitlich deutlich versetzt durchgeführt. Die Pflegekräftebefragung fand im Frühjahr 2005 statt, die Interviewstudie zwischen Herbst 2005 und Frühsommer/Sommer 2006, die Befragung pflegender Angehöriger in mehreren Etappen zwischen Ende 2006 und Anfang 2008. Die Befragungszeitpunkte richteten sich im Wesentlichen nach projektorganisatorischen Gesichtspunkten. In allen drei Teilstudien waren im Hinblick auf die Rekrutierung von Gesprächspartnern bzw. Befragungspersonen umfangreiche und langwierige Schritte und Maßnahmen erforderlich.

Die Darstellung beginnt mit den standardisierten Befragungen und hier zunächst mit den Verhaltensberichten, Erfahrungen und Sichtweisen derjenigen, die Pflege zu ihrem Beruf gemacht haben.

5.2 Professionelle Pflege und ihre Schattenseiten: Befunde einer schriftlichen Befragung ambulanter Pflegekräfte

Susann Rabold, Thomas Görgen

5.2.1 Überblick

Um Daten zu Verbreitung und Häufigkeit der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte sowie zu Risikofaktoren derartigen Verhaltens zu gewinnen, wurde eine als Vollerhebung konzipierte postalische Befragung aller regelmäßig pflegerisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste in der Stadt Hannover durchgeführt (vgl. dazu auch Rabold, 2006; Rabold & Görgen, 2007).

5.2.2 Methodischer Zugang

Methodische Aspekte dieser Befragung sind im Detail bei Rabold (2006) beschrieben. Bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments konnte in Teilen auf bereits vorhandene Elemente anderer Fragebögen zurückgegriffen werden, insbesondere auf ein Instrument, das von Görgen (2003a; 2004b; 2006) für eine ähnlich gelagerte Erhebung bei Pflegekräften im stationären Bereich eingesetzt worden war, ferner auf eine Erhebung von Roth (2001). Zugleich war es jedoch in hohem Maße erforderlich, ein auf den spezifischen Gegenstand und die Erkenntnisinteressen der Studie abgestimmtes Instrument zu entwickeln.

Das Instrument spricht die Täter-, die Informanten- und die Opferperspektive an; d. h. Pflegenden werden zu eigenem Handeln, zu von ihnen beobachteten oder in anderer Weise in Erfahrung gebrachten Sachverhalten sowie zu ihrem Betroffensein durch aggressives Verhalten Pflegebedürftiger befragt.

Im Dezember 2004 wurde eine erste Fassung des Instruments bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zweier Pflegedienste getestet. Die Befragten wurden gebeten, sowohl den Fragebogen als auch einen Zusatzbogen auszufüllen, in dem sie das Instrument hinsichtlich verschiedener Kriterien (Länge des Fragebogens, Verständlichkeit, Modifikationsbedarf) bewerten sollten. Die Pretest-Version wurde grundsätzlich als handhabbar beurteilt und auf der Basis der zusätzlichen Hinweise zur Gestaltung sowie zu inhaltlichen Fragestellungen optimiert.

Bei einem Umfang von 16 Seiten (DIN A4, geheftete Broschüre) trug die Endversion des Fragebogens den Titel „Ambulante Pflege – Befragung 2005“. Er gliederte sich in sechs – auch für die Befragten anhand von Überschriften erkennbare – Themenbereiche bzw. Module, die nachfolgend kurz beschrieben werden.

Modul 1 trägt den Titel „Sie und Ihre Arbeit“ und erfasst mittels Ratingskalen Urteile über Merkmale der beruflichen Tätigkeit und des Arbeitsumfeldes. In Modul 2 werden unter der Überschrift „Ihr Pflegedienst“ Strukturmerkmale und Merkmale der Arbeitsweise des Pflegedienstes erfragt. Die „Angaben zur eigenen Person“ im Modul 3 beinhalten Fragen zu Alter, Geschlecht und ethnischer Herkunft sowie zur beruflichen Position, Erfahrung und Qualifikation der befragten Person. Erhoben werden zudem Merkmale der aktuellen

Klientel. Modul 4 „Ihre Arbeit – Belastendes, Belohnendes, Konflikte“ erfragt Belastungserleben, belastende Faktoren und die Belastungsbewältigungsmöglichkeiten der Pflegekraft sowie die Häufigkeit von Konflikten mit an der Pflege beteiligten oder darauf einwirkenden Personen, Gruppen bzw. Institutionen. Das fünfte Modul „Problematische Verhaltensweisen in der häuslichen Altenpflege“ enthält Fragen zu von der Pflegekraft erlebten aggressiven Verhaltensweisen Pflegebedürftiger, ferner zu von der Pflegekraft beobachteter und selbst berichteter Misshandlung, Vernachlässigung und problematischen Formen der Freiheitseinschränkung gegenüber Pflegebedürftigen. Das Modul schließt mit Einschätzungen des Befragten zu den wahrscheinlichsten Tätergruppen bei einzelnen Deliktsbereichen. Im sechsten Modul „Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen – was kann dagegen getan werden?“ werden die Befragten um ihre Einschätzungen hinsichtlich des gewaltpräventiven Potenzials verschiedener Maßnahmen im Bereich der häuslichen Pflege gebeten. Abschließend wird eine offene Frage zu weiteren Maßnahmen zur Vermeidung von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger gestellt.

5.2.3 Befragungsdurchführung

Die Kontaktaufnahme zu den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern erfolgte über die Pflegedienstleitungen, die vorab postalisch, zumeist auch telefonisch oder persönlich über das Anliegen der Studie informiert wurden. Im Vorfeld waren zudem Gespräche mit Trägerorganisationen und Dachverbänden geführt worden.

Die weitere Rekrutierungsstrategie wurde weitgehend an den von Dillman (1978; 2000) postulierten Konzepten¹¹³ ausgerichtet. 50 von 56 Pflegedienstleitungen sicherten ihre Teilnahmebereitschaft zu; eine Neugründung erwies sich aufgrund der zu geringen Betriebsdauer als ungeeignet für die Befragung. Den Pflegekräften der verbleibenden 49 Dienste wurde – wiederum vermittelt über die Leitungsebene – Ende März 2005 ein Schreiben mit wesentlichen Informationen zu Anliegen und Inhalt der Studie zugeleitet. Etwa zwei Wochen später erhielten die Pflegekräfte die Befragungssets, welche jeweils aus einem Anschreiben, einem Fragebogen, einem frankierten Rückumschlag und einem Los der ARD-Fernsehlotterie als Anreiz zur Studienteilnahme bestanden. Die Rücksendung erfolgte individuell (und anonym) durch die Pflegekräfte direkt an das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen. Nach etwa drei Wochen wurde den Pflegekräften – wiederum vermittelt über die Pflegedienste – ein Dankes- und Erinnerungsschreiben übermittelt (zu Details der Vorgehensweise siehe wiederum Rabold, 2006). Insgesamt gingen 503 auswertbare Fragebögen ein; dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 43,3%. Tabelle 40 stellt wesentliche Daten zur Ausschöpfung dar.

¹¹³ Das auf austauschtheoretischen Überlegungen basierende „total design method“-Konzept von Dillman (1978; vgl. auch Dillman, 1991; Dillman, Sinclair & Clark, 1993; Salant & Dillman, 1994) und die Weiterentwicklung „tailored design method“ (Dillman, 2000) wollen die Teilnahmebereitschaft bei postalischen Befragungen erhöhen, indem die subjektive Kosten-Nutzen-Bilanz der Teilnehmerin oder des Teilnehmers möglichst positiv gestaltet wird. Bedeutsame Variablen im Rahmen der TDM sind u. a. Länge und äußere Gestaltung des Befragungsinstruments sowie der zum Verstehen der Instruktionen und zum Beantworten der Fragen erforderliche Aufwand.

Tab. 40: Schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte, 2005: Ausschöpfungsquote¹¹⁴

	Pflegedienste	Mitarbeiter	%
Bruttostichprobe ambulante Pflegedienste	56	1.502	100
neutrale Ausfälle	1	2	0,1
verweigert	6	107	7,1
Bruttostichprobe teilnahmebereite Dienste	49	1.393	100
neutrale Ausfälle		231	16,6
Krankheit, Urlaub etc.		92	6,6
überzählige Fragebögen bzw. nicht in der Pflege tätige Beschäftigte ¹¹⁵		139	10,0
bereinigte Bruttostichprobe	49	1.162	100
Annahme verweigert		36	3,1
Nettostichprobe		503	43,3

Teilnahmequoten bei Befragungen von Pflegekräften sind häufig niedrig. Dies gilt keineswegs nur für ein (mutmaßlich) so „heikles“ oder „brisantes“ Thema wie Gewalt, sondern auch z. B. für Studien zu Arbeitsweisen in der ambulanten Pflege (18%; Schim, Thornburg & Kravutske, 2001), zum Wissen über Dekubitalgeschwüre (16%; Prentice & Stacey, 2001), zur wahrgenommenen Effizienz von Krankenhäusern (27%; Burke, 2001) oder zur Überbelegung von Notfallstationen (36%; Schneider, Gallery, Schafermeyer & Zwemer, 2003). Bei auf das Thema „Viktimisierung von Pflegebedürftigen“ bezogenen Befragungen von Pflegekräften im stationären Bereich berichten Görgen (2001), Schneider & Sigg (1990; vgl. auch Schneider, 1990), Payne, Berg & Byars (1999) und Harris & Benson (1998) Teilnahmequoten in der Größenordnung von lediglich 20%.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass in postalischen Befragungen generell eher geringe Rücklaufquoten erzielt werden und der Zugang zu den Pflegekräften nur über die Pflegedienstleitungen erfolgte, kann die erreichte Ausschöpfungsquote von 43% als sehr gut bezeichnet werden.

Trotz der für eine Befragung unter Pflegekräften erfreulich hohen Quote muss davon ausgegangen werden, dass Filter- und Selektionsfaktoren in der Befragung wirksam wurden, die tendenziell dazu beitragen, das Bild von der Viktimisierung in der häuslichen Umgebung gepflegter Personen positiv (d. h. in Richtung einer Entdramatisierung vorhandener Probleme und Gefahren) zu beeinflussen. Neben den im Ausmaß recht begrenzten Verweigerungen auf der Ebene der Dienste ist davon auszugehen, dass (a) innerhalb der partizipierenden Pflegedienste die für eine solche Thematik wenig sensibilisierten, möglicherweise in ihrem Verhalten problematischen, vielleicht auch im Hinblick auf derartige Befragungen und deren Auswirkungen für die eigene Person, den konkreten Pflegedienst und das Berufsbild insgesamt skeptischen Pflegekräfte sich eher nicht beteiligen, (b) manche der Befragten ein eher defensives Antwortverhalten zeigen, d. h. eigenes problematisches Verhalten nicht bzw. in reduzierter Häufigkeit berichten.

¹¹⁴ Tabelle modifiziert nach Rabold (2006, S. 54).

¹¹⁵ Zum Teil waren von den Diensten zunächst zu hohe (in der Regel geschätzte) Zahlen pflegerisch tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benannt und Fragebögen in entsprechender Zahl übersandt worden. „Nicht in der Pflege tätig“ bezeichnet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in anderen Tätigkeitsfeldern innerhalb des Pflegedienstes (z. B. als Hausmeister) eingesetzt waren bzw. nicht im ambulanten, sondern im stationären Bereich einer Einrichtung tätig waren und daher über den Befragungsgegenstand keine Auskunft geben konnten.

Die Herstellung von Kontakten zur Zielgruppe – den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der einzelnen Dienste – konnte in allen Teilphasen der Befragung nur über die Pflegedienstleitungen erfolgen; alle Strategien, die auf ein Ermitteln der individuellen Anschriften der Zielpersonen abgezielt hätten, wären vor allem aus Gründen des Datenschutzes und nicht zuletzt angesichts der Vielzahl der beteiligten Dienste zum Scheitern verurteilt gewesen. Dies bedeutet zugleich, dass die Forschungsgruppe auf die Verlässlichkeit der Angaben der Pflegedienstleitungen angewiesen war und letztlich keine endgültige Sicherheit besteht, dass alle Unterlagen (Vorankündigungen, Befragungssets, Erinnerungsschreiben) an die Beschäftigten weitergeleitet wurden. Die hohe Kooperationsbereitschaft der einzelnen Dienste sowie der flächendeckende Charakter der Befragung mit mehreren (brieflichen) Kontakten sprechen jedoch für die Zuverlässigkeit der Pflegedienstleitungen.

5.2.4 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 41 stellt wesentliche soziodemografische Merkmale der Stichprobe aus 503 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste dar.

Tabelle 41: Befragung ambulanter Pflegekräfte: soziodemografische Merkmale (503 Befragte)

	M	SD
Alter (Jahre)	41.4	10.60
	N	%
Geschlecht		
weiblich	429	85,3
männlich	71	14,1
keine Angabe	3	0,6
Muttersprache		
Deutsch	430	85,5
Deutsch + andere Sprache	25	5,0
andere Sprache	47	9,3
keine Angabe	1	0,2
Höchster Schulabschluss		
Hauptschulabschluss/Volksschule/POS (8./9. Klasse)	128	25,4
Realschulabschluss/mittlere Reife/POS (10. Klasse)	218	43,3
Abitur/Fachabitur/EOS (12.Klasse)	154	30,6
ohne Schulabschluss	1	0,2
keine Angabe	2	0,4
Berufliche Qualifikation (Mehrfachnennungen möglich)		
examinierte Alten-/Krankenpflegekraft	233	46,7
Alten-/Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin	74	14,8
in Ausbildung zur Alten-/Krankenpflegekraft	7	1,4
in Ausbildung zum/zur Alten-/Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin	4	0,8
andere pflegerische Ausbildung	77	15,4
andere berufliche Ausbildung	99	12,8
in Ausbildung im Gesundheits-/Pflegebereich	12	2,4
in Ausbildung in anderem Bereich	2	0,4
keine Ausbildung	46	9,2
keine Angabe	60	12,0

Die Befragten waren im Durchschnitt 41,4 Jahre alt; das Alter streute zwischen 19 und 68 Jahren. Der Frauenanteil lag bei 85,3%. Rund 14% der Befragten gaben an, dass Deutsch nicht oder nicht alleine ihre Muttersprache sei. Es überwiegen mittlere Bildungsabschlüsse; immerhin fast 31% der Befragten haben das Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss erworben. Zu 46,7% handelte es sich um examinierte Pflegekräfte, 14,8% waren Alten- oder Krankenpflegehelfer/-helferinnen. Über eine andere pflegerische Ausbildung (z. B. Kinderkrankenpfleger/-schwester, Physiotherapeut/in, Heilerziehungspfleger/in) verfügten 15,4% der Befragten, weitere 19,8% über sonstige Abschlüsse. Ohne abgeschlossene Ausbildung waren 9,2%; 12,0% machten hierzu keine Angabe.

Im Durchschnitt arbeiteten die Befragten seit fünf Jahren bei ihrem aktuellen Pflegedienst und seit etwa zwölf Jahren in der Pflege. Nahezu jede zweite Pflegekraft (47,7%) war bei einem privatwirtschaftlich betriebenen Pflegedienst beschäftigt, 36,6% bei einem Pflegedienst in kirchlicher Trägerschaft. Durchschnittlich versorgte eine befragte Pflegekraft regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche) 12,5 Pflegebedürftige, die zu rund 75% weiblich waren. Fast die Hälfte (44,8%) der Pflegebedürftigen wurde von den Befragten als inkontinent, ein Drittel (35,2%) als demenzkrank charakterisiert. Die ebenfalls erfragten Merkmale Bettlägerigkeit (12,0%) und Rollstuhlbenutzung (18,4%) kommen seltener vor.¹¹⁶

5.2.5 Befunde

5.2.5.1 Überblick

Die Befragung ambulanter Pflegekräfte kombinierte die in der kriminologischen Dunkelfeldforschung verbreiteten Zugänge der Täter-, Opfer- und Informantenbefragung. Pflegekräfte wurden nach ihrem eigenen Handeln gegenüber Pflegebedürftigen (d. h. als potenzielle Täter und Täterinnen), nach ihren Erfahrungen mit aggressivem und problematischem Verhalten Pflegebedürftiger (d. h. als potenzielle Opfer) sowie – in begrenztem Umfang – nach Erfahrungen mit Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Dritte befragt (d. h. als sogenannte Informantinnen und Informanten, die nicht immer unmittelbare Augenzeugen des fraglichen Geschehens gewesen sein müssen, sondern auch in anderer Weise davon Kenntnis erlangt haben können, wie z. B. durch Kolleginnen oder Kollegen). Ferner wurden in der Befragung professionelle Erfahrungen, Sichtweisen und Einschätzungen erhoben, etwa zum gewaltpräventiven Potenzial unterschiedlicher Maßnahmen im Bereich der familialen und ambulant-professionellen Pflege.

Sämtliche Fragen zu erlebter, selbst berichteter und beobachteter Viktimisierung bezogen sich auf den Zeitraum der 12 Monate vor der Befragung (*Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass ...?*). In die nachfolgenden Analysen wurden deshalb – soweit sie solche Viktimisierungsfragen betreffen – nur diejenigen Personen einbezogen, die in diesem Zeitraum durchgängig in der Pflege beschäftigt waren. Dies trifft auf 437 Personen zu. Von diesen wiederum beschrieben 10 ihre Arbeit so, dass auf eine durch Leitungs- bzw. administrative Aufgaben dominierte Tätigkeitsstruktur zu schließen war. Diese kleine Gruppe wurde im Hinblick auf zeugenschaftlich berichtete Vorkommnisse

¹¹⁶ Dieses Bild stimmt in der Tendenz mit Befunden zur Verbreitung von Inkontinenz und Demenz überein. In Deutschland leiden nach Angaben der Deutschen Kontinenz Gesellschaft rund 15% der Frauen und 8% der Männer ab 60 Jahren an Harninkontinenz (vgl. Deutsche Kontinenz Gesellschaft, 2006). Schätzungen für die Anzahl der demenziell Erkrankten in Deutschland liegen bei etwa einer Million (vgl. Bickel, 2002).

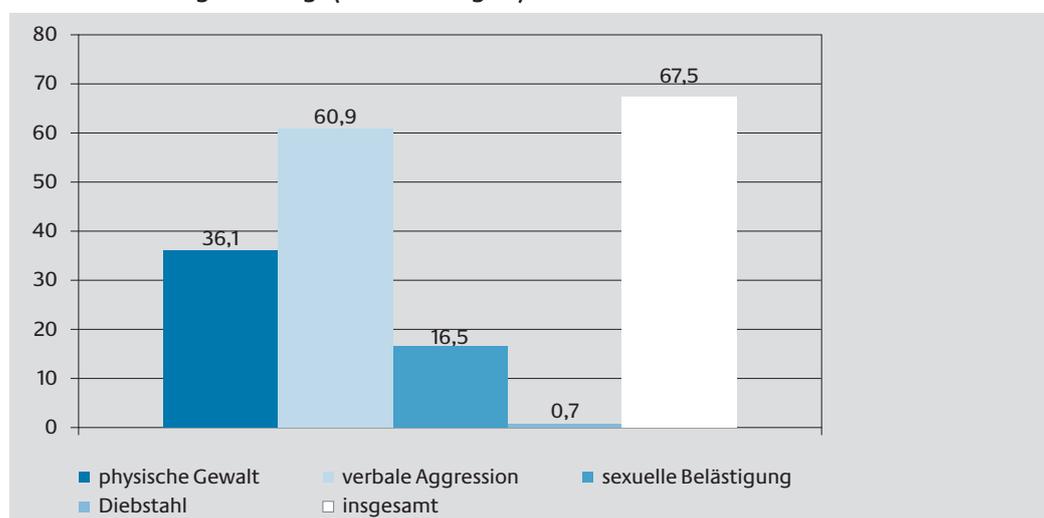
mitberücksichtigt, bei der Auswertung von Fragen nach Betroffensein durch aggressives Verhalten Pflegebedürftiger sowie nach eigenem problematischem Verhalten jedoch ausgeklammert. Selbst berichtete Täter- und Opferdaten liegen daher für 427 der 503 Befragten (84,9%) vor. Fragen ohne eine solche Referenzperiode wurden über alle 503 Befragten ausgewertet.

5.2.5.2 Pflegekräfte als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene

Dass Pflegekräfte in der vorliegenden Studie hauptsächlich als Täter bzw. Zeugen befragt werden, soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch sie von aggressivem und in anderer Weise problematischem Verhalten Pflegebedürftiger betroffen sein können. Das Erleben aggressiver Übergriffe vonseiten des Pflegebedürftigen spielt insofern eine besondere Rolle, als dies – so Forschungsbefunde zur stationären Pflege – einen Risikofaktor für Misshandlung und Vernachlässigung der von den Pflegepersonen betreuten Älteren darstellt (vgl. u. a. Görgen 2004b; Pillemer & Bachman-Brehn 1991; Pillemer & Suitor 1992).

Die Pflegekräfte wurden gebeten anzugeben, ob und wenn ja, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten Erfahrungen mit körperlicher Gewalt, verbal aggressivem Verhalten, sexueller Belästigung und Diebstahl vonseiten Pflegebedürftiger gemacht hatten. Abbildung 30 stellt die 12-Monats-Prävalenzen für die einzelnen Viktimisierungsarten sowie die Gesamtprävalenz dar.

Abb. 30: Pflegekräftebefragung: 12-Monats-Prävalenz von Pflegekräften berichteter Viktimisierungen durch Pflegebedürftige (in % der Befragten)



Immerhin nahezu ein Drittel der Befragten gibt an, binnen der letzten 12 Monate keine der erfragten unangenehmen Erfahrungen gemacht zu haben. Verbal aggressives Verhalten wird am häufigsten berichtet (von 60,9% der Befragten). Mehr als ein Drittel (36,1%) der Befragten berichtet physische Übergriffe, etwa ein Sechstel als sexuell belästigend erlebtes Verhalten Pflegebedürftiger (16,5%).¹¹⁷ Bei Letzteren ist davon auszugehen,

¹¹⁷ Die in der Abbildung ebenfalls ausgewiesenen Diebstähle (von lediglich drei Befragten berichtet) wurden in erster Linie im Hinblick auf die Symmetrie von Opfer-, Täter- und Informantenitems einbezogen. Die geringe Prävalenz überrascht im Hinblick auf das Setting und die Täter-Opfer-Beziehung (in der Wohnung des Pflegebedürftigen, durch eine gesundheitlich stark eingeschränkte Person) nicht. Hier dürften wohl in erster Linie Verhaltensweisen Demenzkranker infrage kommen, kaum aber Diebstähle in der engeren Bedeutung des Wortes als gezielte Bestrebungen einer Person, Vermögen und Besitz einer anderen Person wegzunehmen und sich anzueignen.

dass es sich sowohl um verbale sexuelle Belästigungen als auch um körperliche Übergriffe durch zum Teil demenziell erkrankte Pflegebedürftige handelt.¹¹⁸

Werden die in Abbildung 30 verwendeten Viktimisierungskategorien nach Geschlecht der Befragten betrachtet, so ergeben sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Pflegekräften lediglich für sexuelle Belästigung. 18,0% (n=66) der Frauen und 7,5% (n=4) der Männer geben an, innerhalb des letzten Jahres durch von ihnen betreute Pflegebedürftige sexuell viktimisiert worden zu sein. In allen übrigen Bereichen liegen die Prävalenzen der männlichen Pflegekräfte auf etwa gleicher Höhe wie die der befragten Frauen.

Tabelle 42 stellt im Detail die von den Befragten berichteten Verhaltensweisen Pflegebedürftiger dar. Die Inzidenzen werden jeweils sowohl für die Betroffenen als auch alle Befragten ausgewiesen, wobei bei Letzteren die „Nichtbetroffenen“ den Wert 0 erhielten. Es wird deutlich, dass in Einzelfällen extrem hohe Auftretenshäufigkeiten berichtet werden und die interindividuelle Varianz der Viktimisierungshäufigkeiten enorm ist. Bei den körperlichen Übergriffen stehen vergleichsweise weniger schwere Erscheinungsformen wie grobes Anfassen oder Kratzen im Vordergrund; immerhin gaben aber z. B. 36 Pflegekräfte an, im vergangenen Jahr von Pflegebedürftigen getreten worden zu sein.

Tab. 42: Pflegekräftebefragung 2005: Von Pflegekräften berichtete Viktimisierungen durch Pflegebedürftige in den letzten 12 Monaten

Verhalten von Pflegebedürftigen gegenüber der befragten Person	Prävalenz		Inzidenz				
	419 ≤ n ≤ 425		Betroffene			alle Befragten	
	Anzahl ja	Anteil ja	Max.	M	SD	M	SD
beleidigen	191	45.2	1200	21.29	117.93	9.15	77.93
beschimpfen	187	44.0	1200	24.25	122.92	9.82	78.99
Unwahrheiten verbreiten	121	28.7	800	12.74	76.30	3.46	40.01
mit Worten bedrohen	95	22.5	200	9.59	29.34	1.92	13.61
sexuell belästigen	70	16.5	100	5.14	13.03	0.81	5.47
grob anfassen	70	16.5	100	7.75	15.79	1.14	6.61
kratzen	60	14.2	100	9.47	20.72	1.20	7.98
mit Gegenstand bewerfen	52	12.3	51	4.45	10.08	0.50	3.63
stoßen	51	12.0	20	2.73	3.43	0.29	1.40
treten	36	8.5	50	4.72	10.27	0.36	3.06
bespucken	30	7.1	200	11.10	36.33	0.79	9.95
mit Faust schlagen	27	6.4	15	2.80	3.30	0.17	1.03
beißen	21	5.0	30	4.78	7.86	0.20	1.86
an den Haaren ziehen	18	4.3	5	2.65	1.50	0.11	0.60
Ohrfeige geben	18	4.3	20	2.63	4.79	0.10	1.04
mit Gegenstand schlagen	12	2.8	4	1.42	0.90	0.04	0.28
mit Waffe bedrohen	9	2.1	1	1.00	0.00	0.02	0.14
verprügeln	3	0.7	10	5.00	4.36	0.04	0.52
bestehlen	3	0.7	1	1.00	0.00	0.01	0.08
Waffe einsetzen	1	0.2	1	1.00	-	0.00	0.05

Unter „Sonstiges“ wurde Folgendes jeweils einmal angegeben: „alles geblockt“, „Ausländerfeindlichkeit“, „belogen“, „Unterstellung eines Diebstahls“, „versucht mich gegen andere Kollegen aufzuhetzen, auszuhorchen“.

¹¹⁸ Sexuelle Belästigungen in der Pflege sind ein noch relativ wenig untersuchtes Gebiet: Vorliegende Studien (Barling, Rogers & Kelloway, 2001; Buckwalter, 1995; Valente & Bullough, 2004) weisen darauf hin, dass sexuelle Belästigungen bei den betroffenen Pflegekräften Furcht, Wut und Ungerechtigkeitskognitionen hervorrufen, das affektive Commitment gegenüber der pflegerischen Arbeit senken, zu einem Leistungsrückgang gerade im interpersonalem Arbeitsbereich und tendenziell zur Vernachlässigung von Patienten/Klienten führen können.

Tabelle 43 präsentiert Befunde zum gemeinsamen Auftreten unterschiedlicher Viktimisierungsformen bei betroffenen Pflegekräften. Es wird deutlich, dass diejenigen, die eine bestimmte Form aggressiven Verhaltens Pflegebedürftiger berichten, jeweils auch in den beiden anderen Bereichen erhöhte Prävalenzen aufweisen. So geben 50,8% derjenigen, die verbale Übergriffe Pflegebedürftiger berichten, an, auch physisch attackiert worden zu sein; bei den Nichtopfern im Bereich verbaler Aggression sind es lediglich 13%.

Tab. 43: Pflegekräftebefragung: Kreuztabellierung von Opfererfahrungen ambulanter Pflegekräfte in verschiedenen Viktimisierungsbereichen (423 ≤ n ≤ 424)

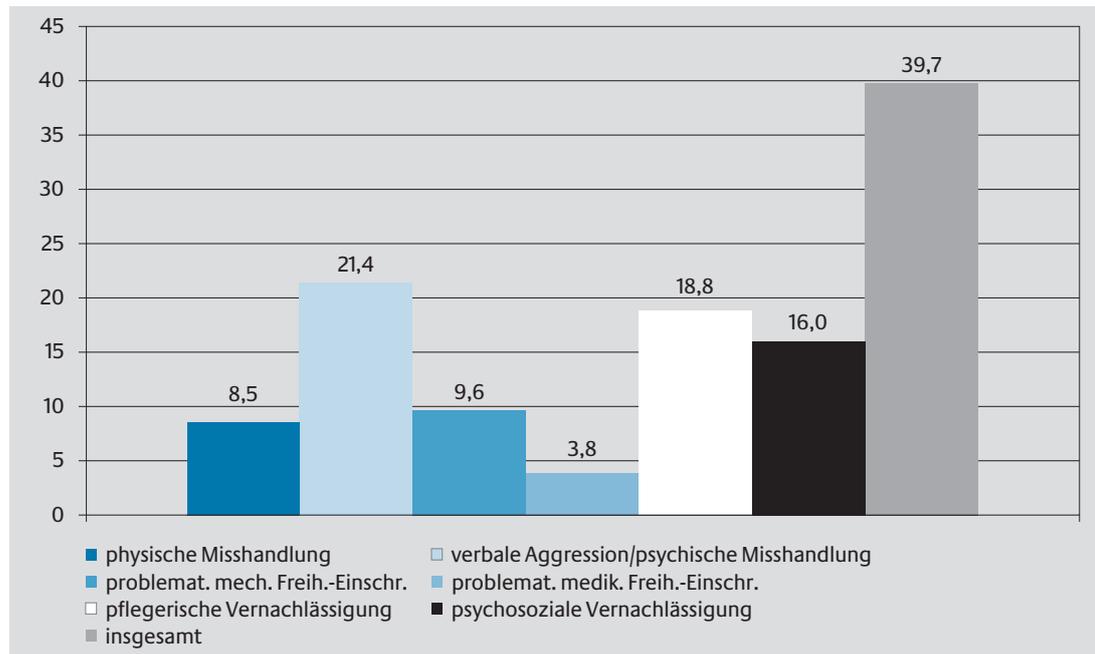
Wurde Pflegekraft Opfer ...		Prävalenzen für andere Viktimisierungsformen		
		verbale Aggression	physische Aggression	sexuelle Belästigung
verbaler Aggression?	ja	-	50,8% (n=131)	23,7% (n=61)
	nein	-	13,3% (n=22)	5,4% (n=9)
physischer Aggression?	ja	85,6% (n=131)	-	28,1% (n=43)
	nein	46,9% (n=127)	-	10,0% (n=27)
sexueller Belästigung?	ja	87,1% (n=61)	61,4% (n=43)	-
	nein	55,5% (n=196)	31,2% (n=110)	-

Dieser Befund lässt im Wesentlichen zwei Deutungsrichtungen zu. Er kann zum einen auf der Ebene des Klienten-/Klientinnenverhaltens interpretiert werden: Wer schwierige Patientinnen oder Patienten zu versorgen hat, wird unter Umständen bereichsübergreifend negative Erfahrungen machen. Zum anderen spielt mutmaßlich auch das Berichtsverhalten der Befragten (Erinnerungsvermögen; differenzielle Sensibilität dafür, wann ein Verhalten als schwerwiegend und somit berichtenswert empfunden wird, etc.) eine Rolle.

5.2.5.3 Pflegekräfte als „Täter“: Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber 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 31 dargestellt. Daraus geht hervor, dass verbale Aggression/psychische Misshandlung von allen Viktimisierungsformen am häufigsten angegeben wird. Mehr als jede fünfte Pflegekraft konzediert mindestens einmaliges Auftreten entsprechender Verhaltensweisen. 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% aller Befragten haben nach eigenen Angaben mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen in einer Weise behandelt, die – zumindest bei weiter Interpretation des Begriffs – als physische Aggression und Misshandlung betrachtet werden kann.

Abb. 31: Pflegekräftebefragung: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen (in % der Befragten)¹¹⁹



Die Prävalenzen für selbst berichtetes Problemverhalten liegen bei dieser Befragung ambulanter Kräfte beträchtlich niedriger als die von Görgen (2004a; 2004b; 2006) in einer ähnlichen Befragung für den stationären Pflegesektor berichteten (vgl. zu den Ergebnissen dieser Studie auch Kapitel 5.5). In den zentralen Bereichen der physischen und psychischen Misshandlung, der pflegerischen Vernachlässigung und der unangemessenen Freiheitseinschränkung mit mechanischen Mitteln lagen die Prävalenzen in der Befragung von Görgen (2004a; 2004b; 2006) 2,5- bis 3-mal so hoch wie in der vorliegenden Studie. Etwas geringer waren die Unterschiede in den relativ selten berichteten Bereichen der pflegerischen Vernachlässigung (1,9-fach) und der unangemessenen medikamentösen Freiheitseinschränkung (1,5-fach); sexuelle Viktimisierung Pflegebedürftiger wurde (zumindest als eigenes Verhalten) weder von Pflegekräften im ambulanten noch im stationären Bereich berichtet.

Tab. 44 zeigt die Prävalenzraten der einzelnen erfragten problematischen Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen sowie Daten zur Inzidenz sowohl für Personen, die das Vorkommen der jeweiligen Handlung bejahten („Täter“) als auch für die Gesamtheit der Befragten.¹²⁰ Von keiner der Pflegekräfte berichtet wurden die Verhaltensweisen „verprügeln“, „ohrfeigen“, „würgen“, „treten“, „mit der Faust schlagen“, „sexuell belästigen“ und „absichtlich eine falsche Rechnung ausstellen“; sie sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

119 In die Kategorien sind folgende von den Befragten berichteten Verhaltensweisen eingeflossen:

- ! *Physische Misshandlung*: grob anfassen; absichtlich zu heiß o. zu kalt baden/duschen; schubsen oder stoßen
- ! *Verbale Aggression/Psychische Misshandlung*: beschimpfen; anschreien; absichtlich ärgern; respektlos behandeln; absichtlich beleidigen; auslachen; mit Worten bedrohen; vor anderen lächerlich machen; Schamgefühle absichtlich verletzen
- ! *Problematische mechanische Freiheitseinschränkung*: auf Wunsch von Angehörigen einsperren; auf Wunsch von Angehörigen fixieren; fixieren, um weniger Mühe zu haben
- ! *Problematische medikamentöse Freiheitseinschränkung*: auf Wunsch von Angehörigen medikamentös sedieren; medikamentös sedieren, um weniger Mühe zu haben
- ! *Pflegerische Vernachlässigung*: Mundpflege vernachlässigen; nicht rechtzeitig lagern; absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen; absichtlich nicht waschen; Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln; nicht genug zu essen oder zu trinken geben; Verletzung nicht sorgfältig genug versorgen
- ! *Psychosoziale Vernachlässigung*: Wünsche absichtlich ignorieren.

120 Die Daten lassen somit die Häufigkeit der erfragten Handlungen in der Stichprobe insgesamt als auch bei den sich durch ihre Angaben als „Täter“ identifizierenden Befragten erkennen.

Tab. 44: Pflegekräftebefragung: Von Pflegekräften für einen Zwölfmonatszeitraum berichtete eigene Viktimisierungen von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich¹²¹(422≤n≤426)

selbst berichtetes Verhalten der befragten Person gegenüber Pflegebedürftigen	Prävalenz		Inzidenz				
	ja	% ja	„Täter“			alle Befragten	
			Max.	M	SD	M	SD
Wünsche absichtlich ignorieren	68	16,0	30	4.19	5.02	0.64	2.46
Mundpflege vernachlässigen	55	12,9	30	4.67	4.78	0.56	2.24
beschimpfen	43	10,1	10	2.95	2.10	0.29	1.10
anschreien	42	9,9	10	2.33	2.18	0.22	0.94
grob anfassen	34	8,0	10	2.97	2.89	0.23	1.11
auf Wunsch von Angehörigen einsperren	28	6,6	30	5.58	8.25	0.34	2.41
nicht rechtzeitig lagern	28	6,6	20	5.75	5.31	0.33	1.80
absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen	17	3,9	40	6.20	10.12	0.22	2.17
absichtlich ärgern	14	3,3	10	3.17	2.59	0.09	0.67
auf Wunsch von Angehörigen fixieren	14	3,3	10	4.17	3.30	0.12	0.87
respektlos behandeln	12	2,8	40	5.83	11.07	0.16	2.03
auf Wunsch von Angehörigen medikamentös sedieren	12	2,8	9	3.83	2.17	0.11	0.73
absichtlich beleidigen	11	2,6	10	3.82	3.28	0.10	0.79
absichtlich nicht waschen	11	2,6	10	3.10	2.73	0.07	0.62
auslachen	10	2,4	10	4.50	3.78	0.09	0.78
Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln	9	2,1	10	3.33	2.83	0.07	0.62
mit Worten bedrohen	8	1,9	30	5.00	10.13	0.09	1.47
medikamentös sedieren, um weniger Mühe zu haben	6	1,4	5	3.25	1.71	0.03	0.35
vor anderen lächerlich machen	5	1,2	5	2.60	1.82	0.03	0.33
nicht genug zu essen oder zu trinken geben	4	0,9	5	3.50	2.12	0.02	0.26
Verletzung nicht sorgfältig genug versorgen	3	0,7	5	3.67	2.31	0.03	0.35
absichtlich zu heiß o. zu kalt baden/duschen	2	0,5	1	1.00	0.00	0.00	0.07
fixieren, um weniger Mühe zu haben	2	0,5	3	3.00	0.00	0.01	0.21
schubsen oder stoßen	1	0,2	1	1.00	–	0.00	0.05
Schamgefühle absichtlich verletzen	1	0,2	10	10.00	–	0.02	0.49
Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen	1	0,2	4	4.00	–	0.01	0.19

Die in der obigen Tabelle dargestellten Daten verdeutlichen das Bild einer 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 „grobes Anfassen“. Zwar erlaubt diese Erhebungsform keine Rekonstruktion konkreter Fälle, doch liegt bereits hier die Vermutung nahe, dass es sich 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 oder einen Angriff abzuwehren. Die Befunde der qualitativen Interviewstudie stützen diese Hypothese (vgl. Kapitel 5.4.6.3.2 und 5.4.6.3.4.3.2). Zugleich ist festzuhalten, dass beide Befragungsformen sich zwar in den Möglichkeiten der Konkretisierung und Kontextualisierung von Verhaltensweisen stark unterscheiden, im Hinblick auf Selektionsfaktoren bei der Rekrutierung von Befragten bzw. Interviewpartnerinnen und -partnern jedoch ähnlichen Beschränkungen unterliegen.

¹²¹ Tabelle modifiziert nach Rabold (2006, S. 61).

Bezogen auf die Gesamtheit der Befragten liegt die durchschnittliche Inzidenz jeder einzelnen erfragten Verhaltensweise unter einem einschlägigen Vorfall pro Person und Jahr (und selbst für die größeren Verhaltensklassen nur in zwei Fällen – verbale Aggression und pflegerische Vernachlässigung – über einem Vorkommnis pro Jahr). Werden die für sämtliche Items berichteten Häufigkeiten aufaddiert, ergibt sich für die Befragten eine durchschnittliche Jahresinzidenz problematischer Verhaltensweisen von 3.85 (SD = 9.59). Lediglich für die Kategorien „pflegerische Vernachlässigung“ (M = 1.28, SD = 4.55) und „psychische Misshandlung/verbale Aggression“ (M = 1.09, SD = 4.45) werden Inzidenzen >1 erreicht (Tabelle 45).

Tab. 45: Pflegekräftebefragung: 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen selbst berichteter Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich: Viktimisierungskategorien¹²² (422 ≤ n ≤ 426)

selbst berichtetes Verhalten der befragten Person gegenüber Pflegebedürftigen	Prävalenz		Inzidenz			
	Anzahl ja	Anteil ja	„Täter“ ¹²³		alle Befragten	
			M	SD	M	SD
physische Misshandlung	36	8.5	2.88	2.84	0.23	1.11
psychische Misshandlung/verbale Aggression	91	21.4	5.40	8.70	1.09	4.45
mechanische Freiheitseinschränkung	41	9.6	5.43	7.55	0.47	2.68
medikamentöse Freiheitseinschränkung	16	3.8	4.21	2.75	0.14	0.89
pflegerische Vernachlässigung	80	18.8	7.31	8.63	1.28	4.55
psychosoziale Vernachlässigung	68	16.0	4.18	5.01	0.64	2.46
finanzielle Schädigung	1	0.2	4.00	–	0.01	0.19
Gesamt	169	39.7	10.05	13.32	3.85	9.59

5.2.5.4 Perspektive der „dritten Person“: Pflegekräfte als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen

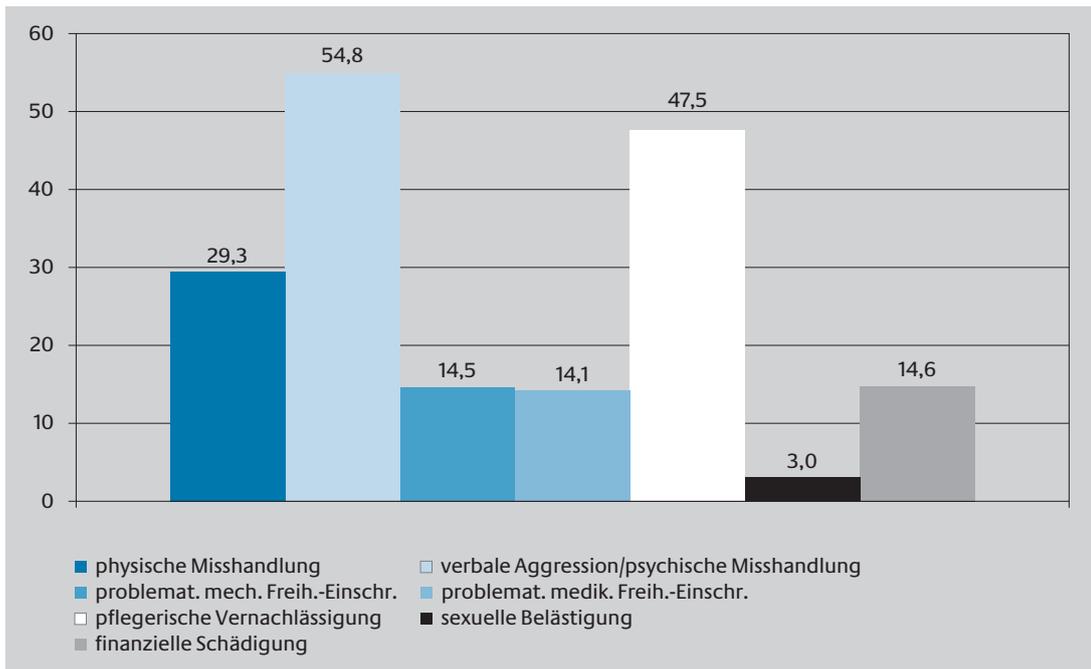
Die Pflegekräfte wurden neben ihrer Rolle als potenzielle Opfer und Täter auch als mögliche Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich befragt. Derartige Zeugenberichte beziehen sich nicht immer auf unmittelbare Verhaltensbeobachtungen der Befragten, sondern auch auf den Befragten zur Kenntnis gebrachte Berichte (des Pflegebedürftigen oder anderer Personen) über Verhalten sowie auf Rückschlüsse auf Verhalten aufgrund entsprechender Symptome.

In Abbildung 32 sind die 12-Monats-Prävalenzen für solche zeugenschaftlich berichteten Formen der Viktimisierung dargestellt. Besonders häufig wird über psychische Misshandlung, pflegerische Vernachlässigung und physische Aggression berichtet. Mehr als jede zweite Pflegekraft wurde im Referenzzeitraum Zeuge mindestens eines Falles von gegen einen Pflegebedürftigen gerichteter verbaler Aggression bzw. psychischer Misshandlung; etwa ebenso häufig berichten die Pflegekräfte von pflegerischer Vernachlässigung. Jede dritte Pflegekraft gibt an, physische Misshandlung mitbekommen zu haben.

¹²² Tabelle modifiziert nach Rabold (2006, S. 64).

¹²³ Personen, die für die letzten 12 Monate mindestens eine problematische Verhaltensweise der genannten Art berichteten.

Abb. 32: Pflegekräftebefragung: Als Zeuge wahrgenommenes problematisches Verhalten Dritter gegenüber Pflegebedürftigen (12-Monats-Prävalenz; in % der Befragten)



Im Vergleich mit Abbildung 32 und Tabelle 45 wird deutlich, dass die Prävalenzen für beobachtetes Verhalten in allen Bereichen höher liegen als die Prävalenzen für entsprechende Selbstberichte. Mit Ausnahme der unangemessenen mechanischen Freiheitseinschränkung sind die Differenzen in den Prävalenzraten zwischen Selbst- und Fremdbbericht beträchtlich. So berichtete keine der befragten Pflegekräfte, selbst einen Pflegebedürftigen sexuell belästigt zu haben, aber 3% haben im letzten Jahr Entsprechendes als Zeugen wahrgenommen. In Bezug auf problematische Formen medikamentöser Freiheitseinschränkung liegt das Verhältnis der Selbstbericht- und zeugenschaftlichen Prävalenzen bei 1:3.7, bei physischer Misshandlung bei 1:3.5, für Formen der finanziellen Schädigung, die lediglich von einer Pflegekraft selbst eingeräumt wurden, gar in der Größenordnung von 1:70. Eine Betrachtung der die Kategorie „unangemessene mechanische Freiheitseinschränkung“ konstituierenden Items zeigt zudem, dass Pflegekräfte auch dort, wo sie eigenes Handeln berichten, letztlich Angehörige der pflegebedürftigen Person als den Initiator beschreiben; die Prävalenzen für „auf Wunsch von Angehörigen einsperren“ (6,6%) und „auf Wunsch von Angehörigen fixieren“ (3,3%) liegen deutlich höher als für „fixieren, um weniger Mühe zu haben“ (0,5%).

Die Pflegekräfte wurden ferner danach gefragt, worauf sich ihre Beobachtung oder ihr Wissen um die Viktimisierung der von ihnen mitbetreuten Pflegebedürftigen stützt. Tabelle 46 präsentiert hierzu Ergebnisse.

Tab. 46: Pflegekräftebefragung: Als Zeuge wahrgenommenes problematisches Verhalten Dritter gegenüber Pflegebedürftigen (12-Monats-Prävalenz) nach Art der zugrunde liegenden Informationen (Mehrfachnennungen von Informationsquellen möglich; $435 \leq n \leq 436$)

Viktimisierungsform	Prävalenz insg.		Informationsgrundlage							
			Direkte Beobachtung		Anzeichen		Bericht PB		Bericht Dritter	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
physische Misshandlung	128	29,3	64	14,7	35	8,0	28	6,4	30	6,9
psychische Misshandlung/verbale Aggression	239	54,8	126	28,9	45	10,3	129	29,6	80	18,3
probl. mech. Freiheitseinschränkung	63	14,5	34	7,8	14	3,2	11	2,5	12	2,8
probl. medik. Freiheitseinschränkung	60	14,1	22	5,2	16	3,7	1	0,2	25	5,9
pflegerische Vernachlässigung	207	47,5	76	17,4	135	31,0	58	13,3	73	16,7
sexuelle Belästigung	13	3,0	1	0,2	5	1,2	2	0,5	5	1,2
finanzielle Schädigung	62	14,6	2	0,5	3	0,7	36	8,5	33	7,7

Es wird deutlich, dass die Erkenntnis- und Informationsquellen der Pflegekräfte in Bezug auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Dritte zwischen den Deliktsfeldern stark variieren. Der unmittelbaren Verhaltensbeobachtung kommt in allen Bereichen Bedeutung zu. Pflegerische Vernachlässigung wird vor allem aus entsprechenden Symptomen 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.

5.2.5.5 Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen: multivariate Analysen

Welche Merkmale stehen mit selbst berichtetem Problemverhalten ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen in Zusammenhang, welche eignen sich als Prädiktoren? Im Hinblick auf die Bildung einer die Gesamtheit der berichteten Verhaltensweisen sinnvoll integrierenden Variablen stellen sich mehrere Probleme. Eine dichotome Unterscheidung zwischen „Tätern“ (die „irgendwas“ für die letzten 12 Monate berichtet haben) und „Nichttätern“ (die eben nichts Einschlägiges für die letzten 12 Monate berichtet haben) wäre nicht sachdienlich, da sie z. B. denjenigen, der angibt, einmal in den vergangenen 12 Monaten einen – möglicherweise irrationalen, selbstgefährdenden oder schlicht unerfüllbaren – Wunsch eines Pflegebedürftigen absichtlich ignoriert zu haben, demjenigen gleichstellt, der für diesen Zeitraum eine Vielzahl schwerwiegender Gewaltformen berichtet. Die Gesamtzahl der berichteten Ereignisse wäre als Maß des „Problemverhaltens“ einer Person ebenfalls nicht geeignet. Zum einen ließe sie die unterschiedliche Schwere der erfragten Verhaltensmuster unberücksichtigt, zum anderen wäre die resultierende Variable extrem schief verteilt (rund 60% der Befragten würden den Wert null aufweisen). Das letztgenannte Problem ließe sich auch über eine Schweregewichtung jeder einzelnen erfragten Verhaltensweise nicht lösen; zudem sind stark ausdifferenzierte Schweregewichtungen angesichts der Vielzahl konkreter Verhaltensweisen und Verhaltenskontexte, die sich hinter einer bejahenden Antwort auf ein einzelnes Item verbergen können, nicht unproblematisch.

Es wurde normativ eine dichotome Variable „bedeutsames Problemverhalten ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen“ gebildet. Dieses Merkmal wurde als gegeben angesehen, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt war:

1. Die befragte Pflegekraft hatte eine Verhaltensweise berichtet, die als so gravierend und mit dem pflegerischen Berufsethos unvereinbar betrachtet werden kann, dass bereits das einmalige Vorkommen innerhalb der letzten 12 Monate als „bedeutsames Problemverhalten“ gewertet werden muss. Es handelt sich dabei um körperliche und sexuelle Gewalt, um Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber Pflegebedürftigen, um arbeitsökonomisch motivierte Formen der Freiheitseinschränkung sowie um einige Formen psychischer Aggression, die auf rücksichtsloses bzw. auf Schädigung bedachtes Verhalten gegenüber dem Pflegebedürftigen schließen lassen.¹²⁴
2. „Bedeutsam“ kann Problemverhalten auch dadurch werden, dass es – wiewohl im Einzelfall von minderer Schwere – wiederholt gezeigt wird. Hatte eine Pflegekraft angegeben, dass sie mindestens fünfmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen beschimpft, angeschrien, grob angefasst, respektlos behandelt, ausgelacht, seine Mundpflege vernachlässigt, ihn nicht rechtzeitig gelagert, ihn absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen, ihn absichtlich nicht gewaschen, seine Wäsche trotz Inkontinenz nicht gewechselt, ihm nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben oder seine Verletzung nicht sorgfältig genug versorgt hatte, wurde dies für eine Klassifikation als bedeutsames Problemverhalten als hinreichend angesehen. Natürlich bleibt die Unterscheidung zwischen Verhaltensweisen, die bereits bei einmaligem Auftreten zur Bejahung des Merkmals „bedeutsames Problemverhalten“ qualifizieren und solchen, bei denen eine höhere Inzidenz verlangt wird, im Hinblick auf einzelne Verhaltensweisen zu einem gewissen Grad willkürlich. Hinter einer bejahenden Antwort auf ein Item wie „einen Pflegebedürftigen nicht rechtzeitig lagern“ können sich sehr unterschiedliche Fallgestaltungen verbergen. Insgesamt zeichnen sich die genannten Verhaltensmuster aber dadurch aus, dass sie im Vergleich zu denen der ersten Kategorie von geringerer Schwere sind, die Wahrscheinlichkeit einer stark situativ-reaktiven Genese hoch und die einer intentionalen Schädigung des Pflegebedürftigen eher gering ist.
3. Schließlich wird „bedeutsames Problemverhalten“ auch dann angenommen, wenn eine Pflegekraft zwar keines der unter 2. genannten Verhaltensmuster mehr als viermal zeigt, dafür aber insofern eine gewisse „Breite“ problematischen Verhaltens aufweist, als sie mindestens drei dieser Verhaltensweisen für den Zeitraum der letzten 12 Monate je mindestens einmal berichtet.

Wird die dichotome Variable „bedeutsames Problemverhalten“ in der beschriebenen Weise gebildet, entfallen 349 Befragte (81,9%) auf die Gruppe der „Nichttäter bzw. Täter weniger bedeutsamer Verhaltensweisen“, 77 (18,1%) auf die „Tätergruppe“. Äquivalent wurden dichotome Variablen für die beiden am häufigsten genannten Viktimisierungs-

¹²⁴ Im Einzelnen geht es um folgende berichteten Verhaltensmuster: verprügeln; ohrfeigen; würgen; treten; mit Faust schlagen; absichtlich zu heiß oder zu kalt baden/duschen; schubsen oder stoßen; sexuell belästigen; ruhigstellende Medikamente geben, um weniger Mühe zu haben; fixieren, um weniger Mühe zu haben; Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen; absichtlich falsche Rechnung ausstellen; absichtlich beleidigen; vor anderen lächerlich machen; mit Worten bedrohen; absichtlich ärgern; Schamgefühle absichtlich verletzen.

kategorien „verbale Aggression/psychische Misshandlung“ und „pflegerische Vernachlässigung“ gebildet. Um Risikofaktoren von Misshandlung und Vernachlässigung unter gleichzeitiger Kontrolle anderer möglicher Einflussfaktoren (z. B. soziodemografische Merkmale, Merkmale und Verhalten der Pflegebedürftigen bzw. Pflegekräfte) ermitteln zu können, wurde das Verfahren der binären logistischen Regression eingesetzt.

In das Modell wurden folgende Prädiktoren zur Erklärung der abhängigen Variablen aufgenommen:

- | Verhaltensweisen *der von der jeweiligen Person betreuten Pflegebedürftigen*: Prävalenz aggressiven Klientenverhaltens (verbale Übergriffe, physische Übergriffe und sexuelle Belästigung)
- | Merkmale *der befragten Pflegekraft*: Geschlecht, Alter, subjektiv erlebte Belastung und Arbeitszufriedenheit, berufliche Qualifikation, Rückgriff auf Alkoholkonsum und Medikamentenkonsum als Strategien zur Bewältigung arbeitsbezogener Belastungen
- | *Tätigkeitsmerkmale*: Anzahl der von der Person zum Befragungszeitpunkt regelmäßig versorgten Demenzkranken, Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden, regelmäßiges Ausüben behandlungspflegerischer Tätigkeiten
- | Merkmal *des institutionellen Settings*: von den Befragten insgesamt wahrgenommene Qualität der durch den jeweiligen Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen

Im Hinblick auf die von den Befragten wahrgenommene Qualität der Pflege des jeweiligen Pflegedienstes als Merkmal des institutionellen Settings ist darauf zu verweisen, dass es sich hier nicht um ein objektives Merkmal handelt, sondern um die subjektive Sichtweise der Befragten zu einem in sich bereits sehr komplexen Merkmal. Objektivere Merkmale wie die Trägerschaft eines Pflegedienstes oder die Anzahl der regelmäßig durch den Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen erwiesen sich bereits bei bivariaten Auswertungen als ungeeignete Prädiktoren für problematisches Verhalten der Pflegekräfte. Erfahrungsgemäß ist es zudem schwierig, von Beschäftigten verlässliche Angaben über „objektive Merkmale“ der genannten Art zu erhalten. Tabelle 47 stellt Ergebnisse der logistischen Regression dar.

Tab. 47: Pflegekräftebefragung: Binäre logistische Regression: Einflussfaktoren auf bedeutsames Problemverhalten ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen

Prädiktoren	Effektkoeffizient	Konfidenzintervall
Konstante [b (SE)]	-2.55 (1.76)	
<i>Verhalten Pflegebedürftiger</i>		
Vorkommen letzte 12 Monate (Ref. nicht vorgekommen)		
verbaler Übergriffe	10.22***	[2.48–42.24]
physischer Übergriffe	3.40**	[1.58–7.31]
sexueller Übergriffe	2.91*	[1.12–7.05]
<i>Merkmale/Verhalten der Pflegekraft</i>		
Geschlecht (Ref. weiblich)	1.43	[0.49–4.13]
Alter	1.04*	[1.00–1.08]
subjektiv erlebte Belastung ¹²⁵	1.08	[0.63–1.87]
Arbeitszufriedenheit ¹²⁶	0.90	
Alkoholkonsum ¹²⁷	1.82*	[1.07–3.10]
Medikamentenkonsum	1.08	[0.53–2.17]
berufliche Qualifikation (Ref. nicht examiniert)	1.23	[0.52–2.89]
<i>Tätigkeitsmerkmale</i>		
Anzahl regelmäßig versorgter Demenzkranker	1.06*	[1.00–1.13]
Arbeitsstunden pro Woche	0.98	[0.94–1.01]
Behandlungspflege (Ref. nicht ausgeübt)	2.76	[0.75–10.10]
<i>Merkmal des institutionellen Settings</i>		
von Befragten wahrgenommene Pflegequalität des jeweiligen Pflegedienstes ¹²⁸	0.35**	[0.17–0.71]
N		255
Pseudo-R ² (Nagelkerke)		.476

Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$ ** $p \leq .01$ * $p \leq .05$ + $p \leq .10$, b – Regressionskoeffizient, SE – Standardfehler, unstandardisierte Effektkoeffizienten

Die Analysen zeigten, dass das Vorkommen verbaler und physischer Übergriffe sowie sexueller Belästigung durch Pflegebedürftige die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bedeutsamen Problemverhaltens bei Pflegekräften erhöht. Signifikante Effekte ergaben sich darüber hinaus auch für die *Häufigkeit* verbaler und sexueller Übergriffe; die Wahrscheinlichkeit bedeutsamen Problemverhaltens von Pflegekräften steigt also auch mit der Zahl der verbalen oder sexuellen Übergriffe.

Die auf der Basis querschnittlicher Daten ermittelten Zusammenhänge von Opferwerdung und eigener Täterschaft lassen allerdings mehrere Interpretationen zu. Aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen kann entsprechende Reaktionen der

125 Zur Messung dieser Variable wurde die Subskala „Emotionale Erschöpfung“ der deutschen Version (Büssing & Perrar, 1992) des Maslach-Burnout Inventory (MBI-D) eingesetzt (Cronbachs $\alpha = .87$).

126 Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit wurde ein Index aus folgenden mithilfe einer 5-stufigen („sehr schlecht“ bis „sehr gut“) Skala erfassten Items gebildet: „Wie gut oder schlecht ...“ „... ist Ihre Bezahlung“, „... ist aus Ihrer Sicht in Ihrem Pflegedienst das Arbeitsklima“, „... sind insgesamt Ihre Arbeitsbedingungen“, „... machen Ihre nächsten Vorgesetzten ihre Arbeit“, „... ist aus Ihrer Sicht die Organisation der Arbeit?“ (Cronbachs $\alpha = .78$).

127 Diese und die folgende Variable wurde gemessen mithilfe der Items „Um mit beruflichen Belastungen besser fertig zu werden, ...“ „... trinke ich Alkohol“ und „... nehme ich Medikamente“ (5-stufige Skala von 0 „so gehe ich nie mit Belastungen um“ bis 4 „so gehe ich sehr oft mit Belastungen um“).

128 Zur Messung der wahrgenommenen Pflegequalität des Pflegedienstes waren von den Befragten folgende Items zu bewerten (5-stufige Skala, -2 „sehr schlecht“ bis 2 „sehr gut“): „Wie gut oder schlecht ist aus Ihrer Sicht in Ihrem Pflegedienst die Dekubitusvorbeugung/die Aktivierung des Pflegebedürftigen/die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen/die Qualität des Umgangs Ihres ambulanten Dienstes mit Pflegebedürftigen?“ bzw. „Wie gut oder schlecht wird in Ihrem Pflegedienst der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen festgestellt/die Wirksamkeit der Pflege überprüft?“ (Cronbachs $\alpha = .86$).

Pflegekraft bedingen; eine umgekehrte Wirkrichtung beziehungsweise wechselseitige Eskalationsprozesse sind ebenfalls denkbar. Zudem lässt die Form der Datenerhebung keinen sicheren Schluss dahin gehend zu, inwieweit von den Befragten viktimisierte Pflegebedürftige identisch mit jenen Personen sind, die ihrerseits aggressives Verhalten gegenüber Pflegekräften gezeigt haben. Unter einer befragungspsychologischen Perspektive mag es ferner einem Pflegenden, der zuvor angegeben hat, von Pflegebedürftigen viktimisiert worden zu sein, leichter fallen, eigenes Fehlverhalten – welches hierdurch zwar nicht gerechtfertigt wird, aber jedenfalls nachvollziehbarer erscheint – einzuräumen.

Darüber hinaus leisten auch Eigenschaften und Verhaltensweisen der Pflegekraft einen Beitrag zur Aufklärung der abhängigen Variablen. Mit zunehmendem Einsatz der dysfunktionalen Bewältigungsstrategie Alkoholkonsum geht eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Fehlverhaltensweisen einher. Der Zusammenhang ist im Hinblick auf die fehlende Reduktion der eigentlichen Belastungsquelle und auf eine unter Alkoholeinfluss eingeschränkte Handlungssteuerung und Impulskontrolle in hohem Maße plausibel. Zugleich kann darin auch ein die Person kennzeichnendes Maß an Bereitschaft zur Selbstoffenbarung, zum Einräumen eigener Schwächen, zum Ausdruck kommen, welches sich in Bezug auf Angaben zum eigenen Alkoholkonsum wie zum Fehlverhalten gegenüber Pflegebedürftigen zeigt. Mit dem Alter der Befragten wächst das Risiko bedeutsamen Problemverhaltens in den zurückliegenden 12 Monaten etwas. Dieser Effekt ist konträr zu vereinzelt Befunden aus der stationären Pflege, denen zufolge jüngere Pflegenden eher problematisches Verhalten zeigen als ältere (vgl. Wang, 2005). Inwieweit in diesem Zusammenhang möglicherweise eine mit dem Alter wachsende Sensibilität und damit einhergehende realistischere Wahrnehmung von problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen zum Ausdruck kommen, bedürfte eigener – zugleich methodisch schwieriger – Untersuchungen. Weiterhin steigt mit der Zahl der regelmäßig von einer Pflegekraft versorgten Demenzkranken das Risiko problematischer Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen.

Schließlich zeigen die Analysen, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bedeutsamen Problemverhaltens signifikant geringer ist, wenn die Qualität der von dem Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen von den Befragten positiv eingeschätzt wird. Die anzunehmenden Beziehungen zwischen beiden Variablen sind komplex. Eine negative Einschätzung der pflegerischen Qualität des Dienstes kann die Mängel des Pflegedienstes, die sich auch im Verhalten der dort beschäftigten befragten Pflegekraft niederschlagen, zutreffend widerspiegeln. Zugleich kann die Einschätzung der Qualität des Dienstes insgesamt maßgeblich durch die Wahrnehmung eigenen Verhaltens (und Rückmeldungen hierüber) geprägt sein. Insgesamt können durch die genannten Einflussvariablen nahezu 48% der Varianz bedeutsamen Problemverhaltens aufgeklärt werden.

5.2.5.6 Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Altenpflege: subjektive Theorien ambulanter Pflegekräfte

Vor dem Hintergrund ihres hohen Maßes an professioneller Erfahrung wurden im Fragebogen auch Einschätzungen der Pflegekräfte zum gewaltpräventiven Potenzial verschiedener im Instrument vorgegebener Maßnahmen erfasst. Diese bezogen sich nicht alleine auf die Interaktion zwischen professioneller Pflegekraft und pflegebedürftiger

Person, sondern insgesamt auf den Komplex der möglichen Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich. Die von den Pflegekräften vorgebrachten Einschätzungen stellen selbstverständlich nicht positives Wissen über die Effekte denkbarer Maßnahmen dar; vielmehr handelt es sich um vor dem Hintergrund beruflicher Erfahrung formulierte Hypothesen. Die eigene (individuelle wie gruppenbezogene) berufliche Identität schützende Einflüsse auf die Ratings sind dabei nicht auszuschließen.

Tab. 48: Pflegekräftebefragung: Vorstellungen über geeignete Maßnahmen zur Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Pflege älterer Menschen

Maßnahme	M	SD	% ≥ 3 ¹²⁹
Demenzkranke in SGB XI stärker berücksichtigen	4.36	0.94	95.2
großzügigere Zeitvorgaben SGB XI	4.25	0.98	93.4
Angehörige besser auf Pflege vorbereiten	4.21	0.98	93.2
mehr Zeit für Gespräche mit Pflegebedürftigen einplanen	4.14	1.02	92.1
mehr Beratung für pflegende Angehörige	4.11	1.03	91.1
Angehörige besser schulen	4.03	1.07	90.5
Zusammenarbeit Pflegedienst-Angehörige verbessern	3.97	1.06	90.1
Personalaufstockung Pflegedienst	3.93	1.15	88.1
mehr Supervision für Pflegekräfte	3.88	1.16	86.8
mehr Fortbildung für Pflegekräfte	3.77	1.10	86.8
gründlichere Ausbildung der Pflegekräfte	3.76	1.16	85.1
optimiertes Beschwerdemanagement	3.66	1.14	82.9
Kommunikation zwischen Mitarbeitern fördern	3.63	1.15	82.7
bessere Einarbeitung neuer Mitarbeiter	3.59	1.21	80.2
Pflegekräfte gründlicher auswählen	3.55	1.21	80.8
Touren- und Einsatzpläne verbessern	3.51	1.23	80.0
besser qualifizierte Führungskräfte einstellen	3.48	1.33	76.9
mehr Qualitätskontrollen durch Pflegedienstleitung	3.34	1.22	75.6
Qualität des Pflegedienstes intern mehr sichern	3.31	1.21	76.5
Erhöhung des Pflegefachkräfteanteils	3.27	1.33	71.5
stärkerer Einbezug von Klienten in Qualitätsprüfung	3.24	1.20	74.7
bessere Pflegeplanung	3.18	1.30	68.6
Pflegedokumentation häufiger überprüfen	3.16	1.33	67.0
Hilfskräfte nur unter Anleitung von Pflegekraft einsetzen	3.11	1.34	66.8
Pflegedienste durch geeignete Instanz überwachen	2.93	1.33	61.0
bessere Ausstattung mit Geräten, Hilfsmitteln	2.72	1.28	56.1

(465 ≤ n ≤ 483; Skala von 1 = „überhaupt kein Rückgang“ von Misshandlung/Vernachlässigung durch jeweilige Maßnahme bis 5 = „sehr starker Rückgang“)

Die (bis auf die letzten beiden Maßnahmen) durchgängig über der Skalenmitte von 3 liegenden Durchschnittswerte verdeutlichen, dass allen vorgegebenen Handlungsansätzen ein gewisses misshandlungs- und vernachlässigungspräventives Potenzial zugeschrieben wird. Zugleich zeigen sich große Unterschiede zwischen den Items. Gewaltpräventive Effekte werden offenbar primär in drei Feldern für möglich gehalten:

- 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

129 Anteil der Befragten mit Skalenwerten zwischen 3 und 5.

- I einer Optimierung der pflegerischen Ressourcen aufseiten der Familienangehörigen der Pflegebedürftigen
- I 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)

Weniger große Potenziale sehen Pflegekräfte in kontrollorientierten Strategien. Im (eher technischen) Bereich der Ausstattung mit Geräten und Hilfsmitteln werden die geringsten Möglichkeiten zur Reduktion von Misshandlung bzw. Vernachlässigung wahrgenommen.

5.2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Frühjahr 2005 wurde eine als lokale Vollerhebung konzipierte schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte durchgeführt. Die Pflegenden wurden als „Täter“, „Opfer“ und „Informanten“ befragt (Welches problematische Verhalten haben sie selbst gegenüber Pflegebedürftigen gezeigt? Was ist ihnen durch Pflegebedürftige widerfahren? Was haben sie beobachtet bzw. wovon haben sie auf andere Weise Kenntnis erlangt?). Referenzzeitraum der Fragen waren jeweils die letzten zwölf Monate.

503 Pflegekräfte (zu 86% weiblich, Durchschnittsalter 41 Jahre) beteiligten sich an der Befragung; dies entspricht 43% der pflegerisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Dienste (49 von insgesamt 55 infrage kommenden), deren Leitungen ihre Einwilligung in eine Teilnahme an der Studie erklärt hatten.

Während rund zwei Drittel der befragten Pflegekräfte angaben, innerhalb der letzten 12 Monate von Pflegebedürftigen physisch oder verbal angegriffen bzw. sexuell belästigt worden zu sein, berichteten nahezu 40% für diesen Zeitraum eigenes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Am häufigsten traten Formen psychischer Misshandlung und verbaler Aggression auf (21% der Befragten); weit verbreitet waren auch pflegerische (19%) bzw. psychosoziale Vernachlässigung (16%). Formen physischer Misshandlung wurden von 9% der Befragten berichtet; 10% gaben an, im Referenzzeitraum Pflegebedürftige auf Wunsch von Angehörigen bzw. aus arbeitsökonomischen Motiven eingesperrt oder fixiert zu haben.

Aus der Informantenperspektive der Befragten dominieren ähnlich wie bei den Selbstberichten Formen verbaler Aggression/psychischer Misshandlung und pflegerischer Vernachlässigung. Pflegekräfte sind bei allen Viktimisierungsformen Pflegebedürftiger häufiger „Zeuge“ als „Täter“. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung von Pflegekräften als Informanten bzw. Zeugen von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger und verweisen damit auf ihre potenziell intervenierende Rolle.

Als Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen erwiesen sich vor allem aggressive Übergriffe vonseiten Pflegebedürftiger, eine große Zahl regelmäßig zu versorgender demenziell erkrankter Personen, Alkoholkonsum als dysfunktionale Strategie der Bewältigung beruflicher Belastungen sowie eine insgesamt negative Einschätzung der Qualität des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes durch die befragte Person.

Die Pflegekräftebefragung bietet erste empirische Befunde zu einem Bereich, der als kriminologisches und soziales Problem erst ganz langsam (hier ist insbesondere die Arbeit von Payne, 2003, zu nennen; vgl. auch einen bei Myers & Jacobo, 2005, dargestellten Fall) ins Bewusstsein zu dringen beginnt – der Möglichkeit, dass Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, Opfer von Misshandlung, Vernachlässigung oder anderen in hohem Maße problematischen Verhaltensweisen durch ambulante Pflegekräfte werden. Die herausgearbeiteten Risikofaktoren und die Befunde zu Vorstellungen von Pflegekräften über gewaltpräventiv wirksame Maßnahmen liefern Anhaltspunkte für Präventions- und Interventionsansätze in diesem in jeder Hinsicht schwer zugänglichen Deliktsfeld.

Auf methodischer Ebene zeigt die schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte – bei allen Beschränkungen, die einer solchen Studie zu eigen sind –, dass es möglich ist, mit einem inhaltlich angepassten, auf die Tradition kriminologischer *self-report studies* rekurrierenden Instrument unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste Daten zu dem hier infrage stehenden Problembereich zu erheben. Die Beteiligungsquote, die dabei erreicht wurde, ist – auch gemessen an anderen, weniger „heiklen“ Befragungsgegenständen – durchaus akzeptabel. Pflegekräfte berichten in beträchtlichem Maße eigenes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Wie auch in anderen Bereichen der Erfassung gewaltförmigen Verhaltens konzentrieren sich die berichteten Ereignisse am unteren Ende einer gedachten Schwere skala.

Als problematisch erweisen sich – zumindest bei alleinigem Einsatz dieses methodischen Zugangs – vor allem die *Beteiligungsquote* (es bleibt weitgehend offen, welche Pflegekräfte eine Teilnahme verweigern bzw. durch das Instrument nicht erreicht werden), die fehlende *Kontextualisierung der berichteten problematischen Verhaltensweisen*¹³⁰ sowie – dies ist ein spezielles Problem der professionellen Pflege – die *Berechnung von Opferprävalenzen und -inzidenzen*. Während sich Prävalenz- und Inzidenzdaten in Bezug auf Täter bzw. Akteure berechnen lassen, ist dies anhand von Daten der vorliegenden Art mit Blick auf Pflegebedürftige kaum möglich. Dies wäre nur dann denkbar, wenn berichtete Verhaltensweisen jeweils konkret davon betroffenen Personen zugeordnet werden könnten. Dies wird sich aber für den Bereich der ambulant-professionellen Pflege (in dem eine Pflegekraft bereits innerhalb eines kurzen Zeitraums, erst recht aber binnen eines Jahres mit einer Vielzahl Pflegebedürftiger Kontakt hat) kaum realisieren lassen.

Vor dem Hintergrund der Befragung eröffnen sich gewaltpräventive Handlungsoptionen vor allem im Bereich der pflegerischen Aus- und Fortbildung. Die Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger einerseits und mit eigenen arbeitsbezogenen Belastungen andererseits sollte dort in angemessenem Umfang Berücksichtigung finden. Gefährdungen Pflegebedürftiger können auch durch

¹³⁰ Gerade im Phänomenbereich der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger erweist es sich als schwierig, Items standardisiert und knapp so zu formulieren, dass Unrechtsgehalt und Schweregrad des darin beschriebenen Verhaltens klar bestimmbar sind. Zwar dürfte es kaum Entschuldigungs- oder Rechtfertigungsgründe dafür geben, eine pflegebedürftige Person zu würgen, zu verprügeln oder sexuell zu missbrauchen. Deutlich anders stellen sich die Dinge aber vor allem in den Bereichen der pflegerischen Vernachlässigung und der Freiheitseinschränkung dar; im Konflikt zwischen der Wahrung der Autonomie einer Person und ihrem Schutz vor selbstgefährdendem Verhalten sind durchaus Verhaltensweisen denkbar, die erst bei genauer Betrachtung der Umstände eine Einschätzung erlauben, inwieweit es sich hier um – bewusst oder unbewusst – missbräuchliches Verhalten handelt.

eine Aufgabenverteilung innerhalb der Dienste reduziert werden, welche den besonderen Risikopotenzialen Rechnung trägt, die in einer regelmäßigen Konfrontation von Pflegekräften mit aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger sowie in einer starken Konzentration auf demenziell erkrankte Klienten/Klientinnen begründet sind.

5.3 Wenn Pflege in der Familie zum Risiko wird: Befunde einer schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger

Thomas Görger, Ruben Bauer, Michael Schröder

5.3.1 Überblick

Die auf mögliche Viktimisierungen in der häuslichen Pflege alter Menschen bezogenen Untersuchungselemente werden komplettiert durch eine Fragebogenstudie bei pflegenden Angehörigen. Diese Befragung zielt auf die Gewinnung quantitativer Daten zur Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich ab. Sie ergänzt die schriftliche Pflegekräftebefragung insofern, als es sich in beiden Fällen um „Täterbefragungen“ handelt (nicht in dem Sinne, dass als „Täter“ bekannte Personen befragt würden, sondern als Studie, bei der Menschen vor allem nach eigenem problematischem Verhalten befragt werden – und nicht etwa nach selber erlebten oder beobachteten möglichen Opfererfahrungen). Sie ergänzt ferner die qualitative Interviewstudie, indem sie den detaillierten Einzelfallschilderungen familialer Pflegeverhältnisse durch pflegende Angehörige Daten an die Seite stellt, die hinsichtlich der Dichte an Informationen zweifellos hinter dem Interviewmaterial zurückbleiben, dafür aber quantitative Abschätzungen der Verbreitung und Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen sowie Berechnungen der Stärke möglicher Zusammenhänge und Effekte erlauben. Im Vergleich mit standardisierten Befragungen ambulanter Pflegekräfte bieten Fragebogenerhebungen bei pflegenden Angehörigen den Vorteil, dass hier Rückschlüsse auf Opferraten auf der Basis einer Täterbefragung grundsätzlich möglich sind¹³¹. Da – von Ausnahmen abgesehen – familiäre Pflegebeziehungen im Kern solche zwischen jeweils zwei Personen sind, können Prävalenzen bestimmter Verhaltensweisen auf Täterseite nahezu 1:1 als Viktimisierungsprävalenzen auf Opferseite interpretiert werden.¹³²

5.3.2 Befragungsinstrument

Das Befragungsinstrument baut im Hinblick auf viktimisierungsbezogene Fragen auf dem Instrument der schriftlichen Pflegekräftebefragung auf, setzt daneben aber auch andere inhaltliche Schwerpunkte. Relativ zur Befragung ambulanter Pflegekräfte spielen psychologische Variablen (wie Depressivität oder erlebte soziale Unterstützung) sowie Aspekte der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person eine größere Rolle.

¹³¹ Dies gilt zunächst für die Gruppe der unmittelbar von den befragten Personen betreuten Pflegebedürftigen. Darüber hinausgehende Schätzungen der Prävalenz einschlägiger Opfererfahrungen in der Population der familial Gepflegten sind selbstverständlich an Fragen des Umfangs und der Repräsentativität der Angehörigenstichprobe geknüpft.

¹³² Im Hinblick auf die Befragung ambulanter Pflegekräfte ist dies angesichts der Vielzahl der von einer Pflegekraft betreuten Pflegebedürftigen und der im Zeitverlauf häufig wechselnden Zusammensetzung der Klientel kaum möglich. Grundsätzlich könnten Fragen an Pflegekräfte natürlich auch auf kurze Zeiträume und auf die Pflege eines einzelnen Pflegebedürftigen bezogen werden, doch gerät ein solcher Zugang mit dem Umstand in Konflikt, dass das Erkenntnisinteresse sich auf abweichendes und damit in der Regel seltenes Verhalten richtet. Wohl am ehesten wäre an eine derartig aufgebaute Befragung im Bereich der vor allem von Zivildienstleistenden und Personen im freiwilligen sozialen Jahr geleisteten individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) zu denken.

Wesentliche Themenfelder des Fragebogens sind folgende:

- | soziodemografische Grunddaten zu der befragten familialen Pflegeperson, der pflegebedürftigen Person und dem Haushalt
- | Pflege- und Hilfebedarf, Inanspruchnahme von SGB-XI-Leistungen; Einbeziehung ambulanter Dienste in die Pflege
- | Pflege durch die befragte Person (Zeitaufwand, Art der Pflege- und Hilfeleistungen, Exklusivität der Pflegebeziehung, Dauer der Pflegebeziehung etc.)
- | Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person (strukturelle Merkmale, erlebte Beziehungsqualität, Beziehungsvorgeschichte, Veränderungen der Beziehung seit der Übernahme von Pflegeverantwortung)
- | Pflegemotivation
- | subjektives Wohlergehen und Lebensqualität der befragten familialen Pflegeperson; wahrgenommene soziale Unterstützung¹³³; Bewältigungsverhalten: akkommodative Strategien¹³⁴; Depressivität¹³⁵; Gesundheitszustand
- | Belastungen und Belastungserleben der befragten familialen Pflegeperson; Strategien zur Bewältigung pflegebezogener Belastungen
- | problematische Verhaltensweisen in der familialen Pflege:
 - | aggressives Verhalten der pflegebedürftigen Person gegenüber der befragten familialen Pflegeperson
 - | problematisches Verhalten der Pflegeperson gegenüber der pflegebedürftigen Person (Misshandlung, Vernachlässigung, Freiheitseinschränkung)
 - | problematisches Verhalten Dritter gegenüber der pflegebedürftigen Person

5.3.3 Befragungsdurchführung

Die Durchführung der Befragung pflegender Angehöriger stand vor dem Problem, dass keine nutzbaren Verzeichnisse verfügbar gemacht werden konnten, aus denen eine repräsentative Stichprobe hätte gezogen werden können. Zwar wurde von der Forschungsgruppe Entsprechendes über Kranken- und Pflegekassen versucht, doch blieben diese Bemühungen letztlich ohne Erfolg.

133 Die hier eingesetzte Skala von Hosser & Greve (1999) misst anhand von 15 Items (z. B. „Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.“) die Überzeugung, im Bedarfsfall auf die Unterstützung durch andere Personen zählen zu können; das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung wird auf einer 4-stufigen, numerischen Skala mit den Polen „viel zu wenig“ bis „so viel ich will“ erfragt.

134 Vgl. Brandtstädter & Greve (1992).

135 Als Depressivitätsmaß wird eine 15-Item-Kurzform der *Geriatric Depression Scale* (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey & Rose, 1982; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983) verwendet.

Die vorliegenden Daten wurden an einer Stichprobe gewonnen, die über entsprechende Aufrufe in Presseorganen sowie auf der Homepage des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) rekrutiert wurde und daher als *convenience sample* ohne Anspruch auf Repräsentativität zu betrachten ist.

In den Presseveröffentlichungen wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesucht, die seit mindestens 12 Monaten mit oder ohne Unterstützung ambulanter Dienste die Pflege eines mindestens 60-jährigen Angehörigen übernommen hatten. Die zeitliche Untergrenze war erforderlich im Hinblick auf den (12-monatigen) Bezugszeitraum der Viktimisierungsfragen.

Interessentinnen und Interessenten forderten beim Deutschen Zentrum für Altersfragen, das für diese Teilerhebung als Kontaktadresse diente, einen Fragebogen an. Versand und Rücksendung erfolgten postalisch. Eine Vergütung oder ein materieller Anreiz zur Teilnahme wurde nicht gegeben.

Im Zeitraum zwischen Herbst 2006 und Frühjahr 2008 nahmen auf diese Weise insgesamt 254 Personen an der Befragung teil. Die so erzielte Stichprobe erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Population pflegender Angehöriger. Die Stichprobenbeschreibung zeigt aber immerhin, dass es gelungen ist, eine sehr heterogene Mischung von Pflegearrangements abzubilden.

5.3.4 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt konnten im Rahmen der schriftlich-postalischen Befragung pflegender Angehöriger 254 Personen befragt werden, davon 214 Frauen und 40 Männer (15,7%).¹³⁶ Tabelle 49 zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung der befragten pflegenden Angehörigen. Die befragten Männer waren mit fast 69 Jahren deutlich älter als die Frauen mit knapp 62 Jahren. Die jüngste Befragte war gerade 20 Jahre alt, der jüngste befragte Mann 35 Jahre; die ältesten Befragten waren bei Männern wie Frauen je 87 Jahre alt.

Tab. 49: Schriftliche Befragung pflegender Angehöriger: Altersstruktur der Befragten nach Geschlecht

Altersgruppe	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
20–29 Jahre	1	0,5	–	–	1	0,4
30–39 Jahre	2	0,9	2	5,0	4	1,6
40–49 Jahre	20	9,3	1	2,5	21	8,3
50–59 Jahre	63	29,4	3	7,5	66	26,0
60–69 Jahre	79	36,9	12	30,0	91	35,8
70–79 Jahre	43	20,1	17	42,5	60	23,6
80–89 Jahre	5	2,3	5	12,5	10	3,9
keine Angabe	1	0,5	–	–	1	0,4
gesamt	214	100,0	40	100,0	254	100,0
Ø Alter in Jahren: M (SD)	61,8 (10.08)		68,93 (11.54)		62,92 (10.62)	

¹³⁶ Zur detaillierten Beschreibung der Stichprobe und der Befragung insgesamt vgl. die Arbeit von Bauer (2007), die sich allerdings lediglich auf 226 Befragte bezieht (die Stichprobe konnte nach Fertigstellung der Arbeit von Bauer noch vergrößert werden).

Weiter lässt sich die Stichprobe befragter pflegender Angehöriger anhand folgender Merkmale charakterisieren:

- | Lediglich drei Befragte (1,2%) waren nicht deutsche Staatsangehörige, 17 (6,7%) waren außerhalb Deutschlands geboren.
- | 36% der Befragten charakterisierten ihren aktuellen Wohnort als großstädtisch, 37% als klein- oder mittelstädtisch und 27% als eher ländlich.
- | 74,4% der Befragten waren zum Befragungszeitpunkt verheiratet, 23,6% ledig, verwitwet, geschieden oder vom Partner getrennt lebend.
- | Als höchsten erreichten allgemeinbildenden Schulabschluss nannten 41,3% Haupt- bzw. Volksschule, 31,5% Realschule/mittlere Reife und 20,5% Abitur; vier Personen (1,6%) waren ohne Schulabschluss.
- | Zum Befragungszeitpunkt waren zehn Befragte (3,9%) ganztags berufstätig, weitere 33 (13,0%) in Teilzeit.
- | 233 Befragte (91,7%) versorgten einen pflegebedürftigen Angehörigen, 21 (8,3%) sogar zwei.
- | Die überwiegende Mehrzahl der Befragten (193; entspricht 76,0%) lebte zum Befragungszeitpunkt mit der oder den pflegebedürftigen Personen in einem gemeinsamen Haushalt; weitere 27 Befragte (10,6%) gaben an, zwar in getrennten Haushalten, aber im gleichen Gebäude zu leben. Lediglich 15 Befragte (5,9%) lebten nicht in einer fußläufigen Entfernung von der pflegebedürftigen Person.
- | 109 Befragte (42,9%) gaben an, an der Pflege sei aktuell auch ein ambulanter Dienst beteiligt.

Daten zu den pflegebedürftigen Personen werden hier nur für 254 Pflegebedürftige berichtet. Da es erhebungstechnisch praktisch nicht möglich war, bei Pflege zweier Angehöriger die sehr aufwendigen Viktimisierungsfragen getrennt für beide zu stellen, wurden die 21 Befragten mit „doppelter Pflegeverantwortung“ gebeten, sich in ihren Antworten „auf eine von Ihnen gepflegte Person, und zwar nach Möglichkeit auf diejenige, für die Sie derzeit die meiste Zeit aufwenden“ zu beschränken.

Tabelle 50 stellt zunächst die Beziehungskonstellationen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen dar. Es wird deutlich, dass die Pflegeverantwortung sich zu jeweils mehr als 40% auf Partnerinnen und Partner und Kinder verteilt. Darüber hinaus spielen praktisch nur noch Schwiegertöchter als Pflegende eine Rolle. Ferner zeigt sich, dass die männlichen Befragungsteilnehmer ganz überwiegend Pflegeverantwortung für ihre Ehefrauen übernommen haben, während die von den befragten Frauen geleistete Pflege in etwas stärkerem Maße Eltern bzw. Schwiegereltern zuteilwird als den Ehemännern. Im Durchschnitt bestand die Pflegebeziehung zum Befragungszeitpunkt bereits seit mehr als 6 Jahren.

Tab. 50: Schriftliche Befragung pflegender Angehöriger: Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person nach Geschlecht der pflegenden Person

Pfleger(r) ist ... des/der Pflegebedürftigen	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
(Ehe-)Partner/Partnerin	89	41,6	29	72,5	118	46,5
Tochter/Sohn	100	46,7	10	25,0	110	43,5
Schwester/Bruder	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Schwiegertochter/-sohn	14	6,5	1	2,5	15	5,9
Enkel	2	0,9	0	0,0	2	0,8
Neffe/Nichte	3	1,4	0	0,0	3	1,2
Sonstiges ¹³⁷ /keine Angabe	5	2,3	0	0,0	5	2,0
Gesamt	214	100,0	40	100,0	254	100,0

Zu den Pflegebedürftigen lässt sich feststellen, dass es sich dabei um 141 Frauen und 113 Männer handelt. Die Frauen waren mit 85,1 Jahren deutlich älter als die Männer (75,2 J.). Exakt die Hälfte der Pflegebedürftigen wurde von den Befragten als demenziell erkrankt eingestuft. Dieser Anteil erhöhte sich von 31,7% in der Gruppe der 60- bis 74-jährigen Pflegebedürftigen über 47,1% in der Altersgruppe 75–84 Jahre bis auf 66,3% bei den noch Älteren. Der langen Dauer der Pflege entsprechend, sind in der Stichprobe Pflegebedürftige mit Pflegestufe 1 nur gering repräsentiert (n=33; 13,0%). Es überwiegen schwere und schwerste Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2: n=113; 44,5%; Pflegestufe 3: n=87; 34,3%; Pflegestufe 3 mit Härtefallregelung: n=5; 2,0%).¹³⁸

Insgesamt liegt somit eine Stichprobe vor, die ein sehr breites Spektrum an Pflegekonstellationen abbildet. In beträchtlichem Maße selektiv ist sie bezüglich der Dauer der Pflege und des Grades der Pflegebedürftigkeit. Offenbar haben in hohem Maße gerade solche Angehörige sich durch die Befragungsaufrufe angesprochen gefühlt, die bereits auf eine lange „Pflegekarriere“ zurückschauen konnten.

5.3.5 Befunde

5.3.5.1 Überblick

Im Folgenden werden wesentliche Befunde aus der Befragung dargestellt. Da es sich – wie bereits erwähnt – bei den Befragten um „Selbstmelder“ handelt und insofern keine Erkenntnisse zu den Selektionsfaktoren gegenüber der Grundgesamtheit vorliegen, wird die Stichprobe als nicht repräsentatives *convenience sample* betrachtet. Den hier berichteten Viktimisierungsprävalenzen kommt im Wesentlichen der Charakter explorativer Daten in einem in dieser Form noch kaum untersuchten Feld zu. Sie können nicht verlässlich auf Populationen pflegender Angehöriger (oder Pflegebedürftiger) extrapoliert werden. Die Berichte der hier befragten Pflegenden können im Sinne einer Annäherung an die Größenordnung des infrage stehenden Problems gesehen werden.

¹³⁷ Angegeben wurden hier „Freundin“, „geschiedene Ehefrau“ und „Schwägerin“.

¹³⁸ In zwölf Fällen lag noch keine Pflegeeinstufung vor; in weiteren vier Fällen fehlte im Fragebogen die Angabe zur Pflegestufe.

5.3.5.2 Pflegende Angehörige als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene

Für die folgenden Berechnungen wurden zwei Befragungsteilnehmer ausgeschlossen, da die von ihnen berichtete bisherige Pflegedauer unter einem Jahr lag und insofern die jeweils auf zwölf Monate bezogenen Fragen nicht eindeutig beantwortet werden konnten. Die maximale Stichprobengröße für die Prävalenz- und Inzidenzdaten beläuft sich damit auf 252.

In Tabelle 51 sind zunächst – zusammengefasst zu größeren Kategorien – berichtete Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen gegenüber den Pflegenden im Hinblick auf Prävalenz und Inzidenz und bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung dargestellt. Die Inzidenzen werden – wie bereits bei der Befragung ambulanter Pflegekräfte – jeweils getrennt für alle Befragten und für die von der Verhaltensweise bzw. Verhaltenskategorie Betroffenen dargestellt.

Tab. 51: Befragung pflegender Angehöriger: Viktimisierungen der Pflegeperson durch die pflegebedürftige Person, 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen von Viktimisierungskategorien

Verhalten der pflegebedürftigen Person gegenüber der pflegenden Person	Prävalenz		Inzidenz 217 ≤ n ≤ 245				
	n	%	Betroffene			Alle Befragten	
			Max.	M	SD	M	SD
physische Übergriffe ¹³⁹	43	17,1	730	70.70	145.58	9.97	59.32
verbale Übergriffe ¹⁴⁰	83	32,9	1100	93.56	223.12	26.01	124.27
sexuelle Übergriffe	2	0,8	10	7.00	4.24	0.06	0.69
Diebstahl	1	0,4	k. A.	k. A.	–	k. A.	–
mind. 1 Viktimisierungsform	97	38,5	1108	105.06	241.67	33.89	145.19

Zunächst einmal wird deutlich, dass eine Mehrheit der befragten pflegenden Angehörigen (61,5%) für den Zeitraum eines Jahres keinen einzigen einschlägigen Vorfall berichtet. Hinsichtlich Verbreitung und Häufigkeit der einzelnen Viktimisierungskategorien ist Folgendes festzustellen:

- Etwa jeder dritte Befragte gibt an, innerhalb der letzten 12 Monate verbal aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen erlebt zu haben. Die berichteten Häufigkeiten hierzu sind zum Teil sehr hoch, sodass durchschnittlich auf jeden Betroffenen mehr als 90 einschlägige Vorfälle pro Jahr kommen. In der Gesamtstichprobe liegt die Jahresinzidenz bei 26, sodass Pflegende durchschnittlich etwa alle zwei Wochen eine einschlägige Erfahrung machen.
- 17% der Pflegenden berichten für das letzte Jahr körperliche Übergriffe. Auch hier sind – bedingt durch zum Teil sehr hohe Häufigkeitsangaben (bis zu 2x täglich) – die Jahresinzidenzen hoch und liegen bei durchschnittlich 71 Vorfällen unter den von physischer Aggression Betroffenen und 10 Vorfällen in der Gesamtstichprobe.
- Sexuelle Übergriffe spielen quantitativ kaum eine Rolle; ein Befragter erwähnt – ohne Häufigkeitsangabe – Diebstahl durch die pflegebedürftige Person.

¹³⁹ Berichtet wurden: grob anfassen; stoßen; treten; mit Gegenstand bewerfen; bespucken; kratzen; mit der Faust schlagen; beißen; Ohrfeige geben; mit Gegenstand schlagen; an den Haaren ziehen; mit Waffe (Messer o. Ä.) bedrohen; verprügeln; Waffe (Messer o. Ä.) einsetzen.

¹⁴⁰ Berichtet wurden: beschimpfen; beleidigen; mit Worten bedrohen; Unwahrheiten über Pflegenden verbreiten.

Tabelle 52 zeigt 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen für spezifische Verhaltensmuster, die Pflegebedürftige nach Angaben der Befragten ihnen gegenüber gezeigt haben. Die Verhaltensmuster sind nach ihrer Prävalenz absteigend geordnet.¹⁴¹

Tab. 52: Befragung pflegender Angehöriger: 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen berichteter Viktimisierungen der Pflegeperson durch die pflegebedürftige Person

Verhalten der pflegebedürftigen Person gegenüber der pflegenden Person	Prävalenz		Inzidenz (231 ≤ n ≤ 245)				
	n	%	Betroffene			Alle Befragten	
			Max.	M	SD	M	SD
Beschimpfen	62	24,6	365	58.53	107.56	12.36	54.56
Beleidigen	61	24,2	365	49.00	91.23	10.18	45.80
Mit Worten bedrohen	29	11,5	300	65.83	98.49	5.06	31.89
Grob anfassen	26	10,3	365	50.89	94.02	3.88	28.68
Stoßen	23	9,1	365	33.93	92.38	2.15	23.97
Unwahrheiten über Pflegenden verbreiten	22	8,7	300	36.73	76.81	2.32	20.74
Treten	11	4,4	50	27.62	20.51	0.91	6.06
Mit Gegenstand bewerfen	11	4,4	50	12.44	15.55	0.46	3.68
Bespucken	9	3,6	365	71.00	144.21	1.76	23.53
Kratzen	8	3,2	25	12.75	11.56	0.21	2.08
Mit der Faust schlagen	7	2,8	10	5.83	4.58	0.14	1.12
Beißen	7	2,8	5	2.75	1.71	0.05	0.40
Ohrfeige geben	4	1,6	4	2.67	1.53	0.03	0.33
Mit Gegenstand schlagen	4	1,6	20	10.00	9.16	0.12	1.38
An den Haaren ziehen	4	1,6	3	2.67	0.58	0.03	0.30
Mit Waffe (Messer o. Ä.) bedrohen	3	1,2	5	3.33	2.08	0.04	0.41
Sexuell belästigen	2	0,8	10	7.00	4.24	0.06	0.69
Verprügeln	2	0,8	2	1.50	0.71	0.01	0.14
Waffe (Messer o. Ä.) einsetzen	1	0,4	1	1.00	–	0.004	0.06
Diebstahl	1	0,4	k. A.	k. A.	–	k. A.	–

Beleidigungen und Beschimpfungen werden mit Abstand am häufigsten berichtet. Es fällt auf, dass sämtliche erfragten Viktimisierungsformen von den Befragten mindestens einmal berichtet wurden, selbst der Einsatz einer Waffe oder das Verprügeln des Pflegenden. Im Bereich physischer Aggression werden die höchsten Prävalenzen für „grob anfassen“ (10,3%, n=26) und „stoßen“ (9,1%, n=23) berichtet. Für einzelne Viktimisierungsformen werden zum Teil sehr hohe Inzidenzen berichtet. Darunter sind weniger schwerwiegende verbale Übergriffe, aber auch gravierende Angriffe wie Treten oder das Werfen mit Gegenständen, jeweils mit einem Maximum von 50 Vorfällen im letzten Jahr.

5.3.5.3 Pflegende Angehörige als „Täter“: Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen

In den folgenden Tabellen sind – analog zur Darstellungsweise bei den Opfererfahrungen der Befragten – Prävalenzen und Inzidenzen der von den pflegenden Angehörigen als eigenes Tun (oder Unterlassen) gegenüber dem Pflegebedürftigen berichteten Verhaltensmuster dargestellt. Tabelle 53 fasst die Befunde auf der Ebene von Viktimisierungskategorien zusammen.

¹⁴¹ Die mehrmals auftauchende maximale Häufigkeitsangabe „365“ geht darauf zurück, dass Befragte im Fragebogen vermerkten, dies widerfahre ihnen „täglich“.

Zunächst einmal fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die sich als Täter beschreiben, mit 53,2% (n=134) deutlich größer ist als der Anteil derjenigen, die ihrerseits Übergriffe vonseiten der pflegebedürftigen Person benannten. Auch hier dominieren ganz klar Formen verbaler Aggression und psychischer Misshandlung. Etwa jeder fünfte Befragte berichtet physische Formen problematischen Verhaltens gegenüber dem Pflegebedürftigen. Alle anderen Verhaltenskategorien kommen eher selten vor. Sofern Formen der Freiheitseinschränkung berichtet werden (von 5,2% der Befragten), erfolgt diese eher mittels Medikamenten denn auf mechanischem Wege. Pflegerische Vernachlässigung wird von 6,3% der Befragten berichtet; das absichtliche Ignorieren von Wünschen der pflegebedürftigen Person geben 13,5% an.¹⁴²

Es ergibt sich eine Gesamtinzidenz von 12,5 Vorfällen und eine Inzidenz von 26,5 in der Gruppe derjenigen, die mindestens eine Form problematischen Verhaltens berichten. Diese recht hohen Inzidenzen gehen vor allem darauf zurück, dass im Bereich der psychischen Misshandlung zum Teil häufiges Vorkommen entsprechender Verhaltensweisen angegeben wird.

Tab. 53: Befragung pflegender Angehöriger: Kategorien problematischer Verhaltensweisen der Pflegeperson gegenüber dem Pflegebedürftigen – 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen¹⁴³

Verhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person	Prävalenz		Inzidenz 216 ≤ n ≤ 249				
	n	%	Täter			Alle Befragten	
			Max.	M	SD	M	SD
Psychische Misshandlung	120	47,6	201	25.43	32.79	10.70	24.66
Physische Misshandlung	49	19,4	50	8.57	10.79	1.48	5.50
<i>Misshandlung gesamt</i>	<i>127</i>	<i>50,4</i>	<i>221</i>	<i>24.94</i>	<i>35.11</i>	<i>11.29</i>	<i>26.64</i>
Medikamentöse Freiheitseinschränkung	11	4,4	20	6.43	6.29	0.18	1.46
Mechanische Freiheitseinschränkung	3	1,2	10	7.50	3.54	0.06	0.71
<i>Freiheitseinschränkung gesamt</i>	<i>13</i>	<i>5,2</i>	<i>20</i>	<i>6.67</i>	<i>5.61</i>	<i>0.24</i>	<i>1.62</i>
Pflegerische Vernachlässigung	16	6,3	20	8.18	4.96	0.37	1.97
Psychosoziale Vernachlässigung	34	13,5	20	8.18	5.33	0.94	3.16
<i>Vernachlässigung gesamt</i>	<i>42</i>	<i>16,7</i>	<i>20</i>	<i>8.56</i>	<i>5.70</i>	<i>1.14</i>	<i>3.57</i>
Irgendeine Viktimisierungsform	134	53,2	231	26.51	36.00	12.52	28.02

In Tabelle 54 sind die Selbstberichte der Pflegenden für die einzelnen erfragten Verhaltensweisen aufgeschlüsselt. Keiner der befragten pflegenden Angehörigen berichtete, den Pflegebedürftigen innerhalb der letzten 12 Monate verprügelt, sexuell belästigt oder bestohlen zu haben, seine Verletzungen nicht sorgfältig genug versorgt oder ihm nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben zu haben. Diese erfragten Verhaltensweisen sind daher in Tabelle 54 nicht aufgeführt.

¹⁴² Mit dieser Formulierung wurde der Versuch unternommen, den schwer abzubildenden Bereich der psychosozialen Vernachlässigung Pflegebedürftiger wenigstens am Rande anzusprechen. Die hierdurch erfassten Fallkonstellationen dürften sehr heterogen sein; auch lässt sich der Aspekt der Realisierbarkeit vorgebrachter Wünsche in dieser kurzen Form nicht tiefer gehend erfassen. Bei der Bildung der Variablen „bedeutsames Problemverhalten pflegender Angehöriger“ blieb dieser Bereich daher unberücksichtigt.

¹⁴³ Berichtet wurden:

Psychische Misshandlung: anschreien; beschimpfen; mit Worten bedrohen; respektlos behandeln; absichtlich ärgern; auslachen; absichtlich beleidigen; vor anderen lächerlich machen; Schamgefühle absichtlich verletzen

Physische Misshandlung: grob anfassen; schubsen oder stoßen; ohrfeigen; absichtlich zu heiß o. zu kalt baden/duschen; treten; würgen; mit der Faust schlagen

Medikamentöse Freiheitseinschränkung: sedieren, um weniger Mühe zu haben

Mechanische Freiheitseinschränkung: Bewegungsfähigkeit einschränken, um weniger Mühe zu haben

Pflegerische Vernachlässigung: absichtlich lange auf Hilfe warten lassen; nicht rechtzeitig lagern; Mundpflege vernachlässigen; absichtlich nicht waschen; Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln

Psychosoziale Vernachlässigung: Wünsche absichtlich ignorieren.

Am häufigsten berichtet werden „Anschreien“ (35,3%) und „Beschimpfen“ (30,2%). Mit weitem Abstand folgt „grobes Anfassen“ als die zugleich am weitesten verbreitete Form physischen Problemverhaltens (17,1%). Ansonsten werden in diesem Bereich noch „Schubsen oder Stoßen“ (6,0%) und „Ohrfeigen“ (2,4%) als Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen berichtet. Jeweils vier Befragte geben an, ihren Angehörigen nicht rechtzeitig gelagert beziehungsweise seine Mundpflege vernachlässigt zu haben. Die – auch im Verhältnis zu der parallelen Befragung ambulanter Pflegekräfte – geringe Prävalenz und Inzidenz „pflegerischer Vernachlässigung“ weist einerseits auf die hohe Motivation, den Einsatz, auch die verfügbare (und aufgewandte) Zeit hin, kann aber zugleich auch ein Indiz dafür sein, dass pflegenden Angehörigen im Vergleich zu ausgebildeten Pflegekräften Wissen und Maßstäbe fehlen, um eigene pflegerische Defizite als solche zu erkennen.

Tab. 54: Befragung pflegender Angehöriger: 12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen problematischer Verhaltensweisen der Pflegeperson gegenüber dem Pflegebedürftigen

Verhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person	Prävalenz		Inzidenz (233 ≤ n ≤ 251)				
	n	%	Täter			Gesamt	
			Max.	M	SD	M	SD
Anschreien	89	35,3	100	11.89	15.52	3.67	10.20
Beschimpfen	76	30,2	100	14.06	16.60	3.78	10.60
Grob anfassen	43	17,1	30	6.03	6.62	0.91	3.35
Wünsche absichtlich ignorieren	34	13,5	20	8.18	5.33	0.94	3.16
Mit Worten bedrohen	28	11,1	50	9.14	11.22	0.82	4.21
Respektlos behandeln	22	8,7	10	5.00	3.35	0.40	1.71
Schubsen oder Stoßen	15	6,0	20	7.23	5.62	0.38	2.03
Absichtlich ärgern	13	5,2	10	5.83	3.43	0.28	1.45
Auslachen	12	4,8	12	8.18	3.95	0.36	1.86
Sedieren, um weniger Mühe zu haben	11	4,4	20	6.43	6.29	0.18	1.46
Absichtlich beleidigen	10	4,0	15	6.13	5.00	0.20	1.38
Absichtlich lange auf Hilfe warten lassen	10	4,0	10	5.88	3.48	0.19	1.19
Ohrfeigen	6	2,4	10	3.83	3.31	0.09	0.75
Nicht rechtzeitig lagern	4	1,6	10	10.00	-	0.04	0.64
Mundpflege vernachlässigen	4	1,6	20	20.00	-	0.08	1.27
Vor anderen lächerlich machen	3	1,2	5	3.33	1.53	0.04	0.39
Absichtlich zu heiß o. zu kalt baden/duschen	3	1,2	10	6.50	4.95	0.05	0.66
Bewegungsfähigkeit einschränken, um weniger Mühe zu haben	3	1,2	10	7.50	3.54	0.06	0.71
Absichtlich nicht waschen	3	1,2	10	6.00	3.61	0.07	0.73
Treten	2	0,8	3	2.50	0.71	0.02	0.23
Schamgefühle absichtlich verletzen	2	0,8	10	10.00	-	0.08	0.89
Würgen	1	0,4	1	1.00	-	0.00	0.06
Mit der Faust schlagen	1	0,4	1	1.00	-	0.00	0.06
Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln	1	0,4	3	3.00	-	0.01	0.19

Analog zur Befragung ambulanter Pflegekräfte wurde auch für die Analyse der Daten dieser Angehörigenbefragung eine dichotome Variable „bedeutsames Problemverhalten“ gebildet, die Schwere, Häufigkeit und Breite der Erscheinungsformen problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger gegenüber Pflegebedürftigen berücksichtigt. Dieser Klassifikation zufolge wurden 99 Befragte (39,3%) als solche mit bedeutsamem Problemverhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person eingestuft, bei 153 Befragten (60,7%) wurde das Merkmal nicht als gegeben angesehen.

Tabelle 55 vergleicht die beiden Gruppen anhand ausgewählter Attribute. Es wird deutlich, dass sie sich in einer Reihe von Merkmalen unterscheiden. Die Pflegenden mit selbst berichtetem bedeutsamen Problemverhalten (PV+) sind im Durchschnitt 20 Jahre jünger als die pflegebedürftige Person (gegenüber 16 Jahren unter den „Nichttätern“ in der Gruppe PV-). Entsprechend ist unter ihnen der Anteil der Kinder/Schwiegerkinder des Pflegebedürftigen höher und der der Ehepartner geringer. Sie pflegen eher als diejenigen ohne selbst berichtetes Problemverhalten zwei Pflegebedürftige gleichzeitig und tragen häufiger Verantwortung für Demenzerkrankte und Schwerstpflegebedürftige. Sie beschreiben häufiger ihr Allgemeinbefinden als schlecht und sich als durch die Pflege stark belastet. Sie nutzen häufiger Alkohol zur Belastungsbewältigung, beschreiben häufiger eine negative Beziehungsentwicklung seit Beginn der Pflege, charakterisieren eher ihren Angehörigen als schwierig, würden sich eher gegebenenfalls nicht noch einmal für die Pflegeübernahme entscheiden und bezeichnen eher die Pflege als „eine undankbare Aufgabe“. Sie geben als Pflegemotivation seltener Liebe und häufiger die Vermeidung von Heimkosten an. Sie berichten deutlich häufiger von physischen und verbalen Übergriffen des Pflegebedürftigen in den letzten 12 Monaten.

Tab. 55: Befragung pflegender Angehöriger: Vergleich der Befragten mit (PV+) und ohne „bedeutsames Problemverhalten“ (PV-) anhand ausgewählter Merkmale

Merkmal	PV+ (n=99)	PV- (n=153)
Anteil FP männlich	12,1% (n=12)	18,3% (n=28)
Durchschnittsalter FP	61,85 J.	63,76 J.
FP großstädtischer Wohnort	35,3% (n=35)	35,9% (n=55)
FP Bildungsabschluss Abitur	21,2% (n=21)	19,6% (n=30)
FP Bildungsabschluss Realschule	39,8% (n=39)	27,0% (n=41)
FP Bildungsabschluss maximal Hauptschule	34,7% (n=34)	49,3% (n=75)
2 simultan zu versorgende Pflegebedürftige	11,1% (n=11)	6,5% (n=10)
gemeinsamer Haushalt mit Pflegebedürftigem	78,8% (n=78)	76,7% (n=115)
(Ehe-)Partner des Pflegebedürftigen	44,4% (n=44)	49,0% (n=75)
Kind/Schwiegerkind des Pflegebedürftigen	53,5% (n=53)	46,4% (n=71)
Beteiligung ambulanter Dienst	42,9% (n=42)	43,4% (n=66)
Jahre seit Pflegebeginn durch FP	6,59 J.	6,31 J.
PB männlich	42,4% (n=42)	45,8% (n=70)
PB Durchschnittsalter (Jahre)	81,84 J.	79,97 J.
PB demenzielle Erkrankung	59,8% (n=58)	45,9% (n=68)
PB Pflegestufe 3/3 mit Härtefall	42,9% (n=42)	33,3% (n=50)
Pflegemotivation Liebe	63,3% (n=62)	78,1% (n=118)
Pflegemotivation Reziprozität	51,0% (n=50)	56,3% (n=85)
Pflegemotivation Verpflichtung	61,2% (n=60)	61,6% (n=93)
Pflegemotivation Heimkostenvermeidung	33,7% (n=33)	19,6% (n=30)
FP: Allgemeinbefinden schlecht/sehr schlecht	36,1% (n=35)	26,4% (n=37)
FP: Belastung durch Pflege stark/sehr stark	69,7% (n=69)	66,2% (n=100)
FP: Alkohol zur Belastungsbewältigung (manchmal/oft)	21,9% (n=21)	7,2% (n=11)
FP: negative Beziehungsentwicklung	24,0% (n=23)	6,8% (n=10)
FP: Angehöriger = „schwieriger Pflegebedürftiger“	49,5% (n=49)	33,3% (n=51)
FP: „würde Angehörigen wieder pflegen“	82,8% (n=82)	96,7% (n=147)
FP: Pflege = „undankbare Aufgabe“ (trifft genau zu/eher zu)	45,8% (n=44)	28,8% (n=44)
Physischer Übergriff durch PB letzte 12 Monate	29,3% (n=29)	9,2% (n=14)
Verbaler Übergriff durch PB letzte 12 Monate	52,5% (n=52)	20,2% (n=31)

FP = Familiäre Pflegeperson (i. e. pflegender Angehöriger); PB = Pflegebedürftige(r)

5.3.5.4 Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen

Abschließend werden Ergebnisse einer logistischen Regression mit der Variablen „bedeutsames Problemverhalten“ als Kriterium berichtet. Als Prädiktoren wurden Alter und Geschlecht des pflegenden Angehörigen einbezogen, das Vorliegen von Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3/3 mit Härtefall), ebenso das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung beim Pflegebedürftigen, die Prävalenz verbaler und körperlicher Übergriffe durch den Pflegebedürftigen, die vom Befragten erlebte Belastung (gemessen mit der Skala „emotionale Erschöpfung“, der deutschen Fassung des *Maslach Burnout Inventory* von Büssing & Perrar, 1992), der Einsatz von Alkohol als Mittel der Belastungsbewältigung sowie der Grad der vom Befragten beschriebenen negativen Beziehungsentwicklung seit Übernahme der Pflege. Tabelle 56 stellt die Ergebnisse dar.

Tab. 56: Befragung pflegender Angehöriger: Binäre logistische Regression: Einflussfaktoren auf bedeutsames Problemverhalten pflegender Angehöriger gegenüber Pflegebedürftigen

Prädiktoren	Effektkoeffizient	Konfidenzintervall
Konstante [b (SE)]	-2.35 (1.40)	
Merkmale/Verhalten des Pflegenden		
Alter des pflegenden Angehörigen	0.97+	[0.94–1.00]
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	0.90	[0.32–2.53]
Emotionale Erschöpfung	0.90	[0.55–1.47]
Alkohol als Coping-Strategie	1.75*	[1.09–2.82]
Merkmale/Verhalten des Pflegebedürftigen		
Prävalenz verbaler Übergriffe	2.21+	[1.00–4.87]
Prävalenz körperlicher Übergriffe	2.78*	[1.01–7.68]
Demenzielle Erkrankung	0.93	[0.46–1.90]
Pflegestufe 3/3 mit Härtefall	2.54*	[1.16–5.56]
Merkmale der Beziehung		
Negative Beziehungsentwicklung seit Übernahme der Pflege	4.17***	[2.05–8.49]
N		194
Pseudo-R ² (Nagelkerke)		.33

Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$ * $p \leq .05$ + $p \leq .10$, b – Regressionskoeffizient, SE – Standardfehler, unstandardisierte Effektkoeffizienten

Als zentraler Prädiktor bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen erweist sich das Maß, in dem die Pflegenden die Entwicklung der Beziehung seit Übernahme von Pflegeverantwortung als negativ beschreiben. Daneben spielen das Vorliegen von Schwerstpflegebedürftigkeit, physische, etwas schwächer auch verbale Übergriffe seitens des Pflegebedürftigen sowie der Konsum von Alkohol als Strategie der Belastungsbewältigung eine Rolle. Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung spielt bei multivariater Betrachtung keine Rolle.

5.3.6 Zusammenfassung

Die Befragung pflegender Angehöriger hat Folgendes deutlich gemacht:

- | Problemverhalten von Pflegenden in familialen Pflegebeziehungen kommt in beträchtlichem Ausmaß vor. Psychische Misshandlung ist in der hier untersuchten Stichprobe mit einer Jahresprävalenz von 47,6% die häufigste Form. Formen physischer Misshandlung berichten für einen Zeitraum von 12 Monaten 19,4% der Befragten. Die meisten Nennungen entfallen hier allerdings auf „grobes Anfassen“ des Pflegebedürftigen. Aufgrund der geringen Größe der Stichprobe und der Art ihres Zustandekommens lassen sich die Prävalenzraten nicht auf Pflegende insgesamt extrapolieren, weisen aber darauf hin, dass Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger durch familial Pflegende nicht nur in Einzelfällen vorkommen. Zugleich belegt die Befragung auch, dass familial Pflegende in beträchtlichem Ausmaß körperliche und verbale Übergriffe durch Pflegebedürftige erleben und dass beides oftmals zusammen auftritt.
- | Die Gruppe der Befragten, die in bedeutsamem Ausmaß eigenes Problemverhalten gegenüber dem pflegenden Angehörigen berichten, unterscheidet sich in einer Reihe von Merkmalen von jenen, bei denen das nicht der Fall ist. Der Altersabstand zum Pflegebedürftigen ist größer, es handelt sich öfter um Kinder oder Schwiegerkinder des Pflegebedürftigen und seltener um Ehepartner. Objektive Belastungsmarker wie Schwerstpflegebedürftigkeit, Demenzpflege und gleichzeitige Pflege zweier Personen treten häufiger auf. Diese „problematischen“ Pflegenden beschreiben ihr Allgemeinbefinden negativer und sich als belasteter und nutzen häufiger Alkohol zur Belastungsbewältigung. Zudem geben sie häufiger eine negative Beziehungsentwicklung seit Beginn der Pflege an, charakterisieren ihren Angehörigen eher als schwierig, würden sich in geringerem Maße noch einmal für die Pflege entscheiden und erleben tendenziell Pflege als „undankbare Aufgabe“. Sie nennen als Pflegemotivation seltener Liebe und häufiger die Vermeidung von Heimkosten und berichten deutlich häufiger physische und verbale Übergriffe der Pflegebedürftigen.
- | Bei multivariater Betrachtung ist die wahrgenommene Beziehungsverschlechterung im Pflegeverlauf ein zentraler Prädiktor, der allerdings hinsichtlich eines möglichen kausalen Status der kritischen Reflexion und Diskussion bedarf. Darüber hinaus erweisen sich Pflegebedürftige als besonders gefährdet, wenn sie schwerstpflegebedürftig sind, selbst physisch und verbal aggressives Verhalten zeigen und wenn der Pflegende Alkohol als ein Mittel zur Belastungsbewältigung konsumiert.

5.4 Ambivalente Nähe: eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements

Barbara Nägele, Sandra Kotlenga, Thomas Görgen, Bekje Mauder

5.4.1 Überblick

Kernstück der Untersuchung zu Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen ist eine multiperspektivische qualitative Interviewstudie in Pflegearrangements im privaten Wohnumfeld. Nach Möglichkeit wurde jeweils das „vollständige befragbare Pflegearrangement“ interviewt (d. h. stets das pflegende Familienmitglied, soweit befragbar auch die pflegebedürftige Person, soweit vorhanden auch die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes). Ergänzend wurden Experteninterviews mit Fachkräften aus den Bereichen Pflege und Pflegebegutachtung sowie Krisenintervention und Beratung zu altersbezogenen Problemen und Krisen in der Pflege geführt. Grundmerkmale und Ergebnisse dieser Studie werden im folgenden Kapitel dargestellt.

5.4.2 Methodischer Zugang und Untersuchungsinstrumente

Bei den Interviews mit den verschiedenen Befragtengruppen wurden vier Typen von Instrumenten eingesetzt:

- ein *Interviewleitfaden* mit einer Reihe von – soweit Interviewverlauf und Verständnishorizont der Interviewten dies zulassen – obligatorisch zu stellenden Leitfragen und einer Vielzahl von flexibel einzusetzenden Ergänzungs- und Vertiefungsfragen
- ein *Sozialdatenbogen*, der eine Reihe von Grunddaten zu der befragten Person sowie zum Pflegearrangement bzw. zum Arbeitsumfeld erfasst
- ein von den Interviewern und Interviewerinnen im Anschluss an das Interview zu bearbeitender *Postscript-Bogen*, der sowohl Rahmendaten zum Gespräch (zeitliche und örtliche Gegebenheiten, anwesende Personen, Störungen etc.) als auch stichwortartige Zusammenfassungen wesentlicher Interviewinhalte sowie darüber hinausgehende Interpretationsansätze erfasst
- einige summarische *Ratings* der Befragten (zu Lebenszufriedenheit, gesundheitlicher Verfassung etc.), die z. T. in Bezug zu den Daten des Viktimisierungssurvey gesetzt werden können; diese Ratingskalen wurden in den als Expertenbefragungen konzipierten Interviews sowie in Gruppengesprächen nicht eingesetzt

Die verwendeten Interviewleitfäden werden hier kurz charakterisiert. Im Wortlaut sind sie in dem Bericht von Görgen, Rabold & Herbst (2006) wiedergegeben. Es wurden in ihrer Grundstruktur ähnliche Interviewleitfäden für folgende Gruppen entwickelt:

- Pflegebedürftige,
- pflegende Familienangehörige,

I Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste und

I Berater/Beraterinnen und Experten/Expertinnen (Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einschlägiger Beratungseinrichtungen, Gutachterinnen/Gutachter etc.).

Während die Gespräche mit Pflegebedürftigen und pflegenden Familienangehörigen thematisch auf das jeweilige Setting begrenzt sind, greifen die Interviewleitfäden mit Pflegekräften und Beratern/Beraterinnen oder Experten/Expertinnen auch die über ein konkretes Pflegearrangement hinausgehenden Erfahrungen der Befragten auf. Allen Instrumenten ist gemeinsam, dass sie einen Kanon von Kernfragen enthalten, die in jedem der geführten Interviews gestellt werden sollten (es sei denn, exakt die darin angesprochene Thematik war zuvor an anderer Stelle bereits in hinreichender Intensität Gegenstand des Interviews). Darüber hinaus enthalten die Leitfäden zu den angesprochenen Themenbereichen eine Vielzahl von Folge- und Vertiefungsfragen, deren Verwendung oder Nichtverwendung vom Interviewverlauf (inhaltlich, aber auch z. B. im Hinblick auf die verfügbaren zeitlichen Ressourcen und die Belastbarkeit des Interviewpartners) abhängig gemacht wurde und daher letztlich situativ zu treffende Entscheidungen des Interviewers/der Interviewerin erforderte.

Im Bereich der „unmittelbar kriminologisch relevanten“ Themen sind die Instrumente vergleichsweise stark strukturiert, d. h. es wurde explizit nach Vorkommnissen physischer Gewalt, verbal aggressiven Verhaltens etc. gefragt. Die einschlägigen Fragen wurden erst gegen Ende der Interviews gestellt, sodass bis dahin in aller Regel erstens der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Interviewpartner gelungen (im Einzelfall natürlich auch misslungen) war, so Auskunftsbereitschaft erzeugt werden konnte und zweitens vielfältige erzählgenerierende Stimuli gesetzt werden konnten.

Die Interviewleitfäden wurden vor ihrem Einsatz in zwei Pretest-Wellen im Frühsommer und Herbst 2005 erprobt und aufgrund der dort gesammelten Erfahrungen modifiziert.

Exemplarisch für die beiden Gruppen der ausschließlich fallbezogen und der auch fallübergreifend geführten Interviews seien nachfolgend die wesentlichen Themenbereiche der Interviews mit pflegenden Angehörigen und mit ambulanten Pflegekräften genannt.

Thematische Grundstruktur der Interviews mit pflegenden Familienangehörigen

- I aktueller Tagesablauf/regelmäßige Aktivitäten
- I Pflegeübernahme und deren Vorgeschichte
- I aktuelle Befindlichkeit des Pflegebedürftigen
- I Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsarrangement
- I wahrgenommene Pflegequalität/pflegerische Vernachlässigung/unzureichende Pflege
- I freiheitseinschränkende Maßnahmen
- I aktuelle Befindlichkeit des Pflegenden
- I Veränderungen verschiedener Lebensbereiche durch Pflegeübernahme
- I vom Pflegenden erlebte/in Anspruch genommene soziale Unterstützung
- I Beziehung zum Pflegebedürftigen
- I Veränderungen der Beziehung zum Pflegebedürftigen seit Pflegeübernahme

- | Konfliktsituationen in der Beziehung Pflegender – Pflegebedürftiger
- | aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen gegenüber dem Pflegenden (physisch, verbal)
- | physische Gewalt/verbal aggressives Verhalten des Pflegenden gegenüber dem Pflegebedürftigen
- | Viktimisierungen des Pflegebedürftigen durch Dritte (inkl. finanzielle Ausbeutung)

Thematische Grundstruktur der Interviews mit ambulanten Pflegekräften

Bereich: Spezifisches Pflegearrangement

- | aktuelle Modalitäten des Kontakts zum Pflegebedürftigen
- | Arbeit mit dem Pflegebedürftigen
- | Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsarrangement
- | aktuelle Befindlichkeit des Pflegebedürftigen
- | Beziehung zum Pflegebedürftigen und zu seinen Angehörigen
- | wahrgenommene aktuelle Befindlichkeit der familialen Hauptpflegeperson
- | wahrgenommene Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und familialer Hauptpflegeperson
- | wahrgenommene Pflegequalität/pflegerische Vernachlässigung/unzureichende Pflege
- | freiheitseinschränkende Maßnahmen
- | Konfliktsituationen in Bezug auf den Pflegebedürftigen (in seiner Beziehung zur ambulanten Pflegekraft, zur familialen Hauptpflegeperson oder zu sonstigen Akteuren)
- | aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekraft (physisch, verbal, sexuelle Belästigung)
- | physische Gewalt/verbal aggressives Verhalten der Pflegekraft gegenüber dem Pflegebedürftigen
- | Viktimisierungen des Pflegebedürftigen durch Dritte (inkl. finanzielle Ausbeutung)

Bereich: Fallübergreifende Erfahrungen

- | Erfahrungen mit problematischen Situationen in der häuslichen Pflege
- | Qualität der Pflege durch Familienangehörige
- | pflegerische Vernachlässigung in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- | physische Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- | freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- | verbale Aggressivität gegenüber Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- | materielle Ausbeutung von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege
- | Präferenzen für den Fall eigener Pflegebedürftigkeit
- | Veränderungsprioritäten in Bezug auf häusliche Pflege alter Menschen

5.4.3 Interviewdurchführung

Die Durchführung der Interviews erfolgte in drei Regionen in Nord- und Ostdeutschland im Zeitraum zwischen November 2005 und Juni 2006. In den Gesprächen wurden Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Beschäftigte ambulanter Pflegedienste sowie in einigen Fällen in anderer Weise professionell mit dem Thema befasste Personen (in Beratungsstellen, bei Krisentelefonen etc.) zu ihren Erfahrungen mit der häuslichen Pflege befragt. Über die Interviews hinaus wurden in vier Fällen Gruppengespräche (zweimal mit pflegenden Angehörigen sowie je einmal mit ambulanten Pflegekräften und mit Mitarbeiterinnen einer städtischen Altenhilfeinstitution) geführt.

Zielgruppe der Interviews waren familiäre Pflegearrangements mit aktuell bestehender häuslicher Pflege von Menschen ab 60 Jahren unter Beteiligung privater Pflegepersonen; Konstellationen, in denen die Versorgung ausschließlich über ambulante Dienste erfolgte, wurden ausgeklammert.¹⁴⁴ In wenigen Ausnahmefällen, in denen der zu erwartende Gehalt des Interviews dies rechtfertigte (z. B. Pflege einer für diese Subkultur vergleichsweise „alten“, aber noch unter 60-jährigen Drogenabhängigen durch den Lebenspartner), wurden auch Pflegebedürftige einbezogen, die das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten. Faktisch ausgeschlossen waren Pflegesettings, die nicht in deutscher Sprache hätten befragt werden können; hierzu hätte es fremdsprachiger Interviewerinnen bzw. Interviewer bedurft, die im Projekt nicht verfügbar waren. Informationen über solche Konstellationen erhielt die Forschungsgruppe von einigen der befragten Expertinnen und Experten.

Zentrale Kriterien für die Stichprobenbildung waren (neben der regionalen Gliederung):

- Pflege demenziell bzw. nicht demenziell Erkrankter
- intragenerationale bzw. intergenerationale Pflege
- Pflege mit bzw. ohne Unterstützung ambulanter Dienste

Nach Möglichkeit wurden jeweils alle zentral an einem Pflegearrangement beteiligten befragbaren Personen interviewt, sodass z. B. bei Nichtdemenzpflege mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes in der Regel drei Personen (Pflegebedürftiger, pflegendes Familienmitglied, ambulante Pflegekraft), bei Demenzpflege ohne ambulanten Dienst hingegen nur eine Person (das pflegende Familienmitglied) befragt wurde.

Die Gespräche wurden grundsätzlich als persönlich-mündliche Interviews in der jeweiligen häuslichen Umgebung bzw. bei Pflegekräften in der Regel am Arbeitsplatz durchgeführt. Nur in wenigen Ausnahmefällen fiel (im Hinblick auf Reisezeiten und Reisekosten und nach sorgfältiger Einzelfallabwägung der „Machbarkeit“) bei Interviews mit weit außerhalb der genannten drei Regionen lebenden Personen die Entscheidung zugunsten einer telefonischen Befragung.

¹⁴⁴ In Experten-/Expertinneninterviews sowie in den fallübergreifenden Passagen von Gesprächen mit ambulanten Pflegekräften wurde diese Gruppe Pflegebedürftiger gleichwohl bisweilen angesprochen.

Soweit in den persönlich-mündlichen Interviews sowohl eine pflegebedürftige Person als auch ein pflegendes Familienmitglied befragt werden konnte, wurden die Gespräche als simultane getrennte Befragungen durch zwei Interviewkräfte realisiert.

Bei der Rekrutierung von Pflegearrangements und Interviewpartnerinnen bzw. -partnern wurden verschiedene Zugangswege kombiniert. Sie erfolgte

- I über entsprechende Artikel („Pflege in der Familie – Wissenschaftler suchen Gesprächspartner“) in (lokalen) Tages- und Wochenzeitungen in den drei in die Erhebung einbezogenen Regionen. In den Texten war von Belastungen, Problemen und Konflikten die Rede; die Begriffe „Kriminalität“ und „Gewalt“ wurden vermieden. Pflegenden Angehörige, die sich von den Veröffentlichungen angesprochen fühlten, setzten sich telefonisch mit dem Projektleiter bzw. direkt mit den lokalen/regionalen Interviewteams in Verbindung.
- I über eine Zufallsauswahl ambulanter Pflegedienste aus der jeweiligen Region; an die ausgewählten Pflegedienste wurde mit der Bitte herangetreten, der Forschungsgruppe Kontakt zu Pflegesettings zu vermitteln, deren Beteiligte „uns auch etwas über Probleme in der häuslichen Pflege berichten können“.
- I ferner über die gezielte Suche nach einer kleinen Stichprobe „a priori als problematisch bekannter Pflegesettings“ (über einschlägige Beratungsstellen, Krisentelefone etc.). Dabei wurden auch Personen, die als Beraterinnen und Berater mit den jeweiligen Klientinnen und Klienten befasst gewesen waren, in die Interviews einbezogen. Insgesamt erwies sich dieser Zugang als (quantitativ) wenig ertragreich, was sicherlich unter anderem damit zusammenhängt, dass viele einschlägige Einrichtungen ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der stationären Pflege haben und sich überwiegend mit dem Verhältnis zwischen Anbietern und Kunden von Pflegedienstleistungen beschäftigen, während die „Binnenverhältnisse“ familialer Pflegebeziehungen, d. h. die in der vorliegenden Studie im Mittelpunkt stehende Ebene der Interaktion und Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und familialen Pflegepersonen, eine vergleichsweise geringere Rolle zu spielen scheinen.

Diese weitestgehend lokal begrenzte und nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengesetzte Stichprobe erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Grundgesamtheit häuslicher Pflegearrangements. Es ging vor allem darum, die Vielfalt häuslicher Pflegesettings in einigen wesentlichen Dimensionen abzubilden. Neben den oben erwähnten, bei der Auswahl von Pflegesettings bedeutsamen Merkmalen (Region, Generationenzugehörigkeit von Pflegenden und Pflegebedürftigen, Beteiligung ambulanter Dienste, Demenzerkrankungen) ergibt sich im Hinblick auf zahlreiche weitere Aspekte die Heterogenität quasi „organisch“ aus den in die Stichprobe gelangten Pflegearrangements (z. B. im Hinblick auf das Alter der Beteiligten, die Art der Erkrankung und die Schwere der Pflegebedürftigkeit, die soziale und wirtschaftliche Lage). Alle Befunde der Interviewstudie sind natürlich unter der einschränkenden Bedingung zu sehen, dass die Berichte von Personen stammen, die bereit waren, über ihre Erfahrungen zu sprechen, vor allem im Falle der pflegenden Angehörigen sogar – auf entsprechende Aufrufe hin – selbst die Initiative zum Interview ergriffen hatten. Zudem war der Zugang zu Pflegebedürftigen praktisch nur über die pflegenden Angehörigen möglich.

5.4.4 Aufbereitung und Analyse des Interviewmaterials

Sämtliche geführten Interviews – ausgenommen jene, für die aufgrund von technischen Ausfällen keine Aufnahmen vorliegen – wurden von geschulten Kräften transkribiert. Die Verschriftung folgte einer modifizierten Version des Regelwerks von Mergenthaler (1992; vgl. auch Mergenthaler & Stinson, 1992).

Die Vorgehensweise bei Aufbereitung und Analyse des Interviewmaterials folgte einerseits weitgehend den z. B. von Schmidt (2000) beschriebenen grundlegenden Analyse-schritten bei der Arbeit mit Leitfadeninterviews. Die Analyse beginnt mit der am Material orientierten Bildung von Auswertungskategorien und ihrer Zusammenstellung zu einem Codierleitfaden und bereitet dann durch Codierung des Materials die Grundlage für „quantifizierende Materialübersichten“ und „vertiefende Fallinterpretationen“ (Schmidt, 2000, S. 455). Zugleich war die Forschungsgruppe mit dem Umstand konfrontiert, dass die Menge des erzeugten Materials (178 Interviews und vier Gruppengespräche) spezifische Maßnahmen zur Reduktion und Verdichtung erforderlich machte und die Aufbereitung des Materials stark durch das Ziel der Handhabbarkeit geprägt war. Die nachfolgend beschriebenen Schritte der Datenaufbereitung beinhalteten dabei in unterschiedlichem Maße bereits Auswertungs- und Interpretationsleistungen.

Zunächst erfolgte eine Codierung sämtlicher Interviewtranskripte in MAXQDA. Das Codesystem wurde auf der Grundlage der Interviewleitfäden sowie konzeptueller und theoretischer Überlegungen generiert und im Verlaufe des Codierungsprozesses in mehreren Arbeitsgängen sukzessive erweitert.¹⁴⁵

In einem nächsten sehr zeitintensiven Arbeitsschritt wurde von einem aus vier Personen bestehenden Team für jedes der 90 untersuchten Pflegesettings eine zusammenfassende Darstellung verfasst.¹⁴⁶ Diese Zusammenfassungen wurden auf der Grundlage der Lektüre und Auswertung sämtlicher Interviews und aller weiteren generierten Daten (Sozialdatenbögen, Postskripts, summative Ratings, Notizen zur Interviewanbahnung) erstellt. Dabei ging es darum, die verschiedenen in einem Setting verfügbaren Perspektiven zu kontrastieren, Konsistenzen wie Inkonsistenzen der Berichte sichtbar zu machen und die in den Interviews enthaltenen wesentlichen Informationen zur Fragestellung dieser Untersuchung konzentriert darzustellen. Zentrale Gegenstände dieser zusammenfassenden Beschreibungen der untersuchten familialen Pflegearrangements waren die Genese der Pflegebedürftigkeit und der Pflege, die Rahmenbedingungen der Pflege, die geschilderten Belastungsfaktoren, die Ressourcen für den Umgang mit Krisen und Belastungen, die geschilderten Viktimisierungen bzw. problematischen Verhaltensweisen und der Umgang mit diesen.

¹⁴⁵ Hier wurde nicht das Ziel verfolgt, durch offenes Codieren die Kategoriensysteme aus dem Material selbst zu entwickeln. Auch eine computergestützte Auswertung kommt angesichts solch umfangreichen Materials an ihre Grenzen. Entsprechend wurden die Codierungen primär genutzt für die Zusammenstellung inhaltlich relevanter Interviewpassagen und die gezielte Suche nach Zitaten; der Codierung kam also primär eine strukturierende Funktion zu.

¹⁴⁶ Witzel schlägt die Nutzung solcher dossierartigen Zusammenfassungen für die Auswertung problemzentrierter Interviews vor (Witzel, 1982, S. 112).

Zu jeder Settingzusammenfassung wurden Interpretationsansätze notiert und in einem iterativen Prozess die Spezifika des Settings herausgearbeitet. Abschließend wurde im Team eine Beurteilung der „Misshandlungs- und Vernachlässigungsrelevanz“ des jeweils auf ein familiales Setting bezogenen Materials vorgenommen (Ist es im vorliegenden Fall zu Viktimisierungen gekommen? Deuten sich zukünftige Viktimisierungsrisiken an?) und die Viktimisierungen hinsichtlich Täter, Opfer und berichteter Gewaltform spezifiziert. Zusammenfassende Texte wurden auch für die Interviews mit Expertinnen und Experten und die geführten Gruppendiskussionen verfasst. Sämtliche Zusammenfassungen und Viktimisierungszuordnungen wurden von mindestens einer, in der Regel von zwei Teamkolleginnen überprüft, fehlende Passagen ersetzt und strittige Aspekte diskutiert. Auf der Grundlage der herausgearbeiteten Interpretationen und Fallspezifika wurde eine Übersichtstabelle über alle Settings erstellt. Anhand dieser Tabelle – die ein kürzestmögliches qualitatives Kondensat der Pflegesettings darstellte – war es möglich, in dem umfangreichen Material zielgerichtet zu navigieren.

Wesentliche quantitative und quantifizierbare Daten zu den Settings wurden in SPSS eingegeben. Auch hier war das Ziel, angesichts der großen Zahl an Fällen für das Untersuchungssample einen quantitativen Überblick zu erlangen. Zugleich wurde durch das Anlegen von sog. Viktimisierungstabellen der in der vorliegenden Untersuchung primär interessierende Themenbereich – Viktimisierungen bzw. problematisches Verhalten in der häuslichen Pflege – gesondert aufbereitet. In den Interviews berichtete derartige Vorfälle wurden insgesamt 18 Tabellen zugeordnet, jeweils differenziert nach dem Opfer solchen Verhaltens, dem Status der berichtenden Person im Pflegesetting, der Perspektive, aus der dies geschildert wurde und den geschilderten Viktimisierungsformen.¹⁴⁷ Es folgten weitere Zwischenauswertungsschritte; so wurde das Material zu spezifischen Fragen gesondert aufbereitet – wie z. B. zum Umgang der ambulanten Pflegekräfte mit den in den Settings berichteten Gewaltvorkommnissen oder zu den in den Interviews mit den ambulanten Pflegekräften und den Experteninterviews berichteten Viktimisierungsfällen.

Durch die beschriebenen Aufbereitungs- und Zwischenauswertungsschritte konnte das Material in ein handhabbares Format transformiert werden. Der zentrale Arbeitsschritt bestand in der Erstellung der Zusammenfassungen, weil sie es ermöglichen, die themenspezifischen Auswertungen immer wieder im Gesamtzusammenhang des Falles, des gesamten Settings zu würdigen. Mit dieser Auswertungsstrategie konnte einer Dekontextualisierung der Informationen über Viktimisierungen und problematisches Handeln in der häuslichen Pflege entgegengewirkt werden. Im Zuge der Erarbeitung der Zusammenfassungen wurden bereits wesentliche Analyseschritte vollzogen, so der Abgleich und die Zusammenführung der Perspektiven, das Herausarbeiten zentraler Fallcharakteristika sowie von Interpretationsansätzen.

¹⁴⁷ Bei der Konzeption dieser Tabellen wurden alle denkbaren Varianten berücksichtigt, die allerdings dann nicht sämtlich relevant wurden. Viktimisierungen von ambulanten Pflegekräften – so die Überlegung – können von diesen selbst aus Opfer- oder Beobachterperspektive und von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen aus Akteur- bzw. Beobachterperspektive geschildert werden. Viktimisierungen von pflegenden Angehörigen können aus deren eigener Sicht als Opfer- oder Beobachterberichte und von ambulanten Pflegekräften und Pflegebedürftigen aus der Akteur- bzw. Beobachterperspektive dargestellt werden. Viktimisierungen Pflegebedürftiger schließlich können von diesen selbst aus einer Beobachter- oder Opferperspektive, von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen aus der Beobachter- bzw. Akteurperspektive berichtet werden. In den Tabellen selbst wurde das geschilderte Ereignis den Viktimisierungsformen zugeordnet.

Auf der Grundlage des so aufbereiteten und vorausgewerteten Materials erfolgte dann die weitere settingübergreifende Auswertung der Daten mittels Strukturierung, Synthesisierung und Typisierung.¹⁴⁸ Ohne das methodisch ehrgeizige Projekt einer Auswertung entsprechend der *Grounded Theory* angehen zu wollen (die Fülle des Datenmaterials hätte ohnehin eine derartige Auswertungsstrategie nicht erlaubt)¹⁴⁹, war die Analyse in hohem Maße an dem Ziel orientiert, im Sinne eines „Austauschs zwischen Material und theoretischem Vorverständnis“ (Schmidt, 2000, S. 448) aus dem Material Strukturierungen und Differenzierungen zu entwickeln. Wesentliche Methode war hier die vergleichende Systematisierung.

5.4.5 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen dieser qualitativen Teilstudie in häuslichen Pflegesettings wurden insgesamt 178 Interviews und vier Gruppengespräche mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften und weiteren „feldkompetenten“ Gesprächspartnern und -partnerinnen geführt. Tabelle 57 gibt einen Überblick über die geführten Interviews und Gruppengespräche.

Tab. 57: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: Anzahl der Interviews und Gruppengespräche mit den verschiedenen Zielgruppen

	n	%
Interviews mit		
.... pflegenden Angehörigen	89	48,9
.... Pflegebedürftigen	32	17,6
.... ambulanten Pflegekräften	44	24,2
.... Experten/Expertinnen, Sonstigen (Leitungskräfte Pflege, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einschlägiger Krisen-/Beschwerdestellen, MDK-Gutachterinnen/-Gutachter, gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer etc.)	13	7,1
Gruppengespräche mit		
.... pflegenden Angehörigen	2	1,1
.... ambulanten Pflegekräften	1	0,5
.... Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen einer kommunalen Altenhilfeinstitution	1	0,5
Gesamt	182	100,0

Tabelle 57 macht deutlich, dass pflegende Angehörige die weitaus größte Teilgruppe der Interviewpartnerinnen und -partner stellen. Mit Ausnahme einiger über Beratungs- und Kriseneinrichtungen rekrutierter „Problemsettings“, zu denen lediglich Sichtweisen von Beratern/Beraterinnen vorliegen, wurde bei fast allen Pflegearrangements mindestens die familiäre Hauptpflegeperson befragt. Pflegebedürftige wurden hinzugezogen, soweit sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung zu einem Interview in der Lage waren (und natürlich die Bereitschaft zu einem Gespräch mitbrachten), ambulante Pflegekräfte, soweit ein Pflegedienst eingeschaltet war und Gesprächsbereitschaft bestand. Für 16 Pflegearrangements liegen Interviews mit ambulanten Pflegekräften, pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen vor. Zu 24 Pflegearrangements wurden ambulante Pflegekräfte und pflegende Angehörige befragt, zu 15 Pflegearrangements pflegende Angehörige und Pflegebedürftige und für 31 Pflegearrangements liegt nur die Perspek-

148 Zu derartigen Verfahren vgl. die Übersichten bei Lamnek (2005) und Mayring (1990).

149 Vgl. dazu Glaser & Strauss, (1967), Glaser (1992).

tive der pflegenden Angehörigen vor. In vier Fällen wurden die familialen Hauptpflegepersonen nicht befragt.¹⁵⁰ In insgesamt 51 Pflegearrangements waren ambulante Pflegekräfte tätig, wobei diese in 42 Fällen befragt werden konnten (82,4%).

In den Interviews und Gruppengesprächen wurden 201 Personen erreicht.¹⁵¹ Es handelt sich um eine insgesamt und in allen Teilgruppen überwiegend weibliche Stichprobe; lediglich 22,4% der befragten Personen waren Männer. Dies spiegelt die Dominanz von Frauen sowohl unter den in der Pflege Tätigen als auch unter den Pflegebedürftigen wider.¹⁵² In allen drei „Kernstichproben“ wurden ganz überwiegend Frauen befragt (Frauenanteil pflegende Angehörige 77,8%; Pflegebedürftige 68,8%; ambulante Pflegekräfte 80,9%).

Tabelle 58 zeigt – nach Geschlechtern differenziert – die Stärke der einzelnen Gruppen von Befragten.

Tab. 58: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: In Interviews und Gruppengesprächen erreichte Personen

Methode	Gruppe	Frauen		Männer	
		n	%	n	%
Interview					
	pflegende Angehörige	70	34,8	20	10,0
	Pflegebedürftige	22	10,9	10	5,0
	ambulante Pflegekräfte	38	18,9	9	4,5
	Experten/Expertinnen, Sonstige (Leitungskräfte Pflege, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen Krisen-/Beschwerdestellen, MDK-Gutachterinnen/-Gutachter, gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer etc.)	11	5,5	3	1,5
	Interviewte gesamt	141	70,1	42	21,0
Gruppengespräch					
	pflegende Angehörige	6	3,0	1	0,5
	ambulante Pflegekräfte	5	2,5	1	0,5
	Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen kommunaler Altenhilfeeinrichtung	4	2,0	1	0,5
	In Gruppengesprächen Erreichte gesamt	15	7,5	3	1,5
Gesamt		156	77,6	45	22,5

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

¹⁵⁰ In einem Fall wurde lediglich die für Betreuung, jedoch nicht für Pflege zuständige WG-Mitbewohnerin einer demenziell erkrankten Frau befragt, in einem weiteren Fall nur die Pflegebedürftige, da die Hauptpflegeperson nicht zu einem Gespräch bereit war. In einem dritten Fall kam das Interview mit der familiären Pflegeperson aus Krankheitsgründen nicht zustande, sodass nur die ambulante Pflegekraft befragt werden konnte. In einem vierten Fall schließlich wurden ambulante Pflegekräfte als Expertinnen/Experten zu einem Problemsetting befragt.

¹⁵¹ Die Zahl der erreichten Personen liegt vor allem wegen der Gruppengespräche höher als die Summe der Interviews und Gruppengespräche. Darüber hinaus wurden einige Interviews simultan mit mehr als einer Person geführt (so mit zwei Angehörigen, die sich die Pflege einer Person teilten oder mit drei Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen eines ambulanten Dienstes, die aus unterschiedlichen Perspektiven und zu unterschiedlichen Zeitpunkten Kontakt zu einem familialen Pflegesetting gehabt hatten).

¹⁵² Vgl. zu diesem Aspekt u. a. Armstrong (2002), Calasanti (2006), Carroll & Campbell (2008), Daly & Rake (2003), Morris (2004), Piechotta (2000), Ungerson (2005).

80. Lebensjahr bereits vollendet. Von den befragten Pflegebedürftigen waren 16 (50,0%) mindestens 80 Jahre alt, 5 (15,7%) 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. Bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste handelte es sich in 35 Fällen um examinierte, in 12 Fällen um nicht examinierte Pflegekräfte.

Tabelle 59 stellt die Zahl der durch die Interviews erreichten häuslichen Pflegearrangements und ihre Verteilung anhand der für die Stichprobenbildung ausschlaggebenden Merkmale „Pflege demenziell Erkrankter versus Pflege nicht demenziell Erkrankter“, „Pflege mit versus Pflege ohne Unterstützung durch ambulante Dienste“ und „intragenerationale versus intergenerationale Pflege“ dar. Insgesamt wurden durch die Interviews 90 häusliche Pflegearrangements erreicht. In je etwa der Hälfte der Pflegearrangements ging es dabei um intragenerationale (im Wesentlichen zwischen Ehepartnern) bzw. um intergenerationale Pflege (vor allem zwischen Kindern bzw. Schwiegerkindern und Eltern bzw. Schwiegereltern). An der Mehrzahl (56,7%) der Pflegearrangements waren ambulante Pflegekräfte beteiligt.

Tab. 59: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: In den Interviews repräsentierte häusliche Pflegearrangements

Generationenbezug	Pflegedienstbeteiligung	Pflege demenziell Erkrankter	Pflege nicht demenziell Erkrankter	Demenz unklar	gesamt
intragenerationale Pflege		22	19	7	48
	mit ambulantem Dienst	13	14	3	
	ohne ambulanten Dienst	9	5	4	
intergenerationale Pflege		18	22	2	42
	mit ambulantem Dienst	8	12	1	
	ohne ambulanten Dienst	10	10	1	
Gesamt		41	40	9	90

Die komplex strukturierte Interviewstichprobe lässt sich ferner durch folgende Merkmale charakterisieren:

- I Die kleine männliche Stichprobe unter den (70 weiblichen und 20 männlichen) pflegenden Angehörigen ist im Durchschnitt fast 5 Jahre älter als die der Frauen (65,2 zu 60,4 Jahre). Dies ist darin begründet, dass pflegende Männer überwiegend Ehepartner der Pflegebedürftigen sind, der Anteil intergenerationaler Pflege bei ihnen somit gering ist.
- I Unter den befragten Pflegebedürftigen (22 Frauen und 10 Männer) hingegen sind die Frauen im Durchschnitt mehr als 10 Jahre älter als die Männer (80,9 zu 69,8 Jahre). 63,6% der weiblichen Pflegebedürftigen waren zum Interviewzeitpunkt bereits über 80 Jahre alt, während die Hälfte der befragten männlichen Pflegebedürftigen in der Altersgruppe zwischen 60 und 64 Jahren war.

- | In den 90 im Rahmen der Interviewstudie untersuchten familialen Pflegearrangements gab es insgesamt 92 Pflegebedürftige (von denen 32 befragt und folglich 60 nicht befragt wurden). Auch bei dieser erweiterten Betrachtung zeigt sich, dass die 53 pflegebedürftigen Frauen mit im Durchschnitt 81,9 Jahren deutlich älter waren als die 39 Männer (71,8 Jahre).¹⁵³

- | In 41 Settings lag eine demenzielle Veränderung des/der Pflegebedürftigen vor, in 40 Settings nicht, und in neun Pflegesettings ließ sich die Frage des Vorliegens einer Demenz bei den Pflegebedürftigen nicht abschließend klären.¹⁵⁴

- | Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen ist derjenigen aus der schriftlichen Angehörigenbefragung ähnlich. Auch hier überwiegen höhere Grade von Pflegebedürftigkeit. Tabelle 60 stellt die entsprechenden Befunde dar. Es zeigt sich eine gewisse Konzentration der Männer in Pflegestufe 2 und eine etwas größere Varianz hinsichtlich der Pflegestufen bei den Frauen.

Tab. 60: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: Pflegestufe der Pflegebedürftigen in den untersuchten familialen Pflegearrangements

	weiblich		männlich		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
keine	1	1,9	1	2,6	2	2,2
1	12	22,6	5	12,8	17	18,5
2	18	34,0	20	51,3	38	41,3
3	21	39,6	12	30,8	33	35,9
3 m. Härtefall	1	1,9	1	2,6	2	2,2
	53	100,0	39	100,0	92	100,0

In den 90 untersuchten familialen Pflegearrangements sind insgesamt 96 Pflegebeziehungen repräsentiert. Die Zahl der familialen Pflegebeziehungen übersteigt die der Pflegebedürftigen (92) sowie die der befragten pflegenden Angehörigen (90), da in einigen Fällen weitere, nicht befragte Angehörige in die Pflege eingebunden waren. Tabelle 61 stellt die in der Studie untersuchten familialen Pflegebeziehungen dar.

¹⁵³ In 5 Fällen bezogen Interviews sich auf Pflegebedürftige unterhalb des vollendeten 60. Lebensjahres. Es handelt sich um 3 Männer und 2 Frauen, die zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 48 und 58 Jahre alt waren. In allen Fällen wurden nicht diese „zu jungen“ Pflegebedürftigen interviewt, sondern die pflegenden Angehörigen. Die Settings wurden in die Stichprobe aufgenommen, da sich bereits in den Vorgesprächen abgezeichnet hatte, dass die pflegenden Angehörigen bereit waren, auch über Gewaltverkommenisse und problematisches Verhalten zu berichten. Zudem erweitern sie die Stichprobe um Settingmerkmale, die ansonsten nicht erreichbar gewesen wären (z. B. biografisch früh einsetzende demenzielle Symptomatik; Pflegebedürftigkeit und Pflege im Drogenmilieu) und tragen so zu einer Verbesserung der „theoretischen Sättigung“ der Interviewstichprobe bei (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1996).

¹⁵⁴ Die Einordnung in die letztgenannte Kategorie erfolgte, wenn es bezüglich des Demenzstatus widersprüchliche bzw. unterschiedliche Aussagen der verschiedenen am Pflegesetting beteiligten Personen gab (z. B. Ehefrau und ambulante Pflegekraft), das Vorliegen einer Demenz von allen Beteiligten gleichermaßen als (noch) nicht eindeutig und geklärt dargestellt wurde oder die Interviewerin bzw. der Interviewer im Interview Anzeichen für demenzielle Veränderungen feststellte, obwohl die übrigen Befragten über entsprechende Einschränkungen nicht berichteten.

Tab. 61: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: Pflegebeziehungen in den untersuchten familialen Pflegearrangements

Pflegebeziehung	n	%
Intergenerationale Pflege		
durch Frauen:		
Tochter pflegt Mutter	34	35,4
Tochter pflegt Vater	3	3,1
Schwiegertochter pflegt Mutter	2	2,1
Enkelin pflegt Großmutter	2	2,1
durch Männer:		
Sohn pflegt Mutter	6	6,3
Sohn pflegt Vater	1	1,0
Intragenerationale Pflege		
durch Frauen:		
Ehefrau pflegt Ehemann	30	31,3
Partnerin pflegt Partner	2	2,1
Schwester pflegt Bruder	1	1,0
Frau betreut WG-Mitbewohnerin ¹⁵⁵	1	1,0
durch Männer:		
Ehemann pflegt Ehefrau	14	14,6
	96	100,0

Eine Betrachtung der Pflegebeziehungen anhand obiger Tabelle zeigt:

- Männliche Pflegebedürftige werden in den untersuchten familialen Pflegearrangements ganz überwiegend von den (Ehe-)Partnerinnen versorgt.
- Bei den weiblichen Pflegebedürftigen spielen die Ehemänner als Pflegende gleichfalls eine bedeutsame Rolle; hier treten aber vor allem die Töchter in Erscheinung.
- Wenn Männer Pflege übernehmen, handelt es sich in der untersuchten Stichprobe zu zwei Dritteln um die Pflege der Ehefrau.
- Bei den pflegenden Frauen hingegen sind nur etwas mehr als ein Drittel der Pflegebeziehungen solche zum Ehemann.

Tabelle 62 schlüsselt Merkmale von Pflegebeziehungen nach dem Geschlecht der Pflegebedürftigen auf. Die Daten machen deutlich, dass in der untersuchten Stichprobe Pflege von Männern ganz überwiegend intragenerationale Pflege durch im selben Haushalt lebende Frauen ist. Bei der Pflege von Frauen besteht sowohl im Hinblick auf die Generationen- als auch auf die Haushaltskonstellation größere Varianz.

¹⁵⁵ Die demenziell erkrankte Mitbewohnerin wird von einer anderen Person als der befragten gepflegt.

Tab. 62: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings: Merkmale von Pflegebeziehungen nach Geschlecht der Pflegebedürftigen

	Pflegebedürftige					
	weiblich		männlich		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht FP						
Weiblich	36	64,3	39	97,5	75	78,1
Männlich	20	35,7	1	2,5	21	21,9
	56	100,0	40	100,0	96	100,0
Durchschnittsalter FP (Jahre)	59,9		62,2		60,9	
Minimum	38		40		38	
Maximum	88		84		88	
Gemeinsamer Haushalt FP-PB						
Ja	33	58,9	32	80,0	65	67,7
Nein	20	35,7	6	15,0	26	27,1
Keine Angabe	3	5,4	2	5,0	5	5,2
	56	100,0	40	100,0	96	100,0
Generationenkonstellation						
Intragenerational	14	25,0	34	85,0	48	50,0
Intergenerational	42	75,0	6	15,0	48	50,0
	56	100,0	40	100,0	96	100,0

FP = Familiäre Pflegeperson; PB = Pflegebedürftige Person

Wiederum ähnlich wie in der schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger handelt es sich in dieser Interviewstudie vornehmlich um Pflegebeziehungen langer Dauer. Durchschnittlich bestanden die Pflegebeziehungen seit rund 67 Monaten, d. h. seit mehr als fünfeneinhalb Jahren. In einem Einzelfall betrug die Pflegedauer zum Interviewzeitpunkt mehr als 20 Jahre.

5.4.6 Befunde

5.4.6.1 Überblick

Der folgenden Auswertung des in die Studie einbezogenen qualitativen Interviewmaterials liegen zwei Quellentypen zugrunde. Zum einen wurden 168 Interviews mit den an den untersuchten 90 Pflegesettings beteiligten Personen in Bezug auf die entsprechenden Pflegekonstellationen intensiv ausgewertet. Die ambulanten Pflegekräfte wurden zudem auch als Fachkräfte befragt, die über das konkrete Pflegesetting hinaus potenziell über Wissen und Erfahrungen im Hinblick auf gewaltförmiges Verhalten in der häuslichen Pflege verfügen. Zum anderen liegen der Darstellung Fallberichte aus Experteninterviews bzw. Gruppendiskussionen mit Fachkräften aus den Bereichen Pflege und Pflegebegutachtung, Beratung und Krisenintervention zu alters- und pflegebezogenen Problemen zugrunde.

Die Informationsquellen liefern höchst heterogene Bilder. Während in den untersuchten Settings insbesondere Berichte über situationsgebundenes und belastungsinduziertes gewaltförmiges bzw. problematisches Verhalten der an der häuslichen Pflege Beteiligten vorliegen, finden sich in den Berichten der Fachkräfte häufiger Viktimisierungsfälle, die auf situationsübergreifende Schädigungsabsicht schließen lassen.

Dies ist u. a. vor dem Hintergrund verstehbar, dass es sich hinsichtlich der Frage der Viktimisierung in häuslichen Pflegesettings bei den in die Studie einbezogenen Pflegesettings um eine Positivselektion handelt. So setzt die Teilnahme eine prinzipielle Auskunftsbereitschaft voraus sowie die Erreichbarkeit der an den häuslichen Pflegekonstellationen beteiligten Personen über ambulante Pflegedienste und andere zur Rekrutierung gewählte Formen der Ansprache. Sozial extrem isolierte Pflegedyaden, bei denen sich – wie im Folgenden deutlich wird – ein besonders hohes Viktimisierungsrisiko vermuten lässt, sind also nicht in die Studie mit einbezogen.

Sowohl die außerhalb der einbezogenen Pflegesettings befragten als auch die in den befragten häuslichen Pflegearrangements tätigen Fachkräfte greifen überwiegend auf langjährige Erfahrungen mit einer Vielzahl von Fällen zurück, sodass bereits hierdurch die „Trefferwahrscheinlichkeit“ für eine Kenntnisnahme hinsichtlich der Intensität, Intentionalität und Dauerhaftigkeit gravierender Viktimisierungsfälle steigt.

In Kapitel 5.4.6.2 wird zunächst die lebensweltliche Realität häuslicher Pflege dargestellt, die in den Interviews mit den an den einbezogenen Pflegesettings Beteiligten erkennbar wird. Bei aller Heterogenität und Individualität der untersuchten familialen Pflegearrangements werden von den Befragten – zum Teil auch unabhängig von den im Leitfaden formulierten Fragen – in den Interviews wiederkehrende Themenbereiche sowie Denk- und Argumentationsfiguren in der Interpretation der eigenen Erfahrungen vorgebracht. Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgt im Hinblick auf die der Pflegeübernahme zugrunde liegenden Motive, die Gestaltung und Veränderung der Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen, die aus Pflege und Pflegebedürftigkeit resultierenden Belastungen sowie schließlich die mit der Pflege von Angehörigen verbundenen Chancen und „Gewinne“.

In Kapitel 5.4.6.3 folgt die systematische Darstellung der im untersuchten Sample berichteten Viktimisierungen und Viktimisierungserfahrungen in häuslichen Pflegearrangements. Die Auswertung des vorliegenden Fallmaterials erfolgt unter der Fragestellung, wer gewaltförmiges Verhalten in Pflegebeziehungen ausübt, wer Opfer dieser Handlungen – bzw. zuweilen auch Unterlassungen – ist, in welchen Situationen die beschriebenen Viktimisierungen vorkommen und aus welcher Perspektive solche Vorfälle berichtet werden. Weiter wird dargestellt, aus welchen Kontexten derartiges Verhalten berichtet wird, welche Faktoren in den Fällen als relevant beschrieben werden und welche Umgangsweisen der Betroffenen mit solchen Erfahrungen benannt werden. Die Darstellung der Viktimisierungsfälle wird zum einen durch die in den berichteten Viktimisierungen betroffenen Opfergruppen strukturiert, zum anderen erfolgt die Darstellung entlang der den Fallbeschreibungen zugrunde liegenden Berichtsperspektiven (Täter, Opfer, Dritte).

In Kapitel 5.4.6.4 über „begangene und unbegangene Wege“ von Interventionen wird das vorliegende Fallmaterial unter der Perspektive erfolgter oder nicht erfolgter Interventionen durch potenziell interventionsrelevante (personale und institutionelle) Akteurinnen und Akteure dargestellt. Die Auswertung der Interviews mit Expertinnen und Experten, Pflegekräften sowie vereinzelt auch pflegenden Angehörigen verfolgt die Fragestellung, wer von Viktimisierungen Kenntnis genommen hat, welche Interven-

tionsschritte unternommen oder unterlassen wurden und welche Interventionslösungen in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegesettings entwickelt, umgesetzt oder verhindert wurden. Hieran schließt sich eine Darstellung erfolgskritischer personenbezogener und institutionenbezogener Faktoren für Interventionen an.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die in den folgenden Kapiteln zu analysierenden Fallbeispiele von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen in den verschiedenen Kapiteln und Abschnitten wiederholt aufgegriffen werden. Die wiederholte Darstellung von Fällen erfolgt jedoch jeweils unter der in dem entsprechenden Kapitel oder Abschnitt verfolgten spezifischen Fragestellung. Die Darstellung des Fallverlaufs und der zugrunde liegenden Viktimisierungen ist – im Sinne eines grundlegenden Fallverständnisses – auch im Hinblick auf eine spezifische Analyseperspektive erforderlich. Wiederholungen und Überschneidungen in der Falldarstellung zwischen den einzelnen Kapiteln lassen sich daher nicht immer vermeiden.

5.4.6.2 Die lebensweltliche Realität häuslicher Pflege: leitmotivische Themen

Bei aller Heterogenität und Individualität der untersuchten familialen Pflegearrangements werden von den Befragten – zum Teil auch unabhängig von den im Leitfaden formulierten Fragen – in den Interviews wiederkehrende Themenbereiche sowie Denk- und Argumentationsfiguren in der Interpretation der eigenen Erfahrungen vorgebracht. Einige zentrale leitmotivisch auftauchende Themen sollen im Folgenden dargestellt werden. Wiederholt auftauchende Motive werden vor allem anhand von kurzen Einzelzitataten illustriert; lediglich zur beispielhaften Verdeutlichung idealtypischer Muster und Fallkonstellationen wird vereinzelt auf längere Interviewpassagen und Falldarstellungen zurückgegriffen. Im Sinne des Textflusses und der Lesbarkeit erfolgt die Darstellung von Zitaten und Fallberichten teilweise in Fußnoten.

Pflegeübernahme als kritisches Lebensereignis und Innovationserfordernis
Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei einem Familienmitglied und die dadurch notwendig werdende Entscheidung des familialen Systems, wie mit dieser Veränderung umgegangen werden soll, können stets als Krise und stressreiches Ereignis betrachtet werden. Auch in den Fällen, in denen Pflegebedürftigkeit nicht plötzlich und unerwartet beginnt, sondern langsam und vorhersehbar eintritt, ist sie immer zugleich eine Herausforderung für die Innovationsfähigkeit einer Beziehung und der sie tragenden und konstituierenden Personen.

Familiale Pflege stellt an alle Beteiligten große Anforderungen, vor allem im Hinblick auf die Neudefinition und praktische Regulierung des Verhältnisses von Nähe und Distanz; dies in einem umfassenden und keineswegs auf physischen Kontakt beschränkten Sinne. Von diesem Erfordernis einer Nähe-Distanz-Regulation¹⁵⁶ sind unter anderem folgende Bereiche betroffen:

I Umgang mit Körperkontakt/physischer Intimität, auch Sexualität¹⁵⁷

I emotionale Nähe

¹⁵⁶ Zur Bedeutsamkeit angemessener Nähe-Distanz-Regulation in Beziehungen, insbesondere in Partnerschaften, vergleiche z. B. Christensen & Shenk (1991).

¹⁵⁷ Zu Sexualität und Pflegebedürftigkeit, insbesondere zu Sexualität und Demenz vergleiche Redinbaugh, Zeiss, Davies & Tinklenberg (1997), Sherman (1999).

- | Kommunikation (Kommunikationsstil und Kommunikationsinhalte)

- | Interpretation von Verhalten, Zuschreiben von Intentionen, Verhaltensursachen, Verantwortlichkeiten

- | subjektive Bedeutung, Exklusivität und zeitliche Perspektive einer Beziehung

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. Die mit der Pflegeübernahme verbundenen Lernerfordernisse bringen die an der Interviewstudie beteiligten pflegenden Angehörigen immer wieder zum Ausdruck. So betont ein 71-jähriger pflegender Ehemann seine Verantwortung zu lernen vor dem Hintergrund der demenziellen Erkrankung seiner Frau: „Das Problem in unserer Beziehung bin ich. Ich muss lernen, sie kann nicht mehr lernen. Und ich muss lernen mit der Situation fertig zu werden und mich in den Griff zu kriegen.“ (I_19)

Eine besondere Herausforderung stellt für viele pflegende Angehörige die Plötzlichkeit des Einsetzens der Pflegebedürftigkeit dar. Die meisten pflegenden Angehörigen geben an, auf die Übernahme der Pflegeverantwortung nicht vorbereitet gewesen und „einfach hineingewachsen“ (I_57) zu sein. Teilweise geben die befragten Angehörigen an, dass eine Vorbereitung nicht möglich gewesen sei, teilweise kommt aber auch – wie im folgenden Zitat eines 73-jährigen pflegenden Ehemanns – zum Ausdruck, dass sie sich nicht frühzeitig mit den damit verbundenen emotionalen Belastungen konfrontieren wollten: „Vorbereiten? Wissen Sie wie das geht? Sie machen das, was sein muss und hoffen, dass es nicht schlimmer wird, aber es ist immer schlimmer geworden. Es kommt ganz automatisch, da können Sie sich nicht groß vorbereiten. Und vor allen Dingen, wenn eh' einen das betrifft, man will das ja auch nicht gleich wahrhaben.“ (I_65)

In den Interviews mit pflegenden Ehepartnerinnen und -partnern in intragenerationalen Pflegearrangements wird deutlich, dass vor dem Hintergrund einer geschlechtersegregierten Arbeitsteilung die Bewältigung des Pflegealltags von Männern und Frauen teilweise in unterschiedlichen Bereichen Kompetenzzuwächse verlangt. So erwähnen viele pflegende Ehefrauen, dass insbesondere die Verantwortungsübernahme für finanzielle Angelegenheiten zu Beginn der Pflegebedürftigkeit des Ehemannes für sie ein neues Aufgabengebiet darstellte. „Er hat aber auch so Beihilfe, also den ganzen Behördenkram gemacht und dann merkte ich allmählich, dass eins nach dem andern nicht mehr klappte und dann musste ich's übernehmen“, so z. B. eine 72-jährige pflegende Ehefrau (I_45). Auch in Bezug auf andere männlich codierte alltagspraktische Tätigkeiten betreten Frauen der jetzt älteren Generation oftmals Neuland. Eine 69-jährige pflegende Ehefrau beschreibt den damit verbundenen Lernprozess als schwierig: „Aber das ist mir nicht leichtgefallen, mich in alles einzuarbeiten, sei es um die Finanzen, um die Konten und och, was war das für 'ne Wirtschaft, und das Auto. Wenn das zum TÜV muss und ich durfte ja auch nie tanken und solche Sachen, das sind banale Dinge, das muss man alles erst lernen.“ (I_85)

Fast durchgängig beschreiben pflegende Männer die Haushaltsführung als ein für sie gänzlich neues Aufgabengebiet und nehmen dabei teilweise auf ihre frühere ausschließliche Erwerbsorientierung Bezug, wie im folgenden Zitat eines 68-jährigen pflegenden Ehemanns deutlich wird: „Ja, wissen Sie, das war ja so, ich habe mich einfach um Haushalt überhaupt nicht gekümmert. Ich bin arbeiten gegangen. (...) Und dann habe ich mich erst mal so einfummeln müssen und dann ging es auch los in der Küche.“ (I_45)

Auch im Hinblick auf die Durchführung von Pflegetätigkeiten, insbesondere in Bezug auf den Umgang mit Inkontinenz und Intimpflege, konnten sie oftmals nicht auf vorherige Erfahrungen, z. B. in der pflegerischen Versorgung der eigenen Kinder, zurückgreifen. Ein 81-jähriger pflegender Ehemann beschreibt beispielhaft, dass ihm die Inkontinenzversorgung seiner Frau vor diesem Hintergrund schwergefallen ist: „Man kann ja nicht die Frau da drin sitzen lassen, das alles, dann fängt’s an zu riechen und stinken. Auch mit dem Saubermachen, das sind so einzelne Sachen, die gemacht werden müssen, aber die, äh, macht keiner gern. (...) Mir ist das auch schwergefallen. Denn gerade als Mann, man hat das, ist da nie mit konfrontiert worden und plötzlich steht man da.“ (I_76)

Identitätsrelevanz von Pflege und Pflegebedürftigkeit

In zahlreichen Interviews wurde deutlich, dass der Umstand, „Pfleger“ bzw. „Pflegebedürftiger“ zu sein, für das Selbstverständnis, die Identität der jeweiligen Personen von großer, vielfach sogar alles andere überragender Bedeutung ist.¹⁵⁸ Sie prägen das Selbstbild wie die Wahrnehmung durch Dritte. Im Hinblick auf die Pflegebedürftigen liegt die Zentralität des Umstands der Pflegebedürftigkeit für die Identität auf der Hand. Die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehenden Einschränkungen determinieren den aktuellen Lebensstil wie die Zukunftsperspektiven und die verbleibenden Handlungsoptionen der betroffenen Person.

Wer einen Angehörigen pflegt, erlebt sich oft in erster Linie als Pfleger und umgekehrt den Angehörigen/die Angehörige als zu Pflegenden/Pflegende, wie dies eine 53-jährige pflegende Ehefrau folgendermaßen zum Ausdruck bringt: „Also das ist kein Mann, sondern der zu pflegende Angehörige.“ (I_59)

Für pflegende Angehörige ergibt sich die subjektive Zentralität des Pflegens aus folgenden Aspekten:

- I Die enorme zeitliche Beanspruchung durch die Pflege, die das Leben grundsätzlich verändert: „Man ist immer angebunden, eingebunden und man hat eben, ich sag mal, eine ganz andere Aufgabe. Ich akzeptiere mein anderes Leben, es ist eben ein anderes Leben geworden.“ (I_08, pflegender Ehemann, 68 J.)
- I Die zeitliche Beanspruchung steht zumeist auch in Verbindung mit der Zentralität der Pflegebedürftigen als Interaktionspartner, bei denen es sich vor allem um Eltern und Ehepartner handelt: „Und von da an bin ich auch nicht mehr weggegangen. Seitdem bin ich irgendwie 24 Stunden mit meiner Mutter zusammen.“ (I_11, pflegende Tochter, 57 J.)
- I Die Bedeutsamkeit der Aufgabe und damit der eigenen Person ergibt sich daraus, dass es mindestens um Wohlbefinden, letztlich oft um Leben und Tod geht. Viele Angehörige beschreiben in diesem Zusammenhang ihre eigene existenzielle Bedeutung für den

158 Zum Konzept der Identitätsrelevanz vgl. u. a. De Garmo & Kitson (1996), Thoits (1991; 1995).

Pflegebedürftigen, wie dies eine 71-jährige pflegende Ehefrau beispielhaft zum Ausdruck bringt: „Mein’ ich schon, dass ich ja in gewisser Weise unersetzlich bin und dass ich versuche dran zu drehen. Ich mein’ die Idee, dass ich vor mein Mann sterben könnte, is’ für mich sehr, also, ich möchte mir das nicht ausmalen, weil ich mein’, dann wär eben sein Leben mit zerstört und er würde irgendwie noch da, dahinvegetieren, vielleicht auch dann nicht mehr so lang.“ (I_45)

- I Viele pflegende Angehörige beschreiben auch den existenziellen Charakter der Themen, die mit dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit und der Übernahme von Pflegeverantwortung verknüpft sind (Endlichkeit, Sterben, Leiden, Verantwortung, Freiheit und Unfreiheit, Veränderbarkeit und Hilflosigkeit etc.), als wichtigen bereichernden Aspekt von Pflege, wie am folgenden Zitat einer 51-jährigen pflegenden Tochter einer bereits Verstorbenen deutlich wird: „Also man kriegt eben auch ’ne andre Sichtweise, ne für, für, ja für das eigene Leben, für den eigenen Tod. Ich hab’ logischerweise, ich hatte sechs Jahre lang Zeit auch, mich mit dem Tod auseinanderzusetzen, was ich auch gemacht hab’.“ (I_39)
- I Identitätsrelevant ist Pflege auch deshalb, weil die Beanspruchung durch Pflege oft andere (vormals identitätsrelevante) Aktivitäten (Beruf, Pflege sozialer Kontakte, Freizeitaktivitäten, gesellschaftliches Engagement etc.) verdrängt, ersetzt, erschwert oder in ihrer Bedeutung reduziert und die so entstandene „Lücke“ gefüllt zu werden verlangt. Viele Pflegenden erwähnen, dass sie die Pflege nicht nur als Verlust vorheriger Tätigkeiten wahrnehmen, sondern versuchen, die Pflege selbst als neue, einem Beruf vergleichbare Aufgabe zu begreifen. Eine 55-jährige pflegende Ehefrau beschreibt z. B., wie sie die Pflege und die damit für sie und ihren Mann verbundenen Belastungen als Berufstätigkeit deutet und somit erträglich macht: „Ich nehme einfach meines Mannes Krankheit so als Aufgabe, ich sage mir immer: ‚Das is unsere Arbeit jetzt geworden. Denk einfach, du bist berufstätig und das ist deine Arbeit. So kannst du’s auch nur ertragen.‘“ (I_71)

Teilweise formulieren die pflegenden Angehörigen die mit der Pflegeübernahme verbundenen Einschränkungen bzw. die Ausrichtung des eigenen Lebens auf die Pflegebedürftigen aber auch als Verlust von Identität: Eine 57-jährige pflegende Tochter (I_31) bringt dies folgendermaßen zum Ausdruck: „Wenn so ’ne Pflege über Jahre geht, also man ist einfach, man muss sich so zurücknehmen, man ist ja gar nicht mehr existent eigentlich, es sind ja nur noch die Pflegebedürftigen existent im Prinzip, ne, man ist nur damit beschäftigt.“

Familiale Demenzpflege als hoch spezifisches Problemfeld

Die Pflege demenziell Erkrankter ist in mehrfacher Hinsicht ein hoch spezifisches Problemfeld. Die Erkrankung und die damit verbundene Übernahme von Pflegeverantwortung verändern 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/der Pflegebedürftigen auf Distanz zu gehen und ihn/sie für das Verhalten nicht verantwortlich zu machen. In vielen Darstellungen pflegender Angehöriger wurde deutlich, dass die Möglichkeiten zu einer Distanzierung einerseits von dem Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen sowie der

Verfügbarkeit von Strategien im Umgang mit dem/der Kranken abhängen, andererseits aber auch davon, inwieweit das Verhalten der Pflegebedürftigen aus Sicht der Angehörigen in Kontinuität zum prämorbidem Verhalten steht oder diesem gegenüber einen Bruch darstellt.¹⁵⁹ Das folgende Zitat einer 57-jährigen pflegenden Tochter verdeutlicht, dass die Deutung des Verhaltens der Pflegebedürftigen auch ambivalent und stark von der eigenen Wahrnehmung geprägt sein kann: „Äh, ja, das kommt dann auf mich an. Das merkt se ja wohl manchmal gar nicht, wenn se mir: ‚Du bist ’ne blöde Ziege!‘ und ‚Du bist doof‘ und dies und das so. Ne? Und manchmal, oah! Dann denk’ ich: ‚Nee, das kann nicht wahr sein.‘ Dann denk ich: ‚Mensch! Wie früher so!‘ Weiß ich auch nicht. Aber ich denk dann: ‚Mensch! Du darfst das auch nicht so ernst nehmen. Die ist ja auch krank. Die weiß das ja manchmal auch nicht.“ (I_14)

„Ambiguous losses“ (vgl. Boss, 1999; 2004; 2006) kennzeichnen viele Pflegebeziehungen, vor allem aber die Pflege von Demenzkranken. Die pflegebedürftige Person ist nicht wirklich „verloren“ im Sinne von „nicht mehr existent“; sie ist aber für den Pflegenden (und für das familiale System insgesamt) nicht mehr in der Weise vorhanden, wie dies vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Fall war. Die Unsicherheit, inwieweit eine Person noch zum familialen System gehört¹⁶⁰, wirkt belastend und bringt unklare Gefühlslagen mit sich (Boss, 1999, S. 61).¹⁶¹

Ein auf Angehörige von Demenzkranken ebenfalls vielfach angewandtes Konzept ist das des „anticipatory grief“ oder „anticipatory mourning“ (vgl. Rando, 1986; 2000; vgl. auch Adams & Danders, 2004; Marwit & Meuser, 2002; Meuser & Marwit, 2001). Hier stehen nicht die Zweifel und Mehrdeutigkeiten, sondern die bereits lange vor dem Tod einsetzenden Verlustwahrnehmungen und die Trauer darüber im Mittelpunkt. Im Rahmen der vorliegenden Interviewstudie brachten pflegende Angehörige solche Erfahrungen eines dem physischen Tod vorausgehenden Abschieds von der Person zum Teil deutlich zum Ausdruck („Ich habe keine Frau mehr“). Das folgende Zitat einer 52-jährigen Ehefrau verdeutlicht sowohl die Trauer über den Verlust des Partners als auch die Unsicherheit über den Partnerstatus des Ehemanns:

I_23: „Also ich hab auch Tage, wo es mir natürlich nicht gut geht, wo ich dasitze und heul’ einen vor mich hin oder so, aber ich glaube, ich bin, aus dem ganz tiefen Tief bin ich raus. Das hat ja jeder, wenn jemand dement, also besonders bei so ’ner Krankheit, wo sie sich mit ihrem Partner nicht mehr richtig unterhalten können, das ist ja viel schwerwiegender als mit ’ner anderen Krankheit fertigzuwerden. Der, der stirbt ja so langsam, der andere Partner, der ist ja in dem Sinne auch kein Partner mehr. Er ist nicht so ’n Partner, wie er vorher war. Und, ehm, das erste halbe Jahr ist das, da, sagen wir mal so, war das Trauerjahr, da habe ich also hier nur gesessen und geheult abends.“

¹⁵⁹ Zum Umgang mit problematischem Verhalten Pflegebedürftiger siehe die Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.

¹⁶⁰ Boss verwendet hierfür das Konzept der „boundary ambiguity“ (in der Bedeutung von „ambiguity regarding a family member’s presence or absence in the family system“; Boss, 2002, S. 94).

¹⁶¹ Untersuchungen (Boss, Caron, Horbal & Mortimer, 1990) weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung des Pflegebedürftigen als körperlich präsent und zugleich psychisch abwesend mit erhöhter Depressivität familialer Pflegepersonen einhergeht.

Familiale Pflege als geschlechtlich codiertes Tätigkeitsfeld

Vor dem Hintergrund einer geschlechtersegregierten gesellschaftlichen Arbeitsteilung¹⁶² stellt sich häusliche Pflege auch in den vorliegenden Interviews in zweifacher Hinsicht als „weibliche“ Arbeit dar. Zum einen sind es überwiegend Frauen, die Pflegeverantwortung für ihren Partner, einen Elternteil oder aber einen Schwiegerelternteil übernehmen.¹⁶³ Darüber hinaus ist Pflege in vielfacher Hinsicht als weiblicher Aufgaben- und Kompetenzbereich codiert. Dies spiegelt sich in der Interviewstudie sowohl bei Männern als auch Frauen in ihren Erfahrungsberichten und ihren geäußerten Erwartungshaltungen an sich und andere wider. So wurde in einigen Interviews mit pflegenden Töchtern deutlich, dass sie als potenzielle Unterstützungspersonen aus dem familiären Umfeld vor allem ihre Schwestern oder Schwägerinnen in der Pflicht sahen. So formuliert z. B. eine 54-jährige pflegende Tochter: „Ich wünschte mir also manchmal, dass meine Schwägerin also ein bisschen mehr übernimmt und das tut sie nicht. (...) Ja, mein Bruder, der im Haus wohnt, ist ja nun alleinstehend“ (I_16). Während Frauen die Pflegeübernahme oftmals als selbstverständliche Fortsetzung ihrer jahrzehntlang geleisteten Haus- und Sorgearbeit beschrieben, berichteten Männer von den Anforderungen, die sich aus den für sie neuartigen Aufgaben in Verbindung mit der Pfl egetätigkeit ergaben. Für (Ehe-)Frauen insbesondere der älteren Generation stellte hingegen die mit dem Verlust praktischer Kompetenzen des Partners notwendig werdende Verantwortungsübernahme in finanziellen und technisch-praktischen Angelegenheiten eine Herausforderung dar. Die Übernahme gegengeschlechtlicher Kompetenzbereiche wird von den Befragten zum einen als Belastung, zum anderen aber auch als Erweiterung von Handlungsautonomie beschrieben.

Nicht nur die grundsätzliche Frage der Pflegeübernahme wird von Männern und Frauen unterschiedlich beantwortet; oftmals geht damit auch eine unterschiedliche Gestaltung des häuslichen Pflegearrangements einher. Die eher an Frauen gestellte Erwartung der Pflegeübernahme wirkt sich auf die Anerkennung durch andere, die Verfügbarkeit von Unterstützung aus dem Umfeld sowie die eigene Bereitschaft, Hilfe zu suchen und anzunehmen, aus.¹⁶⁴ So wurde in vielen Interviews deutlich, dass pflegende Männer in größerem Ausmaß als Frauen, insbesondere bei der Erledigung von Hausarbeit, Unterstützung aus dem verwandtschaftlichen und nachbarschaftlichen Umfeld erhalten. Soweit private Pflegeaufgaben von Männern übernommen werden, geht es ganz überwiegend um die Pflege der Ehefrau. Die männlichen Pflegenden haben in der Regel die Phase der Erwerbstätigkeit biografisch bereits hinter sich gelassen. Dementsprechend finden sich Hinweise auf Konflikte zwischen pflegerischen Aufgaben einerseits und Berufstätigkeit bzw. Erziehungsaufgaben andererseits vorwiegend in Interviews mit pflegenden Frauen.

162 Vgl. zur „gendered division of labour“ u. a. Estes (1986), Jecker (2001), Phillipson (1998).

163 Vgl. hierzu Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005).

164 Vgl. Lambrecht & Bracker (1992).

Heterogenität kognitiver und emotionaler Grundlagen von Pflegebereitschaft

Dass Pflege in der Familie (und nicht etwa in einer vollstationären Einrichtung) und im Rahmen des spezifischen (in der Interviewsituation angetroffenen) Arrangements geleistet wird, ist keineswegs selbstverständlich¹⁶⁵, sondern Ergebnis und Ausdruck komplexer Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse. In den Interviews sprachen insbesondere pflegende Angehörige häufig aus eigener Initiative (und bereits bevor direkt danach gefragt wurde) über motivationale Aspekte ihrer Pflegebeziehungen, über die Frage, was sie dazu bewogen hat, die Pflege eines Familienmitglieds zu übernehmen und diese trotz nahezu unausweichlich auftretender Belastungen und Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten.

Die Bandbreite der in den Gesprächen zum Ausdruck gebrachten Beweggründe ist groß. In den meisten Fällen bezogen sich die Interviewten auf mehrere für sie relevante Motive der Pflegeübernahme. Dabei wurde deutlich, dass sich die Begründungen für die Übernahme intergenerationaler oder intragenerationaler Pflege von ihrem prinzipiellen Gehalt her nicht unterscheiden. Die subjektiven Begründungen für das Eingehen bzw. Aufrechterhalten familialer Pflegebeziehungen werden auf verschiedenen Ebenen formuliert. Unterscheiden lassen sich demnach Begründungen, die eher dem Bereich persönlicher und/oder gesellschaftlicher moralischer Normen zuzuordnen sind, von solchen Haltungen, die eher eingebettet sind in die Wahrnehmung der eigenen Person, des/der Pflegebedürftigen bzw. der konkreten Beziehung zum/zur Pflegebedürftigen. Darüber hinaus werden, eher vereinzelt, auch externe sachliche, d. h. nicht unmittelbar auf soziale Aspekte der Pflegeverantwortung bezogene, Gründe für die Pflegeübernahme geäußert. Mit der folgenden Aufteilung sind keine Bewertungen hinsichtlich des „moralischen Gehalts“ der Begründungen für die Pflegeübernahme verknüpft. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass die meisten Befragten mehrere Begründungen und verschiedene Arten von Begründungen als für sie handlungsleitend vorgebracht haben.

Bezugnahme auf allgemeine moralische Normen und Grundhaltungen

Die in dieser Rubrik aufgeführten Begründungen beziehen sich zumeist auf Verhaltensnormen im Hinblick auf die nächsten Angehörigen. Im Zusammenhang mit der Pflege von Ehepartnerinnen/-partnern wurde von sehr vielen Befragten auf das Eheversprechen und dessen als unaufhebbar erlebte Bindungswirkung als Grundlage der Übernahme und des Aufrechterhaltens von Pflegeverantwortung verwiesen. Zum einen deutet sich ein Verständnis von Ehe als einer Art von sittlicher Verpflichtung an, die über eine bloß vertragliche Vereinbarung, welche kündbar wäre, hinausgeht und nicht an die „Wankelmütigkeit“ von Emotionen gebunden ist. Zum anderen wird auf den Grundsatz Bezug genommen, dass gegebene Versprechen nun einmal zu halten seien. Eine 48-jährige Ehefrau formuliert beide Aspekte folgendermaßen: „Ich hab versprochen, in Gesundheit und Krankheit zu ihm zu stehen und nicht nur, wenn er ein gebrauchsfähiger Mann is'. Und das war eigentlich auch das, was mich irgendwo bewogen hat, das wenigstens zu versuchen.“ (I_70)

¹⁶⁵ Einschlägige Studien gehen davon aus, dass die familiäre Pflegebereitschaft künftig zurückgehen wird. So fanden Runde, Giese, Schnapp & Stierle (2002) bei Befragungen an jeweils über 1.000 Personen, dass 1997 noch 55% der Befragten der Ansicht waren, dass Eltern ein Anrecht auf Pflege durch ihre Kinder haben, während 2002 dieser Wert auf 45% gesunken war. Klie & Blaumeister (2002) kommen in ihrer „Freiburger Pflegestudie“ auf der Basis einer Befragung von 1.432 Personen zu dem Schluss, dass die familiäre Pflegebereitschaft nicht nur vor dem Hintergrund veränderter demografischer Bedingungen, sondern auch durch sozialen und kulturellen Wandel zurückgehen wird; moralische Gesichtspunkte werden, so die Prognose, an Bedeutung verlieren, Kostenüberlegungen wichtiger werden.

- I In intergenerationalen Pflegebeziehungen wurde von vielen pflegenden Kindern eine als selbstverständlich erlebte Verpflichtung von Kindern, insbesondere Töchtern, gegenüber Eltern angeführt. „Erst mal, weil ich die Tochter bin. Weiß ich nicht, ich hab da so ‘n Verpflichtungsgefühl“, so z. B. eine 40-jährige Interviewpartnerin (I_68). Vereinzelt betonen insbesondere pflegende Kinder familiäre Solidarität als einen in der Familie geteilten und traditionell gelebten hohen Wert.¹⁶⁶ Eine 64-jährige Tochter gibt auf die Frage nach Gründen für die Pflegeübernahme z. B. an: „Wir sind eigentlich eine Familie, ein richtiger Clan. Ein richtiger Clan. Da gibt’s Streit und alles, aber wenn es ernst wird, dann stehen die alle wie ‘ne Mauer, dann ist das alles, das ist dann fest.“ (I_44)
- I Neben den zumeist auf konkrete Familienangehörige bezogenen Begründungen, werden eher vereinzelt auch allgemeine moralische Grundhaltungen angeführt, dies v. a. im Kontext religiöser Überzeugungen. So nehmen Befragte teilweise explizit Bezug auf ihren starken Glauben, teilweise eher implizit im Sinne einer allgemein empfundenen Verpflichtung, für andere da zu sein und „Gutes zu tun“. Letzteres wird zum Beispiel im folgenden Zitat einer 48-jährigen pflegenden Schwiegertochter zum Ausdruck gebracht: „Äh, ich denke mal, das sagt mir schon alleine meine innere Stimme: ‚Du musst auch diesem Menschen was Gutes tun auf Erden, auch wenn er dir sehr viel Schlechtes getan hat‘.“ (I_34)

Bezugnahme auf die Zuständigkeit für die Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund emotionaler Bindung und Verpflichtung

Viele der befragten pflegenden Kinder wie Ehepartnerinnen und Ehepartner beschreiben, dass die Übernahme der Pflege primär ihrem innersten emotionalen Bedürfnis entsprach und nehmen dabei zumeist Bezug auf die prämorbid Beziehungsgüte. „Wir haben praktisch immer zusammengelebt, ne (...). Sie hat meine Kinder erzogen sozusagen und später als sie größer waren, kam sie dann immer zu mir frühstücken. (...) Dieses enge Verhältnis, was wir immer hatten“, so bringt dies z. B. eine 63-jährige pflegende Tochter zum Ausdruck (I_56). Vor dem Hintergrund einer positiv geteilten Beziehung nennen viele Interviewpartner/-partnerinnen ihre Zuneigung/Liebe zu den Pflegebedürftigen als zentrales Motiv ihrer Pflegeübernahme: „Und ich muss Ihnen sagen, ich hab es aus großer Liebe getan. (...) Ich hab gesungen für sie, ach, was ich alles gemacht hab“, so ein 79-jähriger pflegender Ehemann (I_54).

Sehr häufig wurde die individuell empfundene Zuständigkeit zur Übernahme der häuslichen Pflege auch in negativer Abgrenzung zur möglichen Unterbringung in einem Heim formuliert. Die Befragten verwiesen dabei oftmals auf „schlimme Zustände“ in Pflegeheimen im Allgemeinen und stellten grundsätzlich der Versorgung durch fremde Menschen und in fremder Umgebung die optimale pflegerische und psychosoziale

¹⁶⁶ In der englischsprachigen Literatur wird für derartige Haltungen teilweise der Begriff „familism“ verwendet; er bezeichnet Positionen, die der Familie insgesamt sowie Loyalität, Vertrauen und Kooperation zwischen ihren Mitgliedern höchsten Wert beimessen (vergleiche zum Beispiel Montoro-Rodriguez & Kosloski, 1998; Popenoe, 1988; Villarreal, Blozis & Widaman, 2005). In Bezug auf familiäre Pflege wurden Zusammenhänge zwischen „familism“ der Pflegenden und Variablen wie erlebter Belastung, Depressivität, Pflegequalität wiederholt untersucht. Dies geschah in der Regel vor dem Hintergrund eines kulturvergleichenden Ansatzes; „familism“ wurde als ein in starkem Maße von kulturellen und ethnischen Zugehörigkeiten abhängiges Merkmal aufgefasst (vgl. unter anderem Losada, Shurgot, Knight, Marquez, Montorio, Izal & Ruiz, 2006; Shurgot & Knight, 2004; 2005; Youn, Knight, Jeong & Benton, 1999). Knight, Robinson, Longmire, Chun, Nakao & Kim (2002) kamen in einer Metaanalyse zu dem Schluss, dass die Befunde zum Zusammenhang von „familism“ und erlebter Belastung zwischen ethnischen Gruppen variieren und weiterer empirischer und konzeptueller Klärung bedürfen.

Versorgung der Pflegebedürftigen durch sie selbst entgegen. Viele Pflegenden formulierten in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass die Pflegebedürftigen im Heim „schon längst gestorben“ wären, wie z. B. eine 56-jährige pflegende Tochter: „Ich sagte eben schon, wir hängen aneinander und ich wäre dadurch todunglücklich geworden. Und meine Mutter hätte das bis heute nicht überlebt, das wäre ein paar Wochen gewesen, dann wäre sie gestorben, das weiß ich heute, mit Sicherheit weiß ich das. Das würde sie nie vertragen, sie lebt hier zufrieden in ihrer Wohnung und das möchte ich ihr, wenn's irgend geht, bis zum letzten Atemzug ermöglichen und dafür mache ich das.“ (I_84)

Aus diesen hypothetischen und teilweise mit moralischen Schuldzuweisungen verknüpften Negativszenarien leiteten die pflegenden Angehörigen eine positive Verpflichtung gegenüber der pflegebedürftigen Person ab, wie im folgenden Beispiel eines 55-jährigen pflegenden Sohnes drastisch zum Ausdruck kommt: „Oder ich muss sie vor die Alternative stellen, sie ins Heim bringen. Denn wäre ich aber 'n Mörder. Denn das hält sie lange nicht durch. Denn dann geht sie mir ein.“ (I_37)

Die Befragten benennen teilweise auch Mitleid angesichts der Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen als Grund für die gegebene Unterstützung, so z. B. eine 57-jährige pflegende Tochter: „Ich kann doch so 'n Puselchen nicht da hängen lassen! Wie so 'n, wie so 'n Baby! So 'n Kleinkind! Mensch, die kann ich doch da nicht sitzen lassen und alles! Das bring ich nicht fertig.“ (I_14)

Bezugnahme auf erfahrene Reziprozität

Für die Motivation, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen, spielen sowohl für pflegende Kinder als auch Ehepartnerinnen und Ehepartner Vorstellungen und Wahrnehmungen von Reziprozität¹⁶⁷ eine bedeutsame Rolle. Die befragten Angehörigen beziehen sich dabei vor allem auf eine zeitlich versetzte Reziprozität, in der die Pflegeübernahme als Ausgleich oder Dank für früheres Verhalten der nun pflegebedürftigen Person (dies vor allem zwischen pflegenden Kindern und pflegebedürftigen Eltern) betrachtet wird. Teilweise beziehen sich die Befragten ganz allgemein auf das von ihnen wertgeschätzte frühere Verhalten der Pflegebedürftigen, wie in der folgenden Aussage einer 76-jährigen Ehefrau deutlich wird: „Dafür war er immer auch so lieb zu mir, 'n Leben lang. Und das danke ich ihm jetzt.“ (I_12). Andere Interviewpartnerinnen und Interviewpartner benennen konkrete Ereignisse und Umstände, für welche sie Dank empfinden, dem sie durch ihre Pflgetätigkeit Ausdruck verleihen möchten. Eine 70-jährige pflegende Ehefrau beschreibt ihr Verantwortungsgefühl gegenüber ihrem Ehemann vor dem Hintergrund, dass er sie und ihre (unehelichen) Kinder versorgt bzw. abgesichert hat: „Mein Mann hat mich genommen mit vier Kindern. Dann muss man das.“ (I_85) Eine 57-jährige pflegende Tochter begründet die Pflegeübernahme ebenfalls mit den besonderen Fürsorgeleistungen ihrer Eltern: „Meine Eltern waren ja damals auch für mich da, wo ich geboren wurde, da war ich ja auch krank. Ich bin 'n Siebenmonatskind, und da stand das auf Kippe, ob ich sterbe oder nicht und da haben sie auch Tag und Nacht Wache gehalten, und von daher.“ (I_14)

¹⁶⁷ Zum Konzept der Reziprozität vgl. u. a. Kolm (2000). Insbesondere im Hinblick auf ökonomische Forschungsfragen wird unter Reziprozität meist der Umstand verstanden, dass Menschen sich als Reaktion auf freundliches Verhalten anderer kooperativer verhalten und entsprechend auf feindseliges Verhalten unkooperativ reagieren.

Bezugnahme auf hypothetische Reziprozität

Eine vor allem bei Ehepartnern/-partnerinnen anzutreffende Sichtweise ist die hypothetische Form der Reziprozität, die annimmt, dass im Falle eigener Hilfebedürftigkeit die nunmehr pflegebedürftige Person ihrerseits Pflegeverantwortung übernommen hätte, wie dies z. B. eine 55-jährige pflegende Ehefrau als Grund für ihre Pflegeübernahme anführt: „Und dann, denke ich mir, wäre mein Mann auch immer für mich da.“ (I_48)

Eine solche Reziprozität weist Parallelen zum Rawlschen „Schleier des Nichtwissens“ („veil of ignorance“; Rawls, 1971) auf: Element der Beziehung ist die gegenseitige Zusage, dass, sollte einer der Partner pflegebedürftig werden, der jeweils andere ihn pflegen würde. Da dies grundsätzlich beide Partner treffen kann und keiner von beiden zuvor weiß, wie die Dinge sich entwickeln werden, wird eine solche Vereinbarung von beiden Partnern als fair erlebt. De facto dürfte angesichts vorherrschender Altersunterschiede zwischen Ehepartnern (wobei der Mann in der Regel älter ist als die Frau) und der höheren Lebenserwartung von Frauen häufiger der Mann hiervon profitieren, und eine Chance, dies im weiteren Lebensverlauf durch einen Rollentausch auszugleichen, wird es nur in seltenen Ausnahmefällen geben. Unabhängig von der im Falle eigener Pflegebedürftigkeit hypothetischen Reziprozität entspricht die Pflegeübernahme durch Frauen zudem gesellschaftlich dominanten Rollenerwartungen und ist als „weibliche“ Aufgabe codiert. Die Nichtübernahme von Pflegeverantwortung trifft bei Männern daher auf eine weit größere Akzeptanz als bei Frauen¹⁶⁸, und es ist davon auszugehen, dass hypothetische Reziprozität als Motiv für die eigene Pflegeübernahme für Männer und Frauen eine unterschiedliche Gewichtung erfährt. So stellen in einigen Interviews pflegende Ehefrauen für den hypothetischen Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit die Pflegeübernahme durch den Ehemann infrage, wie infolgendem Zitat einer 70-jährigen pflegenden Ehefrau deutlich wird: „Und dann hat mir neulich eine ganz klar gesagt: ‚Weißt du, wenn das umgekehrt wäre, dann wärst du schon lange in einem Pflegeheim‘. I: Und das würden Sie auch so einschätzen? FP: Ja, ich denke schon.“ (I_85)

Teilweise begründen und akzeptieren die befragten Ehefrauen die mögliche Nichtübernahme der Pflege durch den Ehemann unter Bezugnahme auf geschlechtliche Arbeitsteilung: „Umgekehrt hätte er vielleicht für mich auch was jetan, aber als Mann kann man nicht so viel tun wie als Frau, denn die Pflege ist ja doch mehr so weiblich.“ (I_65, pflegende Ehefrau, 82 J.). Ebenfalls mit Verweis auf diese Form der Arbeitsteilung hebt eine andere 75-jährige Interviewpartnerin die Bereitschaft ihres Ehemannes hervor, stellt aber seine diesbezüglichen Kompetenzen infrage. „Er hat das Geld verdient für die Familie und ich hab’ das and’re jemacht. Er hätte das machen wollen, aber er, datt hätt’ er nich’ jeschafft, weil er unjeschickt da drin is’, ja er konnt’ ja noch nich’ mal unsere Kinder wickeln.“ (I_35)

Bezugnahme auf extrinsische, nicht mit der Pflegebeziehung in Zusammenhang stehende Motive

Vereinzelt wurden von den Befragten finanzielle Aspekte angeführt, die die Übernahme der Pflege neben anderen Gründen motiviert haben. Hierunter fallen der Erhalt von Einkommen durch Pflegegeld ebenso wie der Erwerb von Rentenanwartschaften. „Für die Pflege meines Bruders bekomme ich ja Pflegepunkte, das wissen Sie?“, so eine 63-jährige pflegende Schwester (I_03). Das Sichern des Erbes mag ebenfalls ein Motiv für die Pflegeübernahme sein, wurde aber nur von einem der Befragten angeführt. Diejenigen Befragten, die finanzielle Aspekte als Teilmotiv ihrer Pflegeübernahme angaben, bezogen sich allerdings kaum positiv auf die damit verbundenen Einkommensmöglichkeiten. Sehr viel häufiger wurde die eigene Pflegeübernahme damit begründet, dass

168 Vgl. Lambrecht & Bracker (1992).

ein Pflegeheimaufenthalt oder eine stärkere Einbindung eines ambulanten Dienstes keine finanziell umsetzbaren oder erstrebenswerten Alternativen wären. „Aber das andere hätte ich ja dann zuzahlen müssen. Und auch das ist schon der Grund, warum ich gesagt habe, nee, dann mache ich es lieber selbst“, so ein 65-jähriger pflegender Ehemann (I_33). In einzelnen Fällen wurde deutlich, dass aufgrund der aus Sicht der Befragten nicht vorhandenen Alternativen die häusliche Pflege trotz vorhandener Schwierigkeiten und Konflikte in der Beziehung zum Pflegebedürftigen übernommen wurde. So erläutert eine 73-jährige pflegende Ehefrau: „Nee, also ehrlich gesagt, ich habe es inzwischen bereut. Ja, aber ein Heim ist zu teuer, das kann man sich ja nicht leisten.“ (I_53)

Auch die Beibehaltung des Wohnumfelds und/oder des Lebensstandards wurde von einigen Befragten als (Teil-)Motiv für die Pflegeübernahme erwähnt.

I_60 (pflegende Enkelin, 44 J.): „Und bei mir hat sich das ja so, wie ich am Anfang schon sagte, es waren so, ich sag mal so, Gänsefüßchen, zwei Fliegen mit einer Klappe, damit ich aus meiner riesengroßen Wohnung nicht raus musste, denn halt Oma kann hierher.“

Bedeutung der Beziehungsvorgeschichte und Beziehungsentwicklung unter Bedingungen der Pflegeübernahme

Familiale Pflege kann nur vor dem Hintergrund der Beziehungsgeschichte der daran beteiligten Personen verstanden werden. Fundamentale Unterschiede zwischen professioneller Pflege (im stationären wie im häuslichen Bereich) und Laienpflege durch Familienangehörige bestehen u. a. in Art und Ausmaß der durch Ausbildung und praktische Erfahrung erworbenen Kompetenz, im Grad der Exklusivität einer spezifischen Pflegebeziehung und – dies vielleicht die bedeutsamste Differenz überhaupt – in dem Umstand, dass Pflege durch Familienangehörige überwiegend vor dem Hintergrund einer mehrere Jahrzehnte, in aller Regel zumindest aber Jahre bestehenden Beziehung beginnt und ausgeübt wird. Diese Beziehungsvorgeschichte prägt die Entscheidung für oder gegen die Übernahme von Pflegeverantwortung ebenso wie die Pflegebeziehung in ihrem Verlauf. Die prämorbid Beziehungsgeschichte wird durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit – und sei dieses Ereignis noch so gravierend in seinen Folgen für Gesundheit, funktionale Kompetenz, Kommunikation – nicht ausgelöscht. Pflegebedürftigkeit kommt in der Beziehung der Beteiligten nun als eine neue und bedeutsame Variable hinzu; in alle Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen fließen jedoch, insbesondere vonseiten der Pflegenden (je nach Krankheitsbild können Pflegebedürftige in ihren diesbezüglichen Handlungsoptionen eingeschränkt sein), auch die vorangegangenen Interaktionen ein.

Der Eintritt von Pflege- und Hilfebedürftigkeit und die mit einer Pflegeübernahme verbundenen Anforderungen können die bislang bestehende Beziehung dabei in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Die Interviews zeigen, dass sich unter Aspekten von Macht und Abhängigkeit, Stabilität und Kontinuität verschiedene Typen von Entwicklungsdynamiken in Pflegebeziehungen unterscheiden lassen, die das Belastungserleben pflegender Angehöriger und Pflegebedürftiger sowie den Umgang mit erlebten Belastungen entscheidend prägen. Nicht nur der prämorbid Zustand einer Beziehung, sondern auch die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehende Veränderungsrichtung stellen dabei einen wichtigen Faktor hinsichtlich der Frage des Umgangs mit Konflikten und des Viktimisierungsrisikos dar. Aus den Falldarstellungen der Expertinnen und

Experten sowie den Interviews mit den in die Studie einbezogenen Pflegesettings lassen sich idealtypisch die im Folgenden benannten Konstellationen und Muster erkennen. In Kapitel 5.4.6.3 werden Fälle aufgezeigt, in denen es im Zusammenhang mit bestimmten Beziehungs- und Konfliktmustern zu Viktimisierungen in häuslichen Pflegesettings kam.

Mögliche Entwicklungsdynamiken in Pflegebeziehungen

Fortgesetzt positive Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen: Bei vielen befragten inter- und intragenerationalen Pflegesettings wurde deutlich, dass eine von beiden Seiten geteilte und fortgesetzte positive Beziehungsgeschichte entscheidend zur Akzeptanz und Bewältigung objektiv gegebener Pflegebelastungen beiträgt.

I_08: In diesem Setting pflegt der 68-jährige Ehemann seine 66 Jahre alte Frau (Pflegestufe 3) ohne die Unterstützung eines Pflegedienstes seit ihrem zweiten Schlaganfall. Sie ist linksseitig gelähmt und nach Aussage ihres Mannes auf ständige Hilfe angewiesen. Auch sei ihre Hirnleistung eingeschränkt. Der Ehemann empfindet die Pflege nicht als Belastung, obwohl er durchaus die Schwierigkeit sieht, dass er dauerhaft angebunden ist und keine Freiheit in der Tagesgestaltung hat. Allerdings erlebt er die Pflege als Herausforderung, als Aufgabe, die er sich entschlossen habe wahrzunehmen: „Man wächst mit seinen Aufgaben“, so habe er z. B. kochen gelernt, was ihm Spaß mache. Er begründet die Pflege mit der gemeinsam verlebten guten Ehe: „Wir haben 45 Jahre (...) zusammen gelebt, sind gut zusammen fertig geworden, warum soll das jetzt nicht klappen?“ Er sorgt für Entlastung durch ein funktionierendes familiales und soziales Unterstützungssystem, kümmert sich aktiv um sich (Rückenschule, Gymnastik) und besucht einen Kurs für pflegende Angehörige. Insgesamt beschreibt der Mann seine Frau als eine zufriedene, „ganz liebe Patientin“. Er bekomme regelmäßig ihre Dankbarkeit zurück, auch pflegten sie noch einen körperlich zärtlichen Umgang miteinander. Er findet, dass sie durch die Pflege eher noch zusammengewachsen sind als Ehepaar. Es sei eine „Super-Ehe“, in der sie immer gut zusammengehalten haben, in der es nie Probleme gegeben habe, „warum soll es die jetzt geben?“ Auch nach Aussage der Pflegebedürftigen kümmere sich ihr Mann „ganz toll“ und die Beziehung zwischen ihnen sei „sehr gut“.

Belastung und Konflikte durch Fortführung oder Reaktualisierung von Konflikten und Abhängigkeitsverhältnissen: In vielen der untersuchten Pflegesettings hatten die Pflegebedürftigen (meist Ehemänner oder Eltern) aufgrund generationentypischer oder geschlechertypischer Rollenverständnisse beziehungsweise geschichtlich eine eher dominante Rolle gegenüber der nun pflegenden Person eingenommen. Durch den pflegebedingten Verlust von Autonomie kann es zu Verschiebungen im vormaligen Abhängigkeitsgefüge zwischen Ehepartner/-partnerinnen oder Eltern und Kindern kommen, da die Pflegebedürftigen objektiv auf die pflegende Person angewiesen sind. Doch ändert dies nicht zwangsläufig die von den Akteurinnen und Akteuren empfundenen emotionalen Abhängigkeiten und Machtverhältnisse. In manchen Fällen steht vielmehr die Verfügbarkeit der pflegenden Person bzw. die Anspruchshaltung vonseiten der Pflegebedürftigen im Vordergrund und bedingt eher eine Fortsetzung bzw. Reaktualisierung früherer Konfliktmuster, als dass es diese aufbricht.

Zu Konflikten und Belastungen in der Pflege zwischen Eltern und Kindern kann es z. B. kommen, wenn Kinder mit der Pflegeübernahme die Hoffnung verknüpfen, von Mutter oder Vater eine bisher verwehrt gebliebene Anerkennung ihrer Person und Leistung zu erhalten und diese Hoffnung enttäuscht wird. Ebenfalls problematisch wirken sich fortbestehende Dominanzansprüche der Pflegebedürftigen aus, zumal wenn deren Durchsetzung durch Ausübung moralischen Drucks und sozialer Kontrolle erfolgt. Schließlich können Konflikte entstehen, wenn die Pflegeübernahme im Kontext fortbestehender finanzieller Abhängigkeitsverhältnisse steht. Das folgende Beispiel einer 61-jährigen pflegenden Tochter verdeutlicht einige der oben genannten Aspekte.

I_26: Die Gesprächspartnerin beschreibt die aus der ihres Erachtens ausgeprägten Hypochondrie ihrer Mutter entstehenden Belastungen: „Ich kann mich noch, darum weiß ich den Zeitpunkt immer so, ich kann mich noch erinnern, dass sie dann immer gesagt hat: ‚Ich möchte ja wenigstens deine Konfirmation noch erleben. Na ja, inzwischen habe ich die goldene gehabt, nur früher hab’ ich das ja immer geglaubt, da hat mich das ja dann unheimlich betroffen gemacht, hab’ ich ja Angst gehabt, meine Mutter stirbt, ich hab’ immer wunders gedacht wie krank sie is’. (...) Sie is’ ja die Kranke und für sie muss man da sein und um sie muss man sich sorgen, das is’ ja so eigentlich ihr Lebensziel gewesen, wenn man’s mal so salopp sagen kann, denn es war ja früher schon so. (...) Also man kann ihr eigentlich nichts recht machen, egal was man macht oder ich zumindest nich’. (...) Was mich also jetzt auch zunehmend ärgert, was ich früher gar nich’ registriert hab’, was mich zunehmend ärgert, dass sie, dass man keine Anerkennung mal kriegt. Also die guten Kinder sind immer die andern.“

Zur Fortführung bzw. Verstärkung früherer Konflikt- und Machtmuster in der Pflege zwischen Ehepartnern kann es kommen, wenn Pflegende durch die Abhängigkeit der Pflegebedürftigen verstärkte Machtansprüche entwickeln, wenn die Pflegeübernahme im Kontext fortbestehender finanzieller Abhängigkeitsverhältnisse steht, wenn die Pflegebedürftigen die Leistungen der pflegenden Angehörigen nicht akzeptieren und wenn Verfügbarkeitsansprüche fortbestehen und gegenüber den Pflegenden mit moralischem Druck und sozialer Kontrolle durchgesetzt werden.

I_48: Das folgende Beispiel verdeutlicht vor allem den letztgenannten Aspekt. Eine 63-jährige pflegende und zugleich Vollzeit erwerbstätige Ehefrau beschreibt fortgesetzte eheliche Konfliktmuster und Ansprüche ihre Ehemannes auf ungeteilte Aufmerksamkeit. Die Freizeitgestaltung des Paares richtet sich in Gänze nach den Bedürfnissen des Ehemannes. Unternehmungen der pflegenden Angehörigen, z. B. mit Freundinnen, bleiben eine Ausnahme und werden vom Ehemann eifersüchtig begleitet, wie auch die Unterstützung der Ehefrau für ihre Mutter. „Ich hole meiner Mutter zum Beispiel jede Woche eben so und so viel Flaschen Selters, anderthalb Liter, die muss sie nicht durch die Gegend schleppen. ‚Das kann sie doch alleine‘. (...) Oder wir sprechen miteinander, dann spricht er ständig dazwischen, weil er immer was hat, ne.“ Die Interviewte beschreibt ihren Mann als dominant und egozentrisch, sie habe sich deshalb eigentlich auch von ihm trennen wollen. „Ja, aber das war er vorher schon. Das hat sich nur durch die Krankheit so verschärft und da gibt’s, da weicht er auch keinen Meter zurück.“ Der Ehemann scheint seinen Unterstützungsbedarf sehr zu betonen, was einerseits ein Eingeständnis von Schwäche ist, andererseits aber – durch das „auf Trab halten“ seiner Frau durch Anweisungen und auch seine Eifersucht gegenüber anderen – auch Ausdruck eines Machtanspruchs. Anhand von Äußerungen der

Befragten zeigen sich deutlich deren an die Bedürfnisse des Mannes angepassten Verhaltensweisen. So legt er größten Wert auf die Einhaltung „seiner Regeln“, z. B. im Hinblick auf die Reihenfolge der Schuhe im Eingangsbereich des Hauses.

Belastung und Konflikte durch Rollenumkehr und Verschiebung von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen: Während in den oben beschriebenen Beziehungskonstellationen die vormaligen Machtdynamiken unter der Bedingung der Pflegeübernahme – wenn auch unter veränderten Vorzeichen – im Kern weiter bestehen bzw. sogar verstärkt werden, verändert in anderen Fällen der mit der Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegeübernahme verbundene Autonomieverlust bzw. Einflussgewinn der pflegenden Person vormalige Beziehungsmuster in konflikthafter Weise. In der intergenerationalen Pflege kann dies bei Nichtakzeptanz der Rollenumkehr aufseiten der Pflegebedürftigen insbesondere vor dem Hintergrund elterlicher Dominanzansprüche der Fall sein, umgekehrt auch wenn pflegende Kinder veränderte Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse ausspielen. In der intragenerationalen Pflege kann es zu einer konflikthafter Rollenumkehr und Verschiebung von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen bei Nichtakzeptanz des Verlusts von Handlungsautonomie und Kontrolle aufseiten der Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund ehelicher, insbesondere geschlechtsspezifischer Dominanzansprüche kommen sowie ebenfalls in Verbindung mit dem Ausspielen veränderter Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse durch die pflegenden Ehepartnerinnen/-partner.

I_85: In diesem Fallbeispiel kommen beide genannten Aspekte zur Sprache. Befragt wurde die 69-jährige Ehefrau als einzige Pflegeperson eines 70-jährigen Pflegebedürftigen. Das Ehepaar hat nach Auskunft der Interviewten fast 50 Jahre lang eine lieblose Ehe mit klassischer geschlechtlicher Arbeitsteilung geführt. Das Machtverhältnis von früher hat sich mittlerweile teilweise umgekehrt, sie „sage jetzt manchmal, wo es langgeht“. Der Mann werde zuweilen verbal aggressiv und handgreiflich. Dies sei vor allem dann der Fall, wenn ihm etwas nicht passe, er die Kontrolle über etwas verliere, Dinge verlege und sie ihm dann Hilfe anbiete, die er nicht wolle. Auch in Situationen, in denen er als Ansprech- bzw. Autoritätsperson nicht gefragt sei, werde er ihr gegenüber aggressiv und tötlich. Teilweise hält die Ehefrau ihm die Unerträglichkeit der Situation vor und lässt ihn spüren, dass sie die Pflege verabscheut. „Heute habe ich übrigens zu meinem Mann gesagt: ‚Weißt du was, ich wünschte, ich könnte zehn Stunden am Tag arbeiten und müsste nicht hier sein.‘“

Beziehungsstützende Verschiebung und Umkehrung von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen: Bei einigen der befragten Pflegesettings wurde deutlich, dass eine pflegebedingte Umkehr von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen – trotz objektiver Pflegebelastungen und möglicher anfänglicher Konflikte – eine positive Beziehungsentwicklung bewirken kann. Zuvor konflikthafte und prekäre Beziehungen können dadurch an Stabilität gewinnen oder überhaupt erstmals als positiv erlebt werden. Voraussetzung hierfür ist die beiderseitige Akzeptanz veränderter Rollenmuster, die bei Eltern und Kindern zumeist eine Umkehrung von Eltern-Kind-Beziehungen bedeuten, bei Ehepartnerinnen und -partnern eine Umdeutung der Paarbeziehung in eine Art Eltern-Kind-Beziehung. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass viele der befragten pflegenden Ehefrauen nicht nur die Pflege ihres Mannes mit der Versorgung ihrer Kinder vergleichen, sondern vor diesem Hintergrund auch die Beziehung als eine Mutter-Kind-Beziehung beschreiben; sie greifen somit auf ein ihnen vertrautes Beziehungsmuster zurück und deuten damit die Partnerbeziehung um.

Im Verhältnis zwischen pflegenden Kindern und pflegebedürftigen Elternteilen kann es dann zu einer positiven Entwicklung in der Beziehung kommen, wenn die Pflegebedürftigen die Autonomie sowie die Leistung des pflegenden Kindes in Zusammenhang mit der Pflegearbeit anerkennen und sich im Kontext der Pflege Nähe neu entwickeln kann.

I_10: Die folgenden Beschreibungen einer 51-jährigen pflegenden Tochter lassen einige der oben genannten Aspekte erkennen: „Also ich muss sagen, meine Mutter und ich, wir waren eigentlich ‘n Leben lang Feuer und Wasser. Also ich hab niemals gedacht, dass ich mit der unter einem Dach leben könnte. (...) Und der entscheidende Faktor war, als sie jetzt das letzte Mal eben gefallen ist, hat sie gesagt: ‚Ich will ins Heim oder ich kann nicht mehr alleine.‘ Und damit hat sie zum ersten Mal in all den Jahren im Grunde genommen kapituliert und seitdem kommen wir beide zurecht. (...) Sie hat mir ja noch vor drei Jahren gesagt, wie ich Kartoffeln zu schälen habe, ne. Ja ich meine, ich bin ja auch nicht mehr ganz neu und ich hatte auch schon mal Familie und so. Aber das hat sie eben nun aufgegeben und deshalb kommen wir jetzt im Grunde genommen auch zurecht, ja. Also so im Wesentlichen. ‘N paar Macken hat sie immer noch, alles muss von Bofrost sein, weil sie das die letzte Zeit zu Hause so gehandelt hat, aber wenn ich jetzt Maggi kaufe und sag: ‚Die sind von Bofrost‘, dann schmeckt ihr das auch gut. Also wie kleine Kinder, wie kleine Kinder, genauso. Aber manchmal trägt sie es mit Fassung, manchmal haben wir auch schon wirklich gelacht. Irgendwann habe ich sie mal angezogen und mit Hose und allem Drum und Dran, dann sagt sie zu mir: ‚Sei doch mal ehrlich, ich wäre doch blöde, wenn ich jetzt sagen würde, ich kann das noch selber.‘“

Ein positiver Beziehungsverlauf nach Pflegeübernahme ist in der Pflege zwischen Ehepartnerinnen/-partnern vor allem dann möglich, wenn es vor dem Hintergrund der Erkrankung Pflegenden leichter fällt, bereits zuvor negativ wahrgenommene Eigenschaften der Pflegebedürftigen zu akzeptieren, wenn die Pflegenden die übernommene Verantwortung und die mit der Pflege verbundene Erweiterung der Handlungskompetenzen positiv erleben und beides durch den Partner bzw. die Partnerin anerkannt wird und schließlich, wenn sich im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit teilweise erstmalig Nähe entwickeln kann. Letztgenannter Aspekt wird in folgender Falldarstellung deutlich.

I_61: Befragt wurde die 61-jährige Ehefrau eines mittlerweile verstorbenen 69-jährigen Mannes, den sie zuvor sechs Jahre lang gepflegt hatte. Nachdem sie erfahren habe, dass ihr Partner ins Krankenhaus eingewiesen worden war, habe sie entschieden, ihn zu heiraten und zu pflegen für den Fall, dass er überlebe. Mit der Krankheit und der Übernahme pflegerischer Aufgaben habe sich ihr Verhältnis zueinander komplett verändert: Zuvor hätten sie eine unverbindliche Wochenendbeziehung geführt, die sich mit der Pflege zu einem innigen Verhältnis entwickelt habe. Sie habe vor der Erkrankung geplant, sich zu trennen. „Also ich glaube, wenn er jetzt nicht umgefallen wäre, also ich war eigentlich immer mit einem Fuß daran, diese Beziehung zu beenden, weil ich in dieser Beziehung nicht so richtig zufrieden war, ich sag’s mal so. Es gab kein richtiges Miteinander, also es war eigentlich Stillstand. (...) Ja, wir hatten also, gerade das letzte Jahr war ein sehr, es war ein sehr schönes, ein harmonisches Jahr, ein liebevolles Jahr. Unsere Beziehung war immer liebevoller geworden, immer zärtlicher, er wurde immer dankbarer, weil er immer mehr erkannt hat, was ich für ihn getan habe, dass ich [ihn] vor dem Heim bewahrt habe. (...) Am Anfang war das

natürlich grauslig, er wollte seine Krankheit nicht wahrhaben, nicht erkennen, nicht einsehen, er war sehr aggressiv, er war früher sehr egoistisch und er hatte 'nen starken Willen gehabt, ist mit dem Kopf durch die Wand. Er war sehr freiheitsliebend.“

Dominanz des Krankheitsgeschehens für das Belastungserleben Pflegebedürftiger

Im häuslichen Umfeld gepflegte Pflegebedürftige leiden zumeist primär unter den die Pflegebedürftigkeit begründenden Erkrankungen, erst in zweiter Linie auch unter den konkreten Pflegebedingungen und dem Verhalten der Pflegenden.

Unmittelbar krankheitsbezogene Stressoren

Die meisten Pflegebedürftigen erleiden Schmerzen und andere als belastend erlebte Krankheitssymptome (z. B. Schlafstörungen). Zudem gehen mit dem Verlust eigener Körperkraft und Fähigkeiten sowohl funktionale und kognitive Einschränkungen einher als auch der teilweise Verlust von Kommunikations- und Ausdrucksfähigkeiten. Als belastend erleben Pflegebedürftige in diesem Zusammenhang vor allem den damit verbundenen Verlust von Autonomie, die erlebte Unselbstständigkeit, Abhängigkeit und das Angewiesensein auf fremde Hilfe, wie im folgenden Zitat einer 68-jährigen, bereits seit zwei Jahrzehnten aufgrund einer Polyarthritits schwerstpflegebedürftigen Frau deutlich wird: „Das is' grauenerregend, abhängig, hilflos, teilweise bekloppt. Das hat auch was mit dieser Hilflosigkeit zu tun, dass man um alles bitten muss, das verbind' ich wohl damit, das ist eine Hilflosigkeit, die mich ohnmächtig gemacht hat und wütend, ja auch traurig und ganz sicher auch aggressiv.“ (I_46)

Mittelbar krankheitsbedingte Stressoren

Eher mittelbar krankheitsbedingt sind solche Stressoren, die sich auf die Wahrnehmung der Pflegebedürftigkeit beziehen. Hierzu zählen bei den meisten Pflegebedürftigen vor allem das sichere Wissen um die Irreversibilität der erlittenen Einschränkungen und um den progredienten Charakter der Erkrankungen, was bei manchen Pflegebedürftigen mit der Furcht vor einer eines Tages nicht mehr abwendbaren Heimunterbringung einhergeht. Aber auch die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs im konkreten Fall kann umgekehrt eine Belastung darstellen. „Ja, wenn ich das wüsste. Meine Frau wird älter, ich meine, ich weiß ja jetzt nicht, wie es mit mir weitergeht, wie lange das anhält. Ob das vielleicht, vielleicht sage ich mal, weiter besser wird oder schlechter. Also im Moment steht es, diese, diese Schaukelei ist dauernd da.“ (I_71, 62-jähriger pflegebedürftiger Ehemann)

Krankheitsbedingte, durch Personen- und/oder Umweltfaktoren moderierte Stressoren

Daneben zeigen sich Belastungsfaktoren, deren Bedeutung an das Vorliegen einer schweren Erkrankung bzw. Behinderung geknüpft ist, die sich jedoch nicht unmittelbar und zwingend aus der Erkrankung, sondern erst aus einer Interaktion mit Personen- und/oder Umweltfaktoren ergeben.

Zu nennen sind vor allem Belastungen, die mit der eingeschränkten Alltags- und Lebensgestaltung der Pflegebedürftigen verknüpft sind. So ist ihr Alltag in vielen Fällen von einer Monotonie der Tagesabläufe und einem Mangel an sinnerfüllter Aktivität geprägt. Soziale Kontakte stellen angesichts der eingeschränkten Möglichkeit selbstständigen Tätigseins oftmals die einzige Abwechslung dar, können aber innerhalb der

meisten Pflegesettings nicht „rund um die Uhr“ gewährleistet werden. Eine pflegebedürftige 92-jährige Mutter (I_52) bringt dies folgendermaßen zum Ausdruck: „Na ja, wie fühlt man sich? Einsam, manchmal sehr einsam. Meine Tochter kann ja nicht immer hier sitzen, die hat ja auch ihren Haushalt, ne. Und das ist schon manchmal schwer. (...) Ich wünsche mir, dass ich die Augen bald zumache.“ Im Zusammenhang mit einem in den meisten Fällen erwartbaren progredienten Verlauf von Krankheit und Pflegebedürftigkeit fehlt vielen Pflegebedürftigen insgesamt eine sinnhafte Lebensperspektive.

In Verbindung mit der aus dem Autonomieverlust resultierenden Abhängigkeit benennen einige Pflegebedürftige das krankheitsbedingte Unvermögen, aus der Rolle des „immer nur Nehmenden“ herauszutreten, als stark belastend, wie z. B. eine 83-jährige pflegebedürftige Ehefrau: „Ich würde ja alles machen, wenn ich’s schon könnte. Wenn ich meinem Mann helfen könnte, das wäre mir furchtbar lieb. Und ich sitz’ den Tag, ganzen Tag so faul hier rum. Wie schrecklich.“ (I_06). Teilweise verbindet sich hiermit auch die Sorge, dem/der Pflegenden zur Last zu fallen, insbesondere vor dem Hintergrund des Wissens um psychische und körperliche Leiden der Pflegeperson. Eine schwerstpflegebedürftige Ehefrau, 68 Jahre, beschreibt, dass sie ihren depressiven Mann nur ungern um Hilfe bittet: „Wenn ich meinen Mann schon sehe, dass er ja hängt, dass es ihm nich’ so toll geht und ich muss dann noch mal auf den Topp, is’ das für mich ein, der reinste Horror, ihn darum zu bitten.“ (I_46). Auch Gefühle der Scham und Peinlichkeit (insbesondere wegen Inkontinenz) gegenüber der Pflegeperson sind belastend.

Durch Verhalten im sozialen Umfeld bedingte Stressoren

Einige Pflegebedürftige erleben Belastungen in Zusammenhang mit dem Handeln (bzw. Nichthandeln) von Interaktionspartnern. Direkte Konflikte mit pflegenden oder auch nicht pflegenden Angehörigen werden kaum berichtet. Vereinzelt allerdings erwähnen Pflegebedürftige das Erleben von Fremdbestimmung und beschreiben die Wahrnehmung, an Entscheidungen nicht beteiligt zu werden, als belastend. Ein 70-jähriger Pflegebedürftiger reflektiert seine dadurch veränderte Rolle folgendermaßen: „’N hartes Brot, aber ich hab’ mich dran gewöhnen müssen, die meisten Entscheidungen, dass sie die in der Hauptsache mit trifft. (...) Na ja, ich habe das ja voll im Griff gehabt. (...) Ich meine sie fragt natürlich, aber die Endentscheidung trifft sie dann.“ (I_45) Vereinzelt bringen Pflegebedürftige zum Ausdruck, dass sie unter infantilisierenden Verhaltensweisen von Familienmitgliedern leiden, wie z. B. das folgende Zitat einer 72-jährigen Pflegebedürftigen, die von ihrer Tochter gepflegt wird, verdeutlicht: „Und denn bin ich doch traurig, dass se mir das nicht so abnimmt und nicht so glaubt. (...) Also, man wird dann, wie so ‘n kleines Kind behandelt und das tut mir manchmal weh.“ (I_51)

Vereinzelt deuten Pflegebedürftige den Rückzug von Teilen der Familie und als unzureichend erlebte Kontaktfrequenz und -intensität an. Das folgende Zitat eines 86-jährigen Pflegebedürftigen, der seit einem Ehekonflikt in einer von seiner Frau getrennten Kellerwohnung im gleichen Haus wohnt, vermittelt ein daraus entstehendes Gefühl der Fremdheit und des Nicht-heimisch-Seins im familialen Pflegesetting. „Also, ich habe praktisch gar keinen Kontakt mehr mit anderen Menschen. Da muss ich eben morgens und abends, manchmal um halb sieben oder um sieben, ja, dann muss ich hier runter. Ja. Sitz ich hier, gucke in die Röhre, und tja. Und die ganze Nacht. Bloß die halbe Nacht bin ich wach, halbe Nacht schlafe ich, halbe Nacht bin ich wach, weil ich hab keinen Kontakt!“ (I_64).

Häufiger als von familiären „Absetzbewegungen“ berichten Pflegebedürftige von einer „Ausdünnung“ des außerfamilialen sozialen Netzwerks seit Beginn der Pflegebedürftigkeit. Ein 62-jähriger pflegebedürftiger Mann bringt seine Enttäuschung darüber zum Ausdruck: „Ja, die kommen nicht mehr so oft vorbei, wenn man nicht mehr so kann, wie es sein soll. Am Anfang haben sie gesagt: ‚Wenn du wo irgend mit dem Auto mal hin möchtest‘, aber danach haben die ja gar nicht mehr gefragt.“ (I_49) Eine 82-jährige Pflegebedürftige stellt einen Zusammenhang zwischen ihrem als monoton erlebten Alltag und der Schwierigkeit, vorhandene Sozialkontakte wahrzunehmen, her: „Jetzt sind es nur zwei, die immer noch anrufen. Hat in dem Jahr auch, hat schon nachgelassen. Nein, Bekannte hat man halt. Meine Schneiderin und manchmal so ein kleiner Kaffeekranz. Am Geburtstag ruft zwischendurch jemand an. Es ist auch langweilig, was will ich denen erzählen?“ (I_10)

Auch eine als unzureichend erlebte pflegerische Versorgung und Unterstützung oder eine mangelhafte medizinische Behandlung nehmen Pflegebedürftige als belastend wahr. In den Interviews kamen allerdings fast ausschließlich mangelhafte Versorgungsleistungen vonseiten professioneller Pflegekräfte zur Sprache, wie im folgenden Beispiel einer 61-jährigen Pflegebedürftigen: „Die einen, die nehmen es einfach nicht wahr, dass wenn ich die Strümpfe aus habe abends, dass dann die Beine eingecremt werden müssen, das machen die nicht.“ (I_01)

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.¹⁶⁹

Multidimensionalität der Belastungen pflegender Angehöriger

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 sowie aus Qualität und Quantität der Unterstützung durch das familiäre und sonstige Umfeld.

Dass familiäre Pflege für pflegende Angehörige gravierende Belastungen mit sich bringt, wird in der Literatur seit Langem immer wieder hervorgehoben.¹⁷⁰ Einschlägige Studien beschreiben vor allem negative Konsequenzen für die Gesundheit der Pflege-

169 In der Literatur werden solche Phänomene vor allem in Bezug auf Schlaganfälle (als plötzlich auftretende und mit massiven Funktionseinschränkungen gekoppelte Erkrankungen) beschrieben – dort unter dem Begriff der „Post-stroke depression“ (PSD; vergleiche Gawronski & Reding, 2001; Herrmann, 1992). Kim, Choi, Kwon & Seo (2002) beschreiben das Symptombild der „inability to control anger or aggression“ bei etwa einem Drittel der von ihnen untersuchten Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten. Scheidt & Schwindt (1992) heben hervor, dass Funktionseinschränkungen durch Schlaganfall eine starke narzisstische Kränkung bedeuten, die mit geringem Selbstwert und Gefühlen der Wut und Verzweiflung einhergeht. Bedeutsam sind Plötzlichkeit und Unvorhersehbarkeit des Krankheitsbeginns; die resultierende körperliche Abhängigkeit bringt Angst und leichte Kränkbarkeit mit sich. Nach Hager & Ziegler (1998) erfordert die Bewältigung von Schlaganfallerkrankungen einen Trauerprozess, der ähnlich wie bei anderen Ereignissen in Phasen verläuft (Nichtwahrhaben-Wollen, emotionale Ausbrüche, „Verhandeln“ mit dem Schicksal, Depression, Akzeptanz; Phasen des Trauerprozesses ursprünglich von Kübler-Ross, 1969, beschrieben). Nilsson, Jansson & Norberg (1999) charakterisieren die Bewältigung einer derartigen Erkrankung als existenzielle Erfahrung, die in Interviews von den Erkrankten als eine Art „Kampf in der Dunkelheit“ beschrieben wird.

170 Stellvertretend für eine große Zahl von Publikationen: Anthony-Bergstone, Zarit & Gatz (1988), Baile, Norbeck & Barnes (1988), Chiriboga, Weiler & Nielsen (1989), Zarit, Todd & Zarit (1986).

genden (erhöhte Infektanfälligkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), ihr Wohlbefinden (erhöhte Depressivität) und ihre Sozialkontakte. Die amerikanische *Caregiver Health Effects Study* (Schulz & Beach, 1999) fand bei familiären Pflegepersonen eine gegenüber vergleichbaren Personen ohne Pflegeaufgaben deutlich erhöhte Sterblichkeit. Recht eindeutig erscheint die Befundlage auch im Hinblick darauf, dass nicht allein die gesundheitliche Verfassung des Pflegebedürftigen und der Zeitaufwand für die Pflege das Ausmaß der Belastung determinieren. Pflegende erleben besondere Belastungen, wenn die Beziehung zu der gepflegten Person bereits vor Übernahme von Pflegeverantwortung problematisch war (Hamel et al., 1990), wenn sie sich schuldig fühlen oder ihre Lebenssituation als außerhalb ihrer Kontrolle liegend erleben, wenn sie ungeeignete Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum, Rauchen und übermäßiges Essen wählen und wenn die pflegebedürftige Person sich ihnen gegenüber aggressiv und gewalttätig verhält (Quayhagen, Quayhagen, Patterson, Irwin, Hauger & Grant, 1997).

Zusammenhänge zwischen der Viktimisierung Pflegender und Pflegebedürftiger, den verschiedenen krankheits- und pflegebedingten Belastungsfaktoren sowie der Art des Umgangs damit werden in Kapitel 5.4.6.3 ausführlich dargestellt. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die in den Interviews deutlich werdenden Belastungsfaktoren nur stichpunktartig benannt, eine Illustration mit Zitaten erfolgt an dieser Stelle nur selektiv und in Fußnoten.

Stressoren und Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger im Überblick

Auf einer konzeptuellen Ebene lassen sich – gestützt auf das Interviewmaterial – nachstehende Formen von Belastungen pflegender Angehöriger unterscheiden:

- (A) unmittelbar mit Art und Grad der Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehende Belastungen
- (B) Belastungen, die primär vor dem Hintergrund von Merkmalen des pflegenden Angehörigen zu sehen sind (gesundheitliche Verfassung, pflegerische Kompetenzen, Einstellungen zur Pflege, soziale und organisatorische Kompetenzen etc.)
- (C) mit der im konkreten Fall realisierten Form familialer Pflege einhergehende Belastungen
- (D) primär beziehungsbasierte (d. h. in diesem Fall in der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person verankerte) Belastungen
- (E) Belastungen, die sich in erster Linie aus Qualität und Quantität der Unterstützung durch das familiäre und sonstige private Umfeld ergeben
- (F) Belastungen in Zusammenhang mit dem formellen Hilfe- und Unterstützungssystem

Dieser Kategorisierung folgend werden in den Interviews u. a. folgende Belastungen pflegender Angehöriger erkennbar:

(A) unmittelbar pflege- und krankheitsbezogene Belastungen

- | körperlich schwere Pflegearbeit
- | Schlafentzug durch nächtlichen Betreuungs- oder Pflegebedarf des Angehörigen
- | die bisweilen sehr lange, sich im Einzelfall über Jahrzehnte erstreckende Dauer familialer Pflege
- | der Umgang mit Inkontinenz der pflegebedürftigen Person
- | der Umgang mit krankheitsbedingt verändertem Verhalten, z. B. Aggressionen, realitätsinadäquates, teils selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, wahnhafte Verkennungen
- | eingeschränkte bzw. fehlende Kommunikationsmöglichkeiten mit der pflegebedürftigen Person; dies sowohl im Hinblick auf Verständigung in Alltagsdingen als auch im Sinne einer als schwierig oder unmöglich erlebten Fortsetzung einer bedeutungsvollen Beziehung zu der pflegebedürftigen Person¹⁷¹
- | Ohnmacht gegenüber der Krankheit und dem Krankheitsverlauf¹⁷²
- | Sorgen um die weitere gesundheitliche Entwicklung der Pflegebedürftigen
- | Leiden an „Entwürdigung“ des Angehörigen durch die Krankheit
- | mit Pflege verbundene organisatorische Aufgaben (Antragstellung etc.)

(B) belastende Faktoren in der Person des pflegenden Angehörigen

- | eigene gesundheitliche Probleme (auch: zusätzliche gesundheitliche Einbußen durch Pflege)
- | die Furcht, der Pflege eines Tages nicht mehr gewachsen zu sein¹⁷³
- | eigene Defizite im Bereich pflegerelevanter Kompetenzen (betrifft nicht nur unmittelbar pflegerisches Können und Wissen, sondern z. B. auch Kompetenzen im Umgang mit Pflegekassen, Behörden etc.)

(C) Belastungen im Zusammenhang mit dem konkreten Pflegearrangement, seinen Begleiterscheinungen und Auswirkungen

- | Zwang zu häuslicher Dauerpräsenz; damit Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- | Monotonie des Pflegealltags, zeitliche Vorstrukturierung und Inflexibilität des Pflegealltags
- | Aufgabe des Berufs¹⁷⁴
- | durch Pflege erzwungene Aufgabe anderer Interessen und Aktivitäten
- | Einschränkungen des Lebensstandards durch Pflegeübernahme
- | Belastungen durch große räumliche Distanzen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen

171 I_59 (pflegende Ehefrau, 53 J.): „Ich habe 'nen Partner, aber keinen Mann. Sagt eigentlich alles. (...) Sie haben keine Schulter zum Anlehnen. Sie müssen alles oder ich muss alles selber entscheiden bzw. müssen dann immer noch das Gefühl vermitteln, dass er mitentscheidet.“ Zur Belastung Pflegender wie Pflegebedürftiger durch unbefriedigt bleibende kommunikative Bedürfnisse vgl. Fried, Bradley, O'Leary & Byers (2005).

172 I_25 (pflegender Ehemann, 61 J.): „Ich liebe meine Frau, nur, dass ich ihr nicht helfen kann, das ist das, was mir am meisten wehtut. Das ist schlimm! Das ist wirklich schlimm! Sie können ihr nicht helfen!“

173 I_12 (pflegende Ehefrau, 76 J.): „Ich hoffe nur, dass ich lange noch kann, nicht, jetzt bin ich in Behandlung mit meinem Herzen. (...) Ich wünsche mir nur, dass ich das noch lange aushalte. Denn wenn man es richtig sieht, kann es mit meinem Mann noch lange gehen. (...) Ich mache eben so lange, wie ich kann.“

174 I_16 (pflegende Tochter, 54 J.): „Ja, es hat sich also sehr viel verändert, dies Gefühl, ja, erstmal, dass ich meinen Beruf aufgegeben habe, ich hab' immer tagtäglich mit Menschen zu tun gehabt, Arbeitskollegen, und war immer unterwegs und plötzlich nur noch angebunden zu sein. Wenn ich irgendwo hin will, hin muss, muss ich sie mitnehmen.“

- I Mehrfachbelastung durch parallele Berufstätigkeit
 - I Mehrfachbelastung durch parallele Erziehungsaufgaben¹⁷⁵
 - I Mehrfachbelastung durch die gleichzeitige Pflege mehrerer Personen
- (D)** primär beziehungsbasierte (d. h. in diesem Fall in der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person verankerte) Belastungen
- I Fremdbestimmung durch Verhalten und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person
 - I mürrisches und unfreundliches Verhalten der pflegebedürftigen Person; fehlende Dankbarkeit für Pflege- und Hilfeleistungen
 - I mangelnde Kooperation, mangelnde Compliance bei der Pflege
 - I depressive Symptomatik aufseiten des Pflegebedürftigen und dieser Symptomatik entsprechendes Verhalten¹⁷⁶
 - I Einschränkungen, welche mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Hinblick auf die gemeinsame weitere Lebensführung verbunden sind; Pläne und Hoffnungen für die Gestaltung der nachberuflichen Phase sind durch die Erkrankung einer der Partner vielfach obsolet geworden
- (E)** Belastungen in Zusammenhang mit Unterstützung durch das private Umfeld
- I mangelnde oder nur strategische Unterstützung durch Familie und andere Personen¹⁷⁷
 - I Ausdünnung und Abbruch sozialer Kontakte infolge von Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme¹⁷⁸
 - I Belastung der Beziehung zu anderen Familienmitgliedern (Partnerin/Partner, Kinder usw.) durch die Pflege eines Familienmitglieds¹⁷⁹
 - I Konflikte mit Familienmitgliedern um deren Beitrag zur Pflege¹⁸⁰

175 I_59 (pflegende Ehefrau, 53 J.): „Es ist noch die Tochter ‘n Stück Verantwortung, die ich tragen muss. Und das wird mir manchmal alles ‘n bisschen viel. (...) Das hat alles zu funktionieren, wie, interessiert keine Sau. Und das schaffen Sie nicht. Sie schaffen das einfach alles nicht. Sie schaffen das nicht, alles unter einen Hut zu bringen. Da bleiben Sie auf der Strecke.“

176 I_38 (pflegende Ehefrau, 52 J.): „Er will nicht mehr. Das merken Sie an seiner Stimmung, dass er im Grunde die Medikamente verweigert. Nee, er lehnt es ja ab. Er macht ja nicht mit. Er will nicht. Er blockiert alles. Er will einfach nicht mehr.“

177 Erwachsene Kinder sowie Geschwister der Pflegenden werden von diesen – das wurde in Interviews deutlich – offenbar häufig so wahrgenommen, dass sie keinen ihrer verwandtschaftlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen entsprechenden Beitrag leisten. Ingersoll-Dayton, Neal, Ha & Hammer (2003) analysieren den Umgang von Pflegenden mit als unbillig erlebter Arbeitsteilung unter Geschwistern in Bezug auf Pflege der Eltern; rund zwei Drittel der von ihnen untersuchten Geschwisterbeziehungen wurden von den Pflegenden als unbalanciert beurteilt. Ingersoll-Dayton et al. (2003) unterscheiden eine aktiv-handelnde Strategie des Umgangs mit erlebter Inequity („attempts to forge actual equity“, S. 206) von einer Strategie, die durch Veränderung eigener Wahrnehmungen und Bewertungsmaßstäbe Unbilligkeitswahrnehmungen reduziert („attempts to forge psychological equity“, S. 207). Letzteres geschah in der Studie unter anderem unter Bezugnahme auf Geschlecht, beruflichen Status, räumliche Entfernung, konkurrierende familiäre Verpflichtungen oder spezifische Persönlichkeitsmerkmale des Bruders bzw. der Schwester. Brody, Hoffman, Kleban & Schoonover (1989) berichten, dass Brüder von Frauen, die ihre Mütter pflegen, weniger Unterstützung leisten als Schwestern der Pflegenden; stärkere Pflegebedürftigkeit der Mutter ging in dieser Studie einher mit mehr negativ getönten Interaktionen zwischen Geschwistern und geringerer emotionaler Nähe innerhalb der Familien.

178 I_59 (pflegende Ehefrau, 53 J.): „Aber es war eben nicht so, dass man darüber offen gesprochen hat, dann hätte ich darauf einwirken können, sondern die haben sich einfach zurückgezogen. Oder unsere Verwandtschaft, also Cousins und Cousine, die haben sich irgendwann einfach nicht mehr gemeldet. Und dann hatte ich dann danach dann immer wieder noch mal angerufen.“

179 I_68 (pflegende Tochter, 43 J.): „Da hat sich schon viel verändert. Ich habe nicht mehr so viel Zeit für meine Familie, vor allem für meinen Mann. Das ist mit ein Grund dafür, warum mein Mann und ich uns trennen werden. Mit meiner Arbeit und der Pflege habe ich kaum noch Zeit, keine Freizeit, keine Zeit für mich.“

180 40% der von Strawbridge & Wallhagen (1991) befragten erwachsenen pflegenden Kinder (n=100) berichteten von schwerwiegenden Konflikten mit einem anderen Familienmitglied; dabei ging es vor allem um als defizitär erlebte Hilfe und Unterstützung. Pflegende mit familialen Konflikten erwiesen sich auch bei Kontrolle anderer Variablen als stärker belastet und in schlechterer psychischer Verfassung als Pflegende ohne entsprechende Erfahrungen.

- (F) Belastungen durch das formelle Hilfe- und Unterstützungssystem
- | Auseinandersetzungen mit den Pflegekassen um Leistungen bzw. über die Nichtgewährung von Leistungen
 - | ungenügende Berücksichtigung der Bedürfnisse Demenzkranker in der Pflegeversicherung¹⁸¹
 - | fehlende Transparenz des existierenden Hilfesystems und mangelnde Information über mögliche Leistungen der Pflegeversicherung; es fehlt an unabhängigen „Lotsen“ durch den „Dschungel“ der vorhandenen Angebote und Leistungen; Angehörige erleben sich diesbezüglich als alleine gelassen
 - | schlechte Behandlung Pflegebedürftiger durch Ärztinnen und Ärzte und medizinische Einrichtungen bzw. durch pflegerische Dienste und Einrichtungen
 - | als unzureichend erlebte personelle Kontinuität der Pflegekräfte¹⁸²
 - | als unzureichend erlebte zeitliche Flexibilität von Pflegekräften/Pflegediensten; mangelnde zeitliche Passung von Bedarf und Leistung
 - | als unzureichend erlebte zeitliche Verbindlichkeit von Pflegekräften/Pflegediensten; Pflegekräfte legen sich nur auf einen groben Zeitkorridor fest, in welchem sie in die Familie kommen, dies führt dazu, dass der eigene Alltag weniger planbar wird¹⁸³
 - | von pflegenden Angehörigen bei professionellen Pflegekräften als unzureichend erlebte pflegerische Kompetenz¹⁸⁴, Arbeitsmotivation, Fähigkeit und/oder Bereitschaft zu individualisierter Pflege bzw. zu einem kooperativen Arbeitsverhältnis mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen
 - | Beeinträchtigung der familialen Privatsphäre durch regelmäßige Anwesenheit von Pflegekräften in der häuslichen Sphäre¹⁸⁵

Belastungen pflegender Angehöriger: Zentrale Aspekte und Herausforderungen häuslicher Pflege

Insgesamt ist im Hinblick auf die Analyse pflegerischer Belastungen auf Basis der vorliegenden Interviews festzustellen, dass die Studie pflegende Angehörige erreichen konnte, denen es zumindest bis zum Interviewzeitpunkt gelungen ist, den erlebten Belastungen standzuhalten und die Pflegebeziehung fortzusetzen. Insofern stellen die Interviewbefunde im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Belastung und Fortführung der

181 I_19 (pflegender Ehemann, 72 J.): „Die einzige Hilfe, die ich brauche, dass ich ein, zwei Stunden meine Frau nicht habe. Mich hinsetzen kann und mal Luft holen, weil ich bin ja so weit, wenn meine Frau spazieren geht, diese Stunde kann ich nicht mal 'n Buch aufschlagen, weil ich nur abschlafe. (...) So und dies gibt es nicht. (...) Jedenfalls ist mir es nicht bekannt und Beratung, egal von welcher Stelle, die ist so albern, entweder sagt die Pflegekasse, es passt nicht ins Gesetz oder legt das Gesetz aus, wie sie will.“

182 Vgl. auch die Studie von Berg, Skott & Danielson (2006).

183 I_43 (pflegende Tochter, 65 J.): „Sie können sich – ich musste ja auch mal zum Arzt gehen, ich musste auch mal zum Zahnarzt gehen – auf nichts verlassen. Eh das Rüpelhafte ist, dass sie auch nicht mal vorher was sagen, sie erscheinen eben einfach ein, zwei Stunden nicht.“

184 In den Interviews erwiesen sich ambulante Pflegekräfte in einigen Fällen über die Krankheitsbilder der Klienten/Klientinnen erstaunlich schlecht informiert – und dies bei zum Teil mehrjährigen Kontakten. Mehrfach wurde die Frage nach dem Vorliegen einer demenziellen Erkrankung bei der pflegebedürftigen Person mit Nichtwissen beantwortet – auch unter Verweis darauf, dass die pflegebedürftige Person „nicht viel sage“.

185 I_21 (pflegende Ehefrau) „Das ist diese Belastung. So gerne, wie wir die mal loshaben würden, ne. (...) Es ist natürlich derart belastend, sein eigenes Haus mit 'ner fremden Person immer teilen zu müssen. Das ist das Allerschlimmste, was man sich überhaupt vorstellen kann. Man fühlt sich den ganzen Tag, die beobachten einen ja gar nicht, aber im Grunde bekommen sie ja alles mit, ob wir Besuch bekommen, ob das Telefon klingelt, ob man nun zur Toilette geht.“ Pflege unter Nutzung ambulanter Dienste bedeutet für die von Pflegebedürftigkeit betroffene Familie stets auch eine Reduktion der Privatsphäre. Dies muss nicht negativ erlebt werden (insbesondere dann nicht, wenn Menschen sozial isoliert und depriviert sind und das Eindringen Fremder in die private Sphäre eher als Bereicherung denn als Beeinträchtigung erleben), es kann aber Ausgangspunkt für vielfältige Konflikte sein.

Pflege eine positive Auswahl dar. Unterrepräsentiert dürften sowohl diejenigen pflegenden Angehörigen sein, die bereits bei einem vergleichsweise moderaten Belastungslevel „aus der Pflegebeziehung aussteigen“ und nach Alternativen (z. B. Übersiedlung des Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung) suchen, als auch jene Extremfälle, die „an der Pflege zerbrechen“, bis zur völligen Erschöpfung pflegen und schließlich dazu nicht mehr in der Lage sind (wenngleich beide Konstellationen natürlich grundsätzlich in der Stichprobe vertreten sein können – dann allerdings in der Phase vor „Ausstieg“ bzw. „Zusammenbruch“).¹⁸⁶

Vor dem Hintergrund der Aufzählung von Stressoren und Belastungsformen pflegender Angehöriger werden einige der genannten Aspekte im Folgenden vertiefend und gebündelt dargestellt:

Unmittelbar krankheits- und pflegebedingte Belastungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige: Insgesamt erfordert der Eintritt von Pflegebedürftigkeit von Pflegebedürftigen wie familial Pflegenden in hohem Maße akkommodative wie assimilative Copingfähigkeiten.¹⁸⁷ Zuvor wertgeschätzte Aktivitäten und verfolgte Ziele rücken vielfach in den Bereich des nicht mehr Realisierbaren (bzw. für den Pflegenden: des jedenfalls nicht mit der verantwortungsvollen Fortführung der übernommenen Pflegeaufgaben zu Vereinbarenden) und machen daher akkommodative Zielanpassungen erforderlich. Zugleich verlangt die Übernahme von Pflegeverantwortung den Erwerb neuer Kompetenzen, eine veränderte Alltagsorganisation, vielfach die bauliche Umgestaltung des Wohnumfeldes etc.

In gewisser Weise gemeinsam ist Pflegenden und Pflegebedürftigen das Erleben von Unfreiheit und Fremdbestimmung. Bei den Pflegebedürftigen beruht dieses Erleben in erster Linie direkt auf den die Pflegebedürftigkeit begründenden funktionalen Einschränkungen (reduzierte Mobilität und Motorik, verminderte Kraft, eingeschränkte sprachliche Fähigkeiten, Konzentration etc.), bei den Pflegenden spielen auch die konkrete Ausgestaltung des Pflegearrangements und die Beziehung zur pflegebedürftigen Person eine Rolle. Zu den Elementen des „Erlebens von Unfreiheit“ gehören der Zwang zu dauernder oder jedenfalls zeitlich ausgedehnter Präsenz in der Nähe des Pflegebedürftigen und die damit einhergehende Reduktion des Aktionsradius und nicht direkt pflegebezogener Aktivitäten. Tagesabläufe werden als vorstrukturiert und monoton erlebt. Insgesamt erfahren Pflegende vielfach eine starke Einschränkung von Handlungsoptionen und ein hohes Maß an Fremdbestimmung durch Verhalten und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person.

¹⁸⁶ Nicht vertreten sind natürlich auch jene Angehörigen älterer Pflegebedürftiger, welche die Übernahme von Pflegeverantwortung für sich von vorneherein abgelehnt haben.

¹⁸⁷ Das Modell der Bewältigung und Entwicklungsregulation von Brandtstädter (vgl. u. a. Brandtstädter & Greve, 1992; 1994; Brandtstädter & Rothermund, 1994; Rothermund, Dillmann & Brandtstädter, 1994) unterscheidet einen assimilativen von einem akkommodativen Bewältigungsmodus. Während assimilative Strategien im Umgang mit Belastungen und Problemen auf eine Veränderung der problematischen Faktoren (bzw. einen aktiven Abbau der Gefährdungen) abzielen, ist der akkommodative Bewältigungsmodus durch Modifikationen persönlicher Ziele und Präferenzen angesichts wahrgenommener Einbußen und Verluste gekennzeichnet. Bewältigung geht stets von Diskrepanzen zwischen Ist- und Sollperspektive aus. Wenn im Alter die aktiven Handlungs- und Einflussmöglichkeiten schwinden, gewinnen akkommodative Strategien an Bedeutung, welche Pläne und Ziele an die Situation und die gegebenen Handlungsmöglichkeiten anpassen und blockierte Ziele aufgeben, abwerten oder modifizieren.

Im Erleben der Pflege insgesamt und auch im Belastungserleben bestehen gravierende Unterschiede zwischen der Pflege demenziell erkrankter Personen und der Pflege „lediglich“ infolge körperlicher Einschränkungen Pflegebedürftiger.¹⁸⁸ Typische von Pflegenden als belastend erlebte Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Person (aggressives Verhalten, auf Verkennungen der Realität fußendes Verhalten, Verhalten, welches als unfreundlich und undankbar wahrgenommen wird, mangelnde Kooperation bei Pflegehandlungen) sind zwar nicht spezifisch für demenzielle Erkrankungen, treten aber dort gehäuft auf.¹⁸⁹ Der Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand ist in der Demenzpflege höher als bei körperlich beeinträchtigten Personen. Die Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen ist erschwert, die üblicherweise befriedigenden/belohnenden Aspekte der Kommunikation mit einer vertrauten und geschätzten Person zumindest reduziert. Kritische (belastungserhöhende) Merkmale einer Demenz sind die sehr starken Veränderungen von Kommunikationsmöglichkeiten und -erfordernissen, das mit demenziellen Erkrankungen vielfach einhergehende problematische Verhalten sowie der große Beaufsichtigungsaufwand bzw. die Kombination dieser Merkmale bzw. Merkmalskomplexe, die für Demenzerkrankungen relativ spezifisch ist. Besondere Belastungen für Angehörige von Demenzkranken gehen auch von dem Umstand aus, dass ihnen oft der Zugang zur subjektiven Realität des Kranken versperrt erscheint. Demenzkranke sind vielfach nicht mehr in der Lage, die Ziele ihres Handelns in einer für den Pflegenden nachvollziehbaren Weise zu kommunizieren und reagieren mit Frustration und Verärgerung, wenn Pflegende sie von ihrem Weg abzubringen versuchen.¹⁹⁰

Belastungsfaktoren in Bezug auf das soziale Umfeld von Pflegebeziehungen:

Pflegende wie Pflegebedürftige leiden unter der immer wieder berichteten Ausdünnung sozialer Netzwerke – sowohl in Bezug auf Familienmitglieder (insbesondere Geschwister und Kinder) als auch auf Freunde und Bekannte. Die ohnehin im Alter zu beobachtende Verkleinerung sozialer Netzwerke¹⁹¹ wird offenbar in einigen Fällen durch Pflegebedürftigkeit und Pflege stark beschleunigt. Die Reduktion sozialer Kontakte vollzieht sich den Berichten der Befragten zufolge auf mehreren Ebenen und vor unterschiedlichen Hintergrundfaktoren:

188 Zu Belastungsunterschieden in der Pflege Demenzkranker und nicht Demenzkranker vergleiche u.a. Dello Buono et al. (1999), Philp, McKee & Meldrum (1995). Die Forschungslage zur Geschlechtsbezogenheit pflegerischer Be- und Überlastung ist bislang nicht eindeutig. Die Ergebnisse der französischen Pixel-Studie (vgl. Thomas, Chantion-Merlet, Hazif-Thomas, Belmin, Montagne, Clement, Lebruchec & Billon, 2002; Thomas, Lalloué, Preux, Hazif-Thomas, Pariel, Inscale, Belmin & Clément, 2006) weisen für den Bereich der Demenzpflege auf eine besonders niedrige Lebensqualität und eine erhöhte Depressivität weiblicher Pfleger hin.

189 Zu „challenging behaviors“, „difficult behaviors“, „problem behaviors“ etc. vgl. u. a. Gwyther (1994), Mace & Rabins (1991), Robinson, Spencer & White (1994).

190 In der Literatur dominiert die Tendenz, einerseits die scheinbare Bedeutungs- und Zusammenhangslosigkeit des Kommunikationsverhaltens Demenzkranker hervorzuheben, andererseits zu betonen, dass ihre Äußerungen sehr wohl bedeutsame Botschaften transportieren können und dass Angehörige (oder auch Pflegekräfte) darin unterstützt und geschult werden können, diese Inhalte zu dechiffrieren. So spricht Klie (2005, S. 3) davon, dass die Welt von Menschen mit Demenz „trotz ihrer Unzugänglichkeit eine uns bereichernde sein kann, zumindest wenn wir sie analog verstehen und ein Ja zur Mehrdeutigkeit sagen können“. Das Konzept der Validation (vgl. Feil, 1992; Bleathman & Morton, 1996) zielt darauf ab, die subjektive Realität von Demenzkranken anzuerkennen und auf der Ebene der zum Ausdruck gebrachten Emotionen zu reagieren, ohne den Kranken in seiner Realitätswahrnehmung zu korrigieren, vielmehr den Versuch zu unternehmen, seinen Bezugsrahmen zu verstehen, wie chaotisch auch immer er zunächst anmuten mag (vgl. zur Kommunikation mit Demenzkranken u. a. auch Acton, Mayhew, Hopkins & Yauk, 1999; Hendryx-Bedalov, 2000; Mayhew, Acton, Yauk & Hopkins, 2001; Tappen, Williams-Burgess, Edelstein, Touhy & Fishman, 1997).

191 Vgl. dazu u. a. Ferring & Filipp (1999), Hill & Dunbar (2003), van Tilburg (1995; 2003). Die Studie von Aartsen, van Tilburg, Smits & Knipscheer (2004) zeigt diesbezüglich differenzielle Effekte physischen und kognitiven Abbaus; während sich verstärkende körperliche Einschränkungen mit einer Erweiterung des Unterstützernetzwerks einhergehen, ist bei kognitiven Abbauprozessen eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten.

- | Pflegenden Angehörigen fehlt es an Zeit zur Pflege von Kontakten; außerhäusliche Aktivitäten können nicht oder jedenfalls erst nach entsprechendem Arrangement der Betreuung des Pflegebedürftigen wahrgenommen werden. Ist die Pflege zur alles andere dominierenden Lebensaufgabe geworden, reduzieren sich oftmals auch die Gesprächsthemen, an denen Pflegende sich beteiligen können. Pflegende Angehörige können damit für Dritte zu relativ unattraktiven Interaktionspartnern werden.
- | Die reduzierte oder fehlende Mobilität der pflegebedürftigen Person und die mit den funktionalen Einschränkungen einhergehende Reduktion des Aktivitätenspektrums wirken als Kontakt- und Kommunikationshemmnisse.
- | Das soziale Umfeld reagiert mit Unsicherheit auf Pflegebedürftige und schwer Erkrankte; bei kognitiv oder sprachlich eingeschränkten Patientinnen und Patienten entstehen Kommunikationsprobleme, mit denen Freunde und Bekannte nicht immer umgehen können (und wollen). Pflegebedürftigkeit sowie schwere und unheilbare Erkrankungen sind Ereignisse, mit denen Personen aus dem sozialen Umfeld auch deshalb möglichst nicht konfrontiert werden möchten, weil dies Ängste in Bezug auf das eigene künftige Schicksal schüren kann.
- | Angehörige hegen Befürchtungen, bei Kontakten zu der Pflegedyade selbst „in die Pflicht genommen zu werden“ und möchten sich diesem „Risiko“ nicht aussetzen.
- | Unsicherheiten bezüglich der Reaktionen des Umfelds auf die Erkrankung, auch mit der Erkrankung verbundene Scham¹⁹², können bei Pflegenden und Pflegebedürftigen zu Zurückhaltung im Bereich der Sozialkontakte führen („sich nicht aufdrängen wollen“).

Vor diesem Hintergrund kann langjährige Pflege 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. Die Gefahr erscheint besonders groß in Fällen von Langzeitpflege durch selbst im Verlauf der Pflege älter werdende und in der Regel Einbußen an ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit erleidende Ehepartnerinnen und Ehepartner, wenn es an einem privaten oder auch professionellen Umfeld fehlt, das unterstützend und korrigierend eingreift. Teilweise sind Pflegedyaden sozial isoliert.¹⁹³ Dies geht mit fehlender Hilfe und Unterstützung in emotionaler und praktischer Hinsicht bei gleichzeitig ausschließlicher und potenziell konfliktverschärfender gegenseitiger Fixierung innerhalb der Pflegedyade einher. Darüber hinaus besteht die Gefahr der Relativierung von Verhaltensmaßstäben und der normativen Entkoppelung von der Außenwelt.

192 Den Freunden und Bekannten den nun verwirrten Ehemann nicht präsentieren wollen; Furcht vor Anstoß erregendem, z. B. sexuell enthemmtem, Verhalten eines Demenzkranken (vgl. dazu Alexopoulos, 1994) in der Öffentlichkeit.

193 Zu sozialer Isolation und sozialer Unterstützung in der häuslichen Pflege vgl. u. a. Drentea, Clay, Roth & Mittelman (2006), McKee et al. (1997), Stoltz, Uden & Willman (2004), Upton & Reed (2006). In der einschlägigen Literatur zur Situation pflegender Männer (vgl. u. a. Carpenter & Miller, 2002; Fromme et al., 2005; Houde, 2001; Kramer, 2000; 2002; Stoller, 2002; Thompson, 2002) wird wiederholt die Annahme formuliert, dass pflegende Männer in besonderem Maße von sozialer Isolation betroffen seien und dass sie die erlebte Belastung gegenüber der sozialen Umwelt wie auch in Befragungen nur zurückhaltend zum Ausdruck bringen.

Belastungen in Bezug auf die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen von Pflege: Bei familialen Pflegepersonen ist in unterschiedlichen Spielarten die Wahrnehmung festzustellen, in ihrer Aufgabe und Leistung durch Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen und auf der politischen Ebene nicht hinreichend ernst genommen, gewürdigt und respektiert zu werden. Diese Wahrnehmung hat mehrere Facetten und Bezugspunkte:

- I Verhalten von Pflegedienstmitarbeiterinnen/-mitarbeitern wird zum Teil als respektlos und unhöflich wahrgenommen.
- I Der Umgang von Pflegenden mit den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen ist zum Teil von der Wahrnehmung geprägt, sich alle Versicherungsleistungen und Hilfen gegen Widerstände erkämpfen zu müssen.
- I Damit einher geht die in zahlreichen Interviews berichtete Erfahrung, bei der Suche nach geeigneten Hilfen (seien es nun Pflege-, Betreuungs- oder Beratungsdienste, technische Hilfsmittel oder auch neue therapeutische bzw. diagnostische Verfahren) weitgehend alleine gelassen zu werden.

Insgesamt entsteht bei einigen pflegenden Angehörigen so der Eindruck, eine schwere und gesellschaftlich bedeutsame Aufgabe übernommen zu haben und darin nicht entsprechend gewürdigt und unterstützt zu werden. Pflegende wünschen sich, dass die von ihnen geleistete Arbeit als solche gesellschaftlich wie auch vom näheren sozialen Umfeld anerkannt wird. Das heißt nicht unbedingt und jedenfalls nicht nur, dass die finanzielle Alimentierung familialer Pflege verbessert werden sollte; die Wünsche beziehen sich auch auf den Respekt und die wohlwollende Unterstützung, die ihnen von der Öffentlichkeit, dem Gesundheitssystem, dem sozialen Umfeld entgegengebracht werden. Bei manchen Gesprächspartnerinnen/-partnern war der Wunsch erkennbar, Pflege im häuslichen Bereich als eine mit beruflicher Erwerbstätigkeit vergleichbare Form von Arbeit anerkannt zu sehen.

Oftmals werden verfügbare Hilfen und Entlastungen für Pflegende und Pflegebedürftige – darauf weisen Äußerungen der Befragten hin – nicht in Anspruch genommen, weil ein familiales Pflegesystem die dafür erforderlichen Ressourcen nicht aufbringen kann oder aufbringen will (Konkurrenz zwischen der Familie einerseits und Dienstleistern zufließenden SGB-XI-Leistungen andererseits), weil Bedarf und Angebot nicht zueinander finden (Intransparenz der lokal/regional meist in großer Zahl vorhandenen Hilfeangebote im Bereich der häuslichen Pflege – Vielzahl von Anbietern, intransparente Struktur des Hilfeangebots insgesamt, fehlende unabhängige Beratung)¹⁹⁴ oder weil Einstellungen der Pflegenden oder Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme externer Hilfen erschweren oder verhindern (Exklusivitätsansprüche und -normen im Hinblick auf Versorgung durch die Familie).

¹⁹⁴ Die Palette der Hilfen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ist bereits heute, vor allem in großstädtischen Regionen, breit. Woran es vielfach mangelt, sind professionelle, von ökonomischen Interessen weitestgehend unabhängige Informationen und Orientierungen über das vorhandene Angebot. Es bedarf niedrigschwelliger Einrichtungen, die in kompetenter Weise eine „Lotsenfunktion“ für Pflegende und Pflegebedürftige übernehmen (vgl. dazu u. a. Gørgen, Kotlenga & Nägele, 2004).

„Rewards of caregiving“

Pflege bringt für Pflegende 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, biografisch nicht verwirklichte Optionen innerhalb einer Beziehung unter durch die Pflegebedürftigkeit veränderten Bedingungen zu realisieren und schließlich auch finanzielle Belohnungen.

Während die Belastungsthematik die pflegebezogene Forschung seit Langem kontinuierlich begleitet, tritt erst in den letzten Jahren auch der Aspekt der mit Pflege für die familial Pflegenden verknüpften „Gewinne“ in den Vordergrund.¹⁹⁵ Auch die im Rahmen der Pflegestudie befragten pflegenden Angehörigen erwähnten eine Vielzahl positiver Aspekte in Zusammenhang mit der Pflegeübernahme.

Zu diesen Chancen und Gewinnen gehören:

- | eine Steigerung des Selbstwerts (Stolz auf die eigene Leistung, Stolz darauf, den Belastungen standzuhalten etc.)
- | das Erleben von Sinn in einer großen Aufgabe (dies kann gerade in einer biografischen Phase von Bedeutung sein, in der vorangegangene „große Aufgaben“, wie Berufstätigkeit und Kindererziehung, weggefallen sind)
- | Anerkennung und Zuwendung durch den Pflegebedürftigen wie durch das soziale Umfeld
- | die Chance, biografisch nicht genutzte/nicht realisierte Optionen unter durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit veränderten Bedingungen zu verwirklichen; so kann Pflege auch die Möglichkeit für einen „Neuanfang“ bzw. eine Versöhnung mit der pflegebedürftigen Person bieten
- | Pflege als Möglichkeit, erlebte Zuwendung zurückzugeben und Dankbarkeit auszudrücken
- | Pflege als Möglichkeit, auch außerhalb bzw. anstelle von Erwerbsarbeit eine sinnerfüllte Aufgabe zu haben
- | Pflege als Chance, neue Kompetenzen und Interessengebiete zu entwickeln (z. B. Erlernen genderuntypischer Tätigkeiten; Erlangung eines quasi-professionellen Expertenstatus in Bezug auf das Krankheitsbild der Pflegebedürftigen; Erweiterung von Handlungsautonomie)
- | Pflege als Chance und Herausforderung eigener Persönlichkeitsentwicklung

¹⁹⁵ Zu den „rewards of caregiving“ vgl. u. a. Andrén & Elmståhl (2005), Foley, Tung & Mutran (2002), Nijboer, Tempelaar, Sanderman, Triemstra, Spruijt & Van den Bos (1998), Sanders (2005), Veltman, Cameron & Stewart (2002).

- I Pflege als positiver Anlass des Beginns der nachberuflichen Lebensphase¹⁹⁶
- I Pflege als Möglichkeit, durch größere Nähe eine neue Beziehungsqualität zu entwickeln
- I Pflege als Möglichkeit, neue soziale Kontakte zu knüpfen¹⁹⁷

In den Interviews wurden teilweise auch die mit der Pflegeübernahme verbundenen Belastungen als positive Herausforderungen beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass viele Gesprächspartnerinnen/-partner die bisherige Pflegearbeit sowohl im Hinblick auf die Entwicklung der Beziehung zu den Pflegebedürftigen als auch unter dem Aspekt einer umfassenden Persönlichkeitsentwicklung positiv bilanzierten.

Die 65-jährige Lebenspartnerin eines an einer fronto-temporalen Demenz erkrankten Mannes drückt dies folgendermaßen aus:

„Ich sag immer, er ist (...) im Grunde meine Muse, wenn ich es so nehme, ne. Weil er ja einerseits sehr viele Sachen in mir auslöst, sowohl was negative Gefühle auch sind als auch deren Bewältigung und dann eigentlich die positive Kraft oder Liebeskraft, die da ist. (...) Ich würd's wieder machen, ja. Auch allein um meiner selbst willen. Weil ich also wirklich so, ja so fundamentale Dinge gelernt hab', über die Erfahrungen, über die Negativerfahrung an mir selber und denen auch auf den Grund gegangen bin und ich finde, das ist etwas, was ich nicht missen möchte. (...) Also ich sehe so vieles jetzt immer einfach anders als vorher, also das ist 'n Lernprozess, in den man da, in den man sich da auch begibt und der sich lohnt.“

Resümee

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der von Pflegenden wie Pflegebedürftigen erlebten und in den Interviews geschilderten alltäglichen Realität familialer Pflege Folgendes feststellen:

- I Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Übernahme von Pflegeverantwortung durch eine Familienangehörige oder einen Familienangehörigen ist für alle am familialen System Beteiligten ein kritisches Lebensereignis und stellt sowohl an Pflegebedürftige als auch deren Angehörige große Lern- und Innovationsanforderungen. Dies betrifft sowohl die Ebene der handlungspraktischen Kompetenzen der Alltagsbewältigung und Pflegedurchführung als auch die Gestaltung der Beziehung zwischen den am häuslichen Pflegearrangement beteiligten Personen.
- I Pflegebedürftigkeit und Pflegeverantwortung werden als starke identitätskonstituierende Einschnitte wahrgenommen, vielfach berichten die Betroffenen von dem Beginn eines gänzlich „neuen“ Lebens oder – negativ gewendet – gar dem Verlust des eigenen Lebens.

¹⁹⁶ I_84 (pflegende Tochter, 52 J.): „Im Nachhinein bin ich nicht, nicht unglücklich über diese Entscheidung, da sich das Arbeitsleben in einem Krankenhaus derartig verändert hat, dass ich diesem ständigen Druck und ständigen Stress dadurch ein bisschen entwunden bin. Ich bin nicht, nicht traurig darüber, im Gegenteil, ich bin jetzt sehr, sehr froh, dass ich diese Verantwortung nicht mehr tragen muss.“

¹⁹⁷ I_61 (pflegende Ehefrau eines mittlerweile verstorbenen Mannes, 61 J.) „Eh, ich sage mal, die alten Freundschaften, natürlich bin ich unzufrieden. Und die neuen Freundschaften haben das alles doppelt und dreifach wieder ausgeglichen.“

- | Die Motive für die Übernahme von Pflegeverantwortung weisen insgesamt eine große Bandbreite auf, wobei zumeist ein Bündel verschiedener Faktoren für die Pflegeübernahme benannt wird. Die meisten der im Rahmen der Studie befragten Angehörigen reflektieren aktiv die Gründe ihrer Entscheidung.
- | Pflegemotivation, die Wahl des Pflegearrangements und die mit der Pflege notwendige Erweiterung von Kompetenzbereichen sind in eine Struktur geschlechtlicher Arbeitsteilung eingebettet. Hieraus resultieren einerseits für Männer und Frauen spezifische Belastungsaspekte, zum anderen ist auch der Umgang mit Pflegeanforderungen und Pflegebelastungen von gesellschaftlich dominanten Geschlechterbildern geprägt.
- | Die Entscheidung zur Pflegeübernahme und die zugrunde liegenden Motive, die Ausgestaltung des Pflegearrangements sowie der Umgang mit Belastungen und Konflikten werden stark von der Beziehungsvorgeschichte zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen beeinflusst. Die mit der Pflegebedürftigkeit und Pflegeverantwortung einhergehenden Veränderungen setzen jedoch auch umgekehrt eine eigene Entwicklungsdynamik in Gang, die im Hinblick auf die weitere Beziehungsgestaltung und den Umgang mit Konflikten sowohl positiv als auch negativ verlaufen kann.
- | Belastungen für Pflegebedürftige ergeben sich in erster Linie aus dem die Pflegebedürftigkeit begründenden Krankheitsbild und den damit verbundenen funktionalen Einschränkungen, Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens sowie dem Verlust von Handlungsautonomie. Demgegenüber erwähnen pflegende Angehörige vor allem die mit der Pflegeverantwortung verbundenen Anforderungen und Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Pflege- und Betreuungsarbeit, der Organisation des Pflegealltags sowie der Gestaltung der Beziehung und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen als zentrale Belastungsfaktoren. Vielfach resultieren Belastungen pflegender Angehöriger auch aus eigenen durch die Pflege sich verstärkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie aus Defiziten des formellen Hilfe- und Unterstützungssystems häuslicher Pflege. Auch der Mangel an einem unterstützenden sozialen und familiären Umfeld wird als starke Einschränkung bzw. Belastung erlebt, insbesondere von Langzeitpflegenden.
- | Der Umgang mit den aus der Pflegeverantwortung resultierenden Belastungen ist in hohem Maße von der Pflegemotivation, der prämorbidem Beziehung und der mit der Pflege einsetzenden Entwicklungsdynamik sowie der Verfügbarkeit von Coping-Strategien abhängig. Insbesondere im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen sind das Wissen über Erkrankungen und das Erlernen angemessener Umgangsweisen wichtige Ressourcen zur Bewältigung der daraus erwachsenden Schwierigkeiten in der Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit den Pflegebedürftigen.
- | Mit der Übernahme von Pflege sind für viele pflegende Angehörige nicht nur Belastungen, sondern auch Chancen und „Gewinne“ verknüpft, teilweise werden die Belastungen selbst als positive Herausforderungen und Veränderungsanlässe beschrieben. Dies betrifft sowohl die Ebene der Beziehung zur pflegebedürftigen Person als auch die individuelle Ebene der Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsstärkung.

5.4.6.3 Viktimisierungserfahrungen in häuslichen Pflegearrangements

5.4.6.3.1 Überblick

Einführung

Im folgenden Kapitel werden die im untersuchten Sample berichteten Viktimisierungen in häuslichen Pflegeverhältnissen systematisch dargestellt – zunächst in einem quantitativen Überblick, dann auch unter Bezugnahme auf konkrete Fälle. Dabei interessiert, wer gewaltförmiges Verhalten in Pflegebeziehungen ausübt, wer Adressat dieser Handlungen – bzw. Unterlassungen – ist, aus welcher Perspektive solche Vorfälle berichtet werden, welche Handlungen bzw. Unterlassungen welchen Handelns geschildert werden und für welche Situationen solche Vorfälle beschrieben werden. Weiter wird dargestellt, aus welchen Kontexten derartiges Verhalten berichtet wird, welche Belastungsfaktoren in den Fällen als relevant beschrieben werden und welche Umgangsweisen der Betroffenen mit solchen Erfahrungen benannt werden. Die Darstellung beginnt mit Viktimisierungserfahrungen ambulanter Pflegekräfte sowie pflegender Familienangehöriger und wendet sich dann der Opferwerdung Pflegebedürftiger zu. Die Analyse berichteter Viktimisierungen Pflegebedürftiger ist nach der jeweiligen Perspektive (Täter-, Opfer- und Beobachterperspektive) und den Gewaltausübenden (pflegende Angehörige, ambulante Pflegekräfte und sonstige Akteure) differenziert. Es finden sich zuweilen Fallbeschreibungen, die im Kapitel 5.4.6.4 unter der Perspektive der im Fall geschilderten Interventionen erneut aufgegriffen werden. Wiederholungen in der Darstellung sind hier dem besseren Verständnis geschuldet.

Der Auswertung liegen zwei Datenquellen zugrunde. Zum einen wurden die 168 Interviews mit den an den untersuchten Pflegesettings beteiligten Personen bezogen auf diese 90 Pflegekonstellationen intensiv ausgewertet. In den Interviews mit den ambulanten Pflegekräften wurden diese auch als Fachkräfte befragt, die über das konkrete Pflegesetting hinaus Erfahrungen mit gewaltförmigem Verhalten in der ambulanten Pflege haben könnten. Ihre diesbezüglichen Berichte wurden zusammengestellt und fließen ebenfalls in die folgende Darstellung ein. Zum anderen liegen der Darstellung Fallberichte aus Interviews bzw. Gruppendiskussionen mit Fachkräften aus den Bereichen Pflege und Pflegebegutachtung, pflegebezogene Krisenberatung und Gewaltprävention und allgemeine Beratung zugrunde.

Von ambulanten Pflegekräften wurden 93, von den befragten Expertinnen und Experten 36 Fälle¹⁹⁸ von Viktimisierungen berichtet, die jeweils nicht aus der Stichprobe familialer Pflegearrangements kommen. Weitere 51 als eindeutig und 13 als unklar klassifizierte Viktimisierungsfälle wurden aus der Stichprobe familialer Pflegearrangements berichtet. Insgesamt liegen damit der folgenden Auswertung 193 Viktimisierungsfälle zugrunde. Beide Informationsquellen – einerseits die Berichte von Fachkräften über beobachtete bzw. erfahrene Formen von Viktimisierungen in der häuslichen Pflege, andererseits berichtete Viktimisierungserfahrungen aus den unmittelbar im Rahmen der Studie untersuchten Pflegesettings – liefern höchst unterschiedliche Bilder. Während zu den in der Studie direkt untersuchten häuslichen Pflegearrangements überwiegend – allerdings nicht ausschließlich – Berichte über stark situationsgebundenes und belastungsinduziertes gewaltförmiges bzw. problematisches Verhalten der an der häus-

¹⁹⁸ Mit Fällen sind hier nicht Vorfälle gemeint, sondern Pflegekonstellationen, in welchen es den Schilderungen zufolge zu mindestens einer Viktimisierung gekommen ist.

lichen Pflege Beteiligten vorliegen, finden sich in den Berichten der Fachkräfte häufiger Viktimisierungsfälle, die auf situationsübergreifende Schädigungsabsicht schließen lassen. Aus beiden Quellen liegen Informationen über dramatisch zugespitzte häusliche Pflegesituationen vor, die für die Beteiligten untragbar sind bzw. waren.

Die berichteten Fälle von Viktimisierungen in der häuslichen Pflege sind äußerst heterogen. Viktimisierungserfahrungen in häuslichen Pflegebeziehungen sind dabei nicht auf Pflegebedürftige beschränkt; Risiken bestehen für alle an einer Pflegebeziehung beteiligten Personen – wenngleich Pflegebedürftige und pflegende Angehörige am häufigsten betroffen sind. Während Fachkräfte primär über Viktimisierungen Pflegebedürftiger berichten, liegt bezüglich der Stichprobe der häuslichen Pflegearrangements auch für pflegende Angehörige eine Vielzahl von Viktimisierungsberichten vor. Durch den qualitativen und multiperspektivischen Ansatz in der Untersuchung der häuslichen Pflegearrangements wird die Vielschichtigkeit und Komplexität des Geschehens deutlich. Teilweise werden verschiedene Viktimisierungsformen wie auch verschiedene – z. T. im Zeitverlauf zudem wechselnde – Täter-Opfer-Konstellationen in einer häuslichen Pflegekonstellation berichtet¹⁹⁹, zum Teil zeigen sich Perspektivendivergenzen zwischen den Berichten der Befragten. Sichtbar wird in einigen Settings ein sich verändernder Umgang mit dem eigenen oder erlebten problematischen Handeln aufgrund von Lern- und Reflexionsprozessen. Relevante Veränderungen und Kontinuitäten in der Beziehungsdynamik zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden werden dargestellt und die Relevanz konkreter Auslöser bzw. Ereignisse in der Interaktion wird betont. Insbesondere wird die Verschränkung von pflegebedingten Belastungsfaktoren, Merkmalen der früheren und aktuellen Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden und kritischen – Viktimisierungen auslösenden – Ereignissen in der Pflege deutlich.

Obgleich in der folgenden Darstellung die Begriffe „Opfer“, „Täter“, „Viktimisierung“, „Misshandlung und Vernachlässigung“ und „Gewalt“ immer wieder genannt werden, treffen diese Begrifflichkeiten das Selbstverständnis der Befragten – dies gilt primär für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige aus den untersuchten Settings – nur zum Teil. Auch wenn pflegende Angehörige eigenes Verhalten zuweilen als sehr problematisch schildern und dessen gewaltförmigen Charakter herausstellen, beschreiben die meisten es doch als eingebettet in eine grundsätzliche Bereitschaft, die pflegebedürftige Person so gut wie möglich zu versorgen. Sie erleben im Pflegealltag, dass Rollen von „Tätern“ und „Opfern“ vielfach wohl kaum klar und eindeutig einzelnen Beteiligten zuzuordnen sind und sich beispielsweise im Laufe von Pflegebeziehungen verändern können.

Die Fallschilderungen aus der allgemeinen Berufspraxis der ambulanten Pflegekräfte und von anderen Expertinnen/Experten sind zumeist kurz und im Allgemeinen wenig detailliert. Ausführlicher sind dagegen die Viktimisierungsschilderungen aus den untersuchten häuslichen Pflegesettings. Für diese wurde eine Beurteilung der „Misshandlungs- und Vernachlässigungsrelevanz“ des jeweils auf ein familiales Pflegearrangement bezogenen Materials anhand einheitlicher Kriterien (vgl. Kapitel 3.2) vorgenommen (vgl. zu diesem Auswertungsschritt auch Kapitel 5.4.4). Dabei wurde jeweils beurteilt, inwie-

¹⁹⁹ Teilweise werden in den untersuchten Pflegesettings bis zu drei verschiedene Opfer jeweils unterschiedlicher gewaltförmiger Verhaltensweisen durch wiederum drei verschiedene Akteure benannt. So kann es z. B. in einem Fall zu finanzieller Schädigung durch Trickdiebstahl, zu verbalen Aggressionen durch pflegende Angehörige und zu physischer und verbaler Gewalt durch den Pflegebedürftigen kommen.

weit den Berichten zufolge im Setting Viktimisierungen vorkommen bzw. vorgekommen sind (bzw. ob dies angesichts der vorliegenden Informationen nicht mit Sicherheit zu klären ist)²⁰⁰ und inwieweit es prospektiv Hinweise auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken gibt. Auch Berichte über weit in der Vergangenheit liegendes gewaltförmiges Verhalten wurden aufgenommen, sofern dieses Verhalten im Kontext der Pflegebeziehung steht.²⁰¹ Ein zukünftiges Viktimisierungsrisiko wurde dann gesehen, wenn sich aus der Sicht des Untersuchungsteams aufgrund einer im Kern unveränderten Situation bisheriges gewaltförmiges Verhalten in der Zukunft wiederholen kann oder wenn die bisherige Entwicklung eine zukünftige gewaltförmige Zuspitzung der Situation vermuten lässt. Für als unklar und als eindeutig klassifizierte Viktimisierungen wurde zudem aufgeschlüsselt, wer von gewaltförmigem Handeln betroffen ist, wer dieses ausübt und welche Gewaltformen berichtet werden. Es wurde die Perspektive der jeweils Berichtenden zur Grundlage der Beurteilung genommen. In Fällen von widersprüchlichen Angaben der Beteiligten wurde angesichts fehlender Möglichkeiten darauf verzichtet, diese durch Versuche einer Annäherung an eine realistische Perspektive aufzulösen. In der Beurteilung der Viktimisierungsrelevanz des Verhaltens orientierte sich das Untersuchungsteam nicht nur an den Einschätzungen der jeweils Berichtenden. Auch von diesen als unproblematisch erachtetes Verhalten wurde dann als relevant im Hinblick auf Vernachlässigung und Misshandlung gewertet, wenn es die in Kapitel 3.2 benannten Kriterien traf. Im Folgenden wird die Auswertung der genannten Zuordnungen dargestellt. Die quantifizierende Darstellung qualitativer Fallmerkmale dient einer besseren Übersicht über das berichtete Problemverhalten in einem Teil des Fallaufkommens in den untersuchten Settings.

Quantifizierende Darstellung von Misshandlungen und Vernachlässigungen in den 90 untersuchten häuslichen Pflegesettings

Für über die Hälfte der untersuchten Settings ($n=51$, 56,7%) wird von gewaltförmigen Ereignissen im Rahmen der häuslichen Pflege berichtet, für 13 Settings (14,4%) konnte aufgrund der vorliegenden Angaben keine klare Zuordnung diesbezüglich getroffen werden. Für weniger als ein Drittel ($n=26$, 28,9%) der untersuchten Settings lagen damit aus der Sicht des Untersuchungsteams im Interviewmaterial keine deutlichen Hinweise auf gewaltförmiges Verhalten vor. Ein Risiko zukünftiger Viktimisierungen wurde für 44,4% der Settings ($n=40$) beschrieben, dies wurde entsprechend für über die Hälfte der Settings verneint ($n=50$, 55,6%).

200 Als unklar wurden dann Fälle eingestuft, wenn in einem Setting eher vage Hinweise auf Viktimisierungen vorlagen, wenn hinsichtlich eines eindeutigen Viktimisierungsberichtes zugleich ein diesem widersprechender Bericht vorlag und wenn der Charakter einer Handlung als Viktimisierung als nicht eindeutig eingeschätzt wurde. Beispiele für solche als unklar gewerteten Fälle sind

- Andeutungen eines Pflegebedürftigen einer ambulanten Pflegekraft gegenüber, die potenziell als sexualisierte Ansprache gewertet werden können,
- verbale Aggressionen vonseiten von pflegenden Angehörigen, die potenziell im Kontext von wechselseitigen Aggressionen und konfrontativ geführten Konflikten stehen können,
- gegenseitige Vorwürfe von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen Pflegefehler betreffend,
- infantilisiertes Verhalten von pflegenden Angehörigen, welches auch als Scherz gedeutet werden kann.

201 So beispielsweise einmalige Vorfälle finanzieller Ausbeutung durch Fremde, aber auch frühere vereinzelte verbal oder physisch aggressive Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten, deren aktuelles Krankheitsbild solche Verhaltensweisen nicht mehr aufweist.

Für knapp ein Viertel der Settings ($n=22$, 24,4%) wird zwar beschrieben, dass es in der Vergangenheit zu Misshandlungen bzw. Vernachlässigung gekommen ist, doch besteht hier für die Zukunft kein substanzielles Viktimisierungsrisiko²⁰². Für etwa ein Drittel der Settings ($n=29$, 32,2%) liegen Berichte über aktuelle oder frühere Viktimisierungen bei zugleich für die Zukunft diagnostizierten Viktimisierungsrisiken vor.²⁰³

Tab. 63: Qualitative Interviewstudie: Vorkommen von Misshandlung bzw. Vernachlässigung in 90 familialen Pflegearrangements

Misshandlung/Vernachlässigung	n	%
nein	26	28,9
ja	51	56,7
unklar	13	14,4
Gesamt	90	100,0

Tab. 64: Qualitative Interviewstudie: Risikoklassifikation familialer Pflegearrangements ($n=90$) bezüglich zukünftiger Misshandlung bzw. Vernachlässigung

Risiko	n	%
nein	50	55,6
ja	40	44,4
Gesamt	90	100,0

Die bereits erwähnte – sicher eher für einen kleinen Teil der Settings relevante – Vielschichtigkeit und Parallelität erschwert eine Analyse und übersichtliche Darstellung. Dennoch sollen im Folgenden einige Grundmerkmale der für die untersuchten familialen Pflegearrangements geschilderten Viktimisierungen vorgestellt werden; dabei liegen allen Auswertungen die als unklar wie die als eindeutig klassifizierten Settings zugrunde.

Es zeigt sich, dass für über die Hälfte der Settings ($n=49$, 54,4%) Viktimisierungen im Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen berichtet werden. Dabei werden für 20% der untersuchten Settings ($n=18$) wechselseitige Viktimisierungen geschildert, d. h. dass Pflegebedürftige Opfer gewaltförmigen Handelns pflegender Angehöriger werden, umgekehrt jedoch auch pflegende Angehörige durch Pflegebedürftige viktimisiert werden. In 17 Fällen werden unidirektionale Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige (18,9%) und in 14 Fällen unidirektionale Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige (15,5%) geschildert. Die große Zahl von berichteten bidirektionalen Viktimisierungen gibt einen Hinweis darauf, dass sich gewaltförmiges Verhalten der Beteiligten in starkem Maße gegenseitig bedingt.

²⁰² Dies zumeist, weil sich die Bedingungen der häuslichen Pflege verändert haben, z. B. Pflegebedürftige verstorben sind, die Pflegebeziehung aus anderen Gründen endete, pflegende Angehörige einen veränderten Umgang mit eigenen aggressiven Impulsen gefunden haben oder auch, weil von Pflegebedürftigen aufgrund des Krankheitsverlaufs keine Viktimisierungen mehr zu erwarten sind.

²⁰³ Nur für zwei der 13 als unklar bzgl. Viktimisierungen charakterisierten Settings besteht kein Viktimisierungsrisiko, für die anderen elf erscheint ein solches Risiko plausibel.

Tab. 65: Qualitative Interviewstudie: Viktimisierungsgeschehen im Verhältnis Pflegebedürftige und pflegende Angehörige (N=90 familiale Pflegearrangements)

	Häufigkeit	Anteil an allen Pflegearrangements %
Wechselseitige ²⁰⁴ Viktimisierungen von familial Pflegenden und Pflegebedürftigen	18	20,0%
Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige	17	18,9%
Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige	14	15,5%
Keine Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige oder umgekehrt	41	45,6%
Gesamt	90	100,0%

Wie die folgende Tabelle zeigt, liegen für jeweils sieben häusliche Pflegearrangements Berichte über problematisches Verhalten von Pflegebedürftigen gegenüber ambulanten Pflegekräften und umgekehrt von ambulanten Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen vor. Nur für zwei Settings wird hier von wechselseitigen Viktimisierungen berichtet. Vergleichsweise häufig berichten Fallbeteiligte im untersuchten Sample über Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure. In 10% der Settings (n=9) handelt es sich dabei um Fälle, in denen Pflegebedürftige durch ihnen nicht bekannte Personen finanziell geschädigt wurden (betrügerische Haustürgeschäfte, Trickdiebstahl).

Tab. 66: Qualitative Interviewstudie: Viktimisierungen im Verhältnis Pflegebedürftige – ambulante Pflegekräfte und Pflegebedürftige – sonstige Akteure (Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl Pflegearrangements
Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte	7
Viktimisierungen ambulanter Pflegekräfte durch Pflegebedürftige	7
Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure, davon	17
! Finanzielle Ausbeutung Pflegebedürftiger durch Fremde (u. a. Trickdiebstahl, betrügerische Haustürgeschäfte)	9
! Physische Gewalt in Krankenhaus und Kurzzeitpflegeeinrichtung	3
! Sonstige ²⁰⁵	5

Unter Berücksichtigung des gesamten Viktimisierungsgeschehens²⁰⁶ (s. Tabelle 67) zeigt sich, dass Berichte über Viktimisierungen von Pflegebedürftigen für mehr als die Hälfte der Settings (n=52, 57,7%), Berichte über Viktimisierungen von pflegenden Angehörigen für mehr als ein Drittel der Settings vorliegen (n=32, 35,6%). Ambulante Pflegekräfte werden ebenfalls als Opfer (in 8 Settings) wie als Gewaltausübende (in 7 Settings) beschrieben. In 13,7% der 51 Pflegearrangements, in denen professionelle ambulante Pflege erfolgt, werden Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte berichtet. Sonstige Akteure werden in immerhin 20% der Settings als Täter benannt (n=18). Als Ausübende von Viktimisierungen werden Pflegebedürftige etwa gleich häufig benannt

204 Wobei mit wechselseitiger Viktimisierung hier nicht ausgedrückt ist, dass derartiges Verhalten in kausalem bzw. zeitlichem Zusammenhang stehen muss.

205 Hier werden den Pflegebedürftigen nahestehende Personen wie Schwester, Schwägerin oder Mitbewohnerin genannt, ferner ein ehemaliger Kollege und ein Berufsbetreuer.

206 Die beiden Aufschlüsselungen – einerseits Täter-Opfer-Verhältnis und andererseits Status von Täter bzw. Opfer (Tabellen 65, 66 und 67) – ergeben keine deckungsgleichen Gesamtsummen, da einige mögliche Täter-Opfer-Verhältnisse aufgrund geringer quantitativer Bedeutung nicht aufgeführt wurden (Viktimisierung von Sonstigen durch Pflegebedürftige, Viktimisierung von pflegenden Angehörigen durch Sonstige).

wie pflegende Angehörige. Die Zahl der Settings, in denen pflegende Angehörige Opfer werden, ist ähnlich groß wie die Zahl der Settings, für die sie als Täter beschrieben werden; allerdings liegt nur in etwa der Hälfte dieser Fälle wechselseitige Gewalt vor. Wie oben ausgeführt, werden in 17 Settings pflegende Angehörige zugleich als Opfer wie als Täter beschrieben.

Tab. 67: Qualitative Interviewstudie: Täter und Opfer berichteter Viktimisierungen (N=90 familiale Pflegearrangements) (Mehrfachnennungen möglich)

	Als Opfer von Gewalt		Als Gewalt Ausübende	
	Häufigkeit	% der Settings	Häufigkeit	% der Settings
Ambulante Pflegekräfte	8	8,8	7	7,7
Pflegebedürftige	52	57,7	34	37,7
Pflegende Angehörige	32	35,6	35	38,8
Sonstige Akteure ²⁰⁷	4	4,4	18 ²⁰⁸	20,0

Für die hier untersuchten häuslichen Pflegearrangements lässt sich hinsichtlich der Täter-Opfer-Konstellationen auf der Grundlage vorliegender Berichte konstatieren, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ähnlich häufig als Opfer bzw. Ausübende gewaltförmigen Verhaltens beschrieben werden, wobei in einer beträchtlichen Zahl bidirektionale Viktimisierungserfahrungen benannt werden. Zusätzlich werden Pflegebedürftige den Berichten zufolge in erheblicher Zahl Opfer sonstiger Akteure und ebenfalls in relevanter Größenordnung von ambulanten Pflegekräften (bezogen auf jene Settings, in welche ambulante Pflegedienste einbezogen sind). Diese wiederum werden ebenso häufig Opfer gewaltförmigen Verhaltens Pflegebedürftiger, wie sie solches ausüben. Das in den Interviews erkennbar werdende Viktimisierungsgeschehen konzentriert sich also auf die Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und familial Pflegenden, doch kommt auch ambulanten Pflegekräften und anderen Akteuren eine bedeutsame Rolle im Geschehen zu.

Am häufigsten werden Formen verbaler bzw. psychischer Aggression benannt; solche Berichte liegen für 46,6% (n=42) aller Settings vor. Vergleichsweise häufig – für etwa ein Drittel der untersuchten Settings – werden Erscheinungsformen körperlicher Gewalt berichtet (n=31, 34,4%). In 13,3% der Settings (n=12) kommt bzw. kam es nach Auskunft der Befragten zu finanzieller Ausbeutung bzw. zu Diebstahlsdelikten – primär durch fremde Täter und Täterinnen, aber in drei Einzelfällen auch durch pflegende Angehörige. Mit jeweils vier Fällen werden Formen psychosozialer Vernachlässigung und sexueller Gewalt eher selten berichtet; als Opfer sexueller Übergriffe werden primär ambulante Pflegekräfte genannt. Eher selten sind auch Berichte über pflegerische Vernachlässigung und Freiheitseinschränkungen.

²⁰⁷ Hier handelt es sich in zwei Fällen um eine Krankengymnastin, in den beiden anderen Fällen um Hausbesitzer bzw. Nachbarn und andere Familienangehörige.

²⁰⁸ Die Differenz zu Tabelle 66 geht darauf zurück, dass in einem Fall auch eine pflegende Angehörige Opfer finanzieller Ausbeutung wurde.

**Tab. 68: Qualitative Interviewstudie: Formen berichteter Viktimisierungen
(115 Viktimisierungsformen in 90 familialen Pflegearrangements)**

Viktimisierungsform	n	% berichteter Formen	% Settings
Verbale Aggressionen bzw. psychische Misshandlung	42	36,5	46,6
Physische Misshandlung	31	27,0	34,4
Diebstahl/finanzielle Ausbeutung	12	10,4	13,3
Pflegerische Vernachlässigung	6	5,2	6,6
Freiheitseinschränkung	6	5,2	6,6
Psychosoziale Vernachlässigung	4	3,5	4,4
Sexuelle Viktimisierung	4	3,5	4,4
Andere Viktimisierungsformen ²⁰⁹	10	8,7	11,0

Wie die folgende Tabelle zeigt, werden in Bezug auf familiäre Pflegearrangements mit Demenzerkrankungen der Pflegebedürftigen deutlich häufiger Viktimisierungen geschildert. Die Beteiligung ambulanter Dienste scheint dagegen nicht in Verbindung mit verändertem Viktimisierungsaufkommen zu stehen. Aus intragenerationalen Pflegebeziehungen werden häufiger Viktimisierungen geschildert als aus intergenerationalen Pflegebeziehungen.

**Tab. 69: Qualitative Interviewstudie: Vorkommen von Misshandlung bzw. Vernachlässigung
in 90 häuslichen Pflegearrangements nach Merkmalen des Pflegesettings**

Merkmal	Viktimisierungsvorkommnisse			Gesamt
	nein	ja	unklar ²¹⁰	
Vorliegen einer Demenzerkrankung?				
nein	15	16	10	41
ja	10	28	2	40
unklar	1	7	1	9
Beteiligung ambulanter Dienste?				
ja	14	28	9	51
nein	12	23	4	39
Generationenbezug der familialen Pflege				
intragenerationale Pflege	12	30	6	48
intergenerationale Pflege	14	21	7	42
Gesamt	26	51	13	

Ein Vergleich der verschiedenen Viktimisierungskonstellationen nach dem Generationenverhältnis zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen weist vor allem darauf hin, dass in der hier untersuchten Stichprobe Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige etwas häufiger im Hinblick auf intragenerationale Pflegebeziehungen geschildert werden und der Anteil „viktimisierungsfreier“ (oder viktimisierungsfrei erscheinender) familialer Pflegebeziehungen in intergenerationalen Konstellationen höher ist.

²⁰⁹ Als andere Viktimisierungsform wurde hier häufig mangelnde Aktivierung genannt, zudem in je einem Fall Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen sowie fehlerhafte Pflege. In einem Fall geht es um die Einschränkung des Aktionsradius der Pflegebedürftigen innerhalb der Wohnung (aufs Zimmer schicken).

²¹⁰ Die Tabelle zeigt, dass der größte Teil der im Hinblick auf das Vorliegen einer Viktimisierung als unklar klassifizierten Arrangements solche ohne Demenzpflege sind. Dies ist insofern plausibel, als die aus der Demenzpflege von pflegenden Angehörigen berichteten gewaltförmigen Verhaltensweisen meist sehr eindeutig als Viktimisierungen klassifizierbar sind. Die geringe Zahl von unklaren Fällen in der Demenzpflege hängt also primär mit den sehr eindeutigen Viktimisierungsschilderungen von pflegenden Angehörigen selbst zusammen (bzgl. eigenen wie erlebten Verhaltens).

Tab. 70: Qualitative Interviewstudie: Viktimisierungsgeschehen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen nach Generationenkonstellation in der Pflegebeziehung (N=90 häusliche Pflegearrangements)

	Generationenkonstellation		Gesamt
	Intra-generational	Inter-generational	
Wechselseitige Viktimisierung von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen	11	7	18
Viktimisierung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige	9	8	17
Viktimisierung von pflegenden Angehörigen durch Pflegebedürftige	10	4	14
Keine Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige oder umgekehrt	18	23	41
Gesamt	48	42	90

Zusammenfassung

Die hier zunächst vorgenommene Quantifizierung qualitativer Befunde ist geeignet, einen Überblick über das vorliegende sehr umfangreiche Interviewmaterial hinsichtlich einiger relevanter Merkmale zu geben und Trends aufzuzeigen.

Deutlich wird, dass für gut 70% der hier untersuchten Settings Berichte über Viktimisierungen mindestens einer der an dem Pflegearrangement beteiligten Personen vorliegen und dass für knapp die Hälfte der Settings aufgrund des Interviewmaterials ein zukünftiges Viktimisierungsrisiko konstatiert wurde. Als dominante Viktimisierungskonstellation wird das Verhältnis pflegende Angehörige – Pflegebedürftige beschrieben, wobei in 20% der untersuchten Pflegearrangements bidirektionale Viktimisierungen erkennbar wurden. Neben pflegenden Angehörigen treten auch sonstige Personen aus dem sozialen Nahraum, ambulante Pflegekräfte sowie – weitestgehend beschränkt auf den Bereich von Eigentums- und Vermögensdelikten – Fremde als Täter und Täterinnen gegenüber Pflegebedürftigen in Erscheinung. Am häufigsten werden Formen verbaler Aggression, etwas seltener physische Gewalt berichtet; andere Gewaltformen werden in eher geringer Zahl beschrieben. Besonders häufig werden Viktimisierungen berichtet für Fälle, in denen eine Demenzerkrankung des Pflegebedürftigen vorliegt und für intragenerationale Pflegekonstellationen – zumeist Pflege innerhalb von Ehen oder Partnerschaften. Für derartige Partnerschaftspflege liegen vergleichsweise viele Berichte über Viktimisierungen pflegender Angehöriger durch Pflegebedürftige vor.

Der insgesamt hohe Anteil familialer Pflegearrangements, für welche aktuelle oder frühere Viktimisierungsvorkommnisse berichtet wurden, muss vor folgendem Hintergrund interpretiert werden:

- Eine große Zahl von Viktimisierungsberichten bezieht sich auf einmalige bzw. in dem konkreten Pflegearrangement sehr selten vorkommende Ereignisse.
- Bei den meisten der berichteten Viktimisierungen handelt es sich um hinsichtlich der Art der Tatausführung, der zugrunde liegenden Motivation und der Tatfolgen eher leichte Formen verbaler Aggression und physisch groben Verhaltens.
- Ein Teil der Viktimisierungsberichte bezieht sich auf in der Vergangenheit liegende Vorfälle, deren Wiederholung unwahrscheinlich bzw. sogar ausgeschlossen ist.

- I Auch Viktimisierungen durch sonstige Akteure sind hier berücksichtigt – z. B. Fälle finanzieller Schädigung durch Fremde oder einige Fälle von Erfahrungen gewaltförmigen Verhaltens in stationären und teilstationären Einrichtungen.
- I Vor dem Hintergrund überwiegend mehrjähriger Pflegebeziehungen beziehen sich die Viktimisierungsberichte zum Teil auf sehr lange Zeiträume.

5.4.6.3.2 Viktimisierungserfahrungen ambulanter Pflegekräfte

Viele ambulante Pflegekräfte erfahren Viktimisierungen durch Pflegebedürftige. Im Rahmen dieser Interviewstudie wurden insgesamt 31 Fälle berichtet, in denen ambulante Pflegekräfte Opfer von verbaler/psychischer, physischer und/oder sexueller Gewalt durch Pflegebedürftige wurden – wobei allein acht Fälle sexueller Übergriffe berichtet wurden. Jedoch ereignete sich nur ein kleiner Teil dieser Vorfälle – nämlich sieben – im Rahmen der hier im Detail untersuchten Pflegesettings, während 24 Vorfälle aus anderen Pflegekonstellationen berichtet wurden. Entsprechend unterscheiden sich die Berichte der Befragten im Hinblick auf Umfang, Detailliertheit und Art der Kenntnisnahme erheblich. Die ausführlichsten Informationen liegen für die untersuchten Pflegesettings vor. Es handelt sich bei den berichteten Viktimisierungen z. T. um gravierende verbale, physische und sexuelle Übergriffe. In der Regel sind es die Pflegekräfte selbst, die von solchen Viktimisierungen berichten.²¹¹ Kontext, Anlass, Schwere und Art der berichteten Viktimisierungen in den untersuchten Pflegesettings unterscheiden sich nur geringfügig von den außerhalb der untersuchten Pflegesettings aufgetretenen Viktimisierungen; sie werden daher im Folgenden gemeinsam vorgestellt.

Viktimisierungen durch Pflegebedürftige

Bei den berichteten Viktimisierungserfahrungen ambulanter Pflegekräfte handelt es sich sehr häufig um Situationen, in denen Pflegebedürftige sich gegen unerwünschte Pflegehandlungen wehren. Sie schimpfen, kneifen, spucken, beißen, ziehen an den Haaren, fassen die Pflegekräfte grob an, schubsen sie, würgen sie, schlagen sie mit oder ohne Gegenstände(n), kratzen oder werfen mit Gegenständen (Aschenbecher, Essen, Geschirr) oder Mobiliar nach ihnen. Die ausgeübte Gewalt kann in Einzelfällen so vehement sein, dass die Pflege nur noch zu zweit ausgeübt werden kann, und immer wieder berichten ambulante Pflegekräfte auch von Verletzungen.

I_36: Der 70-jährige Pflegebedürftige schlägt nach Aussage der männlichen Pflegekraft (26 J.)²¹² immer, wenn ihm nicht erklärt wird, welche Pflegehandlungen gerade vollzogen werden. Um sich gegen eine Haarwäsche zu wehren, habe er mit Gegenständen geworfen und den Pfleger gekratzt. Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit habe er die Pflegekraft beschimpft („aber so richtig böse, vulgär“), er habe ihn wohl nicht leiden können und als „Blitzableiter“ genutzt. Ähnlich verhalte sich der Pflegebedürftige auch gegenüber der pflegenden Ehefrau.

Verstärkt treten aggressive Reaktionen auf Pflegehandlungen im Kontext demenzieller Erkrankungen und krankheitsbedingter psychischer Veränderungen auf. Teilweise wehren sich Pflegebedürftige, weil sie sich bedroht fühlen. Auch körperlich geschwächte Menschen können in solchen Situationen den Berichten ambulanter Pflegekräfte

²¹¹ Aus der Perspektive von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen wurden lediglich vier Fälle von Übergriffen Pflegebedürftiger gegen Pflegekräfte berichtet.

²¹² Es handelt sich um einen Medizinstudenten, der sich durch die Tätigkeit als privater ambulanter Pfleger das Studium finanziert.

zufolge enorme Kräfte entwickeln. Im Kontext demenzieller Veränderungen werden einige Pflegebedürftige auch ohne für die Pflegekraft plausible Anlässe – wie unerwünschte pflegerische Handlungen – aggressiv und gewalttätig.

I_15: Eine examinierte Altenpflegerin (25 J.) berichtet, dass der pflegebedürftige demenziell Erkrankte häufig schlage und kneife („dann hatte ich schon die Faust im Gesicht“), weshalb sie oftmals blaue Flecken habe. „Kann ich nich’ mehr zählen, war ziemlich oft (...), war ziemlich oft, also blaue Flecken hatte ich und so weiter, er hat auch mein Knie, also ich steh’ immer zwischen ihm, er hat mein Bein so fixiert, dass ich mir das Knie verdreht habe und so was alles, also es war doch schon ziemlich oft.“ Die Pflegekraft halte dann die Hand des Pflegebedürftigen fest, rede mit ihm und schaffe es so, die Spannungen zu lösen.

Solche recht eindeutig krankheitsbedingten Vorfälle belasten die Beziehungen der professionellen Pflegekräfte zu den Pflegebedürftigen in der Regel nicht langfristig, weil die Pflegekräfte den Pflegebedürftigen Situationsverständnis und Schädigungsabsicht absprechen – wie im folgenden Zitat bezüglich der Abwehr einer Pflegehandlung durch eine 74-jährige demenziell Erkrankte deutlich wird:

I_13 (Pflegedienstleiterin, ausgebildete Krankenschwester, 50 J.): „(...) die Situation heute mit dem Dauerkatheter legen, (...) da ist es natürlich so, dass sich Frau G. sperrt, ne, weil sie es in dem Moment nicht versteht. Und dass sie versucht, sich irgendwen zu packen, ne, aber das ist nicht wissentlich, dass sie jemand verletzen möchte.“

Einige Pflegekräfte berichten von massiven verbalen Aggressionen Pflegebedürftiger, teils weil für diese ein rüder oder vulgärer Umgangston normal sei, teils weil sie Frustrationen über ihre unbefriedigende Lebenssituation an den ambulanten Pflegekräften ausließen. Dabei komme es auch zu antisemitischen und rassistischen Beschimpfungen. Viele Pflegebedürftige seien „gemein“, ignorierten, beschimpften oder beleidigten die Pflegekräfte.

I_53_AP²¹³: Eine Pflegehelferin (34 J.) berichtet, dass sie von einem psychisch kranken Pflegebedürftigen als „Nutte“ beschimpft werde. „Der macht es eigentlich regelmäßig, also ist nicht täglich, aber so alle paar Wochen kriegt er seinen Rappel und dann beschimpft er alles, was ihm unter die Finger kommt.“

Einige Pflegebedürftige entwickelten – so die Wahrnehmung von Pflegekräften – überhöhte Ansprüche und reagierten aggressiv, wenn auf ihre Forderungen nicht eingegangen werde. Ambulante Pflegekräfte müssen mit Anschuldigungen umgehen und damit, dass ihnen die Verantwortung für Probleme Pflegebedürftiger zugeschrieben wird. Ein hohes Aggressionspotenzial gebe es bei alkoholkranken und psychisch kranken Patientinnen und Patienten, besonders wenn diese allein lebten.²¹⁴ Übergriffe von alkoholabhängigen Pflegebedürftigen stehen häufig im Zusammenhang mit Weigerungen der Pflegekraft, Alkohol für sie zu besorgen.

²¹³ Das Kürzel AP weist aus, dass sich die Befragten bei dem berichteten Vorkommnis, dem berichteten Fall nicht auf das konkret untersuchte Pflegearrangement beziehen.

²¹⁴ Einige der befragten ambulanten Pflegekräfte versorgten primär alleinstehende Personen. So versorgte eine Befragte zum Interviewzeitpunkt zwölf Pflegebedürftige, von denen nur zwei auch von Angehörigen betreut wurden.

I_30_AP: Die Krankenpflegehelferin (54 J.) berichtet von einem alkoholabhängigen demenziell erkrankten Pflegebedürftigen, der sich nicht gerne pflegen lasse und zudem aggressiv werde, wenn sie ihm keinen Alkohol mitbringe. Er trete dann, beschimpfe sie in grober Weise, habe einmal mit einem Toilettenstuhl nach ihr geworfen und sie am Bein getroffen. Für solche Vorfälle entschuldige sich der Patient später und bitte um Verständnis. Es komme immer wieder zu derartigen Auseinandersetzungen und wenn der Alkoholvorrat des Mannes zur Neige gehe, müssten die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sehen „dass man da halbwegs heile wieder rauskommt“. Nach eigener Aussage verlässt die Befragte die Wohnung des Patienten nach solchen Vorkommnissen „fluchtartig“, um das eigene Verhalten unter Kontrolle zu halten.

Weibliche Pflegekräfte berichten von sexuellen Viktimisierungen durch Pflegebedürftige – wobei das Handlungsspektrum von diffusen über eindeutige sexuelle Aufforderungen bis hin zu unerwünschten Berührungen und schwerwiegenden körperlichen Angriffen reicht. Eine Pflegekraft berichtet von einer in der gegebenen Situation durchaus als sexuell interpretierbaren Andeutung durch einen 60-jährigen Parkinsonpatienten:

I_03_AP (Heilerziehungspflegerin, tätig als Pflegehelferin, 22 J.): „Da habe ich ihm die Hosen ausgezogen, er saß auf dem Bett und dann habe ich, saß ich jetzt so vor ihm, (...) und dann fragte er halt: ‚Wie alt sind Sie denn eigentlich?‘ Und dann sagte ich: ‚22‘ und dann sagte er: ‚Ach schade, zu jung.‘ Also das könnte ’ne Andeutung gewesen sein, aber...“

Im vorliegenden Sample werden am häufigsten sexuelle Aufforderungen und unerwünschte Berührungen berichtet („Grapschen“, handgreiflich werden). Das Risiko solcher Viktimisierungen ist durch die mit Pflege notwendig einhergehende körperliche Nähe und insbesondere in der Intimpflege grundsätzlich groß.

I_04: Der befragte stellvertretende Pflegedienstleiter (ausgebildeter Krankenpfleger, 33 J.) berichtet, dass der 78-jährige Pflegebedürftige während der Intimpflege weiblichen Pflegekräften gegenüber sexuelle Anspielungen bzw. Aufforderungen äußere. „Also bei der Intimpflege (...) zum Beispiel, dann wird er auch mal haltlos, also das ist, also dann, ich weiß nicht, wie ich mich jetzt ausdrücken soll, also so: ‚Mach mal weiter!‘ und also, das ist dann noch harmlos, ne. (...) Das sind sexuelle Aufforderungen.“ Er habe auch die Krankengymnastin aufgefordert, ihn oral zu befriedigen. Gleichzeitig sei er sehr aggressiv gegenüber den Pflegekräften: „Verpiss dich, du blöde Sau!“ und so, das ist halt normal.“ Das Verhalten des 78-jährigen ist aus Sicht der Pflegekraft durch den Schlaganfall bedingt: „Also Herr K. hat zum Beispiel durch seinen Schlaganfall – (...) der kennt keine Hemmungen.“

Im nachstehend beschriebenen Fall wird das besondere Konfliktpotenzial deutlich, welches durch die räumliche Nähe aller Beteiligten zueinander entsteht und dadurch, dass Pflegekräfte durch ihre mehr oder weniger regelmäßige Anwesenheit im Haushalt selbst vorübergehend in das familiale System integriert werden. Pflegekräfte können in Verbindung mit Übergriffen Pflegebedürftiger selbst ungewollt zum Anlass für Beziehungskonflikte werden. In diesem Fall schützte die Befragte den pflegebedürftigen Mann vor Bloßstellung gegenüber seiner Ehefrau, obgleich er sie massiv bedroht hatte.

I_65_AP: Die Befragte (Krankenpflegehelferin, 54 J.) berichtet, sie habe einen bereits ausgekleideten Patienten baden wollen, als dieser unvermittelt aufgestanden sei, sie massiv gegen die Wand gedrückt und gefragt habe, ob sie ihn liebe. Die ambulante Pflegekraft schildert die Situation als lebensbedrohlich: „Da habe ich gedacht, ich sterbe.“ Schwierig sei für sie auch die Tatsache gewesen, dass die Ehefrau im Nachbarzimmer saß und sie den Angreifer nicht durch Hilferufe habe bloßstellen wollen. Trotz der bedrohlichen Situation habe sie den Mann weiter gebadet. Nach der Meldung des Vorfalls bei der Pflegedienstleitung sei sie aus dem Haushalt abgezogen worden. Dem Pflegebedürftigen, der sich nach ihrem Verbleib erkundigt habe, sei nur mitgeteilt worden, dass sie nun „eine andere Tour“ habe.

In den Interviews wurde deutlich, dass nicht nur ambulante Pflegekräfte, sondern auch andere – nicht unmittelbar in die Interviewstudie einbezogene – in der Versorgung der Pflegebedürftigen tätige Personen, wie z. B. Krankengymnastinnen und Haushälterinnen, von solchen sexuellen Viktimisierungen betroffen sind. In der folgenden Fallskizze berichtet eine pflegende Angehörige, dass die sexuelle Belästigung einer Haushälterin durch ihren 70-jährigen Parkinson- und demenzkranken Mann im Zusammenhang mit seiner Medikation stehe.

I_45: Die 72-jährige pflegende Ehefrau berichtet, dass sich ihr 70-jähriger pflegebedürftiger Mann einmal während ihres Krankenhausaufenthaltes an die Haushälterin „rangemacht“ habe, woraufhin diese fast gekündigt habe. Obgleich pflegerisch nicht notwendig, habe er sie aufgefordert, ihm bei der Intimpflege zu helfen. Aufgrund des guten Verhältnisses zwischen der familial Pflegenden und der Haushälterin habe sie eine Kündigung verhindern können. „Die war so angeekelt, dass, dass sie kündigen wollte bei uns, (...) da wusste ich aber auch schon, dass (...) da jetzt auch so'n Drang vorliegt, der stärker ist als was ich sonst an ihm kannte, und (...) er wird zum Teil auch durch Medikamente ausgelöst.“

Über sexuelle Zudringlichkeiten durch weibliche Pflegebedürftige wird im untersuchten Sample nicht berichtet; ein Pfleger beschreibt Frauen diesbezüglich als zurückhaltender (I_04_AP). Eine weibliche Pflegekraft schildert, wie eine Pflegebedürftige sie unvermittelt umarmt habe und erzählt von ihren durchaus ambivalenten emotionalen Reaktionen darauf:

I_13_AP (Pflegedienstleiterin, ausgebildete Krankenschwester, 50 J.): „S ist ganz selten mal gewesen, aber es ist mal vorgekommen, und denn ist man richtig erschrocken, wo kommt das jetzt her, was ist jetzt (...)? Vielleicht hat sie in dem Moment auch jemand anders vor sich gehabt, ne, und das war (...) spontan. Es war aber auch schön. Ne. Es ist nicht, es ist nichts Negatives.“

Viktimisierungen durch Angehörige Pflegebedürftiger

In einigen Fällen berichteten ambulante Pflegekräfte auch von Übergriffen durch Familienangehörige der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen. Die berichteten Fälle ereigneten sich im Kontext verbaler Auseinandersetzungen über angemessene Qualität oder Umfang von Pflege (z. B. Uneinigkeit bei Dekubitusbehandlung) oder im Zusammenhang mit Vorwürfen der familial Pflegenden, die ambulanten Pflegekräfte hätten ihre Aufgaben nicht pflichtgemäß erfüllt. Pflegekräfte berichten, sie würden angeschrien und beschimpft, teils aus geringem Anlass „zur Schnecke gemacht“. Auseinanderset-

zungen spitzen sich zu, wenn bei den Angehörigen Alkoholabusus eine Rolle spielt. Für die Pflegekräfte steht dann die Sicherstellung der Pflege im Vordergrund:

I_02_AP: Die Pflegekraft (ausgebildete Krankenschwester, 23 J.) berichtet von einem alkoholabhängigen pflegenden Ehemann, der im betrunkenen Zustand die Pflege seiner Frau vernachlässigt. Wenn er nüchtern sei, wolle er hingegen alle pflegerischen Aufgaben allein übernehmen und beschimpfe die Pflegekraft.

Zwei weibliche ambulante Pflegekräfte berichten weiter von Fällen sexueller Belästigung durch männliche Angehörige von Pflegebedürftigen, wobei in einem der Vorfälle wiederum Alkoholmissbrauch eine Rolle gespielt habe.

Umgang mit Viktimisierungen

Der Umgang der ambulanten Pflegekräfte mit Viktimisierungen hängt stark von den vermuteten Ursachen, dem Kontext der Handlung und der Art der Viktimisierung ab. Die betroffenen ambulanten Pflegekräfte bringen zum Teil Verständnis für aggressives und gewaltförmiges Verhalten der Pflegebedürftigen auf. Sie sehen die Aggressionen in Verbindung mit Non-Compliance primär als Ausdruck von Hilflosigkeit und als einzige Möglichkeit der Pflegebedürftigen, sich bemerkbar zu machen, sich mitzuteilen und die Frustration über ihre schwierige Lebenssituation auszudrücken – dies insbesondere, wenn die Pflegebedürftigen sozial weitgehend isoliert sind. Teilweise ist den Pflegekräften auch bewusst, dass manche der Pflegebedürftigen keine andere Möglichkeit haben (oder für sich sehen), sich gegen von ihnen nicht erwünschte Pflegehandlungen zu wehren. In Fällen sexueller Belästigung bringen ambulante Pflegekräfte hingegen in der Regel kaum Verständnis für Pflegebedürftige auf.

Für einige der befragten ambulanten Pflegekräfte gehört das Viktimisierungsrisiko gewissermaßen zum Berufsbild.²¹⁵ Man müsse lernen, damit umzugehen, bis zu einem gewissen Grad solche Vorfälle hinnehmen.

I_63_AP: Eine Patientin schlage den befragten Pflegehelfer (45 J.) immer bzw. versuche dies, wenn sie den Vorlagenwechsel oder das Waschen verhindern wolle. Auch spucke sie dem Pflegenden das Essen ins Gesicht, wenn es ihr nicht schmecke. Der Pfleger sieht keine Veranlassung, diesbezüglich etwas zu unternehmen. Er gehe weiter dort hin, schließlich gehe es anderen Pflegenden genauso.

Das folgende Zitat macht allerdings deutlich, dass nicht alle Pflegekräfte ein so abgeklärtes Verhältnis zu problematischem Verhalten von Pflegebedürftigen haben:

I_15 AP (Altenpflegerin, 25 J.): „Das kommt nich so oft vor, aber das sind dann so Wörter, die er sagt: ‚Du, du bist ein blödes Stück‘, also so richtig so, ja, mich anguckt: ‚Du bist ein blödes Stück‘ und ich da stehe und nichts, erst mal gar nichts mehr sagen kann und sie [die Ehefrau] sich dann für ihn entschuldigt“.

Pflegekräfte entwickeln Strategien gegen diese Viktimisierungen. Handelt es sich um mit Ängsten der Pflegebedürftigen verbundene krankheitsbedingte Non-Compliance, so schützen sich die Pflegekräfte vor den konkreten Angriffen (halten beispielsweise die zum Schlag ausholende Hand fest), versuchen dann aber Ängste abzubauen, Vertrau-

²¹⁵ Für den stationären Pflegebereich beschrieben Gates, Fitzwater & Meyer (1999) diese Haltung.

en herzustellen und die Spannungen zu reduzieren. Im folgenden Beispiel berichtet ein männlicher Pfleger, wie er einem Kollegen erklärte, dass Aggressionen des Pflegebedürftigen durch Erläuterung der anstehenden Pflegehandlungen verhindert werden könnten. Aggressives Verhalten des an Leukämie erkrankten 74-jährigen Mannes entsteht, wenn der Pflegebedürftige aufgrund von unangekündigten Pflegeverrichtungen nervös werde:

I_36 (Altenpflegehelfer, 26 J.)²¹⁶: „Also das habe ich ihm schon früher gesagt, wenn man Herrn T. sagt, was gerade gemacht wird, was er jetzt gerade machen muss, dann gibt's keine Probleme, aber wenn er nun das einfach nicht genau sagt und einfach anfängt zu machen, dann wird er natürlich nervös und fängt irgendwann [an] zu hauen sogar. Dann (...) ist es oft passiert, dass die Hand festgehalten wird, ja.“

Kommt es allerdings in solchen Pflegekonstellationen zu vehementer Gewalt, die möglicherweise sogar von Dauer ist, berichten ambulante Pflegekräfte auch von grundsätzlich veränderten Pflegearrangements, wobei nicht klar wird, ob es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Gewaltvorkommnissen und solchen Veränderungen gibt.

I_36a_AP: Derselbe Pfleger (Altenpflegehelfer, 26 J.) schildert, dass er selbst Opfer eines gewaltsamen Übergriffs wurde. Ein Patient habe einen „Anfall“ bekommen und ihn umbringen wollen und einen Eimer bzw. Einkaufskorb nach ihm geworfen. Der Patient sei später in eine Anstalt eingewiesen worden.

I_30_AP: Die befragte Krankenpflegehelferin (54 J.) berichtet, dass eine Kollegin von einem Pflegebedürftigen „massiv angegriffen“ worden sei, sodass die Pflegekräfte in der Folge nur noch zu zweit in den Haushalt gingen, „um auch der Gefahr so 'n bisschen zu begegnen.“ Dieser Patient sei mittlerweile in einem Heim untergebracht.

Eher gute Erfahrungen machen Pflegekräfte damit, über die Vorfälle zu sprechen – mit den Pflegebedürftigen, den familial Pflegenden, den Kolleginnen und Kollegen und der Pflegedienstleitung. Immer wieder wird allerdings berichtet, dass Pflegekräfte nach Viktimisierungserfahrungen in anderen Haushalten eingesetzt werden – z. T. auch ohne dass es zu einer Aufarbeitung der Ereignisse gekommen ist.

Verhalten sich Pflegebedürftige ohne erkennbare Anlässe in bedeutsamem Maße verbal und physisch aggressiv und steht dies nicht in erkennbarem Zusammenhang mit ihren Erkrankungen, so verlassen einige Pflegekräfte den Haushalt – sofern dies in der Situation möglich ist. Im folgenden Beispiel erhöhte dies die Kooperationsbereitschaft des Pflegebedürftigen erheblich.

I_30_AP: Die befragte Pflegekraft (Krankenpflegehelferin, 54 J.) berichtet von einem Pflegebedürftigen, dessen Versorgung zu Beginn sehr schwierig gewesen sei, weil er ihrer Meinung nach noch nicht an die Pflege gewöhnt gewesen sei. Sie habe den Patienten baden wollen, doch dieser habe sich nicht ausziehen wollen und einen Stuhl nach ihr geworfen. Die Pflegekraft habe sich daraufhin umgedreht, dem Patienten „einen schönen Tag gewünscht“ und für diesen Tag die Versorgung beendet. Am nächsten Tag sei er der „liebste Patient“ gewesen.²¹⁷

²¹⁶ Es handelt sich hierbei um den erwähnten Medizinstudenten.

²¹⁷ Dass solches Verhalten auch als Vernachlässigung der Pflegebedürftigen interpretiert werden kann, wird in Kapitel 5.4.6.3.4.2.2 thematisiert.

Andere machen den Pflegebedürftigen deutlich, dass sie solches Verhalten nicht akzeptieren. Zwei der Befragten berichten von guten Erfahrungen mit Konfrontationen:

I_54_AP: Die befragte Hauspflegehelferin (41 J.) sei in der Pflege einer verbal aggressiven, „rechthaberischen“ Pflegebedürftigen tätig gewesen; „die musste immer also die Leute fertigmachen.“ Die ambulante Pflegekraft habe bereits veranlasst gehabt, die Pflegebedürftige in Zukunft nicht mehr pflegen zu müssen, als es in der letzten Woche ihrer Tätigkeit in dem Haushalt wieder zu Aggressionen gekommen sei. Daraufhin habe sie ihr „die Meinung gesagt“. Das Verhältnis sei danach gut gewesen, die ambulante Pflegekraft vermutet, weil die Pflegebedürftige ein Gegenüber gesucht hatte – „weil sie einfach jemanden brauchte, der ihr mal Kontra gibt.“

Neben der Möglichkeit der eigenen Intervention besteht für Pflegekräfte die Option, Dritte einzuschalten. Gerade in Fällen sexualisierter Gewalt informieren Pflegekräfte häufig die Pflegedienstleitungen. Diese suchen dann das Gespräch mit den Pflegebedürftigen, teils auch mit den Angehörigen, um auf Veränderungen hinzuwirken. Bei gravierenden Vorfällen oder wenn sich diese wiederholen, werden die Pflegekräfte der Zuständigkeit für die Pflegebedürftigen enthoben. In zwei berichteten Fällen veränderte sich auch nach Intervention das Verhalten der Pflegebedürftigen nicht, es wurden mehrere weibliche Pflegekräfte massiv belästigt, sodass die Pflegedienstleitung schließlich nur noch männliche Pfleger dort einsetzte.

I_64_AP: Die Pflegedienstleiterin (44 J.) berichtet, dass ein über 90-jähriger Pflegebedürftiger weibliche Pflegekräfte sexuell belästigt habe. Von der Tochter mit diesen Vorwürfen konfrontiert, habe er alles abgestritten. Obwohl die Pflegekräfte versucht hätten, ihm Grenzen zu setzen, hätten sich die Belästigungen immer wiederholt. In der Folge sei in diesem Haushalt ein männlicher Pfleger eingesetzt worden.

In einem berichteten Fall habe die ambulante Pflegekraft unerwünschte Berührungen durch einen pflegenden Angehörigen unterbinden können, indem sie einerseits klar zu verstehen gab, dass er diese unterlassen soll und sie andererseits die Pflegedienstleitung einschaltete. Tatsächlich habe sich das Verhältnis durch diese Intervention auch langfristig verbessert.

I_65_AP: Der Ehemann einer stark demenziell erkrankten pflegebedürftigen Frau sei der Pflegekraft (Krankenpflegehelferin, 45 J.) öfter „zu nahe“ gekommen, sodass sie sich körperlich dagegen wehren musste. „Also, nachdem ich ihm dann welche auf die Finger gehauen habe, hat er mich dann nicht mehr an meine Schulter gefasst (...), sondern nur noch die Hand.“ Die über die Vorfälle informierte Pflegedienstleitung habe danach ein klärendes Gespräch mit dem Mann geführt, in dessen Folge es zu keinen weiteren Vorfällen gekommen sei. Das aktuelle Verhältnis zum pflegenden Angehörigen schildert die Pflegerin als herzlich.

Ein grundsätzliches Dilemma besteht in der Versorgung von sehr schwierigen, häufig alleinlebenden Patientinnen und Patienten, deren Versorgung nicht sichergestellt ist, wenn sich der Pflegedienst gegen die Fortführung der Pflege entscheidet, weil andere Formen der Unterstützung von der pflegebedürftigen Person nicht akzeptiert werden und es keine rechtliche Handhabe gibt, externe Unterstützung auch gegen den Willen

der Person zu installieren. In diesen Fällen bestehe ein wesentlicher Konflikt darin, dass die Pflegekräfte entweder das Problemverhalten auf sich nehmen oder die pflegebedürftige Person sich selbst überlassen müssen.

Ex_08: Eine befragte Pflegedienstleiterin (33 J.) berichtet von einer Frau, die ihrer Aussage nach sowohl die pflegende Tochter als auch die Pflegekräfte terrorisiere. Sie lebe alleine, sei inkontinent, habe stark geschwollene Hände und könne sich kaum noch alleine versorgen. Die Befragte vermutet eine psychiatrische Erkrankung, die allerdings nur phasenweise akut sei. Ihre Wohnung sei völlig zugestellt und teilweise von Schimmel befallen. Die Pflegebedürftige gehe selbstverständlich davon aus, dass ihr zu jeder Tages- und Nachtzeit Hilfe zur Verfügung stehen müsse. Sie beschimpfe und beleidige ständig die Pflegekräfte: „Wir sind ja sowieso schlecht, wir können ja sowieso nichts und das können wir ja wohl gefälligst mitmachen, das sei ja wohl unsere Aufgabe, ja eigentlich ist (...) für sie alles selbstverständlich, (...) und wenn das nicht so ist, dann greift sie einen auch persönlich an. ‚Sie will ich hier nicht mehr sehen, Sie sind ja völlig unfähig, wer sind Sie überhaupt und Sie sind ja sowieso viel zu dick, Sie passen gar nicht in meine Wohnung‘ und all so was. Das ist wirklich ein absolut konkreter Fall, wo wir jetzt wirklich immer an der Grenze dazu stehen, schalten wir ’nen Psychiater ein. Das Problem ist, sie lässt ihn nicht in die Wohnung rein. Sie kann zwar nicht aufstehen im Moment, weil es ihr nicht gut geht, aber wenn wir wen Fremdes mit reinbringen, haben wir völlig unser Vertrauen wirklich vertan und dann ist die Frau alleine zu Hause. Also heißt, da sitzen wir wieder in diesem Zwischengrund was machen wir, eigentlich braucht die Frau dringend ’ne Betreuung, (...), aber wir kommen nicht an die Frau ran, weil wenn die Leute dann halt ablehnen und sagen ‚Ich will keine Betreuung‘, kriegen sie auch keine, es sei denn, sie sind (...) so verwirrt, dass man sagen kann, es geht gar nicht mehr anders, aber sie ist halt (...) zeitweise völlig normal.“ Momentan kümmere sich die Tochter etwas mehr um sie, aber auch diese werde von ihrer Mutter „terrorisiert“. In diesem Fall sieht die befragte Pflegedienstleitung kaum Handlungsmöglichkeiten. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten müsse der Pflegedienst eigentlich die Pflege einstellen, da die erbrachten Leistungen in keinem Verhältnis zur Vergütung stünden. Gleichzeitig befürchtet die Pflegedienstleitung, dass sich in diesem Fall niemand mehr ausreichend um die Frau kümmern würde.

In einigen Fällen intervenieren die pflegenden Angehörigen, wenn sie von Viktimisierungen der ambulanten Pflegekräfte erfahren. In Bezug auf den oben beschriebenen Fall, in dem der Pflegebedürftige alle Pflegekräfte beschimpfe und die weiblichen Pflegekräfte sexuell bedränge, schildert die pflegende Angehörige ihre Interventionen bei ihrem Schwiegervater:

I_04 (pflegende Angehörige, 46 J.): „Also, alle zwei Monate muss ich dann mal einschreiten, wenn (...) es dann zu heftig wird, wenn ich das dann (...) mitkriege. Ich sag immer: ‚Ich hab da oben ’ne Überwachungskamera, ich krieg das mit‘, ’ne, er sollte ganz vorsichtig sein, er soll die Leute nicht beleidigen, die würden das zu ihm ja auch nicht sagen. (...) Und dass das so nicht geht. Na ja, und das (...) hält dann wieder so, ich sage mal ein, zwei Monate und dann haben wir wieder das gleiche Spielchen. (...) Da geht er auch schon unter die Gürtellinie, also, da hört’s ja dann auch auf, ne. (...) Aber ich sage immer, die sollen zu mir kommen, wenn so was ist, ne, weil ich ihm dann wieder die passenden Worte sage und dann geht es wieder, ne. Weil das kriegt er dann auch mit, dann guckt er einen dann so an, ne, und dann verkrampft er sich, aber ich sage, dann muss man auch ’nen bestimmten Ton haben, das ist dann wie beim kleinen Kind (...), dass ich dann bestimmt sage: ‚So geht es nicht, ne.‘“

Zusammenfassung

Ähnlich wie für den stationären Bereich berichtet und in Übereinstimmung mit Studien zur Viktimisierung ambulanter Pflegekräfte im häuslichen Bereich, berichten auch in der vorliegenden Studie zahlreiche ambulante Pflegekräfte von Viktimisierungen durch Pflegebedürftige.²¹⁸ In vielen der berichteten Fälle wehren sich Pflegebedürftige gegen unerwünschte Pflegehandlungen und häufig ereignen sich Viktimisierungen im Kontext demenzieller Erkrankungen. Daneben werden Vorfälle verbal aggressiven Verhaltens berichtet, die die ambulanten Pflegekräfte im Zusammenhang mit dem üblichen Kommunikationsstil der Pflegebedürftigen sehen bzw. mit Frustrationen über die unbefriedigende Lebenssituation. Ein hohes Aggressionspotenzial wird von alkoholabhängigen, psychisch kranken und sozial isolierten Patientinnen und Patienten berichtet. Eine spezifische Form der Viktimisierung ambulanter Pflegekräfte sind die im untersuchten Sample berichteten sexuellen Formen von Gewalt gegen weibliche Pflegekräfte. Gewalt gegen ambulante Pflegekräfte im häuslichen Bereich unterscheidet sich von Gewalt in stationären Einrichtungen primär durch die diesbezüglich weit umfangreicheren Interaktionsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten mit pflegenden Angehörigen und durch das größere Bedrohungspotenzial in privaten Räumlichkeiten, wo informelle Sozialkontrolle durch Dritte und die Möglichkeiten externer Hilfe gering sind. Möglicherweise liegen gerade sexuelle Viktimisierungen im intimen Rahmen der eigenen Häuslichkeit für Pflegebedürftige näher. In der häuslichen Pflege ist vermutlich auch das Risiko größer, Opfer von pflegenden Angehörigen zu werden. Im vorliegenden Material werden solche Übergriffe einzeln berichtet, wobei auch hier sexuelle Viktimisierungen eine Rolle spielen.

Der von den Pflegenden geschilderte Umgang der ambulanten Pflegekräfte mit gewaltförmigen Übergriffen ist sehr unterschiedlich. Grundsätzlich ist den Pflegenden klar, dass solche Vorfälle zu ihrem Berufsalltag gehören können. Dennoch erleben sie Gewalterfahrungen teils als sehr belastend. Insbesondere für krankheitsbedingte Aggressionen bringen Pflegenden Verständnis auf, schützen sich und versuchen beruhigend und nichteskalierend mit solchem Verhalten umzugehen. Bei nicht tragbarem und unveränderbar hohem Gewaltniveau berichten ambulante Pflegekräfte auch von veränderten Pflegearrangements (Heimübersiedlung). Gravierendere Vorfälle, die nicht durch Aussprache und Kon-

²¹⁸ Einschlägige Arbeiten zu Viktimisierungen von Pflegekräften liegen vor allem für den stationären Bereich vor. In der stationären Altenpflege werden Pflegekräfte häufig und in vielfältigen Erscheinungsformen Opfer physisch wie verbal aggressiven Verhaltens von Bewohnerinnen und Bewohnern. Dieses Verhalten ist einerseits vor dem Hintergrund von Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu sehen; andererseits entsteht es aus misslingenden Interaktionen zwischen Bewohnern und Pflegekräften und kann als Reaktion auf wahrgenommene Einengung von Handlungsspielräumen und Missachtung individueller Bedürfnisse verstanden werden. Aggressive Episoden sind auch vor dem Hintergrund der Kompetenzen der jeweiligen Pflegekräfte zu sehen, insbesondere ihren Kenntnissen im gerontopsychiatrischen Bereich. Aggressives Verhalten geht besonders häufig von demenziell erkrankten Personen aus; zumindest im Bereich physischer Aggression treten männliche Bewohner offenbar stärker in Erscheinung als Bewohnerinnen. Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat in Pflegeberufen im Allgemeinen und in der stationären Altenpflege im Besonderen einen anderen Stellenwert als in sonstigen Berufsfeldern; den in der Altenpflege Beschäftigten wird die Bereitschaft, ein gewisses Maß an gegen sie gerichteter alltäglicher Aggression zu akzeptieren, wenigstens implizit abverlangt. Aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern kann Ausgangspunkt und Auslöser der Misshandlung oder auch Vernachlässigung des jeweiligen Bewohners durch die Pflegenden sein (vgl. u. a. Eustace et al., 2001; Gates, Fitzwater & Meyer, 1999; Gates, Fitzwater & Succop, 2003; Goodridge, Johnston & Thomson, 1996; Pulsford & Duxbury, 2006; Schreiner, 2001; Schreiner, Yamamoto & Shiotani, 2000; Shah, Chiu, Ames, Harrigan & McKenzie, 2000). In Bezug auf professionelle häusliche Pflege liegen bislang nur wenige einschlägige Untersuchungen vor, was auch mit den im Allgemeinen günstigeren Untersuchungsbedingungen in stationären Einrichtungen zusammenhängt. Die vorliegenden Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie für die stationäre Pflege. Demnach ist gewaltförmiges Verhalten Pflegebedürftiger weit verbreitet, für die Pflegenden belastend und ein Risikofaktor für Problemverhalten Pflegenden gegenüber Pflegebedürftigen. Auch im ambulanten Bereich wird vor allem auf aggressives Verhalten demenziell erkrankter Pflegebedürftiger abgestellt (vgl. dazu Lyketsos et al., 1999; Hamel et al., 1990; Robinson, 2003).

frontation mit den Pflegebedürftigen gelöst werden können, und Fälle sexueller Viktimisierung führen häufig zu Berichten bei Pflegedienstleitungen und gegebenenfalls einem Wechsel der zuständigen Pflegeperson. Problematisch ist insbesondere die ambulante Versorgung von aggressiven Pflegebedürftigen, deren Versorgung nicht sichergestellt wäre, würde sich der ambulante Dienst gegen eine Fortführung der Pflege entscheiden.

5.4.6.3 Viktimisierungserfahrungen pflegender Angehöriger

Wie ambulante Pflegekräfte werden auch pflegende Angehörige in beträchtlichem Umfang Opfer von Übergriffen durch Pflegebedürftige. Sie müssen damit umgehen, dass sich Pflegebedürftige teilweise massiv gegen Pflegeleistungen wehren und dass Aggressionen bei manchen Krankheiten Teil der Symptomatik sind, sie erleben – sicherlich mehr noch als professionell Pflegende – überhöhte Anforderungen, Anschuldigungen, Beschimpfungen und Beleidigungen und sie werden damit konfrontiert, dass sich Trauer und Wut über Schmerzen, Einschränkungen und Hilfebedürftigkeit und ihre Unumkehrbarkeit in Aggressionen den Helfenden gegenüber verwandeln können. Sie erfahren, dass frühere Dominanzbeziehungen sich auch bei Pflegebedürftigkeit fortsetzen und sich in verbalen und physischen Aggressionen den pflegenden Angehörigen gegenüber ausdrücken. Angesichts der Altersstruktur in Pflegebeziehungen ist Gewalt, die von Pflegebedürftigen ausgeht, vielfach zugleich eine Form von „Gewalt gegen Ältere“. Dies trifft vor allem, aber nicht nur auf Pflege innerhalb von ehelichen Beziehungen bzw. Partnerschaften zu. 54,4% (n=49) der in der vorliegenden Interviewstudie befragten pflegenden Angehörigen (ohne Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gruppendiskussionen) sind 60 Jahre und älter, immerhin 23,3% (n=21) sogar mindestens 70 Jahre alt. Werden nur die intragenerationalen Pflegebeziehungen betrachtet, so sind 74,5% (n=35) der Pflegenden 60 Jahre und älter, 40,4% (n=19) 70 und älter und 12,8% (n=6) 80 Jahre oder älter.

Im folgenden Kapitel soll die Perspektive der pflegenden Angehörigen eingenommen werden: Welche Viktimisierungen erfahren sie durch Pflegebedürftige? In welchen Kontexten und in welchen Situationen ereignen sie sich? Welche Folgen hat dies für sie und wie gehen sie damit um?

Gewalt gegen pflegende Angehörige durch Pflegebedürftige tritt vergleichsweise häufig auf – in 32, das sind 35,6% der untersuchten Settings.²¹⁹ Dabei ist für die Fragestellung der vorliegenden Studie von besonderer Relevanz, dass Aggressionen durch Pflegebedürftige ein bedeutsamer Risikofaktor für problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen sind (Hamel et al., 1990; Nadien, 2006; Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale, 2008; Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner & Lance, 2005).²²⁰ Viktimisierungen von Pflegenden durch Pflegebedürftige werden im vorliegenden Sample vor allem von den pflegenden Angehörigen selbst berichtet. Für 30 der untersuchten Settings berichten die pflegenden Angehörigen von Viktimisierungen. Ambulante Pflegekräfte berichten dagegen in nur neun Fällen von Übergriffen Pflegebedürftiger gegenüber Pflegenden – teils auf der Grundlage eigener Beobachtungen, teils auf

²¹⁹ Dies entspricht den Befunden anderer Studien (Grafström, Norberg & Hagberg, 1993; Samuelsson, Annerstedt, Elmstahl, Samuelsson & Grafström, 2001; Matsumoto et al., 2007; Solomon, Cavanaugh & Gelles, 2005). Zugleich ist denkbar, dass die Stichprobenbildung via Selbstmelderinnen und Selbstmeldern dazu beitrug, dass sich besonders belastete familiäre Pflegekräfte meldeten, die sich von einem Interview Entlastung erhofften, und dass in solchen Pflegekonstellationen auch das Ausmaß von Gewalt durch die Pflegebedürftigen besonders groß ist.

²²⁰ Zu ähnlichen Befunden kommt auch die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführte schriftliche Befragung pflegender Angehöriger (vgl. Kapitel 5.3).

der Grundlage von Berichten der Pflegenden. Diese unterschiedliche Anzahl berichteter Vorkommnisse ist zum einen darin begründet, dass nur in etwa der Hälfte (n=15) der Settings, in denen familial Pflegende aus ihrer Sicht Gewalt erfahren, ambulante Dienste involviert sind.²²¹ Zum anderen haben ambulante Pflegekräfte u. a. aufgrund der zeitlichen Strukturierung professioneller Pflegearbeit generell nur vergleichsweise geringe Möglichkeiten, Einschlägiges selbst zu beobachten. Auch erschweren die engen zeitlichen Vorgaben ausführliche Gespräche mit pflegenden Angehörigen, in denen diese von solchen Vorfällen berichten könnten. Zudem ist bei den Pflegeeinsätzen nicht der oder die pflegende Angehörige, sondern die ambulante Pflegekraft selbst zentraler Interaktionspartner der Pflegebedürftigen; dies macht Berichte über entsprechende Vorfälle weniger wahrscheinlich. Pflegebedürftige selbst äußern sich diesbezüglich sehr selten.²²²

Außerhalb der 90 hier untersuchten familialen Pflegearrangements berichteten Pflegekräfte und Expertinnen und Experten weitere zehn Fälle von Gewalt durch Pflegebedürftige gegen ihre Angehörigen. Da sich diese Fälle im Hinblick auf Art, Intensität, Schwere, Häufigkeit, Kontext und Auslöser nicht wesentlich von jenen unterscheiden, die von pflegenden Angehörigen geschildert wurden, sie zudem meist weit weniger detailliert geschildert wurden, bleiben sie im Folgenden unberücksichtigt.

Das Spektrum des berichteten aggressiven Verhaltens durch Pflegebedürftige ist groß, es umfasst verbale Aggressionen (Schimpfen, Brüllen, Beleidigen, Drohen, Unterstellungen, Anschuldigungen) wie physische Angriffe (Spucken, Beißen, Kratzen, Treten, Schlagen, Boxen, Werfen oder Schlagen mit Gegenständen, Verprügeln, grobes Anfassen, Schubsen, eine Person wegstoßen, wegschleudern, auf sie losgehen). Die Angriffe durch Pflegebedürftige sind gelegentlich massiv, sie ereignen sich zuweilen unvermittelt und richten sich zwar primär gegen Pflegenden, aber auch gegen andere Personen im Umfeld. Häufig ereignen sich Aggressionen im Kontext von Pflegehandlungen, aber nicht immer sind den Angehörigen die Anlässe klar. Die zum Befragungszeitpunkt 48-jährige pflegende Schwiegertochter eines vor 4 Jahren mit 92 Jahren verstorbenen demenziell erkrankten Mannes beschreibt diese Problematik:

I_34: „Es ist nicht sehr einfach gewesen, weil Sie sich auf die Situation überhaupt nicht einstellen konnten, weil das – von einer Minute auf der andern wurde [er] auf einmal aggressiv. Warum, das konnte kein Mensch sagen. Sie mussten dann aber sofort handeln und das ging sogar so weit, dass es, nicht nur für mich, sondern für alle Beteiligten, irgendwo an die Substanz ging.“

Wie im Zitat beschrieben, wirkt es für pflegende Angehörige sehr verunsichernd, nicht zu wissen, wann und warum die Pflegebedürftigen ihnen gegenüber aggressiv werden und somit jederzeit mit derartigem Verhalten rechnen und darauf sofort angemessen reagieren zu müssen. Für die Angehörigen haben die von ihnen wahrgenommenen bzw. zugeschriebenen Ursachen gewaltförmigen Verhaltens Pflegebedürftiger große Bedeutung.

²²¹ Wobei in dreien dieser Settings keine Interviews mit ambulanten Pflegekräften geführt werden konnten.

²²² Nur in zwei Fällen erwähnten Pflegebedürftige eigenes verbal aggressives Verhalten; sie seien – aus ihrer Sicht berechtigterweise – ihren pflegenden Ehefrauen gegenüber „böse geworden“ und hätten diese „geschimpft“. Der denkbare Fall, dass pflegende Angehörige Opfer von ambulanten Pflegekräften werden, wurde im vorliegenden Sample nicht sichtbar.

Subjektive Theorien zu Kausalzusammenhängen prägen den Umgang der Pflegenden mit Viktimisierungen. Sie sind ausschlaggebend dafür, ob die Pflegenden den Pflegebedürftigen Verantwortung für ihr Verhalten zuschreiben, ob sie vielleicht sogar Verständnis dafür aufbringen können oder ob sie sich als Person angegriffen fühlen. Dabei sind sich die Angehörigen über die Ursachen nicht immer im Klaren, zumal wenn für sie neben einer Krankheitssymptomatik auch eine Kontinuität zu prämorbidem Verhalten denkbar erscheint und die Aggressivität aus ihrer Sicht genauso Ausdruck von Wut und Frustration über die Lebenssituation sein könnte. In einigen Settings sehen pflegende Angehörige mehrere Ursachen, und letztlich bleiben für sie der Auslöser und die eigentliche Ursache des Verhaltens unklar.

Einen Eindruck davon, wie aus der Sicht der pflegenden Angehörigen verschiedene Faktoren gleichzeitig relevant werden können, vermitteln zwei Beispiele:

I_14: In diesem Setting pflegt die 57-jährige Tochter ihre 83-jährige Mutter, die seit 11 Jahren an Parkinson leidet und vor vier Jahren einen Schlaganfall erlitt. Sie ist demenziell erkrankt und in Pflegestufe 3 eingruppiert. Während die in der Familie tätige Pflegedienstmitarbeiterin berichtet, noch keine Konflikte in der Familie erlebt zu haben, beschreibt die Tochter für sie schwierige Situationen. Die Mutter sei manchmal verbal aggressiv, und obwohl sich die Tochter sage, dass die Mutter krank sei und sie ihr Verhalten nicht ernst nehmen müsse, belaste sie dies und sie reagiere ebenfalls mit verbalen Aggressionen und/oder Weinen. Die Beschimpfungen ihrer Mutter erlebt die Tochter als Reaktualisierung ihrer früheren schlechten und von der Bissigkeit der Mutter geprägten Beziehung: „(...) das merkt se ja wohl manchmal gar nicht, wenn se mir: ‚Du bist ‘ne blöde Ziege!‘ und: ‚Du bist doof‘, und dies und das so [sagt]. Ne? Und manchmal, dann denk’ ich: ‚Nee, das kann nicht wahr sein!‘ Dann denk’ ich: ‚Mensch! Wie früher so! Ne?‘“

I_13: Ein 74-jähriger Mann pflegt seit mehreren Jahren seine nunmehr 71-jährige demenzkranke Ehefrau. Er schildert, dass seine Ehefrau vor 26 Jahren erstmals „hysterisch“ und in hohem Maße aggressiv geworden sei. Er interpretiert diese Aggressionen im Nachhinein bereits als erste Symptome der Demenz. Zugleich bringt er die ursprüngliche Symptomatik mit der Tätigkeit seiner Frau in einer chemischen Reinigung in Verbindung. Sie sei verbal aggressiv geworden und habe Geschirr nach ihm geworfen: „Das ging, das haute aus heiterem Himmel in ‘nen Ehekrach um, um ‘ne Scheiße. Ich – Sie können auch in der Küche gucken, da sind noch die Einschläge von den Tellern, die sie nach mir geschmissen hat, im Fußboden zu sehen. (...) Also ich weiß – seit fünf Jahren ist das so, (...) heute ist sie nicht mehr in der Lage dazu, mich anzugreifen (...), aber das war damals – aus Kleinigkeiten flogen die Teller hinter mir her (...) – die hätte auch ‘nen kochenden Pott hinter mir her geschüttet. Das wäre ihr ganz egal gewesen.“

Die nachfolgende Darstellung orientiert sich an solchen im Interviewmaterial deutlich werdenden subjektiven Theorien pflegender Angehöriger über problematisches Verhalten Pflegebedürftiger. Dabei wird differenziert nach (1) Verhalten, das pflegende Angehörige als direkt durch demenzielle und andere Erkrankungen hervorgerufen erleben, (2) Verhalten, das sie als mittelbare Folge dieser Erkrankungen deuten, und (3) Verhalten, das sie in der Kontinuität prämorbidem Verhaltens sehen. Diese Differenzierung ist im Hinblick auf die oben geschilderten Uneindeutigkeiten und Überschneidungen notwendig etwas vereinfachend; die Theorien liegen schließlich nicht immer in elaborier-

ter Form vor, sie sind teilweise nicht monokausal und unterscheiden sich im Grad der Gewissheit, mit dem sie vertreten werden. Allerdings ist die Perspektive heuristisch hilfreich im Hinblick auf das Verstehen von Verhaltensimplikationen derartiger Theorien. Im letzten Abschnitt wird es dann, diese Differenzierung aufgreifend, um den Umgang von pflegenden Angehörigen mit solchen Viktimisierungserfahrungen gehen. Dabei liegt hier der Schwerpunkt auf nichtviktimisierenden Umgangsformen; üben pflegende Angehörige in Reaktion auf Gewalt durch Pflegebedürftige selbst Gewalt aus, so wird dies in Kapitel 5.4.6.3.4.2 und 5.4.6.3.4.3.1 ausführlich dargestellt.

Demenzielle und andere Erkrankungen als wahrgenommene direkte Ursachen von aggressivem Verhalten

Bei den meisten demenziell Erkrankten treten im Krankheitsverlauf Verhaltensauffälligkeiten auf. Für pflegende Angehörige in besonderem Maße belastend sind neben Unruhe, Schlafstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen verbale und physische Aggressionen, die von den Patientinnen und Patienten ausgehen.²²³ Auch im untersuchten Sample steht aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen häufig in Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen. Während für rund ein Viertel der Settings (n=10; 24,4%), in denen die Pflegebedürftigen nicht demenziell erkrankt waren, von Übergriffen gegenüber pflegenden Angehörigen berichtet wurde, lagen solche Berichte für knapp die Hälfte der Settings mit demenziell erkrankten Pflegebedürftigen bzw. bei vermuteter Demenz der Pflegebedürftigen vor (n=24; 49,0%). Richtet man den Blick allein auf Berichte über physische Gewalt, so zeigt sich, dass sie sich meist auf demenziell Erkrankte beziehen. Für insgesamt 21 Settings liegen Berichte über physische Misshandlung durch Pflegebedürftige vor, in vier Fünftel dieser Pflegearrangements wurde eine Demenzerkrankung diagnostiziert oder vermutet (n=17; 81,0%).

Ausmaß, Zeitpunkt, Dauer und Behandlungsmöglichkeiten dieser Verhaltensauffälligkeiten variieren je nach Art und Verlauf der Krankheit. In vielen der untersuchten Settings mit demenziell erkrankten Pflegebedürftigen lagen zum Interviewzeitpunkt – bei teilweise bereits lange bestehender Pflegebedürftigkeit – keine eindeutigen Diagnosen vor; häufig berichten die Pflegenden, es handle sich um Alzheimer, unspezifisch um eine Demenz oder noch allgemeiner um demenzielle Veränderungen.²²⁴ Zwei Pflegesettings stechen hervor, weil die Pflegebedürftigen an fronto-temporaler Demenz (Morbus Pick), einer spezifischen, besonders gravierenden Form von Demenz leiden, die unter anderem mit enthemmtem Verhalten und verstärkten Aggressionen einhergehen kann.²²⁵ Eine pflegende Ehefrau berichtet von starken Aggressionen ihres Partners in der ersten Phase der Krankheit.

223 Vgl. hierzu unter anderem Deimling & Bass (1986), Haley et al. (1987), Homer & Gilleard (1990), die zu dem Ergebnis kamen, dass 19% der in eine geriatrische Einrichtung überwiesenen Patientinnen und Patienten physische Gewalt gegen ihre pflegenden Angehörigen ausübten. Laut Hamel et al. (1990), Reisberg et al. (1989) und Ryden (1988) zeigen 57–67% der Demenzpatientinnen und -patienten aggressives Verhalten (verbal und/oder physisch); in der Studie von Paveza et al. (1992) wurden den Berichten der Angehörigen zufolge 15,8% der Patientinnen und Patienten im Jahr nach der Diagnose ihrer Alzheimererkrankung gegenüber den pflegenden Angehörigen in gravierender Form gewalttätig (Schlagen, Treten, Beißen, Drohungen mit oder Gebrauch von Waffen). Vgl. dazu auch Lyketsos et al. (1999).

224 Dabei blieb in der Untersuchung zumeist unklar, ob es tatsächlich keine klare Differenzialdiagnose gab oder Angehörige diese nur beschränkt rezipiert hatten, möglicherweise auch aufgrund mangelnder Vermittlungsbemühungen aufseiten von medizinischen und pflegerischen Fachkräften.

225 Fronto-temporale Demenz (Morbus Pick) ist eine spezifische Form von Demenz, die meist früh beginnt (ab dem 40. Lebensjahr), wobei im Unterschied zur Alzheimerkrankheit auch Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen schon in frühen Phasen der Erkrankung auftreten, Gedächtnisstörungen erst später hinzukommen. Zu den Symptomen gehören u. a. sozial unangemessenes Verhalten, Vernachlässigung des Erscheinungsbildes und der Körperhygiene, Apathie, Verlust von Initiative, Sprachstörungen, Gedächtnisverlust und zum Teil Parkinsonismus (Boxer & Miller, 2005; Neary, Snowden & Mann, 2005).

I_81: Die pflegende Ehefrau (65 J.) eines an Morbus Pick erkrankten Mannes (67 J.) berichtet, dass ihr Partner seit sechs Jahren schwer pflegebedürftig und bei nahezu allen Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sei. Er könne mittlerweile kaum noch stehen und lediglich ein paar Töne von sich geben – „wie ein Baby mit ein paar Lauten“. Die Verhaltensweisen des Partners seien vor allem in der ersten Phase der Krankheit sehr stark von Aggressivität und Unkontrollierbarkeit gekennzeichnet gewesen. Vor allem in ungewohnten Situationen und Umgebungen sei der Pflegebedürftige verbal-aggressiv und manchmal auch physisch gewalttätig gewesen. Die Aggressionen beschreibt die Frau als Ausdruck seiner Angst und Verzweiflung. Sie berichtet von einem länger zurückliegenden Vorfall in einem öffentlichen Café: „(...) dann fing er schon an zu schimpfen und alle guckten, ne, denn alle (...) verstummen und dann ist er dann aufgestanden, ist auf mich losgegangen (...) und hat gesagt: ‚Hau ab!‘ und also hat mich, also war richtig aggressiv zu mir, auch verbal aggressiv zu mir, also beides.“

Demenzielle Erkrankungen beeinträchtigen in starkem Maße Kompetenzen bewusster Handlungssteuerung. Zugleich geht auch die Fähigkeit zurück, die Bedeutung von Handlungen und Situationen adäquat zu erfassen; damit verlieren sie aus der Sicht der Erkrankten ihren Sinn, können hochgradig verunsichernd wirken und im schlimmsten Fall als Bedrohung wahrgenommen werden, gegen die sie sich zur Wehr setzen. Auch angesichts fehlender alternativer Kommunikationsmöglichkeiten reagieren Patienten/Patientinnen dann aggressiv. Wenn Wünsche, Bedürfnisse oder Positionen nicht mehr verbal vertreten werden können, liegt eine körperliche Ausdrucksweise nahe. In vielen der untersuchten Settings beschreiben pflegende Angehörige Aggressivität als in dieser Weise begründet. In vielen Fällen handelt es sich um eine vorübergehende Phase, die mit dem Krankheitsverlauf bzw. durch Medikation abklingt. Einige der befragten pflegenden Angehörigen berichten, dass die Pflegebedürftigen allein aufgrund ihres körperlich geschwächten Zustandes nicht mehr in der Lage sind, sie anzugreifen.

Im vorliegenden Sample werden verbale Aggressionen und physische Gewalt in einigen Fällen auch als Reaktionen auf eine krankheitsbedingt verzerrte Wahrnehmung der Realität oder Halluzinationen beschrieben. Dabei handelt es sich einmal um von Pflegebedürftigen sehr vehement vorgebrachte Beschuldigungen, Angehörige hätten Eigentum unterschlagen. Aus Sicht der Angehörigen geht es dabei jedoch in der Regel um Gegenstände, die die Pflegebedürftigen selbst verlegt haben oder die schon lange nicht mehr in ihrem Besitz sind. In der Pflege eines aufgrund einer Diabeteserkrankung, mehrerer Schlaganfälle und Herzoperationen sowie einer demenziellen Veränderung pflegebedürftigen Mannes sei es während einer frühen Phase der Pflegebedürftigkeit zu solchen Vorwürfen gekommen, berichtet die Ehefrau. Er selbst erinnert sich an die Vorfälle nicht mehr, berichtet nur, dass er früher „ein bisschen rau“ war und „auch mal geschimpft hat“.

I_66: „Wie das anfang mit ihm mit dem Kopf, da wurde er sehr böse. (...) So zwei Jahre ist das jetzt her. Also, er wurde ganz böse und wir haben ihn bestohlen und er sucht das, und er sucht das, und Sachen, was vor 40 Jahren dann er mitgebracht hat, und das haben wir ihm weggenommen und (...) er hat doch das gehabt und er hat das gehabt und das war ganz schlimm ‘ne Zeit lang. (...) Dann wird er ganz böse. (...) Vor zwei Jahren, da hat er nachts auf einmal angefangen, ich würde ihn bestehlen, (...) ich hätte ihm das weggenommen und (...) wir würden immer zusammenhalten. Dann haben die Kinder (...) dagegen geredet und

(...) das Werkzeug fehlt ihm, das hat der Junge weggenommen, (...) da sagt er: ‚Vater, ich brauch doch dein Werkzeug nicht, ich hab doch selbst mein Werkzeug. (...)‘ Dann wird er ganz böse. Dann: ‚Ich schmeiß euch alle raus, ich schmeiß euch alle raus!‘, (...) ‚ne Zeit lang war das ganz schlimm. ‚Ne Zeit lang war es ganz schlimm.‘

Aber auch von massiveren Unterstellungen wird berichtet; so begründet eine demenziell erkrankte pflegebedürftige Frau ihre Weigerung, die von der pflegenden Tochter bereitgestellten Medikamente zu nehmen, damit, die Tochter wolle sie vergiften (I_14).

In einem anderen Fall berichtet die pflegende 52-jährige Ehefrau, wie ihr 58-jähriger an Parkinson und Demenz erkrankter Mann aufgrund von – möglicherweise durch Medikamente verursachten – Halluzinationen gewalttätig geworden sei:

I_23: „Nur, dass er manchmal eventuell, (...) wenn die Tabletten irgend so ‚ne komische Wirkung haben, dass er dann ein bisschen aggressiv wird. Also so einen schubst, ne, das nenne ich jetzt aggressiv. Oder dass er (...) die Hand so festhält, so ganz feste, aber da habe ich jetzt auch gelernt mit umzugehen. (...) Er hat mir auch schon mal die Hand umgedreht, (...) doch, das war eben aufgrund ‚ner Halluzination. Das war ‚n aggressives Verhalten. Das ist also dann, als die Tabletten umgestellt worden sind, ist das behoben gewesen.“

Verbale Aggressionen und physische Gewalt sind häufig Reaktionen auf subjektiv wahrgenommene Störungen. Dies sind in vielen Fällen nicht erwünschte Pflegehandlungen und Interventionen von Pflegenden. So schildert z. B. eine pflegende Tochter, wie ihre demenziell erkrankte Mutter aufgrund einer veränderten Zeitwahrnehmung nachts aufstehen wolle, und dass sie auf ihre Versuche, dieses zu verhindern, verbal aggressiv reagiere (I_11).

In der Pflege eines 79-jährigen Mannes, der Schlaganfallpatient und demenziell erkrankt ist, kommt es zu vehementen körperlichen Angriffen auf die 73-jährige Ehefrau als Reaktionen auf ihre Unterstützungsleistungen (Eincremen, Essen reichen):

I_53: „Ja, und wenn er schon ankommt: ‚Heute brauchst du nicht‘ und ‚Hau ab!‘ (...) Der hat mir auch schon ‚ne Tasse aus der Hand geschlagen, ne. Wenn er eben nicht will, dann wird er so (...) wütend, wie so ‚n kleiner Junge, manche stellen sich hin und trampeln mit den Beinen, das kann er nicht mehr, und dann schlägt er aus der Hand, ne. Schlägt mir auch den Teller aus der Hand, wenn ich sag: ‚Du, du musst jetzt essen.‘ ‚Ich will nicht!‘ (...) Da muss ich vorsichtig (...), dass ich nicht mal eine gebatscht kriege, das erlebe ich. Er hat mir auch schon mal ‚nen Stoß versetzt, dass ich bis zur Tür geflogen bin: ‚Hau ab, ich will dich nicht sehen‘.“

Ähnlich berichtet der 79-jährige pflegende Ehemann einer stark demenziell erkrankten gleichaltrigen Frau, dass diese insbesondere in der ersten Phase der Krankheit immer wieder „Wutanfälle“ bekommen und ihn sowie die ambulante Pflegekraft gekratzt habe.

I_54: „Wissen Sie, das war unbegründet. Das waren manchmal Sachen, unbegründet, ich wollte ihr helfen, ich wollte sie hochheben, da hat sie mich gekratzt, nicht wahr (...), war so, da hatte sie solche Wutanfälle.“

Die pflegenden Angehörigen deuten in der Regel diese aggressive Abwehr von Hilfen als unmittelbaren Ausdruck der Erkrankungen.

Demenziellen Prozessen können unterschiedliche Krankheitsbilder zugrunde liegen. Sie kommen auch im vorliegenden Sample primär bei Alzheimererkrankungen, Gefäßerkrankungen des Gehirns und Parkinson vor. Im untersuchten Sample wurde in mehreren Fällen von schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderungen durch Schlaganfälle berichtet. In einem dieser Fälle führte massive verbale und psychische Gewalt vonseiten des Pflegebedürftigen zu einem sehr hohen Eskalationsniveau (I_87).²²⁶

I_87: „Der hat zwar lichte Momente, da meint man auch, der ist normal, aber dann auf einmal kommt das wieder, das kann stündlich [sein], dann ist der so aggressiv und böseartig. Das sind die Folgen eines Schlaganfalls, ne. Der Arzt hat mir das, damals hat der mir das auch erklärt, der hat gesagt: ‚Frau W., das wird nichts mehr‘.“

In einem anderen Fall berichtet eine 53-jährige pflegende Angehörige u. a. von einer durch eine Stoffwechselerkrankung²²⁷ bedingten Persönlichkeitsveränderung ihres multimorbiden 59-jährigen Mannes (I_59). Aufgrund der Erkrankung sei er aggressiv gegenüber seinen Angehörigen.

I_59: „Mein Mann (...) hat so ‘ne gewisse Aggressivität, so ‘ne innere Unruhe entwickelt, und die Ärzte sagen, das ist so typisch für diese Stoffwechselerkrankung. (...) Mein Mann (...), der ist dann – ich sage mal, er ist sich selber nicht grün, aber in dieser (...) Phase beleidigt und attackiert er sein direktes Umfeld. Und das sind wir.“ (...)
„Mein Mann attackiert mich immer, ich gehe nicht zum Sport, das habe ich alles mal früher gemacht, (...) ich bin immer regelmäßig zur Kosmetik gegangen, ich bin regelmäßig zum Friseur gegangen – und da attackiert er mich jetzt: Ich würde mich gehen lassen. (...) Also das – so diese Ungerechtigkeit, so, dass nicht gesaugt ist, dass die Küche nicht aufgeräumt ist, so irgendwie so Sachen, wo das so banale Dinge so irgendwie [sind]. F. [die gemeinsame Tochter] haben Sie ja nun gesehen, ist ‘n bisschen kräftig, da attackiert er sie in einer verbalen Art, die ich von meinem Mann eigentlich von früher gar nicht kenne.“

Eine 63-jährige pflegende Tochter berichtet, dass ihre 90-jährige Mutter aufgrund einer Medikamentenvergiftung einen Albtraum hatte und ihr dabei gedroht habe, sie zu erschießen. Die Tochter schildert die Situation:

I_41: „Da habe ich bei ihr geschlafen und dann wurde sie wach, dann habe ich sie zur Toilette gebracht und da hat sie in mir eine andere Person gesehen. Das ist das, was ich so schlecht nachvollziehen konnte, aber ich hab ja gemerkt, ihr Blick war gar nicht so richtig auf mich gerichtet. Da hat sie zu mir gesagt, wenn sie könnte, würde sie mich erschießen. Das war in dem Moment ganz schlimm für mich, (...) weil sie sagte ja meinen Namen, aber sie war (...) so hektisch dabei, (...) das waren so zwei Tage, da war sie total so in Aufruhr, da konnte sie mit ‘nem Mal laufen am Gehwagen, was eigentlich gar nicht richtig ging. (...) Sie hat mich (...) so ‘n bisschen beiseite gedrängt und sagte auch zu mir: ‚Fass mich nicht an‘, ich hab aber trotzdem ihr die Hilfestellung gegeben. Sie sagte: ‚Fass mich nicht an, wenn ich könnte, würde ich dich erschießen.‘, aber kein Grund genannt, warum, und hat sich dann aber von mir ganz, ganz wie sonst ins Bett begleiten lassen.“

²²⁶ Der Fall wird aufgrund der Reaktion der pflegenden Angehörigen auf das Verhalten ihres Mannes im Kapitel Gewalt durch pflegende Angehörige (5.4.6.3.4.2.1) ausführlich dargestellt.

²²⁷ Hepatische Enzephalopathie (vgl. dazu Wettstein, Kircheis & Häussinger, 2003).

In einem anderen Fall berichtet die 81-jährige pflegende Ehefrau, dass ihr 82-jähriger diabeteskranker pflegebedürftiger Ehemann aufgrund einer Unterzuckerung um sich geschlagen habe. (I_63)

Viktimisierungen durch Pflegebedürftige als mittelbare Folge des Umgangs mit der eigenen Pflegebedürftigkeit

In einer Reihe von Fällen deuten Pflegende die Aggressionen der Pflegebedürftigen nicht als direkte Auswirkungen von demenziellen oder anderen Erkrankungen, sondern als deren mittelbare Folge. Häufig berichten Angehörige von einer aggressiv-gewaltförmigen Abwehr von Pflegehandlungen durch die Pflegebedürftigen, die sie als Abwehr der Pflegebedürftigkeit interpretieren und darauf zurückführen, dass Pflegebedürftige ihre Hilflosigkeit und Abhängigkeit von anderen nicht akzeptieren können und wollen. Dies kann auch für demenziell Erkrankte zutreffen. Sie realisieren in frühen Phasen ihrer Krankheit den Verlust ihrer Fähigkeiten sehr deutlich. So berichtet eine 82-jährige pflegende Angehörige, dass die früheren Aggressionen ihres zum Interviewzeitpunkt 88-jährigen Mannes auf die Trauer und Frustration über solche Verluste zurückzuführen gewesen seien: „Als er die Inkontinenz spürte, das war vielleicht für ihn das Schlimmste.“ (I_15)

Aggressionen treten häufig auch auf, wenn aus Sicht der Pflegebedürftigen Angehörige – oder andere – unbegründet frühere Aufgaben der Pflegebedürftigen übernehmen. Dem können unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen, zum einen eine Überschätzung der verbliebenen Fähigkeiten, zum anderen der Versuch, Handlungsautonomie und Kontrolle aufrechtzuerhalten und zugleich eine Kränkung über den Verlust von Kontrolle und Kompetenz und das Abwenden der Beschämung darüber (vgl. dazu u. a. die Arbeiten von Gröning, 2005).²²⁸ Im Verlauf demenzieller Erkrankungen gehen nicht nur die Fähigkeiten autonomer Handlungssteuerung verloren: Irgendwann schwinden auch die beschriebenen Kompensations- und Verteidigungsmechanismen aufseiten der Pflegebedürftigen.

Im folgenden Fallbeispiel schildert die pflegende Angehörige eine vorübergehende motivational nachvollziehbare (und legitime) Verteidigung einer faktisch wohl nicht mehr vorhandenen Handlungsautonomie durch die pflegebedürftige Mutter.

I_16: Eine 78-jährige Pflegebedürftige, die vor acht Jahren an Alzheimer erkrankte, wird von ihrer 54-jährigen Tochter gepflegt. Die Gesprächspartnerin schildert, dass Konflikte zwischen ihrer Mutter und ihr vor allem zu Beginn der Demenz aufgetreten seien, als die Mutter die krankheitsbedingten Ausfälle noch geleugnet habe. „Also auch etwa, ja, zu dieser Zeit, sie konnte es absolut nicht haben, wenn ich dann gesagt habe halt ‚Du musst dich waschen jetzt oder umziehen‘ oder ich hab dann geputzt bei ihr, das konnte sie absolut nicht verstehen, weil sie ja nach ihrer Meinung alles alleine noch machen konnte, es war auch so, 2003, als ich diese Betreuung beantragt habe beim Gericht, kam ja auch ein Richter raus in ihre Wohnung und hat sich mit ihr unterhalten und hat dann auch gefragt, was sie dann noch alles selbst machen kann und so. Sie macht alles noch, sie kann noch alles und sie macht alles sauber und als ich dann gesagt habe ‚Das ist doch gar nicht wahr, ich mach doch das, dann hat sie geschimpft, also ich sollte sie doch nicht so für dumm verkaufen

²²⁸ Im Rahmen der Krankheitsverarbeitung wurden für fehlende Krankheitseinsicht verschiedene Selbstschutzfunktionen herausgearbeitet: (1) Emotionsregulation und Selbstwertstabilisierung, (2) Widerstand gegen Stigmatisierung, (3) Verteidigung der Autonomie (Stechl, Lämmeler, Steinhagen-Thiessen & Flick, 2007).

fen und so was, aber das ist alles schon ziemlich lange her.“ Auch habe ihre Mutter sie ein wenig geschubst, wenn sie ihre Post habe einsehen wollen und geschimpft, weil sie sich nichts habe sagen lassen wollen. Mittlerweile sei dieses Verhalten aber „alles wieder weg“.

Während es für pflegende Angehörige von Demenzkranken grundsätzlich schwierig ist zu differenzieren, ob die oben beschriebenen aggressiven Reaktionen auf den Verlust von Handlungsautonomie direkte Krankheitssymptome sind oder Wege des Umgangs damit, gilt dies nicht für Pflegende von kognitiv nicht beeinträchtigten Pflegebedürftigen.

Im folgenden Fallbeispiel schildert die 54-jährige pflegende Ehefrau eines infolge mehrerer Herz-Atem-Stillstände langjährig schwerstpflegebedürftigen Mannes (55 Jahre) die anfänglich massiven physischen Angriffe ihres zum damaligen Zeitpunkt kognitiv nicht beeinträchtigten Ehemannes, die sich stets im Zusammenhang mit Pflegehandlungen ereigneten. Mittlerweile hätten sich die Anlässe verändert, er versuche immer noch um sich zu schlagen oder zu treten, nun allerdings in der Reaktion auf für ihn schmerzhafte Pflegehandlungen.

I_70: „Der Anfang zu Hause war, der war die Hölle, so ich sage jetzt selbst heute nach fünfzehn Jahren sag ich: ‚Das möchte ich nich noch mal erleben‘, also er hat die ersten vier Wochen als er zu Hause war, is er mit der Situation, (...) überhaupt nich zurechtgekommen, der hat gekratzt, getreten, gebissen, gekniffen, ich hab jedes Mal ausgesehen wie frisch vermöbelt. Zu der Zeit war ich ja auch noch berufstätig. (...) Der Anfang, obwohl ich gelernte Krankenschwester bin, war katastrophal. (...) Das war vollkommen egal, ob das Essen gewesen ist oder Windeln, ich mein‘, Windeln konnt ich ja noch verstehen (...), aber auch so, wenn wir versucht (...) irgendwas mit ihm zu machen oder er gemerkt hat, er kann das nicht machen, er will, wat weiß ich, er will ‚ne Tasse nehmen, aber es geht nicht, ne, er, er nimmt die Tasse und lässt ‚se dann fallen, ne, der is so was von aggressiv geworden und ja, da ich die Einzige war, die da war, hat er es an mir abgezogen. (...) Also ich war vier Wochen lang wirklich von oben bis unten mit, mit blauen Flecken und Kratzspuren und weiß ich nich was übersät, ne, da is, weil’s ihm dann in dem Moment auch egal war, wo er getreten hat.

Also dann is es auch häufig, dass ich, (...) wenn ich versuche, die Windel unter ’n Hintern zu schieben und dann vielleicht ’ne Hautfalte davor habe, ihm also wehtue, also dann wird er auch sauer und dann versucht er auch, (...) zu schlagen oder zu treten, aber das Ganze läuft nich mehr gezielt, nach diesen zweiten, dritten Reanimationen läuft das nicht mehr gezielt ab, er holt zwar wüst aus, aber da kommt nix mehr an (...), und also das kam früher richtig an.“

Sie interpretiert die Gewalt als Reaktion auf die Pflegebedürftigkeit.

I_70: „Er hat früher mal gesagt, wenn er jetzt zum Beispiel ’nen Behinderten oder so gesehen hat, (...) also so kann er sich nie vorstellen zu leben und dann hat’s ihn selbst ereilt (...) Zu dem damaligen Zeitpunkt [Eintritt der Pflegebedürftigkeit] hat er verstanden: ‚Ich krieg hier nichts mehr alleine geregelt. ‘Und (...) ich denk, dass es das war, was ihn aggressiv gemacht hat.“

Gewaltförmige Abwehr von Pflegehandlungen kann auch auf Suizidalität des Pflegebedürftigen zurückgehen. In einem untersuchten Setting berichten die ambulante Pflegekraft und die pflegende Angehörige, dass ein multimorbider, langjährig pflegebe-

dürftiger Mann nicht mehr leben wolle und sich gegen notwendige Pflegehandlungen und die überlebenswichtige Medikamentengabe wehre und dabei verbal und physisch aggressiv reagiere. Wie im oben beschriebenen Setting berichtet auch hier die Ehefrau von einer vehementen Abwehr von Pflegebedürftigkeit bereits vor deren Eintritt:²²⁹

I_38: Die pflegende 52-jährige Ehefrau berichtet, ihr Mann habe nie pflegebedürftig werden wollen und wehre sich jetzt gegen die Pflege, weil er eigentlich nicht mehr leben wolle. Sobald seine Frau oder die Pfleger versuchten, ihm Medikamente über die Magensonde zu spritzen, halte er die Sonde zu. Er habe einen Pfleger beschimpft („Du Schwein!“) und fluche dann, obwohl er sonst nur mit den Augen sprechen könne. Sowohl seine Frau als auch die Pfleger habe er mit der Faust bedroht. Da es sich um lebenswichtige Medikamente handle, würden die Pflegenden in solchen Situationen den Arm des Pflegebedürftigen festhalten und gegen seinen Willen spritzen. An guten Tagen habe seine Frau versucht, sein Gebiss herauszunehmen und zu putzen, dabei habe er ihr „teilweise auf die Hände“ gebissen und bereits „Finger zerbissen“.

Der Fall verweist auf das ethische Dilemma, wenn lebenserhaltende Pflege gegen den Willen der Pflegebedürftigen vollzogen wird. Dabei geht es um das Verhältnis der Pflicht zur Pflege und Fürsorge einerseits und des Selbstbestimmungsrechts der Pflegebedürftigen andererseits (vgl. dazu Burkhardt, Kruse, Sperling & Gladisch, 2003).

Viktimisierungen durch Pflegebedürftige in Kontinuität von prämorbidem Verhalten und Beziehungsstrukturen

Zugleich gibt es im untersuchten Sample eine beträchtliche Anzahl von Fällen, in denen die Pflegenden das aggressive Verhalten von Pflegebedürftigen in der Kontinuität von prämorbidem Verhalten und langjährigen Dominanzverhältnissen sehen. Viele Pflegende beschreiben, dass dieses Verhalten stark personengebunden ist, d. h. die Pflegebedürftigen sich nur oder primär den Pflegenden gegenüber aggressiv verhalten, und sehen die Ursache des Verhaltens in stabilen Charaktereigenschaften der Pflegebedürftigen.

In einigen der untersuchten *ehelichen Pflegebeziehungen* erleben die Pflegenden Aggressionen und Gewalt als eine Fortführung von langjährig kontrollierend-dominantem Verhalten der nunmehr pflegebedürftigen Ehepartner; verbal-aggressives und dominantes Verhalten geht dabei den Berichten zufolge von Männern wie Frauen aus, allerdings unterscheiden sich die Beziehungskonstellationen und berichteten Verhaltensweisen nach Geschlecht.

Pflegende Ehefrauen erleben in solchen Konstellationen Beschimpfungen, Erniedrigungen und Herabsetzungen aus für Außenstehende nichtigen Anlässen. Hintergrund sind hier hierarchische Beziehungen, die durch ein fortgesetztes Abhängigkeitsverhältnis gekennzeichnet sind. Für einige Ehefrauen im untersuchten Sample entstehen in solchen Pflegebeziehungen und durch die Belastungen der Pflege massive gesundheitliche Risiken.

²²⁹ Zugleich lässt sich dieser Fall als Fall von Gewalt gegen Pflegebedürftige interpretieren, da der Mann gegen seinen erklärten Willen am Leben erhalten wird. Diese Perspektive wird in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1 dargestellt.

Eine Reihe von Beispielen zeigt, dass eheliche Gewalt und Unterdrückung auch in Pflegekonstellationen ihre Fortsetzung finden können. Eine befragte Pflegedienstleiterin (50 J.) schildert eine von ihr begleitete Pflegebeziehung, in welcher der Pflegebedürftige seine Frau jahrelang beschimpft habe, wobei die Frau bis zu seinem Tod darauf nicht aggressiv reagiert habe (I_13_AP). Eine als ambulante Pflegekraft tätige Krankenpflegerin (43 J.) berichtet von einem von ihr durchgeführten Kontrollbesuch in einem Haushalt, in dem sowohl der pflegebedürftige Mann als auch seine pflegende Frau alkoholabhängig gewesen seien. Die Frau habe ihr bei dem Besuch berichtet, dass ihr Mann sie schlage, sobald er betrunken sei, woraufhin sie regelmäßig zu den Nachbarn flüchte. Die Ehefrau habe der Pflegekraft ihre blauen Flecken gezeigt.²³⁰

Im folgenden – längeren – Fallbeispiel sind verschiedene der benannten Aspekte erkennbar. Der Fall steht für eine von streng hierarchischer Rollenverteilung geprägte Beziehungsgeschichte, für eine starke Beanspruchung der zunehmend selbst körperlich eingeschränkten 81-jährigen pflegenden Ehefrau, die seit vier Jahren ihren 82-jährigen – möglicherweise demenziell erkrankten²³¹ – Ehemann versorgt und für ein verstärktes gesundheitliches Risiko für die Ehefrau, wobei der involvierte Pflegedienstmitarbeiter keinen wesentlichen Veränderungsbedarf sieht. Aus den Schilderungen der Ehefrau erschließt sich das Bild einer Ehe, die durch einen klaren Machtanspruch des Ehemannes und Akzeptanz dieser Dominanz durch die Frau geprägt ist, wobei verbale Herabsetzungen noch immer vorkommen. Gerade dadurch, dass die Abhängigkeit des Ehemannes von ihrer Pflege ihren Stellenwert innerhalb der Beziehung sichert und sogar verbessert, ist die Pflege für sie eine gefährliche Falle: Gibt sie die Pflege auf, beraubt sie sich selbst ihrer identitätsstiftenden Funktion, führt sie sie fort, wird sie vielleicht noch vor ihrem Ehemann sterben.

I_63: Der Pflegebedürftige ist aufgrund einer Kinderlähmung schon seit langer Zeit gehbehindert; der Unterstützungsbedarf nahm im Alter und mit wachsenden gesundheitlichen Problemen langsam zu (Unterzuckerung, Speiseröhrenverengung). Er wird mittlerweile von einem ambulanten Pflegedienst und seiner Ehefrau versorgt. Der Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes beschreibt den Umgang mit dem Pflegebedürftigen als freundschaftlich, angenehm und humorvoll und schildert, dass aus seiner Sicht das Ehepaar liebevoll miteinander umgehe, der Mann werde seinen Bedürfnissen entsprechend gepflegt. Da die pflegende Ehefrau seit ca. 2 Jahren selbst gesundheitliche Probleme hat (Schmerzen bzw. Taubheitsgefühl in den Händen, Probleme beim Greifen, drastische Gewichtsabnahme im Jahr vor dem Interview auf 48 kg, ständige Müdigkeit, Schwindel), bedeutet die tägliche Versorgung des Ehemannes eine enorme Belastung. Sie befürchtet, diesen Aufgaben zukünftig nicht mehr gerecht werden zu können. Die Frau zieht zwar einerseits eine eher positive Beziehungsbilanz, berichtet aber auch von Spannungen in der Familie. So sei ihr Mann zu den Söhnen sehr ungerecht gewesen, und sie habe das Gefühl, dass er die Söhne als Konkurrenz empfunden habe: „Er wollte dann lieber bei mir dann so bestimmen.“ Entsprechend sei er über den Auszug der Söhne froh gewesen, während es für sie ein trauriger Abschied

²³⁰ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

²³¹ Es handelt sich hier um eines von mehreren Pflegearrangements, in denen die Angaben der Interviewten im Hinblick auf eine mögliche demenzielle Erkrankung der pflegebedürftigen Person Diskrepanzen aufweisen. Während der bereits seit zwei Jahren dort eingesetzte ambulante Pfleger angibt, keine Anzeichen einer Demenz erkennen zu können, berichtet die Ehefrau von zunehmender Vergesslichkeit ihres Mannes. Im Interview mit dem Pflegebedürftigen traten deutliche Sprachfindungsstörungen, zeitliche Desorientierung und Eindimensionalität der Antworten zutage, sodass das Interview aufgrund einer mutmaßlichen demenziellen Erkrankung als nicht verwertbar eingestuft wurde.

gewesen sei. Sie sieht die Schuld für die Unselbstständigkeit und Dominanz des Mannes vor allem bei sich und glaubt, dass sie ihren Mann aufgrund seiner Behinderung stets zu sehr verwöhnt habe; es wird im Interview aber auch deutlich, dass er ihr nie im Haushalt und bei der Erziehung der Kinder geholfen hat, gleichzeitig aber ihre Dienste stets erwartete. Er sei bereits seit 20 Jahren in Rente, „da musste ich ja doch immer alles machen.“ Manchmal sei es mit ihm anstrengend, weil er sie immer wieder rufe, z. B. auch kurz nachdem sie bei ihm im Zimmer war. Dies sei für sie sehr belastend, da sie „sowieso schon ein Nervenbündel“ sei. Er sei – sie vermutet aufgrund seiner Behinderung – ein im Kern unzufriedener Mensch, der schon früher viel „rumgemeckert“ habe; inzwischen sei er etwas ruhiger geworden. Frau K. schildert, dass es früher häufiger, heute weniger, aber noch mindestens einmal im Monat zu massiven verbalen Aggressionen seinerseits komme, wobei er sie dann beschimpfe und beleidige und „Ausdrücke“ sage („Halt die Schnauze/Fresse!“). Ihr tue das weh und sie erwidere dann: „Ich bin doch kein Tier.“ Anlässe für solche Ausbrüche seien beispielsweise Meinungsunterschiede in einem Gespräch über die Kinder oder das Sprechen während einer Werbepause im Fernsehen. Sie bekomme inzwischen von ihm auch Anerkennung für ihre Unterstützung. Er bedanke sich manchmal und freue sich, dass sie vieles für ihn mache. Eine Heimübersiedlung des Mannes kommt für sie nicht infrage („Das kann ich nicht machen“). Sie selbst habe die Idee nicht erwogen, ihr Sohn habe die Option ihrem Mann gegenüber angesprochen und sie habe ihrem Mann nur gesagt, dass es ihr schlecht geht („dass ich so runtergekommen bin“), worauf er nicht reagiert habe.

Ein besonderes Risiko für pflegende Ehefrauen besteht in Fällen, in denen sie aufgrund eigener massiver körperlicher Einschränkungen und großer Belastungen externe Unterstützung dringend bräuchten, die Pflegebedürftigen aber unter Verweis auf die Zuständigkeit der Ehefrau für Pflege und Versorgung ihre Zustimmung und Kooperation verweigern.

In den beschriebenen Beziehungen werden Aggressionen und Gewalt einerseits instrumentell eingesetzt um Dominanzbeziehungen aufrechtzuerhalten; sie können aber auch gerade Reaktionen auf zurückgehende Kraft und zurückgehenden Einfluss in der Familie und damit auf eine nicht erwünschte Verschiebung im Machtgefüge der Beziehung sein (die dem zugrunde liegenden und daraus erwachsenden Konflikte werden im Kapitel 5.4.6.3.4 eingehender analysiert). Das Verhalten des 70-jährigen demenziell Erkrankten im folgenden Fallbeispiel geht auf seine Demenzerkrankung, zugleich aber auch auf gefährdete bzw. bereits eingebüßte Dominanzansprüche zurück. Zudem lässt sich vermuten, dass jahrelang gängige Verhaltensmuster fortgeführt werden.

I_85: Die 69-jährige Ehefrau des pflegebedürftigen Mannes (zwei Schlaganfälle, Parkinson, Demenz) beschreibt, dass sie fast 50 Jahre eine lieblose Ehe mit klassischer geschlechtlicher Arbeitsteilung geführt hätten. Der Mann habe stets das Sagen gehabt und sei ein „Macho“ gewesen. Auch gegenüber den Kindern sei er immer autoritär gewesen, weshalb diese sich heute nicht gerne um ihn kümmern wollten. Der Mann werde zuweilen sowohl verbal aggressiv als auch tätlich handgreiflich (schlage mit dem Stock nach ihr). „Und vor allen Dingen also, dass er mich mal wegschubst oder so, nicht, oder er knufft mich, das macht er auch, wenn ihm irgendetwas nicht passt, zum Beispiel, wenn ich sage, er hängt dann so im Sessel und dann denke ich, das muss wehtun, oder er hat dann Rückenschmerzen oder weiß ich was, und dann stehe ich auf und sage ‚Komm, ich helfe dir, setz dich mal gerade hin.‘ Und dann holt er aus und schlägt gleich auf die Hand, dann mag er das nicht, warum auch immer.“

Er weigere sich, professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen, und wolle, dass seine Frau alles macht. Die Ehefrau berichtet, dass sie ihren Mann jetzt erstmals in die Kurzzeitpflege geben könne: „Ich bin froh, dass er überhaupt jetzt damit einverstanden ist, dass ich mal ausspannen kann, dass er in die Kurzzeitpflege geht. Das war vor drei, vier Jahren hat er gesagt: ‚Ich glaube es wohl‘. Das war gar nicht möglich.“ Der gemeinsame Sohn habe sie bereits darauf hingewiesen, sie solle eine gerichtliche Betreuung einrichten. Dies sei aber gegen seinen Widerstand nicht möglich: „Aber da kommt ja jemand vom Gericht, der auch mit meinem Mann Rücksprache nimmt und ich hab dann das Gespräch schon mal vorsichtig darauf gebracht: ‚Was?‘, sagt er ‚entmündigen lasse ich mich nicht‘. Nein, damit wär er nicht einverstanden. Und dann kann man nichts machen. Er muss ja damit einverstanden sein.“

Er versuche immer wieder, seine Autorität aufrechtzuerhalten. Er sei „ein sehr empfindlicher Mensch, also er war immer der Größte, hat immer alles richtig gemacht und wenn ich jetzt plötzlich komme und sage: ‚Du, das ist nicht in Ordnung‘, das mag er nicht.“ An einem Beispiel macht sie deutlich, dass er auf Autoritätsverlust aggressiv reagiert: „Wenn mal Handwerker im Haus sind oder dieser Bekannte, der den Computer in Ordnung gebracht hat – diese Menschen sprechen mich an, nicht meinen Mann. Schon allein von seiner Haltung her, und er spricht manchmal sehr verwaschen, dann kann man ihn manche Tage ganz schlecht verstehen. Die richten das Wort an mich und dann antworte ich und dann passt meinem Mann das nicht und dann haut der mir einen so in die Seite vor den Leuten und das ist schon sehr peinlich manchmal. Und also da zeigt er dann schon, dass er mit (...) irgendwelchen Sachen nicht einverstanden ist. Auch wenn die Kinder da sind, verbietet er mir das Wort, aber die können damit umgehen.“

In den benannten Fällen steht das dominante Verhalten der Männer im Kontext einer geschlechter-hierarchischen Organisation der gesamten Beziehung; Merkmale solcher Beziehungen sind autoritäres Verhalten Frauen und Kindern gegenüber, finanzielle Abhängigkeiten der pflegenden Frauen, klare Zuständigkeiten der Frauen für reproduktive Aufgaben, die Sicherung von Macht durch ausschließlichen Zugang zu Finanzen und Mobilität (Auto), und zum Teil berichten die Frauen – wie im oben genannten Beispiel – auch von physischer Gewalt in den Beziehungen.²³²

Die benannten Merkmale treffen nicht auf jene Fälle zu, in denen weibliche Pflegebedürftige als in Fortführung einer prämorbidem Beziehungsstruktur dominant beschrieben werden. Diese pflegebedürftigen Frauen werden als sehr fordernd und verbal aggressiv geschildert. So berichten in einem Setting sowohl ambulante Pflegekraft als auch der pflegende 68-jährige Ehemann, dass die 61-jährige Pflegebedürftige vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit verbal aggressiv und dominant gewesen sei und ihrem Ehemann die Schuld an ihrer Krankheit zugewiesen habe. Auch nach Beginn der Pflege – so die ambulante Pflegekraft – verhalte sich die Ehefrau weiterhin verbal grob ihrem Mann gegenüber.

I_01: Die Vorbeziehung zwischen den Ehepartnern sei nach Aussage des Ehemannes problematisch gewesen. „Früher (...) war meine Frau sehr aggressiv, hat mich angeschrien, ne. Da hat meine Tochter schon mal gesagt: ‚Mutti, schrei nicht immer den Papa so an‘, ne, aber das war so in ihrem Wesen, ne.“ Während der pflegende Ehemann berichtet, seine Frau sei jetzt ruhig und eher depressiv geworden, schildern sowohl Mitarbeiter des Pflegedienstes

²³² Zum Thema Gewalt gegen ältere Frauen vgl. Bonomi et al. (2007), Brandl & Horan (2002), Buttell (1999), Lundy & Grossman (2004) und Nelson, Nygren, McInerney & Klein (2004). Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 2.2.

tes als auch die pflegebedürftige Ehefrau fortgesetzte Konfliktsituationen, bei denen nach Ansicht der Pflegebedürftigen „ein derbes Wort“ ausgesprochen werden müsse. Das sei vor ihrer Erkrankung so gewesen und das sei auch jetzt noch so. Aus Sicht der ambulanten Pflegekraft behandle die Ehefrau ihren Mann verbal häufig grob und lasse ihre Unzufriedenheit an ihm aus.²³³

Erst vor dem Hintergrund der Beziehungsgeschichte verstehbar sind auch Gewalt und Aggressionen von Pflegebedürftigen, die sich im Kontext wechselseitiger Gewalt in einer Partnerschaft oder Ehe ereignen, teilweise im Kontext von Alkohol- und Drogenabusus. Einige solcher Fälle werden im Kapitel 5.4.6.3.4 behandelt.

Auch in **intergenerationalen Pflegebeziehungen** lassen sich Aggression und Gewalt durch die Pflegebedürftigen als Fortführung von prämorbidem Beziehungsstrukturen deuten. Im untersuchten Sample werden diesbezüglich primär konflikthafte Mutter-Tochter-Beziehungen geschildert. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass im untersuchten Sample nur sieben pflegende Söhne vertreten sind – was die tatsächlich primäre Zuständigkeit von Töchtern bzw. Schwiegertöchtern für die Pflege der Elterngeneration spiegelt – zudem nur in drei Fällen Töchter ihre Väter pflegen. Dies mag wiederum damit zusammenhängen, dass diese aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen bei häufig gegebenem Altersvorsprung der Männer meist von ihren Ehefrauen gepflegt werden. Dagegen gibt es im Sample 34 Mutter-Tochter-Pflegesettings, dies sind 37,7% aller Settings und 70,8% aller intergenerationalen Pflegesettings.

In einigen Interviews wurde von der biografischen Kontinuität massiven psychischen Drucks von Müttern auf ihre pflegenden Töchter berichtet. In einem Beispiel habe die ständig unzufriedene und hypochondrische Mutter durch Suiziddrohungen und verbale Aggressionen ihre Tochter massiv unter Druck gesetzt, um das gewünschte Verhalten zu erreichen.

I_26: Die 76-jährige Tochter einer 94-jährigen Pflegebedürftigen berichtet, dass ihr Verhältnis bereits vor der Pflegeübernahme schwierig gewesen sei, da die Mutter „unheimlich gern Betroffenheit und Schuldgefühle“ wecke. Der Pflegebedürftigen gehe es nach Ansicht der Tochter „nicht schlecht“; diese sehe das selbst anders, doch sei dies ihr „altes Leiden: Sie stirbt seit 50 Jahren“. Die Mutter gefalle sich in der Rolle der „ewig Kranken“: „Solange sie vom Sterben redet und rumjammert, geht’s ihr gut.“ Die Tochter berichtet vom aktuellen Verhalten der Mutter und sieht dies in biografischer Kontinuität: „Ja, sie hatte zum Beispiel, ja, wie soll ich das jetzt sagen, sie hat ‚verdammtes Biest‘ hat ‚se gesagt, ‚alte Hexe‘, wenn ich also nich’ so reagiere, wie sie sich das vorstellt oder wenn ich eben sie auch mal angeblafft habe, ne, denn bin ich also die unmögliche Tochter und ‚Wie kann man nur so ‘n Kind haben!‘ und ‚Was hab’ ich da bloß in die Welt gesetzt!‘. (...) „Stimmung schwankt sehr, also is’ auch jetzt oft aggressiv, aber das war se im Prinzip früher auch schon, sie hat sich eigentlich, diese Eigenschaften oder diese Tendenzen haben sich eigentlich nur verstärkt mit zunehmendem Alter, nich, [wenn ich] also so überlege, wie sie manchmal gehandelt hat oder wie sie früher auch geredet hat, so, es is’ eigentlich nich so, dass ich sagen kann, mein Gott das war doch früher ‘n ganz anderer Mensch, (...) also insofern is’ da eigentlich keine große Veränderung, nur eben so Negativdinge haben sich verstärkt und sie is’ also noch unzufriedener; also man kann ihr eigentlich nichts recht machen, egal was man macht –

²³³ Dieser Fall wird im Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsaspekten geschildert.

oder ich zumindest nich – bei den Pflegerinnen is' es wieder was anderes, da geht se 'n bisschen anders drauf ein, zumindest solange sie da sind. Wenn se die Tür hinter sich zu haben, hört 's sich manchmal auch anders an, (...) sie lässt so den Frust an mir aus.“²³⁴

In einem anderen Beispiel habe die Pflegebedürftige, die ein Jahr vor dem Interview als 93-jährige verstorben war, ebenfalls die 65-jährige pflegende Tochter massiv unter Druck gesetzt; sie habe ständig mehr Pflegeleistungen und Aufmerksamkeit der Tochter eingefordert und kein Verständnis für die Belastungen ihrer mittlerweile suizidalen und massiv belasteten Tochter gezeigt. Die Tochter berichtet von den drastischen Vorwürfen und Forderungen der Mutter:

I_28: „Wie gesagt: ‚Also, erst mal bin ich jetzt dran.‘ (...) Sehr laut, sehr massiv, so eine Tochter, sie hätte sich von einer Tochter was anderes, eine andere Pflege, gewünscht. (...) Es kam vor, kam etliche Male vor.“ (...)

„Ich sage [zu ihr] vor dem Arzt: ‚Ich hab also 'n schlechtes Gewissen, wenn hier was passiert und du nich' sofort Hilfe hast.‘ (...), ‚Das schlechte Gewissen sollen die Kinder ruhig haben, dafür sind es Kinder, denn müssen sie sich halt um ihre Eltern kümmern.‘“

Ähnlich berichteten auch die pflegende Tochter und die ambulante Pflegekraft einer pflegebedürftigen 92-jährigen Frau von gleichzeitigen verbalen Aggressionen, mangelnder Compliance und einer massiven Beanspruchung der Tochter vor dem Hintergrund einer lebenslang von Dominanzansprüchen der Pflegebedürftigen sehr belasteten und angespannten Mutter-Tochter-Beziehung.

I_78: Das Verhältnis zwischen der Mutter und ihrer 57-jährigen Tochter beschreibt Letztere als stark belastet. Sowohl Tochter als auch ambulante Pflegeperson charakterisieren die Pflegebedürftige ähnlich – als eine „schwierige Person“, „willensstark“, „dominant“, „rumkommandierend“ – sowohl gegenüber der Tochter als auch gegenüber den ambulanten Pflegekräften – und in ihren Forderungen teilweise grenzüberschreitend. Aufgrund dieses starken Willens sei sie noch am Leben und „rappelt sich immer wieder auf“. Die Pflege gestaltet sich aus Sicht der Tochter schwierig, vor allem in Situationen mangelnder Mitwirkung der Pflegebedürftigen und wegen ihrer ständigen Unzufriedenheit. In der ersten Zeit sei vor allem das Duschen ein „Kampf“ gewesen, wobei die Tochter in diesem Zusammenhang auch eine Rollenkehr im Machtverhältnis zwischen ihr als jüngster Tochter und ihrer Mutter als ständigen Konfliktanlass benennt: „Sie musste sich mir fügen, und ich bin die Jüngste.“ Die Tochter berichtet von Undankbarkeit und verbalen Angriffen der Mutter, worauf sie auch selbst aggressiv reagiere (vgl. eine ausführliche Darstellung unter diesem Aspekt in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1). Auch die ambulante Pflegekraft beschreibt die Pflegebeziehung teilweise als geprägt von verbal-aggressivem Verhalten: Die Pflegebedürftige werde gegenüber den Pflegekräften aggressiv, wenn diese nicht auf ihre Forderungen eingingen; ließen es ihre Kräfte zu, würde sie wohl auch handgreiflich werden. Nach Aussagen der pflegenden Angehörigen habe sich die Pflegebedürftige ihre Beziehungen mit Töchtern und Enkelinnen verdorben, eine Schwester von ihr habe den Kontakt zur Mutter abgebrochen. Wichtige Themen dabei seien „Kirche“ und „Religion“, mit denen sie immer moralischen Druck ausgeübt habe. „Wenn wir in die Kirche gegangen sind, war alles in Ordnung, sind wir mal nich gegangen, gab's 'n langen Bart, das is' auch so was, wo sie sich unheimlich in unsere Familie eingemischt hat.“ Die Mutter sei schon immer selbstmitleidig gewesen, habe oft ihren nahen Tod angekündigt und

²³⁴ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

den anderen damit die Lebensfreude genommen bzw. sie unter Druck gesetzt. Auch heute fühle sich die pflegende Angehörige von ihrer Mutter unter Druck gesetzt, z. B. wenn sie mal wegfahren wolle mit ihrer Familie und die Pflegebedürftige das ablehne. „Und immer sonntags ging's ihr dann ganz schlecht, bis wir dann irgendwann dahintergekommen sind: ‚Es geht ihr schlecht, ob wir da sind oder [nicht].‘ Also sind wir nachmittags trotzdem mal rausgegangen. (...) Das weiß ich nicht, was sie wollte, das weiß ich nicht. Vielleicht ging's ihr wirklich schlecht, aber auffallend war, dass es immer sonntags war, ich weiß es nicht. (...) Sie hatte keinen Grund, dass es ihr schlecht ging. (...) Also sie hat, ich denke, sie hat uns lange Jahre oder mich damit lange Jahre unter Druck gesetzt, wie gesagt, ich kenn's schon von Kinderzeit an.“

Deutlich wird, dass es in einer Reihe von Fällen Kontinuitäten von gewaltsamen Interaktionsformen durch Pflegebedürftige über den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinaus gibt. Pflegebedürftige sind zum Teil in erstaunlich hohem Maße in der Lage, tradierte und ihren Interessen dienliche Beziehungsstrukturen aufrechtzuerhalten. In diesen Fällen wird Gewalt bei Weitem nicht nur, aber auch instrumentell zur Durchsetzung eigener Interessen und zur Aufrechterhaltung von Machtverhältnissen eingesetzt. Kommt es bei den untersuchten Settings zu Gewaltausübung seitens pflegebedürftiger Partner oder Ehemänner, so innerhalb von Beziehungsmustern, die in geschlechterhierarchische Gesellschaftsstrukturen eingebettet sind; in anderen Fällen handelt es sich um für einzelne Beziehungen und Persönlichkeiten charakteristische Dynamiken.

Umgang mit Aggressionen und Gewalt

Häufig manifestiert sich in gewaltförmigen Ausbrüchen der Pflegebedürftigen für die pflegenden Angehörigen in besonderer Deutlichkeit der unwiederbringliche Verlust der Persönlichkeit ihrer Angehörigen und damit die grundlegende Veränderung ihrer Beziehung. Dies kann den Umgang mit solchen Vorfällen erschweren. So schildert die 82-jährige pflegende Ehefrau eines 88-jährigen demenzkranken Mannes einen gewalttätigen Ausbruch ihres Mannes. Die Befragte beschreibt, wie unfassbar es für sie gewesen sei, dass ihr Ehemann, der sie lange Jahre beschützt und unterstützt habe, sie nun angreife. In der konkreten Gewaltsituation habe die Aggressivität des Ehemannes nur mithilfe ihres Schwiegersohnes und mit ärztlicher Unterstützung bewältigt werden können.

I_15: „Die Kinder wollten Ostern zu den anderen Großeltern fahren und mein Mann war in einer Weise aggressiv – mein lieber Mann, der mir also ein Leben lang jeden Strohhalm aus dem Weg geräumt hätte, damit ich nicht stolpere – nimmt seinen Schuh und schlägt mir ‘n Loch in die Brille. Und das war sehr schwierig, [ich] musste die Kinder holen und dass die gesagt haben: ‚Ja so können wir dich hier nicht alleine lassen‘. Ja, und dann hat unser Schwiegersohn selbst die Notaufnahme des Krankenhauses, dann haben [ihn] zwei kräftige Männer halten müssen für die Spritze, um ihn zu beruhigen.“ (...) „Das ging ja öfters, dass er dann mich gepackt hat, einmal hat er im Bad mich dann durch die Gegend geschleudert. Ich hab ‘nen furchtbaren Bluterguss am Oberschenkel, denn ich landete mit dem Oberschenkel auf dem Bidet.“

Die in diesem Setting befragte ambulante Pflegekraft beschreibt, wie schwer für die pflegende Angehörige der Prozess der Akzeptanz dieser Persönlichkeitsveränderung gewesen sei:

I_15 (Altenpflegerin, 25 J.): „Also es war ‘n schwerer Weg für sie auch zu erkennen: ‚Das is’ die Krankheit, er is’ dann aggressiv, (...) da fliegt mal ‘ne Brille vom Kopf, weil das is’ nich der Mann, den ich mal geliebt habe, (...) es is’ zwar noch die Person, aber es is’ die Erkrankung, die ihn zu dem macht.’ Das war für sie sehr, sehr schwer.“

Dieser Prozess ist auch deshalb schwer, weil das Verhalten auf eine – zwar nicht in ihrem Verlauf, aber in ihrem Vorhandensein – stabile Ursache, die Alzheimerkrankheit, attribuiert werden muss, zudem auf eine, die inzwischen so stark mit der erkrankten Person verknüpft ist, dass eine Klassifikation als „external“ nur noch bedingt angemessen erscheint. Erforderlich und zugleich schwierig ist die Anerkennung des Unabänderlichen, der Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs.

Ungeachtet dessen ist es für Pflegebedürftige aus mehreren Gründen erleichternd, wenn sie Krankheit als unmittelbare Ursache von Aggressivität im Sinne einer Symptomatik attribuieren können. Zunächst ermöglichen ihnen solche Interpretationen einen gezielten und – möglicherweise – adäquateren Umgang mit Aggressivität der Pflegebedürftigen. Ferner sind solche Interpretationen selbst bereits Elemente von Coping-Strategien, da sie Chaotisches ordnen, Unverstehbares verstehbar und Unerträgliches aushaltbar machen.

Die Ursachenzuschreibung auf die Krankheit verändert vor allem Verantwortlichkeits- und Schuldattributionen in bedeutsamer Weise, weil der pflegebedürftige Mensch in dieser Deutung nicht oder nur in stark eingeschränktem Maße in der Lage ist, sein Verhalten zu steuern, die Konsequenzen zu überblicken und Normwidrigkeit und Unrechtsgehalt seines Tuns zu verstehen. Pflegende Angehörige müssen dann nicht die Möglichkeit aushalten, dass das gewaltsame Verhalten ihnen als Person gelten könnte. Das Verhalten ist dann eben nicht Ausdruck einer Beziehungsqualität bzw. eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals, sondern ist tatsächlich krankhaft.

I_23 (pflegende Ehefrau, 52 J.): „Weil, wie gesagt, wir brauchen ‘ne bestimmte Distanz, dass man sich nicht mehr mit dem anderen identifiziert zu stark und dass man weiß, warum der das macht. Das war ganz wichtig, dass zu mir ‘ne Ärztin gesagt hat: ‚Der meint Sie nicht persönlich damit, der macht das nicht, um Sie zu ärgern, sondern der kann nicht anders.’ Und das muss man sich erst mal – weil die Interaktion zwischen zwei Partnern ist ja eigentlich ganz anders, (...) das sind ja ganz andere Mechanismen jetzt auf einmal. Und das muss man erst lernen. Wenn man das gelernt hat – das kann man auch nicht alleine, da muss man auch von anderen Hilfe irgendwie – ich glaub, das ist wichtig für die Leute, die pflegen, dass die auch auf solche Probleme, dass die auch mal besprochen werden.“

Je eher im vorliegenden Sample pflegende Angehörige verbale und physische Übergriffe von Pflegenden als Ausdruck der Erkrankung der Pflegebedürftigen deuten können, desto eher gelingt ihnen eine erfolgreiche Bewältigung dieser Vorfälle. Pflegende Angehörige berichten vor diesem Hintergrund, dass der Umgang mit den Aggressionen einfacher wird, wenn sie über Informationen über Ursache und Verlauf der Krankheit sowie Symptome und deeskalierende Umgangsformen verfügen – Informationen, die immer wieder auch gewaltpräventiv wirken. Den primär von Ärztinnen und Ärzten und Selbsthilfeorganisationen (insbesondere für Alzheimer- und Parkinsonbetroffene) vermittelten Informationen kommt hier in vielen Interviews eine Schlüsselfunktion zu. So auch im Fall der oben zitierten pflegenden Angehörigen:

I_23 (pflegende Ehefrau, 52 J.): „Und das sind dann so Sachen, wenn er aggressiv wird, dann sieht er eigentlich nicht mich, haben mir also die Ärzte gesagt, sondern (...) guckt dann auch so ganz durch Einen durch, also er hat dann irgendwie wieder so 'ne Vorstellung, man will ihm irgendwas, und dann kann man eigentlich nur beruhigend auf ihn einreden.“²³⁵

I_80 (pflegende Ehefrau, 77 J.): „Er hatte Angst: ‚Was macht die Frau mit mir?‘ Aus diesem Angstgefühl heraus hat er alles weggetan. Er hat es ja nicht verstanden, dass nur 'ne ganz minimale Sache an seinen Zähnen gemacht werden sollte, das verstehen die Kranken nicht. Und dann habe ich ihn also ablenken können mit den Dingen, die ich eben im Alzheimer-Zentrum gelernt habe. Ich habe ihn erst mal beruhigt und ganz wichtig ist, man muss immer wieder ihn ganz lieb haben. Man muss zeigen, dass man es gut mit ihm meint und auf keinen Fall schimpfen, das ist das Allerverkehrteste. Dann habe ich ihn umarmt und hab gesagt ‚Pass mal auf, jetzt kriegst du deine Zähne gemacht und dann kannst du wieder richtig kauen‘ und habe also ihn einfach nur beruhigt, weiter nichts, ohne Medikamente, ohne alles. Die Zahnärztin ist nach etwa fünf bis zehn Minuten wieder reingekommen, sie konnte die Behandlung zu Ende führen.“

Viele der befragten Angehörigen bringen Verständnis für das Verhalten der Pflegebedürftigen auf. Insbesondere können sie Aggressionen nachvollziehen, die aus ihrer Sicht aus Wut, Frustration und Trauer über zunehmende Pflegebedürftigkeit entstehen. Die 58-jährige pflegende Ehefrau eines 64-jährigen beinamputierten, demenziell erkrankten Mannes kann beispielsweise aggressive Reaktionen ihres Mannes auf die wiederholte Infektion des Amputationsstumpfes nachvollziehen – und versteht, dass ihm da der „Kragen platzt“: „Ich verstehe es, hat er recht.“ Auch seine – wie sie vermutet – aggressiv gewendeten Frustrationen über den Verlust einstiger Lebensqualität kann sie nachvollziehen:

I_66: „Also ich glaub schon, dass [es] da (...) auch noch Dinge mit Sicherheit gibt, die er nicht artikuliert, Wünsche, gesund zu sein, Wünsche, Sehnsucht, 'n anderer Mann zu sein, Wünsche, wieder selbst Auto fahren zu können, all diese Dinge. Ich glaube schon, dass das bei ihm auch Thema ist und dass er über die andere Aggressionsschiene vielleicht eher dann diese nicht befriedigten Dinge abarbeitet, ne.“

Die bisher benannten kognitiven Bewältigungsformen sind situationsübergreifende Deutungsschablonen, die die Grundhaltung der Pflegenden gegenüber problematischem Verhalten der Pflegebedürftigen prägen. Zugleich – und auf dieser Grundlage – entwickeln pflegende Angehörige stark situationsgebundene²³⁶ verhaltensorientierte Strategien zum Umgang mit konkret gewaltförmigem Verhalten der Pflegebedürftigen. So beschreiben pflegende Angehörige, wie sie sich in den konkreten Gefährdungssituationen schützen: Sie drehen sich beispielsweise bei physischen Angriffen weg, halten die Hand des Pflegebedürftigen fest, um Schläge zu unterbinden, verlassen den Raum oder schließen die Pflegebedürftigen bei massiver Bedrohung ein. Im folgenden Zitat berichtet die 52-jährige pflegende Ehefrau eines 58-jährigen an Demenz und Parkinson erkrankten Mannes, dass sie physischen Angriffen ihres Mannes in der Regel ausweichen könne, sich aber auch bereits einmal selbst eingeschlossen habe, um sich zu schützen.

²³⁵ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.2 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

²³⁶ Trotz ihres situationsbezogenen Charakters lassen sich solche Strategien in Kombination mit Informationen zu Krankheitsbildern und Krankheitsverlauf auch gezielt und situationsvor- und -übergreifend trainieren.

I_23: „Da ist bei ihm jetzt schon eher, dass er da 'ne andere Ebene einführt, nicht die verbale, sondern dass er dann mit den Händen irgendwas macht, aber das weiß ich, wenn er schon so ankommt, dann gehe ich zurück und dann – also nicht, dass er massiv ist –, aber er kann sich nicht anders ausdrücken und dann macht er dann auch schon mal so, ne. (...)

Ja, ich bin da 'n bisschen schneller, aber wenn ich nicht so schnell wär, hätte er mich getroffen. (...) Die Faust ging durch die Luft. Hab die hier noch an der Schulter abgekriegt und da habe ich wirklich Angst gehabt. Da hab' ich mich eingeschlossen, also im Prinzip nicht meinen Mann, sondern ich hab' mich eingeschlossen. Und da kommt dann mein Sohn wieder, derjenige, der (...) mich dann auch ganz stark unterstützt und sagt: ‚So, jetzt ab zur Neurologin, und dann musst du das abklären.‘“

Mehrere Angehörige berichten, dass sie auf Aggressionen der Pflegebedürftigen reagieren, indem sie bei entsprechenden Vorfällen den Raum verlassen. Dieses Verlassen der Situation kann unterschiedliche Funktionen erfüllen – die Pflegenden entziehen sich den Angriffen und schützen sich so, sie verlassen aber auch den Raum, um den Pflegebedürftigen ihre Wut nicht spüren zu lassen. Zudem unterbrechen bzw. unterbinden sie durch die räumliche Distanz die potenzielle Eskalationsspirale in der unmittelbaren Interaktion.

I_59 (pflegende Ehefrau, 53 J.): „Wenn er sich über mich ärgert, brüllt er rum. (...) Dann fängt er an zu brüllen, wird unsachlich und beschimpft mich. Und ich gehe dann meistens raus.“

I_81 (pflegende Ehefrau, 65 J.): „Also der Übergang war eigentlich so, dass ich dann einfach weggegangen bin, also aus dem Zimmer rausgegangen bin, damit (...) nicht R. mit meiner Wut da konfrontiert wird und dann eigentlich noch mehr also keine Geborgenheit hat.“ (...) „Wenn ich wirklich überhaupt nicht weiterkomme, dann gehe ich raus und lasse ihn erst mal alleine und gehe weg und gehe dann wieder hin. Aber es geht eben inzwischen auch sehr viel leichter, ne.“

Dass es gelegentlich schwierig sein kann, zwischen Notwehr bzw. Selbstschutz und eigenem vermeidbarem gewaltförmigen Verhalten zu unterscheiden, wird im folgenden Fallbeispiel deutlich. Während für Außenstehende das Verhalten des 74-jährigen pflegenden Mannes der 71-jährigen Pflegebedürftigen gegenüber recht eindeutig dem Selbstschutz diene, betont er vor allem, dass er die Situation hätte verhindern können, wenn er besser aufgepasst hätte.

I_13: „Meine Frau fällt mich hier an, inner Tür zum Badezimmer, gleich rechts ist die Dusche, und ich kriege von hinten welche in den Nacken, und die Tür knallt ein, und das sind zwei Glastüren da, also dieses Sicherheitsglas in der Dusche. Und die Tür knallt auf, und sie – und da stehen die Eimer drin, und da steht 'n Schrubber, das war noch ihr Metier, da war's [das] noch – und kriegt den Schrubber her. Und da hab ich zugefasst, und ich hab Ihnen schon mal gesagt, wenn ich zufasse, dann ist... , und dann hab ich se runtergedrückt, und da saß se in der Dusche. Das ist das einzige Mal, dass ich meiner Frau – sagen wir mal, Gewalt angetan habe, wenn Sie's so ausdrücken wollen. Das ist das einzige Mal gewesen, dass so was passiert ist! – Äh, da hab ich aber nicht aufgepasst! Das hätte nicht passieren brauchen! Ich hab mich hinterher geärgert! Dass ich, dass es überhaupt so weit gekommen ist! Aber – ich konnte nicht anders. Und dann hat sie sich dort in die Dusche gesetzt, – und dann hab ich se hochgezogen und habe gesagt: ‚So, jetzt geht's.‘“

Einem Teil der Angehörigen gelingt ein deeskalierender Umgang mit den Aggressionen; sie gehen ruhig auf die Pflegebedürftigen ein, versuchen Störungen auszuräumen oder so gering wie möglich zu halten. Im folgenden Zitat beschreibt die 57-jährige pflegende Angehörige, dass Behutsamkeit und ein liebevoller Umgang mit ihrem 64-jährigen Ehemann ebenso wichtig wie ein sehr direktives Verhalten seien. Zugleich müsse sie ihm dabei vermitteln, dass er die Situation bestimme.

I_66: „Aber er macht dankbar mit die Dinge, die man also ihm aber klar ansagen muss. Ne, also immer wieder aktivierende Pflege. Jetzt das und das und das und das, und wenn man zu forsch vorgeht, kommen dann schnell Aggressionen. Also, es muss 'ne sehr liebevolle Sprache auf der einen Seite sein, aber mit klarer Ansage. Und ebenso das Gefühl geben, er ist dann auch der Macher, ne.“

Im folgenden Interviewausschnitt wird deutlich, dass die pflegende Angehörige spielerisch experimentierend neue Wege im Umgang mit den Aggressionen ihres Mannes findet.

I_81 (pflegende Ehefrau, 65 J.): „Wenn er manchmal wirklich in so 'ner Rage ist, dass er so brüllt und brüllt und brüllt und brüllt, dann brülle ich einfach mit. Da brülle ich ganz genauso, aber als Spiel. Und das merkt er dann und plötzlich lacht er und durchschaut es, ne. Also ich weiß es nicht, aber es ist so, nicht. (...) Ich glaube, es ist so 'ne Begegnung auf der gleichen Ebene und dann ist sie nicht mehr wichtig, nicht. Und dann (...) lacht er, ne. Es geht ruck, zuck auf einmal. Und das habe ich halt auch rausgekriegt, dass das auch 'n Weg ist.“

Eine andere pflegende Ehefrau berichtet, wie sie aufgrund ihrer Erfahrungen im Umgang mit ihrem demenziell erkrankten Ehemann zu dem Schluss gekommen sei, dass aggressive Reaktionen auf aggressives Verhalten ihres Mannes kontraproduktiv seien, dass sie vielmehr ruhig werden müsse. Zugleich kennt sie aggressive Impulse und beschreibt eine nicht viktimisierende Bewältigung dieser Impulse:

I_23 (pflegende Ehefrau, 52 J.): „(...) man anfangs mit der Geschichte nicht fertig wird, da hatte ich auch unwahrscheinlich Aggressionen, (...) dann habe ich da so getre ... jetzt muss ich ja mal ehrlich sagen, so gestanden, und wenn er dann ging, er ging dann alleine, und hab dann so gemacht, so in die Luft hinein und hab das so abgehakt, hab ich gedacht, bist du verrückt, jetzt bist du ja auch schon fast an dem Punkt angekommen, dass man so sagte, jetzt hat er mich wieder aus dem Bett geholt und hat das so in Aggressionen ausgelassen, also die Bewegung, die Trittbewegung gemacht, aber ich wusste, ich treffe ihn nicht, er war ja weg.“

Dass für Pflegende von nicht demenziell erkrankten Pflegebedürftigen ein grundlegend anderer Umgang mit Aggressionen möglich ist, zeigt das folgende Fallbeispiel. Die 54-jährige pflegende Ehefrau eines schwerstpflegebedürftigen Mannes berichtet, dass sie die oben bereits beschriebenen äußerst gewalttätigen Reaktionen ihres Mannes auf Pflegehandlungen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit habe beenden können, indem sie dem Pflegebedürftigen überzeugend vermitteln konnte, dass sie ihn bei Fortführung seines Verhaltens nicht weiter zu Hause pflegen können. Aufgrund der Klarheit der Pflegenden hinsichtlich der Konsequenzen weiterer Aggressionen, der klaren Ver-

mittlung dieser Konsequenzen und – dies sicher im Unterschied zu vielen demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten – der Einsichts- und Erinnerungsfähigkeit des Pflegebedürftigen konnte dieser das gewaltförmige Verhalten verändern.

I_70: „Nach vier Wochen so, wo ich auch gesagt habe: ‚Du, so kann es nicht weitergehen. Entweder du hilfst mit oder ich muss dich wirklich in ein Heim geben, weil das geht nicht‘, (...) ich hab häufig irgendwo in ’ner Ecke gesessen und habe geweint und hab halt versucht, immer wieder versucht, auf ihn zuzugehen, bis ich dann eben irgendwann gesagt habe: ‚So jetzt, hier [ist] Schluss, entweder es ändert sich was oder ich muss dich ins Heim geben, weil das geht nicht, es geht nicht an so, dass ich hier so [leiden] muss, weil du mit der Situation nicht klarkommst, (...) ich mein’ die Situation für mich is auch nicht einfach,‘ (...) so in der Form hab ich da mit ihm geredet und ihm das wirklich auch so knallhart gesagt: ‚Wenn du nicht mithilfst, dann tut’s mir herzlich leid, aber dann kann ich dich nich’ zu Hause pflegen, dann geht es nicht.‘ Und daraufhin hat er dann erst angefangen und sich so ’n bisschen, ne, wo’s dann eben auch noch ’ne Zeit lang gedauert hat, bis er halt so weit war, dass er sich hat pflegen lassen.“

Einen ähnlichen Vorfall schildert die 79-jährige pflegende Ehefrau eines 70-jährigen demenziell Erkrankten. Auch sie habe durch die klare Aussage, dass sie physische Gewalt nicht hinnehmen werde, eine Verhaltensänderung bewirkt, allerdings sei diese aufgrund seiner Gedächtnisprobleme nur vorübergehend gewesen:

I_85: „(...) und dann wird er aggressiv, nimmt seinen Stock. Er ist auch schon mal auf mich zugegangen und dann habe ich ihm gesagt: ‚Du, wenn du mich schlägst, dann schlägst du mich ein einziges Mal!‘ Und: ‚Ja, und dann?‘ Dann habe ich gesagt: ‚Dann gehe ich oder du gehst. Dann muss ich dich in ein Pflegeheim bringen lassen. Und das solltest du dir mal überlegen.‘ Und (...) da hat er sich sehr zusammengenommen. (...) Aber das vergisst er dann auch wieder.“

Interpretieren die Pflegenden das gewaltförmige Verhalten der Pflegebedürftigen als Fortführung präorbider Verhaltensweisen, steht im Hintergrund eine meist langjährige Beziehungsgeschichte, in deren Rahmen es den nunmehr Pflegenden nicht gelungen war, Veränderungen des Verhaltens bzw. der Beziehungsstruktur durchzusetzen. Dies mag der Grund dafür sein, dass sich im Sample nur wenige Beispiele dafür finden, dass Pflegenden Verhaltensänderungen bewirken konnten oder selbst einen für sie positiven – gewaltfreien – Umgang mit dem problematischen Verhalten der Pflegebedürftigen finden konnten. In vielen Fällen bleiben beide, die Pflegenden wie die Pflegebedürftigen, alten Beziehungsmustern verhaftet. Die beschriebene Kontinuität gewaltsamer Interaktionsformen ist durchaus nicht selbstverständlich, da sich mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit auch die Handlungsmöglichkeiten der beteiligten Personen und damit theoretisch auch ihre Machtpotenziale verändern. Obwohl tradierte Dominanz- und Gewaltmuster durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit in Erscheinungsform, Intensität und auslösenden Bedingungen teilweise auch zugunsten des Pflegenden moduliert werden können, gelingt es ihnen in den geschilderten Fällen nicht, die Dynamik ganz aufzulösen.

Im folgenden Fallbeispiel berichtet die 65-jährige pflegende Tochter einer im Jahr vor dem Interview als 93-Jährige an einem Blasen-Tumor verstorbenen Frau, dass sie sich während der 10-jährigen Pflege ihrer Mutter nicht von deren Erwartungen und Forderungen habe befreien können, obwohl ihr Mann sie klar unterstützt habe. Die – durchaus gezielt hervorgerufenen – Schuldgefühle hätten zu massiven psychischen Problemen geführt und sie sei aufgrund von Nervenzusammenbrüchen und einer Suizidandrohung in der Folge in psychiatrischer Behandlung gewesen.

I_28: „Wir kamen an und sie völlig aufgelöst war und sagte uns: ‚Das wollte ich dir jetzt erst mal sagen, jetzt bin ich dran.‘ (...) Und paar Tage später war das Gleiche, und dann hat sie gesagt: ‚Ihr müsst euch jetzt um mich kümmern, da sag ich: ‚Aber das machen wir eigentlich die ganze Zeit!‘, ‚Jetzt bin ich dran und wenn ich nich’ mehr bin (...), ihr müsst mich totschlagen, dann könnt ihr euer Leben leben.‘ Und daraufhin bin ich also zusammengebrochen und bin in die Aufnahme, mein Mann hat mich ins Krankenhaus gebracht, weil ich also völlig durchgedreht bin, (...) in die Psychiatrie. (...) gaben mir also irgendwas zur Beruhigung, konnte dann aber am gleichen Abend nach Hause und hab’ gedacht: ‚Hier – irgendwas is’ jetzt hier nich mehr richtig, so.‘ Und dann hat mein Mann mit meiner Mutter geredet, hat gesagt: ‚Du, so geht es nich’, wir sind immer für dich da, (...) wir sind jeden Tag da, wir waren wirklich, wir waren jeden Tag bei meiner Mutter“ (...)

„[Das] waren ihre Argumente: (...) Ich habe alles, ich habe ’n schönes Haus, ich habe ’nen tollen Mann, ich habe ’ne super Tochter, was will ich eigentlich? Warum geht es mir so schlecht? Die Pflege der Mutter ist normal, das machen alle andern auch, ich weiß nich, warum es dir jetzt so schlecht geht.‘ So, das wiederum hat mich dann [dazu gebracht], dass ich gedacht habe: ‚Liegt das an mir, dass ich das nich schaffe? Sie hat ja recht, ich habe alles.‘ So, also hatte ich wieder dies Schuldgefühl: ‚Was mache ich falsch, dass es mir nich gut geht, (...) ich muss – in Anführungsstrichen – nur meine Mutter pflegen.“

Veränderungen sind selbst dann schwierig, wenn die Pflegenden solche Mechanismen verstehen. Eine befragte pflegende Angehörige beschreibt, wie sie erst nach langen Jahren der Pflege ihrer sehr dominanten und fordernden Mutter (vgl. Fallbeispiel oben), deren aus ihrer Sicht unbegründeten Vorwürfen und dem offensiv präsentierten Leid gegenüber immer gleichgültiger wurde:

I_78: „Sie hatte kein’ Grund, dass es ihr schlecht ging, aber ich hatte nich das Wissen oder auch nich die Erfahrung zu sagen: ‚Du, pass’ mal auf, du hast kein’ Grund, dass es dir schlecht geht, ich denke, das ist okay. Wenn du hier meinst, du musst auf’m Sofa liegen, dann ist das in Ordnung, wir fahren jetzt ’ne Stunde raus.‘ Ich bin manches Mal nach Hause gekommen: ‚Lebt se noch? [Wir] müssen erstmal gucken gehen.‘ Die Angst is mittlerweile weg, wo ich sage: ‚Dann lebt se eben nich mehr, fertig.‘“

Dabei ist zu bedenken, dass gerade wenn Mütter ihre Töchter schon jahrelang mit ihrem Leiden unter Druck setzen und darüber (erfolgreich) Schuldgefühle wecken, die Veränderung einer solchen Beziehung bei Eintreten eines tatsächlichen Leidens – womit die Pflegebedürftigkeit ja stets verknüpft ist – mit Sicherheit zusätzlich erschwert wird.

Wie bereits angedeutet, gelingt pflegenden Angehörigen nicht immer ein deeskalierender Umgang mit physischer und psychischer Gewalt, sondern sie entwickeln dabei selbst Aggressionen und reagieren dann selbst eskalierend und aggressiv gewaltförmig,

erzwingen bestimmte Handlungen, schreien die Pflegebedürftigen an, beleidigen oder verhöhnern sie und wenden auch physische Gewalt an. Dieses Verhalten wird in Kapitel 5.4.6.3.4 näher untersucht. Auch gibt es im untersuchten Sample eine Reihe von Fällen, in denen sich Dominanzstrukturen im Beziehungsgefüge durch die Pflege grundsätzlich verändern. Dabei kann es dann zur Umkehrung von Dominanzverhältnissen kommen. In einigen wenigen Fällen entwickelt sich die Beziehungsdynamik positiv.²³⁷ Grundsätzlich bergen solche Konstellationen eher das Risiko psychosozialer und/oder pflegerischer Vernachlässigung und der Vergeltung von früherem Handeln des Pflegebedürftigen. Solche Fälle werden in Kapitel 5.4.6.3.4 ausführlich behandelt.

Zusammenfassung

Pflegende Angehörige sind in hohem Maße aggressivem und gewaltförmigem Verhalten Pflegebedürftiger ausgesetzt. Angesichts der Altersstruktur der Pflegenden handelt es sich dabei ebenfalls häufig um eine Form von „Gewalt gegen Ältere“. Das problematische Verhalten unterscheidet sich in Erscheinungsform und Dynamik, es werden wenig dramatische verbale Angriffe genauso wie massive, für die Pflegenden gefährliche körperliche Übergriffe geschildert. Teilweise berichten Pflegende auch, von Pflegebedürftigen psychisch massiv unter Druck gesetzt zu werden. In etwa jedem dritten untersuchten Setting berichten pflegende Angehörige von aggressivem und gewaltförmigem Verhalten der Pflegebedürftigen, häufiger wenn demenzielle Veränderungen der Pflegebedürftigen vorliegen bzw. vermutet werden. In solchen Settings ereignet sich auch der größte Teil der im Sample berichteten physischen Übergriffe. Eine tatsächliche oder vermutete Demenzerkrankung der Pflegebedürftigen steigert also das Viktimisierungsrisiko der Pflegenden erheblich. Aggressives und gewaltförmiges Verhalten von Pflegebedürftigen erhöht zugleich ihr Risiko, selbst Opfer von Viktimisierungen durch Pflegende zu werden (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4).

Der kognitive, emotionale und behaviorale Umgang mit aggressivem und gewaltförmigem Verhalten von Pflegebedürftigen stellt für Pflegende regelmäßig eine große Herausforderung dar, der sie nicht immer gewachsen sind. Dabei haben für die pflegenden Angehörigen die von ihnen wahrgenommenen bzw. zugeschriebenen Ursachen gewaltförmigen Verhaltens Pflegebedürftiger und – dem zugrunde liegend – ihr Wissen über Krankheitsbilder eine maßgebliche Bedeutung. Solche Interpretationen leiten das Verhalten im Umgang mit solchen Situationen, sind gleichzeitig aber auch als Form der Bewältigung zu verstehen. Da die Vermittlung von Wissen über Krankheitsbilder und deren Verhaltenskorrelate die „Rationalität“ des Umgangs mit problematischem Verhalten Pflegebedürftiger erhöhen kann, eröffnen sich hier besondere Ansatzmöglichkeiten für Prävention. Auch die Vermittlung von Verständnis für die Verhaltensrelevanz eigener Interpretationen könnte hier aufseiten der pflegenden Angehörigen deeskalierend wirken.

Nicht immer sind sich Pflegende über Ursachen und Auslöser im Klaren, zumal wenn mehrere Faktoren für sie relevant erscheinen. Pflegende erleben gewaltförmiges Verhalten der Pflegebedürftigen als unmittelbare Folge demenzieller Veränderungen und als Ausdruck der emotionalen wie kognitiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens und der damit einhergehenden Verluste, Einschränkungen und Veränderungen. Sie interpretieren aggressives Verhalten auch vor dem Hintergrund des Verlustes anderer

²³⁷ Zur Relevanz der Beziehungsvorgeschichte vgl. auch Kapitel 5.4.6.2.

Äußerungsmöglichkeiten. Häufig erleben sie gewaltförmiges Verhalten auch als Fortführung von prämorbidem Verhalten der Pflegebedürftigen. Dass bei familialer Pflege der prämorbidem Beziehungsqualität ganz entscheidende Bedeutung zukommt, gilt auch für den Umgang der Pflegebedürftigen mit den Pflegenden. Pflegende beschreiben, dass Pflegebedürftige zum Teil in erstaunlich hohem Maße in der Lage sind, tradierte und ihren Interessen dienliche Beziehungsstrukturen aufrechtzuerhalten und dabei Macht und Gewalt bei Weitem nicht nur, aber auch instrumentell einsetzen. Im Hinblick auf Kontinuität bzw. Diskontinuität von Interaktionsformen und Beziehungsmustern sind zum einen gesellschaftlich verankerte Geschlechterhierarchien relevant, zum anderen spielen individuelle Eigenheiten von Beziehungen bzw. Persönlichkeiten eine Rolle. Im vorliegenden Sample eröffnet die Deutung problematischen Verhaltens der Pflegebedürftigen als krankheitsbedingt eine Reihe von Optionen zur produktiven Bewältigung dieses Verhaltens. In den Fällen, in denen pflegende Angehörige derartiges Verhalten als Fortführung prämorbidem Dominanzverhaltens interpretieren, gibt es in unserem Sample keine Beispiele für produktiven Umgang damit. Möglicherweise ist die positive Wendung einer langjährig von Dominanz geprägten Beziehungsdynamik auch oder gerade unter den veränderten Bedingungen von Pflege äußerst schwierig. Nur einige wenige Beispiele von im Zuge der Übernahme der Pflege zum positiven gewendeten Beziehungen zwischen Müttern und Töchtern und in Partnerschaften liegen vor. Auch wenn der Gedanke naheliegend ist, dass durch veränderte Abhängigkeiten die Machtposition der Pflegenden gestärkt sein müsste, gibt es in unserem Sample nur wenige Beispiele für partielle Dominanzumkehr in Pflegebeziehungen (vgl. in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1).

5.4.6.3.4 Viktimisierungen Pflegebedürftiger

I 5.4.6.3.4.1 Viktimisierungen Pflegebedürftiger: die direkte Opferperspektive

Im Vergleich zu Darstellungen von Viktimisierungen Pflegebedürftiger aus der Perspektive von Zeugen oder unmittelbaren Akteuren enthält das Interviewmaterial nur wenige und zudem meist wenig detailreiche Schilderungen aus der unmittelbaren Sicht der betroffenen Pflegebedürftigen. Bei den insgesamt fünf als einschlägig klassifizierten Interviews geht es in einem Fall um wahrgenommenes Fehlverhalten ambulanter Pflegekräfte, in vier Fällen um als problematisch erlebtes Verhalten von pflegenden Angehörigen.

Die Vorwürfe gegen Pflegekräfte beziehen sich vor allem auf unzureichende Hygiene bei der Katheterisierung und Unachtsamkeit bei der Bewegung eines Querschnittsgelähmten. In den Fällen, in denen Viktimisierungen durch pflegende Angehörige geschildert wurden, geht es um verbale Aggressionen und Beleidigungen, psychische Gewalt, psychosoziale Vernachlässigung, unzureichende Unterstützung und Pflege, grobes Anfassen bei der Körperpflege sowie gewaltsames Eindringen in das persönliche Zimmer und Unterbrechen eines Telefonats. Das inhaltliche Spektrum der berichteten Vorkommnisse ist breit; Opferberichte über Fälle finanzieller Ausbeutung liegen nicht vor.

In zwei Fällen, in denen Viktimisierungen durch pflegende Angehörige geschildert werden, handelt es sich um verbale Aggressionen von pflegenden Töchtern bzw. in einem dieser Fälle auch um physisch grobes (Ziehen an den Haaren) und bevormundendes Verhalten. In einem – entgegen der allgemeinen Erhebungsstrategie – gemeinsam mit Mutter und Tochter geführten Interview wird verbal problematisches Verhalten der

pflegenden Tochter gegenüber der Mutter von beiden Interviewpartnerinnen ähnlich dargestellt. Perspektivendivergenzen gibt es hingegen in einem Fall, in welchem die Mutter der Tochter vorwirft, sie aus Wut grob an den Haaren gezogen zu haben. Hier schildert die Tochter die Pflegebeziehung deutlich positiver als ihre Mutter, allerdings beschreibt sie ihre verbalen Aggressionen ähnlich wie die Pflegebedürftige. Unterschiedliche Bewertungen von ähnlichen Situationen liegen in einem Fall vor, in welchem der unterstützungsbedürftige Ehemann seiner Frau psychosoziale Vernachlässigung und nicht bedürfnisadäquate Pflege vorwirft, sie – bestätigt durch die ambulante Pflegekraft – dagegen schildert, dass sie ihm aufgrund seiner verbalen Aggressionen und seines herrischen Verhaltens aus dem Weg gehe und er grundsätzlich weniger unterstützungsbedürftig sei, als er es darstelle, also bei entsprechender Bereitschaft und Anstrengung vieles noch selbst erledigen könnte.

Für den letzten in dieser Kategorie berichteten Fall liegt nur die Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer zum Interviewzeitpunkt pflegenden Tochter vor. Die Vorwürfe beider gegen die zweite Tochter der Frau, welche zuvor für die Pflege verantwortlich war, sowie gegen deren Mann sind drastisch. Die pflegebedürftige Mutter berichtet, seelisch misshandelt und beleidigt worden zu sein, zudem habe sie gegen ihren Willen sehr viel Zeit in ihrem kleinen Zimmer verbringen müssen; der Schwiegersohn habe sich schließlich in einer konflikthaft zugespitzten Situation gewaltsam Zutritt zu ihrem Zimmer verschafft, um ein Telefonat der Mutter mit der anderen Tochter zu unterbrechen. Die Perspektive der zuerst pflegenden Tochter und ihrer Familie, gegen die sich die Vorwürfe beider richten, konnte in die Untersuchung nicht einbezogen werden.

Angesichts der sehr geringen Zahl von Viktimisierungsschilderungen aus unmittelbarer Opfersicht werden diese hier detaillierter wiedergegeben, als dies im Hinblick auf Täter- und Zeugenberichte erfolgt. Aus diesem Grund, und weil für fast alle dieser Opferberichte auch die Perspektiven von Angehörigen bzw. Pflegekräften vorliegen, wird hier auch dem Aspekt der Divergenz bzw. Konvergenz von Sichtweisen und Darstellungen besondere Bedeutung beigemessen. Im Anschluss an die Fallschilderungen werden Anzahl, Art und Aussagekraft der direkten Opferdarstellungen reflektiert.

Fall berichteten problematischen Verhaltens durch ambulante Pflegekräfte:

I_21: In diesem Fall macht der 62-jährige Pflegebedürftige ambulante Pflegekräfte für erlittene Harnwegsinfektionen verantwortlich und wirft ihnen mangelnde Professionalität und Hygiene vor. „(...) dass beispielsweise Katheter nicht auf die unsterile Unterlage gelegt werden sollen, denn raste ich da schon mal aus und sage: ‚Legen Sie den da endlich runter, lassen Sie das Katheter sein.‘ Also das kommt schon mal vor, wenn ich also zu grobe Unsauberkeit feststelle. Denn das ist ja mein Problem, dass ich dann Harnwegsinfektion bekomme, ja, und es ist immer fast regelmäßig so, wenn ’ne neue Kraft da ist, hab’ ich nach drei oder vier Tagen ’nen Harnwegsinfekt, weil die meisten also nicht gewohnt sind sauber zu arbeiten.“ Zudem fügten ihm die Pfleger beim Aufrichten Schmerzen zu, was der Befragte auf Unachtsamkeit oder unzureichendes Wissen über das Schmerzempfinden eines Querschnittsgelähmten zurückführt, jedenfalls nicht auf absichtsvolles Handeln. Auch sei ihm von Pflegekräften gesagt worden, er sei zu empfindlich, wenn er sich über Schmerzen beklagt habe. Als sehr belastend empfindet er es, dass er sich nicht gegen die körperliche Nähe ihm unsympathischer, teils ungepflegter Pflegekräfte wehren könne. Auch die

pflegende Angehörige äußert Kritik an den Pflegekräften und bekräftigt die Vorwürfe ihres Mannes. Die zu diesem Fall befragte ambulante Pflegekraft berichtet von keinerlei Problemen in der Pflege.²³⁸

Bei dem Befragten handelt es sich um einen selbstbewussten und kritischen Pflegebedürftigen, dem die eigenen Bedürfnisse sehr klar sind und der darauf achtet, dass die Pflege diesen entspricht. Er erscheint als Manager der eigenen Pflege, der durchaus fordernd den ambulanten Pflegekräften gegenübertritt, allerdings letztlich weniger Einfluss auf deren Arbeit hat, als er sich wünschen würde. Er zieht mit seiner Frau an einem Strang. Im untersuchten Sample ist die Zahl solcher Pflegebedürftiger gering. Charakteristisch für sie ist, dass sie noch vergleichsweise jung, kognitiv nicht eingeschränkt sind und sehr reflektiert mit der eigenen Pflegebedürftigkeit umgehen.

Fälle berichteten problematischen Verhaltens durch pflegende Angehörige

(1) *Verbal aggressives Verhalten in intergenerationalem Pflegesetting:*

I_62: In einem gemeinsamen Interview der 88-jährigen pflegebedürftigen Mutter und ihrer 64-jährigen Tochter bestätigt die Mutter Berichte der Tochter über deren verbale Aggressionen; so habe diese sie zwar nicht beleidigt, sei „aber laut geworden“ im Zusammenhang mit ihrer Ablehnung eines Krankenhausaufenthaltes und ihrer wiederholten Weigerung, sich wärmer anzuziehen. Die Schilderungen von Mutter und Tochter decken sich, die beiden bestätigen gegenseitig ihre Erzählungen, wobei die pflegende Tochter ihre verbalen Aggressionen deutlich drastischer schildert.

Entgegen der Strategie dieser Studie, Pflegebedürftige und Pflegende getrennt zu interviewen, wurden hier auf ausdrücklichen Wunsch der Tochter beide gemeinsam befragt.²³⁹ Im Interview wirkt die von beiden vorgetragene Sichtweise glaubhaft, dass es sich trotz dieser verbalen Ausfälle um eine im Grundsatz vertrauens- und liebevolle Pflegebeziehung handelt. Allerdings bleibt letztlich offen, welchen Einfluss die Anwesenheit der Tochter auf die Schilderungen der Mutter hatte.

(2) *Physische und verbale Aggressivität, Autonomieeinschränkungen in intergenerationalem Pflegesetting:*

I_11: Die 82-jährige Pflegebedürftige berichtet, dass ihre 57-jährige pflegende Tochter sie einmal in ihrer „Wut an den Haaren gezogen“ habe. Auf Nachfrage konnte sie die Situation nicht näher erläutern. Die Pflegebedürftige fügt hinzu, dass ihre Tochter es nicht böse gemeint habe und ihr der Vorfall direkt danach leidgetan habe: „Soll ich 'ne Glatze kriegen?' habe ich gesagt. (...) Das hat ihr auch gleich leidgetan, das weiß ich.“ Die Pflegebedürftige beschreibt ihre Tochter als „leicht aufbrausend“, „übernervös“ und berichtet, von ihr auch schon einmal „angefaut“ worden zu sein, als sie ihre Tochter gebeten habe, um Energie zu sparen, die Lichter in der Wohnung zu löschen („Das geht dich nichts an“). Der Schwiegersohn greife bei verbalen Aggressionen seiner Frau mäßigend ein. Darauf angesprochen, ob auch sie ihrer Tochter gegenüber schon einmal verbal oder physisch aggressiv geworden sei, berichtet sie, dass sie dabei „den Kürzeren“ ziehen würde und sich das auch einfach „nicht erlauben“ könne, sie sei jetzt völlig von ihrer Tochter abhängig. Den Erzählungen der Mutter zufolge macht ihre Tochter recht weitreichende Vorgaben, wobei sie betont, dass

²³⁸ Die Perspektive der Ehefrau – die den Schilderungen des Mannes weitgehend entspricht – ist in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2 aufgegriffen.

²³⁹ Bereits im ersten Vorgespräch hatte in diesem Setting die pflegende Angehörige unter Verweis auf beengte Wohnverhältnisse der Mutter und ihren schlechten gesundheitlichen Zustand darauf bestanden, bei dem Gespräch mit der Pflegebedürftigen dabei zu sein.

sie sich diesen Vorgaben auch bewusst unterordne und vieles ertragen könne, weil sie nicht nachtragend sei. „Sie hat schon mal gesagt (...) ‚Jetzt machen wir das Licht aus und du hast [jetzt genug] gelesen‘, wenn ich lesen wollte. (...) Dann würde ich ja nie Nein sagen (...) ich bin ja auf sie angewiesen. Das ist ja klar.“ (...) „Sie macht [das Licht] aus, das Recht hat sie ja, (...) Und da bin ich auch nicht böse da drüber. Ich bin auch ’n Mensch, [der] eigentlich ganz gut vergessen, schnell vergessen kann. Gott sei Dank.“ Im Gespräch erschließt sich, dass sie sich nicht ganz freiwillig in die Abhängigkeit von ihrer Tochter begeben hat (sie wohnt im gleichen Haus wie ihre Tochter, wobei ihre separate Wohnung auch der Tochter gehört). Sie bereue, nach dem Verkauf ihres Reihenhauses den Kindern bereits ihr Erbteil ausbezahlt zu haben und jetzt über keine finanziellen Mittel mehr zu verfügen, um eigenständig ihre Pflege finanzieren zu können. „Wir hatten ’n Reihenhäuschen, haben wir verkauft, habe ich ’nen Fehler gemacht und hab den Kindern gleich was davon gegeben. (...) Das hätte ich vielleicht nicht tun dürfen. Ich hätte denen ihr Teil lassen müssen bis später und was weg ist, ist weg. Da kräht kein Hahn mehr nach. Aber nachher, wenn ich jetzt dann kein Geld mehr hab für Pflege, dann weiß ich nicht, was kommt. Ich hab’ noch eine gute Uhr, ich hab schon gesagt: ‚Müssen wir die Uhr verkaufen.‘“

Das Resümee der Pflegebedürftigen ist eher reserviert. Die Pflege sei „so einigermaßen“, es gebe „natürlich“ immer wieder Situationen, in denen sie sich nicht angemessen gepflegt fühle. Die Beziehung allerdings beschreibt sie als „gut“. Konflikte und hieraus wie aus selbstgefährdendem Verhalten der Mutter resultierende verbale Aggressionen ihrerseits beschreibt auch die pflegende Tochter. Ihr Resümee der Pflegebeziehung ist allerdings positiv und sie ist stolz auf ihre pflegerische Leistung. Sie geht davon aus, dass sie ihre Mutter immer angemessen pflegen könne und diese sich bei ihr „einfach auch gut“ fühle. Allerdings beschreibt sie auch, dass die Unzufriedenheit der Mutter ein ihr bekanntes Muster sei: Sie habe sich schon immer viel um ihre Mutter gekümmert und viel mit ihr unternommen, diese habe aber dennoch häufig beklagt, dass ihre Tochter nie Zeit für sie habe.

Die Pflegebedürftige berichtet, dass das physisch grobe Verhalten der Tochter (an den Haaren ziehen) eindeutig auf deren Wut zurückzuführen sei, dass die Tochter dies nicht böse gemeint habe und ihr das Verhalten sofort leidgetan habe. Diese Schilderungen legen die Interpretation nahe, dass die Tochter beim Kämmen der Haare der Mutter aggressive Impulse – ihre Wut – ausagierte.

Deutlich wird daran, dass sich aus (notwendig körpernahen) Pflegehandlungen für alle Beteiligten ein Graufeld intentionaler und nicht intentionaler Schmerz- bzw. Leidenszufügung ergibt. Die Identifizierung von Handlungen als eindeutig aggressiv und der Schadenszufügung als eindeutig intentional ist schwierig. Dies macht es für einen „motivierten Täter“ leicht, aggressiv motivierte Handlungen als nicht intentional erscheinen oder jedenfalls hinsichtlich ihrer motivationalen und intentionalen Basis im Vagen zu belassen. Diese Vagheit wiederum kann als Macht- und Einschüchterungsinstrument genutzt werden, weil sie es einem Opfer – und gerade einem kognitiv eingeschränkten Opfer – sehr schwer macht, dazu eine klare Position zu beziehen und etwa Hilfe bei Dritten zu suchen.

Am vorliegenden Fallbeispiel wird zudem deutlich, dass Abhängigkeit und das eigene Wissen um Abhängigkeit die Möglichkeiten der Gegenwehr gegen Unerwünschtes und der aktiven Einflussnahme auf die Ausgestaltung der eigenen Pflege stark einschränken können. Dabei spielen neben Krankheitsbild und Hilfebedarf einerseits und Bezie-

hungsmerkmalen andererseits auch Faktoren wie die Verfügbarkeit von (akzeptablen) Alternativen zum gegenwärtigen Pflegearrangement sowie Machtquellen eine Rolle, welche nicht direkt mit Pflegebedürftigkeit verknüpft sind. Im vorliegenden Fall berichtet die Mutter, sie habe schon früh ihre ökonomische Macht aus der Hand gegeben und könne diese jetzt nicht mehr steuernd in die Ausgestaltung der Pflegebeziehung einbringen. Erlebte Abhängigkeit und Alternativlosigkeit sind als Faktoren auch für Perspektivendivergenzen bedeutsam: Wenn die pflegebedürftige Person sich scheut, ihre Bedürfnisse und ihre Unzufriedenheit zu artikulieren, bedarf es nicht einmal einer „böswilligen“ oder „ignoranten“ Pflegeperson, damit aufseiten des pflegenden Familienmitglieds die Wahrnehmung entstehen bzw. aufrechterhalten werden kann, dass die Pflege gut und die pflegebedürftige Person zufrieden sei.

(3) *Psychosoziale Vernachlässigung in intragenerationalem Pflegesetting:*

I_64: Der 88-jährige Pflegebedürftige berichtet, dass er sich von seiner Familie – primär seiner im selben Haus in einer separaten Wohnung lebenden Frau – unter Druck gesetzt fühle, sich trotz großer Schmerzen, Frustrationen über den Verlust seiner Autonomie und Handlungsfähigkeit und daraus resultierender depressiver Verstimmungen in seine Situation zu fügen und zufrieden zu sein. In welcher Form er unter Druck gesetzt wird, konkretisiert er nicht. Er wage nicht mehr, seine Unzufriedenheit zu äußern: „Ja, ich traue mich ja gar nix mehr zu sagen – weil ich – es hat doch gar keinen Zweck! – Wenn ich jetzt was sage, kriege ich einen auf ’n Hut.“ Er sehe keine Alternative zu fügsamem Verhalten: „Dann bin ich arm dran! Wenn ich da mich noch, auch noch querlege!“. Er berichtet, dass er sich vernachlässigt fühle, dass ihm Ansprache und Kontakte fehlen. Seine Ehefrau wolle die Abende nicht mit ihm verbringen. Danach befragt, ob er sich ausreichend unterstützt fühle, äußert er, dass dies manchmal „zu wünschen übrig“ lasse, ohne dies zu konkretisieren.

Im vorliegenden Fall divergieren die Perspektiven der pflegenden Ehefrau und ihres Mannes in hohem Maße, und auch die befragte ambulante Pflegekraft teilt die Perspektive des Mannes nicht. Die Ehefrau schildert ihren Mann als autoritär und dominant, verbal ausfällig und ständig unzufrieden. Sie müsse sich dem jedoch nicht mehr in dem Maße wie früher aussetzen, da sie seit 30 Jahren aufgrund einer vorübergehenden außerehelichen Beziehung des Mannes in getrennten Wohnbereichen des gemeinsamen Hauses leben. Um Konflikten mit ihrem Mann, der „ausfallend und laut“ werde, aus dem Weg zu gehen, lasse Frau H. ihn u. a. aufgrund ihres hohen Blutdrucks bei sich anbahnenden Konflikten allein und verlasse den Raum. Während sie froh sei, wenn sie nicht viel mit ihm zu tun haben müsse, „ist er schon mal froh, wenn man da ist.“ Sie belaste ihn nicht mit ihren Problemen und Sorgen und erwarte dies auch von ihm: „Und ich kann das nicht, wenn ich voll bin, dass ich denn sage zu ihm und so, das mach ich auch nicht, belaste ich ihn auch nicht. Und wenn er dann mal was hat und ist voll oder irgendwas kribbelt in ihm, ich merk das schon. Ich sage: ‚Heute unterhalten wir uns nicht.‘“

Während sie umfangreiche soziale Kontakte pflegt, verfügt er über keine außerfamiliären Sozialkontakte oder anderen Ressourcen zur Bewältigung seiner Lebenssituation. Bezieht man im vorliegenden Setting alle Perspektiven ein, so entsteht das Bild einer Pflegebeziehung, in der sich nach jahrzehntelanger Dominanz des Ehemannes durch pflegebedingten Autonomieverlust die Abhängigkeiten und Hierarchien umgekehrt haben. Dass dies für den Ehemann spürbar negative Folgen hat, ist plausibel.

Der in diesem Fall tätigen ambulanten Pflegekraft zufolge könnte es in diesem Fall in der Zukunft zu Problemen bei der pflegerischen und psychosozialen Versorgung des Mannes kommen, sofern – wie bereits absehbar – bei zunehmendem Pflegebedarf des Mannes aus finanziellen Motiven die Leistungen des ambulanten Dienstes nicht ausgeweitet werden. Die finanziellen Interessen und die Abhängigkeit der Ehefrau einerseits und aktuell bereits feststellbare Machtverschiebungen in der Beziehung andererseits lassen zukünftige Probleme denkbar erscheinen.

(4) Verbale Aggressivität, psychische Misshandlung, gravierende Autonomieeinschränkungen in intergenerationalem Pflegesetting:

I_89: Die befragte 81-jährige Pflegebedürftige berichtet von einer konflikthafter Pflegesituation bei ihrer Tochter und deren Mann, von denen sie bis vor Kurzem versorgt wurde. Sie sei dort seelisch misshandelt worden. Sie habe viel Zeit in ihrem (kleinen) Zimmer verbringen sollen und sei häufigen Beleidigungen durch ihre jüngere Tochter ausgesetzt gewesen (so habe die Tochter ihr z. B. heftige Vorwürfe gemacht, sie habe als Mutter alles falsch gemacht). Der Streit sei eskaliert, als der Mann und zwei der Enkelkinder ein Telefonat der Pflegebedürftigen unterbrachen, in dem diese mit der anderen, älteren Tochter über das Verhalten des Schwiegersohnes gegenüber seinen Kindern geredet habe. Der Mann habe das Telefonat unterbrochen, nachdem er sich gewaltsam Zutritt zu dem mit dem Rollstuhl blockierten Zimmer der Pflegebedürftigen verschafft habe, um die Leitung zu kappen. Die geschilderte Viktimisierung ereignete sich in einem sehr angespannten und eskalierenden Setting, in dem die Familiendynamik stark von prekärer finanzieller Situation, heftigen Konflikten über finanzielle Motive der Pflegeübernahme und gegenseitigen Vorwürfen geprägt war. Dabei berichten die Pflegebedürftige wie auch die jetzt pflegende Tochter von einem aus ihrer Sicht nicht akzeptablen Lebensstil der Familie der anderen Tochter. Kulturelle Unterschiede – der Ehemann der zuerst pflegenden Tochter kommt aus dem Iran und ist Moslem – erscheinen hier als Konfliktauslöser wie als konfliktverstärkende Deutungsschablone. Vorwürfe der Pflegebedürftigen gelten dem Erziehungsstil des Schwiegersohnes, der einerseits als zu wenig eingreifend, andererseits moralisch zu streng charakterisiert wird. In Konflikten sei es darum gegangen, dass der Mann seine Verhaltensweisen und Regeln nach Deutschland übertrage, was die Pflegebedürftige nicht akzeptieren wollte. Für den Schwiegersohn und seine Familie wiederum sei es nicht akzeptabel gewesen, dass die Pflegebedürftige Informationen über seine Familie an Außenstehende weitergab. Beide Befragte berichten, dass der Schwiegersohn die ältere Tochter der Pflegebedürftigen schlecht behandle und dass diese, zum Islam konvertiert, eingeschüchtert sei. Die mittlerweile pflegende Schwester sei zuvor mit dem Cousin des Mannes ihrer Schwester verheiratet gewesen und habe in dieser Beziehung schlechte Erfahrungen gemacht. Die Situation habe nach Kontaktaufnahme zu einem Krisentelefon beendet werden können, und die Pflegebedürftige lebe zum Interviewzeitpunkt bei ihrer anderen Tochter.

In den drei Fällen, in denen separate Interviews mit mehreren Fallbeteiligten geführt werden konnten, weichen die Perspektiven der als Opfer betroffenen und der von ihnen im Sinne der Befragung als „Täter“ benannten Akteure deutlich voneinander ab. Teilweise beschreiben die Pflegebedürftigen Vorkommnisse oder Verhältnisse, welche die Pflegenden überhaupt nicht erwähnen (mangelnde Hygiene, grobes Verhalten der Pflegenden bei der Körperpflege), teilweise werden ähnlich beschriebene Situationen unterschiedlich bewertet (psychosoziale Vernachlässigung vs. ausweichende Reaktion auf verbale Aggressionen) und schließlich liefern kontrastierende Schilderungen häufig

erst Informationen, aufgrund derer das Verhalten der Beteiligten sinnvoll interpretiert werden kann (so das Verhalten der Ehefrau im beschriebenen Fall 3). Im vorgestellten Fall (4) fehlt eine solche kontrastierende Darstellung, es liegen nur die Schilderung des Opfers und einer möglicherweise an einer drastischen Darstellung interessierten dritten Seite vor. Allerdings wäre gerade dieser Fall vermutlich niemals in die Interviewstichprobe gelangt, hätte die Pflegebedürftige zum Interviewzeitpunkt noch immer bei der zunächst pflegenden Tochter und ihrer Familie gelebt.

Im Interviewsample gibt es eine Reihe von Settings, in denen ambulante Pflegekräfte oder pflegende Angehörige von problematischem Verhalten der familial Pflegenden berichten, während die ebenfalls befragten Pflegebedürftigen derartiges Verhalten nicht berichteten. Hier handelt es sich zum größten Teil um Fälle von gelegentlicher verbaler – teils auch gegenseitiger – Aggression, in denen wg. Gegenseitigkeit des Verhaltens und schwieriger Grenzziehung zwischen Streitkultur und Viktimisierung unklar blieb, ob es sich tatsächlich um Viktimisierungen handelt. Nur in einem dieser Fälle kommt es aus Sicht der ambulanten Pflegekraft zu gravierenden Viktimisierungen.

Die Anzahl der Opferberichte ist also insgesamt gering, sie ist aber auch relativ gering zu der Gesamtzahl der Settings, in denen aus anderen Perspektiven zumindest problematisches Verhalten den Pflegebedürftigen gegenüber berichtet wurde. Ähnliche Erfahrungen wurden auch in anderen Studien gemacht, so z. B. in der britischen *Elder-Abuse-Prävalenzstudie* (vgl. Mowlam, Tennant, Dixon & McCreddie, 2007; O’Keeffe et al., 2007), die einen standardisierten Victimization Survey auch als Screening-Instrument für vertiefende Opferinterviews einsetzte und – obwohl sie nicht auf Pflegebedürftige beschränkt war – nur sehr wenige Opfer fand.

Unterschiedliche Interpretationen dieser Befunde sind denkbar. Für die vorliegende Studie ist es zum einen denkbar, dass viele Pflegebedürftige das Verhalten der ambulant oder familial Pflegenden nicht oder nicht in einem für sie als erwähnenswert erachteten Maße als problematisch wahrnehmen. Diese Annahme ist aufgrund der Art der Stichprobengewinnung für viele der untersuchten Settings plausibel. Sie ist insbesondere plausibel für eine Reihe von Interviews, in denen sich ihrer Bedürfnisse sehr bewusste und selbstbewusste Pflegebedürftige äußerten, dabei Ansprüche formulierten und glaubhaft und mit den Berichten anderer Beteiligter übereinstimmend schilderten, dass sie bislang in der Pflege keine gewaltförmigen Situationen erlebt hätten.

Möglich ist allerdings auch, dass Pflegebedürftige problematisches Verhalten zwar als solches wahrnehmen, dies aber ins Verhältnis setzen zu erlebter Unterstützung und Hilfe und vor dem Hintergrund einer positiven oder jedenfalls subjektiv akzeptablen Gesamtbilanz das Augenmerk nicht auf Probleme richten wollen, sei es aus einem Gefühl von Loyalität oder Dankbarkeit den Pflegenden gegenüber, welches es ihnen verbietet, Außenstehenden gegenüber „schlecht“ von den Pflegenden zu sprechen, sei es, weil sie selbst den Problemen keinen höheren Stellenwert einräumen wollen.

Denkbar ist auch, dass sie sich vor dem Hintergrund der erlebten Abhängigkeit und ihrer schwachen Position im Beziehungsgefüge generell nicht erlauben, Probleme wahrzunehmen und ihre Problemwahrnehmung durch Benennung – zumal Außenstehenden gegenüber – zu verstärken. In den Interviews finden sich oftmals Hinweise darauf, dass Pflegebedürftigen ihre abhängige Position im familialen Gefüge sehr klar

ist und dass sie es als äußerst belastend erleben, selbst keinen produktiven Beitrag mehr zum familialen Geschehen leisten zu können, sondern nur noch „Leistungsempfänger“ zu sein, zudem auch Anlass und Auslöser für Belastungen, Stress und Krisen ihrer Angehörigen. Auch vor diesem Hintergrund sind zum Teil floskelartig wiederholte Aussagen Pflegebedürftiger wie: „Ich darf mich nicht beklagen, es wird so viel für mich getan“, „Ich kann nicht klagen“ oder „Ich muss zufrieden sein“ zu lesen. Auf die Frage nach Belastungen, Konflikten und möglicherweise als unzureichend erlebter Pflege antworten Befragte in aller Regel zurückhaltend, relativieren möglicherweise negativ zu deutende Aussagen und äußern Verständnis für das Verhalten der Angehörigen. Folgende Interviewpassagen mögen dies illustrieren:

I_47 (Pflegebedürftige, w, 85 J.)

B²⁴⁰: „Natürlich kommt manchmal bisschen ... ein bisschen, wie soll ich denn das sagen? Manchmal das – hat man gewisse Zweifel oder was, aber im Allgemeinen habe ich keinen Krach mit meinen Kindern gehabt.“

I: „Und woran zweifeln Sie da?“

B: „Ich denke immer, dass ich Schuld habe, wenn, wenn ich was brauchen tue und so weiter, dann denke ich immer, ach, das wird (...) meinen Kindern doch zu viel. (...) Nein, das ist okay. Es kommt überall was vor. Und das vergisst man dann wieder.“

I: „Die Hilfe, die Sie erhalten, entspricht die immer Ihren Bedürfnissen oder gibt es auch Situationen, in denen das nicht so ist?“

B: „Nee, kann ich nicht sagen.“

I: „Also, dass vielleicht öfter jemand da sein sollte?“

B: „Nee, momentan kann ich mich nicht beklagen, bin ich zufrieden.“

(...)

B: „[Ich bin] wirklich sehr dankbar, (...) natürlich kann ich auch verstehen, die sind ja auch nicht immer so gelaunt und können auch nicht, aber die reißen sich zusammen und egal ob das früh oder spät, immer kommen die zu mir.“

Die im folgenden Interviewausschnitt befragte Pflegebedürftige wird – gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten – von ihrer Tochter und einem ambulanten Dienst gepflegt. Die ambulante Pflegekraft beschreibt im Interview deutliche Mängel in der Pflege; sie beobachtet hygienische und pflegerische Vernachlässigung, verbale Aggressionen und Fixierungen des Lebensgefährten. Im Interview mit der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen lassen sich vage Andeutungen von möglichen Konflikten finden, die allerdings in keinem Verhältnis zu den von der ambulanten Pflegekraft geschilderten Problemen stehen. Sehr klar formuliert die Befragte allerdings die Unentrinnbarkeit, die Alternativlosigkeit der Situation. Es muss gehen, weil es keine Alternative für den Fall gibt, dass es nicht geht:

I_05: (Pflegebedürftige, w, 82 J.)

I: „Wie würden Sie denn die Beziehung zu Ihrer Tochter, die Sie ja hauptsächlich pflegt, heute beschreiben? Wie gehen Sie miteinander um?“

B: „Ja, sie wird manchmal auch 'n bisschen nervös, weil se zu viel hat. Sie hat zu viel am Kopp, und dann ich noch dazu! Ach, dat geht. Sie macht's schon. Da kann ich nicht klagen.“

I: „Fühlen Sie sich durch die Pflege auch noch mal besonders mit ihr verbunden?“

B: „Ja, muss ich ja. Ich muss – ich bin ja angewiesen. Muss ich ja.“

(...)

I: „Und gibt's auch mal Verhaltensweisen, die Ihnen nicht so gefallen?“

B: „Na ja, da ist manchmal was (...), aber wir werden uns immer schon einig. (...) Muss man. Muss man. Ne? Erst mal, weil man nicht kann. Man muss!“

(...)

B: Man ist ja nicht mehr so wählerisch. [bezogen auf das Essen, das ihre Tochter für sie kocht] Ja, mitjemacht hab ich schon viel im Kriege. Verschüttet – und das Ganze. Und [Stadt X] waren ja die ersten Angriffe. Und dann die ganze Zeit! Das war ja nur Bunker und dann rauf und Bunker. Ne?“²⁴¹

In diesem wie auch in einigen anderen Interviews wird deutlich, dass Pflegebedürftige Vergleichsmaßstäbe für ihre jetzige Lebenssituation und -zufriedenheit wählen, die zu einem insgesamt positiven oder jedenfalls nicht klar negativen Urteil führen. Interpretationsfolie der erlebten häuslichen Pflege ist dann nicht die Lebenssituation vor der Pflegebedürftigkeit, sondern eine denkbar schlechtere Situation, wie beispielsweise die Pflege in einem Pflegeheim oder in hohem Maße schwierige oder belastende Lebensabschnitte, wie etwa Bombennächte des Zweiten Weltkriegs.

I_71 (Pflegebedürftiger, m, 62): „(...) Wenn Sie im Heim sind, geht’s – weil man sieht ja im Fernsehen so einige Sendungen, gucke ich mir ja auch immer an – also zu Hause ist es zehnmal besser. Ich finde auch, die ganze Betreuung ist anders dann. Sie können Wünsche äußern, die sie bei fremden Leuten nicht machen würden. Nicht, deswegen also, da wird schon gesehen, kann ich mich nicht beklagen. Ja, ich hab keinen Grund mich zu beklagen.“

Vergleicht man die Anzahl der Berichte aus Opfersicht und die Anzahl der in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1 dargestellten Berichte aus Akteurperspektive (d. h. aus Sicht der pflegenden Angehörigen), so fällt auf, dass in vielen Fällen die pflegenden Angehörigen eigenes Handeln problematisieren, die Pflegebedürftigen selbst aber nicht. Vieles spricht nun dafür, dass die geringe Zahl der Opferberichte nicht in erster Linie als gezieltes – vielleicht von Angst und Sorge genährtes – Verheimlichen negativer Erfahrungen interpretiert werden sollte, sondern tatsächlich eine unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung der erlebten Situationen reflektiert. Sie deutet aufseiten der pflegenden Angehörigen auf eine große Sensibilität bzgl. der möglichen Gewaltförmigkeit eigenen Handelns und eine große Bereitschaft, eigenes Handeln zu hinterfragen, aufseiten der Pflegebedürftigen auf Strategien zur Bewältigung von möglicherweise problematischem Verhalten von pflegenden Angehörigen in ihrer durch Abhängigkeit geprägten Lebenssituation. Aus Sicht der Pflegebedürftigen erscheinen derartige Bewältigungsmodi funktional: Wenn keine Alternativen zur aktuellen Lebenssituation vorstellbar sind – weil denkbare Alternativen subjektiv eine Verschlechterung wären oder es keine Alternativen gibt – ist es sinnvoll, diese so, wie sie ist, zu akzeptieren und positiv zu deuten. Angesichts der geringen Handlungsspielräume und der weitreichenden Abhängigkeit von den Pflegenden kommen für die Pflegebedürftigen in erster Linie Akkommodationsstrategien zur Anwendung. Von den Befragten angewandte Bewältigungsstrategien sind mehr oder weniger bewusstes „Vergessen“ problematischer Situationen (s. Fallbeispiel 2), Abwärtsvergleiche²⁴², Hervorhebung der positiven Erfahrung und Toleranz dem Verhalten der Pflegenden gegenüber.

²⁴¹ Weitere Informationen zu diesem Fall vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.1.

²⁴² Zur Bedeutung von *downward comparisons* für das Wohlbefinden älterer Menschen vgl. Kohn (2003). Diese Arbeit hat soziale Abwärtsvergleiche zum Gegenstand (d.h. Vergleiche mit Personen, denen es schlechter geht), während im vorliegenden Interviewmaterial biografische *downward comparisons* (Vergleiche mit Lebensphasen, in denen es der jeweiligen Person schlechter ging) sowie Vergleiche der aktuellen Lage mit potenziell negativer bewerteten Situationen bzw. Konstellationen (z. B. einer Heimübersiedlung) sichtbar werden.

Es könnte also bereits eine Form der Bewältigung von problematischem Verhalten Pfleger sein, dieses Verhalten nicht als solches wahrzunehmen oder seinen Problemgehalt stark zu relativieren. Pflegebedürftige deuten zumeist Konflikte und problematisches Verhalten der Pflegenden allenfalls an. Denkbar ist zudem, dass eine nicht näher abschätzbare Anzahl von Pflegebedürftigen aus anderen Gründen gewaltsames Verhalten von Pflegenden nicht berichtete – aus Angst vor Vergeltung bzw. Entzug von Unterstützung, weil für sie die Offenbarung solcher Erlebnisse Dritten gegenüber nicht denkbar war oder weil sie – ein besonderes Problem von demenziell erkrankten und/oder nicht mehr äusserungsfähigen Pflegebedürftigen – gar nicht befragbar waren. Hier gilt es zudem zu bedenken, dass für die Interviewstudie die Pflegenden selbst den Kontakt zu den Pflegebedürftigen anbahnten und organisierten, dass also hier für die Pflegenden stets die Möglichkeit bestand, unliebsamen Äußerungen von Pflegebedürftigen vorzubeugen.

Sind also auch die befragbaren Pflegebedürftigen eine möglicherweise nur beschränkt aussagekräftige Quelle für Informationen über erlittene Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse? Die Befunde der vorliegenden Studie geben Anlass zu der Vermutung, dass *victim self-reports* selbst dort, wo dieses Instrument in Bezug auf die Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger angewandt werden kann, insbesondere hinsichtlich der quantitativen Dimension der Befunde mit großer Vorsicht zu interpretieren sind. Dies lässt die Forderung unberührt, die Perspektive der Opfer in der *Elder-Abuse*-Forschung so weit wie möglich einzubeziehen und denjenigen, die vielfach ungehört bleiben, wenigstens die Chance zu eröffnen, problematische Erfahrungen zu offenbaren. Notwendig ist ein in besonderem Maße umsichtiges und behutsames Vorgehen bei Anbahnung und Durchführung der Befragungen. Dem Problem der Transkription ist besonderes Augenmerk zu schenken, weil die Interviews häufig akustisch schwer verständlich sind und in den Interpretationen müssen o. g. Bewältigungsfunktionen berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

Bei der Bewertung und Interpretation der Interviewbefunde sind unter anderem folgende Aspekte zu bedenken:

- | Diejenigen Pflegebedürftigen, mit denen Interviews geführt werden können, stellen im Hinblick auf die den Pflegebedarf begründenden Krankheitsbilder eine positive Selektion dar, sind also – verglichen mit dem Gesamtspektrum Pflegebedürftiger – einerseits „berichts-fähiger“, andererseits mutmaßlich auch weniger vulnerabel.
- | Der Zugang zu den Pflegebedürftigen erfolgte in der vorliegenden Studie praktisch in allen Fällen über die pflegenden Angehörigen. Ihnen kommt hier somit eine ausgeprägte *gatekeeper*- und damit auch – im Hinblick auf die berichtbaren Erfahrungen – inhaltliche Selektionsfunktion zu.²⁴³ Sicherlich ist es sinnvoll, über Optionen eines direkteren Zugangs zu pflegebedürftigen Interviewpartnerinnen und -partnern in familialen Pflegesettings nachzudenken, doch dürften die tatsächlichen Optionen – insbesondere bei höhergradiger Pflegebedürftigkeit – hier begrenzt sein.

²⁴³ Zur Befragung vulnerabler Gruppen und zur Bedeutung von *gatekeepers* in der Befragungsforschung vgl. u. a. Collins (2004), Collins & Purdon (2004), Homan (1991; 2001), Mauthner, Birch, Jessop & Miller (2002), Stalker (1998).

- | In die Interviews fließen stets die Situationswahrnehmungen der Befragten ein, aber auch deren Interesse, die eigene Person, das soziale Umfeld und die erfragten Sachverhalte im Interview in einer bestimmten Weise zu präsentieren. Nichtberichten von Viktimisierungserfahrungen muss daher nicht gleichbedeutend sein mit Nichtwahrnehmung von Viktimisierungen durch die pflegebedürftige Person, sondern kann auch auf der – mehr oder minder bewusst und reflektiert getroffenen – Entscheidung beruhen, bestimmte Sachverhalte im Interview nicht zu verbalisieren.
- | Die – für die Pflegebeziehung konstitutive – besondere Abhängigkeit der pflegebedürftigen Person von der familialen Pflegeperson und die – objektiv wie subjektiv – vielfach geringe Verfügbarkeit akzeptabler Alternativen zu dem bestehenden Pflegearrangement können Situations- und Verhaltenswahrnehmungen sowie deren Präsentation im Interview prägen. Dabei ist keineswegs nur an die direkte Furcht vor Repressalien durch den pflegenden Angehörigen zu denken. Vielmehr legt eine Situation, in der eine Person keine oder nur geringe Veränderungsoptionen sieht, es nahe, Sachverhalte in einer Weise zu bewerten, die einen Verbleib in der jeweiligen Situation nachvollziehbar erscheinen lassen.
- | Die Interviews machen deutlich, dass Äußerungen Pflegebedürftiger mit besonderer Sensibilität zu interpretieren sind. Der in einer Reihe von Interviews geäußerte Satz „Ich kann mich nicht beklagen!“ ist – in noch stärkerem Maße als er dies in den meisten Alltagskommunikationen außerhalb des Kontexts von Pflege und Pflegebedürftigkeit wäre – deutungsbedürftig. Seine Bedeutungsvarianten reichen von „Insgesamt ist meine Situation in Ordnung“ über „Sie ist nicht in Ordnung, aber alle denkbaren Alternativen erscheinen mir noch weniger erstrebenswert“ bis hin zu „Ich bin vollständig auf meinen pflegenden Angehörigen angewiesen. Negative Äußerungen über meine Pflegesituation könnten anstatt zur Verbesserung zur Verschlechterung meiner Lage beitragen und gegebenenfalls gravierende Repressalien nach sich ziehen.“
- | Von älteren Pflegebedürftigen vorgenommene Einschätzungen und Bewertungen des Verhaltens Pflegenden ihnen gegenüber sind auch vor dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen und generationstypischer Einstellungen und Lebensstile zu sehen. Hörl (1998) beschreibt vor allem die Lebensstile der „sparsam-häuslichen bescheidenen Älteren“ und der „konservativ-(klein-)bürgerlichen Älteren“. Im vorliegenden Interviewmaterial finden sich Merkmale, die Hörl (1998, S. 75) als Charakteristika des „sparsam-häuslichen bescheidenen“ Stils beschreibt: „passiv und relativ isoliert“, „besondere Bereitschaft zu Entbehrungen“, „niedrige Erlebnisorientierung“, „kaum Streben nach persönlicher Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit, wohl aber nach Harmonie“. Ein solches Streben nach Harmonie und Konfliktvermeidung erhöht die Wahrscheinlichkeit sozial erwünschter Antworten bei Selbstberichten alter und pflegebedürftiger Menschen.²⁴⁴

244 Dies wird u. a. auch von Laga (1999) und Kelle & Niggemann (2002; 2004) hervorgehoben und kommt nach deren Einschätzung in besonders starkem Maße bei Verwendung vollstandardisierter Instrumente zum Tragen, bei deren Einsatz die Unnatürlichkeit der Kommunikationssituation – so überhaupt eine direkte Interaktion mit einer Interviewerin oder einem Interviewer stattfindet – besonders ausgeprägt ist.

I 5.4.6.3.4.2 Die Akteurperspektive

5.4.6.3.4.2.1 Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige

Anzahl und Spektrum der von pflegenden Angehörigen berichteten Viktimisierungen bzw. problematischen Verhaltensweisen

Die mit Abstand häufigsten Berichte über Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige bzw. – wenn der Gegenstandsbereich etwas weiter gefasst wird – über problematisches Verhalten Angehöriger gegenüber Pflegebedürftigen in den hier untersuchten familialen Pflegearrangements liegen aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen selbst – das heißt aus der Sicht der Akteure – vor. Werden nur jene Verhaltensweisen in den Blick genommen, die im Sinne der vorliegenden Studie als Viktimisierungen gewertet wurden – d. h. unter Ausschluss geringfügig problematischer Verhaltensweisen, insbesondere wenig gravierender Fälle verbaler Aggression – so berichten in 31,1% (n=28) der Settings pflegende Angehörige von eigenem einschlägigen Verhalten, wobei für einen Teil dieser Fälle auch Viktimisierungsberichte von ambulanten Pflegekräften oder Pflegebedürftigen vorliegen. Vergleicht man dies mit der Gesamtzahl der im untersuchten Sample berichteten Viktimisierungen durch pflegende Angehörige (n=35), so wird deutlich, dass in nur 7 Settings ausschließlich andere Akteure (ambulante Pflegekräfte und Pflegebedürftige) von derartigem Verhalten berichten. Im Hinblick auf die im vorliegenden Sample berichteten Viktimisierungen sind die pflegenden Angehörigen also vergleichsweise auskunftsbereit. Sie berichten insbesondere im Vergleich zu Pflegebedürftigen selbst, aber auch im Vergleich zu den befragten ambulanten Pflegekräften deutlich häufiger über gewaltförmiges Verhalten.²⁴⁵ Die vorliegenden Berichte beziehen sich besonders häufig auf Fälle der Pflege demenziell Erkrankter, die ohne Unterstützung durch ambulante Dienste geleistet werden – eine Konstellation, die grundsätzlich großes Belastungspotenzial aufgrund der demenziellen Erkrankung der Pflegebedürftigen birgt, zugleich aber keine Entlastung durch professionelle häusliche Pflege bietet.

Im Folgenden soll der Blick allerdings nicht nur auf Viktimisierungen im engeren Sinne, sondern auch auf „minder schweres“ problematisches Verhalten von Angehörigen gerichtet werden. Dabei geht es nicht darum, derartiges Verhalten zu skandalisieren, sondern Auslöser, Kontexte, Bedingungsfaktoren und Dynamiken problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger aus deren Sicht herauszuarbeiten, dabei die Heterogenität derartigen Verhaltens deutlich zu machen und die im Einzelfall lediglich graduellen Unterschiede zu gewaltförmigem Verhalten im Blick zu haben.²⁴⁶ Das im Folgenden beschriebene Verhalten wurde von den pflegenden Angehörigen meist selbst als problematisch beschrieben.

²⁴⁵ Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass in 34,4% der Settings (n=31) ohnehin nur familial Pflegende befragt wurden.

²⁴⁶ Als nicht viktimisierendes problematisches Verhalten wurden leichte verbale Aggressionen der pflegenden Angehörigen den Pflegebedürftigen gegenüber gewertet, z. B. beiderseitiges Lautwerden im Kontext gleichberechtigter Beziehungen, eher unbestimmtes Schimpfen und Fluchen bei großer pflegerischer Belastung. Schwierig ist diese Differenzierung, wenn eine grobe Ausdrucksweise dem familialen Kommunikationsstil entspricht. Bewusst verletzend verbale Äußerungen wie massive Beschimpfungen, Demütigungen, Verhöhnungen, auch in verletzender Weise infantilisierende Kommunikationsformen wurden als Gewalt gewertet. Ein Beispiel dafür, dass sehr ähnliche Verhaltensweisen Unterschiedliches meinen können, ist die häufig zitierte Aussage Pflegebedürftigen gegenüber: „Dann musst du eben ins Heim.“ Eine solche Aussage wurde als Bedrohung/Einschüchterung (und Viktimisierung) gewertet, wenn es dabei um die Einschüchterung des Pflegebedürftigen ging, d. h. die Drohung funktional eingesetzt wurde zum Erzwingen eines bestimmten Tuns oder Unterlassens. Sehr ähnliche Äußerungen können aus der Sicht der Sprecherin oder des Sprechers nicht als Drohungen gemeint sein, sondern antizipierte Konsequenzen aufzeigen („Wenn du dein Verhalten nicht änderst, dann kann ich deine Pflege nicht mehr bewältigen und du musst in ein Heim“, wie in einem Fallbeispiel eindrücklich geschildert; Interview I_70, vgl. Kapitel 5.4.6.3.3). Sie wurden nicht als Viktimisierungen gewertet; die Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig und bis zu einem gewissen Grad auch willkürlich sein.

In Tabelle 71 sind jene familialen Pflegearrangements, aus denen von pflegenden Angehörigen über eigenes problematisches Handeln berichtet wurde, danach aufgeschlüsselt, inwieweit dort Interviews mit anderen Akteuren – Pflegebedürftigen oder ambulanten Pflegekräften – geführt wurden und aus wie vielen Perspektiven jeweils Viktimisierungsberichte vorliegen. Für 43,3% (n=39) der untersuchten Settings berichten pflegende Angehörige von eigenem problematischem Verhalten Pflegebedürftigen gegenüber. Für zehn Settings liegen Berichte über problematisches Verhalten aus zwei Perspektiven (pflegende Angehörige plus Pflegekräfte bzw. pflegende Angehörige plus Pflegebedürftige) vor. In elf Fällen, für die Berichte über Viktimisierungen bzw. problematisches Verhalten aus Sicht pflegender Angehöriger vorliegen, schilderten andere befragte Akteure kein einschlägiges Verhalten der pflegenden Angehörigen.

Bei der folgenden Darstellung steht die Akteurperspektive im Vordergrund. Soweit in jenen Pflegearrangements, für die Selbstberichte pflegender Angehöriger über problematisches Verhalten vorliegen, auch ambulante Pflegekräfte über entsprechendes Verhalten Angehöriger berichten, werden diese Schilderungen im Sinne einer multiperspektivischen Darstellung einbezogen. Jene Fälle, für die nur oder primär aus Sicht von ambulanten Pflegekräften Viktimisierungen berichtet werden, werden hingegen im Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 vorgestellt.

Tab. 71: Qualitative Interviewstudie: Selbstberichte über problematisches Verhalten pflegender Angehöriger gegenüber Pflegebedürftigen nach Art und Zahl der Berichtsperspektiven (n=39 Pflegearrangements)

Befragte im häuslichen Pflegearrangement	Berichtetes Problemverhalten Gesamt	Davon: Berichtetes Problemverhalten nur aus Akteurperspektive	Berichtetes Problemverhalten aus zwei Perspektiven ²⁴⁷
Ambulante Pflegekraft und pflegende Angehörige befragt	13	6	7
Pflegende Angehörige und Pflegebedürftige befragt	6	4	2
Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige und ambulante Pflegekraft befragt	2	1	1
Nur pflegende Angehörige befragt	18	18	–
Gesamt	39	29	10

Im vorliegenden Sample werden sehr unterschiedliche Formen gewaltförmigen und problematischen Verhaltens berichtet. Überwiegend handelt es sich um Vorfälle verbal-aggressiven, zuweilen auch physisch gewaltförmigen Verhaltens, deren Schweregrad den Berichten zufolge als eher gering einzuschätzen ist und die nicht systematisch, sondern situationsgebunden und selten auftreten, ferner um Fälle freiheitseinschränkenden Verhaltens sowie um psychosoziale Vernachlässigung Pflegebedürftiger. In einigen Interviews werden allerdings auch gravierende Vorfälle physischer Gewalt und pflegerischer Vernachlässigung berichtet, wobei hier zum Teil die dazu aus Beobachterperspektive vorliegenden Schilderungen drastischer sind. Eine besondere Fallgruppe sind jene Pflegesettings, in denen die Ausübung (überlebens-)notwendiger pflegerischer Handlungen dem expliziten Willen der Pflegebedürftigen zuwiderläuft und die pflegenden Angehörigen den von ihnen selbst als gewaltförmig wahrgenommenen Charakter der zugleich als unverzichtbar erlebten Handlungen im Interview schildern.

²⁴⁷ In keinem der 15 Settings, in denen ambulante Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige befragt wurden, berichten alle Befragten über Viktimisierungen.

Zum Verhältnis von Belastungserleben pflegender Angehöriger und Auslösern gewaltförmigen bzw. problematischen Verhaltens

Wie bereits ausgeführt, finden sich in sehr vielen Interviews mit pflegenden Angehörigen ausführliche Berichte über eigenes Belastungserleben. Nur in einem Teil der Fälle, in denen solche Belastungen dargestellt werden, wird jedoch auch über Gewalt bzw. problematisches Verhalten berichtet. Wo pflegende Angehörige allerdings eigenes problematisches oder gewaltförmiges Verhalten schildern, führen sie es in der Regel auf durch die Pflegesituation bedingten Druck und Belastungen zurück und schildern konkrete Ereignisse, die ihr Verhalten auslösen.

Was die Befragten als pflegebedingte Belastung wahrnehmen, unterscheidet sich von Fall zu Fall und ist im Kapitel 5.4.6.2 systematisch dargestellt. Ebenso unterscheiden sich die von ihnen beschriebenen konkreten Auslöser problematischen Verhaltens. Soweit Pflegende über eigenes aggressives bzw. gewaltförmiges Verhalten berichten, charakterisieren sie dieses primär als Reaktion auf schwieriges Verhalten der pflegebedürftigen Person. Als solche Verhaltensweisen werden Aggressionen und Gewalt vonseiten der Pflegebedürftigen benannt, Non-Compliance und mangelnde Kooperation bei Pflegehandlungen, durch krankheitsbedingte Verhaltensweisen und Symptome wie Harn- und Stuhlinkontinenz, spezifische durch kognitive Einschränkungen geprägte Formen der Kommunikation, realitätsinadäquates Verhalten, wahnhaftige Verkennungen und entsprechende Verhaltensweisen, Desorientierung und Weglauftendenzen, Störungen im Schlaf-wach-Rhythmus und selbst- wie fremdgefährdendes Verhalten.²⁴⁸

Im Überblick der untersuchten Settings wird deutlich, dass solche problematischen Ereignisse und Verhaltensweisen in einem großen Teil der Fälle vorkommen, aber bei Weitem nicht immer zu problematischem Verhalten pflegender Angehöriger führen. Ob und in welchem Maße Verhalten Pflegebedürftiger als gewalt- und aggressionsinduzierend erlebt wird, hängt somit nicht nur von den Ereignissen selbst ab, sondern auch von weiteren Belastungsfaktoren, die in den Interviews zumeist nicht als Auslöser und Anlässe problematischen Verhaltens benannt werden, jedoch bei der Beschreibung der Pflegesituationen und des Kontextes in der Regel ausführlich zur Sprache kommen.

In hohem Maße relevante Belastungsfaktoren sind hier die Qualität der Vorbeziehung und die aktuelle Beziehungsqualität. Beide bestimmen die emotionalen Grundlagen von Pflege, sind wichtig im Hinblick auf das Maß an beiderseitiger Kooperationsbereitschaft und den emotionalen Gewinn, den Pflegende aus ihrer Tätigkeit ziehen können, und beide bieten pflegenden Angehörigen eine Folie, vor der das als problematisch empfundene Verhalten der Pflegebedürftigen interpretiert und bewertet werden kann. Ebenfalls maßgeblich ist, ob – vor dem Hintergrund des Wissens über vorliegende Krankheiten der Pflegebedürftigen und der bisherigen Erfahrungen mit dem Pflegebedürftigen in der Beziehung – derartiges Verhalten als krankheitsbedingt attribuiert werden kann und ob Pflegende Wissen über adäquate Formen des Umgangs mit problematischem Verhalten haben und anwenden können. Weiter ist relevant, ob Alternativen zur aktuellen Lebens- und Pflegesituation denkbar erscheinen (primär vor dem

²⁴⁸ Dieser Befund deckt sich zu weiten Teilen mit dem, was in zahlreichen Studien – dort allerdings ganz überwiegend auf stationäre Kontexte bezogen – als „challenging behaviour“ bzw. „disruptive behaviour“ Pflegebedürftiger bezeichnet wird; vgl. z. B. Allen-Burge, Stevens & Burgio (1999), Baldwin (1998), Borson, Reichman, Coyne, Rovner & Sakaue (2000), Harborne (1996), Lantz, Buchalter & McBee (1997), Miller (1994), Moniz-Cook, Woods & Gardiner (2000), Ooi, Morris, Brandeis, Hossain & Lipsitz (1999), Spector & Jackson (1994), Whall, Gillis, Yankou, Booth & Beel-Bates (1992).

Hintergrund ökonomischer Rahmenbedingungen und des Grades an Selbstverpflichtung zur häuslichen Pflege), und schließlich spielt eine entscheidende Rolle, ob und in welchem Maße der oder die pflegende Angehörige über Ressourcen und Strategien zur Bewältigung der pflegebedingten Herausforderungen verfügt. Hier sind personenbezogene, soziale und finanzielle Ressourcen relevant. So kann eine Rolle spielen, ob externe professionelle bzw. familiäre Unterstützung geleistet wird, ob die Pflege von Konflikten mit anderen Familienmitgliedern begleitet ist, inwieweit Pflegende sozial eingebunden sind, in welchem Maße sie eigene pflegeunabhängige Interessen und Aktivitäten verfolgen können und inwieweit sie zu häuslicher Dauerpräsenz gezwungen sind. Schließlich hängen die Bewältigungsmöglichkeiten in hohem Maße davon ab, ob und in welchem Maße Pflegende selbst körperlich und/oder psychisch eingeschränkt sind, ob sie unter finanziell prekären Bedingungen leben und von der Pflege und den Pflegebedürftigen abhängig sind, ob sie neben der Pflege weitere bedeutsame Belastungen bewältigen müssen (Erwerbstätigkeit, Kindererziehung, andere Unterstützungsaufgaben) und welche emotionalen und kognitiven Bewältigungsstrategien sie einsetzen. Bezüglich der meisten untersuchten familialen Pflegearrangements werden multiple belastende Faktoren berichtet, ohne dass sich aus diesem Umstand bereits eine besondere Gefahrenlage im Hinblick auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger ableiten ließe. Für einige Fälle lässt sich allerdings recht eindrücklich nachvollziehen, dass die Kumulation derartiger Faktoren im unmittelbaren Zusammenhang mit problematischem Verhalten von pflegenden Angehörigen steht. In anderen Fällen reichen einzelne Faktoren für einen problematischen Umgang mit kritischen Ereignissen.²⁴⁹

Als maßgeblich in Fällen von Viktimisierung erweist sich immer wieder die Qualität der Vorbeziehung. Kommt es zu Viktimisierungen, hat dies oft mit einer negativen Vorbeziehung zu tun. Zugleich führt eine schlechte Vorbeziehung nicht per se zu Viktimisierungen. Unmittelbar nachvollziehbar ist, dass es für pflegende Angehörige vor dem Hintergrund einer primär als negativ erlebten prämorbidem Beziehung (geprägt durch als problematisch erlebte Verhaltensweisen der jetzt pflegebedürftigen Person) im Vergleich zu solchen mit eindeutig positiven prämorbidem Beziehungen näher liegt, problematisches Verhalten einer pflegebedürftigen Person in der Kontinuität ihres Verhaltens vor der Erkrankung zu sehen. Einer Reihe von Berichten von pflegenden Angehörigen über eigenes gewaltförmiges bzw. problematisches Verhalten ist zu entnehmen, dass dieses zentral damit zusammenhängt, dass sie problematisches Verhalten der Pflegebedürftigen eben nicht oder nicht nur als krankheitsbedingt deuten oder sich diesbezüglich nicht sicher sein können. Das vorliegende Material zeigt eindrücklich, dass die Bandbreite von als potenziell intentional interpretierbarem Verhalten sehr groß ist. Bei Vorliegen einer entsprechenden Interpretationsfolie kann auch die Nichtkooperation von Schwerstpflegebedürftigen als intentional gedeutet werden und zum Anlass für verbale Aggressionen, Strafen oder Erziehungshandeln werden. Entsprechende Berichte liegen für eine größere Zahl von Fällen problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger im Kontext von Stuhl- und Harninkontinenz vor. Zentral erscheint also, inwieweit pflegende Angehörige das problematische Verhalten der Pflegebedürftigen als intentional erleben, auf sich beziehen und sich dadurch persönlich angegriffen fühlen. Haben die pflegenden Angehörigen

249 Die in der Forschung herausgearbeiteten Risikofaktoren von Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen durch familial Pflegende (ein gemeinsamer Haushalt von pflegebedürftiger und pflegender Person, aggressives und gewaltförmiges Verhalten des Pflegebedürftigen, das Vorliegen von demenziellen Erkrankungen, Suchtmittelabhängigkeit, psychische Störungen und Erkrankungen sowie kognitive Beeinträchtigungen der familialen Pflegeperson, soziale Isolation und Qualität der Vorbeziehung) decken sich weitgehend mit den hier genannten Belastungsfaktoren. Sie sind in Kapitel 2.4 dargestellt.

den Eindruck, der oder die Pflegebedürftige erschwere bewusst die ohnehin als belastend wahrgenommene Pflegetätigkeit, so können ganz erhebliche Aggressionen entstehen.

Für jene Fälle, in denen Viktimisierungen bzw. problematisches Verhalten von den Befragten als tendenziell belastungsinduziert beschrieben werden – und dies trifft für die ganz überwiegende Zahl von Fällen aus den untersuchten häuslichen Arrangements zu – bietet sich ein Denkmodell an, welches sowohl die situativen Auslöser problematischen Handelns in den Blick nimmt als auch die beschriebenen belastungsverstärkenden Faktoren. Demnach spielen die Auslöser eine zentrale Rolle bei der Entstehung von problematischem Verhalten, allerdings ist der individuelle Umgang mit diesen auslösenden Momenten abhängig von den beschriebenen Belastungsfaktoren.

Die folgende Darstellung des Fallaufkommens greift diese Perspektive auf und orientiert sich zunächst an den von den Befragten geschilderten gewaltauslösenden Situationen. In den Einzelfallberichten werden dann Kontextmerkmale des jeweiligen familialen Pflegearrangements in den Blick genommen und die verschiedenen Belastungsfaktoren dargestellt. Dabei wird offensichtlich, dass viele der Pflegekonstellationen, in denen pflegende Angehörige über problematisches Verhalten berichten, gerade von einer Vielzahl solcher Belastungsfaktoren geprägt sind. Die Differenzierung nach auslösenden kritischen Ereignissen bleibt in jenen Fällen notwendig unscharf, in denen mehrere durch unterschiedliche Ereignisse ausgelöste Vorfälle problematischen Verhaltens berichtet werden.

Nicht immer allerdings lassen sich konkrete Auslöser für problematisches Handeln ausmachen. Das mag zum einen daran liegen, dass der situative Auslöser im Interviewmaterial nicht erkennbar wurde.²⁵⁰ Zum anderen ist dies darin begründet, dass hier von konkreten kritischen Ereignissen unabhängiges problematisches Verhalten oder das Unterlassen von Handeln durch pflegende Angehörige zutage tritt. In diesen Fällen kommt dem Beziehungshintergrund eine maßgebliche, ereignisübergreifende Bedeutung zu.

Grundsätzlich gilt es dabei stets zu berücksichtigen, dass die vorliegenden Informationen zu problematischem Verhalten pflegender Angehöriger weitestgehend durch Verarbeitungsprozesse und Selbstpräsentationsbestrebungen der interviewten Angehörigen gefiltert sind. Daher sind Effekte von –bewussten oder unbewussten – Entschuldigungs- und Rechtfertigungsstrategien in Rechnung zu stellen. An dieser Stelle sei betont, dass die hier gewählte Differenzierung nach Auslösern problematischen Verhaltens tatsächlich nur in solchen Fällen sinnvoll ist, in denen keine verfestigten Gewaltstrukturen und keine situationsübergreifende Schädigungsabsicht ursächlich für problematisches Verhalten von pflegenden Angehörigen sind. Die vorgeschlagene Differenzierung reflektiert nur jenes Fallspektrum, über welches pflegende Angehörige in den Interviews selbst berichten, ist also für eine übergeordnete Differenzierung nur zum Teil verwendbar.

²⁵⁰ Dies kann damit zusammenhängen, dass sich Interviewpartnerinnen und Interviewpartner an die Auslöser nicht erinnern oder darüber nicht berichten wollen, dass sie ihnen als solche gar nicht bewusst sind und daher nicht berichtet wurden, dass bei der Interviewführung nicht vertiefend nachgefragt wurde oder dass möglicherweise eher subtile Hinweise auf Auslöser bei der Analyse des Materials nicht als solche dechiffriert wurden.

Aggressionen und Gewalt durch Pflegebedürftige als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger

Wie in Kapitel 5.4.6.3.3 dargestellt, werden in vielen der untersuchten Settings pflegende Angehörige Opfer von gewaltförmigem Verhalten Pflegebedürftiger. In einer Reihe dieser Fälle sind solche Verhaltensweisen wiederum Anlass zu und Auslöser von problematischem bzw. gewaltförmigem Verhalten Pflegender. Dabei gibt es Konstellationen, in denen pflegende Angehörige ihr Verhalten als notwendig zum eigenen Schutz und zur Beendigung der Gewalt des Pflegebedürftigen beschreiben. In anderen Fällen fühlen sie sich durch Verhalten der Pflegebedürftigen so provoziert und in die Enge getrieben, dass sie selbst in problematischer Weise reagieren – aggressiv werden und/oder die Pflegebedürftigen für ihre vermeintlichen Angriffe bestrafen.

Im folgenden Fallbeispiel wird ein Vorfall geschildert, welchen die pflegende Angehörige als Notwehr charakterisiert. Dabei handelt es sich um einen ihren Berichten zufolge einmaligen Vorfall aggressiven Verhaltens in der Pflegebeziehung. Ebenfalls berichtet die Angehörige, dass die Körperpflege häufig unter Anwendung von körperlichem Zwang stattfinden müsse. Physische Gewalt durch den Pflegebedürftigen steht hier im Kontext der Abwehr von Pflegehandlungen.

I_80: Eine 77-jährige Frau pflegt seit 12 Jahren ihren an Alzheimer erkrankten 88-jährigen Ehemann. Sie wird täglich von ihrer Tochter sowie einmal wöchentlich von einem ambulanten Dienst, einer Tagespflegeeinrichtung und einem Laiendienst unterstützt. Die schon seit Jahren permanente Zuständigkeit für die Pflege ihres Mannes beschreibt die pflegende Ehefrau als sehr belastend. Zugleich habe sie die Krankheit auch als Chance begriffen, sich neue Kompetenzen zu erarbeiten – teils spezifisch pflege- bzw. krankheitsbezogene Kompetenzen, teils Kompetenzen für Tätigkeiten, für die vor der Pflegebedürftigkeit ihr Mann zuständig war. Das Pflegeverhältnis wird als liebevoll, zugleich quasi-professionell geschildert. Die Ehefrau präsentiert sich als Fachfrau für ihren Mann und beschreibt den eigenen sehr reflektierten Umgang mit krankheitsbedingten Angriffen ihres Mannes, die meist im Zusammenhang mit Compliance-Problemen auftreten. Nach wie vor komme es seinerseits zu Aggressionen und körperlicher Gewalt im Rahmen der Pflege. So habe sie im Jahr der Befragung bereits zwei neue Brillen gebraucht, weil ihr Mann die anderen Brillen kaputt gemacht habe, so z. B. als er nicht gewaschen werden wollte. In solchen Situationen halte sie ihn ganz fest an den Fußgelenken und drücke seine Füße auf den Boden, damit ihre Tochter ihn weiterwaschen könne. Sie schildert eine Situation, in der sie in Reaktion auf einen Angriff seinerseits ebenfalls physische Gewalt angewandt habe. Als sie ihm die Schuhe zumachen wollen, habe er „von oben“ auf sie „draufgehauen“. Da habe sie ihm dann „rechts und links“ eine runtergehauen und laut geschimpft, damit er aufhöre; dazu habe es aus ihrer Sicht keine Alternative gegeben. Aktuell komme so etwas aber nicht mehr vor, weil er inzwischen zu schwach dafür sei.

Eine andere Konstellation liegt dem folgenden Fallbeispiel zugrunde. Hier war nach Aussage der pflegenden Ehefrau massive verbale Gewalt des pflegebedürftigen Ehemannes Auslöser für eigene verbale und physische Gewalt. Das Eskalationspotenzial in dieser Pflegebeziehung war sehr hoch. Es kam zu Körperverletzungsdelikten, und die Pflegende schildert Situationen, in denen ihr selbst eine tödlich verlaufende Auseinandersetzung mit ihrem pflegebedürftigen Mann möglich erschien. Die Belastungen durch konkrete Pflegehandlungen und funktionelle Einschränkungen des Pflegebe-

dürftigen sind in diesem Setting – im Vergleich zu anderen untersuchten familialen Pflegearrangements – gering. Zentrale Belastungsfaktoren sind das – zumindest partiell mutmaßlich krankheitsbedingte – problematische Verhalten des Pflegebedürftigen und die negative Beziehungsvorgeschichte. Es handelt sich insgesamt um ein eindrückliches Beispiel dafür, wie risikoreich Pflege in Fällen sein kann, in denen pflegende Angehörige Verhalten der Pflegebedürftigen als schwerwiegenden Angriff auf die eigene Person erleben. Zugleich zeigt der Fall ein enormes Gewaltpotenzial für Fälle, in denen in solch schwierigen Pflegekonstellationen allein bzw. primär Schuld- und Verpflichtungsgefühle die Grundlage für Angehörigenpflege sind. Im Interview gibt es eine Reihe von Hinweisen darauf, dass ein verbal grober Umgangston in der Partnerschaft auch vor der Pflegesituation vorherrschte und dass entsprechendes Verhalten möglicherweise von beiden Seiten ausging. Angesichts der detaillierten Schilderungen der Gewaltsituationen und der diesbezüglichen Reflexionen durch die Ehefrau ist die folgende Falldarstellung recht umfangreich.

I_87: Eine 65-jährige Frau berichtet, dass sie bis vor kurzem ihren – inzwischen in ein Heim übersiedelten – 65-jährigen Ehemann zu Hause gepflegt habe. Der Pflegebedürftige sei nach einem Schlaganfall vor vier Jahren halbseitig gelähmt und persönlichkeitsverändert, habe Unterstützung beim Waschen, Anziehen und der Zubereitung der Mahlzeiten benötigt, sei aber nicht inkontinent gewesen und mit Rollstuhl und Stock innerhalb wie außerhalb der Wohnung mobil gewesen. Kurz vor dem Schlaganfall hatte die Frau ihrem Mann mitgeteilt, dass sie sich von ihm trennen wolle. Als Grund für die beabsichtigte Trennung gibt sie an, dass er sich etwa seit seinem 50. Lebensjahr verändert habe und sehr begriffsstutzig und aggressiv geworden sei.²⁵¹ Auf die Erklärung ihrer Trennungsabsichten habe er ihr gedroht: „Ich fackel’ dir die Bude ab!“, was sie allerdings nicht ernst genommen habe. Angst habe sie vor ihrem Mann nicht gehabt, zu physischer Gewalt sei es in der Ehe nie gekommen. Trotz der Trennungsabsicht habe sie sich verpflichtet gefühlt, die Pflege zu übernehmen: „Das Fatale dabei war ja, ich wollte mich von meinem Mann trennen und hatte ihm das gesagt. Und dann bekam der den Schlaganfall. Und dann pflegen sie mal einen Menschen, wo gar keine Liebe mehr da ist, sondern nur ’n Pflichtgefühl! Das ist ganz schön hart. Aber in der Situation konnte ich ihn ja nicht alleine lassen.“ Der Ehemann habe ihr die Schuld an seinem Schlaganfall gegeben. Ein Arzt habe ihr deutlich gemacht, dass sie sich auf eine sehr schwierige Pflege einstellen müsse und sie davor gewarnt, aber sie habe dennoch, wie sie sagt, aus „Schuldgefühl“ die Pflege übernommen.

Insbesondere beim Waschen/Baden habe es an Compliance gemangelt, er habe „immer nur gemeckert“. Seine Familie habe sie kaum unterstützt und die Einbindung professioneller Hilfe sei an seiner mangelnden Akzeptanz gescheitert. So habe er zu ihrer Idee, eine Helferin einzustellen, gesagt: „Wenn die hier hinkommt, der mache ich das Leben hier zur Hölle!“ Insgesamt sei nicht die körperliche Pflege schlimm gewesen, sondern seine Aggressivität. Diese sei, so wurde es ihr von Ärzten erklärt, eindeutig krankheitsbedingt. Antidepressiva, die er eine Weile zur Bekämpfung einer Depression bekam, hätten die Aggressionen noch verschärft und mussten schließlich abgesetzt werden.

Sie schildert die durch den Schlaganfall bedingte „Bösartigkeit“ des Mannes: „Der war so bö’s’ zu mir, dass ich den mit dem Rollstuhl ins Schlafzimmer gefahren hab. So. Und dann hab ich die Tür zugemacht wie so beim kleinen Kind, gell: ‚Wenn du dich wieder benimmst, hole ich dich wieder raus.‘ (...) Auf einmal habe ich nichts mehr gehört, da bekam ich dann

²⁵¹ Die Kombination kann Hinweis auf einen lange vor dem Schlaganfall (und vielleicht auch unabhängig davon) einsetzenden und nicht diagnostizierten Krankheitsprozess sein. Mögliche Ursachen wären hier frühe Multi-Infarkt-Demenz und Alkoholabusus.

Angst, habe ich so langsam die Tür aufgemacht, dann hat er zu mir gesagt: „So, ich werde dem Arzt sagen, du hast mich gegen die Wand geklatscht.“ Sie beschreibt ihn als beleidigend und anmaßend. Zugleich habe er versucht, sie völlig zu vereinnahmen, sich bedienen zu lassen, auch wenn es nicht nötig gewesen wäre. Auch sie sollte unter seinen Problemen leiden; er habe ihr einmal gesagt: „Solange es mir schlecht geht, geht's dir auch schlecht.“ Von den Mitarbeiterinnen im Heim höre sie jetzt, dass er auch da sehr böseartig und anmaßend sei.

In den vier Jahren der Pflege habe sie „immer die Faust in die Tasche gemacht“. Die Situation sei kaum erträglich gewesen, „man hat sich ja nur noch hier angekeift“, „der Ton war sehr rüde“ und die verbalen Aggressionen seien „unter der Gürtellinie“ gewesen. Er habe sie beschimpft und beleidigt. Zweimal habe sie ihn in dieser Zeit geschlagen: „Er hat mich wirklich so weit getrieben, zweimal habe ich ihm eine geklatscht.“ In einer weiteren Situation habe sie es gerade noch geschafft, ihren Bruder anzurufen und ihn um sofortige Hilfe zu bitten: „Wenn du jetzt nicht kommst, kommt der Staatsanwalt“, habe ich gesagt. „Dann habe ich ihn erstochen.“ In dieser Situation sei sie tatsächlich so weit gewesen, dass sie „eigentlich nur 'n Messer greifen wollte. Nur um endlich mal Ruhe zu haben, nix mehr zu hören.“ Der Bruder sei sofort gekommen, habe „mit ihm gebrüllt“ und ihren Mann „ins Bett getan“. Oft habe sie auch das Haus verlassen, um nicht gewalttätig zu werden. „Ich bin öfters aus dem Haus, nur um ihm nicht eine zu ballern.“ Es habe sie viel Kraft gekostet, nicht öfter zuzuschlagen. Es sei nicht möglich gewesen, sich mit ihm darüber auseinanderzusetzen – schon vor der Pflegebedürftigkeit seien konstruktive Auseinandersetzungen schwierig gewesen, danach unmöglich.

Sie schildert eine Situation, in der sie ihn geschlagen habe, nachdem er sie zuvor bezichtigt habe, eine Mörderin zu sein: „Einmal kam ich sogar nach Hause und dann hat er zu mir gesagt: ‚Du bist die Vera Brühne. (...) Die hat auch ihren Mann umgebracht. (...) Den Schlaganfall – den (...) schiebt er mir ja in die Schuhe. (...) So und dann habe ich gesagt: ‚Wenn du jetzt nicht den Mund hältst‘, habe ich gesagt ‚dann gebe ich dir gleich Vera Brühne‘. ‚Du bist eine Mörderin‘, hat er zu mir gesagt. So. Und da bin ich aufgesprungen. Und da habe ich gesagt: ‚So, und jetzt hast du deine Mörderin‘, da habe ich ihm eine gegen den Kopf gehauen.“ Danach habe sie Gewissensbisse gehabt und geweint, sie habe ihr Verhalten als „menschenunwürdig“ empfunden.

Die Verantwortung für ihre eigene Gewalttätigkeit sieht sie bei ihm: „So weit lässt er das kommen.“ Unmittelbar nach dem Schlag habe er nach seinem Stock gegriffen. „Und dann habe ich gesagt: ‚Warne dich, warne dich‘, habe ich gesagt, ‚dann ist für dich Ende‘, habe ich gesagt, ‚Ich schlag dich tot‘.“ In der zweiten Situation physischer Gewaltanwendung durch die Interviewpartnerin habe ihr Mann sie während einer Autofahrt ununterbrochen beleidigt und verhöhnt, bis sie ihn auf den Mund geschlagen habe: „Ich hab' dem während dem Autofahren – er hat den Mund nicht gehalten, hat mich immer wieder beleidigt, und dann habe ich ausgeholt und hab dem – klatsch – hab' ich dem eine auf den Mund gegeben. Und gleichzeitig flossen mir direkt wieder die Tränen, gell.“

Sie schildert ihr Erschrecken darüber, wie sie sich in der Beziehung veränderte („das war ja nicht ich“), „selbst böseartig“ wurde und sich durch die eigene Gewalttätigkeit selbst erniedrigte: „Hab' mich erschreckt, (...) wie groß der Hass sein kann. Das hatte ich ja noch nie gespürt, (...) heute habe ich Verständnis sogar für Menschen, die (...) dann durchdrehen, (...) Ich würde nie jemanden verurteilen, weil ich es jetzt selber gespürt hab. Man kommt sich so erniedrigt nachher vor.“ Die Ehefrau ist sich des Eskalationspotenzials von Gewalt sehr bewusst: „Ich wär' bestimmt, irgendwann wäre ich im Gefängnis gelandet, ich glaube es schon. Weil irgendwas hakt dann irgendwann aus, ne, wenn Sie schon mal diesen Schritt

getan haben und das steigert sich ja noch mehr und da hatte ich Angst davor.“ Und obwohl sie gewusst habe, dass ihr Mann krankheitsbedingt so verändert war, habe sie doch das Gefühl gehabt, sich wehren zu müssen. An anderer Stelle schildert sie sehr anschaulich, wie sie sich – inhaltlich ganz unabhängig von der Pflege ihres Mannes – in einer Konfliktsituation gegen Nachbarinnen und Nachbarn zur Wehr setzte. Dabei wird deutlich, dass sie selbst zumindest gelegentlich einen sehr rüden Umgangston haben und andere vehement bedrohen kann.

Aufgrund ihrer Krebserkrankung, die sie wiederum als Folge der Pflege deutet, und auf Drängen ihrer Familie habe sie schließlich die Pflege beendet und einem Umzug des Mannes ins Heim zugestimmt. Im Interview berichtet die Ehefrau vereinzelt auch von Erfahrungen emotionaler Nähe zu ihrem Mann. So habe er z. B. positiv auf seine Heimübersiedlung reagiert „und hat gesagt, ja, damit ich wieder gesund werde, dafür täte er es.“

Im Pflegesetting wird die Schwierigkeit der Frau deutlich, das Verhalten des Ehemannes zu deuten. Obwohl sie weiß, dass die Wesensveränderungen und die Verminderung geistiger und sozialer Fähigkeiten des Mannes krankheitsbedingt sind, bezeichnet sie seine Aggressionen als Bösartigkeit und deutet sie als intentional. Es ist auffällig, dass sie zwar über ihre eigenen Aggressionen und Gewalthandlungen erschrocken ist, weil sie diese als „unwürdig“ empfindet, zugleich aber keine Schuldgefühle schildert. Vielmehr führt sie ihre Aggressionen auf sein Verhalten zurück und schreibt ihm auch die Verantwortung hierfür zu („so weit hat er mich gebracht“). Die befragte Ehefrau nimmt ihren Mann als im Vergleich zur prämorbidem Beziehung tendenziell unveränderten Interaktionspartner wahr. Weil er kognitiv nicht wesentlich eingeschränkt erscheint, fällt es ihr schwer, sein Verhalten als krankheitsbedingt zu deuten; diesbezüglich mag ebenfalls eine Rolle spielen, dass es in der Beziehung bereits vor der Pflegebedürftigkeit massive verbale Gewalt seinerseits gab (vgl. die Brandstiftungsdrohung). Sie nimmt ihn in seinen Angriffen ernst und fühlt sich davon persönlich gemeint. Eine Distanzierung von der einstigen Beziehung und dem Pflegebedürftigen gelingt der befragten Ehefrau nicht, erst gravierende eigene körperliche Einschränkungen führten dazu, das untragbare Pflegearrangement zu beenden. Offen bleibt, warum die Ehefrau die Pflegebeziehung so lange aufrechterhalten hat. Inwiefern es in der prämorbidem Beziehung auch zu gegenseitiger Gewalt gekommen ist, kann vor dem Hintergrund der berichteten Perspektive nicht ausgemacht werden.

Verbale Aggressionen der Pflegebedürftigen sind im folgenden Fallbeispiel die Auslöser verbal aggressiven Verhaltens der pflegenden Tochter gegenüber ihrer hochaltrigen Mutter. Eingebettet ist dieses in eine wenig liebevolle Pflegebeziehung, die wiederum vor dem Hintergrund einer lebenslangen Dominanz der Mutter zu sehen ist und geprägt wird durch Vorwürfe der Mutter und Versuche der Tochter, Liebe und Anerkennung durch die Mutter zu erlangen. Trotz Reflexion der Mechanismen von Vorwürfen und Schuldgefühlen kann sich die Tochter nicht aus der verhärteten Mutter-Tochter-Beziehung lösen, richtet ihr Leben an der Mutter aus und stellt alle eigenen Bedürfnisse zurück. Dabei berichtet sie eine Zunahme eigener verbaler Reaktionen in der letzten Zeit.

I_26: Das Verhältnis zwischen der pflegenden 67-jährigen Tochter und ihrer 94-jährigen Mutter sei bereits vor der Pflegeübernahme schwierig gewesen, da die Mutter nach Aussage der Tochter „unheimlich gern Betroffenheit und Schuldgefühle“ wecke. Vor elf Jahren habe die Tochter begonnen, ihre Mutter im hauswirtschaftlichen Bereich zu unterstützen,

seitdem sei der Zustand der Mutter immer schlechter geworden und mittlerweile sei sie seit einem halben Jahr bettlägerig. Die problematischen Verhaltensweisen der Mutter hätten sich durch die Pflegebedürftigkeit verstärkt. Sie sei immer unzufrieden, lasse ihre Frustration an der Tochter aus und äußere nie Wünsche, sondern nur Vorwürfe. Die verbal aggressiven Angriffe ihrer Mutter („Verdammtes Biest“, „Alte Hexe“) habe die Tochter früher eingesteckt, doch sei sie durch den Tod ihres Mannes und die fehlende Abwechslung durch den Beruf „dünnhäutiger“ und nervöser geworden und reagiere nun selbst aggressiv. „Heute habe ich nicht mehr die Nerven und blubbere auch los.“ Sie reagiere jedoch nur auf das Verhalten ihrer Mutter, die Streitigkeiten gingen nie von ihr aus. Die Mutter glaube der pflegenden Tochter kein Wort und bezichtige sie häufig der Lüge. Die Tochter könne in solchen Situationen ausrasten und habe sich „da selbst nicht mehr in der Hand“. Obwohl die Tochter die Beziehung zu ihrer Mutter als „brisant“ beschreibe, könnte sie ihr physisch niemals etwas antun. Die Tochter beschreibe sich als durch die Pflege „immens“ belastet. Sie habe keine Freizeit und keine Abwechslung mehr, wenn sie Besuch bekomme oder mit dem Hund rausgehe, mache ihre Mutter „Terror“. Sie leide an der fehlenden Dankbarkeit ihrer Mutter; die Ratschläge von Freunden, die Mutter in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu geben, um Urlaub machen zu können, setze sie nicht um, „weil ich Angst habe, weil ich ein Feigling bin (...), weil ich weiß, was (...) das auslösen würde“. Sie stehe die Vorwürfe ihrer Mutter nicht durch und gebe nach, „damit sie ruhig ist, damit sie zufrieden ist.“ Die Tochter merke an, sie habe keine Liebe mehr. Auch nach Ansicht der ambulanten Pflegekraft fehle es in der gesamten Pflegebeziehung an Wärme; es handele sich um einen „harten Mutter-Tochter-Konflikt“, wobei sie die Mutter als fordernd und vorwurfsvoll und die Tochter als warmherzige Frau charakterisiere, die permanent um die Anerkennung und Liebe ihrer Mutter kämpfe, diese jedoch nie erreiche. Vom verbal aggressiven Verhalten der Tochter weiß die ambulante Pflegekraft durch diesbezügliche Berichte der Tochter.“²⁵²

Mangelnde Kooperation und Abwehr von Pflegehandlungen durch Pflegebedürftige als Auslöser von problematischem Verhalten pflegender Angehöriger

Viele pflegende Angehörige müssen damit umgehen, dass sich Pflegebedürftige gegen Pflegehandlungen wehren. Im besonderen Maße tritt eine solche Abwehr bei demenziell Erkrankten auf. Ähnlich wie in den Kapiteln 5.4.6.3.4.2.2 und teils 5.4.6.3.4.1 für ambulante Pflegekräfte beschrieben – allerdings aufgrund der höheren Kontaktfrequenz und längeren Kontaktdauer mutmaßlich weitaus häufiger –, sehen sich auch pflegende Angehörige in der Situation, die Durchführung pflegerischer Handlungen erzwingen zu müssen.

Im folgenden Fallbeispiel wendet die pflegende Angehörige regelmäßig Zwang bei der Körperpflege an; die aus ihrer Sicht notwendige wöchentliche Haarwäsche sei nur unter Anwendung physischen Zwangs möglich. Unter Verweis auf diese vermeintliche Notwendigkeit blendet sie bewusst Reflexionen über mögliche Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen aus und verweist auf die Alternativlosigkeit ihres Handelns. Höhnisch anmutende Kommentare („sie brüllt so schön“) und berichtete verbale Aggressionen gegenüber der Mutter deuten darauf hin, dass für die Tochter die Gegenwehr ihrer Mutter und der Zwang zur Körperpflege emotional schwierig sind und sie keine Distanz dazu entwickeln kann. Ihr verbal aggressives Verhalten entschuldigt die Tochter damit, dass ihre Mutter früher ebenfalls solches Verhalten an den Tag gelegt habe.

²⁵² Der Fall ist im Kapitel 5.4.6.4.2.2 unter Interventionsaspekten dargestellt.

I_79: Die Pflege einer 92-jährigen aufgrund einer Demenzerkrankung und eines Narkosefehlers pflegebedürftigen Frau leistet ihre 70-jährige Tochter. Die pflegebedürftige Mutter sei zunehmend dement; sie könne sich nichts mehr merken, sei desorientiert, suche nach bereits verstorbenen Personen und spreche mit ihnen. Die Übernahme der Pflege sei vor dem Hintergrund familialer Solidarität und der Unterstützung, die ihre Mutter ihr früher habe zukommen lassen, eine Selbstverständlichkeit gewesen. Allerdings empfindet die Tochter die Pflege ihrer Mutter als zunehmend belastend. Die Einbeziehung eines ambulanten Dienstes komme aus finanziellen Gründen nicht infrage, zudem wolle sie keine „Fremden“ im Haus haben. Soziale und unterstützende Netze brächen langsam weg, allein einer ihrer Söhne unterstütze sie regelmäßig. Für die pflegende Angehörige hat die Pflege eine wesentliche identitäts- bzw. sinnstiftende Funktion. Konflikte gebe es in der Pflege primär um Fragen der Körperpflege. Die pflegebedürftige Mutter wolle nicht gewaschen werden. Besonders schlimm finde sie die Haarwäsche. „Und sie brüllt so schön, wenn ich Haare wasche. Jetzt muss ich wieder Haare waschen – sie mag kein Wasser! (...). Das ist immer 'ne Katastrophe. Schon beim Waschen, dann muss ich die Fenster zumachen. Habe ich mich jetzt dran gewöhnt, denn es gibt Sachen, wo ich mich gar nicht drüber aufregen darf, wo soll man da die Kräfte hernehmen? (...) Mach' ich ziemlich fix, rubbele ich sie ab, verarsche sie 'n bisschen und sag: ‚So, jetzt kannst du weiterbrüllen. War es das wert?‘“ Bei der wöchentlichen Haarwäsche, die sie für notwendig erachtet, berichtet sie, sie müsse „manchmal den Kopf bisschen runterdrücken, weil ich sonst nicht zum Zuge komme. Ja, dann muss ich eben. Und dann lass ich sie brüllen, und dann muss ich eben.“ Mit dem Dilemma, dass sie mit der erzwungenen Körperpflege den Willen ihrer Mutter bricht, wolle sie sich nicht auseinandersetzen. Die Körperpflege müsse sein, und deshalb werde sie durchgeführt, auch wenn die Mutter schreie und sich wehre. Auf das Baden verzichte sie aber, weil dies zu viel Widerstand ihrer Mutter hervorrufen würde. Danach befragt, wie sie es durchhalte, die Mutter immer gegen ihren Widerstand zu waschen, berichtet sie, dass sie einfach nicht darüber nachdenke und in ihrem Leben schon ganz andere Probleme gemeistert habe: „Ich halte das insofern durch, dass ich gar nicht denke. Ich denke: ‚Das muss, und je mehr du dich ranhältst – werde fertig: (...) Ich bin keinejenige, die nur rumläuft und heult. Das ist Kraftvergeudung. Das kann ich mir gar nicht erlauben. Ich hab Ihnen doch erzählt, was ich durchhab‘. Da werd' ich doch mein Mütterchen noch schaffen!“ In Situationen, in denen sie sich über ihre Mutter ärgere, komme es durchaus zu verbalen Aggressionen ihrerseits – ein Verhalten, das sie von ihrer Mutter früher auch umgekehrt gekannt habe. Ihr Hausarzt – der für sie offensichtlich eine wesentliche Quelle psychosozialer Unterstützung darstellt – bestärke sie in ihrem Verhalten.²⁵³

Auch im folgenden Fallbeispiel ist der Auslöser problematischen Verhaltens der pflegenden Angehörigen Non-Compliance bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung. Die pflegende Angehörige berichtet von eigenen verbalen Aggressionen als Reaktion auf Weigerungen der Mutter zu essen und zu trinken:

I_40: Die Konflikte zwischen einer 86-jährigen an Alzheimer erkrankten Mutter und ihrer 47-jährigen pflegenden Tochter lassen sich nach Ansicht der Tochter unmittelbar auf die Demenz der Mutter zurückführen. So habe die Pflegebedürftige ganz eigene Vorstellungen: Sie wolle mit einem jungen Mann ins Kino gehen und glaube, sie sei erst 30 Jahre alt. Die Tochter versuche nach eigener Aussage Tricks zu finden, um ihre Mutter von ihren Vorha-

²⁵³ Vgl. auch die Falldarstellung unter dem Aspekt der Intervention durch den Hausarzt im Kapitel 5.4.6.3.4.2.2.

ben abzubringen. Die Wahrheit habe „keinen Sinn“, denn es fehle die Einsicht. Die Pflegebedürftige sei selten kooperativ und widerspreche sehr häufig; so habe sie sich schon gewei- gert zu essen und zu trinken. Die pflegende Tochter werde daraufhin entweder lauter, um sich durchzusetzen oder verlasse den Raum, um die Situation zu entschärfen. Die Mutter reagiere darauf wiederum verbal aggressiv („Du bist ein vollkommen böser Mensch.“). Da die Mutter schwerhörig sei, sei der normale Umgangston ohnehin etwas lauter; trotzdem fühle sich die Pflegebedürftige teilweise angeschrien („Schrei mich nich so an.“).

Inkontinenz und mangelnde Kooperationsbereitschaft der Pflegebedürftigen bei der Inkontinenzversorgung als Auslöser von gewaltförmigem Verhalten und Aggressionen

Unmittelbare Symptome demenzieller Erkrankungen sind in einigen der hier dargestell- ten, aber auch in vielen anderen Fällen Auslöser von problematischem Verhalten der pflegenden Angehörigen. Häufig berichten pflegende Angehörige von eigenem verbal aggressiven Verhalten und in einzelnen Fällen auch von physischen Übergriffen ganz konkret im Kontext von Stuhl- oder Harninkontinenzversorgung. Damit verknüpfte Vor- fälle scheinen in besonderem Maße Viktimisierungsrisiken zu bergen, auffällig ist die große Zahl von Viktimisierungen, die sich in diesem Zusammenhang ereignen. Auslö- ser problematischen Verhaltens ist in einigen Fällen das Einkoten oder Einnässen selbst, häufiger aber der – als mehr oder weniger bewusst unterstellte – Umgang der Pflegebe- dürftigen mit diesem Defizit.²⁵⁴ Pflegende Angehörige sind insbesondere dann verärgert, wenn sie Unachtsamkeit oder vermeintliche Rücksichtnahme der Pflegebedürftigen als Ursache des Vorfalls vermuten (beispielsweise wenn diese nicht sagen, dass sie zur Toi- lette müssen) – wenn sie also davon ausgehen, dass die Vorfälle von den Pflegebedürfti- gen hätten verhindert werden können. Bekommen pflegende Angehörige den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen die Inkontinenzversorgung vorsätzlich erschweren, so kann dies vereinzelt gravierende Aggressionen zur Folge haben. Für die meisten Fälle liegen allerdings Berichte über leichte verbale Aggressionen vor, häufig sind auch Berichte über infantilisierende Ansprache und als erzieherisch- strafend deutbares Verhalten.²⁵⁵

Im folgenden Fall berichtet eine pflegende Ehefrau von einer derartigen Reaktion auf die Inkontinenz ihres Mannes. Ein weiterer Anlass für Ärger seien für sie häufige und aus ihrer Sicht unnötige Wünsche und Anweisungen ihres Mannes. Das Pflegearrangement wird von den Befragten als grundsätzlich positiv, wenngleich durch verschiedene Fakto- ren stark belastet beschrieben.

I_35: Die 75-jährige Frau eines 81-jährigen demenzerkrankten Mannes berichtet, dass sie sich ärgere, wenn ihr Mann schon nach kurzer Zeit wieder eine neue Windel brauche. Sie beschreibt ihre Reaktion: „Natürlich ärger‘ ick mich, wenn ick ihm die Windel jemacht habe und ‘ne Stunde später wieder (...) und dann sag ich ooch: ‚Warum jetzt schon wie- der!‘, is man verrückt zu sagen, ja, aber so spontan ... Ick sage: ‚Mensch, wie oft machst du?‘ oder so, (...) klar ärgert einen det, wenn man öfters muss, oder er ruft, oder er will trinken, oder er will dies, ja, das sind manchmal so Sachen, wo ick hab det Jefühl, dass er nur ‘nen Grund sucht, ja, oder die Türe soll weiter auf, oder da soll noch Licht brennen – so Sachen,

254 Ein Ergebnis der in Kapitel 5.5 vorgestellten Studie zu Viktimisierungen in stationären Pflegeeinrich- tungen ist, dass auch im stationären Bereich im Zusammenhang mit Stuhlinkontinenz der Bewohner/ Bewohnerinnen gehäuft Fälle schwerwiegender körperlicher Gewalt durch professionelle Pflegekräfte auftraten, wobei auch hier ein Zusammenhang zur Interpretation von Inkontinenz als steuerbares, gegen die Pflegekraft gerichtetes Bewohnerverhalten besteht (vgl. auch Görgen, 2001, 2003; 2004b; 2006).

255 Zu infantilisierenden Tendenzen im Umgang mit Pflegebedürftigen vgl. u. a. Balsis & Carpenter (2005), Gresham (1976), O’Connor & St. Pierre (2004), Salari (2006), Salari & Rich (2001).

die eigentlich unnötig sind. Und wenn man denn so kaputt is, (...) hat man vielleicht 'nen ärgerlichen Ton, das weiß ich jetzt nich'. Ein Mal habe sie ihm wegen wiederholter Inkontinenz spontan einen „kleenen Klaps“ auf den Po gegeben. „Ick hab ihn wohl mal, als wa (...) den einen Tag zum Klo jegangen [sind], weil er schon wieder die Windel voll hatte, und denn beim Gehen hab ick so 'n kleenen Klaps [gegeben], ick sag: ‚Mensch, du musst Popoklatsche kriegen, schon wieder die Windel voll.‘“ Auch sei sie in solchen Situationen „schon manchmal laut“ geworden, doch habe sie ihren Mann nie beschimpft oder beleidigt. Die pflegende Angehörige wie die ambulante Pflegekraft vermitteln das Bild einer in ein funktionierendes Unterstützungsnetzwerk eingebetteten positiven Pflegebeziehung, die zugleich durch zunehmende körperliche Einschränkungen der Ehefrau, ständige Anforderungen durch den Pflegebedürftigen und dessen Pessimismus und Depressionen stark belastet ist.

In vielen der untersuchten Pflegesettings und insbesondere bei demenziell veränderten Pflegebedürftigen entwickeln pflegende Angehörige infantilisierende Formen der Ansprache. Entspricht das Verhalten von Pflegebedürftigen nicht den Vorstellungen, Bitten, Hinweisen oder Anweisungen pflegender Angehöriger, so gehen sie mit diesen um wie mit Kindern, die „nicht hören“ wollen, nicht folgsam sind, nicht „brav“ sind. Die Hilflosigkeit der pflegenden Angehörigen angesichts ihrer begrenzten Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Verhalten der Pflegebedürftigen führt zu dem Impuls, erzieherisch Einfluss nehmen zu wollen, wobei die Pflegenden tadelnd, maßregelnd und zuweilen auch strafend agieren.²⁵⁶ Im folgenden Fallbeispiel wird eine problematische, weil infantilisierende Form der Ansprache im Kontext von Inkontinenz und Flüssigkeitsversorgung geschildert. Das Verhalten ist ansonsten eingebettet in eine liebevolle, wengleich für die Pflegende körperlich belastende Pflegebeziehung.

I_75: Die 66-jährige pflegende Ehefrau eines 80-jährigen an Parkinson und einer leichten Demenz erkrankten Mannes schildert – übereinstimmend mit der ambulanten Pflegekraft – eine positive Beziehung des Ehepaares. Die Pflege sei allerdings körperlich sehr belastend für sie und insbesondere die nächtlichen Pflegeanforderungen führten möglicherweise dazu, dass eine Pflegeheimübersiedlung trotz Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst unabwendbar werde – eine Option, die sie vehement ablehne. Sie ärgere sich eigentlich nur wenig, allein, dass sie nichts Essbares stehen lassen könne, weil ihr Mann alles sofort aufesse – dies vor dem Hintergrund, dass sie ihn aufgrund seines Gewichts schon jetzt kaum mehr heben könne. Sie bedauert außerdem, durch den pflegerechten Umbau der Wohnung weniger Platz zu haben; aber ernste andere Einschränkungen sieht sie nicht, da sie Hilfe erhalte, wenn sie das Haus verlassen möchte. Kritisch sei die Flüssigkeitsversorgung: „(...) dann achte ich drauf, dass er trinkt. Er soll viel trinken und trinkt nicht. Das ist immer 'n Kampf. Ne? Dann will er auch nicht, wenn ich dann sage: ‚Du musst mal trinken wieder.‘ Dann will er auch nicht“. Wenn ihr Mann vergesse zu trinken oder auf die Toilette zu gehen bzw. ihr nicht früh genug Bescheid sage, werde sie „auch mal 'n bisschen lauter, wenn's nicht klappt (...) Er sagt dann ‚Schrei mit mir nicht so rum‘ und ‚Du weißt doch, dass ich alles vergesse.‘ Ich sage ‚Du musst auch mal hören, wenn ich dir was sage!‘ „Na ja, is gut“. Das Lautwerden sei aber kein Schimpfen, sondern eher direktiv gemeint und um deutlich zu machen, was sie möchte. Der Mann sei nur selten unwillig, meist sei er genügsam und ruhig, „macht er kein Theater.“ Wenn er etwas nicht wolle, lasse sie ihn kurz in Ruhe, reagiere sich ab, lenke ihn ab und zumeist habe er dann seine Abwehr wieder vergessen. Beleidigungen und Schimpfen kommen auf beiden Seiten nicht vor.

²⁵⁶ Zum Konzept von Pflege als vielfach pädagogisch ausgerichtetem Handeln vergleiche vor allem die Arbeiten von Schützendorf (z. B. Schützendorf, 1994; 1997; Schützendorf & Wallrafen-Dreisow, 1991).

Eindrücklich zeigt das folgende Fallbeispiel, dass durch Pflegebedürftige ausgeübtes gewaltförmiges Verhalten nicht unbedingt problematisches Verhalten pflegender Angehöriger nach sich zieht. Trotz massiver Angriffe durch ihren Partner berichtet die pflegende Angehörige, nicht auf diese, sondern auf Probleme im Zusammenhang mit Inkontinenz und der Flüssigkeitsversorgung selbst verbal aggressiv reagiert zu haben. Sie schildert das Gefühl der eigenen Aggression als physische Erfahrung, gegen die sie sich nicht wehren können und beschreibt diese Erfahrung der Unkontrollierbarkeit des eigenen Verhaltens als beängstigend. Als besonders problematisch charakterisiert sie die solchen aggressiven Impulsen zugrunde liegende Mischung aus Wut und Verzweiflung. In einem der beiden geschilderten Vorfälle bleibt unklar, ob sich ihre Gefühle tatsächlich in problematischem Verhalten ihrem Mann gegenüber äußerten. Grundsätzlich ist das beschriebene Setting geprägt von intensiven Reflexions- und Lernprozessen der Pflegenden, in welchen sie den Umgang mit den Aggressionen ihres Mannes und ihren eigenen Gefühlen verändern konnte. Die pflegende Ehefrau stellt diesbezüglich die besondere Bedeutung eines Aufenthaltes in einer Spezialklinik heraus.

I_81: Im Interview mit der 65-jährigen pflegenden Ehefrau eines 67-jährigen Mannes, der seit 8 Jahren an einer fronto-temporalen Demenz erkrankt und seither pflege- und betreuungsbedürftig ist, nehmen die krankheitsbedingten verbalen und gelegentlich auch physischen Aggressionen seinerseits und ihr Umgang mit solchen Ereignissen einen großen Stellenwert ein. Trotz der im Vergleich zu anderen Interviews drastischen gewaltförmigen Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen erwähnt die pflegende Angehörige eigene aggressive Impulse nicht in diesem Zusammenhang, sondern im Zusammenhang mit Inkontinenz und Non-Compliance bei der Flüssigkeitsgabe. Sie beschreibt, dass sie manchmal selbst ungekannte Gefühle der Wut, Verzweiflung und Aggression erlebt und entsprechend verbal aggressiv reagiert habe. Eine Schlüsselsituation sei für sie gewesen, als sie ihn auf der Toilette angebrüllt habe, weil er neben das WC uriniert hatte. Sie schildert ihre Gefühle anschaulich: „Also wirklich Aggressionen, die von unten nach oben kommen, nicht, die also, ne, ruck, zuck, ne und ich brüll ihn an, ne, weil er, ich hab’ gedacht, das geht jetzt ins Klo, nicht, und nichts, der steht auf und dann geht’s los, ne. Und das macht einen dann plötzlich so wahnsinnig, dass man wirklich aggressiv wird, ne. Dann habe ich ihn angebrüllt, nicht.“ Sie beschreibt vor allem eine Mischung aus Wut und Verzweiflung als gefährlich. Inwieweit die beschriebenen Gefühle auch in gewalttätiges Handeln umgesetzt wurden, ist nicht immer ganz deutlich. „(...) wirklich die entscheidendste war die mit der Toilette. Und da gibt’s aber auch noch andere, wo er nicht mehr trinken wollte, nicht. Das Trinken ist so wichtig, und er hat einfach nicht mehr getrunken, wo ich dann am liebsten ihm dies also ... – wirklich so ’ne Wut gekriegt habe, dass ich am liebsten gedacht habe: ‚Ich schütte ihm jetzt das Wasser in den Mund rein’, ne, so. Also so, wirklich solche Gewaltakte, die dann, tja, die dann einfach plötzlich da sind. Also, wo man gar nicht so ..., ich konnte mich gar nicht dagegen wehren, ne. Und dann habe ich aber hinterher gemerkt, ich tue mir selber weh. Also ich war dann hinterher immer so erschüttert über mich, konnte es aber in dem Moment auch nicht steuern, nicht, weil einfach die Wut oder diese Verzweiflung so stark war. Ich hab’s ihm dann so versucht [einzufüllen], aber das klappt nicht, ne, weil er schluckt nicht und dann habe ich wieder gedacht, nachher verschluckt er sich und dann geht’s in die Lunge und, also es kommen dann auch Zweifel. Aber so diese Wut, die ich da, also wirklich diese Wut und auch gleichzeitig Verzweiflung, und das waren eigentlich so zwei Dinge, die ich auch auseinander gelernt hab zu teilen (...). Und dieses Mischpaket, das schadet mir und schadet ihm. (...) Und dann ist das auch ’ne Wut, die (...)

ich eigentlich eher so von mir aus leite oder die ich in der Hand habe. Also das ist anders, als wenn es wirklich gemischt ist, das Gefährliche ist wirklich diese Mischung von Verzweiflung und Wut und da kommt man dann auch ins eigene Unrecht.“ Ihr Umgang mit den Aggressionen ihres Mannes, seiner Non-Compliance oder auch ihrer eigenen Wut habe sich mit den Jahren verändert. Sie berichtet, dass sie verschiedene Strategien anwende – Weggehen, sein Verhalten spiegeln bzw. spielerisch damit umgehen – um die Situation zu entschärfen. Für die Interviewpartnerin ist die Übernahme der Pflegeverantwortung eng mit ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung verknüpft, die durch die Begleitung des Partners und die damit einhergehenden Herausforderungen und Grenzerfahrungen einerseits erforderlich war, aber auch ermöglicht wurde. Sie geht als pflegende Partnerin mit der Situation und den Herausforderungen aktiv und reflektiert um und nutzt entsprechende Unterstützungsangebote; sie verfügt über ein soziales und unterstützendes Netzwerk. Sie verarbeitet ihre Erfahrungen in der Pflege ihres Partners künstlerisch und sieht in ihrem pflegebedürftigen Partner ihre „Muse“. Als starke Belastung erlebt sie Erfahrungen des Alleinseins und der Alleinzuständigkeit für ihren Partner, weil verschiedene Tagespflegeeinrichtungen die Betreuung ihres Mannes aufgrund seiner Aggressivität abgelehnt hätten.²⁵⁷

Eine andere pflegende Angehörige berichtet über gelegentliche leichte verbale Aggressionen ihrerseits im Kontext einer grundsätzlich positiven Pflegebeziehung. Auslöser sind Situationen, in denen ihr pflegebedürftiger Mann versuche, selbst auf die Toilette zu gehen bzw. ihr diesbezüglich nicht frühzeitig genug Bescheid sage. Für diese aus ihrer Sicht falsche Rücksichtnahme habe sie kein Verständnis und sei entsprechend verärgert. Deutlich wird an diesem Fall, dass sie das Verhalten ihres Mannes vor dem Hintergrund ihrer langjährigen vertrauensvollen Beziehung sieht – und nicht primär vor dem Hintergrund der aktuellen Krankheit – und daher nicht nachvollziehen kann, dass er weiter Rücksicht auf sie nimmt und nicht versteht, dass sie mehr Arbeit damit hat, wenn er sie nicht um Mithilfe beim Toilettengang bittet. Zudem ist der Ehemann nicht demenziell erkrankt und somit grundsätzlich in der Lage, sein Verhalten zu steuern.

I_07: In der mittlerweile 10-jährigen Pflege ihres 77-jährigen an Parkinson erkrankten Mannes komme es nur vereinzelt zu verbalen Aggressionen der 63-jährigen pflegenden Ehefrau. Sie berichtet, dass sie gelegentlich laut werde, wenn ihr Mann z. B. nicht Bescheid sage, dass er zur Toilette müsse, da er sie nicht stören wolle: „Dann kann man sich aber auch ärgern. Warum sagt er nichts? Warum macht er den Mund nicht auf? Das ist doch für mich einfacher, er würde den Mund aufmachen, ich helfe ihm, dann ist alles schnell erledigt. (...) und dann kann ich das Badezimmer aufwischen, alles andere auch ausziehen und so. (...) Wir sind doch nun so viele Jahre verheiratet und trotzdem macht er solche Sachen. Dann will er es alleine machen, weil er denkt, er stört mich. Aber das kriegt man nicht raus aus ihm, ne. Ich sag’s ihm oft genug: ‚Sag doch lieber Bescheid, dann ist es doch für mich einfacher.‘ (...) Dann muss ich ihn vollkommen ausziehen, waschen und das ist nun wirklich nicht so angenehm.“ Nach solchen verbalen Aggressionen streichle sie ihn und entschuldige sich bei ihm. Als vorrangig belastend beschreibt sie das Schweigen ihres Mannes und sein Leiden an der eigenen Unzulänglichkeit. Der Pflegebedürftige äußert im Interview, er sei sicher, dass ihn seine Frau schon mal beschimpft habe, da er aufgrund seiner Erkrankung langsamer reagiere und nicht immer genau zuhöre, was sie sage. Er erinnere sich jedoch nicht an konkrete Vorfälle, empfinde Derartiges nicht als belastend und vergesse auch schnell wieder. Insgesamt beschreibt die Frau die Beziehung zu ihrem Mann als außergewöhnlich liebevoll.

²⁵⁷ Vgl. zu diesem Fall auch das Kapitel über Viktimisierung von pflegenden Angehörigen (5.4.6.3.3).

Er spricht seiner Frau für ihre Unterstützung Lob aus; sie stelle eigene Interessen zurück, um sich um ihn zu kümmern. Er beschreibt ihren Umgang mit ihm als verständnisvoll und nachsichtig.

Gewaltsames Handeln ist eingebettet in über die problematischen Vorkommnisse hinausgehende Interaktionen der Beteiligten. Im folgenden Fallbeispiel lässt sich die Komplexität solcher Interaktionen im Kontext der gesamten Pflegesituation anhand der Schilderungen der pflegenden Ehefrau nachvollziehen. Hier ist ebenfalls das Einkoten des pflegebedürftigen Ehemannes Ausgangspunkt eines Konfliktes, wobei seine mangelnde Mitwirkung beim Wechseln von Vorlagen und damit verknüpft das von ihm als grob erlebte Anfasseln durch die pflegende Ehefrau Auslöser eines verbalen Angriffs vonseiten des Pflegebedürftigen und daraufhin eines strafenden Schlags durch die befragte Ehefrau sind. Sie berichtet zudem, mehrfach verbal aggressiv und mit der Drohung einer Heimweisung auf verbale Gewalt und mangelnde Compliance vonseiten ihres Ehemannes reagiert zu haben. Diese Vorfälle ereignen sich in einem Multiproblemsetting, das durch eine Vielzahl von sich gegenseitig verstärkenden Belastungsfaktoren gekennzeichnet ist. Dabei kommen der starken gesundheitlichen Belastung und funktionellen Einschränkung der Ehefrau sowie der krankheitsbedingten und mit Aggressivität einhergehenden Persönlichkeitsveränderung des Ehemannes besondere Bedeutung zu. Zusätzlich problemverschärfend wirken zum einen die finanzielle Abhängigkeit der Ehefrau, zum anderen, dass die Pflegenden einige der problematischen Verhaltensweisen bzw. Charakterzüge des Pflegebedürftigen (mangelnde Mithilfe, Selbstgerechtigkeit, Egoismus) durchaus in Kontinuität zu prämorbidem Verhalten bzw. zum prämorbidem Charakter ihres Mannes erlebt und sich daher immer wieder von ihm ungerecht behandelt fühlt.

I_53: In diesem Setting pflegt eine selbst aufgrund einer Krebserkrankung pflegebedürftige 73-jährige Frau ihren 79-jährigen Ehemann, der nach mehreren Schlaganfällen und infolge einer Demenzerkrankung Unterstützung benötigt. Die Ehefrau berichtet von besonderen Belastungen in der Pflege durch Persönlichkeitsveränderungen des Ehemannes und seine Aggressivität sowie durch ihre eigenen körperlichen Einschränkungen (Bandscheibenvorfall). Ein Grundproblem ist aus Sicht der pflegenden Angehörigen und der ambulanten Pflegekraft die mangelnde Kooperationsbereitschaft des Pflegebedürftigen, die nur zum Teil auf das Krankheitsbild zurückzuführen sei. Obwohl die pflegende Angehörige zunächst im Interview von sich sagt, dass sie zwar manchmal „ausfahren“ könne, ihn aber nie schlagen würde, schildert sie im weiteren Verlauf des Interviews eine Situation, in der sie ihn zur Strafe schlug. In der Situation habe er bei der Inkontinenzversorgung nicht mitgewirkt, woraufhin sie ihn seiner Meinung nach zu grob angefasst habe. Er habe daraufhin gesagt: „Da kannst du ja die Windel ablassen, dann scheiß ich dir ins Gesicht.“ (...) Da habe ich ihm so ‘nen Klaps auf den Hintern gegeben, ich sage: ‚So, das ist für das Gesicht.‘ (...) Also nicht so doll, die Hand war nicht zu sehen, aber da, da hätte ich da sonst was machen können mit ihm.“ Auch berichtet sie, dass sie beleidigend und drohend auf seine Aggressionen reagiere und zitiert ihre Aussprüche: „Du bist ja schlimmer wie ein Baby.“ Oder: „Wenn du nicht isst, dann kommst du ins Heim.“ Sie beschreibt, dass die Schwelle zu körperlicher Gewalt niedrig sei und vor allem Selbstbeherrschung notwendig sei, um sie nicht zu überschreiten: „Wer sich nicht beherrschen kann, für den ist das schwierig.“ Manchmal sei ihr Mann wie weggetreten („wie aus der Narkose“), dann schüttele sie ihn, damit er zu sich komme. „Dann sagt er zu mir: ‚Das sage ich, dass du mich geschlagen hast.‘“ Anderen gegenüber behaupte er öfter, dass seine Frau ihn schlage und ihm nichts

zu essen gebe. Mit ihrer Tochter könne sie darüber gut sprechen und auch lachen, weil die wisse, dass dies nicht zutreffe. Früher sei die Ehe harmonisch, er ein guter, ein liebevoller Ehemann gewesen und habe sie und die Familie gut versorgt; z. B. sei er sehr fürsorglich gewesen, wenn sie früher krank gewesen sei. Allerdings sei er schon immer sehr phlegmatisch gewesen und habe sich umsorgen lassen. Schlimm sei für sie, dass er seit Beginn ihrer Erkrankung keinerlei Interesse an ihrem Befinden zeige – bzw. für ihn allein die Frage relevant sei, ob sie noch in der Lage sein werde, sich um ihn zu kümmern: „Er hat auch nicht einmal gefragt, (...) wenn man so zurückdenkt, der hat nicht einmal gefragt, wie es mir geht, überhaupt nicht, das kenne ich gar nicht.“ Seine Reaktion sei typisch männlich: „Was soll aus mir werden, wenn du nicht da bist“ – also echt Mann!“ Eine gewisse Selbstgerechtigkeit sei ihm schon immer zu eigen gewesen. Sie sieht immer wieder Kontinuitäten zu seinem früheren Verhalten: Auch heute bekomme sie außer „mal ein Dankeschön“ nichts zurück, „gar nichts“. Auch behaupte er anderen gegenüber, dass ihre Krankheit nicht schlimm sei: „Was ist die denn krank, die kann ja laufen.“ Das Pflegearrangement werde nur aus finanziellen Gründen aufrechterhalten. Trotz optimaler externer Unterstützung durch einen Pflegedienst und mehrere Familienmitglieder handelt es sich um ein hoch problematisches Setting, weil die Ehefrau die Pflege kaum mehr bewältigen kann. Da aktuell die Pflege des Ehemannes noch sichergestellt sei, sieht die ambulante Pflegekraft – die auch von den Gewaltvorfällen nicht berichtet – keinen dringenden Veränderungsbedarf.²⁵⁸

Nur in wenigen Fällen berichten pflegende Angehörige, dass die konkreten körperlichen Belastungen bei der Verrichtung von Pflegeaufgaben zu verbal aggressiven Reaktionen beitragen. Im folgenden Fallbeispiel ist die pflegende Ehefrau aufgrund von Rückenschmerzen nur eingeschränkt in der Lage, ihren Mann zu versorgen und reagiert zuweilen aggressiv auf vermutete mangelnde Mitwirkung seinerseits beim Wechseln von Unterlagen. Neben den körperlichen Beschwerden beschreibt sie für die Vergangenheit Stuhlinkontinenz als Auslöser verbaler Aggressionen, wobei sie einräumt, grundsätzlich zu wissen, dass das Einnässen bzw. Einkoten ihres Mannes nicht intentional sei.

I_12: Eine 76-jährige Frau, die ihren seit 28 Jahren unterstützungsbedürftigen multimorbiden demenzerkrankten 76-jährigen Ehemann pflegt, berichtet von einem grundsätzlich liebevollen Verhältnis zueinander. Aufgrund einer Muskelverkürzung liege der Ehemann in Embryonalhaltung; er liege zudem offen, da sie ihn aufgrund ihres Rückenleidens nicht mehr wickeln könne. Sie müsse daher jede halbe Stunde nachsehen, ob er Stuhlgang hatte. Die Ehefrau berichtet, es komme vor, dass sie „regelrecht ausflippe“ und ihn anschreie. Als der Pflegebedürftige noch nicht vollständig bettlägerig gewesen sei, seien diese Situationen vor allem aufgetreten, wenn er Stuhlgang hatte und ihr nicht rechtzeitig Bescheid gesagt habe. Dabei sei ihr bewusst gewesen, dass er den Stuhlgang nicht habe kontrollieren können und für ihn die Inkontinenz stark schambesetzt sei. Heute mache ihr das Wechseln der Unterlage Schwierigkeiten, da ihr Mann ihr nicht helfe und nicht das Gesäß anhebe. Sie schreie ihn dann manchmal an: „Also nun mach doch mal, heb doch mal und tu doch mal, und helfe mir mal, ich kann doch nicht mit meinem kaputten Rücken.“ Er reagiere darauf, indem er dann „regelrecht so losbrüllt“. Sie müsse ihn zum Wechseln der Vorlagen jedes Mal hochziehen und verstärke durch diese körperliche Anstrengung ihre Rückenbeschwerden. Weil sie so „böse“ auf ihren Mann gewesen sei, habe sie beim Hochziehen schon mal an ihm „rumgezerrt“. Zu der familialen Pflege gebe es auch aus finanziellen Gründen keine Alternative, zudem habe sie die Pflege aus Dankbarkeit für eine liebevolle Beziehung über-

²⁵⁸ Vgl. auch die Falldarstellung unter Interventionsaspekten in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

nommen. Allerdings seien die körperlichen und emotionalen Belastungen immens, sie fühle sich oft überfordert und alleingelassen. Aus Sicht der ambulanten Pflegekraft opfert sich die Frau auf. Sie nehme wahr, wie die Ehefrau körperlich immer mehr abbaue und fürchte, auch sie bald pflegen zu müssen.

In den von pflegenden Angehörigen geschilderten Fällen gewaltförmigen oder problematischen Verhaltens sind solche Verhaltensweisen zuweilen Reaktionen auf durch kognitive Defizite bedingte Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten der Pflegebedürftigen und – zum Teil damit zusammenhängend – das Nichtbefolgen von Anweisungen und Warnungen. Im folgenden Fall schildert die pflegende Angehörige leichte Erscheinungsformen verbaler Aggressionen ihrerseits, die auch hier im Kontext eines begleiteten Toilettenbesuchs entstanden. Darüber hinaus berichtet sie über Freiheitseinschränkung durch Abschließen der Wohnung aufgrund der „Weglauffenden“ ihrer Mutter.

I_16: In der Pflege einer 78-jährigen, an Alzheimer erkrankten Frau sei es den Berichten der pflegenden 54-jährigen Tochter zufolge über einen längeren Zeitraum zu verbalen Aggressionen vonseiten der Mutter gekommen. Dies habe sich mittlerweile gegeben, aber sie selbst „blaffe“ manchmal die Mutter an, wenn diese ihre Anweisungen nicht verstehe und befolge. Sie schildert ein Beispiel. „Also ich weiß, dass meine Mutter das nicht mehr versteht, was ich von ihr will, aber manchmal, ja, dann ist man doch ein bisschen ungehalten, wenn ich sie jetzt zum Beispiel zur Toilette bringe und sie soll sich ausziehen, die Hose runter oder so, ich drehe mich um und sie setzt sich nicht auf die Toilette und sie setzt sich auf den Badewannenrand, das passiert (...) so was, (...) ja, dann blaffe ich sie schon mal an, ich sag’: ‚Meine Güte, das ist doch nicht die Toilette.‘ Ich weiß im nächsten Moment, ich tue ihr Unrecht damit, aber in dem Moment kann ich dann auch nicht anders. Es tut mir hinterher leid, aber es sind so Situationen, die – ja, es passiert halt, ne.“ Als besonders belastend schildert die Tochter, dass die letzten Lebensjahre ihrer Mutter so würdelos seien. Auch in diesem Zusammenhang erwähnt sie die Inkontinenz und den diesbezüglichen Unterstützungsbedarf als besonders problematisch: „Also die Tatsache, dass nun meine Mutter so ja, ja so praktisch wie ’n Kind ist, das belastet mich sehr. (...) und ich finde es auch für sie – ihren Lebensabend so wenig würdevoll beenden zu können – das finde ich also doch schon schlimm. (...) Ich muss sie waschen, ich muss sie zur Toilette bringen, ich muss ihr den Po abwischen, ich finde, das ist schon ganz schön schlimm. Das belastet mich doch schon, ja.“ Die Pflegebedürftige, die jeweils tagsüber im Haushalt der Tochter ist, habe seit einem Jahr keinen Haustürschlüssel mehr und die Tür sei stets abgeschlossen, damit sie nicht weglaufe. Ihre Mutter könne zwar in den Garten, aber nicht mehr zur Straße.

Selbstgefährdendes und sonstiges Problemverhalten von Pflegebedürftigen als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger
Neben Inkontinenz und mangelnder Kooperativität bei der Inkontinenzversorgung, den Aggressionen vonseiten der Pflegebedürftigen und den Fällen von Non-Compliance bei der Durchführung von Pflegeaufgaben berichten pflegende Angehörige über eine Reihe weiterer Verhaltensweisen Pflegebedürftiger, die in der konkreten Situation zu problematischem bzw. gewaltförmigem Verhalten ihrerseits führten. Dabei spielt selbstgefährdendes Verhalten eine wesentliche Rolle. Ebenfalls relevant sind veränderte Schlaf-wach-Rhythmen von Pflegebedürftigen, mit den Pflegenden unabgestimmte Handlungen, realitätsinadäquates Verhalten, verminderte Kommunikationsfähigkeit und Beschäftigungsdrang der Pflegebedürftigen.

In der folgenden Fallskizze sind selbstgefährdendes Verhalten und verbale Aggressionen der pflegebedürftigen Mutter Auslöser verbaler Aggressionen der pflegenden Tochter. Eine Reihe weiterer Aspekte kommt hier zur Sprache. So berichtet die Tochter von erzieherisch-maßregelndem Verhalten der Mutter gegenüber, welches sie als Folge der Rollenumkehr im Verhältnis zu ihrer Mutter beschreibt und welches insbesondere bei Selbstgefährdung der Mutter zutage tritt. Der Befragten ist klar, dass dieses Verhalten der Mutter krankheitsbedingt ist; dessen ungeachtet sei dies aber für sie im Sinne einer kathartischen Reaktion die einzige Möglichkeit, ihre negativen Gefühle „loszuwerden“, zumal die Pflegebedürftige dafür ihre einzige Ansprechpartnerin sei. Es handelt sich im beschriebenen Fallbeispiel um eine der seltenen Konstellationen, in denen es durch die Pflegeübernahme zu einer positiven Beziehungsentwicklung kam (vgl. dazu auch Kapitel 5.4.6.2). Besonders belastet fühlt sich die Befragte durch den absehbaren Tod ihrer Mutter.

I_14: Die 57-jährige Tochter einer 83-jährigen, seit 11 Jahren an Parkinson erkrankten Schlaganfallpatientin berichtet, mit selbstgefährdendem Verhalten und verbalen Aggressionen ihrer Mutter nicht gut umgehen zu können. Auch wenn ihr klar sei, dass dieses Verhalten krankheitsbedingt sei, reagiere sie mit Aggressionen bzw. Weinen. Die Tochter berichtet, dass sie ihre Mutter manchmal anschreie, wenn diese in unbeaufsichtigten Augenblicken allein vom Toilettenstuhl aufstehe und sich so in Gefahr begeben. Der Tochter gehe es dann darum, beispielsweise einen Sturz zu verhindern. Dabei ist die Art der Ansprache infantilisiert und erzieherisch-tadelnd, wobei sie sich selbst immer wieder in Erinnerung rufe, dass die Mutter nichts dafür könne: „Man kann wirklich ausrasten. Also, ist Wahnsinn. Ne? Und manchmal schreie ich sie dann auch schon an. (...) Ich sage: ‚Du hörst für keine zwei Pfennig, was du machen sollst!‘ Ich sage: ‚Bleib doch mal da sitzen! Du fällst hin, dann kommst du ins Krankenhaus! Ich denke, du willst nicht ins Krankenhaus!‘ Dann erkläre ich ihr das mehr. Ne? Dann sagt sie: ‚Mäuschen, warum schreiest du denn so!‘ Sag ich: ‚Weil du das gar nicht erkennst, diese Gefahren alle!‘ Ne? Oh, dann denke ich auch: ‚Oh, du bist schon halb am Heulen wieder.‘ Ne? Dann denk ich auch wieder: ‚Na klar!‘ Und wenn sie sich beruhigt hat, sag ich: ‚Kleine, du kannst gar nichts dafür!‘ Ne? Das mach ich dann auch. Sie kann da ja auch gar nicht für. Ne?“ Sie beschreibt die kathartische Funktion ihrer verbalen Aggressionen: „Ja, bei mir ist ja immer im Hinterkopf: ‚Mensch, sie kann ja gar nicht dafür! Sie ist krank!‘ Das ist immer im Hinterkopf! Aber irgendwie muss ich ja auch mal irgendwohin, ne? – und das loswerden! (...) Ich hab ja wirklich keinen dafür.“ Die pflegende Tochter thematisiert die vollzogene Rollenumkehr in der Beziehung („Sie muss sich die Wörter erklären lassen oder was das ist. Was sie mir früher erklärt hat, das muss ich ihr jetzt erklären. Ja. Hat sich alles total umgedreht.“), die sie zu erzieherischem Verhalten verleite, berichtet dann aber, dass die Mutter auf ihre verbalen Aggressionen empfindlich und für sie erstaunlich klar reagiere und deutlich mache, dass sie erzieherisch-maßregelndes Verhalten ihrer Tochter nicht akzeptiere. „Dann raste ich auch manchmal aus. Ne? Aber dann, wenn ich dann böse werde, dann wird sie auf einmal hellhörig. Dann sagt sie: ‚Wie benimmst du dich denn?‘ Denn kommt auf einmal diese Zwiespältigkeit, ne? Die finde ich immer irre! Diese – erst kann sie gar nichts. Und dann, wenn ich erziehen will, dann kommt das wieder durch! ‚Wie redest du denn mit mir! Du musst dich mal benehmen!‘“ Die Beschimpfungen ihrer Mutter erlebe sie als Reaktualisierung ihrer früher eher negativen und von Bissigkeit der Mutter geprägten Beziehung. Sie schildert die jetzige Beziehung zu ihrer Mutter als grundsätzlich positiv und beschreibt, wie sie an ihr hänge. Entsprechend sei eine besondere Belastung für sie der absehbare Tod der Mutter: „Ja, immer diese Belastung, ne? Dieses – ja – und die Angst – ‚Hoffentlich macht sie’s noch.‘ Ne? Und weil ich ja auch so

an ihr hänge, ne? Das ist das, was mich so – so fertigmacht. Ne? Also, weil ich da auch nicht mit klarkomme, wenn einer stirbt. Für mich leben se alle, und dann is gut. Ne?“. Die pflegende Angehörige wird zweimal täglich von einem ambulanten Dienst und in erheblichem Maße von ihrem Ehemann unterstützt, hat darüber hinaus jedoch kaum soziale Kontakte. Sie, wie auch die ambulante Pflegekraft, schildert die aktuelle Beziehung als sehr symbiotisch: „Sie hängt an mir wie eine Klette (...), ich aber auch.“ Weitergehende Unterstützungsangebote durch den ambulanten Dienst habe die Tochter nicht angenommen.

Im folgenden Fallbeispiel reagiert die pflegende Ehefrau ebenfalls primär auf selbstgefährdendes Verhalten des Pflegebedürftigen verbal aggressiv. Sie schildert zudem, dass die Störungen im Schlaf-wach-Rhythmus für sie extrem belastend sind und zu verbalen Ausbrüchen ihrerseits führen. Diese Vorfälle sind eingebettet in eine – auch in diesem Fall – durch die Todesnähe des Patienten massiv belastete, aber von allen Befragten gleichermaßen positiv geschilderte Pflegesituation. Das Verhalten der pflegenden Angehörigen ist möglicherweise konform mit einem von der ambulanten Pflegekraft geschilderten eher groben familiären Kommunikationsstil. Das geschilderte Fallbeispiel zeigt zugleich, wie schwierig die Bewertung von Verhalten im Einzelnen sein kann. So beschreibt die ambulante Pflegekraft zwar einen durch vulgäre Umgangsformen geprägten Kommunikationsstil, würde diese aber nicht als verbale Aggressionen bewerten.

I_02: Die 55-jährige pflegende Ehefrau eines an Leukämie im Endstadium erkrankten 60-jährigen Mannes berichtet, immer wieder an ihre Grenzen zu gelangen. Problematisch seien für sie der nahende Tod ihres Mannes und starke Schmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalles. In einer grundsätzlich positiven Pflegebeziehung bei gegebener guter Unterstützungsstruktur durch andere Familienmitglieder, einem lebendigen sozialen Netzwerk und einer sehr engagierten ambulanten Pflegekraft ergeben sich nach Berichten der Pflegenden und der ambulanten Pflegekraft gelegentlich Situationen, in denen die Ehefrau laut werde. Dies geschehe vor allem, wenn der Ehemann mit dem Katheter „spiele“ und ihn dabei herausreißt – nach Angaben der Ehefrau eines der größten Probleme in der Pflegebeziehung. Hinzu kämen die fast stündlichen nächtlichen Versuche ihres Mannes aufzustehen. Laut ambulanter Pflegekraft sei dies die „höchste Belastung“ für die Ehefrau. Diese wisse nach eigener Aussage, dass ihr Mann das nicht mit Absicht mache, trotzdem müsse sie in solchen Situationen auch „meckern“ und brüllen. Ihr Mann müsse das dann „schon aushalten“. Im besten Falle brülle sie, verlasse das Zimmer, komme wieder und vertrage sich mit dem Pflegebedürftigen dann wieder. Um ihn am nächtlichen Aufstehen zu hindern, habe sie schon mal die Gitter seines Bettes hochgeklappt und gesagt: „Du bleibst da jetzt in deinem Bett liegen!“. Der ambulanten Pflegekraft zufolge kommt das Ehepaar „sehr gut zurecht“ miteinander. Untereinander seien zwar „vulgäre Umgangsformen“ gängig, doch das sei „einfach deren Art“.

In dem im Folgenden beschriebenen Setting berichtet die pflegende Ehefrau über problematisches, teils auch gewaltförmiges Verhalten ihrerseits u. a. ebenfalls im Kontext von selbstgefährdendem Verhalten ihres Ehemannes. Sie schildert verbale Aggressionen und grobes Anfassen als Reaktion auf mit ihr nicht koordinierte Handlungen ihres Mannes, wenn er beispielsweise sofort ins Bett gehen wolle und nicht auf ihre Unterstützung warte. Dabei gehe es ihr zum einen darum, nicht sofort bereitstehen zu wollen, zum anderen aber fürchte sie – angesichts ihres Wissens um potenzielle Folgeprobleme – Stürze durch unbedachtes Handeln seinerseits. Dies insbesondere, da sie ihn dann

nicht mehr allein aufheben könne. Ebenfalls schildert sie verbale Aggressionen als Reaktion auf auffälliges Essverhalten sowie kurzzeitiges Einschließen, um sicherzustellen, dass in kurzen Phasen ihrer Abwesenheit niemand die Wohnung betritt.

I_74: Ein multimorbider 80-jähriger Mann (Demenz, Krebserkrankung, Diabetes, mehrere Schlaganfälle) wird seit über 10 Jahren von seiner 75-jährigen Frau gepflegt. Die Pflege ist von spezifischen sozialräumlich geprägten Lebensformen bestimmt. Sie steht im Kontext einer eng mit Landwirtschaft verknüpften Familienbiografie, fester lokaler Verwurzelung, traditionellen Verantwortungsgefühls und familialer Fürsorgepflicht auf der Grundlage einer erfolgreichen gemeinsamen Bewältigung der Lebensaufgaben (Arbeit, Fürsorge für Kinder und Pflege der Elterngeneration) und sich daraus entwickelnder Emotionalität und Bindung. Die Frau beschreibt eine für sie zwar selbstverständliche (sie habe bereits ihre Großmutter und ihren Vater gepflegt) und durch Familienangehörige unterstützte, gleichwohl sehr schwierige und belastende Pflege. Die größte Belastung sei die Inkontinenzversorgung und die ständige Sorge, dass ihr Mann zusammensacken und sie ihn dann ohne fremde Hilfe nicht mehr aufheben könne. Die erheblichen Belastungen durch die Pflege nimmt sie unter Verweis auf die Pflicht zur gegenseitigen Unterstützung auf sich. Zudem sei für sie wichtig, dass er unverschuldet in die Situation gekommen ist. „Mein Mann kann nicht dafür, das ist nicht sein Verschulden.“ Das Wichtigste sei ihr, dass sie in der Lage sein werde, ihn bis zu seinem Tod zu versorgen: „Und so müssen wir das weitermachen. Und ich hoffe und wünsche, dass ich körperlich gesund bleibe und meinem Mann helfen kann – bis zuletzt. Das ist mein Wunsch. Mehr möchte ich nicht.“ Wenn sie ärgerlich oder traurig sei wegen der Pflege, versuche sie ihren Mann zu schonen, weil er die Aufregung nicht vertrage. Sie gehe dann in ein anderes Zimmer und verberge ihre Tränen, weil sie wisse, dass er sonst auch weinen müsse. Die Ehefrau findet, dass nicht immer alles gut läuft in der Pflege. „Manchmal sage ich ja schon: ‚Wir beide machen einen Krach, dass man’s eigene Wort nicht versteht.‘“ Wenn ihr Ehemann sofort etwas machen wolle – z. B. ins Bett gehen – und nicht darauf achte, ob sie ihn auch stützen könne oder wolle, dann seien dies Situationen, in denen sie „auch mal schimpfen muss.“ Sie versucht, die Anlässe dafür zu beschreiben: „Ach, na ja, das sind alles so Lappalien, kann man sagen. Wie soll ich das beschreiben? Wenn er keine Zeit hat, wenn er ins Bett muss, jedenfalls ins Bett will, dann steht er auf, dann muss [das] auf der Stelle [laufen] so wie er möchte, so muss ich denn da sein. Und da bin ich manchmal nicht mit einverstanden. Ich sage: ‚Du musst auch mal fragen: Hier, kann ich ins Bett gehen?‘“ In solchen Situationen könne es auch vorkommen, dass sie ihn grob anfasse: „Das muss auch mal sein. Das ist hauptsächlich, wenn er dann so ruck, zuck aufsteht, und ich muss das sofort machen und ich will das dann nicht.“ Sie lasse ihren Mann nur noch selten und nur für kurze Zeit allein. Bei raschen Einkäufen hinterlasse sie ihrem Mann einen Zettel, auf dem sie notiere, wo sie sei und dass sie wiederkomme, und schließe dann das Haus ab, damit niemand hineingelangen könne. Sie mache mit ihrem Mann noch kurze Spaziergänge mit dem Rollstuhl im Dorf, nehme ihn aber nicht mehr mit in die Stadt oder zu feierlichen Anlässen, u. a. weil es ihr peinlich sei, wie er sich verhalte und ihn in der Öffentlichkeit für sein Verhalten zu maßregeln, was sie zugleich für nötig erachtet: „Nein! Und ich kann das auch nicht machen in dem Sinne, wenn mein Mann was essen tut, dann läuft dem immer die Nase. Und dann kann [es nicht sein] (...), dass ich ewig sage: ‚Hier, du musst Nase putzen‘, – das sage ich sowieso, weil ich das schon nicht haben kann, ne? – und wenn ich fremde Leute da sitzen habe, na, dann wissen Sie ja, wie peinlich das dann ist. Ne? Und das geht einfach nicht! Ich kann meinen Mann nicht nur schimpfen beim Essen: ‚Du musst dich so benehmen oder so benehmen!‘“

Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Pflegebedürftigen bei selbstgefährdendem Verhalten

Eine besondere Problematik tritt in Pflegekonstellationen auf, wenn der oder die Pflegebedürftige bewusst selbstgefährdendes – oder wie in einem der hier vorgestellten Fälle – sogar suizidales Verhalten an den Tag legt. In zwei Fällen im untersuchten Sample thematisieren pflegende Angehörige, dass sie im Rahmen ihrer Pflegetätigkeit das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen empfindlich einschränken. Beide empfinden ihr eigenes Handeln als gewaltförmig und problematisch, weil sie abschätzen können, dass auch die Pflegebedürftigen die Gleichzeitigkeit des Verlustes ihrer Autonomie und die Nichterfüllung ihrer Wünsche durch die pflegenden Angehörigen als Gewalterfahrung erleben. Dieses Handeln entgegen den expliziten Wünschen der Pflegebedürftigen ist aus ihrer Sicht aber im Hinblick auf das Überleben der Pflegebedürftigen unabdingbar. Im ersten Fall problematisiert eine pflegende Angehörige, dass sie ihrem an Krebs erkrankten Lebensgefährten auf Anraten eines Arztes immer wieder gegen seinen Willen die – von ihm immer wieder beschafften – Zigaretten habe wegnehmen müssen.

I_18: Die befragte 67-jährige Lebensgefährtin eines 77-jährigen demenzkranken Mannes berichtet von vielfältigen Belastungen durch die Demenzpflege. Aufgrund einer Krebserkrankung habe ihr Lebensgefährte nicht mehr rauchen dürfen. Um dies durchzusetzen, habe sie anfänglich „Gewalt anwenden“ müssen. „Nicht, er hat es immer wieder versucht, sich Zigaretten zu kaufen und ich hab gesagt ‚Nein‘. Ich sage, da habe ich natürlich (...) ‘n bisschen, sage ich mal, Gewalt bald angewendet. Gewalt auf solche Art, dass ich ihm immer die Zigaretten weggenommen habe, das war meine Gewalt, und die vernichtet habe oder vor seinen Augen weggeschmissen habe.“ Besondere Belastungen seien für sie der Verlust ihres Partners als Gegenüber, ständige Wiederholungen von Sätzen in Gesprächen mit ihm und ihre eigene Asthmaerkrankung. Als Bewältigungsstrategie für den Umgang mit ihrem demenzkranken Partner habe sie sich Informationen aus Büchern über die Krankheit angelesen, sodass sie manche Verhaltensweisen ihres Partners besser verstehen und damit auch besser umgehen könne. Froh sei sie darüber, dass ihr Mann nicht krankheitsbedingt aggressiv geworden sei.

Gravierender, weil nicht allein eine Gewohnheit bzw. Sucht, sondern den Todeswunsch eines Pflegebedürftigen betreffend, ist das ethische Dilemma einer pflegenden Angehörigen, die weiß, dass sie und der ambulante Pflegedienst lebenserhaltende Maßnahmen gegen den ausdrücklichen Willen des Pflegebedürftigen durchführen. Im vorliegenden Fall handelt es sich um Gewalt, die gänzlich ohne Schädigungsintention begangen wird, im Bewusstsein der Handelnden sicherlich berufsethischen oder allgemein ethischen Prinzipien folgt, dabei aber in Kauf nimmt, eine Person, die über einen autonomen Willen verfügt, diesen aber nicht mehr selbstständig in entsprechendes Handeln umzusetzen vermag, in ihrer Würde und in ihrem Recht auf Selbstbestimmung zu verletzen. Es handelt sich um eine für das Ehepaar extrem belastende Pflege, wobei die Belastungen primär auf die multiplen und gravierenden körperlichen Einschränkungen des Mannes zurückzuführen sind (Vorgeschichte: Herzinfarkt, mehrere Bypassoperationen, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz, Diabetes, Schlaganfälle mit rechtsseitiger Lähmung). Trotz positiver Beziehungsvorgeschichte und liebevollen Umgangs gelangt die pflegende Angehörige in der Pflege an ihre Grenzen.

I_38: Die 52-jährige Ehefrau eines 65-jährigen multimorbiden Mannes schildert eine durch eigene Vollzeitberufstätigkeit, soziale Isolation und mangelnde familiäre Unterstützung des Paares, Non-Compliance und einen starken Todeswunsch des Pflegebedürftigen deutlich belastete Pflege. Zugleich finde die Pflege vor dem Hintergrund einer liebevollen Beziehung des Paares statt. Der Ehefrau zufolge habe ihr Mann nie pflegebedürftig werden wollen, und sie wisse, dass ihn niemand seinen Bedürfnissen entsprechend pflegen könne, da ihn alle „am Leben erhalten“ würden, „was er überhaupt nicht will“. Man merke dies an seinem Verhalten, z. B. weigere er sich, Medikamente zu nehmen, wehre sich, sein Gebiss herausnehmen und säubern zu lassen und verweigere die Kooperation mit der Logopädin, indem er so tue, als schlafe er. Sobald sie oder eine ambulante Pflegekraft versuchten, ihm Medikamente über eine Magensonde zu spritzen, drehe er sich weg und halte die Sonde zu. Er habe in dieser Situation – obwohl er sonst nicht mehr spreche – den Pfleger beschimpft und den Pflegenden mit der Faust gedroht. Da es sich um überlebenswichtige Medikamente handle, hielten die Pflegenden in solchen Situationen den Arm des Pflegebedürftigen fest und spritzten die Medikamente auch gegen seinen Willen. Auf die Reinigung des Gebisses werde nun verzichtet, da der Pflegebedürftige bei allen vorhergehenden Versuchen die Finger der Pflegenden „zerbissen“ habe. Mittlerweile habe sich ein Geschwür im Mund gebildet, doch das sei dem Pflegebedürftigen egal, „er will einfach nicht mehr.“ Der Ehemann sei vergesslich geworden, aber geistig „noch klar“. Die Ehefrau vermutet, dass seine kognitiven Aussetzer durch Einsamkeit, Verbitterung und Nichtkommunikation bedingt seien. Sie versuche, alle Belastungen zu verdrängen, aber nachts könne sie kaum schlafen. Ihrem Mann gegenüber versuche sie immer gute Laune zu zeigen, doch sehe er natürlich, wenn sie geweint habe. Sie lege sich dann manchmal in seinem Bett in seinen Arm und er gebe ihr Küsschen und streichle ihren Kopf.²⁵⁹

Problemverhalten von Pflegebedürftigen als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger im Kontext starker Abhängigkeit der Pflegenden von den Pflegebedürftigen

Im Folgenden werden zwei Fallbeispiele dargestellt, die dadurch charakterisiert sind, dass die Pflegenden konkrete Auslöser eigenen problematischen Verhaltens im (krankheitsbedingten) Verhalten der Pflegebedürftigen ausmachen. Zugleich aber ist der Umgang der Pflegenden mit dem belastenden Verhalten der Pflegebedürftigen auch davon geprägt, dass jeweils starke emotionale und finanzielle Abhängigkeiten der pflegenden Tochter und des pflegenden Sohnes von der pflegebedürftigen Mutter vorliegen.

Im folgenden Fallbeispiel finden sich eine ganze Reihe von Auslösern problematischen und gewaltförmigen Verhaltens der Tochter. Dabei handelt es sich um problematische Verhaltensweisen der Mutter, die im engen Kontext mit ihrer Demenzerkrankung stehen. Während der Tochter grundsätzlich klar ist, dass das Verhalten der Mutter krankheitsbedingt ist, kann sie sich in der konkreten Interaktion doch nicht davon distanzieren. Dem liegt unter anderem eine – den Schilderungen der Tochter zufolge – außergewöhnlich enge und exklusive Bindung zwischen Mutter und Tochter zugrunde. Im Interview mit der Tochter wird immer wieder eine tiefe Trauer über den Verlust ihrer wesentlichen Interaktionspartnerin deutlich und zugleich eine unveränderte Beziehungserwartung an die Mutter. Die pflegende Tochter verhält sich auf dieser Grundlage in der konkreten Interaktion, als sei das Verhalten der Mutter intentional und als

²⁵⁹ Dieser Fall wird ebenfalls in Kapitel 5.4.6.3.3 unter der Perspektive Viktimisierung von Pflegenden dargestellt.

wolle diese sie „ärgern“. Sie reagiert mit Drohungen, verbalen Aggressionen, grobem Anfassen und in einem Fall der Beschädigung des Gebisses der Mutter. Als Auslöser der eigenen Aggressionen beschreibt sie die aus ihrer Sicht sinnlosen Formen der Beschäftigung der Mutter, deren wiederholte Fragen nach der eigenen Mutter, ihr mangelndes Verständnis bei Ansprache und die Inkontinenz. Sie berichtet, genau diese „Unzulänglichkeiten“ der Mutter als besonders belastend zu erleben und erträgt es nicht, dass ihre Mutter „blöd“ sei. Möglicherweise ebenfalls relevant ist die finanzielle Abhängigkeit der Tochter von ihrer Mutter. Während die Tochter konkrete Auslöser für ihr problematisches Verhalten nennt, ist doch deutlich, dass es sich nicht um vereinzelte Vorkommnisse handelt. Die Grundhaltung der Pflegenden der erkrankten Mutter gegenüber birgt ein situationsübergreifend grundsätzlich hohes Risiko problematischen Verhaltens. Allerdings ist wohl das Vorliegen einer situationsübergreifenden Schädigungsabsicht eher zu verneinen.

I_56: Die 63-jährige pflegende Tochter einer demenziell erkrankten 93-jährigen Frau berichtet, dass es in der Pflege immer wieder zu Konflikten komme. Mutter und Tochter hätten Zeit ihres Lebens ein besonders enges Verhältnis gehabt: „Und wie gesagt, haben wir eigentlich auch vorher schon immer alles zusammen gemacht. Eigentlich schon seit meiner frühesten Jugend. Ich habe meine Mutter nie losgelassen oder sie mich nicht.“ Ein Sohn der Pflegebedürftigen unterstütze die Pflege, aber darüber hinaus gebe es keine externe Unterstützung und die pflegende Tochter gehe keinerlei eigenen Interessen mehr nach. Die Pflegebedürftige, vorher eine lebhaft und dominante Frau, sei in sich zusammengefallen, könne sich nicht mehr klar ausdrücken und sei verhaltensauffällig geworden. Die Stimmung der Mutter sei eher depressiv, sie habe keine Lust mehr zu leben, wolle fast nur noch schlafen und habe einen ausgeprägten Beschäftigungsdrang, ohne sich selbst beschäftigen zu können. Besonders schlimm sei für die pflegende Tochter, dass die Mutter demenziell verändert sei und dass keine Besserung diesbezüglich zu erwarten sei. Eigentlich arbeite die Mutter gut mit bei der Pflege. Sie sei ruhig, demütig und dankbar. Allerdings reagiere sie leicht beleidigt und ärgere sich, wenn sie von ihrer Tochter getadelt bzw. bevormundet werde. Die pflegende Tochter berichtet, dass sie selbst manchmal wütend werde. Manchmal „meckere“ sie, wenn sie genervt sei, sage dann zu ihrer Mutter: „Du bist plemplem“, „Jetzt lass den Blödsinn“. Konkret nach solchen Situationen befragt, fällt es der Tochter zunächst schwer diese zu benennen: „Ich kann die nicht erklären, das eben, diese Unzulänglichkeit, dass sie so richtig blöd ist.“ Im weiteren Interview erwähnt sie dann einige Beispiele: „Also, wenn einer nicht weiß, wo seine Zähne hinkommen oder wenn sie zwei drin hat und mir sagt, ich hab doch aber drei [Gebissteile], dann, dann wird man schon verrückt. Und da lacht man vielleicht zweimal drüber, aber beim dritten Mal, dann sage ich schon mal: ‚Halt die Klappe‘ oder so“. Ähnlich reagiere die Tochter, wenn ihre Mutter dauernd nach ihrer Mutter frage, wenn sie sich – aus der Sicht der Tochter – sinnlos beschäftige oder nicht verstehe, was sie von ihr wolle. Die Tochter schildert eine Situation, in der sie als Reaktion auf mangelnde Kooperation beim Zähneputzen das Gebiss der Mutter voller Wut ins Waschbecken geworfen und dadurch beschädigt habe – was ihr später sehr leid getan habe. Die Mutter spreche jetzt noch davon, dass ihr jemand ihre Zähne kaputt gemacht habe. Es komme auch vor, dass sie ihre Mutter grob anfasse, beim Anziehen, oder wenn sie nicht schnell genug zur Toilette komme. Sie berichtet ferner von „Ekelgefühlen mit Toilettensachen“. Geschlagen habe sie ihre Mutter noch nicht, und sie hoffe, dass ihr das nicht passiere, „aber man kann schon mal wütend werden.“ Sie habe ihrer Mutter schon bewusst mit negativen Konsequenzen gedroht, für den Fall, dass sie sie „weiter ärgert“: „Ich hab ihr auch schon

gedroht, dass wenn sie mich weiter ärgert, dass ich dann Urlaub mache und dann kommt eben 'n Pflegedienst, was sicher 'ne Bedrohung ist für sie.“ Die Tochter geht davon aus, dass die Mutter dann „eingehen würde“. Die Mutter versuche sich zu beschäftigen, die Tochter sehe aber keine Möglichkeit, ihrer Mutter Betätigungsmöglichkeiten zu verschaffen. In finanzieller Hinsicht sei die Tochter schon lange auf die Mutter angewiesen. Sie habe eine Kontovollmacht für ihre Mutter und erläutere: „Das war auch vorher schon so. Ich bin nie mit meinem Geld ausgekommen.“

Eine ähnliche Problemkonstellation liegt dem folgenden Fallbeispiel zugrunde. Eine demenziell erkrankte Frau wird von ihrem bereits vor der Pflegebedürftigkeit bei ihr lebenden Sohn gepflegt. Die Schilderungen des Sohnes weisen möglicherweise auf problematische emotionale Verstrickungen hin, so seine Aussage, er wolle sich eher zugrunde richten, als seine Mutter in eine stationäre Einrichtung zu geben. Auch in diesem Fall besteht eine finanzielle Abhängigkeit des vor der Pflege nur diskontinuierlich erwerbstätigen Pflegenden von der Pflegebedürftigen. Die konkreten Auslöser gewaltförmigen Verhaltens des Sohnes waren – er beschreibt solche Vorfälle rückblickend und vermittelt den Eindruck, dass sie heute nicht mehr denkbar wären – physische und verbale Angriffe seiner Mutter und deren Wahnvorstellungen und in der Folge realitätsinadäquates Verhalten. Im Interview berichtet der Sohn einerseits sehr reflektiert von eigenem problematischem und gewaltförmigen Verhalten und seinen Lernprozessen im Hinblick auf den Umgang mit den Auslösern solchen Verhaltens. Überzeugend schildert er, wie er unter anderem durch Unterstützung einer Angehörigenselbsthilfeorganisation das Verhalten der Mutter als durch die Krankheit bedingt zu begreifen lernte und begann, kreativ mit den Herausforderungen umzugehen. Andererseits erlebte die Interviewende die Wohnung als hygienisch in kritischem Zustand und das Verhalten des pflegenden Angehörigen als bedrohlich.²⁶⁰ Der höchst widersprüchliche Eindruck, den dieses Setting vermittelt, bleibt unaufgelöst, eine kontrastierende Perspektive liegt nicht vor.

I_37: In diesem Setting pflegt der 51-jährige Sohn seine 85-jährige Mutter. Die Pflegebedürftige erkrankte vor sechs Jahren an Alzheimer und wird seitdem von ihrem Sohn versorgt. Sie habe einen Tinnitus und auf beiden Augen grauen und grünen Star. Bis vor einem halben Jahr habe sie noch alleine essen und zur Toilette gehen können, mittlerweile könne sie nichts mehr alleine bewältigen. Der pflegende Sohn – er ist auch der gesetzliche Betreuer – sei bereits vor dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu seiner Mutter gezogen, da er sich damals von seiner Verlobten getrennt habe. Er habe die Erkrankung von Anfang an mitbekommen und sei in seine pflegerischen Aufgaben hineingewachsen. Eine Heimunterbringung komme für ihn nicht infrage, dann würde er sich wie ein „Mörder“ fühlen, da die Pflegebedürftige dort seiner Vermutung nach „einginge“. Der Sohn möchte seine Mutter zu Hause behalten, denn sie habe viel für ihn und seine beiden Schwestern getan, auf vieles für die drei verzichtet. Seinen Tagesablauf habe er „voll an den von Müttern anpassen müssen“ und da es nicht möglich sei, nebenbei zu arbeiten, habe seine mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit auftretende Arbeitslosigkeit zu diesem Zeitpunkt gut gepasst („als wenn das so sein sollte“). Unterstützung erhält der Sohn durch seine Schwester sowie durch die Gruppenbetreuung einer Selbstorganisation von Angehörigen von Alzheimerpatientinnen und Alzheimerpatienten, deren Gesprächsgruppenangebot er ebenfalls regelmäßig nutze.

²⁶⁰ Der pflegende Sohn schloss hinter der Interviewerin die Wohnungstür ab und äußerte, dass sie „ohne Weiteres“ nicht mehr aus der Wohnung kommen würde.

Nach Aussage des pflegenden Sohnes habe er sich zu Beginn der Pflege oft über das Verhalten seiner demenzerkrankten Mutter aufgeregt. Sie habe z. B. immer „nach Hause“ gewollt, sei einmal auch auf den Balkon gegangen und habe um Hilfe geschrien, woraufhin er sie heftig vor die Brust geschlagen habe. Sie habe ihn und andere ständig beschuldigt, ihr etwas gestohlen zu haben und sei ihrem Sohn gegenüber „schon sehr oft“ laut geworden und habe ihm Vorwürfe gemacht. Auch habe sie ihm ein Mal eine Ohrfeige gegeben und ihn gekniffen, weil er mit ihr gegen ihren Willen zur Toilette ging. In dieser ersten Zeit habe er nicht gut mit der Pflege umgehen können, sei sehr krank geworden und fünf Wochen in einer psychosomatischen Klinik gewesen, wo er gelernt habe, mit dem Verhalten der Mutter umzugehen und sich bei Bedarf abzugrenzen. Früher sei er leicht aggressiv geworden, habe in schwierigen Situationen mit ihr geschimpft, doch jetzt versuche er – unterstützt durch das Gruppenangebot – bestimmte Dinge zu überhören, sie abzulenken oder ihr einfach recht zu geben, denn Streiten bringe nichts. Einmal habe er der Mutter auch auf die Finger gehauen: „Es ist vorgekommen, dass ich ihr mal auf die Finger gehauen habe, weil sie irgendwas gemacht hat, was eigentlich nicht sein darf. Die wollte irgendwas, ich weiß nicht mehr, was das war, wollte irgendwas machen, was vollkommen Unsinniges (...). Obwohl ich das tausendmal vorher gesagt habe ‚Lass es bitte drin! Lass!‘ und die wollte einfach, und gut, ist mir passiert, tut mir leid, weiß ich ja selber, es darf nicht sein, aber es passiert nun mal eben. Kann ich nichts machen.“ Er habe verstanden, dass sie krank sei und nichts für ihr Verhalten könne. Er sieht in diesen „Ausrastern“ die einzigen Möglichkeiten seiner Mutter, ihre Bedürfnisse zu äußern.

Gelegentlich schließe er seine Mutter ein, wenn er kurze Erledigungen machen müsse. Größere Probleme habe es beim Baden gegeben, Probleme, die er auch darauf zurückführt, dass sich die Mutter von ihm als Mann und Sohn nicht habe pflegen lassen wollen. Die Mutter habe sich insbesondere gegen die Intimpflege durch ihren Sohn gewehrt; er habe es manchmal nicht geschafft, sie zu baden und mache es jetzt immer mit seiner Schwester zusammen. Nach wie vor sei es „wirklich schwierig“, wenn sie nachts aufstehen wolle, „nonstop“ – auch in der Nacht – erzähle. Da sich Mutter und Sohn ein Bett teilen, habe er manchmal schon in einem anderen Zimmer geschlafen, um endlich Ruhe zu haben. Sie schliefen gemeinsam in einem Zimmer, da sie nachts sehr unruhig sei, wenn sie allein sei. Er müsse Händchen halten und da sein. Sobald seine Mutter morgens aufwache, habe er keine ruhige Minute mehr, da sie immer irgendetwas wolle, z. B. zugedeckt oder aufgedeckt werden. Es sei schwierig, ihr etwas recht zu machen. So meckere sie auch, wenn sie ins Bett gehe und ihr Sohn nicht zur selben Zeit schlafen gehe („dann habe ich die Hölle“) und sie fange an „zu meckern und zu meutern“, wenn er mal unterwegs sei und seine Schwester auf die Mutter aufpasse, weil sie so stark an ihm hänge. Der Sohn fühlt sich nach eigener Aussage isoliert, die sozialen Kontakte seien „abgeflaut“ und er habe „absolut kein Privatleben mehr“. Das sei belastend, aber er betont, dass er selbst auch von der Pflege profitiere. „Auch wenn ich [bei der Pflege] kaputtgehe“, wolle er seine Mutter trotzdem weiter pflegen: „Ehe ich Mutter ins Heim bringe, gehe ich selber zugrunde.“ Er bekomme Dankbarkeit in der Form zurück, dass seine Mutter wegen seiner Anwesenheit glücklich sei und ihm sage, er solle sie nicht alleine lassen.

Perspektiven- und Interessendivergenzen als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger

In einer Reihe von Fällen lassen sich tendenziell krankheits- und pflegeunabhängige Perspektiven- und Interessendivergenzen zwischen zu Pflegenden und Pflegenden als Auslöser bzw. Ursachen von problematischem Verhalten pflegender Angehöriger identifizieren.

Im folgenden Fallbeispiel berichtet die pflegende Angehörige von verbalen Aggressionen ihrerseits im Rahmen von als unangemessen erlebten Einmischungen der Mutter in ihre Angelegenheiten. Dabei verweist sie darauf, dass solche Auseinandersetzungen harmlos seien, die beiden hätten ihre Konflikte vor der Pflegebedürftigkeit miteinander ausgefochten und nun ihren Frieden gefunden. Es handelt sich hier um ein Beispiel für die erfolgreiche Gestaltung von Pflege als biografisch letzte Chance zur positiven Beziehungsveränderung. Die Pflegende beschreibt, dass Anlässe solcher Konflikte nicht in direktem Bezug zur Pflegebedürftigkeit stehen, sondern dass es darum gehe, wer seine Vorstellungen durchsetze. Offensichtlich ist es der pflegenden Tochter immer wieder wichtig, deutlich zu machen, dass sie in ihrem Haushalt das Sagen hat. Zudem schildert sie, manchmal auf wiederholt vorgetragene Bemerkungen ihrer Mutter verärgert zu reagieren. Sie berichtet zudem, dass sie ihrer Mutter, ohne dies zu wollen, bei Pflegehandlungen Schmerzen zufüge (vgl. die Berichte von ambulanten Pflegekräften in Kapitel 5.4.6.3.4.2.2). Ihre Schilderungen lassen letztlich offen, ob sie dieses Zufügen von Schmerzen als der Routine ihres Handelns geschuldet versteht – womit es theoretisch vermeidbar wäre – oder ob die physische Verfassung der Mutter die Schmerzen unvermeidbar macht. Diesbezüglich lässt sich kein konkreter Auslöser des Verhaltens ausmachen, das Verhalten der Tochter ist täglich wiederkehrend. Im Fallbeispiel wird der Aspekt der Rollenumkehr sehr deutlich.

I_10: Die 51-jährige pflegende Tochter einer 82-jährigen Pflegebedürftigen berichtet, dass sich durch die Übernahme der Pflege das beiderseitige Verhältnis entscheidend verbessert habe. In einer von beiden als grundsätzlich positiv geschilderten Pflegebeziehung komme es gleichwohl immer wieder zu verbalen Aggressionen durch die Tochter, vor allem wenn Mutter und Tochter unterschiedliche Vorstellungen hätten. „Ich hab’ sie auch schon mal angeschrien, hab’ gesagt: ‚Reicht jetzt, ich bin hier zu Hause und das wird so gemacht, wie ich das will‘. Ist genauso wie man früher umgekehrt gemacht hat: ‚Solange du die Füße unter meinen Tisch stellst, machen wir das so, wie ich das [will]!‘ Oder ich sag dann auch zu ihr ‚Mensch halt dich da raus, du hast da keine Ahnung von‘ oder so, das sage ich schon auch manchmal. (...) also [was] immer so ’n Knackpunkt ist war das ‚haben wir noch Brot im Hause?‘ ‚Ja‘. ‚Gestern war das nur noch eine Scheibe.‘ Sage ich ‚Wir haben trotzdem noch Brot, ich gehe gleich kaufen und bring welches mit.‘ Das sind aber so Rituale. ‚Vergess’ mir das Brot nicht‘, das kommt dann fünfmal, dann sage ich: ‚Das reicht jetzt, du, und in dem ganzen Jahr hier ist uns noch nie das Brot ausgegangen.‘ Dann wird man manchmal – und wenn man dann ’nen schlechten Tag hat, sagt man das auch ’n bisschen lauter oder ’n bisschen aggressiver, aber dann ist wieder drei Wochen Stille, dann. (...) es sind eigentlich Lappalien. Es sind keine großen Geschichten. Ich denke mal, meine Mutter und ich, wir haben unsere Kämpfe wirklich in früheren Jahren ausgefochten. Da haben wir uns gestritten, da hatten wir wochenlange Funkstille. Wir haben Jahre zwischendurch mal kaum Kontakt gehabt und wir waren wie Feuer und Wasser. Aber ich denke mal, wir haben unsere Kämpfe damals ausgefochten, nicht jetzt. Wir werden jetzt friedlich, wo wir zusammen sind, ja.“

Die Tochter berichtet auch, dass sie – aus ihrer Sicht unvermeidbar – der Mutter durch die routinierte Durchführung der Pflege Schmerzen zufüge. „Aber ja, ich tue der öfter mal weh, aber das hängt auch viel damit zusammen, dass man manchmal gar nicht weiß, wo man die noch anfassen soll (...). Also nicht mit Absicht weh, aber ist natürlich klar, man kriegt in seinen Handlungsweisen auch ’ne gewisse Routine jetzt im Laufe der Zeit und dann muss es manchmal auch mal ein bisschen schneller gehen und dann wird sie auch nicht mit Glacéhandschuhen angefasst, sondern dann wird sie halt gewaschen und dann oder ditt

oder jenes und eingecremt und dann geht das zack zack und links und Pullover an und so. Aber ich sage mal, dann tue ich ihr auch mitunter weh, aber nicht bewusst oder nicht mit Absicht. Aber dadurch, dass sie natürlich viele (...) kaputte Stellen hat oder wo ihr die Knochen wehtun, fühlt die sich dann manchmal schon ein bisschen robust angefasst, ne und so.“ Die befragte Mutter berichtet nicht über grobes Anfassen bei der Pflege. Gelegentliche verbale Ausbrüche der Tochter relativiert sie und äußert Verständnis dafür. „Aber das ist doch nicht schlimm, die muss sich doch auch mal Luft machen.“ Im Vordergrund stehe für sie das Gefühl von Dankbarkeit, dass ihre Tochter sich um sie kümmere.

Anhand einiger Beispiele wurde bereits deutlich, dass in Interaktionen mit aggressivem Verlauf die Interpretation und Deutung des Verhaltens der Interaktionspartner von zentraler Bedeutung sein können. Bisher primär zur Sprache kam die Attribution von Verhalten als krankheitsbedingt oder intentional. Im folgenden Fallbeispiel wird eine andere Dimension deutlich: Die pflegende Angehörige schildert, dass sie Vorhaltungen ihrer Mutter habe besser verstehen können, indem sie versuchte, sich in ihre Situation hineinzuversetzen. Die Übernahme der Perspektive der Pflegebedürftigen führte in diesem Fall dazu, die Vorhaltungen der Pflegebedürftigen nicht mehr als Angriff zu werten, sondern dafür Verständnis aufzubringen. Auf dieser Grundlage habe die pflegende Angehörige bei weiteren ähnlichen Vorfällen nicht mehr verbal aggressiv auf die Mutter reagiert. Das geschilderte Setting ist exemplarisch für eine Reihe von Pflegekonstellationen, in denen die pflegenden Angehörigen in beeindruckendem Maße die Interaktionen in der Pflege und darin speziell ihr eigenes Verhalten vor dem Hintergrund der Einschränkungen und Abhängigkeiten der Pflegebedürftigen reflektieren und dies modifizieren. Einige pflegende Angehörige begreifen dies explizit als Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung. Das von ihnen beschriebene Verhalten ist sicher nicht im engeren Sinne als Viktimisierung zu werten, auch die Klassifizierung als problematisches Verhalten erschiene im Kontext einer gleichberechtigten Beziehung fraglich. Allerdings thematisieren die pflegenden Angehörigen das Machtgefälle und die begrenzten Veränderungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen und problematisieren daher ihr eigenes Verhalten.

I_41: Zu Beginn der Pflege der 90-jährigen Mutter habe es der 63-jährigen Tochter zufolge Konflikte darüber gegeben, dass sich die Mutter über zu lange Abwesenheitsphasen der Tochter beschwerte. Bis sie verstanden habe, dass ihre Mutter ein anderes Zeitempfinden hat, habe sie auf diese Vorwürfe verbal aggressiv reagiert und sie „auch mal“ angeschrien. Mittlerweile habe sie ihre Wahrnehmung an die ihrer Mutter angepasst und bedauere ihre aggressiven Reaktionen, die der Pflegebedürftigen Angst gemacht hätten. Auf Nachfrage nach Situationen, in denen man sich in der Pflege über den anderen ärgere, beschreibt sie Folgendes: „Ja, hat es mal gegeben, und zwar hat es die gegeben gleich am Anfang, (...) und ich dann mal, mal weg war, da sagt sie dann zu mir: ‚Du bist aber lange weg gewesen, lange!‘ Aber da hat sie schon das Empfinden gehabt, das war lange, obwohl das gar nicht lange war. Aber da war sie alleine und hat das Empfinden gehabt, ich bin ewig weg, ne. Das waren vielleicht auch nur so drei Stunden mal. (...) Aber da habe ich auch schon mal dann (...) gemeckert, weil ich – das habe ich noch nicht so verstanden, dass das für meine Mutter eine lange Zeit war, für mich ’ne kurze. (...) Ich hab gesagt: ‚Mensch, nun stell dich doch nicht so an, ich musste doch auch da hin und wieder zurück. (...) Das kann doch nicht lange sein, guck mal auf die Uhr, ich bin doch jetzt schon wieder da.‘ Da war ich ein bisschen unwirsch, ungehalten, ja. Stimmt. (...) Ich hab’ gedacht, sie kann eigentlich nichts – das sage ich ja

mit allem – sie kann ja nichts dafür, ja. (...) Wenn ich mal irgend 'ne Situation hatte – zum Beispiel auch so dreimal was sagen oder viermal was sagen muss –, dann ist es mir auch schon mal rausgerutscht, dass ich das so 'n bisschen (...) unwirsch [sagte]: ‚Mensch, das habe ich dir doch schon dreimal gesagt.‘ Und im selben Moment denke ich, ‚Warum sagst du das eigentlich in dem Ton? Sag es doch genauso ruhig und freundlich wie vorher auch. Sie kriegt nur Angst, wenn ich sie anschreie oder so.‘ Ist mir schon passiert, aber sehr selten.“

Die Tochter möchte trotz eigener gesundheitlicher Einschränkungen die häusliche Pflege der Mutter aufrechterhalten. Die Pflege steht im Kontext einer guten Beziehung zwischen pflegender Tochter und pflegebedürftiger Mutter. Die gelungene Pflegebeziehung kennzeichnet gegenseitige Rücksichtnahme, Dankbarkeit vonseiten der Pflegebedürftigen und das Gefühl der Pflegenden, auch von der Pflege zu profitieren. Trotz Unterstützung durch die Tochter und eine private Helferin fühlt sich die pflegende Angehörige von den pflegerischen Aufgaben physisch und psychisch überfordert. Am stärksten beklagt sie den enormen Zeitdruck und die aufwendige Organisation des Alltags.

Nichtanlassbezogenes problematisches Verhalten bzw. Unterlassen von Handlungen durch pflegende Angehörige, primär finanzielle Motivation zur Pflegeübernahme bzw. Aufrechterhaltung der Pflege

In einigen Fällen lässt sich das problematische Verhalten der Pflegenden nicht konkreten Auslösern zuordnen, teils weil die Pflegenden diesbezüglich keine Aussagen machen, teilweise aber auch weil das problematische Verhalten – bzw. in einem Fall auch das Nichtverhalten, also Unterlassen von Handlungen – eher von dauerhafter Art ist. In beiden im Folgenden beschriebenen Fällen sind finanzielle Motive ganz wesentlich für die Aufrechterhaltung der Pflegesituation. Dabei geht es jeweils um die Beibehaltung der aktuellen Wohnsituation.

In dem nachfolgend beschriebenen Setting liegt der Übernahme der Pflege eine nicht ausschließlich, aber primär finanzielle Motivation zugrunde. Die subjektiv erlebte Belastung der pflegenden Angehörigen ist erheblich bei – im Vergleich zu anderen hier untersuchten Pflegesettings – eher begrenztem objektivem Pflegebedarf. Das enge Zusammenleben, die ständige Anwesenheit der pflegebedürftigen Großmutter und ihr krankheitsbedingt problematisches Verhalten sowie das in der Folge konflikthafte Verhältnis der befragten pflegenden Angehörigen zu ihrem Lebensgefährten führen dazu, dass diese die Pflege eher entgegen ihren eigentlichen Interessen aufrechterhält, Veränderungen aber durch finanzielle Abhängigkeiten zumindest erschwert sind. Ob das Verhalten der Enkelin bereits als viktimisierend gelten kann, ist fraglich, die im Interview beschriebene infantilisierend-bevormundende Ansprache erscheint jedenfalls problematisch. Die Depressivität der Großmutter und ihre trotz demenzieller Veränderungen klare Aussage im Interview²⁶¹, sie wolle lieber bei ihrem Sohn leben, lassen zumindest vermuten, dass die aktuelle Lebenssituation auch aus der Sicht der Pflegebedürftigen nicht zufriedenstellend ist.

I_60: Als die Großmutter einer zum Befragungszeitpunkt 44-jährigen Frau einen Oberschenkelhalsbruch erlitt und in der Folge unterstützungsbedürftig wurde, nahm die Enkelin die 92-Jährige nach eigenen Angaben aus finanziellen Erwägungen in ihren Haushalt auf. Der Ehemann der Enkelin sei bereits vor einigen Jahren verstorben und die Mietkos-

²⁶¹ Die Antworten der Großmutter im Interview sind ansonsten sehr einsilbig und wenig aussagekräftig.

ten der großen Wohnung hätten fast vollständig ihr Einkommen verschlungen; durch die Aufnahme der Großmutter habe sie die Wohnung halten können. Die Beziehung zur Großmutter sei früher gut gewesen, sie hätten sich wöchentlich gesehen und viele Ausflüge miteinander gemacht und auf dieser Grundlage habe sie sich vorstellen können, mit der Großmutter zusammenzuleben. Allerdings habe sie sich damals nicht darauf eingestellt, dass sie auch dauerhaft Pflegeaufgaben übernehmen müssen. Nach Aussage der demenziell leicht eingeschränkten Großmutter würde sie lieber bei ihrem Sohn leben, dieser habe aber eine zu kleine Wohnung. Weitreichende Unterstützung erhält die Enkelin nach eigenen Angaben von ihrem Vater – dem Sohn der Pflegebedürftigen. Notwendige Pflegetätigkeiten seien Zubereitung und Anreichen des Essens sowie einmal wöchentlich eine Ganzkörperwäsche. Die Enkelin berichtet, dass es der Pflegebedürftigen körperlich gut gehe, „sie hat definitiv nichts“. Für die Enkelin, die 30 Stunden wöchentlich in der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege arbeitet, jedoch zum Interviewzeitpunkt aufgrund eines Bandscheibenvorfalles krankgeschrieben ist, stellt sich das Zusammenleben mit der Großmutter als enorme Belastung dar.

Die Großmutter habe seit etwa einem Jahr das Haus nicht mehr verlassen, habe auch keine regelmäßigen Termine. Häufige Stimmungsschwankungen und Äußerungen, dass sie nicht mehr leben wolle, deuten auf eine depressive Symptomatik. Die Enkelin räumt ein, dass sie sich das Zusammenleben anders vorgestellt habe. Insbesondere die „Sturheit“ und die ständige Anwesenheit der Großmutter seien für sie anstrengend. Sie wünsche sich, häufiger mal allein oder allein mit ihrem Partner zu sein. Entsprechend schicke sie die Großmutter dann in ihr Zimmer, damit sie ihre Ruhe habe. Wenn es zu Konflikten komme, werde die Enkelin manchmal laut: „irgendwie, dass man jetzt mal sagt, also ‚Oma, jetzt reicht es aber, jetzt gehst du mal in dein Zimmer‘“. In problematischen Situationen schimpfe sie vor sich hin.

Die Pflege stelle eine große Belastung für ihre Partnerschaft dar. Ärger gebe es aufgrund der ständigen Anwesenheit der Großmutter: „Ihn nervt es total, wenn wir am Wochenende hier mal zu Hause sind. (...) Oma hat ihr Zimmer und dann sie sitzt nur bei uns im Wohnzimmer und das ist halt 'n riesengroßes Problem.“ Es komme immer wieder zu Auseinandersetzungen mit ihrem nicht im gleichen Haushalt wohnenden Lebensgefährten, auch weil sie sich von ihm nichts bieten lassen wolle. „Dann gebe ich natürlich auch Kontra und denn fliegen hier die Fetzen mitunter, das wird irgendwie, also ist schon ziemlich krass geworden in einem Jahr.“ Sie geht davon aus, dass sie aufgrund der Pflege keinen anderen Mann mehr finden würde („weil das macht ja keiner mit (...), kein anderer Mann will die Oma“). Die Enkelin berichtet, sie habe ihren Alltag während der ersten 1,5 Jahre der Pflege fast nur nach den Bedürfnissen der Großmutter organisiert; inzwischen versuche sie, sich gegen deren Wünsche besser abzugrenzen: „Zu sagen hier: ‚Zack, und jetzt gehst du ins Zimmer und du hast 'nen Fernseher und hast das und das und jetzt, ich möchte auch mal zwei Stunden alleine sein.‘ (...) Das lerne ich jetzt irgendwie seit vier Monaten, obwohl es mir total schwerfällt.“ Sollte die Großmutter bettlägerig und inkontinent werden, dann könne die Enkelin die Versorgung nicht mehr übernehmen. Wie es dann weitergehen soll, sei nicht klar. Allerdings gehe sie ohnehin davon aus, dass sie sich mit dem Auszug der beiden zum Interviewzeitpunkt 18-jährigen Söhne eine neue Wohnung werde suchen müssen.

Im folgenden Pflegearrangement lässt sich zwar ein Teil des potenziell als problematisch zu erachtenden Verhaltens mit konkreten Auslösern verknüpfen (verbale Aggressionen), dies trifft jedoch nicht zu für den Aspekt der nichtintentionalen psychosozialen Vernachlässigung. Beide (Nicht-)Verhaltensweisen stehen im Zusammenhang mit einer lebenslang von Dominanzansprüchen der Pflegebedürftigen sehr belasteten und ange-

spannten Mutter-Tochter-Beziehung und dem aktuellen Verhalten der Mutter. Die Pflege ist gekennzeichnet von mangelnder Compliance der Pflegebedürftigen und gleichzeitig starker Beanspruchung der ambulanten und familialen Pflegepersonen durch die Pflegebedürftige und auch durch die verbalen und physischen Aggressionen der Mutter (der Fall wurde unter dieser Perspektive bereits im Kapitel 5.4.6.3.4 dargestellt). Den Aussagen der pflegenden Tochter ist eine erhebliche Ambivalenz zu entnehmen zwischen Schuldgefühlen einerseits und der Abwehr von Zuständigkeit im Bereich der psychosozialen Ansprache andererseits. Die befragte Pflegeperson berichtet sehr eindrücklich von ihren Strategien im Umgang mit dem fordernden Verhalten der Mutter und mit ihren eigenen Aggressionen und verzeichnet es als erfolgreiche Abgrenzung der Mutter gegenüber und als Beweis ihrer Autonomie, dass sie es ihrer Mutter im Rahmen der Pflege nicht – oder nur in geringem Umfang – durch Aggressionen „heimzahlt“. Es handelt sich insgesamt um eine wesentlich auch durch die finanziellen Rahmenbedingungen motivierte Pflegebeziehung.

I_78: Eine 57-jährige Frau pflegt – unterstützt von einem ambulanten Dienst – ihre 92-jährige Mutter. Diese ist seit ca. 8 Jahren zunehmend unterstützungsbedürftig, vor allem im Bereich der Körperhygiene. Die Pflegeübernahme war nach Aussagen der Tochter vor allem dadurch motiviert, dass im Falle einer Heimunterbringung das im Eigentum der Mutter befindliche gemeinsame Wohnhaus hätte verkauft werden müssen.

Das Verhältnis zur Mutter beschreibt die Tochter als stark belastet durch Dominanzansprüche der Mutter. Sowohl Tochter als auch ambulante Pflegekraft charakterisieren die Pflegebedürftige als dominant und gegenüber der Tochter wie auch den ambulanten Pflegekräften in ihren Forderungen teilweise grenzüberschreitend. Die Tochter betont einerseits, dass ihre Mutter alles habe, was sie brauche, scheint teilweise aber auch unsicher in der Einschätzung der Situation und des richtigen Umgangs, z. B. mit den Panikattacken. Die Tochter fühle sich „angekettet“, weil sie immer für die Mutter zur Verfügung stehen müsse bzw. Angst habe, dass etwas passiere, wenn sie nicht da sei. Zudem sei sie durch die ständige Unzufriedenheit der Mutter belastet. Die Pflege gestaltet sich aus Sicht der Tochter aufgrund mangelnder Mitwirkung der Mutter und ihrer verbalen Aggressionen schwierig und auch die Pflegekräfte beschreiben, dass die Pflegebedürftige ihnen gegenüber aggressiv werde. Teilweise sei es nach Aussagen der Tochter zu verbal-aggressivem Verhalten ihrerseits gekommen, als Reaktion auf Undankbarkeit und verbale Angriffe der Mutter. Dann schreie sie auch schon mal: „Leck mich am Arsch!“, gehe raus und knalle die Tür zu. Solche Situationen seien absolute Ausnahmen und kämen immer seltener vor. Für die Tochter sei es wichtig und ein Zeichen erfolgreicher Abgrenzung, dass sie sich an ihrer Mutter nicht für früheres oder aktuelles Verhalten räche, sondern ihre Umgangsformen – aus dem Bewusstsein der Abhängigkeit der Mutter – an den pragmatischen Notwendigkeiten der Situation orientiere. Die ambulante Pflegekraft beschreibt verbal-aggressive Reaktionen der Tochter auf Beschwerden ihrer Mutter („Rumhacken“).

In den Berichten beider Interviewpartnerinnen wird auf die Kontaktarmut und die Einsamkeit der Mutter hingewiesen – trotz räumlicher Nähe der Familie. Angesichts der angespannten Beziehung und der „schwierigen Art“ der Mutter deutet sich die Gefahr psychosozialer Vernachlässigung an. In den Berichten der Tochter gibt es Hinweise auf mangelnde Ansprache. So weist sie unter Bezugnahme auf die problematische Beziehung die Zuständigkeit für das emotionale Wohlbefinden ihrer Mutter von sich und möchte sich durch emotionale Abgrenzung auf das aus ihrer Sicht Notwendige beschränken: „Ich kümmerge mich drum, dass sie ein vernünftiges Leben hat, aber das Zwischenmenschliche sehe ich

nicht als meine Aufgabe an. (...) Sie hat alles, was sie braucht, zu essen, zu trinken, ein Dach über dem Kopf und es ist jemand da (...). Sie hat keinen Grund zu klagen.“ In Situationen, in denen die Mutter unzufrieden sei, werden teilweise Drohungen ausgesprochen: „Wenn sie arg am Jammern und Klagen ist, dann sag ich schon mal: ‚Wollen wir mal wieder ins Altersheim gehen, zu denen, die nicht piep und popp sagen können.‘“

Eine zukünftige Schwierigkeit sieht die pflegende Angehörige vor allem in der mangelnden Bereitschaft der Mutter, sich füttern zu lassen; schon jetzt deutet sie an, dass die Mutter Hilfe bei der Nahrungsaufnahme brauchen werde. Für den Fall einer Verschärfung erwägt die Tochter eine Heimunterbringung, schiebt das Thema aktuell aber noch weit von sich. Neben den genannten Problemen beschreibt sie auch positive gemeinsame Entwicklungsschritte; sie hätten viel von- und aneinander gelernt.²⁶²

Zusammenfassung

Berichte über Problemverhalten pflegender Angehöriger liegen für die untersuchten familialen Pflegearrangements vor allem aus der Perspektive der Angehörigen selbst vor. Dabei handelt es sich selten um gravierende Vorfälle, zumeist geht es um weniger dramatische Viktimisierungen und in vielen Fällen lediglich um geringfügig problematisches Verhalten, dessen Schilderung sich auch als Hinweis auf Sensibilität und Reflexionsbereitschaft der Pflegenden interpretieren lässt. Pflegende Angehörige stellen die eigene positive Motivation zur Pflege und die Belastungen durch die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die eigene Pflegetätigkeit heraus, berichten von eigenem gewaltförmigen oder problematischem Verhalten und erklären dieses als im Kern belastungsinduziert. Sie beschreiben sich als Personen, die aufgrund massiven externen situationsspezifischen und allgemeinen Drucks Verhaltensweisen an den Tag legen, die ihnen unter anderen Umständen nicht zu eigen sind. Die diesbezüglichen Berichte ambulanter Pflegekräfte decken sich in der Gesamttendenz im Hinblick auf Schwere, vermutete Ursachen und Auslöser der Verhaltensweisen überwiegend mit denen der pflegenden Angehörigen.

Die von den familial Pflegenden selbst berichteten Viktimisierungen markieren einen spezifischen Ausschnitt aus der Gesamtheit der in der vorliegenden Untersuchung berichteten Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige und unterscheiden sich deutlich von – nicht auf in der Stichprobe enthaltene Pflegearrangements bezogenen – Berichten aus Beobachtersicht sowie von jenen Fällen, in denen primär oder ausschließlich aus Sicht der jeweiligen ambulanten Pflegekräfte problematisches Verhalten Angehöriger geschildert wird. Im Vergleich der Fallgruppen wird klar, dass in den im Detail untersuchten Pflegesettings primär Fälle vorkommen, in denen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht vonseiten der pflegenden Angehörigen nicht vorliegt. Es handelt sich hier ganz überwiegend um Pflegebeziehungen, in welchen die pflegenden Angehörigen grundsätzlich gewillt sind, die Pflegebedürftigen adäquat zu versorgen, in denen dies jedoch aufgrund der jeweiligen strukturellen oder situativen Umstände nicht auf die gewünschte Art, im gewünschten Umfang oder nicht immer konfliktfrei möglich ist. In den Schilderungen aus Beobachterperspektive lassen sich auch – aber eben nicht nur – die hier nicht vertretenen Fallkonstellationen finden, in denen nicht von einem grundsätzlich dominanten Bemühen des Pflegenden um das Wohlergehen des Pflegebedürftigen ausgegangen werden kann.

²⁶² Dieser Fall ist unter dem Aspekt der Viktimisierung Pflegenden auch in Kapitel 5.4.6.3.3 und unter Interventionsaspekten in Kapitel 5.4.6.4.2.1 dargestellt.

Dieses unterschiedliche Fallspektrum lässt sich im Wesentlichen durch Merkmale des Forschungszugangs erklären. Pflegende Angehörige, bei denen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht vorliegt – was eine positive und dauerhafte Motivation zur Sorge um die pflegebedürftige Person ausschließt oder wenigstens unwahrscheinlich macht – würden sich kaum freiwillig an einer Interviewstudie wie der vorliegenden beteiligen. Bei dauerhafter Schädigungsabsicht werden Gewaltausübende im Gegenteil in der Regel versuchen, die Kenntnisaufnahme ihres Verhaltens durch Außenstehende zu verhindern. Diesbezügliches Fallwissen liegt somit eher aus der Sicht von Dritten, von Beobachtenden vor. Das entsprechende Fallaufkommen wird in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 berichtet.

Bei den geschilderten problematischen bzw. gewaltförmigen Verhaltensweisen handelt es sich meist um Handlungen geringer Schwere, welche nur z. T. als Viktimisierungen gewertet werden sollten. In einigen Fällen könnte auch die Charakterisierung als „problematisch“ kritisch diskutiert werden. Solche Fälle wurden hier aufgenommen, sofern pflegende Angehörige selbst ihr Verhalten als problematisch charakterisierten.

Häufig genannte Verhaltensweisen sind infantilisierende Formen der Ansprache, die zum Teil als Versuche zu werten sind, tadelnd, maßregelnd, schimpfend oder mitunter strafend erzieherisch auf das Verhalten der Pflegebedürftigen Einfluss zu nehmen. Ferner finden sich in größerer Zahl Selbstberichte über – zumeist eher milde – Formen verbaler Aggression („laut werden“, „schimpfen“). In wenigen Fällen werden auch gravierendere Formen psychischer Aggression geschildert (Beleidigen, „Ausflippen“, Anschreien, Herumbrüllen). Bisweilen wird mit einer Heimeinweisung gedroht. Unter den berichteten Vorkommnissen physischer Gewalt sind einzelne Fälle, in denen Pflegebedürftige (z.T. wiederum in strafender Absicht) geschlagen wurden. Berichtet wird ferner über „Herumzerren“ und grobes Anfassen von Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit pflegerischen Handlungen; in einem Fall wird die nichtintentionale Verursachung von Schmerzen bei der Durchführung von Pflegehandlungen erwähnt. In Bezug auf mechanische Freiheitseinschränkung wird über Fälle berichtet, in denen Pflegebedürftige – meist wegen der Notwendigkeit von Besorgungen – kurzfristig in der Wohnung eingeschlossen werden. Finanzielle Ausbeutung und Vernachlässigungsdelikte werden nicht geschildert, mit der Ausnahme eines Falles nichtintentionaler psychosozialer Vernachlässigung. Problematisiert wurde auch, dass pflegerisches Handeln selbst gewalttätig sein kann, wenn es dem expliziten Willen der Pflegebedürftigen zuwiderläuft.

Obwohl in allen aus Angehörigensicht geschilderten Fällen problematischen Verhaltens vielfältige Belastungen geschildert werden und die Befragten selbst ihr Verhalten als belastungsinduziert beschreiben, lässt sich aus dem Interviewmaterial kein einfacher kausaler Zusammenhang zwischen pflegebedingten Belastungen und gewaltförmigem bzw. problematischem Verhalten ableiten. Insbesondere im Vergleich zu den Pflege-settings, in denen kein problematisches Verhalten berichtet wird, zeigt sich, dass der Umgang mit solchen pflegebedingten Belastungen höchst unterschiedlich – und eben häufig auch nicht problematisch – sein kann.

Während sich in einer kleineren Anzahl von Fällen das problematische Verhalten der Pflegenden nicht konkreten Auslösern zuordnen lässt, weil es von dauerhafter, nicht anlassbezogener Art ist, können für viele der beschriebenen Fälle konkrete kritische

pflegebezogene Ereignisse bzw. problematisches Verhalten von Pflegebedürftigen als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger beschrieben werden. Eine Analyse dieser Auslöser eröffnet Möglichkeiten der gezielten Prävention für vergleichbare Fallkonstellationen. Auslöser sind den befragten Angehörigen zufolge häufig verweigerte Mitwirkung oder Gegenwehr der Pflegebedürftigen bei der Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung, der Körperpflege und auffällig oft bei der Inkontinenzversorgung – wobei Stuhlinkontinenz mit den größten Risiken verknüpft zu sein scheint. Auch Störungen im Schlaf-wach-Rhythmus sind in einigen Fällen Auslöser problematischen Verhaltens. Spezifisch für demenzielle Erkrankungen sind die von Angehörigen genannten Auslöser wie wahnhaftes Verhalten, realitätsinadäquates Verhalten, Weglauftendenzen (im Sinne versuchten Verlassens der Wohnung ohne Absprache mit den Pflegenden) und durch kognitive Einschränkungen verändertes Kommunikationsverhalten. In einer Reihe von Fällen sind verbal oder physisch aggressive Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen Auslöser von problematischem Verhalten Pflegender. Weitere genannte Anlässe sind als unnötig erlebte Anweisungen (Schikanieren), das Nichtbefolgen von Anweisungen und Hinweisen sowie konkrete Konflikte um Entscheidungskompetenzen.

Auslöser in Form kritischer Ereignisse bzw. schwierigen Verhaltens Pflegebedürftiger spielen also eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger, aber sie allein vermögen allenfalls in Einzelfällen derartiges Verhalten zu erklären. Zum einen reagieren viele pflegende Angehörige auf solche kritischen Ereignisse in unproblematischer Form (dies wird im Vergleich zur Gesamtheit der untersuchten Settings deutlich), zum anderen ist das Verhalten der Pflegenden in der Regel von einer Reihe von situationsübergreifend relevanten (Belastungs-)Faktoren beeinflusst, die die Pflegenden zum größten Teil selbst als maßgeblich für ihr Verhalten benennen, die sich zum Teil aber auch indirekt aus dem Material erschließen.

Auffällig ist, dass in sehr vielen Fällen nicht eine körperlich schwere oder psychisch belastende Pfl egetätigkeit als Auslöser problematischen Handelns geschildert wird, sondern primär wahrgenommene fehlende Kooperationsbereitschaft oder Gegenwehr der Pflegebedürftigen bei körperlich bzw. psychisch belastenden Pflegehandlungen. Fälle, in denen pflegende Angehörige das Gefühl haben, dass Pflegebedürftige Pflegehandlungen nicht in einem für sie möglichen Umfang erleichtern bzw. sogar vorsätzlich erschweren, bergen besondere Viktimisierungsrisiken.

Einschätzungen hinsichtlich der Kooperativität ihrer Angehörigen treffen pflegende Angehörige einerseits vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen mit der nun pflegebedürftigen Person; hierbei sind Erfahrungen aus der Zeit vor der Pflegebedürftigkeit insofern von Belang, als festgestellte Kontinuitäten oder Diskontinuitäten den Ausschlag für eine internale (Person) oder externale (Krankheit) Attribution als problematisch erlebten Verhaltens Pflegebedürftiger geben können. Von großer Bedeutung sind dafür zudem Informationen, über die Angehörige hinsichtlich möglicherweise krankheitsbedingter Veränderungen des Verhaltens der Pflegebedürftigen verfügen. Damit sind zwei wesentliche Faktoren benannt: die Qualität der Vorbeziehung und die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Wissen über Krankheitssymptome und sinnvolle Formen des Umgangs damit. Im Hinblick auf das Problem der durch Angehörige unterstellten Nichtkooperativität wie auch im Hinblick auf Aggressionen von Pflegebedürft-

tigen allgemein zeigt das vorliegende Material, dass gravierende Probleme entstehen, wenn pflegende Angehörige zwar prinzipiell wissen, dass problematisches Verhalten der Pflegebedürftigen krankheitsbedingt sein kann, derartiges Verhalten von den Pflegenden aber zugleich plausibel in Kontinuität zu prämorbidem Verhalten gedeutet werden kann. Das Verhalten Pflegebedürftiger wird zudem – diese attributionstheoretischen Aspekte ergänzend – von pflegenden Angehörigen umso verletzender erlebt, je deutlicher es aus Sicht des Betroffenen folgende Merkmale aufweist: Das Verhalten ist intentional, es ist für den Handelnden kontrollierbar, es wird mit der Absicht zu verletzen ausgeführt, es richtet sich persönlich gegen den Betroffenen und die handelnde Person verfügt über die Fähigkeit, die Falschheit ihres Tuns einzusehen.²⁶³ Der in diesem Kapitel gravierendste Viktimisierungsfall war – das beschriebene Deutungsverhalten verschärfend – zusätzlich davon bestimmt, dass die Pflegenden ihren kognitiv kaum beeinträchtigten Partner als im Vergleich zur Vorpflegebeziehung unveränderten Interaktionspartner wahrnahm. In Beziehungen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen ist das Risiko erheblich größer als im Verhältnis ambulante Pflegekraft – Patient, solche Nichtkooperativität, Gegenwehr oder Aggressivität von Pflegebedürftigen vor der Folie der bisherigen Beziehungsgeschichte zu interpretieren und auf dieser Grundlage als persönlichen Angriff zu werten. Präventionsansätze könnten die genannten komplexen Interpretationsleistungen in den Blick nehmen und versuchen, auf sie durch Wissensvermittlung Einfluss zu nehmen. Zugleich – auch dies wird im vorliegenden Material deutlich – gibt es eine Reihe von Fällen, in denen auf Intentionalität abstellende Verhaltensdeutungen pflegender Angehöriger durchaus einen hohen Grad an Plausibilität aufweisen. In solchen Fällen muss es darum gehen, veränderte kognitive, emotionale und behaviorale Formen des Umgangs mit derartigen Vorfällen zu vermitteln.

Als von großer Relevanz erwiesen sich im Interviewmaterial auch eingeschränkte Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen, sich vom (krankheitsbedingten) problematischen Verhalten der Pflegebedürftigen emotional zu distanzieren. Dies setzt aufseiten der Pflegenden eine veränderte Erwartung an die Qualität der Beziehung voraus, und gerade in stark von Abhängigkeiten geprägten Beziehungen sind solche Distanzierungen schwieriger. Als mit erheblichen Risiken verknüpft, erweist sich im Material auch die Kombination von aufgrund problematischen Verhaltens der Pflegebedürftigen schwierigen Pflegebeziehungen einerseits und Schuld- und Verpflichtungsmotiven bzw. finanziellen Motiven zur Übernahme bzw. Aufrechterhaltung von Pflegebeziehungen andererseits. Kritisch sind ferner Konstellationen, in denen – wiederum in grundsätzlich schwierigen Pflegebeziehungen – Angehörige eine Rollenumkehr und zugleich früheres aggressives Verhalten der nun pflegebedürftigen Person beschreiben. Als in besonderem Maße bedeutsam zeigen sich auch körperliche und psychische Einschränkungen aufseiten der Pflegenden.

5.4.6.3.4.2 Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte

Insgesamt berichten ambulante Pflegekräfte aus den untersuchten Pflegearrangements, aber auch aus ihrer sonstigen Berufspraxis nur in wenigen Fällen von Viktimisierungen bzw. problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen aus der Akteurperspektive.²⁶⁴ Es handelt sich diesen Berichten zufolge in der Regel um Fälle, in denen sich die Pfl-

²⁶³ Vgl. zu derartigen Zuschreibungen u. a. Alicke (1992; 2000), Malle (1999), Malle & Nelson (2003), Shaver (1985), Shaver & Drown (1986).

²⁶⁴ Im Unterschied dazu berichteten ambulante Pflegekräfte im Rahmen der schriftlichen Befragung in großer Zahl über eigenes problematisches bzw. gewaltförmiges Verhalten (vgl. Kapitel 5.2.5.3). Dieser Unterschied lässt sich durch die unterschiedliche Befragungsform und die unterschiedlichen Befragungsschwerpunkte plausibilisieren.

gekräfte einerseits den Anforderungen pflegerischen Handelns und andererseits diesen entgegenstehenden subjektiven Wahrnehmungen und Wünschen der Pflegebedürftigen stellen müssen. Die Pflegekräfte berichten von Situationen, in denen das Ausüben als notwendig erachteter pflegerischer Handlungen für die Pflegebedürftigen unvermeidbar schmerzhaft ist, Situationen, in denen zur Ausübung pflegerischer Handlungen die Anwendung von Zwang erforderlich ist, Situationen, in denen die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen aufgrund des Verhaltens der Pflegebedürftigen erforderlich ist, und Situationen, in denen die Pflegekräfte direkte Angriffe von Pflegebedürftigen abwehren, auf solche Angriffe mit eigenem aggressiven (d. h. nicht nur instrumentell-abwehrenden) Verhalten reagieren oder die Pflege unterbrechen mit der Folge, vorgesehene Pflegehandlungen nicht durchführen zu können.

Im Sinne des dieser Studie zugrunde liegenden Viktimisierungsbegriffs (vgl. Kapitel 3.2) können neun der berichteten Fälle als Viktimisierungen im engeren Sinne gelten. In einigen Grenzfällen ist die Frage, ob eine Handlungs- oder Unterlassungsschilderung einen Viktimisierungsbericht darstellt, nicht eindeutig bzw. nur mit einem gewissen Grad an Willkür zu beantworten. Relevant an dieser Stelle ist, dass die ambulanten Pflegekräfte selbst ihr Handeln in solchen Situationen problematisieren; sie sind unsicher, ob es sich um legitimen Zwang handelt oder ob es Verhaltensalternativen gäbe, und sie erleben ihr eigenes Handeln als eine Form der Gewalt.

In Bezug auf die untersuchten familialen Pflegearrangements schildert nur ein Pfleger einen Vorfall, den er selbst als Ausübung körperlicher Gewalt bezeichnet, wobei er zugleich betont, dass er keine Alternative zu seinem Handeln sehe:

I_31 (examierte Altenpflegekraft, m, 49 J.): Der 60 Jahre alte Pflegebedürftige leidet an einem Dekubitus, der sich vom Beckenknochen über die rechte Seite zieht. Normalerweise würde der Patient aufgrund einer Wirbelsäulenverkrümmung genau auf dem Dekubitus sitzen, sodass der Pfleger den Patienten beim Setzen in den Rollstuhl „mit Gewalt“ und für den Pflegebedürftigen mit Schmerzen verbunden in eine bestimmte Haltung bewegt, um weiteren Druck auf diese Stelle zu verhindern. „Aber das ist natürlich, das ist ja eigentlich nur zu seinem Wohle, nicht, (...) aber trotzdem sind das Schmerzen für ihn. Das sieht man schon.“

Dieser Aspekt, dass das Zufügen von Schmerzen während der Pflege zum Wohle des Patienten geschieht, findet sich in vielen Aussagen von Pflegekräften wieder. Es handle sich um eine mit der Pflege einhergehende unvermeidliche Gewaltform, zu der es keine Alternative gebe. Mit dem von einer Pflegekraft verwendeten Terminus „unabsichtliche Gewalt“ macht die Befragte von sich aus – entsprechend der im Rahmen dieser Studie entwickelten Typologie in Kapitel 5.6.6 – die Intentionalität der Schädigung zum Kriterium. Diese unabsichtliche Form der Gewalt sei mit den pflegerischen Aufgaben zwingend verknüpft, wie eine Pflegekraft anschaulich schildert:

I_15_AP (examierte Altenpflegekraft, w, 25 J.): „Wenn jemand sagt, das hab' ich nie getan, glaub' ich nicht, allein schon, dass man vielleicht aus Versehen, auf 'n Fuß tritt, wenn's eng is', das is' schon Schmerzen zufügen, wenn man den Arm mit höher anhebt, das is' Schmerzen zufügen, wenn man einfach 'n bisschen fester zfasst, wo man normal zfasst, bloß der andre 'n andres Schmerzempfinden hat (...), das sind alles so Sachen. Ja, es passiert.“

Pflegekräfte empfinden es als „sehr belastend“ (I_69_AP), bei Pflegehandlungen Zwang anzuwenden. Zugleich sei dies insbesondere bei demenziell Erkrankten unvermeidbar, da sich viele gegen notwendige Pflegehandlungen wehren, so z. B. beim Waschen oder beim Wechseln des Katheters. In solchen Situationen müssen die Pflegekräfte entscheiden, ob sie sich dem Willen der Patientinnen und Patienten fügen und die Pflegehandlung unterlassen bzw. auf einen späteren Zeitpunkt verschieben oder ob sie die Pflege möglicherweise mit körperlicher oder verbaler Gewalt erzwingen. Solche Abwägungen werden im folgenden Zitat deutlich.

I_54 (Hauspflegehelferin, 41 J.): „Wenn jetzt Frau S. sich total weigert [die Fingernägel schneiden zu lassen], dann wird es verschoben auf ‘n nächsten Tag, weil (...) ich möchte mir da nich (...) den Kontakt zu Frau S. dadurch kaputt machen, dass ich also denn sage: ‚Nee, wir müssen des heute machen‘, nee, also das kommt nich infrage.“ (...)

Es wird deutlich, dass Pflegenden immer wieder neu entscheiden müssen, wie sie sich in einer Situation verhalten und ob eine Pflegehandlung in der jeweiligen Situation unumgänglich ist. Die oben zitierte Pflegekraft bedenkt in ihren Erwägungen vor allem, welche Konsequenzen die Zwangsausübung für die mittel- bzw. langfristige Beziehung zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegekraft und damit für die zukünftigen Bedingungen der Pflege haben wird.

Die im untersuchten Sample geschilderten Fälle von Freiheitseinschränkung durch ambulante Pflegekräfte, bspw. in Form von Fixierungen oder durch Einschließen, werden in der Regel mit Fremd- oder Eigengefährdung begründet.

I_36_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 39 J.): „[Weil] die Leute in der Lage sind durch unbewusstes Handeln andere zu gefährden, das heißt, Körperschaden zuzufügen (...) oder einfach jemand belästigen, weil sie denken würden, das ist eine bekannte Person, obwohl das keine wäre. Bei solchen Fällen, wenn die Leute eingeschlossen sind, wird zum Beispiel Gas auch abgedreht und so, ne. Das ist auch Eigengefährdung, dass die Leute (...) sich selbst auch nicht in Gefahr bringen, dass diese Wohnung nicht verbrennt und so weiter.“

Diese Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen sind stets mit den pflegenden Angehörigen abgesprochen bzw. geschehen in der Regel auf deren Bitten. Die Pflegekraft selbst kann auch kaum ein eigenes Interesse an (über einen einzelnen Moment hinausgehenden) Freiheitseinschränkungen des Pflegebedürftigen haben. Während bei der Pflege in stationären Einrichtungen durchaus Konstellationen vorkommen, in denen aus arbeitsökonomischen Motiven Pflegebedürftige in ihrer Autonomie eingeschränkt werden, ist dies bei der Pflege im häuslichen Bereich für Pflegekräfte kaum realistisch vorstellbar; hier kommt es zwischen ambulanten Pflegekräften und Pflegebedürftigen in der Regel nur zu kurzen Kontakten, während derer die Pflegekraft ja ohnehin mit der pflegebedürftigen Person arbeitet, es also in aller Regel sinnlos wäre, sie zu fixieren oder einzusperren, außer für den kurzfristigen Vollzug konkreter Pflegeverrichtungen. Für die mechanischen Freiheitseinschränkungen im Auftrag der pflegenden Angehörigen fehlen teilweise die vormundschaftsrichterlichen Genehmigungen. Eine befragte Pflegekraft schildert ihren im Zeitverlauf veränderten Umgang

mit solchen Anforderungen von pflegenden Angehörigen. Im Unterschied zu früheren Jahren komme sie mittlerweile Fixierungsaufforderungen ohne richterliche Genehmigung nicht mehr nach.

I_36b_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 39 J.): „Aber ich wusste nicht immer [ob es eine rechtliche Grundlage dafür gibt], ja. Es wurde mir [von den Angehörigen] oft gesagt, dass es genau so zu machen ist, weil es so zu machen ist. (...) Nicht immer habe ich 'ne klare Antwort bekommen. Ja, und ich habe auch oft gesagt: ‚Solange, wie ich keine klare Antwort bekomme, werde ich das nicht machen.‘“

I_30 (Krankenpflegehelferin, 54 J.): „Sie kann sich also in der Wohnung frei bewegen, bloß sie soll nicht nach draußen gehen, weil sie auf die Straße und sich selbst (...) gefährden könnte, ne. (...) [Vor einem Jahr] war das noch nicht so, weil sie da also wirklich noch auch klarer im Kopf war, aber (...) dann fing das schon so langsam an, dass man merkte, das Gedächtnis lässt so 'n bisschen nach. Und sie fing vermehrt an von L. [ihrer Heimatstadt] zu reden und wollte dann wieder nach Hause und dann, ungefähr 'n Jahr ist es her, wo wir sie also ständig auch einschließen.“

In den Fällen, in denen keine richterliche Genehmigung eingeholt wird und die Pflegebedürftigen nicht mehr so einsichtsfähig sind, dass sie selbst eine Genehmigung erteilen könnten, sind sich Pflegekräfte bewusst, dass ihr Verhalten juristisch problematisch ist (zur Rechtslage vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.1). In vielen Fällen sind die Angehörigen jedoch verzweifelt und die Pflegekräfte sehen keine Alternative zur Freiheitseinschränkung der Patientinnen und Patienten. In den meisten Fällen holen die Pflegedienste eine richterliche Genehmigung ein, um sich keines Fehlverhaltens schuldig zu machen. Dabei geht es aus Sicht der ambulanten Dienste auch um Haftungsfragen für den Fall, dass Pflegebedürftige aufgrund der Fixierung zu Schaden kommen. Im folgenden Zitat beschreibt eine ambulante Pflegekraft, dass sie aus diesem Grund die Angehörigen – so diese anwesend sind – bittet, die gewünschten bzw. aus ihrer Sicht notwendigen Fixierungen selbst vorzunehmen.

I_02_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 23 J.): „Wir hatten schon mehrere so 'ne Fälle, obwohl wir uns da immer absichern. Wir lassen uns das immer gegenzeichnen, weil es ist eine Freiheitsberaubung, ne, und wenn's wirklich mal brennen sollte ... Also, wir sind normalerweise nicht diejenigen, die abschließen. Also, wenn Angehörige im Haus sind, sagen wir immer: ‚Machen Sie das, weil, wenn da wirklich was passiert, heißt es: Warum haben Sie die Frau eingeschlossen oder den Mann?‘, ja, und das ist wirklich sehr riskant, ja. So aus eigenen Stücken machen wir so was nicht.“

I_55_AP (ambulante Pflegekraft, Krankenschwester, 22 J.): „Aber ohne Genehmigung dürfen wir ja da keine Bettgitter hochziehen oder so, das machen wir auch nicht.“

Im folgenden Fall schildert eine ambulante Pflegekraft, wie sie eine pflegende Angehörige auf die Möglichkeit einer mechanischen Fixierung hingewiesen und dabei erwähnt habe, dass sie diese selbst nicht umsetzen dürfe. Die ambulante Pflegekraft berichtet, dass sie den Hinweis, die Hände zu fixieren, aufgrund des Verhaltens der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen und der damit verbundenen Belastung der 58 Jahre alten pflegenden Angehörigen gab. Die 87-jährige Pflegebedürftige leidet an Parkinson und ist stark in ihrer Mobilität und Motorik eingeschränkt, kann aber noch die Hände bewegen.

I_77_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 61 J.): „Aber sie hatte also immer die Hände in den Windeln und zerpfückte die und dann war alles braun und gestreift und da hat die Tochter, (...) ich hatte ihr auch sogar empfohlen, aber ich hab gesagt: ‚Ich darf’s nich machen‘, rechts und links an die Bettdecke an den Zipfel ‘n Band gemacht und das am Bett festgebunden, dass die Hände nich mehr so drunter können, ich meine aufgestanden war die Dame sowieso nich mehr (...), aber diese Hände, die immer da reingingen.“²⁶⁵

Die meisten Pflegekräfte haben bereits aggressives Verhalten Pflegebedürftiger erlebt (vgl. hierzu Kapitel 5.4.6.3.2). Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich. So entschied sich bspw. eine ambulante Pflegekraft, als Reaktion auf physische Aggressionen ihrer Patientinnen und Patienten die Versorgung zu unterbrechen und am nächsten Tag nachzuholen. Die Pflegekraft räumt ein, dass die Versorgung dadurch etwas schlechter war, empfindet dies aber als nicht problematisch.

I_30_AP (Krankenpflegehelferin, 54 J.): „Und wenn sie dann eben aggressiv sind, dann werden sie mal einen Tag vielleicht nicht ganz so hundertprozentig versorgt, aber das holt man den nächsten Tag wieder nach, wenn sie wieder friedlicher sind.“

Im nachfolgend geschilderten Fall habe die Pflegekraft nach eigenen Angaben auf verbale Attacken „pampig“ reagiert und sich vierzehn Tage von einer Kollegin in diesem Setting vertreten lassen, „bis so ’n bisschen Gras über die Sache war“ und sie mit der Pflegebedürftigen in Ruhe über den Vorfall sprechen konnte. Sie beschreibt, dass ihr eigenes Verhalten stark von den vermuteten Reaktionen der Pflegebedürftigen abhängt. Es ist davon auszugehen, dass „sich erlauben“ in diesem Kontext bedeutet, dass die Pflegekraft sich dieses Recht nur bei Personen herausnimmt, die sie kennt und mit denen sie im Nachhinein über die Konflikte sprechen kann.

I_02_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 23 J.): „Ich mache das nur bei Personen, die [ich] auch kenne, dass ich dann wirklich lauter werde. Wo ich weiß, bei denen kann ich mir das erlauben, weil, ich raste nicht wegen jedem bisschen [aus], also ich lasse mir auch viel gefallen, ne, nur wenn’s dann wirklich sich zuspitzt und es unfair wird, dann werde ich laut.“ Bei massiven Aggressionen von Pflegebedürftigen kann es demnach schwierig sein, die professionelle Distanz zu wahren – „weil ich, ich bin auch nur ein Mensch und ich muss mir nicht alles gefallen lassen, ne, ja“.

Zusammenfassung

Insgesamt berichten die ambulanten Pflegekräfte nur wenige Vorfälle eigenen problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen; es werden z. B. keine Fälle pflegerischer Vernachlässigung und lediglich ein Fall verbaler Aggressivität geschildert. Bei den meisten der berichteten Fälle handelt es sich nicht im engeren Sinne um Viktimisierungen, sondern um – zumindest aus Sicht der Handelnden – als unvermeidbar erlebten Zwang zur Ausübung von Pflegehandlungen sowie um Reaktionen auf Aggressionen der Pflegebedürftigen. Die befragten Pflegekräfte sind bemüht, ihren pflegerischen Aufgaben nachzukommen und beschreiben, dass sie mit Compliance-Problemen, der Abwehr von Pflegehandlungen und Aggressionen in der Regel professionell umgehen. Aggressiv motivierte Formen der Viktimisierung Pflegebedürftiger werden aus der

²⁶⁵ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

unmittelbaren Akteurperspektive praktisch nicht geschildert. Insofern liegt hier ein gewisser Unterschied zu der schriftlichen Befragung ambulanter Pflegekräfte vor, bei denen auch Items, bei denen die Handlungsbeschreibung durch Benennen eines Motivs eine Qualifizierung erfuhr, bejaht wurden (vgl. Kapitel 5.2). Im Sinne der Typologie (vgl. Kapitel 5.6.6) handelt es sich nahezu ausschließlich um Fälle, in denen es an einer klassischen Schädigungsintention vollständig mangelt.

In den von den Pflegenden als einschlägig empfundenen und daher hier geschilderten im Untersuchungsmaterial vorfindlichen Fällen geht es im Wesentlichen nicht um Kompetenz- und Wissensdefizite oder um Überlastung der Pflegekräfte, sondern um in der Pflege kaum abwendbare und kaum jemals „sauber“ zu lösende Konflikte zwischen Wohlergehen und Schutz des Pflegebedürftigen auf der einen Seite und seiner Autonomie und Freiheit, auch seinem Schutz vor schmerzhaften Eingriffen andererseits. Das heißt, es wird der Person ein Schaden zugefügt, um den ansonsten als sicher oder wahrscheinlich erachteten Eintritt eines noch größeren Schadens zu verhindern. Insofern liegt hier eine mittelbare Schädigungsintention vor – aber eben eine, bei der die Schädigung nicht das Ziel, sondern eine als unvermeidbar in Kauf genommene Folge des eigenen Handelns darstellt, welches letztlich der Sicherheit und dem Wohlergehen der Pflegebedürftigen verpflichtet ist.

Eine spezifische Problematik ist die Genehmigungspflicht von Fixierungen in der häuslichen Pflege. In einigen Fällen, in denen pflegende Angehörige durch das Verhalten der Pflegebedürftigen massiv belastet sind und Fixierungen als sinnvoll und notwendig erachtet werden, werden die Freiheitseinschränkungen von ambulanten Pflegekräften nicht selbst vorgenommen, sondern entsprechende Ansinnen von pflegenden Angehörigen an diese zurückverwiesen und diesen auch Fixierungsmöglichkeiten benannt. Es gibt in den Interviews kaum Hinweise darauf, dass Pflegekräfte gegenüber Angehörigen thematisieren, dass solche Freiheitseinschränkungen auch durch Angehörige nur in streng definierten Situationen zulässig sind (vgl. die Ausführungen dazu im Kapitel 5.4.6.4). Hier steht das Motiv der ambulanten Pflegekräfte im Vordergrund, im Schadensfall nicht zur Rechenschaft gezogen werden zu können.

I 5.4.6.3.4.3 Die Beobachterperspektive

5.4.6.3.4.3.1 Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige

Wie bereits in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1 erwähnt, stellt das von pflegenden Angehörigen selbst berichtete problematische Verhalten nur einen Ausschnitt aus der Gesamtheit der im Interviewmaterial geschilderten Viktimisierungen von Pflegebedürftigen dar. Im folgenden Kapitel werden Berichte über Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige primär aus der Sicht nicht unmittelbar in das gewaltförmige Handeln (bzw. das Unterlassen von Handlungen) einbezogener Dritter geschildert. Das Material, welches der Auswertung zugrunde liegt, umfasst die untersuchten Pflegesettings und die von den befragten ambulanten Pflegekräften und anderen Fachkräften berichteten Fälle, von denen sie im Zuge ihrer beruflichen Praxis Kenntnis nahmen.

Auf die aus Beobachter- wie Akteurperspektive²⁶⁶ weitgehend übereinstimmend charakterisierten Settings wird im Folgenden nicht eingegangen, sie sind bereits im Kapitel Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige aus der Akteurper-

²⁶⁶ Bzw. in einem Fall auch aus Opfer- und Beobachtersicht.

spektive (Kapitel 5.4.6.3.4.2.1) hinlänglich beschrieben. Hier interessieren häusliche Pflegearrangements, in denen entweder nur aus Beobachtersicht Viktimisierungen berichtet werden, oder solche, in denen zwar auch pflegende Angehörige problematisches Verhalten schildern bzw. Konflikte einräumen, deutlich drastischere Viktimisierungsschilderungen aber vonseiten ambulanter Pflegekräfte oder anderer Dritter vorliegen.²⁶⁷ Im Hinblick auf dieses Kapitel wird der Blick wieder auf Fälle der Misshandlung und Vernachlässigung Älterer konzentriert, problematisches, aber nicht viktimisierendes Verhalten ist nicht Gegenstand der Darstellung.

Die befragten Fachkräfte erfahren von Viktimisierungsfällen auf unterschiedlichen Wegen. Den Viktimisierungsberichten der ambulanten Pflegekräfte und der Fachleute aus dem Bereich der Pflegebegutachtung liegen zumeist eigenes Erleben und eigene Augenscheinnahme zugrunde. Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungseinrichtungen erfahren dagegen häufiger durch Fallbeteiligte oder Dritte von solchen Fällen, in die sie dann intervenierend eingreifen. Übereinstimmend berichteten die Experten/Expertinnen aus den Krisen- und Beratungsangeboten davon, dass sie von Fällen körperlicher Gewalt ausschließlich über intervenierende Dritte erfahren, die Fachkräfte aus dem Pflegebereich nehmen hingegen auch Anzeichen körperlicher Gewalt selbst wahr bzw. erfahren derartiges Verhalten von Pflegebedürftigen – selten nur von pflegenden Angehörigen. Ein Teil der befragten Experten/Expertinnen aus Krisen- und Beratungsangeboten bezieht seine Informationen auch aus Selbstberichten von freiwilligen Nutzerinnen/Nutzern ihrer Beratungsangebote, d. h. aus der Akteurperspektive. Hier ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft zur Selbstmeldung mit der Schwere der Tat abnimmt bzw. umgekehrt die Bereitschaft, sich Unterstützung zu holen, präventive Wirkung hat.

Eine Differenzierung problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger gegenüber Pflegebedürftigen anhand von Auslösern bzw. Anlässen – wie im Kapitel aus Akteursicht erfolgt – ist im vorliegenden Kapitel nicht möglich. Dies einerseits, weil für die meisten beschriebenen Fälle keine Details zu Anlässen und Auslösern vorliegen. Zum anderen erweist sich eine derartige Differenzierung angesichts eines größeren Teils der hier berichteten Fallkonstellationen als nicht sinnvoll, handelt es sich doch häufig um dauerhaft verfestigte Gewaltverhältnisse bzw. um Fälle, in denen eine Schädigungsabsicht eben nicht situationsabhängig entsteht, sondern als situationsübergreifend vorhanden angenommen werden muss.

Insgesamt liegen 79 konkrete Fallberichte über Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige aus Beobachtersicht vor (11 Berichte aus der Stichprobe häuslicher Pflegearrangements, 28 Fälle aus Experteninterviews und 40 Fälle aus Interviews mit ambulanten Pflegekräften).

Die folgende Darstellung gliedert sich in zwei Abschnitte: Im ersten Abschnitt werden die von den befragten Fachkräften berichteten Fallschilderungen und allgemeinen Einschätzungen im Hinblick auf die verschiedenen Gewaltformen ausgewertet ohne ausführliche Darstellung von Einzelfällen. Hier geht es zunächst darum, einen Überblick über die berichteten Gewaltformen zu geben. Im zweiten Abschnitt werden berichtete

²⁶⁷ Für die untersuchten Settings berichten auch in zwei Fällen andere pflegende Angehörige aus der Beobachtersicht über Viktimisierungen im Pflegesetting, so z. B. nach einem Wechsel der Pflegeperson oder bei gleichzeitiger Versorgung durch mehrere Angehörige.

typische Fallkonstellationen herausgearbeitet und anhand von Einzelfällen illustriert. Wie daran deutlich wird, überschneiden sich Differenzierungen nach Fallkonstellationen und Gewaltformen nur zum Teil.

Viktimisierung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige: Differenzierung nach Gewaltformen

Formen verbaler Aggressionen und psychischer Gewalt

Die befragten Experten/Expertinnen stimmten darin überein, dass es in einem beträchtlichen Teil häuslicher Pflegearrangements zu psychischer Gewalt und verbal-aggressivem Verhalten durch Angehörige kommt, auch ein Teil der befragten ambulanten Pflegekräfte benannte dies als häufige Gewaltformen. Eine der Befragten geht sogar davon aus, dass dies wegen Überforderung und auch vor dem Hintergrund bestehender Beziehungskonflikte in nahezu allen Pflegebeziehungen vorkomme.

In den von den Befragten berichteten Einzelfällen und in ihren Gesamteinschätzungen hinsichtlich einschlägiger Vorkommnisse werden verbale Aggressionen in Form von Beschimpfungen, Anschreien über Drohungen bis hin zu Beleidigungen geschildert. Formen von emotionaler Gewalt seien häufig eine Reaktion auf Überforderung und emotional angespannte Beziehungen innerhalb der Familien, sie seien manchmal auch Folge davon, dass die Pflegebedürftigen ihren Angehörigen lästig seien. Dabei seien Auslöser solcher Aggressionen teils Banalitäten. Auch drohten Angehörige den Pflegebedürftigen manchmal mit Heimeinweisung, wenn diese mit der Pflege unzufrieden seien bzw. um Compliance zu erzwingen. Es wurde auch von gezielten Einschüchterungen berichtet, damit Pflegebedürftige gegenüber Krankenkassen bzw. Pflegegutachterinnen und Pflegegutachtern und anderen Institutionen falsche Angaben hinsichtlich ihres Pflege- und Hilfebedarfs machen.

Einige Berater/Beraterinnen erwähnten, dass psychische Gewalt nicht nur in Form aggressiven Verhaltens auftrete, sondern auch durch räumlichen Rückzug oder durch bestrafendes Alleinlassen der Pflegebedürftigen bis hin zum Rückzug aus der Beziehung, wodurch es zu Überschneidungen mit Formen der psychosozialen Vernachlässigung komme.

Experten/Expertinnen aus Beratungseinrichtungen berichteten, dass sich pflegende Angehörige manchmal an sie wandten, weil sie angesichts ihrer verbal-aggressiven Verhaltensweisen gegen die Pflegebedürftigen eine weitere Eskalation und ein „Umkippen“ in körperliche Misshandlung fürchteten. Typische Aussagen in solchen Beratungsgesprächen seien: „Ich hab Angst, ich stoße meine Mutter mit dem Rollstuhl die Treppe runter. Also ich hab Angst davor, ich stehe manchmal da und kann mir selber nicht mehr trauen.“ (E_11).

Körperliche Misshandlung

Die Experten/Expertinnen berichteten von verschiedenen Formen physischer Gewalt, von denen sie Kenntnis bekommen haben. Einige der Experten/Expertinnen erwähnten, dass körperliche Gewalt zum Teil aus Unwissenheit oder zur Herstellung von Compliance angewendet wird, so z. B. bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, beim Waschen oder Lagern. Die benannten Gewaltformen reichen von grobem Verabreichen von Essen und Trinken, grobem Anfassen und Schubsen in Verbindung mit der Verrichtung von

Pflegehandlungen bis hin zu Schlägen und massiven Misshandlungen. Als generelle Schwierigkeit benannten die Experten/Expertinnen die Uneindeutigkeit von Hinweisen auf Gewalt. So berichteten einige davon, bei den Pflegebedürftigen Hämatome wahrgenommen zu haben, aufgrund derer sie im Kontext einer insgesamt als angespannt und aggressiv wahrgenommenen Atmosphäre auf erfolgte Viktimisierungen schlossen.

Die berichteten Fälle unterscheiden sich danach, ob die angewendete Gewalt eine lebensgeschichtliche Kontinuität in der Beziehung der Beteiligten darstellt oder aber im Kontext von Pflegebedürftigkeit entstanden ist. Hierbei wurde bei den Einzelfallbeschreibungen vor allem von expressiven Gewaltanwendungen aus Wut und/oder emotionaler Überlastung gesprochen. Bei einigen der berichteten besonders schweren Vorkommnisse waren die Täter oder Täterinnen offenbar alkoholisiert. Fälle körperlicher Gewalt treten zumeist in intragenerationalen Konstellationen auf, in der großen Mehrheit der berichteten Fälle sind Frauen die Opfer. Auch körperliche Misshandlung deuten die befragten Fachkräfte häufig als Ausdruck von Überforderung, allerdings scheint dies generell die dominante Interpretationsfolie problematischen Verhaltens zu sein (zur Problematik der These, Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege seien primär durch Belastungen bedingt vgl. auch die Ausführungen zum Forschungsstand in Kapitel II).

Psychosoziale Vernachlässigung

Fälle psychosozialer Vernachlässigung identifizieren die Befragten vor dem Hintergrund ihrer Vorstellung einer gelungenen Pflegebeziehung: Diese umfasse, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich in den familiären Alltag einbezogen werden, ausreichend Ansprache erhalten, dass der Kontakt zu ihnen gesucht bzw. andere Sozialkontakte hergestellt werden sollten. Einige der Befragten vertraten die Auffassung, dass eine große Zahl von Pflegebedürftigen psychosozial vernachlässigt werde. Dies finde seinen Ausdruck in mangelnder Zuwendung und persönlicher Ansprache und reiche bis zur bewussten Isolation.

Vor allem bei demenziell Erkrankten seien Fälle psychosozialer Vernachlässigung und Isolation zu beobachten. Gründe seien zum einen, dass voll berufstätige Kinder bzw. Schwiegerkinder die Pflege übernähmen, aber wenig oder keine Zeit hätten, sich um die Pflegebedürftigen zu kümmern. Bei Fällen getrennter Residenz scheint die besondere Gefahr zu bestehen, dass auch aus Mangel an geteiltem Alltag die Wahrnehmung von Problemen verzögert wird, die Angehörigen bestehenden Veränderungsbedarf zu spät wahrnehmen (wollen) und eine erforderliche Situationsänderung zu lange hinausgezögert wird.

Neben organisatorischen Rahmenbedingungen, die eine psychosoziale Vernachlässigung zumindest verstärken können, wird als ein wichtiger Grund ein Mangel an Zuneigung gegenüber den Pflegebedürftigen, zumeist aufgrund einer schlechten Beziehungsgeschichte, genannt. Zwar sei in diesen Fällen in der Regel die Organisation der Grundversorgung (Nahrung, Körperhygiene etc.) gewährleistet (z. B. durch Delegation an ambulante Dienste), die pflegebedürftigen Angehörigen vereinsamen aber und hätten keine Möglichkeiten der Tagesgestaltung.

Häufig gehe psychosoziale Vernachlässigung mit pflegerischer Vernachlässigung einher, gelegentlich auch mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen, dies vor allem bei demenziell Erkrankten.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Einige der Experten/Expertinnen berichteten von Fällen freiheitsentziehender Maßnahmen, die vor allem bei demenziell Erkrankten und desorientierten Pflegebedürftigen auftraten. Die Berichte und Gesamteinschätzungen lassen drei Arten freiheitsentziehender Maßnahmen erkennen. Häufig komme es zu Freiheitseinschränkungen bei alleinlebenden desorientierten Pflegebedürftigen, die von ihren berufstätigen Kindern, teils unterstützt durch ambulante Dienste, versorgt werden, aber nicht ausreichend betreut werden können. In vielen dieser Fälle seien die Pflegebedürftigen über den größten Teil des Tages in ihrer Wohnung eingeschlossen. Hier handle es sich um Maßnahmen, die primär dem Schutz der Pflegebedürftigen vor Eigengefährdung dienen. Eine andere Fallgruppe umfasst Maßnahmen zur Einschränkung des Bewegungsradius der Pflegebedürftigen innerhalb der Wohnung. Dies seien oftmals Fälle, in denen Pflegebedürftige in ihren Zimmern isoliert seien, indem entweder die Zimmertür abgeschlossen werde oder aber ihnen in anderer Weise zu erkennen gegeben werde, dass sie in den gemeinsamen Wohnräumen unerwünscht sind. In diesen Fällen stehe nicht das mutmaßliche Wohl der Pflegebedürftigen im Vordergrund, sondern primär das Interesse der pflegenden Angehörigen, die Pflegebedürftigen nicht um sich haben zu wollen. Beschriebene freiheitsentziehende Maßnahmen sind schließlich auch Maßnahmen zur Ruhigstellung der Pflegebedürftigen durch Medikation oder Fixierung.

Pflegerische Vernachlässigung/Unterversorgung

Insbesondere Experten/Expertinnen, die in der Pflegebegutachtung im öffentlich-rechtlichen Auftrag tätig sind, berichten von Fällen pflegerischer Vernachlässigung und Unterversorgung. Das Problemspektrum umfasst mangelnde Ernährung, Körper-, Pflege- und Wohnhygiene bis hin zur völligen Verwahrlosung. In Bezug auf alle Fragen der Hygiene wurde von den Befragten darauf hingewiesen, dass es für Außenstehende unter Wahrung der Autonomie der Betroffenen oftmals eine Gratwanderung sei, zwischen biografisch gewachsenen Hygienegewohnheiten und pflegerischer Vernachlässigung zu unterscheiden („Die werden so gepflegt, wie sie gestern gelebt haben.“ I_69_AP).

Die von den Expertinnen und Experten berichteten „eindeutigen“ Fälle umfassten solche, in denen nur unzureichende oder gar keine Pflege gewährt wurde, z. T. auch die Nahrung nicht ausreichte und dennoch, trotz real verfügbarer Mittel, keinerlei externe Unterstützung bezogen wurde. Die genannten Beispiele und auch die Gesamteinschätzung zu diesem Problemfeld bezogen sich fast ausschließlich auf Fälle intergenerationaler Übernahme von Pflegeverantwortung.

Die Experten/Expertinnen berichteten von Fällen, in denen die pflegerische Vernachlässigung im Zusammenhang mit finanzieller Ausbeutung steht sowie von Fällen, in denen die Pflege von der Pflegeperson objektiv nicht mehr geleistet werden kann (z. B. aufgrund eigener Erkrankungen), dennoch aber keine Einbindung externer Dienstleistungsangebote stattfindet. Dies habe teilweise mit Stolz und Uneinsichtigkeit zu tun; insbesondere ältere pflegende Frauen empfänden es als Niederlage, externen Unterstützungsbedarf anzuerkennen. In vielen Fällen seien solche Entscheidungen aber auch mit mangelnden finanziellen Ressourcen und Notlagen verknüpft, insbesondere in den Fällen, in denen das Pflegegeld die einzige Einkommensquelle sei und das Geld nicht oder jedenfalls nur zum Teil für Pflege aufgewandt werde bzw. objektiv nicht ausreiche, um den Pflegebedarf abzusichern. Alternativen (Heim) oder „Einkauf“ ergänzender Hilfen kommen kaum infrage, da sie den Lebensstandard bedrohen würden.

Finanzielle Ausbeutung

Die Berichte der Experten/Expertinnen über finanzielle Ausbeutung beziehen sich auf Fälle, in denen Leistungen der Pflegekassen bezogen werden, zugleich aber keine oder unzureichende Pflegeleistungen erbracht werden. Die Übernahme der Pflege wird in einigen dieser Fälle nur behauptet, um sich damit finanzielle Vorteile zu verschaffen. Teilweise sind dann mit der Pflegeübernahme Kontovollmachten für die Pflegepersonen verknüpft. Berichtet wird auch von Fällen, in denen Angehörige mit dem Ziel der persönlichen Bereicherung vor Pflegebegutachtungen Pflegebedürftige unter Druck setzen, um eine höhere Pflegeeinstufung zu bewirken. Ambulante Pflegekräfte berichten besonders gravierende Fälle von finanzieller Ausbeutung in Kombination mit Vernachlässigung im Kontext von Alkoholabhängigkeit. Zudem berichten sie, dass sich Pflegebedürftige darüber beklagen, ihre Angehörigen würden sie erpressen, d. h. gewisse Aufgaben nur erledigen, wenn sie dafür Geld bekämen. Häufiger komme es vor, „dass manche Angehörigen (...) dann halt nur kommen, wenn's was gibt.“ (I_04_AP)

Sexuelle Gewalt

Einige Fälle sexueller Viktimisierung werden von den befragten Experten/Expertinnen geschildert. Die Befragten sehen zum einen vor allem jüngere demenzerkrankte Frauen im Hinblick auf sexualisierten Missbrauch durch Ehemänner gefährdet. Weiter kämen Fälle vor, in denen sexualisierte Gewalt von in emotionaler und ökonomischer Abhängigkeit von der Mutter lebenden Söhnen ausgehe. Bei Fällen sexuellen Missbrauchs sei eine eindeutige Feststellung von Viktimisierungen besonders schwer, dies gelte insbesondere für demenziell erkrankte Opfer, die derartige Erlebnisse nicht mehr schildern könnten.

Viktimisierung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige: Differenzierung nach Falltypen

Bei der folgenden nach Falltypen differenzierenden Darstellung der Berichte über Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige handelt es sich um eine primär heuristischen Zwecken dienende Systematisierung des komplexen und in seiner Phänomenologie wie Genese heterogenen Fallaufkommens und -geschehens. Dabei sind die Falltypen einander nicht ausschließend, Überschneidungen vielmehr möglich und häufig vorfindbar. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Geschehens handelt es sich nicht um eine Differenzierung anhand eines Merkmals, vielmehr sind mehrere Dimensionen relevant.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist die Relevanz der Pflegebedürftigkeit und Pflegebeziehung für das Auftreten von Viktimisierungen. Während Pflegebedürftigkeit des Opfers unstrittig in allen Fällen Einfluss auf Art, Umfang, Folgen und Möglichkeiten des Umgangs mit Viktimisierungen nimmt, lassen sich Fallgruppen identifizieren, in denen es ohne Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit bzw. einer Pflegebeziehung vermutlich nicht zu Viktimisierungen gekommen wäre. Hier lassen sich Fälle zuordnen, in denen Belastungen und Überforderung der Pflegenden bei der Bewältigung der Pflegeaufgaben als Ursachen von Gewalt und Aggressionen identifiziert werden können, wobei unterstellt werden kann, dass es eine grundsätzliche Intention zu bedürfnisadäquater Pflege gibt. Dazu gehören auch Fälle, in denen primär aus finanziellen Gründen Pflegeverantwortung übernommen wird, zugleich aber (häufig auch biografisch bedingt) eine grundsätzliche Motivation zur Pflege nicht oder nicht ausreichend vorhanden ist. Schließlich gehören zur genannten Fallgruppe auch Fälle von Gewalt in Pflege-

gebeziehungen zwischen Eltern und Kindern, in denen es im Kontext der Pflege zu einer Umkehrung von Dominanzverhältnissen kommt. Solche Dominanzverhältnisse sind biografisch begründet, sie führen allerdings erst unter den spezifischen Bedingungen von Pflege (lange Dauer und hohe Frequenz von Kontakten, körperliche Nähe, wechselseitige Abhängigkeit und spezifische Belastungen) zu Viktimisierungen. Ramsey-Klawnsnik (2000) folgend, für deren Aufteilung in fünf Tätertypen (vgl. Kapitel 2.4) ein wesentliches Unterscheidungskriterium die Frage ist, ob aufseiten der Pflegenden eine grundsätzliche Absicht zur adäquaten Versorgung und Pflege vorliegt – die dann aus verschiedenen Gründen nicht umgesetzt werden kann – oder ob dies nicht der Fall ist, ist entsprechend auch im Folgenden die Frage nach der Motivation zur Übernahme der Pflege ein zentrales Kriterium.

Im Unterschied zu jenen Fällen, in denen es erst unter den spezifischen Bedingungen von Pflegebedürftigkeit und Pflege zu Viktimisierungen kommt, gibt es Beziehungen, die bereits vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit von Gewalt geprägt sind bzw. Gewaltvorkommnisse, die sich unabhängig von dem Bestehen einer Pflegebeziehung ereignen. Im vorliegenden Untersuchungsmaterial werden vor allem Fälle von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen geschildert. Hier stehen Viktimisierungen, von denen in aller Regel weibliche Pflegebedürftige betroffen sind, im Kontext einer häufig langjährigen Gewalt- und Dominanzbeziehung. Eine im vorliegenden Sample kleine Fallgruppe bilden Fälle von Gewalt von Söhnen bzw. Schwiegersöhnen gegen pflegebedürftige Frauen, in denen die Täter nicht (oder zumindest nicht erkennbar) direkt mit der Pflege befasst sind. Pflegebedürftigkeit ist in diesen Fällen nur insofern relevant, als sie den motivierten Tätern spezifische Tatgelegenheiten und möglicherweise Tatverdeckungsmöglichkeiten bietet.

Als wesentliche Fallgruppen werden im Folgenden Fälle geschildert, in denen

- eine grundsätzliche Motivation zur Pflege gegeben ist, es aber aus Überforderung und Unwissenheit sowie als Reaktion auf gewaltförmiges Verhalten von Pflegebedürftigen zu Viktimisierungen in der Pflege kommt (Fallgruppe 1);
- es in primär finanziell motivierten Pflegebeziehungen bei gleichzeitig fraglicher Pflege motivation zu Viktimisierungen Pflegebedürftiger kommt (Fallgruppe 2),
- die berichtete Gewalt sich primär als Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen darstellt (Fallgruppe 3),
- Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen sich vor dem Hintergrund von Umkehrungen von Dominanzverhältnissen ereignet (Fallgruppe 4),
- es zu Viktimisierungen pflegebedürftiger Frauen durch ihre Söhne bzw. Schwiegersöhne kommt (Fallgruppe 5).

Zu den jeweiligen Fallgruppen werden jeweils mehrere Fallbeispiele angeführt, die verschiedene Aspekte der beschriebenen Problematik abdecken.

Fallgruppe 1: Pflegemotivation grundsätzlich gegeben, dabei Überforderung und Wissensdefizite als wesentliche Ursachen von Gewalt in der Pflege

Bei den hier geschilderten Viktimisierungen handelt es sich um primär durch die Belastungen der Pflegenden bedingte Formen der Misshandlung bzw. Vernachlässigung, z.T. auch um Fälle, in denen gewaltförmiges Verhalten von Pflegenden mit mangelndem Wissen über Bedürfnisse der Pflegebedürftigen bzw. eine adäquate Ausführung von Pflegehandlungen zusammenhängt. Dabei kommt es häufig zu verbalen Aggressionen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, in einigen Fällen auch zu physischen Misshandlungen, vor allem zur Erzwingung von Compliance. Bei den hier dargestellten Fällen besteht ein hohes Maß an Übereinstimmung mit dem aus Akteursicht geschilderten Fallaufkommen (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1), d. h. die Pflegenden sind den Schilderungen zufolge grundsätzlich gewillt, die Pflegebedürftigen angemessen zu versorgen, dies ist ihnen jedoch aufgrund allgemeiner oder situationspezifischer Belastungen nicht möglich. Teilweise werden Überforderungen im Kontext eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit, geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung und Alkoholabhängigkeit der Pflegebedürftigen geschildert, in einigen Fällen wird auch ein Migrationshintergrund als spezifischer Belastungsfaktor genannt.

In einem Teil der berichteten Fälle werden überforderte pflegende Angehörige verbal oder physisch aggressiv, bedauern ihr Verhalten und suchen selbst nach Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung. Dabei spielen häufig spezifische mit Demenzpflege verknüpfte Belastungen eine Rolle.

GD_04a: Der pflegende Sohn einer demenziell erkrankten Frau wendet sich an eine 53-jährige Sozialarbeiterin aus dem Bereich altersbezogener Beratungsarbeit und Krisenintervention. Er komme zu Hause nicht mehr zurecht. Er habe zuletzt seine Mutter heftig angebrüllt, weil er es nicht mehr habe ertragen können, dass sie sehr vergesslich, sehr „jämmerlich“ sei und ständig „rumwusele“. Der Sohn habe seine Belastungssituation klar benennen können: „(...) Ich muss mich so zerreißen, ich hab noch zwei Kinder, um die ich mich kümmern muss. Meine Jobsituation ist angespannt, ich hab Sorgen, dass ich meinen Arbeitsplatz verliere, wenn ich mich ständig hier noch zwischendurch um die Mutter kümmern muss – Nee! Ich bin einfach pickepacke zu, und ich halte es nicht mehr aus, das alles gleichzeitig erfüllen zu müssen.“²⁶⁸

I_77_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 61 J.): Die Befragte berichtet von einer pflegenden Tochter, die ihr morgens verzweifelt erzählt habe, dass sie ihre an Demenz vom Alzheimerstyp leidende Mutter in der Nacht davor geschlagen habe. Nach einer Übersiedlung in ein Pflegeheim sei es der Tochter gelungen, zu ihrer Mutter wieder einen positiven Kontakt aufzubauen.²⁶⁹

In einem Teil der geschilderten Fälle sind Pflegende den Pflegeaufgaben aufgrund eigener körperlicher Einschränkungen, psychischer Erkrankungen oder Behinderungen nicht gewachsen. Andere Ressourcen zur Entlastung bei der Pflege sind dabei z. T. nicht verfügbar.

²⁶⁸ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.4 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁶⁹ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

I_27_AP (Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer eines Pflegedienstes, w, 49 J. und m, 30 J.): In einem Fall sei der pflegende Sohn leicht geistig behindert gewesen und habe seine pflegebedürftige Mutter nicht mehr richtig versorgen können. Nach Ansicht der Befragten habe er für seine Mutter alles in seiner Macht Stehende getan, dieses sei aber „nicht ausreichend“ gewesen. So sei die Pflegebedürftige von ihm nicht gründlich gewaschen worden, die Haut sei völlig ausgetrocknet und die Ernährung mangelhaft gewesen, da der Sohn ihr meist nur Weißbrot mit Nutella zu essen gegeben habe.

I_64_AP (Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes, 44 J.): Die Befragte berichtet von einem Fall pflegerischer Vernachlässigung der Mutter durch die pflegende Tochter. Diese könne u. a. aufgrund einer früheren Rückenmarkskrebserkrankung die Mutter nachts nicht selbst drehen; dies wäre aus Sicht der Pflegedienstleitung zur Dekubitusprophylaxe erforderlich. Tatsächlich habe die Mutter aber glücklicherweise keinen Dekubitus bekommen. Auch in einem anderen Fall sei die pflegende Ehefrau körperlich nicht in der Lage gewesen, ihren schweren und großen Mann nachts umzulagern. Aus finanziellen Gründen sei es in beiden Fällen nicht möglich gewesen, für die nächtlichen Lagerungen einen Pflegedienst zu bestellen, die möglichen Sachleistungen seien bereits ausgeschöpft gewesen.

I_65_AP (Krankenpflegehelferin, 45 J.): Die ambulante Pflegekraft berichtet von einem Fall, in dem eine psychisch kranke Frau ihre pflegebedürftige Mutter, eine ehemalige Alkoholikerin, vernachlässigt habe. Sie berichtet, dass das Haus, in dem Mutter, Tochter und zwei Enkelkinder lebten, total verreckt gewesen sei: „Dreck, Gestank, zwei dicke, fette Katzen, die auch überall hinmachen.“ Die Pflegebedürftige sei beim ersten Einsatz des Pflegedienstes so verreckt gewesen, dass die Pflegekräfte zwei Tage brauchten, um sie zu säubern. Erst habe die Befragte die Pflegebedürftige eingecremt, damit der verkrustete Dreck einweichen konnte, am nächsten Tag sei sie dann gebadet worden. Nach einiger Zeit sei vom Jugendamt eine Fremdunterbringung des jüngsten Sohnes der pflegenden Angehörigen veranlasst worden, ein aus Sicht der Pflegekraft „dringend nötiger“ Schritt.

Im folgenden Fallbeispiel kommt es im Kontext einer demenziellen Beeinträchtigung zweier auf Unterstützung angewiesener Schwestern zu gewaltförmigem Verhalten.

I_32_AP (Pflegedienstleitung, w, 48 J., stellvertretende PDL, w, 36 J. und Pflegekraft, m, 47 J.): Den Befragten zufolge sei es im Verhältnis zweier demenziell erkrankter Schwestern zu physischer Gewalt gekommen. Die Ältere der Schwestern bekomme von der Jüngeren „ab und zu mal eine verpasst“, wenn sie beispielsweise hin falle und nicht mehr aufstehen könne. Zudem verhindere die Jüngere manchmal den Zutritt des Pflegedienstes zur gemeinsamen Wohnung. Die Schwestern hätten sich lange gegen externe Unterstützung gewehrt.²⁷⁰

Weiter werden von den Befragten Fälle berichtet, in denen Vernachlässigung und verbale Aggressionen in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit der pflegenden Angehörigen auftreten. In diesen Fällen wird von den Befragten unterstellt, dass die pflegenden Angehörigen grundsätzlich gewillt sind, die Pflege zu leisten, dazu jedoch aufgrund ihrer Suchterkrankung nicht in der Lage sind.

I_15_AP (examinierte Altenpflegerin, 25 J.): Die Befragte berichtet von einem Fall, in dem der pflegende Sohn alkoholabhängig gewesen sei und seine aufgrund einer Oberschenkelfraktur pflegebedürftige Mutter nur unzureichend versorgt habe. Oft habe es an Kleidung, Hilfsmit-

²⁷⁰ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.5 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

teln und ausreichender Haushaltsführung gemangelt, sodass der Pflegedienst freiwillig Leistungen erbracht habe, um die Unterversorgung auszugleichen. Nach Aussagen der Befragten sei sie in dem Haushalt vier Jahre tätig gewesen, wobei sich erst in den letzten drei Monaten die Pflegesituation massiv verschlechtert habe.²⁷¹

I_32_AP: Von drei befragten ambulanten Pflegekräften (Pflegedienstleitung, w, 48 J., stellvertretende PDL, w, 36 J. und Pflegekraft, m, 47 J.) wurde berichtet, es komme in einem von ihnen betreuten Haushalt zu verbalen Aggressionen vonseiten der alkohol-abhängigen pflegenden Ehefrau eines 75-jährigen demenzerkrankten, durch einen Schlaganfall halbseitig gelähmten Mannes. Abhängig vom Grad der Alkoholisierung der Ehefrau reduziere diese immer wieder die Pflegeeinsätze. Unter starkem Alkohol-einfluss wolle sie schlafen und nicht durch den Pflegedienst gestört werden. Sei ihr Alkoholpegel niedrig, werde sie aggressiv, fühle sich kontrolliert und wolle den Pflegedienst „abschütteln“. Ein Sohn unterstütze das Ehepaar. Die Pflegedienstleitung äußert sich dahin gehend, dass sie die Einsätze gerne ausweiten würde. Zwar vernachlässige die Ehefrau ihren Mann nicht, er bekomme genug zu essen und zu trinken und verfüge über saubere Wäsche, doch könnte die Ernährung qualitativ besser sein. Auch gebe die Ehefrau dem Pflegebedürftigen vielfach Alkohol, sodass dieser mittlerweile wahrscheinlich selbst alkoholabhängig sei. Des Weiteren bestehe der Verdacht, dass die Frau ihren Mann mit Medikamenten ruhig stelle oder selbst Schlafmittel des Mannes missbrauche, da die verbrauchten nicht mit den verordneten Mengen übereinstimmten. Sobald ein Mitarbeiter die pflegende Ehefrau darauf aufmerksam mache, verlange sie beim Pflegedienst einen neuen Mitarbeiter oder reduziere die Pflegeeinsätze. Das damit zwangsläufig einhergehende größere Maß pflegerischer Aufgaben überfordere die Frau, sodass sie ihren Mann bereits häufiger aus „irgendwelchen“ Gründen ins Krankenhaus habe einweisen lassen. In den Augen der befragten Pflegekräfte stellt die Pflege für die Ehefrau eine Art von nicht vermeidbarer Pflicht dar. Bereits mehrfach habe sie sich im Beisein von Pflegekräften ihrem Mann gegenüber aggressiv verhalten. Daher könne man sich auch vorstellen, dass der Frau auch mal „die Hand ausrutsche“. Seit die Pflegekräfte auch die Frau stärker psychisch betreuten, scheine es dieser besser zu gehen und sie sich auch liebevoller um ihren Mann zu kümmern.²⁷²

Neben den berichteten Fällen, in denen Pflegende aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen sowie vor dem Hintergrund von Suchtproblemen Pflegeaufgaben nicht angemessen bewältigen können, gibt es eine Reihe von Berichten über Fälle, in denen mangelndes Wissen zu gewaltförmigem Umgang mit Pflegebedürftigen führt. Diesbezüglich liegen einige Berichte zu erzwungener Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vor. Dabei wird als ein Problem beschrieben, dass Pflegende den Essensbedarf von Pflegebedürftigen teils nicht richtig einschätzen können, als ein anderes, dass ihnen Kenntnisse über den Umgang mit eingeschränkten Fähigkeiten der Nahrungsaufnahme aufseiten der Pflegebedürftigen fehlen:

I_25_AP (Altenpflegerin, 45 J.): Die Befragte berichtet von einem Fall, in dem die pflegende Tochter ihrer Mutter das Essen in den Mund stopfte und ihr den Becher an die Lippen halte, obwohl die Pflegebedürftige nicht trinken bzw. essen wolle. Dieses Fehlverhalten resultiere daraus, dass die Pflegende kein „Verhältnis zu Mengen“ habe; sie verstehe nicht, „dass jemand, der permanent im Bett liegt, eben nicht mehr diese Massen isst, wie das eben (...) ist, wenn ich normal mich bewege und Energie verbrauche.“

²⁷¹ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁷² Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

I_45_AP (Altenpflegerin, 30 J.): Einer der Patienten der Befragten habe nicht mehr alleine essen können und gefüttert werden müssen. Sie habe beobachtet, wie die Ehefrau ihrem Mann das Essen „reingestopft“ habe, ohne zu merken, dass er starke Schwierigkeiten beim Schlucken hatte. „(...) Und wo ich dann eines Morgens dann raufkam und dann war das halt so, dass die Ehefrau ihm das so richtig reingestopft hatte und wo ich erst mal hochgekommen bin und gesagt hab: ‚Was ist denn hier los?‘ Und dann sagt sie: ‚Ja, und er muss doch was essen.‘ Da habe ich gesagt: ‚Er hat es doch noch gar nicht runtergeschluckt! Es dauert eben halt ‘n bisschen länger.‘“²⁷³

In einem geschilderten Fall von Vernachlässigung vermutet die involvierte ambulante Pflegekraft Überforderung des pflegenden Angehörigen, wobei die Befragte – möglicherweise vor dem Hintergrund ethnischer Vorurteile – einen Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund des Pflegenden vermutet. Sie begründet seine Überforderung damit, dass ihm aufgrund seiner Herkunft das Ausführen von „Frauentätigkeiten“ besonders schwerfalle. Die Vernachlässigung steht auch im Zusammenhang mit einer finanziell motivierten Einschränkung der professionell geleisteten ambulanten Pflege.

I_77_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 61 J.): Die befragte ambulante Pflegekraft berichtet von einem Pflegeverhältnis, in welchem es zu pflegerischer Vernachlässigung gekommen sei. Aus finanziellen Gründen habe der Lebensgefährte einer pflegebedürftigen Frau die Einsätze eines ambulanten Pflegedienstes auf die notwendigen Katheterwechsel eingeschränkt. Bei diesen Katheterwechseln sei von der Pflegekraft festgestellt worden, dass die Pflegebedürftige durch ihren eigenen Kot sehr verschmutzt gewesen sei. Die Pflegerin geht davon aus, dass der Lebensgefährte der Frau mit der Pflegesituation überfordert ist. Als Begründung führt sie an, dass diesem Mann aufgrund seines Migrationshintergrundes das Ausführen von „Frauentätigkeiten“ besonders schwerfalle. Der Umgang sei ansonsten sehr positiv gewesen, „weil liebevoll is er ja mit ihr umgegangen, nur mit der Pflege, da hat’s ‘n bisschen gehapert, ne.“²⁷⁴

Wie bei den aus Akteursicht geschilderten Fällen kommt es auch bei durch ambulante Pflegekräfte berichteten Viktimisierungsfällen zu gewaltsamen Reaktionen pflegender Angehöriger auf Aggressionen und Gewalt durch Pflegebedürftige. Dabei unterscheiden sich die Berichte von pflegenden Angehörigen und Pflegekräften nicht wesentlich. Teilweise zielt das gewaltsame Handeln der Pflegenden auf die Abwehr körperlicher Angriffe, partiell im Kontext notwendiger Pflegeverrichtungen.

I_13_AP (Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes, ausgebildete Krankenschwester, 50 J.): Die Befragte berichtet von einer Pflegekonstellation, in welcher eine Frau ihren Ehemann – beide sprach- und hörbehindert – nach dessen Schlaganfall pflege. Aufgrund des Schlaganfalles sei der Ehemann seiner Frau gegenüber aggressiv geworden. Er habe sie angeschrien und habe aufgrund seiner Aggressivität fixiert werden müssen. Die pflegende Angehörige sei mit der Situation nicht zurechtgekommen, habe sich nicht in den Pflegebedürftigen hineinversetzen können und auch mit verbaler Gewalt auf das Verhalten ihres Mannes reagiert. Die Pflegedienstleiterin berichtet, dass der Ehemann aufgrund des Schlaganfalls halbseitig gelähmt sei, und diese körperliche Einschränkung Schlimmeres verhindert habe, da es sonst „Mord und Totschlag gegeben“ hätte. Weiterhin seien Hämatome bei der pflegen-

²⁷³ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten geschildert.

²⁷⁴ Vgl. auch die Fallschilderung in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

*den Angehörigen erkennbar gewesen, die offensichtlich vom Pflegebedürftigen verursacht worden seien. Sie selbst berichtet, dass die Pflege bei ihm aufgrund seiner Gegenwehr sehr schwierig sei. Sie könnten ihn beispielsweise nur zu zweit rasieren, da er sich dagegen sträube.*²⁷⁵

I_27_AP (Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer eines Pflegedienstes, w, 49 J. und m, 30 J.): In einer Pflegebeziehung sei die pflegebedürftige Frau ihrem pflegenden Ehemann gegenüber „verbal wirklich ekelhaft“ geworden. Nach Ansicht der Befragten sei der Ehemann sowieso überfordert gewesen und habe auf die Beschimpfungen reagiert, indem er z. B. seiner Frau den Waschlappen auf den Hintern gehauen oder ihr eine Kopfnuss gegeben habe. Da sich die Aggressionen der Pflegebedürftigen auch gegen die Pflegekräfte gerichtet hätten, habe der Ehemann seine Frau während der Pflege oft festgehalten oder habe ihr auf die Hand gehauen, damit sie die ambulanten Pflegekräfte nicht beißen oder kratzen konnte.

Fallgruppe 2: Missstände in der häuslichen Pflege vor dem Hintergrund mangelnder Pflegemotivation, teilweise in Verbindung mit finanziell motivierter Übernahme von Pflegeverantwortung

Wie bei der Aufschlüsselung nach Gewaltformen bereits angesprochen, kommt es einer Reihe von Berichten zufolge zu Viktimisierungen im Rahmen von Pflegekonstellationen, die durch mangelnde Pflegemotivation und eine primär bzw. ausschließlich finanziell motivierte Übernahme von Pflegeverantwortung gekennzeichnet sind. Hier zeigen sich Formen psychischer, teils auch physischer Gewalt, Freiheitseinschränkungen wie auch pflegerische und psychosoziale Vernachlässigung. Es handelt sich häufig um Fälle, in denen die Angehörigen das Pflegegeld an sich nehmen und zugleich keine oder zu wenig Verantwortung für die Pflege übernehmen. Auch wenn nur in einem Teil dieser Fallberichte eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht unterstellt werden kann, so besteht doch umgekehrt zugleich kein oder kein ausreichendes Verpflichtungs- und Verantwortungsgefühl der hilfebedürftigen Person gegenüber, welches eine ausreichende Motivation sein könnte, um durch Vernachlässigung entstehende Schädigungen abzuwenden. Weiter werden Fälle berichtet, in denen eindeutig Bereicherungsmotive vorrangig sind. Hier wird Pflegeverantwortung übernommen, um Zugang zu Vermögenswerten der Pflegebedürftigen zu bekommen.

Nicht immer lassen sich in den Berichten klare Bereicherungsmotive ausmachen, teilweise geht es auch darum, den aktuellen Lebensstandard oder Besitzstand bzw. Optionen auf künftige Verfügbarkeiten zu erhalten. Nicht in allen Fällen sind den kurzen Fallschilderungen direkte Hinweise auf finanzielle Motive zu entnehmen, allerdings kann bei Hinweisen auf gravierende Vernachlässigung und gleichzeitigen Bezug von Pflegegeld auf finanzielle Ausbeutung geschlossen werden. In solchen Fällen wird häufig eine problematische Beziehungsvorgeschichte geschildert, wobei es sich primär um intergenerationale Pflegebeziehungen handelt. In anderen Fällen lässt sich nur vermuten – da darüber zu wenig Informationen vorliegen – dass der Mangel an Pflegemotivation aufseiten pflegender Angehöriger auch mit einer problematischen Beziehungsgeschichte zusammenhängt. Berichtet werden solche Fälle häufiger von Fachkräften, die mit der Pflegebegutachtung im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bzw. des Sozialhilfeträgers betraut sind.

²⁷⁵ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

Im Folgenden werden einige der berichteten Fälle von pflegerischer und/oder psychosozialer Vernachlässigung dargestellt, für die eine Pflegemotivation als zumindest fragwürdig unterstellt werden kann und finanzielle Interessen zu vermuten sind.

Ex_01 (Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle, 56 J.): Ein Ehepaar habe einen Pflegedienst engagiert, weil der zunehmend demenziell erkrankte pflegende Ehemann die Pflege seiner Frau immer weniger alleine habe sicherstellen können. Mit Übernahme der rechtlichen Betreuung durch den Sohn habe dieser die Einsätze des Pflegedienstes auf einen Einsatz pro Woche reduziert, um das Pflegegeld zu erhalten und Ersparnisse des Ehepaares zu schonen. Die Wohnung des Paares sei verdreckt gewesen, auch sei die Körperpflege nicht in ausreichendem Maße übernommen worden. Die Ehefrau habe von ihrem zu niedrigen Bett aus nicht mehr allein aufstehen können, jedoch auch auf Anregung des Pflegedienstes kein Pflegebett erhalten. Das Ehepaar habe den Wunsch geäußert, gemeinsam in ein Heim zu ziehen. Ohne dass dieser Wunsch umgesetzt worden sei, sei die Frau nach einem Sturz ins Krankenhaus gekommen und dort verstorben.²⁷⁶

Ex_07: Ein befragter Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes (55 J.) sollte bei einem Hausbesuch eine Ersteinstuftung vornehmen; es sei um den allein wohnenden Vater eines wohlhabenden Unternehmers gegangen. Dieser habe angegeben, sich um den Vater zu kümmern, habe ihn aber verwahrlosen lassen. Die Wohnung habe sich in einem katastrophalen hygienischen Zustand befunden, der Vater sei verdreckt gewesen und habe angegeben, noch nie von seinem Sohn gewaschen worden zu sein. Zu essen habe der Vater gerade so viel bekommen, dass er nicht verhungerte.

Ex_07: Derselbe Befragte habe einmal zur Begutachtung des Pflegebedarfs einer desorientierten Frau einen Termin mit dem ambulanten Dienst vereinbaren müssen. Dieser sei auf Wunsch der Angehörigen nur einmal in der Woche gekommen. Als sie gemeinsam zum Termin in die Wohnung gekommen seien, habe die Frau angezogen auf dem Fußboden gelegen, wo sie augenscheinlich auch geschlafen habe. Sie sei nicht in der Lage gewesen, sich auszuziehen und zu Bett zu gehen. Der ambulante Dienst habe berichtet, er habe „schon lange“ vermutet, dass die Pflege nicht sichergestellt sei. Häufig sei der Kühlschrank leer gewesen und die Pflegekräfte brächten der Frau selbst etwas zu essen mit. Die pflegenden Angehörigen kämen vermutlich immer kurz vor den Einsätzen, um das Größte in Ordnung zu bringen.²⁷⁷

GD_04a: Die befragte 53-jährige Sozialarbeiterin aus dem Bereich altersbezogener Beratungsarbeit und Krisenintervention berichtet von einer Frau, die sich gemeldet habe, weil sie von einer ihrer Töchter finanziell ausgenutzt werde. Nachforschungen hätten ergeben, dass diese Vorwürfe zutreffend seien. Die Tochter habe für die Frau Hilfe zur Pflege bei der Pflegekasse beantragt, dort Pflegestufe 1 und entsprechende Geldleistungen bewilligt bekommen, enthalte nun aber der Frau die notwendige Pflege vor.²⁷⁸

Eindeutig finanziell motiviert sind die im Fallaufkommen berichteten Einschüchterungen Pflegebedürftiger mit dem Ziel, eine höhere Pflegeeinstufung zu erhalten. In diesen Falldarstellungen spielt häufig die Qualität der Vorbeziehung eine Rolle. Im ersten geschilderten Beispiel wird ein pflegebedürftiger Mann von seinem Sohn unter Druck gesetzt, im zweiten Fallbericht eine Frau von ihrem getrennt lebenden Ehemann.

²⁷⁶ Dieser Fall wird auch in den Kapiteln 5.4.6.4.2.1/5 unter Interventions Gesichtspunkten geschildert.

²⁷⁷ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁷⁸ Dieser Fall wird auch in den Kapiteln 5.4.6.4.2.4/5/6 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

Ex_07: Von einem mit Pflegebegutachtungen betrauten Mitarbeiter des MDK (55 J.) wird ein Fall geschildert, in dem die Angehörigen den pflegebedürftigen Vater im Rahmen einer Erstbegutachtung massiv unter Druck gesetzt hätten, um möglichst viel Pflegegeld zu bekommen. Der Sohn habe den Vater als desorientiert darstellen wollen und diesem entsprechende Verhaltensanweisungen gegeben. Zufällig habe der Befragte mit dem Pflegebedürftigen am Telefon sprechen können und gemerkt, dass dieser ganz „klar“ war. Dieser habe geäußert, er habe „sich gar nicht getraut, was zu sagen.“

GD_04c: Die Befragte (47-jährige Expertin aus dem Bereich der kommunalen Pflegebegutachtung, ausgebildete Krankenschwester) berichtet von einer russischsprachigen hilfebedürftigen Frau, für die der getrennt lebende Ehemann alle geschäftlichen Angelegenheiten erledige und angeblich ihre Pflege leiste, was die Befragte allerdings stark anzweifelt. Bei einem Hausbesuch sei ihr zunächst nur aufgefallen, dass die Frau zusammengezuckt sei, als ihr Ehemann zum Gespräch dazugekommen sei. Der Mann und eine ebenfalls anwesende angebliche Dolmetscherin, die ihren Namen nicht habe nennen wollen, hätten auf alle Fragen an die Frau geantwortet; sie selbst sei nicht zu Wort gekommen. Für die Befragte waren dies mögliche Anzeichen für Drohungen oder sogar physische Gewalt. Der Mann habe im weiteren Verlauf eine Erhöhung des Pflegegeldes gefordert. Da er Vollmachten über ihre gesamten finanziellen Angelegenheiten gehabt habe, sei die Befragte immer skeptischer geworden. Zudem habe der Nachbar der Befragten beim nächsten Hausbesuch berichtet, dass in der Wohnung der Frau immer viel Geschrei sei und der Mann seine Frau unterdrücke.²⁷⁹

Pflegerische und psychosoziale Vernachlässigung kommen in einer Reihe weiterer Fallberichte vor, in denen nicht Bereicherungsabsichten im Vordergrund stehen, sondern das Motiv, keine eigenen bzw. zusätzlichen Mittel für die Pflege der Angehörigen zur Verfügung zu stellen. In solchen Fällen erfolgt in der Regel keine Ausweitung pflegerischer Leistungen, obwohl dies notwendig wäre. Im ersten Fallbeispiel wird berichtet, dass trotz gegebener finanzieller Möglichkeiten und bei vorliegenden Hinweisen auf psychosoziale wie pflegerische Vernachlässigung die professionelle Versorgung einer pflegebedürftigen Frau nicht verbessert wurde. Im zweiten berichteten Fall geht es um eine mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand optimierbare Versorgungssituation einer pflegebedürftigen Frau, die durch ihren leicht demenziell erkrankten Ehemann nicht ausreichend mit Nahrung versorgt wird.

Ex_07: Der befragte Mitarbeiter des MDK (55 J.) berichtet von einem Einzelfall im gehobenen sozialen Milieu, in dem eine Pflegebedürftige in einer „großen Luxusvilla“ völlig allein lebe und vereinsame. Die Pflege der Frau und der Wohnung sei von den Söhnen (ein Arzt und ein Jurist) in die Hände professioneller Dienste gegeben worden, die Söhne suchten ihre Mutter „nie“ auf. Seines Erachtens sei die Flüssigkeitsversorgung mangelhaft, wodurch die Pflegebedürftige kognitive Ausfallerscheinungen habe, die die Söhne aber auf eine Demenz zurückführten. Der Anregung des Befragten, eine Rundumbetreuung der Mutter zu organisieren, habe einer der Söhne zwar zugestimmt, diese aber nicht umgesetzt.²⁸⁰

Ex_10 (Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes, 52 J.): Der Gesprächspartner berichtet von einem Fall, in dem eine pflegebedürftige, von ihrem leicht dementen Ehemann versorgte Frau auf 38 kg Körpergewicht abgemagert gewesen sei. Der Pflegedienst habe dann mit den Kindern vereinbart, dass der Pflegedienst zusätzlich für das Frühstück

²⁷⁹ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.3 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁸⁰ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.3 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

der Frau sorgen würde; als dann aber die Gesamtkosten um einen eher geringen monatlichen Betrag (20 €) die SGB-XI-Leistungen überschritten hätten, sei das Frühstück von dem Ehemann und dem Sohn wieder abbestellt worden, ohne dass zugleich die Versorgung adäquat übernommen worden sei. Der Sohn sei sehr auf seinen Vorteil bedacht gewesen und habe kein liebevolles Verhältnis zur Mutter gehabt.²⁸¹

In dem im Folgenden geschilderten Fall steht gänzlich in Zweifel, ob im persönlichen Umfeld des Pflegebedürftigen jemand die Verantwortung für die Pflege übernommen hat; es ist dabei denkbar, dass finanzielle Motive nur zweitrangig sind. Die Schilderung des Mannes als „eigentlich wohlhabend“ und seine Versorgungssituation stehen in eklatantem Missverhältnis.

I_29_AP (Altenpflegerin, 45 J.): Von der befragten Pflegekraft wird über einen Fall pflegerischer Vernachlässigung berichtet. Ein Pflegebedürftiger, ein eigentlich wohlhabender ehemaliger Landwirt, habe auf einem Strohsack schlafen müssen. Der Patient habe „einen ganz ekligen Hautzustand“ gehabt; die Haut habe man von den Handinnenflächen und den Fußsohlen abziehen können und der Intimbereich sei „verpilzt“ gewesen. Es habe im Haus keine Waschlappen gegeben, und das Bad sei zuletzt vor dem Tod seiner ersten Frau geputzt worden. Weder der Sohn noch die zweite Frau des Mannes hätten sich für die Versorgung des Pflegebedürftigen zuständig gefühlt, erforderliche Pflegehilfsmittel hätten gefehlt. Das Ehepaar habe sich „nur angeschrien“. Die Frau habe ein Babyfon neben das Pflegebett gestellt, um die Aussagen ihres Mannes den Pflegekräften gegenüber zu überwachen, da er lüge. Der Mann habe sich auch von den Pflegekräften nicht jeden Tag waschen lassen wollen.²⁸²

Für den folgenden Fall liegt ein ausführlicher Bericht einer vorübergehend in der Pflege ihres vor sechs Jahren verstorbenen Schwiegervaters tätigen Schwiegertochter vor. Sie schildert finanzielle Ausbeutung und einen Tötungsversuch durch ihre Schwägerin, die im Anschluss an die Befragte den Mann pflegte. Als finanzielles Motiv der Pflegeübernahme wird auch der Zugriff auf das Vermögen des Pflegebedürftigen zu dessen Lebzeiten geschildert. Weitere Interviews zu dem Pflegearrangement liegen nicht vor, sodass – wie auch bei anderen hier präsentierten Fallbeispielen – eine Verifizierung der geschilderten Geschehensabläufe nicht möglich ist.

I_34: Die befragte 48-jährige Schwiegertochter eines vor sechs Jahren 92-jährig verstorbenen Pflegebedürftigen schildert, sie habe vier Jahre lang mit Unterstützung ihres Ehemannes und ihrer Schwiegermutter den an Demenz leidenden Mann gepflegt. Der Pflegebedürftige habe plötzlich sehr aggressiv werden können; er habe Angehörige wie Nachbarn beleidigt und sie mit seinem Stock zu verprügeln versucht. Während eines Krankenhausaufenthaltes der Schwiegermutter habe die bis dahin nicht aktiv an der Pflege beteiligte Tochter des Mannes, ihre Schwägerin, eine gesetzliche Betreuung einrichten lassen. Nach dem Tod der Schwiegermutter habe die Tochter des Mannes ihn zu sich genommen. Die Interviewpartnerin beschreibt die Pflegeübernahme durch die Tochter als finanziell motiviert, sinngemäß habe die Tochter gesagt: „Wer Vater hat, hat auch das Erbe.“ Die Tochter habe in der Zeit, in der der Vater bei ihr gelebt habe, den größten Teil des Vermögens des Vaters für eigene Anschaffungen aufgebraucht, die sie gegenüber der Betreuerin unter „erhöhtem Anschaffungsbedarf“ abgerechnet habe. Die Tochter habe den Pflegebedürftigen in starkem

²⁸¹ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁸² Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.2 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

Maße kontrolliert und teilweise isoliert. So habe sie seine Teilnahme am Begräbnis seiner Ehefrau verhindert. Die Gesprächspartnerin nimmt an, dass er mit Medikamenten ruhiggestellt wurde, um ihn am Weglaufen zu hindern. Gegen die befragte Schwiegertochter und ihren Mann, den Sohn des Pflegebedürftigen, habe die Tochter ein gerichtliches Kontaktverbot zum Vater erwirkt; mit der Begründung, dass es Streitigkeiten gegeben habe und der Pflegebedürftige nicht gut behandelt worden sei. Sie hätten versucht, beim Amtsgericht dagegen zu klagen, seien aber immer auf die Aussagen der gesetzlichen Betreuerin verwiesen worden. Der Schwiegervater sei, soweit man das wisse, bei der Tochter nicht gut behandelt worden. Er habe sich in der ihm unvertrauten Wohnung nicht mehr zurechtgefunden; ein Verwandter, der den Pflegebedürftigen besucht habe, habe über Hämatome berichtet. Sie selbst hätten den Pflegebedürftigen bis zu seinem Tod nicht mehr gesehen. Die Gesprächspartnerin schildert einen am Schwiegervater begangenen Tötungsversuch der Tochter; diese habe versucht, den Rollstuhl mit dem Pflegebedürftigen vor das Auto der Befragten zu schieben. Auch sie selbst und ihr Mann seien verbal wie physisch von der Tochter angegriffen worden.²⁸³

Fallgruppe 3: Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen

Mehrfach schildern Befragte Fälle von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen, wobei überwiegend Frauen die Opfer sind. In den meisten dieser Fälle werden pflegebedingte Belastungen nicht als Ursachen bzw. Auslöser von Gewalt genannt. Viele dieser Fälle lassen sich unter Bezugnahme auf gesellschaftlich eingebettete geschlechtsspezifische Hierarchien in Partnerschaften und Ehen analysieren. Sie weisen Parallelen auf zu Fällen von Partnerschaftsgewalt gegen jüngere Frauen. Anhand einiger Fallbeschreibungen wird deutlich – in anderen steht es zu vermuten –, dass die Viktimisierungen im Kontext teils langjähriger Dominanzbeziehungen stehen. Dabei lässt sich für viele Fälle eine Kontinuität solcher Dominanzverhältnisse über die Entstehung von Pflegebedürftigkeit aufzeigen bzw. vermuten. Seltener wird über Fälle berichtet, in denen es durch die Pflege zu einer Umkehrung bisheriger Macht- und Gewaltverhältnisse und einer hiermit verknüpften Viktimisierung gekommen ist. Am Ende dieses Abschnitts werden zwei Beispiele dafür dargestellt.

In Fällen von Gewalt gegen Frauen entstehen für die Opfer besondere zusätzliche Risiken durch die Pflegebedürftigkeit. Zugleich eröffnen sich durch die in einigen Fällen erfolgte pflegebedingte Einbeziehung externer Fachkräfte neue Kontroll- und Veränderungsmöglichkeiten. Allerdings fällt auf, dass viele der befragten Fachkräfte auch in solchen Konstellationen pflegebedingte Überlastung bzw. Überforderung als Ursache von Viktimisierungen identifizieren, ohne die spezifischen Dynamiken von Partnerschaftsgewalt zu berücksichtigen. Ein wesentlicher, Viktimisierungen verschärfender bzw. auslösender Faktor ist vielen der Berichte zufolge Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch der pflegenden Angehörigen, wobei in einigen Fällen auch die Pflegebedürftigen als alkoholabhängig geschildert werden.²⁸⁴ In einzelnen Fällen wird auch über andere Formen von Substanzmissbrauch berichtet.

Einige der berichteten Fälle werden im Folgenden dargestellt. In vielen dieser Fälle kommt es zu massiver psychischer und körperlicher Gewalt, zum Teil auch zu unterlassener Hilfeleistung, Vernachlässigungen und Freiheitseinschränkungen. Zunächst

²⁸³ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.5 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

²⁸⁴ Alkoholkonsum als Mittel der Belastungsbewältigung erwies sich auch in der schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger als Prädiktor problematischen Verhaltens (vgl. Kapitel 5.3.5.4).

werden Fälle dargestellt, in denen Informationen über eine beziehungsgeschichtliche Kontinuität von Gewalt bzw. Demütigungen in der Partnerschaft vorliegen.

GD_04b: In einer schon 35-jährigen Beziehung werde der Mann, so berichtet ein 58-jähriger Sozialarbeiter einer altersbezogenen Kriseninterventionsstelle, immer unter Alkoholeinfluss gewalttätig. Früher habe das Paar in einem Wohnumfeld gelebt, in welchem Gewalt gegen Frauen eher „im normalen Bereich“ gewesen sei. Mittlerweile sei die Frau in eine Einrichtung des betreuten Wohnens umgezogen, zudem sei ein Pflegedienst involviert. Dadurch seien die Viktimisierungen „öffentlicher“ geworden. Alkohol sei eindeutig der Auslöser. Trotz verschiedener Interventionen durch Pflegedienst, Polizei und Justiz und mittlerweile getrennter Wohnungen habe sich das Problem nicht lösen lassen, da die Frau ihren Mann immer wieder aufnehme und er unter Alkoholeinfluss regelmäßig körperlich gewalttätig werde. Es handle sich, so der Befragte, nicht um ein altersspezifisches Problem, sondern um einen Fall von Gewalt gegen Frauen, wobei die Beteiligten nun alt geworden seien. Altersspezifisch sei eher, dass das Problem über den Pflegedienst bekannt werde und so „Außenwirkung“ bekomme.²⁸⁵

I_13_AP (Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes, ausgebildete Krankenschwester, 50 J.): Die Befragte schildert ein Setting, in welchem der pflegende Ehemann seine pflegebedürftige Frau „drangsaliert“ habe. Er habe seine Frau gezwungen, nachts auf die Toilette zu gehen, damit er nicht so oft die Einlagen wechseln muss. Die Befragte berichtet ferner, sie habe das Gefühl, dass die Pflegebedürftige nicht wage, sich der ambulanten Pflegekraft anzuvertrauen, weil sie vermute, ihr Mann lausche an der Tür. Der pflegende Angehörige habe extreme Pünktlichkeit sowohl von seiner Frau als auch von den Pflegekräften verlangt; sobald diese zwei Minuten zu spät gekommen seien, habe er sie nicht mehr ins Haus gelassen. Zur prämorbidem Beziehung in diesem Setting wurde der Pflegekraft von Nachbarn berichtet, dass der Ehemann die Frau jahrelang betrogen habe und sie sogar die Wäsche der „anderen Frauen“ habe waschen müssen. Sie habe hinnehmen müssen, dass diese Frauen schon „fast“ mit im Haus wohnten. Sie sei finanziell auf ihren Ehemann angewiesen, sodass sie diese Situationen ertragen habe, zumal sie nicht in ein Heim gewollt habe.

In den folgenden Fallschilderungen liegen keine Informationen über die Qualität der Beziehung der Partner vor der Pflegebeziehung vor. Gleichwohl deuten die berichteten Viktimisierungen und die geschilderten Reaktionen der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die Viktimisierungen im Kontext von geschlechterhierarchischen Beziehungen stehen und lassen eine auch von Gewalt bzw. Unterdrückung geprägte Beziehungsgeschichte zumindest plausibel erscheinen. Zudem liegen für die Fälle keine Hinweise auf belastungsinduzierte Gewalt vor. In einem der berichteten Fälle spielt Alkoholabhängigkeit der Beteiligten eine Rolle, in einigen Fällen liegt ein Migrationshintergrund der Fallbeteiligten vor.

Ex_01 (Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle, 56 J.): Eine Mitarbeiterin einer Tagespflegeeinrichtung habe die Kriseninterventionseinrichtung informiert, dass ein 78-jähriger alkoholabhängiger Mann seine ebenfalls alkoholabhängige 73-jährige pflegebedürftige und demenzkranke Frau schlage, wenn er betrunken sei, weshalb sie immer voller Häma-

²⁸⁵ Dieser Fall wird auch in den Kapiteln 5.4.6.4.2.1 und 5.4.6.4.2.4 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

tome, mit blauem Auge und aufgeplatzten Lippen in die Tagespflege komme. Bei einem der Hausbesuche der Befragten sei die Frau sichtlich „angeschlagen“ gewesen, der Mann habe behauptet, sie sei gefallen. Der Befragten sei dann von Nachbarn bestätigt worden, dass der Mann seine Frau immer anbrülle („Du hast dich schon wieder beschissen und bepinkelt!“) und dann auch zuschlage. Eine Mitarbeiterin der Tagespflege habe von zunehmenden Gewaltspuren bei der Frau berichtet. Nach der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und der Ausweitung von Tagespflege habe der Mann seine Frau nicht mehr geschlagen. Der Ehemann habe Angst, dass man ihm auf die Finger schaue und fürchte, dass ihm „die Frau weggenommen wird“.²⁸⁶

GD_04c: Die befragte 47-jährige Expertin (gerontopsychiatrische Fachausbildung, Krankenschwester) aus dem Bereich der kommunalen Pflegebegutachtung berichtet von einem Fall, bei dem deutlich geworden sei, dass Probleme vorliegen, als sich die hilfebedürftige, aber noch mit Hilfe mobile Frau nicht zum Beratungsgespräch ins Wohnzimmer gewagt habe. Sie habe sich geweigert, über die Türschwelle zu gehen. Das Gespräch – die Frau habe sich ausreichend auf Deutsch artikulieren können – habe schließlich bei der Frau im Zimmer stattgefunden. Irgendwann sei der Befragten klar geworden, dass der Ehemann die Anwesenheit seiner pflegebedürftigen Frau nicht dulde. Sie sei in ihrem Zimmer isoliert worden und habe die Türschwelle zum Wohnbereich nicht übertreten dürfen. Sie habe zudem Hämatome am Oberarm aufgewiesen, die angeblich von einem Sturz stammten, dies sei angesichts der Art und Anzahl der Hämatome jedoch nicht plausibel gewesen. Der Leidensdruck bei der Frau sei enorm gewesen: „Es lag definitiv Gewalt vor. (...) Sie hatte 'nen Toilettensstuhl im Zimmer, sie hatte 'n Tablett im Zimmer und 'n Bett, mehr war da nicht und 'nen Kleiderschrank. Mehr war nicht drin und da hatte sie sich aufzuhalten.“ Sie habe es ihrem Mann recht machen wollen, und er habe sich nicht mehr Tag und Nacht um sie kümmern wollen.²⁸⁷

GD_04c: Kommunale Pflegebegutachterin (gerontopsychiatrische Fachausbildung, Krankenschwester, 47 J.): Im Fall eines alleinlebenden pflegebedürftigen persischen Ehepaars habe die über 80-jährige Frau massive Angst vor ihrem im Vergleich zu ihr etwas weniger unterstützungsbedürftigen Mann gehabt. Beide hätten jeweils ein eigenes Zimmer, aber gemeinsam Wohnzimmer, Küche und Bad bewohnt; der Pflegedienst sei zur Versorgung gekommen. Beim Beratungsgespräch der Befragten mit der Ehefrau sei diese immer, wenn ihr Mann in ihre Richtung kam, in ihr Zimmer gegangen. Der Befragten und einer ambulanten Pflegekraft zufolge sei das ängstliche Verhalten der Frau ein Hinweis auch auf körperliche Gewalt. Als die Frau eines Abends im Wohnzimmer gestürzt sei, habe sie ihn um Hilfe gerufen. Er habe darauf nicht reagiert, dabei wäre er wenigstens in der Lage gewesen, telefonisch Hilfe zu rufen. Der Pflegedienst habe sie nach 14 Stunden gefunden und in eine Klinik gebracht. Die Spannungen in der Wohnung seien schon beim Eintreten spürbar und sehr unangenehm gewesen; der Befragten zufolge würde das „jeder normale Mensch auf Dauer nicht aushalten.“²⁸⁸

I_30_AP (Krankenpflegehelferin, 54 J): Eine Gesprächspartnerin schildert einen Fall ehelicher Gewalt in der Pflege. Der Ehemann habe seine pflegebedürftige Frau geschlagen und misshandelt und sei ihr gegenüber laut geworden. Er sei auch im Beisein der Befragten sei-

286 Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.7 unter Interventionsgesichtspunkten ausführlich dargestellt.

287 Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.3 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

288 Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.4 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

ner Frau gegenüber verbal aggressiv, von den physischen Viktimisierungen habe ihr die Ehefrau berichtet. „Sie hat mir denn morgens so hinter vorgehaltener Hand [gesagt]: ‚Gestern hat er mich wieder verhaun.‘“²⁸⁹

Der im Folgenden geschilderte Fall von sexueller Viktimisierung einer demenziell erkrankten Ehefrau ist auch im Kontext eines geschlechterhierarchischen Beziehungsmodells und damit verbundener Erwartungen der sexuellen Verfügbarkeit der Ehefrau zu deuten.

Ex_01: Die Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle (56 J.) berichtet, dass in einem ihr bekannten Fall der Ehemann „seine Rechte eingefordert“ und seiner demenziell erkrankten Frau Hormonpflaster aufgeklebt habe, damit deren Scheide feuchter bleibe. Die Frau habe „panische Angst“ vor ihrem Mann gehabt und sehr unter der Situation gelitten.

In der Stichprobe häuslicher Pflegearrangements wird von einem Fall berichtet, in welchem es zu massiver körperlicher Gewalt und pflegerischer Vernachlässigung durch den Ehemann einer multimorbiden Frau kommt. Wesentlicher Aspekt in diesem Fall ist der Substanzmittelmissbrauch der Pflegebedürftigen. Heirat und Übernahme der Pflegeverantwortung sind in diesem Fall der ambulanten Pflegekraft zufolge primär finanziell motiviert. Die Partner sind in hohem Maße voneinander abhängig: Er ist finanziell auf sie angewiesen, sie ist davon abhängig, dass er ihr Drogen beschafft.

I_90: Befragt wurden der 59-jährige pflegende Angehörige, der seine 48-jährige Ehefrau seit ca. zehn Jahren versorgt, sowie die Mitarbeiterin eines auf Intervention einer gesetzlichen Betreuerin eingesetzten Pflegedienstes. Die Pflegebedürftige leidet u. a. infolge multipler Drogenabhängigkeiten (Heroin, Alkohol, verschiedene synthetische Drogen) an verschiedenen Krankheiten sowie zeitweise auftretenden Angstpsychosen. Zudem erlitt sie mehrere Schlaganfälle, sodass sie halbseitig gelähmt ist, im Rollstuhl sitzt und bei den meisten Alltagsverrichtungen auf Hilfe angewiesen ist. Für die Pflege im engeren Sinne sei der Ehemann zuständig, dabei sei laut ambulanter Pflegekraft die Pflegeübernahme rein finanziell motiviert. Der Ehemann bestätigt, dass er die Pflegebedürftige vor ca. zehn Jahren auch deshalb geheiratet habe, um durch ihre Erwerbsunfähigkeitsrente und als späterer Witwer finanziell abgesichert zu sein, allerdings spielen der Aussage des Ehemannes zufolge auch Mitleid und altruistische Motive eine Rolle. Beide Interviewte berichteten von körperlichen Gewalttätigkeiten. Der pflegende Angehörige erwähnt einen „Aussetzer“ seinerseits, der im letzten Jahr durch Ärger mit dem Betreuer ausgelöst worden sei und dass er im Zuge dessen sowie eines daraufhin erfolgten Polizeieinsatzes seine Frau verprügelt habe. „Dann wurde ich wieder nach Hause gebracht. Und dann habe ich wahrscheinlich die Kontrolle verloren und hab’ meine Frau verprügelt. Ob Sie es mir glauben oder nicht, ich weiß nichts davon. Ich weiß, wie der Tag angefangen hat, dass wir Probleme hatten. Ich weiß nicht, dass ich meine Frau geschlagen habe. Folge war: Ich komme in die Psychiatrie.“ Der pflegende Angehörige hatte für die nachfolgenden Wochen ein polizeilich verfügbares Kontaktverbot zu seiner Frau. Die befragte ambulante Pflegekraft schildert, dass es häufiger zu körperlichen Gewalttätigkeiten komme. Während eines zweiten Aufenthalts des Mannes in der Psychiatrie habe sie beim Duschen der Frau festgestellt, dass diese am ganzen Rumpf mit verhärteten Hämatomen „übersät“ gewesen sei. Auch sei die Pflege durch den Ehemann absolut mangelhaft gewesen, sowohl was die Hygiene angeht als auch die Ernährung. Während seines Psychiatrieaufenthaltes hätte der Pflegedienst die Pflegebedürftige gegen ihren Willen regel-

²⁸⁹ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

mäßig geduscht und ihr zudem ausreichend Essen gegeben. Sie sei in dieser Zeit aufgelebt, auch da sie nicht so viel Alkohol bekommen habe. Die Pflegekraft berichtet von Ärzten, die gehört hätten, wie die Pflegebedürftige im Krankenhaus von ihrem Mann am Telefon angebrüllt worden sei, sie solle ihm „das Geld“ bringen. Dies sei nach Aussagen der Pflegebedürftigen Geld gewesen, welches sie geerbt habe. Die Pflegebedürftige wird von der Pflegekraft als eine Person beschrieben, die manchmal sehr bestimmt auftreten könne, im Beisein ihres Mannes allerdings nie etwas sage. Nach wie vor verhalte sich der Mann aggressiv, teilweise auch in Anwesenheit und gegenüber den Pflegekräften. Lediglich der befragte Betreuer spricht davon, dass Gewalt auch von ihrer Seite ausgehe.²⁹⁰

Am folgenden Fallbeispiel lässt sich zeigen, dass es in einer traditionell geschlechterhierarchischen Partnerschaft durch die Pflegebedürftigkeit des Mannes zu Verschiebungen im Abhängigkeitsverhältnis gekommen ist. Die „Macht der Versorgung“ bekommt bei zunehmendem Versorgungsbedarf des Ehemannes stärkeres Gewicht in der Beziehungshierarchie.

GD_04a: Es handle sich, so die 53-jährige Sozialarbeiterin aus dem Bereich der altersbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsarbeit, um einen sehr unklaren Fall. Ausgangspunkt waren die Beschwerden eines stark pflegebedürftigen alten Mannes im Krankenhaus, er werde von seiner Frau schlechter behandelt als der Hund. Es sei in dem Fall vollkommen unklar, von wem die Gewalt in der Ehe ausgehe. Er habe eine hohe Rente und den Zugang zu den Konten und teile das Geld ein, seine Frau hingegen habe die „Macht der Versorgung“. Er habe so stark verkrüppelte Hände, dass er darauf angewiesen sei, gefüttert zu werden und bei Toilettengängen Unterstützung brauche. Sie wiederum sei auf das Geld angewiesen. Hier gebe es „mit Sicherheit Gewalt, wo jeder seine Macht ausspielt.“ Konkret klage der Mann, dass der Hund des Ehepaares das Essen liebevoller zubereitet bekomme und mehr Zuwendung bekomme als er. Er werde nur schnell gefüttert. Allerdings wolle er auch aufgrund der Kosten nicht in ein Pflegeheim.

Im folgenden Fall inter- und intragenerationaler Demenzpflege schildert die 58-jährige Tochter einer 87-jährigen Frau, dass es in der Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Mutter und ihrem sie ebenfalls pflegenden Ehemann durch die Pflege zu einer Umkehrung von Machtstrukturen gekommen sei und dass als Motiv für auch physisch grobes Verhalten Rache bzw. Vergeltung denkbar sei.

I_77: Die 92-jährige pflegebedürftige Mutter der Befragten wird von dieser wie auch von der befragten ambulanten Pflegekraft als äußerst unzufriedener Mensch geschildert. Die ebenfalls pflegende Tochter berichtet, die Mutter habe ihren Mann früher oft „ausgeschimpft“. Im Zuge der Pflegeübernahme habe sich dann das Verhältnis umgekehrt und es sei vonseiten des Mannes vorübergehend zu Grobheiten gekommen. „Sie hat also immer was an ihm auszusetzen gehabt und als es so nicht mehr ging, dann war er derjenige. Aber das hat sich gegeben.“ Die ebenfalls befragte ambulante Pflegekraft schildert ihren Eindruck, dass der Mann seine Frau zu Beginn der Pflegebedürftigkeit aus Wut grob angefasst habe. Als Gründe für dieses Verhalten vermutet die ambulante Pflegekraft auch Belastung und Überforderung, das Nicht-Wahrhaben-Wollen des körperlichen Verfalls der Frau, aber möglicherweise auch mangelnden Willen und sogar Rache.²⁹¹

290 Dieser Fall wird auch in den Kapiteln 5.4.6.4.2.6/7 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

291 Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

Fallgruppe 4: Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen vor dem Hintergrund von Umkehrungen in Dominanzbeziehungen

Wie bei den beschriebenen Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen wird auch für Fälle von Gewalt in der intergenerationalen Pflege eine Ursache von Viktimisierungen in der Umkehrung von Dominanzverhältnissen gesehen. Dabei werden insbesondere Fälle pflegerischer und psychosozialer Vernachlässigung berichtet. Teilweise spielen bei der Übernahme von Pflege in diesen Fällen ebenfalls finanzielle Motive eine Rolle, in vielen Fällen aber ist das Motiv zur Pflegeübernahme nicht bekannt. Es sind also auch hier Überschneidungen mit Fallgruppe 2 denkbar und wahrscheinlich.

Im folgenden Fallbeispiel erläutert die befragte Pflegekraft das von ihr wahrgenommene Prinzip der Reziprozität in intergenerationalen Beziehungen, demzufolge in Pflegebeziehungen die Pflegebedürftigen in ähnlichem Umfang Fürsorge und Zuwendung erfahren, wie sie sie früher ihren Angehörigen zukommen ließen.

I_84 AP (Altenpflegehelferin, w, 40 J.): Die befragte ambulante Pflegekraft berichtet von einem Fall, in welchem ihres Erachtens die Gefahr der Misshandlung sowie des Austrocknens und Verhungerns bestanden habe. Die Pflegebedürftige habe behauptet, nichts zu essen zu bekommen, zudem sei sie sehr abgemagert gewesen. Die Schwiegertochter habe das Gegenteil behauptet. „Die Schwiegertochter sagt: ‚Die isst, die isst mehr wie mein Mann und ich zusammen.‘“ Die ambulante Pflegekraft berichtete weiter, dass das Zimmer der Pflegebedürftigen nicht beheizt worden sei. Zudem habe die Pflegekraft am Arm der Pflegebedürftigen Hämatome festgestellt. Insgesamt habe kein herzliches Verhältnis zwischen den Angehörigen und der Pflegebedürftigen bestanden, sie werde, so schätzt die Pflegekraft, aufgrund von finanziellen Motiven zu Hause gepflegt. Die Pflegekraft habe von Nachbarn erfahren, dass das Verhältnis in der Familie noch nie gut gewesen sei und das bekomme die Pflegebedürftige jetzt zu spüren. „Aber das ist auch wieder so ein Fall, wo ich halt auch von Leuten aus dem Ort erzählt gekriegt hab, was da früher abgegangen war, dass sie also auch im Prinzip das heute zurückkriegt, was sie gegeben hat.“²⁹²

Im folgenden Fallbeispiel steht das berichtete gewaltförmige Verhalten ebenfalls im Kontext und in der Kontinuität einer negativen Vorbeziehung, wobei das aggressive Verhalten des Pflegebedürftigen dem Bericht zufolge zum Auslöser von Gewalt durch die pflegende Schwiegertochter wurde.

I_77 AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 61 J.): Dem Bericht einer Pflegekraft zufolge handelt es sich um eine Frau, die ihren Schwiegervater pflegt. Die beiden hätten sich gehasst bzw. habe er sie immer „gepiesackt“ und sei ihr verbal „weit überlegen gewesen“. In ihrer Anwesenheit habe die Schwiegertochter zum Schlag gegen den Pflegebedürftigen ausgeholt, nachdem dieser sie „gepiesackt“ hatte.²⁹³

Fallgruppe 5: Misshandlungen, Vernachlässigungen und Freiheitseinschränkungen von pflegebedürftigen Frauen durch ihre (Schwieger-)Söhne

In einer Reihe von Fällen treten Viktimisierungen von älteren pflegebedürftigen Frauen auf, wobei Söhne bzw. Schwiegersöhne die Täter sind. Auch hier – und dies gilt in besonderem Maße für die Fälle sexueller Gewalt – spiegeln sich geschlechterhierarchi-

²⁹² Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

²⁹³ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventions Gesichtspunkten dargestellt.

sche Machtverhältnisse. In diesen Fällen – und dies unterscheidet sie von den anderen Fallgruppen – gibt es keine Hinweise darauf, dass die Söhne bzw. Schwiegersöhne mit Pflegeaufgaben befasst sind. In den Falldarstellungen werden gravierende Formen von Viktimisierungen berichtet. Es handelt sich um einen Fallbericht, in welchem ein Mann seine pflegebedürftige Mutter finanziell ausbeutet und beschimpft und gegen andere Familienmitglieder ebenfalls gewalttätig wird sowie um zwei Fallberichte über vermutete bzw. gegebene sexuelle Viktimisierung älterer Frauen durch den jeweiligen Sohn bzw. Schwiegersohn. In einem Fall wird Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit als relevant beschrieben, in zwei Fällen spielen auch Bereicherungsmotive bzw. finanzielle Abhängigkeit von der Mutter eine Rolle.

I_65_AP (Krankenpflegehelferin, 45 J.): Die Befragte berichtet von einem Setting, in welchem der pflegende Sohn mit seiner Familie zur pflegebedürftigen Mutter gezogen sei. Von den Viktimisierungen sei nicht nur die pflegebedürftige Mutter, sondern die ganze Familie betroffen gewesen. Er habe ihre Rente an sich genommen und sie in Anwesenheit seiner Kinder beschimpft. So habe er zu der Pflegebedürftigen gesagt, dass der Dreck in der Badewanne, der eigentlich vom Abwasser der Waschmaschine gekommen sei, von ihr komme: „Das ist von dir, so dreckig bist du. Das ist dein Dreck.“ (...) Und der hat sie auch massiv beschimpft und alles.“ Der Sohn habe keine Arbeit gehabt und seine Kinder geschlagen. Aufgrund eines Schlaganfalls sei der Sohn selbst in ein Pflegeheim gekommen. Die Pflegebedürftige habe danach noch einmal richtig aufgelebt.

Ex_01: Die befragte Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle (56 J.) berichtet, dass in einem Fall ein alkoholabhängiger Sohn versucht habe, seine Mutter zu vergewaltigen. Die Frau habe um Hilfe rufen können und die Polizei sei eingeschaltet worden. Der arbeitslose Sohn sei bei seiner Mutter aufgrund eigener Wohnungslosigkeit eingezogen.²⁹⁴

Ex_11: Im Bericht der Leiterin einer Kriseninterventionsstelle (52 J.) geht es um einen dringenden Verdachtsfall massiver sexueller Gewalt, welcher letztlich nicht aufgeklärt wurde. Der Befragten zufolge habe es sich bei dem Opfer um eine Pflegebedürftige gehandelt, die sich nicht selbst habe bewegen können und daher dauerhaft im Bett gelegen habe. Trotz ihrer Immobilität habe die Frau Quetschungen an der Brust und einen Beinbruch erlitten, der darauf hindeutete, dass der Frau die Beine verdreht worden waren. Sie habe sich nicht äußern können. Der in diesem Haushalt tätige ambulante Pfleger vermutete sexuelle Viktimisierung durch den Schwiegersohn der Pflegebedürftigen. Noch vor einer Klärung des Verdachts sei die Frau verstorben.²⁹⁵

Zusammenfassung

Während ein Teil der aus Beobachtersicht geschilderten Fälle der Viktimisierung Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige dem Fallspektrum entspricht, welches von pflegenden Angehörigen, d. h. aus Tätersicht, berichtet wurde, handelt es sich bei einem größeren Teil der hier dargestellten Fallkonstellationen um dauerhaft verfestigte Gewaltverhältnisse bzw. um Fälle, in denen eine Schädigungsabsicht eben nicht situationsabhängig entsteht, sondern über Situationen hinweg vorhanden ist. Während aus Akteursicht primär Fälle belastungsinduzierter Gewalt geschildert wurden, beschreiben Beobachterinnen und Beobachter zusätzlich eine große Zahl von Fällen, in denen derar-

²⁹⁴ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.6 unter Interventionsgesichtspunkten geschildert.

²⁹⁵ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

tige Ursachenzuschreibungen nicht zutreffend erscheinen. In vielen der geschilderten Fälle kommt es – auch dies im Unterschied zur Akteurperspektive – zu gravierenden Formen von Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige. Neben den überforderungs- und belastungsinduzierten Viktimisierungen, bei denen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Pflegeübernahme vermutet wird, sind die beiden großen Fallgruppen einerseits Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen vor allem im Kontext von Geschlechterhierarchien und andererseits Fälle von Gewalt und Vernachlässigung aufgrund einer primär finanziell motivierten Übernahme von Pflege und gleichzeitig fraglicher oder fehlender Pflegemotivation. In einer kleineren Zahl von Fällen werden Fälle der Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen aufgrund von Umkehrungen in Dominanzbeziehungen sowie Misshandlungen und Vernachlässigungen pflegebedürftiger Frauen durch Söhne bzw. Schwiegersöhne berichtet.

Als für viele der berichteten Fälle maßgeblicher Faktor erweist sich die Qualität der Vorbeziehung und damit in Zusammenhang stehend die Motivation für die Übernahme der Pflege. Gravierende Gewaltvorkommnisse werden aus Konstellationen geschildert, in denen bei negativer Beziehungsgeschichte primär finanzielle Motive zur Pflegeübernahme vorliegen sowie aus Konstellationen, in denen massive gegenseitige Abhängigkeiten und Dominanzverhältnisse in Partnerschaften älterer Menschen bestehen und geschlechterspezifische Gewaltverhältnisse in der Pflege fortgeführt werden oder sich umkehren. Ebenfalls gravierende Viktimisierungsberichte liegen für Fälle von Gewalt durch (zumindest teilweise von ihren Müttern abhängige) erwachsene Söhne bzw. Schwiegersöhne vor, wobei sich diese offenbar eher unabhängig von der Übernahme von Pflegeverantwortung ereignen. Als solche problematischen Grundkonstellationen verschärfende Faktoren sind an erster Stelle Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit pflegender Angehöriger zu nennen. Aus Beobachtersicht wird zudem eine Reihe von Konstellationen geschildert, in denen es trotz guter präorbiter Beziehungsqualität und tatsächlicher Übernahme von Pflegeverantwortung zu gewaltförmigem Verhalten in der Pflege kommen kann. Dies sind aufseiten von pflegenden Angehörigen wiederum Alkoholkonsum bzw. -abhängigkeit, physische bzw. psychische Einschränkungen, die eine erfolgreiche Bewältigung von Pflegeaufgaben unwahrscheinlich machen, mangelnde Informationen und dadurch bedingt falsche Situationseinschätzungen bzw. Pflegefehler. Hinzu kommen überzogene Anforderungen (der Pflegenden an sich selbst oder von Dritten), trotz gegebener Überforderung keine Pflegeaufgaben zu delegieren sowie finanzielle Zwangslagen, die eine Zuhilfenahme professioneller Pflege oder alternative Lösungen wie eine Pflegeheimübersiedlung verhindern. Ferner können die spezifischen hohen Anforderungen von Demenzpflege und aggressives Verhalten durch Pflegebedürftige dazu beitragen, das Risiko von Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen zu erhöhen.

5.4.6.3.4.3.2 Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte

Den nachfolgend dargestellten Fallberichten liegen sieben Berichte pflegender Angehöriger bzgl. gewaltförmigen Verhaltens ambulanter Pflegekräfte aus den untersuchten häuslichen Pflegearrangements zugrunde, ferner einige weitere Berichte zu problematischem, nicht als Viktimisierung klassifizierten Verhalten. Darüber hinaus werden zehn Viktimisierungsberichte der befragten Fachkräfte aus den Bereichen Pflege, Pflegebegutachtung, Krisenintervention bei pflegerischer Gewalt und Seniorenberatung geschildert.

Im Folgenden werden zunächst berichtete, nicht immer eindeutig als Viktimisierungen klassifizierbare Missstände in der ambulanten Pflege dargestellt. Diese Fälle wurden in erster Linie von pflegenden Angehörigen berichtet. Primär sind dies Fälle physisch und verbal problematischen Verhaltens, nachlässiger Verrichtung von Pflegehandlungen und pflegerischer Vernachlässigung sowie für Pflegebedürftige problematischer Formen der Arbeitsorganisation. Nach kurzen Ausführungen zu sehr unklaren Viktimisierungsfällen werden einige berichtete Fälle gravierender verbaler, physischer und sexueller Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte dargestellt. Schließlich wendet sich die Darstellung verschiedenen Formen finanziell schädigenden Verhaltens durch Pflegekräfte bzw. -dienste zu.

Missstände in der ambulanten Pflege – physisch und verbal problematisches Verhalten, nachlässige Verrichtungen von Pflegehandlungen und pflegerische Vernachlässigung

Im folgenden Abschnitt sind Fälle aufgeführt, die von den berichtenden pflegenden Angehörigen als teils hoch problematisch eingeschätzt wurden, wobei allerdings in einigen Fällen nicht eindeutig ist, ob es sich hierbei um Viktimisierungen im engeren Sinne handelt.

Für einzelne Pflegearrangements werden erhebliche Probleme und Missstände geschildert. So berichten pflegende Angehörige und Pflegekräfte von Fällen, in denen ambulante Pflegekräfte Pflegebedürftige bei Pflegeverrichtungen vermeidbar grob anfassen und ihnen dabei Schmerzen zufügen, dies teils in Kombination mit verbalen Aggressionen. In weiteren Fällen wird von hygienisch nachlässiger Durchführung von Pflegehandlungen und von mangelhaften Absprachen mit zum Teil für die Pflegebedürftigen problematischen Folgen berichtet. Weiter werden Fälle pflegerischer Vernachlässigung bei Körperpflege, Lagerung und Dekubitusprophylaxe geschildert. Es liegen zudem Berichte über problematisches Auftreten bzw. problematische Umgangsformen von Pflegekräften vor. In anderen Fällen von nicht gewaltförmigem, gleichwohl für die Betroffenen sehr problematischem Verhalten geht es um einen durch bessere Informationsweitergabe vermeidbaren gravierenden Unfall eines Pflegebedürftigen und um für Pflegebedürftige psychisch sehr belastende häufige Personalwechsel in ambulanten Pflegediensten.

Als vermeidbar charakterisiert eine 76-jährige Frau das grobe Verhalten einiger Pflegekräfte in der Pflege ihres gleichaltrigen, multimorbid erkrankten Mannes. Sie berichtet, dass diese ihren Mann in letzter Zeit vermehrt grob angefasst und ihm so Schmerzen zugefügt hätten. Einige entschuldigten sich danach nicht einmal, sondern schimpften und reagierten gereizt.

I_12: „Und manche sind so grob und fassen ihn so an, dann kommt es schon vor, dass er sagt ‚Aua‘ und schreit richtig auf und sagt ‚Ich will das nicht, lassen Sie das‘. Also das kommt jetzt in letzter Zeit häufiger vor.“

„Ja, die eine Pflegerin sagt dann ‚Es tut mir leid, gleich, dann müssen Sie [sich] doch mal hinsetzen‘, die andere, die sagt kein Wort oder schimpft denn noch so ein bisschen, auch unterschiedlich, wie wir Menschen sind. (...) manche reagieren sehr gereizt.“

Ebenfalls vermeidbares physisch grobes und nachlässiges Verhalten wirft eine andere 61 Jahre alte pflegende Angehörige den in der Versorgung ihres Mannes tätigen Pflegekräften vor.

I_21: Ihr 62-jähriger, vom Hals abwärts gelähmter Ehemann versteife nach Angaben seiner Frau manchmal, doch die Pflegekräfte warteten nicht ab, bis sich diese Versteifungen wieder lösten, sondern rissen „mit Gewalt“ an seinen Armen, um ihn zu bewegen. Beim Umsteigen in den Lift seien ihm schon die Hoden gequetscht worden und er habe auch schon häufiger Druckstellen und einen Dekubitus durch falsche Lagerung erlitten. Die pflegende Ehefrau beschreibt, dass aufgrund mangelnden Schmerzempfindens aufseiten ihres Mannes solche Verletzungen bei unachtsamem Verhalten leicht vorkommen könnten. „Aber [es] ist vorgekommen, dass man nicht aufgepasst hat, zum Beispiel, man muss ja meinen Mann (...) mit diesem Lift umsteigen vom Rollstuhl ins Bett und umgekehrt. Und dann hat man also nicht aufgepasst. Hier sind so Gurte dran und diese Gurte kommen unter den Oberschenkel, und die sind dann zu weit in den Genitalbereich gerutscht und dann hat man ihm also den Hoden gequetscht. Und als wir dann beim Duschen waren, habe ich dann so einen schwarzen Fleck gesehen und konnte mir das erst nicht erklären. Mein Mann merkt es ja leider nicht. Und die sind unachtsam mit ihm umgegangen. Also wurde ihm schon wieder 'ne Verletzung zugefügt.“

Die Frau berichtet zudem von unter Hygiene- und Pflegegesichtspunkten problematischem Verhalten eines Pflegers: Während eines Urlaubs der Frau sei ein Pfleger „zu faul“ gewesen, den künstlichen Darmausgang ihres Mannes zu leeren, sodass die Bettwäsche stark verschmutzt worden sei. Diese habe der Pfleger im Zimmer liegen gelassen und auch das Bett des Pflegebedürftigen nicht gereinigt. Sie schildert weiter das Problem, dass Pflegekräfte bei der Katheterisierung teilweise hygienisch nicht einwandfrei arbeiteten, sodass ihr Mann „andauernd“ an Harnwegsinfektionen leide. Insgesamt müsse sie die Pflegekräfte stets kontrollieren, da sie auch neue Einträge in den Pflegehinweisen nicht lesen würden und so bspw. Medikamente zu lange bzw. falsch verabreichten. „Sie lesen es nicht nach und mein Mann hätte die Tabletten weiter bekommen, ob er sie brauchte oder nicht. Und solche Sachen dürfen ja normalerweise nicht passieren, ne. Und dann noch so verschiedene Sachen, also da gibt es vieles, ne?“

Die pflegende Angehörige äußert sich insgesamt sehr kritisch zu den Pflegekräften. Dagegen werden von der zum Pflegesetting befragten Pflegekraft keine derartigen Kritikpunkte benannt; lediglich zu Anfang der Pflegebeziehung habe es Auseinandersetzungen mit der Ehefrau bzgl. der Mülltrennung gegeben.²⁹⁶

Ein 26 Jahre alter Pfleger berichtet davon, dass Pflegeverrichtungen grob ausgeführt würden und schildert Fälle pflegerischer Vernachlässigung. Der Befragte, der fünf Jahre bei einem Pflegedienst gearbeitet hatte und zum Interviewzeitpunkt selbstständig als Pfleger tätig war, schildert, möglicherweise vor dem Hintergrund seiner Distanz zu einem Pflegedienst, größere Defizite bei der Versorgung durch ambulante Dienste. Er berichtet insbesondere, dass Pflegebedürftige häufig falsch gelagert, grob angefasst, zu selten gewaschen und eingecremt würden und dass zu selten ihre Vorlagen gewechselt würden:

²⁹⁶ Die Angaben des pflegebedürftigen Mannes stimmen weitgehend mit denen seiner Frau überein (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.1).

I_36a_AP (Altenpflegehelfer, 26 J.): „Die Leute sind unterversorgt, weil sie, sagen wir mal, nicht eingecremt werden, ja, weil die Haut so furchtbar aussieht, weil sie nicht genügend gewaschen werden, weil sie zu lange in der schmutzigen Windel liegen, ja, weil der Kühlschrankschrank nicht ausgeräumt ist und es stinkt aus dem Kühlschrankschrank (...), ja. Weil die Leute, weil die Pfleger, die Kranken zu grob anfassen, einfach rumwälzen und nicht einfach umdrehen, (...) die Kranken werden nicht richtig gelagert, sondern irgendwie gelagert.“

Nachlässig durchgeführte pflegerische Verrichtungen sind im folgenden Fall ursächlich für Hygienemängel – wobei es sich dabei sicher nicht um Viktimisierungen im engeren Sinne handelt. Eine 55-jährige pflegende Frau schildert ihre Unzufriedenheit mit dem ständig wechselnden Pflegepersonal ihrer 85-jährigen Mutter, vor allem in Bezug auf die Lagerung und die Inkontinenzversorgung.

I_47: „Sie [die Pflegekräfte] können zwar die Mutti auf die Seite lagern, aber sie achten nicht richtig drauf (...). Meine Mutter hat Stecklaken und hat auch zusätzlich Bettunterlagen, die man rausnehmen kann, flexible (...) Bettunterlagen, und dann wird nicht drauf geachtet, dass, wenn die Lagerungsdecke reingeführt, zwischen die Beine auch geführt wird, dass die Decke auch geschützt ist, weil sie ja auch nachts Wasser lässt und das manchmal dann nicht ausreicht.“

Auch das im folgenden Fall berichtete Verhalten einer Pflegekraft, das zu gravierenden Verletzungen des Pflegebedürftigen führte, lässt sich nicht als Viktimisierung im Sinne der Bestimmung des Gewaltbegriffs bezeichnen (vgl. Kapitel 3.2). Vielmehr handelt es sich um einen durch mangelnde Vorinformation bedingten Unfall in einer Pflegesituation, der allerdings die Frage aufwirft, warum der Pfleger vorab nicht ausreichend informiert wurde.

I_36: Eine 67 Jahre alte Ehefrau berichtet, dass ein neuer Pfleger ihren 70-jährigen, an Blutkrebs erkrankten Mann auf die Bettkante gesetzt habe und dieser aufgrund seiner Instabilität auf den Boden gefallen sei und sich einen Wirbel gebrochen habe. Ihrer Ansicht nach hätte das jedem passieren können, und der Pfleger trage keine Schuld an dem Vorfall. „Er ist einmal aus 'm Bett gefallen, das war 'n unglücklicher Zufall, da hat 'n Pfleger, der war neu, der hat angefangen und hat ihn auf die Bettkante gesetzt, die Schuhe angezogen und mein Mann ist über ihn weg gefallen, aus dem Bett, das Gleichgewicht verloren und da hatte er sich 'n Lendenwirbel gebrochen und den Kopf verletzt, aber das war keine böse Absicht, der Mann hat nich gewusst, dass er sehr instabil is.“

Als gravierendes emotionales Problem für die Pflegebedürftigen schildern pflegende Angehörige immer wieder häufigen Personalwechsel bei den Pflegeeinsätzen. Obgleich auch hier nicht von gewaltförmigem Verhalten gesprochen werden kann, kann es doch für Pflegebedürftige psychisch stark belastend wirken, wenn in der Durchführung der körpernahen Pflegeverrichtungen immer wieder ihnen unbekannte Personen tätig sind.

I_84 (pflegende Tochter, 56 Jahre, Demenzpflege): „Es gab mal 'ne Woche, wo jeden Tag ein Fremder kam. Also das war furchtbar, da hat (...) sich [meine Mutter] schrecklich aufgeregt, ne. Aber jetzt ist es so, dass die eine Pflegerin fast kontinuierlich kommt, drei, vier Wochen, dann muss sie wieder ihre Überstunden abbauen, dann kommt eine andere, die sie [meine Mutter] dann aber auch kennt. Also, sie hat jetzt so vier, fünf Leute, die sie gut kennt und da ist sie auch mit zufrieden.“

Im folgenden Bericht über ein häusliches Pflegearrangement kumulieren die Probleme mit ambulanten Pflegekräften. Auch hier kommt es zu verschiedenen Verhaltensweisen und Unterlassungen, welche in jedem Fall als problematisch, in Teilen sicher auch als gewaltförmig zu klassifizieren sind. Eine 55-jährige pflegende Angehörige, die für die Versorgung ihrer 83-jährigen Mutter auf umfangreiche Unterstützung durch ambulante Pflegekräfte angewiesen ist, berichtet von vielfältigen Gründen für ihre Unzufriedenheit mit dem für die Pflege engagierten ambulanten Dienst. Auch sie klagt über ständigen Wechsel von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, zudem berichtet sie von mangelhaften Absprachen, unzuverlässigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, rüdem und geschmacklosem Verhalten einzelner männlicher Pflegekräfte, missverstandenen Aktivierungsversuchen, der nachlässigen Ausführung pflegerischer Handlungen sowie von einem ungewöhnlich dreisten Diebstahl, der die Pflegebedürftige und die pflegende Angehörige erheblich verstört habe. Wie der unten stehenden ausführlichen Fallschilderung zu entnehmen ist, missachtete der ambulante Pfleger dabei demonstrativ den Willen der Pflegebedürftigen und ihrer Tochter, nutzte eine freundliche Geste der pflegenden Angehörigen aus und demonstrierte seine Macht.

I_55: Die pflegende Angehörige lebt gemeinsam mit ihrer Mutter in der Stadt, in der sie auch Vollzeit erwerbstätig ist. Die Wochenenden verbringt sie mit ihrem Mann am eigentlichen Wohnsitz des Ehepaares in einer mehrere Hundert Kilometer entfernten Stadt. Aufgrund dieses räumlich ungewöhnlichen Pflegearrangements spielen ambulante Pflegekräfte in der Pflege eine zentrale Rolle, sie sind an den Wochenenden allein für die Versorgung der Mutter zuständig. Die Tochter berichtet, dass sie sich über die teuren Leistungen und das ständig wechselnde Personal des Pflegedienstes ärgere. Insbesondere mit zwei männlichen Pflegekräften sei sie aufgrund deren schlechter Pflegeleistungen unzufrieden (nachlässige Körperpflege, Unordnung), zudem empfinde sie die Kleidung eines Pflegers (Totenkopf-Emblem) als rüde und geschmacklos: „Ich hab grundsätzlich nichts dagegen, wenn ’n Mann pflegt, sind ja manche komisch, aber meine Mutter hatte sich dran gewöhnt (...). Nun hatten wir da zwei Exemplare, das war wirklich nich ganz so schön, weil die Pflege an sich oder die Versorgung war nich so, dass ich sage, es war okay. Ne, dann ging das alles ruck, zuck, das Bad sah aus, ich hab da so ’n Einbau für, für die Vorlagen und so, da wurde alles hingeschmissen, es lag drüber, das lag drunter, kaum dass ’se mal ’n Lappen genommen haben und meiner Mutter dann diese kleine Wäsche zu machen und eben schnell abgespritzt, ruck, zuck, zuck und raus. Ne, und wenn mir dann nachher ’n Pfleger kommt mit ’nem Totenkopf auf ’m Hemd und aussieht, wie wenn er schon drei Tage durchgesumpft hat und auch nich richtig gut drauf is ... Ich meine, ich erwarte nich, dass die hier alle strahlen, aber so zumindest die Grundsätze ihrer, die Eckpfeiler ihrer Arbeit sollten ’se schon beherrschen.“

Sie berichtet außerdem, wie einer der beiden in ihrer Anwesenheit einen für die Mutter bestimmten Kuchen an sich genommen und ihn trotz der Proteste der beiden Frauen nicht zurückgegeben habe. Sie habe dann dafür gesorgt, dass dieser Pfleger nicht mehr mit der Pflege der Mutter betraut wurde, inzwischen sei er jedoch wieder dort eingesetzt worden. Sie schildert die Begebenheit: „Ich war nich da über Pfingsten und hatte vorher noch ’nen Kuchen gekauft. (...) und er sagt ‚Ach, und der Kuchen, und sie kochen immer so schön, und der Kuchen riecht so gut.‘ und da sag ich ‚Gut, ich schneid Ihnen ’n Stück ab, trinken Se ’n Kaffee zu‘ – man is ja so nich (...). Gut, hab ich ihm den Kuchen gegeben, ich pack den Kuchen wieder ein, leg ihn auf ’n Kühlschrank und im Gehen nimmt er den Kuchen und sagt ‚Schönen Dank!‘ und nimmt den Kuchen, da hab ich gesagt: ‚Hören Se, das is doch der Kuchen für meine Mutter.‘ ‚Nö, den nehm ich jetzt mit‘ – und das war so ’ne Dreistigkeit,

dass ich selbst also wirklich sprachlos war (...). Rumms, war er draußen. Dann hab' ich gedacht, na, der steht bestimmt vor der Tür und lacht sich halb tot, weil du jetzt so sprachlos warst, weil ich mir das nicht vorstellen [konnte], aber der war weg, ich bin dann auf 'n Flur raus und der war natürlich weg samt Kuchen und da hat meine Mutti gesagt ‚Der hat meinen Kuchen mitgenommen‘, da war die ganz beleidigt und traurig.“ (...) „Dann waren so 'n paar Sachen, wo ich dann erst dachte, okay, aber ich hab dann gesagt: ‚Ich möchte den eigentlich hier nicht mehr sehen, weil es gehen hier Leute ein und aus und irgendwo haben die Schlüssel und man möchte ja doch in seinen vier Wänden dann doch wissen, dass es vernünftige Leute sind.““ Trotz gegenteiliger Absprachen sei der besagte Pfleger erneut bei der Pflegebedürftigen eingesetzt worden: „Aber meine Mutti sagt: ‚Der war wieder da, der uns den Kuchen weggenommen hat.‘ Das wusste se also ganz genau, wenn se sich nischt merkt, aber das wusste se“.

Die Pflegekräfte schätzt sie als unterschiedlich zuverlässig ein. Infolge schlechter Absprachen sei es zweimal dazu gekommen, dass die Mutter die Nacht in ihrem Sessel statt in ihrem Bett habe verbringen müssen: „Es sind da auch schon andere Sachen mal vorgekommen, also gut, es passiert überall mal was. Die haben meine Mutter auch schon mal über Nacht hier sitzen lassen, als ich nich da war. Da hat dann einer dem andern nich weitergegeben, dass ich nich da bin, und dann saß meine Mutter da mal eben 'ne Nacht im Sessel. Na gut, das sind so Sachen, (...) es ist zwei Mal vorgekommen, aber eben auch nur wirklich durch Nachlässigkeit und Krankheit von 'nem Mitarbeiter, das wurde dann nich durchgestellt.“

Ihrer Mutter zufolge gebe es auch Pflegekräfte, die mit ihr „schimpfen“; die pflegende Angehörige vermutet allerdings, dass es sich dabei eher um Aktivierungsversuche handle. Die befragte ambulante Pflegekraft bestätigt, in einem Fall laut geworden zu sein, als sich die Mutter bei einer Laufübung ohne sichtbaren Anlass einfach fallen gelassen habe und nur mit Mühe von ihr habe aufgefangen werden können. Daraufhin habe sie die Mutter energisch auf mit solchem Verhalten verbundene Gefahren hingewiesen.

Unklare Viktimisierungsfälle

In einigen der berichteten Fälle nehmen ambulante Pflegekräfte und pflegende Angehörige mögliche Anzeichen für Viktimisierungen bei den Pflegebedürftigen wahr, können den Misshandlungsverdacht aber weder erhärten noch die Ursache bzw. den Urheber identifizieren. Im folgenden Verdachtsfall physischer Misshandlung konnte der Täter nicht festgestellt werden. Eine Pflegedienstleiterin berichtet von Hämatomen unklarer Herkunft am Arm einer demenziell erkrankten Frau. Die Ursache habe sich trotz Einschaltens eines Arztes nicht klären lassen. Die Befragte hält es für möglich, dass es sich bei dem Täter um den pflegenden Sohn der Patientin oder um eine ambulante Pflegekraft handeln könnte.

I_64_AP (Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes, w, 44 J.): „Wir hatten also die Frau (...), die (...) hatte mal so blaue Flecke, (...) die neigt aber auch schnell zu blauen Flecken, (...). Und da hatte der Pfleger auch den Doktor angerufen und informiert. Der hat sich das auch angeguckt, aber gebrochen war nichts. (...) da haben wir uns halt schon immer gefragt, wie das gekommen ist. Aber das konnte sich auch keiner erklären. Ich hoffe ja nun nicht, dass das irgendwie 'n Pfleger war, der dann sich nicht getraut hat, da irgendwie was zu sagen. Ich hoffe es nicht. Oder ob das vielleicht der Sohn dann auch war (...), aber ich hab' das auch nicht rausgekriegt, was das gewesen ist, ne.“

Ambulante Pflegekräfte sind zuweilen mit dem Handeln von Kollegen/Kolleginnen nicht einverstanden. Im folgenden Bericht einer Pflegekraft auf die Frage nach problematischem Verhalten von ambulanten Pflegekräften Pflegebedürftigen gegenüber vermeidet sie es, ihre Kritik konkret zu formulieren. In dem Fall muss es aber um gravierende Vorwürfe gegangen sein, denn in der Folge wurden ein Gespräch mit der kritisierten Kollegin sowie ein Bericht an die Pflegedienstleitung nötig.

I_65_AP (Krankenpflegehelferin, 45 J.): „Das war beim (...) [ehemaligen Arbeitgeber], da habe ich, wenn ich da manchmal bei irgendjemandem lange nicht war, dann hab [ich] den übernommen und 'ne bestimmte Kollegin war da, da musste ich mich auch mit in Kontakt setzen mit meiner Kollegin und meiner Pflegedienstleitung, weil ich da so 'n Hals hatte.“

Gravierende Fälle verbaler, physischer und sexueller Misshandlung durch ambulante Pflegekräfte

Nur selten schildern pflegende Angehörige, ambulante Pflegekräfte und befragte Expertinnen/Experten gravierende Fälle verbaler, physischer und sexueller Gewalt von ambulanten Pflegekräften gegen Pflegebedürftige. Im ersten geschilderten Fall wird von massiven verbalen Aggressionen eines ambulanten Pflegers berichtet, wobei diese Aggressionen als im Kontext fehlender professioneller Distanz des Pflegenden stehend geschildert werden. In einem anderen Fall wird über physische Gewalt durch einen Pfleger als Reaktion auf den Widerstand eines Pflegebedürftigen gegen Pflegehandlungen berichtet. Während aufgrund der vorliegenden Informationen bei diesen Fällen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht nicht unterstellt werden kann, liegt eine solche Intention für die im Weiteren berichteten Fälle massiver verbaler, physischer und sexueller Misshandlungen durch männliche ambulante Pflegekräfte vor. Die meisten der genannten Fälle werden auch im Kapitel 5.4.6.4.2 im Hinblick auf jeweils erfolgte bzw. unterbliebene Interventionen dargestellt.

Im folgenden Fall schildert die Leiterin eines Pflegedienstes das von fehlender professioneller Distanz und einem „Helfersyndrom“ geprägte Verhalten eines bei ihr beschäftigten Pflegers. Die Pflegedienstleitung berichtet, dass der Pfleger sich um bestimmte Patientinnen und Patienten immer sehr aufopfernd kümmere und auch seine Freizeit in deren Betreuung investiere. Doch komme stets irgendwann der Punkt, an dem ihm die Arbeit zu viel werde, er die Patientinnen und Patienten abblocke und nichts mehr von ihnen wissen wolle. Sie schildert, dass er in einer solchen Situation verbal massiv aggressiv geworden sei.

Ex_08 (Pflegedienstleiterin, 33 J.): „Ja und da war er halt zur Versorgung [bei einer Patientin] und dann (...) meckerte sie halt ganz heftigst irgendwie rum an dem Tag, weil ihr irgendwie alles nicht passte und dann ist er halt ausgerastet und hat dann wirklich die Patientin beschimpft mit ‚Du alte Kuh, ich komme nicht mehr her, lass das sein‘, also wirklich völlig ausgerastet und hatte sich überhaupt nicht mehr im Griff. Das Ganze hat denn 'n Nachbar mitbekommen, der uns dann halt darüber informiert hat über dieses ganze Geschehen. (...) Ja, der Mitarbeiter wurde natürlich dazu befragt, was ist da wirklich gelaufen. Er hat es dann auch zugegeben, dass er so ausgerastet ist. Er hat (...) dann eine Abmahnung bekommen für sein Verhalten und der ist dann bei der Patientin nicht mehr eingesetzt worden.“

Im folgenden Fall wird die physische Misshandlung eines Pflegebedürftigen durch eine ambulante Pflegekraft als Reaktion auf dessen mangelnde Mitwirkung bei der Mundhygiene geschildert. Die befragte Pflegedienstleitung kündigte der Pflegekraft daraufhin fristlos. Eine Dimension des problematischen Verhaltens ist das Erzwingen einer zum gegebenen Zeitpunkt nicht dringend durchzuführenden Pflegehandlung – nach Aussage der befragten Pflegekraft hätte diese auch zu einem anderen Zeitpunkt erfolgen können; die gravierendere Dimension aber ist die gewaltsame Reaktion der Pflegekraft auf den Widerstand des Pflegebedürftigen.

I_35_AP (Pflegedienstleiterin, 44 J.): „Wenn sie abends ‘ne Körperpflege machen, dann gehört schon mal dazu, dass sie nach dem Abendbrot die Prothese reinigen. Und der Patient wollte das aber nicht. Und dann hat man ihm den Mund zgedrückt und als er dann sich gewehrt hat, hat man zurückgeschlagen. So war das. Ganz einfach. Und das wurde mir dann gemeldet, leider erst ‘ne Woche später, und dann haben wir ‘ne fristlose Kündigung rausgeschickt.“²⁹⁷

Die folgenden beiden Viktimisierungsberichte beziehen sich auf massive verbale und physische Brutalität durch einen männlichen Pfleger, der schließlich festgenommen und wegen Misshandlung Schutzbefohlener (§ 225 StGB) angeklagt und zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt wurde. Im ersten berichteten Fall aus den untersuchten Pflegearrangements kam es wohl auch aufgrund der ständigen Anwesenheit der pflegenden Angehörigen zu keinen physischen Misshandlungen.

Eine 66-jährige Frau berichtet, dass in der Pflege ihres 70-jährigen aufgrund eines Schlaganfalles rechtsseitig gelähmten Mannes ein Pfleger eingesetzt war, der keine Rücksicht auf die Schmerzempfindlichkeit ihres Mannes genommen habe. Auch sei der Pfleger verbal sehr grob geworden. Die Dimension seiner Aussage sei ihr erst im Nachhinein klar geworden. Die pflegende Angehörige schildert ihren Eindruck, dass der ambulante Pfleger Abwehr und massive Aggressionen gegenüber hilflosen Menschen empfand.

I_27 (pflegende Angehörige): „Der [Pfleger] war nie vorsichtig mit der rechten Seite, und ich musste ihn also häufig auch daran erinnern, dass er bisschen vorsichtiger mit ihm [meinem Mann] umgehen muss und soll, und er hat aber, weil ich immer dabei war, also, da ist nie zu irgendwelchen Übergriffen gekommen. Höchstens zu irgendwelche Sachen, die er dann gesagt hat, so, wenn mein Mann jetzt zum Beispiel bis zur Nasenspitze zugedeckt werden wollte, dann hat er das immer gleich so ins Extrem gemacht, ‚Dann machen wir gleich die Decke rüber und tackern oben ganz zu‘, und solche Sachen hat er dann gesagt, ne, sodass man das also spaßig auffassen konnte oder auch nicht. Also das ist uns dann nachher erst aufgegangen, dass er das dann wahrscheinlich ernster gemeint hat als wir das angenommen haben, ne. Und dieser Mensch, der stand also immer, wenn er meinem Mann irgendwo bei geholfen hat und was gehalten hat, mit der anderen Hand so da, und das habe ich mir jeden Tag angeguckt und hab gedacht, Mensch, also ich halte die Hände nur dann so, wenn ich mich irgendwo gegen ekele oder mich irgendwas besonders stört. Und das muss also bei ihm ‘ne ganz große Aggression gegen hilflose Menschen gewesen sein, dass dann seine Körperhaltung immer so wurde.“²⁹⁸

²⁹⁷ Dieser Fall ist in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

²⁹⁸ Vgl. dazu auch Kapitel 5.4.6.4.2.1.

Gegen diesen Pfleger habe es nach Aussage der Geschäftsführerin/Geschäftsführer des Pflegedienstes, bei dem er beschäftigt war, bereits früh Verdachtsmomente gegeben, die jedoch zunächst nicht weiter verfolgt worden seien.

So hätten verschiedene Beschwerden und Hinweise auf ruppiges Verhalten gegenüber anderen Pflegebedürftigen sowie Bitten einiger hochaltriger Frauen vorgelegen, von dieser Pflegekraft nicht mehr gewaschen, geduscht oder gebadet zu werden. Der Pfleger habe nach Aussagen mehrerer Patientinnen diese sexuell belästigt: Er habe ihnen vorgeschlagen, sie zu duschen oder sie im Intimbereich zu waschen, obwohl das nicht zu seinen Aufgaben gehört habe. Eine Kollegin habe nach dem Einsatz dieses Pflegers über mehrere Wochen Hämatome am Körper einer langjährigen Patientin entdeckt. Durch eine mit Polizei und Angehörigen abgesprochene Kameraüberwachung wurde der Verdacht bestätigt, dass der Pfleger die 86-jährige alleinlebende und hochgradig demenzkranke Pflegebedürftige massiv misshandelte. Eine Geschäftsführerin des Pflegedienstes schildert das sadistisch anmutende Verhalten des Pflegers:

I_27_AP (Geschäftsführerin und Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes, w, 49 J. und m, 30 J.): „(...) [er hat] irgendwelche Hilfsmittel benutzt (...). Also er hat Plastiktüten benutzt und hat sie [der Patientin] übergestülpt über 90 Sekunden, wo sie dann drunter liegen musste und atmen musste. Die dann auch zum Schluss hin immer langsamer wurden und dann hat er sie wieder runtergenommen oder hat ihr 'ne Bettdecke über das Gesicht gestülpt, sich mit dem Oberkörper dann da draufgeschmissen und dann sollte sie halt ersticken, hat aber dann abgelassen von ihr. Und als er sie auf die Seite drehte beim Pflegen, kriegt sie dann erst mal mit dem linken Ellenbogen so eine ins Gesicht gedonnert.“²⁹⁹

Von einer Leiterin einer Kriseninterventionsstelle wurden zwei dringende Verdachtsfälle sexualisierten Missbrauchs geschildert. Der erste Fall – hier habe es sich aus Sicht der Mitarbeiterinnen um einen „sehr erhärteten“ Verdacht gehandelt – sei bekannt geworden, weil sich zwei Opfer sexueller Gewalt unabhängig voneinander um Hilfe bemühten und eine Ärztin bzw. eine Pflegekraft über ihre Erfahrungen informiert hätten.

Ex_11 (Leiterin einer Kriseninterventionsstelle, 52 J.): „Da hatte 'ne alte Dame 'n Zettel an ihre Ärztin geschrieben, den aber dann die Stammpflegerin gefunden hat, auf dem sie geschrieben hat, dass ein Pfleger, den sie auch ziemlich genau beschrieben hat, sie sexuell missbraucht hat, und dann tauchte wenige Wochen später noch 'ne zweite Frau auf, die sich nicht kannten von derselben Station, die Übergriffe beschrieb.“³⁰⁰

Finanzielle Schädigung durch ambulante Dienste und ambulante Pflegekräfte

Die größte Anzahl der berichteten Viktimisierungen betrifft den Bereich der finanziellen Ausbeutung und des Diebstahls. Die Fälle reichen von Diebstahl und finanzieller Ausnutzung der Pflegebedürftigen durch einzelne Pflegekräfte über Falschabrechnungen bis hin zur Anwendung unlauterer Kundengewinnungsmethoden und zur Vertragserschleichung. Einige Beispiele mögen das Fallspektrum deutlich machen.

²⁹⁹ Dieser Fall wird auch in den Kapiteln 5.4.6.4.2.1 und 5.4.6.4.2.6 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

³⁰⁰ Dieser Fall wird auch in Kapitel 5.4.6.4.2.1 unter Interventionsgesichtspunkten dargestellt.

So berichtet ein 52-jähriger Geschäftsführer eines Pflegedienstes von zwei Mitarbeiterinnen, die Pflegebedürftige bestohlen bzw. ausgenutzt hätten. Eine verschuldete Pflegekraft habe sich von einem Ehepaar, bei dem sie eingesetzt war, eine große Geldsumme geliehen, diese jedoch nicht zurückgezahlt. Der Befragte habe nur durch Zufall von diesem Vorfall erfahren und den Schaden letztlich aus der Firmenkasse begleichen müssen.

Ex_10 (Geschäftsführer, m, 52 J.): „Aus irgendwelchen Gründen mussten wir die Pflegerin zu 'ner andern Tour schicken und dann hieß es [von dem Ehepaar]: ‚Warum kommt die nich?‘ (...), ‚Wir mussten das umändern, da kommt jemand anders‘. (...) ‚[Ich] krieg' aber noch Geld von der.‘ Da wurde ich hellhörig und dann bin ich da hingegangen und hab' da nachgefragt, und was soll ich Ihnen sagen? Das waren damals 12.000 DM, die die sich im Laufe der Zeit innerhalb eines halben, dreiviertel Jahres so von dieser Familie geliehen hatte. (...) [Die] Frau hatte schon 'n Offenbarungseid geleistet, da war überhaupt nicht ranzukommen und (...) ich hab' dann das nachher sozusagen, ja, aus dem Geschäft sozusagen zurückgezahlt.“

„So was Ähnliches hat's mal mit 'm anderen Mitarbeiter gegeben, (...) über die Kripo mussten wir den verfolgen sozusagen, weil da auch Dinge vorgekommen sind mit Geld und, da ist aber wirklich auch Geld entwendet worden.“

Bei der folgenden Schilderung wird deutlich, dass sich auch in Bezug auf finanzielle Schädigung unklare Fälle finden. Dies lässt sich u. a. darauf zurückführen, dass die meisten Patientinnen und Patienten von mehreren Personen versorgt werden und der Täter oder die Täterin, vor allem bei Diebstählen, oft nicht festgestellt bzw. die Tat nicht einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Zudem lässt sich insbesondere bei demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten nicht immer eindeutig bestimmen, ob es wirklich zu einem Schaden gekommen ist.³⁰¹

So berichtet eine 23-jährige Pflegekraft, dass ein bettlägeriger Patient eine Kollegin beschuldigt habe, eine Rolle 2-Euro-Stücke gestohlen zu haben. Diese habe den Vorwurf jedoch von sich gewiesen. Der Vorfall konnte nicht aufgeklärt werden, doch das Vertrauensverhältnis zwischen der Kollegin und dem Patienten sei nachhaltig gestört gewesen, woraufhin diese in der Pflege dieses Patienten auf eigenen Wunsch nicht mehr eingesetzt worden sei.

I_02_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 23 J.): „Es weiß bis heute keiner, wo diese Säule [von 2-Euro-Stücken] geblieben ist. Dieser Mann ist bettlägerig, also so viel Möglichkeiten gibt es nicht, und er beschuldigt eine Mitarbeiterin von uns, dass sie die angeblich geklaut hat. Also die wird dort auch nicht mehr eingesetzt (...), sie möchte das nicht mehr, weil, ihr wird da 'ne Sache vorgeworfen, mit der kann sie nicht umgehen. Könnte ich auch nicht. Wenn zu mir jemand sagt: ‚Sie haben mich bestohlen‘, würde ich auch sagen, da möchte ich nicht mehr hin, weil da ist dann von beiden Seiten das Vertrauen weg. Und ich glaube auch nicht, dass sie das war. (...) Es ist bis heute nicht klar, wo diese Säule hin ist (...), man weiß es nicht. Kann auch sein – er ist auch Alkoholiker – dass doch irgendwann mal ein Kumpel da drin gewesen ist und hat sich die Säule angeeignet. Man weiß es nicht.“

³⁰¹ Es ist davon auszugehen, dass manche Täter und Täterinnen eben diesen Umstand auch in ihre Tatpläne einbauen. Insbesondere beim Diebstahl von Bargeld oder nicht ohne Weiteres individualisierbaren Wertgegenständen kann sich ein Täter oder eine Täterin bei der Wahl eines demenziell erkrankten Opfers „auf der sicheren Seite“ fühlen.

Auch pflegende Angehörige berichten von finanziellen Schädigungen durch ambulante Pflegekräfte bzw. die Pflegedienstleitungen. Dabei geht es, so im folgenden Fallbeispiel, um den Verdacht, Gegenstände gestohlen zu haben und um systematisch zum Vorteil des Pflegedienstes ausfallende fehlerhafte Abrechnungen, wobei insbesondere die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen kritisiert wird. Als problematisch aus Sicht der pflegenden Angehörigen erweist sich die Abhängigkeit vom jeweiligen ambulanten Pflegedienst; viele haben das Gefühl, tatsächlich keine Alternative zum aktuellen Dienstleister zu haben.

I_28: Die 65-jährige pflegende Tochter berichtete, dass aus der Wohnung ihrer 93 Jahre alten pflegebedürftigen Mutter ein Ring und ein seidener Morgenrock verschwunden seien, und sie schildert ihren Verdacht gegen eine Pflegekraft, die auch über einen Schlüssel zur Wohnung verfüge. „Wir hatten Zutritt und der Pflegedienst hatte Zutritt.“ Da es jedoch keine Beweise und/oder Zeugen gab, habe die Tochter die Angelegenheit auf sich beruhen lassen. Insgesamt sei sie mit dem Arbeitseinsatz der Pflegekräfte und mit Notfalleinsätzen zufrieden, allerdings habe es große Probleme mit den Abrechnungen gegeben. „Die Abrechnung klappte schlecht, aber da kannte sich mein Mann aus und hat sich mit denen also jeden Monat da in der Wolle gehabt, weil dieses nicht klappte und jenes nicht, letztlich dann [hatte] er [mein Mann] immer recht (...) und wir [kriegt] also dann neue Rechnungen (...). [Es wurden] Dinge in Rechnung gestellt (...), die also nicht geleistet wurden. (...) Die Leitung [war] da also auch sehr forsch und sehr, na ja, frech (...) teilweise, aber wir brauchten sie eben, so. Denn waren wir am überlegen, ob wir den privaten Pflegedienst also aberkennen und in die [Pflegeeinrichtung in kirchlicher Trägerschaft] gehen. Dann sagte aber unser Hausarzt, das gleiche Problem (...) wäre da genauso, wie bei dieser Firma. Nun, na ja. Also sind wir da geblieben.“

In einem berichteten Fall liegt die Vermutung nahe, dass es zu Absprachen zwischen Pflegediensten hinsichtlich einer als unbequem geltenden pflegenden Angehörigen gekommen ist. Ausgangspunkt des Konfliktes sei gewesen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Pflegedienstes nicht erbrachte Leistungen dokumentiert hätten. Die pflegende Tochter habe sich gegen dieses Vorgehen gewehrt, woraufhin der Pflegedienst das Vertragsverhältnis aufgelöst habe. Im Umkreis habe es jedoch nur drei Pflegedienste gegeben, und die anderen beiden hätten sich geweigert, den pflegebedürftigen Vater der Frau zu versorgen. Der Leiter einer Beschwerdestelle, der diesen Fall schildert, vermutet als Grund, dass die Tochter als pflegende Angehörige dem Pflegedienst unbequem gewesen sei, da sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit medizinischen Kenntnissen fachlich etwas habe entgegensetzen können.

Ex_04 (Beschwerdestellenleiter, 49 J.): „Jetzt ist das ‘n ländlicher Bereich, wo es drei Pflegedienste gibt. Sie [die Tochter] hat jetzt probiert, den anderen Pflegedienst zu bekommen. Die kennen sich natürlich untereinander und (...) jetzt steht sie auf einmal da und hat keine Möglichkeit, ihren Vater über ‘n Pflegedienst versorgen zu lassen, weil die einfach nicht kommen. (...) Das, was von der Politik immer so hoch und heilig versprochen worden ist, der Markt wird es schon regeln, das macht er eben nicht. Die Leute fallen hinten runter, weil es sind unbequeme Leute, das ist ‘ne Frau, die selber Psychologin ist (...) und sich da halt ‘n bisschen medizinisch auch auskennt und eben nicht auf den Mund gefallen ist und (...) die wird jetzt einfach geschnitten.“

Der Befragte berichtet zudem, dass der wegen falscher Abrechnungen in die Kritik geratene Pflegedienst der pflegenden Angehörigen als „Revanche“ mittlerweile Vernachlässigung des Vaters vorwerfe und nun eine gesetzliche Betreuung erwirken wolle. Er findet den Vorwurf wenig glaubwürdig, da bis zum Zeitpunkt der Beschwerde fünf Jahre lang aus Sicht des Pflegedienstes die Versorgungssituation in Ordnung gewesen sei. Er vermutet als Hintergrund, dass es für Pflegedienste grundsätzlich einfacher ist, mit (externen) gesetzlichen Betreuern/Betreuerinnen umzugehen als mit pflegenden Angehörigen, weil gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer die Abrechnungen der Pflegedienste weniger genau prüfen würden. Der Befragte fürchtet, dass letztendlich der Pflegedienst, der eine Betreuung für den Pflegebedürftigen anstrebt, sich durchsetzen werde, da Richter im Allgemeinen den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern solcher Dienste mehr trauten als Privatpersonen.³⁰²

Über die Ausübung von Druck wurde auch in anderen Fällen berichtet, in denen Pflegedienste Pflegebedürftige und/oder deren Angehörige sogar erpressten, um sie bspw. von einem Anbieterwechsel abzuhalten. Insbesondere die befragten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einer kommunalen Seniorenberatung und Kriseninterventionsstelle, die zugleich für Pflegebegutachtungen für über das Sozialamt finanzierte Pflegeleistungen zuständig sind und daher viele Kontakte zu Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund haben, berichten von entsprechenden Vorfällen: Ambulante Pflegedienste würden eine komplette Versorgung anbieten, die eine Kontovollmacht einschließe. So könnten Gelder auch zweckfremd eingesetzt werden, ohne dass eine genaue Kontrolle möglich sei. Auch nutzten Pflegedienste nach Aussagen der Befragten die Ahnungslosigkeit und die mangelnden Sprachkenntnisse von Pflegebedürftigen aus.

GD_04c (Mitarbeiterin kommunale Pflegebegutachtung, ausgebildete Krankenschwester, 47 J.): „Die russischsprachigen Pflegedienste bieten ja auch Dolmetscher-Hilfsdienste an, und ich hatte das in einem Fall, dass ‘ne Frau da war, der was gedolmetscht worden ist und sich der Pflegedienst gleich ‘n Antrag auf Hilfe zur Pflege von der Frau unterschrieben ließ. (...) Die Leute (...) wissen gar nicht, was sie unterschreiben.“

Vor allem alleinlebende Pflegebedürftige würden von Pflegekräften unter Druck gesetzt, sodass „zum Beispiel auch [die] freie Wahl eines Pflegedienstes völlig entfällt“ (GD_04c). So wollte bspw. eine geistig klare, doch schwer körperbehinderte Pflegebedürftige den Pflegedienst wechseln; von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen wurde ihr damit gedroht, dass im Kündigungsfalle immense Kosten für sie anfallen würden.

GD_04b (Mitarbeiter einer altersbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsstelle, Sozialarbeiter 58 J.): „Und da geht es so weit, dass Hilfe verweigert wird vonseiten des Pflegedienstes. Hilfe, die also dringend nötig ist, die der Frau auch zusteht, die [sie] eigentlich auch bezahlt (...). [Leistungen] werden ihr entzogen und damit (...) wird ihr auch blanke Gewalt [angetan]. (...) Das geht zum Beispiel so, dass sie acht Toilettengänge am Tag (...) [hat] und sie zweifelt ja die Leistung des Pflegedienstes an und nun kommt der Pflegedienst nicht. Das heißt, sie kommt nicht zur Toilette. (...) Weil sie aufgemuckt hat, natürlich.“

Bei Begutachtungen für Pflegeeinstufungen dürften die oft russischsprachigen Pflegebedürftigen selbst kaum antworten und würden von den Pflegekräften gezielt auf solche Termine vorbereitet.

³⁰² Der beschriebene Fall ist auch im Kapitel 5.4.6.4.2.5 im Hinblick auf die Rolle der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer ausführlich dargestellt.

GD_04d (Mitarbeiterin kommunale Pflegebegutachtung, ausgebildete Krankenschwester, 33 J.): „Es ist ja auch so bei den Hausbesuchen, die wir durchführen, wir können ja oft gar nicht mit den Leuten alleine sprechen. Es ist immer jemand von den russischsprachigen Pflegediensten dabei. Das heißt, oft ist auch schon [ein] persönliches Gefühl [da ist etwas] abgesprochen, ob es gesagt wird oder nicht. (...) In der Regel dürfen dann die Hilfebedürftigen nichts mehr sagen.“

Eine 54-jährige Krankenschwester, die als pflegende Angehörige in der Interviewstudie befragt wurde, berichtet von einem ähnlichen Vorfall. Sie habe vorgehabt, bei einem ambulanten Pflegedienst zu arbeiten, habe dann aber aufgrund der von ihr erwarteten Manipulationen bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst die Stelle gar nicht erst angetreten.

I_70 (pflegende Angehörige, ausgebildete Krankenschwester, w, 54 J.): „Ich hab dann zwischendurch noch mal vorgehabt, bei einem Pflegedienst zu arbeiten. Die wollten, dass ich Schmu mache. Da sollte nämlich der Medizinische Dienst kommen und [ich] sollte die entsprechende Patientin mit Beruhigungsmitteln abfüllen, damit se in ‘ne höhere Pflegestufe kommt. Hab ich gesagt: ‚Nee, mach ich nich‘ (...), weil das kann ich mit meinem Gewissen nich vereinbaren.“

Zusammenfassung

In den vorliegenden Berichten von ambulanten Pflegekräften, pflegenden Angehörigen und Experten/Expertinnen wird ein heterogenes Fallspektrum von Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte geschildert. In erster Linie von pflegenden Angehörigen werden häufig nicht immer eindeutig als Viktimisierungen klassifizierbares Problemverhalten und Missstände in der ambulanten Pflege berichtet. In den Fallberichten werden Formen physisch und verbal problematischen Verhaltens, nachlässige Verrichtung von Pflegehandlungen und pflegerische Vernachlässigung durch ambulante Pflegekräfte sowie für Pflegebedürftige problematische Formen der Arbeitsorganisation berichtet. In vielen der beschriebenen Fälle ist eine Schädigungsabsicht vermutlich gar nicht, in einigen Fällen allenfalls situationspezifisch gegeben. Die pflegenden Angehörigen schildern allerdings eindrücklich, dass solch problematisches Verhalten auch bei nicht gegebener Schädigungsabsicht – z. B. aufgrund von Nachlässigkeit bei Pflegehandlungen oder Absprachen – für die Pflegebedürftigen gravierende Folgen haben kann. Anhand eines geschilderten Diebstahls wird zudem deutlich, wie verstörend der Vertrauensmissbrauch durch Personen, von denen die Pflegebedürftigen abhängig sind, für diese ist. In einigen Fällen bleiben Viktimisierungsvorwürfe unklar, weil es gegenseitige Anschuldigungen von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen gibt. Neben einigen unklaren Viktimisierungsfällen, anhand derer zugleich nachvollziehbar wird, wie problematisch das Erkennen von Misshandlungsfällen und die Identifizierung von Tätern und Täterinnen sind, wurden Fälle der Viktimisierung Pflegebedürftiger berichtet, für die vom Vorliegen einer situationsübergreifenden Schädigungsabsicht ausgegangen werden kann. Dabei handelt es sich um gravierende verbale, physische und sexuelle Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte, zum Teil um eindeutig strafrechtlich relevantes Verhalten. In einem Teil der hier berichteten Fälle wurden auch Strafverfolgungsbehörden eingeschaltet. Relativ häufig wurden verschiedene Formen finanziell schädigenden Verhaltens von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegekräfte bzw. -dienste berichtet. Geschildert wurden Fälle von Diebstahl und finanzieller Ausnutzung durch einzelne

Pflegekräfte, Fälle von Falschabrechnungen, welche weniger die Pflegekraft als vielmehr die Leitungsebene betreffen, unlautere Methoden der Kundengewinnung, Erpressung zur Unterbindung von Anbieterwechseln, Vertragserschleichung sowie unter Druck setzen und versuchtes Medikamentieren von Pflegebedürftigen zur Manipulation von Pflegebegutachtungen. Insbesondere fremdsprachige Pflegedienste, so eine Schilderung, nutzten ihre Monopolstellung und die Unwissenheit und mangelnden Sprachkenntnisse der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen aus. Berichtet werden auch kartellartige Absprachen von Pflegeanbietern und „Strafen“ von Pflegediensten für kritisches Verhalten pflegender Angehöriger.

Für eine Interpretation der Befunde ist zunächst in Rechnung zu stellen, dass solche problematischen Situationen in der häuslichen Pflege im untersuchten Sample nur für einen kleineren Teil der Fälle berichtet werden. Als Viktimisierung klassifiziertes Verhalten von ambulanten Pflegekräften kommt in 7 Fällen, d. h. 13,7% aller Pflegearrangements, bei denen ambulante Dienste beteiligt sind, vor. Allerdings würde sich diese Zahl bei Berücksichtigung nichtviktimisierender, aber für die Pflegebedürftigen in der Wirkung gleichwohl höchst problematischer Verhaltensschilderungen noch erhöhen.

Bei einer Interpretation der Befunde gilt es aber vor allem zu berücksichtigen, dass Viktimisierungen von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegekräfte sich in einem in vielerlei Hinsicht spezifischen Handlungsfeld ereignen.

- | Ambulante Pflegekräfte sind vielfach sowohl für Pflegebedürftige als auch für pflegende Angehörige ganz wesentliche, teils die einzigen Sozialkontakte.
- | Pflegebedürftige und teilweise auch pflegende Angehörige teilen mit ihnen ihren intimen und privaten Lebensbereich, einen Lebensbereich, den Pflegebedürftige häufig nicht mehr, pflegende Angehörige oft nur selten verlassen (können).
- | Ambulante Pflegekräfte sind zudem durch ihr Tätigsein in der Häuslichkeit und durch die Körpernähe von Pflegeverrichtungen in intemem Kontakt mit Pflegebedürftigen und werden Teilnehmende an der informellen familiären Interaktion; nicht selten werden intensive persönliche Beziehungen zu ihnen aufgebaut.
- | Häusliche Pflege findet im doppelten Sinne in einem geschützten Raum statt – der häusliche Rahmen mag zum einen vor Viktimisierungen durch Außenstehende schützen, schützt aber zugleich diejenigen, die Zugang zu diesem Schutzraum haben, vor Entdeckung etwaigen Fehlverhaltens.
- | Pflegebedürftige haben nur eingeschränkt Möglichkeiten, sich gegen Viktimisierungen zur Wehr zu setzen und Hilfe von Dritten zu holen.

Berücksichtigt man diese Spezifika häuslicher Pflege, so wird deutlich, dass im Kontext des hohen Maßes an Abhängigkeit selbst eher geringfügiges problematisches Verhalten für die Pflegebedürftigen äußerst bedrohlich wirken kann. Deutlich wird zudem – und das bestätigt eindrucksvoll der geschilderte Fall der Misshandlung einer alleinstehenden demenzerkrankten Frau –, dass im Hinblick auf Tatgelegenheiten und Entdeckungswahrscheinlichkeiten für alleinlebende Pflegebedürftige ein besonderes Viktimisierungsrisiko besteht.

5.4.6.3.4.3.3 Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Personen

Dieses Kapitel behandelt Viktimisierungserfahrungen Pflegebedürftiger durch sonstige Personen. Damit sind – als Akteure bzw. Täter – Personen gemeint, die nicht als ambulante Pflegekräfte oder pflegende Angehörige in die Pflege involviert sind. Dies können Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen oder Ärztinnen/Ärzte sein, ebenso Trickbetrüger/Trickbetrügerinnen oder Handelsvertreterinnen/-vertreter sowie sonstige Personen aus dem persönlichen Umfeld pflegebedürftiger Menschen. Es handelt sich bei den geschilderten Vorfällen um Berichte aus der Beobachterperspektive von ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen, sowohl bezogen auf die untersuchten Pflegearrangements als auch auf die sonstige berufliche Praxis der ambulanten Kräfte.

Die folgende Tabelle weist aus, dass in 17 der 90 untersuchten häuslichen Pflegearrangements (18,8%) Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure berichtet wurden. Dabei handelt es sich primär um Fälle finanzieller Schädigung durch Fremde (9 Settings), in drei Fällen um Viktimisierungen durch Angehörige medizinisch-pflegerischer Berufe und in fünf Fällen um Viktimisierungen durch Personen aus dem persönlichen Nahraum der Pflegebedürftigen.

Tab. 72: Qualitative Interviewstudie: Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure (N=90 Pflegesettings)

	Anzahl Pflegearrangements
Finanzielle Ausbeutung durch Fremde (u. a. Trickdiebstahl, Haustürgeschäft)	9
Physische Gewalt in Krankenhaus und Kurzzeitpflegeeinrichtung	3
Sonstige ³⁰³	5
Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure	17

Es liegen darüber hinaus insgesamt sieben Fallschilderungen von ambulanten Pflegekräften auf der Grundlage ihrer über das konkrete Pflegearrangement hinausgehenden Berufserfahrung vor. Bei drei dieser Berichte handelt es sich um Vorfälle in der stationären Pflege, bei den restlichen Fällen um (Trick-)Betrug und betrügerische Geschäfte. Von beiden Befragtengruppen werden neben finanzieller Schädigung Fälle physischer Misshandlung, verbaler Aggressivität, pflegerischer Vernachlässigung und Freiheitseinschränkung berichtet.

Finanzielle Schädigung Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure

Die Auswertung der Interviews zu den untersuchten Pflegearrangements zeigt, dass pflegende Angehörige vergleichsweise häufig von finanzieller Ausbeutung Pflegebedürftiger berichten – in jedem zehnten untersuchten häuslichen Pflegesetting war es diesen Berichten zufolge bereits zu versuchter oder vollendeter finanzieller Schädigung durch Personen gekommen, zu denen die Pflegebedürftigen keine Vorbeziehung hatten. Dieser Befund muss zudem vor dem Hintergrund gesehen werden, dass in vielen Pflegearrangements eine finanzielle Schädigung durch Dritte kaum möglich war, weil es für potenzielle Täter und Täterinnen keine unbeaufsichtigten Kontaktmöglichkeiten gab.

In einem Teil der Fälle sind die Berichte über betrügerisches Verhalten sehr eindeutig. Schwieriger zu beurteilen sind einige Berichte über von älteren Menschen selbst abgeschlossene Geschäfte. Während pflegende Angehörige berichten, solche Geschäfte sei-

303 Hier handelt es sich um Fälle, in denen den Pflegebedürftigen nahestehende Personen wie eine Schwester, eine Schwägerin oder eine Mitbewohnerin als maßgebliche Akteure benannt werden, ferner ein ehemaliger Kollege sowie ein Berufsbetreuer.

en in betrügerischer und schädigender Absicht getätigt worden, mögen die betroffenen älteren Menschen selbst dies anders sehen.

Die Fälle finanzieller Ausbeutung durch Fremde ereignen sich meist in frühen Stadien von Unterstützungsbedarf und verlaufen nur dann erfolgreich, wenn ältere Menschen allein in ihren Wohnungen sind. In den vorliegenden Berichten kommen viele der bereits in Kapitel 4.1.2 dargestellten gängigen täuschungsbasierten Eigentumsdelikte gegen ältere Menschen vor. Nur in einem kleineren Teil der Fälle wurden kognitive Einschränkungen von Älteren, häufiger deren Gutgläubigkeit ausgenutzt.

In einem Teil der Fälle geben sich die Täter als Mitarbeiter von Wasserwerken, des Hauswartes, eines Pflegedienstes oder als Angestellte einer Kirche aus, beschäftigen die älteren Menschen mit konkreten Aufgaben (z. B. ein Gerät halten), geben vor, selbst noch etwas holen zu müssen und suchen dann die Wohnungen rasch nach Wertsachen ab. Eine andere Vorgehensweise besteht darin, dass ein Täter oder eine Täterin das Opfer ablenkt, wodurch eine zweite Person unbemerkt die Wohnung betreten und sie nach Wertgegenständen durchsuchen kann.

Opfer eines solchen Trickdiebstahls sei den Berichten von pflegenden Angehörigen zufolge eine zum Interviewzeitpunkt 92-jährige Pflegebedürftige geworden.

I_44 (pflegende Angehörige, 64 J.): „(...) vor zwei Jahren oder so war das, da hat sich hier so 'n Trickbetrüger mal eingeschlichen im Haus, ne. Der hat ihr 70,- € aus dem Portemonnaie genommen. (...) Er hat geklingelt, hat gesagt, Er kommt wirklich vom Hauswart. (...) Im Badezimmer, irgendwas sollte sie da festhalten oder weiß ich was, in der Zeit ist der also in Windeseile durch die Wohnung wohl, hat aber nun nicht viel gefunden, ne, weil sie hat, erstens hat sie keinen Schmuck oder sonst was rumzuliegen, nur ihr Portemonnaie lag drüben auf dem Tisch, und das hat er leer gemacht, das waren 70 €.“

Im folgenden Fall sei es den Schilderungen der pflegenden Angehörigen zufolge zu einem Versuch finanzieller Schädigung einer alleinstehenden, zum Interviewzeitpunkt 88-jährigen unterstützungsbedürftigen Frau durch zwei Männer gekommen, die sich als Mitarbeiter der Wasserwerke ausgegeben hätten. Durch die Anwesenheit der pflegenden Tochter seien diese jedoch am Betreten des Hauses gehindert worden.

I_62 (pflegende Angehörige, 64 J.): „Denn neulich war einer da, zweie, von den Wasserwerken, ich war gerade hier. Sie wollen gucken, ob wir Bleirohre haben. ‚Erst mal‘, sage ich, ‚kann ich Ihnen sagen, wir haben keine Bleirohre‘. Sie wollen das sehen, sie wollen rein. Da habe ich gesagt ‚Sie hätten sich anmelden müssen, jetzt im Winter kommen Sie, wir haben die Wasseruhr draußen, das kann ja keiner ahnen, da liegt der Schnee drauf, ja‘. Ich hab nachher gelesen, dass die auf solche Maschen kommen, um ins Haus reinzukommen. Das stand jetzt erst die Woche wieder in der Zeitung, ne. Und da war ich nun froh, das sind immer Sachen, wo ich denke, sie lässt die rein, weil sie sagt, die Wasserwerke sind wichtig, sie müssen gucken.“

Eine Geschäftsführerin eines Pflegedienstes berichtet, wie eine ca. 88 Jahre alte Patientin einen Mann in die Wohnung gelassen habe, der sich als Mitarbeiter der Stadtwerke präsentiert und ihre Sparbücher im Wert von 60.000 € gestohlen habe. Finanzieller Schaden habe verhindert werden können, da die Mitarbeiterin des Pflegedienstes die Sparkonten schnell habe sperren lassen.

I_27_AP (Geschäftsführerin, 49 J. und Geschäftsführer, 30 J., eines ambulanten Pflegedienstes): „Da hat sie [die Patientin] irgendwie von den Stadtwerken abends um acht noch [jemanden] reingelassen, der dann irgendwie um acht noch ihren Stromzähler ablesen wollte und sie war Vermieterin des ganzen Hauses und war sowieso gerade mit der ganzen Abrechnung beschäftigt und hatte ihre Sparbücher da liegenlassen. Er schickt die [Patientin] natürlich zum Unterlagensuchen für die Stadtwerke und denn – ruck, zuck (...), das war’s dann. Aber da haben wir dann gleich geschaltet und haben die Sparbücher dann gleich über so ‘ne Nummer von der Sparkasse sperren lassen. (...) Das ging noch gut, ja, ja. Gott sei Dank. Weil ich war dann irgendwie ‘ne halbe Stunde später da oder so.“

Ein befragter Geschäftsführer eines privaten Pflegedienstes berichtet, dass den Beschäftigten des Pflegedienstes auf ihren Touren zu den Pflegebedürftigen Personen gefolgt seien, um gezielt Haushalte alleinstehender älterer Menschen auszukundschaften. Teilweise hätten sich dann in der Folge Personen Zugang zu Wohnungen von Pflegebedürftigen verschafft, indem sie angegeben hätten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes zu sein. Zu finanziellem Schaden sei es in diesen Fällen seiner Einschätzung nach nur aufgrund der ohnehin eher prekären wirtschaftlichen Lage der Betroffenen nicht gekommen.

I_27_AP (Geschäftsführerin/Geschäftsführer eines Pflegedienstes, w, 49 J. und m, 30 J.): „Die [Personen] haben sich auch mit unserem Namen [dem Namen des Pflegedienstes] dann vorgestellt, um dann in die Wohnung reinzukommen. ‚Ich bin die Neue‘ – halt so nach dem Motto. (...) Die beiden Fälle, die ich kenne, da haben sie nichts geklaut. (...) Aber drin in der Wohnung waren sie schon, also gutgläubige Omas gibt’s ja nach wie vor noch. (...) Die [Täter] haben dann wahrscheinlich in der Wohnung geschaut ‚Oh Gott, da kriegen wir sowieso nichts (...), gehen wir wieder raus‘.“

Eine andere ambulante Pflegekraft berichtet, dass eine Pflegebedürftige eine Frau ins Haus gelassen habe, die sich als kirchliche Mitarbeiterin ausgegeben habe.

I_14_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 43 J.): „Ich hab das nur einmal bei einer Patientin erlebt, die lebte alleine und das war kurz vor Weihnachten und da hatte sich jemand von ‘ner Kirche ausgegeben und sie hat gedacht ‚Och, da kommt mich jemand von der Kirche besuchen‘. Und sie hatte schon Weihnachtsgeschenke da alle stehen und konnte auch nicht so gut laufen und dann hat sie die Dame reingelassen und da muss wohl noch einer dahinter gewesen sein. (...). Als die Dame dann draußen war, waren die Geschenke auch alle weg und Geld fehlte, und dann hat sie gleich ihre Enkeltochter angerufen, die haben sofort die Polizei verständigt und ja, aber die sind halt nicht gefunden worden.“

In zwei Fällen geht es um Geschäftsabschlüsse mit in unterschiedlichem Stadium demenziell veränderten Personen. Im ersten beschriebenen Fall kam es trotz abgeschlossener Haustür zum Versuch eines Geschäftsabschlusses mit einer stark demenziell erkrankten Frau. Die pflegende Tochter berichtet, dass sich ein Zeitungswerber über das Grundstück der Nachbarn Zutritt zum Garten und zur Küche verschafft habe, in der sich die 78-jährige Pflegebedürftige aufhielt. Bevor der Vertrag, den dieser für die Pflegebedürftige ausfüllte, unterschrieben werden konnte, sei die pflegende Tochter eingetroffen und habe den Mann des Hauses verwiesen.

I_01: (pflegende Angehörige, 54 J.): „[Er ist] durch den Garten und über die Terrasse der Mieter und dann musste er über einen Zaun steigen, also ist er über diesen Zaun gestiegen, die Pforte war nämlich zu, da konnte er, die konnte er nicht öffnen, er musste da rüber steigen, ist dann durch den Garten hinten über die Terrasse in ihre Küche und die beiden haben dann Kaffee getrunken (...) und er hatte dann halt diesen Vertrag für ‘ne Zeitung ausgefüllt. Also, den habe ich rausgeschmissen.“

In einem anderen Fall berichtet eine pflegende Angehörige, wie ihr und ihrem Mann – einem ehemaligen Prokuristen – ein erheblicher finanzieller Schaden durch undurchsichtige Finanzgeschäfte entstanden sei. Zu Beginn seiner Demenzerkrankung habe der zum Interviewzeitpunkt 70-jährige Mann die ausbezahlten Gelder einer gemeinsamen Lebensversicherung einem Investmentmanager übertragen, der vermutlich riskante oder betrügerische Finanzgeschäfte tätigte, sodass die als Altersvorsorge gedachten Investitionen fast zur Gänze verloren gewesen seien. Dieser Vorfall habe sie in ihrem Verdacht bestärkt, dass eine demenzielle Erkrankung bei ihrem Mann vorliegen könnte.

I_85 (pflegende Angehörige, 69 J.): „Und dann hatte mein Mann mal wieder Probleme, also da fing das schon an, dass er überhaupt nicht mehr so richtig arbeiten konnte am Computer, vieles falsch gemacht hat. Und dann komme ich nach Hause und da sitzt ein fremder Mann bei uns und dann sagte mein Mann: ‚Guck mal, das ist Herr Sowieso und der verwaltet auch Fonds und ich hab ihm gesagt, dass ich Geld angelegt habe und er sagt, das ist gar nicht in Ordnung, also ich möchte [das] jetzt (...) diesem Herrn – der hat ja in [nahegelegene Stadt] ein Büro – übergeben‘. Ja gut. ‚Ja, du musst aber unterschreiben‘. Und eh, eigentlich habe ich unterschrieben, dass das in die Hände dieses In ... – ich weiß nicht, wie die sich nennen, dieser Leute übergeben wird und für andere Sachen, die hat mein Mann dann selber unterschrieben, weil er immer der Ansicht war, dass sei sein Geld und okay. Ja. Und das Geld war dann weg. Dieser Mann hatte von meinem Mann auch eine Ermächtigung bekommen, er hat ‘nen Kredit noch aufgenommen, hat neue Aktien gekauft und unser Sohn, der jüngere, der hat dann hinterher festgestellt, die waren schon im Sinken und der hat noch Aktien gekauft. Und, eh, wir bekamen dann, das heißt mein Mann, (...) schon häufiger Post von dieser Versicherung, von der Bank auch, und da hat er nie drauf reagiert und eines Tages kam ein Brief und da habe ich dann auch meinen Namen drauf gelesen und dann habe ich den geöffnet und da stand drin: ‚Wenn Sie nicht innerhalb von 14 Tagen, drei Wochen 14.000 € waren das dann schon, überweisen‘, dann weiß ich was auch immer. Und unser Sohn ist Jurist, der ist allerdings in Hamburg und dann habe ich den angerufen und hab gesagt ‚Also, ich verzweifle bald, hier ist irgendwas total schief gelaufen‘. Der hat sich Urlaub genommen, hat dann einen ganzen Tag und eine Nacht über diesem Wust gesessen und hat das eben erst mal aufgeklärt, um was es da überhaupt ging und – gut – sicherlich hab ich auch ‘nen Fehler gemacht, dass ich mich zu wenig gekümmert habe, aber (...) mit Geld umgehen war der Beruf meines Mannes. Also ich hab’ ihm da immer vertraut und das ist auch viele Jahre gut gegangen. (...) Letztendlich hat unser Sohn das alles in die Hand genommen, haben wir noch 1.300 rausgekriegt von dem ganzen Geld. Und da hab ich gesagt ‚Irgendwas stimmt nicht‘.“

Mehrere Berichte liegen auch vor über zumindest dubiose Verkaufspraktiken Pflegehilfsmittel vertreibender Firmen. Eine Pflegekraft berichtet, dass sie gerade noch habe intervenieren können, als eine Firma einem Pflegebedürftigen einen Lifter verkaufen

wollte. Dieser Vorfall sei dann von der Leitung in einer Dienstbesprechung thematisiert worden mit der Bitte an die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, künftig stärker auf solche Vorkommnisse zu achten (I_65_AP).

Im folgenden Fall berichtet die 64-jährige Tochter einer 88-jährigen alleinlebenden Pflegebedürftigen, wie eine Firma, mit der es bereits Verkaufsgespräche über einen Badewannenlifter gegeben habe, der Pflegebedürftigen telefonisch einen teuren und ungeeigneten Lifter verkauft habe. Als die Tochter bei Anlieferung das Geschäft habe rückgängig machen wollen, sei es zu verbalen Aggressionen gekommen.

*I_62 (pflegende Angehörige, 64 J.): „(...) hat bei ihr [der Pflegebedürftigen] die Firma, die mit den Badewannen, angerufen, sie hätten jetzt 'n Superlift im Angebot und dann hat sie auch wieder zugesagt, abends angerufen, den nächsten Tag sollte einer kommen.“
„Und dann kam der und dann ist der ausgerastet, weil wir den Lift auch nicht genommen haben. (...) und da ist der ausgerastet und da hat der hier ein Theater gemacht, da war ich drauf und dran, die Polizei zu holen. (...) Aber ich wollte damit eigentlich sagen, der hätte sie über das Ohr gezogen, wenn sie alleine wär, also wenn ich nicht so hart gewesen wäre, der hätte uns mit Gewalt gezwungen, dieses Ding zu unterschreiben. Dann hätten wir, 9.000 € sollte das kosten, am Hals gehabt und wir wären nicht rausgekommen.“*

Angesichts der geschilderten Vorfälle ist die Sorge vieler pflegender Angehöriger nachvollziehbar, dass sich in ihrer Abwesenheit Fälle finanzieller Schädigung ereignen könnten. Entsprechend begründen einige pflegende Angehörige mit dem Risiko des Eindringens fremder Menschen das Abschließen der Wohnungstür in Zeiten ihrer Abwesenheit. Zudem berichten pflegende Angehörige, wie sie Pflegebedürftige vehement auf solche Gefahren aufmerksam machen und entsprechende Verhaltensanweisungen geben. Die oben zitierte 64-jährige Tochter schildert sogar, dass sie ihrer Mutter mit „Entmündigung“ gedroht habe, falls diese jemandem die Tür öffnen sollte.

I_62: „Und da habe ich ihr das untersagt, also da habe ich ihr gesagt ‚Du hast hier keinen mehr reinzulassen, (...) ohne meine Abstimmung nichts mehr zu machen.‘ Das habe ich dann gesagt. Und dann bin ich ja sogar so weit gegangen, ich hab gesagt: ‚Ich lass dich entmündigen!‘“

Zum Teil setzen sich Pflegebedürftige durch ihr Verhalten erheblichen Risiken aus. Eine Pflegedienstleiterin berichtet, wie ein Pflegebedürftiger, wahrscheinlich beim Geldwechseln, betrogen worden sei. Da dieser jedoch stets viel Geld in seinem Portemonnaie habe und fast blind sei, sei es im Nachhinein nicht möglich gewesen, den Täter festzustellen.

I_13_AP (Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes, ausgebildete Krankenschwester, 50 J.): „Das war in der Zeit, als ich Urlaub hatte, hat man mir im Nachhinein erzählt, bei einem alten Herrn, aber der ist auch immer, der prahlt immer mit seinem Geld und er ist fast blind, geht jeden Tag in sein Lädchen, tauscht sein Kleingeld ein gegen Scheine oder lässt sich Geldscheine wechseln. Ja und da fehlten mit einem Mal, ich weiß nicht, 200 € oder so. (...) Ob die nun beim Geldwechseln, ob die da jemand nicht zurückgetan hat oder so, das kann kein Mensch nachvollziehen.“

Finanzielle Ausbeutung und Vernachlässigung bei mit Erwartung der Übernahme von Pflege verknüpfter Übertragung von Eigentum

Eine spezifische Form der Viktimisierung Älterer ist in den Fällen gegeben, in denen ältere Menschen Personen ihres Vertrauens Eigentumswerte überschreiben oder zur Verfügung stellen auf der Grundlage einer Absprache, dass diese sich im Gegenzug bei Pflege- und Unterstützungsbedarf um sie kümmern. Im vorliegenden Sample liegen zwei Berichte über derartige Fälle vor, wobei in einem dieser Fälle lediglich finanzieller Schaden entstand, im zweiten Fall der Pflegebedürftige hingegen aufgrund von Vernachlässigung starb.

Im ersten Fall stellte die Schwiegermutter der Befragten – „wie sie noch normal war“ – einer Bekannten eine Vollmacht für ihr Konto aus in der Erwartung, dass diese sie später pflegen und sich um sie kümmern werde. Die Bevollmächtigte hob 30.000 DM ab und verwendete die Summe für sich selbst. Versuche, durch das Einschalten eines Rechtsanwaltes das Geld zurückzubekommen, seien gescheitert.

I_50: „Und da hat sie der ‘ne Vollmacht gegeben und hat gedacht, wenn sie krank is, dann wird sie ihr helfen und so, und die hat die Vollmacht, nischt besseres zu tun und sich erst mal zwanzigtausend Kleingeld und dreißigtausend Mark sich überweisen lassen, so, und det Geld war weg und deswegen hat se nich mehr viel.“

Einem gravierenden Fall von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen im berichteten Fallaufkommen liegt ebenfalls eine derartige an die Erwartung der Übernahme von Pflege und Fürsorge gebundene Übertragung von Eigentum zugrunde. Ein pflegebedürftiger alleinstehender Mann bot seinen Nachbarn zum Bau deren Hauses seinen Grund und Boden an, unter dem Vorbehalt, dort ein Zimmer bewohnen zu können und von diesen versorgt zu werden. Zu einem Umzug sei es jedoch nie gekommen, und die Versorgung sei in vielerlei Hinsicht mangelhaft gewesen. Nach Intervention der Pflegestation und Einrichtung einer Betreuung sei der Pflegebedürftige gestürzt und daraufhin an den Folgen seiner Unterernährung verstorben.

I_47_AP (Altenpflegerin, tätig als Hauskrankenpflegerin, 41 J.): „Ich hatte mal einen Patienten in der Z.-Straße. Da ist man in die Wohnung reingekommen, (...) mitten im Wohnzimmer [war] wie gesagt eine Liege, ein so ‘n Schränkchen mit ‘nem Fernseher, in der Küche war ‘ne Spüle, ‘n Herd und ich glaube noch ‘n Kühlschrank, so und auf dem Kühlschrank zwei Teller, zweimal Besteck (...) und denn hat er hinten noch ‘ne Stube gehabt, was war denn da drin? Weiß ich gar nicht, da war das ja stockduster, da war ja nicht mal ne Lampe drin. So. Und der hat denn ‘n Grundstück gehabt, und da hat er ja liebe Nachbarn gehabt. Die lieben Nachbarn haben sich gut um ihn gesorgt, die haben da dann auf seinem Grundstück ‘n Haus gebaut und haben ihm eigentlich versprochen, ihm ‘n Zimmer dort einzurichten. Darum sah das wahrscheinlich schon so ziemlich leer aus in der Wohnung. Habe ich vermutet. Es wurde dort [in dem Haushalt] wie gesagt das Billigste gekauft, wie einmal so ‘n Berg abgepackte Wurst, einmal so ‘n Brot, so in etwa ‚Friss oder stirb‘. So. ‚Und das muss jetzt die Woche reichen.‘ (...) Der hat ja auch bloß halbe zerfetzte Unterhosen gehabt. (...) Und denn, mit einem Mal, ist er irgendwie mal ganz böse gestürzt, da ist er ins Krankenhaus gekommen. So und denn, da kam er auch nicht mehr wieder, der hatte dann aber auch nachher Pflegestufe 2 oder 3, aber der ist jedenfalls im Krankenhaus dann verstorben, weil er unterernährt war.“³⁰⁴

³⁰⁴ Vgl. auch die Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.1/6.

Viktimisierungen durch Personen aus dem persönlichen Umfeld des Pflegebedürftigen

Pflegende Angehörige berichten vereinzelt, dass Pflegebedürftige Opfer von gewaltförmigem Verhalten von Personen aus ihrem persönlichen Umfeld werden.

In einem von einer 53-jährigen pflegenden Angehörigen berichteten Fall habe sich ihr 81-jähriger Vater bei ihr über eine Mitarbeiterin der Sozialstation wegen physischer Übergriffe beschwert. Sie habe sich daraufhin bei der zuständigen Pflegekraft erkundigt und vermutete nach dieser Rücksprache, dass nicht diese, sondern die phasenweise ebenfalls den Vater betreuende Schwägerin der Befragten ihren Vater viktimisiert hatte.

I_22: „Ich vermute, dass mein Vater das, weil es innerhalb der Familie gewesen ist, auf eine andere fremde Person projiziert hat, weil das in der Familie ja nicht vorkommen darf. Und zwar meine Schwägerin, die nebenan wohnt. Die hat ihn in der Woche nämlich betreuen müssen, weil Mutter und Haushaltshilfe ausgefallen sind und ich denke, die ist mit ihm bunt umgegangen. (...) Ich glaube tatsächlich, weil ich auch häufig beobachte, wie grob sie mit ihren Kindern umgeht, dass mein Vater das einfach nur als zu grob empfunden hat. Das kann ich nicht weiter klären, ich hab es aber im Auge. Ich passe auf, dass sie mit Vaters Pflege nicht wieder was zu tun hat. Ich kann es nicht klären, weil meine Mutter diesen Gedanken auch nicht zulässt.“

Eine zum Interviewzeitpunkt 61-jährige Frau, die ihren mit 69 Jahren verstorbenen pflegebedürftigen Mann gepflegt hatte, schildert, dass verbal grobes Verhalten ihrem pflegebedürftigen Mann gegenüber sehr häufig vorgekommen sei. Ihr Mann sei aufgrund mehrerer Schlaganfälle sehr gangunsicher gewesen und habe „geschwankt wie ‘n Besoffener“. Wegen dieses krankheitsbedingten Verhaltens sei er bei einer Parteiveranstaltung von einem Bekannten beleidigt worden.

I_61: „Mein Mann hat immer so gewirkt, als wenn er besoffen ist. Und zwar wenn er alleine gelaufen ist, ist er geschwankt wie ‘n Besoffener. Und natürlich ist er auch des Öfteren gestürzt und so was, ne. Und, ja, und da gab es mal einen, das war sogar ein Herr Staatsanwalt, und der selber Alkoholiker war, und der sagte dann zu ihm: ‚Na ja, wenn wir hierher kommen, sollten wir vielleicht doch nüchtern sein oder das kommt hier nicht so gut an, wenn man (...) hier so, ja, betrunken hierhin kommt.‘ (...) Ja, da musste ich natürlich auch dazwischengehen und sagen: ‚Also, mein Mann ist krank, ne‘. (...) und solche Situationen, davon gab es natürlich sehr, sehr viele, ne.“

Viktimisierung Pflegebedürftiger durch Beschäftigte in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung und einem Krankenhaus

Die befragten pflegenden Angehörigen berichten auch von zum Teil gravierenden Fällen von Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von medizinischen bzw. pflegerischen Einrichtungen über ambulante Pflegedienste hinaus.

In besonderem Maße gravierend sind die Erfahrungen, von denen eine zum Interviewzeitpunkt 51 Jahre alte Frau berichtet. Sie sei mehrmals in den Urlaub gefahren und habe ihre pflegebedürftige Mutter dann jeweils in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gegeben. Nach Aussage der Tochter habe sie drei Einrichtungen ausprobiert, doch habe es mit allen Probleme gegeben. Zwei bis drei Wochen vor ihrem Urlaub habe sie Briefe mit

einer detaillierten Beschreibung des Tagesablaufes der Mutter sowie den Ernährungsangaben an die jeweilige Einrichtung geschickt, da ihre Mutter nicht in der Lage gewesen sei, sich zu artikulieren. Diese Briefe seien jedes Mal ignoriert worden. Es habe an Hygiene gemangelt, und niemand habe darauf geachtet, dass ihre Mutter genug esse.

I_39: „Dadurch, dass es eben sehr kritisch immer mit ihrer Haut war, wir hatten ja dann auch so ‘ne Wechseldruckmatratze, musste sie aber trotzdem regelmäßig hochgenommen werden, das war ‘n Problem, das hat auch nie so richtig geklappt, in der letzten Dialysestation waren die Werte, die Blutwerte sehr gut, aber wie wir nachher festgestellt haben, lag es daran, dass meine Mutter so gut wie gar nichts gegessen hat, also dies waren so die Probleme, die wir immer wieder hatten, ne.“

Aus der letzten Einrichtung sei die Mutter mit Blutergüssen und Dekubitus übersät entlassen worden, sodass die Tochter dies dem Medizinischen Dienst angezeigt habe. Diese Einrichtung sei in der Folge geschlossen worden. Durch die Misshandlungen habe die Pflegebedürftige sehr stark „abgebaut“. Sie habe sich nicht wieder erholt und sei ein Jahr später gestorben.

In einem anderen Pflegearrangement berichtet die Ehefrau von einem Pfleger, der ihrem Mann während eines Krankenhausaufenthaltes die Sondennahrung auf grobe Weise verabreicht habe. Ihrer Ansicht nach habe es sich dabei um eine Machtdemonstration gehandelt, der Pfleger habe sie und ihren Mann demütigen wollen.

I_71 (pflegende Angehörige): ‚N Krankenhelfer hat meinen Mann abgesaugt, er die Sondenkost reingeschossen wie verrückt, dann musste mein Mann, er konnte ja nicht schlucken, musste abgesaugt werden und da hat er mir beweisen müssen oder können: ‚Ich bin der Herr und du guckst jetzt zu, wie ich mit deinem Mann umgehe.‘ Ich war wie versteinert da, mein Mann hat gewürgt und gewürgt und dabei hat er die Sonden, Sonde mit rausgerissen.“

Die Ehefrau habe danach erfolgreich dafür gekämpft, dass der Vorfall in der Klinik problematisiert wurde.

Viktimisierungen in der stationären Pflege

Ambulante Pflegekräfte berichten in einigen Fällen auch von ihren Berufserfahrungen aus der stationären Pflege. Dort kam es den Schilderungen zufolge zu vielfältigen Formen von Viktimisierungen – zu physischen Misshandlungen, verbaler Aggressivität, Freiheitseinschränkungen, pflegerischer Vernachlässigung und Diebstählen.

In einem Fall von physischer Gewalt in einem Altenheim habe sich dem Bericht einer Pflegekraft zufolge ein Pfleger von einem demenziell erkrankten Patienten so provoziert gefühlt, dass er „ausrastete“ und den Pflegebedürftigen gewürgt habe. Die Würgemale seien entdeckt und dem Pfleger von der Befragten, die zu der Zeit die Pflegedienstleitung innehatte, fristlos gekündigt worden. Der Täter sei bereits im Vorfeld durch verbale und physische Gewalt aufgefallen.

I_29_AP (Altenpflegerin, 45 J.): „Das war echt krass, (...) so was möchte ich auch nicht nochmal [erleben]. Der ist gekündigt worden, fristlos, (...) aber es ist eben passiert, ne, und das alleine ist schon schlimm genug, ne. Und der fühlte sich eben einfach provoziert (...) von

dem Pflegebedürftigen. (...) Das war eben 'ne Person, die eben schon mal gesagt hat, was weiß ich, Du spinnst, du Blödián' oder ihn mal mit dem Fuß vielleicht getreten hat oder es versucht hat (...).“

Einige Berichte der Pflegekräfte sind weniger konkret und beziehen sich nicht auf spezifische Täter-Opfer-Beziehungen, sondern auf allgemeine Erfahrungen aus der stationären Pflege. Eine 44-jährige Pflegedienstleiterin berichtet, dass es in Heimen häufiger zu verbaler Aggressivität der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen gegenüber den Pflegebedürftigen komme und dass die Pflegebedürftigen aufgrund der Überforderung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen teilweise im Rollstuhl oder im Bett durch das Hochklappen der Bettgitter fixiert würden (I_35_AP). Diese Erfahrungen werden von einer 39 Jahre alten Krankenschwester geteilt, die zudem berichtet, dass in der Einrichtung, in der sie tätig war, Beschimpfungen vonseiten der Pflegekräfte an der Tagesordnung gewesen seien, dass es zu mangelnder Rücksichtnahme auf die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten gekommen sei und dass mehrere Patientinnen und Patienten blaue Flecken an Armen und Beinen gehabt hätten. Wie einige andere Pflegekräfte auch formuliert die Befragte, dass sie aufgrund der für die Pflegebedürftigen unmenschlichen Zustände in der stationären Pflege nicht mehr dort arbeiten möchte.

I_36b (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 39 J.): „[Es waren] blaue Flecken an den Patientenarmen zu sehen (...) und [an den] Beinen und dass Patienten geduscht wurden, ob Männlein oder Weiblein in einem Raum, was ich da unschön fand, [dass] durchaus (...) auch keine unterschiedlichen Lappen genommen wurden (...). Und (...) Beschimpfungen dann sowieso, dann (...) dieses ‚Du‘ sagen, habe ich dort erlebt. Also ich hab' deswegen aufgehört, weil ich das nicht mehr ertragen hab, ne.“

Weitere Berichte beziehen sich auf Diebstähle durch Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen. In einem Fall habe eine Pflegekraft „ganze Rentenbeträge gestohlen“, in einem anderen Fall eine Mitarbeiterin Geld vom Konto einer pflegebedürftigen Person abgehoben.

I_35_AP (Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes, w, 44 J.): „Ich hatte mal vor ganz vielen Jahren (...) 'ne Station geleitet, da hatte ich 'ne Mitarbeiterin, die hat teilweise die ganzen Rentenbeträge gestohlen, und (...) da gab's auch 'ne Gerichtsverhandlung, das wurde dann auch aufgedeckt, Gott sei Dank. (...) Und da gab es 'ne richtige Gerichtsverhandlung, also das war richtig hart, die wurde auch sofort versetzt.“

Viele der befragten ambulanten Pflegekräfte sind der Meinung, dass Viktimisierungen vermehrt in der stationären Pflege auftreten. Dort seien die Anforderungen höher, weil es in der häuslichen Pflege weniger schwerstpflegebedürftige Patientinnen und Patienten gebe und weil sich in Pflegeheimen wenige Mitarbeiter rund um die Uhr um viele Patienten kümmern müssten, wohingegen sich die ambulanten Pflegekräfte auf die Pflege eines oder einer Pflegebedürftigen konzentrieren könnten.

Zusammenfassung

In nennenswertem Umfang wurden im vorliegenden Untersuchungsmaterial auch Viktimisierungen durch den Pflegebedürftigen fremde Personen geschildert. Für knapp 20% der untersuchten Pflegearrangements wurden solche Viktimisierungen berichtet. Eindeutig dominieren diesbezüglich Berichte über Fälle finanzieller Schädigungen,

dabei handelt es sich vor allem um Betrug, Trickdiebstahl und mindestens als zweifelhaft zu charakterisierende Geschäftspraktiken. Im Interviewmaterial wird diesbezüglich deutlich, dass für pflege- und unterstützungsbedürftige Personen – insbesondere wenn sie allein leben und noch in der Lage sind, Fremde in die Wohnung zu lassen – spezifische Viktimisierungsrisiken bestehen. In 10 % der untersuchten Pflegesettings wurden finanzielle Viktimisierungen berichtet. Interventionen durch pflegende Angehörige oder ambulante Pflegekräfte konnten dabei in einigen Fällen verhindern, dass es zu tatsächlichen Schädigungen kam, erfolgten allerdings nicht immer rechtzeitig. Eine spezifische Form der finanziellen Ausbeutung Älterer liegt vor, wenn ältere Menschen Personen ihres Vertrauens Eigentumswerte überschreiben, sich im Gegenzug versichern lassen, dass diese sich um sie kümmern werden und dieses Vertrauen dann missbraucht und das Versprechen gebrochen wird. Anhand eines berichteten Falles wird deutlich, dass es in Fällen, in denen finanzielle Interessen vorliegen, zugleich aber keine tatsächliche Motivation zur Pflege gegeben ist, zu dramatischen Vernachlässigungen kommen kann – im gegebenen Fall mit Todesfolge. Einen ebenfalls äußerst gravierenden Fall der Misshandlung und Vernachlässigung einer pflegebedürftigen Person berichtete eine pflegende Angehörige aus einer Kurzzeitpflegeeinrichtung; hier führte die Intervention der pflegenden Angehörigen zur Schließung der Einrichtung. Weitere Viktimisierungen pflegebedürftiger Menschen durch sonstige Akteure ereignen sich den Berichten zufolge in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen, auch andere Akteure aus dem sozialen Umfeld werden benannt.

5.4.6.4 Begangene und unbegangene Wege – Interventionen in Gefährdungs- und Viktimisierungssituationen in der häuslichen Pflege

5.4.6.4.1 Überblick

Auf der Grundlage der Interviews mit Experten/Expertinnen, Pflegekräften sowie vereinzelt auch pflegenden Angehörigen werden in diesem Kapitel Interventionsbeteiligte, Interventionsschritte und Interventionsergebnisse in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegesettings dargestellt. Wissen über die aktuelle oder potenzielle Bedeutung verschiedener Akteure für Intervention und Prävention ist für die zukünftige Gestaltung von Rahmenbedingungen häuslicher Pflege in hohem Maße relevant.

Die Darstellung beruht zum einen auf Gesamteinschätzungen der befragten Experten/Expertinnen zur Rolle verschiedener Interventionsbeteiligter, zum anderen auf Einzelfallberichten in Bezug auf nicht in die Studie einbezogene Pflegesettings sowie in geringem Maße auch auf Einzelfalldarstellungen der einbezogenen Settings. Im Vergleich mit den Interviews mit direkt an den untersuchten Pflegesettings Beteiligten enthalten die Interviews mit Experten/Expertinnen sowie die nicht direkt auf die Stichprobenfälle bezogenen Berichte der ambulanten Pflegekräfte vielfältige Informationen zu Viktimisierungsvorkommnissen mit entsprechenden Interventionen bzw. Interventionsüberlegungen. Wie bereits in Kapitel 5.4.3 beschrieben, ist hinsichtlich der Frage der Viktimisierung in häuslichen Pflegesettings von einer Positivselektion der im Zentrum der Studie stehenden familialen Pflegearrangements auszugehen. Experten/Expertinnen wie Pflegekräfte greifen hingegen überwiegend auf langjährige Erfahrungen mit einer Vielzahl von Fällen zurück. Zudem wurden die Experten/Expertinnen gerade unter dem Gesichtspunkt ausgewählt, mit gravierenden Viktimisierungen bzw. Konflikten in der häuslichen Pflege beruflich befasst zu sein und dort entsprechend zu intervenieren.

Im folgenden Kapitel 5.4.6.4.2 werden Interventionswege, Interventionen „ketten“ und Interventionslösungen dargestellt. Soweit hierzu Erkenntnisse vorlagen, werden nicht nur erfolgte Interventionen und deren Effekte in den Blick genommen, sondern ein Schwerpunkt auf nicht erfolgte Interventionen in Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung gelegt. Die Darstellung erfolgt zunächst entlang und in Bezug auf verschiedene Institutionen, Organisationen und Berufsgruppen, denen in diesem Bereich Bedeutung zukommt bzw. nach Ansicht von Befragten zukommen sollte. In Kapitel 5.4.6.4.3 erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der in den Fallbeispielen sichtbar werdenden erfolgskritischen Faktoren für Interventionen in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen sowie daraus abzuleitender Handlungsempfehlungen für die Schaffung von interventionsfördernden Rahmenbedingungen.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Einzelfallbeispiele wurden teilweise bereits in Kapitel 5.4.6.3 dargestellt. Die erneute Darstellung in den folgenden Abschnitten richtet den Fokus auf die Frage nach erfolgten oder nicht erfolgten Interventionen. Da eine wenigstens skizzenhafte Darstellung der stattgefundenen Viktimisierungen für das Verständnis der Intervention unerlässlich ist, sind Wiederholungen in der Falldarstellung zwischen den einzelnen Kapiteln nicht gänzlich vermeidbar.

5.4.6.4.2 Involvierte Institutionen – Fallkenntnisnahme, Interventionsabläufe, Interventionsergebnisse

Als interventionsrelevante und fallbeteiligte Akteure werden in diesem Kapitel folgende Berufsgruppen, Institutionen und Organisationen in den Blick genommen:

- | ambulante Dienste
- | Ärzte/Ärztinnen, insbesondere Hausärzte/-ärztinnen
- | Pflegekassen/MDK sowie kommunale Leistungsträger häuslicher Pflege
- | Vormundschaftsgerichte/rechtliche Betreuung
- | gemeinnützige und kommunale Beratungs- und Kriseninterventionsstellen zu alterns- und pflegebezogenen Problemen
- | Polizei und Strafjustiz

Im Anschluss an eine institutionenbezogene Darstellung werden die Rollen der verschiedenen Interventionsakteure sowie die sichtbar werdenden Interventionshindernisse am Ende dieses Kapitels anhand von Einzelfällen komplexer Interventionsstrukturen, in denen es eine Vielzahl fallbeteiligter Akteure/Akteurinnen gab, noch einmal gebündelt illustriert.

| 5.4.6.4.2.1 Ambulante Pflegedienste

In den Erfahrungen und Einschätzungen sowohl der befragten Experten/Expertinnen als auch der im Rahmen von Pflegesettings interviewten Pflegekräfte und pflegenden Angehörigen kommt Pflegediensten bzw. den einzelnen Pflegedienstmitarbeitern/-mitarbeiterinnen in mehrfacher Hinsicht eine zumindest potenziell zentrale Bedeu-

tung für Intervention und Prävention im Hinblick auf Gewalt in Pflegebeziehungen zu. In Einzelfallschilderungen wie fallübergreifenden Einschätzungen wird deutlich, dass Pflegekräfte durch ihre Tätigkeit im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege in regelmäßigem, oftmals täglichem Kontakt mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stehen und hierdurch – sowie zum Teil auch im Rahmen von Pflegebegutachtungen und Pflegebedarfsfeststellungen – tiefe Einblicke in häusliche Pflegeverhältnisse und Beziehungsdynamiken bekommen. Neben den unmittelbar betroffenen bzw. beteiligten familiären Akteuren sind es oftmals ambulante Pflegekräfte, die als erste „Externe“ Kenntnis von Fällen erlangen, in denen es zu Konflikten und Gewalt in Pflegebeziehungen oder zu pflegerischer Vernachlässigung kommt. In vielen Fällen stellen die ambulanten Pflegekräfte eine wesentliche, teilweise gar die einzige Brücke der familialen Pflegedyade zur Außenwelt dar. Beides – privilegierte Möglichkeiten der Kenntnisnahme und Bindegliedfunktion zwischen häuslichem Pflegearrangement, den rahmengebenden Institutionen sowie der Öffentlichkeit – prädestiniert ambulante Pflegekräfte dazu, in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung selbst zu intervenieren oder aber eine mögliche Kette von Interventionen mit weiteren Beteiligten in Gang zu setzen. Weiterhin kommt ihnen in vielen berichteten Einzelfällen die Rolle zu, Gewaltvorkommnisse zu verhindern, indem sie in familiären Konflikten vermitteln und durch ihre Anwesenheit eine Art von semi-formeller sozialer Kontrolle ausüben.

Fälle, in denen ambulante Pflegekräfte durch ihre Tätigkeit und den sozialen Kontakt mit Pflegebedürftigen und Angehörigen eine vermittelnde, entlastende bzw. konfliktentschärfende Funktion haben oder in denen sie bei Kenntnisnahme problematischen Verhaltens direkt intervenieren, sind vor allem aus Interviews mit den unmittelbar an den untersuchten Pflegesettings Beteiligten bekannt. Hingegen wurden Fälle, in denen Pflegekräfte aufgrund problematischer Pflegekonstellationen Dritte einbezogen haben, überwiegend aus Experten-/Expertinnenperspektive sowie von ambulanten Pflegekräften im Hinblick auf Erfahrungen außerhalb der einbezogenen Pflegesettings berichtet.

Auf der einen Seite bieten die Interviews mit den an den Pflegesettings Beteiligten durch den Einbezug verschiedener Perspektiven sowie die Fokussierung auf Dynamiken innerhalb von Pflegebeziehungen einen vergleichsweise tiefen und detaillierten Einblick in Konflikte und die Rolle der verschiedenen Beteiligten darin. Aufgrund der anzunehmenden „Positivselektion“ der einbezogenen Pflegesettings wird im Rahmen dieser Interviews überwiegend über Viktimisierungen bzw. problematisches Verhalten ohne dauerhafte Schädigungsabsicht im Kontext familiärer Konfliktodynamiken und Krankheitsentwicklungen berichtet. Die vor allem verbalen, teilweise auch körperlichen Aggressionen treten anlassbezogen und vereinzelt auf. Selten werden auch Fälle von Vernachlässigung und nicht unmittelbar situativ verankerten Gewalthandlungen berichtet.

Auf der anderen Seite berichteten befragte Experten/Expertinnen sowie Pflegekräfte in Bezug auf nicht zur Stichprobe gehörende Settings über vergleichsweise schwere Gewalthandlungen, in denen es teilweise auch häufiger oder gar kontinuierlich zu Misshandlungen oder massiver pflegerischer Vernachlässigung kommt. Teilweise basieren die entsprechenden Einzelfallberichte auf längere Zeit zurückliegenden Erfahrungen oder auf Berichten Dritter (Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte etc.), sodass Konfliktodynamiken, Motive und Hintergründe nur begrenzt exploriert werden konnten.

Im Folgenden soll zunächst das berichtete Interventionsverhalten ambulanter Pflegedienste in den Blick genommen werden, um dann in einem weiteren Schritt unter besonderer Berücksichtigung nicht erfolgter Interventionen Faktoren und Motive aufzuzeigen, welche ein Einschreiten von Pflegekräften in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung verhindern können.

a) Prävention und direkte Interventionen durch ambulante Pflegekräfte (ohne Einbezug Dritter)

In den Fallberichten und Einschätzungen der Befragten wurde deutlich, dass ambulanten Pflegediensten sowohl eine präventive als auch eine direkt intervenierende Rolle in familialen Pflegearrangements zukommen kann. Erstens bringen die Anwesenheit von Pflegekräften in den Pflegehaushalten und ihre Tätigkeit dort einen gewissen Schutz vor Gewalthandlungen und pflegerischer Vernachlässigung mit sich. So wird nach Aussagen insbesondere von Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Krisenintervention – neben einer gänzlichen Auflösung des häuslichen Pflegearrangements – der verstärkte Einbezug professioneller Pflege häufig als Interventionslösung in bekannt gewordenen Fällen von Gewalt und Vernachlässigung angestrebt.³⁰⁵ Der Einsatz von Pflegekräften zielt zum einen darauf ab, die Zeiträume zu vergrößern, in denen „aus Skrupel vor Entdeckung“ die Bereitschaft zu Gewalthandlungen reduziert wird, zum anderen könnten so Versorgungsdefizite behoben werden bzw. angesichts „drohender Offenlegung“ von Versorgungsdefiziten eine ausreichende Versorgung durch die Angehörigen selbst forciert werden. Ein weiterer möglicherweise präventiver Aspekt des Einsatzes von ambulanten Pflegekräften ist ihre in vielen Fallbeschreibungen deutlich werdende soziale und kommunikative Bedeutung sowohl für Pflegebedürftige als auch pflegende Angehörige.

Eine präventive Funktion kommt Pflegekräften auch deshalb zu, weil sie oftmals Anleitung zur Durchführung von Pflegehandlungen geben und wichtige Kenntnisse über Krankheitsbilder, Symptome sowie den adäquaten Umgang mit krankheitsbedingt veränderten Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen vermitteln (vgl. zu Bedeutung entsprechender Kenntnisse und „Interpretationshilfen“ Kapitel 5.4.6.3.3 und 5.4.6.3.4.2.1).

Schließlich beschreiben viele der befragten Pflegekräfte vor dem Hintergrund fallübergreifender Erfahrungen Situationen, in denen sie über den vermittelnden oder kontrollierenden Charakter ihres Pflegeeinsatzes hinaus auch direkt intervenieren, indem sie Angehörige auf pflegerische Defizite und problematisches Verhalten ausdrücklich hinweisen, in konflikthaften Situationen schlichten oder alternative Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Prävention

Berichte über eine entlastende, wissensvermittelnde und zentrale soziale Rolle von Pflegediensten liegen uns vor allem in Bezug auf die beteiligten Pflegesettings sowohl vonseiten befragter Pflegekräfte als auch von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen vor.

Den Berichten zufolge sind Pflegekräfte oftmals die wichtigsten Kontaktpersonen insbesondere für pflegende Angehörige, die mit den Pflegekräften offen über ihre Schwierigkeiten mit und bei der Pflege sprechen. Bei sozial weitgehend isolierten Pflegesettings stellen sie bisweilen den einzigen intensiven, regelmäßigen und verlässlichen Außenkontakt dar.

³⁰⁵ Vgl. insbesondere die Falldarstellungen in Kapitel 5.4.6.4.2.4.

Zuweilen entwickeln sich – oftmals auch auf gleichberechtigter Gegenseitigkeit beruhende – private Kontakte. So werden Pflegekräfte zum Essen eingeladen, hinterlassen für Notfälle ihre private Telefonnummer und erbringen Zusatzleistungen; in manchen Fällen werden sie in gewissem Sinne zum sorgenden und auch umsorgten „Kind der Familie“. Darüber hinaus zeigen viele Berichte von Angehörigen, dass ambulante Pflegekräfte auch Wissen über Pflegehandlungen und den Umgang mit demenziell erkrankten Pflegebedürftigen vermitteln.

Ein Teil der Berichte über die soziale und wissensvermittelnde Funktion ambulanter Pflegekräfte in Pflegehaushalten bezieht sich auf konflikthafte Pflegebeziehungen, in denen aus der Perspektive der Beteiligten den ambulanten Kräften eine konfliktreduzierende Rolle, zumindest aber eine für Pflegebedürftige wie pflegende Angehörige emotional entlastende Rolle zukommt. Vorausgesetzt, dass problematische Verhaltensweisen teilweise aus Belastungserleben und Wissensdefiziten resultieren, können emotionaler Entlastung, Konfliktschlichtung und Wissensvermittlung auch präventive Effekte im Hinblick auf problematisches oder auch gewalttätiges Verhalten zukommen.³⁰⁶ Im folgenden Bericht stellt die befragte Pflegekraft einen direkten Zusammenhang zwischen ihrer sozialen „psychologischen“ Rolle für die pflegende Ehefrau und dem Rückgang von Aggressionen gegen den Ehemann her.

I_32_AP: Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen eines ambulanten Dienstes (Pflegedienstleitung, w, 48 J., stellvertretende PDL, w, 36 J. und Pflegekraft, m, 47 J.) berichten von einem Fall, in dem die alkoholabhängige pflegende Ehefrau bei den Pflegekräften in Verdacht stand, dass ihr aufgrund ihrer starken Aggressionen gegen ihren pflegebedürftigen Mann „schon mal die Hand ausrutsche“. Mittlerweile nähmen sich die Pflegekräfte nicht nur Zeit für die Versorgung des Mannes, sondern auch für die Betreuung der Frau, indem sie mit ihr Gespräche führten; die Frau habe ansonsten niemanden zum Reden: „Sie wird von uns quasi noch mit betreut, dadurch dass die Pfleger sich sehr viel mit ihr unterhalten und alles, hat sich das da total entspannt (...) Die Pfleger trinken auch mal 'nen Kaffee mit ihr, die betreuen sie psychisch und ihn körperlich.“ Die Frau gehe inzwischen liebevoll mit ihrem Mann um, und auch ihr Alkoholkonsum habe abgenommen. Zuvor habe sie häufig alkoholisiert bei der Pflegestation angerufen und den Pflegedienst abbestellt, wodurch die Gefahr der Unterversorgung bestanden habe.³⁰⁷

Im folgenden Pflegesetting wird ebenfalls sowohl vonseiten der Pflegekraft als auch der pflegenden Angehörigen die schlichtende und entlastende Rolle des Pflegedienstes in einer sehr angespannten Pflegebeziehung zwischen Mutter und Tochter betont.

I_78: Es handelt sich um Pflege vor dem Hintergrund einer lebenslang von Dominanzansprüchen der Pflegebedürftigen sehr belasteten und angespannten Mutter-Tochter-Beziehung. Häufig komme es zu verbalen Aggressionen zwischen der 92-jährigen, an einer beginnenden Demenz und zunehmender körperlicher Schwäche leidenden Mutter (Pflegestufe 1) und der 57-jährigen Tochter, teilweise in Verbindung mit Compliance-Problemen. Die ambulante Pflegerin und die Tochter beschreiben die Mutter als sehr dominant und fordernd. Die Pflegekraft erwähnt eine Situation, in der es vonseiten der Tochter zu verbalen Aggressionen gekommen sei, deren konkreten Anlass sie nicht kenne. Der Tochter seien die „Nerven durchgegangen“ und sie habe „überspannt und überreizt“ auf ihre Mutter reagiert.

³⁰⁶ Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Deutungsschema „Gewalt als Überlastungsreaktion“ Kapitel 5.4.6.4.2.7 und 5.4.6.4.3.

³⁰⁷ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

„In dem Moment war es dann für mich auch wichtig, dann schon so ein bisschen als Schlichter zu fungieren und dann nicht auch noch auf unserer Patientin drauf rumhacken, sondern dann auch wieder ‘n bisschen eh einfühlsamer noch vorgehen.“ Auch unabhängig von dieser Situation beschreiben Tochter und Pflegekraft die Rolle des Pflegedienstes als entlastend und schlichtend. Die Tochter tausche sich mit der Pflegekraft über ihr problematisches Verhältnis zur Mutter aus. Die als „sehr schwierig“ beschriebene Mutter habe zudem einen weiteren und unbelasteten Sozialkontakt, so die Tochter: „Die gehen auch wieder anders mit ihr um, die sehen se nur ‘ne halbe Stunde, die kriegen die Mucken und Macken nich’ so doll ab, und die gehen dann ganz locker flockig mit ihr um, ich denk’, das tut ihr gut und allein aus dem Grund möchte ich’s auch beibehalten, egal was es kostet.“³⁰⁸

In diesem Pflegesetting ist der soziale und schlichtende Aspekt des Einbezugs professioneller Pflege also nicht nur ein Nebeneffekt, sondern explizites Motiv der pflegenden Tochter für die Aufrechterhaltung des Arrangements.

Direkte Intervention durch Pflegekräfte

Beispiele von über schlichtendes Verhalten hinausgehender direkter Intervention werden von Pflegekräften sowohl bezogen auf die in die Studie einbezogenen Pflegearrangements als auch in Bezug auf sonstige Fälle berichtet. Häufig handelt es sich dabei um Situationen, in denen Pflegekräfte aus ihrer Sicht problematisches – d. h. falsches oder auch aggressives – Verhalten pflegender Angehöriger bei der Durchführung von Pflege- und Unterstützungstätigkeiten beobachten und durch direktes Eingreifen verhindern. In den folgenden Beschreibungen der Pflegekräfte zu solchen Situationen wird nicht immer deutlich, inwieweit das Verhalten der pflegenden Angehörigen tatsächlich auf Aggressionen beruht, auf einer situativ entstehenden Ungeduld oder vor allem auf mangelndem Wissen zurückzuführen ist.³⁰⁹ Es ist davon auszugehen, dass es hiervon abhängt, inwieweit eine Intervention in solchen Fällen vonseiten der professionellen Pflegekräfte langfristige, d. h. auch unabhängig von der Anwesenheit der Pflegekraft bestehende Wirkungen erzielen kann oder sich kurzfristig auf das situative Unterbinden bestimmter Handlungen beschränkt.

Im folgenden Beispiel führt die befragte ambulante Pflegekraft das grobe Verhalten des pflegenden Ehemannes gegenüber seiner Frau auf mangelndes Wissen zurück, sieht es aber auch im Kontext einer problematischen Vorbeziehung. Die Nachhaltigkeit des Erfolges der beschriebenen Interventionen bleibt unklar.

I_77_AP: Ein 92-jähriger Ehemann pflegt seine an Parkinson und Demenz erkrankte 87-jährige Frau. Die befragte 61-jährige Pflegerin (ausgebildete Krankenschwester) berichtet, dass der Ehemann vor allem in Zusammenhang mit Situationen, in denen er sie beim Laufen unterstützte, seiner Frau gegenüber grob geworden sei. „Am Anfang is’ er mit ihr vorneweg gelaufen und ich bin hinterhergelaufen und dann kam ja immer dieses Stocken und dann hat er an ihr gerissen, ich hab se ja dann festgehalten, habe dann ‚Stop!’ gesagt. (...) Man merkt, er hatte jetzt Ärger, warum läuft sie nich’?, ne, und dann zog er auch richtig böse an ihr und ich konnte ihm das hundert Mal erklären, er war richtig sauer. (...) Ihm hab ich schon immer gesagt: ‚Sie kann doch nich’ mehr!’ und ‚Vorsicht!’ und ‚Langsam!’.“ Als

308 Vgl. Falldarstellungen in Kapitel 5.4.6.3.3 und 5.4.6.3.4.2.1.

309 Dies vor allem bei Fallbeschreibungen, die sich auf das zusammenfassende Berichten lange zurückliegender Gewaltvorkommnisse beschränken ohne dabei tieferen Einblick in die Beziehungsdynamik zu gewähren.

Ursache des Verhaltens des Mannes vermutet die Pflegekraft mangelndes Verständnis für die Erkrankung sowie unbeglichene „alte Rechnungen“; die Frau habe früher ihren Mann immer „getriezt“.³¹⁰

Einige der befragten Pflegekräfte beschreiben zu hastige und grobe Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit durch die pflegenden Angehörigen als problematisches Verhalten.

I_45_AP: Einer der Patienten der befragten 30-jährigen examinierten Altenpflegerin habe nicht mehr alleine essen können und musste gefüttert werden. Die Pflegekraft sei einmal durch Zufall Zeugin geworden, wie die Ehefrau ihrem Mann in grober Weise das Essen „reingestopft“ habe, ohne zu merken, dass er starke Schwierigkeiten beim Schlucken hatte. Darauf angesprochen habe dies die Ehefrau damit begründet, dass ihr Mann „[...] doch etwas essen [muss]“. Sie sei sofort eingeschritten und habe der Frau dann erläutert, dass ihr Mann nur sehr langsam schlucken könne.³¹¹

Unabhängig von unmittelbar in Verbindung mit Versorgungs- und Unterstützungstätigkeiten stehenden problematischen Verhaltensweisen pflegender Angehöriger wird vonseiten der Pflegekräfte in Bezug sowohl auf die untersuchten Pflegesettings als auch auf andere Fälle beschrieben, wie sie Kenntnis von aggressivem Verhalten erlangen und auf welche Weise sie darauf reagieren bzw. in solchen Fällen intervenieren. Die Kenntnisnahme von nicht an bestimmte Versorgungs- und Unterstützungshandlungen gebundenen Gewalthandlungen basiert sowohl auf eigener Beobachtung als auch auf Berichten durch Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Dementsprechend reichen die beschriebenen Interventionen durch Pflegekräfte von direktem Einschreiten – in Fällen unmittelbarer Beobachtung problematischen Verhaltens – bis hin zur Vermittlung von Lösungsvorschlägen in Fällen, in denen familiär Pflegende über ihr eigenes problematisches Verhalten oder ihre Belastungssituation reflektieren und darüber das Gespräch mit der ambulanten Pflegekraft suchen.

Die folgenden beiden Fallberichte zeigen Beispiele für Interventionen, die eher in Form einer situationsunabhängigen Ansprache der familial Pflegenden im Hinblick auf ihr problematisches Verhalten stattfinden. In beiden Fällen bewerteten die Pflegekräfte ihr Einschreiten als erfolgreich.

I_01: Eine 62-jährige an Multipler Sklerose leidende Patientin (Pflegestufe 3) sei nach Aussagen des 68-jährigen pflegenden Ehemannes und des 33-jährigen Pflegers vor allem in der Vergangenheit gegenüber ihrem Mann verbal sehr aggressiv gewesen, oftmals auch im Beisein der Pflegekraft. Sie habe bereits vor ihrer Erkrankung den Mann häufig angeschrien. Nach Einschätzung der Pflegekraft lässt die Frau ihre Unzufriedenheit mit der Krankheitssituation an ihm aus; der Ehemann berichtet, sie habe ihn beschuldigt, die Krankheit verursacht zu haben. Der Pfleger berichtet, mit beiden über ihr Verhalten gesprochen zu haben und hat den Eindruck, dass sie sich seither anders gegenüber ihrem Mann verhalte und sich mit ihren Aggressionen zurückhalte. „Ich hatte mit ihr auch sogar gesprochen und mit ihrem Mann auch. (...) Dann habe ich zu ihr gesagt: ‚Wissen Sie Frau B., ich finde das so klasse und so gut, dass Ihr Mann für Sie sorgt. (...) Und ich denke, wir müssen auch für Ihren Mann ein bisschen Anerkennung und auch ein bisschen Lob sprechen. (...) Wäre Ihr Mann nicht da, das würde gar nicht funktionieren.‘“ Der Pfleger betont, dass er in vielen Fällen

³¹⁰ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³¹¹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

bereits seine Kunden/Kundinnen auf problematisches Verhalten angesprochen habe. Er finde es besser, direkt seine Meinung zu sagen und nach Kompromissen zu suchen, als nur über die Kunden/Kundinnen zu sprechen.³¹²

Im nächsten – nicht auf ein hier untersuchtes Setting bezogenen – Fall vertraute eine pflegende Tochter der befragten ambulanten Pflegekraft (61 Jahre, ausgebildete Krankenschwester) an, dass sie ihre alzheimerkranke Mutter geschlagen habe.

I_77_AP: Die Pflegekraft berichtet, die Tochter habe ihr eines Morgens „am Boden zerstört“ und weinend erzählt, ihre alzheimerkranke und nachtaktive Mutter in der Nacht zuvor geschlagen zu haben. Sie habe daraufhin der Tochter vorgeschlagen, die Mutter in ein Heim zu geben, um sie dann frei von den Pflegebelastungen möglichst oft besuchen zu können und einen unbeschwerteren Kontakt zu ihr aufzubauen. Die Tochter habe diesen Rat angenommen und der Pflegekraft ein halbes Jahr später auf der Straße erzählt: „Ich bin ja so dankbar für den Rat, den Sie mir gegeben haben, ich hab noch so ‘ne schöne Zeit mit meiner Mutter erlebt und jetzt is’ se gestorben.“³¹³

In diesem Fall kommt der Pflegekraft möglicherweise eine Art Katalysatorfunktion zu. Es ist zu vermuten, dass die Tochter bereits zuvor eine Heimübersiedlung der Mutter erwogen hatte, diese Überlegung jedoch dadurch an Handlungsrelevanz gewonnen hat, dass sie von der Pflegerin als einer neutralen und als Expertin anerkannten Person geäußert und positiv bewertet wurde; die Pflegerin war zudem in der Lage, diese Präferenz für die Tochter nachvollziehbar zu begründen.

Nur vereinzelt findet vonseiten ambulanter Pflegekräfte (bestätigt durch familial Pflegende aus den Pflegesettings) Erwähnung, dass sie in konflikthaften Pflegesettings auch Informationen über Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen vermitteln, wie etwa im folgenden Fallbericht.

I_26: In diesem Setting beschreiben sowohl eine ihre bettlägerige Mutter (94 J.) pflegende Tochter (67 J.) als auch die ambulante Pflegekraft (w, 45 J.) die lebenslang sehr belastete Mutter-Tochter-Beziehung. Der Wahrnehmung der ambulanten Pflegekraft zufolge sucht die unter akutem emotionalem Belastungsdruck stehende Tochter nach anfänglicher Distanz zunehmend das Gespräch mit ihr. Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter sei geprägt von gegenseitigen Aggressionen und einem Mangel an Wärme. Die Pflegekraft habe aus Angst, die Tochter „könnte sich etwas antun“, diese in einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige vermittelt, der von der Tochter als sehr entlastend und hilfreich beschrieben wird.³¹⁴

Viele der befragten Pflegekräfte berichten – meist nicht direkt auf Settings der Interviewstichprobe bezogen – über wahrgenommene pflegerische und hygienische Defizite in familiären Pflegehaushalten. Diese werden von den Befragten meist auf bestehende Gewohnheiten sowohl der Pflegebedürftigen als auch der gesamten Familie und nicht auf eine gezielte Vernachlässigung der Pflegebedürftigen zurückgeführt. Einige Pflegekräfte gaben an, die Angehörigen bei Unterschreitung bestimmter „Mindestanforderungen“ auf diese Defizite aufmerksam zu machen, nannten jedoch keine konkre-

³¹² Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.3.

³¹³ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³¹⁴ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1, 5.4.6.3.3 sowie 5.4.6.2.

ten Beispiele, sondern beschrieben dies – oft erst auf Nachfrage seitens der Interviewer/Interviewerinnen – als ihr regelmäßiges Verhalten, bei dem sie sich weitere Schritte, z. B. eine Meldung an die entsprechende Krankenkasse, vorbehalten.

I_35_AP (Pflegedienstleiterin, 44 J.): „Ja natürlich, wenn wir mitkriegen, dass Patienten unterversorgt sind (...), dass wir dann eben da auch intervenieren, mit den Angehörigen reden und dann, wenn nötig, machen wir ‘ne Meldung an die Krankenkassen, ans Gericht, dass ‘ne Betreuung gestellt wird.“

Unter Bezugnahme auf die Wahrung der Patientenautonomie stellten die Pflegekräfte allerdings ein Einschreiten in solchen Situationen vor allem als schwierige Gratwanderung dar; manche betonten, „kein Recht“ zu haben, die häuslichen Gewohnheiten verändern zu wollen, wie die folgenden Aussagen beispielhaft dokumentieren.

I_69_AP (Altenpflegerin, 48 J.): „Die sind in ihrem Familienkreis, ne, und die werden heute so gepflegt, wie sie gestern gelebt haben. Ne, es ändert sich, wir kommen da zwar rein und wir denken dann: ‚Mensch, das könnte anders sein‘, aber warum eigentlich? Das ist doch denen ihr Leben, das die über Jahrzehnte gelebt haben und es geht ganz einfach so weiter. Und von daher ist es doch in Ordnung.“ Auf Nachhaken des Interviewers gibt die Pflegekraft weiter an, dass sie bei extremen Fällen, z. B. wenn die Pflegebedürftigen schon seit Wochen nicht geduscht worden seien, das Problem anspreche. „Ansprechen ist möglich, und das tun wir auch.“

Immer wieder betonten die Befragten die Schwierigkeit, auf Änderungen hinzuwirken, ohne den Kontakt zu der Familie stark zu belasten oder gänzlich zu gefährden.³¹⁵ Mit der folgenden Schilderung betont eine Pflegekraft (w, 61 J., ausgebildete Krankenschwester), dass eine Änderung in vielen Fällen nur schrittweise möglich sei:

I_77_AP: „Dann sag ich mir wieder: Die haben ihr Leben lang so gelebt, das is’ nicht neu, ne. (...) Da kann man so Schritt für Schritt sagen: ‚Also hier müsste mal ‘n frisches Laken sein‘, aber man kann das wirklich nur so häppchenweise machen. (...) Das dauert Wochen, manchmal Monate, bis man jemanden so weit hat, dass man auch zwischendurch mal Schlüpfers wechseln darf, ne. Es hat auch keinen Sinn, das mit Gewalt irgendwie zu forcieren, das bringt nix, damit verliert man den Kontakt zu den Leuten, dann is’ es vorbei. Das is’ immer so ‘ne Gratwanderung, die man da macht, was man noch grade tolerieren kann und wo man sagen muss: ‚Also hier muss was geändert werden‘.“

b) Intervention durch Einbeziehung anderer Institutionen

In summarischen Einschätzungen und Einzelfalldarstellungen wird deutlich, dass es in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegesettings oftmals ambulante Pflegekräfte sind, die einschlägige öffentlich-rechtliche Institutionen (z. B. Pflegekassen/Pflegebegutachtung, aber auch Vormundschaftsgerichte), thematisch einschlägige Unterstützungsorganisationen (Krisen- und Beratungsstellen) und manchmal auch Ärztinnen und Ärzte über Vernachlässigung oder Gewaltvorkommnisse in Kenntnis setzen. Dies berichten Pflegekräfte in Bezug auf familiäre Pflegearrangements außerhalb der Stichprobe wie auch Expertinnen und Experten, die oder deren Organisationen auf Veranlassung von Pflegediensten in entsprechende Fälle einbezogen wurden.

³¹⁵ Wie im folgenden Abschnitt zu nicht erfolgenden Interventionen dargestellt wird, hält dies auch viele Pflegekräfte gänzlich davon ab zu intervenieren.

In den folgenden Darstellungen wird anhand von Beispielen dargestellt, in welchen Fällen und aus welchem Anlass heraus sich Pflegekräfte an weitere Akteure wenden und welche Institutionen hierbei beteiligt werden. Zwar wird – soweit hierzu Informationen verfügbar sind – auch der Ausgang der Fälle erwähnt; im Fokus steht aber der Aspekt der Einbeziehung dritter Akteure durch ambulante Pflegekräfte bzw. Pflegedienste als möglicher Beginn einer „Interventionskette“, an deren Ende eine Interventionslösung stehen kann. Die Frage der Ergebnisse und Wirksamkeit der dann möglicherweise folgenden Interventionen wird in den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen fallbeteiligten Institutionen bzw. anhand von Fällen komplexer Interventionsstrukturen mit mehreren beteiligten Akteuren bearbeitet.

Den vorliegenden Berichten und Einschätzungen zufolge wenden sich ambulante Pflegekräfte bzw. Pflegedienstleitungen aus verschiedenen, teilweise miteinander verknüpften Motiven an andere Institutionen. Neben dem Wunsch, durch Einbeziehung Dritter eine Situationsänderung herbeizuführen, wird von einigen der befragten Pflegekräfte auf die gesetzliche Verpflichtung zur Informationsweitergabe in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung hingewiesen. Mit Blick auf die eigene Entlastung in Bezug auf den Vorwurf unterlassener Hilfeleistung bzw. unterlassener Meldung in Fällen von massiven Pflegedefiziten findet eine Informationsweitergabe über problematisches Verhalten vor allem an öffentlich zuständige Stellen statt, insbesondere Pflegekassen, teilweise aber auch an Gerichte und sozialmedizinische Dienste. Vereinzelt werden Informationen auch an Ärztinnen und Ärzte weitergegeben. Die hierzu vorliegenden Fallschilderungen beziehen sich zum großen Teil auf Fälle pflegerischer Vernachlässigung.

So geben einige der befragten Pflegekräfte an, bei wahrgenommener Verwahrlosung zunächst mit den Angehörigen zu reden, weitere Schritte anzukündigen und bei unveränderter Situation den Krankenkassen als Leistungsträgern oder anderen „übergeordneten Stellen“ zu melden, dass die Pflege nicht sichergestellt sei. Die Entlastungsfunktion einer solchen Informationsweitergabe wird in der folgenden Aussage einer Pflegekraft beispielhaft dokumentiert.

I_35_AP (Pflegedienstleiterin, 44 J.): „Aber es gibt, wie gesagt, immer wieder Situationen, wo wir dann auch als Pflegedienst sagen, wir gehen dann da raus, die Verantwortung übernehmen wir nicht. Ja, also das können Sie auch mit Ihrem Gewissen nicht vereinbaren. (...) Wir geben dann entsprechende Meldungen an diese übergeordneten Stellen. (...) Und wir stehen auch in der Haftungspflicht.“

In der folgenden Beispielschilderung eines 54-jährigen Geschäftsführers eines privaten ambulanten Pflegedienstes wurden verschiedene gesetzlich zuständige Institutionen sowie der Hausarzt eingeschaltet, nachdem die Nahrungsversorgung einer bereits stark untergewichtigen Pflegebedürftigen weiter eingeschränkt worden war.

Ex_10: Eine von ihrem selbst mittlerweile leicht dementen Ehemann versorgte pflegebedürftige Frau sei auf 38 kg Körpergewicht abgemagert gewesen. Der Pflegedienst habe daraufhin mit den Kindern vereinbart, dass er künftig für das Frühstück der Frau sorgen werde. Nachdem die Gesamtkosten die SGB-XI-Leistungen um 20 € überschritten hatten, sei das Frühstück von dem Ehemann und dem Sohn wieder abbestellt worden, ohne dass zugleich die Versorgung übernommen wurde. Der Pflegedienst habe Hausarzt und Krankenkasse,

*schließlich auch das Familiengericht informiert und die Einrichtung einer Betreuung ange-regt. Der Pflegedienst habe sich aus dem Fall zurückgezogen und den Fortgang nicht weiter verfolgt.*³¹⁶

Insgesamt fällt auf, dass die befragten Pflegekräfte die Meldung an Krankenkassen in Fällen von Unterversorgung zwar als ihr regelmäßiges Verhalten nach einer erfolglosen Ansprache der Angehörigen beschreiben, dem stehen allerdings keine konkreten Fall-beschreibungen gegenüber, in denen dies umgesetzt wurde. Es bleibt unklar, inwieweit dies mit dem tatsächlichen Verhalten von Pflegediensten korrespondiert. Möglich ist auch, dass in dem zeitlich begrenzten Rahmen eines Interviews die ambulanten Pfl-egekräfte vergleichsweise häufiger und ausführlicher über eindeutig als Viktimisierung gewertete physische Misshandlungen und daraufhin erfolgte Interventionen berichtet haben.

Im folgenden Fall von massiver Unterversorgung hat die befragte Pflegekraft bzw. der Pflegedienst nach einer Woche interveniert und veranlasst, dass gesetzlich zuständi-ge Institutionen (sozialmedizinischer Dienst und Vormundschaftsgericht) einbezogen werden.

*I_47_AP: Die 41-jährige Altenpflegerin (tätig als Hauskrankenpflegerin) berichtet über ihren Einsatz bei einem pflegebedürftigen alleinstehenden Mann, der seinen Nachbarn als Gegenleistung für seine Versorgung ein Baugrundstück zur Verfügung gestellt hatte. Die Nachbarn hätten ihm sogar versprochen, ihm im neuen Haus ein Zimmer einzurichten, doch zum Umzug sei es nie gekommen. Die Versorgung des Patienten sei absolut mangel-haft gewesen: Nach Aussage der befragten Pflegekraft lebte der Pflegebedürftige in seiner alten, nur rudimentär eingerichteten und dreckigen Behausung. Die Pflegekraft glaubte zunächst, dies sei dem baldigen Umzug des Mannes in das neue Heim geschuldet. Innerhalb einer Woche verfestigte sich bei ihr der Eindruck, dass der Mann nicht ausreichend mit Essen versorgt werde und sich die Nachbarn in keiner Weise kümmerten. Daraufhin benachrichtigte die Befragte die Sozialarbeiterin des Pflegedienstes, die umgehend den sozialmedizinischen Dienst einbezog, der über das Amtsgericht eine gesetzliche Betreuung einrichtete. Kurz darauf veranlasste der Betreuer nach einem Sturz des Mannes seine Ein-weisung ins Krankenhaus, wo er an den langfristigen Folgen der Unterernährung starb.*³¹⁷

In diesem Fall kam die Intervention der Pflegekraft zu spät für den Betroffenen; dabei ist unklar, inwieweit sich eine noch raschere Meldung lebensverlängernd ausgewirkt hät-te. Zumindest stellt sich die Frage, inwieweit die beschriebenen Anzeichen von Unter-ernährung und Vernachlässigung von der Pflegekraft zum Anlass hätten genommen werden können, sofort einzuschreiten.

Einzelne Pflegekräfte berichten davon, dass sie sich auch bei Kenntnisnahme von Vor-kommnissen körperlicher Gewalt an die Krankenkasse als Leistungsträgerin oder an Ärzte/Ärztinnen wenden (würden). Ein konkreter Fall wurde hierzu berichtet:

I_14_AP: Vor längerer Zeit machte die befragte Pflegekraft (43 J., ausgebildete Kranken-schwester) einen Hausbesuch zur Pflegebedarfseinstufung in einem häuslichen Setting, in dem sowohl der pflegebedürftige Mann als auch seine pflegende Frau alkoholabhängig waren. Die Ehefrau berichtete im Beisein des Mannes, dass er sie schlage, sobald er betrun-

³¹⁶ Vgl. Fallschilderung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³¹⁷ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.3 und 5.4.6.4.2.6.

ken sei, sodass sie kürzlich zu den Nachbarn habe flüchten müssen. Die Ehefrau habe der Pflegekraft ihre Hämatome gezeigt, der Mann habe die Taten bestritten. Daraufhin informierte die Befragte die Krankenkasse. „Aber melden musste ich das ja auch, und wenn ich sehe, dass Gewalt angewendet wird, da wird dann sowieso gehandelt.“ Die Kasse habe sich der Sache angenommen, über den weiteren Ausgang war die Pflegekraft nicht informiert.

Im folgenden Fall wurde nach einem gewalttätigen Übergriff gegen einen Pflegebedürftigen durch die ihn pflegende Schwiegertochter in Anwesenheit der Pflegekraft der Arzt über dieses Vorkommnis unterrichtet. Danach sei eine Heimübersiedlung erfolgt, die jedoch nicht der Arzt veranlasst habe.

I_77_AP: Eine 61-jährige Pflegerin (ausgebildete Krankenschwester) berichtet von einer Frau, die ihren Schwiegervater im Rahmen einer sehr konfliktreichen Pflegebeziehung versorgte. In ihrer Anwesenheit habe die Schwiegertochter einmal zum Schlag gegen den Pflegebedürftigen ausgeholt, nachdem dieser sie „gepiesackt“ hatte. Sie sei dann eingeschritten und von der Schwiegertochter hinausgeworfen worden. Die Interviewpartnerin meldete den Fall dem Pflegedienst und dem Arzt, der Pflegebedürftige sei danach in ein Heim übersiedelt. Die Pflegekraft vermutet, dass die Schwiegertochter, nachdem sie die ambulante Pflegekraft „hinausgeworfen“ hatte, keinen anderen Pflegedienst mehr engagieren, zugleich aber selber die Pflege nicht leisten wollte.³¹⁸

Fälle, in denen ambulante Pflegekräfte Beratungs- und Kriseninterventionseinrichtungen konsultieren, wurden im Rahmen der Interviewstudie nur vonseiten entsprechender Expertinnen und Experten berichtet, nicht jedoch von Pflegekräften selbst. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass befragte Pflegekräfte über entsprechende Informationsweitergaben in den Interviews lediglich nicht berichtet haben, obwohl sie erfolgt sind.³¹⁹ Aus Sicht der Experten/Expertinnen sind es in vielen Fällen ambulante Pflegedienste und Pflegekräfte, durch die sie in einen Fall einbezogen werden.

Nach Aussagen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen entsprechender Einrichtungen selbst werden sie von Pflegekräften oftmals dann konsultiert, wenn diese Hilfe im Hinblick auf die Einschätzung der Situation, das eigene Verhalten in problematischen häuslichen Pflegesettings bzw. Informationen zu Interventionsmöglichkeiten generell suchen und eine Informationsweitergabe an gesetzlich zuständige Stellen (noch) nicht erfolgt ist.

In einigen der berichteten Fälle haben spezialisierte Beratungs- und Kriseninterventionsstellen die Funktion einer ersten niedrigschwelligen Anlaufstelle, insbesondere für Pflegekräfte, sowie die einer Clearingstelle, die erforderlichenfalls weitere Einrichtungen hinzuzieht.

Berichtete Anlässe der Meldung durch Pflegedienste sind auch hier Fälle länger andauernder pflegerischer Vernachlässigung oder Mangelversorgung, die sich teilweise durch eine von den familial Pflegenden veranlasste Reduktion von Pflegediensteinsätzen zu verschärfen droht.

³¹⁸ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³¹⁹ Aufgrund des bislang noch geringen Verbreitungsgrades spezialisierter Kriseninterventionsstellen und Notruftelefone ist dieser Weg für Pflegekräfte im Allgemeinen nur begrenzt verfügbar. Zwei Drittel der in die Interviews einbezogenen Pflegedienste sind jedoch in Städten mit einer entsprechenden Infrastruktur ansässig. Allerdings liegen zum Bekanntheitsgrad dieser Institutionen keine verlässlichen Erkenntnisse vor.

Ex_01: Die als Expertin befragte 56-jährige Sozialarbeiterin aus dem Bereich der Krisenintervention berichtet über einen Fall, über den sie durch einen Pflegedienst informiert wurde. Ein pflegebedürftiges Ehepaar hatte längere Zeit einen Pflegedienst engagiert. Aufgrund der zunehmenden Demenz des pflegenden Ehemanns habe der Sohn die Betreuung übernommen, der den Einsatz des Dienstes auf einmal pro Woche reduziert habe. Die Pflege- und Hygienesituation habe sich nach Aussagen des Pflegedienstes rapide verschlechtert. Die Kriseninterventionsstelle habe die Betreuungsbehörde und den Vormundschaftsrichter eingeschaltet. Die Frau sei kurz danach im Krankenhaus verstorben.³²⁰

Zum anderen werden Fälle berichtet, in denen Pflegedienste den Verdacht oder die Kenntnis haben, dass Pflegebedürftige durch Angehörige körperlich misshandelt werden und daraufhin Kriseninterventionsstellen einbeziehen. Im folgenden Fall hat der ambulante Pflegedienst zuvor bereits rechtliche Schritte gegen den Täter ehelicher Gewalt unternommen, die jedoch bislang nicht zu einer Verbesserung der Situation führten.

GD_04a: Eine 53-jährige Sozialarbeiterin aus dem Bereich alternsbezogener Beratung und Krisenintervention berichtete von einem Fall von häuslicher Gewalt, in den sie auf Betreiben des ambulanten Dienstes einbezogen wurde. Die Pflegebedürftige litt schon seit 35 Jahren unter der physischen Gewalt ihres alkoholkranken Ehemannes, das Paar habe in einem Milieu gelebt, in dem Gewalt gegen Frauen an der Tagesordnung sei. Durch die Einbeziehung eines Pflegedienstes sei die Gewalt nun öffentlich geworden. Der Pflegedienst habe schon viele Möglichkeiten ausprobiert, um die Situation zu lösen, z. B. schon häufiger Anzeige gegen den Mann erstattet, was auch zu Verurteilungen und sogar zu Haftstrafen führte. Bislang allerdings habe sich das Paar noch nicht getrennt und die Gewalt bestehe fort.³²¹

In einem weiteren Fall hat eine Pflegekraft durch Einbezug einer Kriseninterventionsstelle darauf hingewirkt, dass die Genehmigung für eine ihres Erachtens nicht angemessene Fixierung widerrufen wurde. Dieser Fall wird im folgenden Abschnitt über organisatorische Rahmenbedingungen von Interventionen vertiefend dargestellt (Interview Ex_01).

Als Expertinnen befragte Mitarbeiterinnen einer Kriseninterventionsstelle berichteten zudem von mehreren Fällen, in denen sich ambulante Pflegekräfte mit dem Verdacht sexualisierter Gewalt gegen Pflegebedürftige an sie gewandt hatten. In einem Fall ging es um einen pflegenden Angehörigen als möglichen Täter, im anderen Fall um einen dringend im Verdacht stehenden Mitarbeiter eines Pflegedienstes. Da diese Fälle in besonderer Weise den Umgang von Pflegediensten mit dem Thema sexualisierte Gewalt gegen Pflegebedürftige illustrieren und vor allem die Ebene der gesamten Organisation als potenziell intervenierende Institution betreffen, werden die Fallschilderungen im folgenden Abschnitt über Faktoren und Rahmenbedingungen von Interventionen vertiefend behandelt.

c) Faktoren und Rahmenbedingungen (nicht) erfolgter Interventionen

Dieses Kapitel umfasst vier Teile. Im ersten Abschnitt wird die Kenntnisnahme von Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte als Grundvoraussetzung jeglicher Intervention thematisiert. Es schließen sich Fallbeispiele an, in denen ambulante Pflegekräfte Missstände zwar wahrgenommen, jedoch nicht interveniert haben. In den letzten bei-

³²⁰ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.2.5.

³²¹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.2.5.

den Abschnitten werden zum einen individuelle und situationsspezifische Motive und Faktoren für nicht erfolgte Interventionen dargestellt, zum anderen organisationsbedingte Rahmenbedingungen von Interventionen herausgearbeitet.

Kenntnisnahme/Wahrnehmung von Gewalt, Konflikten und Vernachlässigung

Um intervenieren zu können, müssen Pflegekräfte zunächst überhaupt Kenntnis von problematischem Verhalten erlangen und das Verhalten als interventionsbedürftig beurteilen. Prinzipiell sind verschiedene Wege der Kenntnisnahme von Viktimisierungen denkbar:

- | Pflegekräfte können selbst Zeuginnen und Zeugen problematischen Verhaltens werden.
- | Pflegekräfte können von dem Opfer oder dem Täter oder der Täterin über begangene oder erlittene Viktimisierung in Kenntnis gesetzt werden; beides setzt eine vertrauensvolle Beziehung zur ambulanten Pflegekraft voraus.
- | Pflegekräfte können von dritten nicht direkt beteiligten Personen über entsprechende Vorkommnisse informiert werden.
- | Pflegekräfte können aufgrund sichtbarer Anzeichen Vermutungen über mögliche Viktimisierungen anstellen.

In Fällen pflegerischer Vernachlässigung ist die Kenntnisnahme vergleichsweise einfach, da Pflegekräfte zumeist aus unmittelbarer Anschauung davon wissen oder aber – in Fällen einer schwierigen Zuordnung von Ursachen bestimmter Symptome wie z. B. bei Dekubitus – zumindest deutliche Hinweise auf eine mögliche pflegerische Vernachlässigung erhalten. Teilweise berichten die Pflegekräfte auch davon, unmittelbar Zeuge oder Zeugin verbal aggressiven Verhaltens und familiärer Konflikte zu werden. Für diese Falltypen beschreiben sie vor allem die Schwierigkeit, die „Schwere“ des Mangels bzw. des problematischen Verhaltens sowie den Interventionsbedarf und die Interventionsmöglichkeiten einzuschätzen. Die Einschätzung erfolgt vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Autonomie der Patientinnen und Patienten bzw. der spezifischen Familiensituation sowie wahrgenommener Handlungsoptionen. In Fällen von körperlich aggressivem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen verhält es sich eher umgekehrt. Hier äußern alle Befragten im Hinblick auf die angeführten Fälle einen eindeutigen Interventionsbedarf, benennen aber die Schwierigkeit, zumeist nicht Zeugin oder Zeuge derartiger Taten zu werden, sondern zunächst auf Vermutungen, z. B. aufgrund von Hämatomen, angewiesen zu sein. Eine Pflegekraft äußert, dass die „klaren“ Fälle eher die Ausnahme seien. „Aber das sind so Fälle, wenn ich das sehen würde, könnte man einschreiten, aber das kriegt man denn leider dann immer nur durch Umwege mit und viele Sachen kann man auch nicht beweisen. Es ist ganz schwierig, damit dann umzugehen.“ Die Problematik besteht insbesondere dann, wenn die Pflegebedürftigen sich nicht mehr äußern können, oder aber pflegende Angehörige gegenteilige Aussagen treffen, wie der folgende Fall illustriert.

I_84_AP: Eine 40-jährige Altenpflegehelferin berichtet von einem Fall aus der Anfangszeit ihrer Tätigkeit als Altenpflegehelferin, in dem ihres Erachtens die Gefahr des Austrocknens und Verhungerns bestand. Die nach Beobachtungen der Pflegekraft stark abgemagerte Pflegebedürftige sagte, sie bekomme nichts zu essen. Die pflegende Schwiegertochter behauptete,

tete das Gegenteil. Für die Pflegekraft, die nur morgens zur Grundpflege kam, war es schwer nachprüfbar. „Die Schwiegertochter sagt: ‚Die isst, die isst mehr wie mein Mann und ich zusammen.‘ Sie wäre ’n sehr guter Esser, und wenn ja, wie, wie will ich das jetzt aber nachprüfen? Vom körperlichen Zustand würde ich sagen, sie kriegt nichts zu essen.“³²²

Die vergleichende Betrachtung der Interviews mit den an einem Pflegearrangement beteiligten Akteuren gibt Aufschlüsse darüber, inwieweit Pflegekräfte von konflikthafte Situationen oder Gewaltvorkommnissen etwas mitbekommen bzw. wie sich die häusliche Pflegekonstellation aus ihrer Sicht und aus Sicht der unmittelbar Beteiligten darstellt. In einer Reihe von Fällen zeichnen sich Übereinstimmungen im Hinblick auf die berichteten verbalen und körperlichen Aggressionen ab, auf der anderen Seite ergeben sich aber in einigen Fällen – zumindest auf der Berichtsebene – Perspektivdivergenzen. Auch umgekehrt werden vonseiten pflegender Angehöriger Vorkommnisse und Konflikte berichtet, die bei den Pflegekräften unerwähnt bleiben. Insgesamt werden in Bezug auf fünf Pflegesettings Gewaltvorkommnisse und Aggressionen lediglich vonseiten pflegender Angehöriger berichtet. Zumeist handelt es sich um gegenseitige verbale und teilweise auch körperliche Aggressionen innerhalb der Pflegedyade. Einer dieser Fälle soll im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

I_53: Eine Frau pflegt ihren demenziell erkrankten 79-jährigen Ehemann, der zum Interviewzeitpunkt seit zehn Jahren an den Folgen mehrerer Schlaganfälle litt. Die 73-jährige Frau ist nach eigenen Aussagen akut und massiv mit dieser Aufgabe überlastet, unter anderem ist sie aufgrund einer eigenen Krebserkrankung und eines Bandscheibenvorfalles selbst pflegebedürftig (Pflegestufe 1). Nach Aussagen der Ehefrau kam und kommt es zu gegenseitigen physischen und verbalen Aggressionen. Ihrer Ansicht nach sei „aus Liebe Hass geworden“, das Pflegearrangement sei vor allem aus Mitleid und finanziellen Gründen begonnen worden. Sie betont, dass sie ihren Mann bei entsprechenden finanziellen Ressourcen in ein Heim geben würde. Demgegenüber beschreibt die ambulante Pflegekraft (34 J., Pflegehelferin) die pflegende Ehefrau zwar ebenfalls als stark beansprucht, die Pflegebeziehung aber insgesamt als sehr liebevoll. Entsprechend erwähnt sie auch die verbalen und körperlichen Aggressionen nicht und sieht keinen Interventionsbedarf.³²³

In einer Reihe von Pflegesettings wird vonseiten ambulanter Pflegekräfte über Gewaltvorkommnisse und problematisches Verhalten berichtet, die vonseiten der direkt an dem Pflegesetting Beteiligten nicht erwähnt wurden. In einigen Fällen handelt es sich dabei um krankheitsbedingte körperliche Aggressionen vonseiten der Pflegebedürftigen gegen pflegende Angehörige, die von den Betroffenen selbst nicht erwähnt wurden. In anderen Fällen formulieren die Pflegekräfte ihre Einschätzung einer unzureichenden Versorgung und mangelnden Aktivierung der Pflegebedürftigen, die von den pflegenden Angehörigen nicht geteilt wird. In einem Fall geht es um die Problematisierung des gewaltsamen Legens eines Blasenkatheters unter Beteiligung der ambulanten Pflegekraft und des pflegenden Ehemannes, worüber lediglich die Pflegerin berichtet.

In Verbindung mit diesen Fällen und auch in weiteren Fällen, in denen keine Informationen über Viktimisierungen vorliegen, berichten ambulante Pflegekräfte teilweise sehr informiert über Beziehungsgeschichten und formulieren ihre Einschätzungen zu den daraus resultierenden Belastungssituationen, auch in Fällen, in denen die Betroffenen

³²² Eine vertiefende Betrachtung dieses Falls erfolgt im Abschnitt über organisationsbedingte Interventionsfaktoren, vgl. zudem die Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³²³ Vgl. ausführliche Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1.

ihrerseits darüber keine Auskünfte erteilt haben. In vielen Pflegesettings analysieren und bewerten ambulante Pflegekräfte mit ihrer „informierten Außensicht“ die familiären Konfliktdynamiken in den häuslichen Pflegebeziehungen, teilweise unter Hinzunahme von Berichten aus der Nachbarschaft, teilweise aufgrund ihres guten Kontakts zu den verschiedenen Familienmitgliedern.

Festzuhalten bleibt, dass ambulante Pflegekräfte – sofern entsprechende Dienste in häusliche Pflegearrangements involviert sind – sowohl beim Erkennen und Aufdecken von Viktimisierungen als auch bei der Feststellung von Interventionsbedarf eine zentrale Rolle spielen können.

Allerdings stellen das Erkennen und die Diagnose von Misshandlungen, Vernachlässigung und entsprechenden Gefährdungslagen Pflegekräfte vor komplexe Herausforderungen. Während Vernachlässigung oftmals unmittelbar sichtbar ist oder aber Spuren hinterlässt, zu deren Bewertung und Ursachenanalyse ausgebildete Pflegekräfte über erforderliche Kompetenzen verfügen sollten, werden Misshandlungen, insbesondere bei gravierenden Formen, nur selten direkt zu beobachten sein. Pflegekräfte sollten daher über Kompetenzen verfügen, entsprechende Anzeichen von Viktimisierungen frühzeitig zu erkennen und hinsichtlich des Interventionsbedarfs zu bewerten.

Beispiele für nicht erfolgte Interventionen

In den Beschreibungen sowohl der Expertinnen und Experten als auch der Pflegekräfte wurde an vielen Stellen deutlich, dass ein Eingreifen in Situationen problematischen Verhaltens keineswegs selbstverständlich ist. Sowohl die Einschätzungen und Einzelfallberichte der Expertinnen und Experten als auch die Berichte der Pflegekräfte zeigen, dass Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen trotz anzunehmender oder dokumentierter Kenntnisnahme von problematischem Verhalten oder pflegerischer Mangelversorgung durch Angehörige oft nicht oder erst spät intervenieren – sei es durch direkte Ansprache oder auch durch Einbezug von Dritten in Fällen, in denen sie zuvor erfolglos versucht haben, über eine direkte Ansprache der Angehörigen eine Veränderung zu bewirken.

Teilweise berichten Pflegekräfte über Fälle schwerwiegender Gewalt und Vernachlässigung und formulieren selbst akuten Veränderungsbedarf, ohne dass den beschriebenen Vorkommnissen und Problemen angemessen erscheinende Schritte unternommen wurden, um die Situation zu verbessern bzw. zu verändern. In den meisten der entsprechenden Berichte stellen die Befragten – offenbar vor dem Hintergrund einer grundsätzlich empfundenen Zuständigkeit – Abwägungen darüber an, warum keine (weiteren) Interventionen erfolgt sind. In wenigen Fällen scheinen die Befragten ihre Verantwortlichkeit für die Initiierung von Veränderungen problematischer Pflegesituationen nur in geringem Maße zu reflektieren. Das in den vorliegenden Einzelfallberichten beschriebene Verhalten der Pflegekräfte/Pflegedienste läuft jedoch unbeeinflusst von den angestellten oder unterlassenen Überlegungen hinsichtlich der eigenen Rolle in beiden Fällen darauf hinaus, dass die Situation als unveränderbar akzeptiert und damit aufrechterhalten wird.

Zwei Beispiele stehen für Fälle, in denen Pflegekräfte Missstände wahrnehmen, teilweise durch Ansprache erfolglos versuchen, die Situation zu beeinflussen, sich aber im Folgenden offenbar nicht dafür verantwortlich sehen, an der weiter bestehenden problematischen Pflegesituation etwas zu ändern.

I_05_AP: Eine Tochter pflegt mithilfe ihres Bruders ihre Mutter und deren Lebensgefährten. Nach Aussage der 31-jährigen examinierten Pflegerin wären die Pflegebedürftigen in einem Heim mit regelmäßiger Versorgung besser aufgehoben. Die Pflegekraft bemängelt die insgesamt ungenügende Versorgung, fehlende Ansprache und Hygiene; so sehe der Dauerkatheter des Mannes „permanent schlecht“ aus, es sei unklar, ob er ausreichend zu trinken bekomme, die Wohnung sei sehr schmutzig und unaufgeräumt. Die Tochter behebe zudem gravierende Mängel nicht, so sei z. B. die Rollstuhlbremse schon lange defekt, die angesprochene Reparatur bislang nicht erfolgt. Nach einem Sturz des pflegebedürftigen Mannes habe er vor Kurzem einen halben Tag auf dem Boden gelegen. Man habe die Tochter danach wieder auf die Reparatur angesprochen und zudem geraten, einen Hausnotrufdienst zu engagieren, was nicht umgesetzt worden sei. Nach Aussagen der Pflegekraft fühle sich die Tochter überlastet, obwohl sie ihre Aufgaben nicht erfülle. Es habe häufiger Diskussionen im Kollegium über diesen Fall gegeben, vor allem darüber, dass beide im Heim besser aufgehoben wären, dies sei aber gegenüber der Familie nicht angesprochen worden. Soweit aus dem Interview ersichtlich, wurde nach den erfolglosen Versuchen der Ansprache nichts weiter unternommen.³²⁴

In diesem Setting wird der aus der Perspektive der Pflegekraft offensichtliche Mangel festgestellt, aber gegenüber den Pflegenden, erst recht den Pflegebedürftigen kaum thematisiert; die vorgefundenen Defizite und die Überzeugung, dass die beiden Pflegebedürftigen im Heim besser aufgehoben wären, werden allerdings zum Gegenstand der Kommunikation unter den Pflegekräften. In dem Interview hat die befragte Pflegekraft die potenziell intervenierende Rolle des Pflegedienstes zwar angesprochen, die nicht erfolgte Veränderung der Situation allerdings als etwas Unvermeidbares dargestellt. Die Verantwortung der Pflegekräfte über diese erfolglosen Versuche der Ansprache hinaus wird nicht reflektiert und dies, obwohl es aufgrund der Mängel schon zu erheblichen Gefährdungen eines Pflegebedürftigen kam.³²⁵

In einem anderen Fall geht es um eine Pflegebeziehung im Drogenmilieu. Die Pflegebedürftige ist opiatabhängig, wird substituiert, ist multimorbid und hat eine gesetzlich bestellte Betreuerin.

P_05: Nach Aussagen des Ehemanns versorgt er seine Ehefrau, die befragte 48-jährige Pflegekraft und stellvertretende Pflegedienstleiterin eines privaten Pflegedienstes hingegen spricht von massiver Vernachlässigung. Der Ehemann habe schon häufiger verbale und körperliche Gewalt gegen die Pflegebedürftige angewandt und habe deshalb zeitweise ein Kontaktverbot zu der Ehefrau gehabt, die in dieser Zeit vom Pflegedienst allein versorgt worden sei. Nach wie vor verhalte sich der Mann aggressiv, teilweise auch in Anwesenheit und gegenüber den Pflegekräften. Nach Aussage der interviewten Pflegekraft würden sie und ihre Kolleginnen bei eskalierenden Konflikten „verschwinden, (...) versuchen ruhig und sachlich zu bleiben und wenn es begann zu eskalieren, auf Wiedersehen, schönen Tag noch, und weg.“³²⁶

³²⁴ Vgl. auch die Darstellung der Perspektive der Pflegebedürftigen in Kapitel 5.4.6.3.4.1.

³²⁵ Auffällig war zudem, dass die Pflegekraft über die Demenzdiagnose des pflegebedürftigen Mannes nicht informiert war. Als Indiz für geringe Problemsensibilität mag auch gelten, dass die Pflegekraft aus ihrer elfjährigen beruflichen Erfahrung keinerlei Fälle problematischer Pflegeverhältnisse zu berichten wusste.

³²⁶ Vgl. ausführliche Falldarstellungen in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 sowie 5.4.6.4.2.6 und 7.

Die befragte Mitarbeiterin sieht oder erwähnt keine Möglichkeiten, die Pflegebedürftige weiter zu unterstützen bzw. in Konfliktsituationen zu intervenieren. Denkbar wäre z. B. zumindest im Hinblick auf die Pflegeversorgung eine stärkere Beteiligung des Pflegedienstes über die Krankenkasse durchzusetzen, wenn die Pflege (Pflegestufe 3) offenbar ansonsten nicht gewährleistet ist. Es stellt sich die Frage, welche Gründe gegen eine Intervention vonseiten des Pflegedienstes sprechen. Möglich sind einerseits ökonomische Interessen, da der Ehemann das Arrangement auflösen könnte und dann auch der Pflegedienst eine Kundin verlieren würde; zum anderen ist es möglich, dass der Pflegedienst wegen des komplizierten Falls nichts weiter damit zu tun haben will bzw. die Lösung des Falles als Aufgabe der gesetzlichen Betreuerin ansieht. Diese Fragen können auf der Grundlage des vorliegenden Interviewmaterials nicht beantwortet werden.

Individuelle und situationsspezifische Motive und Faktoren nicht erfolgter Interventionen

In diesem Abschnitt sollen anhand von Einzelfällen Faktoren herausgearbeitet werden, die vor allem aus der Erzählperspektive der interviewten Pflegekräfte ein Eingreifen verhindern bzw. eine Nichtintervention begründen. Die von den Pflegekräften beschriebenen Beispiele beziehen sich auf Erfahrungen außerhalb der in der Interviewstudie direkt untersuchten familialen Pflegearrangements.

Die von einigen Expertinnen und Experten formulierten Gesamteinschätzungen und Erfahrungen zum Interventionsverhalten ambulanter Pflegekräfte finden sich in den Einzelfallbeschreibungen der ambulanten Pflegekräfte zum großen Teil wieder. Als Gründe für (Nicht-) Intervention werden vor allem in der Spezifik der Pflegekonstellation bzw. der daran beteiligten Personen liegende Besonderheiten sowie institutionelle Rahmenbedingungen des Handelns der potenziell intervenierenden Pflegekräfte angeführt bzw. in den Erfahrungsberichten erkennbar. Die Interviews mit den befragten Pflegekräften zeigen – zumindest auf der Berichtsebene – ein sehr breites Spektrum an verbalisierter Reflektiertheit und Sensibilität im Umgang mit dem Thema „Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen“.

Einige Pflegekräfte sind sich der Gefahr der Viktimisierung von Pflegebedürftigen insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit Non-Compliance oder auch die krankheitsbedingt nur unter Schmerzzufügung mögliche Durchführung von Pflegehandlungen sehr bewusst.

I_15_AP (examinierte Altenpflegekraft, w, 25 J.): „Wenn jemand sagt, das hab' ich nie getan, glaub' ich nich. (...) Wo man normal zfasst, bloß der andre 'n anderes Schmerzempfinden hat (...), das sind alles so Sachen. Ja, es passiert.“

Teilweise wissen Pflegekräfte trotz jahrelanger Tätigkeit bei ambulanten Diensten kaum über Viktimisierungsvorkommnisse zu berichten. Manche Interviews zeigen zudem ein recht enges, auf aggressiv motivierte körperliche Zwangshandlungen bezogenes Gewalt- bzw. Viktimisierungsverständnis. Auch die eigene potenzielle Rolle in Bezug auf Interventions- und Präventionsoptionen wird von vielen in keiner Weise reflektiert. Demgegenüber steht zugleich eine Vielzahl von Interviews mit ambulanten Pflegekräften, die sich sehr reflektiert und sensibel über Schwierigkeiten, Viktimisierungsgefahren in häuslichen Pflegebeziehungen und die eigenen Interventionsmöglichkeiten und Grenzen äußern.

Güterabwägung zwischen Patientenautonomie und Fürsorgepflicht

Als personaler Hintergrundfaktor für nicht erfolgende Interventionen wird vonseiten der Expertinnen und Experten Konfliktscheu genannt bzw. der Unwille, sich mit den Problemen häuslicher Pflegebeziehungen zu befassen. Vonseiten der befragten Pflegekräfte wird hingegen die schwierige Gratwanderung zwischen gebotener Nichteinmischung in die private Lebensgestaltung anderer einerseits und erforderlicher Hilfeleistung andererseits betont, wie anhand der folgenden Schilderung einer 43-jährigen Pflegekraft (examierte Krankenschwester) beispielhaft gezeigt wird.

I_14_AP: „Ja, weil man kennt die Situation nicht, man weiß nicht, in was für 'ne Situation bin ich jetzt hier geraten, worum geht es hier überhaupt? Und dann sagen die Patienten: ‚Nun sagen Sie doch mal was dazu.‘ Und ich kann dazu nichts sagen, weil ich nicht weiß, worum es geht. Und dann, man mag sich da ja auch in diese ganz privaten Dinge auch nicht einmischen, weil das ist 'ne Sache dann zwischen denen. Es sei denn, ich werde um Hilfe gebeten, dann helfe ich natürlich, wo ich kann.“

Die genannte Problematik der Gratwanderung „zwischen Wahrung der Patientenautonomie und unterlassener Hilfeleistung“ wird von vielen Pflegekräften insbesondere anhand zahlreicher berichteter Fälle von mangelnder pflegerischer Versorgung und Hygiene deutlich gemacht (vgl. zu derartigen Konflikten und Dilemmata u. a. Breeze, 1998; Castellucci, 1998; Davitt & Kaye, 1996; Koenig, 2004; Moody, 1992; Sasson, 2000; Woodward, 1998).

In Bezug auf pflegerische Vernachlässigung stehen die oft selbst gewählten und gewohnten Hygienestandards und ein Grundmaß an unabdingbaren Pflegeanforderungen zur Abwägung. Über die damit verbundenen schwierigen Abwägungen hinaus steht für einige Pflegekräfte einer möglichen Intervention oftmals auch die Befürchtung entgegen, dass die Situation hierdurch verschlimmert werden könnte: Sie befürchten Kontaktstörungen oder Abbruch oder gar den Auftragsentzug mit der Folge völliger Unterversorgung.

Ex_8: Eine als Expertin befragte 33-jährige Pflegedienstleiterin eines Pflegedienstes berichtet einen Fall, in dem sie bei einem nicht demenziell erkrankten, aber sterbenskranken Mann zur Behandlungspflege eingesetzt wurde. Der Mann habe die Körperpflege abgelehnt und die Wohnung verwahrlosen lassen. Nach seinem Tod sei die vermietende Wohnungsgenossenschaft in die völlig verdreckte Wohnung gekommen und habe daraufhin gedroht, Anzeige gegen den Pflegedienst zu erstatten. Aus Sicht der Befragten seien Pflegedienste nicht dafür verantwortlich, wenn sowohl Haushaltspflege als auch Körperpflege durch den Patienten abgelehnt werde; ein Abbruch der Pflegedienstleistungserbringung durch den Pflegedienst seitens des ambulanten Dienstes würde dazu führen, dass Menschen völlig unversorgt blieben.

Im Hinblick auf die Frage der Intervention oder Nichtintervention verdeutlichen solche und andere Beispiele, dass Pflegekräfte zumeist verschiedene Güter gegeneinander abwägen und je nach Fall unterschiedlich gewichten. Die Zitate verdeutlichen, dass die befragten Pflegekräfte ihr Verhalten sowohl vor dem Hintergrund von Werthaltungen und Wertekonflikten als auch mit Blick auf die zu erwartenden Wirkungen prüfen. Ein Verhalten kann unter hygienischen, medizinischen, pflegerischen Gesichtspunkt-

ten „richtig“ sein und dennoch den Pflegebedürftigen in anderer Hinsicht schädigen (indem er etwa nicht als eine Person wahrgenommen wird, die immer noch das Recht und die Fähigkeit hat, ihren Lebensstil zumindest in einigen Bereichen frei zu wählen). Pflegerisches Handeln kann „geboten“ erscheinen und doch zugleich dazu führen, dass Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen die weitere Inanspruchnahme professioneller Pflege verweigern, so dass die Pflegebedürftigen im Ergebnis weniger gut versorgt werden.

Pflegekräfte sehen sich bei der Einschätzung der Situation und des Interventionsbedarfs nicht nur mit den aufgezeigten ethischen Dilemmata in der Bewertung der Gesamtsituation konfrontiert, sondern auch mit rechtlichen und verwaltungstechnischen Anforderungen, die eine Intervention in bestimmten Fällen (z. B. Meldung an Krankenkassen) verpflichtend vorschreiben. Dies bedeutet, dass die Pflegekräfte problematische Verhaltensweisen bzw. eine insgesamt ungenügende Pflegesituation nicht nur zur Kenntnis nehmen und im Hinblick auf Viktimisierung bewerten und abwägen müssen, sondern letztlich auch zu einer Entscheidung darüber kommen müssen, ob es sich um Versorgungsmängel handelt, die eine Intervention unabdingbar machen, weil ansonsten der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung erhoben werden könnte oder bestehende Meldepflichten gegenüber der Krankenkasse verletzt würden.

Die Berichte zeigen, dass es den meisten schwerfällt, eine angemessene Entscheidung zu treffen, teilweise findet die ihnen „auferlegte“ Entscheidungsgewalt sogar explizit negative Erwähnung. Die Schwierigkeiten der eigenen Güterabwägung sowie die als Zumutung empfundene Entscheidungsgewalt und Pflicht schildert eine Pflegekraft anhand eines Falles, in dem es um pflegerische Vernachlässigung geht, die aber im Kontext einer insgesamt positiv beurteilten Pflegebeziehung stattfindet; zudem fürchtet die Pflegekraft, dass eine „Meldung an die Krankenkasse“ die finanzielle Grundlage der Familie zerstören würde.

I_77_AP: Die 61-jährige Pflegerin (ausgebildete Krankenschwester) berichtet von einem Setting, in dem aus finanziellen Motiven die Einsätze des ambulanten Dienstes auf die Durchführung eines Katheterwechsels reduziert worden seien. Hierbei hätten die Pflegekräfte regelmäßig festgestellt, dass die von ihrem Ehemann versorgte Pflegebedürftige sehr stark von eingetrocknetem Kot verschmutzt war, sodass sie überlegten, der Krankenkasse zu melden, dass die Pflege nicht sichergestellt sei. Sie seien dann aber nicht eingeschritten, da die Pflege ansonsten gut geklappt habe und der Umgang sehr positiv gewesen sei. Zudem sahen sie die finanziellen Grundlagen des Ehepaares durch eine Meldung gefährdet. Der Fall sei durch den Tod der Frau beendet worden. „Was soll ich bloß machen, eigentlich müsst' ich hinschreiben: ‚Pflege nicht gesichert‘, aber dann setzt man denen die Pistole auf die Brust; das is' wirklich jetzt ganz schön schwierig, weil liebevoll is' er ja mit ihr umgegangen, nur mit der Pflege hat's 'n bisschen gehapert, ne. (...) Irgendwann hätten wir dann vielleicht doch was unternehmen müssen. Aber es ist wirklich sehr, sehr schwierig und das find ich ganz schön hart, was die Krankenkassen da von uns verlangen.“³²⁷

Ablehnung von Interventionen durch Pflegebedürftige und Angehörige

Als ein weiterer zentraler Grund für das Nichteinschreiten in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung wird von den befragten Pflegekräften häufig der einer Intervention entgegenstehende Wille der viktimisierten Pflegebedürftigen oder auch der Angehörigen

³²⁷ In diesem Fall blieb unklar, ob die Pflegekräfte den Ehemann auf die defizitäre Hygiene angesprochen haben. Vgl. auch die Fallschilderung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

genannt. Wie bereits anhand von Fallbeispielen pflegerischer Vernachlässigung aufgezeigt, sehen sich Pflegekräfte teilweise mit der Schwierigkeit konfrontiert, eine Intervention nur gegen den expliziten Willen der Angehörigen bzw. der Pflegebedürftigen durchsetzen zu können. Sie sehen in solchen Situationen keinen Ansatzpunkt, den Betroffenen zu helfen und sehen ihre „Hände gebunden“, wie das folgende Beispiel zeigt.

I_30_AP: Die befragte Pflegekraft (54 J., Krankenpflegehelferin) berichtet von einem Setting, in dem der Ehemann seine pflegebedürftige Frau unter Alkoholeinfluss geschlagen und misshandelt habe und ihr gegenüber laut geworden sei. Die verbalen Aggressionen seien auch im Beisein der Befragten zum Vorschein gekommen, von den physischen Gewaltausbrüchen habe ihr die Ehefrau erzählt. Eine Einmischung durch die Pflegekraft wurde von der Betroffenen explizit nicht gewünscht. „Ich sag: ‚Was hat der gemacht? Soll ich mal mit ihm reden?‘ ‚Nein, um Gottes willen, bloß nicht, dann wird’s noch schlimmer.‘ ‚Ja, was soll ich da machen? Mir sind die Hände gebunden. Angehörige waren da nicht, da konnte ich nichts weiter machen, sonst hätte ich die Kinder mal angerufen, da waren mir die Hände gebunden.“³²⁸

Dieser Fall zeigt die Schwierigkeiten auf, die mit der Anwendung des Prinzips „Respektieren des Willens der Betroffenen“ verbunden sein können. Es stellt sich die Frage, was als eine klare und nicht verhandelbare Willensäußerung aufgefasst werden kann. Die Pflegebedürftige formuliert deutlich, dass sie aus Angst vor darauf folgenden Repressalien kein Eingreifen wünscht. Eine professionelle Intervention könnte u. a. darin bestehen, mit der betroffenen Pflegebedürftigen darüber zu sprechen, wie möglicherweise die beiden Ziele „Einwirken auf den gewalttätigen Ehemann“ und „Schutz vor Repressalien“ miteinander vereinbart werden können. Eine Intervention seitens der Pflegekraft würde zum Ausdruck bringen, dass es ein öffentliches Interesse und eine gesellschaftliche Verantwortung für die Verhinderung solcher Gewaltvorkommnisse gibt und dies nicht (nur) die „Privat“angelegenheit des betroffenen Opfers ist.

Im Hinblick auf eine Intervention problematisch erscheinen vor dem Hintergrund einiger Fallberichte auch solche Fälle, in denen Pflegekräfte explizite Auseinandersetzungen mit den familial Pflegenden über Art und Ausmaß von Hilfe und Pflege führen, die Entscheidungsgewalt aufgrund von Vollmachten aber bei den Angehörigen liegt. Die Konfliktsituation wird insbesondere dadurch verschärft, dass die Pflegebedürftigen ihren Willen nicht mehr äußern können und alle Entscheidungen für sie von Angehörigen getroffen werden. Auch in solchen Fällen sehen manche der befragten Pflegekräfte keinen Ansatzpunkt für ein Eingreifen. Im folgenden Beispiel geht es um einen Fall von offenbar unterlassener ärztlicher Hilfeleistung.

I_47_AP: Die befragte Pflegekraft (Altenpflegerin, tätig als Hauskrankenpflegerin, 41 J.) berichtet von einem Haushalt, in dem ihr von dem für die Pflege verantwortlichen Sohn einer schwer kranken Patientin untersagt wurde, den Arzt über den zunehmend schlechten Gesundheitszustand der Patientin zu informieren. Diese habe immer weniger gegessen und sei sehr schwach gewesen, was die Pflegekraft immer wieder dokumentiert habe. Der Sohn habe dagegen behauptet, der Patientin sei es abends (wenn er sie versorgt hatte) gut gegangen. Er vertrat die Auffassung, dass ein Arztbesuch seine Mutter aufregen würde. Nach 14 Tagen habe er nach einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes selbst eine

³²⁸ Vgl. auch die Fallschilderung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

Ärztin informiert, mittlerweile liege die Pflegebedürftige im Krankenhaus. „Wir dürfen bei der Patientin keinen Arzt anrufen und das tut mir irgendwo innerlich, ich könnte vor Wut eigentlich, weil der Sohn alles entscheidet. (...) Die Situation ist aber jetzt so, wie gesagt, das war ja Ende März, ging das der Patientin so schlecht und der Sohn hat gewartet, noch mal gewartet, noch gewartet, dass er dann nach 14 Tagen endlich mal die Ärztin geholt hat. So, zwei Tage später musste er ’nen Notarzt holen, so jetzt liegt sie im Krankenhaus.“

In diesem Beispiel fällt auf, dass die befragte Pflegekraft akuten Handlungsdruck verspürt und davon überzeugt ist, dass die Patientin ärztliche Hilfe benötigt. Dennoch mochte sie sich nicht über den Willen des mit einer Vollmacht ausgestatteten Sohnes hinwegsetzen.

Wie bei diesem Fall stellen sich auch anhand anderer Beispiele Fragen danach, wieweit die Rücksichtnahme auf familiäre Wünsche zur Aufrechterhaltung eines positiven Kontakts zur Familie in Anbetracht der Gefahr von Unterversorgung oder gar unterlassener Hilfeleistung für die abhängige Person zu rechtfertigen ist.

Wahrgenommenes Fehlen von Alternativen zum bestehenden Pflegearrangement

Auch das Fehlen von Alternativen und der wahrgenommene Mangel an Änderungsoptionen werden vonseiten der Pflegekräfte als Gründe dafür angeführt, warum sie bzw. die Pflegeinstitutionen nicht intervenieren. Die Pflegekräfte sehen die Ursachen dieser Alternativlosigkeit meist in den Merkmalen der Pflegekonstellation bzw. der daran beteiligten Personen. Das häusliche Pflegearrangement als solches bzw. alternative Möglichkeiten (z. B. eine Heimübersiedlung) stehen dabei in den Berichten der Pflegekräfte zumeist noch nicht einmal gedanklich zur Disposition. Manche Pflegekräfte formulieren mit Sätzen wie z. B. „ja, ansonsten müsste er halt ins Heim“ zwar die Möglichkeit der Heimunterbringung, allerdings nur in einer negativen Weise und als Begründung einer Nichtintervention. Auch im folgenden Fallbericht über Unterversorgung einer Pflegebedürftigen sieht die befragte 44-jährige Pflegedienstleiterin aufgrund des Charakters des pflegenden Angehörigen weder Veränderungsmöglichkeiten innerhalb der bestehenden Pflegesituation noch grundsätzliche Alternativen. Daher habe sie in diesem Fall nichts weiter unternommen.

I_64_AP: Eine Pflegebedürftige werde vom im gleichen Dorf lebenden Sohn und dem Pflegedienst versorgt. Die Tochter komme alle vier Wochen für eine Woche. Der Mutter gehe es dann immer deutlich besser, da sie mehr Wasser trinke. Aus Sicht der befragten Pflegedienstleitung sollte sich der Sohn mehr kümmern, abends nach der alleinlebenden Mutter sehen und sie vor allem umlagern. Den Sohn auf die Mängel hinzuweisen „bringe“ nichts, weil „der Sohn unmöglich ist, ne, weil der uns auch beleidigt und was weiß nicht alles, ne. Also der ist wirklich total unvernünftig“. Die Pflegekraft möchte die Tochter damit auch „nicht belasten“, da sie ihr nicht „zumuten“ möchte, zu der Mutter ins Dorf zu ziehen.

Im folgenden Fallbericht über körperliche Gewaltanwendungen eines Pflegebedürftigen gegen seine Ehefrau führt die Pflegekraft das aggressive Verhalten des Mannes auf dessen Schlaganfall zurück und sieht daher keine Änderungsoptionen.

I_13_AP: Die befragte 50-jährige Pflegedienstleiterin (ausgebildete Krankenschwester) berichtet von einem Fall, in dem eine Ehefrau ihren Mann nach einem Schlaganfall pflegte, beide seien hör- und sprechbehindert gewesen. Nach dem Schlaganfall wurde der Pflegebedürftige körperlich und verbal aggressiv gegenüber seiner Frau: „Und nach diesen Schlaganfällen hat dieser Mensch nur noch geschrien, war aggressiv, musste fixiert werden. (...) Wenn er so gekonnt hätte, wie er wollte, er war halbseitig vollkommen gelähmt, Gott sei Dank, sonst hätte das Mord und Totschlag da gegeben.“ Die schwierige Situation führt die Pflegekraft auf Kommunikationsprobleme aufgrund der Sprech- und Hörbehinderung zurück sowie darauf, dass der Mann seine Situation nicht begreife. Bei der Ehefrau seien Hämatome zu sehen, die scheinbar vom Ehemann verursacht wurden. Sie sah aufgrund der Krankheitsbedingtheit des gewaltförmigen Handelns keine Eingriffsmöglichkeiten. „Da sind ja so viele graue Zellen kaputtgegangen (...) Was wollten Sie denn machen? Ich meine, man hätte ihn auch rund um die Uhr zudröhnen können. Das ist einfach so.“³²⁹

„Vermeidung von Schlimmerem“ und Aufrechterhaltung unhaltbarer Pflegesituationen

Das Nichtintervenieren vor allem in Fällen von vermuteten Misshandlungen wird von vielen Pflegekräften, aber auch externen Expertinnen und Experten darauf zurückgeführt, dass das bestehende Vertrauensverhältnis zu den Familien nicht ge- oder zerstört werden soll, da es aus Sicht der Pflegekräfte einen wichtigen und oft den einzigen Schutz der Pflegebedürftigen darstellt. Offenes Eingreifen insbesondere bei „unbewiesenen Fällen“ berge die Gefahr, dass Familien gar keinen Pflegedienst mehr ins Haus lieben und die Pflegebedürftigen dann gänzlich schutzlos seien.

In der folgenden Fallbeschreibung steht zudem der explizite Wunsch der Patientin nach Nichtintervention einem Tätigwerden des Pflegedienstes entgegen.

Ex_08: Die als Expertin befragte 33-jährige Pflegedienstleiterin schildert einen Einzelfall, in dem vonseiten der Pflegerinnen und Pfleger der Verdacht bestand, dass der alkoholkrankes Sohn seine Mutter pflegerisch vernachlässige und misshandle. Die Pflegekräfte hätten beobachtet, wie er sie in den Sessel oder Rollstuhl „geschmissen“ habe. Ihre Einrichtung habe außer der Ärztin niemanden über die Vorfälle informiert, da befürchtet wurde, dass der Sohn dann niemanden mehr in den Haushalt lassen würde und damit auch die ambulante Pflege als letzter Schutz für die Frau weg falle. Auf die Vorfälle angesprochen, habe der Sohn mehrfach gesagt, der Pflegedienst solle sich da raushalten, er wisse, was er tue. Auch die Pflegebedürftige habe darum gebeten, von einer Einmischung abzusehen, da ihre größte Angst sei, in ein Heim zu kommen.“³³⁰

Ausgehend von Fällen der Nichtintervention zur Vermeidung einer (vermeintlich) „noch schlimmeren“ Situation wird sowohl von den befragten Pflegekräften als auch den Expertinnen und Experten ein weiterer relevanter Aspekt für die nicht erfolgende Einbeziehung Dritter in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung angesprochen: Viele Pflegekräfte bzw. Pflegedienste scheinen davon auszugehen, durch eigene vermittelnde oder kompensatorische Tätigkeiten die mangelhafte oder auch gewaltträchtige Pflegesituation ein Stück weit kontrollieren zu können und tragen damit zur Aufrechterhaltung solcher Pflegearrangements bei. So wird berichtet bzw. teilweise auch nur indirekt erwähnt, dass Pflegekräfte über ihren Zuständigkeitsbereich hinaus und teilweise auch über einen längeren Zeitraum unterversorgte Pflegebedürftige „ehrenamtlich“ und auf eigene Kosten mit Essen versorgen, da die Ernährung ansonsten nicht sichergestellt wäre.

³²⁹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 und 5.4.6.4.2.2.

³³⁰ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 und Kapitel 5.4.6.4.2.2.

Teilweise sehen sich Pflegedienste dazu gezwungen, entsprechende Kompensationsleistungen zu erbringen, solange die von ihnen in Gang gesetzte Intervention nicht erfolgreich war oder sich verzögert, da die eingeschalteten dritten Institutionen den Fall nicht oder nur langsam bearbeiten. So berichtet eine als Expertin befragte Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes über ihre Erfahrungen mit Betreuungsverfahren.

Ex_08: „Weil, es ist so, wir müssen halt, 'n Betreuungsverfahren können wir zwar stellen, aber das dauert dann teilweise auch, ehm, ja, zwei, drei Monate, bis dann dieses Erstgutachten stattfindet, wo wir dann sagen, das muss eigentlich schneller funktionieren, wir können sonst überhaupt nicht weiter, wir kommen nicht weiter, die sind unterversorgt und wir müssen zugucken und versuchen eigentlich die Leute so zu versorgen, dass sie überhaupt versorgt sind.“

In vielen der vorliegenden Berichte entstand hingegen der Eindruck, dass Pflegedienste Kompensationsleistungen erbracht haben, ohne dass entsprechende Versuche unternommen wurden, auf eine grundsätzliche Änderung der Pflegesituation hinzuwirken.

Im folgenden Fallbeispiel eines als Experten befragten nebenberuflich tätigen MDK-Mitarbeiters (55 J.) findet dieses kompensatorische Verhalten von Pflegediensten eher indirekte Erwähnung, die Motive für dieses Verhalten werden jedoch nicht deutlich.

Ex_07: Der Interviewpartner berichtet, er habe zur routinemäßigen Begutachtung des Pflegebedarfes einer desorientierten Frau einen morgendlichen Termin mit dem ambulanten Dienst vereinbaren müssen, da die Angehörigen meist nicht anwesend seien. Bei dem besagten Termin hätten er und der anwesende Pfleger die Frau angezogen und auf dem Boden liegend vorgefunden. Sie sei weder in der Lage gewesen sich auszuziehen noch ihr Bett zu finden. Der Pflegedienstmitarbeiter habe erklärt, dass der Pflegedienst auf Wunsch der Angehörigen nur einmal die Woche komme. Er selber vermutete „schon lange“, dass die Pflege nicht sichergestellt sei, häufig sei der Kühlschrank leer und die Pflegekräfte brächten etwas zu essen mit. Die Angehörigen – so die weitere Vermutung des Pflegers – kämen wohl immer kurz vor den Pflegediensteinsätzen, um „das Größte in Ordnung“ zu bringen.³³¹

Neben der geäußerten Sorge, dass im Falle einer Meldung über nicht ausreichend geleistete Pflege (z. B. an die Krankenkassen) gar keine externe Hilfe mehr von den Angehörigen zugelassen werde, wird von befragten Pflegekräften vereinzelt auch darauf hingewiesen, dass andere Pflegedienste möglicherweise nicht in dem gleichen Ausmaß bereit seien, entsprechende Kompensationsleistungen zum Ausgleich von Mangelversorgung zu erbringen.

I_15_AP: Die befragte 25-jährige Pflegekraft (examierte Altenpflegerin) berichtet von einem Fall, in dem der pflegende Sohn alkoholabhängig war und seine Mutter nur unzureichend versorgte. Oft habe es an Kleidung, an Hilfsmitteln und ausreichender Haushaltsführung gemangelt, sodass der Pflegedienst freiwillig Leistungen erbrachte, um die Unterversorgung auszugleichen. Der Pflegedienst sei insgesamt vier Jahre in dem Haushalt gewesen, die Pflege sei nie optimal gewesen, die Verschärfung der Pflegesituation habe vor allem in den letzten drei Monaten vor dem Tod der Frau stattgefunden. Es habe ständig Überlegungen innerhalb des Pflegedienstes gegeben, ob eine Meldung bei der Krankenkasse sinnvoll

³³¹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

wäre, diese seien aber verworfen worden. „Wir haben versucht, uns um die Frau zu kümmern, haben versucht, halt den besten Weg für sie zu finden. Wenn wir’s gemeldet hätten, hätte er uns rausgeworfen, dessen waren wir uns ja bewusst. Das wär auch für uns gar nich’ mal so schlimm. Bloß wir hätten nich’ gewusst, ob er überhaupt (...). Und wenn man einen anderen Pflegedienst reinholen würde, würden die auch so viel Zeit wie wir da drin investieren? Das is’ halt auch ’ne Frage von uns gewesen.“⁴³³²

Im Hinblick auf die von vielen Pflegekräften erwähnte unbezahlte Mehrleistung ist nicht immer eindeutig, wer die Kosten dafür zu tragen hat. In einigen der berichteten Einzelfälle – auch unabhängig von Fällen der Unterversorgung – sprechen die befragten Pflegekräfte deutlich aus, dass sie selber über ihre bezahlte Arbeitskraft hinaus teilweise länger blieben, um „mit einem guten Gefühl“ nach Hause gehen zu können oder dass sie den Mehrbedarf bei den einen Patientinnen und Patienten durch geringeren Zeiteinsatz bei anderen ausgleichen. Aber auch einige der ebenfalls befragten Pflegedienstleitungen berichten darüber, dass sie „da ein paar Hundert Euro reinbuttern“. In letzteren Fällen entsteht teilweise der Eindruck, dass eigentlich unhaltbare häusliche Pflegearrangements mit Unterstützung des Pflegedienstes so lange wie möglich aufrechterhalten werden und ungedeckte Mehrkosten (an Personal) in Kauf genommen werden.

Ein Aspekt, der im oben genannten Zusammenhang vor allem von den befragten Experten/Expertinnen als Interventionshindernis benannt wird, ist der wettbewerbsbedingte ökonomische Druck, der auf den Pflegediensten lastet und bewirkt, dass die Vertragsbeziehung möglichst nicht durch Konfliktaustragung mit den Familien belastet wird. Auch einige der befragten Pflegekräfte äußern die Befürchtung, dass im Falle einer Intervention die Gefahr des Auftragsentzugs bestünde, die Angehörigen einen anderen Pflegedienst bestellen, ohne dass sich dabei die Situation grundlegend verbessere. Eine der befragten Pflegekräfte schildert offen den Zusammenhang zwischen ökonomisch motiviertem Auftragserhalt und Nichtintervention.

I_36b_AP: Die 39-jährige Pflegekraft (ausgebildete Krankenschwester) hat nach eigener Aussage die Erfahrung gemacht, dass Angehörigenpflege in ca. 2% aller Fälle lediglich übernommen werde, „um das eigene Taschengeld aufzubessern“. In diesen Settings laufe die Pflege nebenher und der Patient werde vernachlässigt (zu wenig Nahrung, oft alleine zu Hause).

„Die Pflegesituation ist im Moment so, dass man also um jeden Patienten kämpfen muss. (...) In diesen Fällen ist es dann natürlich auch schon arg und krass, wo man dann also auch überlegt, was kann man jetzt nun eigentlich machen. Und macht aber meistens nichts, weil die Angehörigen einfach auch die Macht besitzen, dann die Pflegestation zu wechseln und die nächste Pflegestation macht es halt unter diesen Bedingungen und das läuft dann so weiter.“

Zwischen Nichtintervention und gesetzeskonformem Verhalten in Fällen von Freiheits-einschränkungen³³³

Eine besondere Gruppe stellen Fälle von nicht richterlich genehmigten Freiheitseinschränkungen und Fixierungen durch pflegende Angehörige dar, über die ambulante Pflegekräfte berichten. Freiheitsentziehende Maßnahmen, die außerhalb einer Anstalt,

³³² Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³³³ Vgl. hierzu auch Kapitel 5.4.6.3.4.2.2.

eines Heimes oder einer sonstigen Einrichtung vorgenommen werden, fallen nicht unter den Wortlaut des § 1906 Abs. 4 BGB. Dies kann aber nicht bedeuten, dass derartige Maßnahmen durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste ohne weitere Voraussetzungen erlaubt oder aber ausnahmslos unzulässig sind. Bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen sind Angehörige oder Pflegedienste in Gefahr, eine strafbare Handlung nach § 239 StGB (Freiheitsberaubung) zu begehen. Eine Strafbarkeit nach § 239 StGB entfällt nur, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Daher muss stets geprüft werden, ob die Maßnahme durch Einwilligung des Betroffenen oder durch Notstand gerechtfertigt ist. Kann die pflegebedürftige Person nicht mehr einwilligen, weil ihr die hierfür erforderliche Einsichtsfähigkeit fehlt, kommt als Rechtfertigungsgrund nur

ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB in Betracht (insbesondere die Abwendung einer gravierenden Selbst- oder Fremdgefährdung). Da die Berufung auf einen Notstand grundsätzlich Ausnahmecharakter haben muss, eignet sie sich nicht zur Rechtfertigung regelmäßig oder dauerhaft vorgenommener freiheitsentziehender Maßnahmen im privaten Wohnumfeld. Bislang besteht somit für Maßnahmen außerhalb von Heimen und entsprechenden Einrichtungen eine gesetzliche Regelungslücke.³³⁴

Im Rahmen der Studie berichteten die befragten ambulanten Pflegekräfte, dass sie die Durchführung entsprechender Maßnahmen verweigerten, weil sie die Maßnahme nicht sachangemessen fanden oder aber vor dem Hintergrund rechtlicher Schwierigkeiten, die ihnen daraus erwachsen könnten. Meist blieb unklar, auf welche Rechtsnormen sich die Pflegekräfte jeweils bezogen, teilweise erwähnten sie die Genehmigungspflicht von Fixierungen, teilweise gingen sie auf Haftungsfragen für mögliche Schadensfälle ein.

In den Fallberichten wurde deutlich, dass die Pflegekräfte in einigen Fällen zwar die eigene Beteiligung an der Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen verweigerten, jedoch keinerlei weitere Anstrengungen zur Beendigung dieser Praxis durch Angehörige unternahmen.

I_02_AP (ambulante Pflegekraft, ausgebildete Krankenschwester, 23 J.): „Also wenn Angehörige im Haus sind, sagen wir immer: ‚Machen Sie das!‘ Weil, wenn da wirklich was passiert, heißt es: ‚Warum haben Sie die Frau eingeschlossen oder den Mann?‘ Ja, und das ist wirklich sehr riskant. So aus eigenen Stücken machen wir so was nicht.“

I_13_AP (50 J., Pflegedienstleiterin, ausgebildete Krankenschwester): Die Pflegekraft berichtet von einem Setting, in dem der pflegende Angehörige ihr die Anweisung gab, die demenziell erkrankte Mutter nach dem Pflegeeinsatz in der Wohnung einzuschließen. Dies habe sie verweigert: „Das mache ich nicht. (...) Und wie gesagt, da habe ich gesagt: ‚Das geht nicht an, wenn Sie möchten, dass Ihre Mutter eingeschlossen wird, dann müssen Sie es selber machen.“

³³⁴ Die Rechtsprechung wendet vielfach § 1906 BGB analog auch auf Privatwohnungen an. „Einer Einrichtung gleichgestellt ist (...) die eigene Wohnung des Betroffenen, wenn er in dieser von professionellen ambulanten Diensten betreut und gepflegt wird“ (Hoffmann & Klie, 2004, S. 23). Häufig zitiert wird ein Beschluss des LG Hamburg vom 9.9.1994 (Auszüge bei Hoffmann & Klie, 2004, S. 138), das befand, die Privatwohnung der pflegebedürftigen Person sei aufgrund der „besonderen Herrichtung sowie der Einbeziehung bestimmter dritter Personen in die tatsächliche Pflege und Beaufsichtigung der Betroffenen als ‚sonstige Einrichtung‘ i. S. d. § 1906 Abs. 4 BGB zu qualifizieren.“ Für die praktische Arbeit von Pflegediensten wird im Hinblick auf die Mitwirkung an freiheitsentziehenden Maßnahmen klaren und transparent gemachten Absprachen mit dem (einwilligungsfähigen) Pflegebedürftigen bzw. mit dessen gesetzlichem Betreuer große Bedeutung zugeschrieben. „Der ambulante Pflegedienst muss in der Lage sein, getroffene Absprachen nachvollziehbar und transparent zu machen. Er muss die Maßnahme begründen und nachweisen können, dass die Absprachen mit legitimierten Personen erfolgten.“ (Höfert & Meißner, 2008, S. 108).

In den aufgeführten Fällen ist den Schilderungen zu entnehmen, dass die Pflegekräfte den Angehörigen gegenüber den Eindruck vermittelt haben, dass sie als professionell Pflegenden zwar keine ungenehmigte Fixierung durchführen dürfen, dass eine durch die Angehörigen selbst durchgeführte Freiheitseinschränkung hingegen rechtlich und sachlich bedenkenlos sei, und haben diese in der Durchführung solcher Maßnahmen sogar explizit bestärkt.

Ebenfalls wurde von Pflegekräften auf Fälle hingewiesen, in denen sie dem Wunsch der Angehörigen nach Freiheits- und Bewegungseinschränkung der Pflegebedürftigen nachgekommen sind. Dies seien zumeist Fälle, in denen es sich um das Abschließen der Wohnung bei desorientierten Patientinnen und Patienten handelte oder aber Fälle, in denen aufgrund massiver Selbstverletzungsgefahr die Maßnahme den Pflegekräften erforderlich schien. Eine 36-jährige Pflegekraft (ausgebildete Krankenschwester) betont, dass sie solch einschneidende Maßnahmen jedoch nur akzeptiere, wenn sie „hieb- und stichfest“ begründet seien.

I_78_AP: „Das ist häufig der Fall aus Schutz für den Patienten. Also ich erlebe es oft, dass die Tür abgeschlossen wird, die Korridor Tür abgeschlossen wird. Wo ich Bauchschmerzen kriege, wenn die Zimmertür abgeschlossen wird, das finde ich dann schon ziemlich heftig und auch sehr einschneidend und das würde ich auch nicht mitmachen, wenn ich nicht ne ganz plausible Erklärung kriegen könnte. Also die muss wirklich hieb- und stichfest sein.“ Eine andere Sache sei die Fixierung mit einem Bauchgurt, weil dies zum Schutz vor Stürzen notwendig sein könne, doch auch hier muss „so 'ne eingreifende, einschneidende, Maßnahme, ... es muss wirklich begründet sein.“

Demgegenüber stehen vereinzelte Pflegekräfte, die – ohne derartige Maßnahmen und das eigene Handeln im Interview zu problematisieren – zu erkennen geben, dass sie entsprechenden Wünschen von Angehörigen nachkommen.

Organisationsseitige Rahmenbedingungen für Interventionen

Der Umgang der Pflegekräfte mit Fällen vermuteter Viktimisierung von Pflegebedürftigen und die möglichen Folgen einer Intervention durch Pflegekräfte scheinen – so wird aus den Expertenberichten und den Pflegekräftebefragungen deutlich – neben individuellen und fallbezogenen Faktoren nicht zuletzt von Organisationskulturen im Umgang mit Gewaltvorkommnissen und Prävention abzuhängen.

Über einen aktiven Umgang ambulanter Pflegedienste mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ liegen nur vereinzelt Hinweise vor.

So berichtet eine als Expertin befragte 52-jährige Mitarbeiterin einer altersbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsstelle (Ex_11) von einem Pflegedienst, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Verdacht hatten, dass eine pflegende Tochter ihrer Mutter häufiger Haarbüschel ausriss; der Pflegedienst habe dies zum Anlass genommen, sich an die Beratungsstelle zu wenden und sich im Rahmen einer von dieser angebotenen Fortbildung grundsätzlich mit der Thematik „Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen“ und „Möglichkeiten der Intervention“ auseinanderzusetzen.

In den Einzelfallberichten seitens der ambulanten Pflegekräfte über beobachtete oder vermutete Fälle von Viktimisierung Pflegebedürftiger fiel hingegen insgesamt auf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf wahrgenommene Dilemmata bei der Beurteilung einer Pflegesituation und des Interventionsbedarfs die entsprechenden „Güterabwägungen“ offenbar meist alleine treffen müssen. Zumindest finden die Pflegedienstleitungen bzw. die Gesamtorganisation in den entsprechenden Fallberichten nur selten als organisatorischer und unterstützender Rahmen für ihre Entscheidungsfindungen bzw. als handelnde Akteure Erwähnung.

Dies bedeutet nicht zwingend, dass diese in den genannten Fällen unbeteiligt waren oder keinerlei Unterstützung boten; die Nichterwähnung kann auch ein Artefakt der Interviewführung sein, da nach der Haltung der Pflegeorganisation in Fällen von Gewalt nicht explizit gefragt wurde. Vor dem Hintergrund jedoch, dass die Pflegekräfte in ihren Fallschilderungen andere Aspekte bei ihrer Abwägung von Viktimisierung und Interventionsbedarf durchaus „ungefragt“ angesprochen haben, stellt sich zumindest die Frage nach Existenz und Bedeutung organisationsinterner Interventionsstrategien und Maßgaben für die Entscheidungsfindung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen.

Dies betrifft zum einen die Frage nach der Sensibilisierung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen für Fälle von Gewalt gegen Pflegebedürftige, zum anderen umgekehrt die Frage, welchen Widerhall Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Vermutungen in ihren Organisationen finden.

In einem Fall beschreibt eine Pflegekraft, dass ihr am Anfang ihrer Tätigkeit in einem Verdachtsfall von Vernachlässigung und Misshandlung vom Team wie vom Pflegedienstleiter eine zu starke Identifizierung gespiegelt wurde.

I_84_AP: Die 40-jährige Altenpflegehelferin berichtet von einem Fall aus ihren Anfangszeiten als Pflegekraft, wo ihres Erachtens die Gefahr des Austrocknens und Verhungerns und zudem der Verdacht der Misshandlung bestanden habe. Sie sprach dies mit einer examinierten Altenpflegerin, die ihre Bedenken bekräftigte und sie bat, die Situation weiter zu beobachten. Die Pflegebedürftige habe erzählt, nichts zu essen zu bekommen und sei tatsächlich sehr abgemagert gewesen. Die für die Pflege verantwortliche Schwiegertochter habe hingegen behauptet, dass ihre Schwiegermutter sehr gut esse. Insgesamt habe kein herzliches Verhältnis zwischen den Angehörigen und der Pflegebedürftigen bestanden; die Frau wurde – so die Wahrnehmung der ambulanten Pflegekraft – vor allem aus finanziellen Erwägungen zu Hause gepflegt und weitgehend ignoriert. Die Pflegekraft berichtet weiterhin, dass das Zimmer der Pflegebedürftigen nicht beheizt worden sei und dass sie zudem teilweise Hämatome am Arm der Patientin festgestellt hatte. Vom Leiter und vom Team sei ihr vermittelt worden, sie solle mehr Abstand zu dem Fall bekommen; mittlerweile sehe sie dies auch so.

„Daraufhin habe ich dann in der Teamsitzung halt mit den Examinierten und mit dem Chef auch mal darüber gesprochen, wobei die mir dann wiederum gesagt haben, ich soll mir nicht 'nen arg großen Kopf machen, es kann auch sein, weil der Körper die Nährstoffe auch nicht mehr verarbeitet, dass sie auch dieses Hungergefühl irgendwie gar nicht mehr richtig abschätzt. (...) Ich meine, man muss ja auch erst die Erfahrungen sammeln in dem Beruf, um 'ne gewisse Distanz zu kriegen und auch 'ne gewisse Übersicht.“³³⁵

335 Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

Die ambulante Pflegekraft sieht im Nachhinein die einzige Interventionsmöglichkeit darin, die Angehörigen anzusprechen, dies habe sie in Bezug auf die Unterversorgung und das nicht beheizte Zimmer auch getan.

In diesem Fall fällt auf, dass vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Pflegekraft mehrere „Verdachtsmomente“ der Mangelversorgung und möglicherweise auch Misshandlung bestanden, die auf der Organisationsebene keinerlei Wiederhall fanden bzw. mit alternativen Erklärungsmöglichkeiten gedeutet wurden. Der berichteten schlechten Gesamtsituation scheint zum einen in keiner Weise Rechnung getragen worden zu sein, zum anderen wurde die Pflegekraft aufgefordert, ihren persönlichen Umgang in Bezug auf das Pflegesetting zu verändern. Der nachfolgende Umgang der Pflegekraft mit diesem Fall ist – sicherlich auch unterstützt durch ihre Erfahrung innerhalb des Pflegedienstes – nunmehr eine individualisierende Umdeutung ihrer damaligen Wahrnehmung.

Möglicherweise nicht zuletzt vor dem Hintergrund nicht vorhandener Interventionsstrategien von Pflegediensten erfolgt gemäß den Expertenberichten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Beratung und Krisenintervention eine Einbeziehung entsprechender Stellen teilweise direkt über die Pflegekräfte, nicht aber durch die Pflegedienstleitungen. Dies wird sowohl für Fälle berichtet, in denen gewalttätiges Handeln von familial Pflegenden ausgeht, als auch für solche Fälle, in denen ambulante Pfleger (in den vorliegenden Einzelfällen vor allem sexualisierte) Gewalt gegen Pflegebedürftige ausüben und die Problematik über eine Kriseninterventionsstelle quasi von außen an den Pflegedienst herangetragen wurde.

Von einzelnen Expertinnen und Experten wird sogar die Einschätzung geäußert, dass in manchen ambulanten Pflegediensten intervenierende Pflegekräfte Gefahr liefen, dass ihnen vom Arbeitgeber „Nestbeschmutzung“ und Geschäftsschädigung vorgeworfen werde, dies könne – wie ein Einzelfallbericht zeigt – sogar mit der Gefahr der Entlassung einhergehen. Vor dem Hintergrund der Berichte scheint es zumindest nicht abwegig zu sein, dass sich in einzelnen Organisationen eine Haltung der unbedingten Kundenbindung um den Preis der Nichteinmischung in Fällen von Viktimisierung innerbetrieblich in einer Organisationskultur niederschlägt, die ein Tätigwerden seitens der einzelnen Pflegekräfte erschwert, wenn nicht gar verhindert.

Der folgende Bericht handelt von einer Pflegekraft, die in einem Fall von Freiheitseinschränkung erfolgreich interveniert hatte, danach allerdings entlassen wurde.

Ex_01: Eine 56-jährige Mitarbeiterin (Sozialarbeiterin) einer Kriseninterventionsstelle berichtet von einer ambulanten Pflegekraft, die sich telefonisch an die Beratungsstelle gewandt habe, weil sie es nicht länger habe ertragen können, eine unnötige Fixierung durchzuführen. Ein pflegender Sohn habe seine pflegebedürftige Mutter von 18 Uhr bis morgens um halb sieben fixiert bzw. vom Pflegedienst fixieren lassen, damit sie nachts nicht herumlaufe, obwohl sie weder dement noch inkontinent gewesen sei. Die Genehmigung dazu habe sich der Sohn mithilfe eines befreundeten Arztes vom Vormundschaftsrichter geben lassen. Die Genehmigung wurde schließlich nach Intervention der Kriseninterventionsstelle, die den Vormundschaftsrichter eingeschaltet hatte, und nach Gesprächen mit der Pflegekraft und der Pflegebedürftigen wieder entzogen. Die Pflegekraft sei nach Aussagen der Interviewpartnerin danach von ihrem Pflegedienst als „Nestbeschmutzerin“ entlassen worden.³³⁶

³³⁶ Vgl. auch die Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.2.

Hier hat die Intervention seitens der Pflegekraft zwar eine für die durch freiheitseinschränkende Maßnahmen viktimisierte Pflegebedürftige positive Wirkung gehabt, allerdings für die Pflegekraft persönlich schwerwiegende Konsequenzen nach sich gezogen, die vermutlich auch für andere Pflegekräfte eine im Hinblick auf die Wahrnehmung problematischer Situationen und Einschreiten gegen Missstände entmutigende Signalwirkung haben.

Der direkte Umgang von Pflegediensteinrichtungen mit Fällen wahrgenommener oder vermuteter Viktimisierung in häuslichen Pflegesettings und die diesbezügliche Organisationskultur ist dabei sowohl für die Frage relevant, ob und wie Pflegekräfte dazu ermutigt und sensibilisiert werden, bei Verdacht auf Viktimisierung zu intervenieren und welche Wege der Intervention ihnen organisationsseitig zur Verfügung stehen, als auch im Hinblick darauf, welchen Fortgang die Erstintervention nimmt, ob und welche Problemlösungen bzw. auch (strafrechtliche) Konsequenzen für die Täter und Täterinnen erfolgen. Im folgenden Fall hatte sich ein Pfleger mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch einer Pflegebedürftigen an eine Kriseninterventionsstelle gewandt. Die als Expertin befragte Mitarbeiterin berichtet von dem nachfolgenden Umgang des Pflegedienstes mit dem konkreten Fall.

Ex_11: Eine als Expertin befragte 52-jährige Leiterin einer Kriseninterventionsstelle berichtet von einem Fall, in dem ein Pfleger den dringenden Verdacht hatte, dass eine Patientin durch ihren Schwiegersohn sexuell misshandelt wurde und sich deshalb direkt an die Kriseninterventionsstelle gewandt hatte. Die Pflegebedürftige habe sich nicht äußern und nicht bewegen können, habe allerdings Quetschungen an der Brust gehabt und einen Beinbruch, der darauf hindeutete, dass der Frau die Beine verdreht worden waren. Auf Veranlassung des Pflegers sei die Kriseninterventionseinrichtung hinzugezogen worden, mit dem gesamten Pflegeteam wurde daraufhin unter Hinzuziehung der Organisation Wildwasser eine gemeinsame Beratung terminiert. Einen Tag vor dem Gespräch sei die Frau verstorben, der Termin daraufhin vom Pflegedienst abgesagt worden. Nach Aussagen der Expertin hätte sie eine Aufarbeitung „dieses“ Falles auch unabhängig von dem Tod der Frau wichtig gefunden, das Thema sei aber offensichtlich sowohl für die Leitung als auch die Pflegekräfte erledigt gewesen.³³⁷

Hier stellt sich – neben dem angesichts der vermuteten Vorkommnisse unangemessen erscheinenden Umgang mit dem Thema Viktimisierung von Pflegebedürftigen – auch die dringende Frage nach einer möglichen strafrechtlichen Verfolgung von Fällen, in denen es vermutlich zu massiven Misshandlungen kommt. Nach dem Tod der Frau – der möglicherweise auch im Zusammenhang mit den mutmaßlichen Misshandlungen steht – wäre es zumindest denkbar gewesen, dass der Pflegedienst eine strafrechtliche Überprüfung des Falls veranlasst.

Eine besondere Fallgruppe stellen Interventionsverläufe in Fällen von Viktimisierungen durch Angehörige des Pflegedienstes selbst dar.³³⁸ Hier werden von Experten/Expertinnen und befragten Pflegekräften zahlreiche Einzelfälle von Diebstahl und einige Fälle sexualisierter Übergriffe gegen Pflegebedürftige und andere Formen körperlicher Misshandlungen angeführt. Die Informationen über genannte Vorkommnisse erhalten

³³⁷ Vgl. auch die Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³³⁸ Vgl. zum Thema Viktimisierung durch ambulante Pflegekräfte auch Kapitel 5.4.6.3.4.2.2.

Pflegedienstleitungen in den berichteten Einzelfällen über Patienten/Patientinnen selbst, durch Kriseninterventionsstellen, die durch einzelne Pflegekräfte einbezogen wurden, oftmals aber auch direkt durch Pflegedienstmitarbeiter/-mitarbeiterinnen.

Die Fälle unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Schwere der Taten und der Folgen für die Opfer, sondern weisen auch deutliche Unterschiede in Hinblick auf die Rolle der Einrichtung bei der Fallaufklärung sowie den weiteren Umgang mit den damit aufgeworfenen Themen auf. Insbesondere die Frage, ob und was Organisationen aus Fällen von Viktimisierung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes für ihre weitere Arbeit „lernen“, ist wichtig für die Frage der Prävention von Gewalt.

In den sowohl von Experten/Expertinnen als auch von ambulanten Pflegekräften berichteten Einzelfällen von Diebstahl und körperlicher Misshandlung handelte es sich mehrheitlich um eindeutig bewiesene Taten, die eine fristlose Entlassung und teilweise eine strafrechtliche Verfolgung der Täter zur Konsequenz hatten.

I_35_AP: Die befragte 44-jährige Pflegedienstleiterin habe einen Mitarbeiter fristlos entlassen, nachdem dieser einen Pflegebedürftigen geschlagen hatte, der sich mit körperlicher Gewalt dagegen gewehrt hatte, dass der Pfleger ihm den Mund auseinanderdrückte, um das Gebiss zur Reinigung zu entnehmen. Bei der Tat war ein Pflegehelfer anwesend, der den Vorfall bei der Leitung meldete, aus Unsicherheit allerdings erst nach einer Woche.³³⁹

I_88_AP: Ein 54-jähriger Pflegedienstleiter berichtet über einen Fall, in dem ein Pfleger eine wohlhabende Patientin bestohlen hatte. Er sei bei der Pflegedienstleitung schnell in Verdacht geraten, weil der Frau nach seinen Einsätzen immer Geld fehlte. Die Pflegedienstleitung habe in Kooperation mit der Polizei den Mann mit einem markierten Geldschein überführt und auf „frischer Tat ertappt“.

In den berichteten Fällen sexualisierter Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Pflegekräfte wurde das Vorgehen der Pflegedienste sowohl hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema als auch der Konsequenzen für den Täter und die Einrichtung unterschiedlich beschrieben. Hier stellt sich die Frage, inwieweit bei Fällen sexualisierter Gewalt gegen Pflegebedürftige Wahrnehmungsbarrieren bestehen, die – neben einer vergleichsweise schwierigen Beweisführung – ein Aufgreifen entsprechender Verdachtsmomente erschweren. Der folgende Fall wird von einer als Expertin befragten 52-jährigen Leiterin einer Kriseninterventionsstelle berichtet.

Ex_11: Die Bekannte einer Stammpflegerin einer älteren Frau habe sich an die Krisenberatungsstelle gewandt, da die Pflegebedürftige der Stammpflegerin anvertraut hatte, von einem Pfleger (des gleichen Pflegedienstes) sexuell missbraucht worden zu sein. Die Krisenberatungseinrichtung habe sich daraufhin an den Verein Wildwasser gewandt sowie an die Leitung der (kirchlichen) Einrichtung. Diese sei aber für das Thema sehr unzugänglich gewesen und habe nach einem Gespräch mit dem Pfleger – der alles geleugnet habe – diesen lediglich aus dem konkreten Fall abgezogen. Eine weitere Aufklärung des Falles und strafrechtliche Verfolgung seien nicht erfolgt, der Fall sei dann an die Qualitätsbeauftragte des Pflegedienstes übergeben worden.³⁴⁰

³³⁹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

³⁴⁰ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

In diesem Fall fällt auf, dass der Vorwurf quasi von außen durch die Kriseninterventionsstelle an die Pflegeeinrichtung herangetragen wurde, jedoch initiiert durch eine Pflegekraft des gleichen Pflegedienstes. Nach Aussagen der befragten Expertin sind offenbar keine Anstrengungen unternommen worden, den Fall aufzuklären oder sich grundsätzlich mit dem Thema sexualisierte Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen auseinanderzusetzen, obwohl eine fachkundige Beratung zur Verfügung stand. Die Verweisung des Falles an eine Qualitätsbeauftragte sowie die Versetzung des mutmaßlichen Täters in andere Haushalte erscheinen angesichts der Schwere des Tatvorwurfs als unangemessene Reaktionen.

In einem anderen von der gleichen Kriseninterventionsstellenleiterin berichteten Fall sexualisierter Gewalt hingegen habe die Pflegedienstleitung selbst aktiv die Hinzuziehung Dritter und weitere Schritte veranlasst, nachdem der Fall über eine indirekt informierte Pflegerin an die Leitung gemeldet worden war. Nach Auskunft der befragten Expertin sei solch schnelles Handeln eine Ausnahme.

Ex_11: Eine Pflegebedürftige habe an ihre Ärztin einen Zettel mit dem Hinweis auf sexuellen Missbrauch durch einen (genau beschriebenen) Pfleger geschrieben; dieser Zettel sei von der Stammpflegerin gefunden worden, die sich damit an ihre Pflegedienstleitung gewandt habe. Die Leitung habe wiederum die Kriseninterventionsstelle für ein gemeinsames Gespräch und eine Aufarbeitung mit den beteiligten Pflegekräften einbezogen. Kurz darauf habe eine weitere Pflegebedürftige dieses ambulanten Dienstes ebenfalls von sexuellen Übergriffen berichtet. Der Pfleger sei dann sofort suspendiert worden, es seien rechtliche Schritte eingeleitet worden, die noch nicht abgeschlossen seien. Der Pflegedienst habe neben der Kriseninterventionsberaterin zudem sofort über den Weißen Ring eine Begleitung für die beiden Opfer initiiert.³⁴¹

Auch im folgenden schwerwiegenden Fall hat der Pflegedienst selber die Aufklärung von Gewaltvergehen durch einen Mitarbeiter veranlasst.

I_27_AP: Die 49-jährige Geschäftsführerin und der 30-jährige Geschäftsführer eines privaten ambulanten Pflegedienstes berichten über einen ehemaligen Mitarbeiter (der mittlerweile wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen verurteilt wurde). Der Pfleger sei relativ kurz beim Pflegedienst tätig gewesen. Im Laufe der Zeit hätten sich manche Patienten/Patientinnen oder deren Angehörige darüber beschwert, dass er sie grob anfasste. Der Pfleger habe nach Aussagen mehrerer Patientinnen diese auch sexuell belästigt. Er habe ihnen vorgeschlagen, sie zu duschen oder sie im Intimbereich zu waschen, obwohl das nicht zu seinen Aufgaben gehörte. Eine 95-jährige habe auch beim Pflegedienst angerufen und darum gebeten, dass er sie nicht mehr dusche. Den Beschwerden sei in der Regel ein Abzug des Pflegers aus diesen Fällen gefolgt.

Eine weitere Patientin, demenzkrank, bettlägerig und alleinlebend, habe über Wochen Hämatome am ganzen Körper aufgewiesen. Die Geschäftsführerin des Pflegedienstes habe sich daraufhin an die Polizei gewandt. Zu einer förmlichen Anzeigerstattung hätten sie sich angesichts der Zweifel an der Stichhaltigkeit des Verdachts nicht durchringen können. In Absprache mit dem Sohn der Pflegebedürftigen, der zugleich ihr gesetzlicher Betreuer war, habe der Pflegedienst im Pflegezimmer der Patientin eine Überwachungskamera installieren lassen, wodurch der in Verdacht stehende Mitarbeiter überführt worden sei. Der

³⁴¹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

Täter hatte die Patientin unter anderem mit Erstickungssimulationen gequält, indem er ihr mehrmals eine Plastiktüte oder die Bettdecke über den Kopf zog. Der Mann sei im Rahmen einer früheren Beschäftigung wegen Schubsens eines Patienten mit der Folge eines Ober-schenkelhalsbruchs verurteilt worden, da dies aber weniger als 90 Tagessätze gewesen sei-en, sei dies bei der Einstellung nicht aus dem Führungszeugnis zu entnehmen gewesen.³⁴²

Die Leiterin und der Leiter berichten über die Konsequenzen, die die Organisation für die weitere Arbeit gezogen habe. So gingen sie und die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen untereinander offener mit ihren Bedenken in Hinblick auf problematisches Verhalten gegenüber Klienten/Klientinnen um. Ebenso hätten sie einen Fragenkatalog entwickelt, der bei jeder Neueinstellung abgearbeitet werde. In diesem werden Bewerber/Bewerberinnen u. a. zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen gefragt, die sie an sich und den Patienten/Patientinnen wahrnehmen. Die Leitung ermuntere zudem die Angestellten, bei Problemen mit Patienten/Patientinnen von der Möglichkeit der „Versetzung“ Gebrauch zu machen. Auch gebe es das Angebot der Supervision, was aber von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen nicht gewünscht werde. Zudem sei der Bereich der Pflegevisiten ausgebaut worden: Die Leitung fahre regelmäßig in die Haushalte und befrage Kunden/Kundinnen über die erhaltene Pflege und das Verhalten der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen.

In diesem Fall fällt auf, dass es bereits längere Zeit Verdachtsmomente aus verschiedenen Quellen gegeben hatte (z. B. die Beschwerden von Angehörigen und Patienten/Patientinnen), die jedoch nicht weiter verfolgt, sondern lediglich mit einer Versetzung des Pflegers in andere Haushalte beantwortet wurden. Bei der Aufklärung des Falles hingegen ist der Pflegedienst durch die Einschaltung der Polizei vergleichsweise offensiv vorgegangen. Das couragierte Handeln der Geschäftsführerin und des Geschäftsführers und das Aufdecken der Vorfälle hätten gravierende wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen können. Der Pflegedienst existierte zu diesem Zeitpunkt erst rund ein halbes Jahr; es musste realistisch in Erwägung gezogen werden, dass darüber der Kundenstamm verloren gehen könnte. Auf der anderen Seite war angesichts der gravierenden Verdachtsmomente eine „stille Entlassung“ auch im Hinblick auf den wirtschaftlichen Fortbestand des jungen Unternehmens nicht ratsam. Unabhängig von der Frage der Motivation bei der offensiven Aufdeckung der Taten ist positiv hervorzuheben, dass sich die Leitung außerordentlich und mit vielfältigen Maßnahmen bemüht hat, vergleichbaren Fällen vorzubeugen bzw. eine schnellere Offenlegung problematischen Verhaltens durch Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen zu gewährleisten. Es entsteht der Eindruck, die Organisation habe aus den Erfahrungen gelernt.

d) Fazit

Die beschriebenen Fälle von (Nicht-)Interventionen durch Pflegekräfte und Pflegedienste zeigen, dass es für eine (erfolgreiche) Intervention mehrerer Voraussetzungen bedarf, die jeweils ihre eigenen Umsetzungsschwierigkeiten bergen:

Die erste Voraussetzung ist, dass Pflegekräfte von problematischen Pflegesituationen und Handlungen überhaupt Kenntnis erlangen. Dies kann auf verschiedenen Wegen erfolgen: Opfer berichten von Viktimisierungen; Gewaltausübende oder auch Dritte vertrauen der Pflegekraft entsprechende Informationen an; sie wird Augenzeugin entsprechenden Geschehens, nimmt Hinweise auf stattgefundene Misshandlungen oder Vernachlässigungen wahr oder wird von Dritten darauf hingewiesen.

³⁴² Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

Der nächste Schritt besteht in der Deutung, Beurteilung und Bewertung dieses Wissens in mehrfacher Hinsicht:

- | Wie belastbar, wie verlässlich sind die vorliegenden Informationen?
- | Welcher Grad der Schädigung und Gefährdung ist damit für den Pflegebedürftigen verbunden?
- | Legitimiert bzw. erfordert das berichtete, beobachtete oder vermutete Verhalten ein Einschreiten?

An dieser Stelle sehen sich viele der befragten Pflegekräfte mit einer schwierigen Güterabwägung überfordert. Neben der grundsätzlichen Entscheidung für das Vorliegen eines Interventionsbedarfs müssen die verfügbaren Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Voraussetzungen, ihrer materiellen wie immateriellen Umsetzungskosten sowie ihre mittelbaren und unmittelbaren Effekte gegeneinander abgewogen werden. Die Entscheidung zur Intervention hängt somit auch von dem Vorhandensein, der Kenntnis und der Bewertung von Handlungsoptionen und Veränderungsmöglichkeiten durch die Pflegekräfte ab und davon, welche Schritte zu deren Erreichung erfolgen müssen. In die Beurteilung des Interventionsbedarfs und der Interventionsmöglichkeiten durch die Pflegekräfte fließen dabei sowohl deren Einschätzungen der Rahmenbedingungen des Pflegesettings ein als auch die eigene Bereitschaft und Fähigkeit zur Intervention.

Es ist möglich, dass Pflegekräfte Interventionsbedarf verneinen, weil sie keine Möglichkeiten der Umsetzung sehen. Aber auch bei grundsätzlich festgestelltem Interventionsbedarf kann eine negative Einschätzung der Effekte und Nebeneffekte denkbarer Interventionen an dieser Stelle zu einer Entscheidung gegen ein Einschreiten führen.

Mit der Entscheidung zur Intervention durch die einzelne Pflegekraft ist nur der erste Schritt getan; der weitere Interventionsverlauf hängt neben den Rahmenbedingungen und individuellen Voraussetzungen aufseiten der am Pflegesetting Beteiligten schließlich auch von dem organisatorischen und institutionellen Kontext des entsprechenden Pflegedienstes ab. In den Einzelfallberichten wurde deutlich, dass das (Nicht-)Vorhandensein von Interventionsstrategien von Pflegediensten, das institutionelle Verfahren mit Fällen von Viktimisierungen sowie der grundsätzliche Umgang mit dem Thema „Gewalt in häuslichen Pflegesettings“ nicht nur für den weiteren Interventionsverlauf entscheidend sind. Denn bereits im Vorfeld von Interventionen hängt es entscheidend von der jeweiligen Organisationskultur ab, ob Pflegekräfte dazu befähigt werden, Viktimisierungen zu erkennen und im Hinblick auf Interventionsbedarf zu bewerten und ob sie dazu ermuntert werden, ihre Verdachtsmomente organisationsöffentlich zu machen.

Schon weit vor der vor allem in späteren Kapiteln behandelten Frage nach der *Wirksamkeit* von Interventionen ist also der Weg bis zu einer Intervention durch Pflegekräfte und Pflegedienste auf vielen Ebenen abbruchgefährdet. Die Vielzahl der berichteten Fälle sowohl von erfolgten als auch von unterbliebenen Interventionen unterstreicht die potenziell enorme Bedeutung ambulanter Pflegedienste sowohl bei der Prävention von Gewalt und Vernachlässigung als auch bei der Intervention in Fällen der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich.

Auf der Grundlage der Studie sollten daher folgende Aspekte im Hinblick auf die Schaffung förderlicher Voraussetzungen für eine Intervention durch ambulante Pflegekräfte in den Blick genommen werden:

- I Die Qualifikation von Pflegekräften sollte diese dazu befähigen, vernachlässigungs- oder misshandlungsbedingte Missstände zu erkennen und hinsichtlich des Interventionsbedarfs zu bewerten.
- I Pflegedienste sollten über detailliertes Wissen um Interventionsmöglichkeiten und -verfahren verfügen und dieses organisationsintern vermitteln. Dies schließt die Kenntnis von Institutionen/Organisationen, die als Ansprechpartner dienen können oder – in Bezug auf Strafverfolgungsbehörden bei schwerwiegenden Gewaltverbrechen – gar müssen, mit ein.
- I Auf Ebene der Gesamtorganisation sollten Pflegedienste grundsätzlich eine aktive Haltung im Hinblick auf zu ergreifende Maßnahmen bei Verdacht einer Gefährdung einnehmen. Dies umfasst die verbindliche Entwicklung, Vermittlung und Anwendung expliziter Interventionsstrategien im Umgang mit problematischen Pflegesituationen sowie die aktive Unterstützung der einzelnen Pflegekräfte im Umgang mit solchen Situationen durch die Leitung.³⁴³
- I Besondere Bedeutung kommt Fällen zu, in denen die tatsächlichen oder vermuteten Taten nicht von Familienangehörigen oder anderen „Organisationsfremden“, sondern Kolleginnen und Kollegen begangen werden. Wenn im Bereich der professionellen häuslichen Pflege in noch viel stärkerem Maße als in der stationären Altenhilfe eine umfassende und dauerhafte Kontrolle „von außen“ nicht zu leisten ist, bedeutet dies: Es müssen Anstrengungen unternommen werden, Prävention und Intervention „nach innen“ zu verlagern. Dies umfasst vielfältige Möglichkeiten, die Trainingsmaßnahmen ebenso einschließen wie Formen kollegialer Supervision oder auch z. B. Maßnahmen, welche zu verantwortlichem „whistleblowing“, d. h. zur Offenlegung organisationsinterner Missstände, ermutigen (zu *whistleblowing* vgl. u. a. Anderson, 1990; Greene & Latting, 2004; Johnstone, 2004; Nathaniel, 2006; Ray, 2006).³⁴⁴

I 5.4.6.4.2.2 Ärzte/Ärztinnen

Über die Rolle von Hausärzten/-ärztinnen in Bezug auf Prävention und Intervention in häuslichen Pflegesettings liegen zum einen Einzelfallberichte und summarische Einschätzungen von den als Experten/Expertinnen befragten Fachkräften vor, zum anderen finden sich auch in den Berichten derjenigen, die an den in die Interviewstichprobe einbezogenen Pflegesettings beteiligt sind, vereinzelt Hinweise auf diese Berufsgruppe.

Nach Einschätzung der befragten Experten/Expertinnen kommt Hausärzten/Hausärztinnen für die Prävention und Intervention in Fällen von Unterversorgung, Gewalt und Konflikten in häuslichen Pflegebeziehungen potenziell eine zentrale Rolle zu. Faktisch jedoch würden die damit verbundenen Möglichkeiten der Aufdeckung und Veränderung von problematischen Pflegesituationen nur in wenigen Fällen von Ärzten/Ärztinnen wahrgenommen.

³⁴³ In diesem Rahmen ist auch der standardisierte Einsatz eines Screening-Tools für Pflegekräfte als Instrument der Gefahrenabschätzung zu erwägen.

³⁴⁴ Greene & Latting (2004) sprechen von *whistleblowing* als einer speziellen Form anwaltschaftlichen Handelns; Ray (2006) propagiert für pflegerische Einrichtungen den Aufbau einer „ethischen Infrastruktur“ und einer „interdependent moral community“.

Das grundsätzlich gegebene Potenzial im Hinblick auf Prävention und Intervention wurde darin gesehen, dass fast alle Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen regelmäßigen Kontakt zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt haben und Angehörige dieser Berufsgruppe damit insbesondere für ansonsten weitgehend isolierte Menschen wichtige Kontaktpersonen sind. Ärzte/Ärztinnen verfügten nicht nur über fundierte Informationen zum gesundheitlichen Zustand ihrer Patientinnen und Patienten, sondern seien auch oftmals Ansprechpartner/-partnerinnen bei emotionalen Belastungen und psychischen Problemen. Auch in der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema wird darauf hingewiesen, dass zum einen der physische Kontakt die Chance der Entdeckung (körperlicher) Gewaltsymptome zu erhöhen vermag, zum anderen die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin die Offenbarung von Viktimisierungserfahrungen erleichtern kann (vgl. u. a. McGreevey, 2005; Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, 2003). Eine besondere Chance für das Ansprechen von Konflikten und problematischem Verhalten in Pflegebeziehungen liege auch darin, dass die meisten Menschen Ärzte/Ärztinnen als Respektspersonen ansehen, deren Rat ernst genommen werde.

Von einigen der befragten Experten/Expertinnen wird zudem die Ansicht vertreten, dass Ärzte/Ärztinnen im Hinblick auf Qualitätssicherung ambulanter Pflege, insbesondere im Bereich der Behandlungspflege, eine Schlüsselrolle einnehmen könnten und sollten. Auf der anderen Seite wird von Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen aus dem Bereich der Pflege vereinzelt auf die Problematik hingewiesen, dass Ärzte/Ärztinnen aus Sorge um eine Budgetüberdehnung häufig zu zögerlich für die Pflege erforderliche Hilfsmittel verschrieben, da sie nicht wüssten, dass diese gesondert abzurechnen seien. Hinzu komme, dass Ärzte/Ärztinnen teilweise aus „professionellem Stolz“ heraus Vorschläge ambulanter Pflegekräfte in Bezug auf die Anschaffung von Hilfsmitteln ablehnten und damit selbst zu einer mangelhaften pflegerischen Versorgung beitragen.

Einhellig äußerten die befragten Experten/Expertinnen die Ansicht bzw. Erfahrung, dass Ärzte/Ärztinnen ihrer potenziell zentralen Rolle bei der Prävention und Intervention in Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung nur selten gerecht werden.³⁴⁵

So würden sie oftmals selbst dann nicht tätig bzw. leiteten Informationen über problematische Fälle nicht an entsprechende Stellen (Krankenkasse, Vormundschaftsgerichte, aber auch Kriseninterventionsstellen) weiter, wenn sie von Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen oder auch von ambulanten Pflegekräften über Missstände und Probleme direkt informiert würden.³⁴⁶ Auch nähmen sie ihre Vermittlerrolle zu vorhandenen Beratungsangeboten kaum wahr. Für dieses weit hinter den tatsächlichen Möglichkeiten zurückbleibende Verhalten von Ärzten/Ärztinnen werden vor allem Wissensdefizite, ökonomische und persönliche Gründe angeführt:

³⁴⁵ Basierend auf einer 1989–1993 in Michigan/USA durchgeführten Studie (Rosenblatt, Cho & Durance, 1996) schätzt Kennedy (2005), dass lediglich 2% der bekannt werdenden *Elder-Abuse*-Fälle durch Ärztinnen und Ärzte aufgedeckt bzw. mitgeteilt werden.

³⁴⁶ Auch eine in den USA durchgeführte Befragung bei Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen von Adult Protective Services (APS) hinsichtlich der Bedeutung verschiedener Berufsgruppen bei der Aufdeckung von *Elder-Abuse*-Fällen ergab, dass der Beitrag von Ärzten/Ärztinnen im Unterschied etwa zu dem von Pflegekräften und Sozialarbeitern/-arbeiterinnen gering eingeschätzt wird. Im Hinblick auf das Entdecken von Vernachlässigung fielen die Ratings bezüglich der ärztlichen Professionen zwar positiver aus, blieben aber ebenso hinter dem aufgrund der beruflichen Kompetenz sowie der Nähe und Vertrautheit des Arzt-Patient-Verhältnisses zu erwartenden Beitrag zurück (Blakely & Dolon, 2001).

- | *Insgesamt unzureichende Wahrnehmung professioneller Verantwortlichkeit für das Problemfeld:* Auch wenn Ärzte/Ärztinnen Kenntnis von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen nähmen bzw. starke Verdachtsmomente hätten, fühlten sie sich häufig nicht zuständig bzw. seien nicht bereit zu intervenieren.
- | *Unzutreffende Demenzdiagnosen:* Ärzte/Ärztinnen führten kognitive Einschränkungen teilweise zu schnell auf das Vorliegen einer Demenz zurück. Oft jedoch sei Flüssigkeitsmangel die Ursache für die entsprechenden Symptome. Eine diesen zugrunde liegende Unterversorgung werde demnach in vielen Fällen nicht von Ärzten/Ärztinnen erkannt.
- | *Wissensdefizite im Hinblick auf Präventions- und Interventionsmöglichkeiten:* Ärzte/Ärztinnen intervenierten häufig deshalb nicht, weil ihnen das Wissen um mögliche und erforderliche Interventionsschritte, entsprechende Ansprechpartner/-partnerinnen bzw. Institutionen fehle. Die Befragten sehen deshalb sowohl in Bezug auf Präventions- und Interventionsmöglichkeiten als auch in Bezug auf die Vermittlerrolle von Ärzten/Ärztinnen Informations- und Aufklärungsbedarf.³⁴⁷
- | *Ökonomische Motive:* Die im Zusammenhang mit der Intervention und Prävention von problematischen Pflegebeziehungen erforderlichen ärztlichen Leistungen – insbesondere Hausbesuche – seien beratungs- und zeitintensiv und im Rahmen des Punktesystems nur schwer abrechenbar. Ohne eine entsprechende Refinanzierung seien viele Ärztinnen und Ärzte nicht zu Hausbesuchen bereit, würden Verdachtsmomente nicht verfolgen bzw. reagierten nicht auf Kenntnisnahme von Gewalt und Vernachlässigung.

In der wissenschaftlichen Literatur wird zudem darauf hingewiesen, dass besonders ältere Opfer von Gewalt in Partnerschaften von Ärzten/Ärztinnen nicht als Opfer diagnostiziert und behandelt werden; zu den Barrieren gehörten neben fehlendem Problem- und Interventionswissen vor allem die von Ärzten/Ärztinnen wahrgenommene mangelnde Bereitschaft älterer Opfer, Hilfe zu suchen (vgl. Zink, Regan, Goldenhar, Pabst & Rinto, 2004).

Die summarischen Einschätzungen der als Experten/Expertinnen befragten Fachkräfte zum Präventions- und Interventionsverhalten von Ärzten/Ärztinnen werden durch Einzelfallberichte derjenigen, die an den einbezogenen Pflegesettings beteiligt sind, sowie durch entsprechende Fallschilderungen der Experten/Expertinnen illustriert und in der Tendenz bekräftigt. Hinsichtlich der Hintergründe und Motive dieses Verhaltens finden sich in den Fallbeispielen allerdings nur wenige Hinweise.

Zunächst ist auffällig, dass Ärzte/Ärztinnen im Zusammenhang mit erfolgter oder nicht erfolgter Intervention in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen insgesamt in nur acht Fällen erwähnt werden; in zwei weiteren Fällen wird das ärztliche Handeln als das problematische Verhalten pflegender Angehöriger unterstützend beschrieben.

Aussagen über das Verhalten von Ärzten/Ärztinnen in Bezug auf Vernachlässigung und Gewalt in Pflegebeziehungen finden sich in vier Einzelfallberichten der befragten Experten/Expertinnen, in drei Darstellungen von nicht in die Studie einbezogenen Pflegeset-

³⁴⁷ Einer Studie von Taylor, Bachuwa, Evans & Jackson-Johnson (2006) zufolge sind Berichtshindernisse bei Ärzten/Ärztinnen in Bezug auf *elder abuse* vor allem mangelndes Wissen über Meldewege sowie fehlende Kompetenzen in der Diagnose von *Elder-Abuse*-Anzeichen.

tings der befragten ambulanten Pflegekräfte sowie schließlich in drei Einzelfallberichten von pflegenden Angehörigen aus den in die Studie einbezogenen Pflegesettings.

In der Hälfte dieser Einzelfallberichte wurden Ärzte/Ärztinnen nur indirekt erwähnt. In diesen Fällen beschränkte sich ihre berichtete Rolle darauf, dass sie über Fälle von Viktimisierung in Pflegehaushalten durch ambulante Pflegedienste oder andere Akteure informiert wurden. Über einen aktiven Umgang der entsprechenden Ärzte/Ärztinnen mit diesen Informationen wurde nicht berichtet; es ist daher – ohne weitere verfügbare Informationen – für diese Fallgruppe zu vermuten, dass die Informationsweitergabe an die erwähnten Ärzte/Ärztinnen keinen direkten Einfluss auf den weiteren Fallverlauf hatte.

Beispielhaft für eine lediglich indirekte Nennung von Hausärzten/-ärztinnen sei der folgende Fall angeführt.

Ex_08: Eine als Expertin befragte 33-jährige Pflegedienstleiterin eines privaten ambulanten Pflegedienstes beschreibt einen Fall, in dem der dringende Verdacht auf Unterversorgung und Misshandlung einer Pflegebedürftigen durch ihren für die Pflege verantwortlichen Sohn bestanden habe. Nach erfolgloser Ansprache und Zurückweisung durch den Sohn habe der ambulante Dienst „dann versucht, über die Ärztin da was zu erreichen“. Von einer Intervention durch die Ärztin wurde nicht berichtet. Der Pflegedienst selbst habe von einer weiteren Intervention abgesehen. Die Pflegebedürftige sei schließlich an einer verschleppten Lungenentzündung gestorben, die nach Ansicht der Befragten jedoch nichts mit der pflegerischen Situation zu tun gehabt habe.³⁴⁸

Auch für drei weitere berichtete Fälle wurde ebenfalls lediglich erwähnt, dass Ärzte/Ärztinnen über pflegerische Vernachlässigung, körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch von Pflegebedürftigen informiert worden seien. Die in diesen Fällen erfolgten Interventionen wurden den Berichten zufolge durch andere ebenfalls in den Fall einbezogene Institutionen initiiert.

In drei Fällen wurde das Verhalten von Ärzten/Ärztinnen als Akteure/Akteurinnen erfolgreicher oder auch nicht erfolgreicher Interventionen bzw. Maßnahmen der Prävention direkt beschrieben.³⁴⁹ In einem dieser Fälle, in dem es um den Verdacht auf körperliche Misshandlung ging, habe vonseiten des einbezogenen Arztes nach einer Untersuchung der Patientin keine Intervention stattgefunden.

I_64_AP: Eine 44-jährige als Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes tätige Pflegefachkraft berichtet über einen Einzelfall außerhalb der in die Studie einbezogenen Pflegesettings. Eine demenziell erkrankte Pflegebedürftige, die von ihrem Sohn gepflegt worden sei, habe an den Oberarmen viele Hämatome aufgewiesen, die sie sich als zuständige Pflegekraft nicht habe erklären können; der Pflegebedürftigen sei es ansonsten gut gegangen. Wegen ihrer eigenen Unsicherheit habe sie dann dem Hausarzt über die Hämatome berichtet. Dieser „hat sich das auch angeguckt, aber gebrochen war nichts.“ Weder der Arzt noch sie selbst hätten daraufhin weitere Schritte unternommen. Die Frage nach der Herkunft der Hämatome sei nie aufgeklärt worden, habe sie persönlich jedoch weiter beschäftigt.

³⁴⁸ Vgl. Falldarstellungen in den Kapiteln 5.4.6.4.2.1 und 5.4.6.3.4.3.1.

³⁴⁹ Mit „Akteure/Akteurinnen nicht erfolgreicher Intervention“ ist gemeint, dass zwar ein aktives Umgehen von Ärzten/Ärztinnen mit Informationen über (mögliche) Gewaltvorkommnisse berichtet wird, dies jedoch nicht in eine Intervention mündet.

In diesem Fall fällt auf, dass der hinzugezogene Arzt die Möglichkeit von Misshandlung als Ursache der Hämatome offenbar überhaupt nicht in Erwägung zog, sondern lediglich einen möglichen Knochenbruch prüfte. Von einer Ansprache des Sohnes durch die Pflegedienstleiterin oder den Arzt wurde nicht berichtet.

In zwei weiteren Einzelfallberichten wurde hingegen von einer erfolgten Intervention durch einen Arzt bzw. von einer präventiven Wirkung ärztlicher Aufklärung berichtet. So berichtet eine befragte ambulante Pflegekraft über einen Fall pflegerischer Vernachlässigung, in dem unter Beteiligung des Hausarztes der Einsatz eines ambulanten Dienstes zur Auflage gemacht worden sei, ohne dass hierdurch eine grundlegende Wende zum Positiven erreicht worden zu sein scheint.

I_29_AP: Die befragte 45-jährige Altenpflegerin eines ambulanten kirchlichen Dienstes berichtet von einem Fall pflegerischer Vernachlässigung und weitgehender Verwahrlosung des entsprechenden Pflegehaushalts. Der Mann sei von seinem Hausarzt aufgrund von Verwahrlosung ins Krankenhaus eingeliefert worden. Nach der Entlassung sei der Einsatz des ambulanten Pflegedienstes zur Auflage bei der Aufrechterhaltung des häuslichen Pflegearrangements gemacht worden. Die häuslichen Verhältnisse hätten sich nach dem Krankenhausaufenthalt dennoch nicht grundlegend geändert. Der Pflegebedürftige sei weder von seiner Frau noch von seinem Sohn richtig versorgt worden und habe auf einem Strohsack schlafen müssen, er habe zudem aufgrund mangelnder Hygiene an einer Pilzerkrankung der Haut gelitten. Zudem habe sich das Ehepaar häufig angeschrien. Die Arbeit des Pflegedienstes habe darunter gelitten, dass es lange gedauert habe, bis die erforderlichen Pflegehilfsmittel besorgt werden konnten; zudem habe sich der Mann nicht jeden Tag waschen lassen wollen.³⁵⁰

Hier hat den Aussagen der Interviewpartnerin zufolge zwar eine Intervention vonseiten des Hausarztes stattgefunden, die jedoch ihren Beschreibungen nach nicht zu einer zufriedenstellenden Veränderung geführt hat.

Ein Fallbericht über die präventive wissensvermittelnde Rolle von Ärztinnen und Ärzten liegt vonseiten einer pflegenden Angehörigen eines in die Studie einbezogenen Pflege-settings vor. Sie berichtet über die wichtige Rolle, die Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Aufklärung über und den Umgang mit Aggressionen seitens ihres pflegebedürftigen Ehemannes für sie hatten.

I_23: Die befragte 52-jährige Ehefrau pflegt zum Interviewzeitpunkt seit sechs Jahren ihren an Parkinson und Demenz erkrankten 58-jährigen Ehemann (Pflegestufe 3). Der Ehemann werde teilweise aggressiv, halte ihre Hand fest oder schubse sie, außerdem leide er unter Halluzinationen. Sie habe mittlerweile gelernt damit umzugehen, insbesondere seitdem Ärzte ihr erklärt hätten, dass sein Verhalten auf seine Krankheit zurückzuführen sei und nichts mit ihr persönlich zu tun habe. „Und das sind dann so Sachen, wenn er aggressiv wird, dann sieht er eigentlich nicht mich, haben mir also die Ärzte gesagt.“ Ihr sei mittlerweile klar geworden, dass sie seine Aggressionen keinesfalls mit Aggressionen beantworten dürfe, sondern eher ruhiger werden müsse.³⁵¹

³⁵⁰ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³⁵¹ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.3.

In diesem Fall hat nach Aussagen der betroffenen familialen Pflegeperson die Vermittlung von Wissen über das Krankheitsbild Demenz bzw. Parkinson durch Ärzte einen präventiven Beitrag dazu geleistet, das aggressive Verhalten des Ehemannes als krankheitsbedingt zu verstehen und damit in einer nicht aggressiven Weise umzugehen.

In Bezug auf die möglicherweise präventive Wirkung ärztlicher Aufklärungsarbeit finden sich im Rahmen der einbezogenen Pflegesettings zudem vereinzelt Berichte familialer Pflegepersonen darüber, dass sie von den die pflegebedürftige Person behandelnden Ärzten/Ärztinnen im Vorfeld der Pflege auf die damit verbundenen Schwierigkeiten – vor allem in Verbindung mit dem erwartbaren Krankheitsverlauf der Patientin oder des Patienten – aufmerksam gemacht worden sind.

In zwei Einzelfallberichten kam Ärzten/Ärztinnen den Schilderungen der Interviewten zufolge statt einer intervenierenden Rolle sogar eine unterstützende Rolle für das aus Sicht der Interviewerinnen und Interviewer problematische Verhalten pflegender Angehöriger zu. Der erste Fall wurde von einer Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle (Sozialarbeiterin, 56 J.) berichtet und bereits im vorhergehenden Kapitel zu ambulanten Pflegekräften aufgeführt.

Ex_01: Die befragte Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle berichtet einen Fall, in dem ein pflegender Sohn sich mithilfe eines von einem befreundeten Arzt erstellten Gutachtens eine Genehmigung für die Fixierung seiner pflegebedürftigen, aber nicht demenziell erkrankten Mutter vom Vormundschaftsrichter habe erteilen lassen, damit sie nachts nicht herumlaufe. Die Genehmigung sei nach Intervention der Kriseninterventionsstelle beim Vormundschaftsgericht schließlich wieder entzogen worden.³⁵²

Die Einzelfalldarstellung deutet darauf hin, dass hier vonseiten des Arztes ein sogenanntes Gefälligkeitsgutachten formuliert worden ist, welches eher an den empfundenen gesellschaftlichen Verbindlichkeiten als am Wohl der Patientin ausgerichtet gewesen ist. Vonseiten des zuständigen Vormundschaftsgerichts scheint hingegen keine eingehende sachliche Prüfung der Fixierungsnotwendigkeit erfolgt zu sein. Dies zeigt, dass die herausgehobene Stellung von Ärzten/Ärztinnen in äußerst problematischer Weise mit einem Glaubwürdigkeits- und Vertrauensvorschluss verknüpft sein kann.

In einem zweiten Fall berichtet eine pflegende Angehörige, dass ihr Arzt emotional eine wichtige Stütze für sie sei und sie in ihrem teilweise verbal aggressiven Verhalten gegen ihre pflegebedürftige Mutter bestärke.

I_79: Die befragte familiale Pflegeperson ist 70 Jahre alt und pflegt ihre 92-jährige, zunehmend demente Mutter ohne Hilfe eines Pflegedienstes. Häufiger erwähnt die pflegende Tochter, dass der Arzt eine wichtige Stabilisierungsfunktion für sie habe. Er nehme sich bei Hausbesuchen viel Zeit und bespreche mit ihr die Pflegesituation und die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten. Diese Gespräche bauten sie immer wieder auf. Nach eigenen Aussagen wird die pflegende Tochter häufiger verbal-aggressiv, wenn sie sich über ihre Mutter z. B. bei Compliance-Problemen ärgere. Dies habe sie jedoch mit dem Hausarzt besprochen, der sie in ihrem Verhalten bestärkt habe: „Dann gröl’ ich meine Mutter auch mal an, wenn’s sein muss. Auch das berede ich mit dem Hausarzt, und der sagt zu mir: ‚Das schadet gar nichts. Das tut Ihnen gut, und der Omma schadet das nicht mehr.‘ Denn früher war die

³⁵² Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

*auch nicht ganz von schlechten Eltern und er weiß das ja auch und so: ‚Das macht nichts. Das ist dann mal nötig, da brauchen Sie kein schlechtes Gewissen haben.‘ Das berede ich alles mit dem.*³⁵³

Hier kommt dem Hausarzt im Hinblick auf Intervention und Prävention eine äußerst ambivalente Rolle zu. Nach Aussagen der Tochter hat er eine wichtige Entlastungsfunktion; seine – aus professioneller Expertenperspektive vorgetragene – Argumente dürften geeignet sein, sie von etwaigen Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen zu befreien. Zugleich bestärkt er sie – zumindest nach Aussagen der Interviewpartnerin – direkt in ihrem verbal aggressiven Verhalten, indem er es einerseits als emotional entlastend legitimiert und andererseits negative Wirkungen und Empfindungen auf die Pflegebedürftige mit dem Verweis auf ihre Demenz negiert. Die naive Katharsishypothese, die der Argumentation des Arztes offenbar zugrunde liegt (zu derartigen Konzepten vgl. Zumkley, 1978), erscheint insbesondere im Lichte neuerer Studien (vgl. u. a. Bushman, 2002; Bushman, Baumeister & Stack, 1999; Verona & Sullivan, 2008) kaum haltbar. Die Vermittlung fachlich und ethisch nicht haltbarer Vorurteile über das Krankheitsbild Demenz sowie die Bestätigung aggressiven Verhaltens als alternativlose Umgangsweise mit Aggressionen und Compliance-Problemen müssen gerade angesichts der herausgehobenen Position des Arztes als in hohem Maße problematisch bezeichnet werden.

Fazit

In Bezug auf die vorliegenden Einzelfallberichte und mit Blick auf die Aussagen der interviewten Expertinnen und Experten kann folgendes Fazit zur Rolle von Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf Prävention und Intervention festgehalten werden:

- Ärztinnen/Ärzte haben potenziell eine wichtige Rolle für die Intervention und Prävention in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen, da sie Einblick in die gesundheitliche und emotionale Gesamtsituation von Pflegebedürftigen und Angehörigen haben und für viele Menschen wichtige und vertrauenswürdige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind.
- Vor dem Hintergrund der insgesamt vorliegenden Berichte über Gewalt, Konflikte und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege deuten die vorliegenden Einzelfallberichte über ärztliches Verhalten im Zusammenhang mit problematischen Pflegebeziehungen darauf hin, dass Ärzte die Rolle desjenigen, der in der Lage ist, Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung in Pflegebeziehungen frühzeitig wahrzunehmen und rasch und professionell darauf zu reagieren, kaum wahrnehmen. Unter Berücksichtigung der Gesamtheit von insgesamt 193 vorliegenden Einzelfalldarstellungen, in denen über Viktimisierungen von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen berichtet wird (36 Einzelfallberichte durch Expertinnen und Experten, 64 Pflegesettings sowie 93 fallübergreifende Darstellungen der befragten ambulanten Pflegekräfte) zeigt allein die geringe Zahl von zehn einschlägigen Fallberichten – in denen zudem Ärzte/Ärztinnen im Hinblick auf problematisches Verhalten in Pflegesettings in vier Fällen nur indirekt und in nur zwei Fällen als Akteure/Akteurinnen einer Intervention bzw. Prävention erwähnt werden – dass hier ein großes Potenzial ungenutzt bleibt.³⁵⁴

³⁵³ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.2.1.

³⁵⁴ Bei dieser Zusammenstellung ist in Rechnung zu stellen, dass in manchen Interviews möglicherweise relevantes Verhalten von Ärztinnen und Ärzten aufgrund des Interviewverlaufs nicht berichtet wurde und es Viktimisierungsformen (z. B. Diebstahl) gibt, bei denen eine intervenierende Rolle von Ärzten/Ärztinnen nicht nahe liegt. Auch unter diesen Einschränkungen muss aber die faktische Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei der Bewältigung von Elder-Abuse-Fällen als in ihrer Intensität und Qualität steigerbar betrachtet werden.

- I Das berichtete aktive Verhalten von Ärzten/Ärztinnen ist zudem teilweise selbst ambivalent bzw. sogar als problemverursachend oder verstärkend zu beurteilen.
- I Die Befunde deuten darauf hin, dass aufseiten von Ärzten/Ärztinnen Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen erforderlich sind, um das Potenzial ärztlicher Tätigkeit im Hinblick auf Prävention und Intervention stärker zu nutzen. Kompetenzen sollten insbesondere im Hinblick auf Wissen über Hintergründe und Äußerungsformen von Vernachlässigung und Misshandlung älterer Menschen, die Anwendung von Diagnoseinstrumenten³⁵⁵ sowie Interventionsmöglichkeiten vermittelt werden (vgl. Zink, Regan, Goldenhar, Pabst & Rinto, 2004; Taylor, Bachuwa, Evans & Jackson-Johnson, 2006).

I 5.4.6.4.2.3 Pflegekassen/MDK und kommunale Leistungsträger

Viele der befragten ambulanten Pflegekräfte sowie ein Teil der Expertinnen und Experten gingen auf Pflegekassen als Leistungsträger häuslicher Pflege allgemein und ihre besondere Rolle für Prävention und Intervention in Fällen von Unterversorgung und Misshandlung ein. Beide Gruppen gaben vor allem summarische Einschätzungen ab. Konkrete Fallberichte zur Rolle von Pflegekassen als Akteure im Bereich Intervention und Prävention finden sich in Interviews mit im Bereich der Pflegebegutachtung tätigen Experten/Expertinnen. Die befragten ambulanten Pflegekräfte erwähnten die Pflegekassen zwar ebenfalls als anzusprechende Institution in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung Pflegebedürftiger, lediglich eine der Befragten berichtete allerdings über einen konkreten Fall, in welchem auf diesem Wege interveniert wurde (vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.1, I_14_AP).

Die potenzielle Schlüsselrolle der Pflegekassen im Bereich der Prävention und Intervention wird zum einen daraus abgeleitet, dass die Kassen mit sämtlichen Angehörigen, die häusliche Pflege erbringen und Leistungen aus der Pflegeversicherung bzw. von einem kommunalen Leistungsträger beziehen, mindestens zu Beginn der Pflegeübernahme sowie darauf folgend mindestens halbjährlich durch Hausbesuche und über Briefverkehr in Kontakt treten und damit Zugang zu den Pflegehaushalten haben. Zum anderen verfügen sie als finanzielle Leistungsträger über die entsprechenden Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten.

Die Befragten sprachen vier Bereiche an, die im Hinblick auf den Beitrag der Pflegekassen zur Prävention pflegerischer Vernachlässigung und zur Intervention in einschlägigen Fällen relevant sind. Es handelt sich dabei um die Leistungsträgerschaft der Kassen, ihre Rolle als Informations- und Wissensvermittler in Bezug auf häusliche Pflege, die Wahrnehmung ihrer Kontrollfunktion durch Pflegebedarfseinstufung, Pflegebegutachtung und Beratung durch den MDK sowie ihre Rolle als Ansprechpartner für Dritte in Fällen, in denen z. B. durch ambulante Pflegekräfte Informationen über Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger an die Pflegekassen herangetragen werden.

Leistungsträgerschaft/finanzielle Rahmenbedingungen von Pflege

Viele ambulante Pflegekräfte sowie die im Bereich der häuslichen Pflege tätigen Experten/Expertinnen führten Geld- und Sachleistungen der Pflegekassen als relevante Faktoren für die Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen sowie für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen in problematischen Pflegesituationen an. Ein

³⁵⁵ Beispielhaft sei ein von Mark Yaffe u. a. (McGill University, Kanada) entwickeltes kurzes Screening-Instrument für Ärztinnen und Ärzte, der *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) mit insgesamt sechs Items, genannt (vgl. Yaffe, Weiss, Wolfson & Lithwick, 2007).

Großteil der Befragten bewertete die Leistungen für häusliche Pflege als insgesamt zu niedrig. So gebe es zwar viele Hilfsangebote (Tagespflege, Besuchsdienste, Kurzzeitpflege), die in Anspruch genommen werden könnten, um die Pflege zu verbessern oder häusliche Pflegebeziehungen zu entlasten; diese seien jedoch teilweise mit hohen Kosten verbunden. Insbesondere die Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs demenziell Erkrankter sei unzureichend (vgl. hierzu u. a. Dzulko, 2005; Klie, Pfundstein, Eitenbichler, Szymczak & Strauch, 2005). Ausgehend von dieser Kritik wurde teilweise eine Anhebung der Pflegesätze gefordert. Eine Pflegedienstleiterin betonte hingegen, dass die Zeitvorgaben des SGB XI für die einzelnen Leistungskomplexe im Bereich der ambulanten Pflege vor allem im Vergleich zur stationären Pflege ausreichend seien.

Ungeachtet der Frage nach den als insgesamt zu gering eingeschätzten finanziellen Ressourcen für häusliche Pflege kritisierten einige Befragte zudem die geringe Bereitschaft einiger Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger, vorhandene finanzielle Mittel für eine gute Pflege einzusetzen.

Als weiterer Problemkomplex wurde das unterschiedliche Bewilligungsverhalten der Kranken- bzw. Pflegekassen in Bezug auf Art und Umfang der finanzierten Hilfsmittel und Dienstleistungen angesprochen.

Als Ursachen möglicher Mangelversorgung wurde zudem Inflexibilität von Leistungen der Pflegeversicherung bei der Vergütung einzelner Leistungskomplexe und der Abstufung des Pflegebedarfs benannt. Vier Pflegestufen seien nicht ausreichend; die grobe Einteilung habe zur Folge, dass Personen mit sehr unterschiedlichem Pflegeaufwand in einer Kategorie mit identischen Leistungen zusammengefasst würden. Der Zeitbedarf sei hingegen in starkem Maße von der Person, der Art und dem Grad ihrer gesundheitlichen Einschränkungen abhängig: „Ankleiden ist nicht gleich Ankleiden“ – so ein Interviewpartner.

Ein weiteres Grundproblem besteht nach Ansicht eines im Bereich der Pflegebegutachtung nebenberuflich tätigen Experten (55 J.) darin, dass erst ein Pflegebedarf ab 45 Minuten als solcher anerkannt werde. Wenn die einzige funktionale Einschränkung eines älteren Menschen darin bestehe, dass er sich nicht mehr alleine die Schuhe und den Mantel anziehen könne, dann bedeute dies keinen für einen Leistungsbezug hinreichenden Pflegebedarf, und die ausbleibende Hilfe könne zu Bewegungsmangel und Vereinsamung führen. Derartige Mängel bezeichnete der Gesprächspartner als „gesetzlich organisierte Gewalt“:

Ex_07: „Das ist ja auch an diesem ganzen SGB-XI-System, dass man eben erst ab 45 Minuten nachgewiesenem Pflegebedarf überhaupt erst was kriegt. Das halte ich für fatal, ja. Das ist – Begrifflichkeit Gewalt – das ist eigentlich 'ne gesetzlich organisierte Gewalt gegen viele Menschen. Weil es gibt viele Leute, die sind nicht mehr in der Lage, sich die Schuhe anzuziehen.“

Neben einer Leistungserweiterung im Bereich des SGB XI wurde von den befragten Expertinnen und Experten eine Flexibilisierung der vorhandenen Instrumentarien eingefordert, um dem Einzelfall besser gerecht werden zu können und so Mangelversorgung zu verhindern. So benannte ein Gesprächspartner die Trennung in SGB-V-Leistun-

gen (nur Pflegefachkräfte) und SGB-XI-Leistungen (auch Pflegehilfskräfte) als zu starr. Bestimmte der Behandlungspflege zugerechnete Leistungen (etwa: Anlegen von Stützstrümpfen) sollten z. B. auch von Pflegehilfskräften erledigt werden können.

Informations- und Wissensvermittlung

Von verschiedenen Experten/Expertinnen wurden die Möglichkeiten der Leistungsträger zur flächendeckenden Informationsweitergabe und Wissensvermittlung im Hinblick auf Pflegebelastung, Konflikte, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten als großes Potenzial hervorgehoben (vgl. zu Informations- und Beratungsangeboten der Kassen z. B. Braun & Göbel, 2003). So sollten Pflegenden bereits mit Bewilligung von Leistungen aus der Pflegeversicherung auf mögliche Belastungen und Konflikte hingewiesen und über geeignete regionale Anlaufstellen informiert werden. Die Pflegekassen trügen die Verantwortung dafür, die vorhandenen Angebote bekannt und nutzbar zu machen. Hier wurde vor allem auf die bestehende Briefkommunikation als Möglichkeit zur Beilage entsprechender Informationsmaterialien hingewiesen. Eine Expertin aus dem Bereich der Krisenintervention erwähnte, dass die Pflegekassen im Bereich des Einzugsgebiets ihrer Kriseninterventions- und Beratungsstelle bereits mit den Pflegebescheiden Informationen über verfügbare Hilfsangebote gemeinnütziger Organisationen versenden würden.

Im Hinblick auf Prävention ist nach Expertenmeinung auch eine Ausweitung des Angebots im Bereich der Pflegeschulungen für pflegende Angehörige sinnvoll; von einem Interviewpartner wurde sogar vorgeschlagen, diese bei Leistungsbezug verpflichtend zu machen. Damit Pflegekurse im Hinblick auf Konflikt- und Gewaltdynamiken Wirkung erzielen könnten, müssten sie sich nicht nur auf Pflegetechniken konzentrieren, sondern auch psychosoziale Aspekte einbeziehen.³⁵⁶

Pflegebegutachtung zwischen Kontrolle und Beratung

Von den meisten befragten Experten/Expertinnen werden die von den Pflegekassen eingesetzte Pflegebedarfseinstufung durch den MDK zu Beginn der Pflegeübernahme sowie die halbjährliche bzw. ab Pflegestufe 3 vierteljährliche Pflegebegutachtung nach SGB XI § 37 Abs. 3 als prinzipiell sinnvolle Instrumente sowohl der Krisenprävention als auch der Aufdeckung und Intervention in Fällen pflegerischer Vernachlässigung und Misshandlung erwähnt.

Nach Ansicht eines Gutachters im Bereich der Pflegebedarfseinstufung zu Beginn der Pflegeübernahme sei ein detailliertes Bild der Gesamtsituation erforderlich, um beurteilen zu können, ob Pflege und Versorgung gewährleistet sind und um Betroffene auf möglichen Hilfebedarf ansprechen und evtl. entsprechende Unterstützungsangebote vermitteln zu können. Viele Gutachterinnen und Gutachter nähmen sich hierfür zu wenig Zeit, es gebe insgesamt starke Qualitätsunterschiede in den Begutachtungen des Pflegebedarfs. Als weiterer Grund für mangelhafte Einstufungsbegutachtungen wurde angeführt, dass die eingesetzten Gutachter/Gutachterinnen im Hinblick auf pflegerische Fragen oftmals – z. B. als Ärzte/Ärztinnen – nicht hinreichend qualifiziert seien.

³⁵⁶ Zur Evaluation von Pflegekursen vgl. Dörpinghaus (2006).

Auch das Instrument der dann folgenden halb- oder vierteljährlichen Pflegebegutachtung könnte und sollte nach Ansicht der Experten/Expertinnen nicht auf die Kontrolle der Sicherstellung von Pflege reduziert werden, sondern in viel stärkerem Maße im Sinne einer individuellen Pflegeberatung und Informationsweitergabe ausgebaut werden. Eine im Bereich der kommunalen Pflegebegutachtung tätige Expertin (47 Jahre, gerontopsychiatrische Fachausbildung, Krankenschwester) beschrieb ihr Verständnis dieser Aufgabe folgendermaßen:

GD_04c: „Und muss dann eben gucken, ja, was kann man machen? Tagespflege oder wirklich auch 'nen Pflegedienst einsetzen, warum nicht, also es ist zwar, wie mein Kollege sagte, wir sind Kontrolle, klar. Aber ich sehe das auch immer noch so als unsere Aufgabe an zu gucken, wie kann man es für den zu Pflegenden und die Pflegenden so erträglich wie möglich und so passend wie möglich machen. Bevor eben was eskaliert, wie wir es ja in der Pflege selber auch erlebt haben, dass da wirklich jemand handgreiflich wurde.“

Nach Ansicht der Befragten werde sowohl das beraterisch-präventive als auch das Interventionspotenzial von Hausbesuchen zu wenig genutzt, da Begutachtungen hierfür in der Regel nicht gründlich genug erfolgen würden und oftmals nicht einmal „die Bettdecke angehoben“ werde. Erforderlich sei eine qualifizierte Pflegeberatung, die nicht nur die erforderlichen Pflegeleistungen, sondern auch den Umgang mit schwierigen Situationen umfasse. Qualifiziertes und beraterisch geschultes Pflegepersonal sei für eine solche erweiterte Pflegeberatung unabdingbar. Vorgeschlagen wurde die verbindliche Teilnahme an entsprechenden gezielten Fortbildungsangeboten für Pflegefachberater/-beraterinnen. Einer intensiveren Nutzung der Instrumente Eingangs- und Pflegefachberatung stehe bislang neben qualifikatorischen Aspekten entgegen, dass entsprechende Einsätze kaum vergütet seien.

Als besondere Problematik wurde der Bereich kommunaler Leistungsträgerschaft in Fällen, in denen keine SGB-XI-Leistungen bezogen würden, angeführt; hierüber berichteten Expertinnen, die als kommunale Pflegegutachterinnen tätig sind. Es gebe einen relevanten Anteil von Personen, die nicht über die Pflegeversicherung abgesichert seien, bei denen entsprechend die Sozialbehörde für die Pflege aufkomme. Dies seien zu einem großen Teil ältere Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, d. h. Personen, die die Mindestbeitragszeiten in der Pflegeversicherung nicht erfüllt haben, zum anderen ein wachsender Anteil von Personen, die über die Sozialbehörde versichert seien. Da es in diesem Bereich bislang kein Pendant zum MDK im Rahmen des SGB XI gebe, würden hier eine Aufsichtsinstanz und damit verbindliche Kontrollverfahren fehlen. Als besondere Schwierigkeit erweise sich in diesem Feld das Geschäftsgebaren einiger ambulanter Pflegedienste, die die Kontrolldefizite ausnutzten und teilweise mit unlauteren Methoden Verträge mit Pflegebedürftigen abschlossen.³⁵⁷

Pflegebegutachtungen und Bedarfseinstufungen wurden von den Experten/Expertinnen zum einen als Möglichkeit der Informationsvermittlung und Beratung im Hinblick auf Prävention erwähnt, zum anderen als Kontrollinstrumente, welche die Möglichkeit böten, Kenntnis von Gewalt- und Vernachlässigungsfällen zu erlangen, um entsprechend intervenieren zu können.

³⁵⁷ Vgl. die Darstellung solcher Vorfälle in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

Es liegen insgesamt sieben Einzelfallberichte von Pflegegutachtern/-gutachterinnen vor, die selber im Rahmen von Hausbesuchen Viktimisierungen und Vernachlässigungen aufgedeckt und u. a. an die zuständigen Leistungsträger rückgemeldet haben. Dabei handelt es sich in fünf Fällen um pflegerische Vernachlässigung, in einem Fall in Verbindung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, in einem anderen Fall in Verbindung mit dem dringenden Verdacht auf körperliche Misshandlung. Zwei Einzelfalldarstellungen beinhalten Berichte über finanzielle Ausbeutung bzw. Erpressung durch einen ambulanten Pflegedienst sowie über körperliche Gewalt durch einen pflegenden Ehemann. Ein Fall einer im Rahmen einer Pflegebegutachtung aufgedeckten körperlichen Misshandlungssituation und nachfolgender Information der Pflegekasse wurde von einer ambulanten Pflegekraft in Bezug auf ein nicht in die Studie einbezogenes familiales Pflegearrangement berichtet.³⁵⁸

In den meisten der berichteten Fälle wurde nicht deutlich, ob und welche Intervention vonseiten des Leistungsträgers nach Information durch die Gutachterinnen und Gutachter erfolgte. Soweit Informationen zu Interventionen seitens des Leistungsträgers vorliegen, wurden – teilweise mithilfe weiterer fallbeteiligter Institutionen – Möglichkeiten zur Unterstützung und Aufrechterhaltung des häuslichen Pflegearrangements gewählt.

In einem Einzelfallbericht über psychosoziale und pflegerische Vernachlässigung einer Pflegebedürftigen durch ihre Söhne schildert ein MDK-Mitarbeiter (55 J., Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler) seine eigenen Bemühungen, zusätzliche Betreuungsleistungen für die Pflegebedürftigen anzuregen.

Ex_07: Der Interviewpartner berichtet von einem Fall, in dem eine Pflegebedürftige in einer „großen Luxusvilla“ völlig allein lebe. Die Körperpflege der Frau und die Reinigung der Wohnung seien von den Söhnen in die Hände professioneller Dienste übergeben worden. Aus dem Hautbild der Pflegebedürftigen schließt der Gutachter auf mangelhafte Flüssigkeitsversorgung. Die dadurch bedingten kognitiven Defizite führten die Söhne fälschlicherweise auf eine Demenz zurück. Der Befragte habe die Söhne auf diesen Umstand angesprochen und angeregt, neben der Grundpflege eine Tagesbetreuung für die Mutter zu organisieren, um eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung und Ansprache sicherzustellen. Die Söhne hätten diesem Vorschlag zugestimmt. Der Gesprächspartner berichtet, dass er ein halbes Jahr später bei der nächsten Pflegebegutachtung habe feststellen müssen, dass keine entsprechenden Schritte unternommen worden seien.³⁵⁹

In diesem Bericht wird deutlich, dass der Pflegegutachter im Rahmen des Hausbesuchs eine Beraterrolle eingenommen und gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen Lösungsmöglichkeiten für die von ihm vorgefundenen Probleme entwickelt hat. Die Umsetzung dieser Vorschläge sei dann allerdings trotz der Zusage des Sohnes nicht erfolgt, was der Gutachter erst ein halbes Jahr später bei dem nächsten regulär anstehenden Gutachten feststellte. Hier wäre ein zeitnahes Nachfassen durch den Leistungsträger/Gutachter sinnvoll gewesen. Es blieb unklar, inwieweit nach dem zweiten Besuch vonseiten des Interviewpartners bzw. des Leistungsträgers weitere Schritte im Sinne einer Situationsänderung unternommen wurden.

³⁵⁸ Vgl. Falldarstellung (I_14_AP) in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

³⁵⁹ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

In dem folgenden, von dem gleichen Interviewpartner berichteten Fall geht es um Verwahrlosung in Verbindung mit einem Bereicherungsmotiv.

Ex_07: Der Interviewpartner habe zur Erseinstufung einen Hausbesuch bei einem allein wohnenden Pflegebedürftigen gemacht. Der Sohn, der einen Antrag auf Pflegestufe 3 gestellt hatte, habe angegeben, sich um den Vater zu kümmern, ihn aber offensichtlich massiv verwahrlosen lassen. Nach Ansicht des Pflegegutachters sei der Sohn daran interessiert gewesen, das Pflegegeld ohne Gegenleistung zu beziehen. Nach Einschaltung des Gesundheitsamtes durch den Gutachter sei eine regelmäßige Versorgung durch den ambulanten Dienst organisiert worden. Der Gesprächspartner berichtet, er „habe massiv beim Kostenträger intervenieren müssen“, damit das Pflegegeld nicht an den Sohn überwiesen wurde.³⁶⁰

In diesem Fall hat eine Intervention durch den Pflegegutachter selbst stattgefunden, indem er eigenständig mit dem Gesundheitsamt eine weitere Institution in den Fall einbezogen hat. Die Rolle des Leistungsträgers – seines Auftraggebers – bleibt unklar. Nach Aussagen des Interviewpartners habe er vermehrt darauf hinwirken müssen, dass sein Befund überhaupt berücksichtigt wurde. Dies zeigt, dass Pflegebegutachtungen zwar Potenzial zur Aufdeckung von Viktimisierung in häuslichen Pflegebeziehungen haben; inwieweit dieses Potenzial allerdings als Grundlage einer dann folgenden Intervention und Veränderung einer problematischen Pflegesituation genutzt wird, hängt entscheidend davon ab, ob und wie die Ergebnisse der Hausbesuche Eingang in das Handeln des Kostenträgers finden.

In der folgenden Darstellung berichtet eine 47-jährige Expertin (gerontopsychiatrische Fachausbildung, Krankenschwester) aus dem Bereich der kommunalen Pflegebegutachtung von dem Einbezug einer weiteren Institution in einem Verdachtsfall von Bedrohung und körperlicher Misshandlung einer Pflegebedürftigen.

GD_04c: Die Interviewpartnerin berichtet von einem Hausbesuch bei einer pflegebedürftigen Frau, deren getrennt lebender Ehemann für die Pflege zuständig gewesen sei. Bei dem Begutachtungstermin habe sie den Eindruck gewonnen, dass die Frau von ihrem Mann bedroht werde. Der Mann und eine anwesende angebliche Dolmetscherin hätten auf alle Fragen an die Pflegebedürftige geantwortet, diese selbst sei nicht zu Wort gekommen und zusammengezuckt, wenn der Mann gesprochen habe. Die Interviewpartnerin gab an, zunächst einen Bericht geschrieben und die notwendigen Hilfen aufgeschlüsselt zu haben. Durch „mehrere Kleinigkeiten“ sei die Befragte dann „immer skeptischer“ geworden. Der Mann habe Vollmachten über alle finanziellen Angelegenheiten der Frau gehabt, weiterhin sei ihr ein zwei Jahre alter Aktenvermerk aufgefallen, in dem bereits jemand angezweifelt hatte, dass sich der Ehemann um die Frau kümmert. Zudem habe ihr der Nachbar beim nächsten Hausbesuch berichtet, dass aus der Wohnung der Frau viel Geschrei zu hören sei und der Mann seine Frau unterdrücke. Die Befragte habe daraufhin beim Vormundschaftsgericht eine gesetzliche Betreuung angeregt und darauf hingewiesen, dass es sinnvoll wäre, die Frau allein zu befragen. Ein Ergebnis liege bislang noch nicht vor.³⁶¹

³⁶⁰ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.5.

³⁶¹ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

An diesem Bericht fällt auf, dass trotz vorliegender Verdachtsmomente eine Intervention erst verzögert stattgefunden hat. Zum einen scheint der zwei Jahre alte Vermerk, in dem die Sicherstellung der Pflege bereits angezweifelt worden war, nicht zu einer Intervention bzw. zeitnahen Verfolgung dieses Verdachtsfalls durch den kommunalen Leistungsträger geführt zu haben. Eine weitere Verzögerung ergab sich nach dem ersten Hausbesuch der Pflegegutachterin, bei dem ihr nach eigenen Aussagen ihr „Instinkt gesagt hat, dass an der Situation etwas nicht stimmt“. Nachdem ihr auch die anderen Informationen über die Finanzvollmacht und den älteren Aktenvermerk bzw. die Aussagen der Nachbarinnen und Nachbarn vorlagen, hat sie eine gesetzliche Betreuung angeregt. Unter Berücksichtigung der zum ersten Hausbesuch prinzipiell bereits verfügbaren Informationen hätte sich möglicherweise ihr Eindruck, dass es sich um ein problematisches Pflegesetting handelt, schneller verdichtet und ein schnelleres Eingreifen erfolgen können.

In einem weiteren von dieser Interviewpartnerin berichteten Fall ging es um Partnergewalt gegen eine pflegebedürftige Frau. Hier habe sie in Kooperation mit dem Leistungsträger und ohne Einschaltung weiterer Institutionen zur Entschärfung der Pflegesituation eine Tagespflege für die Betroffene initiiert.

GD_04c: Bereits beim ersten Einstufungsgespräch sei ihr aufgefallen, dass die pflegebedürftige Frau sich geweigert habe, ihr Zimmer zu verlassen. Das Gespräch habe schließlich in dem Zimmer der Frau stattgefunden. Es sei deutlich geworden, dass sie darin isoliert wurde und die Türschwelle zum Wohnbereich nicht habe übertreten dürfen. Zudem habe die Pflegebedürftige Hämatome an beiden Oberarmen aufgewiesen, die angeblich von einem Sturz stammten. Nach Ansicht der Gesprächspartnerin „lag definitiv Gewalt vor“. Die Pflegebedürftige habe es „ihrem Mann recht machen“ und er sich nicht mehr Tag und Nacht um sie kümmern wollen. Die für alle akzeptable Lösung habe darin bestanden, dass die Pflegebedürftige an drei Tagen in der Woche ein Tagespflegeangebot wahrnimmt und der Mann an zwei Tagen in der Woche eine offene Altengruppe besucht. Das Ehepaar sehe sich jetzt nur noch am Wochenende und dies scheine zu funktionieren.³⁶²

In diesem Fall wird Pflegebelastung als Motiv von Gewalt angeführt, dieser Deutung entsprechend wurde die Situationsentlastung mit der Nutzung zusätzlicher Angebote als Weg gewählt, um weiteren Gewalthandlungen durch den Mann vorzubeugen. Die Interviewpartnerin schätzt die gefundene Entlastungslösung als erfolgreich ein. Unabhängig von der Frage einer möglicherweise eskalationsverhindernden Wirkung räumlicher Trennung macht dieser Fall deutlich, dass das Deutungsmuster „Belastung“ als Ursache für das mutmaßlich gewalttätige Verhalten des Mannes angesichts einer offenbar systematisch umgesetzten Isolation der Pflegebedürftigen die Gefahr der Verharmlosung einer weit über etwaige Belastungseffekte hinaus gewaltförmigen Pflegebeziehung birgt.³⁶³

Erhalt von Informationen über problematische Pflegesituationen durch Dritte Neben den präventions- und interventionsrelevanten Aktivitäten der Pflegekassen/Kommunen im Bereich der Pflegebegutachtung wurde vereinzelt auf ihre Rolle als Adressaten von Informationen über Vernachlässigungs- oder Misshandlungsfälle eingegangen. Pflegedienstleitungen schilderten die Pflegekassen bzw. den MDK als wichtige

³⁶² Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³⁶³ Zur kritischen Diskussion des Belastungsmotivs vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.7 und 5.4.6.4.3 (vgl. auch Bergeron, 2001; Brandl, 2000; Pillemer & Finkelhor, 1989).

und kooperative Ansprechpartner bei problematischen Pflegekonstellationen. Durch Einschaltung der Pflegekassen sei schon häufig eine Veränderung der Pflegesituation, z. B. durch Heimübersiedlung, bewirkt worden.

Wie bereits im obigen Kapitel zu ambulanten Pflegediensten dargestellt, wurde die Meldung von Fällen pflegerischer Vernachlässigung an den Leistungsträger zwar als regelmäßiges Verhalten vonseiten der befragten ambulanten Pflegekräfte beschrieben, allerdings wurden diesbezüglich keine konkreten Fälle berichtet.

Lediglich eine als Expertin befragte Pflegedienstleiterin berichtet von einem Fall pflegerischer Vernachlässigung, in dem neben dem Familiengericht auch die Pflegekasse vom Pflegedienst benachrichtigt worden sei. Dabei sei es vor allem um die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gegangen.

Fazit

Den Pflegekassen als Leistungsträgern kommt durch ihren flächendeckenden Zugang zu häuslichen Pflegesettings eine potenziell wichtige Rolle im Hinblick auf Prävention und Intervention bei problematischen Pflegesituationen zu. Pflegekassen bieten Informationen und Schulungen an; besondere Bedeutung für Prävention und Intervention haben vor allem Hausbesuche im Rahmen von Pflegebedarfseinstufungen, Pflegebegutachtungen und Pflegeberatungen.

Um dieses Potenzial zu nutzen, sollten die vorhandenen Feststellungs- und Kontrollverfahren stärker im Sinne einer umfassenden Beratung und Einschätzung der Gesamtsituation ausgebaut werden. Dies erfordert Personal mit Qualifikationen in Pflege, Sozialarbeit und Beratung sowie eine ausreichende Finanzierung der entsprechenden Instrumente. Erfahrungen der Nutzung von Begutachtungen im Sinne einer umfassenden Beratung liegen vereinzelt – insbesondere im Bereich der Pflegeberatung durch kommunale Leistungsträger – vor; diese sollten ausgewertet, systematisiert und institutionell bei den öffentlich-rechtlichen und kommunalen Leistungsträgern verankert werden.

Bei entsprechender Ausstattung der derzeit im Aufbau befindlichen Pflegestützpunkte in Hauptträgerschaft der Pflegekassen böten diese ebenfalls die Möglichkeit integrierter Unterstützungs- und Leistungs- und Beratungsangebote für Angehörige (vgl. zu den Pflegestützpunkten u. a. Großjohann, 2008; Schaeffer & Kuhlmeier, 2008; Treiß, 2008).

Im Hinblick auf Intervention bei im Rahmen von Hausbesuchen durch die Fachberaterinnen und -berater aufgedeckten Fällen von Viktimisierung müssen allgemein und organisationsintern verbindliche Verfahren entwickelt werden, um eine effektive Weitergabe entsprechender Informationen und eine zeitnahe Reaktion sicherzustellen. Dies beinhaltet, dass Befunde von Hausbesuchen Eingang in das Verwaltungshandeln des Trägers finden und in unklaren Fällen bestehende Verdachtsmomente weiter verfolgt werden.³⁶⁴

³⁶⁴ Vgl. hierzu analog US-Untersuchungen von Jeanette Daly und Gerald Jogerst (Daly, Jogerst, Brinig & Dawson, 2003; Jogerst, Daly, Brinig, Dawson, Schmuch & Ingram, 2003). Sie fanden, dass der Ertrag der Fallbearbeitung durch *Adult Protective Services* nur zu einem geringen Teil vom Vorhandensein gesetzlicher Meldeverpflichtungen im jeweiligen Bundesstaat abhing. Bedeutsamer war die Frage, inwieweit in einem Staat die weitere Bearbeitung von bei APS eingegangenen Meldungen behördlich nachverfolgt wird. Staaten mit einem solchen „tracking“ (n=16) hatten nicht nur höhere Untersuchungsrate (7,3 gegenüber 4,5 je 1.000 Ältere), sondern zudem auch höhere Substanziierungsrate (57,3% gegenüber 38,2%).

I 5.4.6.4.2.4 Beratungs- und Kriseninterventionsstellen zu alterns- und pflegebezogenen Problemen

Informationen über die Rolle von Beratungs- und Kriseninterventionsstellen in Fällen von Vernachlässigung und Misshandlung in häuslichen Pflegebeziehungen liegen ausschließlich auf der Grundlage summarischer Einschätzungen und Einzelfallberichte von in diesem Bereich tätigen Expertinnen und Experten vor. Die befragten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sowohl freigemeinnütziger als auch kommunal getragener (Krisen-) Beratungseinrichtungen zu alterns- und pflegebezogenen Problemlagen schilderten, auf welchen Wegen sie von Viktimisierungsfällen erfahren, welche Beratungs- und Interventionsstrategien sie verfolgen und worin sie in den verschiedenen Phasen von der Kenntnisnahme über die Situationsklärung bis hin zur Entwicklung und Umsetzung einer Interventionslösung die größten Herausforderungen sehen.

a) allgemeine Erfahrungen und Einschätzungen

Kenntnisnahme von Viktimisierungsfällen

Die Aussagen und Einzelbeispiele der Interviewpartnerinnen und -partner ergaben das Bild, dass sich in erster Linie Dritte (Institutionen und Privatpersonen) an die Berater/Beraterinnen wenden, oftmals auch Täter/Täterinnen und in nur wenigen Fällen Opfer von Gewalt und Vernachlässigung selbst. Pflegende Angehörige, die sich selbst an die Berater/Beraterinnen wenden, sprächen die Probleme meist nicht direkt an, sondern wählten zunächst einen anderen Anlass als „Aufhänger“ für ein Gespräch. Im Laufe des Beratungsgesprächs berichteten pflegende Angehörige zunehmend über konflikthafte Pflegesituationen und eigene aggressive Gefühle gegenüber den Pflegebedürftigen. In diesen Fällen gehe es zumeist nicht um körperlich tätliche Angriffe, sondern eher um die empfundene Angst, dass sich verbale Aggressionen zu körperlicher Gewalt entwickeln könnten.

Soweit die befragten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen Kenntnis von physischer Gewalt, sexuellem Missbrauch sowie pflegerischer Vernachlässigung erlangten, seien zumeist nicht die Täter/Täterinnen, sondern Dritte die Informanten (z. B. Nachbarn/Nachbarinnen und Pflegedienste).

Um die betroffenen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen für das Thema Gewalt zu sensibilisieren und entsprechende Hilfsangebote zugänglich zu machen, empfahlen die Experten/Expertinnen, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige gezielt und frühzeitig auf mögliche Belastungen und Konflikte hinzuweisen und über geeignete regionale Anlaufstellen zu informieren. Hierfür benannten sie eine besondere Verantwortung vonseiten der Pflegekassen und kommunalen Leistungsträger von häuslicher Pflege, die bereits das Versenden von Bewilligungsbescheiden zur Informationsweitergabe nutzen sollten. Gleichzeitig benannten Mitarbeiterinnen einer Kriseninterventionsstelle als Problem, dass einer Informationsverbreitung und Sensibilisierung nicht immer ausreichende Angebote zur Beantwortung der daraus entstehenden Nachfrage gegenüberstünden. Ihre eigene Einrichtung würde z. B. aufgrund begrenzter Ressourcen zögern, die Pflegekassen um eine Informationsbeilage zu bitten. Derartige Öffentlichkeitskampagnen könnten die Anruferzahlen zwar mühelos vervielfachen, angesichts der unzureichenden Personalausstattung könnten sie allerdings die dann zu erwartenden Beratungsgesuche nicht kompetent bewältigen.

Beratungsansätze und Interventionsstrategien

Die Berater/Beraterinnen beschrieben Beratungsansätze und gewählte Interventionsoptionen bei problematischen häuslichen Pflegearrangements vor dem Hintergrund von Art und Intensität der Viktimisierung.

Häufig handle es sich nach Aussagen der Befragten bei verbalen und körperlichen Gewaltvorkommnissen um einmalige Überlastungsreaktionen aufseiten des/der pflegenden Angehörigen. Hier reiche oftmals ein Beratungsgespräch aus, um die Situation zu entschärfen und allen an der Pflege Beteiligten zu helfen. Zwei Beraterinnen benannten als ihre primäre Aufgabe, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben, d. h. zu versuchen, pflegende Angehörige ihr Problem erkennen und selber lösen zu lassen. Es gehe dabei nach Aussagen einer Interviewpartnerin (47 J., Sozialpädagogin) „hier nicht darum, jemanden noch zusätzlich in die Ecke zu stellen, sondern ihn aus dieser Ecke rauszuholen und es ihm möglich zu machen, diese Pflege, die ja von allen offensichtlich immer noch gewollt ist, weiter vernünftig tragfähig zu gestalten.“ In Fällen von Gewalt und aggressivem Verhalten als Überlastungsreaktion pflegender Angehöriger werde die entsprechende Person darin unterstützt, erforderliche Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten zu organisieren. Neben einer Beratung zum Umgang mit Aggressionen bestünden konkrete Lösungsansätze in der Wahrnehmung von Gesprächsangeboten für pflegende Angehörige oder aber der (vermehrten) Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen, wie z. B. der Nutzung von Tages- oder Kurzzeitpflegeangeboten.

Neben dem Aspekt der Entlastung wurde auch die präventiv wirkende halb-formelle Kontrollfunktion professioneller Pflegedienste als Argument für ihren angestrebten Einsatz in problematischen Pflegesituationen angeführt. Nach einem Gewaltvorfall könnten durch regelmäßige Anwesenheit ambulanter Pflegekräfte zumindest körperliche Übergriffe verhindert werden, weil sie Spuren hinterließen und die potenziellen Täter/Täterinnen aus Angst vor Entdeckung davor zurückschreckten.

Zwei Interviewpartnerinnen einer pflegebezogenen Beratungsstelle berichteten, dass sie den Vorschlag einer (vorübergehenden) Heimunterbringung bzw. einer Ausweitung oder Hinzunahme professioneller Pflegedienstleistungen manchmal einsetzten, wenn sie den Verdacht hegten, dass es zu Misshandlungen komme, dies jedoch nicht direkt ansprechen könnten. Um überhaupt einen Zugang zum Täter/zur Täterin zu bekommen, werde in diesem Zusammenhang auch das Deutungsmuster „Überlastung“ zuweilen taktisch genutzt: „Ich glaube unter dem Stichwort Überlastung kommt man noch am ehesten dran“, so eine der Befragten.

Nach Aussagen mehrerer Interviewpartner/-partnerinnen werde auch gerichtlich gegen pflegende Angehörige vorgegangen, wenn die aufgezeigten Lösungswege nicht umgesetzt würden und es weiterhin zu Misshandlungen oder pflegerischer Vernachlässigung komme; oftmals werde dann die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt.

Für Fälle sexualisierter Gewalt wurden in diesem Themenfeld spezialisierte Beratungs- und Interventionsstellen als in den Fall einzubeziehende Einrichtungen aufgeführt.

In manchen von vornherein manifesten Fällen von Misshandlung und Gewalt (z. B. bei sexuellem Missbrauch) könne es auch erforderlich sein, die häusliche Pflegesituation sofort zu beenden. Ehe langfristige Lösungen in diesen Fällen gefunden werden, sei es

wichtig, die Pflegebedürftigen zunächst „aus dem Schussfeld“ zu bringen, z. B. durch einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege. Bei eindeutigen Straftaten benannte einer der befragten Experten/Expertinnen auch die Polizei als potenziellen Ansprechpartner.

Eine Beraterin einer Kriseninterventionsstelle betonte die Bedeutung von „Nachsorge“: Nach jeder Beratung und der damit verbundenen Unterstützungsleistung werde nachgefragt, ob diese zur Klärung der Situation beigetragen habe, ob nach wie vor Handlungsbedarf bestehe bzw. wie zufrieden die Betroffenen mit dem Ergebnis seien.

Interventionshindernisse

Als grundsätzliche Schwierigkeit beschreiben die Experten/Expertinnen aus dem Bereich Beratung und Krisenintervention übereinstimmend, dass die Nutzung ihrer Anlaufstelle ein freiwilliges Angebot sei und sie zudem keinerlei gesetzliche Eingriffskompetenzen hätten. Daher seien sie in vielen durch direktes Interventionshandeln nicht zu beeinflussenden Problemsituationen auf die Einschaltung von Vormundschaftsgerichten angewiesen. Da diese jedoch die an sie herangetragenen Fälle eher zögerlich bearbeiteten, dauere es unter Umständen sehr lange, bis Lösungsmöglichkeiten gefunden und umgesetzt würden.³⁶⁵ Neben den gesetzlich fehlenden Kompetenzen wurde auch die schwierige und teilweise langwierige Aufklärung berichteter Viktimisierungssituationen als Ursache für mangelnde Eingriffsmöglichkeiten und Verzögerungen von Interventionen angeführt. In vielen Fällen gebe es keine eindeutigen Hinweise für Gewalthandlungen, und die Berichte über erfolgte Viktimisierungen seien nur schwer zu überprüfen.³⁶⁶

b) Einzelfallberichte

Die folgenden Einzelfalldarstellungen erfolgen zunächst entlang der von den Experten/Expertinnen berichteten Wege der Kenntnisnahme. Als mit der Frage der Informationsquelle eng verknüpft erwiesen sich zum einen die berichteten Arten der Viktimisierung, zum anderen bzw. davon abhängig die von den Beratungs- und Interventionsstellen gewählten Formen der Intervention und damit verbundenen Schwierigkeiten.

Kenntnisnahme durch Selbstmelder/-melderinnen

Von den Experten/Expertinnen wurden zwei Fälle berichtet, in denen sich pflegende Angehörige als Urheber problematischen Verhaltens selber an die entsprechende Beratungs- bzw. Kriseninterventionsstelle gewandt haben. An diesen Fällen kann verdeutlicht werden, dass die Aufgabe der Berater/Beraterinnen, insbesondere in der Klärung der Hintergründe für die als problematisch berichtete Situation, in der Vermittlung von Wissen und schließlich dem Aufzeigen von Lösungsansätzen bestand.

In dem ersten, von der 56-jährigen Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle berichteten Fall ging es um schamverletzendes Verhalten des Ehemannes gegenüber seiner Frau. Der Mann habe sich allerdings zunächst wegen des von ihm als problematisch empfundenen aggressiven Verhaltens seiner pflegebedürftigen Ehefrau an die Beratungsstelle gewandt.

³⁶⁵ Vgl. zu diesem Problemkomplex Kapitel 5.4.6.4.2.5.

³⁶⁶ Zum Problem des eindeutigen Tatnachweises selbst bei gravierender körperlicher Symptomatik vgl. Connolly, McConnell & McGarrity (1995).

Ex_01: Der Mann habe sich an die Beratungsstelle gewandt, weil seine demenziell erkrankte Frau zunehmend aggressiv reagiert habe, wenn er ihr die Hose und die Windel auszog. Auf die Ermunterung seitens der Beraterin, sich zur eigenen Entlastung seinen Hobbys zuzuwenden, habe er geantwortet: „Meine Frau ist mein Hobby“. Im Laufe des Gesprächs sei deutlich geworden, dass der Ehemann seiner Frau nahezu zweistündlich und sogar nachts die Windel auszog, um zu überprüfen, ob sie uriniert oder Stuhlgang gehabt habe und sie gegebenenfalls sofort zu säubern. Die Beraterin habe versucht, ihm deutlich zu machen, dass er durch seine Überfürsorglichkeit möglicherweise die Schamgrenzen seiner Frau überschreite, weshalb diese aggressiv reagiere. „Ich habe dann versucht, auch mit dem gewissen Schamgefühl seitens der Frau zu erklären, dass wenn einer mir die Hose runtermacht, finde ich ja auch abartig. Ich sag: ‚Sie gehören doch zu einer Generation, wo man auch dann Schamgefühl vom Ehepartner oder der Ehepartnerin berücksichtigen muss.‘“

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, dass der Ehemann sich mit einer aus seiner Perspektive resultierenden Problemsicht auf das aggressive Verhalten seiner Frau in das Beratungsgespräch begeben hat. Durch das Gespräch hat nach Schilderungen der Interviewpartnerin eine Art „Reframing“³⁶⁷ der von ihm geschilderten Problemsituation stattgefunden, indem sie die von ihr vermuteten Empfindungen der Pflegebedürftigen empathisch formuliert und als mögliche Ursache ihrer Aggressionen vermittelt hat. Zugleich hat sie sich auf einen generationsspezifischen und als gemeinsam unterstellten Normenkontext bezogen. Dem berichteten Gesprächsverlauf ist zu entnehmen, dass der Mann seine Sicht der Dinge und auch sein als übergriffig zu bezeichnendes Verhalten „unstrategisch“ dargestellt hat, sodass die Deutungen der Beraterin für ihn möglicherweise neue Perspektiven auf die Situation eröffnet haben mögen. Die Lösungsmöglichkeit bestand demnach in einem veränderten Verhalten des Ehemannes; inwieweit dies umgesetzt worden ist, wurde nicht berichtet.

In einem anderen von einer 53-jährigen Sozialarbeiterin aus dem Bereich altersbezogener Beratungsarbeit und Krisenintervention berichteten Fall habe ein mit der Pflege seiner Mutter überforderter Sohn sich an die Beraterin gewandt, nachdem er gegenüber seiner demenziell erkrankten Mutter verbal aggressiv geworden sei. Motiv seines Anrufes sei die Suche nach Entlastungsmöglichkeiten gewesen.

GD_04a: Der pflegende Sohn einer demenziell erkrankten Pflegebedürftigen habe sich mit dem Anliegen an die Beratungsstelle gewandt, dass er mit der Betreuung seiner Mutter nicht mehr zurechtkomme. Er habe kurz zuvor seine Mutter „heftig angebrüllt“, weil er es nicht mehr habe ertragen können, dass sie sehr vergesslich und jämmerlich sei und ständig „rumwusele“. Er selbst und die Mutter hätten das Problem bei einem Hausbesuch konkret angesprochen, sodass es schnell möglich gewesen sei, über Lösungen nachzudenken. Der Sohn habe seine Belastungssituation beeindruckend klar benennen können: „Also, ich fand diesen Sohn auch in diesem Beratungsgespräch, ich fand den sehr beeindruckend, dass der das so benennen konnte. Ja gut, er hatte ’n schlechtes Gewissen, aber er hatte nicht das Bedürfnis, das jetzt alles zu beschönigen, sondern er konnte einfach zu dem stehen.“³⁶⁸

Anders als im vorangegangenen Fall lagen hier für die Beraterin der Inhalt und das Ziel des Beratungsgesprächs durch den Anrufer selbst von vornherein auf der Hand. Die von dem Sohn geäußerte Problemdeutung „Überlastung“ stellte die von der Beraterin

³⁶⁷ Zu Reframing-Techniken in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen vgl. auch Phillips (2008).

³⁶⁸ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

geteilte Ausgangslage dar, um gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Die Beratungssituation wurde von der Beraterin vor allem vor dem Hintergrund, dass der Sohn einerseits „nichts beschönigt“ habe, andererseits eindrucksvoll seine Mehrfachbelastung als Ursache für sein problematisches Verhalten habe schildern können, als vergleichsweise einfach beschrieben.

Kenntnisnahme durch ambulante Pflegedienste

In acht von Experten/Expertinnen berichteten Viktimisierungsfällen, in die sie in ihrer Funktion als Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Beratungs- und Kriseninterventionsstellen einbezogen waren, wurden sie von ambulanten Pflegediensten bzw. einzelnen Pflegekräften informiert.

Das Spektrum der berichteten Fälle zeichnet sich durch eine enorme Bandbreite hinsichtlich der Viktimisierungsformen und Täter und Täterinnen aus. In drei der von ambulanten Diensten zugetragenen Fälle wurde über sexuellen Missbrauch von pflegebedürftigen Frauen durch Mitarbeiter des ambulanten Dienstes bzw. einen Schwiegersohn berichtet, in drei Fällen über manifeste oder vermutete Partnerschaftsgewalt gegen pflegebedürftige Frauen, in einem Fall über pflegerische Vernachlässigung eines Ehepaares durch ihren Sohn und schließlich über eine sachlich nicht angemessene, aber vom Vormundschaftsgericht genehmigte Fixierung einer pflegebedürftigen Mutter durch ihren Sohn.

In Abhängigkeit von den Viktimisierungsformen und Hintergründen wurden von den einbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsstellen unterschiedliche Interventionsformen angewandt.

Einbezug anderer Institutionen und Beratungsstellen

In der Mehrzahl der über ambulante Dienste vermittelten Fälle (n=6) wurden andere einschlägige Institutionen in den Fall einbezogen.

In den drei Fällen, in denen es um sexuellen Missbrauch von Pflegebedürftigen ging, wurden nach einer soweit wie möglich direkten Klärung der Situation andere einschlägige Opferhilfeorganisationen einbezogen. Der Interventionsverlauf und der Ausgang dieser Fälle wurden im Kapitel über ambulante Dienste ausführlich dargestellt.³⁶⁹

In den drei anderen Fällen wurde das Vormundschaftsgericht einbezogen. Hierbei handelt es sich um einen Fall pflegerischer Vernachlässigung, in dem die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt werden sollte, um die von den Pflegebedürftigen erwünschte Heimübersiedlung zu ermöglichen.³⁷⁰ Ebenso mit dem Ziel der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung wurde das Vormundschaftsgericht in einem Fall schwerwiegender Misshandlung einer Pflegebedürftigen durch ihren Ehemann einbezogen.³⁷¹ Das Vormundschaftsgericht wurde schließlich auch in Bezug auf eine von ihm selbst genehmigte und auf einem Gefälligkeitsgutachten beruhende Fixierung hinzugezogen.³⁷²

³⁶⁹ Vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.1.

³⁷⁰ Vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.5.

³⁷¹ Dieser Fall wird aufgrund seiner komplexen Interventionsstrukturen und Problemlagen in Kapitel 5.4.6.4.2.7 ausführlich dargestellt.

³⁷² Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.5.

Direkte Intervention

Lediglich in zwei der von ambulanten Pflegediensten vermittelten Fälle haben die damit befassten Beratungs- und Kriseninterventionsstellen ohne Einbezug weiterer Institutionen interveniert. Manifeste oder vermutete Partnergewalt gegen pflegebedürftige Frauen war in beiden Fällen der Hintergrund der Viktimisierungsvorkommnisse. Beide Falldarstellungen zeigen die besondere Schwierigkeit, angesichts bestehender Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse sowie mangelnder Alternativen zum häuslichen Pflegearrangement Interventionslösungen zu finden und wirksam umzusetzen.

Ein 58-jähriger Sozialarbeiter einer altersbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsstelle berichtete über einen Fall langjähriger und durch den ambulanten Pflegedienst „öffentlich“ gewordener Partnerschaftsgewalt. Er sei in den Fall einbezogen worden, nachdem Versuche, durch strafrechtliche Verfolgung des Mannes dessen Gewalthandlungen zu unterbinden, zwar umgesetzt worden, aber im Hinblick auf einen dauerhaften Schutz des Opfers wirkungslos geblieben seien.

GD_04b: Schon seit mehreren Jahrzehnten werde der Mann unter Alkoholeinfluss seiner Frau gegenüber gewalttätig. Nachdem das Paar ins betreute Wohnen umgezogen sei, sei die Partnerschaftsgewalt durch den ambulanten Dienst „öffentlich“ geworden. „Aber dieses Pärchen ist mit diesem Schlagen oder dass er sie verkloppt alt geworden, also es ist kein Problem ‚Schlagen im Alter‘, sondern ‚Schlagen in der Beziehung‘.“

Bisherige Verurteilungen des Mannes (inkl. verbüßter Freiheitsstrafen) hätten keine Wirkung erzielt, sodass die Kriseninterventionsstelle einbezogen worden sei. Mittlerweile habe man für den Mann zwar eine eigene Wohnung gefunden. Der Interviewpartner vermutet allerdings, dass damit das Problem aufgrund bestehender Abhängigkeitsverhältnisse und Gewohnheiten nicht gelöst sei, da der Mann seine Frau weiterhin besuchen werde, sie sich weiterhin über seinen Besuch freuen und ihn nicht abweisen werde. Sobald er Alkohol getrunken habe, werde er dann wieder gewalttätig. Der Mann sei nüchtern ein „lieber, netter Mensch“, mit dem man dann auch über die Gewalt sprechen könne.³⁷³

An diesem Fallbericht fällt auf, dass die Kriseninterventionsstelle hier am Ende einer längeren Abfolge wirkungsloser Interventionen, die sogar eine „erfolgreiche“ strafrechtliche Bearbeitung des Falles beinhaltete, einbezogen wurde. Der Kriseninterventionsstelle gelang es, einschneidende Veränderungen des Wohnumfelds zu initiieren, womit die Voraussetzungen für einen wirksamen Schutz der Frau vor Angriffen durch ihren Mann geschaffen wurden. Der Berater sieht allerdings in der Umsetzung der Interventionslösung keine Garantie für deren Wirksamkeit. Vor dem Hintergrund einer jahrzehntelangen Gewöhnung an Gewalt in einem milieuspezifischen Umfeld wirke das Verhalten der Frau, die in einem emotionalen Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem Mann stehe, dem entgegen.

In einem anderen Fall vermuteter Gewalt gegen eine Pflegebedürftige durch den Ehemann wird von der zuständigen Mitarbeiterin im Bereich der kommunalen Pflegebegutachtung vor allem ein Mangel an Alternativen zum häuslichen Pflegearrangement als Ursache dafür benannt, dass bislang keine wirksame Intervention erfolgt ist.

³⁷³ Vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.1 und 5.4.6.3.4.3.1.

GD_04c (47 J., ausgebildete Krankenschwester): Es geht um ein pflegebedürftiges Ehepaar iranischer Herkunft; der Mann sei weniger pflegebedürftig gewesen als die Frau. Der Pflegedienst sei zur Versorgung gekommen. Die Frau habe bei dem Gespräch Angst gezeigt, in das gemeinsame Wohnzimmer zu gehen. Der Anlass des Gesprächs sei gewesen, dass sie gestürzt sei und der Mann sich geweigert habe, Hilfe zu holen. Die Frau sei erst 14 Stunden später vom Pflegedienst gefunden und in die Klinik gebracht worden. Die Beraterin und der ambulante Pflegedienst vermuten darüber hinaus, dass es zu körperlicher Gewaltanwendung komme, die Frau sei sehr verängstigt gewesen. Einer Auflösung der gemeinsamen Wohnsituation habe aber die Tatsache im Wege gestanden, dass die Frau nur ihre Landessprache beherrschte und daher in keiner Einrichtung Ansprache gehabt hätte. „Das Problem ist nur, wo sollen Sie hin mit der Frau, die kann kein Deutsch. Was soll sie jetzt in irgendeiner Einrichtung acht Stunden lang da an die Decke gucken? Die ist auch schon über 80 gewesen, ich glaube da wird auch nicht mehr viel kommen rein sprachlich und das ist also wirklich ganz schwierig. Und das ist so 'ne Situation, da weiß ich dann auch nicht mehr weiter, also bei aller Liebe nicht. Wenn man die nicht räumlich trennen kann, ja was dann?“³⁷⁴

In diesem Fall wurde nach Berichten der Mitarbeiterin keine Lösung für die als schwierig empfundene Situation gefunden. Anders als im obigen Beispiel werden hier vor allem sprachliche bzw. institutionelle Gründe als Interventionshindernisse benannt. Es ist zu vermuten, dass es vonseiten der Kriseninterventionsstelle einen Abwägungsprozess gegeben hat, in dessen Ergebnis die Beibehaltung der problematischen Situation einer Heimunterbringung, die zwar Sicherheit geboten, aber zugleich die Gefahr psychosozialer Vernachlässigung mit sich gebracht hätte, vorgezogen wurde.

Kenntnisnahme über das Opfer/über Nachbarn/Nachbarinnen als Zeugen/Zeuginnen

In einigen berichteten Fällen wurden Kriseninterventionsstellen durch Privatpersonen über (vermutete) Viktimisierungen informiert – einmal direkt durch ein Opfer, in den anderen Fällen durch Personen aus dem sozialen Umfeld. In diesen Fällen hatten die hinzugezogenen Beraterinnen und Berater vor allem die Aufgabe, die Situation und die Hintergründe zu beleuchten bzw. die behaupteten Aussagen über stattgefundene Viktimisierungen zu verifizieren, nur in einem Fall hat ein Berater eine andere Institution einbezogen. Die Beispiele weisen darauf hin, dass eine Intervention, die sich zur Situationsklärung allein auf Informationen und Auskünfte durch Opfer oder Zeugen aus dem privaten Umfeld stützen kann, gegenüber Fällen, in denen Täter/Täterinnen selbst über ihr Verhalten berichten und damit zur Fallaufklärung beitragen, mit größeren Schwierigkeiten und Verzögerungen behaftet ist.

In einem Fall hat sich ein Opfer selbst an die Beratungsstelle gewandt. Die pflegebedürftige Frau sei von ihrer Tochter finanziell ausgebeutet und zudem pflegerisch vernachlässigt worden. Ein 58-jähriger Sozialarbeiter einer Beratungs- und Kriseninterventionsstelle berichtet über die vor allem durch das Verhalten der Betroffenen aufgetretenen Verzögerungen in der Fallaufklärung und der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten. Der Ausgang dieses Falles war zum Zeitpunkt des Interviews noch offen.

GD_04b: Die pflegebedürftige Mutter zweier Töchter habe sich bei der Polizei und mehrfach bei der Kriseninterventionsstelle gemeldet, weil sie von einer der Töchter finanziell ausgebeutet werde. Diese beziehe Pflegeleistungen, kümmere sich aber nicht um die Pflege.

³⁷⁴ Vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

Nach einem 5-monatigen Vorlauf, in dem keine Gespräche mit der Frau möglich gewesen seien, hätten nun die Vorwürfe konkretisiert und mit Unterstützung der anderen Tochter bestätigt werden können. Viele vorherige Versuche der Kontaktaufnahme zu der Frau seien gescheitert, sie habe ein persönliches Gespräch mit der zunächst eingeschalteten Mitarbeiterin verweigert. Erst nach Hinweis der zweiten Tochter sei der Fall von dem Gesprächspartner selbst übernommen worden. Ihm als Mann habe die Frau offenbar eher vertraut. Aktuell werde versucht, durch das Vormundschaftsgericht die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung zu bewirken, damit die Pflege durch einen ambulanten Dienst sichergestellt werden könne. Die Mutter wolle nichts gegen ihre Tochter sagen.³⁷⁵

Die Darstellung deutet darauf hin, dass ein Eingreifen der von dem Opfer selbst einbezogenen Kriseninterventionsstelle durch zwei Aspekte verzögert wird. Zum einen scheint sie sich bei einem Mann als Berater sicherer zu fühlen, was sie allerdings nicht direkt äußert. Zum anderen scheint sie ihre Tochter – vermutlich aus Angst – nicht mit deren Verhalten konfrontieren zu wollen. Somit sind die Möglichkeiten, Interventionslösungen zu finden, eingeschränkt. Dieses Beispiel deutet das Dilemma an, in dem sich Opfer oftmals befinden. Einerseits stellt die Hinzuziehung von Dritten die einzige Möglichkeit zur Änderung der problematischen Situation dar, andererseits kann dies aus Sicht der Opfer aber auch die Gefahr einer Verschlimmerung der Situation mit sich bringen.

In drei Fällen wurden Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Beratungs- und Kriseninterventionsstellen von Nachbarinnen und Nachbarn über (vermutete) problematische Pflegesituationen informiert. Im ersten Fall werde nach Aussagen der Anruferin eine pflegebedürftige Nachbarin von ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, im zweiten Fall werde eine pflegebedürftige Nachbarin der Informantin von ihrem Neffen ausgebeutet, im dritten Fall werde die Nachbarin von anderen Nachbarinnen und Nachbarn, die für die Pflegebedürftige Sorge trügen, schlecht behandelt.

In zwei Fällen seien die erhobenen Vorwürfe schwer überprüfbar bzw. sogar unglaubwürdig gewesen, weshalb bislang keine weiteren Interventionen erfolgt seien. So habe sich der Vorwurf der finanziellen Ausbeutung nach einem persönlichen Gespräch mit der Betroffenen als nicht nachvollziehbar erwiesen. Es sei der Eindruck entstanden, die Nachbarin hätte mit dem Anruf dem Neffen „eins auswischen“ wollen, sodass die Interventionsstelle von einer weiteren Fallverfolgung absah.

In Bezug auf die als problematisch geschilderte Situation der von ihren Nachbarn/Nachbarinnen betreuten Pflegebedürftigen schilderte der mit dem Fall befasste 58-jährige Sozialarbeiter einer Beratungs- und Kriseninterventionsstelle als größte Herausforderung, von der Betroffenen ausreichende Informationen zu erhalten, um die Situation einschätzen zu können.

GD_04b: Eine Pflegebedürftige hatte nach Aussagen einer Nachbarin ausgesagt, sie werde von anderen Nachbarinnen und Nachbarn, die das Pflegegeld erhielten und für sie sorgten, „schlecht behandelt“. Die Bekannte habe daraufhin bei der Krisenberatungsstelle angerufen, der Gesprächspartner habe Kontakt mit der Pflegebedürftigen aufgenommen und ihr bereits einen Hausbesuch abgestattet. Allerdings habe er sich dort nur sehr kurz aufhalten dürfen, da die Pflegebedürftige fürchtete, ihre für sie sorgenden Nachbarn/Nachbarinnen könnten den Besuch bemerken. Die Wohnung und der Pflegezustand der Frau seien

³⁷⁵ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 und 5.4.6.4.2.6.

nach Augenschein in einem „einwandfreien“ Zustand gewesen. Das Klärungsgespräch sei auf einen späteren Zeitraum verschoben worden, für den die Pflegebedürftige wegen einer Urlaubsreise der Nachbarn/Nachbarinnen einen Kurzzeitpflegeaufenthalt geplant hatte.

Auch in diesem Fall zögert nach Aussagen des Gesprächspartners die Pflegebedürftige aus Angst – möglicherweise vor Repressalien – damit, ein Gespräch mit dem Berater zu führen. Auch dieser Fall zeigt damit, dass eine Fallaufklärung, die auf Auskünfte durch Opfer angewiesen ist, zu Verzögerungen bei eventuell erforderlichen Interventions-schritten führen kann.

In einem weiteren von Nachbarn/Nachbarinnen an eine Beratungs- und Kriseninterventionsstelle gemeldeten Fall sei es um Freiheitseinschränkung einer pflegebedürftigen Nachbarin gegangen. In diesem Fall habe mit der gesamten Familie eine einvernehmliche Lösung entwickelt werden können.

GD_04a: Die 53-jährige Sozialarbeiterin berichtet von einer russischstämmigen pflegebedürftigen Frau, die von ihrer Schwiegertochter und dem Sohn gepflegt worden sei. Die Beraterin sei von Nachbarn/Nachbarinnen in die Häuslichkeit gerufen worden, die wiederholt beobachtet hätten, dass die alte Frau angeschrien werde und sich nicht frei auf dem Grundstück bewegen dürfe. Um die Terrasse habe es eine Absperrung gegeben, die sie nicht habe überqueren dürfen, sodass die Pflegebedürftige nicht mehr nach draußen gelassen worden sei. In dem Beratungsgespräch habe die Schwiegertochter ihre empfundene Überlastung geschildert. Als einvernehmlicher Lösungsansatz seien daher Entlastungsmöglichkeiten initiiert worden. Die Pflegebedürftige besuche nun mehrmals wöchentlich eine Tagespflegeeinrichtung mit einer russischsprachigen Mitarbeiterin.

Im Unterschied zu den oben aufgeführten Beispielen konnte hier offenbar aufgrund der eindeutigen und von den pflegenden Angehörigen selbst bestätigten Viktimisierungssituation sowie einer zwischen „Tätern/Täterinnen“ und Beraterin geteilten Problemanalyse eine einvernehmliche Lösung gefunden werden. Ohne dass dies von der Gesprächspartnerin explizit erwähnt wurde, hat das Deutungsmuster „Gewalt als Überlastungsreaktion“ in diesem Fall möglicherweise dazu beigetragen, eine entsprechende Auskunftsbereitschaft aufseiten der Täter/Täterinnen zu erzeugen; dadurch hat sich eine weitere Nachforschung in Bezug auf den Wahrheitsgehalt der erhobenen Viktimisierungsvorwürfe erübrigt und wurde die zeitnahe Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten ermöglicht.

Kenntnisnahme via Polizei

In einem weiteren Fallbericht wurde eine Kriseninterventionsstelle durch die Polizei über eine versuchte Vergewaltigung einer Pflegebedürftigen durch ihren Sohn informiert. Inwieweit die Kriseninterventionsstelle einen aktiven Part in der Fallbearbeitung gespielt hat, ging aus der Schilderung nicht hervor.³⁷⁶

c) Fazit

Die den befragten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Beratungs- und Kriseninterventionsstellen bekannt gewordenen Fälle von Viktimisierung in häuslichen Pflegearrangements decken hinsichtlich der berichteten Gewaltvorkommnisse, Hintergründe und

³⁷⁶ Vgl. Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.6 und 5.4.6.3.4.3.1.

Täter-Opfer-Beziehungen eine große Bandbreite ab. Auch die Wege der Kenntnisnahme sind vielfältig: Die Beratungsstellen werden von Opfern und Tätern und Täterinnen sowie von Dritten (Institutionen und Privatpersonen) einbezogen. Diese Bandbreite ist Ausdruck dessen, dass Beratungs- und Interventionsstellen häufig die Funktion einer ersten niedrigschwelligen Anlauf- und Clearingstelle übernehmen, welche die Situation zu klären hilft, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und gegebenenfalls weitere einschlägige Institutionen einbezieht.

Abhängig von Viktimisierungsformen, Täterschaft und Situation der Opfer nutzen die Beraterinnen und Berater eine Vielzahl von Interventionsformen: einmalige Beratung, Hausbesuche, Organisation und Vermittlung von Unterstützungsangeboten, aber auch Einschaltung von gesetzlich zuständigen oder aber thematisch einschlägigen Institutionen. Dabei deuten sich drei Schwerpunkte an:

- I Unmittelbar von Tätern/Täterinnen gemeldete Fälle werden mit einer direkten Intervention und Beratung durch die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen selbst in Kooperation mit den Selbstmeldern/Selbstmelderinnen bearbeitet. Häufig handelt es sich dabei hinsichtlich der Schwere und Dauerhaftigkeit der berichteten Viktimisierung um vergleichsweise minder schwere Verhaltensweisen, nach Ansicht der Berater/Beraterinnen oftmals als Reaktion auf Überlastung.
- I Die von ambulanten Diensten vermittelten Viktimisierungsfälle erfordern angesichts der Dauerhaftigkeit, Schwere und Schädigungsabsicht der berichteten Viktimisierung häufig die Einschaltung thematisch einschlägiger Einrichtungen oder gesetzlich relevanter Institutionen (z. B. Vormundschaftsgerichte).
- I Die von Privatpersonen gemeldeten Fälle (von Opfern oder Dritten) verlangen oftmals einen längeren Prozess der Fallaufklärung: Diese erfordert die Mitarbeit des Opfers, die jedoch insbesondere durch Ängste der Betroffenen erschwert werden kann. Dadurch kann sich die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten verzögern.

Beratungs- und Kriseninterventionsstellen haben die Funktion einer ersten Anlaufstelle, die teilweise selbst nur schwer Einfluss auf den Fallverlauf nehmen kann. Von den Beratern/Beraterinnen geschilderte Interventionshindernisse bestehen in Bezug auf die Auskunftsbereitschaft der Opfer bei der Aufklärung der Fälle und der Mitwirkung bei der Umsetzung gefundener Lösungen, die verzögerte Fallbearbeitung von hinzugezogenen Institutionen, insbesondere Vormundschaftsgerichten, sowie schließlich in Bezug auf teilweise leistungsrechtliche und institutionenbedingte Alternativlosigkeit zu häuslichen Pflegearrangements.

Die Befunde zeigen, dass nicht nur die Kenntnisnahme und Aufdeckung von Viktimisierungen sowie die Einbeziehung einschlägiger Kriseninterventions- und Beratungsangebote mit vielfältigen Hindernissen verknüpft sind, sondern auch die dann folgenden Phasen der Fallaufklärung, der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten sowie deren Umsetzung und Wirksamwerden komplexe Herausforderungen darstellen.

I 5.4.6.4.2.5 Rechtliche Betreuung/Familiengerichte

Vor allem in den Einzelfallberichten und summarischen Einschätzungen der Experten/Expertinnen werden Vormundschaftsgerichte als Ansprechpartner und Interventionsinstanzen in Fällen von pflegerischer Vernachlässigung und Misshandlung in häuslichen Pflegebeziehungen erwähnt, zumeist im Zusammenhang mit der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

Die rechtliche Betreuung durch Verwandte statt durch öffentlich beauftragte Betreuer/Betreuerinnen verhindere in vielen Fällen ein wirksames und zeitnahes Intervenieren in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung. Daher wird die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung durch öffentlich beauftragte Betreuer/Betreuerinnen von den Experten/Expertinnen als wichtiges, aber noch viel zu selten eingesetztes Instrument zum Schutz viktimisierter und viktimisierungsgefährdeter Pflegebedürftiger angesprochen: Sie stelle teilweise die einzige Möglichkeit dar, eine externe Kontrolle einzurichten und damit Gewalt und finanzielle Ausbeutung durch Angehörige zu verhindern oder aber eine ausreichende pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Die Experten/Expertinnen bedauerten, dass es gesellschaftlich viele Vorbehalte gegen die Institution der Betreuung gebe, sie werde nach wie vor als „Entmündigung“ stigmatisiert. Es müsse bekannter werden, dass eine gesetzliche Betreuung Hilfe und Unterstützung insbesondere in schwierigen Pflegesituationen bieten und zudem auf bestimmte Bereiche (z. B. die Erledigung finanzieller Angelegenheiten) beschränkt werden könne.

Bezogen auf die vorliegenden Erfahrungen mit Vormundschaftsgerichten als von Dritten einbezogene Institutionen im Zusammenhang mit der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung wurden von Experten/Expertinnen in großer Übereinstimmung mangelnde Kooperationsbereitschaft seitens der Familiengerichte sowie zeitliche Verzögerungen bei der Einleitung und Bearbeitung von Betreuungsverfahren als wichtige Problembereiche erwähnt.

Eine bessere Kooperation wurde insbesondere vonseiten der befragten kommunalen Pflegegutachterinnen und -gutachter angemahnt. Sie fänden im Rahmen von Hausbesuchen oftmals im Hinblick auf Unterversorgung und Misshandlung problematische Pflegesituationen vor und schalteten das Vormundschaftsgericht ein, um eine gesetzliche Betreuung zu initiieren. Die Gerichte hielten dann allerdings kaum Rücksprache in Bezug auf die ihnen vorliegenden Fallberichte und lehnten aus Sicht der Befragten Anträge des kommunalen Pflegeleistungsträgers auf Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung unbegründet ab.

Eine für einen kommunalen Kostenträger von Pflegeleistungen tätige Expertin (47 J., Krankenschwester mit gerontopsychiatrischer Fachausbildung) beschreibt die aus ihrer Sicht mangelhafte Kooperation folgendermaßen:

GD_04c: „Und ich würde mir wünschen, dass teilweise auch wirklich das Vormundschaftsgericht mit uns oder wir mit dem Vormundschaftsgericht zusammen, dass da eine andere Zusammenarbeit wäre. Also wie gesagt von dem Fall, wo ich um Rückmeldung gebeten habe, da kommt einfach nichts oder es werden dann Betreuungen abgelehnt plötzlich ohne vorherige Rücksprache, dass da mal einer mit uns gesprochen hätte oder irgendwas. Und wir machen uns nicht die Mühe, eine Betreuung anzuregen – weil das ist echt Schreibkram – weil wir Langeweile haben. Da denken wir uns schon was bei.“

Die Vormundschaftsgerichte bräuchten zudem teilweise sehr lange, um aktiv zu werden und einen (anderen) öffentlich-rechtlich beauftragten Betreuer zu organisieren. Manchmal vergingen zwei bis drei Monate bis zu einem Erstgutachten. In der Zwischenzeit, – so eine als Pflegedienstleiterin tätige Expertin, „kommen wir nicht weiter, die [Pflegebedürftigen] sind unterversorgt und wir müssen zugucken und versuchen, eigentlich die Leute so zu versorgen, dass sie überhaupt versorgt sind“.

Aus den Interviews mit allen Befragtengruppen liegen Darstellungen in Bezug auf die Rolle von Vormundschaftsgerichten bzw. öffentlich beauftragten gesetzlichen Betreuer/Betreuerinnen vor. In den meisten Fällen ging es dabei um die von außen angeregte Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Lediglich in einem von einer Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle berichteten Fall wird im Zusammenhang mit einer Fixierungsgenehmigung über ein Vormundschaftsgericht berichtet, welches auf der Grundlage eines „Gefälligkeitsgutachtens“ eines Arztes für einen Freund eine sachlich unangelegentlich gerechtfertigte Genehmigung für die Fixierung der Mutter des Freundes erteilt hat.

In Interviews zu vier in die Studie einbezogenen familialen Pflegesettings wird über bereits eingesetzte öffentlich beauftragte Betreuer/Betreuerinnen und ihre Rolle in Bezug auf problematische Pflegesettings berichtet. Die gesetzlichen Betreuer/Betreuerinnen waren in zwei Fällen vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen eingesetzt worden, in einem weiteren Fall vor dem Hintergrund mangelnder Sprachkenntnisse der Pflegebedürftigen und ihres Ehemannes und daraus erwachsender Schwierigkeiten bei der Erledigung von Antragsverfahren im Zusammenhang mit einsetzender Pflegebedürftigkeit und in einem vierten Fall schließlich im Zusammenhang mit der Substituierung einer opiatabhängigen Pflegebedürftigen. Zwei dieser Fälle und die Rolle der gesetzlichen Betreuer/Betreuerinnen darin werden im Zusammenhang mit der Thematisierung komplexer Interventionsstrukturen³⁷⁷ dargestellt, zwei weitere Fälle werden am Ende dieses Kapitels in Zusammenhang mit berichtetem Problemverhalten gesetzlicher Betreuer/Betreuerinnen aufgeführt.

In zwei Berichten ambulanter Pflegekräfte finden Vormundschaftsgerichte in Bezug auf eine von ambulanten Diensten angeregte Einrichtung rechtlicher Betreuungen Erwähnung. Die folgende Falldarstellung über die Anregung einer gesetzlichen Betreuung durch den ambulanten Dienst basiert auf einem Interview mit einer Geschäftsführerin und Pflegedienstleiterin (48 J., Krankenschwester). Sie habe im Rahmen ihrer Tätigkeit bei einem pflegebedürftigen Schwesternpaar eine gesetzliche Betreuung initiiert, um den Einsatz des Pflegedienstes überhaupt zu ermöglichen. In diesem Fall attackiere die eine Schwester die andere und verhindere zudem manchmal den Zutritt des Pflegedienstes zur gemeinsamen Wohnung.

I_32_AP: Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen eines Pflegedienstes (Pflegedienstleitung, w, 48 J., stellvertretende PDL, w, 36 J. und Pflegekraft, m, 47 J.) betreuen ein demenziell erkranktes Schwesternpaar in einer gemeinsamen Wohnung. Die Ältere bekomme von der Jüngeren „ab und zu mal eine verpasst“, wenn sie z. B. hinfallt und nicht mehr aufstehen könne. Lange Zeit wollten die beiden Schwestern bis auf die Hilfe bei der Medikamentengabe keine Unterstützung, doch der Pflegedienst habe mittlerweile mithilfe des Vormundschaftsgerichts eine Betreuung durchgesetzt.

³⁷⁷ Vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.7.

„Dann kriegt sie eine gescheppert. Und da ham’ wir jetzt über den Hausarzt und über Richter und über Verwandte, die entfernt wohnen, eben halt jetzt Gott sei Dank das durchbekommen, dass wir eine Betreuung drin haben, eine Person für beide. Na, und wo wir jetzt ab Montag, wenn’s einigermaßen läuft, anfangen können, da ein Bein reinzubekommen. Wir hatten vorher nur ein Bein drin in Bezug auf Medikamentengabe bei der einen Schwester, die uns aber nie reingelassen hat. Und wenn, dann hatten wa’ mal Glück, dass wa’ rein durften, ne, ab und zu und jetzt wird das aber über diese Betreuungsgeschichte so laufen mit Schloss austauschen und alles mögliche, dass wir zumindest probieren werden, ein Mal am Tag zu schauen: Leben se? Müssen wir irgendwas machen? Oder müssen wir auf irgendwas reagieren?“³⁷⁸

Hier wird deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung vor allem dazu dient, den Einsatz des Pflegedienstes zu ermöglichen und über die Medikamentenvergabe hinaus auszuweiten. Dieses Motiv wird von der Befragten im Zusammenhang mit einer stärkeren Kontrolle der von Gewalt geprägten Situation geschildert. Ausgehend von der Fallbeschreibung stellt sich die Frage, inwieweit der tägliche Einsatz eines Pflegedienstes dazu geeignet ist, regelmäßig stattfindende tätliche Angriffe zwischen demenziell erkrankten Personen zu verhindern bzw. ob und unter welchen Bedingungen die Aufrechterhaltung eines Wohnarrangements mit zwei demenziell Erkrankten überhaupt sinnvoll ist.

In einem weiteren Bericht einer ambulanten Pflegekraft ging es um einen Fall von Verwahrlosung und Unterernährung, in dem – ebenfalls ausgehend von der Initiative des Pflegedienstes – das Vormundschaftsgericht eingeschaltet worden war. Nach Einsetzen eines gesetzlichen Betreuers sei der Mann allerdings an den Folgen der Unterernährung gestorben.³⁷⁹

In sämtlichen sechs von Experten/Expertinnen berichteten Fällen, in denen die Rolle von Vormundschaftsgerichten zur Sprache kam, wurden diese bei gewalttätigen Pflegebeziehungen oder bei (vermuteten) Versorgungsmängeln eingeschaltet, um eine gesetzliche Betreuung durch eine öffentlich beauftragte Person einzusetzen. Fünf dieser Fälle werden von Experten/Expertinnen aus den Bereichen Krisenintervention und kommunale Pflegebegutachtung berichtet; in dieser Funktion haben sie sich selbst um die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung bemüht, um die pflegerische Versorgung sicherzustellen und/oder in Verbindung mit der verstärkten Nutzung professioneller Pflegeangebote gewaltgefährdete Pflegebedürftige vor Übergriffen zu schützen. Zwei Fallberichte einer 56-jährigen Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle über die Rolle des Vormundschaftsgerichtes bei der Intervention in Vernachlässigungs- bzw. Misshandlungssituationen bestärken die allgemein geäußerte Kritik an zeitlichen Verzögerungen bei der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. In den beiden ähnlich verlaufenen Fällen hatte sich jeweils der Pflegedienst bzw. die Tagespflege an die Kriseninterventionsstelle gewandt. Nachdem die Situation durch Gespräche nicht habe verbessert werden können, sei jeweils das Vormundschaftsgericht eingeschaltet worden, welches allerdings nur sehr verzögert reagiert habe. In einem Fall habe nach einem halben Jahr erfolgreich eine neutrale Betreuungsperson eingesetzt werden können. Da hier mehrere fallbeteiligte Institutionen involviert waren, wird der Fall im Kapitel 5.4.6.4.2.7 (komplexe Interventionsstrukturen) dargestellt.

³⁷⁸ Vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

³⁷⁹ Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

In dem anderen Fallbericht dieser Interviewpartnerin über pflegerische Vernachlässigung und finanzielle Ausbeutung durch den Sohn eines pflegebedürftigen Ehepaares betont sie, dass die Entwicklung einer Lösung dadurch erschwert worden sei, dass es keine „neutrale“ Betreuung für die betroffenen demenziell Erkrankten gegeben habe, sondern der Sohn die gesetzliche Betreuung übernommen hatte.

Ex_01: Ein pflegebedürftiges Ehepaar habe eine Zeit lang einen Pflegedienst engagiert. Als der Ehemann zunehmend an einer Demenz gelitten habe, habe der Sohn die Betreuung für seine Eltern übernommen und fortan die Einsätze des ambulanten Dienstes auf einen Einsatz pro Woche (zur Medikamentenvergabe) reduziert, um das Pflegegeld zu erhalten. Die Wohnung des Paares sei verdreckt gewesen, auch die Körperpflege sei vom Sohn nicht geleistet worden. Nachdem der ambulante Dienst sich an die Kriseninterventionsstelle gewandt hatte, sei das Vormundschaftsgericht einbezogen worden. Das Ehepaar habe gemeinsam in ein Heim gewollt, wozu der Einsatz eines „neutralen“ Betreuers erforderlich gewesen sei. Da das Vormundschaftsgericht den Fall nur zögerlich bearbeitet habe, sei es zu keiner gemeinsamen Heimübersiedlung gekommen. Die pflegebedürftige Frau sei nach einem Sturz ins Krankenhaus gekommen und dort verstorben.³⁸⁰

In drei weiteren von Experten/Expertinnen berichteten Fällen wurde ebenfalls das Vormundschaftsgericht einbezogen, um eine gesetzliche Betreuung durchzusetzen, der Ausgang der Fälle war aber zum Interviewzeitpunkt noch unklar:

- Der Fallbericht eines Geschäftsführers eines Pflegedienstes handelt von der pflegerischen Vernachlässigung einer Pflegebedürftigen durch ihren Sohn. Der Pflegedienst habe das Vormundschaftsgericht einbezogen, um eine gesetzliche Betreuung für die Frau durchzusetzen.³⁸¹
- In einem von einer kommunalen Pflegegutachterin berichteten Fall³⁸² ging es um eine pflegebedürftige Frau, deren getrennt lebender Ehemann sie bedrohe, pflegerisch vernachlässige und zudem sämtliche Vollmachten über ihre Geldangelegenheiten habe. Von der Mitarbeiterin der Kriseninterventionsstelle wurde eine gesetzliche Betreuung vor allem mit dem Ziel angeregt, dem Mann seine Kontroll- und Machtposition zu entziehen.
- In dem dritten Fall, dessen Ausgang zum Interviewzeitpunkt noch ungewiss war, habe eine Tochter Pflegegeld bezogen, die pflegerische Versorgung aber nicht sichergestellt. Der Fall wurde von einer 53-jährigen Sozialarbeiterin einer altersbezogenen Beratungs- und Kriseninterventionsstelle berichtet.

GD_04a: Die Interviewpartnerin berichtet von einer Pflegebedürftigen, die sich selbst an die Polizei und die Kriseninterventionsstelle gewandt habe, da sie von einer ihrer Töchter schon länger finanziell ausgenutzt werde. Die Tochter habe für die Mutter Hilfe zur Pflege bei der Pflegekasse beantragt, dort Pflegestufe 1 und entsprechende Geldleistungen bewilligt bekommen, enthalte der Mutter nun aber die Pflege vor. Die Krisenintervention habe sich durch die mangelnde Auskunftsbereitschaft der Pflegebedürftigen sehr verzögert. Nachdem diese ein gemeinsames Gespräch mit der Beraterin und der Tochter abgelehnt habe, werde aktuell mit

380 Vgl. Darstellung in den Kapiteln 5.4.6.4.2.1 und 5.4.6.3.4.3.1.

381 Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.1, Ex_10.

382 Vgl. Darstellung in Kapitel 5.4.6.4.2.3, GD_04c.

Einwilligung der Pflegebedürftigen versucht, über die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung zu bewirken, dass ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt wird. Die Mutter traue sich nicht, etwas gegen ihre Tochter zu sagen.³⁸³

In dieser letzten Fallschilderung fällt auf, dass das Einschalten des Vormundschaftsgerichts zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für die betroffene Frau offenbar eine im Vergleich zu einer direkten Einmischung seitens der Beratungsstelle oder aber auch der Polizei „niedrigschwellige“ und weniger konfrontative Möglichkeit der Problemlösung darstellt.

In den meisten Einschätzungen und Einzelfallberichten der Experten/Expertinnen wird die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung als möglicher Schutz vor Viktimisierungen bzw. als Grundlage der Sicherstellung pflegerischer Versorgung dargestellt. Die Falldarstellungen in Bezug auf die in die Studie einbezogenen Pflegesettings sowie der Bericht eines Experten werfen zugleich kritische Fragen hinsichtlich der grundsätzlich protektiven Effekte gesetzlicher Betreuungen auf:

In zwei Pflegesettings erheben die Interviewpartnerinnen den Vorwurf der Willkür und des Machtmissbrauchs gegenüber den eingeschalteten gesetzlichen Betreuern/Betreuerinnen. Da zu beiden Fällen jeweils nur eine Person befragt wurde, sind Objektivität und Verlässlichkeit der Aussagen schwer einzuschätzen. Die Berichte³⁸⁴ erscheinen allerdings vor dem Hintergrund bekannt gewordener Fälle nicht von vornherein unplausibel. Einer dieser Fälle wird nachstehend ausführlich dargestellt:

I_34: Das Interview wurde mit der 48-jährigen Schwiegertochter eines zum Interviewzeitpunkt bereits verstorbenen Pflegebedürftigen geführt. In diesem Pflegesetting hatte ein konflikthafter Wechsel des familialen Pflegehaushalts von der Schwiegertochter zu der Tochter des Pflegebedürftigen stattgefunden. Nachdem die Frau des Pflegebedürftigen verstorben war, habe die bis dahin nicht aktiv an der Pflege beteiligte Tochter des Pflegebedürftigen ihn mit Unterstützung einer zuvor bestellten gesetzlichen Betreuerin zu sich genommen. Die Betreuung sei eingerichtet worden, weil der Schwiegervater aufgrund seiner Demenz nicht mehr in der Lage gewesen sei, in finanziellen Dingen zu entscheiden. Die Befragte habe damals die Betreuung nicht übernehmen wollen, weil sie Konflikte mit ihrer Schwägerin befürchtet habe. Die Interviewpartnerin beschreibt die Pflegeübernahme durch ihre Schwägerin als finanziell motiviert. Die Tochter des Pflegebedürftigen habe in der Zeit, in der der Vater bei ihr gelebt habe, den größten Teil seines Vermögens für eigene Anschaffungen aufgebraucht, die sie – nach Aussage der Gesprächspartnerin aus der Betreuungsakte ersichtlich – von der Betreuerin ungeprüft als „erhöhten Anschaffungsbedarf“ abgerechnet habe. Die Tochter habe den Pflegebedürftigen in starkem Maße kontrolliert und sozial isoliert. Gegen die befragte Schwiegertochter und den Sohn habe die Tochter mit Unterstützung der gesetzlichen Betreuerin ein gerichtliches Kontaktverbot zum Schwiegervater bzw. Vater erwirkt. Die Befragte und ihr Mann hätten versucht, dagegen beim Amtsgericht zu klagen, seien dort aber immer wieder auf die Aussagen der Betreuerin verwiesen worden. Der Schwiegervater sei, soweit man das wisse, von der Tochter nicht gut behandelt worden. Er habe sich in der ihm unvertrauten Wohnung nicht mehr zurechtgefunden; ein Verwandter, der ihn einmal besucht hatte, habe über Hämatome berichtet. Die gesetzliche Betreu-

³⁸³ Vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 und 5.4.6.4.2.4.

³⁸⁴ Zwei weitere Pflegesettings, in denen gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern eine Rolle in Bezug auf problematische Pflegesituationen zugeschrieben wird, werden aufgrund ihrer komplexen Interventionsstrukturen in Kapitel 5.4.6.4.2.7 dargestellt.

erin habe sich nicht um das Wohlergehen des Betreuten gekümmert, sondern als eine Art „verlängerter Arm“ der Tochter gehandelt und zudem die Abrechnungsbelege der Tochter nicht geprüft.³⁸⁵

In diesem Fall wirft die Interviewpartnerin der gesetzlichen Betreuerin des Schwiegervaters vor, eine aktive bzw. unterstützende Rolle im Hinblick auf die soziale Isolation des Pflegebedürftigen und die Bereicherung der Tochter an dessen Vermögen gespielt zu haben. Darüber hinaus berichtet sie von Verdachtsmomenten körperlicher Misshandlung des Schwiegervaters. Der Fall wirft die Frage auf, inwieweit das bisherige Verfahren dazu in der Lage ist, Pflegebedürftige vor Betreuerinnen und Betreuern zu schützen, die im eigenen Interesse oder im Interesse Dritter handeln, jedenfalls nicht primär das Wohl des Betreuten verfolgen. Berichte über ins Hellfeld gelangende Einzelfälle weisen darauf hin, dass im Hinblick auf Vermögensdelikte an Betreuten (Untreue, Unterschlagung, Betrug) gravierende Vorwürfe gegen ehrenamtliche wie Berufsbetreuerinnen und -betreuer erhoben werden.³⁸⁶ Die Kontrolle gesetzlicher Betreuer/Betreuerinnen erscheint vor diesem Hintergrund als wesentliche Herausforderung im Hinblick auf den Schutz von Betreuten.

Auch vonseiten eines nebenberuflich als MDK-Mitarbeiter tätigen Experten wird eine stärkere Kontrolle gesetzlicher Betreuungen sowohl durch Angehörige als auch durch öffentlich bestellte Personen angemahnt. Die Qualität der öffentlich bestellten Betreuung habe gelitten, seit Betreuer/Betreuerinnen nicht mehr einzelne Leistungen abrechnen könnten, sondern pauschal vergütet würden. Seither erlebe er, dass die Kontaktdichte zurückgehe und von manchen „nur noch das Notwendigste“ erledigt werde. Zudem werde kaum überprüft, inwieweit öffentlich bestellte oder familiäre Betreuer/Betreuerinnen ihre Aufgaben überhaupt wahrnehmen.

Der folgende von einem 49-jährigen Leiter einer Beschwerdestelle berichtete Fall weist darauf hin, dass möglicherweise Dritte das Instrument der rechtlichen Betreuung missbräuchlich zur Verfolgung eigener Interessen ins Spiel bringen können.

Ex_04: Der Interviewpartner berichtet von einem Fall eines mutmaßlichen Bereicherungsdelikts durch einen ambulanten Pflegedienst. Die Mitarbeiter hätten nicht erbrachte Leistungen abgerechnet. Nachdem sich die pflegende Tochter gegen dieses Vorgehen gewehrt habe, habe der Pflegedienst gekündigt. Im Umkreis gebe es nur drei Pflegedienste, und die anderen beiden hätten sich geweigert, den pflegebedürftigen Vater zu versorgen. Mittlerweile werfe der ehemals in die Pflege involvierte Pflegedienst der Tochter vor, den Vater zu vernachlässigen und versuche, über das Vormundschaftsgericht eine gesetzliche Betreuung zu erwirken. Der Befragte betrachtet dies als nicht glaubwürdig, da bis zum Zeitpunkt der Beschwerde durch die Tochter fünf Jahre lang „alles in Ordnung“ gewesen sei. Seines Erachtens sei eine gesetzliche Betreuung für Pflegedienste einfacher zu handhaben, da Privathaushalte mehr auf ihre Finanzen achteten. Einem öffentlich bestellten Betreuer sei es

³⁸⁵ Vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 und im Hinblick auf die Aggressivität des demenziell erkrankten Mannes Kapitel 5.4.6.3.3.

³⁸⁶ Vgl. etwa den Bericht Ehemaliger Rechtsanwalt im Zwielficht (2008) über einen 41-jährigen früheren Rechtsanwalt, dem vorgeworfen wird, 16.000 € aus dem Vermögen eines demenziell erkrankten Mannes, zu dessen ehrenamtlichem Betreuer er bestellt worden war, veruntreut zu haben. In einem anderen Fall (Berufsbetreuer soll alte Menschen betrogen haben, 2006) wurden einem Berufsbetreuer Untreue und Betrug in mehr als 700 Fällen vorgeworfen; er habe über sechs Jahre hinweg mittels falscher Abrechnungen und unerlaubter Überweisungen auf sein eigenes Konto die Betreuten geschädigt.

hingegen oftmals egal, was ein Pflegedienst abrechne. Der Befragte ist der Ansicht, dass der Pflegedienst, der eine Betreuung für den Pflegebedürftigen anstrebt, sich durchsetzen wird, da Richter im Allgemeinen Privatpersonen weniger trauen würden.³⁸⁷

Dieser Fall verdeutlicht, dass neben dem berechtigten Interesse an der Sicherstellung von Pflege und Versorgung eine gesetzliche Betreuung vonseiten ambulanter Dienste auch aus wirtschaftlichen Motiven erfolgen bzw. als Machtmittel in der Auseinandersetzung um gegen den Pflegedienst erhobene Vorwürfe missbraucht werden kann. Es scheint in diesem Fall denkbar, dass der ambulante Dienst den Aufwand, ein Vormundschaftsgericht einzuschalten, um eine gesetzliche Betreuung durchzusetzen, nicht primär im Hinblick auf die Aufrechterhaltung eines einzelnen Dienstleistungsauftrags in Kauf nimmt, sondern vor allem, um durch einen „Gegenangriff“ den Vorwurf der Falschabrechnung auch öffentlichkeitswirksam von sich zu weisen.

Fazit

Die vorliegenden Einschätzungen und Einzelfallberichte zur Rolle von Vormundschaftsgerichten und öffentlich bestellten gesetzlichen Betreuern/Betreuerinnen verdeutlichen folgende Problemfelder und daraus resultierende Herausforderungen:

- Gesetzliche Betreuungen können ein wichtiges Instrument zum Schutz von Pflegebedürftigen vor Vernachlässigung und Viktimisierung sein.
- Vor dem Hintergrund des Materials problematisch erscheint die teilweise langsame Bearbeitung von durch Dritte an entsprechende Gerichte herangetragenen Fällen, in denen die Einrichtung einer Betreuung zur Abwehr akut vorliegender Gefährdungen dringend erforderlich ist.
- Auf der anderen Seite wurde deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung als Machtmittel bzw. zum eigenen Vorteil sowohl von Institutionen als auch Privatpersonen missbräuchlich eingesetzt werden kann.
- Es müssen wirksame Instrumente gefunden werden, die sicherstellen, dass gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer zum Wohle der Betroffenen handeln bzw. dass in Fällen, in denen dies nicht geschieht, andere Betreuer/Betreuerinnen zeitnah verfügbar sind. Dies erfordert zum einen ausreichende Zeitressourcen, zum anderen die Schaffung von Kontrollmechanismen und verbindlichen Beschwerdeverfahren.³⁸⁸

■ 5.4.6.4.2.6 Polizei/Strafjustiz

Es liegen nur wenige und wenig detaillierte Aussagen und Erfahrungsberichte zur Rolle von Polizei und Strafjustiz in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegearrangements vor.

Die summarischen Einschätzungen und Erfahrungen der befragten Experten/Expertinnen sowie die Einzelfallberichte ambulanter Pflegekräfte zeigen, dass Polizei und Justiz in der Aufklärung und Verfolgung von Gewalttaten in diesem Bereich bislang keine bedeutsame Rolle zukommt. Darüber hinaus wird von einigen Experten/Expertinnen die

³⁸⁷ Vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.2.

³⁸⁸ In den USA existiert bereits eine „National Association to STOP Guardian Abuse“ (<http://stopguardianabuse.org/>). Zu missbräuchlichem und problematischem Handeln von „legal guardians“ vgl. u.a. Frolik (1991), Kapp (1981), Pepper (1989) und Schimer & Anetzberger (1999).

Einschätzung formuliert, polizeiliche Interventionen und strafrechtliche Verfolgung seien in den meisten Fällen der Viktimisierung Pflegebedürftiger keine anzustrebenden Interventionsformen. Diese Einschätzung wird insbesondere vor dem Hintergrund formuliert, dass Aggressionen und Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen vor allem aus Überforderung und Überlastung resultierten, an denen eine Bestrafung nichts ändern könne. In Fällen hingegen, in denen Gewalt oder Aggressivität „mit voller Absicht“ angewendet werde, sehen die Experten/Expertinnen teilweise auch Polizei und Justiz in der Verantwortung.

Die Einschätzungen hinsichtlich der fachlichen Urteilskompetenz bei Polizei und Strafjustiz sind unterschiedlich. Auf der einen Seite stellen insbesondere Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der alterns- und pflegebezogenen Beratung und Krisenintervention eine gestiegene Sensibilität für das Thema Gewalt in der Pflege bzw. gegen Ältere fest: „Dass die Polizei sensibler wird, was Alte betrifft, das ist klar, jetzt.“ Hier müsse man ansetzen und Interventionsstrategien zur Verfügung stellen. Teilweise würden sie von der Polizei über Viktimisierungsfälle in Kenntnis gesetzt und als niedrigschwellige Beratungsstelle in die Fallbearbeitung einbezogen (vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.4).

Auf der anderen Seite berichtet ein Mitarbeiter aus dem Bereich der Pflegebegutachtung von problematischen Erfahrungen mit Polizei und Justiz, wenn es um Fälle mit pflegebedürftigen, insbesondere mit demenzkranken Opfern gehe; Strafverfolger seien im Umgang mit dieser Opfergruppe nicht erfahren, dadurch verunsichert und zurückhaltend. Er vermutet ferner, dass Tötungsdelikte nicht immer als solche erkannt werden; es bestehe bei Pflegebedürftigen die Gefahr, dass selbst vorsätzliche Tötungen als natürliche Todesfälle interpretiert werden.

Insgesamt fanden der Einbezug und die Rolle von Polizei und Strafjustiz in nur fünf Einzelfallberichten von Expertinnen und Experten und ambulanten Pflegekräften sowie in einem in die Studie einbezogenen Setting Erwähnung. Hierbei wurde die Rolle bzw. das Verhalten von Polizei und Strafverfolgungsbehörden zumeist nur wenig detailliert dargestellt bzw. teilweise nur indirekt erwähnt.

In der Hälfte der Fälle ging es um körperliche Misshandlungen im Rahmen von Partnergewalt gegen Frauen, in einem Fall um eine versuchte Vergewaltigung einer Pflegebedürftigen durch ihren Sohn, in einem Fall um finanzielle Ausbeutung und Vernachlässigung eines Pflegebedürftigen durch Nachbarn und schließlich um einen Fall finanzieller Ausbeutung einer pflegebedürftigen Frau durch ihre Tochter. Mit Ausnahme des letzten Falles, wo sich die pflegebedürftige Mutter selbst an die Polizei gewandt hatte, wurde die Polizei nicht durch die Betroffenen selbst, sondern durch Dritte über die Misshandlung bzw. Vernachlässigung informiert.

Anhand der Falldarstellungen soll im Folgenden die Rolle von Polizei und Justiz zum einen in Bezug auf ihre Interventionsfunktion, zum anderen in Bezug auf ihre Ermittlungsfunktion dargestellt werden.

Intervention

In insgesamt drei Einzelfallberichten bzw. Interviews mit Beteiligten an einem Pflege-setting wird ein Eingreifen von Polizei und Strafverfolgungsbehörden berichtet oder indirekt erwähnt.

In Bezug auf ein in die Studie einbezogenes häusliches Pflegearrangement berichtet die befragte 48-jährige Pflegedienstleiterin eines ambulanten Dienstes über das Hinzuziehen der Polizei in einer akuten Gewaltsituation. Die 50-jährige Pflegebedürftige ist opiatabhängig, wird substituiert und ist multimorbid.

I_90: Der Ehemann der Pflegebedürftigen habe schon häufiger verbale und körperliche Gewalt gegen die auf einen Rollstuhl angewiesene Pflegebedürftige angewandt. Einmal sei eine Freundin der Pflegebedürftigen Zeugin eines massiven tätlichen Angriffs des Mannes gegen die Frau geworden und habe die Polizei gerufen. Der Täter habe mit einem harten Gegenstand auf sie eingeschlagen, sodass sie ins Krankenhaus musste. Nachdem die Pflegebedürftige Anzeige erstattet habe, sei der Mann in eine Psychiatrie eingewiesen worden. Zudem sei ihm gerichtlich für die nachfolgenden Wochen ein Kontaktverbot zu der Frau erteilt worden. Im Unterschied zu den Aussagen des ebenfalls befragten Ehemannes, der diesen Angriff als einmaligen „Ausrutscher“ beschrieb, berichtet die ambulante Pflegekraft, dass der Mann seine Frau nach wie vor schlage. Während eines zweiten Aufenthalts des Mannes in der Psychiatrie habe sie beim Duschen der Frau festgestellt, dass diese am ganzen Rumpf mit verhärteten Hämatomen „übersät“ gewesen sei. Nach Aussagen der Pflegekraft wolle die Frau die Polizei nicht einschalten, da sie keine Anzeige gegen ihren Mann erstatten wolle.³⁸⁹

In diesem Fallbericht deutet sich nach Aussagen der ambulanten Pflegekraft an, dass das Einschalten der Polizei für die Betroffene offenbar deshalb keine Interventionsmöglichkeit darstellt, weil sie damit die Pflicht zu einer Anzeigeerstattung verbindet. Es ist davon auszugehen, dass die Frau Anzeigeerstattung und das Stellen eines förmlichen Strafantrags miteinander gleichsetzt. Da sie nicht bereit ist, einen solchen Antrag zu stellen, erscheint ihr das Einschalten der Polizei nicht als sinnvolle Maßnahme.

Eine 56-jährige Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle berichtet über einen Polizeieinsatz nach einer versuchten Vergewaltigung einer Pflegebedürftigen.

Ex_01: Ein alkoholabhängiger Mann habe versucht, seine pflegebedürftige 84-jährige Mutter zu vergewaltigen. Diese habe lautstark um Hilfe gerufen, sodass Nachbarn/Nachbarinnen die Polizei riefen. Die Polizei habe der Frau sofort geglaubt. Der Sohn sei kurz zuvor bei seiner Mutter eingezogen, nachdem ihm seine Wohnung gekündigt worden sei. Der Sohn sei nach dem Polizeieinsatz auf Grundlage des Gewaltschutzgesetzes aus der gemeinsamen Wohnung verwiesen worden. Die Polizei selbst habe die Kriseninterventionsstelle einbezogen. Deren weitere Rolle blieb im Interview unbenannt.³⁹⁰

Das Verhalten der Polizei wurde in dem Fallbericht von der Interviewpartnerin positiv hervorgehoben. Sie bezeichnete es angesichts des Alters der Frau und der zu erwartenden Haltung der Polizei als Ausnahme, dass der Frau geglaubt worden sei. Hervorzuheben ist zudem die Einschaltung der Beratungsstelle durch die Polizei.

In einem anderen, in Kapitel zu ambulanten Diensten (5.4.6.4.2.2) bereits aufgeführten Fallbericht wurde die Einbeziehung der Polizei sowie der Strafverfolgungsbehörden eher indirekt erwähnt. Hier habe der Pflegedienst einen gegenüber seiner pflegebedürftigen Ehefrau wiederholt gewalttätigen Ehemann angezeigt. Dies habe letztlich zu einer Verurteilung und zu einer Haftstrafe geführt.

³⁸⁹ Vgl. die ausführliche Darstellung in den Kapiteln 5.4.6.3.4.3.1 und 5.4.6.4.5.2.7.

³⁹⁰ Vgl. auch die Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1.

Ermittlung

Das Verhalten von Polizei und Justiz bei der Ermittlung von Straftaten und Verdachtsfällen wird in drei Einzelfallberichten dargestellt bzw. indirekt erwähnt.

Die 49-jährige Geschäftsführerin und der 30-jährige Geschäftsführer eines privaten ambulanten Pflegedienstes berichten über die Aufdeckung von Gewalttaten eines ehemaligen Mitarbeiters, der zum Interviewzeitpunkt wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen angeklagt war.³⁹¹

I_27_AP: Eine Patientin, demenzkrank, bettlägerig und alleinlebend, habe über Wochen Hämatome am ganzen Körper aufgewiesen. Die Geschäftsführerin und der Geschäftsführer des Pflegedienstes hätten sich daraufhin an die Polizei gewandt. Dort sei ihnen gesagt worden, dass sie eine „Strafanzeige stellen“ müssten, damit die Polizei ermitteln könne. Ihnen sei nahegelegt worden, selbst Ermittlungen zu betreiben, um den Verdacht zu verifizieren bzw. zu falsifizieren. Zu einer förmlichen Anzeigeerstattung hätten sie sich angesichts der Zweifel an der Stichhaltigkeit des Verdachts nicht durchringen können. In Absprache mit dem Sohn der Pflegebedürftigen habe der Pflegedienst im Pflegezimmer der Patientin eine Überwachungskamera installieren lassen, wodurch der in Verdacht stehende Mitarbeiter überführt worden sei. Nachdem der Inhalt des Filmmaterials ausgewertet und der Polizei mitgeteilt worden sei, habe diese den Pfleger festgenommen.³⁹²

Den Aussagen der Interviewpartner/-partnerinnen zufolge hat die Polizei mit dem Verweis auf eine dafür erforderliche Anzeigeerstattung – mit der nur das Stellen eines Strafantrags gegen den Mitarbeiter gemeint sein kann – die Aufnahme eigener Ermittlungen abgelehnt bzw. an die Einrichtung selber delegiert. Angesichts des von den Befragten gegenüber der Polizei geäußerten Verdachts war u. a. an eine Straftat nach § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) zu denken. § 225 StGB ist nicht als Antrags-, sondern als Officialdelikt gestaltet, sodass mit der Kenntnisnahme des Verdachts durch die Beamten eine Ermittlungspflicht gegeben war. Dass der Fall aufgeklärt werden konnte, der Täter festgenommen wurde und somit weitere Gewalttaten verhindert wurden, ist zunächst auf das couragierte Vorgehen der Leitung der Einrichtung zurückzuführen. In zwei weiteren Einzelfallberichten findet das Verhalten von Polizei und Strafjustiz bei der Ermittlung von Straftaten bzw. Verdachtsfällen eher indirekte Erwähnung. Es bleibt daher unklar, ob die Polizei über das berichtete Verhalten hinaus als Akteur an der Aufklärung der Fälle beteiligt war.

Eine 41-jährige Altenpflegerin berichtet über ihren Einsatz bei einem pflegebedürftigen alleinstehenden Mann, der seinen Nachbarn, als Gegenleistung für seine Versorgung, ein Baugrundstück zur Verfügung gestellt hatte, dabei aber völlig verwahrlost und unterversorgt war. Sie erwähnt eine Vorladung bei der Kriminalpolizei nach dem Tod des Mannes.

I_47_AP: Nach ihrer ersten Dienstwoche im Haushalt des Mannes habe sich bei der Interviewpartnerin der Eindruck verfestigt, dass die Nachbarn den Mann hygienisch und pflegerisch verwahrlosen ließen und die Versorgung mit Lebensmitteln unzureichend war. Nach Einbeziehung des sozialmedizinischen Dienstes sei ein Betreuer eingesetzt worden, der

³⁹¹ Der Mann wurde später zu einer vierjährigen Freiheitsstrafe verurteilt.

³⁹² Vgl. ausführliche Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.3 und Darstellung der Rolle des ambulanten Pflegedienstes in Kapitel 5.4.6.4.2.1.

kurz darauf die Einweisung des Mannes in ein Krankenhaus veranlasst habe. Dort sei der Mann an den langfristigen Folgen der Unterernährung gestorben. „Und dann mit einem Mal habe ich dann ‘ne Vorladung gekriegt, da musste ich auf die Kripo antanzen, weil von seinem Konto 5.000,- DM gefehlt hätten.“ Sie habe der Polizei mitgeteilt, dass die Nachbarn die Kontovollmacht gehabt haben. Sie selbst habe von dem Mann lediglich 100,- DM bekommen, um einkaufen gehen zu können. Darüber habe sie genauestens Buch geführt und die entsprechenden Quittungen auch aufbewahrt. Diese Nachweise seien von der Polizei akzeptiert worden.³⁹³

Es wird deutlich, dass die Polizei tätig geworden ist. Gleichwohl stellt sich die Frage, in welcher Angelegenheit die Behörden ermittelt haben und inwieweit – vor dem Hintergrund der Verwahrlosung als mutmaßliche Todesursache – eine strafrechtliche Verfolgung des Falls im Hinblick auf die Begehung eines Tötungsdelikts stattgefunden hat. Es fällt zumindest auf, dass die Befragte von einer Vorladung lediglich in Bezug auf ungeklärte Geldangelegenheiten berichtet. Eine Befragung zur häuslichen Gesamtsituation des Pflegebedürftigen sowie zu dem Verhalten der Nachbarn wäre angesichts der einwöchigen Tätigkeit der Pflegekraft in der Häuslichkeit ebenfalls denkbar, wird aber nicht erwähnt.

In einem weiteren von einem 58-jährigen Sozialarbeiter einer Beratungs- und Kriseninterventionsstelle berichteten Fall findet die Polizei ebenfalls eher indirekte Erwähnung.

GD_04b: Eine pflegebedürftige Mutter zweier Töchter habe sich an die Polizei und die Kriseninterventionsstelle gewandt, da eine ihrer Töchter sie finanziell ausbeute und sich um die Pflege nicht kümmere. Die Beraterin schildert hier ihre eigenen Bemühungen der Fallaufklärung und erwähnt in diesem Zusammenhang lediglich, dass die Polizei sich an sie gewandt und ihr ihre „Eindrücke“ des Falles mitgeteilt habe. Inwieweit die Polizei danach selber ermittelnd tätig gewesen ist, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung geht der Schilderung zufolge auf die Initiative der Gesprächspartnerin zurück.³⁹⁴

Inwieweit die Nichterwähnung der Polizei in Bezug auf die Verfolgung des Falls auf nicht erfolgtes Handeln zurückzuführen ist, bleibt angesichts der wenig detaillierten Darstellung uneindeutig. Festgehalten werden kann aber, dass die Kriseninterventionsstelle von der Polizei als Ansprechpartner wahrgenommen und konsultiert wurde.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass – dem in der vorliegenden Studie berichteten Fallaufkommen zufolge – Polizei und Strafjustiz bislang keine bedeutende Rolle bei der Verfolgung von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen spielen. Inwieweit Strafverfolgungsinstanzen über besonders gravierende Fälle hinaus in die Bearbeitung dieses Problemfeldes einbezogen sein sollten, wird von befragten Experten/Expertinnen unterschiedlich beurteilt. Die berichteten Einzelfallbeispiele deuten an, dass die Polizei bei akuten und eindeutigen Fällen von körperlicher Gewalt einbezogen bzw. tätig wird. In Bezug auf die Ermittlung bei Verdachtsfällen scheint die Wahrnehmung der polizeilichen Ermittlungspflicht nicht selbstverständlich zu sein.

³⁹³ Vgl. ausführliche Darstellung des Falles in Kapitel 5.4.6.4.2.2.

³⁹⁴ Vgl. Darstellung in den Kapiteln 5.4.6.4.2.4 und 5.4.6.3.4.3.1.

Die auf Opfer- und Zeugenseite vorhandene Annahme, dass das Einbeziehen der Polizei eine förmliche „Anzeige“ (im Sinne des Stellens eines Strafantrags) erfordere, kann – darauf weist das Interviewmaterial hin – auch in der Reaktion auf entsprechendes polizeiliches Verhalten entstanden oder bekräftigt worden sein. Die Einzelfallberichte und die Experteneinschätzungen weisen darauf hin, dass die Kooperation mit anderen, niedrigschwelligen Institutionen und Beratungseinrichtungen mittlerweile Bestandteil des polizeilichen Tätigkeitsspektrums ist.

I 5.4.6.4.2.7 Komplexe Interventionsstrukturen

Anhand dreier Fallbeispiele von Viktimisierungen in häuslichen Pflegesettings, in denen eine Intervention stattgefunden hat, sollen im Folgenden zentrale Problemfelder in Bezug auf Interventionsstrukturen, -abläufe und -ergebnisse fokussiert werden. Die ausführlich dargestellten Fälle eignen sich aufgrund der Vielschichtigkeit der beteiligten Akteure in besonderer Weise, die in den vorangegangenen Kapiteln bereits ange deuteten institutionell und individuell bedingten Interventionshindernisse verdichtet aufzugreifen sowie die besonderen Schwierigkeiten, die sich aus einer Beteiligung multipler Akteure ergeben, aufzuzeigen.

Fall 1

In dem ersten, von einer 56-jährigen Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle berichteten Fall (vgl. auch Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1) geht es um massive Misshandlung einer dementen Pflegebedürftigen durch ihren Ehemann.

Ex_01: Die Interviewpartnerin berichtete, sie sei im Juli 2004 von der Leiterin einer Tagespflegeeinrichtung informiert worden, dass eine alkoholabhängige demente 73-jährige Patientin von ihrem alkoholabhängigen 78-jährigen Mann regelmäßig geschlagen werde, wenn er betrunken sei. Die Patientin komme wiederholt mit starken Hämatomen im Gesicht und am Körper sowie mit aufgeplatzten Lippen in die Tagespflege; die Anruferin habe ihr vermittelt, dass man den Mann nicht auf seine Taten ansprechen könne. Die Krisenberaterin habe daraufhin der Familie der Pflegebedürftigen einen Hausbesuch abgestattet und versucht, mit allen Familienangehörigen zu reden. Den Mann habe sie unverbindlich angesprochen und auf Hilfemöglichkeiten verwiesen. „Ich habe dann alles gesagt, das, so wie ich das immer mach’ mit: ‚Ja, Sie pflegen ja Ihre Frau und das finde ich toll, und wenn Sie mal Hilfe brauchen, wenn Sie überfordert sind und so, wenden Sie sich an uns.‘ Ich gab ihm dann unsere Karte, hab ihm auch noch verschiedene Broschüren dagelassen.“ Die ebenfalls anwesenden Kinder (Sohn und Tochter) habe sie direkt auf das Verhalten des Vaters angesprochen, diese hätten jedoch nicht glauben wollen, dass der Vater seine Frau schlägt, da er nie gewalttätig gewesen sei.

Bei einem nochmaligen Hausbesuch nach drei Wochen sei die Pflegebedürftige anwesend und sichtlich „angeschlagen“ gewesen; der Mann habe behauptet, sie sei gefallen, die Frau habe sich an nichts mehr erinnern können. Die Gesprächspartnerin habe nach diesem Besuch bei Nachbarn geklingelt, die bestätigten, dass der Ehemann seine Frau häufig anbrülle, „Du hast dich schon wieder beschissen und bepinkelt“ und dann auch für die Nachbarschaft hörbar zuschlage.

Die Gesprächspartnerin habe dann umgehend die Tochter der Pflegebedürftigen angerufen und einen Termin mit ihr vereinbaren wollen, wozu es allerdings nicht gekommen sei, da die Tochter sich nicht zurückgemeldet habe, um den Termin zu bestätigen.

Im Oktober habe sie einen erneuten Anruf der – am Telefon deutlich von der Situation belastet wirkenden – Tagespflegekraft wegen der zunehmenden Gewaltspuren bei der pflegebedürftigen Frau erhalten, woraufhin sie mit einem Psychiater des sozialmedizinischen Dienstes das Ehepaar zu Hause aufgesucht habe. Die Einschätzung des Psychiaters sei gewesen, dass der Mann es an seiner Frau auslassen könnte, wenn man ihn direkt mit seinem Verhalten konfrontiere. Daher habe er dem Mann ebenfalls unverbindlich Hilfe angeboten. „Dem kann man das auf den Kopf nicht zusagen, weil, dann wissen wir nicht, was passiert mit der Frau, dass der dann wütend ist, dass man ihm auf die Schliche gekommen ist und er dann das an seiner Frau auslässt. Ne, Juli, Oktober.“

Nach diesem Hausbesuch und weiteren Anrufen seitens der Tagespflegeeinrichtungsleiterin wegen des aufgrund der Misshandlungen sich verschlechternden Zustands der Pflegebedürftigen habe die Gesprächspartnerin beim Vormundschaftsgericht um eine Eilbetreuung gebeten und noch einmal vergeblich versucht, mit den Kindern Kontakt aufzunehmen, die aber ein Gespräch verweigert hätten: „Die hatten Angst, ob sie vor dem Vater Angst hatten oder was, ich weiß es nicht, die wollten das einfach nicht wahrhaben.“ Ferner habe sie sich in Absprache mit der Einrichtungsleiterin bemüht, das Opfer zum Schutz vorübergehend in einem Krankenhaus unterzubringen, was nicht gelungen sei. Das Gericht, dem sie den Fall in einem Bericht ausführlich geschildert habe, habe zunächst eine vorübergehende Verfahrensplegerin eingesetzt, diese wiederum habe dem Gericht die Tochter der Pflegebedürftigen – die sich bislang geweigert hatte, tätig zu werden – als rechtliche Betreuerin vorgeschlagen. Zudem habe das Verfahren insgesamt sehr lange gedauert:

„Dann läuft ja dann alles erst einmal, Verfahrensplegerschaft wird eingesetzt, 'n psychiatrisches Gutachten wird erstellt und das dauert ja alles unheimlich lange. Und dann war, vor Weihnachten, bekamen wir ein Schreiben vom Vormundschaftsgericht, dass eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden ist, wobei die Verfahrensplegerin auch noch dem Vormundschaftsgericht geschrieben hat, dass die Tochter die Betreuung übernehmen soll. Und ich hatte dem Gericht geschrieben, dass ich es für bedenklich halte, wenn die Familienangehörigen die Betreuung bekommen.“ Auf die Intervention der Gesprächspartnerin sei dann eine hauptamtliche Betreuungsperson vom Gericht eingesetzt worden, was dem mittlerweile gängigen Prinzip des Vorrangs ehrenamtlicher Betreuung widerspreche.

Nachdem die gesetzliche Betreuerin eingesetzt worden sei, gehe die Pflegebedürftige nun vier statt zuvor zweimal pro Woche in die Tagespflege. Seit der Einrichtung der gesetzlichen Betreuung habe der Mann seine Frau nicht mehr geschlagen. Der Ehemann habe Angst, dass man ihm „auf die Finger schaut“ und fürchte, dass ihm „die Frau weggenommen wird“. Er habe die Pflege vor allem aus finanziellen Motiven übernommen und sei damit nun überfordert. Nach Aussagen der Gesprächspartnerin leide er an „Verarmungswahn“, obwohl die Familie angesichts eines sehr großen Grundstücks und gut ausgebauten Wohnhauses sowie einer vermieteten Einliegerwohnung nicht den Eindruck finanzieller Einschränkungen mache. Als Gründe für die Misshandlung nannte die Gesprächspartnerin Überforderung durch die beginnende Demenz der Patientin in Verbindung mit einem von der Interviewpartnerin als pathologisch beschriebenen Sauberkeitsbedürfnis des Mannes. Auf Nachfrage, welches die beste Möglichkeit gewesen wäre, die Pflegebedürftige akut zu schützen, nannte sie einen Kurzzeitpflegeaufenthalt, „damit die Frau erst mal aus seinen Fängen ist und er mal durchatmen kann“. Hierzu hätte es aber einer noch nicht erfolgten Pflegeeinstufung bedurft, da ansonsten niemand für die Kosten aufkomme. Der Mann habe zwar bereits Pflegegeld beantragt, dies sei aber abgelehnt worden, er sei dann vor das Sozialgericht gezogen. Ein erneutes Einstufungsverfahren sei wegen des noch anhängigen Gerichtsverfahrens dann nicht möglich gewesen.

Dieser Fall verdeutlicht mehrere Interventionsfaktoren bzw. Hindernisse im Hinblick auf Interventionsstrukturen, -verfahren und -abläufe sowie institutionelle Rahmenbedingungen häuslicher Pflege.

- | Die Kenntnisnahme der Misshandlungen und die Öffentlichmachung erfolgten durch die Leiterin der Tagespflegeeinrichtung, die sich wiederholt an die Kriseninterventionsstelle wandte. Es ist zu vermuten, dass sie angesichts des ständigen Kontakts mit dem Misshandlungsoffer großen Handlungsdruck verspürt hat.
- | Die Kontaktaufnahme durch die Beraterin zu Opfer, Täter und Umfeld erfolgte über den Versuch, ein klärendes Gespräch mit den Beteiligten zu führen, zusammen mit dem Angebot von Entlastungsmöglichkeiten. Dieser Versuch ist gescheitert, da weder der Täter noch die Kinder Handlungsbedarf sahen bzw. eine Intervention sogar verhindern wollten. An dieser Stelle zeigt sich die mit der Freiwilligkeit des Kriseninterventionsangebotes verbundene Schwierigkeit nicht erfolgter Inanspruchnahme von Hilfe.
- | Nach dem zweifach gescheiterten Versuch der Kontaktaufnahme bei gleichzeitiger Bestätigung des Viktimisierungsbefundes wurde die Beraterin erst dann wieder aktiv, als sie erneut von der Einrichtungsleiterin über den weiterhin schlechten Zustand der Frau informiert wurde. Somit kam es zu einer zeitlichen Verzögerung von zwei Monaten, in denen davon auszugehen ist, dass die Misshandlungen fortgesetzt wurden. Denkbar wäre bereits nach der zweiten gescheiterten Kontaktaufnahme die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts gewesen, da offenbar die der Beraterin verfügbaren Interventionsmöglichkeiten erfolglos blieben.
- | Die Darstellung des zweiten Hausbesuchs mit dem hinzugezogenen Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes verdeutlicht die vermutete Schwierigkeit, den Täter mit seinem Verhalten zu konfrontieren. Vor dem Hintergrund mangelnder akut verfügbarer Alternativen der Versorgung und Unterbringung des Opfers wird die Befürchtung geäußert, dass der Täter seine durch eine Konfrontation ausgelösten Aggressionen an dem Opfer auslassen könnte.
- | Die Schilderung des Einbezugs des Vormundschaftsgerichts zeigt die häufig in diesem Zusammenhang berichteten Problemfelder (vgl. Kapitel 5.4.6.4.2.5): Zum einen ist die Verfahrensdauer angesichts der andauernden akuten Gefährdung des Opfers als zu lang zu bezeichnen. Zum anderen deutet sich an, dass die Informationsweitergabe zwischen der beteiligten Beraterin und den beim Gericht zuständigen Personen bzw. zu der nachfolgend eingesetzten Verfahrenspflegerin zwar erfolgt ist, die gegebenen Informationen über das Verhalten der Tochter aber offenbar erst nach massiver Intervention der Beraterin Berücksichtigung fanden, indem eine „neutrale“ Betreuungsperson eingesetzt wurde.
- | Auch in Bezug auf alternative Versorgungs- und Unterbringungsstrukturen als Schutzmöglichkeiten für Opfer in akuten Gefährdungssituationen offenbaren sich institutionell bedingte Lücken. Aufgrund des nicht bestehenden Anspruches aus der Pflegeversicherung stand die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege als Akutmaßnahme nicht zur Verfügung. Ebenso werden in Frauenhäusern als Schutzeinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen in der Regel keine Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige vorgehalten, sodass auch dieser potenzielle Schutzraum der Pflegebedürftigen nicht zur Verfügung stand.

In Bezug auf die Deutungsmuster „Gewalt als Überlastungsreaktion“ bzw. „Gewaltprävention durch Entlastung“ und ihre Anwendung auf den vorliegenden Fall sind folgende Aspekte hervorzuheben: Es ist auffällig, dass die Beraterin, ihrer Schilderung zufolge, den Aspekt der Be- und Entlastung taktisch eingesetzt hat, um überhaupt Kontakt mit dem Täter knüpfen zu können. Andererseits schildert sie das Verhalten des Mannes tatsächlich als Überlastungsreaktion, verbunden mit einem als pathologisch charakterisierten Kontrollverhalten. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass der Täter die demenziell bedingten Verhaltensweisen und Krankheitssymptome (insbesondere Inkontinenz) nicht ertragen konnte und darauf mit Gewalt reagierte. Die Aussage der Beraterin, dass der Mann sich nun mit Schlägen zurückhalte, da er befürchte, seine Frau werde ihm ansonsten „weggenommen“, verweist zugleich auf Möglichkeiten des Mannes, sein Verhalten zu steuern und auf die Wirksamkeit von Sanktionsandrohungen. Selbst wenn in diesem Fall Überlastung als zentraler Hintergrundfaktor von Gewalt angenommen wird, war Entlastung nicht der einzig denkbare Weg einer gewaltpräventiven Verhaltensbeeinflussung. Faktisch unterließ der Täter seine gewalttätigen Übergriffe erst, als er verstärkt und für ihn offenkundig unter Kontrolle und Beobachtung stand bzw. aufgrund der häufigen Präsenz potenzieller Zeuginnen und Zeugen die Auflösung des Pflegearrangements befürchtete.

Fall 2

In dem folgenden im Rahmen der Interviewstudie einbezogenen Pflegesetting pflegt ein 56-jähriger Ehemann seine 55-jährige Frau, die aufgrund eines Schlaganfalls zum Zeitpunkt des Interviews seit sieben Jahren pflegebedürftig ist (Pflegestufe 2). Die Pflegebedürftige hat eine gesetzliche Betreuerin, die mit Einsetzen der Pflegebedürftigkeit vom Amtsgericht bestellt wurde, um die Eheleute – beide aus Osteuropa stammend und mit dem deutschen Behördensystem nur begrenzt vertraut – bei der Erledigung von Behördenangelegenheiten, bei finanziellen und medizinischen-pflegerischen Entscheidungen zu unterstützen. In diesem Fall kam es zu körperlicher Gewalt gegen die Pflegebedürftige, weshalb die Mitarbeiterin einer Kriseninterventionstelle einbezogen wurde.

Dem Fallbericht liegen 5 Interviews zugrunde, folgende Personen wurden befragt:

- | Die nach einem gewalttätigen Übergriff seitens des Ehemannes hinzugezogene 55-jährige Sozialarbeiterin einer Kriseninterventionseinrichtung für Pflegende und Pflegebedürftige,
- | die gesetzliche Betreuerin der Pflegebedürftigen (49 J.),
- | der 54-jährige Mitarbeiter eines Pflegedienstes, der bis zur Übersiedlung der Pflegebedürftigen in eine Einrichtung des betreuten Wohnens dreimal täglich die Grund- und Behandlungspflege der Frau übernommen hatte,
- | die 31-jährige Mitarbeiterin eines anderen Pflegedienstes, die zum Zeitpunkt des Interviews für die häusliche Pflege zuständig war,
- | der pflegende Ehemann.

I_88: Mit Ausnahme der aktuell tätigen Pflegekraft und des Ehemanns berichteten alle Befragten von einem bzw. zwei körperlichen Übergriffen/Gewalttätigkeiten des Mannes gegenüber seiner Frau. Die Frau habe eines Morgens dem damaligen Pfleger offenbart, sie sei von ihrem Mann geschlagen worden. Sie habe Hämatome und den Abdruck eines harten Gegenstandes auf ihrem Körper gehabt, mit dem der Mann offenbar auf sie eingeschlagen hatte. Daraufhin habe sich die Pflegedienstleitung in Absprache mit der gesetzlichen Betreuerin an die Mitarbeiterin einer Kriseninterventionsstelle gewandt; diese habe sowohl mit dem Mann als auch mit der Frau Gespräche geführt und nach Lösungen für die aus Sicht der Beraterin erforderliche Entlastung des Ehemannes gesucht. Der Beratungskontakt endete nach sieben Gesprächen, in denen zur Entlastung des Ehemannes die Inanspruchnahme einer Tagespflege vereinbart und in Kooperation mit der gesetzlichen Betreuerin umgesetzt worden ist. Die gesetzliche Betreuerin bezeichnete die Hinzuziehung der Kriseninterventionsstelle vor allem in Hinsicht auf die Entlastung des Mannes als sehr hilfreich. Sie bemängelt allerdings die fehlende Kommunikation zwischen ihr und der Kriseninterventionsstelle über das Gewaltvorkommnis; die Beraterin habe ihr keine Rückmeldung hinsichtlich der Ergebnisse der Beratung gegeben. Die Beraterin sah es nach eigenen Aussagen wiederum nicht als erforderlich an, mit der Betreuerin über den Vorfall zu sprechen, da sich die Pflegebedürftige ihres Erachtens nicht in einer dauerhaften Misshandlungsgefahr befand.

Die gesetzliche Betreuerin und der Mitarbeiter des ersten Pflegedienstes berichteten, dass es nach ca. einem Jahr einen zweiten Vorfall gegeben habe, in dem der Ehemann gewalttätig geworden sei; um welche Gewaltform und welche Motivlage es sich dabei handelte, blieb in den Interviews unklar. Auch hier habe sich die Pflegebedürftige den Pflegekräften offenbart und gesagt, sie wolle nicht mehr mit ihrem Mann zusammenleben, woraufhin die Betreuerin eingeschaltet wurde und daraufhin die Überleitung in eine Einrichtung des betreuten Wohnens veranlasst wurde. Dies hatte die Betreuerin nach ihren Aussagen dem Ehemann nach dem ersten Vorfall auch angedroht für den Fall eines wiederholten tätlichen Angriffs gegen seine Frau.

Inzwischen habe die Pflegebedürftige wieder die gemeinsame Ehewohnung bezogen, das Pflegearrangement, wie es vor dem betreuten Wohnen existierte – mit ambulanten Dienst, der nun auf Veranlassung der Betreuerin auch im Sinne einer Kontrollfunktion häufiger komme und einem dreimal wöchentlichen Besuch der Tagespflegeeinrichtung – sei wieder aufgenommen worden. Allerdings sei nicht der vormalige Pflegedienst einbezogen worden, sondern derjenige, der während des Aufenthalts der Pflegebedürftigen in der Einrichtung des betreuten Wohnens zuständig war. Die Beibehaltung dieses Pflegedienstes wurde von der Betreuerin damit begründet, dass die Mitarbeiterinnen an Gesprächen zur Aufarbeitung des letzten Gewaltvorkommnisses mit ihr und der Pflegebedürftigen beteiligt gewesen seien und somit eine Kontinuität sozialpädagogischer Begleitung aufrechterhalten werden könne.

Die Angaben über die Gründe der Wiederherstellung des häuslichen Pflegearrangements sind zwischen den Interviewpartnerinnen und -partnern nicht deckungsgleich: Während die Betreuerin und der Ehemann erwähnen, dass die Frau lieber wieder zu Hause wohnen wollte und dies als kulturell bedingt (Stichwort „Familienzusammengehörigkeit“) deuteten, erwähnt der Ehemann zugleich, dass er ansonsten die relativ teure behindertengerechte Wohnung hätte aufgeben müssen. Dieser Aspekt wird auch von dem Mitarbeiter des vormaligen ambulanten Pflegedienstes, der nach wie vor mit dem Paar in Kontakt steht, als Hauptmotiv genannt.

Zu Konflikthanlässen und zur Motivlage der Gewaltübergriffe des Mannes äußern nahezu alle Befragten – inklusive des Ehemannes – Ähnliches: Die befragten externen Fallzuständi-

gen benannten die Überlastung des Ehemannes durch die Pflegeverantwortung und durch das sehr fordernde Verhalten der Pflegebedürftigen als Ursachen für Konflikte und den gewalttätigen Übergriff. Die Pflegebedürftige wird von allen Befragten als eine schwierige und fordernde Person beschrieben, die ihre durchaus vorhandenen Potenziale und Fähigkeiten nicht nutze, sondern ständige Forderungen an den Ehemann stelle und „sich bedienen“ lasse. Die Forderungen nach einer gesundheitlich nicht in dem Maße erforderlichen „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ seien nach Ansicht der Kriseninterventionsberaterin der entscheidende „Zündstoff“ gewesen. Sowohl der damalige ambulante Pfleger als auch die Betreuerin deuteten darüber hinaus an, dass Konflikte um Sexualität ebenfalls eine Rolle gespielt haben (könnten): Inwieweit es sich bei den Gewaltvorkommnissen möglicherweise auch um sexualisierte Formen der Gewalt handelte, blieb unklar. Der Ehemann habe – so die Betreuerin – „eheliche Pflichten“ von der Frau eingefordert, da habe „sich in ihm was angestaut“. Die Pflegebedürftige habe wiederum nach Aussagen der Pflegekräfte kein Interesse mehr an sexuellem Kontakt mit ihm gehabt, „weil er säuft“. Die Pflegebedürftigkeit sei zudem völlig überraschend für das noch vergleichsweise junge Ehepaar gekommen. Nach Einschätzung der Betreuerin haben die Eheleute vor der Pflege eine gut funktionierende Ehe geführt, die Probleme seien erst durch die Pflegebedürftigkeit entstanden.

Auch an diesem Fall zeigen sich die Schwierigkeiten der Intervention vor allem in der Kooperation der beteiligten Interventionsakteure. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die von den fallbeteiligten Akteuren zugrunde gelegten Deutungsmuster und die daraufhin gewählten Interventionsstrategien hinzuweisen:

- Nach Aussagen der befragten gesetzlichen Betreuerin sowie der eingeschalteten Krisenberaterin hat es keine Rückkopplung bzw. Weitergabe von Informationen über Ergebnisse von Beratungsgesprächen bzw. hinsichtlich des Fallverlaufs gegeben. So wurde die Betreuerin nicht über die Gesprächsergebnisse der Beraterin informiert. Umgekehrt scheint die Krisenberaterin nicht über den zweiten Gewaltvorfall informiert worden zu sein. Sie war entsprechend in den weiteren Fallverlauf nicht einbezogen.
- Auffallend ist zudem, dass sich die aktuell tätige Pflegekraft gar nicht zu den Gewaltvorkommnissen und Konflikten der Ehepartner äußert. Es entsteht der Eindruck, dass die Pflegekraft von den anderen einbezogenen Akteurinnen und Akteuren nicht informiert wurde, obwohl von der Betreuerin die Kontinuität sozialpädagogischer Begleitung als Argument für die Einbeziehung des Pflegedienstes angeführt wurde.
- Es stellt sich die Frage, inwieweit die Pflegebedürftige die Wiederaufnahme des häuslichen Pflegearrangements tatsächlich gewollt hat. Die von der Betreuerin vorgenommene Interpretation einer kulturell bedingten Familienorientierung als Grund für den Umzug in die gemeinsame Wohnung kann auch auf einer Zuschreibung basieren, die den tatsächlichen Wünschen der Pflegebedürftigen nicht entspricht. Aus Sicht des Ehemannes ist die Aufrechterhaltung der eigenen Wohnung als wesentliches Motiv für die Wiederherstellung des vorherigen Zustands anzusehen. Das Ehepaar lebt in einer relativ teuren behindertengerechten Wohnung, die nach Aussagen des Mannes und eines Pflegers von den Behörden nur so lange bezahlt wird, wie die Pflegebedürftige zu Hause wohnt.

Unklar blieb, inwieweit sexualisierte Gewalt eine Rolle gespielt hat. Zwei der Befragten deuten an, dass in dem Konflikt bzw. bei dem gewalttätigen Übergriff Sexualität eine Rolle gespielt habe, benennen aber keinen sexuellen Übergriff. Möglicherweise ist dies aber auch auf eine gewisse Unsensibilität der Befragten gegenüber sexualisierter Gewalt zurückzuführen.³⁹⁵

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass trotz einer Einbettung des problematischen Pflegearrangements in ein Netzwerk verschiedener Unterstützungsleistungen und Interventionsakteurinnen und -akteure die umgesetzten Interventionslösungen (Einbezug von Tagespflege zur Entlastung des Ehemannes) nicht verhindert haben, dass es zu einem erneuten tätlichen Angriff kam. Neben den benannten Schwierigkeiten in der Kommunikation der Interventionsakteurinnen und -akteure kann dies auch mit der Deutung der Gewaltübergriffe als primär belastungsinduziert im Zusammenhang stehen.

Fall 3

In einem anderen Fall geht es um eine Pflegebeziehung im Drogenmilieu. Die 50-jährige Pflegebedürftige ist opiatabhängig, wird substituiert, ist multimorbid und hat eine gesetzlich bestellte Betreuerin. Auch in diesem Fall ist die Pflegebedürftige in ein potenziell interventionsrelevantes Akteursnetzwerk eingebettet.

I_90: Nach Aussagen des Ehemanns versorgt er seine Ehefrau, die befragte 48-jährige Pflegekraft und stellvertretende Pflegedienstleiterin eines privaten Pflegedienstes hingegen spricht von massiver Vernachlässigung. Der Ehemann habe schon häufiger verbale und körperliche Gewalt gegen die Pflegebedürftige angewandt und sei deshalb zeitweise bereits mit einem gerichtlich verhängten Kontaktverbot belegt worden; die Frau sei in dieser Zeit vom Pflegedienst allein versorgt worden. Nach wie vor verhalte sich der Mann aggressiv, teilweise auch in Anwesenheit und gegenüber den Pflegekräften. Im Unterschied zu den Aussagen des Ehemannes, der diesen Angriff im Interview als einmaligen „Ausrutscher“ beschreibt, berichtet die ambulante Pflegekraft, dass der Mann seine Frau nach wie vor schlage. Während eines Aufenthalts des Mannes in der Psychiatrie habe sie beim Duschen der Frau festgestellt, dass diese am ganzen Rumpf mit verhärteten Hämatomen „übersät“ gewesen sei. Nach Aussagen der Pflegekraft werde der Betreuer häufig eingeschaltet, sei aber machtlos; die Polizei könne nicht eingeschaltet werden, da die Pflegebedürftige keinen Strafantrag stelle.

Der Ehemann geht selbst davon aus, dass seine Frau sich von ihm trennen würde, wenn er sie nicht mit Alkohol und Cannabis versorgen würde. Vom Betreuer und der substituierenden Ärztin werde sie „erpresst“ und vor die Alternative gestellt, sich entweder zu trennen oder aber auf niedrigem Methadon-Niveau gehalten zu werden. Er habe mithilfe eines Anwalts daraufhin die Methadonreduzierung gestoppt.³⁹⁶

In diesem Fall findet trotz anhaltender Gewalthandlungen keine Intervention statt. Unabhängig von den möglicherweise auch krankheitsbedingten Ursachen des mangelnden Veränderungswillens aufseiten des Opfers stellt sich anhand dieses Falls die Frage nach der Zuständigkeit für eine angesichts massiver Gewalthandlungen dringliche Intervention innerhalb eines komplexen Akteursnetzwerkes.

³⁹⁵ So erwähnt die gesetzliche Betreuerin die Nichterfüllung von „Ehepflichten“ durch die Ehefrau und nimmt damit in affirmativer Weise Bezug auf Deutungsmuster, in denen sexuelle Selbstbestimmung als Voraussetzung sexuellen Kontakts nicht selbstverständlich zu sein scheint.

³⁹⁶ Vgl. weitere Falldarstellung in Kapitel 5.4.6.3.4.3.1 sowie in Kapitel 5.4.6.4.2.6.

- | Es scheint nach Aussagen sowohl des Ehemannes als auch der Pflegekraft plausibel, dass das Paar aufgrund gegenseitiger Abhängigkeit zusammenbleibt: Der Mann ist finanziell von der Pflegebedürftigen und ihrer Rente abhängig; sie wiederum wird vom Ehemann mit Alkohol und Cannabis versorgt.

- | Es stellt sich die Frage, warum die befragte Pflegekraft keine Möglichkeiten der Intervention sieht. Das Rollenverständnis des gesetzlichen Betreuers bleibt unklar; es entsteht der Eindruck, dass er den Schutz der Frau vor weiteren Gewaltvorkommnissen nicht als wesentliche Aufgabe wahrnimmt.

- | Die vorliegenden Informationen lassen den Eindruck entstehen, dass sich keiner der drei im regelmäßigen Kontakt zur Pflegebedürftigen stehenden Fallbeteiligten – Pflegekraft, Betreuer und Ärztin – für die Veränderung der problematischen Pflegesituation zuständig sieht. Zwar haben nach Aussagen des Ehemannes Betreuer und Ärztin versucht, die Pflegebedürftige zu einer Trennung zu motivieren; diese scheint jedoch von ihr nicht gewollt zu sein. Dies kann zum einen auf die Abhängigkeit vom Ehemann aufgrund der mit ihm verbundenen Möglichkeiten des Konsums von Alkohol und Cannabis zurückzuführen sein. Zum anderen stellt aus Sicht der Pflegebedürftigen möglicherweise auch die nach Aussagen des Ehemannes und der ambulanten Pflegekraft vom Betreuer angestrebte Unterbringung der Frau in einer psychiatrischen Anstalt keine akzeptable Alternative zum aktuellen Pflegearrangement dar. Die beteiligten Akteurinnen und Akteure scheinen lediglich die Trennung der Frau vom Ehepartner als Lösung des Falles im Blick zu haben und Alternativen nicht zu erwägen. Denkbar wäre z. B., eine stärkere Beteiligung des Pflegedienstes an der Versorgung und Körperpflege über die Krankenkasse durchzusetzen, wenn die Pflege (Pflegestufe 3) nach Aussagen der Pflegekraft ansonsten nicht gewährleistet ist.

Somit wird trotz Einbeziehung von Institutionen und massivem Änderungsbedarf weder eine angemessene Unterstützung der Pflegebedürftigen im Rahmen des bestehenden Pflegearrangements geleistet noch wird auf eine Beendigung der Pflegebeziehung hingewirkt.

Anhand der dargestellten Interventionsbeispiele wird erkennbar, dass selbst unter Einbeziehung vorhandener Unterstützungsstrukturen und eines Netzwerks verschiedener Interventionsakteure Interventionen nicht oder teilweise nur schleppend verlaufen. Dies steht einerseits mit personenbezogenen Faktoren in Zusammenhang, ist zum anderen aber auch auf institutionenbezogene Faktoren im Ablauf von Interventionen und in der Kooperation verschiedener Fallbeteiligter zurückzuführen, die im folgenden Kapitel zusammengefasst werden.

5.4.6.4.3 Erfolgskritische Faktoren von Interventionen

Im Folgenden werden die vor dem Hintergrund der Analysen familialer Pflegearrangements sowie der Einzelfallbeispiele und Aussagen der Experten/Expertinnen und Pflegekräfte deutlich werdenden erfolgskritischen Faktoren für Interventionen in Fällen von Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen auf personaler, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene zusammengefasst.

I 5.4.6.4.3.1 Personenbezogene Faktoren

Auf individueller Ebene zum Ausdruck kommende Interventionsfaktoren betreffen den Zugang der Opfer zu Hilfe und Unterstützung, den Zugang von potenziellen Interventionsakteuren zu den Hilfebedürftigen sowie die Entwicklung und Umsetzung von Interventionslösungen.

In Bezug auf den Zugang von und zu vorhandenen Hilfestrukturen ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen von Gewalt und Vernachlässigung aufgrund der sozialen Isolation häuslicher Pflegebeziehungen keinerlei Kenntnisnahme durch potenziell intervenierende Dritte erfolgt, während zugleich für das Opfer kaum Möglichkeiten aktiven Hilfesuchverhaltens bestehen. Krankheit und Pflegebedürftigkeit, insbesondere in Zusammenhang mit demenziellen Veränderungen, schränken diese Möglichkeiten entscheidend ein und stellen unter bestimmten Rahmenbedingungen zugleich ein starkes Risiko für Viktimisierungen dar.

Faktoren, die die Entwicklung und Umsetzung von Interventionslösungen einschränken oder gar verhindern, finden ihren Ausdruck oftmals auch auf der individuellen Ebene des Verhaltens und der Einstellungen der Opfer. Diese stehen jedoch in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Strukturen und Deutungsmustern, verfügbaren Handlungsoptionen sowie schließlich den individuellen Ressourcen des Opfers, Hilfebedarf zu artikulieren, Unterstützung zu suchen und anzunehmen. Vor dem Hintergrund der Studie erweisen sich die nachfolgend genannten Aspekte als zentral.

Zugang zu Hilfe und Hilfesuchverhalten von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen

Für bestehende Unterstützungsangebote stellt sich eine Kontaktaufnahme mit älteren pflegebedürftigen Opfern vor allem deshalb als schwierig dar, weil die Opfer selbst keinen Hilfebedarf wahrnehmen bzw. formulieren. Oftmals ist dies auf eine generationenspezifische Haltung gebotener Anspruchslosigkeit („Man muss ja dankbar sein“) sowie eine – vor allem im Rahmen lange Jahre andauernder Partnergewalt – bestehende „Gewöhnung“ an die von Gewalt geprägte Situation zurückzuführen.

Auch die Nichtwahrnehmung bestehender Unterstützungs- und Entlastungsangebote durch pflegende Angehörige ist häufig Ausdruck einer generationen- und geschlechtsspezifischen Haltung zur Pflege. Diese drückt sich in einer als soziale Norm wahrgenommenen Anspruchshaltung aus, die häusliche Pflege möglichst ohne Unterstützung von außen leisten zu müssen oder zu wollen.

Eingeschränkte Veränderungsoptionen

Aus Sicht vieler Opfer von Gewalt und Vernachlässigung im Zusammenhang mit häuslicher Pflege besteht keine für sie akzeptable Alternative zum häuslichen Pflegearrangement, welches sie daher anderen Formen der Unterbringung und Versorgung, z. B. im Rahmen stationärer Pflege, unter allen Umständen vorziehen.

Auch bei erfolgter Inanspruchnahme von Hilfe werden Interventionslösungen oftmals nicht umgesetzt, da Viktimisierungen, insbesondere innerhalb von Partnerschaften, oftmals auf Beziehungs- und Verhaltensmustern beruhen, deren Veränderung mit steigendem Alter für Opfer und Täter immer schwieriger wird – zum einen aufgrund

der jahrzehntelangen Verfestigung von Gewaltmustern, zum anderen aufgrund der mit zunehmendem Alter sich verringernden Änderungsoptionen. Die Chancen auf einen „Neubeginn“ sind für viele Menschen ab einem bestimmten Alter bzw. Grad an Unterstützungsbedarf deutlich eingeschränkt. In vielen Fällen fortgesetzter Partnergewalt in häuslichen Pflegebeziehungen steht einer möglichen Trennung vom gewalttätigen Partner und damit einer Beendigung der Viktimisierungssituation z. B. die Befürchtung der betroffenen Frauen entgegen, hierfür keine Unterstützung im sozialen Umfeld zu finden, gravierende Einbußen des materiellen Lebensstandards hinnehmen zu müssen ohne diese Verluste durch eigene Erwerbstätigkeit kompensieren zu können, das erforderliche Maß an Selbstständigkeit und die dafür erforderlichen Alltagskompetenzen nicht aufbringen zu können sowie nach einer Trennung sozial isoliert und einsam zu sein.

Abhängigkeit der Opfer von den Tätern/Täterinnen

Neben dem grundsätzlich in häuslichen Pflegebeziehungen bestehenden Angewiesensein der Pflegebedürftigen auf die Pflegenden als die für die Versorgung verantwortlichen Personen werden verschiedene Formen und Aspekte von Abhängigkeit als relevante Interventionshindernisse benannt.

- | Emotionale und psychosoziale Abhängigkeit von der familialen Pflegeperson bzw. dem/der Pflegebedürftigen als alleiniger Kontaktperson im Rahmen sozial isolierter Pflegebeziehungen kann nach Ansicht der Befragten dazu führen, dass das Opfer die eigene Viktimisierung nicht als solche wahrnehmen kann oder will und den Täter bzw. die Täterin gegenüber anderen, potenziell intervenierenden Personen in Schutz nimmt.
- | Materielle Abhängigkeit: In vielen Fällen bestehen aus Sicht der Opfer wie der Täter und Täterinnen keine akzeptablen Alternativen zum häuslichen Pflegearrangement, da die Bewahrung des Einkommens, der Wohnung oder des erreichten Wohn- und Lebensstandards vom Fortbestehen der häuslichen Pflegebeziehung abhängt.
- | Multiple Formen von Abhängigkeiten in Zusammenhang mit Partnergewalt entstehen insbesondere in langjährigen von geschlechterhierarchischen Machtstrukturen geprägten Gewaltbeziehungen. Sie betreffen die emotionale, soziale und finanzielle Ebene sowie die der Alltagskompetenzen.
- | In einzelnen Fällen stellt sich auch die durch Substanzmittelmissbrauch und Sucht bestehende Abhängigkeit von dem Täter oder der Täterin im Hinblick auf die mit ihnen gewährleistete Versorgung mit Suchtmitteln als wichtiges Interventionshindernis dar.

| 5.4.6.4.3.2 Institutionenbezogene Faktoren

Zugänglichkeit von Hilfe- und Unterstützungsangeboten

Die Strukturen der Unterstützung und Finanzierung häuslicher Pflege stellen oftmals selbst eine Belastung für die pflegenden Angehörigen dar.

- | Vielfach berichten Betroffene und Experten/Expertinnen von einem „Dschungel“ unterschiedlicher Ansprüche, Leistungen und Ansprechpartner. Diese Unübersichtlichkeit kann dazu beitragen, dass sich problematische Pflegesituationen ohne Hilfe von außen zuspitzen.

- | Viele Unterstützungsangebote sind aufgrund ihrer „Komm-Struktur“ insbesondere für Pflegebedürftige als Opfer von Viktimisierungen nicht oder nur schwer zugänglich.
- | Neben den „hochschwellig“ Akteuren Polizei und Strafjustiz stehen in der Regel keine oder nicht in ausreichendem Maße niedrighschwellige Unterstützungsangebote zur Verfügung, an die sich Kontaktpersonen eines häuslichen Pflegesettings mit einem Viktimisierungsverdacht wenden können.
- | Dort, wo niedrighschwellige Beratungs- und Kriseninterventionsangebote zu Problemen des Alterns und der Pflegebedürftigkeit bestehen, werden diese von Privatpersonen als Täterinnen und Tätern oder Opfern sowie von Privatpersonen und Institutionen als Dritten vielfach im Sinne einer ersten Anlauf- und Clearingstelle in Anspruch genommen.

Interventionsabläufe – zentrale Problemfelder

Anhand der dargestellten Interventionsbeispiele wird erkennbar, dass selbst unter Einbeziehung vorhandener Unterstützungsstrukturen und eines Netzwerks verschiedener Akteure Interventionen oftmals nur schleppend und nicht durchgreifend erfolgt sind bzw. keine Interventionslösungen gefunden wurden, während sich zeitgleich die Gewaltsituation massiv zugespitzt hat. Umgesetzte Interventionslösungen haben vielfach keine Wirkung im Sinne der Verhinderung weiterer Gewalttaten erzielt. Teilweise ist dies auf die oben angeführten personenbezogenen Faktoren zurückzuführen. Jedoch werden auch im Hinblick auf die Strukturen, die Organisation und die Abläufe sowie die gewählten Strategien erfolgter Interventionen wiederkehrende Problemfelder erkennbar.

Verzögerungen bzw. unterbrochene Interventionsketten

In vielen berichteten Fällen haben Fallbeteiligte nach Kenntnisnahme einer Viktimisierung zwar den Versuch einer Intervention zur Beendigung der Gewalt- oder Vernachlässigungssituation unternommen, jedoch nach ausbleibendem Erfolg nur verzögert weiterverfolgt bzw. gänzlich abgebrochen, sodass im Ergebnis Gewaltsituationen unverändert fortbestanden haben; die Fallverläufe endeten teilweise sogar mit dem Tod der Betroffenen, wobei die unveränderte Gewalt- bzw. Vernachlässigungssituation in einigen Fällen vermutlich zum Tod des Opfers beigetragen hat.³⁹⁷

Verzögerungen bei Interventionen entstehen zum einen aufgrund von – insbesondere in Zusammenhang mit mangelnder Auskunftsbereitschaft oder -fähigkeit der Opfer auftretender – Schwierigkeiten, die Viktimisierungssituation zu klären und geeignete Interventionslösungen zu entwickeln. Zum anderen sind die berichteten Verzögerungen in den verschiedenen Phasen der berichteten Interventionsketten auch auf das Vorgehen der einzelnen Fallbeteiligten bzw. des Akteursnetzwerks zurückzuführen. In den Einzelfallberichten wurden oftmals Kommunikationsmängel innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationen und Institutionen, langwierige Verfahrenswege sowie ungeklärte Zuständigkeiten als Ursachen für entsprechende Verzögerungen bzw. nicht weiterverfolgte Interventionen deutlich. Als zentrale Problemfelder erwiesen sich folgende Bereiche:

³⁹⁷ Diese Vermutung basiert auf den vorliegenden Berichten. Es liegen keine Informationen über strafrechtliche Ermittlungen im Hinblick auf die berichteten Todesfälle vor.

Mangelnde Zuständigkeit und Verantwortungsübernahme

- | In Fällen, in denen problematische Pflegebeziehungen in ein bereits vorhandenes oder hinzugezogenes komplexes Akteursnetzwerk eingebettet sind, deutet sich an, dass aufgrund mangelnder Kommunikation der Beteiligten Zuständigkeiten für eine mögliche Intervention oftmals nicht geklärt sind bzw. die Verantwortung bei dem jeweils anderen Akteur gesehen wird.
- | Manifeste Viktimisierungsfälle werden nach einem erfolglosen Interventionsversuch (z. B. vonseiten ambulanter Pflegedienste) nicht oder nicht zeitnah weiterverfolgt; zugleich findet kein Einbezug anderer einschlägiger Akteure statt. Insbesondere im Bereich der Pflegedienste ist dies auf einen beobachteten Mangel an organisationsinternen verbindlichen Interventionsstrategien zurückzuführen.
- | Eingeschaltete Institutionen (z. B. Vormundschaftsgerichte oder Pflegekassen) werden nicht tätig bzw. nehmen verfügbare Informationen nicht zum Anlass, den Fall zu verfolgen und auf eine Intervention hinzuwirken. Auf diese Weise sind begonnene Wege der Intervention vielfach gewissermaßen im Sande verlaufen.

Lange Verfahrensdauer

Im Bereich der Vormundschaftsgerichte wird die angesichts akuter Gewaltsituationen lange Verfahrensdauer bei der Einrichtung gesetzlicher Betreuungen vielfach kritisiert und an Beispielen verdeutlicht. Da die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung oft Voraussetzung für eine Veränderung des häuslichen Pflegearrangements ist, trägt dies ebenfalls zu einem Verbleib von Opfern in Gefährdungssituationen bei.

Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen den Fallbeteiligten

Anhand vieler Einzelfalldarstellungen wird deutlich, dass Informationen einzelner beteiligter Akteure/Akteurinnen über manifeste oder vermutete Viktimisierungen sowie über den bisherigen Fallverlauf sowohl organisationsintern als auch zwischen den beteiligten Institutionen nicht zuverlässig an weitere oder nachfolgend mit dem Fall befasste Personen weitergeleitet werden. Auch in Fällen, in denen eine Weitergabe von Fallinformationen stattgefunden hat, wurden diese vielfach nicht berücksichtigt bzw. fanden keinen Eingang in das Organisationshandeln. So wurden Berichte ambulanter Pflegedienste bzw. von Pflegegutachterinnen und -gutachtern über problematische Pflegesituationen teilweise nur unzureichend von Leistungsträgern häuslicher Pflege oder auch von Vormundschaftsgerichten aufgegriffen. Die Verfügbarkeit von Informationen über Viktimisierungsvorkommnisse und Fallverläufe für alle fallbeteiligten Personen und Institutionen ist jedoch für die Einschätzung der Gefährdungssituation sowie die Wahl einer angemessenen Interventionslösung hoch relevant.

Mangelnde Alternativen

Als weitere Ursache für trotz der Beteiligung Dritter nicht umgesetzte Interventionslösungen hat sich der Mangel an verfügbaren und wirksamen Schutzoptionen erwiesen, insbesondere in akuten Gewaltsituationen. So sind die Möglichkeiten, auch kurzfristige Lösungen zur Versorgung und Unterbringung von Misshandelten zu entwickeln, oftmals eingeschränkt. Die kurzfristige Verfügbarkeit von Alternativen zur häuslichen Pflegesituation hat sich in einigen der berichteten Fälle als wichtige Voraussetzung auch für die Entwicklung langfristiger Möglichkeiten der Beendigung der Gewaltsituation

gezeigt. So wird von einigen Beraterinnen und Beratern aus dem Bereich der Krisenintervention die Befürchtung geäußert, dass ohne kurzfristig verfügbare Alternativen zur häuslichen Unterbringung eine Intervention (z. B. durch Ansprache der Täter und Täterinnen) die Gefährdung der Opfer verstärken könne.

Die benannten Schwierigkeiten liegen zum einen in den vorhandenen Hilfe- und Versorgungsstrukturen, zum anderen in den finanziellen Rahmenbedingungen von Pflege begründet. Zentrale Aspekte hierbei sind:

- I Der Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung als Voraussetzung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Tagespflegeangeboten schränkt die Möglichkeiten akuter Schutzmaßnahmen in Fällen ungeklärter oder nicht beantragter Leistungsansprüche deutlich ein.
- I Ebenso sind die vorhandenen Schutzeinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen in der Regel nicht auf die Aufnahme von pflege- und unterstützungsbedürftigen Frauen vorbereitet bzw. diesbezüglich ausgestattet.
- I Schließlich ist auf die besondere Problematik für nicht deutschsprachige Opfer von Viktimisierungen hinzuweisen, die im Falle einer stationären Unterbringung oftmals keinerlei Ansprache hätten.

Mangelnde Sensibilität für Menschenrechtsverletzungen und Straftaten an pflegebedürftigen Menschen

Im Hinblick auf einige Fallberichte über nicht erfolgte oder verzögerte Interventionsabläufe in Fällen, die mit dem Tod des/der Pflegebedürftigen endeten bzw. beendet wurden, ist die dringende Frage aufzuwerfen, inwiefern eine strafrechtliche Verfolgung stattgefunden hat. Es handelt sich um Fälle, in denen ein Zusammenhang zwischen der berichteten Gewalt und Vernachlässigung und dem Tod des Opfers zumindest vermutet werden kann. In keiner Darstellung über Viktimisierungsfälle, die mit dem Tod des Opfers endeten, wurden strafrechtliche Verfolgungen in Bezug auf die Todesursache des Opfers erwähnt. Die Vermutung liegt nahe, dass dies bei Betroffenen anderer Altersgruppen anders wäre. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass bisweilen vor dem Hintergrund des Alters und der Pflegebedürftigkeit der Opfer deren Tod als „im natürlichen Lauf der Dinge liegend“ wahrgenommen wird, Fragen nach der Todesursache aufgrund des Alters als nicht mehr relevant erscheinen und sich damit für viele Befragte „der Fall erledigt hat“.

Wirkungslosigkeit von Interventionen

Selbst in Fällen, in denen komplexe Interventionsstrukturen und verschiedene Fallbeteiligte einbezogen waren, zeigen die berichteten Einzelbeispiele eine vielfach begrenzte Wirksamkeit der umgesetzten Lösungen. Neben dem individuellen Verhalten von Tätern und Täterinnen und Opfern ist an dieser Stelle auf die Dominanz des Deutungsschemas „Gewalt als Überlastungsreaktion“ als mögliche Ursache für die Wirkungslosigkeit von Interventionen hinzuweisen. Diesem Deutungsschema entsprechend wird als Interventionslösung häufig die Entlastung der Täter und Täterinnen, z. B. durch Hinzunahme professioneller Pflegeangebote, angestrebt und werden entsprechende Schritte umgesetzt. Entlastungsangebote als Interventionslösung sind jedoch in Fällen, in denen Gewalthandlungen und Vernachlässigung auf verfestigten Konflikt- und Machtstruktu-

ren in der Beziehung zwischen Opfern und Tätern und Täterinnen sowie auf einer gänzlich fehlenden Pflegemotivation beruhen, allenfalls begrenzt geeignet, weitere Viktimisierungen zu verhindern. Zwar kann die Nutzung von professionellen Pflegeangeboten als Interventionslösung insbesondere unter dem Aspekt der „semi-formellen“ Kontrollfunktion regelmäßiger Hausbesuche auch in solchen Fällen präventive Wirkung entfalten. Doch ist vor dem Hintergrund der vorliegenden Berichte die Frage aufzuwerfen, inwieweit der oftmals zur Anwendung kommende Ansatz, über das Deutungsmuster Belastung – wenn auch taktisch eingesetzt – mit dem Täter/der Täterin in Kontakt zu treten und entsprechende Entlastungsmaßnahmen vorzuschlagen, möglicherweise die Wahrnehmung manifester und kontinuierlicher Gewaltmuster einschränkt und somit andere Möglichkeiten der Beendigung einer Viktimisierungssituation aus dem Blick geraten. Insbesondere angesichts zahlreicher Fallberichte über Partnergewalt gegen Frauen entsteht der Eindruck, dass die Gefahr einer auf unzutreffenden Situationsanalysen beruhenden Fehleinschätzung des Viktimisierungspotenzials und einer daraus folgenden Wirkungslosigkeit von Interventionsstrategien besteht.

Fazit

Aus den Befunden ergeben sich in Bezug auf die Optimierung von Intervention und Prävention folgende zentrale Handlungsfelder:

- Eine Optimierung der Zusammenarbeit zwischen interventionsrelevanten Berufsgruppen, Institutionen und Organisationen ist anzustreben. Hierzu gehört insbesondere eine bessere Kooperation zwischen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits-, Pflege- und Altenhilfesystems, kommunalen und freigemeinnützigen Beratungs- und Kriseninterventionsstrukturen sowie der Polizei und Justiz.
- Im Bereich der Prävention und Intervention in Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen besteht aufgrund der oftmals eingeschränkten Hilfesuchmöglichkeiten von Pflegebedürftigen in besonderem Maße die Notwendigkeit zugehender Elemente in der Gestaltung von Hilfsangeboten.
- Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein besonderer Bedarf an institutionen- und berufsgruppenbezogener Sensibilisierung im Hinblick auf Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen, Vermittlung von Interventionskompetenzen sowie die Entwicklung verbindlicher organisationsinterner Interventionsverfahren.
- Eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf Gewalt in Pflegebeziehungen erfordert die Schaffung eines dezentral verankerten dichten Netzes von leicht zugänglichen Beratungs- und Kriseninterventionsangeboten, um die Nachfrageeffekte von Öffentlichkeitskampagnen kompetent bewältigen zu können. Bislang limitieren die verfügbaren personellen und materiellen Ressourcen bestehender Einrichtungen oftmals die Handlungsspielräume. Sinnvoll wäre hierfür der Aufbau eines dezentral verfügbaren, im Sinne der Niedrigschwelligkeit thematisch offenen Beratungsangebots zu Fragen und Problemen in Zusammenhang mit Alter und Pflege, welches das Angebot von bzw. die Vermittlung zu Kriseninterventionsmöglichkeiten in Fällen von Gewalt in Pflegebeziehungen mit einschließt. Die zu schaffenden Unterstützungs- und Kriseninterventionsstrukturen sollten Pflegebedürftige, pflegende Angehörige sowie Personen aus deren sozialem Umfeld als potenzielle Zeuginnen und Zeugen von Vikti-

misierungen gleichermaßen ansprechen. Im Sinne der Nachhaltigkeit und Breitenwirkung wäre es sinnvoll, entsprechende Beratungsinfrastrukturen trägerübergreifend zu etablieren. Perspektivisch wären Möglichkeiten der Bewerbung und des Zugangs zu dezentralen, aber miteinander vernetzten Beratungsstellen über eine bundeseinheitlich zu bewerbende Telefonnummer zu erwägen (Görgen, Kotlenga & Nägele, 2003). Im Sinne der Kontinuität und Professionalität des Angebotes sollte die Finanzierung entsprechender Beratungs- und Unterstützungsstrukturen statt über eine bislang in diesen Bereichen häufig vorfindbare projektbasierte Mischfinanzierung über eine institutionelle und dauerhafte Förderung erfolgen. Inwieweit die beschriebenen Anforderungen eines solchen Unterstützungsangebotes hinsichtlich thematischer Breite, Niedrigschwelligkeit und Zugänglichkeit von den derzeit im Aufbau befindlichen Pflegestützpunkten in Hauptträgerschaft der Pflegekassen teilweise mit abgedeckt werden können, hängt entscheidend von der Ausstattung dieser neuen Struktur ab (vgl. hierzu u. a. Großjohann, 2008; Schaeffer & Kuhlmeier, 2008; Treiß, 2008).

- Eine im Sinne der Beendigung der bestehenden Viktimisierungssituation wirkungsvolle Intervention setzt, neben dem Zugang potenziell intervenierender Akteurinnen und Akteure zu den entsprechenden häuslichen Pflegebeziehungen, voraus, dass den Opfern akute Schutzmöglichkeiten, z. B. in Form vorübergehender stationärer Aufenthalte, zur Verfügung stehen. Dies erfordert entsprechende Anpassungen im Bereich der Finanzierung professioneller Pflege sowie die Anpassung von bestehenden Hilfsangeboten für ältere Opfer häuslicher Gewalt.

5.4.6.5 Zusammenfassung

Der Darstellung wesentlicher Aspekte der lebensweltlichen Realität in der häuslichen Pflege, des dort vorfindbaren Viktimisierungsgeschehens und der (Nicht-)Interventionen von Fachkräften in solchen Fällen im Kapitel 5.4.6 liegen 178 Interviews und vier Gruppengespräche zugrunde, in denen insgesamt 201 pflegende Angehörige, Pflegebedürftige, ambulante Pflegekräfte und andere Fachkräfte aus den Bereichen Pflege, Pflegebegutachtung, Seniorenberatung und Krisenintervention bei Gewalt gegen ältere Menschen bzw. Gewalt in der Pflege erreicht wurden. Dabei bezieht sich die Auswertung auf zwei verschiedene Informationsquellen: Zum einen liegen ausführliche Berichte aus häufig mehreren Perspektiven zu einer Stichprobe von 90 häuslichen Pflegearrangements vor; zum anderen wurden in den Interviews mit den ambulanten Pflegekräften und anderen Fachkräften Fälle aus deren allgemeiner Berufserfahrung berichtet sowie grundsätzliche Einschätzungen zu Viktimisierungen in der häuslichen Pflege dargelegt.

Aufgrund der Modalitäten der Stichprobenbildung und der Größe der Stichprobe lassen die Ergebnisse der Interviewstudie keine quantitativen Rückschlüsse auf Populationen von Pflegebedürftigen, Pflegenden und Pflegebeziehungen zu. Die Selektivität der Stichprobe ist im Wesentlichen davon bestimmt, dass die Interviews mit Beteiligten an den 90 häuslichen Pflegearrangements nur zustande kamen, wenn mindestens die pflegenden Angehörigen motiviert waren, sich an der Studie zu beteiligen und über ihre Erfahrungen in der häuslichen Pflege zu sprechen.³⁹⁸ Ihnen kommt hier somit eine auch im

³⁹⁸ Nur für zwei der untersuchten Pflegearrangements liegen keine Interviews mit pflegenden Angehörigen vor.

Hinblick auf die berichtbaren Erfahrungen inhaltliche Selektionsfunktion zu.³⁹⁹ Während also durch die Selektionswirkung der vorausgesetzten Interviewbereitschaft der pflegenden Angehörigen nicht damit zu rechnen war, dass sich in den untersuchten Pflegearrangements Berichte über gravierende, nicht durch Überforderung erklärbare Gewaltvorkommnisse vonseiten der pflegenden Angehörigen finden würden, ließen die Interviews mit den ambulanten Pflegekräften und den weiteren Fachkräften ein heterogeneres Fallspektrum erwarten. Die beiden Informationsquellen korrespondieren mit unterschiedlichen Ausschnitten einer mutmaßlichen Gesamtheit von Viktimisierungen in der häuslichen Pflege.

Im Untersuchungsmaterial finden sich primär Berichte über Viktimisierungen von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige sowie Berichte, denen zufolge pflegende Angehörige Opfer von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger werden. In einem maßgeblichen Teil der Fälle liegen Berichte über wechselseitige Viktimisierungen vor. In einer Reihe von Fällen werden Viktimisierungen von ambulanten Pflegekräften durch Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegekräfte geschildert. In einem relevanten Teil der Fallberichte geht es auch um Schädigungen Pflegebedürftiger durch Dritte. Im Hinblick auf die genannten Fallkonstellationen liegen jeweils Berichte aus der Opfer-, der Akteur- und der Beobachterperspektive vor.

Wesentliche Befunde aus den verschiedenen Perspektiven bzgl. der genannten Viktimisierungskonstellationen sind im Folgenden kurz zusammengefasst.

Viktimisierungserfahrungen ambulanter Pflegekräfte

In vielen der berichteten Fälle wehren sich Pflegebedürftige gegen unerwünschte Pflegehandlungen. Häufig sind Viktimisierungen von Pflegekräften vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen zu sehen. Daneben werden Vorfälle verbal aggressiven Verhaltens berichtet, die von den Pflegekräften mit personentypischen Kommunikationsstilen der Pflegebedürftigen sowie mit Frustrationen angesichts der unbefriedigenden Lebenssituation der Pflegebedürftigen in Verbindung gebracht werden. Ein hohes Aggressionspotenzial wird von alkoholabhängigen, psychisch kranken und sozial isolierten Patientinnen und Patienten berichtet. Eine spezifische Form der Viktimisierung von ambulanten Pflegekräften sind die im untersuchten Sample berichteten Formen sexueller Übergriffe Pflegebedürftiger.

Viktimisierungserfahrungen pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige sind häufig aggressivem und gewaltförmigem Verhalten Pflegebedürftiger ausgesetzt. Angesichts der Altersstruktur der Pflegenden handelt es sich dabei ebenfalls häufig um eine Form von „Gewalt gegen Ältere“. Das problematische Verhalten unterscheidet sich in Erscheinungsform und Dynamik; es werden vergleichsweise wenig gravierende verbale Angriffe genauso wie massive, für die Pflegenden gefährliche körperliche Übergriffe geschildert. Demenzerkrankungen (und damit teilweise einhergehendes aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen) erhöhen das

³⁹⁹ Als Motiv zur Teilnahme an einem Interview ist das Bedürfnis denkbar, die erlebten Probleme in der häuslichen Pflege mit einer außenstehenden Person zu reflektieren, möglicherweise auch das Interesse, die eigene als erfolgreich empfundene Pflegeleistung trotz schwieriger Rahmenbedingungen herauszustellen. Pflegenden, bei denen gegenüber dem Pflegebedürftigen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht vorliegt, beteiligen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht an einer solchen Studie. Plausibel im Hinblick auf die Stichprobenbildung ist zudem, dass sich pflegende Angehörige nur dann melden, wenn sie über zeitliche Ressourcen zur Durchführung eines solchen Interviews verfügen. Personen, die sich aufgrund ihrer Belastung als kaum mehr handlungsfähig wahrnehmen, haben sich vermutlich nicht an der Interviewstudie beteiligt.

Viktimisierungsrisiko der Pflegenden. Pflegende erleben gewaltförmiges Verhalten der Pflegebedürftigen einerseits als unmittelbare Folge demenzieller Veränderungen und als Ausdruck der emotionalen wie kognitiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens und der damit einhergehenden Verluste. Andererseits nehmen sie gewaltförmiges Verhalten Pflegebedürftiger auch als Fortführung prämorbidem Verhaltens wahr. Pflegende beschreiben, dass Pflegebedürftige zum Teil in erstaunlich hohem Maße in der Lage sind, tradierte und ihren Interessen dienliche Beziehungsstrukturen aufrechtzuerhalten und dabei Macht und Gewalt auch instrumentell einsetzen. Für intragenerationale Pflegebeziehungen werden hier vielfach geschlechterhierarchische Beziehungskonstellationen geschildert. Für den kognitiven, emotionalen und behavioralen Umgang mit aggressivem und gewaltförmigem Verhalten von Pflegebedürftigen haben die wahrgenommenen bzw. zugeschriebenen Ursachen gewaltförmigen Verhaltens Pflegebedürftiger und das Wissen der Pflegenden über Krankheitsbilder maßgebliche Bedeutung. Während sich für Pflegende durch die Deutung problematischen Verhaltens der Pflegebedürftigen als krankheitsbedingt Optionen zur produktiven Bewältigung dieses Verhaltens eröffnen, gilt dies nicht für die Fälle, in denen Pflegende derartiges Verhalten als Fortführung prämorbidem Dominanzverhaltens beschreiben oder jedenfalls als intentional und gegen sie gerichtet interpretieren.

Viktimisierungen Pflegebedürftiger aus Sicht der Betroffenen

Insgesamt liegen nur wenige Viktimisierungsberichte aus der Sicht von Pflegebedürftigen als Opfer vor. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund des selektiven Zugangs zu den Pflegesettings (über pflegende Angehörige) und der im Hinblick auf Befragbarkeit – und damit zugleich Vulnerabilität – positiven Selektion der Befragten zu sehen. Vieles spricht dafür, dass die geringe Zahl der Opferberichte nicht in erster Linie als gezieltes Verheimlichen negativer Erfahrungen interpretiert werden sollte, sondern ebenfalls als Ausdruck von akkommodativen Bewältigungsstrategien Pflegebedürftiger. Die – für die Pflegebeziehung konstitutive – besondere Abhängigkeit der pflegebedürftigen Person von der familialen Pflegeperson und die – objektiv wie subjektiv – vielfach geringe Verfügbarkeit akzeptabler Alternativen zu dem bestehenden Pflegearrangement können Situations- und Verhaltenswahrnehmungen sowie deren Präsentation im Interview prägen. Dabei ist keineswegs nur an die direkte Furcht vor Repressalien durch den pflegenden Angehörigen zu denken. Vielmehr legt eine Situation, in der eine Person keine oder nur geringe Veränderungsoptionen sieht, es nahe, Sachverhalte in einer Weise zu bewerten, die einen Verbleib in der Situation nachvollziehbar erscheinen lässt.

Viktimisierungen und problematisches Verhalten von pflegenden Angehörigen gegen Pflegebedürftige aus Akteursicht

Berichte über Problemverhalten pflegender Angehöriger liegen für die untersuchten familialen Pflegearrangements vor allem aus der Perspektive der Angehörigen selbst vor. Dabei handelt es sich selten um gravierende Vorfälle, zumeist geht es um weniger schwerwiegende Viktimisierungen und in vielen Fällen lediglich um geringfügig problematisches Verhalten. Im Vergleich der Fallgruppen wird klar, dass hier primär Fälle vorkommen, in denen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht vonseiten der pflegenden Angehörigen nicht vorliegt. Es handelt sich zum ganz überwiegenden Teil um Pflegebeziehungen, in welchen die pflegenden Angehörigen grundsätzlich gewillt sind, die Pflegebedürftigen adäquat zu versorgen, in denen dies jedoch aufgrund der jeweiligen strukturellen oder situativen Umstände nicht auf die gewünschte Art, im gewünsch-

ten Umfang oder nicht immer konfliktfrei möglich ist. In einer Reihe von Fällen machen pflegende Angehörige deutlich, dass sie sich aufgrund extremer Belastungssituationen in einer Weise gewalttätig verhielten, die ihnen unter Umständen außerhalb der Pflege nicht vorstellbar erschienen wäre. Während sich in einer kleineren Anzahl von Fällen das problematische Verhalten der Pflegenden nicht konkreten Auslösern zuordnen lässt, weil es von dauerhafter, nicht anlassbezogener Art ist, können für viele der beschriebenen Fälle konkrete kritische pflegebezogene Ereignisse bzw. problematisches Verhalten von Pflegebedürftigen als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger beschrieben werden. Den befragten Angehörigen zufolge kommt häufig verweigerter Mitwirkung oder Gegenwehr der Pflegebedürftigen bei der Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung, der Körperpflege und auffällig oft bei der Inkontinenzversorgung eine Auslöserfunktion zu. Als weitere kritische Faktoren werden Störungen im Schlafwach-Rhythmus, wahnhafte Vorstellungen, realitätsinadäquates Verhalten, Weglaufenden und durch kognitive Einschränkungen verändertes Kommunikationsverhalten, zudem verbal oder physisch aggressives Verhalten benannt. Auffällig ist, dass in sehr vielen Fällen nicht eine körperlich schwere oder psychisch belastende Pflegetätigkeit als Auslöser problematischen Handelns geschildert wird, sondern wahrgenommene fehlende Kooperationsbereitschaft oder Gegenwehr der Pflegebedürftigen bei belastenden Pflegehandlungen. Einschätzungen hinsichtlich der Kooperativität der Pflegebedürftigen treffen pflegende Angehörige einerseits vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen mit der jeweiligen Person; hierbei sind auch Erfahrungen aus der Zeit vor der Pflegebedürftigkeit insofern von Belang, als festgestellte Kontinuitäten oder Diskontinuitäten den Ausschlag für eine internale (Person) oder externale (Krankheit) Attribution als problematisch erlebten Verhaltens Pflegebedürftiger geben können. Von großer Bedeutung sind zudem Informationen, über die Angehörige hinsichtlich möglicherweise krankheitsbedingter Veränderungen des Verhaltens der Pflegebedürftigen verfügen. Als von großer Relevanz erwiesen sich im Interviewmaterial auch eingeschränkte Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen, sich vom (krankheitsbedingten) problematischen Verhalten der Pflegebedürftigen emotional zu distanzieren. Als mit erheblichen Risiken verknüpft erschien v.a. die Kombination aus aufgrund problematischen Verhaltens der Pflegebedürftigen schwierigen Pflegebeziehungen einerseits und Schuld- und Verpflichtungsmotiven bzw. finanziellen Motiven zur Übernahme bzw. Aufrechterhaltung von Pflegebeziehungen andererseits. Kritisch sind ferner Konstellationen, in denen – wiederum in grundsätzlich schwierigen Pflegebeziehungen – Angehörige eine Rollenumkehr und zugleich früheres aggressives Verhalten der nunmehr pflegebedürftigen Person beschreiben. Als bedeutsamer Risikofaktor zeigen sich Einschränkungen der körperlichen und psychischen Gesundheit der Pflegenden, die eine erfolgreiche Übernahme von Pflegeaufgaben ohnehin weniger wahrscheinlich machen.

Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte aus Akteursicht

Insgesamt berichten die ambulanten Pflegekräfte nur wenige Vorfälle eigenen problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen. Bei den meisten der berichteten Fälle handelt es sich nicht im engeren Sinne um Viktimisierungen, sondern – zumindest aus Sicht der Handelnden – um als unvermeidbar erlebten Zwang zur Ausübung von Pflegehandlungen sowie um Reaktionen auf Aggressionen der Pflegebedürftigen. Aggressiv motivierte Formen der Viktimisierung Pflegebedürftiger werden aus der unmittelbaren Akteurperspektive praktisch nicht geschildert.

Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige aus Beobachtersicht

Während ein Teil der aus Beobachtersicht geschilderten Fälle der Viktimisierung Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige dem Fallspektrum entspricht, welches von pflegenden Angehörigen selbst berichtet wurde, handelt es sich bei einem größeren Teil der Fallkonstellationen um dauerhaft verfestigte Gewaltverhältnisse bzw. um Fälle, in denen eine Schädigungsabsicht eben nicht situationsabhängig entsteht, sondern offenbar situationsübergreifend vorhanden ist. In vielen der geschilderten Fälle kommt es zu gravierenden Formen von Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige. Neben den auch hier geschilderten überforderungs- und belastungsinduzierten Viktimisierungen, lassen sich zwei große Fallgruppen ausmachen, die einerseits Fälle von – teilweise fortgesetzter – Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen und andererseits Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung aufgrund einer fraglichen oder fehlenden Pflegemotivation oftmals in Verbindung mit einer primär finanziell motivierten Übernahme von Pflege umfassen. Zudem werden Fälle der Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen aufgrund von Umkehrungen in Dominanzbeziehungen sowie – mutmaßlich nicht direkt mit Pflege in Zusammenhang stehende – Misshandlungen und Vernachlässigungen pflegebedürftiger älterer Frauen durch Söhne bzw. Schwiegersöhne berichtet.

Als für die meisten Fälle maßgebliche Faktoren erweisen sich die Qualität der Vorbeziehung und – damit im Zusammenhang stehend – die Motivation für die Übernahme der Pflege. Gravierende Gewaltvorkommnisse werden geschildert aus Konstellationen, in denen bei negativer Beziehungsgeschichte primär finanzielle Motive zur Pflegeübernahme vorliegen sowie aus Konstellationen, in denen starke Abhängigkeiten und geschlechtsspezifische Dominanzverhältnisse in Partnerschaften älterer Menschen bestehen und daraus resultierende Gewaltstrukturen in der Pflege fortgeführt werden oder – dies seltener – sich umkehren. Als risikoerhöhende Faktoren sind hier Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit aufseiten der pflegenden Angehörigen zu nennen; diesbezüglich liegen zahlreiche Fallberichte vor. Aus Beobachtersicht wird zudem eine Reihe von Konstellationen geschildert, in denen es trotz guter prämorbidier Beziehungsqualität und tatsächlicher Übernahme von Pflegeverantwortung zu gewaltförmigem Verhalten in der Pflege gekommen ist. Dies sind Konstellationen, in denen aufseiten der pflegenden Angehörigen wiederum Alkoholkonsum bzw. -abhängigkeit, physische bzw. psychische Einschränkungen, die eine erfolgreiche Bewältigung von Pflegeaufgaben unwahrscheinlich machen, Uninformiertheit und dadurch bedingt falsche Situations einschätzungen bzw. Pflegefehler auftraten. Hinzu kommen überzogene Anforderungen (der Pflegenden an sich selbst oder von Dritten), trotz gegebener Überforderung keine Pflegeaufgaben zu delegieren sowie finanzielle Zwangslagen, die eine Zuhilfenahme professioneller Pflege oder alternative Lösungen wie eine Pflegeheimübersiedlung verhindern. Ferner können die spezifischen hohen Anforderungen von Demenzpflege und aggressives Verhalten Pflegebedürftiger dazu beitragen, das Risiko von Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen zu erhöhen.

Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte aus Beobachtersicht

In den vorliegenden Berichten von ambulanten Pflegekräften, pflegenden Angehörigen und Experten/Expertinnen wird ein heterogenes Fallspektrum von Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte geschildert. Neben einer Reihe von Schilderungen von

Problemverhalten und Missständen in der ambulanten Pflege mit meist allenfalls situationspezifischer Schädigungsabsicht, liegen einige Berichte über gravierende verbale, physische, finanzielle und sexuelle Viktimisierungen durch ambulante Pflegekräfte vor, für die vom Vorliegen einer situationsübergreifenden Schädigungsintention ausgegangen werden kann. Relativ häufig werden verschiedene Formen finanziell schädigenden Verhaltens von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegekräfte bzw. -dienste berichtet. Geschildert wurden Fälle von Diebstahl und finanzieller Ausnutzung durch einzelne Pflegekräfte sowie Fälle von Falschabrechnungen, welche weniger die Pflegekräfte als vielmehr die Leitungsebene betreffen. Ferner wird über unlautere Geschäftspraktiken berichtet. Dies betrifft Kundenakquise und Vertragsabschluss, das Unterbinden von Anbieterwechseln sowie die Einflussnahme auf Pflegebegutachtungen, u. a. durch zielgerichteten Einsatz von Medikamenten. Berücksichtigt man die Spezifika häuslicher Pflege, so wird deutlich, dass im Kontext des hohen Maßes an Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von ambulanten Pflegediensten selbst für einen Beobachter eher geringfügig wirkendes problematisches Verhalten von den Pflegebedürftigen als bedrohlich erlebt werden kann. Deutlich wird zudem – und das bestätigt eindrucksvoll der geschilderte Fall der Misshandlung einer alleinstehenden demenzerkrankten Frau – dass im Hinblick auf Tatgelegenheiten und Entdeckungswahrscheinlichkeiten für alleinlebende demenziell erkrankte Pflegebedürftige ein besonderes Viktimisierungsrisiko besteht.

Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch sonstige Akteure aus Beobachtersicht

In größerer Zahl werden im vorliegenden Untersuchungsmaterial auch Viktimisierungen durch Personen geschildert, zu denen seitens der pflegebedürftigen Opfer keinerlei Vorbeziehung bestand. Eindeutig dominieren diesbezüglich Berichte über Fälle finanzieller Schädigungen, dabei handelt es sich vor allem um Betrug, Trickdiebstahl und mindestens als zweifelhaft zu charakterisierende Geschäftspraktiken. Im Interviewmaterial wird deutlich, dass für pflege- und unterstützungsbedürftige Personen – insbesondere wenn sie allein leben und noch in der Lage sind, Fremde in die Wohnung zu lassen – spezifische Viktimisierungsrisiken bestehen. Eine besondere Form der finanziellen Ausbeutung Älterer liegt vor, wenn ältere Menschen Personen ihres Vertrauens Eigentumswerte überschreiben, sich im Gegenzug versichern lassen, dass diese sich um sie kümmern werden und dieses Vertrauen missbraucht und das Versprechen gebrochen wird. Anhand eines berichteten Falles wird deutlich, dass es in Fällen, in denen finanzielle Interessen vorliegen, zugleich aber keine tatsächliche Motivation zur Pflege gegeben ist, zu schwerwiegender Vernachlässigung kommen kann. Ebenfalls zum Teil gravierende Viktimisierungen werden aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und stationären Einrichtungen berichtet.

Die Studie zeigt ein höchst vielschichtiges und heterogenes Viktimisierungsgeschehen in der häuslichen Pflege. Fälle von Misshandlungen und Vernachlässigungen treten in unterschiedlichen Konstellationen auf, die berichteten Formen gewaltförmigen Handelns bzw. des Unterlassens von Handlungen sind sehr vielfältig, wie auch Ausmaß und Schwere solcher Vorkommnisse. Ebenso unterscheiden sich Auslöser und Kontexte solcher Handlungen. Dabei kommt es zu Viktimisierungen, bei denen aufseiten des Täters oder der Täterin eine Schädigungsabsicht überhaupt nicht vorliegt, zu solchen, bei denen eine solche Absicht im Kontext einer kritischen, eskalationsgeneigten Interaktion entsteht und schließlich auch zu Viktimisierungen, bei welchen eine situationsübergreifende Schädigungsabsicht des Täters oder der Täterin angenommen werden muss.

Pflege erweist sich in gewissem Sinne als per se gewaltnah: Pflegebedürftigkeit erzeugt (oder verstärkt) und modifiziert Abhängigkeit, erzwingt körperliche und soziale Nähe und führt vielfach zu sozialer Isolation. Pflegebedürftigkeit bedeutet meist unumkehrbaren Autonomieverlust, den unwiederbringlichen Abschied von Fähigkeiten und Handlungsspielräumen und die Veränderung von Beziehungen. Pflegebedürftigkeit lässt den nahenden Tod gewahr werden, Lebens- und Beziehungsbilanzen ziehen und ist für die Betroffenen in vielerlei Hinsicht bedrohlich und beängstigend. Pflegebedürftigkeit geht einher mit Veränderungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, problematische Verhaltensweisen treten vielfach auf. Berücksichtigt man zudem, dass der familiäre Lebenszusammenhang aufgrund der Nähe, Intimität und gegenseitigen Abhängigkeit in seiner geschlechterhierarchischen Verfasstheit ohnehin hohe Viktimisierungspotenziale birgt, so wird deutlich, dass die Möglichkeit, dass es zu Aggressionen und/oder Gewalt in familialen Pflegearrangements kommt, stets gegeben ist. Natürlich sind Pflegebeziehungen keineswegs grundsätzlich von Gewalt geprägt – auch dies zeigen die Interviews mit den Beteiligten eindrücklich –, aber in vielen Pflegekonstellationen kommt es zu aggressiven und gewaltförmigen Verhaltensweisen und die Beteiligten stehen vor der schwierigen Herausforderung, diese zu bewältigen.

Zudem – und dies veranschaulichen vor allem die aus Beobachtersicht vorgetragenen Berichte über Viktimisierungen an Pflegebedürftigen – handelt es sich bei der häuslichen Pflege um einen Bereich, in welchem sich vielfältige Tatgelegenheiten bieten und zugleich mit zunehmender räumlicher und sozialer Isolation der Beteiligten die Möglichkeiten der Tatentdeckung abnehmen. Solche günstigen Tatgelegenheiten bieten sich nicht nur im Hinblick auf finanzielle Ausbeutung und Vermögensdelikte, sondern auch bezüglich physischer und verbaler Gewalt. Um derartige Gelegenheiten handlungswirksam werden zu lassen, muss nicht einmal eine bereits vorhandene Tatmotivation angenommen werden. Kritische Situationen in der häuslichen Pflege lassen Verhaltensweisen in das Handlungsrepertoire von Menschen gelangen, die unter Umständen außerhalb von Pflege entsprechende Verhaltensmuster kaum jemals gezeigt hätten, weil es hierzu an einem Tatanlass gefehlt hätte; zugleich findet das problematische Verhalten nun in einer Situation statt, in welcher die Entdeckungswahrscheinlichkeit eigenen Fehlverhaltens gering ist.

Erfolgte und nicht erfolgte Interventionen

Insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Präventions- und Interventionsansätzen war ein weiterer Schwerpunkt der Interviewstudie die Untersuchung der Art der an den geschilderten Viktimisierungsfällen beteiligten Institutionen, deren verfolgte bzw. unterlassene Interventionen und ihr Zusammenwirken sowie die Faktoren erfolgreicher bzw. misslungener Interventionsverläufe.

Die Befunde über erfolgte und nicht erfolgte Interventionen sowie die verschiedenen potenziell interventionsrelevanten Akteure und Institutionen zeigen, dass bereits Kenntnisnahme und Aufdeckung von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen mit zahlreichen Hindernissen verknüpft sind. Aber auch die nachfolgenden Phasen einer in Gang gesetzten Intervention durch fallbeteiligte Dritte stellen – von der Einbeziehung einschlägiger Institutionen und Unterstützungsangebote über die Fallaufklärung und die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten bis hin zu deren Umsetzung und Wirksamwerden – äußerst komplexe Herausforderungen für alle Beteiligten dar. Es hat

sich gezeigt, dass nicht nur die Initiierung einer Interventionskette, sondern auch alle weiteren Phasen von Interventionen in hohem Maße störungsanfällig und die begangenen Interventionswege an nahezu jeder Stelle abbruchgefährdet sind.

Eine Vielzahl berichteter Fälle sowohl von erfolgten als auch von unterbliebenen Interventionen unterstreicht die potenziell überragende Bedeutung ambulanter Pflegedienste sowohl bei der Prävention von Gewalt und Vernachlässigung als auch bei der Intervention in Fällen der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich. Neben den unmittelbar betroffenen bzw. beteiligten familiären Akteuren sowie in vielen Fällen auch Nachbarinnen und Nachbarn sind es oftmals ambulante Pflegekräfte, die als erste „Externe“ Kenntnis von Fällen erlangen, in denen es zu Konflikten und Gewalt in Pflegebeziehungen oder zu pflegerischer Vernachlässigung kommt. In vielen Fällen stellen die ambulanten Pflegekräfte eine wesentliche, teilweise gar die einzige Brücke der familialen Pflegedynade zur Außenwelt dar. Beides – privilegierte Möglichkeiten der Kenntnisnahme und Bindegliedfunktion zwischen häuslichem Pflegearrangement, den rahmengebenden Institutionen sowie der Öffentlichkeit – prädestiniert (in Verbindung mit dem pflegerischen Fachwissen sowohl um Verhaltenseffekte von Erkrankungen als auch um Gütemerkmale pflegerischer Versorgung) ambulante Pflegekräfte dazu, in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung selbst zu intervenieren oder aber eine mögliche Kette von Interventionen mit weiteren Beteiligten in Gang zu setzen. Es wurde deutlich, dass es oftmals ambulante Pflegekräfte sind, die einschlägige öffentlich-rechtliche Institutionen (z. B. Pflegekassen/Pflegebegutachtung, aber auch Vormundschaftsgerichte), thematisch einschlägige Unterstützungsorganisationen (Krisen- und Beratungsstellen) und manchmal auch Ärzte/Ärztinnen über Vernachlässigung oder Gewaltvorkommnisse in Kenntnis setzen. In den Fallbeschreibungen wurde zugleich deutlich, dass ein Eingreifen vonseiten ambulanter Pflegekräfte keineswegs selbstverständlich ist. Die erste Voraussetzung ist, dass Pflegekräfte von problematischen Pflegesituationen und Viktimisierungen überhaupt Kenntnis erlangen. Als zentrale Interventionshindernisse haben sich mangelnde Sensibilität ambulanter Pflegedienste gegenüber häuslichen Viktimisierungsrisiken sowie mangelnde Wahrnehmung der eigenen Verantwortung für die Beendigung oder Veränderung von Viktimisierungssituationen herausgestellt. Diese können auf ein Fehlen organisationsintern verbindlicher Interventionsstrategien sowie eine mangelnde Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten bei der Beurteilung des Viktimisierungsrisikos häuslicher Pflegebeziehungen verweisen. Darin drückt sich aus, dass die Thematik der Misshandlung und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen sowie die eigene Rolle als potenziell intervenierende Organisation in der Organisationskultur vieler ambulanter Dienste (noch) nicht ausreichend verankert sind.

Auch Ärzten/Ärztinnen kommt potenziell eine wichtige Rolle für die Intervention und Prävention in Fällen von Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen zu, da sie Einblick in die gesundheitliche und emotionale Gesamtsituation von Pflegebedürftigen und Angehörigen haben und für viele Menschen wichtige und vertrauenswürdige Ansprechpartner sind. Jedoch deuten die vorliegenden Berichte über ärztliches Verhalten im Zusammenhang mit problematischen Pflegebeziehungen darauf hin, dass Ärzte die Rolle desjenigen, der in der Lage ist, Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung in Pflegebeziehungen frühzeitig wahrzunehmen und rasch und professionell darauf zu reagieren, bislang kaum wahrnehmen. Ihnen kommt vor allem in solchen Fällen besondere Bedeutung zu, in denen kein ambulanter Pflegedienst in die Erbringung häuslicher Pflege mit einbezogen wird.

Den Pflegekassen als Leistungsträgern häuslicher Pflege kommt durch ihren flächendeckenden Zugang zu häuslichen Pflegesettings ebenfalls eine potenziell wichtige Rolle im Hinblick auf Prävention und Intervention bei problematischen Pflegesituationen zu. Pflegekassen bieten Informationen und Schulungen und stehen in mehr oder weniger regelmäßigem Kontakt zu den häuslichen Pflegepersonen. Eine besondere Bedeutung für Prävention und Intervention haben jedoch vor allem die Hausbesuche im Rahmen von Pflegeeinstufungs- und Begutachtungsverfahren. Im Interesse wirksamer Prävention und Intervention sollten diese Instrumente stärker als bisher im Sinne einer umfassenden qualifizierten Beratung und Einschätzung der Gesamtsituation ausgebaut werden. Positive Erfahrungen der Nutzung von Begutachtungen im Sinne einer umfassenden Beratung liegen vereinzelt – insbesondere im Bereich der Pflegeberatung durch kommunale Leistungsträger – vor.

Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung kann in vielen Fällen ein wichtiges Instrument zum Schutz von Pflegebedürftigen sein, insbesondere in Fällen von Vernachlässigung. Vor dem Hintergrund des Materials problematisch erscheint die teilweise langsame Bearbeitung von durch Dritte an entsprechende Gerichte herangetragen Fällen, in denen die Einrichtung einer Betreuung zur Abwehr akut vorliegender Gefährdungen dringend erforderlich ist. Auf der anderen Seite wurde jedoch auch deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung als Machtmittel bzw. zum eigenen Vorteil sowohl von Institutionen als auch Privatpersonen missbräuchlich eingesetzt werden kann. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit wirksamer Instrumente, die sicherstellen, dass gesetzliche Betreuer/Betreuerinnen zum Wohle der Betroffenen handeln bzw. dass in Fällen, in denen dies nicht geschieht, andere Betreuer/Betreuerinnen zeitnah verfügbar sind.

Polizei und Strafjustiz spielen bislang eine marginale Rolle bei der Verfolgung von Viktimisierungsfällen in häuslichen Pflegebeziehungen. Die berichteten Einzelfallbeispiele deuten an, dass die Polizei bei akuten und eindeutigen Fällen von körperlicher Gewalt einbezogen bzw. tätig wird. In Bezug auf Ermittlungen in Verdachtsfällen scheint die Wahrnehmung der polizeilichen Ermittlungspflicht nicht immer selbstverständlich zu sein.

Soweit niedrigschwellige Beratungs- und Kriseninterventionsangebote zu Problemen des Alterns und der Pflegebedürftigkeit bestehen, werden diese von Privatpersonen und Institutionen in Anspruch genommen. Die von ihnen bearbeiteten Fälle decken eine enorme Bandbreite hinsichtlich der Viktimisierungsvorkommnisse und der Täterschaft ab. Ihnen kommt daher eine überragende Funktion als erste Anlauf- und Clearingstelle zu, welche die Situation zu klären hilft, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und gegebenenfalls weitere einschlägige Institutionen einbezieht.

Anhand der dargestellten Interventionsbeispiele wird erkennbar, dass selbst unter Einbeziehung vorhandener Unterstützungsstrukturen und eines Netzwerks verschiedener Akteure Interventionen zum Teil nur schleppend und nicht durchgreifend erfolgen bzw. keine Interventionslösungen gefunden werden, während sich zeitgleich die Gewaltsituation zuspitzt. Umgesetzte Interventionslösungen erzielten oftmals keine Wirkung im Sinne der Verhinderung weiterer Gewalttaten. Teilweise ist dies auf personenbezogene Faktoren zurückzuführen. Hier sind vor allem bestehende Abhängigkeiten der Opfer vom Täter oder von der Täterin in emotionaler, materieller und alltagspraktischer Hinsicht zu nennen. Jedoch werden auch im Hinblick auf die Strukturen, die Organisation

und die Abläufe sowie die gewählten Strategien erfolgter Interventionen wiederkehrende Problemfelder erkennbar:

- | Nichtwahrnehmung der eigenen Zuständigkeit und Verantwortung für die Beendigung einer beobachteten Viktimisierungssituation durch potenziell interventionsrelevante Akteure
- | lange Verfahrensdauer bei der Einrichtung gesetzlicher Betreuungen
- | ein erheblicher Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen Fallbeteiligten einer Intervention
- | Mangel an Alternativen zu dem bestehenden häuslichen Pflegearrangement, insbesondere im Bereich akut verfügbarer Schutzmaßnahmen und Unterbringungsmöglichkeiten

Die im Interviewmaterial sichtbar werdenden Fälle haben gezeigt, dass vor allem eine Optimierung der Zusammenarbeit zwischen interventionsrelevanten Berufsgruppen, Institutionen und Organisationen anzustreben ist. Hierzu gehört insbesondere eine bessere Kooperation zwischen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits-, Pflege- und Altenhilfesystems, kommunalen und freigemeinnützigen Beratungs- und Kriseninterventionsstrukturen sowie Polizei und Justiz.

Die Entwicklung und Umsetzung von Interventionslösungen wird darüber hinaus auch durch Faktoren auf der individuellen Ebene des Opferverhaltens begrenzt. Diese stehen jedoch in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Deutungsmustern, verfügbaren Handlungsoptionen sowie schließlich den individuellen Ressourcen des Opfers, Hilfebedarf zu artikulieren, Unterstützung zu suchen und anzunehmen. Die eingeschränkten Hilfesuchmöglichkeiten von Pflegebedürftigen erfordern umso mehr den verstärkten Einsatz zugehender Elemente in der Gestaltung von Hilfsangeboten. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit einer institutionen- und berufsgruppenbezogenen Sensibilisierung im Hinblick auf Gewalt und Vernachlässigung in häuslichen Pflegebeziehungen, der Vermittlung von Interventionskompetenzen sowie der Entwicklung verbindlicher organisationsinterner Interventionsverfahren.

Die erfolgten und nicht erfolgten Interventionen sind schließlich nicht nur Ausdruck personenbezogener Faktoren, institutioneller Strukturen und Abläufe sondern auch eingebettet in gesellschaftlich dominante Interpretationsmuster von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen. Vor dem Hintergrund einiger Fallberichte über nicht erfolgte oder verzögerte Interventionsabläufe in Fällen, die mit dem Tod der oder des Pflegebedürftigen endeten bzw. beendet wurden, entstand der Eindruck einer insgesamt bisweilen unzureichenden Sensibilität für Menschenrechtsverletzungen und Straftaten an pflegebedürftigen Menschen. Einige Fälle haben sich offenbar mit dem Tod der Betroffenen für die Fallbeteiligten „erledigt“. Der Tod scheint aufgrund des Alters und der Pflegebedürftigkeit selbstverständlich in Kauf genommen zu werden, Fragen nach der Todesursache erschienen vor diesem Hintergrund nicht mehr relevant. So wurde in keiner Darstellung über Viktimisierungsfälle, die mit dem Tod des Opfers endeten, über strafrechtliche Ermittlungen in Bezug auf die Todesursache des Opfers berichtet.

Hinzuweisen ist schließlich auch auf die problematische Dominanz des Deutungsschemas „Gewalt als Überlastungsreaktion“ und des darauf basierenden Präventions- und Interventionsansatzes der Organisation von Entlastungsmöglichkeiten als hauptsächlich genutzter Interventionsstrategie. Es besteht die Gefahr, dass der Ansatz, zur Prävention weiterer Gewaltvorkommnisse vor allem Entlastungsmöglichkeiten für den Täter bzw. die Täterin zu schaffen, die Wahrnehmung von verfestigten und auf (insbesondere geschlechterhierarchischen) Macht- und Herrschaftsstrukturen basierenden Gewaltmustern in Pflegebeziehungen einschränkt und somit andere Möglichkeiten der Beendigung einer Viktimisierungssituation aus dem Blick geraten. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer verstärkten gesamtgesellschaftlichen und fachpolitischen Auseinandersetzung mit Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen, deren Hintergründen und Dynamiken sowie mit den Möglichkeiten der Schaffung von Unterstützungs- und Schutzmöglichkeiten für Opfer von Gewalt und Vernachlässigung.

5.5 „Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen

Thomas Görgen

5.5.1 Überblick

Gegenstand der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ sind zum einen Gefährdungen, welche „die ältere Generation insgesamt“ betreffen, zum anderen solche, denen die Teilpopulation jener Älteren ausgesetzt ist, die zu Hause von Angehörigen und ambulanten Diensten gepflegt werden. Nicht im Detail untersucht wird die spezifische Situation der in stationären Einrichtungen lebenden Älteren – immerhin rund ein Drittel aller Empfängerinnen und Empfänger von SGB-XI-Leistungen.

Um diese Gruppe nicht ganz und gar unbeachtet zu lassen, soll hier die Chance genutzt werden, in geraffter Form Befunde aus einer vor einigen Jahren durchgeführten Studie zur Misshandlung und Vernachlässigung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu präsentieren (vgl. u. a. auch Görgen, 2001; 2003a; 2004b; 2006). Die Untersuchung stand vor ähnlichen Zugangsproblemen und methodischen Herausforderungen wie die vorliegende Studie. Angesichts des Umstandes, dass die Befragbarkeit Pflegebedürftiger in Heimen tendenziell noch geringer ist als bei Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich, stellte sich die Frage nach methodischen Alternativen zu einem Viktimisierungssurvey von Beginn an.

5.5.2 Forschungszugang

Das für die Studie zu Viktimisierungen im stationären Bereich entwickelte Konzept verbindet quantitative und qualitative Ansätze, es greift auf Hell- und Dunkelfelddaten zurück und beleuchtet die Viktimisierung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern aus der Perspektive von Opfern, Tätern und Informanten (vgl. Tabelle 73). Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 251 qualitative Interviews in acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie in deren Umfeld geführt und analysiert; 361 Heimitarbeiterinnen und Heimmitarbeiter wurden schriftlich befragt. In Zusammenarbeit mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde wurden Daten zu 188 Heimbegehungen

erhoben. Schließlich wurden 35 einschlägige Fälle, mit welchen Strafverfolgungsbehörden befasst waren, anhand von Akten untersucht. Geografisch beschränkte die Studie sich auf das Land Hessen. Dies hatte primär untersuchungsökonomische Gründe; es ist davon auszugehen, dass die festgestellten Probleme in ähnlicher Form auch in anderen Bundesländern auffindbar wären.

Tab. 73: Komponenten einer Studie zur Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Altenhilfeeinrichtungen

Komponente	Stichprobengröße/Untersuchungsumfang
Schriftliche Befragung von Pflegekräften	361 Pflegekräfte
Qualitative Face-to-Face-Interviews	8 Heime; 251 Interviews in Heimen und in deren Umfeld
Analyse staatsanwaltschaftlicher Akten	35 einschlägige Fälle, 1993–2000
Schriftliche Expertenbefragung bei Heimaufsichtsmitarbeitern	Daten zu 188 Heimüberprüfungen innerhalb von acht Monaten

Die Teilstudien sollen nachstehend in ihren wesentlichen Merkmalen und zentralen Befunden charakterisiert werden.

5.5.3 Befunde

5.5.3.1 Qualitative Interviewstudie

Die Studie erstreckte sich auf acht soweit wie möglich nach Zufallsprinzipien ausgewählte Heime unterschiedlicher Größe (von ca. 35 bis zu ca. 200 Plätzen) und Trägerschaft in Hessen. In diesen Heimen und in deren Umfeld wurden in den Jahren 1999 und 2000 insgesamt 251 qualitative leitfadenorientierte Interviews zu von den Befragten erlebten bzw. wahrgenommenen Belastungen, Konflikten und Fällen der körperlichen und seelischen Misshandlung, der Vernachlässigung und der unangemessenen Freiheitseinschränkung geführt. In den Heimen wurden Bewohnerinnen und Bewohner wie Pflegende befragt, dabei alle wesentlichen Hierarchiestufen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch temporär Mitwirkende wie Zivildienstleistende oder Personen im freiwilligen sozialen Jahr einbezogen. Die Studie bezog ferner externe Personen ein, von denen zu erwarten war, dass sie über das Heim würden Auskunft geben können; dazu gehörten insbesondere Angehörige und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer von Bewohnern, Ärztinnen und Ärzte, Seelsorger und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Heimaufsichtsbehörden. Tabelle 74 stellt die Zusammensetzung der Interviewstichprobe dar.

Tab. 74: Interviewstudie in stationären Pflegeeinrichtungen: Zusammensetzung der Stichprobe (251 Interviews in stationären Pflegeeinrichtungen und in deren Umfeld, Hessen, 1999/2000)

Hauptgruppe	n	%
Bewohnerinnen und Bewohner	63	25,1
Leitungsebene	17	6,8
Pflegende (inkl. Wohnbereichsleitung)	81	32,3
andere Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter (inkl. Ehrenamt)	24	9,6
Familienangehörige der Bewohner	17	6,8
Externe Expertinnen und Experten (Geistliche, Ärzte, Betreuer)	42	16,7
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht	7	2,8
gesamt	251	100,0

Aus der Fülle des so gewonnenen Materials sollen an dieser Stelle einige Befunde hervorgehoben werden.

- I Beurteilung der Einrichtungen:** Von allen Befragten Gruppen werden die untersuchten Heime überwiegend positiv beurteilt. Insbesondere bringen Bewohnerinnen und Bewohner nur selten kritische Gesamtbewertungen zum Ausdruck. Darin spiegeln sich neben Zufriedenheit mit dem Leben im Heim auch biografisch verankerte Haltungen der Anspruchslosigkeit sowie der wahrgenommene Mangel an Alternativen, in einzelnen Fällen auch Ängste, im Interview Negatives zu äußern. Zugleich zeigen sich – innerhalb des positiven Spektrums – in der Gesamtbeurteilung deutliche Unterschiede zwischen den Heimen; dabei erfahren vor allem kleine Einrichtungen die relativ besten Bewertungen.

- I Belastungserleben von Bewohnern und Bewohnerinnen:** Die von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern erlebten Belastungen haben nur zum Teil mit Merkmalen des jeweiligen Heimes und noch einmal zu einem kleineren Teil mit dem Verhalten von Pflegekräften zu tun. Bewohnerinnen und Bewohner leiden unter ihrer allgemeinen Lebenssituation, die gekennzeichnet ist durch gesundheitliche Einschränkungen, Einsamkeit und als unzureichend empfundene Familienkontakte. Die Heimübersiedlung, die meist durch negative Veränderungen des gesundheitlichen Zustands oder des sozialen Umfelds (z. B. Ausfall der bisherigen häuslichen Pflegeperson) ausgelöst wurde, wird als belastend erlebt. Heimbewohnerinnen und Heimbewohner leiden an den Einschränkungen ihrer Handlungs- und Entscheidungsautonomie, die durch die Pflegebedürftigkeit, zum Teil aber auch durch institutionelle Vorgaben und Routinen bedingt sind. Daneben kommt in einer Reihe von Interviews die Belastung durch das zwangsweise Zusammenleben mit demenziell Erkrankten als zentraler Faktor zum Ausdruck. Hier liegt zwar eine durch die Selektion „befragbarer“ Bewohnerinnen und Bewohner bedingte Schwerpunktsetzung vor (in der Gesamtheit der Heimpopulation, insbesondere unter den demenziell Erkrankten, dürfte das Thema „Zusammenleben mit Verwirrten“ eine weniger prominente Rolle einnehmen), jedoch mindert dies nicht das Leiden der nicht verwirrten Bewohnerinnen und Bewohner. Die Befunde weisen darauf hin, auch innerhalb von Einrichtungen dem Aspekt der Differenzierung von Angeboten für Demente und Nichtdemente großen Stellenwert beizumessen.

- I Belastungserleben von Pflegekräften:** Pflegekräfte erleben außerordentlich vielfältige Belastungen. Dominante Themen hierbei sind die als unzureichend empfundene personelle Besetzung und der daraus resultierende Zeitdruck. Die Kluft zwischen zu bewältigenden Aufgaben und verfügbaren Ressourcen führt zu einem – wiederum als belastend erlebten – Zurückbleiben hinter den eigenen pflegerischen Ansprüchen. Pflege wird als körperlich schwere Arbeit erfahren; am häufigsten werden Belastungen und Schädigungen des Rückens durch das Heben von Bewohnerinnen und Bewohnern erwähnt. Als mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes gewachsene Belastung erlebten zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews (1999/2000) viele Pflegenden die Pflicht zur Dokumentation der geleisteten Pflege. Diese wurde vielfach vor allem unter dem Gesichtspunkt wahrgenommen, dass sie Arbeitszeitressourcen bindet, welche sonst in direkte Bewohnerkontakte einfließen könnten. Belastungen erleben Pflegenden auch im Verhältnis zu ihren Vorgesetzten und Kolle-

ginnen und Kollegen. Vorgesetzte werden vor allem dann als schwierig erlebt, wenn sie unstrukturiert arbeiten, es ihnen an Führungsfähigkeiten mangelt oder sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht die gewünschte Wertschätzung und Unterstützung entgegenbringen. Belastungen ergeben sich auch im Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen. In den Interviews werden Rivalitäten und Konflikte zwischen einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie zwischen Gruppen innerhalb der Pflegekräfte sichtbar (Schichten, unterschiedliche Qualifikationsstufen, „alteingesessene“ und neue Mitarbeiter etc.); dabei geht es um die Verteilung von Arbeit und Kompetenzen sowie um die Geltungskraft formeller und informell-subkultureller Normen und Regeln innerhalb der Einrichtung. Im direkten Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern fühlen Pflegenden sich vor allem durch aggressives, forderndes und störendes Bewohnerverhalten belastet sowie durch deren Widerstand gegen Pflegehandlungen. Im Umgang mit schwerkranken, sterbenden und verwirrten Personen wird die gesundheitliche Verfassung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Belastungsquelle; Pflegenden sehen sich mit schwerem Leiden und Schmerzen sowie mit dem Tod von Bewohnerinnen und Bewohnern konfrontiert, erleben in Bezug auf solche Ereignisse ihre eigene Ohnmacht; in der Arbeit mit Demenzkranken wirkt auch die Schwierigkeit belastend, sich mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner über dessen Bedürfnisse und Befindlichkeit zu verständigen.

I Pflegekräfte als Opfer problematischen Bewohnerverhaltens: Pflegekräfte werden in vielfacher Weise Opfer aggressiven und belästigenden Bewohnerverhaltens. Dies betrifft die Bereiche der körperlichen Gewalt und der verbalen Aggression, in geringerem Umfang auch der sexuellen Belästigung. Die Untersuchung weist darauf hin, dass Pflegekräfte derartiges Bewohnerverhalten unterschiedlich interpretieren und in unterschiedlicher – mit der Interpretation kontingenter – Weise darauf reagieren. Dabei ist von entscheidender Bedeutung inwieweit das Verhalten als krankheitsbedingt (und die Bewohnerin bzw. der Bewohner dementsprechend als nicht verantwortlich) betrachtet oder als intentional und in stabilen negativen Persönlichkeitsmerkmalen des Handelnden wurzelnd gesehen wird.

I Viktimisierung von Bewohnern und Bewohnerinnen – direkte Opferperspektive: Zu allen untersuchten Viktimisierungsformen liegen unmittelbare Opferberichte von Bewohnerinnen oder Bewohnern nur in geringer Zahl vor, Berichte der Akteure sind ebenfalls selten bzw. beziehen sich auf minder schwere Fallkonstellationen. Es hat sich bewährt, Personen auch als Informanten über beobachtetes Verhalten zu befragen und dabei eine Vielzahl von Perspektiven zu berücksichtigen (unterschiedliche Professionen und Hierarchieebenen bei Heimmitarbeiterinnen und Heimmitarbeitern, heiminterne und externe Informantinnen und Informanten).

I Viktimisierung von Bewohnerinnen und Bewohnern – Perspektive der Pflegekräfte: Pflegekräfte wurden sowohl nach eigenem problematischem Verhalten gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern als auch nach entsprechenden Beobachtungen befragt. Tabelle 75 stellt die 12-Monats-Prävalenzen für die untersuchten Viktimisierungsformen und für beide Perspektiven dar.

Tab. 75: Von hauptberuflichen Pflegekräften als Akteure bzw. Beobachter berichtete Verhaltensmuster (81 Interviews in stationären Pflegeeinrichtungen, Hessen, 1999/2000)

Verhaltensmuster	Interviewte als Akteure	Interviewte als Beobachter
körperliche Misshandlung	16 (19,8%)	17 (21,0%)
psychische Misshandlung/verbale Aggression	30 (37,0%)	46 (56,8%)
missbräuchliche mechanische Freiheitseinschränkung	12 (14,8%)	9 (11,1%)
missbräuchliche medikamentöse Freiheitseinschränkung	10 (12,3%)	17 (21,0%)
pflegerische Vernachlässigung	22 (27,2%)	32 (39,5%)
psychosoziale Vernachlässigung	29 (35,8%)	29 (35,8%)
Paternalismus/Infantilisierung	46 (56,8%)	38 (46,9%)
mindestens eine der Verhaltensweisen 1 bis 7	57 (70,4%)	63 (77,8%)

Das Bild gewinnt an Klarheit, wenn einzelne Viktimisierungsformen betrachtet werden:

I Physische Gewalt gegen Pflegebedürftige: Soweit Pflegekräfte eigene Fälle physischer Gewaltanwendung berichten, handelt es sich um Reaktionen auf vorangegangenes aggressives Verhalten der pflegebedürftigen Person, die Ausübung von Zwang im Rahmen von Pflegehandlungen sowie um Fälle der unabsichtlichen Schmerzzufügung. Aus der Perspektive von Zeugen werden auch Fälle berichtet, die den Charakter kriminellen Unrechts haben; zum Teil handelt es sich um fortgesetzte, in andere Formen pflegerischen Fehlverhaltens eingebettete oder gemeinschaftlich begangene Delikte. Die Fallberichte weisen darauf hin, dass gewaltpräventive Bemühungen die Tätigkeit von Nachtwachen besonders ins Blickfeld zu nehmen haben.⁴⁰⁰ Mehrere schwerwiegende Gewaltfälle stellen sich als unangemessene Reaktionen von Pflegekräften auf Stuhlinkontinenz der Bewohnerinnen und Bewohner dar; auch hier haben präventive Bemühungen daher anzusetzen.⁴⁰¹

I Verbale Aggression/psychische Misshandlung: Bewohner, Pflegekräfte und Beobachter berichten über Fälle verbaler Aggression und sonstigen sich nicht physischer Mittel bedienenden Verhaltens, durch welches Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Würde oder ihrem Schamempfinden verletzt werden.⁴⁰² Im Unterschied zum Bereich der physischen Aggression sind hier Tendenzen zur Neutralisierung und Normalisie-

⁴⁰⁰ Bei mehreren der im Rahmen der Studie berichteten gravierenden Gewaltfälle richtete der Tatverdacht sich gegen eine als Nachtwache beschäftigte Person. Deren Tätigkeit zeichnet sich oftmals dadurch aus, dass eine Nachtwache alleine für eine große Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern verantwortlich ist, somit über viele Stunden hinweg unter einer besonderen Belastung steht, sich zugleich vor zeugenschaftlicher Beobachtung etwaiger Taten kaum fürchten muss, da zu ihren Dienstzeiten weder Kolleginnen und Kollegen noch externe Besucherinnen und Besucher (Angehörige, Ärzte, Seelsorger, Betreuer etc.) anwesend sind. Gewaltpräventive Maßnahmen müssen daher diese Personengruppe, ihre Arbeitsbedingungen und die sich daraus ergebenden Tatanlässe und Tatgelegenheiten in besonderem Maße in den Blick nehmen.

⁴⁰¹ Berichtete Fälle legen die Vermutung nahe, dass die professionelle Distanz, die für die Pflege stuhlinkontinenter Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich ist, nicht von allen Pflegekräften zu jedem Zeitpunkt aufgebracht werden kann und es in der Folge teilweise zu schwerwiegenden und aggressiv motivierten Gewalthandlungen kommt. Ein Element in einer Sequenz, die zu solchen Gewalthandlungen führt, ist die Interpretation der Inkontinenz als steuerbares und gegen die Pflegekraft gerichtetes Bewohnerverhalten.

⁴⁰² Darunter finden sich gravierende Vorkommnisse, wie etwa infolgender Schilderung eines Heimleiters (die sich auf ein Ereignis aus den 1980er-Jahren bezieht): „Da wurde ich durch johlendes Schreien und Händeklatschen ..., denke ich, is irgendwas, bin ich hoch in ersten Stock, und dann standen vier, fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um eine altersdemente Frau rum, und die kam nackt aus ihrem Zimmer, und die wurde dann angefeuert, nackt auf dem Flur zu tanzen. Und ich hab das unterbunden, und wir haben dann die erforderlichen Konsequenzen draus gezogen. Mitarbeiter, die sich wirklich da einsichtig gezeigt haben, die sind mit 'ner Abmahnung davon gekommen. Das gab auch zwei, denen haben wir damals fristlos gekündigt. Ja, das musste einfach sein. Die haben das akzeptiert, haben keine arbeitsrechtlichen Schritte unternommen, waren aber der Meinung: So schlimm war's doch eigentlich gar nicht. Die Frau hat doch ihren Spaß, war doch schön.“

rung zu erkennen. Insbesondere verbal aggressives Verhalten, das in kontrollierender oder erzieherischer Absicht ausgeführt wird, gilt Pflegenden zum Teil als legitim oder unvermeidbar. Manche Leitungskräfte gestehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reaktive und stressinduzierte Formen verbal aggressiven Verhaltens als eine Art Ventil für Gereiztheit und Überlastung zu.

- I Vernachlässigung:** Berichte zu pflegerischer und psychosozialer Vernachlässigung von Bewohnerinnen und Bewohnern haben meist den Charakter summarischer Beschreibungen der Folgen pflegerischer Überlastung zu Zeiten, in denen die personelle Besetzung besonders schwach ist – an Wochenenden, in den Nächten, zu Urlaubs- und Krankheitszeiten. Beschrieben wird eine Reduktion auf den Bereich der Grundpflege zulasten einer ganzheitlichen, auch den psychosozialen Bereich einschließenden Pflege und Betreuung. Soweit grundpflegerische Defizite genannt werden, betreffen diese vor allem den Bereich der Körperhygiene.

- I Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen:** Hinsichtlich der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen zeigten sich in den Interviews bedeutsame Unterschiede zwischen mechanischen und medikamentösen Formen. Während Fixiergurte oder Bettgitter den Berichten der Interviewten zufolge dauerhaft oder regelmäßig kaum noch ohne richterlichen Beschluss angewandt werden, ist das Problem- und Regelbewusstsein im Hinblick auf medikamentöse Sedierung weniger entwickelt. Hier berufen Pflegende sich in aller Regel auf ärztliche Verordnungen. Dabei wird die rechtliche Gleichstellung medikamentöser und mechanischer Freiheitsentziehung in § 1906 Abs. 4 BGB übersehen und zugleich der faktische Einfluss ignoriert, den Pflegekräfte auf das Zustandekommen von Sedierungsentscheidungen haben. Interviews mit Ärztinnen und Ärzten belegen die weitreichende Abhängigkeit der Ärzte von verlässlichen Informationen über das Verhalten des jeweiligen Bewohners, und diese Informationen werden meist von den Pflegenden bereitgestellt bzw. dort abgefragt. Die Interviews haben ferner gezeigt, dass subtile, jedenfalls nicht auf „klassische“ Instrumente wie Gitter oder Gurte zurückgreifende und von den Pflegenden als nicht genehmigungsbedürftig erlebte Maßnahmen zum Einsatz kommen. Dazu gehört es z. B., Mobiliar so zu arrangieren, dass eine Person nicht aus ihrem Stuhl aufstehen kann oder ihr zu drohen, man müsse sie einsperren, wenn sie weiterhin versuche, das Heim zu verlassen. Freiheitsentziehende und freiheitseinschränkende Maßnahmen werden in aller Regel mit der Vermeidung von Selbstgefährdungen begründet. Die Interviewbefunde erbringen starke Indizien für die Annahme, dass derartige Maßnahmen auch als Instrumente zur Kontrolle unerwünschten Verhaltens eingesetzt werden.

- I Paternalismus/Infantilisierung:** In den Interviews mit Pflegekräften finden sich viele Hinweise auf paternalistische und infantilisierende Haltungen gegenüber Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern und diesen Haltungen entsprechende Arbeitsweisen und Interaktionsformen. Insbesondere demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner werden mit Kindern verglichen, denen man zwar mit Nachsicht begegnen sollte, deren Verhalten aber zugleich der Einschränkung und Kontrolle durch die Pflegenden bedarf. Paternalistische Haltungen finden ihren Ausdruck in autoritärem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen, in Versuchen, sie zu erziehen sowie in Handlungen milden, fürsorglich inspirierten Zwanges. Die Interviewbefunde deuten darauf hin, dass handlungswirksame infantilisierende Haltungen vor allem bei gering qua-

lifizierten Kräften zu finden sind; möglicherweise schöpfen die Betroffenen hierzu aus dem ihnen aus dem familiären Bereich bekannten Verhaltensrepertoire. Es wurde deutlich, dass Leitungskräfte derartige Einstellungen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern nicht teilen und stattdessen die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner, ihren Erwachsenenstatus und ihr Recht, auch Risiken einzugehen betonen, dass die Vermittlung dieser Werte an die Pflegenden aber nur zum Teil gelingt.

I Sichtweisen zu Ursachen/Entstehungsbedingungen von Misshandlung und Vernachlässigung: Soweit Befragte sich zu den Ursachen und Entstehungsbedingungen von Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Altenhilfeeinrichtungen äußern, sind diese Erklärungsansätze im Grundsatz den aktuell in der Fachliteratur vertretenen recht ähnlich. Personalmangel und Überlastung der Pflegenden werden als zentrale Faktoren angesehen; die beschriebenen Zusammenhänge zwischen unzureichenden personellen Ressourcen und Misshandlung oder Vernachlässigung sind zum Teil komplex. Des Weiteren nehmen die Befragten vor allem an, dass Fehlverhalten gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern in negativ eskalierenden Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen entsteht, dass Personenmerkmale der Täter und Täterinnen (berufsbezogene Einstellungen, Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit, Qualifikation, Grad außerberuflicher Belastung etc.) eine Rolle spielen und dass die Wahrscheinlichkeit der Misshandlung und Vernachlässigung von Bewohnerinnen und Bewohnern auch vor dem Hintergrund günstiger Tatgelegenheiten und subjektiv geringer Sanktionswahrscheinlichkeiten zu sehen ist.⁴⁰³

5.5.3.2 Schriftliche Befragung von Pflegekräften

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung von Pflegekräften wurde die Verbreitung verschiedener Formen der Misshandlung, Vernachlässigung und unangemessenen Freiheitseinschränkung gegenüber Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern untersucht. Befragt wurden 361 Pflegekräfte in einem städtischen Ballungsraum. Angestrebte – wenn gleich natürlich in Gänze nie für realisierbar gehalten – wurde in diesem geografischen Raum eine Totalerhebung. Der erreichte Rücklauf entspricht einer Teilnahmequote von rund 36%. Die Befragten sind zu 81% weiblich und durchschnittlich 41 Jahre alt. Zu 63% handelt es sich um examinierte Alten- oder Krankenpflegekräfte. Auch hier können nur wenige zentrale Befunde wiedergegeben werden.

Belastungen und Belastungsbewältigung: In beträchtlichem Maße geben die Befragten an, durch quantitative und qualitative Personaldefizite, Zeitdruck und physisch schwere Arbeit belastet zu sein. Sie klagen über körperliche Beschwerden, Gefühle des Ausgebranntseins und der physischen wie emotionalen Erschöpfung. Sie leiden darunter, dass die Bewohnerinnen und Bewohner nur suboptimal versorgt werden und empfinden die Bezahlung wie die allgemeine gesellschaftliche Anerkennung pflegerischer Tätigkeit als unzureichend. Pflegenden erleben ihre Arbeitsbelastung umso stärker, je ungünstiger im Wohnbereich das Zahlenverhältnis von Bewohnern zu Mitarbeitern ist; dabei spielen die Anteile bettlägeriger, inkontinenter und rollstuhlabhängiger Bewohnerinnen und Bewohner eine verstärkende Rolle. Selbstschädigende, aggressive und sozial nicht legitime Strategien der Belastungsbewältigung – dazu gehören insbesondere Alkohol- und

⁴⁰³ Mit dem Satz „Ich mein, da is ja niemand dabei“ kommentiert etwa eine 51-jährige Pflegehelferin ihren Bericht über Repressalien von Pflegekräften gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern als Reaktion auf Beschwerden von Angehörigen.

Medikamentenkonsum, „Gehässigkeiten“ gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern und Krankmeldungen – werden von beträchtlichen Minderheiten grundsätzlich eingeräumt, dabei jedoch als selten gewählte Strategien gekennzeichnet.⁴⁰⁴

Pflegekräfte als Opfer aggressiven/belästigenden Bewohnerverhaltens: 83,7% der Befragten geben an, innerhalb der vergangenen 12 Monate mindestens einmal Opfer aggressiven Bewohnerverhaltens geworden zu sein. Die Viktimisierungsraten liegen für physische Aggression bei 73,4%, für verbale Angriffe bei 71,2% und für sexuelle Belästigung durch Bewohner bei 15,8%. Die häufigsten Erscheinungsformen aggressiven Bewohnerverhaltens sind Beschimpfungen und Beleidigungen.

Selbst- und Zeugenberichte von Pflegekräften über Viktimisierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern: 71,5% der Befragten berichten, im Verlauf der letzten 12 Monate mindestens einmal eine Bewohnerin oder einen Bewohner körperlich oder psychisch misshandelt, vernachlässigt oder aus arbeitsökonomischen Motiven in seiner Freiheit eingeschränkt zu haben. Tabelle 76 stellt hierzu wie auch zu entsprechenden Beobachtungen des Verhaltens von Kolleginnen und Kollegen wesentliche Daten dar. Die „Täteranteile“ sind hoch für Formen verbaler Aggressivität (Anschreien 31,0%, Beschimpfen 30,7%) sowie für bestimmte Formen pflegerischer Vernachlässigung (rechtzeitiges Lagern 29,1%, Mundpflege 28,0%). Vorsätzliche Formen physischer Aggression werden selten, sexuelle Belästigung gar nicht berichtet. Der Anteil derjenigen, die einschlägiges Verhalten von Kolleginnen oder Kollegen berichten, liegt bei 71,2%. Auch hier werden am häufigsten Formen verbal aggressiven Verhaltens sowie der pflegerischen Vernachlässigung berichtet. 34,9% der Befragten geben an, Fälle der körperlichen Misshandlung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durch Pflegende beobachtet zu haben.

Tab. 76: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter und beobachteter Formen der Viktimisierung von Bewohnern und Bewohnerinnen durch Pflegekräfte (Befragung von 361 Pflegekräften im stationären Bereich, Hessen, 2001)

	Selbstbericht		Beobachtung	
	ja	% ja	ja	% ja
physische Misshandlung	85	23,5	126	34,9
psychische Misshandlung/verbale Aggression	194	53,7	223	61,8
unangemessene mechanische Freiheitseinschränkung	102	28,3	142	39,3
unangemessene medikamentöse Freiheitseinschränkung	20	5,5	45	12,5
pflegerische Vernachlässigung	194	53,7	215	59,6
psychosoziale Vernachlässigung	107	29,6	123	34,1
sexuelle Belästigung	0	0,0	4	1,1
mindestens eine der Formen 1 bis 7	258	71,5	257	71,2

⁴⁰⁴ Als besonders häufig eingesetzte Strategien der Belastungsbewältigung erwähnen die Befragten die Deutung von Bewohnerverhalten vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden Erkrankungen und der damit einhergehenden fehlenden Steuerungsfähigkeit und Verantwortlichkeit, die ressourceneffiziente Planung des Arbeitstages und das Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen, der Familie und dem Partner. Starke Belastungssymptome gehen signifikant einher mit nicht adaptiven Problembewältigungsstrategien wie Weinen, „kleinen Gehässigkeiten“ gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern, Medikamenten- und Alkoholkonsum. Auch vermehrte Anstrengung und der Versuch, Abstand zu den pflegerischen Aufgaben zu gewinnen, können nur bedingt als geeignete Versuche der Belastungsbewältigung gewertet werden.

Schätzungen zum Hell- und Dunkelfeld der Viktimisierung von Bewohnerinnen und Bewohnern: Hinsichtlich aller Arten von Fehlverhalten gehen die Befragten von einem großen innerinstitutionellen Dunkelfeld aus. Nach ihrer Einschätzung erfährt nur von einem Drittel bis maximal der Hälfte der einschlägigen Vorkommnisse mindestens eine Kollegin oder ein Kollege etwas; noch viel seltener dringt entsprechende Kenntnis zur Heimleitung vor.

Korrelative Bezüge selbst berichteter Misshandlungs-/Vernachlässigungsvorkommnisse: Tabelle 77 zeigt Bezüge der Zahl selbst berichteter Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse zu Merkmalen des Heimes, der Bewohnerinnen und Bewohner und der befragten Person selbst auf. Die Gesamtzahl der berichteten Vorkommnisse ist weitgehend unabhängig von der Zahl der Bewohner pro Pflegekraft. Hin-gegen bestehen signifikante Zusammenhänge mit der Anzahl der Bewohner pro examinierte Pflegekraft. Je größer die Zahl von verwirrten, inkontinenten, bettlägerigen und auf den Rollstuhl angewiesenen Bewohnern pro examinierte Pflegekraft, desto größer vor allem die Zahl der von den Befragten berichteten Fälle pflegerischer und psychosozialer Vernachlässigung.

Je stärker die von den Befragten empfundene Arbeitsbelastung und je deutlicher die bei ihnen zutage tretenden Be- und Überlastungssymptome, desto größer die Gesamtzahl selbst berichteter Delikte. Der Zusammenhang ist für pflegerische Vernachlässigung und verbale Aggression besonders deutlich erkennbar, während mit arbeitsökonomisch motivierten Formen der Freiheitseinschränkung nur schwache Zusammenhänge bestehen.

Je stärker die Befragten nach eigenen Angaben von maladaptiven Strategien der Belastungsbewältigung Gebrauch machen, desto höher ist die Zahl der insgesamt und in einzelnen Bereichen von ihnen berichteten Fälle unangemessenen Verhaltens gegenüber Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern; die Zusammenhänge sind insbesondere deutlich für Alkoholkonsum.

Es bestehen klare Zusammenhänge zwischen der Zahl der von den Befragten berichteten Viktimisierungen durch Bewohnerinnen und Bewohner und selbst berichteten Delikten. Vor allem physisch aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern geht mit Misshandlung und Vernachlässigung, auch mit medikamentöser Sedierung seitens der Pflegekräfte einher.

Tab. 77: Korrelative Bezüge der Zahl selbst berichteter Misshandlungs-/Vernachlässigungsvorkommnisse (Befragung von 361 Pflegekräften im stationären Bereich, Hessen, 2001)

	r
Strukturelle Merkmale des Heimes/Wohnbereichs	
Verhältnis Bewohner : Pflegekräfte	.00
Verhältnis Bewohner : examinierte Pflegekräfte	.22 **
Verhältnis demenzkranke Bewohner : examinierte Pflegekräfte	.26 **
Verhältnis inkontinente Bewohner : examinierte Pflegekräfte	.26 **
Verhältnis rollstuhlnutzende Bewohner : examinierte Pflegekräfte	.27 **
Wohnbereichsgröße (Zahl der Bewohner)	.18 **
Zufriedenheit/Burn-out	
Arbeitszufriedenheit	-.18 **
Zufriedenheit mit direktem Vorgesetzten	-.22 **
Zufriedenheit mit Heimleitung	-.21 **
Häufigkeit von Konflikten mit Pflegedienstleitung	.26 ***
Emotionale Erschöpfung	.32 ***
Dysfunktionales Coping	
Alkoholkonsum als Mittel der Stressbewältigung	.40 ***
Medikamentenkonsum als Mittel der Stressbewältigung	.28 ***
Aggressives Bewohnerverhalten	
Zahl aggressiver Bewohnerhandlungen (gesamt)	.25 ***
Zahl physisch aggressiver Bewohnerhandlungen	.40 ***
Zahl verbal aggressiver Bewohnerhandlungen	.18 **

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

5.5.3.3 Hellfeldanalyse

Während die beiden bislang dargestellten Untersuchungskomponenten primär auf das Dunkelfeld der Opferwerdung Älterer in stationären Pflegeeinrichtungen abzielten und nur im Einzelfall auch auf Fälle stießen, von denen einschlägige Instanzen Kenntnis genommen hatten, hat die Studie in zwei kleineren Modulen untersucht, welche Erkenntnisse bei den Strafverfolgungsbehörden sowie bei der Heimaufsicht vorliegen.

5.5.3.3.1 Analyse staatsanwaltschaftlicher und polizeilicher Ermittlungsakten

In einem schwierigen Rechercheprozess wurden 35 Akten einschlägiger Ermittlungs- und Strafverfahren aus Hessen zusammengetragen. Die Akten entstammen vorwiegend den Jahren 1998 bis 2000. Die Darstellung beschränkt sich hier auf die Charakterisierung der wesentlichen in dem Aktenmaterial vorgefundenen Fallkonstellationen:

- Prototypisch geht es zum einen um Fälle der pflegerischen Vernachlässigung, die meist durch Angehörige nach dem Tod des Pflegebedürftigen angezeigt werden. Das Deliktsspektrum umfasst neben fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung vor allem Misshandlung von Schutzbefohlenen. Parallel dazu gibt es zum Teil zivilrechtliche Auseinandersetzungen zwischen den Hinterbliebenen und der Einrichtung. Bei den Geschädigten handelt es sich in der Mehrzahl um hochbetagte, multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht selten schwere Dekubitalgeschwüre aufweisen. Diese sind in einigen Fällen Anlass für die Strafanzeige. Die eingeleiteten Verfahren richten sich typischerweise gegen Heim- oder Pflegedienstleitungen, manchmal auch – ohne Namensnennung – gegen „Verantwortliche des Heimes XY“, z. T. auch gegen Ärztinnen und Ärzte. In der Regel werden sie nach §170 II StPO einge-

stellt. Probleme bereiten dabei zum einen der Nachweis der Kausalität pflegerischen bzw. ärztlichen Verhaltens für die aufgetretenen Gesundheitsschäden oder für den Tod der Bewohnerin oder des Bewohners, zum anderen der Nachweis individueller Vorwerfbarkeit in einem komplexen institutionellen Gefüge. Die Ermittlungen werden dadurch erschwert, dass das Beweismaterial sich oft auf Zeugenaussagen und einige nach dem Tod des Geschädigten von Angehörigen oder Krankenhauspersonal angefertigte Fotos beschränkt. Gutachterinnen und Gutachter kommen zum Teil in der Frage der Vermeidbarkeit der eingetretenen Schäden zu unterschiedlichen Ergebnissen.

- I Der zweite Deliktstypus umfasst Fälle der körperlichen Misshandlung von Pflegebedürftigen durch Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Die Strafverfolger erfahren vielfach unmittelbar aus den Heimen heraus von dem (systematischen oder singulären) Fehlverhalten. Die Delikte stellen sich hauptsächlich als Fälle der Körperverletzung dar, die – soweit dies aufgeklärt werden kann – sich in konflikthaften Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ereigneten oder aus Rache und Verärgerung und mit dem Ziel der Aggressionsabfuhr begangen werden. Es gibt in diesen Fällen einen namentlich bekannten Tatverdächtigen. Teilweise sagen Kolleginnen und Kollegen des Beschuldigten gegen ihn aus. Die Verfahren enden zu einem beträchtlichen Teil mit Verurteilungen. Den Tatverdächtigen wird in Zusammenhang mit den Vorkommnissen von der Einrichtung gekündigt.
- I In dem mit 35 Fällen relativ kleinen Aktensample sind ferner zwei Fälle von an Bewohnerinnen und Bewohnern begangenen Sexualdelikten enthalten. Im ersten der beiden Fälle hatte ein Heimleiter zwei psychisch kranke Bewohnerinnen über Jahre hinweg sexuell missbraucht. Im zweiten Fall wurde eine männliche Pflegekraft, die nach Erkenntnissen des Gerichts mit einem korsakowkranken Bewohner Analverkehr gehabt hatte, wegen sexuellen Missbrauchs einer widerstandsunfähigen Person verurteilt.

Eine Sonderposition nimmt ein Verfahren wegen Freiheitsberaubung ein, in dem Heimleiter Bewohnerinnen und Bewohner durch Abschließen der Eingangstür des Heimes und Nichtaushändigung von Schlüsseln am Verlassen des Hauses hinderten. Strafrechtliche Ermittlungsverfahren in Zusammenhang mit der Anwendung mechanischer Fixierungen (Bettgitter, Gurte, Stecktische etc.) oder medikamentöser Ruhigstellung waren in dem Aktensample nicht enthalten.

5.5.3.3.2 Datenerhebung zu heimaufsichtlichen Überprüfungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen

Zwischen März und November 2000 dokumentierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der hessischen Heimaufsicht mittels eines im Rahmen der Studie entwickelten Instruments 188 Überprüfungen stationärer Altenhilfeeinrichtungen.⁴⁰⁵ Zentrale Ergebnisse der Datenerhebung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- I Das durchschnittliche Zeitintervall zwischen zwei Überprüfungen eines Heimes betrug 15,5 Monate; aus verschiedenen methodischen Gründen unterschätzt dieser Wert den tatsächlichen durchschnittlichen Zeitabstand. 33 der 188 Prüfungen erfolgten unangemeldet. In etwa der Hälfte aller Fälle handelte es sich um „Routinenach-

⁴⁰⁵ Die überprüften Heime waren zu rund 60% in privat-gewerblicher Trägerschaft; etwa zwei Drittel der untersuchten Einrichtungen waren reine Pflegeheime.

schauen“ ohne besonderen Prüfungsanlass. Soweit Beschwerden den Anlass zur Prüfung gaben, kamen sie vor allem von Angehörigen, aber auch von Pflegekräften, Betreuerinnen und Betreuern und Pflegekassen, nur in einem Fall von einem Bewohner.

- I Feststellungen zu untersuchungsrelevanten Missständen wurden bei 38,5% der Prüfungen gemacht; ihr Schwerpunkt lag im Bereich der psychosozialen und pflegerischen Vernachlässigung. Physische und psychische Misshandlung und verbale Aggression im engeren Sinne wurden selten festgestellt. Beobachtungen über unangemessene Formen des Freiheitsentzugs beziehen sich ganz überwiegend auf mechanische Formen der Freiheitseinschränkung; fragwürdige Formen medikamentöser Sedierung spielen kaum eine Rolle. Feststellungen zu Vernachlässigung wurden vor allem im psychosozialen Sektor berichtet (z. B. unzureichende Tagesstrukturierung und Betreuung, fehlende Dementenbetreuung). Im Bereich pflegerischer Vernachlässigung werden primär das Entstehen von Dekubitus und mangelnde Dekubitusprophylaxe genannt.

5.5.4 Schlussfolgerungen

Insgesamt führt die Studie zu dem Ergebnis, dass stationäre Altenpflegeeinrichtungen keineswegs nur als Orte des Leidens zu betrachten sind, dass aber alle üblicherweise unter ein weites Gewaltkonzept subsumierten Viktimisierungsformen dort vorkommen und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner beeinträchtigen. Schwerwiegende Formen der körperlichen Misshandlung sind – darauf weisen alle Untersuchungskomponenten hin – seltene Ereignisse, doch werden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner häufig pflegerisch und vor allem psychosozial vernachlässigt und erfahren verbale Aggression seitens der Pflegenden. Insbesondere die qualitative Interviewstudie hat ferner gezeigt, dass ein Teil der Pflegenden Bewohnerinnen und Bewohner bevormundet, erzieherisch behandelt und in ihrer Autonomie beschränkt, ohne dass aufseiten der Akteure diesbezüglich ein ausgeprägtes Problembewusstsein vorhanden wäre. In dem tatsächlichen oder vermeintlichen Konflikt zwischen Freiheit und Sicherheit wird vielfach das Handeln einseitig am Kriterium der Sicherheit ausgerichtet.

Mit Blick auf die Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Einrichtungen empfehlen sich Maßnahmen vor allem in folgenden Bereichen:

- I Optimierung der personellen Ausstattung und Belastungsabbau für die Pflegenden
- I Vernachlässigungsprävention durch Optimierung von Pflegeplanung und von Maßnahmen der Qualitätssicherung
- I Schulung und Fortbildung, Supervisions- und Beratungsangebote für Pflegekräfte
- I Sicherstellung von Führungskompetenz und Qualifikation der Heimleitung
- I Offenheit, Transparenz und Einbindung der Einrichtung in das soziale Umfeld
- I Stärkung der Position der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der Institution

- | Auf- und Ausbau eines Beschwerdemanagements

- | Auf- und Ausbau externer Beschwerdestellen oder von Instanzen, die entsprechende Aufgaben übernehmen können

- | Verbesserung von Instrumenten und Verfahren zur Identifikation von Misshandlungs- und Vernachlässigungsindikatoren

- | Optimierung informeller sozialer Kontrolle durch institutionsinterne Personen; offene Fehler- und Beschwerdekultur im Heim

- | Optimierung formeller Kontrolle durch externe Instanzen

Pflege in stationären Einrichtungen stellt sich auf der einen Seite als ein in hohem Maße spezifisches Handlungsfeld dar.⁴⁰⁶ Andererseits ist auch deutlich geworden, dass die methodischen Zugangsprobleme und die sich hierbei anbietenden Lösungen denen im Hinblick auf Studien in der häuslichen Pflege recht ähnlich sind. Wo immer standardisierte Befragungen der potenziellen Opfer ausscheiden, muss Viktimisierungsforschung ihr methodisches Repertoire erweitern und zudem unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen versuchen. Schließlich weisen die Befunde der hier referierten Studie darauf hin, dass einige der Dynamiken, die zur Viktimisierung Pflegebedürftiger führen, sowohl für den stationären als auch für den häuslichen Bereich von Bedeutung sind; in Bezug auf Risikofaktoren wie aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen selbst oder den Einsatz von Alkohol als Mittel zur Bewältigung pflegebezogener Belastungen stabilisiert sich die Befundlage. Ebenso erweist sich auch für den stationären Bereich die Deutung des Verhaltens von Pflegebedürftigen als intentional und die Verknüpfung mit Inkontinenz als relevant.

5.6 Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege – eine kriminologische Perspektive

Thomas Görgen

5.6.1 Überblick und Zusammenfassung bisheriger Forschungsergebnisse

Im nun folgenden Kapitel wird der Stellenwert einer genuin kriminologischen Perspektive auf ein für die Kriminologie neues und in vielfacher Hinsicht bislang randständiges Thema erörtert. Zunächst wird es darum gehen, *elder abuse and neglect* als einen für die Kriminologie untypischen, gewissermaßen gewöhnungs- und integrationsbedürftigen Gegenstand in eben diesen Attributen näher zu kennzeichnen. In einem nächsten Schritt werden Phänomene der Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege unter der (kriminologischen) Perspektive sich in (privaten wie professionellen) Pflegekonstellationen bietender Tatgelegenheiten betrachtet. Sodann wird der sogenannte *Routine Activity Approach* als theoretischer Ansatz, der solchen Tatgelegenheiten unter dem Gesichtspunkt ermöglichender und auslösender Faktoren wie auch unter Präventions- und Interventionsaspekten große Bedeutung beimisst, in seiner Anwendbarkeit auf das infrage stehende

⁴⁰⁶ Vgl. etwa Nelson & Cox (2004) und Payne & Appel (2007), die die besonders hohen Grade von Belastung und Konfliktodynamiken in der stationären Pflege hervorheben.

Phänomen betrachtet. Dies leitet über zu dem abschließenden Teil dieses Kapitels, in dem Chancen und Begrenzungen einer im Kern kriminologischen Sichtweise auf diese spezifische Thematik erörtert werden.

Zunächst sollen an dieser Stelle jedoch wesentliche Befunde der hier dargestellten Studien zur Viktimisierung in Pflegebeziehungen in aller Kürze zusammenfassend dargestellt werden. Die drei Teilstudien zur Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege haben deutlich gemacht, dass es auf der einen Seite keinen Grund gibt, sich die häusliche Pflege als ein durchgängig durch Gewaltverbrechen gekennzeichnetes Feld vorzustellen, dass andererseits jedoch Viktimisierungen Pflegebedürftiger sowohl durch Angehörige als auch durch professionelle Pflegekräfte in einem deutlich über Einzelfälle hinausgehenden Maße vorkommen und damit Fragen nach vorbeugenden und intervenierenden Handlungsperspektiven aufwerfen.

In der *schriftlichen Befragung ambulanter Pflegekräfte* wurde deutlich, dass – selbst unter der Einschränkung, dass etwas mehr als die Hälfte der ins Auge gefassten lokalen Population sich nicht an der Befragung beteiligte – nahezu 40% der Pflegekräfte für den Zeitraum der vergangenen zwölf Monate eigenes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen berichteten. Es dominierten Formen psychischer Misshandlung und verbaler Aggression sowie pflegerische und psychosoziale Vernachlässigung. Jeweils rund 10% der Befragten berichteten Formen physischer Misshandlung bzw. gaben an, Pflegebedürftige auf Wunsch von Angehörigen oder aus arbeitsökonomischen Motiven in ihrer Freiheit eingeschränkt zu haben. Das Risiko bedeutsamen Problemverhaltens war erhöht, wenn die Pflegekräfte über häufige aggressive Übergriffe Pflegebedürftiger berichteten, regelmäßig viele demenziell erkrankte Personen zu versorgen hatten, berufliche Belastungen auch durch Alkoholkonsum zu bewältigen suchten und insgesamt die Qualität ihres ambulanten Dienstes eher kritisch beurteilten. Befragt nach Wahrnehmungen von Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Dritte berichteten die Befragten vor allem Formen verbaler Aggression/psychischer Misshandlung und pflegerischer Vernachlässigung. Die Befragungsergebnisse unterstreichen die große Bedeutung von Pflegekräften als Zeugen von Misshandlung und Vernachlässigung bzw. als Personen, die entsprechende Symptome wahrnehmen und verweisen damit auf das Potenzial ambulanter Pflegekräfte im Hinblick auf Prävention und Intervention.

Die *schriftliche Befragung pflegender Angehöriger*, die – im Unterschied zu den beiden anderen Teilstudien hinsichtlich des Stichprobenumfangs etwas hinter den selbst gesetzten Zielen zurückblieb – hat gezeigt, dass Problemverhalten von Pflegenden in familialen Pflegebeziehungen in beträchtlichem Ausmaß vorkommt. Aufgrund der relativ geringen Größe der Stichprobe und der Art ihres Zustandekommens (im Wesentlichen Pflegenden, die sich aufgrund von Aufrufen in der Presse an die Forschungsgruppe wandten) lassen sich die ermittelten Prävalenzen nicht verlässlich auf Pflegenden insgesamt hochrechnen. Vorfälle psychischer Misshandlung bzw. verbaler Aggression berichteten für einen Zwölfmonatszeitraum nahezu 50% der hier Befragten. Etwa jeder Fünfte nannte Formen körperlicher Gewalt; hierbei entfielen allerdings die weitaus meisten Nennungen auf „grobes Anfassen“ des Pflegebedürftigen. Wie in der Befragung ambulanter Pflegekräfte wurden auch hier Faktoren ermittelt, die ein erhöhtes Risiko bedeutsamen Problemverhaltens anzeigen. Demnach sind Schwerstpflegebedürftige in besonderem Maße gefährdet, Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung durch

pflegende Angehörige zu werden, dies insbesondere dann, wenn sie selbst physisch und verbal aggressives Verhalten zeigen. Auch in der Befragung pflegender Angehöriger erwies sich der Konsum von Alkohol als Mittel zur Belastungsbewältigung als statistischer Risikofaktor. Besonders problematisch stellten sich jene Pflegekonstellationen dar, in denen aus der Sicht der pflegenden Angehörigen seit Übernahme der Pflege eine substantielle Verschlechterung der Beziehungsqualität eingetreten war; angesichts der retrospektiven Betrachtung und des querschnittlichen Charakters der Daten bedarf ein solcher Befund im Hinblick auf einen möglichen kausalen Zusammenhang der Zurückhaltung und vorsichtigen Abwägung.

Die *qualitative Interviewstudie in häuslichen Pflegearrangements* unterscheidet sich nicht nur durch die Art der Befragung (hier: leitfadenorientiertes qualitatives Interview, persönlich-mündlich und meist in der alltäglichen Lebenswelt der Gesprächspartnerinnen und -partner durchgeführt; dort: postalische schriftliche Befragung), sondern auch durch ihre multiperspektivische, die Sichtweise von Pflegebedürftigen sowie von professionell und privat Pflegenden einbeziehende Ausrichtung von den beiden anderen Teilstudien.

Zentrale Ergebnisse der Befragung wurden bereits in Kapitel 5.4.6.5 zusammenfassend dargestellt; insofern beschränkt sich die Darstellung an dieser Stelle auf einige ausgewählte Aspekte. Im Rahmen der Interviews wurden die unmittelbar an einem Pflegearrangement Beteiligten sowohl als mögliche Betroffene gewaltförmigen Handelns als auch als potenzielle Akteure befragt. Es wird u. a. deutlich, dass Pflegekräfte wie pflegende Angehörige häufig von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger betroffen sind, insbesondere in der Pflege demenziell Erkrankter. Vor allem aufseiten der Angehörigen hängen Bewältigungsmuster und Reaktionsformen stark von der Interpretation entsprechenden Verhaltens (als krankheitsbedingt oder als Fortführung prämorbidem Problemverhaltens) ab.

Pflegebedürftige berichten in den Interviews nur selten über Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen; dies ist auch vor dem Hintergrund der besonderen Abhängigkeiten von der familialen Pflegeperson und des Fehlens akzeptabler Alternativen zu dem bestehenden Pflegearrangement zu sehen. Soweit Angehörige über eigenes Problemverhalten gegenüber Pflegebedürftigen berichten, kommt ganz überwiegend der Wille zum Ausdruck, die Pflegebedürftigen gut zu versorgen, dies jedoch aufgrund struktureller oder situativer Gegebenheiten nicht immer leisten zu können. Als Auslöser problematischen Verhaltens pflegender Angehöriger werden häufig Fälle der Non-Compliance der Pflegebedürftigen bei der Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung, der Körperpflege und der Inkontinenzversorgung genannt. Hinzu kommen weitere kritische Faktoren wie starke Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus, wahnhaftes Verhalten, irrational anmutendes, selbstgefährdendes oder aggressives Verhalten. Der Interpretation des Verhaltens der Pflegebedürftigen durch die Pflegenden kommt große Bedeutung zu; das Viktimisierungsrisiko erhöht sich, wenn aggressives Verhalten als Ausdruck stabiler Persönlichkeitsmerkmale bzw. als Fortführung früheren Verhaltens interpretiert wird bzw. es den Pflegenden an Möglichkeiten mangelt, sich vom (krankheitsbedingten) problematischen Verhalten der Pflegebedürftigen emotional zu distanzieren. Einschränkungen der körperlichen und psychischen Gesundheit der Pflegenden gefährden die pflegerische Versorgung und erhöhen das Risiko, dass es zu unangemessenem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen kommt.

Neben derartigen Selbstberichten liegen im Interviewmaterial zahlreiche Berichte aus einer Beobachterperspektive vor – sei es von professionellen Pflegekräften, die über das Verhalten pflegender Angehöriger berichten, sei es von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einschlägiger Beratungs- und Krisenstellen oder aus anderen relevanten Professionen. Hier wird in beträchtlichem Maße auch über dauerhaft verfestigte Gewaltkonstellationen und über Fälle berichtet, in denen Gewalt nicht alleine situationsabhängig entsteht. Neben belastungsinduzierten Viktimisierungen werden Fälle von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen geschildert, die sich zum Teil ins Alter und in die Pflegebedürftigkeit hinein fortgesetzt haben, ferner Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung, die sich vor dem Hintergrund einer primär finanziell motivierten Übernahme von Pflegeverantwortung ereignen. Die Qualität der Beziehung vor Übernahme von Pflegeverantwortung erscheint als zentrale Einflussgröße, ferner – hiermit verknüpft – Stärke und Beschaffenheit der Motivation der Pflegenden. Familiäre Pflege birgt ein erhöhtes Gewaltrisiko für den Pflegebedürftigen, wenn die pflegende Person selbst physisch oder psychisch eingeschränkt ist, wenn sie Alkohol in starkem Maße ge- bzw. missbraucht und es ihr an Wissen über Krankheitsbilder und -verläufe mangelt. Die Pflege demenziell Erkrankter stellt ganz besondere Anforderungen an die Pflegenden und bringt spezifische Risikokonstellationen mit sich.

Die Interviewstudie hat ferner gezeigt, dass auch pflegebedürftige ältere Menschen von Vermögensdelikten und verschiedenen Formen finanzieller Ausbeutung betroffen sind. Dabei treten Familienangehörige, Akteure aus dem Gesundheits- und Pflegebereich, aber auch Fremde als Täter und Täterinnen in Erscheinung.

Insgesamt zeigt die Interviewstudie, dass häusliche Pflege zwar nicht notwendig mit Misshandlung oder Vernachlässigung einhergeht, dort aber substanzielle Risiken bestehen. Pflegebedürftigkeit beeinflusst das Leben der unmittelbar Betroffenen in nahezu allen Bereichen, erzeugt oder verstärkt Abhängigkeiten, erzwingt Nähe, bringt die Gefahr sozialer Isolation mit sich, konfrontiert Menschen mit Situationen, für die sie biografisch keine Problemlösemuster entwickelt haben. Kritische Situationen in der häuslichen Pflege können Verhaltensweisen hervorbringen, welche die Akteure unter Umständen außerhalb dieses Handlungsfeldes kaum jemals gezeigt hätten; zugleich finden sie nun in einer Situation statt, in welcher – aus einer kriminologischen Perspektive – die Entdeckungswahrscheinlichkeit gering ist.

Während sich die drei genannten Forschungszugänge in methodischer Hinsicht deutlich unterscheiden, so gibt es doch bei den Befunden einige Gemeinsamkeiten. Insbesondere erwiesen sich in allen drei Untersuchungsteilen übereinstimmend krankheitsbedingt aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen sowie Suchtmittelkonsum von Pflegenden als kritische Faktoren im Hinblick auf Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger. In methodischer Hinsicht erwies sich die Interviewstudie als in besonderem Maße geeignet, das Viktimisierungsgeschehen in seiner ganzen Komplexität und Dynamik zu qualifizieren und zu beschreiben.

5.6.2 Ein „atypischer Gegenstand“ kriminologischer Forschung

Der Komplex „elder abuse and neglect“ (im Sinne der Misshandlung und Vernachlässigung älterer und hochaltriger Menschen in auf die Erwartung von Vertrauen gegründeten Beziehungen, insbesondere im Zusammenhang mit Pflege) ist in seiner Gesamtheit

in mehrfacher Hinsicht ein atypischer Deliktsbereich und ein atypischer Gegenstand kriminologischer Forschung. Dies wird zunächst daran deutlich, dass im Hinblick auf die Alters- und Geschlechterstruktur der an dem Geschehen beteiligten Personen die Abweichung zur „impliziten Bezugsgruppe“ vieler kriminologischer und kriminalpräventiver Ansätze – jungen Männern nämlich – maximal ist. „Elder abuse“ ist per definitionem gekennzeichnet durch hochaltrige Opfer, im Erscheinungsbild ferner durch einen bedeutsamen Anteil von Täterinnen sowie durch Taten, die allenfalls zum Teil mit „klassischen“ kriminellen Motivlagen unterfüttert sind.

Das Problemfeld der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger erscheint in einem normativen wie in einem statistischen Sinne als atypisch. Das Konzept umfasst – in der weiten Bedeutung, in der es üblicherweise gebraucht wird – Verhaltensmuster, die insofern nicht „typisch kriminell“ sind, als

- I die dadurch verursachte oder möglich gewordene Schädigung z.T. in einem Bereich liegt, für die ein schwerstes sozial-ethisches Unwerturteil⁴⁰⁷ jedenfalls nicht zwingend erscheint,
- I ihnen häufig kein (erkennbares) für Straftaten charakteristisches Motiv zugrunde liegt, sie vielmehr teilweise ohne jede Schädigungsintention entstanden sind, zum Teil aus situativen Gegebenheiten heraus, deren „Aufforderungscharakter zu gewaltförmigem Handeln“ für den Beobachter in hohem Maße nachvollziehbar erscheint,
- I sie nicht ganz überwiegend von Männern und nicht primär von jüngeren Personen begangen werden (d. h. von jenen Gruppen, die Hell- wie Dunkelfelddaten zufolge vorrangig als Straftäter in Erscheinung treten),
- I sie an hochaltrigen Menschen begangen werden (d. h. an einer Gruppe von Personen, die in der Polizeilichen Kriminalstatistik als wenig gefährdet erscheint und in Viktimisierungsbefragungen nur schlecht erreicht wird),
- I sie an Orten und in Kontexten begangen werden, die typischerweise nicht für das Begehen von Straftaten stehen, sondern vielmehr für prosoziales Handeln.

Das Konzept „Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger“ umreißt also Delikte und problematische Verhaltensweisen, die sich nicht in vorwiegend von jüngeren Männern bevölkerten Milieus ereignen, sondern in sozialen Kontexten, in denen ältere Menschen und Frauen in der Mehrheit sind und die grundsätzlich eine prosoziale Ausrichtung haben. Zudem handelt es sich um ein in starkem Maße aufgefächertes Feld, das sowohl einen quantitativ wohl eher kleinen Bereich „echter Kriminalität“ und Gewalt als auch einen mutmaßlich sehr viel größeren Bereich von Handlungen umfasst, die aus Unvermögen begangen werden, mit einer Situation in anderer Weise umzugehen und bei denen keine überdauernde Intention des Täters oder der Täterin vorhanden ist, das Opfer bedeutsam zu schädigen.

407 „Jede Strafnorm enthält ein mit staatlicher Autorität versehenes, sozial-ethisches Unwerturteil über die von ihr pönalisierte Verhaltensweise. Konkretisiert wird dieses Unwerturteil im Einzelfall durch das strafgerichtliche Urteil, das den Angeklagten wegen einer bestimmten Tat schuldig spricht [...]. Vor allem dieses sozial-ethische Unwerturteil berührt den in der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) wurzelnden Wert- und Achtungsanspruch.“ (BVerfGE 96, 245, 249).

5.6.3 (Familiale) Pflege unter einer Tatgelegenheitsperspektive

Zwar sind Pflege- und Hilfebeziehungen grundsätzlich „antideliktisch“ und prosozial angelegt und ausgerichtet, zugleich halten sie aber für motivierte Akteure eine Vielzahl günstiger Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten bereit. Aus einer solchen Tatgelegenheitsperspektive (vgl. u. a. Clarke, 1997; Cornish & Clarke, 2003; Felson & Clarke, 1998; Hochstetler, 2001; Kube, 1990; Wortley, 1998) betrachtet, stellen sich häusliche Pflegesettings aufgrund einer Kombination mehrerer Merkmale zunächst einmal als geradezu „ideale“ Tatsettings dar:

- | Die Pflege vollzieht sich im privaten, den Blicken der Öffentlichkeit weitgehend entzogenen Raum. Das Ausmaß formeller wie informeller sozialer Kontrolle und Kontrollierbarkeit ist gering.
- | Bei den potenziellen Opfern handelt es sich um pflege- und hilfebedürftige Personen, die ganz überwiegend zu einer Gegenwehr gegenüber einem möglichen Täter oder einer möglichen Täterin 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 verfügen kaum über Möglichkeiten, entsprechende Maßnahmen zu initiieren.
- | Pflege impliziert körperliche Nähe und setzt diese voraus. Körperliche Nähe schafft Tatgelegenheiten (vor allem in Bezug auf Gewaltdelikte).
- | Im Bereich der Gewaltdelikte (bis hin zu Tötungen) sind Täter und Täterinnen 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.

Gelegenheit mag – wie das Sprichwort sagt – Diebe machen. Aber führt in dem spezifischen Kontext „Pflege“ bereits die Gelegenheit, einen pflegebedürftigen Menschen zu vernachlässigen, zu misshandeln, finanziell auszubeuten oder in anderer Weise zu schädigen dazu, dass es zur Verwirklichung entsprechender Taten bzw. Unterlassungen kommt? Einige Überlegungen zum Konzept der Tatgelegenheit mögen zur Klärung dieser Frage beitragen:

- | Zunächst einmal ist festzustellen, dass Tatgelegenheiten stets eine objektive und eine subjektive Seite haben. Glaubt etwa ein junger Mann, ein bestimmtes Wohnhaus berge beträchtliche Schmuck- und Bargeldbestände und sei zudem leicht zugänglich, da lediglich von einer alleinstehenden hochaltrigen Frau bewohnt und wohl kaum durch Alarmanlagen oder Ähnliches gesichert, so wird er möglicherweise aufgrund dieser subjektiv wahrgenommenen Tatgelegenheit (für einen Wohnungseinbruch) die Tat in Angriff nehmen und dabei in der Tatausführung an den objektiv wesentlich ungünstigeren Tatgelegenheiten scheitern.
- | Der subjektive Aspekt einer Tatgelegenheit umfasst nicht nur die Wahrnehmung der unmittelbaren situativen Möglichkeiten der Begehung der Tat, sondern auch die vom potenziellen Täter dabei antizipierten Risiken der Entdeckung, Verfolgung und Sanktionierung. Eine Tatgelegenheit („Ich könnte dieses Geld unterschlagen und davon endlich meine Schulden bezahlen.“) wird zur Nichtgelegenheit, wenn die antizipierende Abwägung von Chancen und Risiken eindeutig negativ ausfällt („Wenn ich das Geld unterschlage, muss der Verdacht zwangsläufig auf mich fallen, weil ich hier an der entscheidenden Stelle sitze – ich würde bestraft, wäre meine Arbeit los und würde nie wieder im Beruf Fuß fassen.“).
- | Für den Entschluss zu einer (kriminellen) Handlung ist alleine die subjektiv wahrgenommene Seite der Tatgelegenheiten ausschlaggebend, für den Tatverlauf und den Tat-erfolg auch die objektiv vorhandenen (oder eben nicht vorhandenen) Gelegenheiten.
- | Auch die objektive Seite einer Tatgelegenheit ist in ihrer Handlungsrelevanz aber letztendlich von subjektiven Prozessen abhängig. Ob und in welchem Maße eine soziale Situation „Tatgelegenheiten“ beinhaltet, ergibt sich nicht alleine aus den Merkmalen der Situation, sondern aus deren Wahrnehmung und Interpretation durch ein Subjekt. Identische Situationen und Objekte können für Personen einen völlig unterschiedlichen Aufforderungs- oder Angebotscharakter haben. Dies wird bereits in Bezug auf ein hinsichtlich seines Aufforderungscharakters relativ eindeutiges Objekt wie Geld deutlich; sehr viel mehr aber noch in Bezug auf Situationen der Interaktion von Pflegenden und Pflegebedürftigen.⁴⁰⁸

Pflege mag also „objektiv“ viele Tatgelegenheiten bereithalten. Ob diese als solche wahrgenommen werden, hängt aber zunächst von eher motivationalen Faktoren ab. Der grundsätzliche Antagonismus zwischen den für Pflegebeziehungen konstitutiven Motiven der Fürsorge, der Hilfe, der Pflege, des Schutzes einerseits und für deliktische Handlungen charakteristischen Motiven (Bereicherung, sexuelle Befriedigung, Macht, Kontrolle etc.) andererseits wirft die Frage auf, unter welchen Bedingungen innerhalb einer Pflegebeziehung Motivlagen existieren oder sich entwickeln können, bei denen sich die Frage nach sich bietenden Tatgelegenheiten stellt. Diese motivationale Problematik ist auch insofern von großer praktischer Bedeutung, als günstige Tatgelegenheiten eines einmal „motivierten Täters“ angesichts der Pflegebedürftigkeit des Interaktionspartners nahezu unausweichlich gegeben sind und Präventionsstrategien insbesondere im häuslichen Bereich wohl nur mit geringer Aussicht auf Erfolg darauf ausgerichtet werden können, Tatgelegenheiten grundsätzlich zu beseitigen.

408 Vgl. dazu das *Affordance*-Konzept, das Pease (2006) von Norman (1998) für die Kriminologie übernommen hat. Es bezeichnet die – von wahrnehmender Person zu wahrnehmender Person ganz unterschiedlichen – Hinweisreize, die von einem Objekt im Hinblick auf seine Verwendbarkeit und auf die Art der mit ihm möglichen Interaktionen ausgehen.

Hilfreich können Tatgelegenheitsstrukturkonzepte vor allem im Hinblick auf Konstellationen der folgenden Art sein, für welche sich im Rahmen der Interviewstudie (Kapitel 5.4.6) jeweils eine Reihe von Fallbeispielen finden:⁴⁰⁹

1. Fälle, in denen die pflegerische Motivation vorgeschoben oder jedenfalls nicht durchgängig vorhanden ist, in denen es dem Akteur oder der Akteurin vor allem 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. Angesichts des „grundsätzlich prosozialen“ Charakters privater wie professioneller Pflege mag dies zunächst als eine wenig wahrscheinliche Konstellation erscheinen, doch sind aus der Literatur gravierende Fälle bekannt, in denen genau solches geschehen ist⁴¹⁰, und auch im Material der vorliegenden Interviewstudie gibt es in einigen Fällen Hinweise auf eine sehr starke Bedeutung finanzieller Motive für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen;
2. 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;
3. 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;
4. Fälle, in denen Emotionen und Motivstruktur einer Person gegenüber einem konkreten Pflegebedürftigen oder auch gegenüber Pflege, Pflegebedürftigkeit und pflege-

409 Der Begriff Tatgelegenheit lässt primär aktives Handeln assoziieren (und wurde sicherlich auch in erster Linie mit Blick hierauf geprägt). Wie vielfach dargestellt, spielt im Bereich der Viktimisierung Pflegebedürftiger auch das Unterlassen erforderlicher, gebotener, von der pflegebedürftigen Person erwarteter Handlungen eine große Rolle. Das Konzept „Tatgelegenheit“ kann auch auf solche Unterlassungsdelikte angewandt werden, soweit es sich um eine für den Akteur prinzipiell vermeidbare und von ihm wahrgenommene Unterlassung handelt; auch hier dürften in der Regel Handlungsalternativen gegeneinander abgewogen und in ihren möglichen Konsequenzen bedacht werden.

410 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 und Patienten bereichert. Lediglich in einem dieser Fälle entstand frühzeitig ein Vergiftungsverdacht, sodass 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 4.900 DM. 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 versorgt 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).

bedürftigen Personen insgesamt durch ein hohes Maß an Ambivalenz und Widersprüchlichkeit gekennzeichnet sind, in denen daher das Handlungsziel „Pflege“ und das Handlungsziel „Schädigung“ nebeneinander bestehen können;⁴¹¹

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

Bei der letztgenannten Fallkonstellation wirken Tatgelegenheitskonzepte gewissermaßen sekundär erhellend – nachdem zuvor mittels anderer Konzepte nachvollziehbar gemacht worden ist, wie es zu dem Impuls einer deliktischen Handlung (insbesondere einer Gewalttat) kam. In Bezug auf situativ-impulsiv aggressives Handeln von Angehörigen oder Pflegekräften können Tatgelegenheitskonzepte zum Beispiel nachvollziehbar machen, dass ein Handlungsimpuls mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unterdrückt worden wäre, hätte es sich um ein nicht pflegebedürftiges Opfer gehandelt oder wären Zeugen zugegen gewesen bzw. dass es gegenüber nicht pflegebedürftigen Opfern oder in einem weniger abgeschlossenen Raum bei einer einmaligen Tatbegehung anstelle wiederholter Viktimisierungen geblieben wäre, da der Akteur durch die Ersttat Sanktionen auf sich gezogen hätte. Tatgelegenheitskonzepte können ferner zum Verständnis von Fällen beitragen, in denen eine Absicht, den Pflegebedürftigen zu schädigen, zwar vorhanden, aber eher schwach ausgeprägt ist und in Konkurrenz zu anderen Motiven steht. Hier können situative (Tatgelegenheits-)Merkmale den Ausschlag dafür geben, ob ein solches Motiv handlungsrelevant wird oder latent bleibt.

5.6.4 Routine Activity Theory: Potenziale für die Analyse von Elder-Abuse-Phänomenen?

Routine-Activity-Ansätze mit ihrer Trias von motivierten Tätern („motivated offenders“), geeigneten Zielen bzw. Opfern („suitable targets“) sowie dem Fehlen wirksamer Beschützer, Schutzinstanzen und Schutzvorrichtungen („lack of capable guardians“) als notwendigen, zeitlich und örtlich zusammentreffenden Voraussetzungen und Komponenten einer Straftat (vgl. u. a. Cohen & Felson, 1979; Felson, 2002; Felson & Clarke, 1998)

⁴¹¹ In einem Fall aus Hannover, zu dem auch im Rahmen der Studie ein Interview (mit Verantwortlichen des betroffenen Pflegedienstes) geführt werden konnte (vgl. die Ausführungen in Kapitel 5.4.6.3.4.3.2 und 5.4.6.4.2.1), 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 gebracht. 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 auch sexualisierten Verhaltensweisen gegenüber den alten Klienten/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).

erscheinen zunächst einmal geeignet, zu einer Strukturierung des Phänomenbereichs der Viktimisierung hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen beizutragen. Oben wurde bereits die Frage nach Bedingungskonstellationen aufgeworfen, unter denen innerhalb eines grundsätzlich nicht auf Schädigung, sondern auf Hilfe und Unterstützung angelegten Beziehungstypus eine Person zum „motivated offender“ (oder „likely offender“) werden kann. Zudem wurde deutlich, dass der „Suitable-Target“-Status, sofern eine Tatmotivation angenommen wird, mit dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht zwangsläufig verbunden, aber doch in hohem Maße wahrscheinlich ist. Ferner lässt sich feststellen, dass insbesondere die Pflege im privaten Raum sich – wiederum einen motivierten Täter vorausgesetzt – in der Regel durch „lack of capable guardians“ auszeichnet.

Insbesondere in seinen neueren Fassungen wie bei Felson (2002) bietet das *Routine-Activity*-Konzept auch hierüber hinaus Anknüpfungspunkte für eine Viktimologie des hohen Alters, die auf spezifische Risiken in dieser Lebensphase abstellt.

- | Felson (2002) weist darauf hin, dass auch positiv besetzte soziale Rollen (zu denen sowohl eine Tätigkeit im Gesundheitswesen als auch die Übernahme familialer Pflegeverantwortung gehören) Menschen beträchtliche Tatbegehensmöglichkeiten bieten. Die positive Besetzung der jeweiligen Rolle erschwere zugleich für das soziale Umfeld die Vorstellung, dass aus ihr heraus auch Straftaten begangen werden können: „The essential problem is that roles we think of as wholesome do not always confront people with fewer crime opportunities and, indeed, sometimes offer more. Because we feel that a wholesome role ought to make people good, it is easy to forget that it might not do so at all.“ (Felson, 2002, S. 48)
- | Viktimisierungen in der (professionellen) Pflege können als Delikte aufgefasst werden, die nur über einen mit der pflegerischen Rolle und Aufgabe verknüpften „specialized access“ begangen werden können (vgl. zu diesem Konzept Felson, 2002, S. 99).
- | Täter wählen Felson zufolge solche Opfer aus, die ihnen im Interesse einer ertragreichen, leichten und gefahrlosen Tatbegehung attraktiv erscheinen: „Offenders pick (...) victims who are weak and alone, victims who give pleasure and cannot easily inflict pain.“ (Felson, 2002, S. 32)
- | Felson wendet sich zudem gegen die Annahme, dass es rein expressive Gewaltformen gebe. Er sieht stattdessen stets Motive⁴¹² und Entscheidungen am Werk und fordert, deliktische Handlungen prozesshaft aufzulösen, um die individuellen Entscheidungspunkte sichtbar zu machen.

In der internationalen Literatur werden Elemente des *Routine-Activity*-Ansatzes in jüngster Zeit zunehmend auf die Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung Älterer angewandt. So beantworten Harris & Benson (2006) die von ihnen aufgeworfene Frage „why nursing homes may be good for abusers“ (S. 28) damit, dass in manchen stationären Einrichtungen motivierte Täter und geeignete Opfer unter den Bedingungen fehlenden oder schwachen Schutzes zusammentreffen. Das Vorhandensein motivierter Täter bringen sie mit pflegerischer Belastung, Unzufriedenheit und empfundener

⁴¹² Felson nimmt dabei Bezug auf die von Tedeschi & Felson (1994) beschriebenen Motive gewaltförmiger Handlungen, nämlich die des Erzwingens von Compliance, der Wiederherstellung erlebter „Gerechtigkeit“ und des Schutzes und der Stärkung eines positiven Selbstbildes.

Unfairness der Arbeitsbedingungen sowie mit geringer Selbstkontrolle der Pflegekräfte in Verbindung. In einigen Arbeiten von Payne (Payne, 2006; Payne & Fletcher, 2005; Payne & Gainey, 2006; 2007) sowie bei Setterlund, Tilse, Wilson, McCawley & Rosenman (2007) wird *financial elder abuse* unter Bezugnahme auf *Routine-Activity*-Konzepte betrachtet.⁴¹³

Zwar kann die Qualität des *Routine-Activity*-Ansatzes als eine erklärende Theorie kritisch beleuchtet werden⁴¹⁴, doch ist sein heuristischer Wert offensichtlich – auch und gerade im Hinblick auf die Gestaltung misshandlungs- und vernachlässigungspräventiver Maßnahmen.⁴¹⁵ Worauf gründet sich die Attraktivität des *Routine-Activity*-Ansatzes für die Analyse der Viktimisierung Pflegebedürftiger? Im Wesentlichen sind folgende Gründe zu nennen:

- I Die Perspektive eines genuin kriminologischen Ansatzes erweitert und schärft zunächst den Blick in einem Feld, dessen Diskussionsstränge in starkem Maße durch die Vorstellung primär überlastungsinduzierten Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen und durch den dementsprechenden Ruf nach Entlastung (durch unterstützende Angebote, Personalaufstockung, bessere Aus- und Fortbildung etc.) als Strategie der Viktimisierungsprävention gekennzeichnet sind.
- I Der *Routine-Activity*-Ansatz bietet sich – verglichen mit anderen kriminologischen Perspektiven – auch deshalb an, weil er keine besonderen Annahmen über die Täter macht (außer ihrer „Motiviertheit“) und nicht explizit oder implizit auf eine bestimmte soziale Gruppe (etwa: junge Männer) bezogen ist. Da es sich bei den Tätern im *Elder-Abuse*-Bereich um in mehrfacher Hinsicht untypische Täter handelt, wäre jede Theorie, die primär „klassisch-prototypische Straftäter“ (jung, männlich, problematischer familialer und sozialer Hintergrund etc.) im Blick hat, allenfalls begrenzt anwendbar.
- I Dem *Routine-Activity*-Ansatz, auch dem *Lifestyle*-Ansatz von Hindelang, Gottfredson & Garofalo (1978) zufolge, haben Menschen ein erhöhtes Viktimisierungsrisiko, wenn ihr alltägliches Leben so gestaltet ist, dass es häufig zu raum-zeitlichem Zusammentreffen mit zu Straftaten motivierten Personen kommt. Die Situation pflegebedürftiger alter Menschen ist ganz sicher *nicht* dadurch gekennzeichnet, dass ihr Lebensstil sie bevorzugt an Orte und in Situationen führt, die üblicherweise und bekanntermaßen ein hohes Kriminalitätsaufkommen aufweisen. Sie ist aber dadurch charakterisiert, dass Pflegebedürftige nur noch in geringem Maße Möglichkeiten haben, das Setting zu wechseln, ein (wider Erwarten) riskantes Setting zu meiden und einem von einem motivierten Täter gesuchten Zusammentreffen von geeignetem Opfer und fehlendem Opferschutz zu entgehen.

Auf einer noch allgemeineren Ebene handelt es sich um einen Ansatz, der vielfältige Ableitungen praktischer kriminalpräventiver Maßnahmen erlaubt. Wenn Straftaten vermieden werden können, indem das raum-zeitliche Zusammentreffen der drei

413 Ferner bei Dietz & Wright (2005), dort allerdings mit recht spezifischem Blick auf die Situation älterer Wohnsitzloser.

414 Dass ein „target“ ein „suitable target“ ist, erweist sich am Täterfolg; insofern ist die Aussage, dass „suitable targets“ eher als andere zu Opfern gemacht werden, tendenziell begriffsimplicativ. Ähnliches gilt für den „motivated offender“ – mit Ausnahme von Fahrlässigkeitsdelikten, für welche der *Routine-Activity*-Ansatz jedoch ohnehin keine Gültigkeit beansprucht.

415 In diesem Sinne sprechen Farrell & Pease (2006, S. 180) von einer einfachen, nahezu universell anwendbaren und für die Gestaltung kriminalpräventiver Maßnahmen hervorragend geeigneten Theorie („a downright useful way of thinking about both crime and its prevention“).

Komponenten „suitable target“, „motivated offender“ und „lack of capable guardians“ verhindert, erschwert oder seltener gemacht wird, bieten sich zahlreiche Ansatzpunkte.⁴¹⁶ Zudem sind die Grundkonzepte so allgemein gehalten, dass sie auf nahezu jeden Bereich anwendbar sind. Sie haben zwar möglicherweise nur beschränktes Potenzial im Sinne einer kausalen Theorie, sind aber – akzeptiert man die Grundannahme von der Notwendigkeit des raum-zeitlichen Zusammentreffens der drei Komponenten – in hohem Maße zur „klärenden Durchleuchtung“ von Sachverhalten geeignet.

Über die heuristisch fruchtbare Anwendung der Trias von „motivated offenders“, „suitable targets“ und „lack of capable guardians“ hinaus können, wie oben kurz angesprochen, Viktimisierungen Hochaltriger in Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen – insbesondere solche professionell begründeter Art – im Sinne des *Routine-Activity*-Ansatzes als „crimes of specialized access“ aufgefasst werden. Felson argumentiert unter Bezugnahme auf Arbeiten von Friedrichs (1992; 1996), dass der vielfach mit dem Begriff des „white collar crime“ belegte Kriminalitätsbereich sich besser durch einen spezialisierten (und im Hinblick auf die Tatbegehung privilegierten) Zugang charakterisieren lasse, der sich aus einer beruflichen Tätigkeit bzw. der Zugehörigkeit zu einer Profession oder Organisation ergibt. Das zentrale Merkmal sei, dass legitime Attribute der beruflichen Tätigkeit dem Täter oder der Täterin Tatgelegenheiten eröffnen. Felson (2002) definiert „crime of specialized access“ als „a criminal act committed by abusing one’s job or profession to gain specific access to a crime target“ (S. 95). Er hebt hervor, dass derartige Delikte sich hinsichtlich der zugrunde liegenden Motive (materielle Bereicherung, Macht, Sex, Anerkennung, Abwechslung, Rache, Abwenden von Sanktionen etc.) nicht von anderen Kriminalitätsformen unterscheiden, dass sie in jedem Feld beruflicher Tätigkeit stattfinden können, dass sie nicht an die Voraussetzung eines hohen Status innerhalb eines Unternehmens oder einer Organisation gebunden sind, dass vielmehr oftmals Tätigkeiten auf unteren oder mittleren Ebenen hervorragende Zugänge gestatten⁴¹⁷ und dass die Mehrzahl der „Specialized-Access“-Delikte weder besonders schwerwiegend noch hinsichtlich Tatplanung und Tatausführung von besonderer Raffinesse sei. Der zentrale Satz in Felsons Analyse lautet: „These crimes depend on being in a position to do a particular harm.“ (Felson, 2002, S. 103)

Das Konzept der via „Specialized-Access“ begangenen Delikte ist für die Thematik von Straftaten an Pflege- und Hilfebedürftigen insofern von besonderer Bedeutung, als dort grundsätzlich von folgender Konstellation auszugehen ist:

1. Derartige Taten bedürfen eines „privilegierten Zugangs“, damit ein (nicht zur Familie bzw. zum sozialen Nahraum des Opfers gehöriger) Täter überhaupt eine Tatmöglichkeit hat. Straftaten setzen stets voraus, dass der Täter Zugang zum Zielobjekt erlangt. In den meisten Fällen ist auch ein – nicht immer physische Nähe implizierender – Kontakt

⁴¹⁶ Zugleich trifft die Anwendung des *Routine-Activity*-Ansatzes die gleiche Kritik wie insgesamt die Ansätze situativer Kriminalprävention und jene Kriminalitäts- und Kriminalpräventionskonzepte, die ihren Fokus primär auf Tatgelegenheiten und deren Beseitigung richten. Insbesondere (vgl. u.a. Brunet, 2002; Tewksbury & Mustaine, 2005) wird solchen Ansätzen vorgeworfen, sie sagten nicht hinreichend voraus, wo Kriminalität sich ereignen werde, sie stellten eher ein kriminalpräventives Modell als eine Kriminalitätstheorie dar, könnten in der Praxis zu Deliktsverschiebungen hin zu anderen Opfern oder Tatorten führen und berücksichtigten Tätermerkmale nicht hinreichend.

⁴¹⁷ Felson erwähnt in diesem Zusammenhang u.a. den Briefträger, der sehr verlässliche Informationen darüber hat, wann die Bewohnerinnen und Bewohner eines Hauses oder einer Wohnung abwesend sind.

zum Opfer erforderlich, um die Tat begehen zu können.⁴¹⁸ Bei Pflegebedürftigen ist es aufgrund ihres in der Regel hinsichtlich der Vielfalt der Aktivitäten, der Zahl der Kontakte und der aufgesuchten Räume stark eingeschränkten Lebensstils für einen nicht ohnehin in den sozialen Nahraum des Opfers integrierten Täter kaum möglich, Zugang via sich zeitlich und räumlich überschneidende Aktivitätsbereiche zu gewinnen.

2. Besteht hingegen ein solcher „specialized access“ (z. B. für einen Arzt, eine Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes oder eine Pflegekraft in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe), so ist dieser Zugang zugleich im Hinblick auf das Begehen von Straftaten ein in mehrfacher Hinsicht privilegierter:

- ! Es gibt in der Terminologie von Felson (2002) nur wenige „overlapping activity spaces“ mit Dritten – in der ambulanten Pflege im Allgemeinen noch weniger als in der stationären Pflege.⁴¹⁹ Dies bedeutet zugleich für den „Specialized-Access“-Täter, dass die Wahrscheinlichkeit einer Tatbeobachtung durch Zeugen oder einer direkten Intervention durch Dritte gering ist.
- ! Der Täter kann in der Regel aus einer Vertrauens- und Legitimitätsposition heraus agieren. Nähe zum Opfer wird ihm nicht nur zugebilligt, sondern von ihm erwartet.
- ! Es handelt sich um Opfer, die – wenn der Zugang erst einmal gesichert ist – besonders wenig widerstandsfähig gegenüber Viktimisierungsversuchen sind.

Alternativ lässt sich im Hinblick auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger auch das „Trusted-Criminals“-Konzept von Friedrichs (1996) anwenden, welches nicht nur auf Pflegekräfte und andere mit einem pflegebedürftigen Opfer aufgrund einer beruflichen Beziehung in Verbindung stehende Täter, sondern auch auf Angehörige bezogen werden kann.

5.6.5 Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege – Chancen und Grenzen einer genuin kriminologischen Perspektive

Ganz sicher ist der Phänomenbereich, der heute mit dem Begriffspaar „elder abuse and neglect“ belegt wird, nicht in seiner Gänze ein Gegenstand, zu dessen Fassung sich etablierte kriminologische Konzepte eignen. Eine *auch* kriminologische Betrachtung ist jedenfalls dort vonnöten, wo es sich unter Tatschwere- und Tatmotivationsgesichtspunkten um kriminelles Unrecht handelt (z. B. Fälle, in denen die Schwäche und Hilfebedürftigkeit von Personen gezielt ausgenutzt wird, um Straftaten an ihnen zu begehen).⁴²⁰ Hier greifen weitverbreitete (scheinbar „in der Luft liegende“) Erklärungsmuster, die insbesondere auf Be- und Überlastung Pflegenden und auf den schwierigen Charakter der Arbeit mit alten und pflegebedürftigen Menschen abstellen, zu kurz. Neben einer Analyse von Tatgelegenheitsstrukturen (im Sinne primär situativer Kriminalprävention) können *Routine-Activity*-Konzepte zum Anlass genommen werden, der Frage nachzugehen, unter welchen Bedingungen

418 Ausnahmen wären etwa manche Formen des sogenannten „Identity theft“, bei denen der Täter oder die Täterin unter Ausnutzung von auf anderen Wegen als über direkten Opferkontakt erlangten Informationen eine Person schädigt (vgl. zu diesem Deliktsbereich u.a. Allison, Schuck & Lersch, 2005; Copes & Vieraitis, 2007; van der Meulen, 2007).

419 Das Konzept der *activity spaces* geht auf die ökologische Kriminalitätstheorie von Brantingham & Brantingham (1981; 1993; 1995; 2003) zurück.

420 Umgekehrt kann der misslingende oder jedenfalls nur teilweise gelingende Versuch einer Anwendung von *Routine-Activity*-Konzepten auf Teilbereiche von *elder abuse* dazu beitragen, solche Felder zu identifizieren, die nicht in erster Linie als „Kriminalität“ und als mit strafrechtlichen Mitteln zu fassendes Problem zu begreifen sind.

eine ansonsten unauffällige Person zum „motivated offender“ werden kann. Ferner wirft der Ansatz gerade im Hinblick auf Pflegebedürftige die Frage auf, wie „capable guardians“ beschaffen sein könnten und wie es gelingen kann, sie dauerhaft zu implementieren.

Auch darüber hinaus sind Misshandlungen und Vernachlässigungen in der Pflege aber ein Gegenstandsbereich, in dem kriminologische und viktimologische Ansätze erhellend wirken können, indem sie dem Blick eine neue Richtung geben, ihn von den unmittelbar in Bezug auf Pflege naheliegenden Assoziationen lösen und auf jene Handlungsmöglichkeiten, Anreizfaktoren etc. verweisen, die – jenseits der „eigentlichen Bestimmung“ von Pflege, Pflegearbeit und Pflegebeziehungen – sich für einen Akteur ergeben, der die darüber hinaus gehenden Optionen für sich entdeckt und nutzt oder z. B. in einer als Provokation erlebten Situation darauf zurückgreift.⁴²¹ Eine Komponente der sich bietenden Tatbegehungsmöglichkeiten ist auch die Wahrnehmung der für einen Täter extrem günstigen Risikostruktur.

Pflegebeziehungen sind strukturell durch Machtunterschiede und Abhängigkeiten gekennzeichnet und weisen vielfach hohe Belastungs- und Konfliktpotenziale auf. Im Sinne von Felson (2002) können Pflegebedürftige als Individuen begriffen werden, gegenüber denen es erstens Personen mit „specialized access“ gibt, d. h. mit besonderen Viktimisierungsmöglichkeiten, die in dieser Form gegenüber anderen Erwachsenen in der Regel nicht bestehen, und zweitens Anlässe für – nicht „von langer Hand“ geplante – Taten, für Konflikttaten, die sich aus einer spezifischen Situation heraus ergeben, die oftmals durch Überforderung gekennzeichnet ist.

Der wesentliche Gewinn einer auch kriminologischen Sichtweise auf *Elder-Abuse*-Phänomene besteht darin, bisherige Perspektiven zu erweitern und zu ergänzen. Phänomene der Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger älterer Menschen bedürfen einer interdisziplinären Betrachtung, welche u. a. psychologische, soziologische, gerontologische und pflegewissenschaftliche Konzepte miteinander verknüpft. Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse können umfassend nur verstanden werden, wenn auch die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und deren Vorgeschichte, das Krankheitsbild und der damit verknüpfte Pflege- und Unterstützungsbedarf, die zur Deckung dieses Bedarfes verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen, das Verhalten der pflegebedürftigen Person und die Interaktion zwischen den Beteiligten in den Blick genommen werden. Der Mehrwert einer kriminologischen Sichtweise liegt vor allem darin, Pflegesituationen als mögliche Kontexte der Entstehung gewaltförmigen und in anderer Weise hoch problematischen Verhaltens zu begreifen und gewissermaßen durch die Brille eines potenziellen Täters zu betrachten.

5.6.6 Ansätze zu einer ereignisorientierten Typologie im Bereich der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger

Unter theoretischen, empirischen und handlungspraktischen Gesichtspunkten erscheint es erforderlich, im Hinblick auf das Konzept „Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger“ Falltypen bzw. Fallgruppen zu unterscheiden.⁴²² Fälle der Misshandlung (bzw. Vernachlässigung) Pflegebedürftiger unterscheiden sich nicht nur phänotypisch

⁴²¹ „Sufficiently provoked, even the most amiable person retaliates.“ (Farrell & Pease, 2006, S. 181).

⁴²² Zum Prozess der Typenbildung vgl. u.a. Kelle & Kluge (1999), Kluge (1999; 2000).

auf der Ebene der beobachtbaren Handlungen (bzw. Unterlassungen), sondern auch hinsichtlich der Tatschwere, der Genese der Tat, der Präventionsmöglichkeiten und der Zugänglichkeit für die Forschung (um nur einige zentrale Merkmale zu nennen).

Die in der deutschen wie internationalen *Elder-Abuse*-Literatur seit jeher gebräuchliche⁴²³ Differenzierung zwischen „physischer Gewalt“, „psychischer Misshandlung/verbaler Aggression“, „pflegerischer Vernachlässigung“ etc. ist im Hinblick auf eine deskriptive Phänomenologie der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich sinnvoll, für eine auch analytisch weiterführende Fallgruppierung aber nicht hinreichend und liegt zumindest teilweise quer zu einer Typologie der hier ins Auge gefassten Art. Die Klassifikation stellt einerseits die Unterscheidung zwischen Viktimisierung durch aktives Tun (Misshandlung) sowie durch Unterlassen gebotener Handlungen (Vernachlässigung) in den Vordergrund, andererseits das Merkmal der Handlungs- bzw. Wirkungsebene (insbesondere die Differenzierung zwischen physischen und nicht physischen Handlungen und Auswirkungen dieser Handlungen).

Für den Bereich der Gewalt in Paarbeziehungen – der durch eine ähnliche Heterogenität gekennzeichnet ist und mit der hier behandelten Thematik die Lokalisierung in der häuslichen Sphäre und die enge Beziehung zwischen Gewaltausübenden und Gewaltbetroffenen gemeinsam hat – hat sich u. a. die Differenzierung zwischen *common couple violence* und *intimate terrorism*⁴²⁴ als fruchtbar erwiesen (dies nicht zuletzt im Hinblick auf die Aufklärung scheinbar widersprüchlicher Erkenntnisse zur Verteilung von Täter- und Opferrollen zwischen den Geschlechtern; vgl. dazu die Metaanalysen von Archer, 2000a; 2002; ferner u. a. die Arbeiten von Frieze, 2000; Heyman, Feldbau-Kohn, Ehrensaft, Langhinrichsen-Rohling & O’Leary, 2001; O’Leary, 2000; White, Smith, Koss & Figueredo, 2000, sowie die Replik von Archer, 2000b). Auch hier steht nicht die Frage der Handlungsebene (physisch, verbal etc.) im Vordergrund, sondern Merkmale wie der systematische oder situative Charakter der Gewaltanwendung und die zugrunde liegende Motivation.⁴²⁵

Wenn – wie oben ausgeführt – die „objektiven“ Tatgelegenheiten gegenüber Pflegebedürftigen für „motiviert Täter“ grundsätzlich gut sind, liegt es nahe, die Motivation des Täters in den Mittelpunkt einer ereignisorientierten Typologie der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger zu rücken.

423 Vgl. stellvertretend für zahlreiche Publikationen Dieck (1987), Wolf & Pillemer (1989).

424 Johnson & Ferraro (2000, S. 949 f.) unterscheiden zwei Grundmuster von Gewalt in Partnerschaften, die sie mit den Begriffen (und Abkürzungen) „*common couple violence*“ (CCV) und „*intimate terrorism*“ (IT) belegen. Die Typologie geht auf Johnson (1995) zurück (vgl. auch Johnson, 2001). Während bei *common couple violence* Männer und Frauen als Betroffene wie als Akteure in Erscheinung treten, ist das Erscheinungsbild von *intimate terrorism* davon geprägt, dass Männer diejenigen sind, die Gewalt einsetzen, um ihre Partnerinnen zu unterdrücken; ursprünglich hatte Johnson nicht von *intimate terrorism*, sondern von *patriarchal terrorism* gesprochen. *Common couple violence* ist nicht in ein umfassendes Muster kontrollierenden Verhaltens integriert, sondern entsteht im Kontext einer konkreten Auseinandersetzung zwischen den Partnern. CCV zeigt keine Eskalationstendenz über die Zeit hinweg, nimmt selten sehr schwere Formen an, ist häufig bidirektional und wird als typische Gewaltform bei Befragungen allgemeiner Bevölkerungstichproben identifiziert. In Verhaltensmustern, die sich als *intimate terrorism* charakterisieren lassen, ist Gewaltanwendung lediglich eine taktische Variante eines umfassenden Systems, das dazu dient, das Verhalten der Partnerin zu kontrollieren. Im Unterschied zu CCV zeigt IT eine Eskalationsneigung über die Zeit hinweg, die Wahrscheinlichkeit schwerer Verletzungen ist groß. Die Gewaltausübung ist in der Regel einseitig. Johnson & Ferraro (2000) heben hervor, dass nicht die Schwere der ausgeübten Gewalt das entscheidende Differenzierungskriterium zwischen CCV und IT ist: „The distinguishing feature of IT is a pattern of violent and nonviolent behaviors that indicates a general motive to control.“ (S. 949).

425 Selbstverständlich kann diese Unterscheidung auch auf Gewalt in Paarbeziehungen älterer Menschen Anwendung finden (vgl. hierzu u.a. Görgen, Newig, Nägele & Herbst, 2005).

Eine Aufgliederung von Fällen lässt sich vornehmen anhand zweier miteinander verknüpfter Merkmale:

- I Vorliegen oder Nichtvorliegen einer *Intention* des Täters oder der Täterin, die pflegebedürftige Person zu *schädigen*,
- I *situationsgebundener* oder *über eine spezifische situative Bedingungskonstellation hinausgehender* Charakter einer Schädigungsintention.

Der Begriff der Schädigungsintention soll hierbei in einem weiten Sinne verstanden werden. Das Vorliegen einer solchen Intention würde demnach auch dann bejaht, wenn die betreffende Person mit der jeweiligen Handlung (oder Unterlassung) einen Effekt anstrebt, der eine Schädigung der pflegebedürftigen Person zwingend impliziert bzw. nach sich zieht oder – für den Handelnden bzw. Unterlassenden voraussehbar – die Wahrscheinlichkeit einer solchen Schädigung substantiell erhöht.⁴²⁶

Eine Klassifikation anhand dieser Merkmale legt eine Unterscheidung von vier Typen von Viktimisierungen in professionellen wie privaten Pflegebeziehungen nahe, die sich folgendermaßen umschreiben lassen:

Typen 1 und 2: „Nicht auf Schädigung des Betroffenen abzielendes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen“ – situationsgebunden (Typus 1) bzw. situationsübergreifend (Typus 2)

Beispiele für diese Falltypen wären etwa die Vernachlässigung einer pflegebedürftigen Person aus Unwissen oder aus völliger Überforderung (möglicherweise gepaart mit motivationalen Hemmnissen, Hilfe von Dritten anzunehmen), die Zufügung körperlicher Schmerzen, um den Widerstand der pflegebedürftigen Person gegen als notwendig erachtete Pflegehandlungen zu überwinden oder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit mit dem Ziel, die pflegebedürftige Person dadurch vor Selbst- oder auch Fremdgefährdungen zu schützen. Derartige Verhaltensmuster können situativ wie transsituativ auftreten. Ein rein situativer Fall wäre etwa die aus einer spontanen Reaktion heraus vorgetragene physische Abwehr eines Angriffs durch die pflegebedürftige Person, durch welche diese verletzt wird. Soweit in dem Verhalten jedoch fortbestehende Problemlagen bzw. kritische Problemlösemuster zum Ausdruck kommen, tritt es typischerweise auch über spezifische Situationen hinweg auf. In der qualitativen Interviewstudie wurden solche Verhaltensweisen vor allem von pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegekräften aus der Akteurperspektive geschildert (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.2).

Im Ergebnis kann es sich hierbei um für den Pflegebedürftigen in hohem Maße unangenehme, schädliche oder ihn gefährdende Verhaltensweisen handeln. Auf Täterseite besteht ihre Gemeinsamkeit darin, dass das Handeln des jeweiligen Akteurs frei ist von dem Bestreben, dem Pflegebedürftigen Schaden zuzufügen, ihn zu verletzen oder in seiner Integrität zu beeinträchtigen. Das Problematische der hierunter subsumierten Verhaltensweisen liegt primär in ihrem Ergebnis (Beeinträchtigung oder Gefährdung), nicht in dem die Handlung tragenden Motiv.

⁴²⁶ Wer sich am Vermögen eines Pflegebedürftigen bereichern will, hat möglicherweise nicht dessen Schaden, sondern den eigenen Vorteil als Handlungsziel im Auge. Wer die Versorgung einer pflegebedürftigen Person vernachlässigt, will ihr möglicherweise nicht Leiden und gesundheitliche Schäden zufügen, sondern die eigenen Handlungsmöglichkeiten vergrößern.

Typus 3: „Viktimisierungen Pflegebedürftiger mit situationsgebundener Intention bedeutsamer Schädigung des Opfers“

Zu diesem dritten Typus gehören insbesondere Fälle, bei denen in einer emotional aufgeladenen Situation der Wunsch entsteht, die pflegebedürftige Person zu verletzen, sie zu demütigen, ihr Schmerzen zuzufügen oder sie sogar 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. Solche Vorfälle wurden in der qualitativen Interviewstudie primär von pflegenden Angehörigen selbst berichtet (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.2.1).

Im Unterschied zu den beiden erstgenannten Typen ist hier im Moment des Handelns eine Schädigungsintention vorhanden; diese 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 4: „Viktimisierungen Pflegebedürftiger mit situationsübergreifender Intention einer Schädigung des Opfers“

Die konkreten Fallgestaltungen können hier sehr heterogen 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 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.⁴²⁷ Zu diesem Typus gehörende Fälle wurden im Rahmen der qualitativen Interviewstudie von pflegenden Angehörigen als Täter/Täterinnen sowie von Opfern kaum geschildert, allerdings liegt aus Beobachterperspektive eine Reihe einschlägiger Berichte vor (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3).

Fälle, die den genannten Typen zugeordnet werden können, unterscheiden sich über die definierenden Merkmale (Intentionalität der Schädigung des Opfers; Situationsgebundenheit einer etwaigen Schädigungsintention) hinaus in einer Reihe weiterer Aspekte; dazu gehören insbesondere:

▮ *die Schwere der eingetretenen Tatfolgen:* Die Tatfolgen dürften in der Regel bei den Typen 1 und 2 weniger ausgeprägt sein als insbesondere beim Typus 4. Eine kategoriale, die Typen klar trennende Zuordnung der Tat- bzw. Tatfolgenschwere zu den Fallgruppen ist jedoch nicht möglich.⁴²⁸

⁴²⁷ Bachman & Meloy (2008, S. 194) sprechen in einem ähnlichen Sinne von „predatory victimizations“.

⁴²⁸ So wird es Handlungen geben, die zwar mit einer eindeutigen und gravierenden Schädigungsintention ausgeführt werden, diesen angestrebten Taterfolg aber nicht erreichen. In der Regel aber ist davon auszugehen, dass die Kombination der Intention, eine Person zu verletzen, mit den gerade gegenüber Pflegebedürftigen günstigen Tatgelegenheiten zu bedeutsamen Tatfolgen führt.

▮ *das Nachtatverhalten des Täters/der Täterin:* Es ist davon auszugehen, dass Täter und Täterinnen der Falltypen 1, 2 und 3 vielfach mit Schuldgefühlen, Wiedergutmachungsversuchen, möglicherweise mit der Suche nach Entschuldigungsgründen reagieren werden, im positiven Fall mit Strategien, die der Aufarbeitung eines Vorfalls und der Prävention weiterer Vorkommnisse dienen. Für Typus 4 dürften hingegen vor allem Strategien des Täters oder der Täterin, sein Verhalten gegen Entdeckung bzw. Tatnachweis abzuschern, charakteristisch sein.⁴²⁹

▮ *die mit einer ersten deliktischen Handlung einhergehenden Wiederholungs- und Eskalationsgefahren:* Die Wiederholungsgefahr dürfte bei Vorkommnissen der Typen 1 bis 3 in der Regel dann hoch sein, wenn sich an den (situativen wie personalen) Ursachen, Entstehungsbedingungen und Auslösern, die letztlich zur Tat geführt haben, nichts ändert. Bei Typus 4 kann substantielle Wiederholungsgefahr grundsätzlich dann angenommen werden, wenn auf die erste Tat keine negativen Sanktionen erfolgen und die Schädigungsintention des Täters oder der Täterin sich mit der ersten Tat nicht erschöpft hat (was z. B. bei einer gegen eine einzelne Person gerichteten Tötungsabsicht der Fall sein kann).

Auch im Hinblick auf die Maßnahmen, die im einen oder anderen Fall möglich, hilfreich und geboten erscheinen, unterscheiden sich die skizzierten Falltypen beträchtlich voneinander.

- ▮ *Typen 1 und 2:* Präventionsansätze bieten sich vor allem im Bereich der Information, Beratung und Schulung der Pflegenden, der Entlastung durch ambulante Dienste, Tagespflegeangebote etc., auch einer pflegerechten und daher stressreduzierenden Gestaltung der räumlichen Umwelt. Hier geht es um Pflegende, 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, unzureichend sind.
- ▮ Für *Typus-3-Fälle* mit situativ vorhandenem 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 diese grundsätzlich ein Wiederholungs- und Eskalationspotenzial in sich tragen können.
- ▮ Maßnahmen, die sich im Hinblick auf *Typus 4* – situationsübergreifend vorhandene Schädigungsintention – anbieten, zielen vor allem auf die Trennung von Täter und Opfer ab, mindestens aber auf eine externe Kontrolle der Situation und schließen die Möglichkeit strafrechtlicher Verfolgung ein. Sicherlich gibt es Fälle, in denen auch eine solche Konstellation etwa durch eine psychotherapeutische Intervention „entschärft“ werden kann. Vorrang müssen hier aber Maßnahmen haben, die für eine für das Opfer sichere Pflegeumgebung Sorge tragen.

⁴²⁹ Die Befunde der qualitativen Interviewstudie bestätigen dies. Pflegende Angehörige, die von eigenem nicht oder nur situationsgebunden auf eine Schädigung der Pflegebedürftigen gerichteten Verhalten berichteten, problematisierten dies häufig und suchten nach Alternativen dazu.

5.6.7 Zusammenfassung

Insgesamt ergibt sich aus der hier skizzierten kriminologischen Perspektive auf den ansonsten vorwiegend aus den Alterns- und Gesundheitswissenschaften betrachteten Bereich der Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger alter Menschen Folgendes:

- | Das Problemfeld der Misshandlung und Vernachlässigung pflegebedürftiger alter Menschen ist in vielfacher Hinsicht ein für kriminologische Forschung und Theoriebildung untypischer Gegenstand. Dies betrifft sowohl die Phänomenologie des Tatgeschehens als auch die beteiligten und betroffenen Personengruppen und Handlungskontexte.
- | Eine kriminologische Perspektive lenkt den Blick auf die Tatgelegenheiten, die Pflegesituationen inhärent sind. Einen „motivierten Täter“ (oder eine „motivierte Täterin“) vorausgesetzt, lassen sich kaum günstigere Rahmenbedingungen einer Straftat finden als etwa in einer häuslichen Pflegesituation. Der Mehrwert einer kriminologischen Betrachtungsweise liegt auch darin, den Blick für Tatgelegenheiten zu schärfen.
- | Ein motivierter Täter oder eine motivierte Täterin kann aber in Pflegebeziehungen nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden. Es gilt den Blick auf jene Bedingungen zu richten, unter denen in einer grundsätzlich nicht schädigend, sondern unterstützend ausgerichteten Beziehung Motivlagen entstehen, aus denen heraus objektiv vorhandene günstige Tatgelegenheiten auch als solche perzipiert und damit handlungsrelevant werden können.
- | Der kriminologische *Routine-Activity*-Ansatz sieht kriminelles Handeln an die Voraussetzung des zeitlich-räumlichen Zusammentreffens eines motivierten Täters, eines geeigneten Zielobjekts oder Opfers sowie des Fehlens wirksamer Schutzinstanzen geknüpft. Er lässt sich sowohl für konzeptuelle Analysen der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger als auch für die Planung und Ausgestaltung präventiver Maßnahmen vielfältig nutzbar machen.
- | Das Einbringen einer kriminologischen Sichtweise bekräftigt – wie auch die Befunde der vorliegenden Untersuchung – die Notwendigkeit, *elder abuse* als ein phänomenologisch wie ätiologisch sehr komplexes Phänomen zu betrachten, das sich keinesfalls auf eine einzelne bedingende bzw. auslösende Variable (wie den in wissenschaftlichen wie populären Diskussionen immer wieder zitierten *caregiver stress*) zurückführen lässt, vielmehr der Betrachtung vielfältiger Opfer-, Täter- und Kontextmerkmale bedarf (vgl. u. a. Anetzberger, 2000) und eine Unterscheidung wesentlicher Handlungstypen nahelegt.
- | Eine Typologie von Fällen der Viktimisierung pflegebedürftiger alter Menschen wurde skizziert. Sie macht das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Intention des Täters, die pflegebedürftige Person zu schädigen, sowie den situationsgebundenen oder über eine spezifische situative Bedingungskonstellation hinausgehenden Charakter eines etwaigen Schädigungsmotivs zu den zentralen Unterscheidungskriterien. Für die hieraus resultierenden Grundformen viktimisierender Ereignisse liegen jeweils spezifische Präventions- und Interventionsansätze nahe. Es wird deutlich, dass *elder abuse and neglect* auch Fallkonstellationen umfasst, bei denen Information, Beratung, Unterstützung, Entlastung etc. nicht zielführend sind, es vielmehr darauf ankommt, einem Täter, der die angesprochenen günstigen Tatgelegenheiten als solche wahrnimmt und nutzt, weiteren Zugriff auf das Opfer unmöglich zu machen.

VI.

Sicherheitsgefährdungen im Alter – Schärfe- und Unschärfebereiche wissenschaftlicher Erkenntnis

Thomas Görger

6.1 Sicherheit im Alter: Was wir wissen, gerne wüssten – und vielleicht nie wissen werden

Werden die Befunde der vorliegenden Studie, der nationale und internationale Forschungsstand sowie die Rahmenbedingungen von Bemühungen um Erkenntnisgewinn im Hinblick auf Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen älterer, hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen zusammenfassend betrachtet, kann folgendes Bild skizziert werden:

- Es gibt inzwischen national wie international belastbare Daten zu Viktimisierungserfahrungen und Viktimisierungsrisiken im „dritten Lebensalter“, das heißt in jener Lebensphase, in der in vielen Bereichen (Berufsleben, Familie etc.) große Umbrüche stattfinden bzw. bereits stattgefunden haben (Ausscheiden aus dem Beruf, Verkleinerung des Haushalts durch Auszug der Kinder etc.), in der aber die Mehrheit der älteren Menschen von gravierenden, nicht mehr kompensierbaren gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen noch nicht oder wenigstens nicht dauerhaft betroffen ist.
- Hell- und Dunkelfelddaten weisen in insgesamt großer Übereinstimmung darauf hin, dass das „dritte Lebensalter“ unter Gesichtspunkten der Kriminalitäts- und Gewaltgefährdung zu den sichersten Abschnitten der gesamten Lebensspanne gehört. Polizeiliche Erkenntnisse und Daten aus Viktimisierungsbefragungen zeigen, dass im Alter die Gefährdung in den meisten Deliktsbereichen deutlich zurückgeht.
- Zugleich ist der Rückgang der Kriminalitätsgefährdung nicht allumfassend und nicht in allen Deliktsbereichen in gleichem Maße zu verzeichnen. Es gibt Kriminalitätsformen, die bevorzugt an Älteren begangen werden, weil Täter und Täterinnen hier für sie günstige Tatgelegenheiten vermuten und daher gezielt ältere Menschen als Opfer auswählen. Betrugsdelikte wie der sogenannte Enkeltrick oder Trickdiebstähle im Haushalt der Opfer, die durch Vortäuschen einer Notlage oder einer bestimmten beruflichen Identität angebahnt werden, sind Beispiele hierfür. Im Bereich der polizeilich registrierten Fälle des Handtaschenraubs weisen ältere Frauen eine erhöhte Belastung auf. Abweichungen von dem Bild einer insgesamt im Alter abnehmenden Gefährdung zeigen sich auch in einigen spezifischen Bereichen kriminalstatistischer Daten zu Tötungsdelikten; diese bedürfen der Aufklärung durch weiter gehende Untersuchungen.

- | Der Rückgang der Kriminalitätsgefährdung im dritten Lebensalter ist auch vor dem Hintergrund veränderter Lebensstile und Interaktionsmuster zu sehen. Ältere Menschen interagieren in alltäglichen Lebensbezügen immer weniger mit jenen Bevölkerungsgruppen, die als Täter die höchste Belastung aufweisen. Zudem zeigen Untersuchungen, dass ältere Menschen in erhöhtem Maße kriminalitätsbezogenes Vorsichts- und Vermeideverhalten zeigen und auch hierdurch ihr Viktimisierungsrisiko reduzieren.
- | Ein recht klares Bild ergibt sich mittlerweile auch im Hinblick auf subjektive Sicherheit im dritten Lebensalter. Dieses ist nicht – wie lange angenommen – in erster Linie durch eine erhöhte Furchtsamkeit charakterisiert, sondern vielmehr durch ein gezieltes Meiden von Risiken. Selbst dort, wo deliktsspezifisch die Furchtsamkeit älterer Menschen erhöht ist, hat sie nicht in erster Linie den Charakter des Irrationalen. Vielmehr erweisen Furcht und subjektive Risikowahrnehmungen sich als selektiv dort stärker, wo auch – Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik wie Selbstberichten zufolge – das Risiko der Opferwerdung als älterer Mensch höher ist als in anderen Deliktsbereichen.
- | Auch im Hinblick auf Partnergewalt/häusliche Gewalt im Alter zeigen Untersuchungen, dass derartige Erfahrungen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen seltener werden (und zwar auch bei jenen, die nach wie vor in Partnerschaften leben). Zugleich weisen qualitative Studien darauf hin, dass es im höheren Alter durchaus langjährig verfestigte Formen systematischer, auf Machtausübung und Kontrolle ausgerichteter Gewalt in Partnerschaften gibt. Die bislang existierende Infrastruktur von Hilfen für Opfer häuslicher Gewalt hat die Gruppe der Älteren bislang erst wenig in den Blick genommen.
- | Das Bild altersbezogener Viktimisierungsrisiken wird unschärfer im Hinblick auf Hochaltrige und Pflegebedürftige. Dies betrifft vor allem Fragen nach Prävalenz und Inzidenz der Viktimisierung Pflegebedürftiger. Es handelt sich hier um ein Problemfeld, welches aus naheliegenden Gründen in Polizei- und Justizstatistiken kaum einen Niederschlag findet. Die Methode der repräsentativen standardisierten Viktimisierungsbefragung – ansonsten der Königsweg quantitativ ausgerichteter viktimologischer Forschung – lässt sich in der Population der Pflegebedürftigen kaum mit Aussicht auf Erfolg anwenden. Wo aber quantitative Methoden an ihre Grenzen stoßen, sind auch quantifizierende Befunde nur mit Einschränkungen zu erzielen und zu interpretieren.
- | Wenn behördliche Statistiken das Problemfeld nicht abbilden und repräsentative standardisierte Viktimisierungsbefragungen in der Population der Pflegebedürftigen nicht möglich sind, muss die Forschung in diesem Bereich andere und ergänzende methodische Zugänge wählen und entwickeln. Dazu gehören Täter- und Informantenbefragungen ebenso wie qualitativ ausgerichtete Interviewstudien. Es gilt, Methoden und Perspektiven so zu kombinieren, dass in der Zusammenschau der Befunde ein aussagekräftiges und belastbares Bild entsteht.

I Die vorliegende Arbeit und andere Studien zur Viktimisierung Pflegebedürftiger zeigen, dass Viktimisierungen Pflegebedürftiger in der privaten wie der professionellen Pflege nicht nur in Einzelfällen vorkommen, sondern weitverbreitet sind. Zugleich wird deutlich, dass es sich dabei um ein hinsichtlich seines Erscheinungsbildes, seiner Entstehungsbedingungen und der jeweiligen Präventions- und Interventionsansätze sehr heterogenes gesellschaftliches Problemfeld handelt. Darunter fallen Fälle, in denen Pflegenden jede Absicht fehlt, den Pflegebedürftigen zu schädigen ebenso wie solche, bei denen Konflikte situativ eskalieren und Fälle, in denen die besondere Verletzbarkeit Pflegebedürftiger gezielt ausgenutzt wird. Es wird ferner deutlich, dass die Denkfigur der Be- und Überlastung Pflegenden als Generalerklärung für Viktimisierung in Pflegebeziehungen keineswegs ausreicht, dass vielmehr multiple Faktoren in Betracht gezogen werden müssen. In der familialen Pflege gehört hierzu insbesondere die Qualität der Vorbeziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person. Körperliche und verbale Übergriffe Pflegebedürftiger stellen einen Risikofaktor für problematisches Verhalten Pflegenden dar. In der professionellen Pflege erweisen sich u. a. die Pflege demenziell erkrankter Menschen und die individuellen Strategien des Umgangs mit arbeitsbezogenen Belastungen als bedeutsam.

Das hier in groben Umrissen skizzierte Bild der Viktimisierung im Alter weist insgesamt somit inzwischen einen recht hohen Differenzierungsgrad auf. Zugleich besteht gerade im Hinblick auf eine weitere Durchdringung der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger vielfältiger weiterer Forschungsbedarf – insbesondere auch im Bereich der Evaluation von Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Vonseiten der Medien wie auch politischer Akteure wird häufig im Hinblick auf Viktimisierungen in der Pflege an die Wissenschaft der Wunsch nach exakten quantitativen Daten zur Verbreitung und Häufigkeit entsprechender Phänomene herangetragen. Derartige Fragen lassen sich in aller Regel kaum seriös beantworten. Pflegebedürftige und insbesondere die große Gruppe der demenziell Erkrankten stellen für die Forschung eine besonders schwer zugängliche Population dar, bei der in anderen Untersuchungsfeldern erprobte und bewährte methodische Zugänge versagen. Wenn Viktimisierungen kaum eine Chance haben, ins Hellfeld zu gelangen, wenn repräsentative Befragungen potenzieller Opfer nicht durchführbar sind, wenn Täterbefragungen zumindest im Hinblick auf gravierende Vorkommnisse rasch an ihre Grenzen stoßen, wenn viele Viktimisierungen keine oder jedenfalls keine eindeutigen körperlichen Spuren hinterlassen, sind die Möglichkeiten sehr beschränkt, quantitative Daten zu gewinnen, die das Problemfeld aussagekräftig abbilden.

Pflegebedürftige sind nicht die einzige Bevölkerungsgruppe, bei der dies so ist. Vielmehr deuten sich in der oben skizzierten Konstellation grundsätzliche Probleme empirischer viktimologischer Studien an. Den Problemen und Chancen empirischer Opferforschung im Bereich „wenig sichtbarer Populationen“ wendet sich die Darstellung nun zu.

6.2 Opferwerdung im hohen Alter – ein Musterfall der Viktimisierung „wenig sichtbarer Populationen“?

Das hohe Lebensalter, in welchem der Anteil der Pflegebedürftigen beträchtliche Ausmaße erreicht, ist unter Gesichtspunkten der *Kriminalitäts- und Gewaltgefährdung* durch mehrere Merkmale gekennzeichnet:

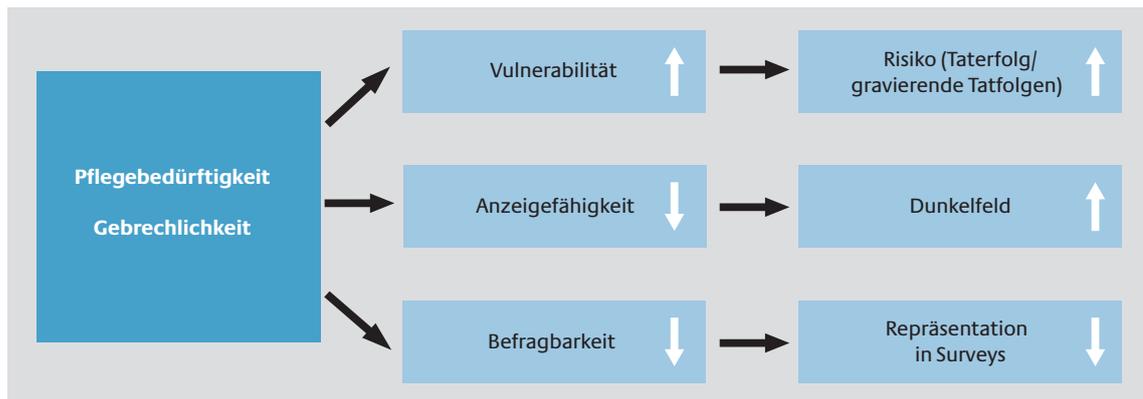
- *Abgesenkte allgemeine Risikoexposition im öffentlichen Raum:* Die im hohen Alter (und insbesondere bei Pflegebedürftigkeit) verminderte Mobilität, die Konzentration von Alltagsaktivitäten auf den häuslichen Bereich und auf einen kleiner werdenden Kreis von Interaktionspartnern bringen es zunächst einmal mit sich, dass – im Sinne einer Reduktion von Tatgelegenheiten – Viktimisierungsrisiken im öffentlichen Raum und durch Fremde zurückgehen.
- *Zunahme von Funktionseinschränkungen in allen Lebensbereichen und erhöhte Anfälligkeit gegenüber Viktimisierungsversuchen:* Die im hohen Alter zunehmenden Einschränkungen im Bereich körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit sowie der Bewältigung von Alltagsaufgaben bedeuten – unabhängig von der Frage, ob dies von interessierten Tätern und Täterinnen erkannt und ausgenutzt wird – eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen. Dies reicht vom körperlichen Unvermögen, einem Täter zu entfliehen oder sich mit hinreichender Kraft und Reaktionsgeschwindigkeit zur Wehr zu setzen bis zu der Unfähigkeit, einen Viktimisierungsversuch oder sogar eine vollzogene Viktimisierung überhaupt als solche zu erkennen.
- *Erhöhte spezifische Risikoexposition in mit Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit einhergehenden veränderten Lebens- und Beziehungskontexten:* Eine erhöhte spezifische Risikoexposition kann bei hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen in Verbindung mit neuen (bzw. durch körperliche und kognitive Einschränkungen auf eine neue Basis gestellten) Beziehungsstrukturen angenommen werden. Die Rede ist von Beziehungen zu familialen und professionellen Pflegepersonen, rechtlichen Betreuern, Ärztinnen und Ärzten etc. „Motivierte Täter“ können in derartigen – grundsätzlich prosozial oder gar altruistisch ausgerichteten – Beziehungskontexten nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden. Doch sind diese Beziehungen auch durch Machtungleichgewicht und Abhängigkeiten charakterisiert und halten vielfältige Belastungen und Konfliktpotenziale und damit mögliche Tatanlässe, jedenfalls aber Tatgelegenheiten bereit. Sofern in Pflege- und Hilfebeziehungen eine Tatmotivation vorhanden ist bzw. sich dort entwickelt, sind die Möglichkeiten der Tatbegehung wie der Tatverdeckung aus Täterperspektive in vielfacher Hinsicht sehr günstig.
- *Reduzierte Optionen der Anzeigeerstattung und Hilfesuche:* Vor dem Hintergrund der skizzierten Faktoren – reduzierte Mobilität, sonstige körperliche wie geistige Funktionseinschränkungen, Abhängigkeit von Dritten – wird deutlich, dass bei älteren Pflegebedürftigen die Möglichkeiten, eine an ihnen begangene Tat anzuzeigen oder auf anderen – formellen wie informellen – Wegen Hilfe und Schutz vor weiterer Viktimisierung zu suchen, begrenzt sind. Das Wissen motivierter Täter und Täterinnen um diese Einschränkungen erhöht – im Sinne einer rationalen Abwägung – zumindest in einigen Deliktsbereichen das Opferwerdungsrisiko.

Im Hinblick auf viktimologische Studien müssen ältere Pflegebedürftige als besonders strukturierter Fall einer „hard-to-reach population“ betrachtet werden (vgl. zu diesem Konzept u. a. Faugier & Sargeant, 1997; Teitler, Reichman & Sprachman, 2003; Thompson & Phillips, 2007). Diese Gruppe ist nicht deshalb schwer zu erreichen, weil sie – wie etwa Zuwanderinnen und Zuwanderer ohne legalen Aufenthaltsstatus – im Verborgenen lebt, die Mitglieder Kontakte meiden, die zu ihrer Identifizierung führen könnten und es aufgrund dieses klandestinen Status keine Verzeichnisse gibt, über welche ein Stichprobenzugang möglich wäre. Sie ist auch nicht in dem Sinne schwer zu erreichen, dass das die Populationszugehörigkeit definierende Merkmal schwierig zu operationalisieren und zu messen wäre. „Hard to reach“ ist diese Population vor allem deshalb, weil viele der ihr zuzurechnenden Individuen in ihrer Befragbarkeit eingeschränkt sind und in der Regel nur über Dritte bzw. mithilfe Dritter erreicht werden können. Besonders drastisch ist das Problem im Hinblick auf die große Gruppe demenziell Erkrankter.

Eingeschränkte Befragbarkeit und fehlende direkte Erreichbarkeit führen dazu, dass diese Gruppe in sozialwissenschaftlichen – keineswegs nur viktimologischen – Untersuchungen unterrepräsentiert ist. Auch zentral auf das höhere Lebensalter bezogene Studien wie der sogenannte Alterssurvey (vgl. zu den beiden ersten Wellen des Alterssurvey u. a. Kohli & Künemund, 2005; Tesch-Römer, Engstler & Wurm, 2006) schöpfen nicht die gesamte Alterspalette aus und legen – auch im Hinblick auf andernfalls zu erwartende Erhebungskosten – eine obere Altersgrenze fest. Selbst solche Studien, die sich die Gruppe der Hochaltrigen zur Untersuchungspopulation gewählt haben (dies gilt etwa für die Berliner Altersstudie; vgl. Mayer & Baltes, 1996), erfassen vielfach nicht die gesamte Bandbreite mit Pflegebedürftigkeit verknüpfter Einschränkungen kommunikativer und allgemeiner Alltagskompetenzen.

Es bestehen Zusammenhänge zwischen der Erreichbarkeit von Personen für vollstandardisierte Befragungen, ihrer Fähigkeit, sich dort in einer für den Forscher verwertbaren Weise zu äußern sowie ihrer Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungen, ihren Möglichkeiten, sich gegen entsprechende Versuche zur Wehr zu setzen, diese erfolgreich abzuwehren und sich vor, während und nach der Tat um Hilfe und um Unterstützung bei der Abwehr bzw. der Verfolgung des Täters oder der Täterin zu bemühen. Dies heißt nicht zwangsläufig, dass die in ihrer Befragbarkeit eingeschränkten Individuen häufiger Opfer werden als Personen ohne solche Einschränkungen. Es bedeutet aber, dass jene Gruppen, welche für die Wissenschaft „ohne Stimme“ sind, dies mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auch für helfende und strafverfolgende Instanzen sind. Insbesondere im Alter geht das Fehlen von Artikulations- und Kommunikationsmöglichkeiten zudem oftmals mit geringer körperlicher Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Gewandtheit einher. Die folgende Abbildung stellt die wesentlichen Zusammenhänge grafisch dar.

Abb. 33: Multiple viktimologische Relevanz von Pflegebedürftigkeit/Gebrechlichkeit



„Reduzierte Sichtbarkeit“ als umfassendes Problem der Opferforschung:

Die im Hinblick auf die Population der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen genannten Attribute – eingeschränkte Befragbarkeit, eingeschränkte Erreichbarkeit, Unterrepräsentation in sozialwissenschaftlichen Studien sowie erhöhte Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen – charakterisieren nicht alleine hochaltrige Pflegebedürftige. Strukturell ähnliche Merkmalskombinationen finden sich z. B.

- *bei Kleinkindern*, prototypisch bei Neugeborenen und Säuglingen; die genannte Merkmalskombination bleibt jedoch – in abnehmender Deutlichkeit und Stärke – weit über diese allererste Lebensphase hinaus bestehen;⁴³⁰
- *bei Menschen mit geistigen Behinderungen*; hier weitgehend unabhängig vom Alter, dabei natürlich in der konkreten Ausgestaltung in hohem Maße abhängig von Art und Schwere der Behinderung; im Unterschied zu Kleinkindern besteht hier nicht immer auch eine besondere körperliche Verletzbarkeit; jedoch sind diese Personen in mehrfacher Weise vulnerabel gegenüber Viktimisierungsversuchen:

 - aufgrund der (auch dem Täter bekannten bzw. von ihm unterstellten oder vermuteten) Unfähigkeit, manche Viktimisierungen als solche überhaupt zu erkennen,
 - aufgrund eingeschränkten Wissens und Bewusstseins hinsichtlich eigener und fremder Rechte, erlaubten und verbotenen Handelns Dritter gegenüber der eigenen Person sowie vorhandener Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe,
 - aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten, zu einer erfolgreichen Strafverfolgung beizutragen;
- *bei Migrantinnen*, die der Sprache des Einwanderungslandes nicht mächtig und sowohl aufgrund dieses Umstandes als auch vor dem Hintergrund einer ausgeprägt patriarchalen Ausrichtung der Herkunftskultur faktisch nur über Dritte – in der Regel über männliche Familienmitglieder – erreicht werden können (zur Gewalt gegen Frauen in patriarchal geprägten ethnischen Minoritäten vgl. u. a. Abraham, 1998; Huisman,

⁴³⁰ Die besonderen Herausforderungen forensischer wie sozialwissenschaftlicher Befragungen von Kindern werden in der Literatur breit diskutiert (vgl. u.a. Borgers, Hox & Sikkels, 2003; de Leeuw, Borgers & Smits, 2004; Goodman & Melinder, 2007). Im Unterschied zu Hochaltrigen/Pflegebedürftigen mag im Hinblick auf Opferwerdungen in der frühen Kindheit die Hoffnung bestehen, diese zwar nicht unmittelbar nach der Tat, aber mit gewissem Abstand erfragen zu können; dieser Option sind aber u.a. durch das Phänomen der frühkindlichen Amnesie Grenzen gesetzt (vgl. hierzu u.a. Hayne, 2003; 2004).

2001; Kasturirangan, Krishnan & Riger, 2004; Raj & Silverman, 2002; zur „Unsichtbarkeit“ von Frauen aus ethnischen Minoritäten in der Forschung vgl. u. a. Fraser, 2004);

I *bei Migrantinnen und Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus*⁴³¹ besteht insofern eine komplexe Konstellation, als in der Regel nicht von gravierenden gesundheitlichen oder funktionalen Einschränkungen auszugehen ist, der fragile gesellschaftliche Status es jedoch für diese Gruppe schwierig macht, sich gegen Viktimisierungen mit jenen Mitteln zur Wehr zu setzen, welche Menschen mit einem dauerhaft gesicherten Aufenthaltsstatus zur Verfügung stehen.

Die vorstehende – keineswegs abschließende – Auflistung weist auf die Bandbreite jener gesellschaftlichen Gruppen hin, für welche die beschriebene Konstellation – nämlich eine erhöhte Vulnerabilität und zugleich „blinde Flecke“ oder zumindest „Sehbehinderungen“ aufseiten der Forschung wie der Strafverfolgung – charakteristisch ist. Es wird deutlich, dass es sich insgesamt keineswegs um eine „vernachlässigswerte Minderheit“, sondern allenfalls um „vernachlässigte Minderheiten“ handelt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2007a) lebten Ende 2006 rund 2,07 Millionen Kinder im Alter unter 3 Jahren in der Bundesrepublik; die Gruppe der unter 6-Jährigen umfasste ca. 4,25 Millionen Personen. Am 31.12.2005 galten in Deutschland rund 6,77 Millionen Menschen als schwerbehindert, darunter 1,17 Millionen wegen hirnorganischer Störungen, Störungen der geistigen Entwicklung und gravierender psychischer Erkrankungen als schwerbehindert, weitere 0,27 Millionen wegen Hör- und Sprechstörungen (Statistisches Bundesamt, 2007c; vgl. auch Pfaff, 2005). Sofern nicht logisch miteinander unvereinbar (Kleinkind – Hochaltriger), können die Merkmale auch in Kombination miteinander auftreten (vgl. die Arbeit von Sin, 2004, zu Studien an älteren Angehörigen ethnischer Minoritäten).

Die genannten Gruppierungen gelangen – aus von Gruppe zu Gruppe divergierenden Gründen – weniger leicht als andere in den Fokus der Wissenschaften. Im Wesentlichen sind es auf der einen Seite körperliche, psychische und intellektuelle Einschränkungen, auf der anderen Seite gesellschaftliche Lebensbedingungen, die zu erhöhter Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen und zu reduzierten Artikulationsmöglichkeiten sowohl gegenüber helfenden und strafverfolgenden Instanzen als auch in der Forschung führen. Die Populationen zeichnen sich dadurch aus, dass sie (im übertragenen, teils aber durchaus auch im wörtlichen Sinne) „keine Stimme haben“, im öffentlichen Raum nicht oder nur in geringem Maße sichtbar sind und in bedeutsamem Maße von Dritten abhängig sind. Die Kombination dieser Merkmale erzeugt eine Dynamik, die sich auf die „Beforschbarkeit“, die „Viktimisierbarkeit“ und die „Hilfezugänglichkeit“ auswirkt.

Die Formulierung von der „fehlenden Stimme“ hat mehrere – verwandte, gleichwohl voneinander zu differenzierende – Bedeutungen. Sie bezieht sich auf Personen, die nicht oder jedenfalls nicht in einer für andere verstehbaren Weise sprechen können. Diese Unfähigkeit kann medizinische wie soziale Gründe haben. Prototypisch sind einerseits der Schlaganfallpatient, der infolge seiner Erkrankung nicht sprechen kann, andererseits die illegal in einem Land lebende Migrantin, die dies sehr wohl vermöchte, ihre Stimme aber nicht öffentlich erhebt, um ihren ohnehin fragilen Status nicht zusätzlich

⁴³¹ Hinsichtlich der Zahl der illegal in Deutschland lebenden Personen gibt es keine verlässlichen Daten; Schätzungen schwanken meist zwischen 600.000 und 1 Mio. (Nuscheler, 2004, S. 53; vgl. auch Alt, 1999; Bundesministerium des Innern, 2006).

zu gefährden.⁴³² Zu den sozial bedingten „missing voices“ gehören ferner Opfer, die von den Tätern am Sprechen gehindert werden, sei es durch direkte Androhung oder Ausübung von Gewalt, sei es durch Ausnutzen von Abhängigkeiten und emotionalen Bindungen. Eine weitere Bedeutungsvariante betrifft Personen, die Viktimisierungen (insbesondere intrafamilialen sexuellen Missbrauch) aus Scham oder aus Furcht vor den Konsequenzen einer Offenbarung für sich behalten (vgl. Ashley, 1992). In manchen Fällen ließe sich das Bild auch anwenden auf Opfer, deren akkommodative Bewältigungsstrategien dazu beitragen, dass Dritte die Viktimisierungen nicht als solche wahrnehmen. Von „fehlender Stimme“ wird ferner mit Blick auf Kollektive gesprochen, denen es an Selbstorganisation mangelt und die ihre Interessen nicht systematisch nach außen vertreten. Die Formulierung bezieht sich schließlich auf Personen oder Gruppen ohne – als notwendig wahrgenommene – anwaltschaftliche Vertretung (vgl. in Bezug auf Viktimisierungen alter Menschen World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002).

„Unsichtbarkeit“ oder „Übersehen“ von Opfern wird in verschiedenen Zusammenhängen diskutiert. Dabei geht es erstens um nach Meinung der jeweiligen Verfasser bislang gesellschaftlich nicht oder nur unzureichend wahrgenommene *Kriminalitätsformen* wie etwa an Männern begangene Vergewaltigungen (Ellis, 2002), die Gewalt von Kindern gegen ihre Eltern (Arrigo, 1982) oder auch Gewalt in Partnerschaften älterer Frauen (Zink, Jacobson, Regan & Pabst, 2004). Zweitens werden – eng mit den erstgenannten Diskursen verknüpft – Opfergruppen angesprochen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Tatentdeckung und -verfolgung gering ist; dies betrifft primär Menschen mit Behinderungen, insbesondere geistigen Behinderungen (vgl. Carmody, 1991; Criminal Justice Task Force for Persons with Developmental Disabilities, 1997; Stromsness, 1993; Williams, 1995).

Über den Aspekt der „gesellschaftlichen Nichtwahrnehmung“ von Opferwerdungen hinaus hat das Konzept der „unsichtbaren Opfer“ weitere Bedeutungsvarianten. Es gibt Menschen, die tatsächlich im öffentlichen Raum nicht sichtbar sind, weil sie diesen Raum nicht (mehr) oder nur noch in seltenen Ausnahmefällen betreten; dazu gehören viele Pflegebedürftige, deren Leben sich auf das räumliche Umfeld konzentriert, in dem sie gepflegt werden und deren Mobilität bzw. deren Fähigkeit, sich selbstständig und sicher im öffentlichen Raum zu bewegen, substanziell eingeschränkt ist. Darüber hinaus gibt es Menschen, die in der Regel durchaus im öffentlichen Raum sichtbar werden, bei denen es aber etwa einem daran interessierten Gewalttäter kaum Probleme bereitet, sie aus diesem öffentlichen Raum fernzuhalten. Dies gilt insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder. In Zusammenhang mit Fällen familialer Tötungen von Kindern unterhalb des Schulalters wird immer wieder darüber berichtet, dass es Eltern über lange Zeiträume gelungen ist, den Tod oder die Spuren und Folgen lang andauernder Misshandlung und Vernachlässigung vor dem sozialen Umfeld verborgen zu halten (vgl. u. a. Höynck & Görgen, 2006; Perry, Mann, Palker-Corell, Ludy-Dobson & Schick, 2002). Schließlich gibt es Menschen, die sich sehr wohl im öffentlichen Raum zu bewegen vermögen und dies auch tun, dabei aber zumindest hinsichtlich ihrer Gruppenzugehörigkeit „unsichtbar“ bleiben; dies gilt etwa für Migranten/Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

⁴³² Im Hinblick auf Migrantinnen und Migranten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ließe sich die Problematik erweitern um die Aspekte, dass diese Personen in sie betreffenden Angelegenheiten nicht gefragt werden (da sie offiziell nicht existieren) und sich möglicherweise nur in einer Sprache äußern können, die von der Bevölkerungsmehrheit und den staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen nicht verstanden wird.

Gemeinsam – wenn auch wiederum in differenzieller Ausgestaltung – ist den genannten Gruppen ein hoher Grad des Angewiesenseins auf Dritte. Dieses Angewiesensein besteht in existenzieller Form bei Säuglingen und Schwerstpflegebedürftigen bzw. Menschen mit schwersten Behinderungen, für die bereits das physische Überleben ohne dauernde Versorgung, Pflege, Hilfe und Unterstützung durch andere nicht möglich ist; je älter das Kind bzw. je geringer der Grad der Pflegebedürftigkeit, desto geringer ist auch die Abhängigkeit. Daneben handelt es sich aber auch um eine „informationelle und kommunikative Abhängigkeit“; der Zugang zu diesen Gruppen ist meist beschränkt durch „gatekeepers“, seien es nun Eltern, Ehepartner oder (professionell wie privat) Pflegende. Diese Abhängigkeit impliziert eine erhöhte Verletzbarkeit (insbesondere im Hinblick auf Viktimisierungsversuche, welche von denjenigen Personen ausgehen, denen gegenüber die Abhängigkeit besteht) und reduzierte Möglichkeiten der Initiierung von Interaktionen mit Außenstehenden.⁴³³

Konsequenzen für die viktimologische Forschung

Die wesentlichen Konsequenzen für die viktimologische Forschung bestehen in einer erhöhten Aufmerksamkeit für Art und Ausmaß der Viktimisierungsrisiken jener Gruppen, die durch standardisierte *victim self-reports* nicht oder nur unzulänglich erreicht werden.

Es geht um eine Viktimologie, die sich methodisch über das bisherige Maß hinaus diversifizieren muss, die sich auch damit arrangieren muss, dass sie in einigen Bereichen wohl kaum jemals belastbare Prävalenz- und Inzidenzdaten hervorbringen wird; eine Disziplin, die aber in der Lage ist, die Phänomenologie von Viktimisierungen auch in bislang weitgehend ausgeklammerten Bereichen zu beschreiben, Risikofaktoren zu analysieren und Präventionsansätze zu erarbeiten. Samplingverfahren und Erhebungsmethoden müssen den jeweiligen „wenig sichtbaren Gruppen“ angepasst werden. Wenn etwa Viktimisierungsrisiken Pflegebedürftiger untersucht werden sollen, die in ihrer Belastbarkeit, ihrer kognitiven Leistung und ihren Artikulationsfähigkeiten eingeschränkt sind, stellt sich die Frage, inwieweit *Self-Report*-Instrumente soweit modifiziert werden können, dass sie auch hier einsetzbar sind, inwieweit Dritte als *Proxies*⁴³⁴ sinnvoll befragt werden können und welche – etwa medizinischen oder pflegerischen – Parameter herangezogen werden können, deren Messung nicht kognitives Verstehen und verbale Artikulation voraussetzen.

Eine „Viktimologie der wenig sichtbaren Populationen“ wird ohne einen starken Anteil qualitativer Zugänge nicht auskommen; deren Wert und Bedeutung liegen nicht in einer etwaigen grundsätzlichen Überlegenheit qualitativer Forschungsansätze, sondern in der Tatsache, dass die seit Jahrzehnten mit teils beträchtlichem Aufwand praktizierten quantitativen Ansätze auf „wenig sichtbare Populationen“ nur beschränkt übertragbar sind.

⁴³³ Menschen, die aufgrund gesellschaftlicher Bedingungen „stimmlos“ sind, insbesondere Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus, sind für die Forschung besonders schwer zugänglich. Im Unterschied zu Kindern und zu Menschen, die sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht oder nur begrenzt äußern können, sind sie in aller Regel nicht in professionelle Hilfesysteme eingebunden. Da unter Umständen bereits die Unterstützung dieser Personen strafrechtlich relevant sein kann, sind auch die Möglichkeiten des Zugangs über „informelle gatekeeper“ beschränkt.

⁴³⁴ Im Sinne von Personen, die der eigentlichen Zielperson hinreichend nahestehen, dass sie an ihrer Stelle befragt werden und Auskunft über sie geben können.

Es handelt sich bei Hochaltrigen und Pflegebedürftigen sowie bei den anderen vorstehend angesprochenen Gruppen um solche, deren besondere Verletzbarkeit es geboten erscheinen lässt, sie stärker als bislang in den Fokus kriminalpolitischer und kriminalpräventiver Bemühungen und eben auch opferbezogener Forschung zu nehmen. Ihr Stellenwert in der empirischen Viktimologie macht sie zu „underresearched populations“. Das entscheidende Argument für eine stärkere Gewichtung dieser Gruppen in Forschung und Praxis ist nicht die – in den meisten Fällen mindestens vorläufig unbewiesene – Annahme besonders hoher Viktimisierungsraten, sondern die im Ergebnis fatale Kombination von geringen Abwehrmöglichkeiten gegenüber etwaigen Viktimisierungsversuchen, reduzierten Optionen der Hilfeanspruchnahme nach einer Tat und schwererer Zugänglichkeit für sozialwissenschaftliche Studien. Der Gefahr, wenigstens in Teilbereichen an Hochrisikogruppen „vorbeizuforschen“, muss die Viktimologie sich offensiv stellen – auch um den Preis, erhöhten methodischen Aufwand betreiben zu müssen und dennoch am Ende lediglich mit sehr vorsichtigen Prävalenzschätzungen operieren zu können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die bei hochaltrigen Pflegebedürftigen anzutreffende Konstellation aus hochgradiger Vulnerabilität, geringer Sichtbarkeit im Hellfeld und geringer Erreichbarkeit für sozialwissenschaftliche Studien findet sich nicht nur hier, sondern auch in Bezug auf andere Populationen. Dazu gehören u. a. Kleinkinder, geistig Behinderte und Migranten/Migrantinnen ohne dauerhaften legalen Aufenthaltsstatus. Für eine Viktimologie, die sich als sozial verantwortliche Wissenschaft versteht, bedeuten derartige Populationen besondere Herausforderungen, denen sie sich mit der Bereitschaft, methodisch neue Wege zu beschreiten und in dem Bewusstsein, dass die exakten quantitativen Dimensionen der infrage stehenden Misshandlungs- und Vernachlässigungsphänomene wohl niemals zu bestimmen sein werden, stellen sollte.

VII.

Wohin nun? – Konsequenzen für den Umgang mit Sicherheitsgefährdungen im Alter

*Thomas Görgen, Barbara Nägele,
Sandra Kotlenga*

7.1 Überblick und allgemeine Überlegungen

Im Folgenden werden aus der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ resultierende Konsequenzen für den Umgang mit Sicherheitsgefährdungen im Alter aufgezeigt und eine Reihe von weiterführenden Überlegungen angestellt. Wo entsprechende Erkenntnisse vorliegen, werden auch bereits erfolgte – erfolgreiche oder Erfolg versprechende – Präventions- und Interventionsansätze vorgestellt.

Auch und gerade im Hinblick auf Konsequenzen für den Umgang mit Sicherheitsgefährdungen im Alter sind Differenzierungen bezüglich der verschiedenen Formen der Gefährdung objektiver wie subjektiver Sicherheit sowie von Teilpopulationen der „älteren Generation“ vonnöten. Die bisherige Darstellung und Argumentation hat bereits deutliche Hinweise darauf gegeben, dass es einer hinsichtlich ihrer Komponenten integrierten, in sich jedoch in starkem Maße differenzierten Strategie bedarf.

Wie die gesamte Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ konzentrieren sich auch die nachfolgenden Ausführungen in erster Linie auf alltägliche Wohn- und Lebensumfelder. Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere in hohem Maße spezifische Viktimisierungskontexte werden am Rande gestreift. Die Darstellung orientiert sich an den zentralen Themenfeldern der Studie und fragt nach Handlungsbedarf und Handlungsperspektiven im Hinblick auf folgende Bereiche:

- | *Kriminalitätsrisiken im Alter:* Was kann, was sollte getan werden, um Risiken älterer Menschen, von einer Viktimisierung bzw. einem Viktimisierungsversuch betroffen zu sein, zu reduzieren?

- | *Subjektive Sicherheit im Alter:* Welcher Handlungsbedarf und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen im Hinblick auf die Verbesserung nicht nur der objektiven, sondern auch der subjektiven Sicherheitslage im Alter? Wenngleich die Analysen in erster Linie gezeigt haben, dass ältere Menschen sich nicht in besonders starkem Maße durch Kriminalität bedroht fühlen und in ihren Kriminalitätswahrnehmungen jedenfalls nicht systematisch irrationaler sind als jüngere Erwachsene, sind auch im Hinblick auf die Stabilisierung und Weiterentwicklung eines der Realität angemessenen, die eigene Sicherheit und Lebensqualität nicht gefährdenden Umgangs älterer Menschen mit der Bedrohung durch Kriminalität verschiedene gesellschaftliche Akteure gefragt.

| *Partner- und Nahraumgewalt im Alter:* Welche Präventions- und Interventionsoptionen eröffnen sich im Hinblick auf die Bedrohung älterer Menschen durch Gewalt, die von ihnen nahestehenden Personen ausgeht? Dies betrifft im Kern Formen der Gewalt in Ehen und Partnerschaften, jedenfalls auf Intimität angelegten und gegründeten Beziehungen älterer Menschen, darüber hinaus aber auch andere Täter-Opfer-Konstellationen wie etwa Gewalt durch erwachsene Kinder, durch sonstige Familienmitglieder oder auch durch andere Personen, die aus einer privaten (d. h. nicht professionell verankerten) Vertrauensbeziehung heraus agieren. Hier wird es wesentlich darum gehen, zu prüfen, wie vor dem Hintergrund der vorliegenden Erkenntnisse bestehende Hilfestrukturen für von Gewalt bedrohte und betroffene Frauen einerseits und für ältere Menschen andererseits so weiterentwickelt und miteinander vernetzt werden können, dass Hilfen für ältere Opfer optimiert werden und das Problemfeld an „gesellschaftlicher Sichtbarkeit“ gewinnt. Der Bereich der Nahraumgewalt innerhalb von (familialen) Pflegebeziehungen bleibt hier ausgeklammert, da er Gegenstand eigenständiger Überlegungen ist; zugleich gibt es zwischen den beiden Bereichen große Überschneidungen, so z. B. wenn es in gewaltförmigen Partnerschaften älterer Menschen zur Pflegebedürftigkeit des Mannes oder der Frau kommt oder wenn in symbiotischen und gewaltbelasteten Mutter-Sohn-Beziehungen die Pflegebedürftigkeit der Mutter zugleich ihre Vulnerabilität erheblich verstärkt.

| *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger:* Was kann getan werden, um den Schutz pflegebedürftiger älterer Menschen vor Viktimisierungen insbesondere durch Pflegende zu verbessern? Es handelt sich hier um eine in mehrfacher Hinsicht spezifische Problematik. Zentrale Gesichtspunkte sind die – physisch wie sozial – besondere Verletzbarkeit pflegebedürftiger Menschen, ferner – soweit nicht nur über Viktimisierung pflegebedürftiger, sondern über Viktimisierung *innerhalb* von Pflegebeziehungen gesprochen wird – ihre jedenfalls zeitweilige und mindestens partielle Abhängigkeit, ihr Angewiesensein auf jene Personen, von denen die Gefährdung oder die bereits manifest gewordene Misshandlung oder Vernachlässigung ausgehen kann, schließlich die Schwierigkeit oder gar Unmöglichkeit, Maßnahmen direkt an die letztlich im Zentrum der Präventions- bzw. Interventionsbemühungen stehende Personengruppe zu richten. Zugleich handelt es sich um eine in hohem Maße komplexe Thematik. Diese Komplexität resultiert u. a. aus der Unterschiedlichkeit der Kontexte, in denen Pflege stattfindet. Eng hiermit verknüpft ist die Heterogenität der (strukturellen) Beziehungskonstellationen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden; hier geht es vor allem um die Differenzierung zwischen Viktimisierungen, die sich in professionellen Pflegebeziehungen ereignen und solchen, bei denen die Beziehung zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person eine private ist.

Zentrale Handlungsfelder und -strategien: Bevor auf Handlungsbedarf sowie Präventions- und Interventionsoptionen in den genannten Problembereichen eingegangen wird, soll bereichsübergreifend ein kurzer Blick auf denkbare und praktizierte Handlungsstrategien im Bereich der Prävention und Intervention geworfen werden. Es lassen sich mehrere große Handlungsbereiche und damit assoziierte grundsätzliche Strategien unterscheiden:

- | Die erste Handlungsstrategie umfasst *Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung*. Hier geht es darum, Problembewusstsein zu schaffen, Wissen über Opferwerdungen Älterer, über Viktimisierungsindikatoren und Hilferessourcen zu verbreiten und Personen im Umgang mit Viktimisierungserfahrungen und einschlägigen Verdachtssituationen zu schulen. Diesem Bereich zuzurechnende Maßnahmen richten sich teils an potenzielle Opfer und Täter und Täterinnen und an die allgemeine Öffentlichkeit, in der Regel jedoch an bestimmte Professionen und Institutionen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, sozialarbeiterische Arbeitsfelder, Polizei und Justiz).
- | Eine zweite Ausrichtung von Maßnahmen setzt auf verstärkte *Vernetzung und Kooperation* sowie die *Integration der Thematik* in die Arbeit von Institutionen und Professionen, für die sie bislang nur einen marginalen oder zeitlich eng begrenzten Stellenwert hat. Viktimisierungen älterer, hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen konstituieren ein Problemfeld, welches – nicht nur angesichts seiner inhaltlichen Breite, sondern auch vor dem Hintergrund der Komplexität einzelner Fallgestaltungen – eine institutionen- und professionenübergreifende Bearbeitung in besonderem Maße erforderlich macht. Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung können Vernetzung, Kooperation und die Integration der Thematik in bestehende Institutionen maßgeblich fördern.
- | Eine dritte Handlungsstrategie zielt darauf ab, Prävention bzw. Intervention in Bezug auf Gefährdungen und Opferwerdungen im Alter auf dem Wege der *Beratung, Hilfe und Unterstützung* zu leisten. Dazu gehören auch Maßnahmen, die im Sinne von Empowerment-Ansätzen auf eine Stärkung tatsächlicher oder potenzieller Opfer abzielen. Insbesondere im Hinblick auf Viktimisierungsvorkommnisse in Pflegebeziehungen sind zugleich Maßnahmen vonnöten, deren Adressaten die (tatsächlichen oder potenziellen) Täter, das Unterstützungssystem und das sonstige soziale Umfeld des Opfers sind. Dabei kann solchen Maßnahmen auch eine Kontrollfunktion zukommen.
- | Das vierte Handlungsfeld ist das der *Kontrolle von Kriminalität und Gewalt durch rechtliche Mittel*. Hierbei ist an straf- und ordnungsrechtliche Interventionen, aber auch an familienrechtliche Maßnahmen zu denken. Während für den Bereich des Betroffenseins älterer und hochaltriger Menschen durch klassische Formen der Eigentums- und Gewaltkriminalität Polizei und Justiz die zentralen Institutionen sind, erfordert besonders die Kontrolle und Reduktion von Viktimisierungsrisiken in familialen Pflegebeziehungen einen breiteren Zugang der Kontrolle durch Recht und durch das Recht durchsetzende Institutionen. Es wird im weiteren Verlauf noch zu diskutieren sein, inwieweit hier Anleihen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf Opferwerdungen und Opferwerdungsrisiken im Alter sinnvoll sein können. Grundsätzlich stehen die im Kontext des Gewaltschutzgesetzes installierten Institutionen und Instrumente auch für Fälle von Nahraumgewalt zur Verfügung.
- | Das fünfte Handlungsfeld umfasst Maßnahmen auf der *gesetzgeberischen Ebene*. Viele der benannten Wege der Viktimisierungsprävention werden (auch) durch entsprechende Gesetzgebung auf den Weg gebracht. Angesprochen sind hier zahlreiche Rechtsgebiete, insbesondere Strafrecht, Sozial- und Familienrecht.

Anwendung einer *Routine-Activity-Perspektive* auf den Phänomenbereich der Opferwerdung älterer und pflegebedürftiger Menschen: Ein weiterer Blick soll – bevor die Darstellung sich den einzelnen Präventions- und Interventionsfeldern zuwendet – aus der Perspektive des *Routine-Activity-Ansatzes* auf grundsätzliche Möglichkeiten des Umgangs mit Viktimisierungsrisiken im Alter und bei Pflegebedürftigkeit geworfen werden. Wenn oben argumentiert wurde, dass dieser Ansatz und seine zentralen Konzepte für eine Analyse von Viktimisierungen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit nutzbar gemacht werden können, ergibt sich die Frage nach aus den theoretischen Perspektiven ableitbaren Präventions- und Interventionsansätzen. Grundlegende Handlungsansätze stellen sich wie folgt dar:

■ **Ausbau von *Guardianship-Ressourcen*:** Gerade in Bezug auf eine Population, die zu Teilen allenfalls eingeschränkt in der Lage ist, sich gegen Viktimisierungsversuche zu wehren und Risikofaktoren zu reduzieren, kommt der Kriminal- und Gewaltprävention über eine Stärkung von *Guardianship-Ressourcen* besondere Bedeutung zu. Das deutsche Betreuungsrecht (§§ 1896–1908k BGB) geht prinzipiell einen solchen Weg (wenngleich hier nicht in erster Linie der Schutz vor Straftaten bzw. vor Misshandlung oder Vernachlässigung im Zentrum steht; zum Betreuungsrecht vgl. u. a. Dodegge, 2005a; 2005b; Ganner, 2005; Henn-Baier, 2004; Hoffmann & Klie, 2004; Hoffmann & Korte, 2005; Sowarka, Petsch & Kotsch, 2001). Zugleich kann das Betreuungsrecht angesichts der Voraussetzungen, an die seine Anwendung geknüpft ist, lediglich einen beschränkten Beitrag zur Viktimisierungsprävention im Alter leisten. Betreuung setzt voraus, dass eine Person ihre Angelegenheiten nicht selbst zu regeln vermag und daher rechtliche Vertretung braucht. Dies trifft nur auf eine Minderheit älterer Menschen und auch nur auf einen Teil der Pflegebedürftigen zu. Auch dort, wo das Betreuungsrecht zur Anwendung kommt, stehen Gewaltphänomene nicht im Mittelpunkt. Der Vorbehalt vormundschaftsgerichtlicher Zustimmung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (§§ 1906 ff. BGB) kann als eine Form der Gewaltprävention verstanden werden. Die zentralen Schutzbestimmungen des § 1906 BGB beziehen sich jedoch nur auf betreute Personen, die sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhalten. Für die Pflege im privaten Wohnumfeld fehlt es bislang an einer klaren gesetzlichen Regelung (wenngleich die Rechtsprechung die Bestimmungen zum Teil analog auf häusliche Pflege anwendet). Freiheitsentziehung in familialen Pflegearrangements kann grundsätzlich nach § 239 StGB als Freiheitsberaubung bestraft werden, doch stellen sich hier Fragen im Hinblick auf die Durchsetzbarkeit wie die Angemessenheit von Maßnahmen der Strafverfolgung (vgl. zu diesem Komplex Pfeiffer, Görden & Höynck, 2006).

Guardianship kann und sollte umfassender verstanden werden als in einer solchen (notwendigerweise) sehr formalisierten und verrechtlichten Variante wie dem Betreuungs-wesen. Vor allem in den USA und in Kanada werden bereits seit der zweiten Hälfte der 70er-Jahre im Hinblick auf unterschiedliche Problemlagen älterer Menschen sogenannte *Gatekeeper-Programme* erprobt. Ihnen liegt die Überlegung zugrunde, dass viele hilfebedürftige Ältere von den üblichen Hilfeangeboten nicht unmittelbar erreicht werden, dass es aber Personengruppen gibt, die zu diesen älteren Menschen Kontakt haben und bei entsprechender Schulung dazu beitragen könnten, Krisen und Problemlagen zu erkennen und den Kontakt zu einer Hilfeeinrichtung anzubahnen (vgl. zu *Gatekeeper-Programmen* u. a. Florio, Jensen, Hendryx, Raschko & Mathieson, 1998; Jensen, 2002).

Einen in diesem Sinne sehr breiten Ansatz verfolgt etwa das Projekt Niagara Gatekeepers in der kanadischen Provinz Ontario. „To identify and help older adults with unmet needs BEFORE a serious crisis develops“ – so umschreibt die Organisation ihre zentrale Aufgabe auf ihrer Website (Niagara Gatekeepers, 2008). Angesprochen werden dort Angehörige von Berufsgruppen, die erfahrungsgemäß häufig mit älteren Menschen Kontakt haben, Indikatoren von Misshandlung, Vernachlässigung und Bedürftigkeit wahrnehmen und professionelle Hilfeeinrichtungen einschalten können. Dazu gehören nach dem Konzept der Niagara Gatekeepers auch solche „non-traditional referral sources“ wie Briefträger und Zeitungsboten, Bankangestellte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei kommunalen Versorgungseinrichtungen (Gas, Wasser etc.), im Fernmeldewesen sowie bei Feuerwehr und Rettungsdiensten.

In den USA wurden im Rahmen einer Initiative des National Center on Elder Abuse unter dem Motto „Outreach to Special Populations“ in den Bundesstaaten New York, Kalifornien, Utah und Arizona sechs Programme „Community Sentinels for Elder Abuse Prevention“ gefördert (vgl. Aravanis & Downs, 2002). In diesen Programmen wurden 1.280 Personen aus so unterschiedlichen Bereichen wie Banken, Strafverfolgung, Notfallmedizin, Feuerwehr, Mahlzeitendienste, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege, Ärztinnen und Ärzte, Post, Bewährungshilfe, Seniorenorganisationen, Frauenhäuser, Sozialarbeit und öffentlicher Verkehr zu „Community Sentinels“ geschult. Meldungen über Elder-Abuse-Fälle und Vermittlungen an Adult Protective Services nahmen zu, wo solche Sentinel-Schulungen praktiziert wurden.

- **Reduktion von „suitable victims“:** Dem *Routine-Activity-Ansatz* zufolge kann eine zweite grundsätzliche Strategie der Viktimisierungsprävention darauf abzielen, „geeignete Opfer“ so weit wie möglich „ungeeignet“ zu machen (in einem objektiven Sinne wie in der Wahrnehmung durch potenzielle Täter und Täterinnen). Eine Person, die über Handlungsweisen von Tätern im Bereich auf Hochaltrige gerichteter Vermögensdelikte gut informiert und auf mögliche Tatversuche entsprechend eingestellt und vorbereitet ist, ist eben nur noch bedingt für interessierte Täter und Täterinnen ein geeignetes Ziel. Insgesamt sind hier die Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf das dritte Lebensalter groß (und werden vor allem auf polizeilicher Seite auch bereits genutzt). Im vierten Lebensalter hingegen sinken die Aussichten, auf dem Wege von „target hardening“ oder „target removal“ erfolgreich Kriminal- und Gewaltprävention zu betreiben. Wo nicht oder kaum veränderbare Merkmale – etwa eine demenzielle Erkrankung – dafür ausschlaggebend sind, dass Personen aus der Perspektive motivierter Täter und Täterinnen zu „geeigneten Zielen“ werden, sind die diesbezüglichen – direkt an den potenziellen Opfern ansetzenden – Präventionsmöglichkeiten begrenzt.
- **Reduktion der Tatmotivation „motivierter“ oder „wahrscheinlicher Täter“ und Verhinderung des Zusammentreffens von Täter und Opfer:** Die dritte aus dem *Routine-Activity-Modell* ableitbare grundsätzliche Strategie kann darauf abzielen, aus „motivierten“ bzw. „wahrscheinlichen“ Tätern solche zu machen, deren Tatmotivation gering oder gar nicht mehr vorhanden und bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Tat oder eines Tatversuchs somit reduziert oder im Idealfall auf null abgesunken ist. Ein Ansetzen an der Motivation ist vor allem bei „prinzipiell gutwilligen“ potenziellen Tätern und Täterinnen im Hinblick auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse in der Pflege alter Menschen möglich. Wer seinen pflegebedürftigen Angehörigen nur

deshalb einsperrt, weil er sich anders nicht zu helfen weiß, wer meint, Widerstand des Pflegebedürftigen etwa gegen eine Gesichtswäsche notfalls mit körperlicher Gewalt brechen zu müssen, der wird unter Umständen dankbar sein, wenn ihm Hilfen angeboten und Alternativen zu seiner bisherigen Handlungsweise aufgezeigt werden. Bei Motivlagen, die durch das Streben nach eigenem Vorteil bzw. nach Schädigung des Pflegebedürftigen gekennzeichnet sind, kann der Weg hingegen in aller Regel nur über das Versperren bzw. Verbergen von Tatgelegenheiten oder über eine entsprechende Beeinflussung der individuellen Nutzen-Risiko-Bilanz gehen.

Vor allem in Bezug auf professionelle Pflegekräfte können „anger/aggression-management“-Trainings hilfreich sein, in denen Kompetenzen vermittelt werden, mit eigenen aggressiven Impulsen wie auch mit aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger umzugehen. Hierzu existiert inzwischen ein recht breiter Fundus an Publikationen (vgl. u. a. Beech & Leather, 2003; Brooks, Thomas & Droppleman, 1996; Farrell & Cubit, 2005; Gates, Fitzwater & Succop, 2003; Hurlebaus & Link, 1997; Irwin, 2006; Lewis, 2002; Parker, 2001; für den Bereich der familialen Pflege vgl. Poth & Steffen, 2000), die vielfach auf psychiatrische Pflege Bezug nehmen, da dort das Problem gewalttätiger Übergriffe durch Patientinnen und Patienten besondere Bedeutung hat. Im Bereich des Ärgermanagements dominieren kognitiv-behaviorale Ansätze, die (in der Tradition von Novaco, 1975) in der Regel Entspannungstechniken mit Situationsanalysen und dem Einüben alternativer Sichtweisen und Verhaltensreaktionen kombinieren. Experimentelle Befunde (Kross, Ayduk & Mischel, 2005) weisen darauf hin, dass eine Haltung gegenüber negativen Erfahrungen trainiert werden kann, welche die betroffene Person dazu bringt, sich selbst aus einer gewissen Distanz zu betrachten und den Schwerpunkt der Wahrnehmung nicht auf das belastende Geschehen als solches, sondern auf dessen Zustandekommen zu legen. Besondere Bedeutung erlangen einschlägige Trainings bei Pflegekräften insofern, als sie zugleich den Umgang mit eigenen aggressiven Impulsen als auch den mit entsprechendem Verhalten von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen optimieren können.

Wird ein Einwirken auf motivationale Faktoren für nicht aussichtsreich gehalten, kann nach Wegen gesucht werden, das raum-zeitliche Zusammentreffen motivierter bzw. wahrscheinlicher Täter mit geeigneten Opfern zu verhindern. Dies erscheint schwierig im Hinblick auf Familienangehörige als potenzielle Täter und Täterinnen, prinzipiell durchaus denkbar jedoch für die professionelle Pflege. Hier gilt es, Strategien zu einer auch im Hinblick auf Gewaltprävention verbesserten Personalselektion zu nutzen. Dies umfasst eine entsprechende Ausrichtung der Bewerberauswahl bei Pflegediensten und in stationären Einrichtungen. Grundsätzlich ist dabei z. B. an eine gezielte und verbindliche Einbeziehung von Fragestellungen zum Umgang, zu eigenen Erfahrungen und zur Sensibilität im Umgang mit pflegebezogenen Aggressionen und Viktimisierungen im Rahmen von Bewerbungen und Testverfahren zu denken (vgl. dazu Kapitel 5.4.6.4.2.1). In den USA und in Großbritannien sind Instrumente verbreitet, um Bewerberinnen und Bewerber im Hinblick auf das Vorliegen von Straftaten oder bekannt gewordene problematische Verhaltensweisen in pflegerischen Tätigkeitsfeldern zu überprüfen. Diese sind jedoch in der Praxis mit zahlreichen praktischen, rechtlichen und ethischen Schwierigkeiten behaftet.

Überprüfungen von Stellenbewerberinnen und Stellenbewerbern insbesondere im Hinblick auf strafrechtliche Vorbelastungen, sogenannte „criminal background checks“, sind mittlerweile in allen US-Bundesstaaten bei im Detail sehr unterschiedlicher Regelung und Handhabung implementiert (vgl. dazu u. a. Farnsworth & Springer, 2006; Freeman, 2003; Lewin Group, 2006; Marciano, 2001; Moskowitz, 2003; Smokler, 2002). Eine Expertise (Lewin Group, 2006) kommt zu dem Schluss, dass *Criminal Background Checks* für Arbeitgeber im Bereich der Pflege ein wichtiges Screening-Instrument bei der Personalauswahl darstellen und keine negativen Auswirkungen auf die Bewerberlage haben. In der Praxis werden allerdings erhebliche Probleme berichtet, die vor allem daraus resultieren, dass es keine verbindliche Festlegung und Eingrenzung der zu registrierenden Tatbestände gibt.⁴³⁵ Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass die zu berücksichtigenden Vergehen nicht auf tätigkeitsrelevante Bereiche bzw. auf Straftaten beschränkt werden und es auch keine zeitliche Limitierung entsprechender Vermerke in den sogenannten „criminal records“ gibt. Im Ergebnis gelten in einigen Bundesstaaten Personen, die Verstöße gegen die Verkehrsordnung oder Ordnungswidrigkeiten begangen haben als vorbelastet und können von der Aufnahme einer Beschäftigung ausgeschlossen werden. Kritiker weisen darauf hin, dass es keinerlei Regulierung im Umgang mit den entsprechenden Datensätzen gibt, sondern vielmehr ein reger kommerzieller Handel damit stattfindet und Datensätze unkontrolliert vervielfältigt werden. Vor diesem Hintergrund hat sich eine mögliche Rehabilitierung sowohl tatsächlicher als auch vermeintlicher Täter und Täterinnen durch Aktualisierung der „criminal records“ auch in Fällen gerichtlich festgestellter Falschvermerke bzw. angeordneter Datenlöschungen als faktisch unmöglich erwiesen (vgl. Liptak, 2006).⁴³⁶

Im Jahr 2004 wurde in Großbritannien das sogenannte „Protection of Vulnerable Adults (POVA) Scheme“ eingeführt, eine Liste von Personen, denen die Arbeit mit „vulnerable adults“ untersagt wird, weil sie vulnerable Erwachsene geschädigt oder in Gefahr gebracht haben und daher für derartige Tätigkeiten für ungeeignet gehalten werden (vgl. Barnes, 2006, S. 5). Die Maßnahme ist Teil des im Sommer 2000 verabschiedeten „Care Standards Act 2000“, der umfassende Neuregelungen zur Überwachung und Sicherstellung von Pflegequalität geschaffen hat. Demnach ist ein „vulnerable adult“ jeder Erwachsene, der in einer stationären Pflegeeinrichtung oder durch einen ambulanten Dienst gepflegt wird. Im Unterschied zu den allgemeinen

⁴³⁵ So nutzen nur einige Bundesstaaten FBI-Daten, während die Mehrheit lediglich auf der Basis im jeweiligen Staat verfügbarer Informationen prüft (vgl. Smokler, 2002).

⁴³⁶ Teilweise wurden – so in Pennsylvania – Regelungen, welche es Pflegeeinrichtungen untersagten, strafrechtlich vorbelastete Pflegekräfte zu beschäftigen, für nicht verfassungskonform erklärt (Pennsylvania Legal Services, 2004). In der Entscheidung aus Pennsylvania wurde darauf verwiesen, dass durch eine Regelung, welche den Kanon zu berücksichtigender Delikte sehr breit und den in Betracht zu ziehenden Zeitraum sehr lang fasse, selbst hervorragenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, von denen keine Gefahr ausgehe, die Arbeit in der Pflege verwehrt bleibe.

„criminal background checks“ bezieht sich die britische POVA-Liste auf pflegerelevante Tatbestände, weist aber Evaluationsergebnissen zufolge im Hinblick auf die Validität und Aussagekraft entsprechender Eintragungen erhebliche Schwierigkeiten auf.⁴³⁷

Neben den in der Praxis deutlich werdenden praktischen Umsetzungsschwierigkeiten solcher Instrumente und schwerwiegenden Bedenken hinsichtlich Datenschutz und Datenqualität stellt sich die generelle Frage, inwiefern sie überhaupt Wirksamkeit im Hinblick auf einen verbesserten Schutz pflegebedürftiger bzw. vulnerabler Menschen entfalten können. Nach Ansicht von Kritikern handelt sich um einen eher individualistischen Ansatz, der auf das Eliminieren einzelner „Fehlerträger“ abzielt und Systemgesichtspunkte außen vor lässt. Die Erfahrungen insbesondere mit der britischen POVA-Liste deuten darauf hin, dass ca. 90% der Verhaltensweisen, auf welche die Meldungen sich beziehen, nicht durch eine Schädigungsintention gekennzeichnet, sondern im Kontext der jeweiligen Umstände zu deuten sind. Bei den anderen 10% handelt es sich um schwerwiegende Taten sexuellen Missbrauchs und um finanzielle Ausbeutung, die allerdings auch polizeilich und justiziell verfolgt und geahndet wurden. Es deutet sich an, dass das Sperren einzelner Personen demnach allein im Hinblick auf die Verhinderung von Wiederholungstaten von Tätern und Täterinnen, die den Pflegeberuf als Möglichkeit der Tatbegehung gezielt ansteuern bzw. ausüben, relevant sein kann. Grundsätzlich ist auf die Gefahr hinzuweisen, dass solche Verfahren eine technisch garantierte Sicherheit suggerieren und dabei andere Ansätze der Prävention und Intervention verdrängen können.

7.2 Kriminalitätsgefährdungen im Alter: Perspektiven der Prävention und Opferhilfe

Im Folgenden werden nun die zentralen im Rahmen der Studie analysierten Bereiche objektiver und subjektiver Sicherheit bzw. Gefährdung im Hinblick auf den dort offenbar gewordenen Handlungsbedarf und die sich anbietenden Handlungsoptionen beleuchtet.

⁴³⁷ Bestandteil der Durchsetzung dieser Maßnahme sind neben Auskünften des „Criminal Records Bureau“ zum einen die für Arbeitgeber verpflichtenden Meldungen entsprechender Vorfälle von Fehlverhalten bzw. Tätern und Täterinnen an die örtlichen POVA-Teams sowie die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Überprüfung entsprechender Eintragungen von Bewerbern/Bewerberinnen in der – vom „Care Standards Tribunal“ abschließend geprüften – Liste. Eine vom Gesundheitsministerium beauftragte Evaluation, deren Ergebnisse seit Sommer 2008 vorliegen, zeigt, dass es seit Einführung der POVA-Liste in lediglich 10% der zunächst provisorisch von den örtlichen POVA-Teams gemeldeten Fälle nach einer eingehenden Überprüfung durch das „Care Standards Tribunal“ zu einem dauerhaften Eintrag in die POVA-Liste und einer entsprechenden Sperrung potenzieller Bewerber/Bewerberinnen gekommen ist. Diese 10% sind zumeist Fälle sexuellen Missbrauchs oder finanzieller Ausbeutung, in denen auch Strafverfahren eingeleitet wurden. Meldungen durch Arbeitgeber wurden nach Erkenntnissen der britischen Studie möglicherweise auch nach sachfremden Gesichtspunkten (z. B. der ethnischen Zugehörigkeit der Beschäftigten) vorgenommen (vgl. Stevens, Hussein, Martineau, Harris, Rapaport & Manthorpe, 2008). Vor diesem Hintergrund wurde nun u. a. die sogenannte „provisional list“ abgeschafft, die bis zur Überprüfung eines Falles 9 Monate lang eine Beschäftigungsaufnahme untersagt hatte. Für Personen, die einen geprüften Eintrag auf der POVA-Liste aufweisen, stellt bereits der Versuch der Arbeitsaufnahme in einer Pflegeeinrichtung eine Straftat dar (vgl. Department of Health, 2004). Derzeit (2008) wird POVA zusammen mit der „POCAList“ (Protection of Children) in das sogenannte „Vetting and Barring Scheme“ überführt, welches von der neu geschaffenen „Independent Safeguarding Authority“ betrieben wird (zu POVA vgl. auch Manthorpe & Stevens, 2006; Rapaport, Stevens, Manthorpe, Hussein, Harris & Martineau, 2008; Stevens & Manthorpe, 2007; Stevens, Manthorpe, Hussein, Martineau, Rapaport & Harris, 2008).

Wie bei der Analyse von Viktimisierungsrisiken sind auch bei der Ausgestaltung von Maßnahmen und Hilfeangeboten Differenzierungen zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter in hohem Maße erforderlich. Die Studie hat gezeigt, dass das dritte Lebensalter eine im Vergleich zu anderen Abschnitten des Erwachsenenalters im Hinblick auf objektive wie subjektive Sicherheitsbelange relativ gefahrenarme Zone darstellt. PKS-Daten zufolge liegen die polizeilich registrierten Opferwerdungsrisiken von Menschen jenseits des 60. Lebensjahres in vielen Bereichen der Gewaltkriminalität sogar unter denen von Kindern. Opfer wie Täter polizeilich registrierter Kriminalität finden sich vor allem unter Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen – und hier vor allem bei den Männern.

Hell- wie Dunkelfelddaten zufolge gibt es gleichwohl – dies zeigt die Studie – einige Kriminalitätsbereiche, in denen entgegen dem allgemeinen Trend kein Absinken des Risikos im höheren Lebensalter, sondern teilweise ein Anstieg zu verzeichnen ist. Dies betrifft insbesondere Eigentums- und Vermögensdelikte sowie Raubstraftaten, bei denen Täter und Täterinnen gezielt ältere, oftmals hochaltrige Menschen als Opfer auswählen. Hinweise auf im Alter möglicherweise ansteigende Risiken gibt es auch im Bereich der Tötungsdelikte. Hier bedürfte es einer weiteren Aufklärung der bislang primär PKS-gestützten Befunde durch ergänzende Studien.⁴³⁸ Zudem, auch das hat die Studie dargelegt, ist die Erkenntnislage in Bezug auf das vierte Lebensalter unbefriedigend. Da Morbidität und Pflegebedürftigkeit tendenziell mit erhöhter Vulnerabilität der Person gegenüber etwaigen Viktimisierungsversuchen, reduzierter Anzeigefähigkeit sowie einer stark verminderten Wahrscheinlichkeit der Einbeziehung in sozialwissenschaftliche Viktimisierungsbefragungen einhergehen, ist davon auszugehen, dass sowohl die Polizeiliche Kriminalstatistik als auch einschlägige Befragungstudien die realen Viktimisierungsrisiken in dieser Lebensphase nicht adäquat abbilden. Insofern besteht hier nicht nur Handlungs-, sondern auch weiterer Forschungsbedarf. Eine sich weiterentwickelnde „Viktimologie des vierten Lebensalters“ wird notwendigerweise ein multimethodal, multiperspektivisch und interdisziplinär ausgerichteter Forschungszweig sein, der sich keinesfalls alleine (oder auch nur in der Hauptsache) auf standardisierte Viktimisierungsbefragungen wird stützen können.

Die festgestellte insgesamt im Vergleich zu anderen Lebensabschnitten derzeit eher undramatische Sicherheitslage im „dritten Lebensalter“ bedeutet in mehrfacher Hinsicht nicht, dass auf spezifische kriminalpräventive Maßnahmen für diese Population verzichtet werden kann.⁴³⁹

438 Hier sind gemeinsame Studien von Kriminologen und forensischen Medizinern vonnöten, um das schwer zugängliche Feld der Tötungsdelikte im Alter und bei Pflegebedürftigkeit zu beleuchten. Vermutungen hinsichtlich eines großen Dunkelfeldes im Bereich der Tötungsdelikte an älteren Menschen stützen sich unter anderem auf immer wieder bekannt werdende Fälle serienhafter Tötungsdelikte mit zum Teil langen Tatzeiträumen sowie auf das Deliktsfeld charakterisierende Merkmale, welche die Tatbegehung erleichtern und die Tatentdeckung erschweren (u.a. Verfügbarkeit schwer nachweisbarer Tatmittel und Tötungsmethoden, Möglichkeit des Handelns aus einer beruflich oder privat begründeten Vertrauensbeziehung heraus, Schwierigkeit der Unterscheidung von Krankheits- und Tatfolgen, geringe Obduktionsfrequenz und andere eine Tatentdeckung erschwerende Merkmale der Todesursachenfeststellung).

439 So auch die Einschätzung eines aktuellen Reviews von Bachman & Meloy (2008, S. 186): „Although elderly citizens generally have a much lower rate of victimization for virtually all types of crimes compared to their younger counterparts, the unique characteristics of their victimization and its aftermath illuminate the urgent need for informed prevention strategies.“

- I Zunächst einmal leitet sich Handlungsbedarf zwar auch, aber bei Weitem nicht nur aus Verbreitung und Auftretenshäufigkeit eines gesellschaftlichen Problems ab. Zu den Merkmalen, die Handlungsbedarf signalisieren, gehören auch die Schwere einschlägiger Vorkommnisse und ihrer Folgen für die Betroffenen, die Möglichkeiten von Opfern, sich eigenverantwortlich vor derartigen Erfahrungen zu schützen sowie die bislang verfügbaren Hilfen und Präventionsansätze.
- I Eine insgesamt geringe Kriminalitätsgefährdung schließt nicht aus, dass es Teilpopulationen und Kriminalitäts-/Gewaltbereiche gibt, in denen eine erhöhte Gefährdung besteht. Wie oben dargestellt, weisen ältere Menschen in einigen Kriminalitätsfeldern eine spezifisch erhöhte Gefährdung auf; dementsprechend gilt es, Ressourcen im Bereich der Kriminalprävention auf diese Bereiche zu konzentrieren.
- I Schließlich sind die bislang unter den Aspekten der Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen, der Fähigkeit zur Anzeigeerstattung und Mobilisierung von Hilfsressourcen sowie der Erreichbarkeit für sozialwissenschaftliche Studien diskutierten Merkmale von Hochaltrigkeit auch für einen weiteren Bereich bedeutsam, nämlich für die Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit durch Maßnahmen primärer Kriminalitäts- und Gewaltprävention. Unter diesem Gesichtspunkt gewinnt das „junge Alter“ an Bedeutung als eine Lebensphase, in der Menschen zwar – zumindest als Gruppe – wenig gefährdet sind, in der jedoch Maßnahmen und Angebote, welche auf spezifische Gefährdungen unter den Bedingungen von Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sind, unter vergleichsweise günstigen Voraussetzungen bekannt gemacht, vorbereitet und eingeleitet werden können.⁴⁴⁰

Für den Bereich der allgemeinen⁴⁴¹ Kriminalitäts- und Gewaltprävention im höheren Lebensalter und für entsprechende Maßnahmen der Opferhilfe empfehlen sich Maßnahmen in folgenden Feldern:

- I *Fortführung der bereits bisher vielfältigen polizeilichen Präventionsarbeit in Bezug auf Sicherheitsverhalten im höheren Lebensalter:* Die Schwerpunkte liegen dort auf verschiedenen Formen der Eigentums- und Vermögenskriminalität sowie auf Raubstraf-taten. Polizeiliche Präventionsarbeit in diesem Bereich zeichnet sich insgesamt durch eine sachliche, die Gefahren aufzeigende, zugleich jedoch entdramatisierende Her-rangehensweise aus. Neben Informationsmaterialien⁴⁴² sind hier vor allem einschlägige Informationsveranstaltungen sowie individuelle Beratungsleistungen zu nennen (sowohl unmittelbar durch Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte als auch durch speziell geschulte Ehrenamtliche, die inzwischen in vielen Bundesländern unter Bezeichnungen wie „Sicherheitsberater für Senioren“ arbeiten).⁴⁴³

440 Eine gewisse Parallele haben derartige Überlegungen in Instrumenten wie Patienten- und Betreuungsverfügungen sowie Vorsorgevollmachten. Auch die darin dokumentierten Maßnahmen werden vorsorglich für einen Zeitpunkt getroffen, zu dem die Entscheidungs- oder Handlungsfähigkeit der betroffenen Person reduziert bzw. nicht mehr vorhanden sein kann.

441 Die spezifischen Bereiche von Maßnahmen in Bezug auf häusliche Gewalt im Alter sowie auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger werden unten gesondert behandelt.

442 Die Broschüre „Der goldene Herbst“ (Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, 2006), die neben Trickdiebstahl, „Enkeltrick“ und ähnlichen Betrugsstraf-taten, Handtaschenraub und Wohnungseinbruch auch die „sensible Thematik“ (S. 37) „Gewalt in der Pflege“ thematisiert, kann als gelungenes Beispiel polizeilicher Präventionsmaterialien und als Indiz für eine thematische Öffnung über den Bereich klassisch polizeilicher Felder hinaus betrachtet werden.

443 Vgl. Anhäuser (1999), Posiege & Steinschulte-Leidig (1999); entsprechende Programme unterhalten u. a. Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen.

I *Fokussierung von Präventionsbestrebungen auf Kriminalitätsfelder, in denen ältere und hochaltrige Menschen besonderen Gefahren ausgesetzt sind:* Dies betrifft insbesondere jene Erscheinungsformen von Vermögensdelikten, bei denen Täter und Täterinnen selektiv Ältere (insbesondere alleinstehende hochaltrige Frauen) als Opfer auswählen (Betrugsdelikte nach dem Muster des „Enkeltricks“, Trickdiebstähle etc.). Hier ist – das zeigt der Umstand, dass Ältere häufig Opfer derartiger Delikte werden – weitere präventive Arbeit erforderlich. Angesichts des Umstandes, dass Täter und Täterinnen ihre Bemühungen bevorzugt auf hochaltrige Opfer in der neunten oder gar zehnten Lebensdekade richten, ist zum einen Präventionsarbeit vonnöten, die rechtzeitig ansetzt, d. h. in einem Alter, in dem zwar möglicherweise das Viktimisierungsrisiko moderat ist, zugleich aber die Erreichbarkeit für Präventionsmaßnahmen – sei es über Presse- und andere Medienberichte, Broschüren, Veranstaltungen oder Beratungsgespräche – in höherem Maße gegeben ist als in einer späteren Phase. Zum anderen erscheint es sinnvoll, Präventionsmaßnahmen nicht nur an die potenziellen älteren Opfer zu adressieren, sondern Personen und Institutionen einzubeziehen, welche – im Sinne des Routine-Activity-Ansatzes – als „capable guardians“ fungieren können. Dies betrifft einerseits die erwachsene Allgemeinbevölkerung insgesamt – als Angehörige, Freunde, Nachbarn älterer Menschen –, andererseits Berufsgruppen und Institutionen, die im Hinblick auf derartige Delikte in besonderem Maße „Wächter“ und „Beschützer“ sein können. Hierzu gehören in erster Linie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Banken und Geldinstituten. Insbesondere beim „Enkeltrick“ geben sich die Täter und Täterinnen in der Regel nicht mit Geldforderungen zufrieden, welchen die Opfer bereits unter Rückgriff auf im Haus aufbewahrte Bargeldbestände entsprechen könnten. Vielfach werden größere Sparguthaben angegriffen, sodass es zu einem direkten Kontakt zwischen dem Opfer und einem Mitarbeiter der Bank kommt. Die zum „Enkeltrick“ vorliegenden Informationen lassen vermuten, dass Bankmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zwar grundsätzlich Kenntnis von der Existenz derartiger Tatbegehungsweisen haben, dass es ihnen aber teilweise noch an Kompetenzen mangelt, die Interaktion mit Kundinnen und Kunden so zu strukturieren, dass Chancen für eine rechtzeitige Entdeckung und Abwendung eines Viktimisierungsversuches eröffnet werden.⁴⁴⁴ Entsprechende Schulungen und Trainings sollten darauf abzielen, die Wachsamkeit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im Hinblick auf das Registrieren von Verdachtsmomenten zu erhöhen, die Verantwortlichkeit der Bankmitarbeiter/-mitarbeiterinnen als gatekeeper für das Abwenden von Vermögensdelikten bei vulnerablen Kunden-/Kundinnengruppen zu stärken und schließlich die erforderlichen fachlichen und kommunikativen Kompetenzen im Umgang mit Kunden/Kundinnen bei Verdachtsfällen zu vermitteln; dies betrifft insbesondere auch den Umgang mit möglichen Zweifeln der Kunden/Kundinnen an der Berechtigung des Verdachts.

444 So wurde im Rahmen der Aktenanalyse zu täuschungsbasierten Eigentums- und Vermögensdelikten ein Fall des Enkeltricks bekannt, bei dem der Mitarbeiter einer Bank offensichtlich den starken Verdacht hegte, dass die ältere Kundin einem Betrugsversuch ausgesetzt war, letztlich aber eine gravierende materielle Schädigung nicht verhindern konnte. Dem Mitarbeiter der Bank, der sich sogar weigerte, der Kundin den gewünschten Betrag auszuzahlen, gelang es nicht, die von der Täterin aufgebaute Täuschung zu erschüttern. Die ältere Kundin händigte der vermeintlichen Verwandten (bzw. deren vermeintlicher Freundin) schließlich – als Ersatz für das nicht verfügbare Bargeld – Schmuck und Wertgegenstände aus. Der Bankmitarbeiter hatte die Kundin gefragt, ob sie denn „sicher sei“, dass es sich bei der Anruferin um eine Verwandte handele. Dies erzielte nicht den erwünschten Effekt, da die Kundin sich „sicher war“, denn nur unter dieser Prämisse hatte sie überhaupt die Bank aufgesucht. Hier wären möglicherweise Strategien erfolgversprechender gewesen, die an für einschlägige Delikte charakteristischen Erkennungszeichen (insbesondere dem den „Enkeltrick“ typischerweise einleitenden „Ratespiel“ des Täters hinsichtlich seiner Identität) angesetzt hätten.

■ *Frühzeitige Konzentration von Präventionsbestrebungen auf Kriminalitätsbereiche, in denen künftig von einer zunehmenden Gefährdung Älterer auszugehen ist:* Tatbegehungsweisen von Tätern sind Wandlungen und „Moden“ unterworfen. „Motivierete Täter“ im Sinne des Routine-Activity-Ansatzes agieren vor dem Hintergrund der wahrgenommenen Eignung von Opfern und Beuteobjekten. Hier spielen technologische Veränderungen (z. B. Internet als neues Tatmedium), Veränderungen in Lebensstil und Konsumgewohnheiten sowie Veränderungen im Bereich der formellen wie informellen Kriminalitätskontrolle eine Rolle. Wird der Blick auf Entwicklungen in anderen Ländern, insbesondere den Vereinigten Staaten, gerichtet, so erscheint es plausibel, dass betrügerische Delikte, die scheinbar oder tatsächlich an Verkaufstransaktionen gekoppelt sind, künftig verstärkt Bedeutung erlangen werden.

In den Vereinigten Staaten sind Delikte, bei denen über das Telefon oder andere Medien in betrügerischer Absicht Waren oder Dienstleistungen in Aussicht gestellt werden (sogenanntes *Telemarketing Fraud*), seit Langem Gegenstand öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussion. Aziz, Bolick, Kleinman & Shadel (2000) schätzten, dass bis zu 10% aller in den Vereinigten Staaten tätigen Telemarketing-Unternehmen (Firmen, die Konsumentenkontakte über das Telefon betreiben und Verkäufe über dieses Medium abwickeln) betrügerische Geschäfte betreiben. Das FBI veranschlagte die tägliche Zahl einschlägiger Delikte in den USA auf 14.000 (National Fraud Information Center, 2002b). *Telemarketing Fraud* wird u. a. oft in Zusammenhang mit Preisausschreiben, dem Verkauf von Kreditkarten und Zeitschriften sowie der Vergabe von Krediten berichtet; es werden wertlose Produkte verkauft, drastisch überhöhte Preise verlangt, den Opfern erhöhte Gewinnchancen bei Preisausschreiben im Falle des Kaufs eines Produkts vorgetäuscht. Der jährliche Schaden in den USA wurde bereits Ende der 1990er-Jahre auf 40 Milliarden Dollar geschätzt (Anders, 1999). Das National Fraud Information Center (2002a) schätzt auf der Basis dort bekannt gewordener Beschwerden den Anteil von Opfern ab 60 Jahren in den USA auf 26% aller Betroffenen.⁴⁴⁵

Das im Jahre 1998 in den USA begründete, in Los Angeles angesiedelte *National Telemarketing Victim Call Center* (NTVCC) wurde mithilfe von WISE Senior Services (einer wohlthätigen Altenhilfeorganisation in Kalifornien), des Federal Bureau of Investigation sowie von AT&T Wireless ins Leben gerufen. Geschulte Ehrenamtliche nehmen telefonisch Kontakt mit von *telemarketing fraud* betroffenen oder bedrohten Personen

⁴⁴⁵ Reiboldt & Vogel (2001) fanden in einer Self-Report-Studie in einer „gated senior community“ in Kalifornien einen Opferanteil in der Größenordnung von 10% der Befragten. Eine Befragung von 745 Telemarketing-Opfern ab 50 Jahren (American Association of Retired Persons & Princeton Survey Research Associates, 1996; vgl. auch Lee & Geistfeld, 1999; Moore & Lee, 2000) kam zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen mehrheitlich relativ wohlhabend und gebildet waren; der Anteil der Männer unter den Opfern war mit 52% höher als in der Allgemeinbevölkerung ab 50 Jahren (45%). Auch Alves & Wilson (2008) berichten, dass überproportional ältere – meist alleinlebende – Männer Opfer derartiger Delikte werden; sie stellen einen Zusammenhang her zwischen sozialer Isolation und der Anfälligkeit für entsprechende Viktimisierungsversuche. Lee & Geistfeld (1999) fanden, dass Opfer von den infrage stehenden Firmen oftmals wieder und wieder angerufen und zum Kauf eines Produkts animiert werden, bis sie schließlich in die vorgeschlagene Transaktion einwilligen. Soziale Isolation erwies sich hier als ein Risikofaktor für die Bereitschaft, in betrügerischer Absicht handelnden Anrufern Gehör zu schenken. Viele Menschen werden wiederholt Opfer solcher Verkaufspraktiken. Aziz et al. (2000) und Nerenberg (1999, S. 8) berichten, dass Adressen „erfolgreich viktimisierter“ Personen in einschlägigen Kreisen für bis zu 200 \$ gehandelt werden. Viele Opfer betrügerischer telefongestützter Verkaufspraktiken fühlten sich unfair behandelt, nahmen aber nicht wahr, dass ihnen kriminelles Unrecht widerfahren ist. Shover & Coffey (2002) führten halb strukturierte Interviews mit 47 *Telemarketing-Fraud*-Tätern. Sie kommen u. a. zu dem Ergebnis, dass die meisten der – in der Regel anderweitig kaum strafrechtlich in Erscheinung getretenen – Täter ihr Verhalten nicht als vorwerfbar und sich dementsprechend nicht als Straftäter sehen. In den Biografien der Täter häufen sich Hinweise auf einen aufwendigen konsumorientierten Lebensstil, Suchtmittelgebrauch und Glücksspiel.

auf, weisen sie auf Warnsignale hin, informieren über potenzielle Folgen und über Hilfemöglichkeiten. Bei der Auswahl der kontaktierten Personen spielen beim FBI verfügbare Adressenlisten von Opfern, die bei einschlägig in Erscheinung getretenen Straftätern gefunden wurden, eine zentrale Rolle. Im ersten Betriebsjahr des NTVCC wurden auf diese Weise in den gesamten USA annähernd 20.000 Personen erreicht. Aziz et al. (2000) bewerten NTVCC als ein gelungenes Beispiel der Kriminalprävention durch gemeinsames Vorgehen einer Wohltätigkeitsorganisation, eines Wirtschaftsunternehmens und einer Strafverfolgungsbehörde. Inzwischen nennt sich die Einrichtung nur noch *Telemarketing Victim Call Center*. Kleinman (2006) berichtet, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchschnittlich 530 Anrufe pro Tag tätigen.

Phänomenologisch eng mit derartigen Delikten verknüpft gibt es gezielt an Ältere gerichtete Handlungen, die in einer „Grauzone“ zwischen bloßer psychologischer Beeinflussung von Kundinnen und Kunden und manifest deliktischem Handeln liegen. So berichtet Schwind (2007) über tendenziell betrügerische Elemente bei sogenannten „Kaffeefahrten“, deren Grundprinzip darin besteht, Senioren und Seniorinnen in eine Situation bringen, in der sie schließlich Waren zu stark überhöhten Preisen kaufen. Als Mittel dazu beschreibt er den Abbau von Distanz, etwa durch das Zeigen von Familienfotos, den Verweis auf die seitens des Veranstalters bereits erbrachten „großzügigen“ Vorleistungen und damit einhergehende Reziprozitätsverpflichtungen der Kundinnen und Kunden sowie auf die Knappheit der Produkte und die zeitliche Beschränkung des Angebots, das Erzeugen von Ängsten (etwa vor drohenden gesundheitlichen Schäden, wenn ein Produkt nicht erworben wird) und den Einsatz von „Eisbrechern“ (getarnten Helfern des Verkäufers), welche Waren erwerben und dadurch andere zum Kauf animieren.⁴⁴⁶

⁴⁴⁶ Ein Fernsehmagazin berichtet über eine von Ordnungsamt und Kriminalpolizei unterbrochene „Kaffeefahrt“, in deren Vorfeld eine angebliche „Insolvenzverwaltung Hessen“ Bürgerinnen und Bürgern per Einladungsschreiben 298 € aus einer früheren Geschäftsbeziehung zusagte, die Teilnahme an einer Busreise aber zur Vorbedingung machte. Die Auszahlung des Betrags war natürlich nicht vorgesehen, und die Fahrt entpuppte sich als reine Verkaufsveranstaltung mit überteuerten Produkten von zweifelhaftem Nutzen und Gebrauchswert (Kaffeefahrt-Abzocke! Wie die Polizei gegen die neuste Masche vorgeht, 2004).

Ein weiterer Bereich betrügerischer Delikte oder mindestens unseriöser Geschäftspraktiken sind sogenannte Gewinnmitteilungen, die lediglich ein Vorwand sind, um Kunden in Verkaufsveranstaltungen zu locken. Die Verbraucherzentralen – so etwa die Verbraucherzentrale Hamburg (2008) – stellen inzwischen zum Teil Listen unseriös agierender Firmen bereit. Die Materialien der Verbraucherzentrale Hamburg enthalten über solche Auflistungen hinaus detaillierte Begründungen für die Einstufung als unseriös. So werden dort etwa genannt:⁴⁴⁷

- | Verschleiern der Identität des Anbieters; Angabe des Firmensitzes über reine „Briefkasten“-Adressen im Ausland oder nur über ein Postfach
- | Wahrheitswidrige Behauptungen über den Charakter des Unternehmens
- | Vortäuschen eines „amtlichen“ Hintergrunds durch die Absenderangabe (z. B. „Allgemeine Renten-Versicherung (aRV)“)
- | Auftreten in Insolvenz oder bereits in Liquidation befindlicher Firmen
- | Ausschütten wertloser „Pseudo-Gewinne“ (z. B. die kostenlose Teilnahme an einem Gewinnspiel)
- | Einfordern von – teils beträchtlichen – Vorableistungen, um den angeblichen Gewinn einlösen zu können
- | Erheben von „Bearbeitungsgebühren“ in Zusammenhang mit dem Einlösen des vorgelieblichen Gewinns
- | Gewinnmitteilung als Vorwand, um Empfänger zu einer Verkaufsveranstaltung zu locken
- | Koppelung von Gewinnannahme und Erfordernis einer Warenbestellung
- | Mitteilung über Reisegewinn umfasst nicht alle Reiseleistungen, sodass bei Inanspruchnahme beträchtliche Zuzahlungen anfallen

⁴⁴⁷ Erfahrungsberichte von Geschädigten und Zeuginnen und Zeugen runden das Bild ab und machen die Einstufung der genannten Firmen in hohem Maße anschaulich. So berichtet etwa ein Mann über seine Teilnahme an einer Werbeverkaufsveranstaltung mit 18 Teilnehmern/Teilnehmerinnen: Die als Preise versprochenen Lebensmittel seien unter Berufung auf das warme Wetter und die Gefahr einer Lebensmittelvergiftung nicht ausgehändigt worden. Ziel der Veranstaltung sei es gewesen, „den Anwesenden ein Produkt zu verkaufen“, welches „angeblich den Krebs verhindern, den Blutzucker senken (um 91%), Sodbrennen vermindern (um 81,5%), Herzklopfen vermindern (75,7%), Übergewicht senken (91,0%), Prostataprobleme sehr stark vermindern (um 70,3%), Herzrhythmusstörungen sehr stark vermindern und somit den Infarkt fast ausschließen (62,2%)“ solle. Ärzte – so die weitere Argumentation der Täter – würden das Produkt nicht verbreiten, da ihnen ob seiner heilsamen Wirkungen ansonsten die Patienten abhandeln kämen. Nach Angaben des Berichterstatters kauften neun der von ihm als „alte Leute“ und „sozial schwache Personen“ charakterisierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Produkt zu einem angeblichen Sonderpreis von je 1.198 €. Eine Frau berichtet über eine andere Veranstaltung: „Noch nie habe ich eine derart menschenverachtende Werbeveranstaltung erlebt: Am 27.04. wurden nach einem 2-stündigen Suggestionvortrag, den ein geschulter Agitator hielt, die sog. ‚Vital-Therm‘-Decken vorgestellt. Geradezu infam war das Großdä von Alzheimerpatienten, das vermitteln sollte: Wenn Sie diese Decke nicht erwerben, wird es Ihnen so ergehen. Das (Gott sei Dank) spärliche Publikum wurde permanent als debil hingestellt. Die angebotene Werbefahrt nach Worpsswede bestand in einem ½-stündigen Spaziergang dort.“

- | Aufforderung zur Nutzung kostenintensiver Servicenummern, um Näheres über den Gewinn zu erfahren

- | Erwecken des Eindrucks, der Empfänger habe einen hohen Geldbetrag gewonnen, während kaum leserlich zahlreiche Bedingungen und Einschränkungen genannt werden, die den Gewinn letztlich ausschließen

Insgesamt handelt es sich hier um ein Deliktsfeld, das unter anderem dadurch charakterisiert ist, dass die Taten vielfach in einem Graubereich von geschäftlichem Handeln und krimineller Aktivität angesiedelt sind und systematisch, organisiert, professionell und in großer Zahl begangen werden. Die „Angebote“ sind dabei vielfach insbesondere auf ältere Menschen ausgerichtet. Hier hoffen die Täter und Täterinnen, auf eine für sie günstige Merkmalskombination zu treffen.⁴⁴⁸ Angesichts rascher Veränderungen im Bereich der Kommunikationstechnologie sowie im Nutzerverhalten ist davon auszugehen, dass sich dieser Bereich der besonders auf ältere Menschen ausgerichteten betrügerischen oder doch wenigstens grob unseriösen Geschäftspraktiken künftig verändern wird. Insbesondere muss davon ausgegangen werden, dass in der kommenden älteren Generation nicht nur die Nutzung des Internets, sondern auch über dieses Medium angebahnte und abgewickelte Betrugsdelikte an Älteren stark zunehmen werden.⁴⁴⁹ Im Hinblick auf Prävention und Kontrolle ist in diesem Deliktsfeld in besonderem Maße intensive Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden, Ordnungsbehörden und Verbraucherschutzeinrichtungen erforderlich.

Insgesamt ergibt sich für den Bereich der Kriminalitätsgefährdung im Alter somit Handlungsbedarf, der selektiv auf aktuelle und mögliche zukünftige Gefahrenzonen ausgerichtet ist. Dies betrifft insbesondere jene Kriminalitätsfelder, in denen Täter und Täterinnen – zum Teil in organisierter und geschäftsmäßiger Weise – gezielt ältere und hochaltrige Menschen als Opfer auswählen und ansteuern. Prävention in diesem Bereich sollte auch – soweit sie sich direkt an die potenziellen Opfer richtet – biografisch frühzeitig, jedenfalls vor dem Erreichen des hohen Alters einsetzen, um Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit zu gewährleisten. Prävention bedarf der Einbeziehung von Personen und Institutionen, die im Hinblick auf Gefährdungen Älterer *Guardian*-Funktionen übernehmen können. Sie sollte neben Kriminalität im engeren Sinne auch systematisch auf Ältere ausgerichtete unseriöse Geschäftspraktiken in den Blick nehmen. Als Akteure kommen hier neben der Polizei vor allem Ordnungsbehörden und Verbraucherschutzeinrichtungen in Betracht.

448 Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen, Verfügbarkeit von Zeit, um überhaupt an den teilweise sehr langwierigen Verkaufsveranstaltungen teilnehmen zu können, Beeinflussbarkeit, niedriger Grad der Informiertheit, besonderes Interesse an den vielfach als geradezu wundertätig angebotenen Gesundheitsprodukten, geringe Beschwerdemacht etc.

449 Zur Internetnutzung im Alter und zu den Perspektiven der sogenannten *digital divide* vgl. u. a. Dunning (2008), Leavengood (2001), Loges & Jung (2001).

7.3 Subjektive Sicherheit im Alter: Handlungsbedarf und Handlungsoptionen

Die vorliegende Studie hat – in Übereinstimmung mit der neueren internationalen Forschung und auch mit der KFN-Opferbefragung des Jahres 1992 (Wetzels, Greve, Mecklenburg, Bilsky & Pfeiffer, 1995) – deutlich gemacht, dass von einem Kriminalitäts-Furcht-Paradoxon im Alter nicht die Rede sein kann. Kriminalitätswahrnehmungen, kriminalitätsbezogene Befürchtungen und Risikoabschätzungen im höheren Lebensalter sind vielmehr in mancher Hinsicht durch ein hohes Maß an Realismus und Nüchternheit gekennzeichnet. Die bundesweite Viktimisierungsbefragung hat gezeigt, dass Befragte jenseits des 60. Lebensjahres keine generell erhöhte Risikowahrnehmung haben und dass in jenen Segmenten, in denen entgegen dem allgemeinen Trend die diesbezüglichen Schätzungen der Älteren etwas höher liegen – Stichwort Handtaschenraub – die erhöhte Besorgnis eine Entsprechung in Hell- wie Dunkelfelddaten zur Kriminalitätsgefährdung hat. Ältere Menschen zeichnen sich hingegen durch ein besonderes Maß an Vorsichts- und Vermeideverhalten aus. Wird diese Vorsicht mit Furcht gleichgesetzt (oder wird in sozialwissenschaftlichen Studien Furcht in einer Weise operationalisiert, welche vor allem Aspekte von Vorsichts- und Vermeideverhalten erfasst), kann der Eindruck entstehen, ältere Menschen seien irrational furchtsam, während tatsächlich die vorliegenden Daten dafür sprechen, dass sie durch vorsichtiges Verhalten ihr Viktimisierungsrisiko reduzieren.⁴⁵⁰ Grundsätzlich ist dabei zu berücksichtigen, welche Art von Vermeidungsstrategien gewählt werden. Insbesondere aus dem Bereich der Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungstrainings für Frauen, behinderte oder auch ältere Menschen wird darauf hingewiesen, dass ausweichendes Verhalten (z. B. im Dunkeln die Straße wechseln, um einem Fremden auszuweichen) sowohl für den motivierten Täter als auch reflexiv für das potenzielle Opfer die Annahme des eigenen „Opferstatus“ markieren kann, wodurch die Gefahr der Opferwerdung erhöht und zugleich das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, sich zu wehren, herabgesetzt würde (vgl. z. B. Graff 2005).

Bei der Interpretation oben genannter Befunde muss berücksichtigt werden, dass auch diese Daten vorwiegend einer „Kriminalitätsfurchtforschung des dritten Lebensalters“ entstammen, dass über entsprechende Befürchtungen im hohen Alter und erst recht bei pflegebedürftigen Menschen kaum belastbare Daten vorliegen. Empirische Befunde über den relativen Stellenwert kriminalitätsbezogener Besorgnisse und Befürchtungen gegenüber anderen alltäglichen Problemen lassen allerdings vermuten, dass in einer Lebensphase, in der typischerweise gesundheitliche Probleme und funktionale Beeinträchtigungen stark zunehmen, das Leben sich zudem immer weniger im öffentlichen Raum abspielt, der subjektive Stellenwert von Kriminalität eher nicht wachsen wird. Gleichwohl können in manchen Pflegebeziehungen spezifische Ängste vor gewalttätiger und entwürdigender Behandlung angesichts des Wissens um eingeschränkte Möglichkeiten von Gegenwehr und Zugang zu Hilfen eine für die psychische Befindlichkeit der betroffenen Personen bedeutsame Rolle spielen. Diese Ängste lassen sich nur bedingt unter ein Konzept von „Kriminalitätsfurcht“ fassen und müssten auch im Hinblick auf daraus resultierenden Handlungsbedarf separat betrachtet werden.

⁴⁵⁰ Die „Entlarvung“ des Kriminalitäts-Furcht-Paradoxons wiederum hinterfragend, ließe sich argumentieren, dass älter werdende Menschen möglicherweise doch „zunächst“ durch ein erhöhtes Furchtniveau gekennzeichnet seien, dass aus solcher Furcht und Besorgnis das besonders intensive Vorsichts- und Vermeideverhalten resultiere, dass dieses sich dann sowohl furchtsenkend als auch das objektive Viktimisierungsrisiko vermindern auswirke und dass erst hierdurch der ursprünglich vorhandene Widerspruch zwischen hoher Furchtsamkeit und vergleichsweise geringem Risiko zum Verschwinden gebracht werde.

Im Hinblick auf den gesellschaftlichen Umgang mit kriminalitätsbezogenen Befürchtungen und Besorgnissen älterer Menschen stellt sich die Lage im Wesentlichen so dar:

- I Die bisherigen polizeilichen Aktivitäten, die auf eine Optimierung von Vorsichtsverhalten (etwa: Sicherung der Wohnung gegen Einbruch, Verzicht auf Handtaschen oder wenigstens auf das Mitführen von Bargeld und Wertgegenständen in selbigen, Misstrauen gegenüber unbekanntem oder sich merkwürdig verhaltenden Anrufern bzw. Personen, die ohne vorherige Ankündigung und ohne eindeutige Legitimation die Wohnung betreten wollen) sollten fortgeführt werden. Die – zumindest in gedruckt vorliegenden Medien – erzielte Balance zwischen Wecken des Bewusstseins für Gefahren und Vermeiden des Eindrucks allgegenwärtiger Bedrohung ist positiv zu bewerten.
- I Wie im Hinblick auf „objektive“ Kriminalitätsgefährdungen im Alter gilt es auch hier, sich auf Zonen subjektiv erhöhter Gefährdung sowie auf Personengruppen zu konzentrieren, deren Furchtsamkeit erhöht ist. Zur Identifikation solcher „Bereiche erhöhter Unsicherheit“ können unterschiedliche Quellen herangezogen werden. Polizeilicherseits bieten sich hier etwa Bürgerkontakte, die Teilnahme an Stadtteilerunden und anderen lokalen Gremien oder die Auswertung von Medienberichten und Leserbriefen an. Insbesondere kommt hier aber dem Instrument der Kriminologischen Regionalanalyse große Bedeutung zu (vgl. zu diesem Verfahren u. a. Bornwasser, 2003; Feltes, 2000; Jäger, 2006; Rütger, 2005). Im Rahmen derartiger Analysen, die als Datenbasis für Maßnahmen kommunaler Kriminalprävention von hohem Wert sind, werden typischerweise auch Bürgerbefragungen durchgeführt, die – die polizeilichen Hellfelddaten ergänzend – Erkenntnisse zum Kriminalitätsgeschehen im Dunkelfeld, aber auch zum subjektiven Sicherheits- und Unsicherheits erleben und dessen Bezugspunkten bereitstellen. Solche Befragungen können – entsprechend differenzierte Fragestellung und hinreichende Stichprobengröße vorausgesetzt – wichtige Hinweise darauf liefern, in welchen Bevölkerungsgruppen das subjektive Sicherheitsempfinden substantiell gestört ist und welche Erfahrungen und Befürchtungen diesen Störungen zugrunde liegen. Immer wieder wird dabei die Erfahrung gemacht, dass Kriminalitätsängste mit der Wahrnehmung von Störungen des sozialen Zusammenlebens in Verbindung stehen und dass Maßnahmen, welche Kommunikation und Interaktion im Wohngebiet verbessern, den sozialen Zusammenhalt und die Identifikation mit dem (räumlichen) alltäglichen Lebensumfeld stärken, letztlich auch zu einer größeren subjektiven Sicherheit beitragen.
- I Schließlich sei wenigstens am Rande bemerkt, dass im Hinblick auf Kriminalitätsfurcht im Alter eine nicht unwesentliche gesellschaftliche Aufgabe darin besteht, das erzielte Wissen über dieses Phänomen in angemessener Weise zu verbreiten. Derzeit ist das Bild irrational, jedenfalls in hohem Maße furchtsamer Seniorinnen und Senioren nicht nur in der Allgemeinbevölkerung, sondern auch unter Angehörigen einschlägiger Professionen vielfach noch fest verankert. Die – offenbar gegen Empirie weitgehend resistente – Stabilität derartiger Vorstellungen scheint in altersbezogenen Stereotypen verankert zu sein, basiert mutmaßlich auch auf eigenen Projektionen und Antizipationen kriminalitätsbezogener Wahrnehmungen und Emotionen in einer Phase nachlassender körperlicher Kraft, Schnelligkeit und Geschicklichkeit sowie erhöhter Verletzungsanfälligkeit und trägt bisweilen dazu bei, dass in wenig produktiver Wei-

se Ressourcen dazu aufgewendet werden, Seniorinnen und Senioren von einer Sichtweise abzubringen, welche sie sich – zwar möglicherweise im Einzelfall, aber nicht als gesellschaftliche Gruppe – nie zu eigen gemacht haben.⁴⁵¹

7.4 Partner- und Nahraumgewalt im Alter: Anpassungs- und Vernetzungserfordernisse der Hilfestrukturen

Das Problemfeld im Überblick: Vorliegende empirische Befunde sprechen in großer Übereinstimmung für die Annahme, dass Prävalenz und Inzidenz von Nahraumgewalt bzw. Gewalt in Partnerschaften im höheren Alter deutlich zurückgehen. 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 „chronischen Gewaltbeziehungen“ heraus nur schwer einen Weg zur Inanspruchnahme von Hilfen finden (siehe hierzu die im Schwerpunkt auf sexuelle Viktimisierungen ausgerichtete KFN-Studie; vgl. Görgen & Nägele, 2006a; Görgen, Newig, Nägele & Herbst, 2005). Auch in der vorliegenden Studie wird über eine Reihe solcher Fälle berichtet, zudem gibt es eine Reihe von Schilderungen von Viktimisierungen älterer Frauen durch erwachsene und von ihnen abhängige Söhne (vgl. Kapitel 5.4.6.3.4.3.1). Gewalt in Partnerschaften bzw. Nahraumgewalt und Pflegebedürftigkeit können gemeinsam auftreten; dabei wird auch von Konstellationen berichtet, in denen Gewalt von pflegebedürftigen Männern ausgeht.

Es gibt mannigfaltige Hinweise auf eine im höheren und hohen Alter besonders schwache Dunkelfeldausschöpfung (sowohl durch Polizei und Justiz als auch durch helfende Institutionen) im Bereich der häuslichen Gewalt. Ein hoher Anteil von unerkannt bleibenden Fällen ist einerseits vor dem Hintergrund multipler motivationaler Hemmnisse gegenüber Anzeigeerstattung 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 – darüber, dass es zu Viktimisierungen kommt und darüber, dass die Frauen es nicht geschafft haben, die Beziehung zu beenden –, die Furcht vor Repressalien seitens der gewaltausübenden Person, das Zurückschrecken vor mittel- und langfristigen „Folgekosten“ einer Anzeigeerstattung und einer Trennung vom Täter, zum Teil – bei pflege- und hilfebedürftigen Opfern – auch die Angst, die Suche nach Hilfe könnte für die betroffene Person letztlich mit dem Verlust des vertrauten Wohnumfeldes und der Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung enden. Umgekehrt kann auch die Pflegebedürftigkeit des Täters eine spezifische Bindungswirkung entfalten. Das Verbleiben in Gewaltbeziehungen ist zumindest bei Teilen der heute älteren Frauengeneration zudem vor dem Hintergrund generations- und geschlechtsspezifischer Sozialisationserfahrungen im Hinblick auf Zwangsausübung in Partnerschaften zu sehen.

⁴⁵¹ Als eines von vielen möglichen Indizien mag die Beschreibung eines aktuellen Präventionsprojektes der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Ost dienen, in der es zur Begründung der Maßnahme heißt: „Hintergrund dieses Jahresprojektes bildete neben der Straftatenentwicklung vor allem die subjektive Einstellung älterer Menschen, sehr leicht Opfer einer Straftat zu werden.“ (Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Ost, 2008, S. 382).

Im Bereich „Gewalt gegen Frauen“ arbeitende Einrichtungen sind nach vorliegenden Erkenntnissen 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. Einrichtungen der Altenhilfe verfügen dagegen häufig über wenig Wissen über die spezifischen Dynamiken von Partnergewalt.

Ausgewählte Handlungsbereiche: Auf einige Handlungsbedarfe im Hinblick auf die Problematik von Nahraumgewalt – insbesondere Gewalt in Partnerschaften – im Alter soll nachstehend detaillierter eingegangen werden. Wesentliche handlungspraktische Konsequenzen liegen in folgenden Bereichen:

- (1) Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit, die darauf abzielt, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass von Gewalt in Partnerschaften und durch nahestehende Personen auch ältere Menschen betroffen sein können
- (2) Zielgruppenspezifische Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung bei ausgewählten Berufsgruppen
- (3) Beratungs- und Hilfeangebote für ältere Opfer
- (4) Vernetzung und Optimierung bestehender, auf „Alter“ einerseits, auf „häusliche Gewalt“ andererseits bezogener Hilfestrukturen

(1) Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit: Nahraumgewalt im Alter ist ein Problemfeld, welches in der öffentlichen Wahrnehmung bislang noch kaum präsent ist. Im Bewusstsein der Opfer haben einschlägige Gewalterfahrungen – das belegen u. a. Fallberichte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Frauenhäusern, Notrufen und ähnlichen Einrichtungen in einer KFN-Studie zu sexuellen Viktimisierungen älterer Menschen (vgl. Görgen & Nägele, 2006a; Görgen, Nägele, Herbst & Newig, 2006; Görgen, Newig, Nägele & Herbst, 2005; Görgen, Herbst, Nägele, Newig, Kimmelmeier, Kotlenga, Mild, Pigors & Rabold, 2005; siehe auch Görgen & Nägele, 2003) – den Status eines individuellen Widerfahrnisses, nicht den eines sozialen Problems. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Schritt „vom individuellen Ereignis zum sozialen Problem“ vollzogen wird, hängt u. a. davon ab, ob die Zahl derjenigen, die sich als Opfer verstehen oder von anderen als Opfer verstanden werden, eine bestimmte Größenordnung überschreitet.

Deshalb sind Maßnahmen sinnvoll, die das Bewusstsein dafür schärfen, dass dieser Deliktstypus und diese Opfergruppe existieren. Es gilt, *direkt Betroffenen* zu verdeutlichen, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine dastehen und dass das, was ihnen widerfahren ist, als Gewalt und als sozial unakzeptables Verhalten zu betrachten ist, an welchem nicht sie die Schuld tragen. Personen, die Zeugen von Gewalt gegen Ältere werden oder einen entsprechenden Verdacht hegen, sollen motiviert werden, einzugreifen; dies gilt für *Zeugen*, deren Wahrnehmung auf privatem Kontakt beruht (Verwandte, Nachbarinnen etc.) ebenso wie für professionell mit Opfern befasste Personen (dazu vgl. der nächste Abschnitt zielgruppenspezifische Aufklärung).

Es gilt, einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Möglichkeit, dass auch ältere und hochbetagte Frauen von gravierenden Formen von Gewalt durch Partner und nahestehende Personen betroffen sein können, im Bewusstsein der *Allgemeinheit* verankert wird. Bislang ist davon auszugehen, dass gesellschaftliche Stereotype die Wahrnehmung der Problematik behindern und dass insbesondere Gewalt in Partnerschaften als ein im Kern auf das junge und mittlere Erwachsenenalter beschränktes Problem perzipiert wird.

Im Hinblick auf Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist vor allem an folgende Akteure zu denken:

- **Polizei:** Hier besteht die Hauptaufgabe darin, nach außen zu kommunizieren, dass ein älteres Opfer von Nahraumgewalt auf der Ebene der Polizei ernst genommen wird und Unterstützung erhält, dass man sich der Tatsache bewusst ist, dass „häusliche Gewalt“ nicht mit dem Erreichen eines bestimmten Lebensalters „von selbst“ zum Erliegen kommt.⁴⁵²
- **Frauenhäuser, Notrufe und andere Institutionen im Bereich Opferschutz/Opferhilfe:** Hier geht es zunächst und vor allem darum, deutlich zu machen, dass die Einrichtungen auch für ältere Opfer zur Verfügung stehen. Insbesondere jene Institutionen, deren Zielgruppe von Gewalt bedrohte und betroffene Frauen sind, stehen vor der Aufgabe, in ihrer Öffentlichkeitsarbeit die Zielgruppe der älteren Opfer häuslicher Gewalt verstärkt anzusprechen und ihr Angebot auf die Zielgruppe auszurichten.
- **Wissenschaft:** Erst in jüngster Zeit findet das Thema der Viktimisierung durch Partner und nahestehende Personen im Alter auch in der Wissenschaft verstärkt Beachtung. Viktimologische Forschung, welche die Opferwerdung älterer und hochbetagter Menschen als Erhebungsgegenstand einbezieht, trägt dazu bei, ein sachliches Bild dieses Deliktsfeldes zu ermöglichen.
- **Medien:** Die Medien können zu einem angemessenen Bild beitragen, indem sie deutlich machen, dass Nahraumgewalt auch im Alter und ins Alter hinein in unterschiedlichen Formen und Tatkontexten existiert und nicht auf die spezifische Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger beschränkt ist. Zugleich sollte – um falsche Wahrnehmungen und unbegründete Ängste zu vermeiden – kommuniziert werden, dass es sich dabei nach allen vorliegenden Erkenntnissen um einen Gewaltbereich handelt, von dem ältere Menschen in geringerem Maße betroffen sind als jüngere.

Fragen nach der Art (dem „Wie“) der Öffentlichkeitsarbeit stellen sich vor allem in Bezug auf die beiden erstgenannten Akteure und auf Maßnahmen, die darauf abzielen, Opfer (d. h. in aller Regel: ältere Frauen) anzusprechen. Im Hinblick auf die Polizei wie auch auf Institutionen des Opferschutzes und der Opferhilfe erscheint es ratsam, ältere Frauen über thematisch relativ breit angelegte Veranstaltungen (z. B. Vorträge, Ausstellungen) und Medien anzusprechen und die Informationen an Orten und auf Kanälen zu streuen, die von Älteren aufgesucht und genutzt werden.

⁴⁵² Winkel & Vrij (1993) kamen aufgrund einer empirischen Studie (an einem studentischen Sample) zu dem Schluss, dass die erwartete Behandlung durch die Polizei einen bedeutsamen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Anzeigeerstattung hat.

In der Gestaltung von Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit von einschlägigen Einrichtungen gilt es auch, gegen das Vorurteil anzugehen, Frauenhäuser stünden nur jüngeren Frauen mit Kindern zur Verfügung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von *Glasgow Women's Aid* betonen, dass eine partiell andere Form von Öffentlichkeitsarbeit für ältere misshandelte Frauen notwendig ist. Dabei sei es wichtig, die Botschaft zu vermitteln, dass, nur weil eine Frau schon sehr lange misshandelt wird, dies nicht so bleiben muss (Scott, McKie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004).

Grundsätzlich kommt den Akteuren der Öffentlichkeitsarbeit im Spannungsfeld zwischen übermäßiger Skandalisierung auf der einen und Ignorieren, Übersehen und Verdrängen einer Problematik auf der anderen Seite große Verantwortung zu.

(2) Zielgruppenspezifische Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung: Neben der allgemeinen Öffentlichkeit (welche die bis dahin unbekannt gebliebenen Opfer einschließt) erscheinen gezielte Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen für bestimmte (Berufs-) Gruppen sinnvoll, die mit der Thematik oder mit älteren Opfern von Partnergewalt befasst sein können bzw. häufig und regelmäßig Kontakt zu älteren Menschen haben. Zahlreiche Institutionen und Personen können in ihrer alltäglichen Arbeit mit einschlägigen Fällen konfrontiert sein, ohne dass dieses Problemfeld explizit und programmatisch zu ihrem Aufgabenbereich gehört. Es geht darum, bei Vertretern und Vertreterinnen relevanter Berufsgruppen die Sensibilität für Viktimisierungen älterer Menschen im sozialen Nahraum zu erhöhen, Kompetenzen zum Erkennen von Viktimisierungsindikatoren zu vermitteln und Wege aufzuzeigen, wie mit einem entsprechenden Verdacht zum Wohle des mutmaßlichen Opfers verantwortlich und kompetent umgegangen werden kann.

Zu den Adressaten gehören insbesondere die im Folgenden genannten Gruppen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie entweder – wie Polizei und Opferhilfe-/Opferschutzinstitutionen – im Schwerpunkt ihrer Arbeit mit Opfern von Kriminalität und Gewalt befasst sind oder – wie Ärzte/Ärztinnen, Pflegekräfte und Seelsorger – regelmäßig mit älteren Menschen Kontakt haben und für diese Älteren bedeutsame Interaktions- und Ansprechpartner/-partnerinnen darstellen. Bei Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften kommen der physische Kontakt und die damit erhöhte Chance der Entdeckung (körperlicher) Gewaltsymptome hinzu. Porter & Lanes (2000) bezeichnen Seelsorger und Ärztinnen und Ärzte als zentrale *gatekeeper* für den Zugang zu Älteren.

Ärztinnen und Ärzte: Allgemein- und Fachärzte sind nicht nur bedeutsame und regelmäßige Kontaktpersonen eines großen Teils der älteren Generation. Aufgrund des Umstands, dass körperliche Untersuchungen zu den regelmäßigen Tätigkeiten nahezu aller Ärztinnen und Ärzte gehören, besteht hier eine erhöhte Chance, dass Gewaltsymptome wahrgenommen und angesprochen werden können.⁴⁵³ Von Experten/Expertinnen wird eine bislang mangelnde Sensibilisierung von Ärzten/Ärztinnen für Probleme der Viktimisierung im Alter beklagt (vgl. Görgen & Nägele, 2006b; Görgen, Nägele & Nachtmann, 2006; Scott, McKie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004) – ein Befund, der auch im Rahmen der vorliegenden Studie Bestätigung fand. Gerade Hausärzte/Hausärztinnen seien „eigentlich“ zentrale und durch die Art ihrer Tätigkeit wie durch die Beziehung zu den Patienten/Patientinnen gewissermaßen privilegierte „Frühwarner/Frühwarnerinnen“, träten als solche aber bis-

⁴⁵³ Zur Bedeutung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich vgl. u.a. Ahmad & Lachs, 2002; Carney, Kahan & Paris, 2003; Heath, Dyer, Kerzner, Mosqueda & Murphy, 2002; Kahan & Paris, 2003.

lang kaum in Erscheinung. In einer australischen Studie befragte ältere Opfer von häuslicher Gewalt beschrieben, dass sie am häufigsten Kontakt zu Ärzten/Ärztinnen hatten, deren Reaktionen aber als eher nicht hilfreich erlebten (Morgan Disney and Associates, 2000a). Insbesondere Ärztinnen und Ärzte sind daher eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen, die darauf abzielen, das Bewusstsein für die Problematik zu schärfen und Hilfen für die Opfer zu verbessern.

In den Vereinigten Staaten wird die Schlüsselstellung medizinischer Professionen beim Erkennen von Fällen der Viktimisierung älterer Menschen seit Langem diskutiert. Tataru & Kuzmeskus (1996) weisen etwa darauf hin, dass in den USA fast 25% der *Elder-Abuse-and-Neglect*-Fallmeldungen an *Adult Protective Services (APS)* auf Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister zurückgehen.⁴⁵⁴

Ärzte/Ärztinnen sollten dafür sensibilisiert werden, dass es – insbesondere in Fällen von *intimate terrorism* in Partnerschaften älterer Menschen – zu den Handlungsstrategien der Täter gehören kann, den Zugang der Opfer zu medizinischen Leistungen zu kontrollieren und zu limitieren. Dies erschwert die Entdeckung von Gewaltfällen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich des Umstands bewusst sein müssen, dass die Kontrolle eines Gewaltopfers durch den Partner bis in die ärztliche Praxis hinein reichen kann, dass derjenige, der die Person zu einer Untersuchung begleitet, zugleich der sein kann, der sie zuvor viktimisiert hat (U.S. Department of Justice, 2004, S. 33). Es bedeutet ferner, dass neben Allgemeinmedizin und – vor allem für Phänomene sexueller Gewalt – Gynäkologie insbesondere dem Bereich der Notfall- und Unfallmedizin Bedeutung beim Erkennen einschlägiger Fälle zukommen kann (vgl. Kingston & Penhale, 1995). Hier geht es um Arzt-Patientin-Kontakte, die nicht lange im Voraus absehbar waren, eine hohe Dringlichkeit haben und bei denen die Chance wächst, dass ein sich auch auf Arztkontakte der Ehe- oder Lebenspartnerin erstreckendes System der Kontrolle durch den gewalttätigen Partner versagt.

Professionelle Pflegekräfte im ambulanten wie stationären Bereich: Aus ähnlichen Gründen wie Ärztinnen und Ärzte sind professionelle Pflegekräfte eine bedeutsame Zielgruppe im Hinblick auf das Erkennen von Gewaltindikatoren. Im Unterschied zu Ärzten haben Pflegekräfte nur zu einem Teil der älteren Generation Kontakt, eben zu jenen, die bedeutsame gesundheitliche und funktionale Einschränkungen aufweisen und daher der Pflege und Hilfe bedürfen. Dabei handelt es sich zugleich um eine in hohem Maße vulnerable Teilpopulation, die sich gegen Viktimisierungsversuche nicht oder nur eingeschränkt zur Wehr setzen kann. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass viele Pflegekräfte mit der Wahrnehmung und Diagnose von Viktimisierungen im Rahmen häuslicher Pflegebeziehungen sowie in der Beurteilung des Interventionsbedarfes und der Interventionsmöglichkeiten generell überfordert sind. Dies gilt umso mehr für Fälle von Partnergewalt, bei denen sie teilweise die Befürchtung haben, sich mit einer Intervention in „private Angelegenheiten“ und teilweise auch gegen den Willen des Opfers einzumischen. Die Notwendigkeit der Thematisierung von Gewalterfahrungen und Gewaltgefährdungen Älterer in der pflegerischen Aus- und Fortbildung ist inzwischen weithin anerkannt (vgl. zur aktuellen Diskussion in den USA und Großbritannien u. a. Baker & Heitkemper, 2005; McGarry & Simpson, 2007; Nolan, 2004; Richardson, Kitchen & Livingston, 2003; Woodtli & Breslin, 2002). In einer US-amerikanischen Befragung bei Mitarbeiterinnen

⁴⁵⁴ Dies bezieht sich allerdings auf Fälle von *elder abuse and neglect* insgesamt, nicht etwa nur auf Gewalt durch Partner und soziale Nahraumakteure. Zudem gehört zum Gegenstandsbereich von *Adult Protective Services* regelmäßig auch der – unter das Rahmenkonzept „elder abuse and neglect“ subsumierte, aber eben keinen Täter implizierende – Bereich der Selbstvernachlässigung (*self-neglect*).

und Mitarbeitern von *Adult Protective Services* (Blakely & Dolon, 2001) wurden ambulante Pflegekräfte und Krankenhaussozialarbeiterinnen und -arbeiter hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Fälle der Misshandlung älterer Menschen aufzudecken, von allen infrage kommenden Berufsgruppen als am hilfreichsten eingeschätzt.⁴⁵⁵

Um eine weitere einschlägige Sensibilisierung professioneller Pflegekräfte zu erreichen, sind insbesondere Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, in deren Rahmen die Thematik „Gewalt gegen Pflegebedürftige“ insofern neu akzentuiert wird, als Zusammenhänge, Überschneidungen, Übergänge und Wechselwirkungen zwischen der Misshandlung oder Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger durch pflegende Angehörige und unabhängig von und vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit virulenten Formen von Partnergewalt aufgezeigt werden. Hier wird es insbesondere darum gehen zu vermitteln, dass in einem Teil jener Fälle, in denen Gewalt innerhalb einer familialen Pflegebeziehung stattfindet, „Überlastung“ als Deutungsschablone nicht angemessen ist, sondern dass bei häuslicher Gewalt gegen Frauen Dynamiken wirksam sind, welche primär Schutz des Opfers, Kontrolle und Konfrontation des Täters erfordern.

Kirchliche Institutionen/Seelsorger/Seelsorgerinnen: Kirchliche Institutionen und in diesen Institutionen tätige Personen wurden im Rahmen der KFN-Studie zu älteren Opfern sexueller Gewalt (vgl. Görgen & Nägele, 2006a; Görgen, Nägele, Herbst & Newig, 2006; Görgen, Newig, Nägele & Herbst, 2005; Görgen, Herbst, Nägele, Newig, Kemmelmeier, Kotlenga, Mild, Pigors & Rabold, 2005; siehe auch Görgen & Nägele, 2003) in Interviews mit Praktikerinnen wiederholt als mögliche Ansprechpartner älterer Gewaltopfer genannt. Auch die zitierte australische Studie benennt Seelsorger/Seelsorgerinnen zwar als wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner von Opfern, kommt allerdings zu dem Schluss, dass die dort geleistete Unterstützung bislang von den Opfern als eher nicht hilfreich erlebt wurde (Morgan Disney & Associates, 2000a).

Religiöse Bindungen sind unter älteren und hochaltrigen Menschen im Allgemeinen – dies natürlich kohortengebunden – stärker als bei jüngeren Erwachsenen, und es gibt Hinweise darauf, dass kirchliche Institutionen vor allem für ältere Frauen einen hohen Stellenwert haben (vgl. hierzu die niederländische Studie von Dykstra, 1995). In der stärkeren religiösen Affiliation Älterer spiegeln sich neben individuellen Entwicklungen auch historische Trends wider, d. h. Prozesse gesellschaftlicher Säkularisierung, die sich in den vergangenen Jahrzehnten vollzogen haben.

⁴⁵⁵ Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Zielgruppen der *Adult Protective Services* in erster Linie jene Erwachsenen sind, die durch Einschränkungen unterschiedlichster Art in besonderem Maße von Dritten abhängig und verletzlich sind.

Relativ starke religiöse Bindungen sind *eine* günstige Voraussetzung dafür, dass Seelsorger/Seelsorgerinnen für ältere Gewaltopfer zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern werden können.⁴⁵⁶ Die mit seelsorgerischen Berufsbildern assoziierten Schweigeverpflichtungen schaffen sodann vor dem Hintergrund individueller religiöser Bindungen einen Kontext, in dem Opfer sich vertrauensvoll öffnen können.⁴⁵⁷

Polizei und Justiz: Im Bereich polizeilicher Arbeit hat – nicht zuletzt im Kontext des Inkrafttretens des Gewaltschutzgesetzes – das Thema „Gewalt in Familien und Partnerschaften“ an Bedeutung gewonnen (vgl. zu polizeilicher Tätigkeit im Problemfeld häuslicher Gewalt u. a. Eicke, 2008; Kavemann, Leopold, Schirmmacher & Hagemann-White, 2002; Keller, 2008; Löbmann & Herbers, 2005; Schweikert, 2000; Seith, 2003). Hier geht es im Rahmen von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen vor allem darum, den Blick dafür zu schärfen, dass „Alter vor häuslicher Gewalt nicht schützt“, dass auch ältere und hochbetagte Menschen Opfer von Gewalt durch ihre Partner (und durch andere Personen aus dem engen sozialen Umfeld) werden und dass Erscheinungsformen und Tatumstände denen bei jüngeren Opfern zum Teil recht ähnlich sind, dass es aber auch besondere Bedürfnisse älterer Gewaltopfer zu berücksichtigen gilt. In Bezug auf Verhalten, Bedürfnisse und Interessen älterer Opfer häuslicher Gewalt können Polizeibeamte/Polizeibeamtinnen von den Erfahrungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen anderer Institutionen (insbesondere Frauenhäuser, Notrufe, Opferhilfeeinrichtungen) profitieren.

Im Hinblick auf die Justiz betonen Experten/Expertinnen die Notwendigkeit einer stärkeren Gewichtung altersbezogener Fragen in der juristischen Aus- und Fortbildung und mahnen eine stärkere Mitwirkung der Justiz an einschlägigen lokalen Präventionsgremien („Runde Tische häusliche Gewalt/Gewalt gegen Frauen“) an (vgl. Görgen & Nägele, 2006b).⁴⁵⁸

Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in Einrichtungen des Opferschutzes und der Opferhilfe:

Die Begriffe „Opferschutz/Opferhilfe“ sind hier weit gefasst. Sie umfassen:

- I Institutionen, die sich an ältere Opfer von Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung richten (dort stehen allerdings oftmals Fragen der Sicherung einer angemessenen pflegerischen Versorgung älterer Menschen sowie der Entschärfung von Konflikten und Konfliktpotenzialen im Bereich der häuslichen Pflege im Vordergrund; „häusliche Gewalt“ unabhängig von Pflegebedürftigkeit und Pflegebeziehungen spielt hier – je nach Ausrichtung der Institution – teilweise eine marginale Rolle)

⁴⁵⁶ Von dieser Grundvoraussetzung ging etwa auch das 18-monatige Modellprojekt „*Clergy Against Senior Exploitation (CASE)*“ in Denver, Colorado, aus, das vor allem das Ziel verfolgte, ein Netzwerk zur Prävention von Betrugsdelikten an Älteren und zum Weiterleiten von Informationen über bekannt gewordene Fälle und Verdachtsfälle aufzubauen (vgl. Curtis, 2004a; 2004b; McKenna & Miller, 2003; McKenna, Miller & Curtis, 2004). Allerdings ist ein Projekt zu Betrugsdelikten in vieler Hinsicht einfacher aufzubauen als Vergleichbares für den Bereich der Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen. Auch in Bezug auf die Prävention betrügerischer Delikte an Seniorinnen und Senioren zeigten sich Widerstände und Probleme – etwa im Hinblick auf die Ansprache ethnischer, sprachlicher und religiöser Minoritäten.

⁴⁵⁷ Der Befund von Blakely & Dolon (2001), dass amerikanische APS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter Geistliche als für ihre Arbeit wenig hilfreich bewerten, kann nicht in dem Sinne gelesen werden, dass diese Gruppe von Viktimisierungen Älterer nichts erfährt. Er muss vielmehr vor dem Hintergrund seelsorgerischer Verschwiegenheitspflichten gesehen werden, die dazu beitragen, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger als Informanten von Behörden kaum in Erscheinung treten.

⁴⁵⁸ Auf das höhere Lebensalter bezogene Spezialisierungen auf Verfahrensebene werden angesichts der Veränderungen der Bevölkerungsstruktur möglicherweise in Zukunft Bedeutung erlangen; dabei wird allerdings zu diskutieren sein, inwieweit Alter (und nicht etwa eine insbesondere durch gesundheitliche und funktionale Einschränkungen begründete besondere Vulnerabilität im Erwachsenenalter) der geeignete Bezugspunkt für derartige Spezialisierungen sein sollte.

■ Institutionen, die sich im Schwerpunkt mit Opfern häuslicher Gewalt befassen

■ allgemeine Einrichtungen der Hilfe für Kriminalitäts- und Gewaltopfer wie etwa der Weiße Ring

Während Organisationen, deren primäres Arbeitsfeld häusliche Gewalt gegen Frauen ist, nicht über Grundmechanismen und Erscheinungsformen von Gewalt in Partnerschaften aufgeklärt werden müssen, ist hier die Sensibilisierung für die spezifische Betroffenheit älterer Frauen notwendig. Bei Institutionen, deren Arbeitsschwerpunkt im Problemfeld „Gewalt im Alter“ (bzw. „Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege“) liegt, wird hingegen die Verbesserung des Kenntnisstandes zu Formen von Gewalt in Partnerschaften im Vordergrund stehen und es wird erforderlich sein, in diesem Zusammenhang Gewalt als ein in starkem Maße mit dem Geschlecht der Beteiligten assoziiertes Phänomen zu thematisieren. Die in der Studie berichteten Fälle von Partnergewalt in häuslichen Pflegebeziehungen, in denen Experten/Expertinnen aus dem Bereich alterns- und pflegespezifischer Krisenberatung im Rahmen einer Intervention beteiligt waren, zeigen eine problematische Dominanz des Deutungsschemas „Gewalt als Überlastungsreaktion“ und des darauf basierenden Präventions- und Interventionsansatzes der Organisation von Entlastungsmöglichkeiten für den Täter. Es besteht die Gefahr, dass dieser hauptsächlich im Sinne der Prävention genutzte Ansatz die Wahrnehmung von verfestigten und auf geschlechterhierarchischen Machtstrukturen basierenden Viktimisierungsrisiken einschränkt und somit andere Möglichkeiten der Beendigung einer Viktimisierungssituation aus dem Blick geraten.

Im Hinblick auf die Art der durchzuführenden Maßnahmen ist vor allem zu denken an Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen, Fachtagungen in Kooperation mit übergeordneten Vertretungen (Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaften der Frauenhäuser und Frauennotrufe, der Ehe- und Lebensberatungsstellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen), ferner an Publikationen in einschlägigen Organen sowie die Integration der Thematik in die Arbeit lokaler „runder Tische“ insbesondere zu häuslicher Gewalt.

(3) Beratungs- und Hilfeangebote für ältere Opfer häuslicher Gewalt: Wesentlich für die Arbeit mit älteren Gewaltopfern erscheinen vor allem folgende Gesichtspunkte:

- Hilfen für ältere Gewaltopfer müssen in besonderem Maße niedrigschwellig sein, damit sie die Zielgruppe erreichen.
- Ältere Opfer häuslicher Gewalt haben – wenn der Kontakt zu einer beratenden/helfenden/schützenden Einrichtung erst einmal hergestellt ist – Bedürfnisse und Interessen, die sich teilweise von denen jüngerer Gewaltopfer unterscheiden.
- Es kann nicht in erster Linie darum gehen, flächendeckend neue Einrichtungen für ältere Gewaltopfer zu schaffen, sondern die Thematik in bestehenden Einrichtungen so zu verankern, dass Betroffene den Weg dorthin finden und angemessene Hilfe erhalten.

- | Die Arbeit mit älteren Opfern legt eine verstärkte Vernetzung und Kooperation von Institutionen, die das Problemfeld „häusliche Gewalt“ bearbeiten, mit Einrichtungen der Altenhilfe nahe.⁴⁵⁹
- | Selbsthilfegruppen können hilfreich für ältere Opfer häuslicher Gewalt sein.
- | *Victim-Advocacy*-Modelle, welche auf eine (zeitlich begrenzte) individuelle Begleitung und Unterstützung von Opfern abzielen, erscheinen im Hinblick auf ältere Opfer von Nahraumgewalt in hohem Maße bedenkenswert.
- | Es gibt Gruppen älterer Opfer und Viktimisierungskontexte, die durch Hilfeangebote allenfalls mit großen Einschränkungen erreicht werden können.

Die genannten Aspekte werden nachstehend in ihrer Bedeutung und Ausgestaltung kurz erläutert.

Niedrigschwelligkeit: Es bedarf gerade bei älteren Menschen bisweilen vieler Wege und Umwege, bis Gewaltopfer Kontakt zu geeigneten Hilfeangeboten finden. Wenn die Hemmungen, sich als erklärtes Opfer häuslicher Gewalt an eine helfende Institution zu wenden, in der heutigen älteren Frauengeneration groß sind, ist es erforderlich, die Schwellen zur Inanspruchnahme dieser Hilfen so weit wie möglich zu senken. Die Bedingungen der Niedrigschwelligkeit von Beratungs- und Hilfeangeboten für ältere Opfer lassen sich zu wesentlichen Teilen in dem Begriff „Offenheit“ bündeln. Angebote sollten thematisch offen, jedenfalls nicht mehr als notwendig verengt sein. Ein erkennbar thematisch breiter Zugang befreit Rat- und Hilfesuchende von der Last, ihr Problem vorab exakt klassifizieren, definieren und benennen zu müssen und sich durch Nutzung eines thematisch eng gefassten Angebots nach außen als Gewaltopfer erkennen zu geben. Thematisch hoch spezialisierte Einrichtungen sind aus diesem Grund und im Hinblick auf in der älteren Generation möglicherweise besonders starke Stigmatisierungsbefürchtungen eher ungeeignet.

Offene Veranstaltungsformen (z. B. Vorträge, Diskussionen, Ausstellungen) können Kontakt zu älteren Opfern häuslicher Gewalt herstellen und senken – über die thematische Offenheit hinaus – noch einmal die Schwelle. Wenn ältere Opfer manche Formen erlebten Zwanges und erlittener Aggression nicht unter das Konzept „Gewalt“ fassen, dann ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass sie sich durch die Verwendung des Gewaltbegriffs in der Benennung und Beschreibung von Institutionen und Hilfeangeboten angesprochen fühlen.

Niedrigschwelligkeit hat zudem eine direktere und weniger bildhafte Bedeutung. Hohes Alter geht oft einher mit Einschränkungen der Mobilität sowie der Kommunikations- und Artikulationsfähigkeit. Hilfen für ältere Gewaltopfer sollten daher so beschaffen sein, dass sie für die Betroffenen leicht erreichbar und gut zugänglich sind. Gerade im Hinblick 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 und Klienten „von sich aus“ kommen müssen, ist in Bezug auf Ältere nicht grundsätzlich angemessen. Proaktive Ansätze, wie sie zum Teil von den mit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes imple-

⁴⁵⁹ Diesbezügliche Vernetzungserfordernisse und dabei zu erwartende Barrieren werden unter (4) diskutiert.

mentierten Beratungsstellen verfolgt werden (im Sinne von der Beratungsstelle ausgehender Kontaktaufnahme mit Opfern häuslicher Gewalt nach einem Polizeieinsatz), erscheinen gerade im Hinblick auf ältere Opfer weiterführend.

Besondere Opferinteressen und Opferbedürfnisse: Ältere Opfer streben – wie wohl nahezu alle von Gewalt betroffenen Personen – in erster Linie danach, die Viktimisierung zu beenden und die Viktimisierungsfolgen zu mildern. Zugleich sind einschneidende Veränderungen (wie insbesondere die Trennung von der gewalttätigen Person und das Erstellen einer Strafanzeige) im Alter mit höheren individuellen Kosten verbunden bzw. setzen Ressourcen voraus, über welche die Opfer nicht mehr in jedem Fall verfügen. Überlegungen, „noch einmal ganz von vorne anzufangen“ und sein Leben auch im Hinblick auf Wohnumfeld, Freunde, soziale Aktivitäten etc. für grundlegende Veränderungen zu öffnen, stellen sich mit 75 Jahren in der Regel anders dar als mit 25. Zum Teil treten an die Stelle des Strebens nach aktiver Veränderung der Situation dann Strategien, welche die Betroffenen zumindest vorübergehend entlasten; dazu kann das Thematisieren von Gewalterfahrungen in einer Beratungssituation ebenso gehören wie der vorübergehende Aufenthalt in einem Frauenhaus.

Der Umgang mit älteren Opfern verlangt in besonderem Maße die Bereitschaft und Fähigkeit, Opferinteressen zu akzeptieren und zu unterstützen, die nicht auf eine tief greifende Veränderung der Situation – insbesondere nicht auf Trennung und Anzeigeerstattung – abzielen. Ältere Opfer können aus einer Vielzahl von Gründen nicht bereit sein, den gewalttätigen Partner zu verlassen; dazu gehören eher pragmatische Interessen – etwa die Furcht vor materiellen Einbußen oder vor den Reaktionen des familiären und sonstigen sozialen Umfelds – ebenso wie Scham und mangelndes Selbstwertgefühl. Bei hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten Opfern kann hinzukommen, dass sie angesichts funktionaler Einschränkungen auf Hilfeleistungen durch den Partner angewiesen sind und im Falle einer Trennung den Verlust des privaten Wohnumfeldes und die Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung fürchten. Umgekehrt kann auch gerade die mit dem Alter zunehmende Abhängigkeit des Partners eine Trennung erschweren, zumindest dann, wenn Frauen sich trotz der Gewalterfahrung für den Partner verantwortlich fühlen.

„Providing support to women who want to remain means that we need to think outside the box“ schreiben Zink, Regan, Jacobson & Pabst (2003, S. 1438) in ihrer qualitativen Studie zum Verbleib älterer Frauen in gewaltgeprägten Beziehungen. Die Trennung vom Partner sei für ältere Frauen möglicherweise keine Option, die Teilnahme an einer (im Durchschnitt der Teilnehmerinnen wesentlich jüngeren) Selbsthilfegruppe oder die Übersiedlung in ein Frauenhaus entsprächen nicht unbedingt ihren Bedürfnissen.

Das im Kontext der Entwicklungspsychologie des höheren Lebensalters vor allem von Brandtstädter (vgl. u. a. Brandtstädter & Greve, 1992; 1994; Brandtstädter & Rothermund, 1994; Rothermund, Dillmann & Brandtstädter, 1994) entwickelte Modell eines assimilativen und eines akkommodativen Bewältigungsstils und einer mit dem Alter einhergehenden Verstärkung akkommodativer, auf Modifikationen persönlicher Ziele und Präferenzen angesichts wahrgenommener Einbußen und Verluste basierender Bewältigung, lässt sich auch auf die Situation älterer Opfer von Gewalt in Partnerschaften anwenden. „Older women have much to lose and overcome if they end the abusive relationship“, fassen Zink et al. (2003, S. 1433) ihre Ergebnisse zusammen.

Wenn die Vorstellung, den gewalttätigen Partner zu verlassen, einhergeht mit der Befürchtung, dafür keine Unterstützung im privaten wie institutionellen Umfeld zu finden, gravierende Einbußen des materiellen Lebensstandards hinnehmen zu müssen und diese Verluste nicht etwa durch eigene Erwerbsarbeit kompensieren zu können, sozial isoliert und einsam zu sein und wenig Chancen auf einen „Neubeginn“ zu haben, die mit der Trennung einhergehenden Veränderungen nicht bewältigen zu können, das erforderliche Maß an Selbstständigkeit und die für ein Leben ohne Partner benötigten Alltagskompetenzen nicht aufzubringen, dann liegt die Strategie nahe, das Ziel „Trennung vom Partner/Leben ohne den gewalttätigen Partner“ so zu modifizieren, dass die antizipierten Voraussetzungen und Folgen der Zielerreichung für die jeweilige Person akzeptierbar und realisierbar werden. Eine solche Zieladaptation muss keineswegs gleichbedeutend mit Resignation gegenüber der Gewalt des Partners sein; sie kann zum Beispiel darin bestehen, dass die betroffene Person danach strebt, sich innerhalb der Beziehung zu ihrem Partner Freiräume zu schaffen und die Häufigkeit solcher Verhaltensweisen zu reduzieren, durch die sie sich in besonderem Maße bedroht, verletzt und gedemütigt fühlt.

Sofern Beraterinnen oder Berater das als zögernd oder ambivalent wahrgenommene Verhalten älterer Klientinnen für den Beratungs- und Hilfeprozess als problematisch bewerten, ist es wichtig, sich die beschriebene spezifische Situation älterer Opfer und die Altersabhängigkeit der Implikationen von Entscheidungen vor Augen zu führen. Die Herausbildung und Stärkung von Veränderungswillen kann ein längerer Prozess im Verlauf der Beratung sein; insbesondere bei älteren Opfern kann ein solcher Wille oftmals nicht bereits beim Erstkontakt mit einer Beratungseinrichtung vorausgesetzt werden.

Zugleich ist festzuhalten, dass höheres Alter die Trennung von einem gewalttätigen Partner nicht immer und nicht nur erschwert. Gemeinsame minderjährige oder jedenfalls erziehungs- und betreuungsbedürftige Kinder, die von einer Trennung unmittelbar mitbetroffen wären, sind in dieser Lebensphase in der Regel nicht mehr vorhanden. Auch kann es vor dem Hintergrund des Gefühls, nun nichts mehr zu verlieren zu haben, für einzelne Frauen im höheren Alter einfacher sein, sich für eine Trennung zu entscheiden (Beispiele finden sich in Görge, Newig, Nägele & Herbst, 2005). Eine Auswertung von Daten australischer Frauenhäuser und Gewaltberatungsstellen ergab, dass zwar nur etwa 5% der Frauen, die diese Dienste nutzten, 50 Jahre und älter waren, zugleich aber 64% der 45- bis 64-jährigen Frauen, die in Frauenhäusern Zuflucht suchten, auch dauerhaft von ihren Misshandlern getrennt blieben (Morgan Disney & Associates, 2000, S. 13). Es gilt also einerseits die Hindernisse und besonderen Bedürfnisse älterer Frauen in den Blick zu nehmen und zu berücksichtigen, zugleich aber nicht stereotype Vorstellungen zu reproduzieren, welche Veränderungsmöglichkeiten älterer Frauen negieren.

Schließlich bringen die im Alter zunehmenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen besondere Bedürfnisse im Hinblick auf die Beschaffenheit von Hilfeangeboten mit sich (siehe dazu auch den Abschnitt *Niedrigschwelligkeit*). Stationäre Hilfeangebote, insbesondere Frauenhäuser, sind bislang in aller Regel nicht auf Klientinnen mit bedeutsamen Einschränkungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens eingestellt. In begrenztem Umfang erscheint es erforderlich, Plätze in Schutzeinrichtungen auch für Frauen bereitzuhalten, die aufgrund gesundheitlicher und funktionaler Ein-

schränkungen nicht mehr uneingeschränkt zu einer selbstständigen Haushaltsführung in der Lage sind.⁴⁶⁰

Vorrang der Integration der Thematik in bestehende Hilfen gegenüber der Schaffung neuer Einrichtungen: Aus der skizzierten großen Bedeutung niedrigschwelliger und thematisch offener Angebote ergibt sich bereits, dass es ein inadäquater Ansatz wäre, hoch spezifische Hilfeeinrichtungen für ältere Opfer von Gewalt in Partnerschaften zu fordern. Wichtig ist es, die Verknüpfung der Zielgruppe „ältere Opfer“ und der Thematik „häusliche Gewalt“ in Selbstverständnis und Praxis bestehender Einrichtungen zu fördern. Dazu gehören insbesondere Frauenhäuser, Frauennotrufe und verwandte Institutionen. Aufseiten von Institutionen, die sich mit Alter vor allem unter Gesichtspunkten von Pflege und Pflegebedürftigkeit befassen, gilt es entsprechend, diese – soweit in den Aufgabenbereich sinnvoll integrierbar – für die Thematik von Partnergewalt auch unter den Bedingungen von Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit und für das „Hineinwachsen“ von bereits zuvor gewaltgeprägten Beziehungen in Pflegebeziehungen und die sich daraus ergebenden Dynamiken und Risiken zu öffnen.

Wenn an neu zu schaffende Einrichtungen zu denken ist, dann an Schutzhäuser, die auch in der Lage sind, Klientinnen aufzunehmen, die (bis zu einem gewissen Grad) pflege- und hilfebedürftig sind. In diesem Bereich bilden sich auch international erst grobe Umrisse eines neuen Typus von Einrichtungen ab. Wolf stellte noch 1999 fest, dass selbst die wenigen in Nordamerika existenten stationären Schutzeinrichtungen für ältere Misshandlungs- und Vernachlässigungsoffer überwiegend nur Klienten/Klientinnen aufnehmen konnten, die allenfalls ein geringfügiges Maß an Unterstützung benötigten. Mittlerweile werden in der englischsprachigen Literatur gelegentlich Erfahrungen mit sogenannten „elder abuse shelters“ berichtet.

Die wohl bekannteste einschlägige Einrichtung, das *Harry & Jeanette Weinberg Center for the Prevention of Elder Abuse*, befindet sich im *Hebrew Home for the Aged* in der Bronx, New York (vgl. Fialk, 2008; Reingold, 2006). Es ist in den Gebäuden einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung angesiedelt und bietet von Gewalt bedrohten und betroffenen Älteren eine sichere Wohnumgebung sowie gesundheitliche und psychosoziale Versorgung und Unterstützung. Mit den Gewaltopfern wird ein Plan erarbeitet, der die drei grundsätzlichen Optionen der Rückkehr in die eigene Wohnung, des Umzugs in eine Seniorenwohnanlage oder der Übersiedlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung vorsieht. Mittlerweile – so Fialk (2008) – haben mehr als 20 Einrichtungen in verschiedenen Bundesstaaten der USA, aber auch in Kanada und Israel beschlossen, das Modell zu übernehmen.⁴⁶¹

Daneben gibt es auch Beispiele für Schutzhäuser bzw. -wohnungen, die explizit für ältere Frauen vorgesehen sind. Sie entstehen in der Regel als zusätzliches Angebot innerhalb einer bestehenden Beratungs- und Gewaltschutzinfrastruktur, um die spezifischen Bedürfnisse von älteren misshandelten Frauen zu bedienen. Eine Befragung von Mitarbeiterinnen schottischer Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser ergab, dass Frauen

⁴⁶⁰ Alternativ hierzu käme die – nicht unbedingt auf Frauen zu begrenzende – Schaffung spezieller Schutzeinrichtungen für ältere Opfer von Gewalt durch Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld infrage (in den USA und Kanada vereinzelt vorhanden; dort meist als „elder shelters“ bezeichnet; siehe dazu unten).

⁴⁶¹ Zu erwähnen ist auch das Kerby Centre in Calgary in der kanadischen Provinz Alberta, das schwerpunktmäßig Frauen und Männer ab dem 60. Lebensjahr aufnimmt, die Opfer von Gewalt durch nahestehende Personen geworden sind (vgl. Hill, 2003).

mit langjährigen Misshandlungserfahrungen einen besonderen Bedarf an Ruhe haben und dass diesem Bedürfnis in altersgemischten Frauenhäusern, in denen in der Regel viele Kinder leben, häufig nicht entsprochen werden kann.

Aus Schottland liegt ein Beispiel für ein Frauenhaus vor, welches speziell auf die Bedürfnisse von älteren misshandelten Frauen abgestimmt ist. In der Trägerschaft von *Dumfriesshire and Stewartry Women's Aid* besteht seit 2000 ein seither zu über 90% ausgelastetes Frauenhaus für über 50-jährige misshandelte Frauen. Es werden in diesem Frauenhaus vorübergehende Wohnmöglichkeiten sowie Unterstützungsgruppen für ältere Frauen angeboten. Eine der Mitarbeiterinnen leistet neben der Sozialarbeit im Haus auch zugehende Beratung; d. h. sie sucht ältere Frauen in ihren Wohnungen auf und berät sie dort (Scott, McKie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004).

Die gleichen Autorinnen führen ein Beispiel für eine auf Dauer angelegte Wohnmöglichkeit für ältere Frauen mit Betreuungsbedarf an. Unter anderem – aber nicht nur – für ältere misshandelte Frauen stellt *Hemat Gryffe Women's Aid* in Glasgow in einem Komplex für betreutes Wohnen sechs Wohnungen mit angeschlossenen Betreuungsangeboten für Frauen „who face difficult domestic situations“ (Scott, McKie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004, S. 41) zur Verfügung. Das Projekt entstand, als in der Arbeit der örtlichen Beratungsstelle von *Women's Aid* zunehmend ältere Frauen um Hilfe und Unterkunft nachsuchten, wobei viele dieser Frauen Unterstützungsbedarf aufgrund von psychischen Problemen hatten und zu Hause keine ausreichende Unterstützung erhielten (Scott, McKie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004).

Im Hinblick auf die Schaffung derartiger Schutzeinrichtungen ist – neben finanziellen Erwägungen – eine sorgfältige Abwägung vorzunehmen zwischen dem Vorteil, ein spezifisches Angebot für Ältere machen zu können, die wegen Gewaltproblemen mindestens vorübergehend nicht in ihrem vertrauten Wohnumfeld leben können und der Gefahr einer „Gettoisierung“ älterer Opfer häuslicher Gewalt. Letzteres spräche für eine Ausrichtung auf altersübergreifende Einrichtungen, die so angelegt sind, dass sie auch von Opfern mit eingeschränkter Autonomie genutzt werden können.⁴⁶²

Selbsthilfegruppen: Vor allem aus den USA, Kanada und Großbritannien werden positive Erfahrungen mit angeleiteten Selbsthilfegruppen für ältere Frauen berichtet, die Opfer von Gewalt im häuslichen Bereich wurden. Derartigen Gruppen wird neben positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden vor allem das Potenzial zugeschrieben, Isolation aufzubrechen und individuelle Veränderungsmotivation zu stärken (Brandl, Hebert, Rozwadowski & Spangler, 2003; Pritchard, 2003).⁴⁶³

⁴⁶² Eine auf ältere misshandelte Frauen spezialisierte Einrichtung in Florida schloss 2005, nachdem deutlich geworden war, dass ältere misshandelte Frauen es bevorzugten und als Unterstützung erlebten, mit jüngeren Frauen gemeinsam in einem Haus zu leben (France, 2006).

⁴⁶³ Etwas zurückhaltender äußern sich Brownell & Heiser (2006), die über eine psychosoziale Unterstützungsgruppe für kognitiv unbeeinträchtigte ältere weibliche Opfer von Misshandlung durch nahestehende Personen in New York City berichten. Neun der durchschnittlich 75 Jahre alten Frauen nahmen über acht Wochen hinweg an der Gruppe teil, sechs weitere Frauen bildeten die Kontrollgruppe. Die Autorinnen fanden im Anschluss keine Unterschiede zwischen den Gruppen im Hinblick auf Merkmale wie Suizidalität oder Depression. Sie verweisen auf die guten Ausgangswerte in beiden Gruppen und die sehr geringe Stichprobengröße und konstatieren insoweit weiteren Forschungsbedarf.

Das *Women's Center*, ein Frauenhaus in Milwaukee, Wisconsin, 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 und Trainingsprogramme und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema wurden initiiert. Nach drei Jahren zog das *Women's Center* positiv 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. Frauen erleben in diesen Gruppen, 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, sodass 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, nicht das zugrunde liegende Problem – z. B. die Themen Sicherheit, Wohlbefinden und Unterstützung; es kann außerdem sinnvoll sein, solche Gruppen als Angebot von Altenhilfeorganisationen zu initiieren; wichtig sei zudem, dass die Gruppen von mindestens einer älteren Frau angeleitet werden (Seaver, 1996).⁴⁶⁴

Wolf (1998; 2001) führte Interviews mit „facilitators“ von 30 Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen für ältere Opfer häuslicher Gewalt in den USA und Kanada. Die Interviewten berichteten, die Teilnahme an den Gruppen verbessere das Selbstwertgefühl der Frauen, schärfe ihr Bewusstsein für gewaltförmiges Verhalten, vermindere soziale Isolation und trage zu einer verbesserten Viktimisierungsbewältigung und zu persönlicher Weiterentwicklung bei. Wolf empfiehlt die kooperative Leitung der Gruppe durch zwei Personen, von denen mindestens eine selbst älter oder mit Altersfragen vertraut sein sollte. Die Interviewten berichteten auch von Widerständen älterer Opfer, sich auf eine Gruppenerfahrung einzulassen.⁴⁶⁵

Victim-Advocacy-Ansätze: Ebenfalls dem Bereich der tertiären Prävention zuzurechnen sind Formen der individuellen Begleitung und Betreuung von Opfern, die meist mit dem Begriff „Victim Advocacy“ (wegen ihrer in der Regel lokalen Verankerung auch „Community Advocacy“) belegt werden (vgl. dazu u. a. Allen, Bybee & Sullivan, 2004; Bennett, Riger, Schewe, Howard & Wasco, 2004; Bybee & Sullivan, 2002; Sullivan & Bybee, 1999; Wasco & Campbell, 2002; Williams-White, 1989). So berichten Sullivan & Bybee (1999) über ein *Community Advocacy Project (CAP)* in Michigan, dessen Hauptaufgabe die Einzelbetreuung von Frauen nach Beendigung des Aufenthaltes in einer Schutz Einrichtung war; als Advocates waren geschulte und supervidierte Studentinnen (der Michigan State University) tätig. Derartige Modelle gehen von der Annahme aus, dass Opferbedürfnisse je nach Person sehr verschieden sein können und dass Gewaltopfer in der Regel selbst wissen, was gut für sie ist. Das Handeln der *Advocates* zielt daher darauf ab, das soziale Umfeld sensibler für die Bedürfnisse der Opfer zu machen und den Opfern die zur Bewältigung ihrer Problemlage erforderlichen Ressourcen zu erschließen. Zu den Aufgabenbereichen der Advocates gehören alltagspraktische Fragen und Probleme in Bereichen wie Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Mobilität, Kinderbetreuung, medizinische Versorgung oder Sozialkontakte. Bybee & Sullivan (2002) berichten, dass

464 Aktuelle Informationen zum Programm sind unter <http://www.mwcinc.org/whatwedo/older.php> verfügbar [17.10.2008].

465 Von Akzeptanzproblemen beim Aufbau solcher Gruppen berichtet auch France (2006).

Frauen, die an derartigen Programmen teilnehmen, besseren Zugang zu den von ihnen gewünschten Ressourcen haben, mehr soziale Unterstützung erleben und insgesamt eine höhere Lebensqualität haben. Das gesteigerte Wohlbefinden wirke als protektiver Faktor gegenüber Reviktimisierung.⁴⁶⁶

Derartige Ansätze erscheinen im Hinblick auf ältere Opfer von Nahraumgewalt der Erprobung wert – geht es doch um eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen, um Opfer, die, sollten sie sich etwa zu einer Trennung von einem gewalttätigen Partner entschließen, vielfältiger alltagspraktischer Hilfen bedürfen und die sich vor die Situation gestellt sehen, dass die „Landschaft“ der potenziell infrage kommenden Hilfen und Angebote für das Individuum oft nur schwer zu überblicken und zu erschließen ist. Organisatorisch wäre in Deutschland an eine Anbindung solcher Dienste an mit der Anwendung des Gewaltschutzgesetzes befasste Stellen zu denken.

(4) Vernetzung und Optimierung von Hilfestrukturen aus den Feldern „Alter“ und „häusliche Gewalt“:

Institutionen aus dem Bereich „häusliche Gewalt“ haben bislang ältere Gewaltopfer nur selten im Blick. Sie stehen zwar prinzipiell auch für ältere Personen zur Verfügung, werden aber tatsächlich von diesen nur selten genutzt. Zudem sind diese Institutionen mit Einrichtungen der Altenarbeit und Altenhilfe nur selten vernetzt; dies macht es für ältere Opfer schwierig, angemessene Hilfe und Unterstützung zu finden; diese Einschätzung wird auch in der internationalen Literatur geteilt (vgl. z. B. Vinton, 2003; Wolf, 1999).⁴⁶⁷

Zur Zusammenarbeit von Institutionen aus den Bereichen „elder abuse“ und „domestic violence“ haben Brandl, Dyer, Heisler, Otto, Stiegel & Thomas (2007) und Otto & Quinn (2007) Bestandsaufnahmen vorgelegt. Sie gehen von der Feststellung aus, dass viele Erscheinungsformen von *elder abuse* vor dem Hintergrund des Tatkontexts und der Täter-Opfer-Beziehung als Formen häuslicher Gewalt begriffen werden können (und sollten), dass angesichts der demografischen Entwicklung nahezu unausweichlich der Anteil älterer Menschen an den Opfern häuslicher Gewalt steigen wird und dass vor dem Hintergrund dieser Faktoren eine Bündelung und Vernetzung von Aktivitäten und Akteuren aus beiden Feldern dringender wird. Brandl et al. (2007) und Otto & Quinn (2007) sprechen zugleich eine Reihe möglicher Hindernisse und Problemfelder auf dem Weg zu einer vertieften Kooperation an. Als zentrale Felder nennen sie:

■ *Sprachliche und begriffliche Differenzen zwischen beiden Praxisfeldern:* Hier geht es um je nach Kontext divergierende Bedeutung von Begrifflichkeiten wie „Misshandlung“ oder „Gewalt“, ferner um unterschiedliche sprachliche Konventionen und Präferenzen (etwa die Benennung der Zielpersonen als „Klienten“, „Opfer“, „Betroffene“ oder „Überlebende“).

⁴⁶⁶ McDermott & Garofalo (2004) wenden kritisch ein, es gebe auch negative Effekte von *victim advocacy*; Interventionen, die Opfern helfen und sie stärken sollen, enthielten zugleich „the seeds of disempowerment“.

⁴⁶⁷ Dieses Vernetzungsdefizit und daraus resultierender Veränderungsbedarf beziehen sich nicht nur auf den Komplex von Partnergewalt im Alter, sondern ebenso auf Fragen der Misshandlung älterer Pflegebedürftiger in häuslichen Settings. Die Thematik wird daher an entsprechender Stelle noch einmal aufgegriffen.

- | *Unterschiedliche Problemdefinitionen und Erklärungsansätze:* Während *elder abuse* vor allem in den frühen Phasen der Thematisierung des Problemfeldes in erster Linie auf Überlastung der Pflegenden zurückgeführt wurde, ist Arbeit im *domestic violence*-Bereich seit Langem in einer kritischen Betrachtung des gesellschaftlichen Verhältnisses der Geschlechter verwurzelt und sieht im Streben nach Macht und Kontrolle zentrale motivationale Hintergründe von Gewalthandlungen.

- | *Stellenwert des Problems der sexuellen Viktimisierung:* Sexuelle Viktimisierung spielt im Arbeitsfeld „häusliche Gewalt“ seit jeher eine große Rolle; im *Elder-Abuse*-Bereich wird sexuelle Misshandlung zwar immer als eine mögliche Erscheinungsform genannt, hat in der praktischen Arbeit aber meist nur wenig Bedeutung.⁴⁶⁸

- | *Umgang mit männlichen Opfern:* Einrichtungen und Dienste im Bereich „häusliche Gewalt“ sind seit jeher vor allem auf Frauen (und Kinder) als Opfer ausgerichtet. Zwar liegen nur wenig belastbare Daten zur Viktimisierung hochaltriger und pflegebedürftiger Männer vor, doch ist zumindest von einer – verglichen mit dem mittleren Erwachsenenalter oder auch dem „third age“ – erhöhten Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen auszugehen (vgl. zu *elder abuse* an Männern u. a. Blundo & Bullington, 2007; Kaye, Kay & Crittenden, 2007; McNeely & Cook, 2007; Pritchard, 2007; Reeves, Desmarais, Nicholls & Douglas, 2007; Teaster, Ramsey-Klawnsnik, Mendiondo, Abner, Cecil & Tooms, 2007; Stratton & Moore, 2007; Thompson, Buxton, Gough & Wahle, 2007; Yaffe, Weiss, Wolfson & Lithwick, 2007).

- | *Medizinische Bedürfnisse der Opfer:* Während Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im *domestic violence*-Bereich vor allem mit akutmedizinischen Gesundheitsproblemen (insbesondere Verletzungsfolgen) konfrontiert sind, spielen hier Multimorbidität, chronische Erkrankungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit – für Institutionen aus dem Bereich *elder abuse* zentral – nur eine untergeordnete Rolle.

- | *Mangel an finanziellen Ressourcen für institutions- und professionsübergreifende Trainings:* Otto & Quinn (2007) kritisieren, dass die Zusammenarbeit von Praktikern/Praktikerinnen und Institutionen aus beiden Arbeitsfeldern auch deshalb bislang weit hinter den gegebenen Möglichkeiten zurückbleibe, weil es an finanziellen Mitteln für entsprechende Workshops und Trainings fehle.

⁴⁶⁸ Erste Ansätze zu einer Integration der Thematik der sexuellen Viktimisierung im Alter in breiter angelegte Initiativen sind inzwischen erkennbar. Im US-Bundesstaat Wisconsin unterhält die *Wisconsin Coalition Against Sexual Assault* (WCASA) ein sogenanntes „Widening the Circle“-Programm, welches auf ältere Opfer von Sexualdelikten ausgerichtet ist (vgl. Stiegel, Heisler, Brandl & Judy, 2000a; 2000b; Wisconsin Coalition Against Sexual Assault, 1999; 2003). Primäres Ziel des Programms ist es, soziale Dienste, Opferschutzorganisationen und Strafverfolgungsbehörden für die Problematik zu sensibilisieren und ihre Zusammenarbeit zu fördern. Im Umgang mit Fällen sexualisierter Gewalt gegen Ältere fordert WCASA den Aufbau von „vertical prosecution units“, d. h. von Teams, bei denen die Fallbearbeitung während der gesamten Verfahrensdauer liegt. Der Titel „Widening the Circle“ bringt plastisch zum Ausdruck, dass *eine* Opfergruppe und *ein* Deliktsbereich bislang im Kanon der Hilfeangebote fehlten und eine Erweiterung des Blickfeldes angebracht ist. WCASA ist eine der wenigen Organisationen, die sich gezielt der Thematik von Opfererfahrungen durch sexualisierte Gewalt im Alter widmen. Ausgangspunkt war die Feststellung, dass bestehende Dienste für Ältere sich der Problematik kaum annehmen und Einrichtungen für Opfer sexualisierter Gewalt vor allem jüngere Gruppen im Blick haben. Zum Thema der sexualisierten Gewalt gegen Ältere wurden u.a. ein Videofilm, ein Trainingsmanual und ein Faltblatt entwickelt.

All diesen manifesten und latenten Hindernissen zum Trotz setzt sich die Erkenntnis, dass es sich bei Viktimisierungen alter Menschen insgesamt und bei Nahraumgewalt gegen Ältere im Besonderen um ein mit Gewinn für alle Beteiligten multiprofessionell und institutionenübergreifend zu bearbeitendes Problemfeld handelt, immer mehr durch. Die im Rahmen der Studie befragten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Krisenberatungs- und -interventionsstellen für ältere Menschen berichteten über mehrere Fälle sexualisierter Gewalt in Pflegebeziehungen, in denen sie thematisch einschlägige Beratungsstellen in die Intervention einbezogen bzw. entsprechende Kontakte vermittelt haben. Inwieweit dies eine Ausnahme darstellt oder eine generelle Veränderung markiert, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Vernetztes Arbeiten verbessert zugleich die Chancen des Zugangs zu schwer erreichbaren Opfergruppen. Können bereits die Schwierigkeiten, körperlich und intellektuell nicht beeinträchtigte ältere Opfer von Nahraumgewalt zu erreichen, beträchtlich sein, lässt sich hier immerhin die Zugänglichkeit von Hilfen durch entsprechende Maßnahmen verbessern. Darüber hinaus werden aber auch Personen viktimisiert, die durch vorhandene Angebote im Handlungsfeld „häusliche Gewalt“ kaum erreichbar sind. Dazu gehören insbesondere Demenzkranke und Pflegebedürftige, die intellektuell und/oder physisch nicht in der Lage sind, eigeninitiativ Hilfen zu nutzen. Auch sozial in hohem Maße isoliert lebende Ältere sind für Beratungseinrichtungen nur schwer zugänglich.

Neben dieser erhöhten Kontakt- und (auch früheren) Entdeckungswahrscheinlichkeit sehen Brandl et al. (2007) Chancen vernetzten Arbeitens vor allem darin, dass Opfer eine größere Chance haben, jemanden zu finden, zu dem sie eine vertrauensvolle Hilfe- oder Beratungsbeziehung aufbauen können, dass ein verbesserter Informationsaustausch Ressourcen spart und verhindert, dass Opfer ihre Geschichte jedes Mal wieder von vorne erzählen müssen, dass die Bündelung von Perspektiven und professionellen Kompetenzen die Chance einer umsetzbaren und nachhaltig hilfreichen Problemlösung erhöht und ganzheitlichere Handlungsansätze entwickelt werden können. Eine Plattform für eine solche Vernetzung können etwa lokale runde Tische und kriminalpräventive Räte sein.

Zusammenfassend lässt sich nunmehr im Hinblick auf Handlungsbedarf und Handlungsoptionen im Bereich der häuslichen Gewalt gegen ältere Menschen (hier zunächst einmal unter weitgehender Ausklammerung der Problematik von Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen betrachtet) Folgendes feststellen:

- I Bei insgesamt im Alter deutlich zurückgehender Gewalt im Nahraum gibt es dennoch zum Teil gravierende, in hohem Maße verfestigte Formen von Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen.
- I Zu den Charakteristika des Problemfeldes der häuslichen Gewalt im Alter gehören besondere Hemmnisse und Schwierigkeiten der Hilfeinanspruchnahme aufseiten der Betroffenen sowie eine Infrastruktur, die sich primär an Opfern im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter ausrichtet, jedenfalls die Spezifika der Situation älterer (weiblicher) Gewaltopfer bislang nur in Ansätzen wahrnimmt.

- | Es handelt sich um eine Problematik, die in ganz besonderem Maße der Vernetzung von Akteuren und Institutionen aus dem Themenfeld „Alter“ und dem Themenfeld „häusliche Gewalt/Nahraumgewalt“ bedarf – dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Gewalt zwischen Partnern auch im Kontext häuslicher Pflege auftreten kann und dort eigene Dynamiken, Randbedingungen und Handlungsmöglichkeiten mit sich bringt.
- | Erforderlich in diesem Bereich erscheinen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Schulung, die darauf abzielen, die Existenz des Problemfeldes zu verdeutlichen und insbesondere bei Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, dem großen Bereich psychosozialer Professionen sowie bei Instanzen der formellen Sozialkontrolle Problembewusstsein, Problemwissen und Kompetenzen im Umgang mit einschlägigen Fällen zu verbessern.
- | Beratungs- und Hilfeangebote für ältere Opfer häuslicher Gewalt sollten – im Hinblick auf spezifische Bedingungen der Hilfeanspruchnahme in dieser Opfergruppe – niedrigschwellig ausgerichtet sein, die Möglichkeiten proaktiver und zugehender Arbeitsweisen prüfen und mit der besonderen Situation älterer Opfer angemessenen Veränderungskonzepten und fallbezogenen Zielvorstellungen arbeiten.
- | Zu prüfen ist auch, inwieweit die bislang vor allem auf Frauen und Kinder ausgerichtete Infrastruktur für Opfer von Nahraumgewalt in Bezug auf das höhere Alter um spezifische Angebote für ältere Männer ergänzt werden sollte.⁴⁶⁹

7.5 Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger: Möglichkeiten vernetzter Prävention und Intervention

Überblick und Ausgangslage: Die im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen Daten haben das Bild der Erscheinungsformen und Dynamiken von Viktimisierungen in der häuslichen Pflege geschärft. Deutlich geworden ist unter anderem Folgendes:

- | Nach allen vorliegenden Datenquellen beschränken sich Formen problematischen Verhaltens professionell wie privat Pflegenden gegenüber Pflegebedürftigen nicht auf Einzelfälle, sondern sind weitverbreitet. Die einzige Datenquelle, die einer solchen Gesamteinschätzung nur bedingt entspricht, sind die Selbstberichte der im Rahmen der qualitativen Interviewstudie befragten Pflegebedürftigen. Angesichts der Vielzahl einschlägiger, zum Teil sehr detaillierter Schilderungen eigenen wie beobachteten Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen, die in den Befragungen pflegender Angehöriger und ambulanter

⁴⁶⁹ Ältere Männer als Opfer (auch) häuslicher Gewalt finden in der Literatur in jüngster Zeit zunehmend Beachtung. Dabei wird darauf verwiesen, dass dieses Problemfeld in besonderem Maße im Dunkeln liege und das Erkennen seiner quantitativen wie qualitativen Beschaffenheit durch verschiedene Faktoren erschwert werde. Hierzu gehören soziale Konstruktionen von Männlichkeit, die den Blick von der Möglichkeit einer Viktimisierung von Männern innerhalb heterosexueller Partnerschaften ablenken (Blundo & Bullington, 2007), ein anzunehmendes zurückhaltendes Hilfesuchverhalten älterer Männer (Kaye, Kay & Crittenden, 2007) und eine in hohem Maße den Geschlechtern Täter- und Opferrollen zuordnende dominierende Sichtweise zu häuslicher Gewalt (Reeves, Desmarais, Nicholls & Douglas, 2007; Thompson, Buxton, Gough & Wahle, 2007). Yaffe, Weiss, Wolfson & Lithwick (2007) fanden bei Einsatz des *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) in Kanada eine – mittels dieses Instruments ärztlich diagnostizierte – *Elder-Abuse-Prävalenz* von 13,6% bis 15,2% für Frauen und 9,1% bis 9,7% für Männer.

Pflegekräfte (sowie – hier beschränkt auf die Zeugenperspektive – von Experten/Expertinnen) vorzufinden sind, verweist die kleine Zahl und geringe Detailliertheit entsprechender Schilderungen in den Interviews mit Pflegebedürftigen eher auf grundsätzliche Probleme von Viktimisierungsbefragungen in derartigen Populationen.

- | Pflege hat – ihrer grundsätzlich prosozialen Fundierung zum Trotz – eine gewisse Gewaltaffinität, die sich unter anderem ergibt aus der Kombination von unvermeidbarer physischer Nähe, Machtunterschieden, Leiden und Belastungen und eingeschränkter Rationalität der Akteure. Für den Bereich der familialen Pflege erweist sich das „Beziehungsfundament“, auf welchem eine Pflegebeziehung gegründet wird, als zentral. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Etablierung einer familialen Pflegebeziehung haben eine risikoerhöhende Wirkung auf häusliche Konstellationen, die bereits zuvor durch Konflikte und Gewalt geprägt waren. Hingegen kann – vor allem aufseiten pflegender Angehöriger – ein solider Bestand an positiver geteilter Lebenserfahrung als Schutzfaktor wirken, auf den auch dann zurückgegriffen werden kann, wenn die Beziehung vor dem Hintergrund krankheitsbedingter Einschränkungen von einer symmetrischen Ausgestaltung längst weit entfernt ist. Im Rahmen der Studie ergaben sich allerdings auch Hinweise darauf, dass in einzelnen Fällen trotz einer negativen Vorgeschichte im Kontext von Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme eine positive Beziehungsentwicklung möglich ist.
- | Angesichts des Umstandes, dass quantitative Viktimisierungsdaten nur aus Täter- und Informantenperspektive (mit ihren je eigenen Beschränkungen) vorliegen sowie auch mit Blick auf Stichprobengrößen und Samplingprozesse, wird von einer Extrapolation der in den Stichproben vorgefundenen quantitativen Problemdimensionen auf Populationen von Pflegebedürftigen bzw. Pflegebeziehungen abgesehen. Verlässliche quantitative Daten zur Verbreitung und Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege werden in einem umfassenden Sinne wohl kaum jemals zu erlangen sein. Die Forschungshindernisse in diesem Bereich sind – da repräsentative Opferbefragungen als Erhebungsmethode praktisch ausscheiden – immens. 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.
- | Zugleich macht die Studie deutlich, dass das Konzept „Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege“ kein in sich homogenes Problemfeld umreißt. 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. Zugleich sind Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege auch Akteure und so finden sich viele

Konstellationen, in denen wechselseitige Viktimisierungen stattfinden. In einer Reihe von Konstellationen sind auch pflegende Angehörige eindeutig Opfer von Pflegebedürftigen.

- | Für die Binnendifferenzierung des Phänomenbereichs „Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege“ kommt der Frage große Bedeutung zu, inwieweit das Handeln der jeweiligen Akteure von der Intention geleitet ist, die pflegebedürftige Person zu schädigen (oder sich jedenfalls auf ihre Kosten einen Vorteil zu verschaffen) und in welchem Maße gegebenenfalls ein solches Motiv an spezifische situative Bedingungen gebunden ist oder situationsübergreifend vorhanden und handlungswirksam ist.
- | Ebenfalls relevant ist – unabhängig von einer eventuellen Schädigungsintention –, ob die pflegenden Angehörigen grundsätzlich in der Lage sind, den Problemgehalt eigenen Handelns zu erkennen und ihr Verhalten entsprechend zu verändern.
- | Nicht zuletzt an den genannten Merkmalen sollte sich entscheiden, inwieweit zu ergreifende Maßnahmen eher helfender, entlastender und unterstützender Natur sind und inwieweit andererseits Interventionen vonnöten sind, die in erster Linie dazu dienen, das Opfer vor dem weiteren Zugriff des Täters oder der Täterin zu schützen. Dementsprechend kann es nicht eine „Generalstrategie“ der Prävention und Intervention im Hinblick auf Viktimisierungen in der häuslichen Pflege geben; vielmehr müssen die Maßnahmen auf den jeweiligen Viktimisierungstypus abgestimmt sein. Es kann einerseits davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Mehrzahl der unter ein Konzept von „Misshandlung und Vernachlässigung in der (häuslichen) 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, sie sich im Spannungsverhältnis zwischen Sorge um Sicherheit und Gesundheit des Pflegebedürftigen einerseits und der Achtung vor seiner Autonomie auf der anderen Seite gegen Letztere entscheiden oder weil Konfliktsituationen im Zusammenhang mit der Pflege eskalieren. Zugleich ist festzuhalten, dass es – wenngleich im Untersuchungsmaterial nur aus der Beobachtersicht vorkommend⁴⁷⁰ – eine Reihe von Berichten über gravierende, intentional begangene Viktimisierungen älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich gibt, bei denen zum Teil die besondere Verletzbarkeit und relative Wehrlosigkeit Pflegebedürftiger ausgenutzt werden. Hier können primär entlastende und „stützende“ Aktivitäten nicht ausreichen. Entlastungsangebote als Interventionslösung haben sich in Fällen, in denen Gewalthandlungen und Vernachlässigung auf verfestigten Konflikt- und Machtstrukturen in der Beziehung zwischen Opfern und Tätern und Täterinnen sowie auf einer gänzlich fehlenden Pflegemotivation beruhen, nur begrenzt als geeignet erwiesen, weitere Viktimisierungen zu verhindern. Anhand der von Experten und Expertinnen

⁴⁷⁰ Hier sind multiple Selektionsfaktoren in Rechnung zu stellen, insbesondere der Umstand, dass Daten zu selbst berichteten Viktimisierungen Pflegebedürftiger bei Selbstmeldern oder jedenfalls bei ohne jeden äußeren Zwang an der Untersuchung teilnehmenden Personen erhoben wurden. Insofern war kaum in größerer Zahl mit Berichten über eigene schwerwiegende Misshandlungen Pflegebedürftiger zu rechnen. Zudem ist davon auszugehen, dass im Problembereich „Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege“ – wie in nahezu allen vergleichbaren Bereichen – Phänomene in der Art verteilt sind, dass es viele vergleichsweise minder schwere und wenige gravierende Vorkommnisse gibt und die weniger schweren sowohl aufgrund ihrer Zahl als auch vor dem Hintergrund ereignisspezifischer Auskunftsbereitschaft der Akteure sehr viel leichter zu identifizieren sind.

berichteten Fallbeispiele entstand vielmehr der Eindruck, dass die Gefahr einer auf unzutreffenden Situationsanalysen beruhenden Fehleinschätzung des Viktimisierungspotenzials und einer daraus folgenden Wirkungslosigkeit von Interventionen gegeben ist. Es gilt daher vielmehr, 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, muss es hier in starkem Maße darum gehen, die Sensibilität des privaten wie professionellen Umfeldes zu erhöhen.

- I Soweit Prävention im Hinblick auf Misshandlung und Vernachlässigung im Alter opferorientiert betrieben werden soll, stellt sich das Problem, dass viele aktuelle und potenzielle Opfer – insbesondere die große Gruppe der demenziell Erkrankten – unmittelbar kaum erreichbar und ansprechbar ist. Der Zugang zu den Betroffenen bzw. Gefährdeten muss in solchen Fällen über Dritte erfolgen. In dieser Konstellation stecken Chancen, Herausforderungen und Gefahren. Die Chancen liegen vor allem darin, Prävention breit zu verankern, sie nicht nur zu einer Angelegenheit der letztendlichen Zielgruppe zu machen. Die Herausforderungen bestehen darin, die „richtigen Dritten“ auszuwählen und zu diesen geeignete Zugänge zu finden. Ähnlich wie die sozialwissenschaftliche Forschung steht auch Präventionsarbeit in diesem Bereich vor dem Problem, dass diejenigen, die den engsten Kontakt zu den Pflegebedürftigen haben, vielfach zugleich als Täter und Täterinnen infrage kommen und insofern auch im Hinblick auf diese Möglichkeit angesprochen werden müssen. Dies wiederum muss in einer Weise geschehen, die einerseits der Schwere des Problems gerecht wird, andererseits nicht durch von den Adressaten wahrgenommene Dramatisierung und Anklage jeden Zugang versperrt bzw. in starkem Maße erschwert. Die Gefahr, die in dem Erfordernis einer Opferansprache über Dritte liegt, besteht darin, dass diese stets subsidiären und ergänzenden Charakter haben sollte. Soweit die Opfer selbst in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden können und soweit die Kontaktaufnahme über sie erfolgen kann, sollte die direkte Ansprache der Bedrohten und Betroffenen Vorrang vor Zugängen über Dritte haben; die Möglichkeit eines derartigen direkten Zugangs sollte daher bei der Planung von Präventionsmaßnahmen stets sorgfältig geprüft werden.

Zentrale Handlungsansätze im Problemfeld „Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich“: Im Folgenden werden im Hinblick auf die Thematik der Viktimisierung älterer Pflegebedürftiger einige im Lichte der vorliegenden Erkenntnisse zentrale Handlungsbereiche skizziert. Im Einzelnen geht es dabei um folgende Felder:

- (1) Beratungs-, Unterstützungs-, Entlastungs- und Kriseninterventionsangebote für den Bereich der Pflege in häuslichen Kontexten; primäre Adressaten sind hier Angehörige pflegebedürftiger Menschen
- (2) Frühzeitige Identifikation von Viktimisierungen bzw. Gefährdungssituationen durch Ärztinnen, Ärzte und Pflegedienste; in diesem Zusammenhang wird auch die Frage von Anzeige- und Meldepflichten im Hinblick auf Opferverletzungen pflegebedürftiger älterer Menschen aufgegriffen

- (3) Maßnahmen zu einer vernetzten Prävention und Intervention auch im Hinblick auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsprobleme in der Pflege
- (4) Perspektiven der Viktimisierungsprävention durch Polizei und Justiz als die zentralen Instanzen formeller Sozialkontrolle
- (5) Maßnahmen im Bereich familienrechtlicher Interventionen – mit Blick auf die Frage, inwieweit rechtliche Regelungen und praktische Maßnahmen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe auf pflegebedürftige Erwachsene übertragen werden können
- (6) Maßnahmen in ambulanten Pflegediensten und in Bezug auf Pflegedienste

(1) Beratungs-, Unterstützungs-, Entlastungs- und Kriseninterventionsangebote

Insbesondere in den (überwiegend in der ersten Jahreshälfte 2006) mit pflegenden Angehörigen älterer Menschen geführten Interviews wurde deutlich, dass Pflegende sich bislang oft unzureichend und zu spät im Hinblick auf alle mit der Pflege ihres Angehörigen in Verbindung stehenden Fragen beraten fühlen. Dies betrifft bei Weitem nicht nur den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung. Aufklärungs- und Informationsbedarf besteht auch im Hinblick auf 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 Krankheitsgeschichte manifest werden – Pflegende mit ungewohnten Symptombildern konfrontieren, die sie nicht einordnen und mit denen sie nicht umgehen können. Angehörige benötigen kompetente und möglichst nicht mit ökonomischen Interessen verknüpfte Information und Beratung über vorhandene Hilfeangebote. Darüber hinaus sollten – was bislang offenbar nur in geringem Umfang geschieht – in Pflegekursen für Angehörige systematisch auch der Umgang mit problematischen Situationen und Deeskalationsstrategien bei aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger trainiert werden. Den Pflegekassen als Leistungsträgern kommt durch ihren flächendeckenden Zugang zu häuslichen Pflegesettings eine potenziell wichtige Rolle im Hinblick auf die Prävention von Gewalt und Vernachlässigung zu. Pflegekassen bieten Informationen und Schulungen an; besondere Bedeutung haben aber vor allem Hausbesuche im Rahmen von Pflegebedarfseinstufungen, Pflegebegutachtungen und Pflegeberatungen. Um dieses Potenzial zu nutzen, sollten die vorhandenen Feststellungs- und Kontrollverfahren stärker im Sinne einer umfassenden Beratung ausgebaut werden. Dies erfordert Personal mit Qualifikationen in Pflege, Sozialarbeit und Beratung sowie eine ausreichende Finanzierung der entsprechenden Instrumente.

Eine wichtige Beratungs- und Präventionsfunktion kommt auch ambulanten Pflegediensten zu. Sie haben oftmals eine unterstützende, beratende, ausgleichende, informierende, aber auch kontrollierende Rolle in kritischen Pflegesettings. Damit sie ihrer präventiven sowie potenziell intervenierenden Funktion besser gerecht werden können, sollten die Themenkomplexe „konfliktvolle Pflegebeziehungen“ und „Misshandlung/Vernachlässigung in der Pflege“ in der pflegerischen Aus- und Fortbildung generell stärkere Berücksichtigung finden. Dabei sollte auch das Konfliktmanagement in der Beziehung zu Angehörigen Ausbildungsgegenstand werden.

In Bezug auf familiäre Pflege entsteht Bedarf an professioneller Beratung auch 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 einem möglicherweise 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 Eintritt von Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielte, kann die Pflege des einen durch den anderen Partner ein substantielles Risiko von (zunehmender) Misshandlung und Vernachlässigung mit sich bringen. Dieses Risiko verstärkt sich noch, wenn weitere problematische Merkmale wie etwa Substanzabhängigkeiten oder psychische Erkrankungen hinzukommen.

Mit dem im März 2008 vom Bundestag beschlossenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz⁴⁷¹ sind wichtige Schritte in Richtung einer Intensivierung und Optimierung von Beratungsleistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit geschaffen worden. Ab dem Jahr 2009 wird jedem Pflegebedürftigen ein einklagbares Recht auf individuelle Pflegeberatung durch einen entsprechend geschulten Pflegeberater zugestanden. Diese Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sollen insbesondere im Hinblick auf Fragen des Sozialrechts und Sozialversicherungsrechts sowie in sozialarbeiterischen und pflegerischen Belangen geschult sein und sich als Sachwalter der Interessen der Pflegebedürftigen verstehen. Die Beratung soll nach Prinzipien des Case-Managements (vgl. Hansen, 2005; Klie, 2008) erfolgen und einen individuellen Versorgungsplan erstellen, der Sozialleistungen und pflegerische Maßnahmen umfasst. Die Pflegeberatung muss neutral und unabhängig von ökonomischen Interessen erbracht werden.

Zur konkreten Umsetzung dieses individuellen Rechts auf umfassende Beratung sieht das Gesetz zudem die Einrichtung sogenannter Pflegestützpunkte vor, die – unter Berücksichtigung und Nutzung bereits vorhandener Strukturen – für Pflegebedürftige und deren Angehörige integrierte Leistungs- und Beratungsangebote bereithalten sollen (zu den Pflegestützpunkten vgl. u. a. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2008; Großjohann, 2008; Schaeffer & Kuhlmeier, 2008; Treiß, 2008). Als wesentliche Aufgaben der Pflegestützpunkte nennt das Gesetz (1) Auskunft und Beratung in allen pflegerischen Belangen, (2) Koordinierung regionaler Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie (3) die Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Bei flächendeckender Umsetzung und entsprechender Ausstattung böten die Pflegestützpunkte also ein integriertes Unterstützungs-, Informations- und Beratungsangebot für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige. Die Stützpunkte sollen von den Pflege- und Krankenkassen getragen werden; darüber hinaus ist – im Sinne einer Vernetzung von Angeboten – eine (auch finanzielle) Beteiligung der Träger der Sozial- und Altenhilfe vorgesehen.

Die Entscheidung über Einrichtung, Rahmenbedingungen und Finanzierung der Pflegestützpunkte erfolgt auf Länderebene. Bis Mitte des Jahres 2008 hatten jedoch einige Länder noch keine verbindliche Entscheidung für die Einrichtung von Pflegestützpunkten überhaupt getroffen bzw. noch keinerlei Rahmenbedingungen hinsichtlich Struktur und

⁴⁷¹ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BT-Drs. 16/7439 und 16/8525 bzw. BR-Drs. 210/08.

Finanzierung festgelegt. Insbesondere die Abstimmung zwischen den Pflege- und den Krankenkassen erwies sich bislang als Hindernis. Die Ergebnisse eines ersten Zwischenberichts (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2008) über die bislang eingerichteten Pflegestützpunkte zeigen, dass diese sehr gut angenommen werden, insbesondere die thematische Offenheit und die multiprofessionelle Besetzung erwies sich bislang als wesentlicher Erfolgsfaktor. Allerdings reichen teilweise die personellen Ressourcen bei Weitem nicht aus, um den geweckten Bedarf zu decken, weshalb einzelne Pflegestützpunkte von einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit und damit einer Ansprache neuer Nutzerinnen- und Nutzergruppen absehen. Die vorgehaltenen Strukturen und Angebotsspektren sind sehr heterogen; die Evaluatorinnen und Evaluatoren empfehlen daher den verbindlichen Aufbau eines bundesweit einheitlichen Basis- oder Regelangebots.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen in der praktischen Umsetzung dieses Gesetzes in den einzelnen Bundesländern darstellen wird. Im Hinblick auf Beratung, welche auch im Sinne einer Gewaltprävention in Pflegebeziehungen wirksam sein kann, ist zu wünschen, dass sie frühzeitig, flächendeckend und unabhängig von ökonomischen Interessen erfolgt und sich inhaltlich nicht auf Fragen von Leistungsansprüchen und Leistungsbezug beschränkt, sondern Pflege als einen auch sozialen Prozess begreift, der entsprechend vorbereitet und begleitet werden muss. Das Gesetz scheint hierfür weitreichende Handlungsperspektiven zu eröffnen.

Zu begrüßen ist auch der im Gesetz verankerte Rückgriff auf bereits vorhandene und erprobte Strukturen. Teilweise wurden in den Ländern bereits in der Vergangenheit flächendeckend pflegebezogene Beratungsstrukturen aufgebaut, so etwa seit 1995 die sogenannten Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) in Rheinland-Pfalz. Die zurzeit ca. 135 BeKo-Stellen (in Trägerschaft ambulanter Pflegedienste bzw. im Verbund mehrerer ambulanter Dienste) werden aus Mitteln des Landes unterstützt. 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). Zu den Aufgaben der BeKo-Stellen gehören u. a. „trägerunabhängige und trägerübergreifende Information und Beratung“ und „Information, Beratung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen im Zusammenhang mit Beschwerden im Bereich Pflege“ (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008, S. 3), aber auch die „Mitwirkung bei der Ermittlung des persönlichen Hilfebedarfs und bei der Erstellung eines umfassenden Maßnahmenplans sowie Vermittlung geeigneter Angebote“ sowie „Koordinierung von Angeboten nach der Methode des Case-Managements“ (S. 4). Die Beratungs- und Koordinierungsstellen leisten Einzelfallberatung (auch zugehend) und Einzelfallhilfe, übernehmen aber auch Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben. Die Landesregierung hat angekündigt, in Ingelheim modellhaft die Eingliederung der dortigen Beratungs- und Koordinierungsstelle in einen Pflegestützpunkt in Angriff zu nehmen.⁴⁷²

Wichtig ist, dass Beratungsangebote nicht erst zum Zeitpunkt bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit greifen. Eine nicht als Verpflichtung, sondern auf freiwilliger Basis angebotene vorsorgende Beratung für den Fall eigener Pflegebedürftigkeit könnte eingebettet werden in Beratung zu Themenfeldern wie Wohnen im Alter oder Absicherung

⁴⁷² Ein Überblick über die Infrastruktur altersbezogener Beratungsangebote findet sich in Görgen, Kreuzer, Nägele & Kotlenga (2002).

im Krankheitsfall. Hingegen erscheint eine spezifische Beratung zu Gewaltgefährdungen im Alter im weiten Vorfeld möglicher Pflegebedürftigkeit eher nicht sinnvoll (und würde mutmaßlich nur von jenen angenommen, die sie am wenigsten benötigen).

Der Zeitpunkt beginnender bzw. einsetzender Pflegebedürftigkeit kann als eine sensible Phase für Beratung betrachtet werden. Zu den wesentlichen Aufgaben von Beratung in dieser Zeit gehört das Vermitteln einer realistischen Vorstellung von dem, was auf Pflegende und Pflegebedürftige zukommen kann, den zu erwartenden Belastungen, auch von möglichen Alternativen zu einem ins Auge gefassten Pflegearrangement. Dabei sind die im Rahmen der vorliegenden Studie als besonders kritisch herausgearbeiteten Aspekte wie Inkontinenz, Persönlichkeitsveränderung und Aggressionen der/des Pflegebedürftigen sowie Qualität der Vorbeziehung besonders zu berücksichtigen. Pflegende wie Pflegebedürftige sollten in ihrer Fähigkeit gestärkt werden, eine informierte Entscheidung zu treffen und scheinbare Zwangsläufigkeiten und Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen. Die Beratung sollte selbstverständlich auch die finanziellen Implikationen einer Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverantwortung berühren. Das Vorhalten von Beratungsangeboten ist unter anderem in Krankenhäusern bedeutsam, da vielfach Pflegebedürftigkeit mit einem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus beginnt und dann teilweise unter großem Zeitdruck Entscheidungen bezüglich der weiteren Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung getroffen werden müssen. Angesprochen sind hier Ärztinnen und Ärzte, Sozialdienste und pflegerische Professionen, insbesondere Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im Bereich der Pflegeüberleitung.⁴⁷³ Ein nicht technokratisch eingesetztes, sondern als Entscheidungs- und Strukturierungshilfe verstandenes Screening-Instrument könnte hier dazu beitragen, mögliche familiäre Problemkonstellationen zu erkennen und dementsprechend gezielter zu beraten.

Spezifische Krisendienste mit explizitem Bezug auf die Problematik von Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege: Im Bereich der psychosozialen Beratung pflegender Angehöriger und der pflegebezogenen Krisenintervention sind – gerade im Hinblick auf mögliche Gewaltvorkommnisse – 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. Solche Angebote existieren ebenso wie spezifisch auf den Bereich „Probleme/Krisen in der häuslichen Pflege“ bezogene Beratungsangebote mit unmittelbarem Kontakt zwischen Beratern/Beraterinnen und Klienten/Klientinnen bislang nur an einzelnen Orten und beruhen zudem oft auf privater Initiative (wie etwa die Beratungsangebote des Vereins „Handeln statt Misshandeln“ in Bonn).

Die im Rahmen der Studie durchgeführten Interviews mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen niedrigschwelliger Beratungs- und Kriseninterventionsstellen zeigen, dass die von ihnen bearbeiteten Fälle ein breites Spektrum an Viktimisierungen in häuslichen Pflegearrangements abdecken. Auch die Wege der Kenntnisnahme sind vielfältig, sie werden sowohl von Organisationen und Institutionen als auch von Privatpersonen (Täter/Täterinnen und Opfer) konsultiert. Diese Bandbreite ist Ausdruck dessen, dass Beratungs- und Interventionsstellen, so vorhanden, die Funktion einer ersten niedrigschwelligen Anlauf- und Clearingstelle übernehmen, welche die Situation zu klären hilft, gemeinsam mit den

⁴⁷³ Zur Pflegeüberleitung vgl. u. a. Dörpinghaus (2004); Henke (2007); Uhlmann, Bartel, Kunstmann & Sieger (2005).

Betroffenen Lösungsmöglichkeiten entwickelt und gegebenenfalls weitere einschlägige Institutionen einbezieht. Bislang allerdings limitieren die verfügbaren personellen und materiellen Ressourcen für derartige Einrichtungen potenzielle Handlungsspielräume. Im Sinne der Kontinuität und Professionalität solcher Angebote sollte die Finanzierung statt über die bislang oft üblichen projektbasierten Mischfinanzierung über eine kontinuierliche institutionelle Förderung erfolgen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen wäre der Aufbau eines dezentralen flächendeckend verfügbaren, im Sinne der Niedrigschwelligkeit thematisch breiten Beratungsangebots zu Fragen und Problemen in Zusammenhang mit Alter und Pflege sinnvoll, welches auch Krisenintervention bzw. die Vermittlung zu entsprechenden Hilfen umfasst. Ein Zugang über eine bundeseinheitlich zu bewerbende Telefonnummer könnte die Perspektiven von Öffentlichkeitsarbeit verbessern (vgl. Görden, Kotlenga & Nägele, 2003).

Grundsätzlich können Funktionen niedrigschwelliger Beratungs- und Krisendienste auch von den einzurichtenden Pflegestützpunkten übernommen werden. Eine der Zukunftsaufgaben wird daher die Etablierung einer – je nach Bundesland sich spezifisch ausgestaltenden – Arbeitsteilung zwischen den Stützpunkten und bestehenden oder noch zu gründenden speziellen Kriseneinrichtungen für den Bereich der (insbesondere familialen) Pflege älterer Menschen sein.

In verschiedenen europäischen wie außereuropäischen Ländern haben sich inzwischen mehr oder weniger flächendeckend operierende telefonische Beratungsdienste für ältere und pflegebedürftige Gewaltopfer herausgebildet. Exemplarisch sei auf ALMA (Frankreich) als regional verankertes telefonisches Beratungsangebot und die Elder Abuse Response Helpline der britischen Organisation Action on Elder Abuse als landesweit operierende Einrichtung verwiesen (vgl. Kreuzer, Görden, Nägele & Krause, 2002, S. 548, 556).

Beschwerdestellen: 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 oder stationärer Pflegeeinrichtungen auftreten. Das Netz ist bei Weitem nicht dicht genug geknüpft und nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kann entsprechende Dienste in Anspruch nehmen. Zu prüfen ist, inwieweit Tätigkeiten, wie sie von Beschwerdestellen wahrgenommen werden, auch in die Arbeit von Pflegestützpunkten integriert werden können.

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige: Nicht nur im Interesse der Optimierung von Pflegequalität, sondern auch unter gewaltpräventiven Gesichtspunkten erscheint ferner der Ausbau von (für die Nutzerinnen und Nutzer 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.

(2) Frühzeitige Identifikation und Intervention in Viktimisierungsfällen 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 Adressaten/Adressatinnen von Maßnahmen sein können. Der Zugang zu Opfern bzw. Gefährdeten kann (und muss) entweder über die (potenziellen oder tatsächlichen) Täterinnen und Täter erfolgen oder über Personen, die – möglichst regelmäßigen – Kontakt mit pflegebedürftigen Menschen haben. Einer frühen Identifikation von Viktimisierungen und Gefährdungen kommt gerade mit Blick auf das Problemfeld der Viktimisierung Pflegebedürftiger in mehrfacher Hinsicht große Bedeutung zu:

- | Bei den (potenziellen) Opfern handelt es sich um gesundheitlich beeinträchtigte, daher in hohem Maße verletzbare und zu eigenständiger Gegenwehr allenfalls in eingeschränktem Maße fähige Personen.
- | Charakteristisch für Pflegebeziehungen ist es, dass sie auf längere Dauer angelegt sind, somit gegebenenfalls das Opfer dem Täter oder der Täterin dauerhaft ausgesetzt ist und Tattrisiken und Tatgelegenheiten fortgesetzt bestehen.
- | Soweit es sich um einen Täter oder eine Täterin handelt, der oder die keine oder jedenfalls keine über eine konflikthaft eskalierte Situation hinaus bestehende Intention hat, 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 andererseits 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 angreift oder in anderer Weise 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.

Frühzeitiges Erkennen von Interventionsmöglichkeiten bei Viktimisierungen und Gefährdungssituationen durch Ärzte/Ärztinnen, Pflegeberater/-beraterinnen und Pflegedienste:

Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf ein frühzeitiges Erkennen von Gewalt, Gewaltgefährdungen oder Vernachlässigungssituationen bestehen in mehrfacher Hinsicht. Als relevante Akteure sind hier Ärzte/Ärztinnen, Pflegeberater/-beraterinnen und Pflegedienste zu nennen, die durch ihren Zugang zu häuslichen Pflegesettings bzw. durch ihren nahen Kontakt zu pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen die Funktion einer quasi informellen Sozialkontrolle wahrnehmen.

- | Ärzten/Ärztinnen kommt – wie bereits im Kontext der Thematik häuslicher Gewalt im Alter erörtert – besondere Bedeutung beim Erkennen von Gewaltgefährdungen zu. Auch im Hinblick auf das Erkennen von und Reagieren auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsindikatoren bei Pflegebedürftigen bedarf es bei dieser Berufsgruppe entsprechender Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen. Besondere Bedeutung haben ärztliche

Professionen auch im Hinblick auf das Erkennen von Tötungsdelikten an pflegebedürftigen Menschen. Hier ist – angesichts in Deutschland ohnehin geringer und zudem sinkender Obduktionsraten⁴⁷⁴, der „Normalität“ von Tod und Sterben im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit und daraus resultierender Gelegenheiten der Tatverdeckung – davon auszugehen, dass ein beträchtliches Dunkelfeld existiert und die ärztliche Todesursachenfeststellung fehleranfällig ist. Maßnahmen zur Optimierung der Praxis der ärztlichen Leichenschau und der Todesursachenfeststellung könnten dazu beitragen, das Dunkelfeld von Tötungsdelikten im Alter zu reduzieren. Zu denken wäre hier etwa an eine grundsätzliche Zuständigkeit speziell aus- und fortgebildeter Mediziner für die ärztliche Leichenschau, die bislang meist von Haus- und Klinikärzten vorgenommen wird.

- I Auch Pflegediensten kommt für die Prävention und Intervention in Fällen von Viktimisierungen in häuslichen Pflegesettings eine überragende Funktion zu. Ambulante Pflegekräfte sind – so ein wesentliches Ergebnis der Interviewstudie – in vielen Fällen die einzigen Externen, die einerseits Kenntnis über Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige erlangen, andererseits auch längerfristig mit den Betroffenen arbeiten und daher weitreichende eigene Interventionsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Hinzuziehung von weiteren Institutionen haben. Die Befragung von Pflegekräften im Rahmen der Studie hat aber gezeigt, dass sie in der Wahrnehmung und Bewertung von Viktimisierungssituationen und im Hinblick auf die vorhandenen Interventionsmöglichkeiten häufig unsicher sind und diesbezüglich teilweise wenig Unterstützung vonseiten der Arbeitgeberorganisation erhalten. Damit ambulante Pflegekräfte ihre beratende, unterstützende und auch kontrollierende Funktion in problematischen Pflegesettings wahrnehmen können, ist es daher notwendig, dass ihr Handeln in eine Betriebskultur eingebettet ist, in der solche Anforderungen explizit mitgedacht werden und offene Diskussionen über die Angemessenheit eigenen Handelns gefördert werden. Zum anderen sollten für solche Fälle klare Verhaltensregeln etabliert werden, die den Einzelnen Handlungssicherheit eröffnen, zugleich aber die Einbindung von Vorgesetzten in Verdachtsfällen sicherstellen. Auf Ebene der Gesamteinrichtung sollten Pflegedienste grundsätzlich eine aktive Haltung im Hinblick auf zu ergreifende Maßnahmen bei Verdacht einer Gefährdung einnehmen. Dies umfasst die verbindliche Entwicklung, Vermittlung und Anwendung expliziter Interventionsstrategien im Umgang mit beobachteten oder vermuteten Fällen von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen sowie die aktive Unterstützung und Qualifikation der einzelnen Pflegekräfte in der Wahrnehmung, Beurteilung und im konkreten Umgang mit Verdachtsfällen von Gewalt und Vernachlässigung. Im Hinblick auf den Umgang mit der komplexen Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger besteht weiterhin Fortbildungsbedarf in der ambulanten Pflege. Zumindest für Pflegedienstleitungen sollten regelmäßige einschlägige Schulungen zum Pflichtprogramm gehören. Für einen Pflegedienst könnte die Teilnahme seiner Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen an – klar auf Präventionsperspektiven ausgerichteten – Fortbildungsveranstaltungen ein (auch vermarktbare) Qualitätsmerkmal sein.

⁴⁷⁴ Brinkmann, Du Chesne & Vennemann (2002) fanden, dass die rechtsmedizinische Sektionsfrequenz im Vergleich der Jahre 1994 und 1999 mit 2% konstant blieb, während die klinisch-pathologische von 4% auf 3% sank; dabei waren deutliche Unterschiede zwischen Bundesländern erkennbar, die auf Landgerichtsebene bis zum Faktor 10 reichten.

- I Interventionsmöglichkeiten bestehen insbesondere bei allen häuslichen Pflege- und Unterstützungsarrangements mit Bezug von Leistungen nach SGB XI. Die vorhandenen Feststellungs- und Kontrollverfahren, insbesondere auch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI, sollten stärker im Sinne einer umfassenden Einschätzung der Gesamtsituation ausgebaut werden. Zu diesem Zweck müssen die in diesem Bereich tätigen Pflegekräfte entsprechend geschult werden und entsprechende Diagnose- bzw. Screening-Instrumente an die Hand bekommen. Eine entsprechende Vergütung dieser Einsätze erschiene in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich. Im Rahmen der Studie wurde anhand von Fällen, in denen derartige Einsätze zu einer Aufdeckung von Viktimisierungssituationen geführt haben, darüber hinaus deutlich, dass das Erkennen einer Gefährdungssituation durch Fachberater/Fachberaterinnen nur der erste Schritt einer möglichen Intervention sein kann. Darüber hinaus müssen bei den Pflegekassen als Leistungsträgern organisationsintern verbindliche Verfahren entwickelt werden, um eine effektive Weitergabe entsprechender Informationen und eine zeitnahe Reaktion sicherzustellen. Dies beinhaltet, dass Befunde von Hausbesuchen tatsächlich Eingang in das Verwaltungshandeln des Trägers finden, dass in unklaren Fällen bestehende Verdachtsmomente weiterverfolgt werden und gegebenenfalls andere einschlägige Institutionen mit einbezogen werden (Sozialdienste, Vormundschaftsgerichte usw.).
- I Bedeutsam erscheinen Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Identifikation früher Indikatoren und Gefährdungsmarker, die nach entsprechender Schulung von hierfür infrage kommenden Berufsgruppen – insbesondere Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften – eingesetzt werden können. Mit dem *Elder Abuse Suspicion Index – EASI* (Yaffe, Lithwick, Wolfson & Podnieks, 2004; Yaffe, Weiss, Wolfson & Lithwick, 2007) existiert ein solches (englischsprachiges, aber angesichts der geringen Itemzahl⁴⁷⁵ vergleichsweise unaufwendig zu übersetzendes) kurzes Screening-Instrument für Ärztinnen und Ärzte, das derzeit erprobt wird. Ähnlich aufgebaute Instrumente wurden auch andernorts und für andere Zielgruppen entwickelt (so der *Caregiver Abuse Screen* und der *Indicators of Abuse Screen* von Reis & Nahmiash, 1995; 1998). Die Chancen derartiger Screening-Instrumente bestehen darin, Praktikerinnen und Praktikern Werkzeuge an die Hand zu geben, mit denen sie in einem überschaubaren Zeitraum und nach einheitlichen Regeln Hinweise auf das Vorhandensein von Gewaltvorkommnissen gewinnen können. Probleme und Risiken bestehen in einer mechanischen Anwendung (als vermeintlich objektives „Messinstrument“ und nicht als Hilfsmittel in einem komplexen diagnostischen Prozess) sowie in dem Spannungsverhältnis zwischen Zeitökonomie (i. e. Kürze und rasche Handhabbarkeit) und dem Potenzial eines Screening-Instruments, mit seiner Hilfe eine verlässliche Einschätzung des jeweiligen Phänomens vorzunehmen.

Frage einschlägiger Melde- und Anzeigepflichten: Im Kontext der Frage nach Möglichkeiten eines frühen Erkennens von Viktimisierungen und Viktimisierungsgefahren in der Pflege stellt sich auch die Frage, inwieweit Melde- und Anzeigepflichten Potenziale haben, Pflegebedürftige vor Viktimisierungen zu schützen.

⁴⁷⁵ Bei der Entwicklung des lediglich sechs Fragen umfassenden Instruments wurde der Limitierung der Zahl der Fragen hohe Priorität beigemessen; teilweise wurde dies allerdings gewissermaßen durch eine komplexe Struktur der einzelnen Fragen erkaufte.

Derartige Anzeigepflichten existieren in mittlerweile allen US-Staaten (zur einschlägigen Gesetzgebung vgl. Moskowitz, 1998). Israel hat sich zu entsprechenden Regelungen entschlossen (vgl. Doron, Alon & Offir, 2004), während andere Länder mit einer ebenfalls langen Tradition der Thematisierung von *elder abuse* sich zu gesetzlich verankerten Anzeigepflichten bislang nicht durchringen konnten bzw. entsprechenden Konzepten ablehnend gegenüberstehen (vgl. Filinson, 2006, und Kurrle, 2005, zur Lage in Großbritannien und Australien). Die Schutzbestimmungen in den USA richten sich je nach Bundesstaat an sehr unterschiedlich definierte Personenkreise; während die Gesetze in einigen Staaten alle in ihren Fähigkeiten über das übliche Maß hinaus eingeschränkten Erwachsenen schützen, setzen andere Bundesstaaten eine untere Altersgrenze von 60 (so z. B. in Connecticut) oder 65 (so z. B. in Kalifornien) fest.

Die praktische Wirksamkeit dieser Gesetze im Hinblick auf Gewaltvermeidung wird von vielen Experten/Expertinnen jedoch skeptisch eingeschätzt. Die hierfür vorgebrachten Gründe sind vielfältig: Ärztinnen und Ärzte meldeten selten *Elder-Abuse*-Verdachtsfälle, weil sie mit den einschlägigen Bestimmungen nicht vertraut seien (Vinton, 1993), weil sie den Zeitaufwand scheuten, weil sie die nach einer Meldung verfügbaren Hilferesourcen für unzureichend hielten, weil sie fürchteten, ihre Patientinnen und Patienten damit zu kränken und weil sie an ihren eigenen Wahrnehmungen zweifelten. Das Erkennen von Misshandlungen sei nur in manchen sehr eindeutigen Fällen von Körperverletzung einfach (Lachs & Fulmer, 1993) und die Opfer hätten oft nur ein geringes Selbstbewusstsein, nähmen Vorfälle nicht als Gewalt wahr, schrieben sich selbst Schuld zu, wollten ihre Verletzlichkeit nicht zu erkennen geben oder ihrer Familie gegenüber loyal sein, sähen keine Hilfemöglichkeiten oder fürchteten die Folgen nicht gewünschter Interventionen (Kleinschmidt, 1997). Kritisch wird gegen Meldeverpflichtungen eingewandt, derartige Gesetze seien nach dem Vorbild von Gesetzen zum Schutz von Kindern konstruiert und offenbarten stereotype Vorstellungen über die Rechte und die Fähigkeiten alter Menschen (Crystal, 1987). *Mandatory reporting* könne infantilisierend wirken und kontraproduktive Effekte zeitigen; dazu gehöre die Angst der Opfer, die Meldung könne letztendlich zu ihrer stationären Unterbringung führen (Kleinschmidt, 1997, S. 465; vgl. dazu auch Faulkner, 1982). Meldepflichten können Autonomie und Privatsphäre älterer Menschen beeinträchtigen. Sie belasten Arzt-Patienten-Beziehungen und können dazu führen, dass ärztliche Hilfe nicht aufgesucht wird (Kleinschmidt, 1997). Kritiker betrachten die US-Meldegeseetze als einen Fall symbolischer Politik, die eine Illusion von Fortschritt bei der Bewältigung einer komplexen Problematik erzeuge (Crystal, 1987, S. 66). Als im Vergleich zu Meldepflichten relevanter in Bezug auf die Anzahl der bearbeiteten (und substanziierten) Fälle erwies sich in einer Untersuchung die Frage, ob die gemeldeten Fälle behördlich nachverfolgt wurden (Daly, Jogerst, Brinig & Dawson, 2003; Jogerst, Daly, Brinig, Dawson, Schmuch & Ingram, 2003).⁴⁷⁶

⁴⁷⁶ Die Arbeitsgruppe kommt in einer neueren Untersuchung zu behördlich bearbeiteten Fällen von *domestic elder abuse* in 47 US-Bundesstaaten zu dem Schluss, dass in den 42 Staaten mit entsprechenden Meldeverpflichtungen die Zahl der einschlägigen Untersuchungen durch *Adult Protective Services* pro 1.000 ältere Bürger/Bürgerinnen im Jahr 1999 höher lag als in den 5 Staaten ohne *mandatory reporting* (5,8 gegenüber 3,0 Untersuchungen). Die Anteile substanziiertter Fälle an allen Fällen waren in beiden Staatengruppen etwa gleich hoch (mit Meldeverpflichtung 44,4%, ohne Meldeverpflichtung 48,5%). Es erwies sich dabei als unerheblich, ob die Verpflichtung sich an jedermann oder nur an bestimmte Berufsgruppen (wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Bankmitarbeiterinnen und -mitarbeiter) richtete. Bedeutsamer als das Vorhandensein von Meldeverpflichtungen war allerdings die Frage, inwieweit in einem Staat die weitere Bearbeitung von bei APS eingegangenen Meldungen behördlich nachverfolgt wird. Staaten mit einem solchen „tracking“ (n=16) hatten nicht nur höhere Untersuchungsraten (7,3 gegenüber 4,5 je 1.000 Ältere), sondern zudem auch höhere Substanzierungsrate (57,3% gegenüber 38,2%) (Daly, Jogerst, Brinig & Dawson, 2003; Jogerst, Daly, Brinig, Dawson, Schmuch & Ingram, 2003).

Vor allem in Bezug auf Personen, die offensichtlich nicht in der Lage sind, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen und/oder Anzeige zu erstatten – dies gilt insbesondere für die wachsende Gruppe der Demenzkranken – kann das in Deutschland vorrangige Prinzip der Achtung vor der Autonomie des Opfers und vor der Vertraulichkeit etwa von Arzt-Patienten-Beziehungen problematisch werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der meisten Berufsgruppen, die mit älteren Menschen regelmäßig beruflich Kontakt haben und potenziell von Gewaltsituationen erfahren können, unterliegen den Vorschriften zur Verletzung von Privatgeheimnissen in § 203 StGB. Die von der Bundesregierung Ende der 80er-Jahre eingesetzte Gewaltkommission hat in einem ihrer Schlussgutachten die „Einführung von gesetzlich präzisierten Melderechten für Ärzte und andere Berufsgruppen, die einer Schweigepflicht unterliegen, bei Kindes-, Partner- und Altersmisshandlung“ befürwortet (Schwind, Baumann, Schneider & Winter, 1990, S. 185). Eine *Meldepflicht* wurde hingegen abgelehnt. Auf keinen Fall wollte man das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt bzw. Pfleger und Patient dadurch gefährden, dass Erstere gesetzlich und unter Strafandrohung zu einer Mitteilung an Polizei oder Staatsanwaltschaft gezwungen werden (vgl. zu den Vorschlägen der Gewaltkommission auch Dieck, 1993).

Die Erfahrungen mit den amerikanischen Meldebestimmungen und die zumindest gegenüber der Gruppe der Älteren als Kollektiv unangemessenen Parallelen zum Umgang mit Gewalt an Kindern stützen die seinerzeit von der Gewaltkommission vertretene Position. Generell gilt es, das Verhältnis von Maßnahmen in den Bereichen „Gewalt gegen Frauen“, „Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen Ältere“ differenziert zu betrachten (vgl. auch Wolfe, 2003). Als problematisch erscheint es insbesondere, wenn „Alter“ das alleinige Kriterium für die Norm ist⁴⁷⁷ und es um eine unmittelbare Meldepflicht gegenüber Strafverfolgungsbehörden – oder mit ähnlichen Kompetenzen ausgestattete Behörden – geht. Hingegen sollte die Frage, mit welchen – auch rechtlichen – Mitteln die Chancen einer frühzeitigen Reaktion auf Gefährdungen jener Personen, die selbst nicht in der Lage sind, sich um Hilfe zu bemühen, weiter diskutiert werden.

(3) Vernetzte Prävention und Intervention auch im Hinblick auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsprobleme in der Pflege

Die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie zeigen, dass in Fällen von Viktimisierungen in häuslichen Pflegesettings selbst unter Einbeziehung relevanter Akteure und Institutionen begonnene Interventionen oftmals nur schleppend oder nicht durchgreifend erfolgten bzw. umgesetzte Interventionslösungen oftmals keine Wirkung im Sinne der Verhinderung weiterer Gewalttaten erzielten. Verzögerungen bzw. unterbrochene Interventionsketten sind zum einen auf das Vorgehen der einzelnen Fallbeteiligten zurückzuführen. In den Einzelfallberichten wurden zum anderen Kommunikationsmängel innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationen und Institutionen, langwierige Verfahrenswege sowie ungeklärte Zuständigkeiten als Ursachen für entsprechende Verzögerungen bzw. nicht weiterverfolgte Interventionen deutlich. Teilweise nahmen eingeschaltete Institutionen (z. B. Vormundschaftsgerichte oder Pflegekassen) verfügbare Informationen nicht zum Anlass, einen gemeldeten Fall von Viktimisierung zu verfolgen und auf eine Intervention hinzuwirken. Es wurde aber auch deutlich, dass Informationen über manifeste oder vermutete Viktimisierungen bzw.

⁴⁷⁷ Der in Großbritannien gebräuchliche Terminus „Protection of Vulnerable Adults“ (POVA) stellt nicht das Alter, sondern besondere Verletzbarkeit (vor allem aufgrund körperlicher und intellektueller Einschränkungen) in den Mittelpunkt und könnte für künftige deutsche Diskussionen wegweisend sein.

über Fallverläufe sowohl organisationsintern als auch zwischen den beteiligten Institutionen nicht zuverlässig weitergeleitet wurden. Die Verfügbarkeit entsprechender Informationen für alle fallbeteiligten Personen und Institutionen ist aber für die Einschätzung der Gefährdungssituation sowie die Wahl einer angemessenen Interventionslösung hoch relevant.

In der Praxis des Umgangs mit dem sozialen Problemfeld „*elder abuse*“ werden vor diesem Hintergrund seit geraumer Zeit der Verbesserung der Lage der Betroffenen nicht dienliche Fragmentierungen der Problem- und Fallbearbeitung beklagt und entsprechende Institutionen- und Disziplinengrenzen überschreitende Arbeitsweisen angemahnt. So empfehlen Anetzberger, Dayton, Miller, McGreevey & Schimer (2005) die systematische Zusammenarbeit von Sozialarbeitern, Ärzten, Pflegefachkräften und Juristen; ähnliche Konzepte finden sich z. B. in den Arbeiten von Bond (2004), Brandl, Dyer, Heisler, Otto, Stiegel & Thomas (2006; 2007), Dubble (2006), Nerenberg (2003) und Wolf & Pillemer (1994). Aravanis & Downs (2002) charakterisieren den Wissensaustausch zwischen *Adult Protective Services* und anderen Diensten (in Bereichen wie Finanzen, Recht, Medizin, Sozialarbeit) als wesentlich für die Schaffung umfassender Präventions- und Interventionssysteme.

Insbesondere in den USA ist es nicht alleine bei der programmatischen Forderung nach einer Professions- und Institutionsgrenzen überschreitenden Bearbeitung der *Elder-Abuse*-Problematik geblieben.

Bereits 1997 beschrieben Dayton, Anetzberger & Matthey modellhaft die Kooperation zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und amerikanischen *Adult Protective Services*. Die von Teaster, Nerenberg & Stansbury (2002) untersuchten multidisziplinären Teams waren zum Teil in ihrem Aufgaben- und Themenbereich eng umgrenzt (als *Fatality Review Teams* mit der Aufgabe der Klärung von Todesursachen oder als auf den Bereich von Vermögensdelikten konzentrierte *Financial Abuse Specialist Teams*), andere deckten den gesamten Bereich der Elder-Abuse-and-Neglect-Problematik ab. Wiglesworth, Mosqueda, Burnight, Younglove & Jeske (2006) berichten über das 2003 von der University of California in Irvine eingerichtete *Elder Abuse Forensic Center* (EAFC), dem Pilotcharakter für die gesamten USA zugeschrieben wird. Zentrales Ziel dieses Zentrums ist es, die Kooperation zwischen *Adult Protective Services*, Strafverfolgungsbehörden, verschiedenen Institutionen aus dem Bereich von Gesundheitsdienstleistungen sowie psychosozialen Einrichtungen, Ombudsleuten etc. zu verbessern. In einer Befragung von 246 Teammitgliedern zu 86 von ihnen bearbeiteten Fällen der Viktimisierung von Personen der Altersgruppe ab 65 Jahren beurteilten die Befragten die durch Gründung des EAFC erreichte Effizienzsteigerung positiv. Mosqueda, Burnight, Liao & Kemp (2004) beschreiben die Arbeit des *Vulnerable Adult Specialist Team* (VAST) in Orange County, Kalifornien. Es handelt sich um ein aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen zusammengesetztes Team, dessen Aufgabe darin besteht, in konkreten Fällen *Adult Protective Services* (APS) und Strafverfolgungsbehörden medizinische Expertise zur Verfügung zu stellen.⁴⁷⁸ Besonders hervorzuheben ist an diesem Modell die Integration von medizinischen und sozialen Diensten und Strafverfolgungsinstanzen.

⁴⁷⁸ Im ersten Jahr des Projekts wurden 98 Fälle, im zweiten Jahr 171 Fälle an VAST verwiesen; 89% der Fälle kamen von APS. Ältere Opfer wurden durch VAST untersucht und begutachtet. 79% derjenigen, die Fälle an VAST vermittelt hatten, bewerteten das Team als hilfreich.

Die Problematik der Vernetzung wurde bereits im Kontext des Problemfeldes der Nahraumgewalt gegen ältere Menschen erörtert. In Bezug auf pflegebedürftige Ältere – und insbesondere wenn Viktimisierungen von Pflegebedürftigen auch im Kontext von Partnergewalt stehen – ist der Bedarf an institutionenübergreifender Zusammenarbeit noch dringender, da hier regelmäßig oder jedenfalls häufig weitere Professionen und Einrichtungen tangiert sind (Pflegedienste, Ärztinnen und Ärzte, rechtliche Betreuerinnen und Betreuer etc.).

Die Notwendigkeit interdisziplinären und institutionenübergreifenden Handelns ergibt sich im Wesentlichen aus der Komplexität einschlägiger Fälle und der Vielzahl daran beteiligter bzw. grundsätzlich zuständiger Akteure, der Breite des Problemspektrums (im Hinblick auf Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Schwere etc.) sowie dem prononcierten Doppelcharakter von *elder abuse* als soziales und strafrechtliches Problem. Im Kern geht es um die Intensivierung der Zusammenarbeit dreier professioneller und institutioneller Sphären, nämlich (1) Medizin, Pflege, Gesundheitsversorgung, (2) psychosoziale Einrichtungen und Professionen sowie (3) Polizei und Justiz.⁴⁷⁹

Ideal sind in Fallkonferenzen zusammenarbeitende multidisziplinäre Teams mit einer gemeinsamen Zieldefinition und gemeinsam getragener Verantwortlichkeit, einander wechselseitig ergänzenden Perspektiven, Erfahrungen, Fähigkeiten und Handlungsoptionen.⁴⁸⁰ Neben Teams, die innerhalb des *Elder-Abuse*-Bereichs ein breites Fallspektrum abdecken, gibt es – wiederum insbesondere in den USA (vgl. Nerenberg, 2003) – spezialisierte Teams, die sich auf finanzielle Ausbeutung älterer Menschen, eine möglichst fehlerfreie Todesursachenfeststellung oder auf den Schutz vor Vernachlässigung in Heimen und Kliniken konzentrieren.

(4) Viktimisierungsprävention und Opferhilfe durch Instanzen formeller Sozialkontrolle

Wenngleich kaum vorstellbar (und auch kaum wünschenswert) ist, dass das Problemfeld der Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger jemals an zentraler Stelle von Polizei und (Straf-)Justiz bearbeitet werden wird, stellt sich – gerade angesichts der in der Studie deutlich gewordenen Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen verschiedenen Grundtypen der Opferwerdung Älterer in Pflegebeziehungen und damit verknüpften differenzierten Handlungsbedarfs – die Frage, welchen Beitrag die Instanzen der formellen Sozialkontrolle leisten können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt – darauf weisen die Ergebnisse der Interviewstudie hin – werden Polizei und Justiz in Fällen von Misshandlung oder Vernachlässigung in der Pflege nur selten und ganz überwiegend bei schweren Misshandlungsvorkommnissen hinzugezogen.

⁴⁷⁹ In Einzelfällen können auch weitere Institutionen, wie beispielsweise Banken, involviert sein.

⁴⁸⁰ Die Studie von Daly, Jogerst, Haigh, Leeney & Dawson (2005) weist auf professionsspezifische Potenziale und Begrenzungen hin. Die Wissenschaftler fanden, dass in jenen US-Bundesstaaten, in denen *Caseworker* von *Adult Protective Services* (APS) einen sozialarbeiterischen Abschluss benötigten, die Rate untersuchter Fälle von *elder abuse* höher war als in anderen Staaten, zugleich aber die Rate bestätigter Fälle niedriger lag; Daly et al. führen dies darauf zurück, dass eine sozialarbeiterische Ausbildung für *Elder-Abuse*-Vorkommnisse sensibilisieren kann, aber für Ermittlungs- und Nachweisaufgaben weniger qualifiziert. Eine Kombination von Kompetenzen in beiden Bereichen (sensibles Erkennen einschlägiger Fälle und kompetente Nachweisführung) kann hier zu positiven Ergebnissen führen.

Polizei: Während Prävention insbesondere im Hinblick auf Eigentums- und Vermögensdelikte sowie Raubstraftaten an Älteren seit Langem fester Bestandteil polizeilicher Arbeit ist, rückt die Gruppe der Pflegebedürftigen erst langsam ins polizeiliche Blickfeld.⁴⁸¹ Das erste und fundamentale Problem für eine polizeiliche Bearbeitung von Fällen der Vernachlässigung, finanziellen Ausbeutung, Misshandlung oder Tötung Pflegebedürftiger besteht darin, dass – insbesondere bei Taten im häuslichen Umfeld – die Wahrscheinlichkeit der Anzeigeerstattung gering und die Möglichkeiten einer proaktiven Fallkenntnisnahme durch die Polizei in den meisten Fällen so gut wie nicht vorhanden sind. Werden dennoch Fälle der Viktimisierung Pflegebedürftiger polizeilich bekannt, treffen die Beamtinnen und Beamten vielfach auf schwierige Ermittlungssituationen, die u. a. durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein können:

- I (Opfer-)Zeugen sind nicht oder nur eingeschränkt befragbar.
- I Die Opfer sind zu einer Anzeigeerstattung nicht oder nur unter Schwierigkeiten in der Lage; dementsprechend gibt es wenig polizeiliche Ermittlungsansätze und die Zeiträume zwischen der Tat und der dann doch auf irgendeiner Weise zustande gekommenen Kenntnisnahme durch die Strafverfolgungsbehörden sind oft lang.
- I Tatfolgen sind von Folgen von Erkrankungen und Behinderungen vielfach nur schwer zu unterscheiden. Dies gilt insbesondere für Fälle der Vernachlässigung, etwa das Entstehen von Dekubitus bei bettlägerigen Pflegebedürftigen; hier gehen auch die Meinungen in der Fachwelt auseinander, inwieweit Dekubitus stets durch entsprechende Pflege vermeidbar und insofern als Beleg für pflegerische Versäumnisse zu werten sei (vgl. Großkopf, 2003; Marx, 2002; Schmidt, Driever, Hirsch & Madea, 2005).
- I Insbesondere bei Fällen in stationären Einrichtungen, bei denen es nicht um aktive Gewaltanwendung, sondern um Körperverletzung durch Unterlassen geht (z. B. unzureichende Dekubitusprophylaxe und -behandlung), bestehen Probleme des Nachweises der Verantwortlichkeit für Nichthandlungen in einem komplexen Hierarchie- und Verantwortlichkeitsgefüge.⁴⁸²
- I Oftmals bestehen Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Opfern und Tätern, die von Bedeutung für den Verlauf und die Ergebnisse polizeilicher Ermittlungen sind.

481 Zur Frage der Sensibilisierung von Polizei und Justiz für den Deliktsbereich „*elder abuse*“ vgl. auch Heisler & Stiegel (2005), Plotkin (1996).

482 Ein Fallbeispiel hierzu (aus der Studie von Görgen, 2003a; 2004b; 2006): Die Tochter einer Heimbewohnerin erstattet bei der StA Anzeige: Bei ihrer zuvor im Heim lebenden Mutter seien bei der Einlieferung in ein Krankenhaus Dekubitus an Ferse und Steiß sowie Austrocknung und Unterernährung festgestellt worden. „Ich bitte Sie, der Sache nachzugehen, da meiner Meinung nach das Pflegepersonal meiner Mutter schweren Schaden zugefügt hat.“ Die Ermittlungen richten sich gegen den Heimleiter, die Pflegedienstleiterin und die Wohnbereichsleiterin. In seiner polizeilichen Vernehmung bezeichnet sich der Heimleiter als „reinen Verwaltungsmann“. Auch als der inzwischen im Ruhestand befindliche Heimleiter fast eineinhalb Jahre später als Beschuldigter von der Polizei vernommen wird, beruft er sich darauf, er sei „Verwaltungsdirektor (...) und nicht Pflegedirektor“ gewesen. Die ebenfalls beschuldigte Pflegedienstleiterin sagt, sie habe sich auf die Feststellungen des Personals verlassen müssen. Die Wohnbereichsleiterin schließlich sagt zur Frage der Verantwortlichkeit: „Eigentlich bleibt die Sache an mir hängen, ich bin die Dumme, und an dem Pflegepersonal“. Letztlich wird das Verfahren gegen alle drei Beschuldigten in der Hauptverhandlung „im allseitigen Einverständnis“ nach § 153 Abs. 2 StPO auf Kosten der Staatskasse eingestellt.

I Durch Polizei- und Ordnungsrecht bzw. durch das Gewaltschutzgesetz bereitgestellte Instrumente, die auf eine mindestens vorübergehende Trennung von Täter und Opfer (bei Verbleib des Opfers im gewohnten Umfeld) abzielen, sind in Situationen, in denen das Opfer dauernder Pflege und Hilfe bedarf und diese vom Täter oder der Täterin geleistet wird, nur bedingt einsetzbar (bzw. verursachen „Folgekosten“, da die Versorgung des pflegebedürftigen Opfers anders organisiert werden muss).

Zudem handelt es sich bei älteren Pflegebedürftigen um eine Opfergruppe, mit der Polizeibeamtinnen und -beamte bislang noch kaum vertraut sind, für die wenige Handlungsroutinen entwickelt wurden. Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass polizeilicherseits Unsicherheiten bestehen, ob und in welcher Form die Polizei für Delikte im Pflegebereich zuständig ist. In einigen Fällen stuften involvierte Polizeibeamtinnen und -beamte das berichtete Ereignis nicht als Officialdelikt und nahmen daher keine Ermittlungen auf.

Die Situation ist in Teilen vergleichbar mit derjenigen in Bezug auf kindliche Opfer vor wenigen Jahrzehnten und mit der Frage des polizeilichen Umgangs mit Gewalt in Ehen und Partnerschaften. In beiden Feldern sind entsprechende Routinen längst implementiert, beide Felder sind Gegenstand polizeilicher Aus- und Fortbildung. Polizeiliche Fortbildung in Bezug auf die immer größer werdende Gruppe der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen tut daher not. Soweit polizeilicherseits gewisse Berührungspunkte vorhanden sind, muss alles getan werden, diese abzubauen. Fortbildungen müssen sich sowohl auf die spezifische Personengruppe „Pflegebedürftige“ beziehen (Krankheitsbilder und deren Bedeutung für Kenntnisnahme und Bearbeitung einschlägiger Fälle) als auch auf deren Milieus und Lebenssituationen. Es muss deutlich werden, dass es sich um eine sehr spezifische Opfergruppe handelt, dass etwa, soweit es sich bei Straftaten um Antragsdelikte handelt, kein Antrag erwartet werden kann, wenn das Opfer aufgrund seiner gesundheitlichen Verfassung und seines Angewiesenseins auf den Täter oder die Täterin dazu nicht in der Lage ist. Insbesondere im Hinblick auf demenziell erkrankte Opfer besteht möglicherweise die Gefahr, dass Aussagen Pflegebedürftiger vorschnell als unbegründet beurteilt werden und Ermittlungen unterbleiben.⁴⁸³ Neben Wissen über das Problemfeld sollten in Fortbildungen auch Interventionsmöglichkeiten und geeignete Ansprechpersonen bzw. polizeiliche Kooperationspartner thematisiert werden. Im Hinblick auf das (möglichst frühzeitige) Erkennen von Fällen der Viktimisierung hochaltriger und pflegebedürftiger Personen sowie auf polizeiliche Intervention und Ermittlungstätigkeit in derartigen Fällen erscheint es mittelfristig erforderlich, entsprechende Leitlinien zu erarbeiten und zu implementieren.

483 Auch hierzu ein Fallbeispiel aus der Studie von Görden (2003a; 2004b; 2006): Eine Pflegekraft in einer stationären Altenpflegeeinrichtung wird beschuldigt, eine hochbetagte Bewohnerin geschlagen und beleidigt zu haben. Die Vorfälle sollen sich nach Berichten einer ehemaligen Kollegin, die sich an die Polizei gewandt hatte, im Speisesaal des Heimes in Gegenwart anderer Bewohnerinnen und Bewohner zugetragen haben. Der Leiter des Wohnbereiches, in dem die Tatverdächtige tätig ist, sagt gegenüber der Polizei aus, das mutmaßliche Opfer könne aufgrund ihrer schlechten geistigen Verfassung sicher nicht zu einem solchen Vorfall aussagen. Zwei von der Anzeigerstatterin namentlich benannte hochaltrige Bewohnerinnen schätzt er hingegen so ein, dass sie sich an entsprechende Vorkommnisse würden erinnern können. Er fügt hinzu: „Ich bin der Meinung, dass die beiden Damen – sollten sie von der Polizei vernommen werden – sich über Gebühr erregen würden. Zumal Frau X. [i. e. die Tatverdächtige] ja noch immer in meinem Wohnbereich tätig ist und unsensible Ermittlungen in unserem Wohnbereich das Klima nachhaltig beeinträchtigen könnten“. Vonseiten der Polizei wird kein [aktenkundiger] Versuch unternommen, die mutmaßlich Geschädigte oder die namentlich benannten potenziellen Zeuginnen zu befragen. Das Verfahren wird nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

Straftaten an Pflegebedürftigen sind ein Deliktsbereich, bei dem die Polizei – um überhaupt Kenntnis von einschlägigen Vorkommnissen und Gefährdungen erlangen zu können – in besonderem Maße auf Kooperation mit Akteuren anderer Professionen und anderer institutioneller Zugehörigkeiten angewiesen ist (wobei der aus dem Legalitätsprinzip erwachsende Verfolgungszwang zugleich ein Kooperationshindernis darstellen kann). Polizei kann sich hier als Ansprechpartner für gravierende Verdachtsfälle anbieten und ihre Zuständigkeit auch für diesen Bereich von „Gewalt hinter verschlossenen Türen“ deutlich machen.

Justiz: Im Zusammenhang mit der Intervention in Fällen von Viktimisierungen in häuslichen Pflegebeziehungen ist vor allem die Rolle von Vormundschaftsgerichten bzw. die Institution der Betreuung zu thematisieren. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass insbesondere gesetzliche Betreuungen ein wichtiges Instrument zum Schutz von Pflegebedürftigen vor Vernachlässigung und Viktimisierung sein können. Als problematisch erwies sich aber anhand von Fallberichten die teilweise zu langsame Bearbeitung von Fällen durch Vormundschaftsgerichte, in denen die Einrichtung einer Betreuung zur Abwehr akut vorliegender Gefährdungen dringend erforderlich war. Auf der anderen Seite wurde deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung auch als Machtinstrument bzw. zum eigenen Vorteil sowohl von Institutionen als auch Privatpersonen missbräuchlich eingesetzt werden kann. Von daher müssen wirksame Instrumente gefunden werden, die sicherstellen, dass gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer zum Wohle der Betroffenen handeln bzw. dass in Fällen, in denen dies nicht geschieht, andere Betreuer/Betreuerinnen bzw. verbindliche Beschwerdeverfahren verfügbar sind.

Im Sinne einer generellen Stärkung des Beitrags der Justiz zur Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige kommen u. a. Maßnahmen in folgenden Bereichen in Betracht:

- Integration der Thematik in die Juristenaus- und -fortbildung
- Ausbau von Sonderzuständigkeiten auf Verfahrensebene, z. B. Einrichtung von Dezernaten für Straftaten an Seniorinnen und Senioren oder an in besonderer Weise hilflosen und schutzbedürftigen Erwachsenen bei den Staatsanwaltschaften
- Ausbau und verstärkter Einsatz von Instrumenten zur Kontrolle der Tätigkeit gesetzlicher Betreuerinnen und Betreuer

Strafjustizielle Interventionen stehen natürlich grundsätzlich vor den gleichen Problemen, die bereits im Hinblick auf die Perspektiven einer polizeilichen Bearbeitung des Problemfeldes skizziert wurden. Jedoch beschränken sich die Möglichkeiten der Kontrolle via Recht nicht auf das Strafrecht. Zu denken wäre etwa an 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. In jüngster Zeit diskutiert wird aber vor allem die mögliche Rolle des Familienrechts, dessen Instrumente in dem in mancher Hinsicht verwandten Problemfeld der Kindesmisshandlung seit Langem etabliert sind. Diese Thematik wird im nächsten Abschnitt gesondert behandelt.

(5) Maßnahmen im Bereich familienrechtlicher Interventionen:

Insbesondere die mittlerweile emeritierte Frankfurter Familienrechtlerin Gisela Zenz hat in den letzten Jahren immer wieder die Frage aufgeworfen, welchen Beitrag das Familienrecht zum Schutz betagter und pflegebedürftiger Menschen leisten kann und in welchem Maße rechtliche Regelungen und praktische Maßnahmen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf durch körperliche, intellektuelle oder psychische Einschränkungen in besonderer Weise hilfebedürftige Erwachsene sinnvolle Parallelen finden können (vgl. dazu die Arbeiten von Zenz, 2000; 2003; 2006; 2007; 2008).

Zenz charakterisiert zunächst pflegebedürftige alte Menschen – ob in der Familie oder in einer stationären Pflegeeinrichtung – als „systematisch Schwächere“, für die daher ein spezifisches Risiko besteht, Opfer von Gewalt in Form von Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden. Diese Gewalt kann ganz unterschiedliche Ursachen und Entstehungsbedingungen haben, kann biografisch verankert sein, in der konflikthaften Vorgeschichte der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen wurzeln oder auch überlastungsinduziert sein. Ihre Existenz wirft die Frage auf, inwieweit Erfahrungen im Gewaltschutz für Kinder auf die Problematik insbesondere der familialen Viktimisierung Pflegebedürftiger übertragen werden können.⁴⁸⁴ „Im Verbund von Familien- und Jugendhilferecht“ sei „inzwischen ein differenziertes System von Rechtsnormen, Verfahren und Institutionen zum Schutz von Kindern vor Gewalt und Vernachlässigung sowie zur Gewährleistung von (Erziehungs-)Hilfen für überforderte Eltern geschaffen worden.“ (Zenz, 2008, S. 5). Besondere Eingriffsmöglichkeiten des Familienrechts bestehen darin, dass bei einer Gefährdung des Kindeswohls die Eltern, sofern sie die Gefahr nicht abwenden können oder wollen, gerichtlich verpflichtet werden können, seitens des Jugendamtes für notwendig erachtete Hilfen (Tagesbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfe etc.) anzunehmen; sollte dies nicht ausreichen, ist auch die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie oder einem Heim möglich (§§ 1666, 1666a BGB). „Im Fall einer akuten Gefährdung kann (und muss) das Jugendamt das Kind auch ohne richterlichen Beschluss aus der Familie heraus- und ‚in Obhut‘ nehmen. Die gerichtliche Überprüfung ist dann nachzuholen (§ 42 SGB VIII).“ (Zenz, 2008, S. 6). Zenz erachtet eine „Überprüfung der Frage, ob das Familienrecht, flankiert vom Sozialrecht, auch den Schutzbelangen alter, insbesondere versorgungsabhängiger und pflegebedürftiger Menschen Rechnung tragen kann und muss und ob insoweit vorhandene Schutzmechanismen ergänzt werden müssen“ für „dringend erforderlich“ (Zenz, 2008, S. 6 f.).

⁴⁸⁴ Bei der Entwicklung von Instrumenten des Kinderschutzes komme – so Zenz (2008, S. 5) – „dem ‚Wächteramt‘ des Grundgesetzes besondere Bedeutung zu: Über ‚Pflege und Erziehung der Kinder‘ wacht nach Artikel 6 Absatz 2 Grundgesetz die staatliche Gemeinschaft. Darauf basiert der zunehmende Ausbau familien- und verfahrensrechtlicher sowie sozialrechtlicher Kinderschutzvorschriften.“ Seit 1998 ist das Recht von Kindern auf eine gewaltfreie Erziehung im § 1631 Abs. 2 BGB ausdrücklich verankert.

Der Deutsche Familiengerichtstag hat sich im Jahr 2005 (gestützt u. a. auf die Expertise von Pfeiffer, Görgen & Höynck, 2006) mit dieser Thematik befasst. Im Hinblick auf die Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige hat der Arbeitskreis 15 (Familiale Gewalt im Alter) eine ausdrückliche gesetzliche Gewährleistung des Rechts auf gewaltfreie Pflege vorgeschlagen.⁴⁸⁵

Von besonderem Interesse sind die im Hinblick auf Intervention in Gewaltfällen entwickelten Konzepte. Vorgeschlagen wird eine frühzeitige fachlich kompetente Beratung, wie sie nunmehr über die Einrichtung von Pflegestützpunkten sichergestellt werden könnte. „Wenn sich aber Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine pflegebedürftige Person zum Opfer von Gewalt wird und Hilfeangebote erfolglos sind, sollen Beratungsstellen – ähnlich wie heute Jugendämter in entsprechenden Fällen von ‚Kindeswohlgefährdung‘ – verpflichtet sein, das Familiengericht anzurufen. Das Familiengericht hätte dann die Einleitung eines Verfahrens zu prüfen und Ermittlungen zur Einschätzung der Gefährdungssituation anzustellen. Im Bedarfsfall hätte es Hilfen, Beratung oder Mediation zu vermitteln oder sonstige Maßnahmen zu ergreifen, um die Gefährdung abzuwenden, wie zum Beispiel die Verpflichtung zu regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen oder auch ein Hausverbot für einen gewalttätigen Angehörigen. Dabei dürften Maßnahmen gegen den Willen des betroffenen alten Menschen nur in eng definierten Ausnahmefällen in Betracht kommen – vor allem dann, wenn aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen der Einsichts- oder Entscheidungsfähigkeit auch die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung angezeigt ist.“ (Zenz, 2008, S. 12). Der Vorstand des Deutschen Familiengerichtstages ist den Konzepten des Arbeitskreises insofern gefolgt, als er eine Überprüfung der Möglichkeiten familien- und sozialrechtlicher Regelungen und Verfahrensweisen wie sie zum Schutz von Frauen und Kindern vor Gewalt entwickelt wurden, befürwortet. Zugleich hat er dem Spannungsverhältnis von Autonomie und Schutz alter Menschen besondere Bedeutung beigemessen.

Derartige Überlegungen sind wichtig, vor allem für jene Bereiche von familialer Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen, bei denen von einer auf vollständige Freiwilligkeit gestützten Fähigkeit und Bereitschaft zur Lösung des Problems nicht ausgegangen werden kann und insoweit Möglichkeiten einer forcierten Inanspruchnahme von Hilfen erwogen werden. Ein Ausbau familienrechtlicher Instrumente würde bedeuten, dass Eingriffsmöglichkeiten deutlich unterhalb der Schwelle strafrechtlicher Interventionen geschaffen bzw. verbessert werden. Dies wiederum erscheint in doppelter Hinsicht bedeutsam:

■ Viele problematische Verhaltensweisen insbesondere privater Pflegepersonen sind in ihrem Unrechtsgehalt nicht so beschaffen, dass eine (ausschließlich) polizeiliche und strafjustizielle Intervention angemessen wäre; oftmals handelt es sich etwa um Verhaltensweisen, die in ihren Folgen für die Betroffenen durchaus gravierend sein können, die ihre motivationale Grundlage aber in dem Bestreben haben, Sicherheit und Gesundheit des Pflegebedürftigen zu schützen – und dabei Aspekten von Autonomie und Selbstbestimmung vergleichsweise (zu) wenig Bedeutung beimessen.

⁴⁸⁵ „Zur Umsetzung dieses Rechts werden Information und Aufklärung über vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie der Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote gefordert, die ohne große Hürden von jedem zu nutzen sind. Verfügbar müsste insbesondere ‚zugehende‘ Beratung sein, da gerade diejenigen, die Hilfe am dringendsten brauchen, den Weg dahin oftmals nicht finden.“ (Zenz, 2008, S. 11). Gefordert werden ferner „Kooperation und Vernetzung vorhandener Institutionen, die Aufgaben im Rahmen des Gewaltschutzes haben oder übernehmen könnten: Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine, Einrichtungen der Altenhilfe, ambulante Pflegedienste und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, sozial- und gerontopsychiatrische Zentren sowie Krisen- und Notrufberatungsstellen und – nicht zuletzt – auch Vormundschafts- und Familiengerichte.“ (Zenz, 2008, S. 11).

■ Auch in jenen Fällen, in denen die Frage nach der Angemessenheit strafrechtlicher Interventionen und Sanktionen bejaht wird, stellt sich – hier wiederum vor allem im häuslichen Bereich – das Problem, dass die Möglichkeiten des Zugangs zu gewaltbelasteten Pflegearrangements für Polizei und Strafjustiz sehr beschränkt sind und mit einer Anzeigeerstattung durch das Opfer in aller Regel nicht zu rechnen ist. Auch dies spricht dafür, Mechanismen zu implementieren, die erstens an weniger strenge Voraussetzungen gebunden sind und bei denen zweitens von einer größeren Akzeptanz durch die direkt an dem Geschehen Beteiligten auszugehen ist.

Derartige Konzepte bedürfen sorgfältiger Reflexion und Diskussion. Eine Verpflichtung von Pflegeberatungsstellen, bei Verdacht auf Viktimisierungen die Familiengerichtbarkeit anzurufen, kann das Vertrauensverhältnis zwischen Beratenden und Beratungssuchenden gefährden und dazu führen, dass entsprechende Stellen in besonders kritischen Pflegesituationen nicht aufgesucht werden, obgleich hier der Hilfebedarf besonders groß ist.⁴⁸⁶

Anleihen beim Kinder- und Jugendhilferecht sind stets kritisch daraufhin zu überprüfen, inwieweit eine Übertragung von rechtlichen Regelungen sowie institutionellen Strukturen und Verfahrensweisen dem Problemfeld und den betroffenen Personengruppen angemessen ist; insbesondere muss vermieden werden, über entsprechende Regelungen neue Formen von Altersdiskriminierung zu schaffen und rechtlich abzusichern.

Es muss unmissverständlich klar sein, dass nicht (chronologisches) Alter der Bezugspunkt entsprechender Maßnahmen und Regelungen sein kann, sondern eine – im Alter gehäuft auftretende, aber aus noch so hohem Alter nicht zwingend ableitbare – besondere Verletzbarkeit, Abhängigkeit von Dritten und Einschränkungen der Fähigkeit, das eigene alltägliche Leben autonom und ohne dauerhafte fremde Hilfe zu gestalten. Es kann also nicht darum gehen, analoge Instrumentarien zur Kinder- und Jugendhilfe nun für „alte Menschen“ ab einer bestimmten Zahl von Lebensjahren zu schaffen, vielmehr die Kombination von Erwachsenenstatus und Pflegebedürftigkeit bzw. substanzialer Hilfebedürftigkeit zum Kriterium zu machen.⁴⁸⁷

(6) Maßnahmen in ambulanten Pflegediensten in Bezug auf Viktimisierungen durch Pflegekräfte:

Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention kann und sollte auch durch und in Bezug auf ambulante Dienste erfolgen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste können einerseits diejenigen sein, von denen Misshandlung und Vernachlässigung ausgeht. Andererseits hat die professionelle Pflege eine wichtige Unterstützungs-

⁴⁸⁶ Zu prüfen wäre, inwieweit auch über leistungsrechtliche Interventionen Einfluss auf Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken in der familialen Pflege genommen werden kann. Denkbar wäre, dass – nach entsprechenden Feststellungen bei der Begutachtung durch den MDK bzw. bei Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI – der Weiterbezug von Geldleistungen aus der Pflegeversicherung an die Erfüllung entsprechender Auflagen (etwa auch die Inanspruchnahme fachkundiger psychosozialer Beratung) geknüpft würde.

⁴⁸⁷ Diskussionen in Großbritannien werden ebenfalls primär entlang des Konzepts der Vulnerabilität geführt (vgl. u.a. Department of Health, 2000; Penhale & Parker, 2007; Slater, 2004) und können Anregungen auch für die Debatte in Deutschland geben. Auch die amerikanischen *Adult Protective Services* (zu diesen, ihrer Arbeitsweise und ihrer rechtlichen Fundierung vgl. u.a. Anetzberger, 2004; Byers & Hendricks, 1993; Jogerst, Daly & Ingram, 2001; National Association of Adult Protective Services Administrators, 2001; Otto, 2000; Quinn, 2005; Roby & Sullivan, 2000) sind – bei in den einzelnen US-Bundesstaaten unterschiedlicher Benennung und Ausgestaltung – in erster Linie nicht Seniorenschutzeinrichtungen, sondern Institutionen für als in besonderem Maße schutzbedürftig betrachtete Erwachsene.

und Kontrollfunktion im Hinblick auf Konfliktpotenziale, Fehlentwicklungen, Gewaltgefährdungen und entsprechende Vorkommnisse in der familialen Pflege. Einige zentrale Aspekte möglicher Prävention seien hier genannt:

- I In Bezug auf Gewalt durch ambulante Pflegekräfte bedeutsam erscheint die (Weiter-) Entwicklung einer konstruktiven Mängel- und Beschwerdekultur in Pflegediensten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Pflegebedürftige und Angehörige sollten systematisch dazu angeregt und ermutigt werden, Beschwerden vorzubringen sowie Kritik und Optimierungsvorschläge zu äußern. Neben einer solchen aktiven Beschwerdestimulierung gehören zum Beschwerdemanagement Regelungen und Maßnahmen zur Aufnahme und Bearbeitung von Beschwerden, eine in regelmäßigen Abständen durchgeführte Auswertung des Beschwerdeaufkommens sowie ein auf der Leitungsebene durchgeführtes Controlling der Beschwerdebearbeitung (Stauss & Seidel, 1998).⁴⁸⁸ Beschwerden sollten als Chancen zur betrieblichen Optimierung gesehen werden. Eine geringe Zahl von Beschwerden darf nicht als Leistungskriterium gelten; sie kann auch auf mangelnder Sensibilität und der Unfähigkeit, Beschwerden zu äußern sowie auf subtiler oder offener Unterdrückung von Beschwerden beruhen. Es sollte in den Pflegediensten Klarheit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestehen, dass eigene Probleme und Fehler angesprochen werden können (und sollen) und dass gemeinsam nach Lösungen gesucht werden wird. Klare Regelungen sind auch für den Umgang mit Feststellungen von Mängeln in Bezug auf die Arbeit von Kolleginnen und Kollegen erforderlich.
- I Künftig wird sich die externe Qualitätskontrolle in Bezug auf ambulante Dienste verbessern. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht vor, dass durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bis Ende 2010 zunächst alle stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste mindestens einmal überprüft werden. Ab 2011 erfolgt dann mindestens jährlich eine Prüfung auch der ambulanten Dienste. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sollen online gestellt werden, um die Transparenz für die Nutzerinnen und Nutzer zu erhöhen. Solche jährlich stattfindenden Prüfungen sind nur bedingt geeignet, spezifischen Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnissen unmittelbar vorzubeugen, sollten aber positive Effekte in den Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hervorbringen und so mittelfristig über eine optimierte allgemeine Qualitätssicherung auch die Gefahr der Viktimisierung Pflegebedürftiger durch ambulante Kräfte reduzieren.

7.6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Studie hat zunächst einmal deutlich gemacht, dass es zu einem „generellen Alarmismus“ in Bezug auf die objektive wie subjektive Sicherheitslage älterer Menschen keinen Grund gibt. Insgesamt leben Menschen jenseits des 60. Lebensjahres im Hinblick auf ihre Gefährdung durch Kriminalität und Gewalt sicherer als jüngere Erwachsene. Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik wie der beiden vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen in den Jahren 1992 und 2005 durchgeführten altersbezogenen Viktimisierungssurveys lassen ferner den Schluss zu, dass die in solchen Befragungen und in der PKS abgebildeten Viktimisierungsrisiken Älterer in den letzten 10–15 Jahren geringer geworden, jedenfalls nicht gestiegen sind.

⁴⁸⁸ Zum Beschwerdemanagement in der Pflege vgl. u.a. Helck (2002), Kämmer (2000), Kirchner (2002), Schlüter (2001), Schröppel & Gebauer (2001), Tinnefeldt (2005), Wehrmann (2003).

Entgegen weitverbreiteten Vorstellungen ist nicht nur die „objektive Gefährdungslage“ älterer Menschen, sondern auch ihre subjektive Gefährdungswahrnehmung wenig dramatisch und in beträchtlichem Maße durch Realitätssinn gekennzeichnet. Ältere Menschen sind, wenn sie in entsprechend differenzierter Weise danach gefragt werden, nicht kriminalitätsängstlicher als jüngere. Sie fürchten sich nicht stärker vor Straftaten; sie schätzen auch ihr subjektives Risiko, Opfer zu werden, nicht höher ein als Jüngere. Sie unterscheiden sich von Jüngeren dadurch, dass sie sich vorsichtiger verhalten, mehr Maßnahmen treffen, um Viktimisierungen zu vermeiden und dadurch ihr Risiko reduzieren. Eine Risikominderung findet auch durch mit dem Alter in Zusammenhang stehende Veränderungen im Lebensstil statt. Mit zunehmendem Alter suchen Menschen immer weniger solche (außerhäuslichen) Umgebungen auf, in denen Straftaten gehäuft begangen werden; sie haben weniger Kontakt zu jenen Personengruppen, von denen typischerweise Kriminalität ausgeht.

Dieser grundsätzlich positive Befund muss zugleich in mehrfacher Hinsicht differenziert und auch eingeschränkt werden:

Folgt man der in der Gerontologie verbreiteten Differenzierung zwischen einem dritten und einem vierten Lebensalter, beziehen sich die oben zusammenfassend berichteten, eher entdramatisierenden Befunde in erster Linie auf das „dritte Lebensalter“ – auf jene Älteren, die körperlich und kognitiv in der Regel nicht bedeutsam eingeschränkt sind, dementsprechend in großen vollstandardisierten Repräsentativbefragungen ohne Probleme erreicht werden und auch gute Chancen haben, eine an ihnen begangene Tat gegenüber den Strafverfolgungsbehörden zur Anzeige (und damit indirekt auch als Eintrag in die Polizeiliche Kriminalstatistik) zu bringen. Hingegen ist eine – methodisch sehr viel schwierigere und aufwendigere – Viktimologie des vierten Lebensalters erst im Werden begriffen (und die vorliegende Studie versteht sich als einen bescheidenen Schritt auf dem Weg dorthin). Opferforschung im Hinblick auf Hochaltrige und Pflegebedürftige steht vor allem vor der Herausforderung, dass breit angelegte Opferwerdungsbefragungen in diesem Feld von begrenzter Aussagekraft sind, vielmehr meist unterschiedliche Datenquellen und methodische Zugänge genutzt und miteinander kombiniert werden müssen, um ein aussagekräftiges Bild zu gewinnen. Dies ist nicht zuletzt insofern von Bedeutung, als die Erreichbarkeit von Personen durch standardisierte Victim-Surveys mit ihrer Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen verknüpft ist und daher eine Konzentration oder Beschränkung auf derartige Surveys zu einem unvollständigen und mutmaßlich „geschöntem“ Bild der Opferwerdungsrisiken im hohen Alter führt. Die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik erfassen selbstverständlich – soweit angezeigt – auch Straftaten an Hochaltrigen. Doch birgt die bisherige Zusammenfassung aller 60-jährigen und älteren Opfer in der PKS die Gefahr in sich, dass spezifische Viktimisierungsrisiken hochaltriger Menschen (etwa verstanden als die Altersgruppe 80+) nicht erkannt werden, weil sie bei dieser Art der Aufbereitung gewissermaßen in den anders gelagerten Risiken der (zahlenmäßig größeren) Gruppe der „jüngeren Alten“ untergehen. Zudem betreffen die im hohen Alter sich mehrenden und verstärkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch die Fähigkeit, eine erlittene Straftat gegenüber der Polizei zur Anzeige zu bringen.

Ferner ist – neben dem Befund alles in allem eher geringer Viktimisierungsrisiken im Alter – deutlich geworden, dass spezifische Gefahrenzonen im höheren und insbesondere im sehr hohen Alter existieren. In bestimmten Kriminalitätsfeldern werden von potenziellen Tätern und Täterinnen Opfermerkmale, die von ihnen mit geringem Risiko und hoher Erfolgsaussicht assoziiert werden, als Kriterien der Opferselektion verwendet. Dies gilt vor allem für aus opportunistischen Motiven agierende Täter und Täterinnen, insbesondere im Bereich der Eigentumsdelikte. Musterbeispiele sind der sogenannte „Enkeltrick“, bei dem eine Verwandtschaftsbeziehung und eine finanzielle Notlage vorgetäuscht und vielfach beträchtliche Summen betrügerisch erbeutet werden sowie zahlreiche Varianten von Trickdiebstählen (etwa „Stadtwerketrick“), bei denen die Täter unter dem Deckmantel einer professionellen Identität Zutritt zur Wohnung des Opfers erlangen und dieses ablenken, während mindestens ein weiterer Täter die Wohnung nach Bargeld und Wertgegenständen durchsucht. Die Schäden, die bei solchen Delikten angerichtet werden, sind vielfach hoch, das Risiko der Täter und Täterinnen gering, die materiellen wie immateriellen Folgen für die Opfer können gravierend sein.

Der Bereich der Tötungsdelikte an Älteren weist bereits den Hellfelddaten des Bundeskriminalamtes zufolge insofern eine untypische Struktur auf, als in immerhin zwei Teilbereichen – Raubmord und fahrlässige Tötung – das Tötungsrisiko der 60-Jährigen und Älteren höher liegt als das der jüngeren Erwachsenen. Stärker altersdifferenzierte polizeiliche Daten aus den Vereinigten Staaten (u. a. Abrahamse, 1999) zeigen, dass dort das Risiko einer gewaltsamen Tötung, welches im frühen Erwachsenenalter seinen Höhepunkt erreicht und danach kontinuierlich sinkt, ab der zweiten Hälfte der achten Lebensdekade wieder ansteigt. Zudem gibt es gerade im Hinblick auf Hochaltrige und Pflegebedürftige vielfältige Gründe, ein im Vergleich zu anderen Phasen des Erwachsenenalters erhöhtes Dunkelfeld unerkannter Tötungen anzunehmen. Insbesondere über lange Zeit fortgesetzte serienhafte Tötungsdelikte weisen darauf hin, dass ein erhöhtes Morbiditätsniveau im Alter und entsprechende Erwartungen einer erhöhten Mortalität die Gefahr mit sich bringen, dass Tötungen als solche nicht erkannt, sondern vor dem Hintergrund tatsächlichen oder vermeintlichen Krankheitsgeschehens interpretiert werden. Gerade auch angesichts der in Deutschland niedrigen Obduktionsrate bei hochaltrigen Menschen ist eine substantielle Wahrscheinlichkeit gegeben, dass Tötungsdelikte an Hochaltrigen als natürliche Todesfälle fehldiagnostiziert werden.⁴⁸⁹

In Bezug auf Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen stellt sich die Lage so dar, dass diese Gewaltform zwar insgesamt im Alter deutlich zurückgeht, dass sich unter den verbleibenden „Gewaltbeziehungen“ aber offenbar in nicht unwesentlichem Maße auch solche finden, in denen ältere Frauen über lange Zeiträume massiv und systematisch unterdrückt, gedemütigt und körperlich angegriffen werden und aus einer solchen „chronischen Gewaltkonstellation“ heraus nur schwer einen Weg zur Inanspruch-

⁴⁸⁹ Zum Bereich der Tötungsdelikte an hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen existieren Fallstudien zu bekannt gewordenen (meist serienhaften) Tötungsdelikten in Heimen und Kliniken (vgl. Beine, 1998; 1999; Maisch, 1996a; 1996b; 1997) sowie einige Überblicksarbeiten (vgl. etwa Brodgen, 2001; Görgen & Hüneke, 2005), doch fehlt es bislang an einer umfassenden Aufarbeitung des Themenkomplexes. Zu den Randbedingungen der Verdeckung von Tötungsdelikten an Hochaltrigen und Pflegebedürftigen gehört, dass der Tod als etwas vor dem Hintergrund des Lebensalters bzw. der gesundheitlichen Verfassung „Erwartetes“ erscheint, in medizinischen und pflegerischen Kontexten potenzielle Täter und Täterinnen aus ihrer beruflichen Rolle und der damit einhergehenden Vertrauensposition heraus agieren können und über Tatwissen und Tatmittel verfügen, die Opfer zu Gegenwehr kaum in der Lage, zum Teil sicherlich auch dem Täter gegenüber arglos sind, ferner in vielen Ländern geringe und im Zeitverlauf sinkende Obduktionsraten zu verzeichnen sind.

nahme von Hilfen finden. Im Bereich „Gewalt gegen Frauen“ arbeitende Einrichtungen sind bislang selten auf ältere und hochaltrige Opfer (schon gar nicht auf solche mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen) und auf deren besondere Motiven und Bedürfnisse ausgerichtet und eingestellt. Hier besteht Bedarf an Hilfeangeboten, die geeignet sind, von häuslicher Gewalt betroffene und bedrohte ältere Frauen niedrigschwellig anzusprechen. Dazu ist vorrangig nicht die Schaffung gänzlich neuer Einrichtungen erforderlich, sondern Veränderungen im Selbstverständnis, in der Außendarstellung und in der Arbeitsweise bestehender Institutionen sowie eine stärkere Vernetzung mit Akteuren, die – in einem sehr weiten Sinne verstanden – im Bereich der Altenhilfe tätig sind.

Die Gefährdung älterer Pflegebedürftiger durch Misshandlung und Vernachlässigung stellt sich als ein in vielfacher Hinsicht spezifisches Problemfeld dar. Für Personen, die in bedeutsamem Maße hilfe- und pflegebedürftig sind, ergibt sich einerseits meist eine nahezu auf null abgesenkte Risikoexposition gegenüber Kriminalitätsformen, die im öffentlichen Raum angesiedelt sind. Andererseits entstehen und eröffnen sich in privaten wie professionellen Pflegebeziehungen, im häuslichen wie im stationären Bereich qualitativ neue Tatanlässe und Tatgelegenheiten. Opferwerbungen Pflegebedürftiger sind über standardisierte Viktimisierungsbefragungen nur sehr begrenzt zugänglich; belastbare (quantitative) Opferprävalenzen und Viktimisierungsinzidenzen sind in diesem Bereich angesichts der Nichtbefragbarkeit wesentlicher Teile der Population kaum zu ermitteln. Es lassen sich aber sehr wohl – und dazu trägt auch die vorliegende Studie bei – Erkenntnisse zur Phänomenologie der Viktimisierung Pflegebedürftiger, zu Tatmotiven, Risikokonstellationen und Präventionsmöglichkeiten gewinnen. Hierzu bedarf es einer Kombination verschiedener methodischer Zugänge und der Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven (Pflegebedürftige, pflegende Familienmitglieder, Pflegekräfte etc.) auf das interessierende Geschehen. Die hier vorgelegten Analysen machen deutlich, dass im Bereich der Viktimisierung Pflegebedürftiger gerade auch im Hinblick auf Präventions- und Interventionsbedarf mehrere Konstellationen unterschieden werden müssen. Neben Fällen, in denen aufseiten des Täters oder der Täterin keinerlei Schädigungsmotivation vorliegt (sondern es z. B. aufgrund von Unkenntnis oder Überforderung zu pflegerischer Vernachlässigung kommt), stehen solche, in denen der Täter oder die Täterin in einer spezifischen – in der Regel emotional hoch aufgeladenen – Situation die pflegebedürftige Person schädigen oder verletzen will, in denen dieses Motiv aber an die Situation gebunden ist und darüber hinaus keinen Bestand hat. In beiden Fällen haben helfende Interventionen Vorrang, welche entlastend wirken, die Kompetenzen der pflegenden Person zur Bewältigung der Pflegeaufgaben erweitern, deeskalierende Perspektiven eröffnen und die konflikthafte Beziehung aufarbeiten. Damit unterscheiden diese Konstellationen sich grundsätzlich von jenen Fällen, in denen auch über eine eng umrissene Situation hinaus ein Motiv des Täters oder der Täterin vorhanden ist, die pflegebedürftige Person zu schädigen, zu verletzen oder sich auf ihre Kosten zu bereichern (und sich dabei ihre eingeschränkte Widerstandsfähigkeit zunutze zu machen). In derartigen Fällen muss in aller Regel der Schutz des Opfers Vorrang vor anderen Zielsetzungen haben; die Trennung von Täter und Opfer und Maßnahmen, welche eine strafrechtliche Verfolgung einschließen, können erforderlich werden. Unter Präventions- und Interventionsaspekten ist besonderes Augenmerk auf die große Gruppe der demenziell Erkrankten zu richten; dort kumulieren verschiedene auch unter viktimologischen Gesichtspunkten bedeutsame Merkmale – insbesondere krankheitsbedingt problematisches, für die Pflegenden belastendes Verhalten, das Nichterkennen von Viktimisierungen durch die Betroffenen (etwa im Bereich finanzieller Ausbeutung) und eine extrem geringe

Anzeige- und Verfolgungswahrscheinlichkeit. Die vorliegende Studie weist u. a. darauf hin, dass bei familialer Pflege der Beziehungsvorgeschichte zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person und der – zum Teil wieder durch die Vorbeziehung geprägten – Pflegemotivation große Bedeutung für die „Gewaltnähe“ oder „Gewaltferne“ von Pflege zukommt. Gravierende Gewaltvorkommnisse werden vor dem Hintergrund der Kombination einer negativ getönten Beziehungsgeschichte mit primär finanziellen Motiven zur Pflegeübernahme berichtet. Dysfunktionale Strategien der Belastungsbewältigung, insbesondere Alkoholkonsum, sind aufseiten pflegender Angehöriger bedeutsame Risikofaktoren für Gewalteskalationen. Im Hinblick auf Konstellationen, in denen kein oder ein nur situationsgebundenes Schädigungsmotiv vorliegt, gilt es, das Augenmerk zu richten auf die konkreten Entstehungsbedingungen, Auslöser und Verläufe von Viktimisierungen. Ein vertieftes Verständnis für kritische, Gewalt auslösende Ereignisse (z. B. Inkontinenz, aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen) und die Bedeutung des interaktiven Prozesses und der wechselseitigen Zuschreibungen von Pflegebedürftigen und Pflegenden eröffnen im Hinblick auf Prävention und Intervention neue Ansatzmöglichkeiten.

Für den künftigen Umgang mit dem Problemfeld der Viktimisierung älterer, hochaltiger und pflegebedürftiger Menschen zeichnen sich auf der Ebene von Praxis wie von Wissenschaft drei Entwicklungsrichtungen als zentral ab, die mit den Begriffen *Differenzierung*, *Fokussierung* und *Vernetzung* gekennzeichnet und abschließend hier kurz umrissen werden sollen:

(1) Differenzierung: In der altersbezogenen Viktimisierungsforschung wie in der Praxis bedarf es der Differenzierung und Explikation im Hinblick auf Phänomene und Zielgruppen. Hier spielt zum einen wiederum die *Unterscheidung zwischen drittem und viertem Lebensalter* eine große Rolle. Untersuchungen wie die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) haben gezeigt, dass das hohe Alter im Hinblick auf praktisch alle Lebensbereiche eine eigene Qualität hat, dass aber im vierten Lebensalter Verluste und Einschränkungen das Bild bestimmen, die für das dritte Lebensalter noch wenig Bedeutung hatten. Dazu gehören der Rückgang des Wohlbefindens, die Zunahme körperlicher Beschwerden und Einschränkungen, die Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit, insgesamt eine bedeutsame Reduktion der menschlichen Plastizität, der Anpassungsfähigkeit, ein erhöhter Bedarf an bereitgestellten Hilfen und eine geringere Effizienz dieser Hilfen, zudem eine im Hinblick auf Entwicklungspotenziale und Bewältigungsprozesse gegenüber jüngeren Entwicklungsphasen radikal veränderte, durch die Todesnähe mitbestimmte Zeitperspektive. Zwar kommt Entwicklung auch im hohen Alter nicht zum Ende oder zum Stillstand, doch ändert sich der Bezugsrahmen dieser Entwicklung, wie Baltes & Smith (2003) es formulierten „from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age“. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde herausgestellt, dass diese Differenzierung für kriminalitäts- und gewaltbezogene Fragestellungen von großer Bedeutung ist, dass der Übergang ins vierte Lebensalter Auswirkungen auf die Vulnerabilität gegenüber Viktimisierungsversuchen, die Fähigkeit, Anzeige zu erstatten oder sich in anderer Weise um Hilfe zu bemühen sowie auch auf die Befragbarkeit im Rahmen sozialwissenschaftlicher Studien hat. Es dürfte unmittelbar ersichtlich sein, dass die Unterscheidung auch für die Ausgestaltung präventiver Maßnahmen sowie sonstiger Interventionen und Hilfen von großer Bedeutung ist. Eng mit der Frage nach den Zielgruppen verknüpft ist die Frage nach den *Phänomenen*, die im Zentrum

der – wissenschaftlichen wie praktischen – Arbeit stehen sollen. Opferwerdung älterer Menschen oder auch „nur“ die Bedrohung älterer Menschen durch Gewalt sind so weite Phänomenbereiche, dass sie weder mit *einem* Untersuchungsansatz noch mit *einem* praktischen Handlungskonzept bearbeitet werden können. Selbst innerhalb eines konzeptuell enger gefassten Bereichs wie dem der Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege sind – auch das hat die vorliegende Arbeit aufgezeigt – Differenzierungen zwischen Deliktstypen erforderlich, die je eigene Untersuchungszugänge und ebenso jeweils spezifische Präventions- und Interventionskonzepte benötigen. Dies betrifft nicht so sehr die Unterscheidung zwischen „physischer Misshandlung“, „psychischer Misshandlung“ und weiteren an der Handlungs- und Wirkungsebene orientierten Kategorien, sondern insbesondere die Frage der Intentionalität von Schädigungen und des situativen bzw. situationsübergreifenden Charakters einer solchen Intention. Auch die u. a. von Hugman (1995) geforderte Unterscheidung zwischen Ereignissen, die als Straftaten betrachtet und behandelt werden sollten und solchen, die in erster Linie Ausdruck sozialer Probleme sind, ist eine Komponente dieses notwendigen Differenzierungsprozesses.⁴⁹⁰

- (2) *Fokussierung*: Nicht zuletzt nach den Befunden der vorliegenden Studie erscheint es sinnvoll, sich im Bereich künftiger Forschung wie praktischer Maßnahmen vor allem auf Felder spezifischer Gefährdung und spezifischen sichtbar werdenden Hilfebedarfs zu konzentrieren. Die Studie hat deutlich gemacht, dass alles in allem die objektive wie subjektive Sicherheitslage der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren verglichen mit anderen Lebensphasen gut ist, dass sich zugleich aber Gefahrenzonen und Unschärfebereiche ausmachen lassen. Hierzu gehören Kriminalitätsfelder, in denen eine besondere Gefährdung Älterer belegt ist oder als möglich angenommen werden muss, sei es, weil in dem jeweiligen Feld agierende Täter und Täterinnen ihre Opferselektion unter anderem nach dem Kriterium hohen Opferalters betreiben, sei es, weil dort ein besonders hoher Anteil unerkannt bleibender Delikte vermutet werden kann. Spezifische Formen von auf ältere Opfer ausgerichteten Eigentums- und Vermögensdelikten sind hier zu nennen. Im Bereich der Tötungsdelikte an Hochaltrigen, Kranken und Pflegebedürftigen mangelt es an gesicherten Erkenntnissen; Ausmaß und Beschaffenheit des Dunkelfeldes lassen sich kaum abschätzen, und es fehlt bislang auch an einer umfassenden Analyse des Hellfeldes. Bezüglich schwerer Formen häuslicher Gewalt im Alter muss nach bisherigen Erkenntnissen davon ausgegangen werden, dass die vorhandene psychosoziale Infrastruktur in diesem Bereich auf die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse älterer Opfer nicht hinreichend ausgerichtet ist. Der große Komplex der Viktimisierung älterer Menschen in Pflegebeziehungen wird im Hinblick auf die besondere Vulnerabilität dieser Opfergruppe und die mit Pflege verknüpften Herausforderungen, Belastungen aber auch Tatgelegenheiten weiterhin ein notwendiger Gegenstand der Forschung wie natürlich auch des Auf- und Ausbaus von Präventions- und Interventionsstrukturen sein.
- (3) *Vernetzung*: Es ist deutlich geworden, dass sowohl der Gesamtkomplex „Opferwerdung im Alter“ als auch der Ausschnitt „Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege“ eine Fach- und Institutionengrenzen überschreitende Bearbeitung in hohem Maße nahelegen. In der praktischen Umsetzung stößt dies durchaus – gerade

490 Zur Diskussion um die begriffliche Konstruktion von *elder abuse* und die damit verknüpften handlungspraktischen Konsequenzen vgl. auch Biggs (1996), Harbison (1998), Kinnear & Graycar (1999).

im Zusammenspiel von Strafverfolgungsinstanzen und Institutionen des psychosozialen und Gesundheitssektors – auch auf Schwierigkeiten.⁴⁹¹ Unter der Zielrichtung eines umfassenden positiven Schutzes der Grundrechte⁴⁹² wird aber unmittelbar deutlich, dass zur Erreichung des Zieles, alte und pflegebedürftige Menschen vor Kriminalität, Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung zu schützen, ein Zusammenwirken verschiedener gesellschaftlicher Akteure erforderlich ist, zu denen auch – mit einem begrenzten Auftrag – die Instanzen der Strafverfolgung gehören (vgl. zu einer Menschenrechtsperspektive auf den Bereich der Misshandlung und Vernachlässigung vulnerabler Hochaltriger auch Patterson & Malley-Morrison, 2006; United Nations Commission for Social Development, 2002; World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002). Auf der Ebene der Wissenschaft ist die Forderung nach Interdisziplinarität vor allem in der Komplexität der Thematik begründet, die – je nach spezifischem Zuschnitt des Untersuchungsgegenstandes – ein Zusammenwirken u. a. von Wissenschaftlern/ Wissenschaftlerinnen aus Kriminologie und Viktimologie, Gerontologie, Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Rechtsmedizin sowie natürlich auch aus „großen Fächern“ wie Soziologie, Psychologie oder den Rechtswissenschaften nahelegt.

491 So wurden in Großbritannien vom Department of Health (2000) Richtlinien zum institutionsübergreifenden Schutz von „vulnerable adults“ und zur Bearbeitung einschlägiger Fälle erlassen. Preston-Shoot & Wigley (2002) beschreiben die Zusammenarbeit sozialer Einrichtungen mit der Polizei im Vereinigten Königreich als schwierig. Die Polizei solle zwar systematisch in Fallkonferenzen einbezogen werden; selbst in Fällen, in denen eindeutig kriminelles Handeln vorliege, komme es jedoch nur in geringem Maße zum Einsatz strafrechtlicher Mittel. Preston-Shoot & Wigley (2002, S. 318) sprechen von einem „unresolved interface between abuse and crime“ und beschreiben als zentrales Dilemma, dass die Kriminalisierung eines sozialen Problemfeldes die Anzeigebereitschaft senke, während der Verzicht auf strafrechtliche Maßnahmen den Tätern und Täterinnen signalisiere, dass sie weitgehend gefahrlos agieren könnten und dass ältere Menschen eine „leichte Beute“ seien. Auf der anderen Seite warnt Payne (2000) vor einem „criminal justice war on elder abuse“, welcher der interdisziplinären Natur des Problems nicht gerecht werde.

492 Vgl. die u.a. von Baratta (1997) vertretene Perspektive, der zu Folge dem Strafrecht im Rahmen einer integrierten Politik des Grundrechtsschutzes nur eine beschränkte Rolle zukommt.

Literatur

Aartsen, M. J., van Tilburg, T., Smits, C. H. & Knipscheer, C. P. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 249–266.

Abraham, M. (1998). Speaking the unspeakable: Marital violence against South Asian immigrant women in the United States. *Indian Journal of Gender Studies*, 5, 215–241.

Abrahamse, A. F. (1999). Cohort survival projections of homicide rates: Victimization types. In National Institute of Justice (Ed.). *Proceedings of the Homicide Research Working Group Meetings, 1997 and 1998* (pp. 167–178). Washington, D. C.: U.S. Department of Justice.

Acierno, R. (2003). Elder mistreatment: Epidemiological assessment methodology. In R. J. Bonnie & R. B. Wallace (Eds.). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (S. 261–302). Washington, D. C.: National Academies Press.

Acierno, R., Rheingold, A. A., Resnick, H. S. & Kilpatrick, D. G. (2004). Predictors of fear of crime in older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (3), 385–396.

Acton, G. J., Mayhew, P. A., Hopkins, B. A. & Yauk, S. (1999). Communicating with individuals with dementia. The impaired person's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (2), 6–13.

Adams, K. B. & Danders, S. (2004). Alzheimer's caregiver differences in experience of loss, grief reactions and depressive symptoms across stage of disease: A mixed-method analysis. *Dementia*, 3 (2), 195–210.

Aday, R. (2006). Managing the special needs of ageing prisoners in the United States. In A. Wahidin & M. Cain (Eds.). *Ageing, crime and society* (pp. 210–229). Cullompton, UK: Willan.

Ahlborn, W., Böker, F., Lehnick, D. & Weiß, R. (1999). *Stichprobengrößen bei Opferbefragungen in der Dunkelfeldforschung*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Ahlf, E. H. (2003). Alte Menschen als Opfer von Gewaltkriminalität. In Landeskommision Berlin gegen Gewalt (Hrsg.). *Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 12*, Themenschwerpunkt: Kriminalitätsoffer (S. 32–47). Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport.

Ahmad, M. & Lachs, M. S. (2002). Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69 (10), 801–808.

Alexopoulos, P. (1994). Management of sexually disinhibited behaviour by a dementia patient. *Australian Journal on Ageing*, 13 (3), 119.

Alicke, M. D. (1992). Culpable causation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 368–378.

Alicke, M. D. (2000). Culpable control and the psychology of blame. *Psychological Bulletin*, 126 (4), 556–57.

Allen, N. E., Bybee, D. & Sullivan, C. M. (2004). Battered women's multitude of needs: Evidence supporting the need for comprehensive advocacy. *Violence against Women*, 10 (9), 1015–1035.

Allen-Burge, R., Stevens, A. B. & Burgio, L. D. (1999). Effective behavioural interventions for decreasing dementia-related challenging behaviour in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 213–232.

Allison, S., Schuck, A. & Lersch, K. (2005). Exploring the crime of identity theft: Prevalence, clearance rates, and victim/offender characteristics. *Journal of Criminal Justice*, 33, 19–29.

ALMA France (2008). Le développement du réseau ALMA en métropole et dans les DOM. Verfügbar unter <http://www.alma-france.org/Evolution.html> [23. Juni 2008].

Alt, B. L. & Wells, S. (2004). *Fleeing Grandma and Grandpa: protecting against scams, cons, and frauds*. Westport, CT: Praeger.

Alt, J. (1999). *Illegal in Deutschland: Forschungsprojekt zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten in Leipzig*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Alte Frau verkam im Dreck: Bewährung (2000, 14. Juli). Die Harke (Nienburg). Verfügbar unter http://www.harke-online.de/cgi-bin/publish/zap.cgi/pageGen/getPage.htm?iPage=HARKE_LOKALES&iStoryID=3454 [14.7.2000].

Alves, L. M. & Wilson, S. R. (2008). Effects of loneliness on telemarketing fraud vulnerability among older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20 (1), 63–85.

American Association of Retired Persons & Princeton Survey Research Associates (1996). *Telemarketing fraud victimization of older Americans: An AARP survey*. Washington, D. C.: American Association of Retired Persons.

Anders, K. (1999). *Elder fraud: Financial crimes against the elderly*. Washington, D. C.: National Conference of State Legislatures.

Anderson, S. L. (1990). Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: help for the helpers. *Nursing Forum*, 25 (3), 5–13.

Andrén, S. & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (2), 157–168.

Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, XXIV (2), 46–51.

Anetzberger, G. J. (2004). *Philosophy and principles of adult protective services practice.* Columbus, OH: Ohio Department of Job and Family Services.

Anetzberger, G. J., Dayton, C., Miller, C. A., McGreevey, J. F. & Schimer, M. (2005). Multidisciplinary teams in the clinical management of elder abuse. *Clinical Gerontologist, 28* (1-2), 157–171.

Anhäuser, G. (1999). Ältere Menschen als Opfer von Kriminalität – Wie sind sie betroffen, was können sie dagegen tun? Ein Projekt zur Verbrechensvorbeugung für ältere Mitbürger. In T. Brunner (Hrsg.). *Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagenpezifischer Gewaltpotentiale* (S. 143–157). Graftschaff: Vektor-Verlag.

Anthony-Bergstone, C., Zarit, S. & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging, 3*, 245–248.

Aravanis, S. & Downs, C. (2002). *Sentinels: Reaching hidden victims.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

Archer, J. (2000a). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 126* (5), 651–680.

Archer, J. (2000b). Sex differences in physical aggression to partners: A reply to Frieze (2000), O’Leary (2000), and White, Smith, Koss, and Figueredo (2000). *Psychological Bulletin, 126*, 697–702.

Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal, 7*, 1–39.

Armstrong, P. (2002). Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium. *Canadian Women Studies/Les cahiers de la femme, 21/22* (4/1), 44–50.

Arrigo, M. (1982). Battered parents in California: Ignored victims of domestic violence. *San Diego Law Review, 19* (4), 781–800.

Ashley, S. (1992). *The missing voice: Writings by mothers of incest victims.* Dubuque, IA: Kendall-Hunt Publishing.

Auerhahn, K. (2002). Selective incapacitation, three strikes, and the problem of aging prison populations: Using simulation modeling to see the future. *Criminology and Public Policy, 1* (3), 353–388.

Aziz, S. J., Bolick, D. C., Kleinman, M. T. & Shadel, D. P. (2000). The National Telemarketing Victim Call Center: Combating telemarketing fraud in the United States. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 12* (2), 93–98.

Bachman, R., Lachs, M. S. & Meloy, M. M. (2004). Reducing injury through self-protection by elderly victims of violence: The interaction effects of gender of victim and the victim/offender relationship. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 16* (4), 1–24.

Bachman, R. & Meloy, M. M. (2008). The epidemiology of violence against the elderly: Implications for primary and secondary prevention. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 24 (2), 186–197.

Baile, V., Norbeck, J. S. & Barnes, L. E. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, 37, 217–222.

Baker, M. W. & Heitkemper, M. M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53 (5), 253–259.

Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behaviour in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist*, 38 (2), 189–198.

Balsis, S. & Carpenter, B. D. (2005). Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29, 79–96.

Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: The fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411–415.

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

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

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

Baratta, A. (1997). Hat die Kriminologie eine Zukunft? *magazin forschung* (Universität des Saarlandes), No. 2, S. 44–47.

Barling, J., Rogers, A. G. & Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: in-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (3), 255–269.

Barnes, J. (2006). *Making referrals to the Protection of Vulnerable Adults (POVA) list*. Bristol: Social Care Institute for Excellence.

Basche, J. & Benz, C. (2004). Integrierte Versorgung in der gerontologischen Pflege für Migranten. *Pflege Aktuell*, Nr. 07/08, 411–415.

Bauer, R. (2007). *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der familialen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig.

Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M.F. & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (2), 255–261.

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L. & Dunlop, B. D. (2005). Internal barriers to help seeking for middle-aged and older women who experience intimate partner violence. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(3), 53–74.

Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 603–612.

Bellair, P. E. (2000). Informal surveillance and street crime: A complex relationship. *Criminology*, 38 (1), 137–170.

Bennett, G. & Kingston, P. (1995). *Elder abuse: Concepts, theories and interventions*. London: Chapman & Hall.

Berg, L., Skott, C. & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20 (1), 42–50.

Beine, K. H. (1998). *Sehen, hören, schweigen: Patiententötungen und aktive Sterbehilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Beine, K. H. (1999). Krankentötungen in Kliniken und Heimen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 67 (11), 493–501.

Beine, K. H. (2003). Homicides of patients in hospitals and nursing homes: A comparative analysis of case series. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26 (4), 373–386.

Bennett, L. W., Riger, S., Schewe, P., Howard, A. & Wasco, S. (2004). Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: A statewide evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 558–575.

Bennett, K. M. (1998). Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age and Ageing*, 27 (Suppl. 3). 24–28.

Berg, L., Skott, C. & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20 (1), 42–50.

Berufsbetreuer soll alte Menschen betrogen haben (2006, 4. April). Frankfurter Rundschau. Verfügbar unter http://www.fr-aktuell.de/ressorts/nachrichten_und_politik/rundschau/?cnt=839871& [4.4.2006].

BGH bestätigt zehnjährige Haftstrafe für „Todesengel“ (2004). *Yahoo! Nachrichten* – 12.10.2004. Verfügbar unter <http://de.news.yahoo.com/041012/336/48sdy.html> [12.10.2004].

Bickel, H. (2000). Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 62, 211–218.

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

Bickel, H. (2002). *Die Epidemiologie der Demenz*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

Biggs, S. (1996). A family concern: elder abuse in British social policy. *Critical Social Policy*, 16 (2), 63–88.

Biggs, S., Phillipson, C. & Kingston, P. (1995). *Elder abuse in perspective*. Buckingham: Open University Press.

Bilsky, W., Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (1992). *Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen: Erhebungsinstrument der KFN-Opferbefragung 1992* (KFN-Forschungsbericht, 2. korrigierte Aufl.). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Blakely, B. E. & Dolon, R. (2001). Another look at the helpfulness of occupational groups in the discovery of elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (3), 1–23.

Blanchard, F. & Richard, J. (2004). Résilience et vulnérabilité. De l'ajustement des concepts en psychogérontologie. *Gérontologie et Société*, 109, 109–125.

Bleathman, C. & Morton, I. (1996). Validation therapy: A review of its contribution to dementia care. *British Journal of Nursing*, 5 (14), 866–868.

Blundo, R. & Bullington, J. (2007). Abuse of elderly male client: efforts and experiences in rural and urban adult protective services. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1–2), 173–191.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.

Bonanno, G. A. (2005a). Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*, 60, 265–267.

Bonanno, G. A. (2005b). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 135–138.

Bond, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse*, 20 (4), 39–43.

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P. & Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *Gerontologist*, 47 (1), 34–41.

Borgers, N., Hox, J. & Sikkel, D. (2003). Response quality in survey research with children and adolescents: the effect of labeled response options and vague quantifiers. *International Journal of Public Opinion Research*, 15 (1), 83–94.

Bornewasser, M. (2003). Die Kriminologische Regionalanalyse als methodischer Baustein einer dynamischen und qualitätsorientierten Kriminalitätskontrolle. In K. Neidhardt & D. Schröder (Hrsg.). *Angewandte Kriminologie und Kriminalprävention. Festschrift für Joachim Jäger* (S. 86–108). Schriftenreihe der Polizei-Führungs-Akademie. Münster: PFA.

Borson, S., Reichman, W., Coyne, A., Rovner, B. & Sakauye, K. (2000). Effectiveness of nursing home staff as managers of disruptive behavior: Perceptions of nursing directors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8 (3), 251–253.

Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66 (3), 551–566.

Boss, P. (2006). *Loss, trauma & resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: W. W. Norton & Company.

Boss, P., Caron, W., Horbal, J. & Mortimer, J. (1990). Predictors of depression in caregivers of dementia patients: Boundary ambiguity and mastery. *Family Process*, 29 (3), 245–254.

Boxer, A. L. & Miller, B. L. (2005). Clinical features of frontotemporal dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19, Suppl 1, S3–S6.

Brandl, B., Dyer, C. B., Heisler, C. J., Otto, J. M., Stiegel, L. A. & Thomas, R.W. (2006). Enhancing victim safety through collaboration. *Care Management Journals*, 7 (2), 64–72.

Brandl, B., Dyer, C. B., Heisler, C. J., Otto, J. M., Stiegel, L. A. & Thomas, R. W. (2007). *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. New York, NY: Springer.

Brandl, B., Hebert, M., Rozwadowski, J. & Spangler, D. (2003). Feeling safe, feeling strong: Support groups for older abused women. *Violence against Women*, 9 (12), 1490–1503.

Brandl, B. & Horan, D. (2002). Domestic violence in later life: An overview for health care providers. *Women & Health*, 35 (2/3), 41–54.

Brandtstädter, J. & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24 (4), 269–297.

Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52–80.

Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood: Buffering losses by rescaling goals. *Psychology and Aging*, 9, 265–273.

Brantingham, P. L. & Brantingham, P. J. (1981). Notes on the geometry of crime. In P. J. Brantingham & P. L. Brantingham (Eds.), *Environmental criminology* (pp. 27–54). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Brantingham, P. L. & Brantingham, P. J. (1995). Criminality of place: Crime generators and crime attractors. *European Journal of Criminal Justice Policy and Research*, 3, 5–26.

Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P. & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (1), 10–18.

Breeze, J. (1998). Can paternalism be justified in mental health care? *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 260–265.

Brendebach, C. & Hirsch, R. D. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. In R. D. Hirsch, E. U. Kranzhoff & G. Schiffhorst (Hrsg.), *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen* (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Bd. 2, S. 83–117). Bonn: Handeln statt Misshandeln e. V.

Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. B. & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37–44.

Brinkmann, B., Du Chesne, A. & Vennemann, M. (2002). Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 791–795.

Brody, E. M., Hoffman, C., Kleban, M. H. & Schoonover, C. B. (1989). Caregiving daughters and their local siblings: Perceptions, strains, and interactions. *Gerontologist*, 29, 529–538.

Brodgen, M. (2001). *Geronticide: Killing the elderly*. London: Jessica Kingsley.

Brooks, A., Thomas, S. & Droppleman, P. (1996). From frustration to red fury: a description of work-related anger in male registered nurses. *Nursing Forum*, 31 (3), 4–15.

Brownell, P. & Heiser, D. (2006). Psycho-educational support groups for older women victims of family mistreatment: a pilot study. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), 145–160.

Brunet, J. R. (2002). Discouragement of crime through civil remedies: An application of a reformulated routine activities theory. *Western Criminology Review*, 4 (1), 68–79.

Budd, T. (2001). *Burglary: Practice messages from the British Crime Survey*. London, UK: Home Office.

Buchter, A., Heinemann, A. & Püschel, K. (2002). Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. *Medizinrecht*, 20 (4), 185–189.

Buckwalter, K. C. (1995). What successful approaches do you use in dealing with sexually aggressive patients/residents? *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (9), 51–52.

Bude, B. (2002, 10. Mai). Freispruch: 90-Jährige wurde bei der Pflege nicht misshandelt. Nassauische Neue Presse. Verfügbar unter http://www.rhein-main.net/rheinmainnet/framekeeper.php?desk=/sixcms/detail.php%3Ftemplate%3Drmn_news_article%26_id%3D424424 [10.5.2002].

Bükrücü, I. (2001). Alte Migrantinnen und Migranten als Kunden der ambulanten Pflege. In E. Kaewnetara & H. Uske (Hrsg.), *Migration und Alter* (S. 25–38). Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.

Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992). Die Messung von Burnout: Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328–353.

Bundeskriminalamt (2008). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Bundesministerium des Innern (2006). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung (Migrationsbericht 2005)*. Berlin: Bundesministerium des Innern, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2001). *Erster Periodischer Sicherheitsbericht*. Berlin: Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz.

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

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

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005a). *1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005b). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (03/08)*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Burgess, A. W. & Clements, P. T. (2006). Information processing of sexual abuse in elders. *Journal of Forensic Nursing*, 2 (3), 113–120.

Burgess, A. W. & Phillips, S. L. (2006). Sexual abuse, trauma and dementia in the elderly: A retrospective study of 284 cases. *Victims and Offenders*, 1 (2), 193–204.

Burke, R. J. (2001). Restructuring stressors and perceived hospital effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14 (1), 21–26.

Burkhardt, H., Kruse, A., Sperling, U. & Gladisch, R. (2003). Todesverlangen – Ergebnisse einer Pilotstudie mit geriatrischen Akutpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (5), S. 392–400.

Bursik, R. J. & Grasmick, H. G. (1993). *Neighborhoods and crime*. New York, NY: Lexington Books.

Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (6), 724–731.

Bushman, B. J., Baumeister, R. F. & Stack, A. D. (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 367–376.

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

Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30 (1), 103–132.

Byers, B. & Hendricks, J. E. (1993). *Adult protective services: Research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.

Calasanti, T. M. (2006). Gender and old age: Lessons from spousal care work. In T. M. Calasanti & K. F. Slevin (Eds.). *Age matters* (S. 269–294). New York: Routledge.

Campbell Reay, A. & Browne, K. (2002). The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4), 416–431.

Carmody, M. (1991). Invisible victims: Sexual assault of people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 17 (2), 229–236.

- Carney, M. T., Kahan, F. S. & Paris, B. E. (2003).** Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse? *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 69–74.
- Carp, F. M. (2000).** *Elder abuse in the family: An interdisciplinary model for research*. New York, NY: Springer.
- Carpenter, E. H. & Miller, B. H. (2002).** Psychosocial challenges and rewards experienced by caregiving men: A review of the literature and an empirical case example. In B. Kramer & E. Thompson (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp. 99–126). New York: Springer.
- Carroll, M. & Campbell, L. (2008).** Who now reads Parsons and Bales? Casting a critical eye on the „gendered styles of caregiving“ literature. *Journal of Aging Studies*, 22 (1), 24–31.
- Castellucci, D. T. (1998).** Issues for nurses regarding elder autonomy. *Nursing Clinics of North America*, 33 (2), 265–274.
- Catalano, S. J. (2006).** *Criminal victimization, 2005*. Washington D. C.: U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics.
- Chiriboga, D. A., Weiler, P. G. & Nielsen, K. (1989).** The stress of caregiving. *Journal of Applied Social Sciences*, 13, 119–141.
- Chivite-Matthews, N. & Maggs, P. (2002).** Crime, policing and justice: The experiences of older people. *Home Office Statistical Bulletin 08/02*. London, UK: HMSO.
- Christensen, A. & Shenk, J. L. (1991).** Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458–463.
- Chu, L. D. & Kraus, J. F. (2004).** Predicting fatal assault among the elderly using the National Incident-Based Reporting System crime data. *Homicide Studies*, 8 (2), 71–95.
- Clark, M. & Squires, S. (2005).** Worlds forever apart? Using vulnerable adult protection policies to deliver better health and social services to street prostitutes. *Journal of Adult Protection*, 7 (1), 24–31.
- Clarke, R. V. (Ed.). (1997).** *Situational crime prevention: Successful case studies* (2nd ed., pp. 1–43). Albany, NY: Harrow and Heston.
- Clarke, R., Ekblom, M., Hough, M. & Mayhew, P. (1985).** Elderly victims of crime and exposure to risk. *Howard Journal of Criminal Justice*, 24 (1), 1–9.
- Clayton, S. L. (2001).** Special housing. *Corrections Compendium*, 26 (7), 6–15.
- Cohen, D. (2000a).** Caregiver stress increases risk of homicide-suicide. *Geriatric Times*, I (4). Verfügbar unter <http://www.geriatrictimes.com/g001225.html> [13.1.2006].

- Cohen, D. (2000b).** Homicide-suicide in older people. *Psychiatric Times*, XVII (1). Verfügbar unter <http://www.psychiatrictimes.com/p000149.html> [13.1.2006].
- Cohen, L. E. & Felson, M. (1979).** Social change and crime rate trends – Routine activity approach. *American Sociological Review*, 44 (4), 588–608.
- Collins, D. (2004).** *Surveying vulnerable groups: Methodological and practical issues.* (Survey Methods Newsletter, Vol. 23, pp. 9–15). London: National Centre for Social Research.
- Collins, D. & Purdon, S. (2004).** Surveying vulnerable groups: Methodological and practical issues for sample design (Survey Methods Newsletter, Vol. 22, pp. 1–5). London: National Centre for Social Research.
- Compton, S. A., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997).** Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 632–635.
- Connolly, V., McConnell, A. A. & McGarrity, G. (1995).** Battered granny or spontaneous fractures? A legal dilemma. *Postgraduate Medical Journal*, 71 (840), 630–632.
- Cook, P. J. (1987).** Robbery violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 78 (2), 357–376.
- Copes, H. & Vieraitis, L. (2007).** *Identity theft: Assessing offenders' strategies and perceptions of risk.* Rockville, MD: National Institute of Justice/NCJRS.
- Cornish, D. B. & Clarke, R. V. (2003).** Opportunities, precipitators and criminal decisions: A reply to Wortley's critique of situational crime prevention. In M. J. Smith & D. B. Cornish (Eds.). *Theory for practice in situational crime prevention* (Crime Prevention Studies, Vol. 16, pp. 41–96). Monsey, NY: Criminal Justice Press.
- Coyne, A. C. (2001).** The relationship between dementia and elder abuse. *Geriatric Times*, 2 (4). Verfügbar unter <http://www.geriatrictimes.com/g010715.html> [2.6.2005].
- Criminal Justice Task Force for Persons with Developmental Disabilities (1997).** *The invisible victims.* Sacramento, CA: Criminal Justice Task Force for Persons with Developmental Disabilities.
- Crystal, S. (1987).** Elder abuse: The latest „crisis“. *Public Interest*, 88, 56–66.
- Cubillos, F. A. (2001).** Kultursensible Pflege – ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In I. Kollak (Hrsg.). *Internationale Modelle häuslicher Pflege* (S. 243–257). Frankfurt/M.: Mabuse.
- Curtis, L. (2004a).** Older fraud prevention, intervention, and victim services through faith communities – Part 1. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 6 (6), 81–82, 95.

Curtis, L. (2004b). Older fraud prevention, intervention, and victim services through faith communities – Part 2. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 7 (1), 3 + 15–16.

Daems, T. (2005). Repeat victimisation and the study of social control. *International Journal of the Sociology of Law*, 33 (2), 85–100.

Daly, J. M., Jogerst, G. J., Brinig, M. & Dawson, J. (2003). Mandatory reporting: relationship of APS statute language on state reported elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15 (2), 1–21.

Daly, J. M., Jogerst, G. J., Haigh, K. M., Leeney, J. L. & Dawson, J. D. (2005). APS workers job requirements associated with elder abuse rates. *Social Work in Health Care*, 40 (3), 89–102.

Daly, M. & Rake, K. (2003). *Gender and the welfare State: Care, work and welfare in Europe and in the USA*. Cambridge: Polity Press.

Davies, P., Francis, P. & Jupp, V. (2003). Victimology, victimisation and public policy. In P. Davies, P. Francis and V. Jupp (Eds.) *Victimisation: Theory, research and policy* (pp. 1–27). London, UK: Palgrave MacMillan.

Davis, R. L. (1998). *Domestic violence: facts and fallacies*. Westport, Conn.: Praeger.

Davitt, J. K. & Kaye, L. W. (1996). Supporting patient autonomy: Decision making in home health care. *Social Work*, 41 (1), 41–50.

Dayton, C., Anetzberger, G. J. & Matthey, D. (1997). Model for service coordination between mental health and adult protective services. *Journal of Mental Health and Aging*, 3 (3), 295–308.

De Donder, L., Verte, D. & Messelis, E. (2005). Fear of crime and elderly people: key factors that determine fear of crime among elderly people in West Flanders. *Ageing International*, 30 (4), 363–376.

De Garmo, D. S. & Kitson, G. C. (1996). Identity relevance and disruption as predictors of psychological distress for widowed and divorced women. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 983–997.

Deimling, G. T. & Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects in family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778–784.

De Leeuw, E., Borgers, N. & Smits, A. (2004). Pretesting questionnaires for children and adolescents. In S. Presser, J. M. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin & E. Singer (Eds.). *Methods for testing and evaluating survey questionnaires* (pp. 409–429). New York, NY: John Wiley & Sons.

Dello Buono, M., Busato, R., Mazzetto, M., Paccagnella, B., Aleotti, F., Zanetti, O., Bianchetti, A., Trabucchi, M. & De Leo, D. (1999). Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (11), 915–924.

Department of Health (2000). „No Secrets“: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. London: Department of Health.

Department of Health (2004). *Protection of vulnerable adults scheme in England and Wales for care homes and domiciliary care agencies: A practical guide*. London: Department of Health.

Deutsche Kontinenz Gesellschaft (2006). *Daten und Fakten Inkontinenz*. Verfügbar unter www.kontinenz-gesellschaft.de/daten_fakten [27.2.2006].

Dieck M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext: ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 305–313.

Dieck, M. (1993). Gewaltanwendung gegen alte Menschen: Ist die Beachtung des Tabus wichtiger als Aufklärung, Prävention, Hilfe? *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 73, 393–400.

Dietz, T. & Wright, J. (2005). Age and gender differences and predictors of victimization of the older homeless. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17 (1), 37–60.

Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys: The total design method*. New York: Wiley.

Dillman, D. A. (1991). The design and administration of mail surveys. *Annual Review of Sociology*, 17, 225–249.

Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: Wiley.

Dillman, D. A., Sinclair, M. D. & Clark, J. R. (1993). Effects of questionnaire length, respondent-friendly design, and a difficult question on response rates for occupant-addressed census mail surveys. *Public Opinion Quarterly*, 57 (3), 289–304.

Distraction Burglary Taskforce (2001): „They didn't just steal my money ...“: *Tackling distraction burglary*. London, UK: Home Office.

Dodegge, G. (2005a). Das 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz. *Neue Juristische Wochenschrift*, 58 (27), 1896–1899.

- Dodegge, G. (2005b).** Die Entwicklung des Betreuungsrechts bis Anfang Juni 2005. *Neue Juristische Wochenschrift*, 58 (37), 2660–2666.
- Dörpinghaus, S. (2004).** *Überleitung und Case Management in der Pflege*. Hannover : Schlütersche.
- Dörr, M. M. (2005).** Schwarzarbeit in der Pflege: Dimensionen der illegalen Beschäftigung und wie man sich wehren kann. *Pflegen ambulant*, 16 (1), 30–33.
- Dolinsky, E. H. (1984).** Infantilization of the elderly: An area for nursing research. *Journal of Gerontological Nursing*, 10 (9), 12–19.
- Donaldson, R. (2003).** *Experiences of older burglary victims* (Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Findings No. 198). London: Home Office.
- Doran, C. (1994).** Codifying women's bodies? Towards a genealogy of British victimology. *Women and Criminal Justice*, 5 (2), 45–70.
- Doron, I., Alon, S. & Offir, N. (2004).** Time for policy: legislative response to elder abuse and neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16 (4), 63–82.
- Doty, P., Jackson, M. & Crown, W. (1998).** The impact of female caregivers' employment status on patterns of formal and informal eldercare. *Gerontologist*, 38, 331–341.
- Drentea, P., Clay, O. J., Roth, D. L. & Mittelman, M. S. (2006).** Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, 63 (4), 957–967.
- Dubble, C. (2006).** A policy perspective on elder justice through APS and law enforcement collaboration. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3/4), 35–55.
- Dunning, T. (2008).** Aging, activities, and the internet. *Activities, Adaptation & Aging*, 32 (1), 59–60.
- Dykstra, P. (1995).** Age differences in social participation: The importance of restrictions. In C. P. M. Knipscheer (Ed.). *Living arrangements and social networks of older adults* (pp. 59–82). Amsterdam: VU University Press.
- Ehemaliger Rechtsanwalt im Zwielficht (2008, 21. Februar).** Südkurier. Verfügbar unter <http://www.suedkurier.de/region/villingen/villingen/art2997,3067347,0> [22.6.2008].
- Eicke, M. E. (2008).** *Die polizeiliche Wohnungsverweisung bei häuslicher Gewalt: Eine vergleichende Untersuchung des Polizeirechts der Länder in Deutschland*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Eisner, M. (1997).** *Das Ende der zivilisierten Stadt? Die Auswirkungen von Modernisierung und städtischem Strukturwandel auf Gewaltdelinquenz*. Frankfurt am Main: Campus.

Eisner, M. (2001). Kriminalität in der Stadt – ist Desintegration das Problem? In J. M. Jehle (Hrsg.). *Raum und Kriminalität: Sicherheit in der Stadt; Migrationsprobleme* (S. 3–24). Mönchengladbach: Forum Verlag.

Ellis, C. D. (2002). Male rape: the silent victims. *Collegian*, 9 (4), 34–39.

Elliston, K. (2002). Tackling distraction burglaries and their impact on older people's health. *Health and Hygiene*, 23 (2), 16–18.

Estes, C. (1986). Politics of ageing in America. *Ageing in Society*, 6 (2), 121–134.

Eustace, A., Kidd, N., Greene, E., Fallon, C., Bhraïn, S. N., Cunningham, C., Coen, R., Walsh, J. B., Coakley, D. & Lawlor, B. A. (2001). Verbal aggression in Alzheimer's disease. Clinical, functional and neuropsychological correlates. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 858–861.

Farnsworth, J. & Springer, P. J. (2006). Background checks for nursing students: What are schools doing? *Nursing Education Perspectives*, 27 (3), 148–153.

Farrall, S., Bannister, J., Ditton, J. & Gilchrist, E. (1997). Questioning in the measurement of the „fear of crime“. Findings from a major methodological study. *British Journal of Criminology*, 37, 658–679.

Farrall, S. & Gadd, D. (2004). The frequency of the fear of crime. *British Journal of Criminology*, 44, 127–132.

Farrell, G. & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 (1), 44–53.

Farrell, G. & Pease, K. (2006). Criminology and security. In M. Gill (Ed.). *The handbook of security* (pp. 179–199). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Farrington, D. P. (1973). Self-reports of deviant behavior: Productive and stable? *Journal of Criminal Law and Criminology*, 64, 99–110.

Farrington, D. P. (1989). Self-reported and official offending from adolescence to adulthood. In M. W. Klein (Ed.). *Cross-national research in self-reported crime and delinquency* (pp. 399–423). Dordrecht: Kluwer.

Fattah, E. A. (1993). Research on fear of crime: Some common conceptual and measurement problems. In W. Bilsky, C. Pfeiffer & P. Wetzels (Eds.). *Fear of crime and criminal victimization* (pp. 131–140). Stuttgart: Enke.

Fattah, E. A. (2000a). Victimology: Past, present and future. *Criminologie*, 33, 17–46.

Fattah, E. A. (2000b). Victimology today: Recent theoretical and applied developments. In H. Iitsuka & R. Findlay-Debeck (Eds.), *Resource material series no. 56* (pp 60–70). Tokyo: United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and Treatment of Offenders.

Fattah, E. A. & Sacco, V. F. (1989). *Crime and victimization of the elderly*. New York: Springer.

Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (4), 790–797.

Faulkner, L. R. (1982). Mandating the reporting of suspected cases of elder abuse: An inappropriate, ineffective and ageist response to the abuse of older adults. *Family Law Quarterly*, 16, 69–91.

Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13 (3), 129–133.

Felson, M. (2002). *Crime and everyday life* (3rd ed.). New York: Sage.

Felson, M. & Clarke, R. V. (1998). *Opportunity makes the thief: Practical theory for crime prevention*. London, UK: Home Office.

Feltes, T. (2000). Kriminologische Regionalanalyse und Lagebilder als Datenbasis polizeilicher Bekämpfungskonzepte. In J. Stock & H. Böhler (Hrsg.), *Erfassung und Bewertung von Konzepten repressiver Kriminalitätskontrolle* (S. 43–54). Aschersleben: Fachhochschule der Polizei Sachsen-Anhalt.

Ferraro, K. F. & LaGrange, (1987). The measurement of fear of crime. *Sociological Inquiry* 57, 70–101.

Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., Sczufca, M. & Alzheimer's Disease International (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112–2117.

Ferring, D. & Filipp, S. H. (1999). Soziale Netze im Alter: Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31 (3), 127–137.

Fialk, R. (2008). Weinberg elder abuse shelter casts a broader safety Net. Verfügbar unter <http://www.jwi.org/site/c.okLWJ3MPKtH/b.4205397/> [21. Juni 2008].

Filinson, R. (2006). „No secrets“ and beyond: recent elder abuse policy in England. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18 (1), 1–18.

Florio, E. R., Jensen, J. E., Hendryx, M. S., Raschko, R. & Mathieson, K. (1998). One year outcomes of older adults referred for aging and mental health services by community gatekeepers. *Journal of Case Management*, 7 (2), 74–83.

Foley, K. L., Tung, H. J. & Mutran, E. J. (2002). Self-gain and self-loss among African American and white caregivers. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), S14–S22.

Forsyth, C. J. & Gramling, R. (1988). Elderly crime: Fact and artifact. In B. McCarthy & R. Langworthy (Eds.). *Older offenders: Perspectives in criminology and criminal justice* (pp. 3–13). Westport, CT: Praeger Publishers.

France, D. (2006). And then he hit me. Too ashamed or too scared to speak up, tens of thousands of 50-plus victims of domestic violence suffer in silence. *AARP Magazine*, 49 (1), 72–77. Verfügbar unter: http://www.aarpmagazine.org/family/domestic_violence.html [17.10.2008].

Fraser, K. (2004). African American Muslim women: An invisible group. *Sex Roles*, 51 (5/6), 319–328.

Frazer, L. (2003). *Ageing inside* (School for Policy Studies Working Paper Series, Paper Number 1). Bristol, UK: School for Policy Studies, University of Bristol.

Freeman, I. (2003). Assuring safety for people with dementia in long-term care facilities: A focus on staffing. *Ethics, Law, and Aging Review*, 9, 107–124.

Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 642–662.

Fried, T. R., Bradley, E. H., O'Leary, J. R. & Byers, A. L. (2005). Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (1), 59–65.

Friedrichs, D. O. (1992). White-collar crime and the definitional quagmire: A provisional solution. *Journal of Human Justice*, 3 (2), 3–21.

Friedrichs, D. O. (1996). *Trusted criminals: White collar crime in contemporary society*. Belmont, CA: Thomson Higher Education.

Frieze, I. H. (2000). Violence in close relationships – Development of a research area: Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 681–684.

Fritsch, N. (2008). *Wie gehen ältere Menschen mit der Erfahrung um, Opfer eines Eigentums- und Vermögensdelikts zu werden? Eine leitfadengestützte Interviewstudie mit Betroffenen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Leibniz-Universität Hannover: Studiengang Sozialwissenschaften.

Frolik, L. A. (1991). Abusive guardians and the need for judicial supervision. *Trust and Estates: The Fiduciary Journal*. 130 (7), 41–44.

Fromme, E. K., Drach, L. L., Tolle, S. W., Ebert, P., Miller, P., Perrin, N. & Tilden, V. P. (2005). Men as caregivers at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (6), 1167–1175.

Fulmer, T., Paveza, G. & Guadagno, L. (2002). Elder abuse and neglect: Policy issues for two very different problems. *Public Policy and Aging Report*, 12, 15–18.

Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M. & Norman, R. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist*, 45 (4), 525–534.

Galliher, J. F. (1999). Against administrative criminology. *Social Justice*, 26 (2), 56–59.

Ganner, M. (2005). *Selbstbestimmung im Alter: Privatautonomie für alte und pflegebedürftige Menschen in Österreich und Deutschland*. Heidelberg: Springer.

Gardner, J. (1996). Use of official statistics and crime survey data in determining violence against women. In C. Sumner, M. Israel, M. O'Connell & R. Sarre (Eds.). *International victimology: Selected papers from the 8th International Symposium – Proceedings of a symposium held 21–26 August 1994* (AIC Conference Proceedings, No. 27, pp. 149–156). Canberra: Australian Institute of Criminology.

Gates, D. M., Fitzwater, E. & Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (4), 12–22.

Gates, D., Fitzwater, E. & Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (8), 775–793.

Gawronski, D. W. & Reding, M. J. (2001). Post-stroke depression: An update. *Current Atherosclerosis Reports*, 3, 307–312.

Gelles, R. & Loseke, D. R. (Eds.). (1993). *Current controversies on family violence*. Newbury Park, CA: Sage.

Gilleard, C. J., Bedford, H., Gilleard, E., Whittick, J. E. & Gledhill, K. (1984). Emotional distress among the supporters of the elderly mentally infirm. *British Journal of Psychiatry*, 145, 171–172.

Gilleard, C. & Higgs, P. (2000). *Cultures of ageing*. Harlow, UK: Prentice Hall.

Gilleard, C. & Higgs, P. (2002). The third age: Class, cohort or generation? *Ageing and Society*, 22, 369–382.

Gilleard, C., Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. & Blane, D. (2005). Class, cohort, and consumption: The British experience of the third age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, S305–S310.

Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

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), 1–26.

Görgen, T. (2003a). Befunde zweier empirischer Forschungsprojekte zur Opferwerdung älterer Menschen. In R. Egg & E. Minthe (Hrsg.). *Opfer von Straftaten: kriminologische, rechtliche und praktische Aspekte* (S. 179–193). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

Görgen, T. (2003b). Gewalt gegen ältere Menschen – Anmerkungen zur konzeptuellen Fassung eines neuen Forschungs- und Praxisfeldes. In E. Kube, H. Schneider & J. Stock (Hrsg.). *Kriminologische Spuren in Hessen: Freundesgabe für Arthur Kreuzer zum 65. Geburtstag* (Polizeiwissenschaftliche Analysen: Schriftenreihe der Verwaltungsfachhochschule in Wiesbaden, Bd. 2, S. 139–148). Frankfurt/M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Görgen, T. (unter Mitarbeit von S. Herbst, A. Hüneke & A. Newig) (2004a). *Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten* (KFN-Forschungsbericht Nr. 93). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

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

Görgen, T. (2006). „As if I just didn't exist“ – Elder abuse and neglect in nursing homes. In A. Wahidin & M. Cain (Eds.). *Ageing, crime and society* (pp. 71–89). Cullompton, UK: Willan.

Görgen, T. (2007). Ältere und hochaltrige Gefangene – Herausforderung (und Entwicklungschance) für den Strafvollzug. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35. Jg., Heft 45, 5–12.

Görgen, T. & Greve, W. (2005). Alte Menschen in Haft: der Strafvollzug vor den Herausforderungen durch eine wenig beachtete Personengruppe. *Bewährungshilfe*, 52 (2), 116–130.

Görgen, T. & Greve, W. (2006). Alter ist kein Risikofaktor an sich für die Opferwerdung. In W. Heitmeyer & M. Schröttle (Hrsg.). *Gewalt: Beschreibungen – Analysen – Prävention* (S. 144–163). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Görgen, T., Herbst, S., Nägele, B., Newig, A., Kimmelmeier, 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. & Hüneke, A. (2005). Ältere Menschen als Opfer von Tötungsdelikten: Analysen auf der Basis der Polizeilichen Kriminalstatistik. In Informationszentrum Sozialwissenschaften (Ed.). *Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2005/2* (S. 9–55). Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.

Görgen, T., Kotlenga, S. & Nägele, B. (2004). „Lotsendienst durch den Dschungel der Altenhilfe“? Überlegungen zu einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon für ältere Menschen. *Pro Alter – Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, 37*(2), 38–40.

Görgen, T., Kreuzer, A., Nägele, B. & Krause, S. (2002). *Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum.* Stuttgart: Kohlhammer.

Görgen, T., Kreuzer, A., Nägele, B. & Kotlenga, S. (2002). *Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen.* Bericht an das BMFSFJ. Justus-Liebig-Universität Gießen.

Görgen, T. & Nägele, B. (2003). *Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt.* (KFN-Forschungsbericht Nr. 89). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

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

Görgen, T. & Nägele, B. (2006a). Sexuelle Viktimisierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39* (5), 382–389.

Görgen, T. & Nägele, B. (Hrsg.) (2006b). *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* (KFN-Materialien für die Praxis, Nr. 2). 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., Nägele, B. & Nachtmann, J. (2006). Bilanz des ExpertInnenforums am 14.06.2006 in Hannover. In T. Görgen & B. Nägele (Hrsg.). *Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen* (KFN-Materialien für die Praxis, Nr. 2, S. 101–112). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Görge, 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.

Görge, 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.

Golub, A., Johnson, B. D. & Labouvie, E. (2000). On correcting biases in self-reports of age at first substance use with repeated cross-section analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 16 (1), 45–68.

Goodman, G. S. & Melinder, A. (2007). Child witness research and forensic interviews of young children: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 12 (1), 1–19.

Goodridge, D. M., Johnston, P. & Thomson, 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 (1), 49–67.

Goodstein, L. & Shotland, R. L. (1982). The crime causes crime model: A critical review of the relationship between fear of crime, bystander surveillance, and changes in the crime rate. *Victimology*, 5, 133–155.

Gottfredson, M. R. (1986). Substantive contributions of victimization surveys. *Crime and Justice*, 7, 251–287.

Gould, L. C. (1969). Who defines delinquency: A comparison of self-reported and officially-reported indices of delinquency for three racial groups. *Social Problems*, 16, 325–336.

Graff, S. (2005). *Mit mir nicht. Selbstbehauptung und Selbstverteidigung im Alltag*. Berlin: Orlanda.

Grafström, M., Norberg, A. & Hagberg, B. (1993). Relationships between demented elderly people and their families: a follow-up study of caregivers who had previously reported abuse when caring for their spouses and parents. *Journal of Advanced Nursing* 18 (11), 1747–1757.

Grant, A. (1999). *Elderly inmates: Issues for Australia* (Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, No. 115). Canberra: Australian Institute of Criminology.

Greene, A. D. & Latting, J. K. (2004). Whistle-blowing as a form of advocacy: guidelines for the practitioner and organization. *Social Work*, 49 (2), 219–230.

Greenberg, J. R., McKibben, M. & Raymond, J. A. (1990). Dependent adult children and elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2 (1–2), 73–86.

Grellner, W. & Madea, B. (1995). Tod im Personenlifter. *Archiv für Kriminologie*, 195 (5–6), 140–146.

Gresham, M. (1976). The infantilization of the elderly. *Nursing Forum*, 15, 196–209.

Greve, W. (1997). Gewalt gegen alte Menschen im privaten und öffentlichen Raum. In R. D. Hirsch, B. R. Vollhardt & F. Erkens (Hrsg.). *Gewalt gegen alte Menschen/1. Arbeitsbericht* (pp. 15–22). Bonn. Eigendruck.

Greve, W. (1998). Fear of crime among the elderly: Foresight, not fright. *International Review of Victimology*, 5, 277–309.

Greve, W. (2000). Furcht vor Kriminalität im Alter: Befunde und Überlegungen zu einer Schnittstelle zwischen Gerontopsychologie und Viktimologie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 123–133.

Greve, W. (2004a). Fear of crime among older and younger adults: Paradoxes and other misconceptions. In H. J. Albrecht, T. Serassis & H. Kania (Eds.). *Images of crime II: Representations of crime and the criminal in politics, society, the media, and the arts* (pp. 167–186). Freiburg i. Br.: edition iuscrim.

Greve, W. (2004b). Kriminalitätsfurcht bei jüngeren und älteren Menschen: Paradoxien und andere Missverständnisse. In M. Walter, H. Kania & H. J. Albrecht (Hrsg.). *Alltagsvorstellungen der Kriminalität* (S. 249–270). Münster: Lit.

Greve, W. (2005). Kriminalitätsfurcht im Lebenslauf: Entwicklungspsychologische Perspektiven auf ein unterschätztes Thema. In K. P. Dahle & R. Volbert (Hrsg.). *Entwicklungspsychologische Aspekte der Rechtspsychologie* (S. 347–358). Göttingen: Hogrefe.

Greve, W. (2008). Kriminalitätsfurcht. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.). *Handbuch der Rechtspsychologie* (Handbuch der Psychologie, Bd. 9; S. 209–217). Göttingen: Hogrefe.

Greve, W. & Gabriel, U. (2003). The psychology of fear of crime: conceptual and methodological perspectives. *British Journal of Criminology*, 43, 600–614.

Greve, W., Hosser, D. & Wetzels, P. (1996). *Bedrohung durch Kriminalität im Alter: Kriminalitätsfurcht älterer Menschen als Brennpunkt einer Gerontoviktimologie*. Baden-Baden: Nomos.

Greve, W. & Niederfranke, A. (1998). Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 130–135.

Greve, W. & Wetzels, P. (1995). Opfererfahrungen und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen. *Report Psychologie*, 20(9), 24–35.

Gröning, K. (2005). *Entweihung und Scham. Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

- Gronemeyer, R. (1987).** Erlernte soziale Infantilisierung alter Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Die ergraute Gesellschaft* (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, 71, S. 439–445). Berlin: DZA.
- Großjohann, K. (2008).** Pflegestützpunkte – eine wirkliche Innovation? *Pro Alter*, 5 (1), 18–22.
- Großkopf, V. (2003).** Unter Druck. *Altenheim*, 42 (1), 28–30.
- Groves, R. N. & Cork, D. L. (2008).** *Surveying victims: Options for conducting the National Crime Victimization Survey*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Gwyther, L. (1994).** Managing challenging behaviors at home. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 8 (Suppt. 3), S110–S112.
- Habermehl, H. (1999, 16. November).** Altenpflegerin (48) wegen Misshandlung vor Gericht. Frankfurter Neue Presse. Verfügbar unter <http://www.rhein-main.net/Cgi-bin/framekeeper.pl?SetName=nachrichten&FileName=http%3A//www.rhein-main.net/FNP-Online/Zeitung/lokaltz-7.html> [16.11.1999].
- Hager, K. & Ziegler, K. (1998).** Studien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (1), 9–15.
- Hamel, M., Gold, D. P., Andres, D., Reis, M., Dastoor, D., Grauer, H. & Bergman, H. (1990).** Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist*, 30, 206–211.
- Hansen, E. (2005).** Das Case/Care Management: Anmerkungen zu einer importierten Methode. *Neue Praxis*, 35 (2), 107–125.
- Harbison, J. (1998).** Models of intervention for „elder abuse and neglect“: A Canadian perspective on ageism, participation, and empowerment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (3/4), 1–17.
- Harborne, A. (1996).** Challenging behaviour in older people: Nurses' attitudes. *Nursing Standard*, 11 (12), 39–43.
- Harbort, S. (1999a).** Kriminologie des Serienmörders – Teil 1: Forschungsergebnisse einer empirischen Analyse serieller Tötungsdelikte in der Bundesrepublik Deutschland. *Kriminalistik*, 53 (10), 642–650.
- Harbort, S. (1999b).** Kriminologie des Serienmörders – Teil 2: Forschungsergebnisse einer empirischen Analyse serieller Tötungsdelikte in der Bundesrepublik Deutschland. *Kriminalistik*, 53 (11), 713–721.
- Harris, D. K. & Benson, M. L. (1998).** Nursing home theft: The hidden problem. *Journal of Aging Studies*, 12, 57–67.

Harris, D. K. & Benson, M. L. (2006). *Maltreatment of patients in nursing homes: there is no safe place.* Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press.

Harrison, P. M. & Beck, A. J. (2004). *Prisoners in 2003.* Washington, D.C.: U.S. Department of Justice.

Harrison, P. M. & Beck, A. J. (2005). *Prison and jail inmates at midyear 2004.* Washington, D.C.: United States Department of Justice.

Harrison, P. M. & Beck, A. J. (2006). *Prison and jail inmates at midyear 2005.* Washington, D.C.: United States Department of Justice.

Hayne, H. (2003). Infantile amnesia. In H. Eichenbaum, H. Roediger & R. F. Thompson (Eds.). *Learning and memory* (2nd ed., pp. 26–28). Farmington Hills, MI: Macmillian Reference USA.

Hayne, H. (2004). Infant memory development: Implications for childhood amnesia. *Developmental Review, 24*, 33–73.

Heath, J. M., Dyer, C. B., Kerzner, L. J., Mosqueda, L. & Murphy, C. (2002). Four models of medical education about elder mistreatment. *Academic Medicine, 77* (11), 1101–1106.

Heinemann, A., Birkholz, M., Lockemann, U. & Püschel, K. (2006). Tod unter akuter psychischer Belastung – Kausalität in strafrechtlicher Hinsicht. In G. Kauert, D. Mebs & P. Schmidt (Hrsg.). *Kausalität – Forensische Medizin, Toxikologie, Biologie, Biomechanik und Recht* (S. 27–42). Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.

Heinemann, A., Leutenegger, M., Cordes, O., Matschke, J., Hartung, C., Püschel, K. & Meier-Baumgartner, H. P. (2001). Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34* (6), 509–516.

Heinemann, A., Leutenegger, M., Cordes, O., Matschke, J., Püschel, K. & Meier-Baumgartner, P. (2002). Pressure sores among elderlies in nursing homes. In M. Oehmichen, S. Ritz-Timme & C. Meissner (Hrsg.). *Aging: Morphological, biochemical, molecular and social aspects.* (S. 419–429). Lübeck: Schmidt-Römhild.

Heinemann, A., Lockemann, U., Matschke, J., Tsokos, M. & Püschel, K. (2000). Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125* (3), 45–51.

Heinemann, A. & Püschel, K. (1996). Zum Dunkelfeld von Tötungsdelikten durch Erstickungsmechanismen. *Archiv für Kriminologie, 197* (5–6), 129–141.

Heisler, C. J. & Stiegel, L. A. (2005). Enhancing the justice system's response to elder abuse: Discussions and recommendations of the „Improving Prosecution“ working group of the National Policy Summit on Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 14* (4), 31–54.

Helck, S. (2002). Beschwerdemanagement in der Altenhilfe: ein preiswertes Konzept zur Qualitätsentwicklung. *Pro Alter*, 35 (1), 66–69.

Helpline swamped by elder abuse claims (2001, 7. Februar). BBC News Online. Verfügbar unter http://news.bbc.co.uk/low/english/health/newsid_630000/630946.stm [7.2.2000].

Hendryx-Bedalov, P. M. (2000). Alzheimer's dementia. Coping with communication decline. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (8), 20–24.

Henke, F. (2007). Versorgungsbrüche vermeiden, Pflegeüberleitung optimieren. *Pflegen ambulant*, 18 (6), 7–10.

Henn-Baier, P. (2004). *Die rechtliche Betreuung im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Bevormundung*. Frankfurt am Main: Lang.

Hepworth, M. (1996). „William“ and the old folks: Notes on infantilisation. *Ageing and Society*, 16 (4), 423–441.

Herrmann, M. (1992). Depressive Veränderungen nach cerebrovaskulären Insulten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 1, 25–43.

Heyman, R. E., Feldbau-Kohn, S. R., Ehrensaft, M. K., Langhinrichsen-Rohling, J. & O'Leary, K. D. (2001). Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *Journal of Family Psychology*, 15 (2), 315–333.

Hill, B. J. (2003). *Shelter intervention in elder abuse*. Calgary, Alberta, Canada: Kerby Centre.

Hill, R. A. & Dunbar, R. I. (2003). Social network size in humans. *Human Nature*, 14 (1), 53–72.

Hindelang, M., Gottfredson, M. & Garofalo, J. (1978). *Victims of personal crime: An empirical foundation for a theory of personal victimization*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hindelang, M. J., Hirschi, T. & Weis, J. (1979). Correlates of delinquency: The illusion of discrepancy between self-report and official measures. *American Sociological Review*, 44, 995–1014.

Hirsch, R. D. & Brendebach, C. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (6), 449–455.

Hochstetler, A. (2001). Opportunities and decisions: interactional dynamics in robbery and burglary groups. *Criminology*, 39 (3), 737–763.

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/norddeutschland/html/231101/0523olaf1.htm [23.11.2001].

- Höfer, S. (2000a).** Soziographische Merkmale von Täter-Opfer-Konstellationen. *Krimi-nalistik*, 54 (11), 711–716.
- Höfer, S. (2000b).** *Täter-Opfer-Konstellationen: eine Analyse anhand der polizeilichen Kriminalstatistik*. Vortrag anlässlich des „Mainzer Opferforums“ des Weißen Rings vom 14./15. Oktober 2000.
- Höfert, R. & Meißner, T. (2008).** Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierung). In R. Höfert & T. Meißner. *Von Fall zu Fall – Ambulante Pflege im Recht* (S. 105–112). Heidelberg: Springer.
- Höynck, T. & Görden, T. (2006).** Tötungsdelikte an Kindern. In Informationszentrum Sozialwissenschaften (Ed.). *Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2006/2* (S. 9–42). Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.
- Hoff, A., Tesch-Römer, C., Wurm, S. & Engstler, H. (2003).** „Die zweite Lebenshälfte“: Längsschnittliche Konzeption des Alterssurveys. In F. Karl (Hrsg.). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie* (S. 185–204). Weinheim: Juventa.
- Hoffmann, B. & Klie, T. (2004).** *Freiheitsentziehende Maßnahmen: Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*. Heidelberg: C. F. Müller.
- Hoffmann, P. M. & Korte, M. T. (2005).** *Rechtliche Betreuung im Alter: Ergebnisse eines Forschungs- und Praxisprojektes*. Köln: Bundesanzeiger-Verlag.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. (1997a).** Quoten versus Random-Route: Vergleich Shell- und DJI-Jugend-Studie. In S. Gabler & J. H. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (pp. 68–80). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. (1997b).** Random-Route-Stichproben nach ADM. In S. Gabler & J. H. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (pp. 33–42). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Homan, R. (1991).** *The ethics of social research*. London, UK: Longman.
- Homan, R. (2001).** The principle of assumed consent: the ethics of gatekeeping. *Journal of Philosophy of Education*, 35 (3), 329–343.
- Homer, A. C. & Gilleard, C. J. (1990).** Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359–1362.
- Honig, M. S. (1992).** *Verhäuslichte Gewalt. Sozialer Konflikt, wissenschaftliche Konstrukte, Handlungssituationen: eine Explorativstudie über Gewalthandeln von Familien* (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hopf, C., Rieker, P., Sanden-Marcus, M. & Schmidt, C. (1995). *Familie und Rechts-extremismus – Familiäre Sozialisation und rechtsextreme Orientierung junger Männer.* Weinheim: Juventa Verlag.

Hörl, J. (1998). Zum Lebensstil älterer Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen* (S. 65–78). Göttingen: Hogrefe.

Hosser, D. & Greve, W. (1999). *Gefängnis und die Folgen: Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe.* (KFN-Forschungsberichte, Nr. 77). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Houde, S. C. (2001). Men providing care to older adults in the home. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (8), 13–19.

Hoyle, C. & Zedner, L. (2007). Victims, victimisation and criminal justice. In M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *The Oxford handbook of criminology, 4th ed.* (pp. 461–495). Oxford: Oxford University Press.

Hughes, M. (1997). „That triggers me right off“: Factors influencing abuse and violence in older people’s care-giving relationships. *Australian Journal on Ageing*, 16 (2), 53–60.

Hugman, R. (1995). The implications of the term „elder abuse“ for problem definition and response in health and social welfare. *Journal of Social Policy*, 24 (4), 493–508.

Huisman, K. A. (2001). Wife battering in Asian American communities: Identifying the service needs of an overlooked segment of the U.S. population. *Violence against Women*, 2, 260–283.

Huizinga, D. & Elliott, D. S. (1986). Reassessing the reliability and validity of self-report delinquent measures. *Journal of Quantitative Criminology*, 2 (4), 293–327.

Hurlebaus, A. E. & Link, S. (1997). The effects of an aggression management program on nurses’ levels of knowledge, confidence, and safety. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 260–265.

Huttenlocher, J., Hedges, L. V. & Bradburn, N. M. (1990). Reports of elapsed time: Bounding and rounding processes in estimation. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 16, 196–213.

Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en Espana. Elder abuse in the family in Spain.* Valencia: Queen Sofia Center for the Study of Violence.

„Ich bin ein Idiot gewesen“ (2005, 3. Mai). Süddeutsche Zeitung online. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/tt4m2/panorama/artikel/487/52435/> [11.6.2008].

infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2005). *„Viktimisierungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern“ – Methodenbericht.* Bonn: infas.

Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B., Ha, J. & Hammer, L. B. (2003). Redressing inequity in parent care among siblings. *Journal of Marriage and Family* 65 (1), 201–212.

Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (3), 309–318.

Jackson, J. (2005). Validating new measures of the fear of crime. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (4), 297–315.

Jäger, J. (2006). Datenbasis für die kommunale Kriminalpolitik: Kriminologische Regionalanalyse. In T. Feltes, C. Pfeiffer & G. Steinhilper (Hrsg.). *Kriminalpolitik und ihre wissenschaftlichen Grundlagen: Festschrift für Professor Dr. Hans-Dieter Schwind zum 70. Geburtstag* (S. 717–723). Heidelberg: Müller.

Jakobsson, U. & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging – Clinical and Experimental Research*, 17 (6), 494–501.

Janson, C. G. (1990). Retrospective data, undesirable behavior, and the longitudinal perspective. In D. Magnusson & L. R. Bergman (Eds.). *Data quality in longitudinal research* (pp. 100–121). New York, NY: Cambridge University Press.

Jansson, K., Povey, D. & Kaiza, P. (2007). Violent and sexual crime. In S. Nicholas, I. Kershaw & A. Walker (Eds.) (2007). *Crime in England and Wales 2006/07* (pp. 49–72). London, UK: Home Office.

Jecker, N. S. (2001). Taking care of one's own: Justice and family caregiving. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23 (2), 117–133.

Jensen, J. E. (2002). *Gatekeeper model of case-finding at-risk older adults: Implementation. Process evaluation report* (SAMHSA Report, No. P7953314-01). Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.

Jogerst, G. J., Daly, J. M., Brinig, M. F., Dawson, J. D., Schmuck, G. A. & Ingram, J. G. (2003). Domestic elder abuse and the law. *American Journal of Public Health*, 93 (12), 2131–2136.

Jogerst, G., Daly, J. & Ingram, J. (2001). National elder abuse questionnaire: Summary of adult protective service investigator responses. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (4), 59–71.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283–294.

Johnson, M. P. (2001). Conflict and control: Symmetry and asymmetry in domestic violence. In A. Booth, A. C. Crouter & M. Clements (Eds.). *Couples in conflict* (pp. 95–104). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

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

Johnstone, M. J. (2004). Patient safety, ethics and whistleblowing: A nursing response to the events at the Campbelltown and Camden Hospitals. *Australian Health Review*, 28 (1), 13–19.

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.

Kämmer, K. (2000). Beschwerliche Wege. *Altenpflege*, 25 (9), 35–38.

Kaffeeahrt-Abzocke! Wie die Polizei gegen die neuste Masche vorgeht (2004). Hessischer Rundfunk online. Verfügbar unter http://www.hr-online.de/website/fernsehen/sendungen/index.jsp?rubrik=33614&key=standard_document_2816294&seite=1 [20. Juni 2008].

Kahan, F. S. & Paris, B. E. (2003). Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 62–68.

Kapp, M. B. (1981). Legal guardianship: For whom? On what basis? With what safeguards? *Geriatric Nursing*, 2 (5), 366–369.

Karger, B., Lorin De La Grandmaison, G., Bajanowski, T. & Brinkmann, B. (2004). Analysis of 155 consecutive forensic exhumations with emphasis on undetected homicides. *International Journal of Legal Medicine*, 118 (2), 90–94.

Kasturirangan, A., Krishnan, S. & Riger, S. (2004). Impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, 5 (4), 318–332.

Kavemann, B., Leopold, B., Schirmacher, G. & Hagemann-White, C. (2002). *Fortbildungen für die Intervention bei häuslicher Gewalt: Auswertungen der Fortbildungen für Polizeiangehörige sowie Juristinnen und Juristen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 193.1). Stuttgart: Kohlhammer.

Kawelovski, F. (1995). *Ältere Menschen als Kriminalitätsoffer* (BKA-Reihe Polizei, Bd. 59). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Kaye, L. W., Kay, D. & Crittenden, J. A. (2007). Intervention with abused older males: conceptual and clinical perspectives. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1–2), 153–172.

Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.

Kelle, U. & Niggemann, C. (2002). „Weil ich doch vor zwei Jahren schon einmal verhört worden bin ...“ – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern. In A. Motel-Klingebiel & U. Kelle (Hrsg.). *Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie* (S. 99–131). Opladen: Leske + Budrich.

Kelle, U. & Niggemann, C. (2004). *Datenerhebung als sozialer Prozess in der Evaluations- und Wirkungsforschung – das Beispiel „Pflegetqualität“* (Hallesche Beiträge zu den Pflegewissenschaften, Nr. 13). Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Keller, C. (2008). *Häusliche Gewalt und Gewaltschutzgesetz: Leitfaden für polizeiliches Handeln*. Stuttgart: Boorberg.

Kemp, B. & Liao, S. (2006). Elder financial abuse: tips for the medical directors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(9), 591–593.

Kemp, B. & Mosqueda, L. (2005). Elder financial abuse: An evaluation framework and supporting evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7), 1123–1127.

Kempker, E. (2003). Graying of American prisons: Addressing the continued increase in geriatric inmates. *Corrections Compendium*, 28(6), 1–2, 4, 22–26.

Kennedy, R. D. (2005). Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Family Medicine*, 37(7), 481–485.

Kennedy, L. W. & Silverman, R. A. (1990). Elderly victims of homicide: An application of the routine activities approach. *Sociological Quarterly*, 31(2), 307–319.

Kerbs, J. J. (2000). The older prisoner: Social, psychological and medical considerations. In M. Rothman, B. Dunlop & P. Entzel (Eds.). *Elders, crime and the criminal justice system* (pp. 207–228). New York: Springer.

Keßler, I. (2005). *Straffälligkeit im Alter: Erscheinungsformen und Ausmaße*. Münster: LIT.

Kidder, L. & Cohn, E. (1979). Public views of crime and crime prevention. In I. H. Frieze, D. Bar-Tal & J. S. Carroll (Eds.). *New approaches to social problems* (pp. 237–264). San Francisco: Jossey-Bass.

Kim, J. S. Choi, S., Kwon, S. U. & Seo, Y. S. (2002). Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology*, 58, 1106–1108.

King, R. S. & Mauer, M. (2002). *Aging behind bars: „Three strikes“ seven years later*. Washington, D.C.: Sentencing Project.

King's College London & National Centre for Social Research (2007). *UK study of abuse and neglect of older people*. London, UK: National Centre for Social Research.

Kingston, P. & Penhale, B. (1995). Elder abuse and neglect: Issues in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 3(3), 122–128.

Kinrear, P. & Graycar, A. (1999). *Abuse of older people: Crime or family dynamics?* (Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, No. 113). Canberra: Australian Institute of Criminology.

Kirchner, H. (2002). *Beschwerdemanagement im Pflorgeteam: Fallbeispiele und Trainingsprogramme für die Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

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

Kleinman, M. (2006). Written statement on behalf of WISE Senior Services regarding programs to help seniors avoid and prevent being victimized by economic fraud crimes. In U.S. Senate Special Committee on Aging. *Old scams, new victims: breaking the cycle of victimization* (S. 93–96). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine*, 30 (4), 463–472.

Klie, T. (2005). Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft. In Nationaler Ethikrat: *Niederschrift über die Jahrestagung Altersdemenz und Morbus Alzheimer 27. Oktober 2005 in Berlin, Teil 2 – Nachmittag* (S. 2–7). Berlin: Nationaler Ethikrat.

Klie, T. (2008). Die Zeit ist reif: Case management. *Altenheim*, 48 (4), 26–29.

Klie, T. & Blaumeister, H. (2002). Perspektive Pflegemix. In T. Klie, A. Buhl, H. Entzian & R. Schmidt (Hrsg.). *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen: Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf* (Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit, S. 132–152). Frankfurt/M. Mabuse Verlag.

Klie, T. & Lörcher, U. (1994). *Gefährdete Freiheit: Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht.* Freiburg i. Br.: Lambertus.

Klie, T. & Pfundstein, T. (2004). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. In B. Hoffmann & T. Klie (Hrsg.). *Freiheitsentziehende Maßnahmen: Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis* (S. 75–130). Heidelberg: C. F. Müller.

Kluge, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung.* Opladen: Leske + Budrich.

Kluge, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung [20 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [Online Journal], 1 (1). Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00kluge-d.htm> [5.1.2006].

Knight, B. G., Robinson, G. S., Longmire, C. V., Chun, M., Nakao, K. & Kim, J. H. (2002). Cross cultural issues in caregiving for persons with dementia: do familism values reduce burden and distress? *Ageing International*, 27(3), 70–94.

Koch, A. (1998). Wenn „mehr“ nicht gleichbedeutend mit „besser“ ist: Ausschöpfungsquoten und Stichprobenverzerrungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. *ZUMA-Nachrichten*, 42, 66–93.

Koch, A. (2004). *Nonresponse in der Umfrageforschung: das Beispiel ALLBUS*. Mannheim: ZUMA.

Koczy, P., Klie, T., Kron, M., Bredthauer, D., Rissmann, U., Branitzki, S., Guerra, V., Klein, A., Pfundstein, T., Nikolaus, T., Sander, S. & Becker, C. (2005). Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenz-erkrankten Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (1), 33–39.

Koenig, T. L. (2004). From the woman's viewpoint: ethical dilemmas confronted by women as informal caregivers of frail elders. *Families in Society*, 85 (2), 236–242.

Kohli, M. & Künemund, H. (Hrsg.) (2005). Die zweite Lebenshälfte: gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey (2. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. & Szydlik, M. (2000). *Grunddaten zur Lebenssituation der 40–85jährigen deutschen Bevölkerung: Ergebnisse des Alters-Survey*. Berlin: Weißensee-Verlag.

Kohn, S. J. (2003). *Impact of social comparison processes on psychological distress: proposed models of adaptation and well-being in older adults*. Unpublished dissertation, University of Maryland College Park.

Kolm, S. C. (2000). The theory of reciprocity. In L. A. Gérard-Varet, S. C. Kolm & J. M. Ythier (Eds.). *The economics of reciprocity, giving and altruism* (pp. 115–141). Houndmills: MacMillan Press.

Korbin, J., Anetzberger, G. & Austin, C. (1995). The intergenerational cycle of violence in child and elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 7 (1), 1–15.

Kosberg, J. I. (Ed.). (1995). *Elder abuse: International and cross-cultural perspectives*. New York: Haworth Press.

Kramer, B. J. (2000). Husbands caring for wives with dementia: a longitudinal study of continuity and change. *Health and Social Work*, 25 (2), 97–107.

Kramer, B. J. (2002). Men caregivers: An overview. In B. Kramer & E. Thompson (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp. 3–19). New York: Springer.

Kreuzer, A. (1982a). Definitionsprozesse bei Tötungsdelikten: wie Polizei und Justiz das Entscheidungsprogramm zur Tötungskriminalität handhaben, Teil 1. *Kriminalistik*, 36, 428–430, 455.

Kreuzer, A. (1982b). Definitionsprozesse bei Tötungsdelikten: wie Polizei und Justiz das Entscheidungsprogramm zur Tötungskriminalität handhaben, Teil 2. *Kriminalistik*, 36, 491–495.

Kreuzer, A. (1994a). Kriminologische Dunkelfeldforschung, 1. Teil. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 14 (1), 10–16.

Kreuzer, A. (1994b). Kriminologische Dunkelfeldforschung, 2. Teil. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 14 (4), 164–168.

Kreuzer, A. & Hürlimann, M. (Hrsg.) (1992). *Alte Menschen als Täter und Opfer: Alterskriminalologie und humane Kriminalpolitik gegenüber alten Menschen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kross, E., Ayduk, O. & Mischel, W. (2005). When asking „why“ does not hurt. Distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological Science*, 16 (9), 709–715.

Kube, E. (1990). Tatgelegenheitsstruktur und Kriminalitätsprävention. In J. Brand & M. Busch (Hrsg.). *Marginalien zur unsichtbaren Universität: Festschrift für Josef Maria Häußling zum 65. Geburtstag* (S. 161–177). Otterbach: Verlag Franz Arbogast.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008). *Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht vom 27. Juni 2008*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kury, H., Dörmann, U., Richter, H. & Würger, M. (1992). *Opfererfahrungen und Meinungen zur inneren Sicherheit in Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Kury, H., Lichtblau, A., Neumaier, A. & Obergfell-Fuchs, J. (2004). Zur Validität der Erfassung von Kriminalitätsfurcht. *Soziale Probleme*, 15, 141–165.

Kury, H., Obergfell-Fuchs, J. & Würger, M. (2000). *Gemeinde und Kriminalität: eine Untersuchung in Ost- und Westdeutschland*. Freiburg i. Br.: edition iuscrim.

Kurrle, S. (2005). Management of elder abuse and neglect in Australia. *Global Ageing*, 3 (1), 30–40.

Lachs, M. S. & Fulmer, T. (1993). Recognizing elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9, 3, 665–681.

Lachs, M. S. & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263–1272.

Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1996). Older adults. An 11-year longitudinal study of adult protective service use. *Archives of Internal Medicine*, 156 (4), 449–453.

Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*, 37(4), 469–474.

Laga, G. (1999). Zur Befragbarkeit „alter“ Menschen. *Soziale Arbeit*, 48, 302–306.

Lambrecht, P. & Bracker, M. (1992). *Die Pflegebereitschaft von Männern: 50 Jahre kann man einfach nicht beiseite schieben*. Kassel: Gesamthochschule Kassel.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*, 4. Aufl. München: Psychologie Verlags Union.

Landeskriminalamt Niedersachsen (2003). Trickbetrug in der Wohnung. Verfügbar unter http://www.lka.niedersachsen.de/praevention/infomaterial/enkel_cover_ruecks.pdf [18.6.2004].

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2000). Trickbetrug mit Falschgeld zum Nachteil älterer Menschen. Verfügbar unter <http://www.lka.nrw.de/senioren/trickdiebstahl-wechselgeld.pdf> [18.6.2004].

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2005). Trickbetrug mit Falschgeld zum Nachteil älterer Menschen. Verfügbar unter <http://www.landespraeventionspreis.nrw.de/download/trickbetrug-falschgeld.pdf> [2.6.2008].

Landeskriminalamt Sachsen (1997). Diebstahl von Meißner Porzellanfiguren durch Trickbetrug. Verfügbar unter <http://www.polizei.sachsen.de/lka/dokumente/DiebstahlPorzellanfigurenTrickbetrug.pdf> [18.6.2004].

Lantz, M. S., Buchalter, E. N. & McBee, L. (1997). The Wellness Group: A novel intervention for coping with disruptive behavior among elderly nursing home residents. *Gerontologist*, 37(4), 551–556.

Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Laslett, P. (1996). What is old age? Variation over time and between cultures. In G. Cassell & A. D. Lopez (Eds.). *Health and mortality among elderly populations* (pp. 21–39). New York, NY: Oxford University Press.

Leavengood, L. B. (2001). Older people and Internet use. *Generations*, 25(3), 69–71.

Lee, J. & Geistfeld, L. V. (1999). Elderly consumers' receptiveness to telemarketing fraud. *Journal of Public Policy and Marketing*, 18(2), 208–217.

Lemieux, C., Dyeson, T. B. & Castiglione, B. (2002). Revisiting the literature on prisoners who are older: Are we wiser? *The Prison Journal*, 82(4), 440–458.

Lempp, R. (1977). *Jugendliche Mörder: eine Darstellung an 80 vollendeten und versuchten Tötungsdelikten von Jugendlichen und Heranwachsenden.* Bern: Hans Huber.

Leppert, N. (2002, 19. Dezember). Mit häuslicher Sterbehilfe völlig überfordert. *Frankfurter Rundschau vom 19.12.2002*, Ausgabe D2, S. 28.

Lewin Group (2006). *Ensuring a qualified long-term care workforce: from pre-employment screens to on-the-job monitoring.* Washington, D.C.: U.S. Department of Health & Human Services.

Lewis, D. M. (2002). Responding to a violent incident: Physical restraint or anger management as therapeutic interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (1), 57–63.

Lindenberger, U. & Baltes, P. B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: cross-sectional results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 410–432.

Liptak, A. (2006). Expunged criminal records live to tell tales. *New York Times vom 17.10.2006*.

Lister, S. & Wall, D. (2006). Deconstructing distraction burglary: An ageist offence? In A. Wahidin & M. Cain (Eds.). *Ageing, crime and society* (pp. 107–123). Cullompton, UK: Willan.

Lister, S., Wall, D. & Bryan, J. (2004). *Evaluation of the Leeds Distraction Burglary Initiative* (Home Office Online Report 44/04). London: Home Office.

LoboPrabhu, S., Molinari, V., Arlinghaus, K., Barr, E. & Lomax, J. (2005). Spouses of patients with dementia: how do they stay together „till death do us part“? *Journal of Gerontological Social Work*, 44 (3–4), 161–174.

Löbmann, R. & Herbers, K. (2005). *Neue Wege gegen häusliche Gewalt: Pro-aktive Beratungsstellen in Niedersachsen und ihre Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz.* Baden-Baden: Nomos.

Loftus, E. F., Smith, K. D., Klinger, M. R. & Fiedler, J. (1992). Memory and mismemory for health events. In J. M. Tanur (Ed.). *Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys* (pp. 102–137). New York: Russell Sage Foundation.

Loges, W. E. & Jung, J. Y. (2001). Exploring the digital divide: Internet connectedness and age. *Communication Research*, 28 (4), 536–562.

Losada, A., Shurgot, G. R., Knight, B. G., Marquez, M., Montorio, I., Izal, M. & Ruiz, M. A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 10 (1), 69–76.

Lovbakke, J. (2007). Public perceptions. In S. Nicholas, I. Kershaw & A. Walker (Eds.) (2007). *Crime in England and Wales 2006/07* (pp. 95–112). London, UK: Home Office.

Lüdemann, C. (2006). Kriminalitätsfurcht im urbanen Raum. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 58, 285–306.

Lüscher, K. (2004). Conceptualizing and uncovering intergenerational ambivalence. In K. Pillemer & K. Lüscher (Eds.). *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 23–62). Amsterdam: Elsevier.

Lüscher, K. (2005). Looking at ambivalences: The contribution of a „new-old“ view of intergenerational relations to the study of the life course. In R. Levy, P. Ghisletta, P., J. M Le Goff, D. Spini & E. Widmer (Eds.). *Towards an interdisciplinary perspective on the life course* (pp. 95–131). London: Elsevier.

Lüscher, K., Pajung-Bilger, B., Lettke, F. & Böhmer, S. (2000). *Generationenambivalenzen operationalisieren: Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen.* (Universität Konstanz, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“, Arbeitspapier Nr. 34.1. Konstanz: Universität Konstanz.

Lundy, M. & Grossman, S. (2004). Elder abuse: Spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16 (1). 85–102.

Lyketsos, C. G., Steele, C., Galik, E., Rosenblatt, A., Steinberg, M., Warren, A. & Sheppard, J. M. (1999). Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 66–71.

Mace, N. L. & Rabins, P. V. (1991). *The 36-hour day: a family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Maisch, H. (1996a). Kriminologische Phänomenologie der Serientötung von Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. In M. Oehmichen (Ed.). *Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“* (pp. 217–225). Lübeck: Schmidt-Römhild.

Maisch, H. (1996b). Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 201–205.

Maisch, H. (1997). *Patiententötungen: dem Sterben nachgeholfen.* München: Kindler.

Malle, B. F. (1999). How people explain behavior: A new theoretical framework. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 23–48.

Malle, B. F. & Nelson, S. E. (2003). Judging mens rea: the tension between folk concepts and legal concepts of intentionality. *Behavioral Sciences & the Law*, 21, 563–580.

Malphurs, J. E. & Cohen, D. (2005). A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (3), 211–217.

Malphurs, J., Eisdorfer, C. & Cohen, D. (2001). A comparison of antecedents of homicide-suicide and suicide in older married men. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (1), 49–57.

Maly-Lukas, N. (2003): „Aber ich habe es gern getan“ – Zur Pflegebereitschaft und Lebenssituation pflegender Töchter. In M. Reichert, N. Maly-Lucas & C. Schönknecht (Hrsg.). *Älter werdende und ältere Frauen heute* (S. 97–122). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1998a). Aggressives und delinquentes Verhalten Jugendlicher im Zeitvergleich: Befunde der „Dunkelfeldforschung“ aus den Jahren 1988, 1990 und 1996. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (1), 78–109.

Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1998b). Sensibilisierung und Anzeigeverhalten: eine Antwort auf Birgit Menzel und Helge Peters. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (4), 565–568.

Manthorpe, J., Biggs, S., McCreadie, C., Tinker, A., Hills, A., O’Keefe, M., Doyle, M., Constantine, R., Scholes, S. & Erens, B. (2007). The U.K. national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People*, 19 (8), 24–26.

Manthorpe, J. & Stevens, M. (2006). Decision and debate: addressing the implications of the POVA banning list. *Journal of Adult Protection*, 8 (2), 3–14.

Mara, C. M. (2002). Expansion of long-term care in the prison system: An aging inmate population poses policy and programmatic questions. *Journal of Aging and Social Policy*, 14 (2), 43–61.

Marciano, J. (2001). Mandatory criminal background checks of those caring for elders: preventing and eliminating abuse in nursing homes. *Elder Law Journal*, 9 (2), 203–227.

Marne: 80-jährige Frau wird Opfer des sogenannten Enkeltricks (2004, 3. März). Kieler Nachrichten online. Verfügbar unter http://www.kn-online.de/news/regional/dithmarschen_hei_313334373736.htm [3.3.2004].

Marwit, S. J. & Meuser, T. M. (2002). Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer’s Disease. *Gerontologist*, 42 (6), 751–765.

Marx, W. (2002). Dekubitus – ein Pflegefehler? Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 4. August 1999 (Az. 5U 19/99). *Die Schwester, der Pfleger*, 41 (5), 372–375.

Matsumoto, N., Ikeda, M., Fukuhara, R., Shinagawa, S., Ishikawa, T., Mori, T., Toyota, Y., Matsumoto, T., Adachi, H., Hirono, N. & Tanabe, H. (2007). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23 (4), 219–224.

- Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. & Miller, T. (Eds.) (2002).** *Ethics in qualitative research*. London, UK: Sage.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Eds.). (1996).** *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayhew, P. A., Acton, G. J., Yauk, S. & Hopkins, B. A. (2001).** Communication from individuals with advanced DAT: can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing*, 22 (2), 106–110.
- Mayring, P. (1990).** *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München: Psychologie Verlags Union.
- McCabe, K. A. & Gregory, S. S. (1998).** Elderly victimization: An examination beyond the FBI's index crimes. *Research on Aging*, 20 (3), 363–372.
- McDermott, M. J. & Garofalo, J. (2004).** When advocacy for domestic violence victims backfires: Types and sources of victim disempowerment. *Violence against Women*, 10 (11), 1245–1266.
- McGarry, J. & Simpson, C. (2007).** Nursing students and elder abuse: developing a learning resource. *Nursing Older People*, 19 (2), 27–30.
- McGreevey, J. F. (2005).** Elder abuse: The physician's perspective. *Clinical Gerontologist*, 28 (1–2), 83–103.
- McKee, K. J., Whittick, J. E., Ballinger, B. B., Gilhooly, M. L., Gordon, D. S., Mutch, W. J. & Philp, I. (1997).** Coping in family supporters of elderly people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 323–340.
- McKenna, J. & Miller, J. L. (2003).** *An evaluation of the Clergy Against Senior Exploitation (CASE) fraud prevention education program*. Fort Collins, CO: Colorado State University.
- McKenna, J., Miller, J. & Curtis, L. (2004).** A social marketing campaign in Denver: Reducing the risk of elder fraud. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 96 (3), 74–77.
- McNamara, R. P. & Walton, B. (1998).** Elderly criminals in the U.S. In D. E. Redburn & R. P. McNamara (Eds.). *Social gerontology* (pp. 221–235). Westport, CT: Auburn House.
- McNeely, R. L. & Cook, P. W. (2007).** Notes on newspaper accounts of male elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1–2), 99–108.
- Menzel, B. & Peters, H. (1998).** „Self-Reports“ taugen wenig für objektive Vergleiche: über einen problematischen Versuch, die Häufigkeitsentwicklung von Delinquenz zu analysieren. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (4), 560–564.
- Mergenthaler, E. (1992).** *Die Transkription von Gesprächen (3. Aufl.)*. Ulm: Universität Ulm.

- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992).** Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 125–142.
- Meuser, T. M. & Marwit, S. J. (2001).** A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *Gerontologist*, 41, 658–670.
- Midwest-Research-Institute (1977).** *Crimes against the aging: Patterns and prevention*. Kansas City, MO: Midwest-Research-Institute.
- Mild, N. (2007).** „Rate mal wer dran ist ...?“ Zum Zusammenhang von „Tätertheorien“ und spezifischen Eigentums- und Vermögensdelikten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Leibniz-Universität Hannover: Studiengang Sozialwissenschaften.
- Miller, R. I. (1994).** Managing disruptive responses to bathing by elderly residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (11), 35–39.
- Miller, L. S., Lewis, M. S., Williamson, G. M., Lance, C. E., Dooley, W. K., Schulz, R. & Weiner, M. F. (2006).** Caregiver cognitive status and potentially harmful caregiver behavior. *Aging and Mental Health*, 10, 125–133.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2008).** Weiterentwicklung der Struktur der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) in Rheinland-Pfalz. Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Beratungsinfrastrukturen und Case Management“ am 28./29. Februar 2008 in Berlin. Verfügbar unter http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/F%20426_08%20Vortrag%20von%20Jurgen%20Dorsch.pdf [23. Juni 2008].
- Misshandlung nicht nachgewiesen (2001, 30. März).** *Frankfurter Rundschau*. Verfügbar unter <http://www.fr-aktuell.de/fr/0407/t0407016.htm> [30.3.2001].
- Moffitt, T. E. & Silva, P. A. (1988).** Self-reported delinquency: Results from an instrument for New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 21, 227–240.
- Mohler, P. P., Koch, A. & Gabler, S. (2003).** ALLES ZUFALL ODER? Ein Diskussionsbeitrag zur Qualität von face to face-Umfragen in Deutschland. *ZUMA-Nachrichten*, 53, 10–15.
- Mohsenian, C., Verhoff, M. A., Risse, M., Heinemann, A. & Püschel, K. (2003).** Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (4), 266–273.
- Monate im Garten gehaust (2004, 7. Mai).** *Sächsische Zeitung*. Verfügbar unter <http://www.sz-online.de/nachrichten/artikel.asp?id=602164> [10.5.2004].
- Moniz-Cook, E., Woods, R. & Gardiner, E. (2000).** Staff factors associated with perception of behaviour as „challenging“ in residential and nursing homes. *Aging and Mental Health*, 4 (1), 48–55.

Montgomery, R. J. & Kosloski, K. (2000). Family caregiving: Change, continuity and diversity. In M. P. Lawton & R. Rubinstein (Eds.), *Interventions in dementia care: Toward improving quality of life* (pp. 143–172). New York: Springer.

Montoro-Rodriguez, J. & Kosloski, K. (1998). The impact of acculturation on attitudinal familism in a community of Puerto Rican Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20, 375–390.

Moody, H. (1992). A critical view of ethical dilemmas in dementia. In R. Binstock, S. Post & P. Whitehouse (Eds.), *Dementia and aging: Ethics, values and policy choices* (pp. 86–100). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Moore, M. & Lee, J. (2000). Vulnerable elderly consumer: Examination of an actual victim profile. *Journal of Consumer Education*, 18, 28–34.

Moore, S. & Shepherd, J. (2007a). Elements and prevalence of fear. *British Journal of Criminology*, 47(1), 154–162.

Moore, S. & Shepherd, J. (2007b). Gender specific emotional responses to anticipated crime. *International Review of Victimology*, 14 (3), 337–351.

Morgan Disney and Associates (2000a). *Two lives – two worlds: Older people and domestic violence. Volume 1.* Canberra: Partnerships against Domestic Violence. Verfügbar unter http://ofw.facs.gov.au/downloads/pdfs/d_v/two_lives_two_worlds_older_people_dv.pdf [18.10.2008]

Morgan Disney and Associates (2000b). *Two lives – two worlds: Older people and domestic violence. Volume 2.* Canberra: Partnerships against Domestic Violence. Verfügbar unter www.ofw.facs.gov.au/downloads/pdfs/d_v/two_lives_two_worlds_older_people_dv_two.pdf [17.10.2008]

Morris, M. (2004). What research reveals about gender, home care and caregiving: Overview and the case for gender analysis. In K. R. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong, M. Boscoe, A. Pederson & K. Willson (Eds.), *Caring for/caring about: Women, home care, and unpaid caregiving* (pp. 91–113). Aurora, Ontario, Canada: Garamond Press.

Moskowitz, S. (1998). Saving granny from the wolf: Elder abuse and neglect – the legal framework. *Connecticut Law Review*, 31 (1), 77–204.

Moskowitz, S. (2003). Golden Age in the Golden State: Contemporary legal developments in elder abuse and neglect. *Loyola of Los Angeles Law Review*, 36, 589–666.

Mosqueda, L., Burnight, K., Liao, S. & Kemp, B. (2004). Advancing the field of elder mistreatment: A new model for integration of social and medical services. *Gerontologist*, 44 (5), 703–708.

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

Mouzos, J. (2003). *Homicide in the course of other crime in Australia*. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J. & McCreddie, C. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: Qualitative findings*. London: National Centre for Social Research and King's College London.

Müller, S. (2005). Billig und willig. *Altenpflege*, 30 (8), 26–27.

Myers, R. & Jacobo, J. (2005). „Home invasion“ type elder abuse, part I. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 8 (2), 27–28.

Nadien, M. N. (2006). Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 158–169.

Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 28 (4), 419–438.

National Association of Adult Protective Services Administrators (2001). *Adult protective services: Ethical principles and best practices*. Washington, D.C.: National Association of Adult Protective Services Administrators.

National Center on Elder Abuse (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study: Final report*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.

National Fraud Information Center (2002a). Telemarketing fraud statistics. Verfügbar unter <http://www.fraud.org/telemarketing/01statsfinal.htm> [23.5.2002].

National Fraud Information Center (2002b). What is telemarketing? Verfügbar unter <http://www.fraud.org/telemarketing/teleset.htm> [23.5.2002].

Neary, D., Snowden, J. & Mann, D. (2005). Frontotemporal dementia. *Lancet Neurology*, 4 (11), 771–780.

Neidhardt, F. (1986). Gewalt – Soziale Bedeutungen und sozialwissenschaftliche Bestimmungen eines Begriffs. In Bundeskriminalamt (Hrsg.). *Was ist Gewalt? Auseinandersetzungen mit einem Begriff, Bd. 1* (S. 109–147). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Nelken, D. (2006). Patterns of punitiveness. *Modern Law Review*, 69 (2), 262–277.

Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y. & Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140 (5), 387–396.

Nelson, H. W. & Cox, D. M. (2004). The causes and consequences of conflict and violence in nursing homes: Working toward a collaborative work culture. *Health Care Manager*, 23 (1), 85–96.

Nerenberg, L. (1999). *Forgotten victims of elder financial crime and abuse: A report and recommendations.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

Nerenberg, L. (2003). *Multidisciplinary elder abuse prevention teams: A new generation.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politics and Social Sciences*, 415 (1), 187–198.

Newton, R. R., Connelly, C. D. & Landsverk, J. A (2001). An examination of measurement characteristics and factorial validity of the revised conflict tactics scale. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (2), 317–335.

Niagara Gatekeepers (2008). Why develop a gatekeeper program? Verfügbar unter http://www.niagaragatekeepers.org/AboutUs/why_program.html [18. Juni 2008].

Nicholas, S., Kershaw, C. & Walker, A. (Eds.) (2007). *Crime in England and Wales 2006/07.* London, UK: Home Office.

Niederfranke, A. & Greve, W. (1996). Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 169–175.

Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J. & Van den Bos, G. A. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7, 3–13.

Nilsson, I., Jansson, L. & Norberg, A. (1999). Crisis phenomena after stroke reflected in an existential perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, 49 (4), 259–277.

Nolan, M. (1997). Sustaining meaning: A key concept in understanding elder abuse. In P. Decalmer & F. Glendenning (Eds.), *The mistreatment of elderly people* (2nd ed., S. 199–209). London: Sage.

Nolan, M. (2004). Elder abuse: A wake-up call to nurse educationalists. *British Journal of Nursing*, 13 (9), 510.

Norman, D. (1998). *The design of everyday things.* London: MIT Press.

Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment.* Lexington, MA: Heath.

Nursing Home Ombudsman Agency of the Bluegrass & Bluegrass Rape Crisis Center (2005). *The prevention and detection of sexual assault of nursing home residents.* Lexington, Kentucky: Nursing Home Ombudsman Agency of the Bluegrass and Bluegrass Rape Crisis Center.

Nuscheler, F. (2004). *Internationale Migration: Flucht und Asyl, 2. Aufl.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ogrodnik, L. (2007). *Seniors as victims of crime, 2004 and 2005.* Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics.

O'Connor, B. P & St. Pierre, E. S. (2004). Older persons' perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends, and service workers. *International Journal of Aging and Human Development*, 58 (3), 197–221.

O'Keefe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. & Erens, B. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report.* London, UK: King's College London & National Centre for Social Research.

O'Leary, K. D. (2000). Are women really more aggressive than men in intimate relationships? Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 685–689.

Otto, J. M. (2000). The role of adult protective services in addressing abuse. *Generations*, 24 (2), 33–38.

Otto, J. M. & Quinn, K. (2007). *Barriers to and promising practices for collaboration between adult protective services and domestic violence programs.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

Ooi, W. L., Morris, J. N., Brandeis, G. H., Hossain, M. & Lipsitz, L. A. (1999). Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behaviour. *Age and Ageing*, 28 (1), 45–52.

Ove, T. (2005, 6. März). Pa. prison population growing older, sicker, costlier. *Pittsburgh Post-Gazette*. Verfügbar unter <http://www.post-gazette.com/pg/05065/467032.stm> [14.8.2006].

Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect (2003). *Elder mistreatment.* In R. J. Bonnie & R. B. Wallace (Eds.). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (S. 1–164). Washington, D.C.: National Academies Press.

Parker, J. (2001). Seeking effective approaches to elder abuse in institutional settings. *Journal of Adult Protection*, 3 (3), 21–29.

Paternoster, R. & Triplett, R. (1988). Disaggregating self-reported delinquency and its implications for theory. *Criminology*, 26, 591–625.

Patientin misshandelt: Haft für Altenpfleger (2006, 19. Mai). *Hannoversche Allgemeine Zeitung*. Verfügbar unter <http://www.haz.de/hannover/287664.html> [19.5.2006].

Patterson, M. & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: Human rights and education. *Educational Gerontology*, 32 (1), 73–82.

Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J. W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *Gerontologist*, 32 (4), 493–497.

Payne, B. K. (2000). *Crime and elder abuse: An integrated perspective*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.

Payne, B. K. (2003). *Crime in the home health care field: Workplace violence, fraud, and abuse*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Payne, B. K. (2006). Problems controlling fraud and abuse in the home health care field: Voices of fraud control unit directors. *Journal of Financial Crime*, 13 (1), 77–91.

Payne, B. K. & Appel, J. K. (2007). Workplace violence and worker injury in elderly care settings: Reflective of a setting vulnerable to elder abuse? *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 14 (4), 43–56.

Payne, B. K., Berg, B. L. & Byars, K. (1999). A qualitative examination of the similarities and differences of elder abuse definitions among four groups: Nursing home directors, nursing home employees, police chiefs and students. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (3–4), 63–85.

Payne, B. K. & Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33 (2), 119–125.

Payne, B. K. & Gainey, R. R. (2006). The criminal justice response to elder abuse in nursing homes: a routine activities perspective. *Western Criminology Review*, 7 (3), 67–81.

Payne, B. K. & Gainey, R. R. (2007). Elder abuse in Alzheimer's/dementia Cases: An application of routine activities theory. In L. J. Moriarty & R. A. Jerin (Eds.). *Current issues in victimology research* (pp. 115–132). Durham, NC: Carolina Academic Press.

Pease, K. (2006). No through road: closing pathways to crime. In K. Moss & M. Stephens (Eds.). *Crime reduction and the law* (pp. 50–66). London: Routledge.

Penhale, B. & Parker, J. (2007). *Working with vulnerable adults*. New York, NY: Routledge.

Pennsylvania Legal Services (2004). PA Supreme Court finds law banning personal care workers because of old criminal record unconstitutional in CLS lawsuit. Verfügbar unter http://www.clsphila.org/Nixon_PASupreme_Court_decision.htm [28.2.2007].

Pepper, C. (1989). Guardianship: Friend or foe of America's frail elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1 (3), 65–74.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. & Penhale, B. (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. DOI: 10.1016/j.archger.2008.04.005 [Epub ahead of print].

Perkins, C. A. (1997). *Age patterns of victims of serious violent crime (Bureau of Justice Statistics Special Report – NCJ-162031)*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice.

Perry, B. D., Mann, D., Palker-Corell, A., Ludy-Dobson, C. & Schick, S. (2002). Child physical abuse. In D. Levinson (Ed.). *Encyclopedia of crime and punishment, Vol. 1* (pp. 197–202). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pfaff, H. (2005). Schwerbehinderte Menschen 2003. *Wirtschaft und Statistik*, No. 11, 1209–1216.

Pfeiffer, C., Görgen, T. & Höynck, T. (2006). Gewalt gegen alte Menschen– ein Thema für das Familienrecht? In Deutscher Familiengerichtstag e. V. (Hrsg.). *Sechzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 14. bis 17. September 2005 in Brühl* (S. 29–56). Bielefeld: Gieseking.

Pfeiffer, C., Windzio, M. & Kleimann, M. (2004). Die Medien, das Böse und wir. Zu den Auswirkungen der Mediennutzung auf Kriminalitätswahrnehmung, Strafbedürfnisse und Kriminalpolitik. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 87, 415–436.

Pfeiffer, C., Windzio, M. & Kleimann, M. (2005). Media use and its impacts on crime perception, sentencing attitudes and crime policy *European Journal of Criminology*, 2, 259–285.

Phillips, L. R. (2008). Abuse of aging caregivers: test of a nursing intervention. *Advances in Nursing Science*, 31 (2), 164–181.

Phillipson, C. (1998). *Reconstructing old age*. London: Sage.

Philp, I., McKee, K. J. & Meldrum, P. (1995). Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. *British Medical Journal*, 310, 1503–1506.

Piechotta, G. (2000). *Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*. Bern: Huber.

Pillemer, K. A. (1993). The abused offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.). *Current controversies on family violence* (pp. 237–249). Newbury Park, CA: Sage.

Pillemer, K. & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13 (1), 74–95.

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

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

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

Polizei Bayern (2005). Verwandten-Trickbetrüger aktiv! Verfügbar unter <http://www.polizei.bayern.de/lka/news/presse/aktuell/index.html/2891> [20.6.2008].

Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Ost (2008). „Enkeltrick und Raubüberfall“ – Präventionsprojekt „Goldener Herbst“. In Deutscher Präventionstag (Hrsg.). *13. Deutscher Präventionstag 2. & 3. Juni 2008 Congress Center Leipzig: Kongresskatalog* (S. 382). Hannover: DPT – Deutscher Präventionstag gGmbH.

Popenoe, D. (1988). *Disturbing the nest: Family change and decline in modern societies*. New York: Aldine de Gruyter.

Porter, E. J. & Lanes, T. I. (2000). Targeting intermediaries to recruit older women for qualitative, longitudinal research. *Journal of Women and Aging*, 12 (1–2), 63–75.

Porter, E. J., Lasiter, S. & Poston, E. (2005). „Figuring out whether they can be trusted“: older widows’ intentions relative to hired non-professional home-care helpers. *Journal of Women and Aging*, 17(4), 77–92.

Posiege, P. & Steinschulte-Leidig, B. (1999). *Bürgernahe Polizeiarbeit in Deutschland: Darstellung von Konzepten und Modellen*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Poth, T. L. & Steffen, A. M. (2000). Anger management for the Alzheimer’s caregiver: a case study. *Clinical Gerontologist*, 22 (1), 83–87.

Pratkanis, A. R. & Shadel, D. (2005). *Weapons of fraud: a source book for fraud fighters*. Seattle, WA: AARP Washington.

Prentice, J. & Stacey, M. (2001). Pressure ulcers: the case for improving prevention and management in Australian health care settings. *Primary Intention*, 9, 111–120.

Presdee, M. (2004). Cultural criminology: The long and winding road. *Theoretical Criminology*, 8 (3), 275–285.

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

Pritchard, J. (2007). Identifying and working with older male victims of abuse in England. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1/2), 109–127.

Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes – ProPK (2004). *Wie aus heiterem Himmel*. Verfügbar unter <http://www.polizei.propk.de/vorbeugung/raub/hand/index.xhtml> [28.4.2004].

Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (2006).

Der Goldene Herbst – Sicherheitstipps für Seniorinnen und Senioren. Stuttgart: ProPK.

Pulsford, D. & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (5), 611–618.

Quayhagen, M., Quayhagen, M., Patterson, T., Irwin, M., Hauger, R. & Grant, I. (1997). Coping with dementia: Family caregiver burnout and abuse. *Journal of Mental Health and Aging*, 3 (3), 357–364.

Quinn, M. J. (2005). *Guardianship of adults: Achieving justice, autonomy, and safety.* New York, NY: Springer Publishing.

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.

Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 366–374.

Raj, A. & Silverman, J. (2002). Violence against immigrant women: The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence. *Violence against Women*, 8, 367–398.

Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder-abuse offenders: A typology. *Generations*, 24 (2), 17–22.

Rand, M. & Catalano, S. (2007). *Criminal victimization, 2006.* Washington, D.C.: U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics.

Rando, T. A. (1986). *Loss and anticipatory grief.* Lexington, MA: Lexington Books.

Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones and their caregivers.* Champaign, IL: Research Press.

Rapaport, J., Stevens, M., Manthorpe, J., Hussein, S., Harris, J. & Martineau, S. (2008). Weighing the evidence: a case for using vignettes to elicit public and practitioner views of the workings of the POVA vetting and barring scheme. *Journal of Adult Protection*, 10 (2), 6–17.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ray, S. L. (2006). Whistleblowing and organizational ethics. *Nursing Ethics*, 13 (4), 438–445.

Redinbaugh, E. M., Zeiss, A. M., Davies, H. D. & Tinklenberg, J. R. (1997). Sexual behavior in men with dementing illness. *Clinical Geriatrics*, 5 (13), 45–50.

Reeves, K. A., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L. & Douglas, K. S. (2007). Intimate partner abuse of older men: Considerations for the assessment of risk. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1/2), 7–27.

Reiboldt, W. & Vogel, R. E. (2001). Telemarketing fraud: Critical analysis of telemarketing fraud in a gated senior community. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (4), 21–38.

Reingold, D. A. (2006). An elder abuse shelter program: build it and they will come, a long term care based program to address elder abuse in the community. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3–4), 123–135.

Reis, M. & Nahmiash, D. (1995). *When seniors are abused*. Toronto: Captus Press.

Reis, M. & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*, 38 (4), 471–480.

Reisberg, B., Franssen, E., Sclan, S. G., Kluger, A. & Ferris, S. H. (1989). Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease: A story of 120 patients using the BEHAVE-AG. *Bulletin of Clinical Neurosciences*, 54, 95–112.

Rennison, C. M. & Rand, M. R. (2003). Nonlethal intimate partner violence against women: A comparison of three age cohorts. *Violence against Women*, 9 (12), 1417–1428.

Reuband, K. H. (2000). Der „Standardindikator“ zur Messung der Kriminalitätsfurcht – in „skandalöser Weise“ unspezifisch und in der Praxis dennoch brauchbar? *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 3, 185–195.

Richardson, B., Kitchen, G. & Livingston, G. (2003). Developing the KAMA instrument (knowledge and management of abuse). *Age and Ageing*, 32 (3), 286–291.

Richter, E. (2004). Illegale Pflegekräfte heiß begehrt. *Forum Sozialstation*, 28 (128), 14–17.

Richter, E. (2005). Begehrt und bekämpft: osteuropäische Pflegekräfte. *Forum Sozialstation*, 29 (133), 14–15.

Robinson, K. M. (2003). Understanding hypersexuality: A behavioral disorder of dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21 (1), 43–47.

Robinson, A., Spencer, B. & White, L. (1994). *Understanding difficult behaviors: Some practical suggestions for coping with Alzheimer's disease and related illnesses*. Ypsilanti, Michigan: Eastern Michigan University.

Roby, J. L. & Sullivan, R. (2000). Adult protection service laws: A comparison of state statutes from definition to case closure. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (3/4), 17–51.

Roleff, T. L. (2000). *Domestic violence: Opposing viewpoints*. San Diego, CA: Greenhaven Press.

- Rosenblatt, D., Cho, K. & Durance, P. W. (1996).** Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (1), 65–70.
- Roth, G. (2001).** *Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 226)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothermund, K., Dillmann, U. & Brandtstädter, J. (1994).** Belastende Lebenssituationen im mittleren und höheren Erwachsenenalter: zur differentiellen Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 245–268.
- Rüther, W. (2005).** *Kommunale Kriminalitätsanalyse: Auswertung offizieller Kriminalitätsdaten und einer Bürgerbefragung zum Sicherheitsgefühl in der Kommune*. Kassel: kassel university press.
- Runde, P., Giese, R., Schnapp, P. & Stierle, C. (2002).** *Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege im Vergleich von 1997 und 2002*. Universität Hamburg: Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Ryden, M. (1988).** Aggressive behavior in persons with dementia living in the community. *The Alzheimer Disease and Associated Disorder International Journal*, 2, 342–355.
- Sachweh, S. (1998a).** Granny darling's nappies: Secondary babytalk in German nursing homes for the aged. *Journal of Applied Communication Research*, 26, 52–65.
- Sachweh, S. (1998b).** „so frau adams. guck mal. ein feines bac-spray. gut?“ Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 143–160). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sachweh, S. (1999).** „Schätzle hinsitze!“ *Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Sachweh, S. (2000).** Hallo Mäuschen! Kuckuck! Babysprache in der Altenpflege. *Pflegezeitschrift*, 53 (9), 601–604.
- Sachweh, S. (2001).** „Noch ein Löffelchen?“ *Effektive Kommunikation in der Altenpflege*. Bern: Hans Huber.
- Sachweh, S. (2002).** Ist Babysprache bäh? *Altenpflege*, 27 (4), 38–40.
- Sadler, P., Kurrle, S. & Cameron, I. (1995).** Dementia and elder abuse. *Australian Journal on Ageing*, 14 (1), 36–40.
- Salant, P. & Dillman, D. A. (1994).** *How to conduct your own survey*. New York: Wiley.
- Salari, S. (2006).** Infantilization as elder mistreatment: Evidence from 5 adult day centers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17 (4), 53–91.

Salari, S. M. & Rich, M. (2001). Social and environmental infantilization of aged persons: Observations in two adult day care centers. *International Journal of Aging and Human Development*, 55 (2), 115–134.

Salaske, I. (1997). Die Befragbarkeit von Bewohnern stationärer Alteneinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung des Verweigerungsverhaltens: eine Analyse mit den Daten des Altenheimsurvey. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 49 (2), 291–305.

Samuelsson, A. M., Annerstedt, L., Elmståhl, S., Samuelsson, S. M. & Grafström, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. Analyses of strain, feelings and coping strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (1), 25–33.

Sanders, S. (2005). Is the glass half empty or full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 40 (3), 57–73.

Sasson, S. (2000). Beneficence versus respect for autonomy: An ethical dilemma in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (1), 5–16.

Saveman, B. I., Hallberg, I. R. & Norberg, A. (1996). Narratives by district nurses about elder abuse within families. *Clinical Nursing Research*, 5 (2), 220–236.

Saxe, J. F. (1963). *The blind men and the elephant*. New York: Whittlesey House.

Schaaf, J. (2006). Der Knast als Altersheim. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, Nr. 2/2006, S. 49.

Schaeffer, D. & Kuhlmeier, A. (2008). Pflegestützpunkte als neue ambulante Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf. *Pflege & Gesellschaft*, 13 (1), 90–91.

Scheidt, C. E. & Schwind, A. (1992). Zur Psychodynamik der Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfall – Erfahrungen einer psychotherapeutischen Gruppe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42, 54–59.

Schim, S. M., Thornburg, P. & Kravutske, M. E. (2001). Time, task and talents in ambulatory care nursing. *Journal of Nursing Administration*, 31 (6), 311–315.

Schimer, M. R. & Anetzberger, G. J. (1999). Examining the gray zones in guardianship and involuntary protective services laws. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (3–4), 19–38.

Schlüter, W. (2001). Da wird noch viel zu kurzfristig gedacht: Kundenorientierung und Beschwerdemanagement sind Themenbereiche, die Einzug halten müssen in die Altenpflege [Interview]. *Heim und Pflege*, 32 (10), 349–350.

Schmidt, C. (2000). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (S. 447–456). Reinbek: Rowohlt.

Schmidt, P. H., Driever, F., Hirsch, R. D. & Madea, B. (2005). Todesursachenspektrum im Altenheim im Spiegel eines rechtsmedizinischen Sektionsgutes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (1), 26–32.

Schnabel, A., Niess, C., Schmidt, K., Kauert, G. & Bratzke, H. (2001). Zum Tod im Senioren-/Pflegeheim aus rechtsmedizinischer Sicht. [Death in homes for the aged/nursing homes from a medicolegal viewpoint] *Archiv für Kriminologie*, 208 (1–2), 42–47.

Schneekloth, U. & Leven, I. (2003). Woran bemisst sich eine „gute“ allgemeine Bevölkerungsumfrage? Analysen zu Ausmaß, Bedeutung und zu den Hintergründen von Non-response in zufallsbasierten Stichprobenerhebungen am Beispiel des ALLBUS. *ZUMA-Nachrichten*, 53, 16–57.

Schneider, H. D. (1990). Bewohner und Personal als Quellen und Ziel von Gewalttätigkeit in Altenheimen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 186–196.

Schneider, H. D. & Sigg, E. (1990). *Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz.* Freiburg (CH): Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz.

Schneider, S. M., Gallery, M. E., Schafermeyer, R. & Zwemer, F. L. (2003). Emergency department crowding: a point in time. *Annals of Emergency Medicine*, 42 (2), 167–172.

Schönke, A. & Schröder, H. (2001). *Strafgesetzbuch, Kommentar, 26. Aufl.* München: C.H. Beck.

Schofield, P. & Davis, B. (1998). Sensory deprivation and chronic pain: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 20 (10), 357–366.

Schramke, H. J. (1996). *Alte Menschen im Strafvollzug: empirische Untersuchung und kriminalpolitische Überlegungen.* Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Schreiner, A. S. (2001). Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (2), 209–215.

Schreiner, A. S., Yamamoto, E. & Shiotani, H. (2000). Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B (3), P180–P186.

Schröppel, H. & Gebauer, W. (2001). Keine Angst vor Beschwerden! *neue caritas*, 102 (19), 17–20.

Schützendorf, E. (1994). Die alltägliche Gewalt in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, 33, 54–59.

Schützendorf, E. (1997). *Das Recht der Alten auf Eigensinn: ein notwendiges Lesebuch für Angehörige und Pflegende.* München: Ernst Reinhardt.

Schützendorf, E. & Wallrafen-Dreisow, H. (1991). *In Ruhe verrückt werden dürfen.* Frankfurt/Main: Fischer.

Schwind, H. D., Baumann, J., Schneider, U. & Winter, M. (1990). Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland: Endgutachten der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). In H. D. Schwind & J. Baumann (Hrsg.). *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt: Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission)* (Bd I, S. 1–237). Berlin: Duncker & Humblot.

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

Schweikert, B. (2000): *Gewalt ist kein Schicksal: Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen.* Baden-Baden: Nomos.

Schwiegervater schwer verletzt: mildes Urteil (2001, 20. Dezember). Frankfurter Neue Presse. Verfügbar unter http://213.138.32.50/rheinmainnet/framekeeper.php?desk=/sixcms/detail.php%3Ftemplate%3Drmn_news_article%26_id%3D189055 [20.12.2001].

Schwind, H. D. (2007). Die Tricks der Anbieter von Kaffeefahrten. *Weißer Ring: Zeitschrift für Opferschutz und Prävention*, 30 (2), S. 15.

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. Prepared for Health Scotland by the Centre for Research on Families and Relationships. Verfügbar unter <http://www.crfr.ac.uk/Reports/DMViolenceReport.pdf> [10.7.2008].

Seaver, C. (1996). Muted lives: Older battered women. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, Vol. 8 (2), 3–21.

Seith, C. (2003). *Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt: zur Rolle von Polizei, Sozialdienst und Frauenhäusern.* Frankfurt: Campus.

Seltzer, M. & Li, L. (2000). The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. *Gerontologist*, 40 (2), 165–178.

Sessar, K. (1979a). Der zweifelhafte Aussagewert der Polizeilichen Kriminalstatistik bei den versuchten Tötungen. *Kriminalistik*, 33, 167–171.

Sessar, K. (1979b). Über die verschiedenen Aussichten, Opfer einer gewaltsamen Tötung zu werden. In G. F. Kirchhoff & K. Sessar (Hrsg.). *Das Verbrechenopfer: ein Reader zur Viktimologie* (S. 301–320). Bochum: Studienverlag Brockmeyer.

Sessar, K. (1981). *Rechtliche und soziale Prozesse einer Definition der Tötungskriminalität (Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Bd. 3)*. Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.

Setterlund, D., Tilse, C., Wilson, J., McCawley, A. L. & Rosenman, L. (2007). Understanding financial elder abuse in families: the potential of routine activities theory. *Ageing and Society*, 27, 599–614.

Settersten, R. A. & Mayer, K. U. (1997). The measurement of age, age structuring, and the life course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233–261.

Shackelford, T. K., Buss, D. M. & Peters, J. (2000). Wife killing: Risk to women as a function of age. *Violence and Victims*, 15, 273–282.

Shah, A., Chiu, E., Ames, D., Harrigan, S. & McKenzie, D. (2000). Characteristics of aggressive subjects in Australian (Melbourne) nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 12 (2), 145–161.

Sharpe, C. C. (2004). *Frauds against the elderly*. Jefferson, NC: McFarland.

Shaver, K. G. (1985). *The attribution of blame: Causality, responsibility, and blameworthiness*. New York: Springer.

Shaver, K. G. & Drown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 697–702.

Shover, N. & Coffey, G. S. (2002). *Origins, pursuits and careers of telemarketing predators*. Rockville, MD: National Institute of Justice.

Shurgot, G. R. & Knight, B. G. (2004). Preliminary study investigating acculturation, cultural values, and psychological distress in Latino caregivers of dementia patients. *Journal of Mental Health and Aging*, 10 (3), 183–194.

Shurgot, G. R. & Knight, B. G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: pilot test of the transactional stress and social support model. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B (6), P331–P334.

Simons, D. (1988). *Tötungsdelikte als Folge misslungener Problemlösungen*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.

Slater, P. (2004). Reforming professional training and protecting vulnerable adults from abuse: A thematic analysis of the new social work degree's prescribed curriculum. *British Journal of Social Work*, 34, 649–661.

Smith, R. G. (1999). *Fraud and financial abuse of older persons*. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Smokler, J. (2002). Criminal background checks: no easy answers. *Provider*, 28 (7), 18–21.

Solomon, P., Cavanaugh, M. & Gelles, R. (2005). Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6 (1), 40–54.

Sormanti, M. & Shibusawa, T. (2008). Intimate partner violence among midlife and older women: a descriptive analysis of women seeking medical services. *Health and Social Work*, 33 (1), 33–41.

Sowarka, D., Petsch, U. & Kotsch, L. (2001). Betreuungsrecht: Lebenssituation von Betreuten und Wirkungen des Betreuungsrechts seit 1992. *Informationsdienst Altersfragen*, 28 (1/2), 1–3.

Spalek, B. (2006). *Crime victims: theory, policy, and practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Spector, W. D. & Jackson, M. E. (1994). Correlates of disruptive behaviors in nursing homes: A reanalysis. *Journal of Aging and Health*, 6 (2), 173–184.

Stalker, K. (1998). Some ethical and methodological issues in research with people with learning difficulties. *Disability and Society*, 13 (1), 5–19.

Statistisches Bundesamt (2006a). *Strafvollzug: demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. (Rechtspflege Fachserie 10, Reihe 4.1)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2006b). *11. koordinierte Bevölkerungs-Vorausberechnung: Annahmen und Ergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2007a). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Deutschland*. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/dWerteabruf_Page.jsessionid=D16661D18786DF91A2663525AC2DF0F7.tc1 [16.8.2007].

Statistisches Bundesamt (2007b). *Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2007c). *Sozialleistungen: Schwerbehinderte Menschen (Fachserie 13/Reihe 5.1)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stauss, B. & Seidel, W. (1998). *Beschwerdemanagement*. (2. Aufl.). München: Hanser.

Stechl, E., Lämmler, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium – SUWADEM: eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40 (2), S. 71–80.

Steck, P. (1990). Merkmalscluster bei Mordhandlungen: Ergebnisse einer clusteranalytischen Studie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 73 (6), 384–398.

Steele, B., Thornton, A., McKillop, C. & Dover, H. (2001). *The formulation of a strategy to prevent and detect distraction burglary offences against older people.* London: Home Office.

Stein, C. H., Wemmerus, V. A., Ward, M., Gaines, M. E., Freeberg, A. L. & Jewell, T. C. (1998). „Because they're my parents“: An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 60, 611–622.

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

Stevens, M. & Manthorpe, J. (2007). Barring „inappropriate people“? The operation of a barring list of social care workers: An analysis of the first referrals to the Protection of Vulnerable Adults list. *Health & Social Care in the Community*, 15 (4), 285–294.

Stevens, M., Manthorpe, J., Hussein, S., Martineau, S., Rapaport, J. & Harris, J. (2008). *The Operation of the POVA List.* London: Social Care Workforce Research Unit.

Stevens, M., Hussein, S., Martineau, S., Harris, J., Rapaport J. & Manthorpe, J. (2008). *The Protection of Vulnerable Adults List: An Investigation of referral patterns and approaches to decision-making.* London: Social Care Workforce Research Unit.

Stiegel, L., Heisler, C., Brandl, B. & Judy, A. (2000a). Developing services for older women who are victims of domestic violence or sexual assault. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 3 (2), 17–21.

Stiegel, L., Heisler, C., Brandl, B. & Judy, A. (2000b). Developing services for older victims of domestic violence or sexual assault: The approach of Wisconsin coalitions. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 3 (4), 49–53.

Stoller, E. (2002). Theoretical perspectives on caregiving men. In B. Kramer & E. Thompson (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp. 51–68). New York: Springer.

Stoltz, P., Uden, G. & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 111–119.

Stratton, D. C. & Moore, A. J. (2007). Fractured relationships and the potential for abuse of older men. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1–2), 75–97.

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. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations in 8,145 families* (pp. 49–73). New Brunswick, NJ: Transaction.

Straus, M. A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the revised conflict tactics scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, 38 (4), 407–432.

Straus, M. A. & Douglas, E. M. (2004). A short form of the revised conflict tactics scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19 (5), 507–520.

Straus, M. A., Gelles, R. J. & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in American families*. New York, NY: Doubleday.

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.

Straus, M. A., Hamby, S. L. & Warren, W. L. (2003). *The conflict tactics scales handbook*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strawbridge, W. J. & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *Gerontologist*, 31 (6), 770–777.

Stromsness, M. M. (1993). Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. *Women and Therapy*, 14, 139–152.

Sullivan, C. M. & Bybee, D. I. (1999). Reducing violence using community based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 43–53.

Tappen, R. M., Williams-Burgess, C., Edelstein, J., Touhy, T. & Fishman, S. (1997). Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11 (5), 249–256.

Tatara, T. & Kuzmeskus, L. M. (1996). *National Center on Elder Abuse Adult Protective Services statistics*. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.

Tatara, T. & Kuzmeskus, L. M. (1999). *Types of elder abuse in domestic settings*. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse. Verfügbar als PDF-Dokument unter <http://www.elderabusecenter.org/basic/index.html> [14.5.2001].

Taylor, D. K., Bachuwa, G., Evans, J. & Jackson-Johnson, V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98 (3), 403–404.

- Taylor, P., Hoare, J. & Murphy, R. (2007).** Property crime. In S. Nicholas, I. Kershaw & A. Walker (Eds.) (2007). *Crime in England and Wales 2006/07* (pp. 73–94). London, UK: Home Office.
- Teaster, P. B., Nerenberg, L. & Stansbury, K. L. (2002).** National look at elder abuse multidisciplinary teams. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15 (3–4), 91–107.
- Teaster, P., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiondo, M., Abner, E., Cecil, K. & Tooms, M. (2007).** From behind the shadows: A profile of the sexual abuse of older men residing in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1/2), 29–45.
- Tedeschi, J. & Felson, R. B. (1994).** *Violence, aggression, and coercive action*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Teitler, J., Reichman, N. & Sprachman, S. (2003).** Costs and benefits of improving response rates for a hard to reach population. *Public Opinion Quarterly*, 67(1), 126–138.
- Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hrsg.) (2006).** *Altwerden in Deutschland: sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tesch-Römer, C., Wurm, S., Hoff, A. & Engstler, H. (2002a).** Alterssozialberichterstattung im Längsschnitt: Die zweite Welle des Alterssurveys. In A. Motel-Klingebiel & U. Kelle (Hrsg.). *Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie* (S. 155–190). Opladen: Leske + Budrich.
- Tesch-Römer, C., Wurm, S., Hoff, A. & Engstler, H. (2002b).** *Die zweite Welle des Alters-surveys: Erhebungsdesign und Instrumente* (Diskussionspapier Nr. 35). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Tewksbury, R. & Mustaine, E. (2005).** Routine activities theory. In R. Wright & M. Miller (Eds.). *Encyclopedia of criminology* (pp. 1446–1451). New York, NY: Routledge.
- Thoits, P. A. (1991).** On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54 (2), 101–112.
- Thoits, P. A. (1995).** Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53–79.
- Thoma, J., Schacke, C. & Zank, S. (2004).** Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(5), 349–350.
- Thomas, P., Chantion-Merlet, S., Hazif-Thomas, C., Belmin, J., Montagne, B., Clement, J., Lebruchec, M. & Billon, R. (2002).** Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: the Pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 1034–1047.

Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P. M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J., Clément, J. P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (1), 50–56.

Thompson, E. H. (2002). What's unique about men's caregiving? In B. Kramer & E. Thompson (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp. 20–50). New York: Springer.

Thompson, E. H., Buxton, W., Gough, P. C. & Wahle, C. (2007). Gendered policies and practices that increase older men's risk of elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1–2), 129–151.

Thompson, S. & Phillips, D. (2007). Reaching and engaging hard-to-reach populations with a high proportion of nonassociative members. *Qualitative Health Research*, 17 (9), 1292–1303.

Thornberry, T. P. & Krohn, M. D. (2000). The self-report method for measuring delinquency and crime. In D. Duffee (Ed.). *Criminal justice 2000* (pp. 33–84). Washington, D.C.: The National Institute of Justice.

Thornberry, T. P. & Krohn, M. D. (2003). Comparison of self-report and official data for measuring crime. In National Research Council (Ed.). *Measurement issues in criminal justice research: Workshop summary* (pp. 43–94). Washington, D.C.: National Academies Press.

Thornton, A. & Hatton, C. (2003). Bogus caller crime: A Help the Aged survey. *Age Today*, Issue 3, 13–15.

Thornton, A. & Hatton, C. (2004). *Bogus caller crime: A Help the Aged survey of Britain*. London: Help the Aged.

Thornton, A., Hatton, C., Malone, C., Fryer, T., Walker, D., Cunningham, J. & Durrani, N. (2003). *Distraction burglary amongst older adults and ethnic minority communities* (Home Office Research Study 269). London: Home Office.

Tinnefeldt, G. (2005). *Beschwerdemanagement in der Altenpflege: Leitfaden und Musterhandbuch für die Praxis*. Hannover: Schlütersche.

Traunstein: Bundesgerichtshof bestätigt die Urteile (2004, 3. Juni). *Trostberger Tagblatt*. Verfügbar unter <http://www.chiemgau-online.de/lokalmnachrichten/text.php?satz=5838> [10.6.2004].

Traunstein: Sieben Jahre Haftstrafe für den Sohn (2003, 20. November). Chiemgau-Online – Lokales. Verfügbar unter <http://www.chiemgau-online.de/lokalmnachrichten/text.php?satz=4593> [20.11.2003].

Treiß, C. (2008). Perspektiven für Pflegedienste: Stichtag 1. Juli 2008 – Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz tritt in Kraft. *Häusliche Pflege*, 16 (6), 20–25.

Tröndle, H. & Fischer, T. (2004). *Strafgesetzbuch. Kommentar*, 52. Aufl., München. C. H. Beck.

Tsokos, M., Heinemann, A. & Püschel, K. (2000). Pressure sores: Epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *International Journal of Legal Medicine*, 113 (5), 283–287.

Uhlmann, B., Bartel, D., Kunstmann, W. & Sieger, M. (2005). Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen. *Pflege*, 18 (2), 105–111.

Ullrich, B. (2002). Ältere Migranten in der Einwanderungsgesellschaft: ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion in Pflegeeinrichtungen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 149 (5), 189–192.

Ungerson, C. (2005). Gender, labour markets and care work in five European funding regimes. In B. Pfau-Effinger & B. Geissler (Eds.). *Care and social integration in European societies* (pp. 49–71). Bristol: The Policy Press.

Upton, N. & Reed, V. (2006). The influence of social support on caregiver coping. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 11 (2), 1256–1267.

U.S. Department of Justice - Office on Violence Against Women (2004). *A national protocol for sexual assault medical forensic examinations – Adults/adolescents*. Washington. D.C.: U.S. Department of Justice.

U.S. Department of Justice (2006). *Criminal victimization in the United States, 2005: Statistical tables*. Washington D.C: U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics.

Valente, S. M. & Bullough, V. (2004). Sexual harassment of nurses in the workplace. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (3), 234–241.

van Dijk, J. J. M., van Kesteren, J. N. & Smit, P. (2008). *Criminal victimisation in international perspective: Key findings from the 2004–2005 ICVS and EU ICS*. Den Haag: Boom Legal Publishers.

van der Meulen, N. (2007). Spread of identity theft: Development and initiatives within the European Union. *The Police Chief*, 74 (5), 59–61.

van Tilburg, T. G. (1995). Delineation of the social network and differences in network size. In C. P. M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T. G. van Tilburg & P. A. Dykstra (Eds.). *Living arrangements and social networks of older adults* (pp. 83–96). Amsterdam: VU University Press.

van Tilburg, T. G. (2003). Consequences of men's retirement for the continuation of work-related personal relationships. *Ageing International*, 28 (4), 345–358.

Vélez, M. B. (2001). The role of public social control in urban neighborhoods: A multilevel analysis of victimization risk. *Criminology*, 39, 837–864.

Veltman, A., Cameron, J. & Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (2), 108–114.

Verbraucherzentrale Hamburg (2008). Gewinnspiele – Liste der unseriösen Firmen. Verfügbar unter <http://www.vzhh.de/~upload/vz/VZTexte/TexteRecht/GewinnspieleListe.htm> [21. Juni 2008].

Verona, E. & Sullivan, E. A. (2008). Emotional catharsis and aggression revisited: Heart rate reduction following aggressive responding. *Emotion*, 8 (3), 331–340.

Vier Jahre Haft für Altenpfleger aus Hannover wegen Quälerei (2006, 18. Mai). NDR Nachrichten. Verfügbar unter <http://www1.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/nds1898.html> [20.6.2008].

Villarreal, R., Blozis, S. A. & Widaman, K. F. (2005). Factorial invariance of a Pan-Hispanic Familism Scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27, 409–425.

Vincent, J. A. (2005). Understanding generations: Political economy and culture in an ageing society. *British Journal of Sociology*, 56 (4), 579–599.

Vinton, L. (1993). Educating case managers about elder abuse and neglect. *Journal of Case Management*, 2 (3), 101–105.

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

Volbert, R. (1992). *Tötungsdelikte im Rahmen von Bereicherungstaten: lebensgeschichtliche und situative Entstehungsbedingungen* (Neue Kriminologische Studien Band 9). München: Wilhelm Fink.

Volbert, R. (1993). Tötungssituation „Raubmord“. In N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte & S. Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens – Wege zu einer Klinischen Kriminologie: Festschrift für Wilfried Rasch zur Emeritierung* (S. 13–31). Stuttgart: Kohlhammer.

Wahidin, A. (2006). „No problems – old and quiet“: imprisonment in later life. In A. Wahidin & M. Cain (Eds.). *Ageing, crime and society* (pp. 171–192). Cullompton, UK: Willan.

Waldmann, B. (2004). Illegale Beschäftigung – ein gemeinsames Problem: bpa bezieht Stellung. *Pflegen ambulant*, 15 (4), 24–25.

Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R. & Krautgartner, M. (2003). Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18 (6), 306–313.

Wang, J. (2005). Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13, 271–280

- Wasco, S. M. & Campbell, R. (2002).** Emotional reactions of rape victim advocates: A multiple case study of anger and fear. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 120–130.
- Wehrmann, A. (2003).** Aus Fehlern lernen: Konzeption eines Beschwerdemanagementsystems in der ambulanten Pflege. *Forum Sozialstation*, 27(122), 42–43.
- Weiß, R. (1997).** *Bestandsaufnahme und Sekundäranalyse der Dunkelfeldforschung*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Wensien, A. M. (2005).** Pflege alter türkischer Migranten: Kultursensible Pflege. *Forum Sozialstation*, 29 (132), 42–44.
- Wettstein, M., Kircheis, G. & Häussinger, D. (2003).** Hepatische Enzephalopathie – Diagnostik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 128, S. 2654–2657.
- Wetzels, P. & Bilsky, W. (1994).** *Victimization in close relationships: On the „darkness of dark figures“* (KFN Forschungsbericht Nr. 24). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Wetzels, P. & Greve, W. (1996).** Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 191–200.
- 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.
- Whall, A. L., Gillis, G. L., Yankou, D., Booth, D. E. & Beel-Bates, C. A. (1992).** Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (10), 13–17.
- Whitbourne, S. K., Culgin, S. & Cassidy, E. (1995).** Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 41 (2), 109–116.
- White, J. W., Smith, P. H., Koss, M. P. & Figueredo, A. J. (2000).** Intimate partner aggression – what have we learned? Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 690–696.
- Wiegand, R. (2004, 14. November).** Knast für alte Gauner. Süddeutsche Zeitung online. Verfügbar unter [http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/956/42914/\[11.6.2008\]](http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/956/42914/[11.6.2008]).
- Wiggins, R. D., Higgs, P., Hyde, M. & Blane, D. D. (2004).** Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24, 2004, 693–708.

Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Burnight, K., Younglove, T. & Jeske, D. (2006).

Findings from an elder abuse forensic center. *Gerontologist*, 46 (2), 277–283.

Williams, C. (1995). *Invisible victims: Crime and abuse against people with learning disabilities*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Williams-White, D. (1989). Self-help and advocacy: An alternative approach to helping battered women. In L. J. Dickstein & C. C. Nadelson (Eds.). *Family violence: Emerging issues of a national crisis* (pp. 45–60). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Williamson, G. & Shaffer, D. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16 (2), 217–226.

Winkel, F. W. & Vrij, A. (1993). Rape reporting to the police: Exploring the social psychological impact of a persuasive campaign on cognitions, attitudes, normative expectations and reporting intentions. *International Review of Victimology*, 2, 277–294.

Wisconsin Coalition Against Sexual Assault (1999). *Widening the circle: Sexual assault/abuse and people with disabilities and the elderly*. Madison, WI: Wisconsin Coalition Against Sexual Assault.

Wisconsin Coalition Against Sexual Assault (2003). Sexual assault and older adults. Verfügbar unter <http://www.wcasa.org/pages/oldersa.html> [9.5.2003].

Wittebrood, K. & Junger, M. (2002). Trends in violent crime: a comparison between police statistics and victimization surveys. *Social Indicators Research*, 59 (2), 153–173.

Wittich, U., Görgen, T. & Kreuzer, A. (1998). *Wenn zwei das gleiche berichten ... Beitrag zur kriminologischen Dunkelfeldforschung durch vergleichende Delinquenzbefragungen bei Studenten und Strafgefangenen*. Mönchengladbach: Forum-Verlag Godesberg.

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp. 227–256). Heidelberg: Asanger.

Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews. Grundlagen und Erfahrungen. In R. Strobl & A. Böttger (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (pp. 49–76). Baden-Baden: Nomos.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview/The problem centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* [Online Journal], 1 (1). Verfügbar unter <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/1-00inhalt-d.htm> [21.12.2001].

- Wolf, R. S. (1998).** *Support groups for older victims of domestic violence: Sponsors and programs.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.
- Wolf, R. S. (1999).** *Elder shelters: U.S., Canada, and Japan.* Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.
- Wolf, R. S. (2001).** Support groups for older victims of domestic violence. *Journal of Women and Aging, 13* (4), 71–83.
- Wolf, R. S. & Pillemer, K. A. (1989).** *Helping elderly victims: The reality of elder abuse.* New York: Columbia University Press.
- Wolf, R. S. & Pillemer, K. A. (1994).** What's new in elder abuse programming? Four bright ideas. *Gerontologist, 34* (1), 126–129.
- Wolfe, D. A. (2003).** Elder abuse intervention: Lessons from child abuse and domestic violence initiatives. In R. J. Bonnie & R. B. Wallace (Eds.), *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (S. 261–302). Washington, D.C.: National Academies Press.
- Woodward, V. M. (1998).** Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *Journal of Advanced Nursing, 28* (5), 1046–1052.
- Woodtli, M. A. & Breslin, E. T. (2002).** Violence-related content in the nursing curriculum: A follow-up national survey. *Journal of Nursing Education, 41* (8), 340–348.
- Wortley, R. (1998).** A two-stage model of situational crime prevention. *Studies on Crime and Crime Prevention, 7* (2), 173–188.
- Wulf, B. R. (1979).** *Kriminelle Karrieren von „Lebenslänglichen“: eine empirische Analyse ihrer Verlaufsformen und Strukturen anhand von 141 Straf- und Vollzugsakten.* München: Minerva.
- Wustmann, C. (2006).** Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. In I. Bohn (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung „Resilienz – Was Kinder aus armen Familien stark macht“ am 13. September 2005 in Frankfurt am Main.* Frankfurt/M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Yaffe, M. J., Lithwick, M., Wolfson, C. & Podnieks, E. (2004).** Development and validation of a suspicion index for elder abuse for physician use: Issues of participant recruitment. Verfügbar unter <http://www.onpea.org/en/SideNavigation/Publications/Conference-Proceedings/conference04/17YaffeLithwickWolfsonPodnieks.pdf> [22. Juni 2008].
- Yaffe, M. J., Weiss, D., Wolfson, C. & Lithwick, M. (2007).** Detection and prevalence of abuse of older males: perspectives from family practice. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 19* (1–2), 47–60.
- Yan, E. & Tang, C. (2004).** Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence, 19* (5), 269–277.

- Yates, J. & Gillespie, W. (2000).** Elderly and prison policy. *Journal of Aging and Social Policy, 11* (2–3), 167–175.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. & Leirer, V. O. (1983).** Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37–49.
- Youn, G., Knight, B. G., Jeong, H. & Benton, D. (1999).** Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American, and white American dementia caregivers. *Psychology and Aging, 14* (3), 355–364.
- Zarit, S. H., Todd, P. A. & Zarit, J. M. (1986).** Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist, 26*, 260–266.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2005).** Prädiktoren der Veränderung von Belastung pflegender Angehöriger. In T. Klie, A. Buhl, H. Entzian, A. Hedtke-Becker & H. Wallrafen-Dreisow (Hrsg.), *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen* (S. 72–81). Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Zehn Jahre Haft für „Pflegerin“ (2004, 19. März).** *Stuttgarter Nachrichten*. Verfügbar unter <http://www.stuttgarter-nachrichten.de/stn/page/detail.php/700056> [19.3.2004].
- 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.
- Zenz, G. (2006).** Überlegungen zum Schutz von Menschenwürde und Persönlichkeitsrechten im hohen Alter. *Psychotherapie im Alter, 3* (3), 73–85.
- Zenz, G. (2007).** Autonomie und Abhängigkeit: familienrechtliche Schutzbelange im Alter. In G. Igl & T. Klie (Hrsg.), *Das Recht der älteren Menschen* (S. 131–172). Baden-Baden: Nomos.
- Zenz, G. (2008).** *Gewaltschutz in der Familie – auch für alte Menschen?* Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Zürich, März 2008.
- Zink, T., Jacobson, C. J., Pabst, S., Regan, S. & Fisher, B. S. (2006).** A lifetime of intimate partner violence: Coping strategies of older women. *Journal of Interpersonal Violence, 21* (5), 634–651.
- Zink, T., Jacobson, C. J., Regan, S., Fisher, B. & Pabst, S. (2006).** Older women's descriptions and understandings of their abusers. *Violence against Women, 12* (9), 851–865.

Zink, T., Jacobson, J. C., Regan, S. & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health, 13* (8), 898–908.

Zink, T., Regan, S., Goldenhar, L., Pabst, S. & Rinto, B. (2004). Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *Journal of the American Board of Family Practice, 17*, 332–340.

Zink, T., Regan, S., Jacobson, C. J. & Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects: A qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence against Women, 9* (12), 1429–1441.

Zumkley, H. (1978). *Aggression und Katharsis*. Göttingen: Hogrefe.



Diese PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 0 18 05/77 80 90*
Fax: 0 18 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Stand: Juni 2009

Gestaltung: www.avitamin.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50**
Fax: 030 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich

** nur Anrufe aus dem Festnetz,
3,9 Cent pro angefangene Minute