

Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen und stationären Pflege

I. Zum Einstieg: vier Fälle

Vier spektakuläre Fälle aus der jüngsten Vergangenheit mögen mögliche Rahmenbedingungen und Motive für – allerdings seltenere und extreme – Gewalt gegen alte Menschen in unterschiedlichen Pflegesituationen andeuten.

1. Der Fall Niels H.

Erschütterndster Fall von Kriminalität gegen Senioren ist sicher der des in Oldenburg bereits wegen sechs Morde verurteilten Krankenpflegers Niels H. Als 41-jähriger ist er jetzt erneut angeklagt wegen weiterer 97 Morde an Patienten in Kliniken von Delmenhorst und Oldenburg. Er soll jeweils schwer kranken Patienten eigenmächtig Medikamente injiziert haben, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen auslösten. „Dies tat er,“ – so Oberstaatsanwalt Koziolk – „um seine Fähigkeiten im Bereich der Reanimation gegenüber Kollegen und Vorgesetzten präsentieren zu können und um seine Langeweile zu bekämpfen“. Den tödlichen Ausgang nahm er billigend in Kauf. Weitere Fälle konnten nicht aufgeklärt werden, weil die Opfer eingeschert worden sind. Der Mammutprozess gegen den wahrscheinlich größten Massenmörder der Nachkriegszeit in Deutschland stellt eine dem Münchener NSU-Verfahren ähnliche zeitliche und logistische Herausforderung dar. Zusätzlich laufen jetzt Gerichtsverfahren gegen vier Ärzte und Pflegeverantwortliche wegen Totschlags durch Unterlassen, weil sie jeweils nicht eingeschritten sind und so bedingt vorsätzlich weitere Tötungen ermöglicht haben.

Bemerkenswert sind Befunde, die zeigen, dass Hemmungen bestanden, die jahrelangen vielfältigen Anzeichen für Regelwidrigkeiten Aufsichtsstellen zu melden:

Kollegen hatten ein ungutes Gefühl angesichts der sich häufenden Reanimationen durch Niels H. Sie nannten ihn „Pechvogel“, „Pechbringer“. Manche plötzliche Todesfälle erschienen ihnen unerklärlich. Über Verdacht sprach man indirekt und scherzhaft. In

entsprechenden Gesprächen hieß es: „Wir sollten zurückhaltend sein wegen des guten Rufes des Hauses.“ Niels H. wurde wegen solcher Zweifel von der Intensivstation in die Anästhesie versetzt. Später wurde er gedrängt, sich andernorts Arbeit zu suchen, ausgestattet mit der dienstlichen Beurteilung, „verantwortungsbewusst“, „umsichtig“, „gewissenhaft“ zu sein. Anschließend kamen im Krankenhaus Delmenhorst ähnliche Zweifel auf. Die Bestellungen des tödlichen Mittels Gilurythmal vervielfachten sich. Gleichzeitig nahmen Todesfälle auf der Intensivstation merklich zu. Beschwerden wegen vorschriftswidriger Abgabe des Medikaments durch die Großapotheke wurde nicht abgeholfen. Dem Verdacht ging man bewusst nicht nach; als ein Kollege bei einem Patienten von Niels H. leere Ampullen Gilurythmal fand, bedeutete man ihm, er dürfe nicht durch weiteres Nachforschen seine Kompetenzen überschreiten. Es bestand der Eindruck, man gefährde durch solche Hinweise den Job. Selbst nach Offenbarwerden der Zusammenhänge in einem konkreten Fall wurde erst nach vier Tagen die Polizei eingeschaltet.

2. Das pfälzische Verfahren gegen drei Pflegeheimbedienstete

Mit dem zweiten Fall befasst sich das Schwurgericht Frankenthal seit dem Herbst 2017. Ende Juni 2018 erging das Urteil: Zwei Pfleger und eine Pflegerin wurden zu lebenslanger Freiheitsstrafe mit der Annahme besonderer Schuldschwere verurteilt wegen zweier Morde, eines Mordversuchs, Körperverletzung, sexueller Misshandlung und anderer Delikte. Ihnen wurde vorgeworfen, aus Machtgefühl und Geltungsbewusstsein gemeinschaftlich, heimtückisch, aus niedrigen Beweggründen, nämlich Machtgefühl und Geltungsbewusstsein, die Taten an mehreren dementen Bewohnern eines Altenpflegeheims begangen zu haben. U.a. sei eine Überdosis Insulin verabreicht worden. Problemlos hatte es ärztliche Totenscheine gegeben. Misshandlungen an anderen Bewohnern seien mit Smart Phone von den Pflegern gefilmt worden.

Das weist in mancher Beziehung neue Züge auf: Von der Videoaufzeichnung hatte eine Kollegin Wind bekommen und die Heimleitung informiert. Diese hatte ohne Rücksicht auf den Ruf des Heims oder Trägerverbands die Polizei gerufen. Über die Auswertung

beschlagnehmter Smart Phones seien ein Mord und die Misshandlungen aufgedeckt, überdies Hinweise auf mögliche weitere Morde gewonnen worden.

Ungewöhnlich sind zugleich Tathintergründe: Meist spielt ja Überforderung mit – mangelnde Ausbildung, Arbeitsüberlastung angesichts personell schwacher Ausstattung und oftmals äußerst schwieriger Patienten. Manchmal sind es Unmut über uneinsichtige, sogar aggressive Bewohner, öfter Mitleid, die Unfähigkeit, das viele Leid seelisch zu verkraften, das Erleben eigener Hilflosigkeit, Unverständnis gegenüber ärztlichen Entscheidungen über Lebens- und Leidens-verlängernde Behandlung, falsch verstandene „Sterbehilfe“ („Todesengel“). Gelegentlich maßt man sich ungebührlich medizinische Kompetenz an; sie vermittelt Gefühle, als Untergebene mal ganz oben zu sein, Macht über Leben und Tod auszuüben. Niels H. – selbst „nur“ Pfleger – wollte als Fachmann für Reanimation wahrgenommen werden. Im Pfälzer Fall scheint es um bloße Demonstration von Macht, Stärke, Überlegenheit angesichts eines sonst zu wenig wertgeschätzten beruflichen Alltags zu gehen.

3. Der Münchener Fall des polnischen Helfers in häuslicher Pflege

Auch in der häuslichen Pflege durch angeworbene und dann im Pflegehaushalt ansässige Pflegekräfte kann es zu Ausbeutung und sogar Tötungen kommen. In München wird gegen einen ungelernten, aus Polen kommenden, seit 2008 in mehreren Ländern über eine Agentur vermittelten Pfleger ermittelt. Konkret soll er einen 87-Jährigen um die finanzielle Habe gebracht und mit Insulininjektionen getötet haben. In vielen weiteren Fällen anderenorts wird Ähnliches vermutet und gegen ihn ermittelt. Bei ihm dürfte Habgier ausschlaggebendes Motiv sein

4. Der Bremer Fall eines überforderten pflegenden Angehörigen

In Bremen hat kürzlich ein 52-Jähriger seine 86-jährige Mutter getötet, anschließend aus Verzweiflung sich selbst. Das ausschlaggebende Tatmotiv ergab sich aus der Situation: Der Sohn fühlte sich offenbar in der alleinigen Pflege überfordert und war den daraus sich ergebenden Belastungen und Konflikten nicht mehr gewachsen. Die Ausgangslage

dürfte am ehesten die meisten Situationen kennzeichnen, in denen es zu irgendeiner Gewalt in der Pflege kommt.

II. „Entdeckungen“ von Nahraumgewalt

1. Abfolge einzelner sensibler Gewaltbereiche

Der „Entdeckung“ von häuslicher Gewalt ist die Entstehung einer Opferwissenschaft – Viktimologie – vorausgegangen. Erst in den sechziger Jahren hat sich dieser Zweig der Kriminologie etabliert. Er arbeitet insbesondere mit der Methode von Opferbefragungen. Man fand bald heraus, dass sich Gewalt nicht nur unter Fremden, sondern vornehmlich im sozialen Nahraum findet. Dort gibt es nämlich stärkstes Konfliktpotenzial. Die Opferwissenschaft führte namentlich zur Aufdeckung „häuslicher Gewalt“, später der Gewalt in gesellschaftlichen Institutionen und abgeschotteten Milieus.

Zuerst ging es um elterliche Gewalt gegen Kinder. Konsequenz dieser spezifischen „Entdeckung“ war die gesetzliche Abschaffung des elterlichen und schulischen Züchtigungsrechts, also der Prügelstrafe. Fast zeitgleich wandte man sich der Thematik von Gewalt der Männer gegen Ehefrauen und Partnerinnen zu, später übrigens auch dem Aspekt umgekehrter Beziehungs-Gewalt von Frauen gegen Männer. Folgen waren die Ausweitung der Strafbarkeit wegen Vergewaltigung auf sexuelle Übergriffe in der Ehe 1997 in § 177 StGB, jüngst die eher populistische Ausweitung auf bloße sexuelle Handlungen gegen den Willen anderer („Nein ist Nein“). Die Enttabuisierung, Skandalisierung und Erforschung sexuellen Missbrauchs an Kindern in Institutionen und in häuslicher Umgebung schlossen sich an. In jüngerer Zeit werden gewaltsame sexuell oder anders motivierte Übergriffe gegen Frauen und Kinder in Heimen, Internaten, Kliniken, aber auch in gesellschaftlich etwas abgeschotteten Milieus erkannt, skandalisiert, diskutiert. Betroffene Institutionen sind etwa die Katholische Kirche – Beispiel Canisius-Kolleg –, pädagogische Internate – Beispiel Odenwald-Schule –, Bundeswehrcasernen – Beispiel Gebirgsjäger in Mittenwald –, Jugendarbeit in der

Sporterziehung, Gewalt und subkulturelle Verflechtungen in Haftanstalten, Gewalt gegen Frauen oder Kinder in Milieus der Film- und Musikwelt – Beispiele Regisseure Harvey Weinstein in den USA und Dieter Wedel hierzulande –, sogar Übergriffe von Helfern in Einrichtungen ehrenamtlicher Entwicklungshilfe wie Oxfam und „Ärzte ohne Grenzen“, ferner durch Soldaten von UN-Missionen.

Verhältnismäßig spät erst kam es zu massenmedialen, wissenschaftlichen und politischen Enttabuisierungen von Gewalt gegen Ältere im häuslichen und stationären Pflegebereich. In den USA gab es erste Forschungen hierzu in den siebziger Jahren, bei uns im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen und in unserem Gießener Kriminologischen Institut seit den neunziger Jahren.

2. Gemeinsame Bedingungen institutioneller Abschottung gegen das Aufdecken von Gewalt

Eine Reihe von Gemeinsamkeiten lässt sich für institutionelle Bedingungen ausmachen. Sie erklären jedenfalls, warum sich Gewalt in so unterschiedlichen gesellschaftlichen Institutionen einnisten kann, warum sie abgeschirmt ist gegenüber der Entdeckung durch Kontrollorgane. Gemeinsamkeiten seien thesenartig aufgeführt:

- Jeweilige Opfer sind oft schutzlos, ohne Beschwerdemacht, ob Kinder, beruflich Abhängige, auf Förderung Angewiesene, Randständige, pflegebedürftige Kranke und Alte.
- Sie sind schon äußerlich oder nach ihrer sozialen Lage außerstande, sich zu wehren, zu beschweren, Anzeige zu erstatten; sie befürchten, man werde ihnen nicht glauben; beschweren sie oder Angehörige und Dritte sich dennoch, müssen sie mit Verleumdungsklagen rechnen, außerdem mit einer weiteren Verschlechterung der Situation.
- Die Institution selbst genießt aufgrund ihres moralischen Anspruchs und Auftretens hohes Ansehen, Vertrauen, Respekt. Oft kommen auf Tradition und Machtgefüge beruhende Autorität und scheinbare moralische Unangreifbarkeit hinzu. Das macht sie erhaben gegenüber möglichen Vorwürfen. In Milieus wie der Film-, Musik-, Sport- und

pädagogischen Welt wird das durch die Berühmtheit mancher ihrer Matadoren unterstützt.

- Ebenso dürften sich hierarchische Strukturen in Systemen auswirken, die mehr oder minder auf Befehl und Gehorsam beruhen.

- Intern besteht großer Zusammenhalt aus Respekt gegenüber der Einrichtung, aus Rücksichtnahme auf den Ruf der Institution, aus institutioneller Abhängigkeit der dort Tätigen, aus sich bis zu Kumpanei und Corpsgeist steigernder kollegialer Solidarität, aus Angst vor Verlust beruflicher Positionen oder Chancen im Falle von Verstößen gegen ein Schweigegebot oder davor, bei Aussagen gegen Kollegen gemobbt zu werden.

- Mitunter etabliert sich eine Gewöhnung an gewalttätige Umgangsformen in Sprache und Verhalten derart, dass man dies als „normal“, üblich, unabwendbar bewertet.

- Rechtlich sichert sich die Institution gegen nach außen dringende Beschwerden von Betroffenen, Bediensteten oder von Dritten ab etwa durch eingeforderte unbedingte Loyalität, arbeitsrechtliche Abmahnungen, Androhung von Kündigung, Schadensersatzforderungen, Verleumdungsklagen, anwaltlichen Druck.

- Gemeinsam ist zudem das Fehlen von Beschwerdeinstitutionen wie internen, externen oder staatlichen Ombudsmännern, die mit einem Zeugnisverweigerungsrecht ausgestattet sind und wirksam vertraulich beraten, schlichten oder notfalls einschreiten können.

III. Zur Begrifflichkeit von „Gewalt gegen Ältere“

Im Zusammenhang mit der Konstruktion des sozialen Problems „Gewalt gegen alte Menschen“ in Pflegebeziehungen ist der Gewaltbegriff riskant. Er ist unscharf und wird oft sogar von Wissenschaftlern irreführend eingesetzt. Eine Ausweitung des Begriffs kann zu dramatisierten Datenangaben führen; sie fördern zwar wachsende öffentliche Aufmerksamkeit, begünstigen aber Fehleinschätzungen. Sie diffamieren letztlich kontraproduktiv ganze Berufsstände der Altenpflege und die meist weiblichen Angehörigen, welche die häusliche Pflege besorgen. So wurde von Wissenschaftlern und Journalisten dem Gewaltbegriff all das zugeordnet, was über eigentliche körperliche oder psychische Gewalt nach dem Alltagsverständnis hinausgeht; es ist Verhalten, das in der

angelsächsischen Terminologie als „elder abuse and neglect“ bezeichnet wird; dabei werden sogar Diebstähle und Betrüge („financial neglect“) erfasst, ja gelegentlich Erscheinungen der Selbstvernachlässigung („self neglect“) älterer Menschen. Diese Bereiche muss man beachten, aber nicht im Kontext von Gewalt. In unseren empirischen Untersuchungen und in der Präventionsarbeit hat sich der Gewaltbegriff mit seiner strafrechtlichen Konnotation als unzweckmäßig erwiesen. Wir haben deswegen den weiteren und weniger stigmatisierenden Begriff „Vernachlässigung und Misshandlung“ aus der angelsächsischen Fachliteratur verwendet und empfohlen, diesen Begriff auch in der öffentlichen und politischen Auseinandersetzung zu verwenden. Er deckt eine weite Palette qualitativ unterschiedlichster Verhaltensweisen und Situationen ab. Sie alle sind beachtenswert für soziale und präventive Arbeit, nur am Rande für die strafrechtliche Verbrechenskontrolle, die ohnehin in diesem sensiblen Problembereich erst an letzter Stelle aktiviert werden sollte.

IV. Erscheinungsformen, Ausmaße, Erklärungen

Die Datenlage zur Gewalt in der Pflege Älterer ist unbefriedigend. Kriminalstatistiken weisen zu geringe Fallzahlen und keine gesonderten Kategorien aus. Opferbefragungen scheitern bei betroffenen Älteren wegen vielfältiger Hindernisse, beispielsweise bei Demenz. Man ist auf Erfahrungsberichte, kasuistische Befunde sowie Befragungen bei Angehörigen, zugehenden Kräften und Pflegenden angewiesen. Gleichwohl gibt es wichtige Anhaltspunkte für Strukturen, Ausmaße und Hintergründe.

1. Häusliche Pflege

Zunächst müssen wir nach möglichen Personengruppen häuslicher Gewalt gegen Ältere unterscheiden. Vor allem kommen Verwandte der Alten in Frage, in erster Linie Kinder und Partner wie im vierten geschilderten Fall. Es kann sich auch um wechselseitige Gewalt der Partner handeln. Sodann kann Gewalt von außerfamiliären Personen ausgehen, die mit der Pflege Älterer zu tun haben. Wie im eingangs geschilderten dritten Fall kommt es wengleich wohl selten sogar zu Tötungen alter Menschen in der häuslichen Pflege durch

zugehende Pfleger, sei es um finanzieller Ausbeutung, sei es um vermeintlicher Sterbehilfe willen. Weil hier nicht wie bei Tötungen in Heimen das „Gesetz der Serie“ für gelegentliche Aufdeckung sorgt, müssen wir mit einem spezifischen Dunkelfeld rechnen. In Betracht kommen schließlich Fremde, die sich Zugang zu Älteren verschaffen, um sie auszunutzen, zu erpressen, zu berauben oder sonst zu schädigen.

Die Aufgabe der Pflege Älterer wird ganz überwiegend in der häuslichen Gemeinschaft wahrgenommen. Auf diese Weise bleibt den Gepflegten die vertraute Umgebung erhalten. Und das entspricht sicher dem Wunsch der Mehrheit. Über 60% der mit dieser ambulanten häuslichen Pflege Befassten sind Frauen. Über 60% pflegen einen eigenen Elternteil oder Eltern von Partnern, 11% pflegen den Partner oder die Partnerin. Die Hälfte tut es neben der Ausübung eines Berufs. Vorwiegend geschieht es aus Pflichtgefühl oder Fürsorglichkeit. Aber zwei Drittel der Pflegenden fühlen sich manchmal oder häufig überfordert, viele sogar in depressive Stimmungen versetzt. Misshandlungen werden besonders begünstigt, wenn Angehörige die Pflege demenzkranker Älterer ausüben. Ein Drittel häuslich Pflegenden berichtet über diese Situation der Pflege demenzkranker Angehöriger.

Gemeinsamkeiten finden sich bei Misshandlung und Vernachlässigung in häuslicher und in stationärer (Heim-)Pflege. Pflegedefizite bestehen vor allem in folgenden Bereichen: bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung; bei der Inkontinenzversorgung; in der Dekubitus-Vorbeugung und -behandlung; bei freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen wie medikamentösen oder physischen Fixierungen sowie bei Zwangsernährung. Daneben sind psychische Beeinträchtigungen zu nennen, wie verbale Aggressionen, Demütigungen, Verletzung des Schamgefühls, gegenüber demenzkranken Älteren paternalistische und infantilisierende Verhaltensweisen. Manchmal wird von „verachtender Geringschätzung“ gesprochen. Nicht übersehen werden darf, dass Aggressionen beidseitig geschehen können. Gerade auch demenzkranke Gepflegte werden oftmals aggressiv gegenüber pflegenden Angehörigen, zumal bei Starrsinn, Situationsverkenntung, Verfolgungswahn. Selbst an sich sehr friedliche Menschen können in dementen Stadien solche Verhaltensweisen zeigen. So berichteten 40% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, im letzten Jahr Gewalt erfahren zu haben, 71%, verbal angegriffen worden zu sein. Einschätzungen zur Gewalt

von pflegenden Angehörigen entnehmen wir einer Befragung familiär pflegender Angehöriger: 48% berichteten, psychische, 19%, körperliche Misshandlungen selbst begangen zu haben. Diese Daten liegen allerdings noch höher, wenn man professionelle Pflegende in Altenpflegeheimen befragt; dort räumen drei Viertel problematisches eigenes Verhalten ein, über die Hälfte auch körperliche und/oder verbale Misshandlungen.

Zu den als „financial abuse“ bezeichneten Vermögensdelikten unter Ausnutzung des Vertrauens Älterer im häuslichen Bereich gehören Diebereien, „Enkeltricks“, betrügerische Haustürgeschäfte, ferner missbräuchliches Verwenden von Bankvollmachten durch Betreuer oder sonst bevollmächtigte Personen aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis.

Gründe für Vernachlässigung und Misshandlung in häuslicher Pflege bestehen vor allem in der oft beobachtbaren Überforderung der meist ebenfalls älteren und weiblichen Pflegekräfte, zumal, wenn zugehende ambulante Hilfen fehlen oder nicht ausreichen. Kommt es zu Gewalt in der häuslichen Pflege, ist es oft als Aufschrei der Überforderung und Hilflosigkeit zu verstehen. Häufig fehlen körperliche Kraft, Wissen und Erfahrung zu entsprechender Pflege, außerdem Rekreationsmöglichkeiten. Hinzu kommen gelegentlich aus der Persönlichkeit und Biografie von Pflegenden und Gepflegten entspringende Konflikte oder Abhängigkeiten, die wechselseitig sein oder sich umkehren können.

2. Heim- und Krankenhauspflege

Weiter ist die stationäre Altenpflege als Ort möglicher Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung zu betrachten. Vorliegende Studien zeigen, dass es sich nicht nur um Einzelfälle, sondern teilweise um verbreitetes Verhalten handelt. Die Diskussion darf jedoch nicht übersehen, dass sich die meisten Älteren in Heimen wohl fühlen oder nur über periphere Defizite klagen oder solche der Vereinsamung, die mit der Heimpflege an sich nichts zu tun haben. Hinzu kommt, dass viele von Gepflegten geäußerte Klagen auf Fehlwahrnehmungen infolge von Einsamkeit und Demenz beruhen.

Wichtigste Erscheinungsformen und Gründe für Vernachlässigung und Misshandlung sind bereits stichwortartig benannt worden bei der häuslichen Pflege. Im stationären Bereich kommt jedoch entscheidend hinzu, was als „Pflegerotstand“ gerügt wird: Mangel an geschultem Pflegepersonal. Daneben sind strukturelle Mängel in einzelnen Heimen sowie mangelnde Kontrolle durch Heimleitung und Heimaufsicht zu nennen. Die offiziellen Zeiten für einzelne Dienstleistungen lassen selten Spielraum für die so nötige darüber hinausgehende persönliche Zuwendung. Außerdem werden Pflegende und Gepflegte mit Problemen der Unterversorgung und beobachteter oder erlebter Gewalt oftmals allein gelassen; in einer Umfrage des Instituts für angewandte Pflegeforschung gaben 80% der Pflegekräfte an, solche Probleme würden selten oder nie thematisiert und aufgearbeitet.

Noch weniger öffentlich diskutiert sind Vernachlässigung und Misshandlung von alten, namentlich demenzkranken Patienten in Krankenhäusern. Ältere werden ja oft nicht in spezifisch geriatrischen Abteilungen behandelt, sondern in für Ältere nicht entsprechend eingerichteten üblichen Fachabteilungen wie etwa der Unfallchirurgie. Sie werden dort meist nur vorübergehend aufgenommen und fühlen sich besonders hilflos, muss doch heute ein Patient immer mitdenken, um Mängel zu vermeiden, die sonst wegen Unterversorgung von Pflegediensten fast unvermeidbar sind; sehr alten oder schon demenzkranken Patienten ist dies aber nicht mehr möglich. Oftmals lässt man sie beispielsweise ohne nötigen persönlichen Beistand in Gängen auf Untersuchungen warten. Man ist nicht durchweg vertraut mit ihren besonderen Bedürfnissen und Eigenheiten. Auch in Kliniken besteht zudem ein erhebliches Defizit personeller Pflegeausstattung.

Das Augenmerk Verantwortlicher sollte zusätzlich den Schnittstellen zwischen häuslicher und Heimpflege einerseits, Krankenhausbehandlung andererseits gelten. Wann muss ein älterer Mensch aus der häuslichen oder Heim-Pflege vorübergehend in eine klinische Betreuung wechseln? Wer begleitet ihn und bereitet den Klinikaufenthalt vor? Wer entscheidet darüber, ob nach der Klinikbehandlung eine Heimaufnahme statt Rückführung in die häusliche Umgebung nötig ist? Wie wird diese vorbereitet und dem Patienten vermittelt?

3. Insbesondere Tötungen in der Pflege

Nicht übergangen werden darf der in den geschilderten vier Skandalfällen angedeutete Bereich zwar seltener, aber doch gravierender, ganz überwiegend im Dunkelfeld verbleibender schwerster Gewalt: nämlich oft serienmäßige Tötungen von alten Menschen in der stationären Heimpflege ebenso wie in Kliniken durch dort Bedienstete. Spektakuläre Fälle geraten fast immer erst durch die Häufung entsprechender Fälle in den Verdachtsbereich und in die Strafverfolgung.

Gründe dafür sind vielfältig: Die Versuchungs- und Tatgelegenheitssituationen für entsprechend Tatgeneigte sind besonders groß; Täter, Tat und Opfer werden liegen außerhalb üblicher Verdachtslagen. Pflegende haben Dauerkontakt zu möglichen Opfern. Opfer sind arg- und wehrlos. Sie sind oftmals leicht manipulierbar. Pflegende sind vielfach überfordert und fühlen sich durch einzelne Gepflegte besonders herausgefordert. Sterben ist üblich in diesen Einrichtungen und löst an sich noch nicht Verdacht aus. Gelegentlich könnte es zu stillschweigender Übereinstimmung zwischen Gepflegtem und Pflegekraft oder zwischen dieser und Angehörigen im Sinne vorzeitiger Lebensbeendigung kommen. Tötungsmittel sind einfach und ähneln alltäglichen Handreichungen und Medikationen. Oft mangelt es an hinreichender Kompetenz, Supervision, Aufsicht und Kontrolle. Eine subkulturelle Kumpanei von Bediensteten und Einrichtungen schottet gegen Bekanntwerden möglicher Verdachtsfälle ab. Todesfälle bei Senioren in der Pflege sind überdies bei gleicher Symptomatik ganz unterschiedlich deutbar; Definitionen reichen von natürlichem Tod über Unfall und Suizid bis zu Tötung auf Verlangen, fahrlässiger oder vorsätzlicher Tötung. Schließlich sind Obduktionen und entsprechende Erkenntnisse über Anlässe zur Obduktion selten, zumal nicht unabhängige und rechtsmedizinisch kompetente Ärzte mit der Todesfeststellung betraut sind.

V. Präventive Ansätze

1. Gesetzliche Fundierung des Rechts auf gewaltfreie, menschenwürdige Pflege

Pflegebedürftige haben im Sinne der Art. 1 Abs. 1 und 2 Grundgesetz Anspruch auf menschenwürdige Pflege. Menschenwürde umfasst Freiheit von Gewalt, bedeutet aber weit mehr: Eine Pflege, die den Pflegenden achtet, ihm Respekt entgegen bringt, ihn nicht zum Objekt der Pflege macht.

Gelegentlich wird gefordert, diesen grundrechtlich ableitbaren Grundsatz ausdrücklich gesetzlich zu formulieren, sei es im Grundgesetz, sei es im Familienrecht oder in Pflegegesetzen. Es wird auf die Parallele zum Kinderschutz hingewiesen; in § 1631 Abs. 2 BGB ist ein Anspruch auf gewaltfreie Erziehung festgelegt, und man fordert, dies sogar im Grundgesetz zu erwähnen. Die Parallele ist indes nicht zwingend: Bei Kindern geht es nicht nur um die augenblickliche Lage, sondern auch um die Zukunftsperspektive; sie sollen sich zu selbstbestimmten, nicht durch Gewalterfahrung in ihrer Entwicklung beeinträchtigten Mitgliedern der Gesellschaft entwickeln. Für Ältere entfällt solche Perspektive. So war es in der menschlichen Zivilisationsentwicklung keineswegs selbstverständlich, bereits das Lebensrecht Älterer zu gewährleisten; in manchen Naturvölkern wurden sie als Kostgänger, für die vorhandene Ressourcen nicht reichten, der Selbsttötung oder Tötung durch andere überantwortet; in nicht allzu ferner Vergangenheit schob man sie auch bei uns noch in den Alkoven oder Altenteil ab bei oft karger Versorgung. Unser Zivilisationsstand erlaubt es, das heute anders zu sehen im Sinne des genannten grundrechtlichen Schutzes. Insofern kann es sinnvoll erscheinen, nunmehr gesetzlich den Anspruch dezidiert festzulegen, dies zumal angesichts der geschilderten Hilflosigkeit Älterer und zu Pflegenden gegenüber Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung. Im Hessischen Landespräventionsrat sind wir sogar weiter gegangen und haben gefordert, diesen Anspruch nicht nur auf gewaltfreie, sondern zusätzlich auf menschenwürdige Pflege zu erstrecken; denn nach heutigem Verständnis von Menschenwürde verlangt Pflege auch Zuwendung, Empathie, Zeit für Gespräche. Ein solcher gesetzlich ausdrücklich vorgesehener Anspruch könnte präventive Kräfte entfalten und insbesondere bei der Umsetzung von Pflegeprogrammen und der Gestaltung von Pflegeeinrichtungen zur Richtschnur werden.

Freilich zeigt sich hier zugleich die Relativität des Schutzes Älterer und zu Pflegenden. Alter und Pflegebedürftigkeit können die Reichweite des Anspruchs begrenzen. Älteren muss nicht mehr unbedingt die gleiche kostspielige, aufwändige medizinische Versorgung zukommen wie Jüngeren. Man denke nur an Organtransplantationen. Oft kann es sogar menschenunwürdig sein, tatsächlich mögliche, mitunter ökonomisch für eine Klinik rentable medizinische Leistungen Pflegepatienten zu gewähren oder aufzudrängen, durch die das Leben bloß verlängert wird, ohne Lebensqualität zu bieten. Bei der Problematik angemessener Begrenzung ist beispielsweise auch zu fragen, ob sonst allen Patienten zustehende aufwändige psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung durch Fachkräfte ebenso in Alten- und Pflegeheimen zu gewähren ist. Man wäre schon froh, wenn wenigstens genügend Zeit für normale Gesprächszuwendung durch Pflegekräfte zur Verfügung stände. Das ändert nichts daran, dass die Frage weitergehender Behandlung politisch und rechtlich geklärt werden muss.

2. Soziale Dienste

Vorrangig obliegt präventives Bemühen sozialen Organisationen. Familiäre Pflegekräfte in der Altenpflege müssen wo immer möglich entlastet werden durch Beratung und zugehende soziale Dienste. Das lässt sie ihre schweren Aufgaben leichter wahrnehmen und beugt in Gewalt kulminierenden Überforderungssituationen vor.

Es gibt zahlreiche unterschiedliche staatliche, kommunale, karitative und private ehrenamtliche Einrichtungen der Beratung und Hilfe für Ältere und Pflegende sowie Selbstorganisation von Senioren. Sie sind mitunter eingebettet in allgemeine soziale Dienste, manchmal auch auf Beratung und Hilfe für Senioren spezialisiert. Weniger dürfte es an Einrichtungen überhaupt fehlen als an wechselseitiger Kenntnis, sinnvoller Koordination und hinreichender Erreichbarkeit für Betroffene. Vernetzung ist angezeigt. Ansätze auf höherer Ebene finden sich dazu etwa in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen, außerdem in der beispielsweise in Hessen geschaffenen flächendeckenden Einrichtung von Pflegestützpunkten.

Von den vielen Detailaufgaben der Dienste für Beratung und zugehende Hilfe seien zwei herausgestellt. Zum einen sollen diese Einrichtungen Hilfe zur Selbsthilfe anbieten, indem

zum Beispiel haupt- und ehrenamtlich tätige Helfer in der häuslichen Altenpflege neue familiäre Pflegekräfte in die Tätigkeit und in das Finanzierungswesen einführen, sie vielleicht später als „Paten“ oder „Mentoren“ begleiten. Zur Beratung kann ferner gehören, über finanzielle Hilfen bei einer Heimaufnahme zu informieren, wenn Angehörige eine sie überfordernde häusliche Pflege nur mangels Geldes fortsetzen. Dabei ist ein noch unbestelltes Feld von wachsender Bedeutung die Beratung und Hilfe für Ältere und Pflegebedürftige in Familien mit Migrationshintergrund als Bestandteil einer umfassenden Integrationsarbeit; die oftmals aus der islamischen Welt stammenden Menschen sind mit unseren Behörden, karitativen Einrichtungen und Standards nicht vertraut.

Zum anderen sei exemplarisch eingegangen auf einen bundesweit einheitlichen Beratungstelefondienst für ältere Menschen. Nach unserer Bedarfsanalyse sollte er dezentral strukturiert sein. Regional bestehende telefonische Hilfs- und Beratungsdienste sind zu ergänzen, nicht zu ersetzen. Unter einer zu etablierenden einheitlichen Nummer sollten alle bestehenden Beratungs- und Hilfsdienste vernetzt werden; so sollte bei jeder Inanspruchnahme dieser „Hotline“ unmittelbar an eine geeignete, kompetente Einrichtung verwiesen werden können. Ein Seniorentelefon sollte für alle bedeutsamen Themen offen sein, wie Pflege, Gesundheit, Wohnen, Renten und Alterssicherung, Einsamkeit, Vernachlässigung und Misshandlung. Zu Zielgruppen müssen betroffene Ältere ebenso gehören wie Familienangehörige, Pflegende, Ärzte und andere Kontaktpersonen der Betroffenen. Soweit ehrenamtlich in der Telefonberatung Tätige beteiligt sind und weniger professionell arbeiten, sollten sie im Sinne der angesprochenen Vernetzung an professionelle Beratungsdienste vermitteln können. Im Rahmen einer zu schaffenden Verbandsstruktur der Telefondienste könnten Qualitätsstandards leichter erarbeitet und durchgesetzt werden.

3. Ombudsleute, namentlich Landespflegebeauftragte

Bedenkenswert erscheint für den gesamten Hilfsbereich samt Vorbeugung gegenüber Vernachlässigung und Misshandlung in der häuslichen wie auch stationären Heimpflege ein Vorschlag, den ich für die hessische Landesregierung in unserem

Landespräventionsrat erarbeitet habe: In den Bundesländern – vielleicht auch Thüringen – könnte verwirklicht werden, was das Saarland 2013 bundesweit erstmalig gesetzlich eingeführt hat: Das öffentliche Ehrenamt eines vom Parlament gewählten und diesem verantwortlichen Landes-Pflegebeauftragten. Gesetzesziel ist es, „allen pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, in Krankenhäusern, in Heimen für behinderte Menschen, in häuslicher und ambulanter Pflege sowie deren Angehörigen und ihren Pflegekräften eine zentrale, unabhängige und beratende Stelle für alle Belange der Pflege zur Verfügung zu stellen.“ Die „Wahrung der Vertraulichkeit und der Achtung personenbezogener Daten“ wird gesetzlich gewährleistet. Dem Pflegebeauftragten haben öffentliche Stellen Auskunft und Akteneinsicht zu geben. Nach meinem Vorschlag sollte dieses Amt von Landespflegebeauftragten allerdings durch ein wichtiges Detail ergänzt werden: Ein bundesgesetzlich zu verankerndes Zeugnisverweigerungsrecht für Pflegebeauftragte und eine gesetzlich strafbewehrte Verschwiegenheitspflicht. Nur so kann völlige Vertraulichkeit eventuellen Informanten, „Whistle-Blowers“, zugesagt werden. Auch Ombudsleuten in Pflegeorganisationen selbst als informellen Beschwerdestellen sollte ein Zeugnisverweigerungsrecht, verbunden mit gesetzlicher Verschwiegenheitspflicht, gewährt werden.

4. Ärzteschaft als Schaltstelle für Prävention und Intervention

Der Ärzteschaft kommt eine Schlüsselfunktion in der Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung Älterer, namentlich in der häuslichen und Heimpflege zu. Ärztinnen und Ärzte haben besondere Kompetenz, Misshandlungssymptome zu erkennen. Sie haben einen von Vertrauen und Schweigepflicht getragenen persönlichen Zugang zu den Patienten. Sie sind unabhängig von Angehörigen und Pflegeeinrichtungen. Sie können erforderliche Hilfs- und Vorbeugemaßnahmen anordnen oder anregen.

Aber es gibt erhebliche Defizite, zumal in der Betreuung älterer Hilfsbedürftiger. Die Erreichbarkeit ärztlicher und besonders fachärztlicher und psychologischer Beratung und Betreuung älterer Patienten muss verbessert werden. Gesetzgeber und kassenärztliche Dienste sollten Sorge tragen dafür, dass fachärztliche Haus- und Heimbesuche möglich und hinreichend honoriert werden. Beispielsweise gibt es ein Defizit an psychiatrisch-

psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie älterer Heimbewohner. Bei mindestens 25 % liegen Depressionen, verdeckte autoaggressive Tendenzen, Traumata aus früheren Erlebnissen vor. Psychologische Gesprächszuwendung scheidet regelmäßig an Verfügbarkeit und Zeit der Pflegekräfte und Fachdienste. Psychotherapie fehlt nahezu vollständig in Pflegeeinrichtungen. Behandlung würde zur Lebensqualität beitragen und zugleich Aggressionen vorbeugen.

Ferner sollte die Fortbildung von Allgemein- und Fachärzten gezielt Besonderheiten alter, pflegebedürftiger, vor allem demenzkranker Patienten gerecht werden. Bei Patientenbesuchen sollten sich Ärzte nicht auf Angaben Angehöriger oder von Pflegebediensteten verlassen, sondern immer auch Patienten persönlich untersuchen vor Entscheidungen über Diagnose und Therapie. Medikamentöse Behandlung sollte keinesfalls an die Stelle nötiger zeitlich anspruchsvoller persönlicher Zuwendung treten.

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich durch die nötige Kooperation von behandelnden Ärzten mit Angehörigen, Betreuern, häuslichem und außerhäuslichem Pflegepersonal sowie Betreuungsrichtern in rechtlich relevanten Lagen. Manche von Pflegepersonal oder Ärzten richtig geheiene medikamentöse oder physische Fixierung von Patienten ersetzt bloße Hilflosigkeit der Pflegenden und Personalmangel. Ohnehin bedarf anhaltende Fixierung richterlicher Zustimmung. Der Arzt kann nicht den Richter ersetzen. Besondere Sorgfalt ist angezeigt, wenn Ärzte entscheiden müssen, ob ältere Patienten in Kliniken oder Heime eingewiesen werden sollen. Das sind oft für ältere Patienten existentielle Entscheidungen.

Bei Verdacht auf Misshandlung ist der Arzt zwar grundsätzlich an seine Schweigepflicht gebunden. Mit Zustimmung von Patienten oder Angehörigen und Betreuern darf er aber Behörden informieren. Fehlt es an solcher Einwilligung, darf er sich ausnahmsweise über die Schweigepflicht hinwegsetzen nach Notstandsregeln. Das gilt etwa, wenn vermutete Gewalt sich sonst fortzusetzen droht und die Abwägung widerstreitender Interessen keinen anderen Weg eröffnet.

5. Verbesserungen bei Polizei und Justiz

In der Strafverfolgung von Vorfällen der Misshandlung alter Menschen, namentlich solcher in der Pflege, bedarf es besonderer Kenntnisse und Sensibilität gegenüber Eigenheiten des Alters und Alterns sowie der Pflege. Drei Ansätze verbesserter Handlungskompetenz bieten sich an: erstens eine Spezialisierung von Verfolgungsinstitutionen, zweitens eine entsprechende dauerhafte Fortbildung und drittens schriftliche Handreichungen für Berufsanfänger in entsprechenden Dezernaten bei Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichten.

Bei der Polizei ließen sich zumindest in großstädtischen Strukturen bereits bestehende Spezialkommissariate für familiäre Gewalt auch mit dieser Problematik verbinden. Bislang erfolglos habe ich auch eine mögliche vertrauliche Beratung durch dafür von der Strafverfolgungspflicht befreite Beratungspolizisten vorgeschlagen. Bei Kindesmisshandlung, sonstiger häuslicher Gewalt, Gewalt in der Pflege, in Heimen und Kliniken, aber auch bei Gewalt, Mobbing, Suchtmittelumgang in Schulen bedarf es dringend vertraulicher Polizeikontakte. Vertraulichkeit kann nie vermittelt werden, wenn die Gefahr besteht, dass aufgrund des vermeintlich vertraulichen Kontakts zwingend Ermittlungsverfahren ausgelöst werden, weil Verdachtsmomente entstanden sind. Landesrechtlich ist es möglich, bestimmte Beamte in dieser Beratungsfunktion von der Verfolgungspflicht zu entbinden.

Bei Staatsanwaltschaften bestehen oftmals ebenfalls schon Spezialdezernate für familiäre Gewalt, meist verbunden mit dem Bereich Kindesmisshandlung. Sie sollten eventuell mit dem Bereich von Misshandlung und Vernachlässigung Älterer im häuslichen und stationären Bereich verbunden werden. In größeren Verfolgungsbehörden könnten Spezialdezernate für Straftaten im Pflegebereich gebildet werden.

Da nicht zu erwarten ist, dass die ohnehin überlastete Juristenausbildung künftig Belange des Familien- und Pflegerechts und entsprechender Kriminalität und Prävention aufgreifen wird, kommt umso mehr Bedeutung der Aus- und Fortbildung sowie der Berufseinführung von Richtern und Staatsanwälten zu, die es in ihrem Aufgabenbereich mit spezifischen Problemen alter und zu pflegender Menschen zu tun haben. Möglichst regionale, kurze, regelmäßig vorgesehene Wochenend- oder Tagesveranstaltungen sollten dafür angeboten werden. Fortbildungsveranstaltungen können gemeinsam für Straf-, Familien- und Betreuungsrichter ausgerichtet werden.

Abschließend ist an die neue Bundesregierung zu appellieren, den Pflegebereich in allen Bereichen ernst zu nehmen und entsprechend rechtlich und tatsächlich auszustatten. Erste Ansätze finden sich im Koalitionsvertrag zur Verminderung des Defizits in der Pflege-Personalausstattung. Überarbeitete organisatorische und kontrollrechtliche Regelungen müssen auf Bundes- und Landesebene hinzukommen wie die Ausweitung des Zeugnisverweigerungsrechts für Ombudsleute, eine wirksame, praktikable Messung der Einhaltung von Mindeststandards in der Pflege, eine ebenso wirksame Heimkontrolle, um nur Stichworte zu nennen.