

15 Gewalt und Misshandlung im höheren Lebensalter

Armin Fieguth

15.1 Einleitung

Erst in den letzten Jahren entwickelte sich zunehmend das Bewusstsein, ältere Menschen als eine besondere Opfergruppe von Gewalt und Misshandlung anzusehen.

Das National Research Council der US National Academy of Science definierte 2002 die Misshandlung älterer Menschen wie folgt: gezielte Handlungen, die Schäden oder ernsthafte Risiken bei gefährdeten älteren Menschen verursachen (gleichgültig, ob die Schäden intendiert waren oder nicht) seitens einer Pflegeperson oder einer anderen Person, die in einem Vertrauensverhältnis zu der älteren Person steht, oder das Unterlassen von Maßnahmen zur Erfüllung von Grundbedürfnissen älterer Menschen oder zu ihrem Schutz vor Schäden (Pillemer et al. 2007).

Diese Definition verdeutlicht zwei Grundgedanken. Zum einen, dass ältere Menschen Verletzungen oder Vernachlässigungen erleiden bzw. unnötigen Gefahren ausgesetzt sind und zum anderen, dass eine andere Person hierfür verantwortlich ist.

Bei der Misshandlung älterer Menschen werden in der Regel folgende Formen unterschieden: physische Gewalt, psychische Gewalt, sexueller Missbrauch, materielle Schädigung, Vernachlässigung sowie Pflegemissstände im häuslichen oder institutionellen Bereich. Wichtig ist

es, Risikofaktoren zu erkennen, aber auch mit den spezifischen alters- und krankheitsbedingten Befunden dieser Personengruppe vertraut zu sein, um Fehlinterpretationen in Bezug auf mögliche Verletzungen oder Vernachlässigungsfolgen zu vermeiden. Insbesondere im familiären Bereich ist mit einer hohen Dunkelziffer von Gewalt gegen Ältere zu rechnen.

15.2 Epidemiologie

Epidemiologische Daten zu Gewalt gegen alte Menschen sind schwierig zu erheben, da es keine allgemein verbindliche, definitive Altersgrenze für das höhere Lebensalter gibt (in den meisten Untersuchungen wird die Altersgrenze bei 65 Jahren und älter angesetzt) und auch der Gewaltbegriff unterschiedlich weit gefasst werden kann (s. Kap. 9.2).

In den Vereinigten Staaten werden schätzungsweise 5 % der älteren Menschen, die in häuslichen Gemeinschaften leben, Opfer von Misshandlungen (Kurrie 2004). Die tatsächliche Inzidenz ist unbekannt. Untersuchungen zeigen, dass von ca. 14 Misshandlungsfällen nur einer bekannt wird (Fordham 1992; Lett 1995). In einer retrospektiven Studie in einem amerikanischen Großstadtbereich über einen Zeitraum von zehn Jahren wurden forensische Untersuchungen von Lebenden und forensische

den sexuellen Missbrauch durch Mitbewohner in Pflegeeinrichtungen wird im entsprechenden Abschnitt auf den folgenden Seiten näher eingegangen.

15.3 Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren für Misshandlungen älterer Menschen zählen unter anderem das Zusammenleben in einer häuslichen Gemeinschaft, soziale Isolation, geringe soziale Unterstützung, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen von Familienmitgliedern.

Das Risiko einer Misshandlung im häuslichen Bereich kann durch weitere Besonderheiten der

betroffenen Person oder der Familienangehörigen erhöht werden. Ältere Menschen, die in einer **häuslichen Gemeinschaft** mit anderen Personen leben, haben ein höheres Risiko für Misshandlungen (Lachs et al. 1997; Paveza et al. 1992; Pillemer u. Finkelhor 1988; Pillemer u. Sutor 1992), insbesondere wenn sich die ältere Person einer eskalierenden Situation nicht entziehen kann (Wolf u. Pillemer 1989).

Soziale Isolation sowie geringe soziale Unterstützung älterer Menschen und ihrer Angehörigen gelten ebenfalls als Risikofaktoren für Misshandlungen (Compton et al. 1997; Grafstrom et al. 1993; Phillips 1983; Wolf u. Pillemer 1989). In einer Befragung von Personen, die demente Patienten pflegen, gaben 11,9 % an, Pflegebedürftige körperlich misshandelt zu haben (Coyne et al. 1993). Die Anzahl der Opfer wird in

Tab. 15-1 Risikofaktoren für die Misshandlung älterer Menschen nach Lachs und Pillemer (1995)

Risikofaktor	Mechanismus
Schlechte Gesundheit und funktionelle Beeinträchtigung älterer Menschen	Unfähigkeit reduziert die Möglichkeit älterer Menschen, Hilfe zu suchen und sich selbst zu verteidigen.
Kognitive Beeinträchtigung älterer Menschen	Aggressionen gegenüber Pflegenden und zerstörerisches Verhalten aufgrund von Demenz kann Misshandlungen hervorrufen. Bei dementen Patienten finden sich höhere Misshandlungsraten.
Substanzmissbrauch oder psychische Erkrankungen seitens des Misshandlers	Misshandelnde Personen betreiben häufiger Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch und leiden unter schweren psychischen Erkrankungen.
Abhängigkeit des Misshandelnden vom Opfer	Misshandelnde sind sehr häufig finanziell bzw. in anderen Bereichen abhängig vom Opfer. Die Misshandlung resultiert aus Versuchen des Angehörigen, Geld oder Besitz zu erhalten.
Lebensgemeinschaft	Misshandlungen finden sich weniger häufig bei alleinlebenden Älteren. Eine Lebensgemeinschaft führt eher zu Situationen, in denen Spannungen oder Konflikte auftreten, die in Misshandlungen münden.
Externe Stressfaktoren	Schwierige Lebensumstände und finanzielle Probleme vermindern die familiäre Belastbarkeit und erhöhen das Risiko von Misshandlungen.
Soziale Isolation	Ältere Personen mit wenig sozialen Kontakten werden häufiger Opfer. Isolation reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass Missbrauch erkannt und unterbunden wird. Außerdem kann soziale Unterstützung den Effekt von Stress vermindern.
Gewaltanamnese	Insbesondere zwischen Lebenspartnern kann Gewalt in der Beziehung auch zu Misshandlungen im späteren Leben führen.

weiteren Untersuchungen auf ca. 5 % beziffert (Paveza et al. 1992; Pillemer u. Sutor 1992). Einer Untersuchung von Homer und Gilleard (1990) zufolge kamen bei 14 % der Pflegenden körperliche Misshandlungen von Alzheimerpatienten vor. Eine Befragung von 888 pflegenden Familienangehörigen demenziell Erkrankter ergab sogar, dass 68 % der Befragten erklärten, während der letzten zwei Wochen einmal oder öfter mindestens eine Form von Gewalt angewendet zu haben. Hierzu zählten unter anderem Einschüchterungen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und „härteres Anfassen“ bei der Pflege (Thoma et al. 2004). Auf das besondere Risiko für demenzkranke alte Menschen in der häuslichen Pflege weisen auch Gordon und Brill (2001) hin.

Auch **psychische Probleme und Erkrankungen** sind ein Risikofaktor. Hier sind insbesondere depressive Erkrankungen hervorzuheben (Coyne et al. 1993; Fulmer 1991; Homer u. Gilleard 1990; Paveza et al. 1992; Reay Campbell u. Browne 2002; Williamson u. Shaffer 2001). Auch **Suchterkrankungen**, insbesondere Alkoholabhängigkeit von Familienmitgliedern, stellen ein Misshandlungsrisiko für ältere Patienten dar (Anetzberger et al. 1994; Bristowe u. Collins 1989; Greenberg et al. 1990; Homer u. Gilleard 1990; Reay Campbell u. Browne 2002; Wolf u. Pillemer 1989). Ein Abhängigkeitsverhältnis des misshandelnden Angehörigen vom Pflegebedürftigen birgt ebenfalls ein Risiko (Anetzberger 1987; Greenberg et al. 1990; Pillemer 1986 u. 2004; Pillemer u. Finkelhor 1989; Wolf u. Pillemer 1989; Wolf et al. 1982). In Anlehnung an Lachs und Pillemer (1995) lassen sich die wichtigsten Risikofaktoren in einer Übersicht (Tab. 15-1) zusammenfassen.

15.4 Erkennen von Misshandlungen

Zu den Faktoren, die den Verdacht auf eine Misshandlung lenken können, gehören die zeitliche Verzögerungen zwischen der Entstehung einer Verletzung und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, widersprüchliche, vage oder nicht nachvollziehbare Erklärungen sowie unterschiedliche Aussagen zur Entstehung der Verletzung seitens des Opfers und des vermeintlichen Misshändlers und die Vorstellung des Patienten ohne die Einbeziehung oder Anwesenheit der pflegenden Person.

In Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln wurde vom Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen 2006 eine Informationsschrift über Gefahren für alte Menschen in der Pflege herausgegeben. Im Vorwort wird darauf hingewiesen, dass für Personen, die pflegeabhängig sind und sich in häuslicher Abgeschiedenheit oder in Pflegeinstitutionen befinden, ein besonderes Risiko besteht, Opfer eines Übergriffs zu werden. Hier werden die folgenden **Warnsignale zur Erkennung potenzieller Gefährdungen** genannt:

- wechselnde Arztkontakte („Arzt-hopping“), Versäumen von Arztterminen
- Patient wirkt verängstigt, scheu, zurückgezogen oder aggressiv
- unerklärliche Verletzungen oder Beschwerden, wiederholt und gleichartig
- Patient wird im Arztgespräch nicht allein gelassen oder Pflegekraft wirkt im Kontakt gleichgültig oder verärgert

Es wird empfohlen, die folgenden **Fragen** in ein Gespräch einzubinden, falls die Situation und der gesundheitliche, insbesondere der kognitiv-geistige Zustand des Patienten dies erlauben:

- Bekommen Sie Besuch? Haben Sie die Möglichkeit, Radio-, Fernseh- oder Zeitungsinformationen zu erhalten?