

# Gewalt erkennen

Ältere Menschen in Institutionen



## Impressum

### Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)  
Stubenring 1, A-1010 Wien  
+43 1 711 00-0  
[sozialministerium.at](http://sozialministerium.at)

### Verlags- und Herstellungsort: Wien

**Coverbild:** © Bruno Engelbrecht

**Layout:** BMSGPK

**Druck:** Druckerei Berger, 3580 Horn

**ISBN:** 978-3-85010-649-8

4. überarbeitete Auflage, 2021

**Autorinnen und Autoren:** Prof. Dr. Thomas Frühwald, Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie;

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Margit Scholta, Verein Pro Senectute Österreich;

Mag.<sup>a</sup> DDr.<sup>in</sup> Monique Weissenberger-Leduc, Forum Palliative Praxis Geriatrie

**Redaktion:** Dr.<sup>in</sup> Heidemarie Haydari und Mag.<sup>a</sup> Verena Schriebl, BMSGPK Abteilung V/A/6 –

Seniorinnen- und Seniorenpolitische Grundsatzfragen und Freiwilligenangelegenheiten

Ihre Rückmeldungen übermitteln Sie bitte an [va6@sozialministerium.at](mailto:va6@sozialministerium.at).

### Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

**Bestellinfos:** Zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer +43 1 711 00-86 25 25 sowie unter [www.sozialministerium.at/broschuerenservice](http://www.sozialministerium.at/broschuerenservice).

# Inhalt

|   |           |  |           |
|---|-----------|--|-----------|
| <b>Tabuthema Gewalt an älteren Menschen in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens.....</b> | <b>2</b>  | <b>Geriatrische Aspekte von struktureller und personaler Gewalt.....</b>               | <b>26</b> |
| <b>Die drei Ebenen der Gewalt.....</b>  | <b>7</b>  | <b>Gibt es auch Gewalt an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Institutionen?.....</b> | <b>33</b> |
| Direkte oder personale Gewalt.....  | 7         | <b>Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?.....</b>                                       | <b>35</b> |
| Indirekte oder strukturelle Gewalt .....  | 8         | <b>Quellen und weiterführende Literatur.....</b>                                       | <b>39</b> |
| Kulturelle Gewalt.....  | 9         | <b>Einige wichtige Ansprechstellen.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>Gewalt in Einrichtungen hat viele Formen.....</b>  | <b>11</b> |  |           |
| Gerontologisch/Geriatrisches Wissen .....   | 11        |  |           |
| Festgelegte Zeitpläne und Arbeitsablauforganisation .....   | 13        |  |           |
| Reglementierende Hausordnung .....  | 16        |  |           |
| Übertriebene Sicherheit vor Lebensqualität .....  | 17        |  |           |
| Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbezogene Faktoren .....  | 17        |  |           |
| Beeinträchtigung von Lebensraum und Mangel an Privatsphäre.....                                     | 21        |  |           |
| Mangel an Intimsphäre.....  | 22        |  |           |
| Monetäre Einschränkung vor ethischer Pflicht.....   | 23        |  |           |
| Diskriminierung .....   | 24        |  |           |

## Tabuthema Gewalt an älteren Menschen in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens

In Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens werden Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten mit hoher menschlicher und fachlicher Kompetenz begleitet, betreut, behandelt und gepflegt. Es ist schwer vorstellbar, dass dort, wo Hilfe- und Betreuungsbedürftige alte Menschen Unterstützung erwarten, Gewalt stattfinden kann.

Es gibt wenig gesicherte Daten über die Häufigkeit von Gewalt an alten Menschen in Institutionen. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen, da viele Maßnahmen und Vorkommnisse nicht als Gewalt betrachtet werden und somit als solche auch nicht erfasst sind. Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es ein breites Spektrum an Handlungen gibt, durch die ältere Menschen gekränkt, verletzt und geschädigt werden, und dass es Normen und Regelungen gibt, die Prozesse und Verhaltensweisen auslösen, die zu Gewalt führen können oder als Gewalt empfunden werden.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die von ihnen betreuten alten Menschen befinden sich in einem engen Arbeits- und Beziehungsfeld und sind voneinander abhängig. Wenn dann die Rahmenbedingungen diskriminierend und einschränkend wirken, sich nicht an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientieren, die Beziehungen konfliktbehaftet sind, privat und beruflich Pflegenden unter Überforderung leiden, kann das die Entstehung von Gewalt begünstigen.

Um die älteren Menschen, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen, ist eine sachgerechte Aufklärung notwendig. Ziel muss es sein, aktuelle Gewalthandlungen wahrzunehmen, Situationen, die zu Gewalt führen können, frühzeitig zu erkennen und deren Ursachen zu beheben. Dies setzt entsprechendes Wissen und einen offenen, konstruktiven Umgang mit der Problematik „Gewalt an älteren Menschen in Institutionen“ voraus.

Die vorliegende Broschüre will darauf aufmerksam machen, dass Systeme gewaltauslösend wirken können, und ein Bewusstsein dafür schaffen, dass es Lösungsmöglichkeiten gibt.

Die Bewusstseinsbildung bei allen Betroffenen ist ein Weg, Situationen, die zu Gewalthandlungen führen können, zu identifizieren und zu verbessern.

Unter Gewalt ist eine Handlung oder Drohung zu verstehen, die grundlegende menschliche Bedürfnisse (Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit) beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert. (Hirsch, 2001, 3)

## Was ist Gewalt an älteren Menschen in Einrichtungen?

Gewalt umfasst ein breites Spektrum von Handlungen bzw. Unterlassungen, die einmalig oder wiederholt vorkommen können. Klare Gewalthandlungen sind selten, aber auch nachdrückliches Anfassen, hastiges und ungeduldiges Eingeben von Speisen oder Anbinden an den Stuhl oder an das Bett sind Formen von körperlicher Gewalt. Ebenfalls nicht auf den ersten Blick erkennbar sind die vielen Formen seelischer Gewalt wie ein respektloser Umgang oder die fehlende Privatsphäre in Alten- und Pflegeheimen oder in Krankenhäusern. Gewalthandlungen sind meist vielschichtig, d.h. es lassen sich mehrere Gewaltformen gleichzeitig feststellen.

Gewalt kann in den eigenen vier Wänden ebenso ausgeübt werden wie im Pflegeheim, sie kann von professionellen Pflegekräften wie von Angehörigen ausgehen. Gewalt richtet sich nicht nur gegen ältere Menschen, es können auch alte

Menschen untereinander gewalttätig sein oder gegenüber Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern.

Alte Menschen erfahren Gewalt direkt durch eine bestimmte Person oder indirekt durch organisatorische und infrastrukturelle Rahmenbedingungen einer Einrichtung, aber auch durch eine Gesellschaft, die sie benachteiligt.

„Gewalt ist die vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was potentiell möglich ist.“

Galtung, 1993, S. 106.



## Wie kommt es zu Gewalt an älteren Menschen in Einrichtungen?

Alten- und Pflegeheime und Krankenhäuser haben die Aufgabe, einer größeren Anzahl von Hilfesuchenden unter vergleichbaren Rahmenbedingungen fachgerechte Unterstützung zu bieten. Um das zu gewährleisten, gibt es genaue Zuständigkeiten und formalisierte Abläufe.

Diese Regelungen sind meist nur innerhalb der Einrichtungen bekannt und nur selten auf die Kompetenzen und Ressourcen der dort betreuten alten Menschen abgestimmt. Diese haben häufig Schwierigkeiten, mit neuen Situationen umzugehen oder sich an unbekanntem Orten zurecht zu finden. Sie sind meist körperlich schwach, haben Probleme mit ihrer Mobilität, der Orientierung und der raschen Informationsaufnahme. Wenn sie Abläufe nicht verstehen oder sie ihnen ohne Erklärung aufgezwungen werden, fühlen sie sich eingeschränkt, verunsichert und gekränkt.

Häufig ist ihre Selbsthilfefähigkeit vermindert und sie verlieren zunehmend die Kontrolle über ihre Umgebung und das, was mit ihnen geschieht. Sie bemühen sich mit großer Energie, sich weiterhin so selbstständig wie möglich zu versorgen. Die Angehörigen und beruflich Pflegenden nehmen ihnen jedoch viele Aufgaben und Tätigkeiten ab, weil sie dann rascher erledigt sind bzw. das Gefährdungspotential als sehr hoch eingeschätzt wird. Durch diese Überfürsorge können alte Menschen nicht mehr über sich selbst bestimmen und werden zur Inaktivität gezwungen, die schließlich in Hilfsbedürftigkeit mündet.

Fortwährendes Reden über die hohen Kosten, mit denen die vielen alten Menschen den Staatshaushalt belasten, ebnet den Weg zu Einsparungen bei den Personalausgaben im Gesundheits- und Sozialwesen. Die dadurch entstehende Überforderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann zu Hilflosigkeit führen, die manchmal Gewalthandlungen auslöst.

Oft wird die Sanierung von Räumlichkeiten, die nicht barrierefrei und pflegegerecht sind, aus finanziellen Gründen hinausgeschoben. Dies kann zur Folge haben, dass Bewohnerinnen und Bewohner oder Patientinnen und Patienten in ihrer Mobilität und Privatsphäre eingeschränkt werden.

Das Vorurteil, dass alle Menschen im Alter körperlich und geistig abbauen, kann den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen erschweren. Diese tragen jedoch dazu bei, die Selbstständigkeit länger aufrecht zu erhalten.

Gewalt ist das Versäumnis einer Betreuungsperson, die Grundbedürfnisse des alten betreuungsbedürftigen Menschen zu befriedigen beziehungsweise ihn/sie vor einem Schaden zu schützen.  
(National Research Council, 2003)



© Clemens Tiefenthaler

## Die drei Ebenen der Gewalt

Gewalt findet nicht nur zwischen zwei oder mehreren Personen statt, sondern sie tritt auf mehreren Ebenen auf.

### Direkte oder personale Gewalt

Bei der direkten oder personalen Gewalt gibt es einen Handelnden oder eine Handelnde, Täterin oder Täter und Opfer stehen in direkter Beziehung zueinander.

Gewalt wird durch Tun und/oder Unterlassen ausgeübt, wobei die Personen, aber auch die Handlungen bzw. Unterlassungen identifiziert und beobachtet werden können. Körperliche und psychische Misshandlungen, finanzielle Ausbeutung, sexuelle Übergriffe, Einschränkung der Selbstbestimmung oder Vernachlässigung von hilfsbedürftigen Menschen sind Formen direkter Gewalt.<sup>1</sup>

---

1 Siehe Broschüre „Gewalt erkennen, Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen.“ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien 2021

Direkte oder personale Gewalt steht oftmals in engem Zusammenhang mit struktureller und kultureller Gewalt. Die Auswirkungen inhumaner Strukturen und Normen werden häufig nicht als Gewalt erkannt oder bagatellisiert, das eigene (gewalttätige) Handeln wird mit dem Hinweis auf die bestehenden Rahmenbedingungen oder Organisationsregeln entschuldigt oder sogar gerechtfertigt.



© Bruno Engelbrecht

Gewalthandlungen sind häufig das Ergebnis schon länger schwelender Konflikte oder nicht hinterfragter Normen. Sie entstehen aufgrund verfestigter Vorschriften oder aus Nachlässigkeit und Überforderung.

Vereinzelt liegen die Gründe für direkte oder personale Gewalt aber auch in der Persönlichkeit der Pflegepersonen selbst. Ein negatives defizitgeprägtes Bild vom alten Menschen, Alkoholprobleme, frühere Gewalterfahrungen durch ältere Familienmitglieder, die stellvertretend „zurückgezahlt“ werden, psychiatrische Erkrankungen, die Wahl des Arbeitsplatzes „Heim“ aus praktischen Überlegungen, obwohl die Person nicht mit alten Menschen arbeiten möchte, können die Basis für gewalttätiges Verhalten bilden.

## Indirekte oder strukturelle Gewalt

Die indirekte oder strukturelle Gewalt ist meist nicht sichtbar und es tritt niemand in Erscheinung, der einen anderen Menschen direkt schädigt. Sie ist in den institutionellen und gesellschaftlichen Strukturen verankert, verbirgt sich hinter Normen und Regelungen und ist nicht an konkrete handelnde Personen gebunden.

Im Gegensatz zur personalen Gewalt mit gewaltvollen und gewaltfreien Phasen handelt es sich hier um eine ständig wirkende Gewalt ohne konkrete „Täterinnen oder Täter“. Beim Verordnen starrer Regeln und bei der gedankenlosen Umsetzung inhumaner Vorschriften in Institutionen tritt niemand direkt in Erscheinung, und dennoch wird Gewalt ausgeübt, sowohl gegenüber den alten Menschen als auch gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.



## Kulturelle Gewalt

Die kulturelle Gewalt entsteht aus den in einer Gesellschaft geltenden Werthaltungen und negativen Vorurteilen gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen. Unterstellungen und abwertende Einstellungen gegenüber alten Menschen ermöglichen gesellschaftliche Meinungen und Haltungen, die die Älteren benachteiligen und den Nährboden dafür bilden,

dass respektloses Verhalten, Demütigungen und Übergriffe toleriert werden.

Kulturelle Gewalt fördert bzw. unterstützt das Entstehen von direkter (personaler) und indirekter (struktureller) Gewalt.

Organisationsnormen verlangen Toleranz für inadäquate Abläufe und Strukturen, auch wenn sie nicht im Sinne der alten Menschen sind, und erwarten Loyalität und keine Kritik.



© Bruno Engelbrecht

# MEDIKAMENTENLISTE

**Frau Theresia** geb. 05.06.1938

Patientin 96a, 165cm 47,8kg  
wohnt bei der Tochter

## DIAGNOSEN

DM II  
Alzheimer Demenz  
Osteoporose  
KHK, Hypertonie, PAVKII, Depression

## MEDIKAMENTE

|                                      | morge | mitt | ab | Di | Fr | Sa/Sa                         |
|--------------------------------------|-------|------|----|----|----|-------------------------------|
| Digimerck Tbl. 0,1mg                 | 1     | 0    | 0  | 0  | 0  | Sa/Sa                         |
| Tamsulosin 0,4mg                     | 0     | 0    | 1  | 0  |    |                               |
| Neurotin 300mg                       |       |      |    |    |    | bei Bedarf                    |
| Conor Cor Ftbl. 10mg                 | 1     | 0    | 0  | 0  |    |                               |
| Sortis Ftbl. 80mg                    | 0     | 0    | 1  | 0  |    |                               |
| Trittico Ret Tbl. 150mg              | 0     | 0    | 1  | 0  |    |                               |
| Escitalopram 1A Ftbl. 5mg            | 1     | 0    | 0  | 0  |    |                               |
| Pantoloc Ftbl. 20mg                  | 1     | 0    | 0  | 0  |    |                               |
| Prolia Ijlsq Fspr 60mg +NS           | 0     | 0    | 0  | 0  | 0  | alle 6 Monate                 |
| Trajenta Ftbl. 5mg                   | 1     | 0    | 0  | 0  |    |                               |
| Jardiance Ftbl. 10mg                 | 0     | 0    | 1  | 0  |    |                               |
| Insulatard 100ie/ml Flexp3ml         | -     | -    | -  | -  | -  | lt. Schema                    |
| Molaxole Plv Btl                     | -     | -    | -  | -  | -  | Bei Verstopfung<br>1-3 Beutel |
| Torasemid Hex Tbl. 20mg<br>(Di + Fr) | 1     | 0    | 0  | 0  | 0  | 2x/Woche 1-1-0-0              |
|                                      | 1     | 0    | 0  | 0  | 0  |                               |
|                                      | 1     | 0    | 1  | 0  | 0  |                               |

© Clemens Tiefenthaler

## Gewalt in Einrichtungen hat viele Formen

Die vorher beschriebenen Strukturen fördern die Entstehung von Gewalt, indem sie den Betreuenden gleichsam „erlauben“, gegen die Interessen und Bedürfnisse älterer Menschen zu handeln. Es gibt eine große Palette an Regelungen, die Gewalthandlungen begünstigen oder auslösen können.<sup>2</sup>

Die folgende Darstellung verdeutlicht anhand einiger Beispiele den Zusammenhang zwischen personaler, struktureller und kultureller Gewalt.

### Gerontologisch/Geriatisches Wissen

Bei älteren Patientinnen und Patienten bzw. hochbetagten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern treten bestimmte Krankheitsbilder auf oder verlaufen Krankheiten anders als

---

<sup>2</sup> Siehe dazu insbesondere Hirsch, 2003, S. 1–14; siehe auch Schneider, 2005, S. 31f.

bei jüngeren Erwachsenen. Mangelnde Kenntnisse über Alterskrankheiten und gerontopsychiatrische Symptome können zu Behandlungs- und Pflegefehlern führen, die großes Leid für die Betroffenen und hohe Kosten für das Gesundheitssystem mit sich bringen.



- Frau L., 92 J., befindet sich wegen eines gebrochenen Beines im Krankenhaus. Aufgrund ihrer Demenzerkrankung kann sie die Situation nicht richtig einordnen und wehrt sich mit allen Kräften gegen die Körperpflege. Da die Pflegepersonen dies nicht als Symptom der Demenzerkrankung erkennen und akzeptieren, wird Frau L. für ihr Verhalten verantwortlich gemacht und gilt rasch als schwierig. Es kommt zu Überforderung und Übergriffen auf beiden Seiten.<sup>3</sup>
- Frau B., 88 J., kommt aufgrund einer Lungenentzündung ins Krankenhaus. Die ungewohnte Umgebung führt dazu, dass sie unruhig ist, nicht schlafen kann und ständig herumwandert. Ohne dass andere Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, erhält sie auch tagsüber ein Beruhigungsmittel. Die dadurch erhöhte Sturzgefahr und eine mögliche noch stärkere Verwirrtheit werden in Kauf genommen. Dass es sich dabei auch um eine freiheitsbeschränkende Maßnahme handeln könnte, wird nicht beachtet und nicht entsprechend dem Heimaufenthaltsgesetz gemeldet.

Die Gewalt ist in das System eingebaut und äußert sich in ungleichen Machtverhältnissen und folglich in ungleichen Lebenschancen. (Galtung, 1975, 12)

Unterlassungen, Freiheitseinschränkungen oder Kränkungen werden nicht als solche erkannt oder fallen anderen gar nicht auf.

---

3 Siehe Broschüre „Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu demenzgerechter Begleitung“ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien 2021

## Festgelegte Zeitpläne und Arbeitsablauforganisation

Die Anwesenheit einer ausreichenden Anzahl von entsprechend ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder die Fixpunkte des Tagesablaufs sind wichtige Faktoren für die Pflegequalität von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, aber auch Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Ambulanzen. Die Dienstpläne und die Zeiten der Leistungserbringung orientieren sich jedoch nicht immer an deren Bedürfnissen. Institutionell vorgegebene Tagesabläufe schränken die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner ein.

- Herr K., 82 J., wird bald nach dem Abendessen um 18 Uhr zu Bett gebracht und erwacht daher häufig schon sehr früh am Morgen. Er meint dann, dass es höchste Zeit zum Aufstehen wäre und verlangt aufgeregt nach seinem Frühstück. Doch vor 8 Uhr kommt kein Essen aus der Küche. Die starren Betriebszeiten der Zentralküche berücksichtigen nicht, dass lange

Zwischenräume zwischen den Hauptmahlzeiten zu Flüssigkeitsmangel und Unterzuckerung führen, die auch bei gesunden Menschen an vielen nächtlichen Desorientierungen und Stürzen schuld sind. Zwischen 8 Uhr morgens und 17 Uhr werden vier Mahlzeiten gereicht, in den verbleibenden 15 Stunden ist in dieser Einrichtung nur für Menschen mit Diabetes eine Spätmahlzeit vorgesehen.

- Frau W., 45 J., ist Mitarbeiterin in einer Wohngruppe von mehreren pflegebedürftigen Menschen. Sie bemüht sich, die Unterstützung beim Essen dem Tempo der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen, die alle große Probleme bei der Handhabung des Essbestecks haben, aber so viel wie möglich noch selbst machen möchten. Frau W. bekommt ständig Ärger mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche, die eine rechtzeitige Rückgabe des gebrauchten Geschirrs fordern. Sie gibt dem Druck nach und zerkleinert das Essen für alle, um Zeit zu sparen.

- In einem Alten- und Pflegeheim in X. verlangt der Tagesplan, dass die Körperpflege bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern bis 10 Uhr abgeschlossen sein muss. Das erzeugt bei den Pflegeteams Stress und Zeitdruck, da sich vor allem Menschen mit Demenz in Drucksituationen gegen Pflegehandlungen wehren. Diese werden dann immer wieder gegen den Willen der alten Menschen durchgeführt.
- Die Tochter von Frau J., 82 J., kann nur am Vormittag zu Besuch ins Heim kommen. Wenn sie eine Mitarbeiterin etwas fragen möchte, achtet sie sehr genau auf die Uhrzeit. Es ist ihr unangenehm zu stören, wenn alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgrund der festen Pausenzeiten des Personals gemeinsam beim Kaffee sitzen. Die Bewohnerinnen und Bewohner meinen, dass während dieser Zeit das Läuten „verboten“ ist.



© Bruno Engelbrecht

- Frau S., 79 J., benötigt zur Fortbewegung einen Stock und muss sich gut anhalten können, da sie sonst sturzgefährdet ist. Für ein Hüft-röntgen wird sie mit den Worten „Schuhe und Hose ausziehen“ allein in der engen Umkleidekabine der Ambulanz zurückgelassen. Als sie ins Untersuchungszimmer gerufen wird, trägt sie immer noch ihre Bekleidung, weil ihr niemand beim Auskleiden behilflich war. In dieser Ambulanz wird nicht berücksichtigt, dass ältere Menschen mit körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen beim Entkleiden Unterstützung und mehr Zeit brauchen. Die Röntgenassistentin reagiert ärgerlich wegen der Zeitverzögerung, als sie Frau S. noch bekleidet vorfindet, und verschiebt die Untersuchung.
- Wenn Frau M., 80 J., am späten Vormittag zur Physiotherapie eingeteilt ist, kann sie anschließend vor Müdigkeit nicht mehr essen, da das Kauen für sie zu anstrengend ist.

- Herr M., 78 J., kommt nach seinem Unfall zur Kontrolle in die Ambulanz. Er hört und sieht schlecht und ist sehr aufgeregt. Die Monitore, auf denen die Namen der aufgerufenen Patientinnen und Patienten aufleuchten, sind in Türstockhöhe angebracht und schwer zu sehen. Er beachtet sie auch nicht, da ihn niemand darauf aufmerksam gemacht hat. Nach zwei Stunden, als er schon dringend zur Toilette muss, erkundigt er sich nach seinem Untersuchungstermin und erfährt, dass er schon vor mehr als einer Stunde aufgerufen worden ist.



© Clemens Tiefenthaler

## Reglementierende Hausordnung

Das Aussprechen von Verboten bedeutet eine Einschränkung der Selbstbestimmung und der Handlungsfreiheit, engt das persönliche Beziehungsnetz ein und beschneidet die Lebensqualität.

- Frau O., 88 J., liebt die Friseurbesuche bei einem externen Friseur, die sie jedoch aus Angst zunehmend unterlässt. Sie ist schon zweimal von der Mitarbeiterin im Speisesaal gerügt worden, weil sie ein paar Minuten zu spät zum Mittagessen gekommen ist und die Küchenmitarbeiterinnen sich beschwert haben.
- Frau R., 81 J., übersiedelt nach einem Schlaganfall in ein Heim. Sie darf ihren Hund, der sie schon viele Jahre begleitet, nicht mitnehmen, obwohl die Betreuung des Tieres geregelt ist und aus medizinischen Gründen kein Einwand besteht. Mitnahme von Tieren – auch nur zu

Besuchszwecken – wird in diesem Haus aus hygienischen Gründen untersagt.

- Herr M., 75 J., wohnt seit kurzem in einem Alten- und Pflegeheim. Beim Einzug hat er nicht beachtet, dass laut Hausordnung das Rauchen im eigenen Zimmer verboten ist. Er muss jedes Mal eine Pflegeperson bitten, ihn ins Raucherzimmer zu bringen. Obwohl er seit jeher starker Raucher war, verzichtet er daher immer öfter auf sein Genussmittel.



**Hausordnung**  
Pflegeheim St. Ursula am Walde

**1. Allgemeines**  
Im gemeinsamen Interesse sämtlicher Bewohnerinnen und Bewohner und des Personals, befolgen Sie bitte folgende Richtlinien für ein harmonisches Miteinander ...

**... 2.6. Bereitschaften**  
Soweit es für die Heimbewohner erkennbar und feststellbar ist, informieren Sie das Pflegepersonal schnellstmöglich während den dafür vorgesehenen Zeiten über ...

© Clemens Tiefenthaler

## Übertriebene Sicherheit vor Lebensqualität

Durch Überfürsorge wird den Bewohnerinnen und Bewohnern oder den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit genommen, weiter für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Sie werden bevormundet und in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt.

- Herr L., 74 J., ist handwerklich sehr geschickt und bastelt noch immer gerne. Da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims, in dem er lebt, beim Hantieren mit Hammer und Nägeln Verletzungsgefahr sehen, darf Herr L. sein Hobby im Heim nicht mehr ausüben.
- Frau X., 88 J., rüstige Bewohnerin eines Alten- und Pflegeheimes, geht gerne in die Konditorei im Ort. Aus Angst, wegen eines Sturzes oder einer Verletzung zur Verantwortung gezogen zu werden, hat die Heimleitung angeordnet, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner nur mit Begleitung das Haus verlassen dürfen.

Frau X. kann nicht immer eine Begleitung organisieren und muss auf ihren Konditoreibesuch verzichten.

- Frau Sch., 79 J., ist es gewohnt, zum Essen Bier zu trinken. Ohne medizinischen Grund wird ihr aus vorgeblich gesundheitlichen Gründen Alkohol verboten.

## Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbezogene Faktoren

### Personelle Engpässe

Manche Kostenträger nehmen in Kauf, dass durch ungenügende personelle Ressourcen beim Betreuungspersonal Überforderung, Stress und Aggression entstehen. Dadurch kann sich eine negative Gruppendynamik entwickeln, was zu direkter Gewaltanwendung führen kann.

Zu niedrige Personalschlüssel haben zur Folge, dass nur die nötigsten Pflegehandlungen durchgeführt werden können.

Da die Pflegepersonen immer weniger Zeit mit den alten Menschen verbringen, kennen sie oftmals deren Bedürfnisse nicht und können sich auch nicht daran orientieren. Verbliebene Ressourcen der alten Menschen können weder unterstützt noch gefördert werden, bestehende Fähigkeiten gehen dadurch verloren. Es kommt zu einer verfrühten Unselbstständigkeit und Pflegebedürftigkeit, wodurch sich letztendlich die Betreuungszeit und der Personalbedarf erhöhen.

- Frau Z., 80 J., hat Mühe, rechtzeitig die Toilette aufzusuchen, ist aber nicht inkontinent. Anstatt mit ihr regelmäßiges Toilettentraining durchzuführen, schlägt ihr die zuständige Pflegekraft vor, Einlagen zu verwenden. Für Frau Z. ist es sehr demütigend, eine „Windel“ benutzen zu müssen, obwohl dies mit etwas Unterstützung nicht notwendig wäre.

Aufgrund einer zu geringen Personalausstattung werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Verhaltensweisen verlangt, die deren beruflichem Selbstbild sowie den fachlich-ethischen Anforderungen widersprechen, weil sie die Bedürfnisse der alten Menschen nicht berücksichtigen.



© Clemens Tiefenthaler

- Herr R., 82 J., möchte gerne bis spät in die Nacht fernsehen, da erst dann die für ihn interessanten Sendungen gezeigt werden. Er war früher Garderobier und ist das späte Schlafengehen gewöhnt. Da er aber dann die Hilfe der Nachtpflegerin braucht, verzichtet er darauf, weil er denkt, dass sie „so arm ist und ohnehin so viel zu tun hat“.
- Frau K., 79 J., beteiligt sich seit einigen Tagen nicht mehr an Gesprächen im Gemeinschaftsbereich. Sie wirkt teilnahmslos und reagiert kaum auf ihre Umgebung. Obwohl der Grund dafür – nämlich ihr seit einiger Zeit nicht mehr funktionsfähiges Hörgerät – den betreuenden Personen bekannt ist, kann dieses Problem über längere Zeit nicht behoben werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Fr. K. aufgrund der knappen Personalressourcen nicht zu ihrem HNO-Arzt begleiten.

## Belastende Arbeitsbedingungen

Damit Betreuungs- und Pflegepersonen den alten Menschen mit Respekt und Wertschätzung begegnen können, brauchen sie die gegenseitige Anerkennung im Team, klare Zielsetzungen und die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten einzubringen. Die Führungskraft lebt diese Grundlagen vor und fördert durch ihre Haltung eine entsprechende Teamkultur.

Mangelnde Anerkennung der geleisteten Arbeit und fehlende Gestaltungsmöglichkeiten lösen Frustration und Demotivation aus. Bei entsprechender Persönlichkeit kann sich diese Energie in Aggression gegen Schwächere umwandeln. Werden darüber hinaus Schilderungen oder Beobachtungen von Gewalthandlungen geäußert und als „Nestbeschmutzung“ hingestellt, führt dies zu Rollenkonflikten, Frustration, innerer Kündigung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und verhindert, dass sie selbst Verantwortung übernehmen.

- Frau S., eine Mitarbeiterin, bemüht sich, im täglichen Arbeitsablauf nach Möglichkeit die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfüllen. Sie wird daher oft später als vorgesehen mit den geplanten Tätigkeiten fertig. Ihre Kollegin wirft ihr Unkollegialität vor, weil sie die alten Menschen „verzieht“ und „die das dann auch von allen anderen wollen“.

### Bürokratischer Aufwand

Manche gesetzlichen Vorgaben und Kontrollinstanzen verlangen einen hohen Dokumentationsgrad. Oft wenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Unsicherheit und Sorge vor Schwierigkeiten unverhältnismäßig viel Zeit für Dokumentationsarbeiten auf, die ihnen für den persönlichen Kontakt und die Begleitung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner fehlt. Die zunehmenden Formalanforderungen können auf die Pflegepersonen sehr zermürend wirken, besonders, wenn die Personalressourcen knapp sind. Eine wichtige Aufgabe von Führungskräften besteht daher darin,

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Schulungen Klarheit darüber zu vermitteln, in welchem Umfang die tägliche Dokumentation tatsächlich erforderlich ist.

- Nach dem Besuch der Aufsichtsbehörde berichtet die Pflegeleitung, dass der Einrichtung eine gute Pflegequalität attestiert wurde. Allerdings sollte dem genauen Dokumentieren noch mehr Augenmerk und Zeit gewidmet werden. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter äußern die Befürchtung, dass die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner immer weiter in den Hintergrund rücken, weil die Erfüllung der Formvorschriften einen höheren Stellenwert hat als die tatsächliche Betreuungsqualität.

## Beeinträchtigung von Lebensraum und Mangel an Privatsphäre

Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verbringen oft viele Jahre in einer stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtung. Das Heim ist ihr Wohnort und Zuhause. Eine anregende Wohnumgebung, die die Sinne anspricht und Geborgenheit und Übersichtlichkeit vermittelt, ist für das persönliche Wohlergehen ebenso wichtig wie ein privater Lebensbereich, über den alleine verfügt und bestimmt werden kann. Mehrbettzimmer schränken die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner ein.

Kahle und eintönige Wände und Flure in Heimen und Krankenhäusern, fehlende Orientierungshilfen durch Farben, Bilder oder Gegenstände lassen keine wohnliche Atmosphäre aufkommen und können die Desorientierung fördern.

- Herr R., 78 J., hat viele Jahre als Witwer alleine gelebt. Nachdem sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert hat, hat er sich zu einer Übersiedlung in ein Heim entschlossen. Leider war nur ein Platz in einem Doppelzimmer verfügbar. Er fühlt sich durch das erzwungene Wohnen mit einer fremden Person und die gemeinsame Benutzung des Badezimmers in seiner Pri-



© Bruno Engelbrecht

vatsphäre sehr gestört. Besonders unangenehm ist ihm, dass sich Besucherinnen und Besucher aus Platzmangel auf das Bett oder das Zimmer-WC setzen müssen.

- Frau O., 89 J., ist nach einem Schlaganfall ständig bettlägerig. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen sie nach der Mittagsruhe nicht mehr in den Gemeinschaftsbereich, „weil sie ohnehin nichts mehr mitbekommt.“ Dadurch verliert Frau O. immer mehr den Kontakt zu anderen Menschen und hat nur die weiße Decke ihres Zimmers im Blickfeld.

## Mangel an Intimsphäre

Jeder Mensch will seine individuellen Gefühle und Gewohnheiten schützen und möchte vor anderen nicht bloßgestellt werden. Bei manchen Pflegehandlungen ist es nicht vermeidbar, diese Grenzen zu überschreiten. Umso wichtiger ist es, organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um diese ganz persönlichen Lebensbereiche zu schützen. Oft wird nicht bedacht, dass dies mit einfachen Maßnahmen erreicht werden kann.

- Herr F., 62 J., der ein am Rücken offenes Nachthemd trägt, wird im Rollstuhl zum Lungenröntgen geführt, vorbei am Aufenthaltsbereich, in dem sich andere Patientinnen und Patienten und ihre Besucherinnen und Besucher aufhalten. Es ist verabsäumt worden, ihn mit einer Decke vor fremden Blicken zu schützen. Er findet das gedankenlos und fühlt sich in seiner Würde verletzt.



- Frau H., 64 J., braucht nach einer Gallenoperation Unterstützung am WC. Die diensthabende Mitarbeiterin zwingt sie zur Benützung des Zimmer-WCs, obwohl Frau H. und auch die anderen Patientinnen protestieren. Aus Scham verhält sie Harn und Stuhl, was auf längere Zeit zu Verstopfung und Inkontinenz führen kann.

Duldung und Wegsehen und die beobachtbare Gleichgültigkeit gegen über Verletzungen der Menschenrechte oder der Würde alter Menschen bilden den Boden für weitere Gewalt.

## Monetäre Einschränkung vor ethischer Pflicht

Manche Träger entscheiden die Zielkonflikte über den Einsatz finanzieller Mittel häufig zugunsten wirtschaftlicher Überlegungen. Wünschenswerte Aufwendungen für Maßnahmen, die die Lebensqualität sichern und Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinausschieben, werden unterlassen.

- Im Alten- und Pflegeheim in U. stellt der Träger mit dem Hinweis auf zu hohe Kosten keine weiteren Dienstposten für die Aktivierung und Gesundheitsförderung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung. Er sieht zusätzliche Personalressourcen nicht als Beitrag zur Erhöhung der Lebens- und Arbeitsqualität. Der Heimleiter nimmt das ohne weitere Diskussion zur Kenntnis, obwohl er weiß, dass Aktivierungsangebote den Prozess der Betreuungsbedürftigkeit hinauszögern und damit zur Reduzierung der allgemeinen Kosten beitragen können.

- Frau X., 88 J., leidet an fortgeschrittener Demenz. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schlagen aus arbeitsökonomischen Gründen das Setzen einer PEG-Sonde vor, obwohl dies medizinisch nicht indiziert ist und für Frau X. keinen Nutzen bringt. Die Setzung wird jedoch mit Zeit- und Personaleinsparung begründet.

Schlechte Entlohnung und eine geringe Personalausstattung verhindern sehr oft eine adäquate gerontologisch-geriatrische Betreuung.

- Herr M., 46 J., hat eine ansteckende Durchfallerkrankung. Weil räumliche Gegebenheiten fehlen, kann er nicht isoliert werden. Eine mögliche Ansteckung der Zimmernachbarn muss in Kauf genommen werden.

## Diskriminierung

### Ageismus

Das höhere Lebensalter wird nach wie vor mit negativen Vorurteilen versehen. Dies ist eine Ursache für die Ausgrenzung aus Altersgründen und soziale und wirtschaftliche Benachteiligungen eines Teils der Bevölkerung.

„Gewaltwörter“ wie Überalterung, Rentnerschwemme, demographische Zeitbombe oder vergreisende Gesellschaft vermitteln, dass von älteren Menschen eine Bedrohung ausgeht, die eine Schädigung für die jüngeren Generationen nach sich zieht. Diese negativen Alter(n)sbilder beeinflussen auch die Diskussion um Kostensenkungen und Einsparungen. Die Unterstellung, dass „die Alten“ an den finanziellen Schwierigkeiten der öffentlichen Haushalte Schuld sind, kann sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen führen, die die Gesundheit der älteren Menschen gefährden.

Alt = krank, hilflos und starrsinnig sind weitere Stereotype, die die Kommunikation und die Beziehungen zu älteren Menschen beeinträchtigen. Teilten Betreuungspersonen diese Vorurteile, werden sie die Bewohnerinnen und Bewohner oder Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstbestimmung einschränken und dies nicht als Gewalt realisieren.



© Clemens Tiefenthaler

## Traditionelle Wertvorstellungen

Immer noch wird die Pflegekompetenz als natürliche, quasi angeborene Eigenschaft und alleinige Zuständigkeit der Frauen gesehen. Um dem Rollenklischee zu entsprechen, übernehmen weibliche Familienmitglieder ohne entsprechende Vorbereitung oder vorhandene Ressourcen die Betreuung der älteren Angehörigen. Die meisten alten Menschen fühlen sich auch gut versorgt. Dadurch entsteht der Eindruck, dass Betreuung und Pflege nicht erlernt werden muss.

Diese Vorstellungen führen auch dazu, dass eine professionelle Weiterentwicklung des Pflegeberufs verhindert wird.

# Geriatrische Aspekte von struktureller und personaler Gewalt

## Mangelernährung

Der Appetit, das Durstgefühl und die damit verbundene ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verändern sich durch die normalen Alternsvorgänge und durch krankheitsbedingte Ursachen.

Zu einem beträchtlichen Ausmaß wird die Nahrungsaufnahme jedoch auch durch eine den Bedürfnissen nicht angepasste Umgebung, durch fehlende Hilfsmittel wie spezielles Besteck oder Nahrungsmittelzusätze, durch zu geringe Personalressourcen, durch mangelnde Qualifikation des betreuenden Personals und durch organisatorische Mängel behindert. Geriatrische Patientinnen und Patienten werden unnötig längeren Hungerphasen ausgesetzt. Die letzte Mahlzeit im Spital gibt es am späten Nachmittag, bestenfalls am frühen Abend, für unüberlegt angesetzte Untersuchungen wird „nüchtern bleiben“ angeordnet, halbvolle Teller werden

abgeräumt, weil das Personal unter Zeitdruck steht und die langsam essenden und trinkenden Patientinnen und Patienten bei der Nahrungsaufnahme nicht unterstützt wurden. Unerkannte oder nicht beachtete Schluckstörungen verstärken das Auftreten von Mangelernährung.

Daraus ergeben sich negative Auswirkungen auf die Gesundheit der geriatrischen Patientin und des geriatrischen Patienten. Es kommt unter anderem zu Muskelabbau, Störungen im Bewegungsablauf, einem erhöhten Sturz- und Bruchrisiko, einer Schwächung des Immunsystems und einer erhöhten Infektanfälligkeit, aber auch zu Müdigkeit, allgemeiner Schwäche, Antriebslosigkeit und einem Verlust an Lebensfreude.

- Herr R., ein 88-jähriger Patient mit massiven Schwellungen in den Armen und Händen nach einer Gefäßoperation, schafft es endlich, sich die Frühstückssmuel mit Butter zu bestreichen, beißt einmal ab, als der Krankenträger ins Zimmer kommt und ihn sofort zur Ultraschalluntersuchung bringen will. Auf den Einwand des Patienten, dass er hungrig sei, da er am Vortag wegen der Übelkeit nach der Narkose gar nichts gegessen habe und wenigstens ein Paar Bissen machen möchte, heißt es: „Das Essen kann warten, der Doktor im Ultraschall nicht“. Der Patient wird brüsk zu einer Gefäß-Ultraschall Kontrolluntersuchung des operierten Armes „abgeführt“, für die er nicht „nüchtern“ bleiben müsste. Im Warteraum verbringt er dann die nächsten 1 ½ Stunden. Zurück im Zimmer ist das Frühstückstablett schon längst weggeräumt. Der Patient wagt es nicht, um Ersatz zu bitten.



© Bruno Engelbrecht

## Immobilität

Im Rahmen einer Erkrankung sind insbesondere ältere Patientinnen und Patienten durch die gleichzeitig bestehende körperliche Schwäche, Immobilität und Bettlägerigkeit gefährdet.

Fehlen die notwendigen Hilfsmittel und Personalressourcen für die Mobilisierung, kommt es rasch zur „Dekonditionierung“. Die Kreislaufreflexe verkümmern und die Muskel- und Knochenmasse nimmt rapide ab, Mangelernährung und Inkontinenz werden begünstigt, das Risiko von Aspirationen, Pneumonien und anderen Infekten steigt. Nicht zuletzt fördert die mangelnde Aktivierung den kognitiven Abbau und die Depression. Das Sturzrisiko samt den möglichen schweren Verletzungsfolgen wird größer. Eine beschleunigte Entwicklung zur Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit durch die Zunahme der Gebrechlichkeit (Frailty) wird in Kauf genommen.

## Stürze

Im höheren Alter lassen die Beweglichkeit und die Koordinationsfähigkeit nach und es wird immer schwieriger, Bodenunebenheiten oder Gangunsicherheiten auszugleichen. Häufige Stürze sind die Folge.

Infrastrukturelle Mängel wie architektonische Barrieren, nicht altersgerechte Beleuchtung, fehlende Orientierungshilfen oder ungeeignete Hilfsmittel, aber auch das mangelnde Bewusstsein des höheren Sturzrisikos insbesondere der hochaltrigen, multimorbiden Patientinnen und Patienten erhöhen deren Sturzgefährdung und die damit verbundenen Verletzungsfolgen.

Wenn nicht vorgebeugt wird, werden alte Menschen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der Gefahr ausgesetzt, durch einen Sturz und die dadurch bedingten körperlichen Schäden die Mobilität und Unabhängigkeit auf Dauer zu verlieren und körperlichen Schmerzen und seeli-



© Clemens Tiefenthaler

schem Leid durch Angst und Abhängigkeit ausgesetzt zu sein. Der durch den Sturz vorzeitig eingetretene Hilfe- und Pflegebedarf führt auch zu höheren Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen.

## Inkontinenz

Die Harninkontinenz hat einen wesentlichen Anteil am Pflege- und Betreuungsbedarf von Menschen im höheren Alter, insbesondere wenn diese zusätzlich kognitiv beeinträchtigt sind.

Oft wird das Problem bagatellisiert, auf eine kompetente Diagnostik wird verzichtet, eventuell behandelbare Ursachen werden nicht erkannt, geeignete Therapien nicht angeboten. Ökonomische Argumente erschweren eine optimale Versorgung mit Pflege- und Hilfsmitteln. Wenn die Gemeinschafts-WC-Anlage 15-20 Meter entfernt ist, der Weg nicht deutlich gekennzeichnet und niemand behilflich ist, schafft es eine geriatrische Patientin oder ein Patient nicht rechtzeitig und gilt dann als inkontinent. Eine unüberlegte bzw. unnötig lange

Anwendung von Blasenkathetern gefährdet Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner zusätzlich, da eine Harnwegsinfektion fast unweigerlich die Folge ist.

Wenn alte Menschen Schwierigkeiten bei der Ausscheidung haben, ist dies eine erhebliche Beeinträchtigung für ihr Selbstwertgefühl und wird als sehr demütigend erlebt.

## Kognitive Beeinträchtigung – Demenz

Demenz bedeutet ein fortschreitendes Nachlassen der Leistungsfähigkeit des Gehirns und ist eine Krankheit, die behandelt werden muss.

Die Krankenhaus- oder Pflegeheiminfrastrukturen berücksichtigen meist noch nicht die besonderen Bedürfnisse kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten. Die fremde Umgebung bedeutet für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung, sie verunsichert sie und schränkt ihre Bewegungsfreiheit ein. Die räumliche Ausstattung und die organisatorischen

Abläufe sind für sie desorientierend, die kognitive Situation verschlechtert sich rasch durch mangelnde Möglichkeiten der aktivierenden Betreuung. Es entstehen oft Unruhe, Angst, Ablehnung therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Dies stört die fixe, auf die Situation der Menschen mit Demenz nicht Rücksicht nehmende Routine.

Bei den Betreuungspersonen fehlen häufig die Grundkenntnisse über das Krankheitsbild „Demenz“ oder über die spezifischen Merkmale von Kommunikation mit Menschen



© Bruno Engelbrecht

mit Demenz. Dementielle Syndrome werden nicht erkannt, nicht systematisch diagnostiziert, oft verkannt und als alterstypisches Verhalten interpretiert. Missverständnisse, die sich häufig verhängnisvoll auswirken, sind vorprogrammiert. Durchaus bedrohliche, für Menschen mit Demenz oft lebensgefährliche Situationen, werden nicht diagnostiziert. So etwa kann das Delir auf dem Boden der Demenz durch eine Infektion, eine Stoffwechselentgleisung, ein neu verordnetes Medikament oder „nur“ durch die neue, verwirrende Umgebung ausgelöst werden.

Die Ernährungssituation verschlechtert sich, weil für die Motivation zur Nahrungsaufnahme und die dafür notwendige Unterstützung bzw. für alternative Nahrungsangebote keine Zeit vorhanden ist. Verhaltensstörungen wird zu oft mit beruhigenden Medikamenten begegnet, anstatt erprobte, pflegerische und kommunikative Maßnahmen wie Validation, basale Stimulation, Musik oder Erinnerungsarbeit anzuwenden. Für den Einsatz solcher Methoden gibt es insbesondere im Krankenhaus kaum die notwendigen Ressourcen.

Herumirrende, desorientierte, verängstigte Patientinnen und Patienten können mangels Personalressourcen nicht adäquat begleitet werden, sedierende Medikamente führen zu Kreislaufkomplikationen, zu Stürzen mit Verletzungsfolgen oder zur Immobilisierung mit der Gefahr der Lungenentzündung und weiterer Dekonditionierung.

## Delir

Das Delir ist die häufigste psychische Störung bei älteren Menschen, vor allem in der Gruppe der sehr alten Menschen. Funktionsstörungen des Gehirns können eine Reihe von Verhaltensstörungen produzieren. Diese gehören zu den häufigsten Manifestationsformen von Krankheit bei älteren Menschen und können Zeichen sowohl einer psychiatrischen als auch einer neurologischen, am häufigsten jedoch einer anderen ausschließlich körperlichen Erkrankung sein. Fast jede somatische Erkrankung oder der Einfluss auch „nur“ therapeutischer Dosen von Medikamenten können beim alten Menschen dieses Syndrom auslösen. Zu einem wesentlichen

Teil wird die Entwicklung eines Delirs durch eine für die Betroffenen verwirrende, unüberschaubare, die Sinne überfordernde Atmosphäre z.B. in Akutaufnahmestationen beeinflusst bzw. begünstigt. Aber auch ein unsensibler Umgang mit den oft kognitiv beeinträchtigten älteren Patientinnen und Patienten, die aus ihrer gewohnten Umgebung plötzlich in die Spitalsatmosphäre gebracht werden, oder der Einsatz inadäquater Medikamente können Auslöser eines Delirs sein.

Das Delir kann zu unnötigen Komplikationen und zur Verschlechterung der kognitiven Funktion führen und eine Verlängerung des Spitalsaufenthaltes zur Folge haben. Es bedeutet aber auch eine beträchtliche Belastung für die betreuenden Personen und für die Mitpatientinnen und Mitpatienten, wenn es zu Verhaltensstörungen wie Unruhe und Aggressivität kommt. Es kann lebensbedrohlich werden, trotzdem ist der Erkennungsgrad des Delirs bei Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonen noch zu niedrig. Bis zu zwei Drittel der Fälle, insbesondere wenn es sich um das häufigere sogenannte „hypoaktive“ Delir handelt, werden

nicht erkannt. Gründe dafür sind zu einem beträchtlichen Teil die Unkenntnis der Problematik, Ressourcenmangel und das Fehlen geeigneter räumlicher Möglichkeiten. Oft führt der Mangel an geriatrisch (psychogeriatrisch) qualifizierter Betreuung in einem geeigneten infrastrukturellen Rahmen zum inadäquaten Einsatz von Psychopharmaka, wodurch der Patient oder die Patientin zusätzlich gefährdet werden kann.

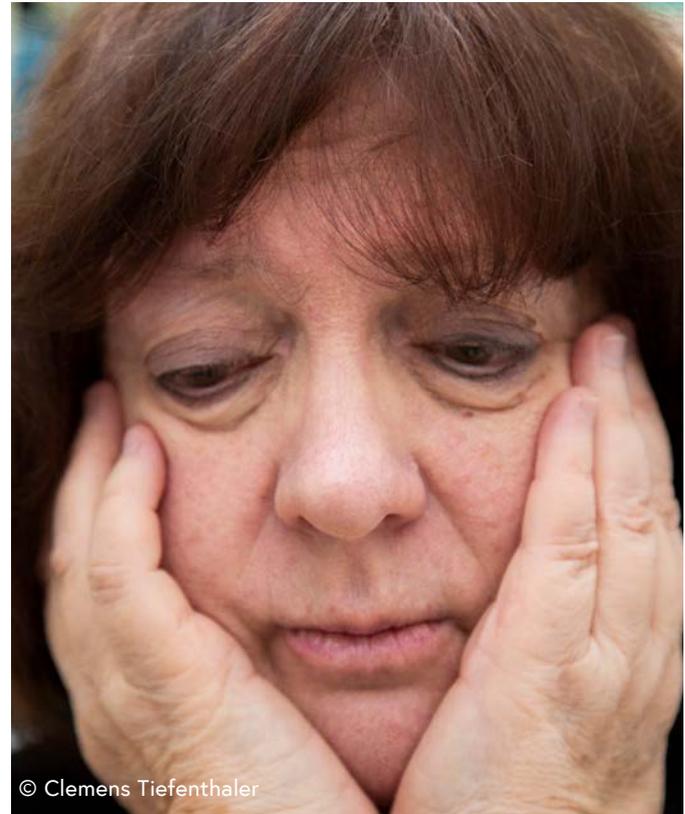
Das Delir ist für die alten, insbesondere die kognitiv beeinträchtigten Menschen eine massive Bedrohung, die durch geeignete präventive Maßnahmen vermeidbar wäre.



## Gibt es auch Gewalt an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Institutionen?

Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern und in Heimen erleben in ihrem Arbeitsalltag personale, strukturelle und kulturelle Gewalt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institutionen müssen ihre Aufgaben häufig unter hohem Zeitdruck erledigen, für eine gezielte Förderung der alten Menschen bleibt wenig Möglichkeit. Durch die von der Einrichtung vorgegebenen Abläufe und Regelungen ist eine Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Patientinnen und Patienten nur schwer möglich. Die Erfüllung der Vorschriften steht im Vordergrund. Weil sie meinen, den Ansprüchen an sich selber, aber auch denen der alten Menschen, Angehörigen und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber



© Clemens Tiefenthaler

nicht nachkommen zu können, erleben viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Gefühl des Versagens.

Der Unterschied zwischen den eigenen Rollenvorstellungen von bedürfnisgerechter Begleitung alter Menschen und den Ansprüchen der Organisation führt zu Konflikten und Enttäuschung.

Aus falsch verstandenem Teamgeist werden drohende oder beobachtete Missstände nicht angesprochen. Gewaltsituationen werden aus Angst vor Folgen hingenommen. Dies führt zu schlechtem Gewissen und Schuldgefühlen.

Nachtdienste haben nachweislich negative Einflüsse auf die körperliche und psychische Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozial- und Gesundheitsberufen. Die Dienstplanung berücksichtigt dies oft nicht, Erschöpfung und die mögliche Entwicklung eines Burnouts sind die Folge.

Verbale und körperliche Angriffe durch Bewohnerinnen und Bewohner oder Patientinnen und Patienten, aber auch von Angehörigen, stellen Gewalt an Pflegepersonen dar.

Zu Unrecht genießt die Begleitung, Pflege, medizinische und therapeutische Betreuung alter Menschen in der Gesellschaft einen geringen Stellenwert. Dieses Gefühl der Geringschätzung überträgt sich oftmals auf die Beschäftigten in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Auch sie erleben wenig Anerkennung für ihre Leistungen.



## Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?

Gewalthandlungen dürfen keine „normalen“, „alltäglichen“ und „üblichen“ Vorkommnisse sein.

Viele Maßnahmen sind medizinisch oder pflegerisch nicht begründbar, weder personelle noch strukturelle oder kulturelle Faktoren sind unumstößlich. Es braucht Ansätze und Bestrebungen auf allen Ebenen, um Änderungen zu erreichen.

Negative Folgen, die die alten Menschen sehr belasten, können durch gezielte, geriatrisch qualifizierte Vorbeugung verhindert werden.

- Fachlich kompetente Remobilisationsmaßnahmen tragen zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit und zu mehr Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben der älteren Menschen bei und können dem Prozess der Gebrechlichkeit (Frailty) vorbeugen oder ihn verlangsamen.



- Sturzpräventionsstrategien inkl. Evaluierung des Sturzrisikos sollten systematisch und nachvollziehbar implementiert werden. Dazu gehören Fortbildungsaktivitäten für die Betreuungspersonen, aber auch eine entsprechende Ausstattung mit Hilfsmitteln wie z.B. Niederflurbetten für Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen ein erhöhtes Sturzrisiko erkannt wurde.
- Die mögliche Entwicklung eines Delirs kann verhindert werden, wenn die Gefährdung rechtzeitig erkannt wird und beruhigende und reorientierende Maßnahmen, wie eine gut erkennbare Beschilderung, persönliche Begleitung oder Bezüge zur persönlichen Biografie gesetzt werden.

Die soziale Anerkennung alter Menschen und ihr Recht auf eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und auf einen würdevollen Umgang sicher zu stellen, ist Aufgabe der gesamten Öffentlichkeit.

Gesetzliche Regelungen sollen die Würde und die Lebensqualität von alten Menschen garantieren und schützen. Die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen können nur über politische Maßnahmen wie ausreichende Finanzierung, angemessene Personalschlüssel hinsichtlich Anzahl und Qualifizierung oder über Gesetze zur Herstellung und Sicherung von Lebens- und Pflegequalität geschaffen werden.

Für eine an den Bewohnerinnen und Bewohnern orientierte Organisation der Abläufe und das dahinterstehende Menschenbild, eine wertschätzende Teamkultur mit offener Kommunikation und ein zielgerichtetes Verbesserungsmanagement müssen der jeweilige Träger und die Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst die Verantwortung übernehmen. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, diese Haltungen und Einstellungen in einer Organisation zu verankern.

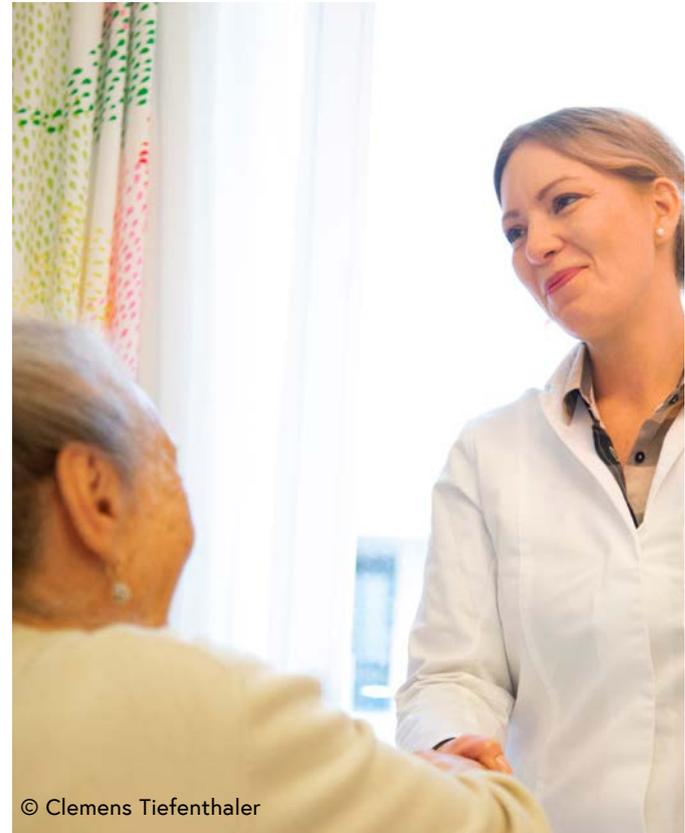
Gewalthandlungen als Fehler zu identifizieren, setzt einen Lernprozess in Gang und ist ein Anstoß zur Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Organisation.

In Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens kommt der Teamkultur eine große Bedeutung zu. Werden Schilderungen von Gewaltvorfällen nicht als Missverständnisse oder falsche Einschätzungen abgetan, können Gewaltsituationen leichter thematisiert werden. Das ermöglicht die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und fördert die Suche nach den Ursachen. Diese Überzeugungsarbeit führt dazu, dass Kritik nicht als illoyale Vorgehensweise gegen das Team wahrgenommen wird. Ein professioneller Umgang mit dieser Problematik ist ein Bestandteil der Pflegequalität.

- Der Führungsebene und dem Team kommt die gemeinsame Aufgabe zu, Möglichkeiten für eine gute Betreuung und das Bewältigen von Widersprüchen zwischen den Bedürfnissen der alten Menschen und den Anliegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entwickeln. Klare Zielsetzungen für einen wertschätzenden Umgang und eine respektvolle Zusammenarbeit zeigen auf, dass es durchaus Spielräume für die Erfüllung der Bedürfnisse der alten Menschen und der Anliegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt, die genutzt werden können. Orientieren sich die Abläufe und Vorgaben an den Bedürfnissen der alten Menschen und passen sie sich an ihre körperlichen und geistigen Kapazitäten an, reduzieren sich zeitlicher Druck, Zwang, Entmündigung und Überfürsorge.
- Bei Besprechungen in Teamsitzungen können Strategien für eine bedürfnisorientierte Betreuung und zur Vorbeugung bzw. Lösung von Gewalt entwickelt werden. Auch Fort- und Weiterbildungen können

Handlungskonzepte und Gedankenanstöße für einen konstruktiven und lösungsorientierten Umgang mit Gewaltvorfällen liefern, da sie einen Austausch mit anderen Einrichtungen ermöglichen.

- Eine sensible Organisationskultur ermuntert einerseits alte Menschen, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu, Gewaltsituationen nicht aus Angst vor Folgen hinzunehmen. Wenn alle Beteiligten Hinweise geben und Beobachtungen von Gewalthandlungen ohne Folgen angesprochen werden dürfen, kann das Schweigen durchbrochen werden. Dadurch wird den von Gewalt betroffenen Menschen die Scham genommen, dass „ihnen so etwas passiert“. Andererseits ermöglicht eine solche Organisationskultur aber auch, dass organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen, die ältere Menschen als gewalthaft empfinden oder die Gewalt auslösen können, hinterfragt und Lösungen gefunden werden können.



© Clemens Tiefenthaler

Ziel muss es sein, dass das Thema Gewalt gegen ältere Menschen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Öffentlichkeit offen angesprochen und diskutiert werden kann, ohne dass die Fakten generell geleugnet und als unwahre Behauptungen zurückgewiesen werden. Wenn sich die Gesellschaft dieser Problematik stellt, eröffnen sich Chancen auf eine Verbesserung.

„Da Übergriffe, Misshandlungen und Literatur Missbrauch für die Betroffenen, aber auch für außenstehende Beobachterinnen und Beobachter in hohem Maße verstörend wirken und letztlich die moralische Basis und den Zusammenhalt einer Gesellschaft zu gefährden vermögen, ist es geboten, erfolgversprechende intervenierende und präventive Maßnahmen zu installieren.“  
(Hörl, 2012, 7)

## Quellen und weiterführende Literatur

Frühwald, Thomas: **Diagnose Gewalt. Gewalt aus der Sicht der Geriatrie.** Forum für Geriatrie und Gerontologie, Bad Hofgastein, 8.–11.3.2010, Vortragsmanuskript

Galtung, Johan: **Kulturelle Gewalt.** In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.): Aggression und Gewalt. Stuttgart: 1993

Galtung, Johan: **Strukturelle Gewalt: Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung.** Reinbek: Rowohlt, 1975

Hirsch, Rolf D.: **Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen – Sensibilisieren – Handeln.** In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Berlin/Heidelberg, Springer Verlag, 2016, Vol. 59, Nr. 1

Hirsch, Rolf D.: **Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland – Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen.** In: HsM – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. (Hrsg.): **Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen.** Bonn, 30.10.2003, Workshop Reader

Hirsch, Rolf D.: **Keine Gewalt gegen Niemand?** In: thema: Gewalt hat viele Gesichter, Wien, Pro Senectute Österreich (Hrsg.) 2009, Nr. 6

Hörl, Josef: **Prävention und Intervention bei Gewalt gegen ältere Menschen. Konzepte und Maßnahmen im internationalen Kontext und rechtliche Aspekte in Österreich.** Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), 2012

Hörl, Josef: **Übergriffe, Gewalt und Aggression gegen ältere Menschen. Erfahrungen von Expertinnen und Experten in österreichischen Beratungs- und Hilfseinrichtungen.** Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), 2009

National Research Council: **Elder Mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America.** Washington D.C: The National Academies Press, 2003

Schneider, Cornelia: **Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden.** Hannover: Schluetersche, 2005

Staudhammer, Martina: **Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege.** Berlin: Springer, 2018

Walter, Gernot, Nau, Johannes, Oud, Nico: **Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe.** Bern: Hans Huber, 2012

Weissenberger-Leduc, Monique/Weiberg, Anja: **Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege.** Wien: Springer, 2011

Informationen erhalten Sie beim Beratungstelefon des Vereins **Pro Senectute Österreich**  
Tel.: 0699 112 000 99,  
E-Mail: [buero@prosenectute.at](mailto:buero@prosenectute.at)  
[www.prosenectute.at](http://www.prosenectute.at)

## Einige wichtige Ansprechstellen

Bei Anzeichen von Gewalt in Institutionen, in denen alte Menschen behandelt, betreut und gepflegt werden, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

- die Krankenhaus- bzw. Heimleitung
- den jeweiligen Träger
- das zuständige Amt der Landesregierung (Aufsichtsbehörde)
- die Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft des betreffenden Bundeslandes
- die jeweilige LänderARGE der Führungskräfte der Alten- und Pflegeheime









WHO: Erklärung von Toronto zum Schutz älterer Menschen vor Gewalt. Genf: WHO, 2002

„Gewalt an alten Menschen ist eine Menschenrechtsverletzung und eine  
signifikante Ursache von Verletzungen,  
Krankheit und Verzweiflung ...“

WHO, 2002: Erklärung von Toronto zum Schutz  
älterer Menschen vor Gewalt