

**Prävention von Gewalt gegen Senioren**

***Bemerkungen zu rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen\****

**I. Grundsätzliches**

**1. Bedeutung der Thematik**

Die Bedeutung der Thematik ergibt sich schon quantitativ aus dem wachsenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft. Der Anteil derer im Rentenalter von über 65 Jahren hat sich innerhalb von vier Jahrzehnten verdoppelt. Er macht jetzt etwa 20 % aus. Gründe sind die durch verbesserte medizinische Versorgung und Ernährungslage gestiegene Lebenserwartung und die rückläufige Geburtenzahl. Unter den Senioren gibt es zudem immer mehr Hochaltrige und Pflegebedürftige. Von den über 85-Jährigen sind fast vier Fünftel pflegebedürftig. Zwei Drittel von ihnen werden zu Hause gepflegt. Es sind überwiegend Frauen.

Qualitativ kann man zu der Thematik von Gewalt gegen Senioren zunächst feststellen, dass Ältere insgesamt seltener Gewaltopfer werden als junge Menschen und dass Gewalt oder Angst vor ihr keine vorrangigen Probleme für sie sind.<sup>1</sup> Dennoch müssen wir uns ernsthaft mit dem Thema auseinandersetzen aus folgenden Gründen:

- Ältere sind verletzlicher, opferanfälliger, und sie leiden schwerer unter Folgen von Gewalt in physischer, psychischer und sozialer Sicht.
- Ältere werden zunehmend schutz- und hilflos, von anderen abhängig.
- Gewalt gegen Ältere – auch allerschwerste bis hin zu Tötungen – bleibt ganz überwiegend im Dunkelfeld des Nicht-Erkannten, Nicht-Verfolgten, Nicht-Geahndeten.
- Daraus folgt eine wachsende Fürsorgepflicht von Staat, Gesellschaft und sozialem Nahraum zur Prävention von Kriminalität, Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung gegenüber Älteren.

Gerontologie, Kriminologie und in ihr die Viktimologie, sodann auch Politik, Strafrecht und Hilfsorganisationen nehmen sich seit einiger Zeit vermehrt dieser Thematik an.<sup>1</sup> Gleichwohl mahnt etwa der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss, dies sei „ein stark vernachlässigtes Thema, das immer noch verharmlost und verdrängt wird.“<sup>2</sup> Gleiches gilt für die Thematik der Finanzierung und sinnvollen Strukturierung von Altenpflege; es liegt auf der Hand, dass ausreichende Finanzierung Voraussetzung einer menschenwürdigen Altenpflege und zugleich ein Beitrag zur Prävention von spezifisch aus defizitärer Ausstattung der Pflege

---

\* Mit Fußnoten versehene Fassung eines Vortrags auf dem 14. Deutschen Präventionstag in Hannover am 9. Juni 2009.

<sup>1</sup> Z.B.: Kreuzer/Hürlimann, Hrsg., Alte Menschen als Täter und Opfer, Freiburg i. B., 1992; Wetzels et al. 1995; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg., Gewalt gegen Ältere zu Hause, Bonn 1997; Greve/Niederfranke, Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter, 1998; Hirsch, Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen, 1999; Görgen, Kreuzer, Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen in stationärer Pflege, Forschungs-Abschlussbericht, Gießen 2002 (nicht publiziert); Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen, Hrsg., Alter – ein Risiko? Münster 2005; Görgen et al. 2009 (o. Fn. 1).

<sup>2</sup> Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses SOC/279 zum Thema „Misshandlung alter Menschen“ v. 24. Okt. 2007 (<http://www.eesc.europa.eu>). Vgl. auch dessen Stellungnahme zum Thema „Sicherung des allgemeinen Zugangs zur Langzeitpflege und eine nachhaltige Finanzierung der Langzeitpflegesysteme für ältere Menschen“ v. 13. März 2008 (C 204/103, Amtsblatt der Europ. Union v. 9. Aug. 2008).

resultierender Gewalt ist.<sup>3</sup> So wurde unlängst in der Süddeutschen Zeitung kritisiert: „Es war bei den Feiern für das 60 Jahre alte Grundgesetz viel vom Sozialstaat die Rede...Die Pflege alter Menschen aber spielte keine Rolle...Staat und Gesellschaft vernachlässigen die Sorge um hilflose Menschen, auch weil dies viel Geld kostet...“<sup>4</sup> Es sind also weiterhin Problembewusstsein und die Suche nach geeigneten Präventionsstrategien auf allen Ebenen – vom Staat über Kommune, soziale Hilfestellen bis in das private Umfeld – zu fördern. Der Beitrag dient zugleich diesem Ziel.

Er konzentriert sich im Wesentlichen auf strafrechtliche und andere kontrollorientierte Aspekte der Prävention, wissend, dass Strafrecht nur sekundär helfen kann, mit dem Problem erfolgversprechend umzugehen. Zentral müssen in der Rechtsordnung das Zivil-, insbesondere Familien-, daneben das Sozialrecht präventiv überdacht werden. Gleiches gilt für Bemühungen amtlicher und ehrenamtlicher sowie privater Hilfe. Ergänzend kann die eher symbolische präventive Kraft des Strafrechts und seiner punktuellen Anwendung in Fällen gravierender Anlässe von Misshandlung und Vernachlässigung Älterer wirken, um Problem- und Wertbewusstsein zu stärken.

Überlegungen und Anregungen dieses Beitrags gehen zurück auf Gedanken und Erfahrungen aus der Mitarbeit in entsprechenden Gremien und in der Forschung: Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Gewaltprävention für Ältere im Hessischen Landespräventionsrat unter der Leitung von Karl-Heinz Groß, im Beirat des Aktionsprogramms „Sicher leben im Alter“, das an der Deutschen Hochschule der Polizei von Thomas Görgen koordiniert wird, sowie im Fachbeirat Vorbeugung des „Weißen Rings“ unter Leitung von Hans-Dieter Schwind. Forschung zur Kriminologie des Alters, zur Gewalt gegen Senioren in der Pflege und zur Prävention gegenüber solcher Gewalt, die ich vor allem mit Thomas Görgen um die Jahrtausendwende durchgeführt habe.<sup>5</sup>

## **2. Wichtige Felder und Muster von Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung**

Zunächst ist als soziales Feld des Geschehens von *Gewalt gegen Ältere der öffentliche Raum* hervorzuheben. Beruhigend ist einerseits der Befund, dass Ältere hier insgesamt weit weniger betroffen sind als alle anderen, besonders junge Menschen. Das bestätigt sich in Studien zum polizeilich Verfolgten, also Hellfeld, ebenso wie solchen zum Dunkelfeld.<sup>6</sup> Ältere bewegen sich nicht wie junge Menschen in delinquenzanfälligen Milieus und Gruppen und teilen nicht deren entsprechende Gestimmtheiten. Sie sind genügsamer und vorsichtiger. Sie meiden gefährliche Orte. Andererseits sind sie in zwei konkreten Deliktsbereichen opferanfälliger, nämlich bei Handtaschenraub und Trickdiebstahl. Und die Folgen solcher Taten treffen sie empfindlicher. Dazu gehört es auch, dass sie sich oftmals aus Kriminalitätsfurcht ganz dem öffentlichen Raum entziehen.<sup>7</sup> Damit verlieren sie zugleich vorzeitig einen wichtigen Ort sozialer Teilhabe.

---

<sup>3</sup> Vgl. auch die Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses zum Thema „Sicherung des allgemeinen Zugangs zur Langzeitpflege und eine nachhaltige Finanzierung der Langzeitpflegesysteme für ältere Menschen“ v. 13. März 2008 (C 204/103, Amtsblatt der Europ. Union v. 9. Aug. 2008).

<sup>4</sup> Heidrun Graupner, SZ Nr. 119 v. 26.5.2009 S. 4: „Die Pflege der Alten“.

<sup>5</sup> Kreuzer/Hürlimann 1992 (o.Fn.2); Kreuzer, in Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997 (o. Fn. 2, S. 9ff, 143ff); Görgen/Kreuzer 2002 (o. Fn. 2); Görgen et al., Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum – Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts, Stuttgart 2002 a; Görgen et al., Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebots für ältere Menschen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002 b (vervielfältigt).

<sup>6</sup> Zusammenfassend statt vieler neuestens Görgen et al. 2009 (o.Fn.1).

<sup>7</sup> Zu den Kontroversen über Ausmaß, Ursachen und Erklärung der Kriminalitätsfurcht im Alter: Greve, in: Görgen/Hoffmann-Holland/Schneider/Stock, Hrsg., Interdisziplinäre Kriminologie, Festschrift für Arthur Kreuzer, 2. Aufl. Bd. 1, 2009 S. 218ff.

Prävention gegenüber solcher Gewalt im öffentlichen Raum sollte – um wenige Stichworte und Beispiele zu nennen – darum bemüht sein, die Hilfs- und Anzeigebereitschaft bei Bürgern, die Augenzeugen entsprechender Gewalt werden, zu fördern. Nötig ist allgemeine präventive Aufklärung. Alten Gewaltopfern muss sich verstärkt und den Bedürfnissen der Senioren entsprechend der Opferschutz privater und justizieller Stellen zuwenden. Kommunen und karitative Einrichtungen können durch die Organisation besonderer Freizeit- und Kulturveranstaltungen sowie Fahrdienste dazu beitragen, dass Älteren der öffentliche Raum in einem Mindestmaß erhalten bleibt. Freilich gibt es auch dann viktimogene Situationen, etwa wenn für Senioren kommerziell „Kaffeefahrten“ organisiert und zu betrügerischen Geschäften ausgenutzt werden; insoweit bewähren sich präventiv Anmeldepflichten für derartige Veranstaltungen, ferner stichprobenhafte verdeckte polizeiliche Ermittlungen ebenso wie journalistische investigative Erkundungen, die ausgeweitet werden sollten.

Nächstens ist das *häuslich-familiäre Umfeld der Älteren als Ort möglicher Gewalt* zu nennen. Alleinstehende Ältere werden gelegentlich Opfer aggressiver Haustürgeschäfte und Trickdiebstähle oder –einbrüche. Ebenso erliegen sie mitunter plumper „Internet-Abzocke“. Auch kommt es in Partnerbeziehungen von Senioren nicht selten zu gewaltsamen Übergriffen, zumeist jedoch erst in pflegerischen Beziehungen. Überhaupt ist das Feld der häuslichen oder Nahraum-Gewalt gegen Ältere vor allem zu orten in Pflegebeziehungen. Die Gewaltphänomene sind überwiegend ähnlich denen in stationärer (Heim-)Pflege. Gemeinsamkeiten finden sich bei Misshandlung und Vernachlässigung. Pflegedefizite bestehen nach einer Expertise namentlich in folgenden Bereichen:<sup>8</sup> bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung; beim Umgang mit Medikamenten; bei der Inkontinenz-Versorgung; in der Dekubitus-Prophylaxe und -therapie; bei freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahmen. Neben diesen vor allem physisch belastenden Defiziten sind namentlich aber auch psychische Beeinträchtigungen hervorzuheben, die mit respektlosem Umgang gegenüber Pflegebedürftigen zu tun haben. Zu nennen sind verbale Aggressionen, Demütigungen – nicht vereinbartes „Duzen“ etwa – , die Verletzung des Schamgefühls, zudem gegenüber Demenzkranken paternalistische und infantilisierende Verhaltensweisen. Mitunter wird von „verachtender Geringschätzung“ gesprochen. Gründe für Misshandlung und Vernachlässigung in häuslicher Pflege bestehen vor allem in der oft beobachtbaren Überforderung der meist ebenfalls älteren und weiblichen Pflegekräfte (Lebenspartnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter), zumal, wenn zugehende ambulante Hilfen fehlen oder nicht ausreichen. 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. Hauptaugenmerk entsprechender präventiver Anstrengungen gilt der Aufklärung durch Ärzte und soziale Dienste, um vor allem rechtzeitig Beratung und zugehende Hilfen in Anspruch nehmen zu können, ferner der Entlastung häuslicher Pflegekräfte, um gelegentliche Entspannung zu ermöglichen, körperlicher und seelischer Erschöpfung sowie sozialer Isolation, depressiver oder aggressiver Reaktion entgegen zu wirken.<sup>9</sup>

Weiter ist die *stationäre Altenpflege in Heimen als Ort möglicher Gewalt*, Misshandlung und Vernachlässigung in das Blickfeld der Öffentlichkeit geraten.<sup>10</sup> Die Diskussion darf nicht

---

<sup>8</sup> Klie/Lörcher, zit. nach Walentich, in: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (o. Fn. 2) 2005 S. 8, 15.

<sup>9</sup> Ausführliche Übersicht zu Präventions- und Interventionsansätzen auf nationaler und internationaler Ebene sowie aufgrund der in unserer Evaluation zu empfehlener Ansätze bei Görden et al. 2002 a (o. Fn. 6) S. 489ff, 531ff, 592ff.

<sup>10</sup> Dazu Görden/Kreuzer (o. Fn. 2) 2002; Görden, Abuse and neglect of elderly people in residential care, in: Oehmichen et al., eds., Aging: Morphological, biochemical, molecular and social aspects, 2002 S. 367ff.

übersehen, dass sich die meisten Älteren in ihren Heimen wohl fühlen oder nur über periphere Defizite klagen oder solche der Vereinsamung, die mit der Heimpflege an sich nichts zu tun haben. Die bereits stichwortartig genannten Anlässe für Misshandlung und Vernachlässigung haben hier vor allem mit mangelnder Kompetenz oder auch Überforderung von Pflegekräften und pflegerischer Unterversorgung zu tun, außerdem mit strukturellen Mängeln in einzelnen Heimen sowie mangelnder Kontrolle durch Heimleitung und Heimaufsicht. Insoweit sind insbesondere strukturelle Verbesserungen der Pflegesituation als Präventionsmaßnahmen zu nennen. Darüber hinaus sind außer der noch gesondert zu erörternden Ärzteschaft und Heimaufsicht folgende Maßnahmen vorzusehen, zu fördern oder wenigstens überlegenswert: Eine gestärkte Einrichtung gewählter Sprecher/Sprecherinnen; eine Förderung individueller Kontakte und Kommunikation der Angehörigen und sonst Nahestehenden zu den Heimbewohnern und –bewohnerinnen unter Einschluss ehrenamtlicher Betreuer und Betreuerinnen; die stete Betreuung auch durch Seelsorger aller Glaubensrichtungen; ein von unabhängigen Stellen zu berufendes kompetentes und hoch motiviertes Kontrollorgan im Sinne eines Ombudsmannes oder einer Ombudsfrau für Seniorenpflegeeinrichtungen, dem jederzeitiger unangemeldeter Besuch von Pflegeeinrichtungen und einzelnen Heimbewohnern erlaubt ist.

Noch weniger öffentlich beachtet und bearbeitet ist das Feld der *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. Die alten Patienten 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 vertraut mit ihren besonderen Bedürfnissen und Eigenheiten. Aufklärungsbroschüren für Pflegende und Angehörige wie die der Deutschen Alzheimer Gesellschaft für „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ sind ein erster wichtiger Schritt für sinnvolle Prävention.<sup>11</sup>

Nicht übergangen werden darf ein zwar sehr seltener, aber doch gravierender, ganz überwiegend im Dunkelfeld verbleibender Bereich schwerster Gewalt, nämlich die oft *serienmäßigen Tötungen von alten Menschen* sowohl in der stationären Heimpflege durch dort Bedienstete als auch – insoweit selten – in der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegekräfte, ebenso wie in Kliniken. Spektakuläre Fälle vielfacher und mitunter jahrelanger Tötungen aus Habgier, Mitleid, Überforderung, falsch verstandener Sterbehilfe oder angemaßter medizinischer Kompetenz geraten immer wieder erst durch die Häufung entsprechender Fälle in den Verdachtsbereich und anschließend in die Strafverfolgung. Das Dunkelfeld bei vorsätzlichen und fahrlässigen Tötungen dürfte hier noch wesentlich größer sein als sonst bei Tötungsdelikten. Gründe dafür sind vielfältig: Die Versuchungssituationen und Tatgelegenheiten für entsprechend Tatgeneigte sind besonders groß, weil Täter, Tat und Opferwerden außerhalb üblicher Verdachtslagen liegen. Pflegende haben Dauerkontakt zu möglichen Opfern. Opfer sind arg- und wehrlos. Sie sind oftmals leicht manipulierbar, letztwillige Verfügungen zugunsten von Pflegenden vorzunehmen. Pflegende sind vielfach überfordert und fühlen sich durch einzelne Gepflegte oder Anlässe besonders herausgefordert. Sterben ist üblich in diesen Einrichtungen und löst an sich noch nicht Verdacht aus. Gelegentlich könnte es zu stillschweigender Übereinstimmung zwischen Heimbewohner und Pflegekraft oder zwischen diesen und Angehörigen im Sinne vorzeitiger Lebensbeendigung

---

<sup>11</sup> Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Hrsg., „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“, sowie Begleitheft zu diesem Informationsbogen „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ von Karla Krämer et al., 2008.

kommen. Tötungsmittel sind einfach und ähneln alltäglichen Handreichungen und Medikationen. Sie sind schwerlich nachweisbar. 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.<sup>12</sup> Zu präventiven Möglichkeiten und Verbesserungen des Erkennens und Verfolgens solcher Tötungen sind der frühe Austausch von Informationen zwischen beteiligten Stellen bei Verdachtsanzeichen und die Todesursachenfeststellung bei Älteren zu verbessern. Dazu erarbeitet das Projekt der Deutschen Hochschule der Polizei gegenwärtig Vorschläge.<sup>13</sup>

### 3. Zur Problematik der Begrifflichkeit

Wenn man die Thematik erörtert, ist der allgemein gebrauchte *Begriff der Gewalt* in Frage zu stellen. Er ist „zur Skandalisierung gesellschaftlicher Sachverhalte wie kaum ein anderer geeignet“.<sup>14</sup> Er weckt medial gut vermittelbar Betroffenheit und Problembewusstsein. Aber Wirkungen sind ambivalent. Präventiv erscheint er ungeeignet, ja kontraindiziert. Das haben wir in der Evaluation eines Modellprojekts zur Prävention von Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum und dabei namentlich bei der Einführung eines Krisen- und Beratungstelefon für Gewalt im Alter festgestellt.<sup>15</sup> Er ist geeignet, einerseits bei engem Begriffsverständnis das weite Feld von Misshandlung und Vernachlässigung zu verkürzen auf strafrechtlich Relevantes, andererseits bei weitem Verständnis Pflegende ins Zwielficht zu bringen und zu entmutigen sowie das Ausmaß tatsächlicher und strafrechtlich als solche begreifbarer Gewalt weit zu überzeichnen und zu dramatisieren. Damit trägt er bei, unnötig Ängste vor der Pflege im Alter zu wecken und Hilfestellen nicht in Anspruch zu nehmen, weil Hilfsanlässe mit Gewalt konnotiert werden, obwohl es ganz überwiegend um sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung geht.

Deswegen habe ich schon früh gemahnt, die Begrifflichkeit bereichsspezifisch möglichst treffsicher und scharf zu verwenden.<sup>16</sup> Das bedeutet, den Gewaltbegriff zu verwenden in einer engen Definition, wenn es um Strafgesetzes- und Rechtsprechungskontexte geht. In sozialarbeiterischen und pflegeberuflichen Kontexten ist die weite Begrifflichkeit von Misshandlung und Vernachlässigung in Übereinstimmung mit der angelsächsischen Sprachwelt vorzuziehen.

Insoweit widerspreche ich Hirsch, der einen weiten Gewaltbegriff gerade für die Diskussion über pflegerische Mängel als sinnvoll erachtet.<sup>17</sup> In Anlehnung an Galtung unterscheidet er personelle, strukturelle und kulturelle Gewalt und erfasst alles, was „eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse“ ist.<sup>18</sup> Beispiele sind für *körperliche Gewalt* etwa unangemessene Medikation und mangelhafte Hygiene oder Ernährung, für *psychische*

---

<sup>12</sup> Vgl. schon Kreuzer, in Kreuzer/Hürlimann 1992 (o. Fn. 2) S. 47 ff; Görgen, Umsetzung von Erkenntnissen aus der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ in seniorenpolitisches Handeln, unveröffentlichter Forschungsantrag, Deutsche Hochschule der Polizei 2008 S. 9 ff; Görgen et al., 2009 (o. Fn. 1).

<sup>13</sup> Görgen et al. 2009 (o. Fn. 1).

<sup>14</sup> Görgen/Greve, in Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen 2005 (o. Fn. 2) S. 55.

<sup>15</sup> Görgen et al. S. 2002 b (o. Fn. 6) S. 27 ff, 181 ff, 632 ff.

<sup>16</sup> Kreuzer, in Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997 (o. Fn. 2) S. 144 f.

<sup>17</sup> Hirsch, Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., 2000; ders. zuletzt in: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen 2005 (o. Fn. 2) S. 73 ff, 77.

<sup>18</sup> Hirsch 2005 (o. Fn. 18) S. 79ff.

*Gewalt* Beschämung, Ablehnung, Beleidigung, Zurückhalten von Informationen, für *soziale Gewalt* ungeeignete Beaufsichtigung oder unangemessene Umgebung, für *rechtliche Gewalt* Misswirtschaft bei Eigentumsfragen, Diebstahl oder unnötige rechtliche Betreuung, für *kulturelle Gewalt* Sprachentgleisungen wie „Rentnerschwemme“, „Alterslawine“, „Überalterung“. Das alles ist dringend zu beachten bei der Thematik von Misshandlung und Vernachlässigung Älterer, verwirrt, übertreibt und stigmatisiert jedoch im Sprachkontext von Gewalt gegen Ältere. Ich stimme deswegen Klie zu, der in Bezug auf die Pflege in Familien feststellt: „Die durch die Dramatisierungsmetapher ‘Gewalt’ leicht transportierten einseitigen Schuldzuweisungen sind gerade hier häufig unangemessen und fördern nicht das Verstehen von Ursachen und Hintergründen von Gewaltphänomenen.“<sup>19</sup>

## **II. Anspruch auf gewaltfreie menschenwürdige Pflege**

Pflegebedürftige Menschen haben nach unserem Grundrechtsverständnis im Sinne der Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes Anspruch auf menschenwürdige Pflege. Menschenwürde umfasst selbstverständlich Freiheit von Gewalt, geht darüber aber hinaus und bedeutet eine Pflege, die den zu Pflegenden achtet, ihm Respekt entgegen bringt, ihn nicht zum Objekt der Pflege macht. Dies brauchte nicht gesetzlich erneut und ausdrücklich festgestellt zu werden. Aber um der Bedeutung besonders in der Altenpflege willen könnte es angezeigt sein, es im Familienrecht des BGB oder in einem Pflegegesetz oder im Sozialgesetzbuch dezidiert festzuhalten. Denn – mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts<sup>20</sup> – in Situationen der Hilfsbedürftigkeit ist dem Staat die Wahrung der Würde des Menschen besonders anvertraut.

Über das Ob, Wie und Wo einer solchen deklaratorischen gesetzlichen Bestimmung lässt sich trefflich streiten. So war in unserer Arbeitsgruppe im Landespräventionsrat vorgeschlagen worden, analog der ausdrücklichen Bestimmung über einen Anspruch von Kindern auf gewaltfreie Erziehung in § 1631 Abs. 2 BGB eine solche für gewaltfreie Pflege zu schaffen).<sup>21</sup> Diesen Vorschlag hatte bereits der 16. Deutsche Familiengerichtstag 2005 unterbreitet. Ich hatte dem folgendes entgegen gehalten: Im BGB dies für Kinder ausdrücklich zu regeln, geht auf unseren Vorschlag in der Anti-Gewalt-Kommission der Bundesregierung von 1989 zurück;<sup>22</sup> wir hatten es gefordert, weil nur so das von der Rechtsprechung ständig behauptete Gewohnheitsrecht auf maßvolle Züchtigung durch Erzieher beseitigt werden könne. Freilich hat auch die gesetzliche Neuerung nicht verhindern können, dass Teile in Rechtsprechung und Schrifttum ein gewohnheitsrechtliches Züchtigungsrecht weiterhin aus dem Erziehungsauftrag herleiten.<sup>23</sup> Ein Gewohnheitsrecht auf maßvolle Gewalt in der Pflege behauptet dagegen niemand, so dass es auch keines *actus contrarius* des Gesetzgebers bedürfe. Außerdem sei elterliche Erziehung nicht vergleichbar der Pflege. Erziehung sei umfassend auf körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu einer Persönlichkeit in unserer Gesellschaft ausgerichtet; mit der Altenpflege teile sie nur den Teilaspekt eines Rechts auf Schutz vor Gewalt und auf Fürsorge. Überdies verkürze die Formulierung eines Rechts auf gewaltfreie Pflege das weitergehende Anliegen, die Pflege menschenwürdig, d. h. auch mit Zuwendung, Empathie zu gestalten. Erst dies entspreche dem genannten Grundrechtsverständnis. Diesem Standpunkt wurde entgegen gehalten, der Gewaltbegriff verdeutliche das Anliegen griffiger und politisch wirksamer. Wir haben uns schließlich

<sup>19</sup> Klie, in Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen 2005 (o. Fn. 2) S. 129.

<sup>20</sup> BVerfG E 103, 197, 221.

<sup>21</sup> Vgl. auch Zenz, Überlegungen zum Schutz von Menschenwürde und Persönlichkeitsrechten im hohen Alter. Psychotherapie im Alter Bd. 3, 2006 S. 73ff; dies. in: Igl/Klie, Hrsg., Das Recht der älteren Menschen, 2007 S. 131ff.

<sup>22</sup> Schwind/Baumann, Hrsg., Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt, Bd.I, 1990 S. 157f, 183.

<sup>23</sup> Vgl. z.B. Nachw. bei Lackner/Kühl, Strafgesetzbuch Kommentar, 25. Aufl. 2004 § 223 Rn. 11.

verständnis darauf, eine gesetzliche Formulierung eines „Rechts auf gewaltfreie, menschenwürdige Pflege“ zu fordern. Wo das ausdrücklich erwähnt sein sollte, ob im vorrangig dafür bestimmten Familien- oder Sozialrecht, mag der Gesetzgeber entscheiden. Jedenfalls ist es legitim, trotz bereits klarer verfassungsrechtlicher Vorgabe für ein solches Recht, dieses bereichsspezifisch nochmals zu konkretisieren und zu betonen.

Flankiert werden sollte nach Meinung unserer Arbeitsgruppe im Hessischen Landespräventionsrat dieses Recht durch einen gesetzlichen Anspruch auf umfassende Beratung über Möglichkeiten der Finanzierung und Durchführung oder ambulante Unterstützung der Pflege im häuslichen und stationären Bereich. Die Beratung sollte von den teilweise geplanten oder bereits eingerichteten Pflegestützpunkten oder -zentren regional angeboten werden und auch zugehend geleistet werden. Der Beratungsanspruch sollte für Pflegende und zu Pflegende gelten.

Ein derart gesetzlich formuliertes Recht Pflegebedürftiger wäre eine gute rechtliche Fundierung konkreter Strategien, Programme und Maßnahmen der Prävention gegenüber Misshandlung und Vernachlässigung in der Altenpflege.

### **III. Verbesserungen des strafrechtlichen Seniorenschutzes**

Zentral muss die gesetzliche Grundlage für Vorsorge gegen Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen, insbesondere solcher in der häuslichen oder Heim-Pflege, im Familien- und Sozialrecht verankert sein. Ihre praktische Verwirklichung ist zuvörderst Aufgabe der staatlichen und kommunalen Behörden und Aufsichtsstellen, der öffentlichen, privaten und karitativen Beratungs- und Hilfsdienste, der Angehörigen und des sozialen Nahraums, also nicht zuletzt der Zivilgesellschaft. Am Rande kann das Strafrecht präventiv wirken zum Schutz von Senioren vor Misshandlung und Vernachlässigung. Es hat eine zwar begrenzte, schwer einschätzbare, dennoch unverzichtbare generalpräventive, normstärkende, wertverdeutlichende Kraft. Dies mag manchmal im bloß Symbolischen liegen. Nicht die Masse von Misshandlungen und Vernachlässigungen wird als Straftaten erfassbar und in Einzelfällen verfolgbar sein, sondern nur Auswüchse schwerer Verstöße. Selbst davon wird das meiste nicht zu Verfolgung oder Bestrafung zwingen, weil es mit Überlastung von Pflegenden oder auch strukturellen Mängeln und Säumnissen der Pflegeeinrichtung oder Behörden zu tun hat. Es soll keineswegs um eine Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Pflegepersonen gehen. Aber in Extremfällen dürfen und müssen Strafrecht und Strafverfolgung warnende Zeichen setzen. Das gilt vor allem für gravierende, nicht entschuldbare Vorfälle von Gewalt im engeren Sinn. Hier ist zu fragen, ob solche Vorfälle hinreichend strafgesetzlich erfasst sind oder ob es gesetzlicher Korrekturen bedarf.

Für erhebliche Misshandlungen und Vernachlässigungen kommen vor allem folgende Straftatbestände in Frage: Bei körperlicher Gewalt gegen zu Pflegende kann es sich um vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung, nämlich körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung, nach §§ 223, 229 StGB handeln, auch um Nötigung nach § 240, bei vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötungen um Mord oder Totschlag oder fahrlässige Tötung nach den §§ 211 ff, 222. Seelische Misshandlungen können als Misshandlung von Schutzbefohlenen nach § 225 geahndet werden. Falsche Medikationen sind wiederum eventuell als vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung zu beurteilen, welche in Gestalt der „körperlichen Misshandlung“ definiert wird als üble, unangemessene Behandlung, die das körperliche Wohlbefinden nicht nur unerheblich beeinträchtigt. Auch Unterlassungen wichtiger Pflegemaßnahmen, etwa angezeigter Hilfen bei der Inkontinenz- oder Dekubitusbehandlung, lassen sich als Körperverletzungen, begangen durch pflichtwidriges Unterlassen von Pflegepersonen, ahnden. Unnötige mechanische oder medikamentöse Fixierungen lassen sich der Freiheitsberaubung nach § 239 zuordnen. Verbale

Misshandlungen sind als Beleidigung nach § 185 deutbar. Finanzielle Ausbeutung kann Diebstahl nach § 242 oder Betrug nach § 263 StGB darstellen.

Die entsprechenden Strafbestimmungen umfassen strafrechtlich schon in weitem Umfang Verhaltensweisen von Vernachlässigung und Misshandlung älterer Pflegebedürftiger. Im Detail könnten aber Erweiterungen oder Klärungen von Gesetzesbestimmungen überlegenswert sein. So ist zu erwägen, den doch sehr auf körperliche, nicht auf seelische Beeinträchtigungen abstellenden Begriff der körperlichen Misshandlung auf seelische Misshandlungen ausdrücklich auszudehnen. Denn auch bei weiter Auslegung werden bislang seelische Beeinträchtigungen etwa bei Auslösung von Schmerz, Schrecken, Ruhestörung oder Angst selten als Körperverletzung bewertet.<sup>24</sup> Eine weitere Korrektur ist bei der gesetzlichen Fassung des Straftatbestandes der Misshandlung von Schutzbefohlenen in der Tatbestandsvariante der Gesundheitsschädigung durch böswillige Vernachlässigung seiner Sorgspflicht in § 225 Abs. 1 zu prüfen. Böswilligkeit setzt nämlich besonders verwerfliche Motive voraus, damit eine schwierige Persönlichkeitsuntersuchung; Gleichgültigkeit beispielsweise würde nicht genügen; Böswilligkeit wird deswegen selten nachweisbar sein. Man könnte dieses Merkmal durch ein schwächeres – etwa „grobe“ Vernachlässigung der Pflicht – ersetzen oder darauf ganz verzichten, statt dessen die Tathandlung einengend beschreiben im Sinne etwa „erheblicher“ Gesundheitsschädigung.

Von praktisch größerer Bedeutung dürfte indes die Handhabung dieser Straftatbestände im justiziellen Alltag sein. Dort geht es darum, verfolgungs- und bestrafungswürdige Verhaltensweisen zu scheiden von bagatellhaftem Unrecht, welches nicht eines nach außen wirksamen förmlichen Unwerturteils bedarf. Namentlich kommt dabei der Staatsanwaltschaft eine große Bedeutung zu. Sie entscheidet, ob Anzeigerstatter auf den Privatklageweg verwiesen werden, ob der nötige Strafantrag vorliegt, ob das Verfahren wegen Geringfügigkeit einzustellen ist, ob das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen gebietet. Abgesehen von Fragen der Spezialisierung in der Behörde, der Eignung und Fortbildung im Blick auf besondere Probleme und Bedürfnisse in der Fürsorge für Ältere und Pflegebedürftige ist zu klären, wieweit formale gesetzliche oder administrative Regelungen dem Schutzbedürfnis besser gerecht werden könnten. Zu überlegen sind zwei Ansätze zur Intensivierung des Seniorenschutzes:

Zum einen ist an eine vorsichtige *Ausweitung von sogenannten bedingten Antragsdelikten* zu denken. So kann bei leichter vorsätzlicher oder bei fahrlässiger Körperverletzung nach den §§ 223 und 229 StGB trotz Fehlens des an sich nach § 230 vorausgesetzten Strafantrags seitens der verletzten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters die Staatsanwaltschaft gleichwohl ermitteln und anklagen, wenn sie ein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung bejaht. In der Pflege befindliche Senioren werden beispielsweise aus Angst vor negativen Folgen in der Pflege oder aus Unkenntnis oder Unbeholfenheit zumeist keinen Strafantrag stellen, zumal oft die Täter jene Pflegepersonen sind, auf die Betroffene angewiesen sind. Dann kann es geboten sein, dass die Staatsanwaltschaft gleichwohl einschreitet. Anders ist es bei absoluten Antragsdelikten. Bei ihnen darf trotz öffentlichen Verfolgungsinteresses nicht eingeschritten werden, wenn ein Strafantrag fehlt. Dazu gehören Beleidigung nach § 185 i. V. m. § 194 und Haus- und Familiendiebstahl bzw. Unterschlagung nach § 242, 246 i. V. m. § 247. Es kann in manchen Fällen des Missbrauchs in einer Pflegebeziehung oder ihrer Ausnutzung zur Tat geboten sein, trotz fehlenden Strafantrags die Tat aus besonderem öffentlichem Interesse zu verfolgen. Deswegen ist zu prüfen, ob diese Delikte zu bedingten Antragsdelikten gemacht werden sollten.

Zum anderen kann die Handhabung dieser Straftatbestände in Fällen der Misshandlung vor allem Älterer in der Pflege überprüft und modifiziert werden durch eine *Ergänzung der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren* (RiStBV). Bislang wird nämlich

---

<sup>24</sup> (Lit./Rspr. - Nachw. einfügen)

das besondere öffentliche Verfolgungsinteresse als seltene Ausnahme verstanden.<sup>25</sup> Die Richtlinien könnten für bedingte Antragsdelikte, darüber hinaus für alle Straftaten in Pflegebeziehungen vorschreiben, besonders sorgfältig zu prüfen, ob nicht die besondere Lage Pflegebedürftiger aus generalpräventiven Gründen eine Verfolgung gebietet.

#### **IV. Verbesserungen bei Polizei und Justiz**

In der Strafverfolgung von Vorfällen der Vernachlässigung und Misshandlung Älterer bedarf es besonderer Kenntnisse und Sensibilität gegenüber Eigenheiten des Alters und Alterns sowie der Pflege von Senioren. Ganz allgemein sind im Sinne altersgerechter Strafverfolgung drei Ansätze verbesserter Handlungskompetenzen in diesem Bereich zu verfolgen:

- eine Spezialisierung von Verfolgungsinstitutionen
- eine entsprechende Fortbildung
- schriftliche Handreichungen namentlich für Anfänger in entsprechenden Dezernaten.

Bei der Polizei ließen sich zumindest in großstädtischen Strukturen bereits bestehende *Spezialkommissariate* für familiäre Gewalt auch mit dieser Problematik verbinden. Gleichfalls bestehen bei Staatsanwaltschaften oftmals schon Spezialdezernenten oder Dezernentinnen für Aufgaben der Strafverfolgung bei innerfamiliärer Gewalt, meist verbunden mit Aufgaben bei der Verfolgung von Kindesmisshandlung. Zu prüfen ist, ob diese oder anders zugeschnittene Dezernate sich spezifisch auch um Phänomene der Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung Älterer im häuslichen und stationären Bereich kümmern sollten. In größeren Verfolgungsbehörden könnten sogar Spezialdezernate für Straftaten im Pflegebereich angezeigt sein.

Da in der allgemeinen juristischen Ausbildung Besonderheiten des Umgangs mit alten Menschen und entsprechender Kriminalität und Prävention nahezu keine Bedeutung hat und der Ausbildungskanon ohnehin eher überfrachtet ist, kann es nur um das Bemühen gehen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in diesem Aufgabenfeld besonders in der Einführungsphase und dann fortlaufend durch *Fortbildungsveranstaltungen* kompetent zu machen. Möglichst regionale kurze Wochenend- oder Tagesveranstaltungen sollten dafür konzipiert werden. Dazu sollten Gerontologen, Geronto-Psychiater, Experten der Pflegewissenschaft und -praxis sowie erfahrene Juristen und Kriminologen gewonnen werden. Fortbildungsveranstaltungen könnten überdies gemeinsam auch für Straf-, Familien- und Vormundschaftsrichter ausgerichtet werden.

Ergänzt werden sollten diese Möglichkeiten der Spezialisierung und Fortbildung durch der Problematik spezifisch gewidmete *Handreichungen* für die unterschiedlichen Berufsgruppen. Hierbei könnte man diverse bereits entwickelte Ausarbeitungen sichten, überarbeiten, ergänzen und auf die jeweilige Berufsgruppe beziehen und dann über Landesbehörden gezielt an alle in Frage Kommenden verteilen.<sup>26</sup> Solche Handreichungen sollten vertraut machen u. a. mit entsprechenden kritischen Situationen Älterer und zu Pflegenden, mit Besonderheiten häuslich-familiärer und zugehender Pflege und der Pflege in Altersheimen, mit Rechtsfragen und typischen Situationen medikamentöser und mechanischer Fixierung, einschließlich der Fragen nach notwendiger Beteiligung von Betreuern und Gerichten, ferner mit Fragen der Diagnostik, der wichtigsten Symptome altersspezifischer Leiden, aber auch Misshandlungen und nicht zuletzt möglicher Prävention. Sie könnten zudem regional bedeutsame Hotlines, Dienste der Beratung, Hilfe, ambulante und stationäre Einrichtungen sowie Dienststellen bei

<sup>25</sup> Vgl. Nachw. z.B. bei Lackner/Kühl 2004 (o. Fn. 24) § 230 Rn. 4.

<sup>26</sup> Vgl. z.B. die Erarbeitung einer Informationsbroschüre für Ältere zur Vorbeugung gegen Betrug im Projekt an der Deutschen Hochschule der Polizei: Görgen 2009 (o. Fn. 5) S. 5f mit Hinweis auf die Broschüre der Deutschen Seniorenliga „Tipps gegen Tricks“.

Polizei und Justiz mit Ansprechpartnern namhaft machen. Solch schriftliches Informationsmaterial sollte konzipiert werden je eigens vor allem für entsprechende Sachbearbeitungsstellen in Polizei, Staatsanwaltschaft, Straf-, Familien- und Vormundschaftsgerichten, Bewährungs- und Opferhilfe, Einrichtungen der Altenpflege, darüber hinaus für betroffene Angehörige, Betreuer, ehrenamtlich in der Altenhilfe Tätige und die Senioren selbst.<sup>27</sup>

## V. Ärzterschaft als Schaltstelle für Prävention und Intervention

Einer der wichtigsten Ansatzpunkte, Vernachlässigung und Misshandlung Älterer vor allem in der Pflege zu erkennen, darauf angemessen zu reagieren und dem vorzubeugen, liegt in der Ärzteschaft. Ärzte und Ärztinnen haben besondere Kompetenz, Symptome der Misshandlung und Vernachlässigung zu erkennen, in der Regel einen von Vertrauen und Schweigepflicht getragenen persönlichen, ja intimen Zugang zu den Patienten, die nötige Unabhängigkeit von Angehörigen und Pflegeeinrichtung sowie Möglichkeiten, erforderliche Hilfs- und Vorbeugemaßnahmen anzuordnen oder jedenfalls in die Wege zu leiten. Vier wesentliche Bereiche möglicher Schwierigkeiten, Konflikte und Hindernisse erscheinen mir dabei bedeutsam und klärungsbedürftig.

Der erste aktuelle, dringend klärungsbedürftige Bereich ist die allzeit zu *gewährleistende Erreichbarkeit ärztlicher, besonders auch fachärztlicher Beratung und Betreuung älterer Patienten in familiär-häuslicher Umgebung und vor allem in Alten- und Pflegeheimen*. Berichte, ärztliche Hausbesuche in Pflegeheimen unterblieben aus Kostengründen, sind alarmierend. Ein ärztlicher Verbandsvorsitzender mahnt: „Die berechtigten Proteste der niedergelassenen Fachärzte gegen eine untaugliche Honorarreform dürfen nicht zu Lasten der Gesundheit der Patienten gehen.“<sup>28</sup> Pflegeheimbewohner dürfen nicht darauf angewiesen sein, dass Heime den Transport zur Untersuchung bei dem Facharzt organisieren oder auf längere Sicht Fachärzte selbst in Heimen einstellen samt nötiger technischer und personeller Ausstattung. In großen Pflegeheimen mag das mitunter möglich und sinnvoll sein. Gerade so große Einrichtungen sind jedoch selten und nicht unbedingt wünschenswert. Außerdem würde dadurch die Pflege noch kostenträchtiger. Außerdem liefe dies auf eine Einschränkung der freien Arztwahl hinaus. Die kassenärztlichen Dienste sollten Sorge tragen dafür, dass fachärztliche Haus- und Heimbesuche hinreichend honoriert und regional strukturell abgesichert werden.

Ein zweiter Problembereich ist die *Art und Weise des ärztlichen Handelns gegenüber alten Patienten*. Zunächst sollte sich jeder Allgemein- oder Facharzt, der noch keine hinreichende Erfahrung mit alten, insbesondere pflegebedürftigen, womöglich schon von Demenz gezeichneten Patienten hat, anhand einschlägigen Informationsmaterials kundig machen über besondere Verhaltensregeln, die beispielhaft in der genannten Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft beschrieben sind. Sodann ist der Arzt gehalten, sich nicht auf Informationen über Patienten durch Pflegedienste oder Pflegeakten allein zu stützen. Immer ist eine zusätzliche persönliche Untersuchung und Überprüfung solcher Informationen Voraussetzung ärztlicher Entscheidungen über Diagnose und Therapie, auch wenn dies zeitaufwendig und wegen kognitiver Einschränkungen mancher Patienten erschwert ist.

Ein dritter Problembereich ist gekennzeichnet von nötiger *Kooperation des Arztes mit Angehörigen der Patienten, Betreuern, Pflegepersonal und Betreuungsrichtern in rechtlich relevanten Fragen*. Ärzte müssen insbesondere vertraut sein mit typischen Situationen, in

---

<sup>27</sup> Beispiele für die Aufklärung Betroffener: Deutsche Seniorenliga, Tipps gegen Tricks, 2008; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Rate mal, wer dran ist?“ – So schützen Sie sich vor Betrugern und Trickdiensten, 2009.

<sup>28</sup> Axel Munte, nach Charlotte Frank, Ärzte scheuen Pflegebesuche, SZ v. 06.02.2009.

denen Zustimmungen durch Betreuungsrichter vorausgesetzt werden. Hierbei stößt man weit verbreitet auf Unkenntnis oder Fehlverständnisse. Für sie sind rechtliche und technische Entwicklung mit verantwortlich, aber auch Gleichgültigkeit und tradierte Praktiken bei Beteiligten. Beispielhaft sei nur der Bereich der Fixierungen erwähnt. Fixierungen sind rechtlich Freiheitsentziehung. Sie sind gerechtfertigt, wenn der Patient einsichtsfähig ist und zustimmt. Ist er dazu außerstande, bedarf es richterlicher Entscheidung, wobei sich auch der Betreuungsrichter für seine Entscheidung ein eigenes Bild verschaffen muss, sieht man von vorübergehenden und eiligen Fällen ab. Als Fixierung gilt es, wenn Patienten mechanisch durch ein Bettgitter ihre Bewegungsfreiheit verlieren oder wenn sie im Zimmer eingeschlossen werden. Fixierung ist indes auch die gezielt medikamentös bewirkte Freiheitseinschränkung. Gerade diese Form wird jedoch gelegentlich als ärztliche Therapiemaßnahme von Ärzten oder Pflegepersonal verstanden, die deshalb nicht richterlicher Zustimmung bedürfe. Der Arzt kann aber nicht den Richter ersetzen. Schon gar nicht darf solche ärztliche Verordnung ruhigstellender, die Bewegungsfreiheit einschränkender Psychopharmaka bloßer Ersatz für Personalmangel im Pflegedienst sein.

Heikel erscheint der vierte Problembereich einer möglichen *Begrenzung ärztlicher Schweigepflichten in Fällen des Verdachts einer Misshandlung von Pflegepatienten*. Ärzte haben nach § 203 StGB eine umfassende Pflicht zu schweigen über das Ihnen in der Berufsausübung Anvertraute oder bekannt Gewordene. Diese strafrechtlich geschützte Pflicht ist prozessual in § 53 StPO abgestützt durch ein Zeugnisverweigerungsrecht. Grund ist in erster Linie der Gesundheitsschutz. Könnte man sich nicht auf ärztliches Schweigen verlassen, würde manch ein Patient oder Angehöriger nicht zum Arzt gehen aus Sorge, mögliche Symptome einer Straftat würden an Verfolgungsbehörden gemeldet.<sup>29</sup> Zu wenig werden allerdings in der ärztlichen Handhabung dieser Rechte deren Grenzen beachtet. Ärzte dürfen solche Verdachtsmomente melden, wenn sie von der Schweigepflicht entbunden werden. In dieser Richtung ist ärztlicherseits durch aufklärende Gespräche hinzuwirken. Kann ein alter Patient wegen Demenz darüber selbst nicht mehr entscheiden, ist sein Betreuer ausschlaggebend. Darüber hinaus dürfen und sollten Ärzte Hilfestellen informieren, wenn eine Notstandsfrage i. S. d. § 34 StGB besteht, etwa eine vermutete Gewalt gegen einen Patienten fortgeführt zu werden droht und anderweit keine Abhilfe möglich ist. Hier darf die Hilfspflicht über die Schweigepflicht gestellt werden nach Abwägung der sich widerstreitenden Interessen. Außerdem darf der Arzt in dringlichen Notlagen angesichts eines nicht entscheidungsfähigen Patienten von dessen mutmaßlicher Einwilligung ausgehen, wenn nicht entgegenstehende Erkenntnisse vorliegen und sich nur so Leben und Gesundheit des Patienten schützen lassen. Insoweit ist die Rechtslage einigermaßen geklärt. Umstritten sind hingegen bundesgesetzlich mögliche Ausweitungen der Melderechte. Es kann lediglich um Rechte des Arztes gehen, Hilfestellen einzuschalten in dringlichen Fällen, nicht um Anzeigerechte oder gar Anzeigepflichten. In der parallelen Situation des Schutzes von Kindern vor Misshandlung und Gewalt hat der jüngst diskutierte Gesetzentwurf<sup>30</sup> eine solche Regelung nicht vorgesehen, jedoch die Fachressorts aufgefordert, einen Regelungsentwurf zu unterbreiten, der Rechtssicherheit schafft bei der Abwägung der Schweigepflicht von Berufsheimlichkeitsgeheimnisträgern mit dem Kinderschutz. Ähnliches sollte für gefährdete alte Pflegepatienten gelten. Dabei wird zu prüfen sein, ob eine solche die Schweigepflicht einschränkende gesetzliche Regelung tatsächlich von Ärzten beachtet werden würde und ob sie nicht kontraproduktiv wirken könnte; denkbar wäre es, dass beispielsweise Heimleitungen davon absehen, rechtzeitig ärztliche Hilfe anzufordern, wenn sie bei Verdacht von

---

<sup>29</sup> Eingehend dazu Kreuzer, Die Schweigepflicht von Krankenhausärzten gegenüber Aufsichtsbehörden, NJW 1975 S. 2232ff.

<sup>30</sup> Kinderschutzgesetz Entwurf, BT Drucks. 16/12429, Begründung S. 7.

Misshandlung oder Versorgungsmängeln eine Information der Aufsichtsstellen und deren Intervention befürchten müssten.

Auf die Problematiken im ärztlichen Umgang mit hochaltrigen und pflegebedürftigen Patienten bei Klinikaufnahmen sowie der nötigen Sorgfalt, Kompetenz und Unabhängigkeit ärztlicher Todesursachenfeststellung sei nochmals verwiesen.

## VI. Präventive Kontrolle durch Heimaufsichtsstellen

Altersheime, namentlich Altenpflegeheime, weisen im Grundsatz subkulturelle Strukturen auf. Sie sind tendenziell im Sinne von Irvin Goffman „totale Institutionen“, auch wenn man sich bewusst ist, dass dieses Konzept nur bedingt auf Altenpflegeheime übertragbar ist und vorrangig heuristischen Wert hat. Sie können im Extremfall zu rechtsfreien, unkontrollierten Räumen werden, in denen unser Grundgesetz nur noch peripher beachtet wird. Das finden wir sonst ähnlich in Kasernen, Haftanstalten, geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen und Jugendheimen, überhaupt in staatlichen und gesellschaftlichen Subsystemen, die sich nach außen abschotten, nach innen von Zwang, Machtunterworfenheit, Abhängigkeit, informellen Verhaltensnormen und Corpsgeist bei den Trägern der Macht gekennzeichnet sind.<sup>31</sup> Viel hat sich von der Problematik entschärft seit der Psychiatriereform in den siebziger Jahren und der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1972<sup>32</sup> zur Grundrechtsstellung Inhaftierter und zur Notwendigkeit, die Grundrechtsstellung Gefangener gesetzlich zu fundieren, statt auf eine Scheinlegitimation für Grundrechtsschmälerungen aus angeblichen Erfordernissen eines besonderen Gewaltverhältnisses zurückzugreifen.

Gleichwohl bleiben subkulturelle Strukturen auch in Altenpflegeeinrichtungen bestehen. Sie verdichten sich allerdings nur gelegentlich zu Formen, welche dann Vernachlässigung von Menschenwürde und Misshandlung der Heimbewohner nach sich ziehen.<sup>33</sup> Die alten Bewohner sind eben oft von der Außenwelt abgeschnitten; mit der Aufnahme-prozedur verlieren sie viel an Privatheit, Persönlichkeit, Intimität; sie gelangen in eine institutionelle Routine und haben nur noch begrenzte Freiheiten, sind perspektivlos; sie sind angewiesen auf Pflegekräfte und Heimleitung, ja von diesen abhängig; sie leben in einer zweigeteilten Gesellschaft der machtunterworfenen Bewohner und des ihnen gegenüber allmächtig erscheinenden Personals; ihr Alltag ist weitgehend fremdbestimmt rund um die Uhr; ihre Rolle ist festgelegt und von Passivität gekennzeichnet; sie sind bei Misshandlung oder Entwürdigung hilflos; beide Seiten können angesichts sehr schwieriger Bewohner und mitunter defizitärer Personalausstattung besonderem Stress ausgesetzt sein, der leicht in Resignation oder Aggression mündet.

Diesen möglichen Missständen muss frühzeitig präventiv entgegen gewirkt werden. Dazu beizutragen ist vielen Gruppen und Rollenträgern aufgegeben: Selbsthilfeeinrichtungen von Heimbewohnern, Angehörigen und Angehörigensprechern, ehrenamtlichen Helfern, Seelsorgern, Ärzten, Auszubildenden, die eine vernünftige Sicht von außen nach innen und gelegentlich Eindrücke von innen nach außen tragen können, ferner der hier geforderten Einrichtung eines Ombudsmannes oder einer Ombudsfrau. Besonders aber ist es Aufgabe der Heimaufsicht. Diese findet sich zum einen im Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Er führt im Auftrag der Pflegeversicherung eine Pflegekontrolle durch. Er ist in gewisser Weise nicht unabhängig, vertritt er doch auch die finanziellen Interessen der Kassen. Zum anderen findet sich Heimaufsicht in staatlichen oder kommunalen Aufsichtsbehörden.

---

<sup>31</sup> Dazu Görjen/Kreuzer 2002 (o. Fn. 2) S.111ff, 113ff.

<sup>32</sup> BVerfGE 33, 1ff.

<sup>33</sup> Vgl. auch Höfling, in: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen 2005 (o. Fn. 2) S. 46ff.

Ihr kommt entscheidende Bedeutung zu. Bewährt hat sich beispielgebend die hessische Heimaufsichtsstruktur. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern ist sie nicht kommunalisiert. Sie obliegt dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit. Sie ist unabhängig von Kostenträgern. Das Regierungspräsidium Mittelhessen übt die fachliche Aufsicht aller regionalen Heimaufsichtsstellen aus. Diese richtet sich nach dem Ordnungsrecht. Sie ist multiprofessionell ausgestattet. Jedes Heim wird mindestens einmal jährlich, zumeist unangekündigt, besucht. Die Prüfung erfolgt nach einem Kriterienleitfaden.<sup>34</sup> Daneben reagiert sie in konkreten Verdachtsfällen. Damit sichert sie eine umfassende Qualitätskontrolle.

## VII. Vernetzung und Anpassung von Hilfsdiensten

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher staatlicher, kommunaler, karitativer und privat-ehrenamtlicher Ansätze und Einrichtungen mit ebenso unterschiedlichen Zielsetzungen und Methoden der Beratung und Hilfe für Ältere und Pflegende sowie der Selbstorganisation von Senioren. Sie sind mitunter eingebettet in allgemeinere soziale Dienste, manchmal auch speziell auf Beratung und Hilfe für Senioren ausgerichtet. Weniger dürfte es an Einrichtungen solcher Art überhaupt fehlen, mehr an wechselweiser Kenntnis, sinnvoller Koordination und Kooperation und hinreichender Erreichbarkeit für Betroffene. Verknüpfungen und Bündelungen der Angebote – das, was man heute Vernetzung nennt, – sind angezeigt. Ansatzweise geschieht dies schon dadurch, dass sich beispielsweise eine Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen (BAGSO) gegründet hat, auch durch die für Hessen vorgesehene flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten. Wahrscheinlich werden sich seniorenspezifische Sozialdienste nur stellenweise einrichten lassen. Zumeist wird es bei umfassender Zuständigkeit für Beratung und Hilfe im sozialen Bereich bleiben müssen. Gerade dann ist es wichtig, dass die jeweiligen Einrichtungen im Bedarfsfall auch Spezialisten aus anderen Einrichtungen einbeziehen oder auf sie hinweisen können, die besondere Erfahrung mit dem Recht, der Finanzierung und praktischen Verwirklichung von Hilfe für Senioren haben.

Von den vielen noch unzureichend bewältigten Detailaufgaben solcher Dienste der Beratung und Hilfe seien beispielhaft nur zwei benannt. Zum einen erscheint es wünschenswert, dass diese Einrichtungen vermehrt auch *Hilfe zur Selbsthilfe* anbieten, indem sie etwa durch erfahrene haupt- oder ehrenamtlich tätige Helfer in der Pflege Älterer neue Pflegekräfte in die Tätigkeit einführen; eine solche Vermittlung von erfahrenen Helfern in der Einarbeitungsphase ist namentlich für häusliche Altenpflege durch Angehörige wünschenswert. Darüber hinaus sind Ansätze auszuweiten, dauerhaft tätigen Pflegekräften wiederum vor allem im häuslich-familiären Bereich Mentoren zu vermitteln, die im Einzelfall Rat und Hilfe geben können, wenn die privaten Pflegenden dessen bedürfen. Zum anderen ist ein noch unbestelltes Feld zu orten in Beratung und *Hilfe für Senioren in Familien mit Migrationshintergrund*. Das dürfte insbesondere gelten für solche aus uns nicht vertrauten Kulturen wie der islamischen Welt. Diese Familien scheuen oftmals deutsche Behörden und karitative Einrichtungen oder sind nicht damit vertraut, dass man Hilfsdienste auch kostenlos und vorbehaltlos aufsuchen kann. Es bedarf enger Kontakte mit entsprechenden Einrichtungen der Minderheiten, um sinnvolle Vermittlung von Rat und Hilfe möglich zu machen. Das gehört zu den allgemeinen Bestrebungen, Migranten zu integrieren.

Exemplarisch sei noch eingegangen auf einen *bundesweiten Beratungstelefondienst für ältere Menschen*. Dazu haben wir im Auftrag des zuständigen Bundesministeriums eine

---

<sup>34</sup> Hessische Heimaufsicht, Leitfaden für Prüfungen nach § 15 Heimgesetz ([http://www.bpa.de/upload/public/doc/he\\_leitfaden\\_rp\\_giessen\\_pruefungen.pdf](http://www.bpa.de/upload/public/doc/he_leitfaden_rp_giessen_pruefungen.pdf)).

Bedarfsanalyse durchgeführt und Empfehlungen gegeben.<sup>35</sup> Unsere vorangegangene Evaluation eines Bundesmodells in Hannover hatte gezeigt, dass großer telefonischer Beratungsbedarf besteht, dass eine spezifische „Hotline“ für Senioren aber nicht auf Gewaltprävention fokussieren sollte, zumal sie auch dann ganz überwiegend in allgemeinen Beratungsfragen durch Senioren und Angehörige in Anspruch genommen wird und das Gewalteticket eher von der Nutzung abhält.<sup>36</sup> Unsere Empfehlungen lauteten stichwortartig:<sup>37</sup>

- Ein bundesweites Seniorentelefon sollte dezentral gestaltet sein, die regional bestehenden telefonischen Hilfs- und Beratungsdienste ergänzen, nicht ersetzen; dabei sollten wohnortnah Beratung und Hilfe auch aufsuchend ermöglicht werden.
- Unter einer zu etablierenden einheitlichen Nummer sollten alle bestehenden Beratungs- und Hilfsdienste vernetzt werden in einer Weise, dass bei jeder Inanspruchnahme dieser „Hotline“ im Bedarfsfall unmittelbar an eine geeignete, kompetente Einrichtung verwiesen werden kann.
- Das Seniorentelefon sollte thematisch offen sein, also alle bedeutsamen Bereiche umfassen wie Pflege, Gesundheit, Wohnen im Alter, Renten und Alterssicherung, Einsamkeit, soziale Isolation, Misshandlung und Vernachlässigung.
- Breit sollte zudem die Zielgruppe verstanden werden. Die „Hotline“ müsste sowohl Senioren als auch Familienangehörigen, Pflegenden, Ärzten und möglichen anderen Kontaktpersonen zur Verfügung stehen.
- Umfassende Qualifikation und Erfahrung sind Voraussetzungen für Telefonberater und –beraterinnen. Soweit Ehrenamtliche beteiligt sind und weniger professionell arbeiten, sollten sie im Sinne der aufgezeigten Vernetzung imstande sein, an professionelle Beratungsdienste zu vermitteln.
- Im Rahmen der Vernetzung empfiehlt sich eine verbandsmäßige Organisation aller beteiligten Beratungs- und Hilfsstellen. Die Verbandsstruktur würde es erleichtern, Qualitätsstandards zu entwickeln und für Qualitätssicherung zu sorgen. Der Verband sollte als neutraler Träger wirken, etwa unter dem Dach von Landeswohlfahrtsverbänden.

---

<sup>35</sup> Görge et al. 2006 b (o. Fn. 6).

<sup>36</sup> Görge et al. 2006 a (o. Fn. 6).

<sup>37</sup> Görge et al. 2006 b (o. Fn. 6) S. 170ff.