

Arbeitspapier des DZD

**Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse):**

Stand der Diskussion [Mai 2011]

Christian Müller-Hergl

009

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service



Dialog- und  
Transferzentrum  
Demenz  
an der Universität  
Witten/Herdecke



©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2011  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department  
Pflegerwissenschaft,  
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)  
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten  
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310  
dialogzentrum@uni-wh.de  
[www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) || [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

# Inhaltsverzeichnis

1. Einführung .....	3
2. INEPA , Definition von Gewalt, .....	4
3. Ausgangspunkte und Entwicklung der Diskussion .....	5
4. Prävalenzen und andere Daten.....	6
5. Ursachen .....	9
6. Prävention.....	11
7. Fazit .....	16
Literatur .....	18

**Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse):  
Stand der Diskussion [Mai 2011]**  
*Christian Müller-Hergl*

## **1. Einführung**

Eine wesentliche Erkenntnis in der Forschung zur Viktimisierung (Opferwerdung) älterer Menschen ist die Einsicht in die Heterogenität der Gewaltvorkommnisse und Gewaltkontexte und damit in die Notwendigkeit vielfältiger Differenzierungen. Ältere Menschen im dritten Lebensalter (ab 60 bis etwa 75J) sind eher deutlich weniger gefährdet als Personen in den Altersgruppen 21-59, Opfer von Gewalthandlungen oder Vernachlässigung zu werden; Menschen im vierten Lebensalter (ab 75J: körperliche Defizite lassen sich nicht mehr kompensieren, zunehmende Abhängigkeit, Reaktivierung alter Lebenskonflikte, zunehmende Demenz) erfahren zunehmend Gewalt bei der häuslichen und professionellen Pflege und Versorgung.

Hierbei ist es oft schwierig (aber wichtig) zu unterscheiden zwischen Gewalt,

1. die im Rahmen der Durchführung von als notwendig erachteten Maßnahmen der Pflege ohne Schädigungsabsicht erfolgt (fürsorglicher Zwang, freiheitsentziehende Maßnahmen, „prinzipiell gutwillige“ Täter) und
2. Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch, der eine Schädigungsabsicht unterliegt: hier liegen oft dauerhaft verfestigte familiäre Gewaltkonstellationen vor, in denen Gewalt nicht nur situationsabhängig entsteht, zumeist vor dem Hintergrund einer schlechten Beziehungsqualität zwischen den Beteiligten vor Beginn der Erkrankung, einhergehend mit einer primär finanziell motivierten Pflegeübernahme.

Im ersten Fall muss noch auf den besonderen Umstand (1a) hingewiesen werden, dass es in solchen Pflege- und Versorgungssituationen (bei Angehörigen oder Professionellen) durchaus dazu kommen kann, dass im Kontext der Pflege (und zunächst nur dort) eine eskalierende Situation entsteht, in der dann situationsabhängig durchaus auch eine Schädigungsabsicht (als Versuch der Selbstbehauptung, der Wahrung der Würde) auftaucht und zur Misshandlung führt (dies z.B. bei vorhandenen psychischen Schädigungen der pflegenden Person, oft im Zusammenhang mit Alkoholabusus).

Gewalt und Vernachlässigung durch Pflegende Angehörige (Kinder und Partner) und Professionell Pflegende kommen in einem deutlich über Einzelfälle hinausgehenden Ausmaß vor. Auch bei Übernahme der Pflege durch Angehörige kann nicht durchgängig eine pflegerisch-sorgende Motivation angenommen werden; pflegende und schädigende Absichten müssen einander dabei nicht widersprechen (z.B. pflegen und dabei finanzielle Vorteile in Anspruch nehmen). Zudem verschieben sich die Motivlagen häufig im Verlauf der Pflegebeziehung, so dass aus eher situationsabhängigen, z.B. sicherheitsorientierten Maßnahmen (Zwang, 1) sich zunehmend eskalierende Situationen mit Schädigungsabsicht (1a) ergeben und in einer von vermehrt bis durchgängig von Schädigungsabsicht geprägten Pflegebeziehung münden (2). Die Übernahme von Pflege ist häufig geprägt von einem hohen Maß an Ambivalenz und Widersprüchlichkeit.

Allerdings wird darauf hingewiesen, Gewalt und Vernachlässigung nicht nur im Kontext von Pflege und Überlastung zu deuten: Hier steht die Unterdrückung älterer Frauen durch ihre Ehemänner im Rahmen von „Chronischen Gewaltbeziehungen“ im Mittelpunkt der Diskussion (Gewalt im Nahraum). Über dieses „Dunkelfeld“ ist wenig bekannt, da es vielfältige Hemmnisse zur Anzeigenerstattung, eine Furcht vor Verlust des vertrauten Wohn-

umfeldes, vor Verlust des Partners und wenig Schutzräume für die Betroffenen gibt. In diesen Fällen ist die Denkschablone „Überlastung“ nicht angezeigt, sondern Opferschutz vonnöten. Chronische Gewaltbeziehungen in der Partnerschaft (seltener mit Kindern) vor der Pflege münden nicht selten in schwerwiegende gewalthafte Eskalationen in einer späteren Pflegebeziehung. Beides ist dann auf vielfältige Weise miteinander verknüpft.

Aus diesen Überlegungen resultiert, dass Gewalt und Vernachlässigung kein homogenes Feld darstellt, das mit einem Handlungsansatz bearbeitet werden könnte. Vielmehr bedarf es einer Fach- und Institutionen übergreifenden Bearbeitung und Verantwortung.

## **2. INEPA , Definition von Gewalt,**

Gewalt gegen ältere Menschen – international unter dem Titel „elder abuse“ – wird zum ersten Mal in den 70er Jahren in den USA thematisiert. 1997 wurde anlässlich des 16. Weltkongresses für Gerontologie in Australien eine internationale Arbeitsgruppe zur Prävention von Gewalt gegen Ältere gegründet. Dieses internationale Netzwerk (INEPA: International Network for the Prevention of Elder Abuse) verfolgt vier Ziele:

- Öffentliches Bewusstsein für Gewalt und Vernachlässigung herstellen
- Fortbildung und Training anbieten für Professionelle und andere zur Erkennung, Behandlung und Prävention von Gewalt und Vernachlässigung
- Beistand anbieten zugunsten der von Gewalt und Vernachlässigung betroffenen älteren Menschen (advocacy)
- Forschung anregen bezüglich der Ursachen, Konsequenzen, Prävalenzen und Prävention (Podnieks 2010a).

INEPA, in Übereinstimmung mit der WHO, definiert „elder abuse“ als absichtsvolle Handlungen, die eine verletzte ältere Person schädigen oder das Risiko einer solchen Schädigung herbeiführen (unabhängig davon, ob eine Schädigung beabsichtigt ist oder nicht) durch einen für Pflege und Versorgung Verantwortlichen (caregiver) oder durch eine andere Person, die in einem vertrauensvollen Verhältnis zu der älteren Person steht (NRC 2003). Diese Definition von Gewalt ist nicht unumstritten, da sie Formen von Gewalt ausschließt, die nicht innerhalb einer Vertrauensbeziehung geschehen, wie beispielsweise finanzielle und materielle Ausbeutung durch Fremde oder eine Firma. Zudem ist die Definition von Gewalt von Kultur zu Kultur unterschiedlich und muss dem jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext angepasst werden.

Daher hat das im Rahmen von EUROPEAN (European Reference Framework Online of Elder Abuse and Neglect) entwickelte Positionspapier (angezielt ist eine Referenzdatenbank von guten Maßnahmen der öffentlichen Hand und Methoden zur Verhinderung von Gewalt) im Unterschied zu einer Definition verschiedene Indikatoren von Gewalt herausgearbeitet ([www.preventelderabuse.eu](http://www.preventelderabuse.eu)). Diese lauten: körperliche Gewalt (schlagen, grob anfassen, stoßen, treten, absichtlich zu heiß oder zu kalt duschen), psychische Gewalt (beschimpfen, beleidigen, auslachen, ärgern, lächerlich machen, Schamgefühle verletzen, bedrohen), finanzielle/materielle Ausbeutung (falsche Rechnungen ausstellen, Geld/Wertgegenstände entwenden), Vernachlässigung (nicht waschen, nicht genug zu essen/trinken geben, auf Hilfe warten lassen, nicht lagern, Mundpflege verweigern, Wünsche ignorieren), emotionale Gewalt, sexuelle Gewalt, Verweigerung von Rechten (Beispiele aus Rabold 2007). Weitere, noch nicht konsenterte Dimensionen sind: Selbst-Vernachlässigung, Diskriminierung, institutionelle Gewalt.

INEPA umfasst zur Zeit 32 nationale Repräsentanten, sechs regional Verantwortliche (Afrika, Europa, Asien, Lateinamerika, Nordamerika, Ozeanien), verfügt über einen Repräsen-

tanten bei den Vereinten Nationen und ist vertreten bei CONGO (Committee of Nongovernmental Organizations in Consultative Status with the UN, ab 2003).

In Partnerschaft mit der WHO wurde eine internationale Forschung in acht Ländern zum Thema Gewalt gegen Ältere durchgeführt (Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse, 2002) und anlässlich der 2. Weltkonferenz über Altern (WAA: World Assembly on Ageing 2002 in Madrid) präsentiert. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen dieser Konferenz entstand ein Projekt, sich einen weltweiten Überblick über Gewalt und Vernachlässigung zu verschaffen (WorldView Environmental Scan on Elder Abuse, Podnieks 2010). Seit 2003 verfolgte die INEPA das Projekt, einen Welttag gegen Gewalt und Vernachlässigung einzuführen (WEAAD: World Elder Abuse Awareness Day), der zum ersten Mal am 15. Juni 2006 bei der UNO in New York begangen wurde.

### **3. Ausgangspunkte und Entwicklung der Diskussion**

In den meisten westlichen Ländern bilden Skandale in der stationären Altenpflege den Ausgangspunkt der Diskussion. Aus den USA stammen folgende Zahlen: 36% aller Professionell Pflegenden geben an, im letzten Jahr mindestens ein physisches Gewaltvorkommnis beobachtet zu haben, 10% geben zu, selber dafür verantwortlich gewesen zu sein; 40% räumen ein, regelmäßig Formen psychischer Gewalt auszuüben (WHO 2002). Erst zu Beginn dieses Jahrtausends wird Gewalt und Vernachlässigung zunehmend zum Gegenstand systematischer Forschung und – zum Teil – Gegenstand gesetzlicher Regelungen (z.B. Großbritannien, Schweden oder Südkorea). Zunehmend wird der Fokus von der stationären Langzeitpflege erweitert auf die Frage nach Gewalt in der häuslichen Pflege und Versorgung. In einigen Ländern spielen Nichtregierungsorganisationen (NGO) und lokale Initiativen (Deutschland) eine entscheidende Rolle in Form von Kampagnen und Projekten, z.B. bei der Einrichtung von Telefon-Hotlines oder Beschwerdestellen. (Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen in Deutschland / Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter -HsM, Goetheallee 51, 53225 Bonn (Tel.: 0228 - 69 68 68 / - 63 63 22 (Info).-Pflege in Not, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V., Zossener Straße 24, 10961 Berlin (Tel.: 030 - 69 59 89 89).

Zunehmend wird Gewalt als ein Menschenrechtsthema diskutiert und vom Kontext der Pflegebedürftigkeit oder dem Erhalt von Sozialleistungen (für häusliche, ambulante oder stationäre Pflege) getrennt: Insbesondere die häusliche Gewalt bei älteren Paaren und die intergenerationelle und eheliche Gewalt, unabhängig vom Pflegekontext wurde in neueren Forschungen als bedeutsam herausgestellt (Görgen 2002, 2005). Gewalt und Vernachlässigung findet am häufigsten im Nahraum, in der Familie statt und betreffen in der Mehrzahl ältere Frauen (vgl. Podnieks 2010a). Opfer von Gewalt sind zumeist weiblich (75,4%), Täter zumeist männlich (58%). Psychische und physische Misshandlungen geschehen eher im Kontext von Ehe und Partnerschaft zumeist unabhängig von Pflege, finanzielle Ausbeutung und Einschränkungen des freien Willens (durch Freiheitsentziehende Maßnahmen: FEM) geschehen eher durch (Schwieger)Kinder im Kontext von Pflege (Görgen 2005a). Im Kontext der Pflege wächst mit dem Altersabstand auch die Gewalt: Es sind eher Kinder, die bei der Pflege Gewalt anwenden als Ehepartner (Görgen 2010).

Im Kontext der professionellen Pflege findet die Auseinandersetzung mit dem Gewaltthema ihren Niederschlag in beruflichen Standards, Regelungen zur Pflege- und Lebensqualität, insbesondere zur Vermeidung von Fixierungen (Koczy 2005). Insbesondere schlechte Personalausstattung und schlechte Rahmenbedingungen (z.B. Bezahlung) sowie damit zusammenhängende Fehlmedikation mit psychotropen Drogen werden als Ursachen von Gewalt und Vernachlässigung in stationären Settings diskutiert (Juklestad 2001, Testad 2010). Neben Aspekten des Schutzes (protection) und der Strafverfolgung (criminal justice approaches), wird in der letzten Zeit die Bedeutung proaktiver, präventiver Maßnahmen (social welfare approaches) als vordringlich hervorgehoben. Eine enge Zusammenarbeit von Polizei, kommunalen Trägern der Sozialhilfe und Nichtregierungsorganisa-

tionen wird in der Regel als Schlüssel zum Erfolg bewertet. Besonders der Kontext von Einsamkeit und Isolation lädt zu Überlegungen ein, älteren Menschen mehr Instrumente und Möglichkeiten zu erschließen, sich melden, beschweren, sich einbringen zu können. International wird hier auf die wachsende Bedeutung der (vorhandenen oder fehlenden) Internetfähigkeit älterer Menschen hingewiesen, um diese Beteiligung zu ermöglichen. Zusätzlich werden diskutiert: Fortbildung aller im Gesundheitswesen Tätigen zu Anzeichen und Symptomen von Gewalthandlungen sowie ein nationales Meldesystem aller Gewalthandlungen (wie z.B. in England oder Norwegen). Obwohl es in westlichen Industriestaaten Dienste und Stellen gibt, die sich mit der Aufspürung, Verhinderung von oder Schutz vor Gewalt beschäftigen, werden insgesamt nur wenig konkrete Schritte unternommen, um die Prävention gegen Gewalt voranzubringen. (Podnieks 2010)

#### **4. Prävalenzen und andere Daten**

Pflegebedürftige Menschen, insbesondere mit Demenz, gelten in Hinblick auf Vernachlässigung und Misshandlung als besonders gefährdete Gruppe. Diese Personen können sich nur wenig zur Wehr setzen (wenn, dann eher mit Verhaltensstörungen, Hirsch 2005, Sabat 2010), die Wahrscheinlichkeit der Gewaltaufdeckung und Strafverfolgung, besonders im privaten Raum, ist gering, die Tatbegehungsmöglichkeiten sind reichlich vorhanden (Görge 2006). Insgesamt wird mit einer hohen Dunkelziffer sowie mit erheblichen Filter- und Selektionsprozessen bei allen ermittelten Prävalenzzahlen gerechnet. International sind die häufigsten Barrieren, um Hilfe bei Gewalt zu suchen: Kultur, mangelnde Lesefähigkeit, Stigma, Mobilität, soziale Isolation, mangelnde Vertrautheit mit und Zugang zum Internet (Podnieks 2006).

Gewaltsituationen sind zumeist komplexer Natur, weisen zumeist physische, psychische und emotionale Komponenten auf und haben eine Vorgeschichte: die Trennung zwischen Täter und Opfer ist nicht immer leicht (Täter-Opfer-Symbiose). Insgesamt wird es als Herausforderung beschrieben, die Abgrenzung zwischen (noch) notwendiger Hilfeleistung zur Schadensabwendung und (schon) gewalthaftem Übergriff präzise zu ziehen, dies insbesondere bei Maßnahmen der Mobilisierung, der Körperpflege und verordneter therapeutischer Maßnahmen. Dies wird dann schwierig, wenn sowohl das unangemessene Durchführen, als auch das Unterlassen (z.B. der Flüssigkeitszufuhr) nicht annehmbar wären (Graß 2007).

Prävalenzraten in westlichen Industriestaaten schwanken erheblich in den Angaben zwischen 1-10%. In Anlehnung an US-amerikanische Studien geht man in Deutschland von einer Prävalenzrate von 3% aus bei Menschen über 65J (Görge/Greve 2005). Menschen jenseits des 60. Lebensjahrs sind insgesamt deutlich weniger gefährdet, Opfer eines polizeilich registrierten Gewaltdelikts zu werden. Im höheren Erwachsenenalter geht die Belastung im Bereich der registrierten Kriminalität deutlich zurück. Eigentums- und Vermögensdelikte spielen eine größere Rolle, bei denen insbesondere alleinlebende alte Frauen gezielt als Opfer angesteuert werden.

##### *Deutschland und Europa*

Im Rahmen der AdHOC-Studie (aged in home care) wurden Daten zur Gewalt gegen Ältere in 11 europäischen Ländern auf der Basis von Interviews mit den betroffenen Personen erhoben (pro Nation 405 Interviews). Insgesamt berichteten 4,6 % der Befragten von Gewalt / Missbrauch mit den höchsten Fallzahlen für Italien (12,4%) und Deutschland (9,6%). Vorhersagende Faktoren (Prädiktoren) waren: abnehmende kognitive Funktionen, Depressivität, Wahn, Widerstand gegen Pflege, Familienkonflikte, geringer Anteil professioneller Pflege. Vernachlässigung und schlechte persönliche Hygiene gingen eher mit moderater und mittlerer Demenz, Fixierungen eher mit schwerer Demenz einher. 2/3 aller

Personen mit Gewalterfahrungen wiesen eine (nicht notwendigerweise diagnostizierte) Demenz auf, dabei Menschen mit schwerer Demenz mit dem höchsten Anteil an Gewalt im physischen Bereich (Fixierung, Zwangsmaßnahmen). Die Studie bringt den hohen Gewaltanteil in Deutschland in Verbindung mit den strukturellen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. (Cooper 2006)

### *Pflegende Angehörige*

Das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, erhöht sich deutlich, wenn ein Mensch pflegebedürftig und damit abhängig wird – allerdings ist hier die Dunkelziffer besonders hoch, weil diese Delikte nur in Ausnahmefällen polizeikundlich werden. Professionellen ambulanten Diensten käme hier eine Schlüsselstellung für die Aufdeckung von Viktimisierungen zu: allerdings fehlt es hier an verbindlichen Interventionsstrategien, zum anderen besteht ein Konflikt mit der Rolle der ambulant tätigen Pflegekraft im häuslichen Milieu (Angehörige sind die primären Kunden). Bisherige Studien zeigen, dass auch nach Aufdeckung Interventionen nur zögerlich erfolgen und kurzfristig verfügbare Schutzmaßnahmen (vgl. mit Frauenhäusern) für alte Menschen nicht vorhanden sind (siehe weiter unten „Prävention“). Etwa jeder 7. Befragte, der in den letzten fünf Jahren Pflege (im weiteren Sinn) benötigte, berichtet problematisches Verhalten von Pflege- und Unterstützungspersonen (in der überwiegenden Mehrzahl Pflegende Angehörige, Görgen 2010). Hierbei spielen mehrere Faktoren eine Rolle: Die Qualität der prämorbidem Beziehung, die Zunahme von Belastungsfaktoren trotz guter Vorbeziehung, finanzielle Mangellagen sowie die spezifischen Anforderungen in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz (Görgen 2010). Die Komplexe von häuslicher Gewalt (unabhängig von Pflege) und die auftretende Gewalt in Pflegebeziehungen sind dabei auf vielfältige Weise eng miteinander verknüpft (Verstärkung oder Umkehrung bestehender Machtverhältnisse). Entsprechend steigt die Prävalenzrate bei dieser Gruppe Pflegebedürftiger auf etwa 10-11% (Gröning 2010). Für diese Gruppe gilt, dass Gewalt in der Regel von Personen im nahen Umfeld (häufig: Pflegende Angehörige) ausgeübt wird (Sowarka 2002). In der Befragung einer Zufallsstichprobe von Pflegenden Angehörigen (n= 254, Görgen 2010) gaben diese zu 47,6% zu, in den letzten 12 Monaten psychische Misshandlungen vorgenommen zu haben; physische Misshandlungen kamen zu 19,4% vor. In dieser Befragung wurde deutlich, dass Pflegende Angehörige zu einem erheblichen Anteil selber physische und psychische Übergriffe seitens der zu pflegenden Person erdulden mussten.

### *Stationäre Einrichtungen*

In einer deutschen Pilotstudie (Görgen 2001) wurden qualitative Interviews mit 80 Pflegenden aus acht stationären Einrichtungen geführt. 80% gaben an, in den letzten 12 Monaten Misshandlungen oder Vernachlässigungen begangen zu haben. Auch hier stehen verbale Aggression und Vernachlässigung im Mittelpunkt. Die häufigsten Nennungen waren: den Bewohner anschreien, ihn absichtlich ignorieren, den Bewohner zurückweisen, Lagerungen nicht vorzunehmen. Physische Gewalt kam nur im Zusammenhang mit pflegerisch notwendigen Verrichtungen vor. 66% der Befragten gaben an, Zeuge von Gewalt oder Vernachlässigung geworden zu sein. Gewalt und Vernachlässigung weisen signifikante Zusammenhänge mit erfahrener Gewalt durch BewohnerInnen zusammen. Personen, die mehrere Gewalthandlungen bekundeten, wiesen eine hohe Belastung sowie Burnout und eine insgesamt geringe Berufszufriedenheit auf. Sie erleben den physischen Kontakt als belastend, sind angespannt, klagen über Zeitdruck, weisen hohe Krankmeldungsraten auf. Die subjektiven Theorien der Pflegenden bezüglich der Hintergrundursachen von Gewalthandlungen lauten: Personalkürzungen, Arbeitsüberlastung, Persönlichkeitseigenschaften des Pflegenden, die aus Unterfinanzierung herrührenden schlechten Rahmenbedingungen. Die daraus resultierenden Proximalfaktoren lauten: Dinge sehr schnell erledigt



gen zu müssen, die eigene Unzufriedenheit an einem Schwächeren auslassen (Görgen 2001). In diesem Kontext besteht die Gefahr vorschneller Stigmatisierung zur Entlastung, zur Reduktion der Komplexität und zur Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit („der war immer schon gewalttätig und wird es auch bleiben“).

In einer anderen Studie zu Viktimisierungen in der stationären Altenpflege (Görgen 2010, S. 481ff ) wurden 251 leitfadengestützte Interviews in acht Einrichtungen geführt. Als Akteure bekundeten die Befragten zu 19,8%, körperliche Misshandlungen begangen, als Beobachter zu 21%, dieselben beobachtet zu haben. Weitere Daten sind der Tabelle zu entnehmen:

**Tab. 75: Von hauptberuflichen Pflegekräften als Akteure bzw. Beobachter berichtete Verhaltensmuster (81 Interviews in stationären Pflegeeinrichtungen, Hessen, 1999/2000)**

Verhaltensmuster	Interviewte als Akteure	Interviewte als Beobachter
körperliche Misshandlung	16 (19,8%)	17 (21,0%)
psychische Misshandlung/verbale Aggression	30 (37,0%)	46 (56,8%)
missbräuchliche mechanische Freiheitseinschränkung	12 (14,8%)	9 (11,1%)
missbräuchliche medikamentöse Freiheitseinschränkung	10 (12,3%)	17 (21,0%)
pflegerische Vernachlässigung	22 (27,2%)	32 (39,5%)
psychosoziale Vernachlässigung	29 (35,8%)	29 (35,8%)
Paternalismus/Infantilisierung	46 (56,8%)	38 (46,9%)
<b>mindestens eine der Verhaltensweisen 1 bis 7</b>	<b>57 (70,4%)</b>	<b>63 (77,8%)</b>

Zusätzlich zu den bereits benannten Daten fiel in der Studie auf: Gewalt im Kontext der Nachtwachen bedarf besonderer Lösungen, Stuhlinkontinenz überfordert bisweilen die notwendige professionelle Distanz (schamauslösende Situation, die nicht „wieder gut“ gemacht werden kann und mit Gefühlen von Unrecht und Ehrverletzung seitens des Pflegenden einhergeht: Gewalt durch die Pflegeperson als Versuch, die eigene Ehre wiederherzustellen), es gibt erkennbare Tendenzen zur Normalisierung und Legitimierung psychischer Gewalt (auch seitens der Leitungen), eher heimliche Formen der Fixierung (z.B. durch Mobiliar) und viele Hinweise auf paternalistische und infantilisierende Haltungen sowie milden, fürsorglich inspirierten Zwang. Im Konflikt zwischen Freiheit und Sicherheit richtet sich das Handeln Professioneller einseitig am Kriterium Sicherheit aus. Je ungünstiger der Personalschlüssel, je höher der Anteil bettlägeriger, rollstuhlabhängiger und inkontinenter BewohnerInnen, desto höher die Arbeitsbelastung: diese wiederum wird in unmittelbaren Zusammenhang gebracht mit Gewalt und Vernachlässigung.

#### *Ambulante Dienste*

In einer deutschen Studie werden im Rahmen einer postalischen Befragung von Pflegekräften von ambulanten Diensten (n= 503) folgende Daten aus Hannover vorgestellt: 40% der Befragten geben zu, innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen angewandt zu haben. Im Vordergrund stehen Formen psychischer Misshandlung und verbaler Aggression (21,4%) sowie pflegerische (18,8%) und psychosoziale Vernachlässigung (16%). Jeder 10. Befragte gab an, Menschen auf Wunsch von Angehörigen oder auch aus arbeitsökonomischen Gründen einzuschließen. Als Ursache werden die hohe Anzahl zu versorgender Personen mit Demenz und erfahrene Gewalt seitens der Pflegebedürftigen selbst angegeben (Rabold 2007, Zeh 2009). Letzterer Befund wird durch neuere Untersuchungen bestätigt: die unter erheblichem zeitlichen Druck stattfindende Morgenpflege, insbesondere aber das Duschen/Baden gilt als Hauptauslöser aggressiver Vorkommnisse mit Eskalationstendenz (Whall 2010, Alm Vick 2007). Dahinter stehen oft Schmerzen mit einhergehenden Schutzhaltungen, die im Rahmen des vorhandenen Zeitdrucks als Widerstand verkannt werden und die Gewaltspirale auslösen (Sloane 2007).

Die Autoren der Studie (Rabold 2007) geben zu den Ergebnissen zu bedenken, dass der Hinweis auf erfahrene Gewalt, das Einräumen von Gewalttaten erleichtert und verbale/psychische Gewalt eher zugegeben wird als physische Misshandlung (Filter- und Selektionsprozesse). Insgesamt ist daher eher mit einer Unterschätzung des Ausmaßes von Misshandlungen und Vernachlässigung und umgekehrt, mit einer recht weiten Verbreitung von Gewalt zu rechnen. Zu den Pflegenden finden sich noch folgende Angaben: Je älter die Befragten, desto häufiger kommt es in der ambulanten Pflege zu Gewalt. Je dysfunktionaler die Bewältigungsstrategien der Pflegenden (z.B. Alkoholkonsum) und je geringer die vom Pflegenden beurteilte Qualität des Pflegedienstes, desto höher die Wahrscheinlichkeit von Fehlverhalten.

## 5. Ursachen

Alleine zu leben und keine soziale Unterstützung zu haben, bilden die Hauptfaktoren für die Wahrscheinlichkeit von Gewalt in westlichen Industriestaaten, Armut, mangelnde soziale Unterstützung und Fehlen von staatlicher Unterstützung die Hauptfaktoren in Entwicklungsländern. In der Regel sind es vielfältige Faktoren, die zur Gewalt/Vernachlässigung führen: Isolation, Depressivität, psychische Erkrankungen, kognitive Beeinträchtigung und Demenz, Alkoholkonsum, Familienkonflikte und komplexe Abhängigkeitsverhältnisse sowie altersfeindliche Einstellungen (Agism) (z.B. Cooper 2006).

Bezüglich der Ursachen von Gewalt in der häuslichen Pflege wird in der Regel zunächst Überforderung und Überlastung von im Grundsatz gutwilligen Pflegenden (primär Angehörigen) diskutiert (Görgen/Greve 2005). Des Weiteren werden biographische Verstrickungen genannt, die in Gefühlen von Abhängigkeit, Ausgeliefertsein, Rollengefangenschaft und Rollenüberlastung der Pflegenden Angehörigen münden. Die Pflege alter Eltern stellt sich als Entscheidung heraus, deren Tragweite und Auswirkungen man nicht überblicken konnte. Eine negative Beziehungsentwicklung im Kontext der Pflege/seit Beginn der Pflege gilt als wichtiger Prädiktor von Gewalthandlungen (Görgen 2010). Daher werden in diesem Kontext zugehende Maßnahmen diskutiert. - Hinzu kommen komplexe Formen materieller Abhängigkeit voneinander sowie die Besonderheiten des Tochter-Eltern Verhältnisses (fehlende filiale Reife, zwanghafte Wiederholung von Grundkonflikten, dysfunktionale familiäre Strategien: Vogel 2010, Ugolini 2010) (wenig „Gewinn“ bei der Pflege, z.B. Conde-Sala 2010, Liew 2009, Braun 2009, Gonyea 2008).

Professionell Pflegende geben an, dass eine der Hauptursachen für die eigene Gewalt die erfahrene Gewalt seitens der Pflegebedürftigen sei. Weiterhin werden diskutiert: die mit der Pflege verbundene Belastung (siehe weiter unten) und Burnout, Persönlichkeitsmerkmale des Pflegenden (schwach ausgeprägtes Einfühlungsvermögen, Persönlichkeitsstörungen, Minderwertigkeitsgefühle und Geltungsdrang, unbearbeitete Autoritätskonflikte und Übertragungen auf Ältere) einhergehend mit einem schlechten Coping (z.B. Alkohol), bestimmte Formen negativer Gruppendynamik in Institutionen (Subkulturen, die Missbrauch dulden), die mit dem Machtunterschied in Institutionen verbundene Dialektik von Macht und Machtlosigkeit sowie mangelnde Fremd- und Selbstkontrolle (Görgen 2001). Es wird eine Gewaltspirale aus Überforderung, Stress, Belastung und Regression (im Sinne von elementaren Formen der Selbstbehauptung) angenommen. -

Wenig Beachtung fanden bislang systemische und strukturelle Betrachtungen zur Ursächlichkeit von Gewalt in Heimen:

- Dies betrifft zum einen die Gewalt zwischen HeimbewohnerInnen, die einander fremd sind, einander ablehnen, einander misstrauen oder übel beleumunden. Erste Untersuchungen lassen vermuten, dass 10% aller HeimbewohnerInnen wöchentlich verbalen oder physischen Gewaltattacken anderer BewohnerInnen ausgesetzt sind (Rosen 2008), insbesondere dann, wenn sie kognitiv beeinträchtigt sind (Shinoda-Tagawa 2004). Neuere Untersuchungen lassen weit höhere Prävalenzraten (20%) von Gewalt gegen BewohnerInnen durch BewohnerInnen vermuten: ursächlich wird das erzwungene Zusammenleben von einander

Fremden auf engem Raum angenommen. Diese Vorkommnisse bewirken ein geringeres Wohlbefinden und gehen einher mit Depressivität, Ängsten, sozialer Einsamkeit (Trompetter 2011).

- Zum anderen betrifft die geringe Beachtung systemischer Faktoren die institutionellen Bedingungsverhältnisse, die Menschen zu Sachen verdinglichen (z.B. der neurotisierende Zwang, aufgrund der Vorgaben des MDK jedem Bewohner 1500 ml einflößen zu müssen, sonst droht die Sonde oder Infusion), Gewalt als Sachzwang rechtfertigen (z.B. bei der Verabreichung von Medikamenten oder dem Zwang, Bewohner jeden Tag umfänglich zu waschen – da sonst die ‚Leistung‘ nicht erbracht wurde) und BewohnerInnen eine Anstaltsidentität aufzwingen (sichtbar an schnell eintretenden Hospitalisierungen, z.B. trotz anderer Lebensrhythmen schon nach kurzem Heimaufenthalt früh ins Bett gehen zu wollen; Gröning 2010). Eine auf Milliliter und Kilogramm fixierte Sprache der Funktionalität blendet psychosoziale Wahrnehmungen aus und lässt keinen Raum für Gefühlsarbeit. Das Augenmerk auf das Funktionale und Risiken verdichtet sich in anderen Wahrnehmungsmodi der Pflegenden: wer einen Verdacht auf Schluckgefährdung aufweist, erhält nur noch passierte Kost, bei sensorischer Unterstimulierung erfolgt das Glöckchen am Bett – die damit verbundene Beziehungs- und Gefühlsarbeit wird weitgehend unterlassen. Risiken zu vermeiden wird wichtiger, als Beziehungen aufzubauen.

Neuere Untersuchungen legen einen Zusammenhang zwischen Burnout und Gewalt nahe (Shinan-Altman 2009): Je größer die emotionale Erschöpfung, die Depersonalisierung zusammen mit geringen Erfolgserlebnissen, einhergehend mit moralischem Stress (Unfähigkeit, das als richtig Erkannte zu tun), desto unzufriedener sind Professionell Pflegende und desto eher kommt es zu Misshandlungen. Insbesondere wächst die Bereitschaft, Gewalthandlungen anderer stillschweigend hinzunehmen (und der Leitungen, dies als unvermeidliche „Entlastungen“ der MitarbeiterInnen zu dulden: Hauptsache, die Leute funktionieren, „schaffen was weg“). So gibt es Berichte über gewalttätige Nachtwachen, deren Verbleib hingenommen wird, um den Tagdienst nicht mit Nachtwachen zusätzlich zu belasten. Arbeitsbezogene Stressoren und Burnout erzeugen Misshandlungen als billigend in Kauf nehmende Haltungen. Dies gilt besonders dann, wenn Wünsche, Anliegen und Bedürfnisse zu Tage treten, die mit der (angestregten) Ablauforganisation nicht kompatibel sind (Sormunen 2007, Görge 2001). Mangelnde Kompetenzen der Leitungen, Führungsdefizite sowie unklare Aufgabenverteilung und Mängel in der Organisation werden in der Literatur häufig genannt.

Interessant in diesem Zusammenhang ist das Ergebnis einer israelischen Studie, nach der mit dem Ausmaß des kulturellen Abstandes der MigrantInnen (in der Pflege) die Bereitschaft, für westliche Verhältnisse unangemessene Gewaltanwendung zu bejahen, zunimmt. Im Umgang mit herausforderndem Verhalten fanden es Haushaltshilfen eher als alte Menschen und deren Angehörige akzeptabel, alte Menschen einzuschließen, sie von Familienfeiern fernzuhalten, sie anzuschreien, die Puppe wegzunehmen, auf wiederholte Fragen nicht zu antworten und sie zum Essen zu zwingen (Ayalon 2010). Weiter wenig beachtete Zusammenhänge betreffen den enormen Druck, unter dem Professionell Pflegende arbeiten, die Priorisierung funktionaler, oft beziehungsfeindlicher Aufgaben, z.B. der Zwang „ordentliche Leiber“ herzustellen (lounge-standard-resident), da Pflegende an diesem „Produkt“ gemessen werden, dies einhergehend mit einer auf Effizienz ausgerichteten Ökonomisierung aller Beziehungen (Zweck-Mittel Umkehrungen), Beschleunigung aller Vorgänge (Rosa 2004) und dem Zwang, zu allem ein freundliches Gesicht aufzusetzen (Designeremotionalität oder Höflichkeitsstigma) (Ward 2008, Graß 2007). Geringe Personalausstattungen gehen mit einer erhöhten Gabe von Psychopharmaka einher, resultieren in vermehrter Agitiertheit der HeimbewohnerInnen und führen zu „crowding-out“ Prozessen engagierter MitarbeiterInnen und deren beschleunigter Neurotisierung bzw. psychischer Erkrankung (Testad 2010). Insgesamt kann man diese Überlegungen zusammenfassen in der These, dass die negative und ausschließlich problembezogene Sichtweise von pflegebedürftigen Menschen in Heimen zusammen mit einem verrichtungsorientierten Pflege-

verständnis, die den Finanzierungssystemen in den meisten westlichen Industriestaaten zugrunde liegen, ein beachtliches gewaltförderndes Potential enthalten (Dörner 1996, zitiert nach Gröning 2010). Es besteht die Gefahr, die Optimierung der Arbeitsorganisation mit einer zunehmenden Verrohung der Umgangsweisen zu erkaufen: gängige Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung decken dies kaum auf, da sie sich ausschließlich an Dokumenten orientieren (so bleibt die Supervisoren und Teamberatern oft unter dem Siegel der Verschwiegenheit zugestandene Praxis, neben offiziell ausgehängten Dienstplänen heimliche Dienstpläne mit wesentlich geringerer Personalausstattung zu führen, von den Aufsichtsbehörden weitgehend unbemerkt). In nahezu allen westlichen Industriestaaten (vielleicht mit Ausnahme Norwegens und Dänemarks) wird mit einer Zuspitzung beruflicher Belastungen, einem Absenken des Qualifikationsniveaus und einem Absinken der Pflege- und Versorgungsqualität gerechnet: die Nichterfüllung von Standards wird zum flächendeckenden Regelfall, der – obwohl skandalisiert – unvermeidlicher und ewig reproduzierter Aspekt der organisationalen, finanziellen und politisch gewollten Systemzusammenhänge bildet (Vernoij-Dassen 2009). Eben dies nennt man – zusammenfassend – strukturelle Gewalt.

## 6. Prävention

Insgesamt wird im Feld der Prävention und Intervention unterschieden zwischen unterstützenden, entlastenden und beratenden Maßnahmen einerseits (im Hinblick auf Viktimisierungen durch prinzipiell gutwillige Pflegende) und kontrollierenden und sichernden Maßnahmen andererseits (in Fällen einer nicht nur kurzfristig und situativ auftretenden Schädigungsabsicht).

Eine Analyse vorhandener Hilfe- und Unterstützungsstrukturen in der BRD kommt zu folgenden Befunden (Görgen 2010):

- Betroffene und ExpertInnen berichten von einem „Dschungel“ unterschiedlicher Ansprüche, Leistungen und Ansprechpartner. Oft sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeit kaum zu klären.
- Viele Unterstützungsangebote weisen eine „Komm-Struktur“ auf und sind daher für viele Betroffene gar nicht oder kaum zugänglich.
- Neben Polizei und Justiz (sehr hochschwellig) sind kaum niederschwellige Angebote für diesen Themenkreis erkennbar.
- Selbst bei Bekannt werden von Gewalt scheitern wirksame Interventionen oft an der mangelnden Auskunftsfähigkeit bzw. -bereitschaft der Opfer; zudem treten Kommunikationsmängel innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationen und Institutionen auf, langwierige Verfahrenswege sowie ungeklärte Zuständigkeiten. In der Regel bestehen die Gewaltsituationen dann unverändert fort.
- Schlägt ein Interventionsversuch (z.B. durch den ambulanten Dienst) fehl, wird er in der Regel nicht weiterverfolgt und werden andere Akteure nicht einbezogen. Es fehlt den Organisationen/Institutionen in diesem Fall an einem „Fahrplan“ für das weitere Vorgehen. Auch Vormundschaftsgerichte oder Pflegekassen werden häufig nicht bzw. sehr spät tätig und erste Versuche von Interventionen verlaufen in vielen Fällen schnell im Sande. Sehr oft enden Anzeigen mit der Einstellung der polizeilichen Ermittlungen (Görgen 2010).
- Anhand vieler Falldarstellungen konnte erwiesen werden, dass Informationen über Viktimisierungen sowie über den Fallverlauf sowohl organisationsintern als auch zwischen den beteiligten Institutionen nicht zuverlässig an weitere Personen weitergeleitet wurden. Auch wenn die Weiterleitung erfolgte, wurden die Berichte häufig nicht weiterverfolgt oder berücksichtigt.
- Wer keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt, hat kaum Aussicht auf Schutzmassnahmen, zugehende Angebote oder Zugang zu Beratungsleis-

tungen. Vorhandene Schutzmaßnahmen (Frauenhäuser) sind nicht auf pflegebedürftige Personen vorbereitet.

- In vielen Fällen lässt sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit annehmen, dass verzögerte Interventionen wesentlich zum frühzeitigen Tod des Betroffenen beigetragen haben. Strafrechtliche Verfolgungen erfolgten in keinem der untersuchten Fälle Görge (2010 S. 468): „Die Vermutung liegt nahe, dass dies bei Betroffenen anderer Altersgruppen anders wäre. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass bisweilen vor dem Hintergrund des Alters und der Pflegebedürftigkeit der Opfer deren Tod als ‚im natürlichen Lauf der Dinge liegend‘ wahrgenommen wird, Fragen nach der Todesursache aufgrund des Alters als nicht mehr relevant erscheinen...“.
- Die Dominanz des Deutungsmusters „Gewalt als Überlastungsreaktion“ führt dazu, eher die Täter zu entlasten als den Opfern wirksam Schutz zu gewähren. Die Politik des „ambulant vor stationär“ trägt dazu bei, Pflegenden Angehörige vorwegnehmend zu entschuldigen und der Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation in jedem Fall Vorrang einzuräumen. Die Interventionslösung - Entlastung durch ambulante Pflege - greift aber immer dann nicht, wenn verfestigte Konflikt- und Machtstrukturen in der Beziehung zwischen Tätern und Opfern vorliegen. Noch einmal Görge: „das Deutungsmuster Belastung schränkt möglicherweise die Wahrnehmung manifester und kontinuierlicher Gewaltmuster ein und (lässt) somit andere Möglichkeiten der Beendigung einer Viktimierungssituation (z.B. durch Opferschutz, Anm. CMH) aus dem Blick geraten.“ (S. 469)

Zentrale Handlungsstrategien werden für den Gesamtbereich „Gewalt und Vernachlässigung älterer Menschen“ auf mehreren Ebenen angesiedelt:

1. Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung über Opferwerdung Älterer, Indikatoren für Viktimisierungen und Hilferessourcen,
2. Vernetzung und Kooperation sowie Integration der Thematik in die Arbeit von Institutionen und Professionen mit dem Ziel einer institutions- und professionsübergreifender Bearbeitung von Vorkommnissen,
3. Beratung, Unterstützung und Hilfe, welche die Opfer stärken und Möglichkeiten, sich zu melden und zu wehren aufzeigen,
4. Kontrolle durch rechtliche Mittel: Straf- und Familienrecht
5. Gesetzgebung

Gewalt im persönlichen Nahraum – oft, aber nicht immer unabhängig von Pflege – erfordert in vielerlei Hinsicht ein Vorgehen, das den Besonderheiten des Lebensraumes alter Menschen gerecht wird und nicht auf den Bereich Pflege verkürzt werden darf. Alte Menschen in Partnerschaften oder im Kontext von Pflege nehmen Hilfen von außen nur sehr zögerlich an: sie fürchten sich vor Stigmatisierung und Scham, befürchten Repressalien durch den Gewalttäter, dem sie in der Regel weiter ausgesetzt sind (weil die Verfahrenswege lang sind und oft zu nichts führen), schrecken vor den Folgekosten zurück (neue Wohnung, Heimeinzug ohne Pflegestufe), befürchten den Verlust eines vertrauten Wohnumfeldes, wollen sich oft vom Gewalttäter auch nicht trennen und fühlen sich auch nach der Gewalt weiterhin verantwortlich für den Täter. Zudem treffen sie auf eine Infrastruktur, die sich primär an jüngeren und Menschen im mittleren Erwachsenenalter ausrichtet: vorliegende Opfergruppe wird aus dem Selbstverständnis einschlägiger Institutionen (Frauenhäuser, aber auch Familienrecht) weitgehend ausgeblendet. Verschiedene Ansätze werden diskutiert:

1. Das Thema „elder abuse“ im öffentlichen Bewusstsein verankern, ähnlich wie Gewalt gegen Frauen oder Missbrauch von Kindern.
2. Bestimmte Berufsgruppen für die Wahrnehmung von Viktimisierungszeichen sensibilisieren: hier ist besonders an die Ärzte als Frühwarner zu denken. Bisherige Erfahrungen im Ausland (z.B. Australien) lassen diesbezüglich aber wenig hoffen. Oft werden die Opfer vom Täter im Nahraum kontrolliert und limitiert bis in den Arzttraum hinein. - Des Weiteren ist an Pflegenden aus dem ambulanten Bereich zu denken. Diese sind zumeist überfordert, Viktimisierungszeichen zu erkennen und zögerlich, sich in private Angelegenheiten einzumischen. Dennoch sieht man hier am ehesten Chancen, durch Fortbildungen sowie organisationsintern verbindlich geregelte Meldepflichten Gewalt aufzudecken. – Für Mitarbeiter des Opferschutzes spielt häusliche Gewalt unabhängig von Pflege eine bislang marginale Rolle (siehe unten).
3. Auf dieses Thema fokussierte, eigenständige Beratungsangebote haben sich nicht bewährt, weil sich in diesem Fall Gewaltopfer als solche definieren müssen und Stigmatisierung befürchten. Statt dessen werden eher niederschwellige Beratungen empfohlen, deren MitarbeiterInnen für diese Thematik hinreichend sensibilisiert und mit weiteren Beratungsstellen vernetzt sind. Empfohlen wird ein leicht zugängliches, niederschwelliges Angebot für Beratung in Krisen, möglichst offen zu Fragen und Problemen im Zusammenhang mit Alter und Pflege. Diese Angebote könnten durch eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sein. Die auf dieser Basis erfolgende Beratung sollte nicht projekt-, sondern regelfinanziert erfolgen, um eine dauerhafte Sicherstellung dieses Angebotes zu gewährleisten (Görgen 2010).
4. Die Trennung vom Partner ist für ältere Frauen oft keine Option. Hier gilt es Formen der Begleitung und Stärkung der Frauen zu finden, die nicht auf Trennung zielen. Solche „akkommodativen“ Anpassungsstile (sich in schwierigen Verhältnissen behaupten ohne sie zu verlassen) erfordern neue Ansätze in der Beratung: genannt werden Selbsthilfegruppen und „victim-advocacy-Ansätze“, bei denen Opfer begleitet, beraten und gestärkt werden in der Auseinandersetzung mit dem gewalttätigen Partner (z.B. durch Hausbesuche von Mitgliedern der advocacy, bei denen Gewaltvorkommnisse thematisiert und Maßnahmen besprochen werden). Abschließend bedarf es der Kooperation zwischen Einrichtungen des Opferschutzes, der Frauenhäuser und der Altenhilfe sowie kurzfristig greifender finanzieller Regelungen staatlicherseits, um bei akuten Gefahrenlagen Unterbringungsmöglichkeiten für Gewaltopfer auch unabhängig von Pflegestufen bereitzustellen (elder abuse shelters, Harry&Jeanette Weinberg Center for the Prevention of Elder Abuse, Görgen 2010 S. 549).
5. Institutionen aus dem Bereich „häusliche Gewalt“ haben eher jüngere Familien und Kinder im Blick; zudem sind sie nicht mit Institutionen der Altenhilfe vernetzt. Die Vernetzung beider Felder bedarf dringend eines verbindlichen kooperativen Rahmens. Beide Felder weisen bislang sprachliche und begriffliche Differenzen auf, werden anders organisiert und finanziert, haben unterschiedliche Problemdefinitionen und Interventionsansätze, haben unterschiedliche medizinische Bedürfnisse im Blick (Akutmedizin vs. Multimorbidität und Multichronizität).

Zusammen mit der Gewalt im Nahraum der Partnerschaft ist die Gewalt und Vernachlässigung im häuslichen Pflegebereich (durch Angehörige und Professionelle) vermehrt ins Blickfeld geraten. Eine schlechte prämorbid Beziehung zusammen mit einem unreflektierten „Familismus“ (Losada 2010: aus reiner Verpflichtung die Pflege übernehmen) wirkt sich Risiko erhöhend auf die Beziehungen aus, wenn die Verantwortung für die Pflege unreflektiert und unberaten übernommen wird. Die eingangs erwähnte Ambivalenz und Widersprüchlichkeit der Pflegeübernahme begünstigt eine „Gewaltaffinität der Pflege“ (Görgen 2010, S. 556), „die sich ... ergibt aus der Kombination von unvermeidbarer physischer

Nähe, Machtunterschieden, Leiden und Belastungen und eingeschränkter Rationalität der Akteure.“ Verlässliche quantitative Daten sind hier nicht zu erwarten, eher marginale Einblicke in ein Dunkelfeld. Je nach Einsichtsfähigkeit des pflegenden Angehörigen und seiner/ihrer Intention (zu schädigen oder zu sorgen/sichern) muss hier zwischen beratend-unterstützenden und kontrollierend-sichernden Maßnahmen unterschieden werden. Im Falle dementiell veränderter Personen können diese kaum unmittelbar erreicht werden bzw. sich eigenständig melden. Der Zugang zu den Gefährdeten erfolgt in der Regel eben über die Personen (Dritte), von denen die Schädigung ausgeht. Daher gilt es, Prävention in diesem Feld gesellschaftlich breit zu verankern und „andere Dritte“ zu finden (Nachbarn, andere Angehörige, Ärzte) bzw. den Schädigenden auf eine Art und Weise anzusprechen und zu beraten, die der Schwere des Problems gerecht wird und zugleich eine allzu schwere Kränkung vermeidet. Folgende Möglichkeiten werden diskutiert:

1. Beratung, Unterstützung, Entlastung: Aufklärung und Beratung sollte VOR Übernahme der Pflege erfolgen, insbesondere bei einem zu versorgenden Menschen mit Demenz. Beratung darf nicht erst dann greifen, wenn die Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist. In Fällen von bestehenden konflikthaften Beziehungsproblemen müsste von der Übernahme der Pflege nachhaltig abgeraten werden. In allen Pflegekursen sollten Deeskalationsstrategien unterrichtet und praktisch erprobt werden. Hausbesuche (Einstufungen, Begutachtungen, Beratungen) könnten dazu genutzt werden, verstärkt auf solche Angebote hinzuweisen, gegebenenfalls verpflichtend zu machen bei Leistungsbezug; im Bedarfsfall sollte es weitere zugehende und auch kontrollierende Hausbesuche geben. Pflegestützpunkte bilden einen möglichen Ansatz: Die tatsächliche Verengung auf leistungsrechtliche Beratung sowie die ungenügende personelle Ausstattung lassen daran zweifeln, dass es hier zu einer frühzeitig greifenden, flächendeckenden und unabhängig von ökonomischen Interessen erfolgenden Beratung kommt. Erfolg versprechend dagegen erscheinen die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz (Be-Ko), in der lokale Angebote mit zentralen Diensten koordiniert und auch zugehende Einzelfallberatungen durchgeführt werden. In Bezug auf spezifische Krisendienste werden anonyme telefonische Beratungsangebote empfohlen nach dem Vorbild von Elder Abuse Response Helpline der britischen „Action on Elder Abuse“. Beratungsdienste – z.B. die Pflegestützpunkte oder die Be-Ko-Stellen - könnten im Bedarfsfall an diese Dienste verweisen.
2. Frühzeitige Identifikation und Intervention: Wie bereits ausgeführt, sind Ärzte und Pflegedienste schlecht aufgestellt, Viktimisierungen zu erkennen und ihnen nachzugehen. Schulungen, insbesondere aber die Integration dieser Themen in Aus- und Fortbildungen sowie klare innerbetriebliche Verhaltensregeln bei Vorkommnissen könnten zur Sensibilisierung beitragen. Vergleichbares gälte für Pflegekassen, die nach Bekannt werden von Vorkommnissen zu zeitnahe Eingreifen verpflichtet werden sollten. Anzeige- und Meldepflichten von Gesundheitsberufen werden kritisch gesehen: dies untergrabe das Vertrauensverhältnis zum Arzt und lasse das Opfer eine frühzeitige Heimeinweisung befürchten.
3. Vernetzung: Die aufgezeigten Befunde lassen eine enge Kooperation und Kommunikation von Beteiligten Institutionen dringend angeraten erscheinen: Verfahrenswege müssen kurz, Zuständigkeiten klar sein und zeitnah greifende Schutzmassnahmen zur Verfügung stehen, um einer weiteren Traumatisierung entgegen zu wirken. „Die Notwendigkeit interdisziplinären und institutionsübergreifenden Handelns ergibt sich im Wesentlichen aus der Komplexität einschlägiger Fälle und der Vielzahl daran beteiligter... Akteure, der Breite des Problemspektrums... sowie dem prononcierten Doppelcharakter von *elder abuse* als soziales und strafrechtliches Problem.“ (Görge 2010 S. 570)

4. Polizei: Polizei und Justiz werden in Fällen von Vernachlässigung und Gewalt im Pflegebereich (häuslich oder stationär) bislang eher selten und mit geringen Erfolgsaussichten herangezogen. Für die Polizei ergibt sich in der Regel eine schwierige Ermittlungssituation, da die Opfer schlecht befragbar, die Gewaltfolgen oft schwer von den Erkrankungen unterscheidbar sind und der Nachweis der Verantwortlichkeit sich zumeist schwierig gestaltet. Gewalt in der Pflege ist für die Polizei ein neues Thema, ähnlich wie es Gewalt in der Ehe und gegen Kinder einmal waren. – In Bezug auf die Justiz werden lange Bearbeitungszeiten beklagt, die vor dem Hintergrund der Hochaltrigkeit und Gefährdung hilfsbedürftiger und abhängiger älterer Menschen nicht hinnehmbar sind. Görgen empfiehlt eine gesetzliche Gewährleistung auf gewaltfreie Pflege vergleichbar mit dem Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung. – Polizei und Justiz bedürfen nicht nur der Schulungen, sondern klarer Verfahrensregeln, darunter auch zur Kooperation mit Akteuren von Beratungsdiensten, der Altenhilfe und des Opferschutzes.
5. Familienrechtliche Interventionen: Für alte Menschen als „systematisch Schwächere“ bedarf es eines mit Kindern und Jugendlichen vergleichbaren Gewaltschutzes: Eingriffsmöglichkeiten unterhalb der Schwelle strafrechtlicher Interventionen. Im Fall einer akuten Gefährdung sollte es die Möglichkeit geben, dass zuständige Behörden die Person „in Obhut“ nehmen, auch ohne richterlichen Beschluss (der dann post hoc nachgeholt werden muss). Die Zuständigkeit läge beim Familiengericht, das u. U. die Fortsetzung der häuslichen Pflege unter Auflagen (regelmäßige, zugehende Kontrollbesuche, ärztliche Untersuchungen) erlauben kann. Insgesamt geht es aber nicht darum, Instrumente der Kinder- und Jugendhilfe 1:1 auf die häusliche Pflege zu übertragen, sondern die Kombination von Erwachsenenstatus und Pflegebedürftigkeit zum Kriterium zu machen (Vulnerabilität).

Gänge Empfehlungen für den Kontext der professionellen, insbesondere der stationären Pflege lauten:

1. Belastungen der Pflegenden reduzieren
2. Qualitative und quantitative Optimierung der Personalausstattung
3. Gestörte Persönlichkeiten aus dem Arbeitsfeld heraushalten durch sorgfältige Auswahl des Personals (uk: protection of vulnerable adults scheme/ POVA)
4. Subkulturelle Erscheinungen durch Offenheit und Transparenz verhindern
5. Mitwirkungsmöglichkeiten von BewohnerInnen und Angehörigen stärken (z.B. durch Ombudsleute (USA) oder Fürsprecher (advocacy service, uk) bzw. Beschwerdestellen (München))
6. Die äußere und innere Kontrolle stärken (Görgen, download)
7. Offenheit, Transparenz und Einbindung der Einrichtung in das soziale Umfeld
8. Trainingsprogramme mit Wissensvermittlung und Gewaltprävention
9. Supervision als verpflichtender Regelfall für alle Bereiche.

Zu 3 wird ausgeführt, dass Altenpflege einen zunehmend unattraktiven Beruf darstellt, der u. U. Personen anlockt, die in anderen Berufsfeldern nicht zum Zuge gekommen sind („Technikflüchtlinge“). Eine zunehmende Ökonomisierung dieses Arbeitsfeldes bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel wird diese Tendenz verstärken. Stresstheorien zeigen, dass Professionelle, die beständig Stress ausgesetzt sind, vermehrt der Burnout-Gefahr unterliegen mit einer schleichend manifesten Traumatisierungstendenz. In Ermangelung von Ressourcen zur therapeutischen Bearbeitung dieser Erfahrungen ist mit einem zunehmenden Ausagieren der Traumatisierung beim Klienten zu rechnen (Jenuß 2009).

Zu 8 werden in der Literatur „anger/aggression-management“ Trainings empfohlen mit einer Kombination von Entspannungstechniken, Situationsanalysen und Einüben alternativer Sicht- und Verhaltensweisen. Gelernt wird, nicht auf die Kränkungserfahrung zu fokus-



sieren, sondern statt dessen den Handlungssinn für den übergriffigen Klienten /Bewohner zu rekonstruieren und damit das Gewicht auf das Verstehen des Zustandekommens der Situation zu richten (Narevic 2011).

Der Umgang mit aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger inklusive dem Training von De- eskalationsstrategien gehöre zum Grundbestand der Ausbildung in der Pflege (Görgen 2010).

Methoden der Qualitätssicherung werden insgesamt eine geringe Wirksamkeit nachge- sagt, führen sie doch eher zu sozialen und technischen Beschleunigungen und Scheinbe- wältigungen, ohne die eigentlichen Ursachen der Gewalt zu berühren (Gröning 2004 spricht hier von der „institutionellen Anomie“: Spannung zwischen den offiziellen Zielen und dem technischen Organisationszwang, zwischen der Lebenswelt und der formalen Organisation).

Für Nahraum und Pflege gelten übergreifende strukturelle Empfehlungen: institutionsübergreifendes Arbeiten, insbesondere zwischen den Akteuren des Gesund- heitswesens (insbesondere der Altenhilfe), der kommunalen und freigemeinnützigen Bera- tungs- und Kriseninterventionsstrukturen sowie der Polizei und Justiz. Weiterhin: Integra- tion des Themas in bestehende Strukturen, Einbindung von MultiplikatorInnen, Zielgrup- penansprache über ein breites Themenspektrum (Görgen 2005a).

Ziel ist es, im Gesundheitswesen und bei psychosozialen Professionen Problembewusst- sein, Problemwissen und Kompetenzen im Feld von „elder abuse“ zu verbessern. Neben Sensibilisierung- und Vernetzungsaufgaben tritt auch die Notwendigkeit von wirksamen Schutzmaßnahmen in akuten Bedrohungssituationen. Dafür bestehen bislang keine leis- tungsrechtlichen Rahmenbedingungen. (Görgen 2010)

## **7. Fazit**

Insgesamt zeichnen sich das ganze Themenfeld übergreifend, folgende Schlussfolgerun- gen ab:

1. Gewalt und Vernachlässigung alter Menschen kommt nicht nur in Einzelfällen vor, sondern stellt ein breit gefächertes gesellschaftliches Thema dar, das eng mit dem demographischen Wandel verknüpft ist. Dies lässt befürchten, dass das Ausmaß der Gewalt gegen alte Menschen weiter zunehmen wird. Verdeckt wird schon über die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid diskutiert. Kein Randphänomen mehr ist die Diskriminierung aufgrund des Lebensalters.
2. Gewalt und Vernachlässigung im vierten Lebensalter ist nicht auf das Thema Pflege zu reduzieren und betrifft zunächst die Beziehungsdynamik zwischen Partnern und zwischen Familienmitgliedern (dauerhaft verfestigte Gewaltkonstellationen). Hier gilt es, ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Ächtung der Gewalt gegen ältere Menschen zu schaffen.
3. Pflege verschärft diese Dynamiken und lässt Familien an ihre Belastungsgrenzen stoßen. Partner wie erwachsene Kinder lassen sich mit der Übernahme der Pflege oft genug auf ein Lebensrisiko ein, dessen Folgen sie nicht überblicken können. Die nicht selten finanziell bedingte Motivation zur Übernahme der Pflege geht deutlich mit vermehrter Vernachlässigung und Gewalt einher. „Ambulant vor stationär“ darf nur eine Option unter vielen sein; wichtig erscheint eine umfängliche verpflichtende Beratung vor Übernahme der Pflege durch Angehörige.
4. Offensichtlich kommt es in der häuslichen und professionellen Versorgung alter Menschen immer wieder dazu, dass Personen privat oder beruflich in diesem Feld tätig werden, die aufgrund ihrer Persönlichkeit wenig geeignet für diese Aufgabe sind. Wachsender Personalmangel führt dazu, dass Einrichtungen es kaum noch

wagen, sich von offensichtlich ungeeigneten MitarbeiterInnen zu trennen. Dringend bedarf es Maßnahmen, die Attraktivität dieses Berufsfeldes zu steigern.

5. Vorhandene Regelungen und Institutionen des Staates (von der Beratung bis zur Polizei) sind bezüglich der Prävention aber auch der Strafverfolgung schlecht aufgestellt und wenig vernetzt. Es fehlt weitgehend an wirksamen Maßnahmen und gesetzlichen Grundlagen zum Opferschutz.
6. Die gesetzlichen, finanziellen und versicherungsbezogenen Rahmenbedingungen tragen erheblich zu strukturell bedingter Gewalt bei. In vielfältiger Hinsicht produzieren diese Bedingungen Zwänge und Verhältnisse, die Gewalt und Vernachlässigung begünstigen. Primär sind dies Folgen einer industriellen Bewältigung von Pflegebedürftigkeit zusammen mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens (vgl. Kapitel „Ursachen“). Aufgrund ökonomischer und technokratischer Zwänge, die als gegeben zu wenig hinterfragt werden, dürfte sich die Situation weiter zuspitzen.
7. Dass Menschen mit Demenz die primäre Opfergruppe bilden (höchstes Gefährdungspotential, Thoma 2004), offenbart, wie wenig vorhandene Strukturen der Pflege und Versorgung dieser Population gerecht wird. Bisherige Strategien der Qualitätsentwicklung und der Qualitätsprüfung durch den MDK stellen sich weitgehend als symbolische Scheinbewältigungen heraus und tragen eher zu einer Fehlsteuerung der Ressourcen in Richtung Funktionalität und Bürokratisierung bei. Offensichtlich bedürfen Einrichtungen der Altenhilfe einer anderen Form des Lernens und der Entwicklung.

## Literatur

- Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2007) Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(9), 862-867
- Ayalon L (2010) The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. *Aging & Mental Health* 14(4) 411-415
- Braun M, Scholz U, Bailey B, Perren S, Hornung R, Martin M (2009) Dementia Caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging & Mental Health* 13(3) 426-436
- Bredthauer D, Becker C (2005) Factors relating to the use of restraints in psychogeriatric care: a paradigm for the elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(1) 10-18
- Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turro-Garriga O, Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S (2010) Quality of Life of Patients with Alzheimer's Disease: Differential Perceptions between Spouse and Adult Child Caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 97-108
- Cooper C, Katona C et al (2006) Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14(6) 489-497
- Gonyea JG et al (2008) Adult daughters and aging mothers: the role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging & Mental Health* 12(5) 559-567
- Goergen T (kein Veröffentlichungsdatum), Gewalt gegen ältere Menschen im stationären Bereich, heruntergeladen von: [www.bibb.de/redaktion/altenpflege.../pdfs/gewalt\\_03.pdf](http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege.../pdfs/gewalt_03.pdf)
- Goergen T (2001) Stress, conflict, elder abuse and neglect in German Nursing Homes: A pilot study among professional caregivers. 13, 1-26
- Goergen T, Kreuzer A, Naegele B, Krause S (2002) Gewalt gegen Älter im persönlichen Nahraum, Kohlhammer Verlag
- Görge T, Greve W (2005) Gewalt gegen alte Menschen – Stand der Forschung. In: Landespräventionsrat NRW (Hrsg) 53-72
- Görge T, Nägele B (2005a) Nahraumgewalt gegen alte Menschen. Folgerungen aus der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojekts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(1) 4-9
- Görge T, Greve W (2006) Alter ist kein Risikofaktor an sich. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Heitmeyer W, Schröttle M (Hrsg) Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. Schriftenreihe Bd. 563, Bundeszentrale für politische Bildung, S. 144-163
- Görge T (Hrsg) (2010) Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitätserfahrungen im Leben alter Menschen. Verlag für Polizeiwissenschaft
- Graß H, Walentich G, Rothschild MA (2007) Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. *Rechtmedizin* 17(6) 367-371
- Gröning K, (2000) Über Gewalt in der Pflege. *Neue Praxis* 30(6) 587-597
- Gröning K, Kunstmann A-C, Rensing E, Röwekamp B (Hrsg) (2004) Pflegegeschichten: Pflegenden Angehörige erzählen. Mabuse Verlag
- Gröning K, Lietzau Y (2010) Gewalt gegen ältere Menschen. In: Auer K, Karl U (Hrsg), Handbuch sozialer Arbeit und Alter, Verlag für Sozialwissenschaften, 361-367

- Hirsch RD (2005) Aspekte zur Gewalt im häuslichen Bereich und in Institutionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(1) 1-3
- Jenull B, Brunner E (2009) Macht Altenpflege krank? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 22(1) 5-10
- Juklestad O(2001) Institutional care for older people: The dark side. *Journal of Adult Protection* 3, 32-41
- Koczy P, Klie T et al (2005) Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 33-39
- Liew TM, Luo N, Ng WY, Chionh HL, Goh J (2010) Predicting Gains in Dementia Caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 115-122
- Loewenstein A (2009) Elder Abuse and Neglect- „Old Phenomenon“: New directions for research, legislation, and Service Developments. 21(3) 278-287
- Losada A, Marquez-Gonzales M, Knight BG, Yanguas J, Sayegh P, Romero-Moreno R (2010) Psychosocial Factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health* 14(2) 193-202
- National Research Council (NRC) (2003) Elder Mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America, The National Academies Press
- Narevic E, Giles GG, Rajadhyax R, Managuelod E, Monis F, Diamond F (2011) The effects of enhanced program review and staff training on the management of aggression among clients in a long-term neurobehavioral rehabilitation program. *Aging & Mental Health*, 15 (1) 103-112
- Penhale B (2007) Elder Abuse in Europe: An Overview of recent developments. 18(1) 107-116
- Podnieks E, Teaser P, Anetzberger G (2006) Preliminary findings from a worldwide environmental scan: Presentation at the annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Dallas, Texas,
- Podnieks E, Anetzberger GJ, (2010) WordView Environmental Scan on Elder Abuse. 22(1&2) 164-179
- Podnieks E, Penhale B, Goergen T, Biggs S, Han D (2010a) Elder Mistreatment: An international narrative. 22(1) 131-163
- Rosa H(Hrsg)(2004) fast forward: Essays zu Zeit und Beschleunigung. Standpunkte junger Forschung. Edition Körber Stiftung
- Rosen T, Pillemer K, Lachs M (2008) Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression & Violent Behavior* 13, 77-87
- Radbold S, Görge T (2007) Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40(5) 366-374
- Roth G (2007) Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. *Berliner Journal für Soziologie* 17(1) 77-96
- Sabat SR, Gladstone CM (2010) What intact social cognition and social behavior reveal about cognition in the moderate stage of Alzheimer's disease. *Dementia* 9(1) 61-78
- Shinoda-Tagawa T, Leonard R, et al (2004) Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association* 291, 591-598
- Sormunen A, Topo T et al (2007) Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging & Mental Health* 11(3) 246-255
- Sloane PD, Miller LL et al (2007) Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 22(5), 369-377
- Sowarka D, Schwichtenberg-Hilmert B, Thürkow K (2002) Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Nr. 36, Berlin DZA

- Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y, Aarsland D (2010) Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 725-731
- Teaster PB, Anetzberger GJ (2010) Elder Abuse in Contemporary Society: Programs, Policy, and Politics. 22(1) 3-5
- Thoma J, Zank S, Schacke C (2004) Gewalt gegen dementiell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(5) 349-350
- Tromeptter H, Scholte R, Westerhoff G (2011) Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities. *Aging & Mental Health* 15(1) 59-67
- Ugolini B (2010) Die späte Eltern-Kind-Beziehung und die Herausforderungen an das Geben und Nehmen zwischen den Generationen. *Psychotherapie im Alter* 7(3) 303-308
- Vernooij-Dassen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans R, van Achterberg T, Braat DD, Raas GP, Wollersheim H (2009) Dementia and the labour market: The role of job satisfaction. *Aging & Mental Health* 13(3) 383-390
- Vogel C, Künemund H (2010) Familiäre Generationenbeziehungen. Befunde sozialwissenschaftlicher Studien. *Psychotherapie im Alter* 7(3) 289-302
- Ward R, Vass AA, Aggerwal N, Garfield C, Cybyk B (2008) A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing & Society* 28(5) 629-651
- Whall AL, Colling KB, Kolanowski A, Kim HJ, Son Hong GR, DeCicco B, Ronis DL, Richards KC, Algase D, Beck C (2010) Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *The Gerontologist* 50(5) 721-731
- Zeh A, Schablon A, Wohlert C, Richter D (2009) Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen* 71 (8/09) 449-459