



SOZIAL- UND KRIMINALPRÄVENTIVER RAT BIELEFELD

Dokumentation der Fachtagung vom 23. Juni 2004 in Bielefeld

Gewalt gegen alte Menschen



SOZIAL- UND KRIMINALPRÄVENTIVER RAT BIELEFELD

Einladung zur Fachtagung

Gewalt gegen alte Menschen

Während „Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen Frauen“ öffentlich diskutiert und Hilfestellungen angeboten werden, ist die „Gewalt gegen alte Menschen“ noch immer ein Tabuthema.

Bedeutsamer als Gewalt im öffentlichen Raum oder die Konfrontation mit unbekanntem Tätern sind dabei die Gewalterfahrungen, die sich aus vielfältigen Beziehungen und Abhängigkeiten ergeben. Gerade bei Überanstrengung oder in Belastungssituationen sind die Schwellen zu einer möglichen Vernachlässigung oder Gewaltanwendung gegen alte Menschen – manchmal auch von alten Menschen gegen Pflegenden – fließend.

Die Tagung hat zum Ziel, auf die unterschiedlichen Formen der Gewalt im Umfeld älterer Menschen aufmerksam zu machen und Handlungsstrategien für die kommunale Ebene zu entwickeln.

Herzlich eingeladen zu der Fachtagung sind alle, die am Thema interessiert sind:

- Alte und junge Menschen
- Angehörige und Pflegenden von alten Menschen
- Betroffene Personen
- Fachpersonen der Altenhilfe und Pflege
- Ärztinnen und Ärzte

Gewalt gegen alte Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Gewalt gegen alte Menschen“

ein Thema, das betroffen macht.

Fühlen wir uns doch eigentlich verpflichtet, sie zu umsorgen, zu schützen, zu „ehren“.

Immer mehr Menschen werden sehr alt. In Bielefeld leben 64.421 Menschen ab 65 Jahren 16.193 davon sind älter als 80 Jahre, 3.043 sogar älter als 90.

Ihre Betreuung ist für Angehörige und Pflegekräfte oft nicht leicht. Auf das Verhalten dieser pflegebedürftigen alten Menschen angemessen zu reagieren fällt manchmal schwer. Schnell ist die Belastungsgrenze der Betreuenden erreicht, dabei ist es nicht immer leicht zu entscheiden, wer Opfer und wer Täter ist.

Aber bei Gewalt gegen alte Menschen im öffentlichen Nahraum gibt es relativ verlässliche Zahlen. Sie wird öffentlich thematisiert, ist im Bewußtsein der Bevölkerung etabliert, es gibt Informationen wie man sich schützen kann und rechtliche Schritte einleitet.

Gewalt gegen alte Menschen im persönlichen Nahraum hingegen ist noch kein breit erörtertes Thema. Es gibt Studien dazu und einzelne Projekte in Kommunen. Wir wissen, dass schwere körperliche und seelische Erkrankungen ein Risiko bedeuten Opfer von Gewalt zu werden.

Die Gewalt hat dabei viele Gesichter. Sie reicht von Vernachlässigung und seelischer Mißhandlung über finanzielle Ausnutzung und Freiheitseinschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.

Jeder Mensch hat einen Anspruch darauf, dass bis ins hohe Alter und in die letzten Lebensjahre hinein seine Menschenwürde gewahrt bleibt. Gewaltsame Übergriffe auf Ältere sind Menschenrechtsverletzungen, denen wir entschieden entgegentreten müssen. Dazu müssen wir Hilfen bereitstellen, insbesondere für die Opfer aber auch für die Täter.

Sie alle kennen sicher die Geschichte von dem alten Mann, der bei seinem Sohn zusammen mit Schwiegertochter und Enkel lebt. Weil er beim Essen Geschirr zerbrochen hat, viel verschüttet, nicht mehr so sauber ißt, wie die jungen Leute, hat sein Sohn ihm einen eigenen Tisch eingerichtet, an dem er seine Mahlzeiten allein von einer Holzschüssel mit einem Holzlöffel einnehmen muss. Eines Tages sieht der Mann, wie sein kleiner Sohn aus einem Stück Holz einen Löffel schnitzt. Er fragt ihn, weshalb er das mache und erhält zur Antwort: Das mache ich für Dich und Mutter, damit ihr später, wenn ihr alt seid auch an eurem Tisch essen könnt.



Begrüßung

2 von 2

Der Mann und seine Frau haben sich geschämt, wie sie mit dem Großvater umgegangen sind und haben ihn fortan wieder an ihrem Tisch essen lassen.
Durch das Verhalten des kleinen Jungen haben die Eltern ihr Verhalten überdacht und eine bessere Lösung für den Großvater gefunden.

Es ist mir ein besonderes Anliegen, dass wir diese Veranstaltung nutzen, für das Thema zu sensibilisieren, Situationen zu erkennen, uns auszutauschen über Möglichkeiten von Hilfen und Entlastungen.

Der SKPR, der diese Veranstaltung organisiert hat, wurde in Bielefeld im Jahr 1996 mit dem Ziel ins Leben gerufen, ein integriertes Konzept sozial- und kriminalpräventiver Aktivitäten zu initiieren und durch das Zusammenführen dieser Sichtweisen gleichzeitig neue Handlungsformen auf kommunaler Ebene zu entwickeln. Dabei steht die Entwicklung kommunalbezogener Präventionskonzepte, die an den konkreten Bedürfnissen und Problemlagen der Bürgerinnen und Bürger ansetzen, im Vordergrund.

In den Arbeitsgruppen des SKPR arbeiten jeweils Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadt Bielefeld und der Polizei zusammen. Die Arbeitsgruppe „Gewalt gegen alte Menschen“ befaßt sich mit dem Thema und hat jetzt diese Fachtagung organisiert, mit dem Ziel, Bewußtsein für das Thema in Bielefeld zu schaffen und über Hilfemöglichkeiten für Betroffene – sowohl alte Menschen als auch deren Angehörige und Pflegepersonal zu sprechen.

Es ist uns gelungen, und darüber freue ich mich besonders, kompetente Referenten zu dem Thema begrüßen zu können.

Herr Dr. Thomas Görgen aus Hannover vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. befaßt sich seit Jahren mit diesem Thema.

Frau Prof. Dr. Katharina Gröning von der Universität Bielefeld forscht seit längerer Zeit zu Aspekten der Gewalt in Einrichtungen.

Herr Dr. Wolfgang Schmidt Barzynski ist neuer Chefarzt der Geriatrie der Städtischen Kliniken Bielefeld und wird seinen Beitrag dem Bereich der Aggressionen und Schuldgefühle im Rahmen geriatrischen Krankenhausbehandlung widmen.

Frau Maria Niggemann vom Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt OWL wird über den Umgang mit Signalen und Hinweisen aus stationären Einrichtungen, also dem Beschwerdemanagement, berichten.

Und nach der Pause ist Frau Angelika Gemkow bereit, uns über ihre Arbeit als Vorsitzende der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ zu geben.

Ich wünsche dieser Fachtagung, dass sie das Ziel erreicht:

Auf die unterschiedlichen Formen der Gewalt im Umfeld alter Menschen aufmerksam zu machen und Handlungsstrategien für die kommunale Ebene zu entwickeln.

Erberhard David
Oberbürgermeister der Stadt Bielefeld

Gewalt gegen alte Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem Thema der heutigen Fachtagung „Gewalt gegen alte Menschen“ könnte der unbedarfte Zuhörer der Meinung sein, dass hier nur die kriminelle Gewalt im öffentlichen Raum gemeint ist, zumal hier der Polizeipräsident der Stadt vor ihnen steht. Die gibt es aus polizeilicher Sicht durchaus, doch dazu später.

Zunächst möchte ich einmal über die Zielgruppe dieser Veranstaltung sprechen, nämlich den älteren Menschen. Dazu gestatten Sie mir ein Zitat aus dem Tätigkeitsbericht des Landespräventionsrates des Landes Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2002 und 2003, in dem sich eine Arbeitsgruppe „Senioren“ mit der Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten beschäftigt hat.

„In unserer Gesellschaft nimmt die Gruppe der alten Menschen ständig zu. Nicht nur in Deutschland liegt die Geburtenrate seit langem unter dem zur Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendigem Niveau. Zusätzlich steigt die Lebenserwartung der Menschen dank des medizinischen Fortschritts und guter Lebensbedingungen.

Die Folge davon ist nach den Bevölkerungsberechnungen des Statistischen Bundesamtes nicht nur eine langfristig deutliche Abnahme der Bevölkerungszahlen in Deutschland (selbst bei Berücksichtigung der Zuwanderung), sondern auch eine deutliche Veränderung im Altersaufbau der Gesellschaft. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen wird sich in den nächsten Jahrzehnten erheblich zugunsten der älteren verschieben. Experten gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2050 in Deutschland die Zahl der 60jährigen und älteren um rund 10 Millionen zunehmen und gleichzeitig die Zahl der 20- bis unter 60jährigen um ca. 16 Millionen zurückgehen wird.

Im Jahre 2050 wird nach den neusten Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre und älter sein.

In naher Zukunft wird es eher die Regel als die Ausnahme sein, dass Menschen älter als 80 Jahre werden.

Im Augenblick beträgt die Gesamtzahl der Personen im Alter von mehr als 60 Jahren 24,4 Prozent der Bevölkerung.“

Dies soll die Dimension der Zielgruppe, die bei der heutigen Veranstaltung im Mittelpunkt steht, verdeutlichen. Und, wir sind alle auf dem Weg dazu zu gehören.

Als Polizeipräsident dieser Stadt will ich aber auch etwas zu der bereits erwähnten Gewalt gegen alte Menschen in der Öffentlichkeit aus polizeilicher Sicht sagen.

Die Kriminalitätsfurcht bei Menschen über 60 Jahren ist nicht nur in Bielefeld höher als bei anderen Bevölkerungsgruppen (siehe Bürgerbefragung aus dem Jahre 2003), obwohl der Anteil der älteren Menschen in der Opferstatistik vor allem bei den Gewaltdelikten diese Furcht objektiv nicht belegt.



Grußwort

2 von 2

(Gewaltdelikte:

Mord und Totschlag, Raub und räuberische Erpressung, gefährliche und schwere Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge, Erpresserischer Menschenraub und Geiselnahme)

Die Kriminalstatistik für das Jahr 2003 weist für Bielefeld insgesamt 3.111 Opfer von Gewaltdelikten aus. Davon waren 164 Opfer älter als 60 Jahre. Das sind 5,3 % aller Opfer, bei einem Bevölkerungsanteil von fast 25 %.

Wenn die Zahlen auch aus unserer Sicht nicht herausragend sind, so ist natürlich jedes Gewaltdelikt eines zu viel.

Das einzige Gewaltdelikt, bei dem ältere Menschen und hier in erster Linie die Frauen überproportional Opfer werden, ist der Handtaschenraub.

(Die Zahlen für Bielefeld 2003: 30 Delikte | 2002: 36 Delikte)

Wenn hier auch das subjektive Sicherheitsgefühl und die objektiven Zahlen nicht zusammenpassen, so nehmen wir als Polizei diese Kriminalitätsfurcht sehr ernst.

Zur Aufklärung und Beratung im Rahmen der Kriminalprävention und des Opferschutzes stehen meine Beamtinnen und Beamten auch, und vor allem den älteren Mitbürgern, zur Verfügung.

Das Thema der Fachtagung „Gewalt gegen alte Menschen“, hier vor allem die Gewalt, die sich im Alter aus den Abhängigkeiten ergibt, scheint vordergründig eigentlich kein polizeiliches Problem zu sein, da sich diese Form von Gewalt sehr vielschichtig und oft subtil darstellt. Gleichwohl sind auch hier Straftaten, wie Körperverletzung, Erpressung, Nötigung etc. vorstellbar, ganz zu schweigen von den Delikten, die durch Unterlassung begangen werden können.

Ziel der Arbeitsgruppe des „Sozial- und Kriminalpräventiven Rates“ der Stadt Bielefeld und auch dieser Fachtagung ist es, die Problematik „Gewalt gegen alte Menschen“ in das Bewusstsein der Gesellschaft zu bringen. Angestrebt wird ein Hellfeld, in dem wir präventiv aber auch repressiv tätig werden können und müssen.

Wir als Polizei wollen das Problem aber nicht kriminalisieren, sondern gemeinsam mit unseren Partnern zur Lösung beitragen. Dazu ist der Sozial- und Kriminalpräventive Rat dieser Stadt ein geeignetes Gremium.

Das Thema „Gewalt gegen alte Menschen“ und insbesondere „Gewalt in der Pflege“ berührt gesellschaftliche Tabus. Der öffentliche Diskurs zur Gewalt gegenüber Kindern und Frauen hat gezeigt, dass diese Tabus mit gezielten Maßnahmen aufgebrochen werden können.

Ich glaube, wir sind hier in Bielefeld auf einem guten Weg, dieses Thema zu bearbeiten. Der Anfang soll diese Tagung sein.

Ich wünsche der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf.

Erwin Südfeld
Polizeipräsident

Das zerbrochene Ideal. Über Gewalt in der Pflege

Thesenpapier

Gewalt in der professionellen Pflege, Pflegende als Täter und Bewohner oder Patienten als Opfer rüttelt als Thema die Öffentlichkeit immer dann auf, wenn es um Skandale geht. Gleichzeitig reden wir über aktive Sterbehilfe, und erhalten aus den benachbarten Niederlanden Hinweise darauf (vgl.: Keller 1996), dass von dieser aktiven Sterbehilfe auch ohne die Einwilligung der betroffenen Patienten Gebrauch gemacht wird.

Trotzdem, dies ist meine Erfahrung als Trainerin und Fortbildnerin, läßt sich Gewalt in den Pflegebeziehungen nicht aus gesellschaftlichen und institutionellen Umständen quasi deduzieren.

Gewalt in der Pflege hat sehr viel mit der inneren Realität der Pflegenden, mit ihren Gefühlen und vor allem mit den Regressionen dieser Gefühle zu tun. Ich zähle hierzu die Regression des Angstgefühls auf die Ebene des Aufgefressen werdens. Eine noch tiefere Regression im projektiven Sinn wäre die Vernichtung des Bösen. Zum zweiten ist die Regression des Hilflosigkeits- und Schuldgefühls hin zum Gefühl des Versagens, der Hoffnungslosigkeit und des Betrogen-worden-seins für die Gewalt wichtig und zum dritten möchte ich das Schamgefühl und seine Regression hin zur Rache und rachsüchtigen Wiederherstellung der Ehre im Sinne des Kain-Syndroms thematisieren.

Institutionskulturell bedeutend ist gegenwärtig aus meiner Sicht vor allem das, was ich in meinem Schambuch zur manisch-depressiven Spaltungsprozessen in Institutionen des Gesundheitswesens, des Krankenhauses und des Altenheimes gesagt habe. In dem Maße, wie Krankenhäuser und Pflegeheime sich in den Sog grandioser und falscher Versprechen begeben, und die Konsumphilosophie rechne ich dazu, werden sie für die depressiven Anteile von Krankheit, Leiden etc. keine institutionell angemessenen Antworten mehr finden können. Es kommt in der Folge zu Diskulturationsprozessen in den Institutionen, die sich vor allem durch einen Verlust an Sprache und Kommunikation bemerkbar machen. Aus supervisorischer Sicht handelt es sich hierbei um Prozesse der institutionellen Aphasie.

Institutionelle Kulturen in der Pflege und ihr gewaltförderndes und gewaltbindendes Potential

Erstens: Klinische Institutionen als Ort der Bewahrung des Übel

Das Verhältnis von Gesellschaft und klinischen Institutionen kann so verstanden werden, dass das Verrückte, Kranke und Üble ausgesondert wird, um es daran zu hindern, die Gesellschaft zu zerstören. Die Gewalt in den entsprechenden Institutionen steht insofern in einem Zusammenhang mit der Angst, die von den Trägern der Krankheit, der Verrücktheit und des Übels ausgeht.



Prof. Dr. Katharina Gröning
Das zerbrochene Ideal.
Über Gewalt in der Pflege

2 von 5

Kranke, Alte, Sterbende, Verrückte und Behinderte sind Angstquellen für die Gesunden. Traditionell galt die Angst nicht nur der Krankheit, sondern der Phantasie über das Böse, das sich in der Krankheit verbirgt.

Zweitens: zur Theorie Erving Goffmans über Entehrungen, Verunreinigungen und Distanzlosigkeit als Machtform in klinischen Institutionen

Konstitutiv ist zum einen die Trennung der Welt der Patienten und Bewohner von der Welt des Personals als eines der wichtigsten Merkmale klinischer Institutionen.

Ein zweiter wichtiger Punkt der Theorie von Erving Goffman bezieht sich auf die Beschreibung von Gewalt, die in der Entehrung liegt. Ausgeübt wird diese Entehrung in alltäglichen kleinen Zeichen der Verunreinigung, der Zerstörung sogenannter Identitätsausrüstungen und der sozialen Distanzlosigkeit. Das alles geschieht noch ohne aggressive Absicht, einfach so, meist aus praktischen, das heißt zweckrationalen Erwägungen. Die Folge dieser von Goffman schon in den 60er Jahren beschriebenen Kulturen ist aber die, dass vor allem Bewohner und Patienten von Langzeiteinrichtungen ihrerseits ihre Identität verändern. Sie nehmen eine, wie Goffman es sagt, Anstaltsidentität an. Sie packen ihre vollen Windeln auf ihren Nachttisch und schlafen weiter. Sie geben sich nicht mehr die tiefe Mühe Stuhl und Urin zu halten. Sie veröffentlichen ihre Körperlichkeit, kurz sie werden schamlos.

Dittens: Foucaults Kritik des Wissens und der Professionen

Über den Arzt sagt Michel Foucault, dass er den Patienten durch die Krankheit hindurch sehe. Der Kranke erscheine lediglich als das Portrait seiner Krankheit, und die Aufmerksamkeit des Arztes sei auf die Zeichen der Krankheit gerichtet. Der technologische Blick des Arztes wird in den verschiedensten Soziologien als Basis für ein spezielles und modernes, und das heißt in diesem Zusammenhang instrumentelles Gewaltverhältnis gesehen. Die Gewalt ist nicht mehr expressiv, sie ist dinglich geworden. Diesem instrumentellen Gewaltverhältnis eigen ist, dass die Aggression überhaupt nicht mehr gefühlt wird. In den klinischen Kulturen, vor allem in der Kultur des Krankenhauses, liegt die Gewalt dort, wo der Patient zum Objekt der Behandlung, der Abläufe, der Planung wird.

Dieser Machttypus hat drei Konsequenzen für die medizinische und für die pflegerische Kultur und nicht zuletzt für die Pflegewissenschaft. Zum einen die wissenschaftliche Durchdringung des Körpers mittels Medizin und Pflege. Hierzu gehört als Ziel der Wissenschaft die Entwicklung und Bereitstellung von Technologien zur Pflege und Behandlung. Zum zweiten die zunehmende Unübersichtlichkeit und Komplexität des medizinischen Systems, einige sagen des medizinisch-industriellen Komplexes und zum dritten, und hier liegt noch einmal der Zugang zu unserem Thema, die Konstruktion von hoffnungslosen Fällen.

Der Psychiater Klaus Dörner spricht in diesem Zusammenhang von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen. Ihnen würde nicht Würde, sondern wie Sachen Wert zugemessen.

Prof. Dr. Katharina Gröning
Das zerbrochene Ideal.
Über Gewalt in der Pflege

3 von 5

Dörner setzt sich in dem zitierten Aufsatz mit dem ethischen Problem der aktiven Sterbehilfe und der entsprechenden öffentlichen Diskussion kritisch auseinander. Er weist nach, dass die utilitaristische Sichtweise, Menschen nicht nach dem Kriterium der Würde, sondern nach ihrem Wert zu messen und zu beurteilen eine besondere Konstruktion hervorgebracht hat:

den Minderwertigen.

Die Konstruktion der Minderwertigkeit als quasi objektive Bewertung definiert, dass auch der Minderwertige selbst, der Alte, der Behinderte, der Sieche oder chronisch Kranke unter seiner Existenz vor allem leide. Diese Zuschreibung, so Dörner, bringt wiederum die Konstruktion des Mitleids hervor. Von da aus sei es nur noch ein kleiner Schritt zur Tötung aus Mitleid.

Das dramatische dieser Tötung aus Mitleid ist indessen, dass es sich im Kern um einen Kurzschluß im Gewissen handelt, denn Mitleid ist ja etwas, was aus dem Über-Ich, aus der Moral, aus dem Gewissen selbst kommt. Wenn das Gewissen aber zum Träger der Aggression wird, dann gibt es keine moralische Instanz innerhalb der Person, die kritisch-selbstreflexiv das eigene Handeln begleitet.

Ein Kurzschluß im Gewissen – alle Patientenmörderinnen begründeten ihr Handeln mit dem Helfen, dass sie nur helfen wollten – macht die Person unendlich autonom, weil die mahnende innere Stimme, die normalerweise die Aggression kontrolliert und hemmt nun zur Stimme geworden ist, die aus Mitleid die Aggression fordert.

Manisch-depressive Spaltungen

Wolfgang Schmidbauer leitet diesen Kurzschluß des Gewissens aus den kulturellen Entwicklungen des Medizinbetriebes ab. Er verwendet seine Theorie des Helfens, um eine andere, quasi korrespondierende Spaltung einzuführen, die zwischen Heilung und Hoffnungslosigkeit. Hoffnungslosigkeit ist in der Organisationskultur des modernen Medizinbetriebes aber integriert, sie wird als persönliches Versagen erlebt. Wenn der Arzt nicht helfen kann, fühlt der Kranke sich verlassen, verraten und abgeschoben. Dort, wo angesichts von nahendem Tod, geringen Behandlungsmöglichkeiten, wenig Hoffnung auf Verbesserung die Berufsgruppen und Institutionen sich gegenseitig halten und aneinander binden müßten, entsteht genau das Gegenteil.

Es entsteht eine Figuration, die ich in einem anderen Zusammenhang als manisch depressive Spaltung – als grandioser Penis und verlassene Mutter – bezeichnet habe. Dass diese Spaltung in der Regel auch eine geschlechtsspezifische ist, in einen depressiven weiblichen Teil und einen grandiosen männlichen Teil, verstärkt die Verlassenheitsgefühle der Pflegenden.

Für den Kurzschluß des Gewissens sind beide Spaltungsprozesse bedeutend:

auf der Ebene des Ich-Ideals in Heilung und Hoffnungslosigkeit und auf der Ebene des Über-Ichs in Minderwertigkeit und Mitleid. Von den Patienten der Lainzer Klinik ging eine große Kränkung und Enttäuschung aus.

Prof. Dr. Katharina Gröning
Das zerbrochene Ideal.
Über Gewalt in der Pflege

4 von 5

Pflegende, die – und hier ist die Ebene des Ich-Ideals angesprochen – an einem, das eigene Selbstwertgefühl stärkenden Prozeß des Heilens teilhaben wollten, wurden mit den hoffnungslosen Fällen allein gelassen, die in der offiziellen Kliniksprache als „schlechte Patienten“ bezeichnet wurden – hier zeigt sich die Ebene des Über-Ichs über die Konstruktion von Pflegebedürftigkeit als Minderwertigkeit.

Mit diesem verlassen werden und alleingelassen werden stellen sich bei den Pflegenden, das ist meine Erfahrung in der Supervision, Regressionen auf der Ebene der Gefühle und Affekte ein. Dazu gehört vor allem das Gefühl des Betrogen-worden-seins und der Ungerechtigkeit. Haltungen wie „für mich interessiert sich ja niemand“, „denen da oben sind wir doch egal“ und anderes sind typische Äußerungsformen dieser Affektregression. Diese Regressionen möchte ich als die stillen Vorboten der Gewalt oder als latente Gewalt bezeichnen.

Der Kurzscluß im Gewissen:

Enttäuschung und Ressentiment, Schuld, Scham und Hoffnungslosigkeit

„Ich bin ein richtiger Arschwischer geworden“, sagt der Zivildienstleistende Jochen Tensch am Anfang seines berühmten Artikels in der ZEIT. Wenden wir uns der Bedeutung dieser Selbstverurteilung für den Kurzscluß im Gewissen genauer zu. Ich bin ein Arschwischer ist ein Urteil, das in allererster Linie dem eigenen Über-Ich entstammt. Die Antizipation des Blicks der anderen, also die Vermutung, die anderen halten mich ebenfalls für einen Arschwischer, verachten mich und sehen auf mich herab, verweist auf den Schamaspekt, der dieser Selbstverurteilung zugrunde liegt. Diese Selbstverurteilung in Bezug auf den eigenen Status, das Ansehen, welches man als Angehörige eines Pflegeberufes genießt, ist ein sehr verbreitetes Phänomen in der Pflege. „Wir sind alle froh, dass der Alte gestorben ist“ sagt Jochen Tensch etwas später über einen seiner alten und dementen Patienten, der mit einem Übergangssyndrom aus dem Krankenhaus entlassen worden ist. Wir erkennen in dieser Aussage, das Umkippen der Selbstverurteilung und Scham in das, was die Philosophen Nietzsche und Scheeler das Ressentiment nennen, aus Selbstverurteilung wird Selbstgerechtigkeit, die Auflehnung gegen ethische Bindungen und moralische Verpflichtungen eingeschlossen (1). Was andere denken wird einem gleichgültig, man ist sein eigener Richter.

Der Gewalt in der Pflege zugrunde liegt also zunächst das Gefühl verraten worden zu sein, immer wieder auch beschmutzt und entehrt worden zu sein. Aus der fürsorglichen Haltung wird unter diesem Einfluß das Ressentiment.

Zusammenfassung

In meinen Ausführungen habe ich versucht, Gewalt in der Pflege als Zusammenspiel von Institution und Person zu begreifen. Als besonderes Gefühl für die Gewalteskalationen in Pflegeeinrichtungen sehe ich das Schamgefühl an, welches in der Einstellung liegt „ich bin betrogen worden“, „ich bin ein Narr“, „mit mir kann man es ja machen“. Um gewalttätig zu werden kommt es zu einem Bruch der Loyalität durch das Gefühl, dass einem entsetzliches Unrecht geschehen ist.



SOZIAL- UND KRIMINALPRÄVENTIVER RAT BIELEFELD

Prof. Dr. Katharina Gröning

Das zerbrochene Ideal.
Über Gewalt in der Pflege

5 von 5

Diese Verletzung des Gerechtigkeitsgefühls ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Gewissen die Gewalt erlaubt, zur Herstellung der Ehre sogar befiehlt. Institutionell und kulturell entwickeln die klinischen Einrichtungen in dem Maße ein gewaltförderndes Potential, wie sie in das Dilemma manisch-depressiver Spaltungen kommen, wie sich die Institution in einen fortschrittlichen, grandiosen, potenten, männlichen und einen depressiven, hoffnungslosen, verlassenen weiblichen Teil spaltet.

Die Spaltung wird durch utilitaristische Bewertungen wie Minderwertigkeit, Ballastexistenzen, mitleiderregend und ähnliche Zuschreibungen rationalisiert. Gewalt erscheint dann als etwas Vernünftiges oder Ökonomisches.