

Gerontopsychiatrie: Quo vadis?*)

Rolf D. Hirsch, Bonn

"Der Alte ist gewiß ein ebenso vollkommenes Geschöpf in seiner Art als der Jüngling, auch wenn dieser für vollkommener gehalten wird" (Lichtenberg).

Anmerkung: Es ist schon bedenklich, wenn wir heute besonders darauf achten und vielen in Erinnerung rufen müssen, daß der Wert eines Menschen nicht mit seinem Alter oder Gesundheitszustand sinkt!

Wie schön liest es sich in der Psychiatrie-Enquête von 1975, daß sich unsere Kenntnisse über verschiedene Formen psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter, ihren Verlauf und ihre Prognose erweitert und gewandelt haben. Ähnliches steht in den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 sowie der Hinweis, daß sich die Gerontopsychiatrie "als Forschungsgebiet sowie als Versorgungspraxis in den letzten Jahrzehnten international etabliert" hat.

Gerontopsychiatrie wird als eigenständiger Teilbereich der Psychiatrie verstanden. Sie bezieht die Erkenntnisse der unterschiedlichen gerontologischen Subdisziplinen (z.B. Gerontopsychologie, -soziologie und Geriatrie) sowie Teilwissen weiterer wissenschaftlicher Disziplinen (z.B. Theologie, Philosophie, Technik und Architektur) in ihre Denk- und Handlungsweisen ein. "Überall dort, wo bei einem älteren Menschen (ab 60.-65. Lebensjahr, s. Expertenkommission 1988) die psychische Störung im Vordergrund seiner Erkrankung/Erkrankungen steht, ist die Gerontopsychiatrie zuständig" (Hirsch et al. 1992).

Blickt man heute auf die Gerontopsychiatrie, so ist sicherlich festzustellen, daß sich das Wissen über einige psychische Erkrankungen im Alter (insbesondere Demenzen und Depressionen), deren Ursachen, Diagnostik und Behandlung erheblich vermehrt hat. In manchen Regionen der Bundesrepublik hat sich auch die gerontopsychiatrische Versorgung verbessert. So existieren derzeit 31 gerontopsychiatrische Tageskliniken und 8 Gerontopsychiatrische Zentren (Tagesklinik, gerontopsychiatrischer Dienst bzw. Ambulanz und Altenberatung). Generell ist davon aber nicht abzuleiten, daß die Gerontopsychiatrie von der sog. Aufbruchstimmung der Psychiatrie seit den 70iger Jahren wesentlich profitiert hätte. In vielen offiziellen Papieren und Berichten der letzten Jahre wird zwar der Ausbau der Gerontopsychiatrie immer wieder gefordert, wie jüngst z.B. vom "Aktionsprogramm gerontopsychiatrische Versorgung" der BAG-Psychiatrie (1997), dennoch ist es mehr oder weniger bei Lippenbekenntnissen geblieben und nur einigen unermüdlichen Vorkämpfern in der BRD zu verdanken, daß die Gerontopsychiatrie nicht dahinsiecht oder "Adnex" der Psychiatrie oder Geriatrie ist. Zudem ist das öffentliche Interesse an gerontopsychiatrischen Themenbereichen gestiegen.

"zementierte" Vorurteile

Trotz zahlreicher Aktivitäten und gesellschaftlicher Anerkennung der Gerontopsychiatrie sind ihr gegenüber manche Vorurteile und Einstellungen – von manchen Professionellen genauso wie von Laien – immer noch vorhanden. Diese tauchen oft quasi gebündelt auf und beziehen sich auf die Hauptaspekte:

- "Ageism": allgemeines Vorurteil gegen alte Menschen als Gesamtgruppe mit erheblichen Folgen (z.B. tabuisierte Aggression gegen Alte, unrealistische Wahrnehmung der

*) veröffentlicht in: Soziale Psychiatrie 1999, Heft 2, 4–7.

- Lebenswelt des Alten), welches verhindert, "die Ansprüche des älteren Menschen an seine Behandler in der Medizin angemessen wahrzunehmen" (Illhardt 1995).
- Psychiatrie: psychisch Kranke sind immer noch nicht somatisch Kranken gleichgestellt und
 - "Gerontophobie": Phobie vieler Professioneller vor Problembereichen des Alters und Alterns (dahintersteckende Thanatophobie) und der Auseinandersetzung mit diesen
 - "Gerontophilie": Verkindlichung und "Verkleinerung" der Alten ("unsere lieben Alten", "sie sollen den Ruhestand genießen")
 - Negative Kosten–Nutzenbilanz durch "Überalterung" (Die Versorgung alter Menschen käme die Gesellschaft zu teuer)
 - Therapeutischer Nihilismus: Alte Menschen sind nicht mehr therapierbar (wissenschaftliche Erkenntnisse werden schlichtweg negiert)
 - Gerontopsychiatrie bedarf keines Spezialwissens (allgemeinpsychiatrische oder –medizinische Kenntnisse seien völlig ausreichend).

Verfolgt man heute manche Diskussion über die Gerontopsychiatrie, so ist man schon erstaunt, wie sehr sie mit einem oder mehreren der genannten Vorurteilen "gewürzt" ist. Man könnte fast den Eindruck gewinnen, als gäbe es keine behandelbaren psychisch kranke alte Menschen, sondern lediglich Pflegebedürftige, um die sich die Altenhilfe kümmern soll. Einige sprechen vom "gerontopsychiatrischen Patienten" und meinen damit allein Demenzkranke, unter geflissentlicher Übergehung, daß es außer der Demenz noch eine Vielzahl anderer psychischer Störungen gibt, unter denen ein alter Mensch leiden kann. Konnten auch einzelne Vorurteile verringert werden, wie z.B. der Vorwurf der Gettoisierung psychisch kranker alter Menschen durch die Gerontopsychiatrie, so flackert dieser manchmal wieder auf. Das "Märchen von der Kostenexplosion" im Gesundheitswesen" (Braun et al. 1998) kommt dabei Gesundheits– oder Sozialpolitikern, Kommunen oder Klinikleitern gerade recht, um eigene Machtvorstellungen oder Pfründe damit kaschieren zu können. Es ist erstaunlich, daß sich die Gerontopsychiatrie trotz großer Widerstände aus vielen Bereichen weiterentwickeln konnte und nicht mehr aus dem Versorgungsnetz einer Region wegzudenken ist.

Unnötiger Disput: Integration vs. Spezialisierung

Noch immer oder bereits wieder wird darüber diskutiert, ob gerontopsychiatrische Abteilungen bzw. Stationen für psychisch kranke alte Menschen sinnvoller wären als integrierte Abteilungen bzw. Stationen, die alle Altersstufen behandeln (außer Kindern und Jugendlichen!). Bezeichnenderweise werben meist "Erwachsenenpsychiater", die z.T. noch nie in der Gerontopsychiatrie gearbeitet haben, für eine integrierte Behandlung. Möglicherweise hat es wohl mit "ageism" zu tun, wenn analoge Gedanken bezüglich der Kinder– und Jugendpsychiatrie als völlig absurd bezeichnet werden. Aufgrund der hierarchischen und selten management–orientierten psychiatrischen Klinikstrukturen werden diesbezügliche Fragen den Machtverhältnissen entsprechend entschieden. Natürlich sind kommunale und politische Gremien überfordert, wenn sie unterschiedliche Sichtweisen von Psychiatern vorgestellt bekommen und dann Entscheidungen treffen sollen. Keinesfalls kann sich die Diskussion nach dem Prinzip "entweder–oder" erschöpfen. Entscheidend ist die Sicherstellung einer qualitätsorientierten gerontopsychiatrischen Behandlung. Von einer Vielzahl von Faktoren, nicht nur von der Örtlichkeit, ist abhängig, wo diese am ehesten gewährleistet wird. Abhängig ist diese primär vom Zustandsbild eines Patienten und nicht von einer Institution. Mag auch der Vergleich einer früher üblichen Schulklasse, in der alle Kinder eines Ortes unterrichtet wurden, nicht ganz zutreffen, so ist er dennoch nicht abwegig. Zudem kommt niemand auf die Idee, ein 12–jähriges Kind in der Allgemeinpsychiatrie behandeln zu wollen. Andererseits werden aber von Vertretern des integrativen Modells 20jährige mit 80–jährigen auf einer Station behandelt. Empirische Untersuchungen darüber, wie alte Menschen dies sehen und welche Vor– und Nachteile ein Integrationsmodell haben kann, gibt es derzeit nicht. Bekannt ist aber aus der

Alterspsychotherapie, daß ältere Menschen altersgleich zusammengesetzte Gruppe bevorzugen. Natürlich sollten in diesen Disput auch Überlegungen einfließen, wie denn die Zusammenarbeit mit den übrigen regionalen Einrichtungen sein muß, um einem psychisch kranken alten Menschen nützlich zu sein und wo gerontopsychiatrische Kompetenz erworben werden kann.

Ohne Mobilität keine Gerontopsychiatrie

Die Arbeitsfelder der Gerontopsychiatrie haben sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. Der Weg aus der Institution ist allmählich gelungen. Nicht mehr im Landes- bzw. Bezirkskrankenhaus findet die gerontopsychiatrische Versorgung hauptsächlich statt, sondern in der Gemeinde. Die moderne Gerontopsychiatrie bedarf daher nicht vieler Betten, sondern mobiler gerontopsychiatrischer Dienste, die multiprofessionell zusammengesetzt sind. Sie stellen "vor Ort" im Rahmen eines Assessments fest, wo welche Interventionen für einen psychisch kranken alten Menschen sinnvoll, notwendig und auch möglich sind. Alle in diesem Team Tätigen bedürfen einer hohen gerontopsychiatrischen Kompetenz. Die handelnde Gerontopsychiatrie definiert sich längst nicht mehr durch ihre stationären Tätigkeiten, sondern durch ihre vielfältigen patientenorientierten regionalen Aufgabenfelder. Vorschriften von Trägern, gesetzliche Vorgaben, unterschiedliche Interessen von niedergelassenen Ärzten und manchen Verbänden u.a. erschweren dieses Vorgehen. Es ist immer noch nicht selbstverständlich, daß vor einer Klinikaufnahme überprüft wird, ob eine Behandlung nicht doch ambulant oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden kann. Dies liegt nicht zuletzt daran, daß viele Hausärzte und manche niedergelassene Nervenärzte bzw. Psychiater wenig über die heutigen Möglichkeiten der Gerontopsychiatrie wissen. Für viele ist auch die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in ihrer Region völlig unvorstellbar. Ängste wie Abspaltung von der Psychiatrie, Zentralisierung, Überbetonung der Gerontopsychiatrie, Gängelung der Altenhilfe o.a. verhindern oft eine fachlich bezogene und gemeindeorientierte Diskussion. Berücksichtigt man allerdings die Erfahrungen mit den vorhandenen Gerontopsychiatrischen Zentren und diesbezügliche wissenschaftliche Untersuchungen, so kann man leicht erkennen, daß gerade diese dezentrales, gemeindenahes und patientenorientiertes Handeln fördern. Sie unterstützen die in einer Region vorhandenen Einrichtungen sowie Dienste und verstärken ein gemeinsames regionales Arbeiten, welches einseitig institutionsorientiertes Denken verringert. Läßt sich gegen Vorurteile und Machtinteressen kaum angehen, so kann durch Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit allen in einer Versorgungsregion maßgeblich Beteiligten mancher Schritt getan werden, der zuvor unmöglich erschien. Notwendig ist dabei allerdings der schrittweise Abbau von Mißtrauen, Besserwisserei und Ängsten.

Einrichtungen der Altenhilfe: Vom Verwahren zum Wohnen

Besonders schwierig ist derzeit die Situation der Altenheime und Altenpflegeheime, deren gerontopsychiatrische Versorgung selten gewährleistet ist. Zu beobachten ist, daß zwischen Gerontopsychiatrie, Geriatrie und der Altenhilfe "Verschiebebahnhöfe" entstehen bzw. entstanden sind. Der Weg von der Klinik in das Pflegeheim ist oft vorprogrammiert. Kurzliegezeiten in Kliniken ("Kostendämpfung") fördern mehr Siechtum (Pflege statt Behandlung oder Rehabilitation!). Zur Überprüfung ambulanter Möglichkeiten fehlt oft die Zeit und das Interesse.

Merkwürdigerweise hat sich die stationäre Altenhilfe gegenüber der Psychiatrie gegenläufig entwickelt. Immer mehr Pflegeheime mit immer mehr Betten (selten Einbett-Zimmer) sind in den letzten Jahren entstanden. Diese Einrichtungen haben sich –pointiert ausgedrückt– zu "Intensiv-Altenpflegeanstalten" oder "Siechenhäusern" ohne ausreichendes Fachpflegepersonal und ärztliche Versorgung entwickelt. Erst seit kurzem beginnt, wenn auch gegen den Widerstand vieler Wohlfahrtsverbände, ein Umdenken: Im Gespräch sind

"Neue Wohnformen im Alter". Deren Konzeption ist: Wohnen in einer überschaubaren Haus- oder Wohngemeinschaft (kleine architektonische Einheit mit gemeinsamen Wohn/Eß/Kochbereich im Mittelpunkt und Rückzugsmöglichkeiten in einen privaten mit eigenen Möbeln individuell gestalteten Wohn/Schlafraum für ca. 9 – 12 Bewohner). Das Pflegepersonal ist unterstützend, aktivierend, weniger versorgend und fördert ein ganz gewöhnliches "Alltagsmilieu" ohne "Sachzwänge" (Beispiele aus anderen Ländern: französische Cantous, Anton-Piek-Hofje in Haarlem).

Die Gerontopsychiatrie ist aufgerufen, ihre Kompetenz mehr als bisher der Altenhilfe zur Verfügung zu stellen und Alternativen mit ihr weiterzuentwickeln, um auch hier den "Verwahrcharakter" zu verringern, ein menschenwürdiges Leben mit einer möglichst individuellen Wohnkultur zu fördern und beschämende sowie entehrende Umstände abzustellen.

Ohne Fort- und Weiterbildung keine Qualität

Voraussetzung einer gerontopsychiatrischen Qualitätsarbeit ist die Qualifikation derjenigen, die mit psychisch kranken alten Menschen arbeiten. Qualifizierende Maßnahmen sind kein Luxus, sondern eine notwendige gesellschaftlich lohnende Investition, um Patienten nicht zu schaden sowie Qualitätsmängel und hohe Folgekosten bei Fehlentscheidungen und -handlungen zu vermeiden. Die derzeitige Qualifikation der mit psychisch kranken alten Menschen Arbeitenden ist immer noch z.T. völlig unzureichend. Noch immer gibt es z.B. keinen Lehrstuhl für Gerontopsychiatrie. Nur an wenigen Universitäten werden gerontopsychiatrische Vorlesungen und Seminare gehalten. Kein Psychiater oder Nervenarzt muß während seiner Weiterbildungszeit gerontopsychiatrisch gearbeitet haben. Ob ein Weiterbildungsassistent die Chance erhält, sich gerontopsychiatrische Kompetenz zu erwerben, hängt allein von dem Weiterbildner ab. Da im Gesundheitswesen dem Arzt die führende Rolle und Verteilerfunktion zugewiesen ist, ist auch eine Verbesserung der Kenntnisse der Allgemeinmediziner in Gerontopsychiatrie erforderlich. Dadurch könnten hohe Folge-Kosten verringert werden, die z.B. durch Nichterkennung eines beginnenden dementiellen Syndroms oder durch Nichtbehandlung (therapeutischer Nihilismus) verursacht werden, ganz zu schweigen von dem Leid der betroffenen und der Not der Angehörigen

Erfreulicherweise bestehen in den übrigen Berufsgruppen immer mehr Aufbaustudiengänge, Weiterbildungslehrgänge und Angebote, die gerontopsychiatrische Kompetenzen berufsbezogen vermitteln (Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Alten- und Krankenpflegeberufe u.a.). Erheblich zugenommen haben regional und überregional berufsbezogene und interdisziplinäre Fortbildungsangebote in der Gerontopsychiatrie.

Gesundheitspolitisch notwendig ist, daß das Risiko, daß ein in der Gerontopsychiatrie kaum aus- bzw. weitergebildeter Arzt psychisch kranke alte Menschen versorgt, verringert wird. Es bedarf daher einer kritischen Überprüfung der universitären Lehrpläne und der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Da sich das Gebiet der Gerontopsychiatrie erheblich erweitert hat und der Erwerb der gerontopsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kompetenz hohe Ansprüche an den Arzt stellen, ist es nur folgerichtig, im Rahmen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenheilkunde einen Schwerpunkt "Gerontopsychiatrie" einzurichten. Darüber hinaus sollte aber jeder Psychiater und Nervenarzt auch über eine allgemeine gerontopsychiatrische Kompetenz verfügen. Erfreulicherweise werden diese Forderungen zunehmend unterstützt. Um die gerontopsychiatrische Fort- und Weiterbildung zu fördern, vergibt die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) für alle ihre und von ihr unterstützten Veranstaltungen Zertifikate und hat diesbezügliche Gerontopsychiatrische Curricula entwickelt.

Gewalt: nur "Einzelfälle?"

Ist auch in der Gesellschaft Gewalt "alltäglich", so wird diese bei der Pflege und Behandlung Älterer immer noch mit "Einzelfall", "Übertreibung von sensiblen Angehörigen" oder – wird diese im Zusammenhang mit der Situation am Arbeitsplatz in Institutionen verbalisiert – "Nestbeschmutzer" abgetan. "Offene" Gewalt ist sicht-, hör- und beobachtbar. Sie läßt sich eher objektivieren und beschränkt sich auf bestimmtes Handeln (Mißhandeln) oder Nicht-Handeln (Vernachlässigen). "Täter" und "Opfer" stehen sich gegenüber. Dies kann in der Zweier-Beziehung geschehen oder zwischen Mehreren. Meist wird nur auf Untergebene, Abhängige, Hilflose oder Mitglieder einer Randgruppe Gewalt ausgeübt. Gewalt soll primär nicht vernichten, sondern unterwerfen, abhängig, ehrlos, pflegeleicht und willenlos machen. Die Beispiele aus der Praxis sind vielfältig und erschreckend.

Hinter der offenen Gewalt steckt eine Vielfalt von Faktoren. Diese ermöglichen erst die Gewalt oder dienen zu deren Rechtfertigung. Diese "verdeckte" Gewalt ist schwer faßbar. Doch "das Wesentliche ist unsichtbar" und bestimmt doch mehr unser Leben, als wir oft wahrhaben wollen. Z.B. Worte wie "Rentnerschwemme", "Alterslawine", "Überalterung", "allgemeiner Altersabbau", "Heiminsassen", "HOPSis" sind verdeckte "Gewaltwörter", die Alte per se diskriminieren und suggerieren, daß sie nur bedrohlich für die Gesellschaft sein können. Diese und ähnliche "Un-Wörter" sind Symbole, die das Denken und Handeln destruktiv beeinflussen können. Alle Berufsgruppen, die pflegebedürftige alte Menschen behandeln, pflegen, versorgen oder mit ihnen berufsmäßig Kontakt haben wie z.B. auch Richter, Mitarbeiter der Heimaufsicht oder der Kranken- bzw. Pflegekassen, können als Akteure im Feld der "verdeckten Gewalt" genauso auftauchen wie Träger von Altenheimen, Politiker, Medienvertreter, aber auch Angehörige. Manchmal bildet sich eine diesbezügliche "unheilige" und altenverachtende Allianz. Was nützen Gesetze, wenn diese niemand beachtet? Diese werden solange "gewaschen" bis sie Mißstände rechtfertigen.

Viele Angehörige haben Angst vor Repressalien, wenn sie Mißstände ansprechen. Entscheidungsträger weisen üblicherweise jede Mit-Schuld weit von sich. Viele können gar nicht anders: Sie vereinen in ihrer Person oft ein politisches Mandat, sind Würdenträger eines Wohlfahrtsverbandes und stehen vielleicht auch noch der Heimaufsicht vor. In vielen Kommunen werden Heimaufsicht und Heimleitung von einer Behörde vertreten. Sicherlich ist keinem ein böser Wille zu unterstellen. In einer Demokratie herrscht Gewaltenteilung. Warum gilt im Altenbereich dies nicht? Bildlich gesprochen ist Staatsanwalt, Richter und Täter eine Person: "Verdeckte" Gewalt? Bekannt ist, daß die Menge an Psychopharmaka, die pflegebedürftigen Menschen in Institutionen gegeben werden – nebenbeimert von Ärzten verordnet! – mit abhängig sind von der Größe und Art der Einrichtung sowie dessen Personalschlüssel: Pille statt Beziehung! Pille statt Wohnraum! Pille statt Würde!

Gerade die Gerontopsychiatrie darf hier nicht länger wegsehen, sondern muß mehr denn je auch ihr eigenes Handeln (z.T. "Zwangshandlungen") hinterfragen, "hinsehen", "einmischen" und nach Alternativen suchen. Gewalt will Handeln und Denken einschränken sowie Grenzen des Scham- und Gerechtigkeitsgefühls mißachten. Wer das nach seiner Überzeugung Beste für den Anderen tut, ohne ihn zu fragen, ob er das überhaupt möchte und ob dies wirklich für ihn das Beste ist, mag zwar gesellschaftlich als guter Helfer gelten, dürfte aber in der Regel eher ein gefährlicher Täter sein, dem man keine Abhängigen anvertrauen sollte. Der Wert eines alten pflegebedürftigen Menschen – finanziell und ethisch – wird von Helfern und anderen z.T. sehr "verborgenen Dritten" bestimmt. Sein Menschsein spielt dabei kaum eine Rolle. Doch dies sollte Ausgangspunkt jegliches gerontopsychiatrischen Handelns sein.

Abschluß

Die Gerontopsychiatrie befindet sich derzeit im Wandel. Viele Anzeichen sprechen dafür, daß sie sich zu einem der interessantesten Gebiete der Psychiatrie entwickeln wird und vielfach Neuland betreten hat. In diesem Beitrag konnten natürlich nicht alle Aspekte des Weges, auf dem sich die heutige Gerontopsychiatrie befindet, aufgezeigt werden (z.B. Alterspsychotherapie, Entwicklung von Qualitätsstandards, Verringerung von Forschungsdefizit). So sollen die silhouettenhaft aufgezeigten vermitteln: Gerontopsychiatrie hat Zukunft! Gerontopsychiatrie ist mobil! Gerontopsychiatrie ist geprägt von sozialem praxisorientierten Handeln! Leider wissen nur Insider: Gerontopsychiatrische Arbeit macht neugierig und führt zur Reflektion über das menschliche Sein und seiner Historie. Es fördert fachliche und persönliche Kompetenzen sowie Kreativität und Zukunftsorientierung. Der in der Gerontopsychiatrie Arbeitende wird gelehrt, sich mit der Endlichkeit des Seins und seinen eigenen Grenzen auseinanderzusetzen, sein eigenes Menschenbild immer wieder zu hinterfragen und zu erfahren: Leben ist Leben!

Literatur:

- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 u. 7/4202. Bonn: Heger.
- Braun, B., Kühn, H. & Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Fischer, Frankfurt aM.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG–Psychiatrie) (1997): Aktionsprogramm gerontopsychiatrischer Versorgung. Köln
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich: Bonn.
- Hirsch, R. D., Baumgarte, B., Brand, A., Kortus, R., Kretschmar, Chr., Leidinger, F., Loos, H., Radebold, H. & Wächtler, C. (1992): Gerontopsychiatrie–zum Selbstverständnis der Gerontopsychiatrie– Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Untergruppe der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des AK der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD. Bonn.
- Hirsch, R. D.; Vollhardt, B. R.; Erkens, F. (1997) (Hrsg.): Gewalt gegen alte Menschen. HsM – Handeln statt Mißhandeln. 1. Arbeitsbericht. Bonn: Eigendruck.