

Dieter Ferring / Simon Groß (Hrsg.)

RBS-Bulletin

Themenheft Nr. 1

In Zusammenarbeit mit der Universität Luxemburg

Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Altenpflege



**Forschungsergebnisse, praktische Herausforderungen
und Perspektiven für Luxemburg**



CENTER FIR
ALTERSFROEN



Herausgeber:

Forschungseinheit INSIDE
c/o Prof. Dr. Dieter Ferring
Campus Walferdange, Bât. XII, 1.01
Route de Diekirch
L-7220 Walferdange

RBS – Center fir Altersfroen asbl
c/o Simon Groß
20, rue de Contern
L-5955 Itzig

Kooperationspartner:

Universität Luxemburg
Fakultät für Sprachwissenschaften
und Literatur, Geisteswissenschaften,
Kunst und Erziehungswissenschaften
Forschungseinheit INSIDE
Route de Diekirch
L-7220 Walferdange

Association luxembourgeoise
de gérontologie & gériatrie
67, Rue Ausone
L-1146 Luxembourg

Bestelladresse:

RBS – Center fir Altersfroen asbl
20, rue de Contern
L-5955 Itzig
Tel: 36 04 78
Fax: 36 02 64
www.rbs.lu

Fotos:

Titel: Fotolia
Rubriken: Werner Krüper

Produktion:

KA communications S.à r.l.
50, rue des Remparts
L-6477 Echternach

Druck:

FABER Print services & solutions
7, rue de Prés
L-7561 Mersch

ISBN: 978-2-87971-805-7

© September 2010

► Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Familienministerin Marie-Josée Jacobs	4
Editorial	6
<hr/>	
Ergebnisse und Befunde	
<hr/>	
Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege in Luxemburg: Ergebnisse einer nationalen Studie Wolfgang Billen	8
L'utilisation des moyens de contention dans des établissements à séjour continu au Luxembourg – Une approche de soignant Robert Wildanger	20
Aktive Sturzprävention als Alternative zu körpernahen freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege Jörg Bidinger	23
<hr/>	
Disziplinäre Perspektiven und Kommentare	
<hr/>	
Neue Kultur in der Altenpflege: Ein Plädoyer für die Menschlichkeit Josée Thill	29
Vermeidung von FEM am Beispiel der Psychopharmaka Carine Federspiel	32
Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Pflege: Zur Notwendigkeit der Burnout-Prävention Dieter Ferring	35
Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Pflege: Eine Herausforderung für die Fort- und Weiterbildung Simon Groß	39
Freiheitsentziehende Maßnahmen in der ambulanten Pflege: Spagat zwischen Freiheit und Fürsorge Paul Wagener	45
Schutz vs. Freiheitsentzug: Der schmale (rechtliche) Grad in Sachen „Altenpflege“ Pierrot Schiltz	50
Freiheits-Entzug bei Pflege Paul Kremer	53

Vorwort

In den letzten 20-25 Jahren hat sich viel im Bereich der Altenhilfe in Luxemburg getan. Neue Heime wurden gebaut, verschiedene andere Versorgungsstrukturen sind entstanden und seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1999 kann jeder pflegebedürftigen Person eine adäquate Betreuung angeboten werden.

Die weitgefassten Unterstützungen der Pflegeversicherung und der ambulanten Hilfs- und Pflegedienste haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass Personen immer später den Schritt in Richtung Alten- oder Pflegeheim machen. Dies geschieht meistens erst dann, wenn eine qualitative Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet werden kann. Somit steht das Personal in den Heimen vor der Herausforderung, immer komplexeren Bedürfnissen gewachsen sein zu müssen, respektiv in sehr schwierigen Situationen bestenfalls mit meistens für die betroffene Person, Entscheidungen treffen zu müssen.

Egal, ob es sich um zwei „jung verliebte“ Alzheimer-Patienten handelt, eine an Demenz erkrankte Person, die immer wieder nach Hause möchte und ständig „Reißaus“ nimmt, eine schwer gehbehinderte Dame, die selbstständig gehen möchte – oder die palliative Versorgung eines älteren Krebspatienten, im Zentrum der aus diesen Situationen erwachsenden Diskussionen stehen an erster Stelle die Bedürfnisse des Bewohners.

Hier drängt sich die Frage auf, nach welchen grundlegenden Prinzipien die Betreuung pflegebedürftiger Personen in unserer heutigen Zeit zu gestalten ist. Meinem Verständnis nach sind dies:

- die Würde des Menschen und der Respekt vor der Person als eigenständiges Individuum – selbst dann, wenn seine Realität der unseren fremd wird,
- Selbstverantwortung, Wahlfreiheit, Autonomie
- Lebensqualität.

Bei den letzteren Begriffen ist anzufügen – „selbst in schwersten Pflegesituationen“.

Auch in Fragen über einen möglichen Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen halten diese Prinzipien jeder fachlichen Diskussion den Rahmen vor. Leben birgt Risiken. Lebensqualität ist oft ohne ein Restrisiko nicht realisierbar. Ein an Epilepsie erkrankter Heimbewohner, dessen Krankheit medikamentös gut eingestellt ist und dessen Anfälle sich auf maximal zwei pro Jahr begrenzen, badet immer alleine und genießt diese Eigenständigkeit. Einige Jahre nach seinem Heimeintritt verstirbt der Betroffene auf Grund eines epileptischen Anfalls – beim Baden.

Solche Situationen zuzulassen, heißt für Organisationen und ihr Pflegepersonal bewusst Risiken abzuwägen und gegebenenfalls Verantwortung zu übernehmen. In vielen Fällen sind die zu beantwortenden Fragen weitaus komplexer als im aufgezeichneten Beispiel. Viele Bewohner können sich aufgrund verlorener kognitiver Fähigkeiten nicht mehr deutlich äußern respektiv über alternative Kommunikationsmöglichkeiten ihre Prioritäten klar mitteilen.

Auch die Familienmitglieder haben ihre Ansprüche an die Pflege und die Versorgung im Heim. Aus ganz unterschiedlichen Gründen heraus kann es sogar so sein, dass sie sich nicht auf Pflegeformen einlassen können, die gewisse Risiken beinhalten (z.B. eine mögliche Sturzgefahr).

Um diese Situationen im Sinne des Bewohners klären zu können, brauchen Pflegeberufler Instrumentarien. Fort- und Weiterbildungen, auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen abgestimmte Betreuungskonzepte sind grundsätzliche Schritte, um das Leben aller Bewohner in den Heimen bestmöglich zu gestalten. Dies verhindert nicht, dass immer wieder aufs Neue Situationen eintreten, in denen dieses Wissen unzureichend ist.

Zurzeit gibt es in Luxemburg weder gesetzliche Vorgaben noch allgemeingültige Prozeduren, die den Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen regeln.

Grundsatztexte, wie die 1991 von der ALGG erarbeiteten „Charte des droits de la personne dépendante“ stellen – durch ihre Interpretation der allgemeinen Menschenrechte auf die spezifische Situation der Pflegebedürftigkeit – wertvolle Richtlinien für die in der Pflege Tätigen dar. Sie können Entscheidungshilfen für partikulare Situationen sein. Trotzdem bleibt die Verantwortlichkeit seitens der Pflegenden.

Genauso wichtig wie die gemeinsame Diskussion um mögliche neue formale Regeln und Richtlinien, – und mein Ministerium möchte sich gemeinsam mit allen Beteiligten, dieser Aufgabe in den nächsten Monaten stellen – ist das Engagement der Organisationen in ihren Strukturen Rahmen zu schaffen für fallspezifische Diskussionen. In interdisziplinär geführten Auseinandersetzungen, gemeinsam mit dem Heimbewohner und/oder seinen Angehörigen, können Entscheidun-

gen getroffen werden, die bestmöglich den Vorstellungen und Ansprüchen der älteren Person gerecht werden.

Ich begrüße deshalb die gemeinsame Initiative von Herrn Prof. Dr. Dieter Ferring der Universität Luxemburg und Herrn Simon Groß, Direktor des RBS – Center für Altersfragen, das Thema an Hand einer Broschüre aufzugreifen und so einem möglichst breiten Publikum zugänglich zu machen. Ich bedanke mich bei allen Autoren für ihr engagiertes und kompetentes Mitwirken. Ich bin mir sicher, dass die vorliegende Publikation ein wertvoller Beitrag in einer öffentlichen Diskussion über freiheitseinschränkende Maßnahmen sein wird.

Marie-Josée Jacobs

Ministerin für Familie und Integration

Editorial

Das vorliegende Themenheft des RBS-Bulletin, das in der Kooperation zwischen der Forschungseinheit INSIDE an der Universität Luxemburg und dem RBS-Center für Altersfragen entstanden ist, widmet sich freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in der Altenpflege. Damit wird ein facettenreiches, in vielerlei Hinsicht „schwieriges“ Thema aufgegriffen. Schwierig – weil es bei einer Einschränkung der individuellen Freiheit stets um die Verletzung von menschlichen Bedürfnissen und Grundrechten geht. Schwierig – weil es hier keine eindeutigen Antworten und daher auch keine eindeutigen Regularien gibt. Schwierig – weil es alle Beteiligten psychisch belastet.

Das Themenheft versucht Antworten zu finden, indem in einem ersten Teil eine Bestandsaufnahme der Situation im Großherzogtum angegangen wird. Dies wird durch die Ergebnisse der aktuellen Studie von Wolfgang BILLEN aber auch durch die Resultate der in 2005 erfolgten Studie von Roby WILDANGER geleistet. Eine weitere wichtige Perspektive wird hier auch von Jörg BIDINGER aufgemacht, der die aktive Sturzprävention als Alternative zu körpernahen freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege thematisiert.

Antworten und Annäherungen an die Thematik der freiheitsentziehenden Maßnahmen werden in dem zweiten Teil des Themenheftes aus der interdisziplinären Sicht angegangen.

Insgesamt sieben Autorinnen und Autoren aus den Gebieten der Geriatrie und Psychogerontologie, aus der stationären und der ambulanten Pflegewissenschaft aber auch aus Philosophie, Rechtswissenschaft und Psychologie entwickeln ihre jeweils spezifische und doch komplementäre Sichtweise auf das Phänomen der FEM. Josée THILL elaboriert eine neue Kultur in der Altenpflege, die auf dem Zusammenspiel von menschlicher Zuwendung und professioneller Kompetenz basiert. Carine FEDERSPIEL thematisiert aus der Sicht der Geriatrie alternative Formen von Betreuung

und Pflege sowie Möglichkeiten der Vermeidung von FEM – dies vor allem mit Blick auf den Einsatz von Psychopharmaka.

Dieter FERRING thematisiert das Phänomen des Burnout als Risikofaktor für Gewalt in der Pflege und zeigt Möglichkeiten der Prävention des Burnout und seiner Folgen auf institutioneller und individueller Ebene auf.

Simon GROSS expliziert die Möglichkeiten und den wichtigen Beitrag, den berufliche Fortbildung und Weiterqualifikation in der Prävention von Gewalt bieten und unterstreicht dabei die Schlüsselqualifikation der sozialen Kompetenz. Der Beitrag von Paul WAGENER wirft den Blick auf die ambulante Pflege. Der Autor elaboriert und illustriert Dilemmasituationen, die sich hier im Umfeld von FEM ergeben, und erarbeitet Richtlinien und Möglichkeiten der Prävention. In Anschluss daran werden die zivil- und strafrechtliche Perspektive, die bei der Anwendung von FEM angelegt werden können, von Pierrot SCHILTZ beleuchtet und erläutert.

Der Epilog gehört und gebührt Paul KREMER, der den Freiheits-Entzug bei Pflege aus der ethischen Perspektive beleuchtet. Gemeinsames Kennzeichen aller Beiträge ist es, dass sie die Menschlichkeit in Pflegebeziehungen als absolutes Gut und handlungsleitendes Ziel thematisieren. Dies belegt eine Kultur des Miteinanders und auch das Wissen um die Bedeutung der „*conditio humana*“ gerade in professionellen Pflegebeziehungen.

Zugleich wird in allen Beiträgen auch klar, dass Menschlichkeit alleine nicht ausreichen kann, sondern sie muss stets mit professionellem Wissen und Qualifikation gepaart sein.

Nur die authentische Kombination von Professionalität und Menschlichkeit erlaubt es, sich den schwierigen Situationen in der Altenpflege zu stellen und diese zu bewältigen, und freiheitsentziehende Maßnahmen stellen hier nur eine von vielen möglichen belastenden Situationen dar.

Das Themenheft – so wie es hier vorliegt – soll als Forum der aktuellen gerontologischen Forschung in Luxemburg dienen. Es stellt in dieser Form ein Novum dar, das mit anderen aktuellen Themenstellungen seine Fortsetzung finden und damit den professionellen Austausch und Diskurs anregen wird.

Allen Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle herzlichst für ihr Engagement und ihre Ausarbeitungen gedankt. Die „Association luxembourgeoise de Gérontologie-Gériatrie“ hat dieses Projekt in personam von Frau Präsidentin Jos e Thill in konstruktiver Weise begleitet und auch ihr gebührt an dieser Stelle unser Dank.

Abschließend möchten wir uns bei Frau Ministerin Marie-Jos e Jacobs, seit Jahren eine verantwortungsbewusste Begleiterin, Förderin und Mentorin der luxemburgischen Gerontologie und Geriatrie, für ihre Unterstützung der empirischen Studien wie auch für die einleitenden Worte ganz herzlich bedanken.

Prof. Dr. Dieter Ferring

Universit  du Luxembourg, Directeur UR INSIDE
Directeur d tudes „Master en Gérontologie“

Simon Groß

Dipl.-Psychologe
Direktor, RBS – Center fir Altersfroen asbl



Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege in Luxemburg

▼ **Wolfgang BILLEN,**
Directeur des Soins, Solucare S.A., Wasserbillig

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) sind immer noch Alltag in der Altenpflege – auch in Luxemburg. Sind in den vergangenen Jahren in vielen europäischen und nordamerikanischen Pflegeeinrichtungen bereits Studien zur Häufigkeit und zur Untersuchung der Begründungen zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gemacht worden, so gab es für deren Einsatz in Luxemburg bisher wenig Zahlen und Erkenntnisse. Erstmalig wurde von Wildanger 2005 in einer Untersuchung in fünf Pflegeeinrichtungen (2 Maisons de Soins, 3 Centres Intégrés pour personnes âgées, CIPA) eines Heimträgers detailliert die Anwendungspraxis von freiheitsentziehenden Maßnahmen untersucht und dabei hohe Fixierungsraten festgestellt.

Die jetzt vorliegende Studie, die im Rahmen des Master-Studienganges „Gerontologie“ an der Universität Luxemburg durchgeführt wurde, liefert nun weitere konkrete Zahlen für Luxemburg, die im folgenden Arti-

kel vorgestellt werden. Neben diesen Ergebnissen soll dabei aber auch die Anwendung von FEM problematisiert und der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand hierzu dargestellt werden.

Dabei wird deutlich werden, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen – in den meisten Fällen – eine physische und psychische Gefährdung der Pflegeheimbewohner darstellt.

Die Gründe, die zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen immer wieder herangezogen werden (z.B. Sturzprophylaxe), entbehren einer wissenschaftlichen Grundlage. Die Analyse der besonderen Situation in Luxemburg ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass es für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen keine rechtlichen Regelungen gibt, die den Mitarbeitern in den Einrichtungen einen Handlungsrahmen geben würden. Im letzten Teil des Artikels werden Handlungsperspektiven aufgezeigt, um den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Luxemburger Altenpflegeheimen zu reduzieren.

Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?

Man spricht von freiheitsentziehenden Maßnahmen, wenn ein Bewohner gegen seinen natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise in seiner Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann. Grundsätzlich stellen alle Maßnahmen, die den Betroffenen gegen seinen natürlichen Willen darin hindern, seinen Aufenthaltsort zu verändern, freiheitsentziehende Maßnahmen dar (Walther 2007). Von diesen Maßnahmen sind vor allem alte Menschen betroffen mit:

- ▶ Kognitiver Beeinträchtigung oder Demenz
- ▶ Einschränkung der Mobilität
- ▶ Pflegebedürftigkeit und Inkontinenz
- ▶ Herausfordernden Verhaltensweisen

In der Praxis der Altenpflege gibt es oft unterschiedliche Aussagen darüber, was freiheitsentziehende Maßnahmen sind oder nicht. Fixierungen mit z.B. einem Haltegurt werden eindeutig als freiheitsentziehende Maßnahmen gewertet (offene Fixierung). Hingegen wird das Feststellen der Rollstuhlbremse am Tisch oftmals nicht als solches gesehen (verdeckte Fixierung), obwohl es in der Absicht gemacht wurde, den Menschen am Verlassen des Tisches zu hindern. In anderen Fällen wird versucht den fixierenden Effekt einer Maßnahme durch den Gebrauch von sprachlichen Euphemismen zu verniedlichen.

So wird aus einer Fixierdecke, die den alten Menschen im Bett daran hindern soll, allein aufzustehen, eine „Kuscheldecke“. Firmen werben damit, dass Haltegurt-Systeme jedem Patientenanspruch gerecht werden und für nahezu alle Krankenpflegeszenarien geeignet sind. Es wird darauf verwiesen, dass patientierte Schösser nur von Pflegekräften geöffnet werden können. GPS-gestützte Systeme, die das Weglaufen von Bewohnern verhindern sollen, werden von einer Firma als „Schutzengelsystem“ beworben. Inwieweit diese Sprachverdrehung auch dazu dient, das eigene Gewissen zu beruhigen, um nicht „schuldig“ an der Freiheits Einschränkung zu sein, ist eine andere wichtige Frage. Der Gebrauch von Bettgittern wird nach wie vor nicht immer als freiheitsentziehende Maßnahme gesehen

und auch in manchen Studien nicht mit aufgelistet. Es gibt Ganzkörper-Schlafanzüge, die es dem Menschen unmöglich machen, sich z.B. einer lästigen Inkontinenzeinlage zu entledigen oder sich einfach nur zu kratzen, wenn es juckt.

Die Einschränkung der Freiheit durch Psychopharmaka ist eine besonders schwierig zu beurteilende Maßnahme. Sie fallen zwar in die Domäne des Arztes, werden aber häufig durch das Pflegepersonal „angefragt“, bzw. vom Arzt nach Schilderung von auffälligen Verhaltensweisen des alten Menschen verordnet. Dies geschieht manchmal bewusst als Einschränkung der Freiheit, manchmal aber auch dessen unbewusst.

Natürlich ist die Gabe von Psychopharmaka nicht grundsätzlich eine freiheitsentziehende Maßnahme, schließlich gibt es auch beim alten Menschen Indikationen zur Gabe von z.B. Antidepressiva oder Neuroleptika. Problematisch wird es dann, wenn die Gabe dieser Medikamente nicht den von den Herstellern intendierten Zweck verfolgt (z.B. Linderung einer Depression, Vermeidung von Psychosen oder Halluzinationen), sondern wenn der Grund der Gabe in der Absicht geschieht, den Menschen ruhigzustellen, müde zu machen, damit er nicht mehr umherwandert oder sein herausforderndes Verhalten andere Bewohner oder das Personal stört.

Das Einschließen von Bewohnern in ihren Zimmern ist nach eigenen Erfahrungen offiziell eher selten, wird aber sicherlich in Einzelfällen ohne Wissen der Leitungskräfte (z.B. von der Nachtwache) praktiziert, um z.B. zu verhindern, dass unruhige Bewohner in die Zimmer der anderen Bewohner gehen und deren Nachtruhe stören. Dies bestätigte auch die vorliegende Studie. Nach Aussage der Leitungskräfte wird die Maßnahme nicht angewandt. Aber 22,5% der Mitarbeiter geben an, dies in den letzten vier Wochen gemacht zu haben! Als Begründung der Mitarbeiter wird dann häufig Überlastung im Umgang mit der Situation angegeben. Ungünstiger Personalschlüssel in der Nacht, unpraktische bauliche Gegebenheiten usw. können hier FEM fördernde Faktoren sein. Insgesamt lassen die von den Mitarbeitern genannten Zahlen vermuten, dass den Leitungskräften nicht alle freiheitsentziehenden Maßnahmen in ihren Wohnbereichen bekannt sind.

► Ergebnisse und Befunde

► *Firmen bieten rundum schließbare Betten auch als Sturzprophylaxe für unruhige demente Menschen in Pflegeheimen an und waren auch auf der Altenpflegemesse 2009 in Nürnberg präsent.*

Institutionalisiert ist hingegen das Einschließen von alten dementen Menschen als ganze Gruppe in einer „Wohneinheit“. Viele Institutionen in Luxemburg und anderen Europäischen Ländern haben geschlossene Bereiche für demente Menschen, die nur nach Eingabe eines Türcodes verlassen werden können.

Auch dabei gibt es keine Regelungen, wer in diesen Fällen die Entscheidung darüber trifft, wann ein Mensch bzw. ein ganzes Kollektiv eingesperrt wird. Es werden Menschen eingesperrt, die im Vollbesitz ihrer bürgerlichen Rechte sind! Diese Beliebigkeit und oftmals Unbekümmertheit in den Fragen der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat natürlich auch Auswirkungen auf die Sichtweise und die Entscheidungen von Mitarbeitern in anderen Fragen von FEM.

Elektronische Fixierungsmaßnahmen finden zunehmend an Bedeutung. Gemeint sind damit Weglaufsender, GPS-unterstützte Sender, Fußmatten vor dem Bett, die Alarm geben, wenn ein Mensch aufsteht u.a. Diese neueren Fixierungsmaßnahmen werden häufig im Bewusstsein der Verantwortlichen und Mitarbeiter nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen gesehen.

Die Tatsache, dass es eine Einschränkung der Freiheit ist, wenn man einen Menschen lückenlos überwachen kann, verliert – auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext – zunehmend an Bedeutung.

In allen Lebensbereichen findet eine zunehmende Überwachung statt und die Möglichkeiten zur Erstellung von Persönlichkeitsprofilen werden immer zahlreicher und subtiler. Dies wird von vielen Menschen nicht als Bedrohung angesehen.

Die Maßnahmen werden als Sicherheit (z.B. Verbrechensbekämpfung) und Service (z.B. Speicherung von Daten bei Google oder Amazon) angepriesen. Insofern verwundert die unreflektierte Anwendung elektronischer Mittel nicht sonderlich.

Nationale Studie



Freiheitsentziehende Maßnahmen

Fixierungen des Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen:

- Das Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken, Bettschürzen
- Sitzhosen, in denen die Betroffenen den Stuhl oder Rollstuhl nicht mehr verlassen können
- Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln
- Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-)Stuhl
- Festigung von Therapie/Stecktischen am (Roll-)Stuhl

Ein Sperren des Betroffenen:

- Schwergängige Türen
- Abschießen der Zimmertür eines Bewohners
- Verriegelung der dem Bewohner bekannten und benutzbaren Ausgänge
- Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen
- Das Verhindern des Verlassens der Einrichtung oder der Station durch besonders komplizierte Schließmechanismen (z.B. Trickschlösser oder Zahlenkombinationen) oder durch zeitweises Absperren der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Betreute einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist
- Hoch angebrachte Türgriffe
- Drehknäufe
- Gesicherte Aufzüge

Sedierende Medikamente wie:

- Schlafmittel, Neuroleptika und andere Psychopharmaka, wenn sie gegeben werden:
- um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern
- um die Pflege zu erleichtern
- um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen

Sonstige Vorgehensweisen:

- Arretierung des Rollstuhls
- Zurückhalten am Hauseingang durch das Personal
- Wegnahme der Bekleidung und Schuhe der Bewohner
- Wegnahme der Fortbewegungsmöglichkeiten (z.B. Rollstuhl, Gehwagen)
- Wegnahme von Sehhilfen
- Durch Ausübung psychischen Drucks sowie Anwendung von Verboten, List, Zwang und/oder Drohungen
- Verbot das Zimmer, die Station oder das Haus zu verlassen
- Elektronische Maßnahmen (an der Kleidung, im Schuh oder am Handgelenk angebrachter Sender) – strittig

Freiheitsentziehende Maßnahmen (nach Walther 2007)

Dass auch die Ausübung psychischen Drucks (in der französischen Literatur explizit als *contention psychique* bezeichnet) eine freiheitsentziehende Maßnahme ist, wird häufig nicht bedacht. Dazu gehört z.B. die wiederholte Aufforderung des Personals an den Bewohner „Bleiben Sie doch sitzen!“. In der Studie von Wildanger (2005) bestätigten 88 (!) von 97 befragten Pflegekräften, dass sie unruhige Bewohner mehr als fünf Mal hintereinander auffordern, doch sitzen zu bleiben.

In diesem Zusammenhang sei auch auf den diskriminierenden Sprachgebrauch hingewiesen, wenn von Weglauftendenz oder Fluchtgefahr gesprochen wird. Einen alten und vielleicht verwirrten Menschen, der sich in der Institution, in die er – oft gegen seinen Willen – eingewiesen wurde, nicht wohlfühlt und der sich auf die Suche nach dem vertrauten Umfeld oder dem langjährigen Lebenspartner macht, mit solchen Vokabeln zu benennen, wirft die Frage nach unserer Wertschätzung und unseres Verständnisses diesen Menschen gegenüber auf.

Gefahren durch die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt ein hohes Gefährdungspotential mit den Risiken schwerster Körperverletzungen bis hin zum Tod dar. Dieser Aspekt wird in der allgemeinen Diskussion oft vernachlässigt.

Man kann drei Kategorien von Gefahren benennen (Gobert & D'Hoore 2003):

- ▶ körperliche Schäden
- ▶ Folgen der Immobilisation
- ▶ Persönlichkeitsverlust

Zu den körperlichen Schäden gehören Hautabschürfungen durch Reibungskräfte an Bettgittern oder Gurtsystemen, Nerven-, Muskel- oder Gefäßquetschungen. Es treten aber auch immer wieder Strangulationen im Brust- oder Halsbereich auf, die auch tödlich enden. Dies sowohl bei ordnungsgemäßer wie natürlich auch bei fehlerhafter Anwendung der Fixierungsmittel. Genaue Zahlen über die Häufigkeit solcher Todesfälle gibt es nicht, es ist fraglich, ob alle durch Strangulation herbeigeführten Todesfälle auch als solche gemeldet und vom Arzt entsprechend attestiert werden.

Der enorme Stress, unter dem ein fixierter Mensch leidet, führt zu erhöhten Katecholaminausschüttung, die zu Herzrhythmusstörungen führen kann, mit der Gefahr des plötzlichen Herztodes (Lown et al 1977, Engel 1978, Grossmann et al 1996). Die Fixierung in auf dem Rücken liegender Position birgt die Gefahr der Aspiration mit möglicherweise letalem Ausgang oder einer Pneumonie (Mann et al. 1986).

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden meist längerfristig angewandt. Die länger andauernden Fixierungen prädisponieren die betroffenen Menschen zu weiteren Stürzen oder auch zu Obstipation aufgrund mangelnder Bewegung (Folmar & Wilson 1989). Menschen werden in die Stuhl- und Harninkontinenz gezwungen. Die Immobilisation begünstigt Schluckprobleme mit den Gefahren von Aspiration und Pneumonie ebenso wie das Auftreten von Lungenembolien. Es kommt zu einer Häufung von Druckgeschwüren mit den folgenden Konsequenzen, wie auch zu Appetitmangel und daraus resultierender Fehl- und Mangelernährung (Mosley 1997).

Eine Abnahme des Selbstvertrauens, der Rückzug in sich selbst, Erniedrigung und Resignation sind gleichfalls oft nicht beachtete und unterschätzte Folgen der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (Tinetti et al. 1991; Robinson et al. 1993). Diese psychischen Reaktionen können zu einer Depression mit den damit wiederum verbundenen Einbußen der funktionellen Autonomie führen. Fixierungsmaßnahmen lösen erheblichen Stress aus, was eine psychische und kognitive Dekompensation zur Folge haben kann (dementielle Symptome, Agitation). Aggressionen als Reaktion auf freiheitsentziehende Maßnahmen sind aus der Sicht des Betroffenen eine normale Antwort auf die für den alten Menschen unverständliche Einkerkerung seiner Freiheit. Für ihn ist die Fixierung ein massiver Angriff in seine Persönlichkeitsrechte und entsprechend reagiert dieser Mensch.

Insgesamt wird durch die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der in der Regel dem betroffenen Menschen mehr schadet als der vermeintliche Schutz vor einem Sturz. Vor allem die psychischen Belastungen und Schäden werden in der Abwägung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen meist außer

► Ergebnisse und Befunde

Nationale Studie

Acht gelassen. Im Gegensatz zum Röntgenbild eines gebrochenen Knochens kann man sie schlecht in einem Bild oder einer Analyse sichtbar machen. Gleiches gilt für die Anwendung von psychotropen Medikamenten, die ähnliche Folgeerscheinungen mit sich bringen und zusätzlich selbst noch psychisch verändert auf den „beruhigten“ Menschen einwirken.

In einer Untersuchung von 2000 Pflegeheimbewohnern in einem Zeitraum von sechs Jahren kommt Castle (2006) zu dem Schluss, dass Bewohner, die von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind, in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit abnehmen, depressiver und im sozialen Engagement eingeschränkter werden. Sollte es gelingen, den Gebrauch von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren, so würde dies eine Abnahme von psychischen Problemen bewirken, die ihrerseits wiederum die physische und mentale Gesundheit negativ beeinflussen können.

Die Analyse der wissenschaftlichen Literatur zur Thematik widerlegt die in der Regel genannten Begründungen zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind kein probates Mittel zur Sturzprophylaxe und zur Vermeidung von Selbstgefährdung. Die häufig genannte Abwägung zwischen Sicherheit oder Freiheit ist falsch, da freiheitsentziehende Maßnahmen keine Sicherheit bieten, sondern auch Schaden zufügen!

und die für diese Studie relevanten Ergebnisse zusammengefasst. Der zweite Teil der Studie ist eine quantitative Erhebung, in der mittels einer Stichprobe die aktuelle Situation zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Luxemburg anhand zweier Fragebögen erhoben wurde. Die Erhebung wurde im November 2009 in 10 Luxemburger Pflegeheimen (Maisons de Soins bzw. vergleichbare Wohnbereiche in zwei anderen Häusern) durchgeführt. Der Fragebogen existierte in deutscher und französischer Version. Verteilt wurden 35 Fragebögen an die Leitungskräfte (mit 8 Fragen) von Wohnbereichen und 886 Fragebögen an die Mitarbeiter (mit 17 Fragen) dieser Wohnbereiche. Es wurden bewusst nur wenige Fragen formuliert, um die Bereitschaft zur Teilnahme zu fördern. In einem Begleitschreiben und einem Informationsplakat wurden die Mitarbeiter über die Befragung informiert.

Der Fragebogen für die Leitungskräfte diente in erster Linie dazu, Aussagen über die Häufigkeit der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf den einzelnen Wohnbereichen machen zu können und Zahlen über die Verabreichung von Psychopharmaka zu erhalten. Außerdem wurden die Leitungskräfte zu ihrer Einschätzung bzgl. der juristischen Absicherung gefragt. Im Fragebogen der Mitarbeiter wurden einige Grunddaten erhoben, wie Alter, Nationalität, Berufserfahrung oder Qualifikation. Der Fragebogen erfasste die Häufigkeit der Anwendung von unterschiedlichen Methoden der FEM, explorierte die Gründe für die Anwendung dieser Methoden und untersuchte die erlebte Sicherheit und Unsicherheit bei der Anwendung.

Die hohe Rücklaufquote von 51,4% bei den Leitungen (n = 18) und 27,1% bei den Mitarbeitern (n = 224) zeugt davon, wie wichtig und brisant das Thema für die Mitarbeiter in den Einrichtungen ist.

Die Studie

Die Studie gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wurde eine Analyse der internationalen wissenschaftlichen Literatur zum Thema durchgeführt, um den aktuellen Stand der Diskussion und wissenschaftlichen Forschung darstellen zu können. Mittels wissenschaftlicher Datenbanken und Suchdienste wie „PubMed“ oder „PsycINFO“ wurden mehr als 100 Zeitschriftenartikel und Textzusammenfassungen (Abstracts) ausgewertet

Zur Häufigkeit der Anwendung von FEM

Die Auswertung der Fragebögen der Leitungskräfte ergab, dass Luxemburg – trotz relativ hoher personeller und finanzieller Ressourcen – mit einer Fixierungsrate von 53,5% und einer Verabreichung von Psychopharmaka bei 61,8 % der Bewohner im internationalen Vergleich im oberen Segment liegt. Da bei der Frage



Unter dem Titel: „Fesselnde Fürsorge“ zur Redufix-Kampagne in Deutschland werden die Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen folgendermaßen beschrieben:

„Eine ganze Nacht auf dem Rücken liegend, mit sehr eingeschränkter Möglichkeit sich seitlich zu drehen, sich wenn nötig am Fuß zu kratzen oder die Beine anzuwinkeln, für die meisten Menschen ist das der Alptraum. Etwa 50.000 Menschen in der Bundesrepublik erleben ihn Nacht für Nacht: Durch einen Bauchgurt an der Matratze angeschnallt, bei Bedarf zusätzlich an Armen und Beinen fixiert. Nicht für Minuten oder ausnahmsweise. Vielmehr: über Stunden und Jahre.“

nach Psychopharmaka nur Neuroleptika und Beruhigungsmittel erfragt wurden, kann angenommen werden, dass der Anteil bei Hinzuziehung anderer Mittel mit beruhigender Wirkung (z.B. manche Antidepressiva, Antihistaminika) noch höher liegt. Insgesamt 42,7% der Pflegeheimbewohner (d.h. 197 Menschen) in dieser Untersuchung waren in geschlossenen Wohnbereichen untergebracht. Erfahrungsgemäß gibt es hierzu selten eine juristische Grundlage (z.B. Tutelle). Im internationalen Vergleich kommt man auf Fixierungsraten von 41 bis 64% (Hamers und Huizing, 2005), deutsche Studien nennen Zahlen von 26 bis 42% (Klie und Pfundstein 2005, Köpke und Meyer 2008) und in Frankreich (Vanhoucke et al. 2003) werden Fixierungsraten von 72% erreicht.

Zur Anwendung kommen in erster Linie beidseits geschlossene Bettgitter, aber auch Fixiergurte im Bett und am Stuhl, Overall, Schlafsack, Fixierdecke, Stuhl mit Stecktisch, nicht lösbare Bremsen am Rollstuhl, verschlossene Zimmertür, Weglaufsender oder geschlossener Wohnbereich. Die Gesamtanwendungsrate, die sich aus der Analyse der achtzehn Wohnbereiche und den verschiedensten, zur Anwendung kommenden Maßnahmen zusammensetzt, zeigte, dass diese zwischen den einzelnen Wohnbereichen – trotz vergleichbarer Klientel – erheblich schwankte. Dies wurde auch in anderen Ländern festgestellt. Daraus lässt sich ableiten, dass nicht alleine die allgemeinen Rahmenbedingungen eine Rolle spielen, sondern die Anwendungspraxis, die Kultur und Philosophie einer Institution erheblichen Anteil an der Häufigkeit haben.

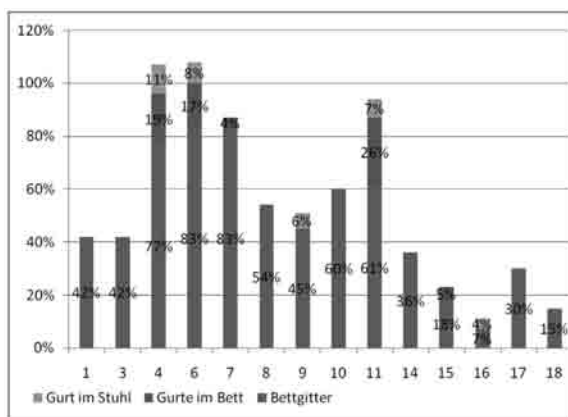


Abbildung 1: Anwendungshäufigkeit von FEM auf den untersuchten 18 Wohnbereichen

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Kontext von Recht und Gewalt

Es gibt in Luxemburg keine speziellen rechtlichen Bestimmungen, die die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in irgendeiner Weise regeln. Es ist nicht geklärt, wer freiheitsentziehende Maßnahmen anordnen darf, welche Gründe die Anwendung rechtfertigen, über welchen Zeitraum die Maßnahmen angewandt werden dürfen und wie eine Überprüfung getroffener Entscheidungen auszusehen hat. Da es keinerlei Richtlinien zur Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt, existiert demnach auch keine Möglichkeit, den Gebrauch zu kontrollieren.

Diese Situation kann nicht nur zu einer unkontrollierten Handhabung von freiheitsentziehenden Maßnahmen führen, sondern auch zu großer Verunsicherung der Mitarbeiter und Leitungskräfte. Dieser Berufsgruppe wird die Verantwortung auferlegt im Spannungsfeld zwischen Sorge um das Wohl des alten Menschen, der eigenen Absicherung und den Grundrechten von Mitbürgern zu entscheiden. Dies scheint rechtlich bedenklich.

In der durchgeführten Studie konnten Mitarbeiter und Leitungskräfte auf einer Skala ankreuzen, ob sie sich im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen juristisch abgesichert fühlen (0 = sehr unsicher; 7 = absolut sicher).

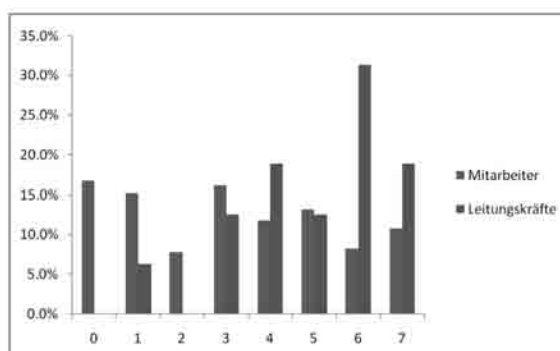


Abbildung 2: Sicherheit in Bezug auf juristische Absicherung

Wie Abb. 2 zeigt, fühlen sich die Mitarbeiter eher unsicher, die Leitungskräfte hingegen fühlen sich paradoxerweise juristisch mehrheitlich auf der sicheren Seite. Es wäre interessant zu erfahren, worauf sich diese Sicherheit gründet.

Es ist schon erstaunlich, wie der Eingriff in eines der fundamentalsten Menschenrechte bei Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen im quasi „rechtsfreien Raum“ geschehen kann, wie dies bis vor kurzem auch noch in der Psychiatrie der Fall war. Die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen befinden sich (in der Regel) rechtlich gesehen freiwillig in den Einrichtungen, in denen sie leben. Im Gegensatz etwa zu Strafgefangenen, deren Freiheit aufgrund einer Anklage und Verurteilung eingeschränkt wurde, gibt es hier keine rechtliche Grundlage, die es gestatten würde, gegen den Willen der Betroffenen freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden. Allerdings gibt es in Alten- und Pflegeheimen immer wieder Situationen, in denen eine – vorübergehende – Freiheitseinschränkung notwendig sein kann, um eine akute und gravierende Gefährdung der Gesundheit zu verhindern. Dies möglicherweise auch gegen den Willen der betroffenen Person. Eine rechtliche Regelung zu diesem Thema würde sich einreihen in eine historisch lange Reihe von Gesetzen, die darauf abzielen besondere Gewaltverhältnisse zu konstitutionalisieren (z.B. Ehe und Familie). Es geht darum bei vorherrschenden, sozusagen „natürlichen“ Machtverhältnissen, zu denen auch das Verhältnis zwischen Bewohner und Pfleger gehört, die Rechte der „schwachen“ Person zu stabilisieren. Der österreichische Soziologe Reinhard Kreissl formuliert es in einem Vortrag folgendermaßen: „Der normative Sinn dieser Verrechtlichung besteht darin, den weniger Mächtigen oder Herrschaftsunterworfenen die Position eines Rechtssubjekts zu verschaffen, sie mit den Mitteln des Rechts zu Personen zu machen, die nicht mehr den natürlichen Machtverhältnissen ausgeliefert sind.“ Er beschreibt weiterhin, dass Gesetze, die in diesen Bereichen eingreifen, eine Verrechtlichung lebensweltlicher Beziehungen oder lebensweltlich strukturierter Problemlagen bezeichnen kann, wie sie z.B. auch in Familien auftreten können. Probleme in solchen Beziehungen sollten normalerweise auf der Basis gegenseitiger Anerkennung, Respekt, Empathie, Verständnis und Rücksichtnahme gelöst werden. Pflegebeziehungen zeigen oft eine ähnliche Struktur, Prof. Kreissl dazu: „Die zu pflegenden Personen sind nicht nur Rechtssubjekte und Vertragspartner, sondern an der Schnittstelle von Personal und Bewohner wird lebensweltlich agiert...“. In Luxemburg haben familiäre Strukturen und der Wunsch, „mit gesundem Menschenverstand“ zu agieren und nicht alles durch Regeln und Gesetze reglementieren zu müssen, eine große Bedeu-

tung. Problematisch wird diese Einstellung aber dann, wenn alte Menschen mit Demenz dadurch zu Opfern werden können. Im Alltag wird die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen meist als Schutz des alten Menschen vor Verletzung (z.B. Fraktur nach Sturz) gewertet. Dies erkennt aber, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen selbst eine Gesundheitsgefährdung darstellt. Schließlich gibt es in anderen Bereichen, in denen es um die Einschränkung von Freiheitsrechten geht (z.B. Strafrecht) klare und umfangreiche Regelungen. Niemand würde es beispielsweise der Polizei gestatten, verdächtige Personen einfach über Jahre einzusperren, ohne jemanden darüber zu informieren, ohne Prozess und ohne Verteidigung. Dies ist aber Alltag im Pflegeheim. Zudem muss die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auch im Kontext von Gewalt gegen alte Menschen betrachtet werden. In der Gerontologie wird Gewalt oft definiert „als eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten“ (Hirsch 1996). Die sich hieraus ergebenden Gewaltformen sind: aktive und passive Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlung (abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung, Einschränkung des freien Willens. Ohne Zweifel können freiheitsentziehende Maßnahmen hier als Mittel der Gewaltausübung dazu gezählt werden.

Gründe für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Im Vorfeld der Studie war die These aufgestellt worden, dass es einerseits direkte Faktoren gibt, die von den Mitarbeitern offiziell als Begründung zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen genannt werden (z.B. Sturzprophylaxe), dass es andererseits aber auch noch indirekte Faktoren gibt, die die Entscheidung der Pflegekräfte maßgeblich beeinflussen, aber selten offiziell benannt werden (z.B. Angst der Mitarbeiter vor Reklamationen der Angehörigen oder Tadel durch den Vorgesetzten). Die direkten Faktoren, die von den Mitarbeitern wie auch von den Leitungskräften genannt werden sind in Abb. 3 ersichtlich. Hier zeigt sich, dass der Schutz vor Selbstgefährdung (86,4%) ebenso wie die Sturzprophylaxe (71,4%) die am häufigsten verwendeten Begründungen darstellen.



Abbildung 3: Direkte Faktoren zur Anwendung von FEM nach Aussagen der Mitarbeiter (n = 172 - 214, Angaben in %)

Die Frage an die Mitarbeiter, welche anderen Faktoren bei dem Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen noch eine Rolle spielen – die sogenannten indirekten Gründe –, sind in der folgenden Abbildung verdeutlicht. Diese Zahlen belegen, welchen Stellenwert die indirekten Faktoren in der Entscheidungsfindung zum Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen haben. Bei über 50% der Pflegekräfte spielt die Angst vor Reklamationen von Angehörigen oder vor juristischen Folgen und bei jeweils ca. 30% Angst vor Kritik des Vorgesetzten und „weil der Bewohner mir keine andere Wahl lässt“ eine wichtige Rolle. Gerade auch der letztgenannte Punkt ist interessant, da hier dem dementen, alten Menschen im Prinzip die Verantwortung für das Handeln des Mitarbeiters übertragen wird.

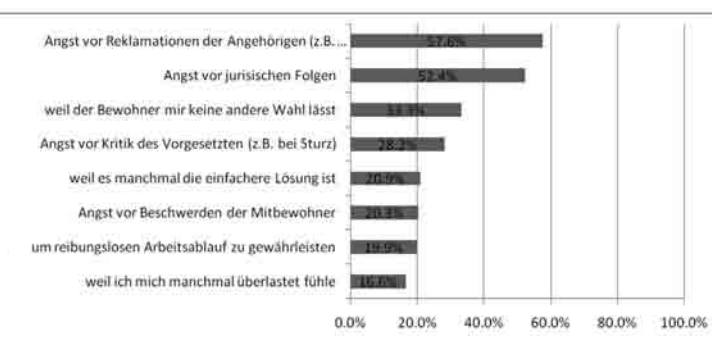


Abbildung 4: Indirekte Gründe zur Anwendung von FEM (166 < n < 198)

Es sollte sich bei der Betrachtung und Bewertung, sowohl der direkten wie auch der indirekten Gründe, vor Augen gehalten werden, um welches gravierenden Einschnitt in ein Grundrecht eines Menschen es sich dabei handelt. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu,

dass bei der Entscheidung für oder gegen den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, den indirekten Faktoren eine entscheidende Bedeutung zukommt. Eine Bedeutung allerdings, die ihr, gemessen an rechtsstaatlichen Prinzipien, nicht zustehen sollte. Ähnlich beeindruckend sind die Einschätzungen der Mitarbeiter in der Frage, welche Maßnahmen überhaupt eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen, bzw. was von Mitarbeitern nicht als freiheitsentziehende Maßnahme bewertet wird. So bewerten z.B. 39,2% der Mitarbeiter Bettgitter, 47,3% Stecktische an Stühlen und 28,1% Overall im Bett nicht als freiheitsentziehende Maßnahme. Selbst Fixiergurte (17,5%) und Bauchgurte am Stuhl (23,6%) werden von ungefähr jedem fünften Mitarbeiter nicht als einschränkend betrachtet. Und sogar die „klassischen Formen“ von Einsperren, also das Verschließen einer Zimmertür oder ein geschlossener Wohnbereich ist für 22,8% bzw. 45% der Mitarbeiter keine freiheitsentziehende Maßnahme. Diese Ergebnisse sind erstaunlich! Es ist noch nachvollziehbar, dass Bettgitter, deren Anwendung in der Pflege traditionell „normal“ ist, von einem großen Teil nicht als freiheitsentziehende Maßnahme gewertet werden, mit Blick auf die Anwendung von Gurten oder dem Einsperren fällt dies jedoch schwer. Es stellt sich die Frage, welches ethische Grundverständnis, welche Vorstellungen oder Bedeutungen von Freiheit diese Pflegekräfte haben. Spiegelt sich in diesen Ergebnissen ein kulturell unterschiedliches Verständnis von Freiheit wieder oder ist es berufsgruppenspezifisch? In der Analyse fällt auf, dass die Berufsgruppe der Aide Socio-Familiale (ASF) viele der aufgeführten Maßnahmen weniger häufig als FEM wertet, als die Infirmière (Krankenschwester).

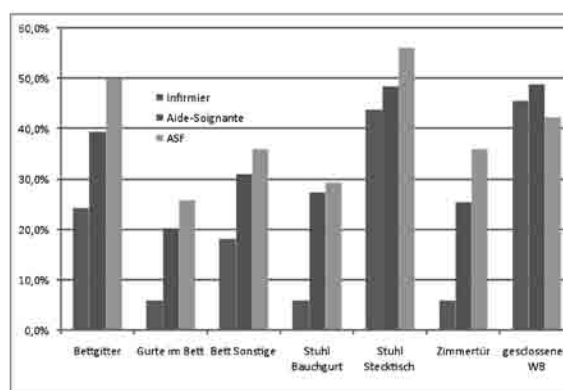


Abbildung 5: Prozentteil der Mitarbeiter, die eine Maßnahme nicht als FEM werten nach Qualifikation

► Ergebnisse und Befunde

Nationale Studie

Das bedeutet, dass die Berufsqualifikation auch einen Einfluss auf die Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat.

Der Arzt als Initiator von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Auf die Frage, von wem im Alltag die Initiative zum Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgeht, konnten aus einer Liste eine oder mehrere Personengruppen angekreuzt werden. Dabei entstand folgende „Rangliste“: Ärzte (59%), Angehörige (54%), Mitarbeiter (48%), Stationsleitung (46%) und Pflegedienstleitung (24%). Mehrfachnennungen waren hierbei auch möglich. Auffällig ist bei den Antworten zu dieser Frage, was diejenigen Pflegekräfte angekreuzt haben, die nur eine Antwort gaben (bei immerhin 74 von 217 Befragten):

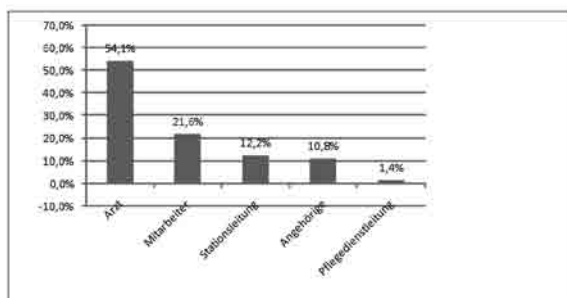


Abbildung 6: Den Einsatz der FEM initiiierende Person (bei Wertung der Einzelnennungen)

Bei den Mitarbeitern, die nur eine Antwort gaben, stehen die Ärzte als Initiator des Einsatzes von freiheitsentziehenden Maßnahmen an der Spitze. Dieses Ergebnis wäre auch Indiz zur Erklärung der hohen Fixierungsraten in französischen Pflegeheimen, denn in Frankreich können freiheitsentziehende Maßnahmen nur auf ärztliche Anordnung hin angewandt werden.

Belastung der Mitarbeiter

Die Arbeit in einem Pflegeheim stellt höchste Ansprüche an die Mitarbeiter. Sie sind extremen psychischen wie physischen Belastungen ausgesetzt. Das permanente Erleben des körperlichen Abbaus und Tod der zu Pflegenden, die Konfrontation mit herausfordernden

Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz und der alltägliche Versuch den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden bringen die Menschen, die in der Altenpflege arbeiten, oft an (und auch manchmal über) die Grenzen der eigenen Belastbarkeit.

Die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist auch eine starke psychische Belastung für die Pflegekräfte. Für den allergrößten Teil der Pflegekräfte (80%) stellt die Anwendung von FEM eine starke bis sehr starke Belastung dar (auf einer Skala von 0 - 7), die von den Verantwortlichen nicht unterschätzt werden darf (Abb. 6)

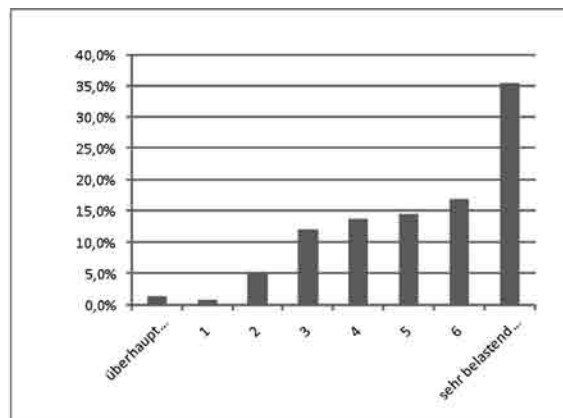


Abbildung 7: Belastungsempfinden der Mitarbeiter (n = 214)

Interessanterweise fühlen sich einerseits die jüngsten Mitarbeiter mit der geringsten Berufserfahrung und andererseits die ASF im Vergleich zur Krankenschwester signifikant weniger belastet. Im alltäglichen Spannungsfeld zwischen professioneller Distanz und Nähe können solche Belastungserlebnisse entweder zu innerer Abstumpfung dem alten Menschen gegenüber oder zu starker emotionaler Beteiligung und Burnout führen.

Was nutzen Regeln und Standards in den Einrichtungen?

In 76% der Wohnbereiche werden freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert und in 74,5% auch dokumentiert. Es kann allerdings keine qualitative Aussage über die Güte der Dokumentation gemacht werden. Auf zwei von drei Wohnbereichen existieren Regeln zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Vergleicht man nun die Antworten der Mitarbeiter in Bezug auf das Vorhandensein von Regeln an ihrem Arbeitsplatz mit ihrer persönlichen Einstellung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, so stellt man überraschende Zusammenhänge fest.

Es fällt auf, dass bei nicht vorhandenen Regeln die Mitarbeiter den Einsatz dieser Maßnahmen eher als Freiheitsentzug bewerten als Mitarbeiter, die aus Einrichtungen kommen, in denen es entsprechende Regeln gibt. Mitarbeiter aus Bereichen mit entsprechenden Regeln betrachten so z.B. Gurte im Bett nur zu 76,9% als freiheitsentziehende Maßnahme.

Bei den Mitarbeitern aus Bereichen ohne Regeln sind es immerhin 89,6%.

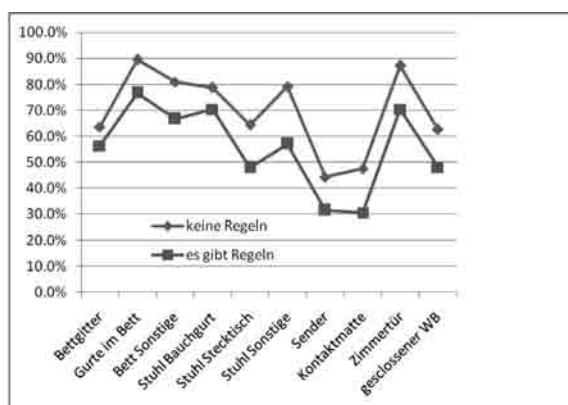


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Regeln und Bewertung von FEM

Möglicherweise verleiten Regeln dazu die Maßnahmen als medizinische oder pflegerische Akte zu beurteilen, die von der Leitung genehmigt sind. Dies entbindet zu einem gewissen Grad von der eigenen Verantwortung, von fachlichen wie ethischen Überlegungen.

Schlussfolgerungen

Aus der Gesamtbetrachtung der konkreten Untersuchungsergebnisse in Luxemburg wie auch der wissenschaftlichen Literatur zum Themenkomplex, ergeben sich m.E. vier Haupteinflussfaktoren für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Altenpflegeheimen:



Abbildung 9: Einflussfaktoren auf freiheitsentziehende Maßnahmen (Billen 2010)

Zu den persönlichen Einstellungen der Pflegekraft gehört z.B. das eigene Verständnis zur Arbeit, Wertvorstellungen, Stereotype vom alten Menschen, Selbstreflexion, eigene Erfahrungen und Vorbilder. Die Institution beeinflusst durch ihr Verständnis und ihre Vorgaben das Verhalten der Mitarbeiter. Macht sie ihre Position nach außen deutlich? Zeigt sie Möglichkeiten zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf und stellt sie Alternativen zur Verfügung? Haben die Mitarbeiter Handlungssicherheit und werden die Rechte der Menschen mit Demenz geachtet? Auf gesellschaftlicher Ebene wirken das Altersbild, das in der Öffentlichkeit propagiert wird und die Frage, wie die Gesellschaft mit Menschen mit Demenz umgeht, sicherlich auf das Verhalten der Pflegekräfte ein. Was investiert die Gesellschaft in die Versorgung alter Menschen? Welche Risiken „gestattet“ man einem alten, vielleicht verwirrten Menschen? Schließlich kommt juristischen Regelungen eine bedeutsame Rolle zu. Welche Rechte hat der alte (demente) Mensch? Wer vertritt seine Rechte, wenn er selbst nicht mehr in der Lage dazu ist? Wer kontrolliert die Anwendungen in der Praxis? All dies wirkt sich unmittelbar auf den Pflegealltag und vor allem auf die Lebensqualität von den Mitmenschen aus, die den Mitarbeitern in den Pflegeeinrichtungen aufgrund von Krankheit vollkommen ausgeliefert sind.

Konsequenzen für die Praxis

Es sollte Ziel sein, die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf ein absolutes Minimum zu reduzieren. Die Konsequenzen für die Praxis ergeben sich aus den genannten Einflussfaktoren. Für die Pflegekräfte bedeutet dies die Notwendigkeit einer umfas-

► Ergebnisse und Befunde

Nationale Studie

senden Qualifikation, die sowohl die fachlich-praktischen Fragen beinhaltet wie auch die Diskussion und Sensibilisierung zu ethischen Aspekten und der The-

matisierung von Freiheit und Rechten auch für alte Menschen mit Demenz. Schulungskonzepte müssen Beides erreichen. Sie müssen aufzeigen, welche Alternativen es für Pflegekräfte gibt, um bei den vorher genannten direkten Gründen, die in der Praxis zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen führen, handeln zu können. Sie müssen aber auch den Pflegekräften die Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung wie auch Identität und Selbstbewusstsein für den alten Menschen klar machen (dies gilt natürlich auch für die Gesellschaft als Ganzes). Die Institution ist mit ihrer Philosophie und Pflegekultur direkt mit verantwortlich. Was auf institutioneller Ebene möglich ist, zeigt Abb. 8. Um zu verhindern, dass Regeln und Standards dazu genutzt werden, lediglich freiheitsentziehende Maßnahmen zu legitimieren, bedarf es in den Institutionen vielfach einer anderen Sicht- und Handlungsweise. Bevor sich für eine freiheitsentziehende Maßnahme entschieden wird, muss im multidisziplinären Austausch unter Einbeziehung der Angehörigen nach Alternativen zur Problemlösung gesucht werden. Die Risiken und möglichen Schäden durch FEM müssen in die Diskussion mit einfließen. Erst wenn man am Ende dieses Entscheidungsprozesses zu der Überzeugung kommt,

dass in diesem konkreten Fall der Nutzen einer freiheitsentziehenden Maßnahme größer ist als der durch sie entstehende Schaden, kann eine FEM angewandt werden. Eine regelmäßige Evaluation mit dem Ziel die Maßnahme rückgängig zu machen und durch eine Alternative zu ersetzen ist unumgänglich.

So hat z.B. das bayrische Sozialministerium 2006 einen Leitfaden mit dem Titel: „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ herausgegeben. Er soll Denkanstöße geben für die verantwortungsvolle Prüfung des Einsatzes von freiheitsentziehenden Maßnahmen, bei dem die Würde des Menschen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen soll.

Das Projekt „Redufix“, der Evangelischen Fachhochschule Freiburg unter Leitung von Professor Klie hat das Ziel durch multifaktorielle Intervention die Fixierungsraten in bundesdeutschen Pflegeheimen deutlich zu senken. In den Jahren 2004 bis 2006 wurde das Modellprojekt „Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern“ (ReduFix) durchgeführt. Es hatte zum Ziel, durch gezielte Interventionen freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei demenzerkrankten Heimbewohnern zu verhindern oder zu reduzieren, ohne dass es dabei zu negativen Konsequenzen für die Bewohnerin oder den Bewohner kommt. Unter www.redufix.de können wertvolle Informationen heruntergeladen werden. In Frankreich gibt es seit dem Jahr 2000 die Empfehlungen der ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), die unter www.has-sante.fr zu finden sind. Es gibt natürlich keine einfachen Patentrezepte, aber wenn man sich in dieser Studie die Unterschiede der Anwendungshäufigkeit in den einzelnen Wohnbereichen anschaut, so ist doch noch viel Handlungsspielraum für die meisten Einrichtungen.

Auf gesellschaftlicher Ebene kann nur eine breite, öffentliche Diskussion, die auch die Angehörigen der Menschen in den Pflegeheimen erreicht, dazu beitragen, das Bild des alten Menschen zu verändern. Nur wenn die Gesellschaft akzeptiert, dass der alte Mensch mit Demenz in der Regel nicht durch eingesperrt sein oder Fixierung vor Sturz oder „Weglaufen“ geschützt werden soll, kann sich in den Institutionen erfolgreich für eine Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen eingesetzt werden. Hierzu bedarf es rechtlicher Regelungen, die der Komplexität der Thematik gerecht werden. Österreich hat hier vor einigen Jahren mit Einsetzung von BewohnervertreterInnen einen interessanten Weg eingeschlagen (<http://www.vertretungsnetz.at>). Der gesellschaftliche Grundsatz: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ wird nicht durch Alter oder Demenz eingeschränkt.

Freiheit...

Notwendig ist die Sorge aller für die Freiheit...

Sie kann nur bewahrt werden,
wo sie zu Bewusstsein gekommen
und in die Verantwortung aufgenommen ist.

Karl Jaspers

► Was kann die Institution leisten:

- Pflege- und Betreuungskonzepte weiterentwickeln mit dem Ziel der Reduzierung von FEM
- in Krisensituationen flexibel mit individuellen Betreuungsplänen reagieren
- den Mitarbeitern die erforderliche Handlungssicherheit geben durch entsprechende Standards und Leitungskultur
- konsequente Umsetzung der Möglichkeiten zur Sturzprophylaxe (Mobilisierung, Hilfsmittel, Ernährung)
- Einbeziehung der Angehörigen in die Pflegeplanung
- Diskussion mit den Ärzten
- Bereitstellen von adäquaten Hilfsmitteln (Betten mit geteilten Bettgittern, Niederflurbetten u.a.)
- Fortbildungen
- Supervision

Literaturverzeichnis:

ANAES (2000). *Evaluation des pratiques en France dans les établissements de santé: limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, <http://www.has-sante.fr> (in die Suchmaske «contention physique» eingeben)

Bayrisches Sozialministerium (2006). *Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege*, Download unter: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf>

Castle N.G. (2006). *Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes (private)*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33: 696-704

Folmar, S., Wilson H. (1989). *Social behaviour and physical restraints*. *Gerontologist*, 29, 650-653.

Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R et al. (2002). *The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study*. *Int J Nurs Stud*; 39: 147-156.

Gobert M., D'Hoore W. (2003). *Protections physique et psychotropes: Usage thérapeutique ou moyen de contention?* *Louvain Médicale*, 122, 416-425.

Hamers J P H, Huizing A R: *Why do we use physical restraints in the elderly*. *Z Gerontol Geriat* 38: 19-25 (2005)

Hirsch R D, Kranzhoff E U: *Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Geronto-psychiatrie- Teil 1 und Teil 2*, *Krankenhauspsychiatrie* 7: 151-161 und 99-104 (1996)

Hirsch R D, Wörthmüller M, Schneider H K: *Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“*. *Z Gerontopsych Psychiat* 5: 127-135 (1992)

Huizing, A.-R., Hamers J.P.H., de Jonge J., Candel M., Berger M.P.F. (2007). *Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach*. *Social Science & Medicine*, 65, 924-933

Klie, T., Pfundstein, T., Stoffer, F.-J. (2005). *Pflege ohne Gewalt*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Köpke, S., Meyer G. (2008). *Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: Zwickmühle der Altenpflege*. *Pflegezeitschrift*, 10/2008, 556-

Kreissl, R. (2008). *VertretungsNetz und Heimaufenthaltsgesetz- Über die Lösung komplexer Probleme in einem komplexen Arbeitsfeld*. Wien, IRKS

Lown B., DeSilva R.A., Lenson R., (1977). *Role of psychologic stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes*. *American Journal of Cardiology*. 41: 979-985

Mann S.C., Caroff S.N., Bleier H.R., Weiz W.K.R., Kling M.A., Hayashida M., (1986). *Lethal catatonia*. *American Journal of Psychiatry*, 143: 1374-1381

Moseley C.B. (1997). *The impact of restraints on nursing home resident outcomes*. *American Journal of Medical Quality*, 12 (2), 94-102

Robinson B.E., Sucholeiki R., Schocken D.D. (1993). *Sudden death and resisted mechanical restraint: a case report*. *Journal of American Geriatric Society*, 41, 424-425

Tinetti, M.E., Marottoli R.A., Ginter S.F. (1991). *Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities: prevalence, patterns and predictors*. *Journal of the American Medical Association*, 265, 468-471

Vanhoucke V, Bulckaen H, Loison- Blanchard C, Durocher A-M, Dipompeo C, Puisieux F, Dewailly P. (2003) *La contention physique de la personne âgée: un audit en milieu gériatrique*. *La revue de gériatrie* 28: no 9, 707-714

Walther, G. (2007). *Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege: Rechtliche Grundlagen und Alternativen für die Pflege*. *Ethik in der Pflege* 19:289-300

Wildanger R. (2005). *Les moyens de contention utilisés auprès des personnes âgées vivant dans des institutions de soins au Grand Duché de Luxembourg: quelle approche à choisir comme politique de soins*. Abschlussarbeit an der Ecole de Santé Publique der Freien Universität Brüssel



L'utilisation des moyens de contention dans des établissements à séjour continu au Luxembourg

▼ **Robert WILDANGER,**
Chef de division «Soins» SERVIOR

L'introduction de l'assurance dépendance et l'instauration de l'agrément pour l'exploitation des structures pour personnes âgées ont permis aux gestionnaires des services aux personnes âgées de revoir leurs financements et leurs organisations des soins. Dix ans plus tard, les institutions luxembourgeoises sont actuellement mieux dotées en personnel soignant que jamais.

Cependant l'évolution démographique et le développement des réseaux d'aides et de soins ont fait changer la clientèle des centres intégrés pour personnes âgées et des maisons de soins. La moyenne d'âge des pensionnaires a augmentée et par conséquent on a pu constater une nette augmentation de la dépendance des personnes vivant dans les établissements à séjour continu. L'entrée en institution se réalise tardivement et souvent le maintien à domicile est devenu impossible suite aux troubles cognitifs, aux troubles du discernement causés par une démence de la personne âgée. Dans ce contexte de bouleversements socio-économiques et dans le cadre d'une demande globale de

sécurité, le personnel de soin et d'encadrement ressent une insécurité ou une crainte devant la menace éventuelle de mise en danger d'autrui ou d'imputation de responsabilité en cas de non-respect de cette sécurité.

Les établissements sont donc tenus d'une obligation de soins et de sécurité à l'égard des personnes qui s'y trouvent accueillis. Dès lors, il semble que les établissements soient en mesure, et même aient l'obligation, de prendre des mesures appropriées afin d'assurer la sécurité de leurs pensionnaires. Les mesures appliquées, comme l'utilisation des moyens de contention, entravent néanmoins fortement la liberté des pensionnaires. La liberté d'aller et de venir, qui est une composante de la liberté individuelle et inhérente à la personne humaine.

Il faut donc réussir à trouver la balance entre la sécurité et la liberté de la personne soignée, ceci au cas par cas, en prenant en compte la situation de la personne par une équipe pluridisciplinaire. Le recours à des moyens de contention est toujours un acte de soin extraordinaire, un dilemme pour les soignants, se voyant souvent face à des pensionnaires ne pouvant plus prononcer leur consentement.

L'étude

L'analyse de la pratique de la contention des personnes âgées vivant en institution de long séjour au Grand-Duché de Luxembourg réalisée en 2004 s'est intégrée dans ce souci de vouloir d'abord créer une transparence et puis aider à réussir à concilier ces deux principes, apparemment opposés, de la liberté et de la sécurité. La pratique des contentions ne représente certes qu'un petit volet des soins, mais elle est un indicateur important quant à la réaction des équipes de soins confrontées à des situations extrêmes. L'objectif du travail a été de refléter la diversité de la problématique des contentions, utilisées auprès des personnes âgées, vivant dans des institutions de soins au Grand-Duché de Luxembourg. Les informations au sujet des différentes formes de contention (physique, chimique, architecturale, psychologique) ont été recherchées.

Les données, concernant les pensionnaires de cinq institutions à séjour continu luxembourgeoises, ont été récoltées sur base de leurs dossiers de soins. Celles-ci ont été complétées, par les renseignements obtenus par l'intermédiaire de questionnaires adressés aux soignants, aux médecins, aux directions, aux fournisseurs de matériel de contention physique et aux écoles en relation avec ces établissements.

L'étude a démontré une prévalence faible pour l'utilisation des moyens de contention physique pendant la journée (= 7,2%; n = 430). Ce taux a cependant augmenté durant la nuit, suite à l'utilisation des barres de lit (= 37,67%; n = 430).

La prévention des chutes est restée la motivation la plus citée lors de l'installation d'une contention physique. La prévalence des prescriptions de «médicaments du système nerveux» aux pensionnaires a été importante (42,52% en journée; n = 430).

La recherche a démontré qu'une procédure uniforme a fait défaut pour la documentation et la gestion des moyens de contention physique. La pratique des prescriptions de psychotropes «au besoin» a été observée régulièrement. Un rapport, entre le nombre de soignants présents dans l'unité et le nombre de clients désorientés à soigner, a pu être trouvé pour les unités disposant d'une structure d'accueil pour pensionnaires

désorientés. Les pensionnaires désorientés, encadrés dans des structures spécialisées, ont eu un risque significativement inférieur de se trouver sous une contention physique que ceux n'étant pas suivis dans un tel service. (O.R. 0,12; p = 0,001). De même, les clients désorientés, encadrés en groupe, ont bénéficié de moins de prescriptions de médicaments psychotropes que ceux ne se trouvant pas en groupe (O.R. = 0,30; p = 0,0002).

Conclusions

Suite aux résultats trouvés, les recommandations en matière de politique de soins des institutions concernées ont été de mettre en place une procédure écrite en vue de la gestion des moyens de contention physique, d'introduire une documentation uniforme, de former le personnel soignant, de prévoir une concertation avec les médecins et d'organiser l'encadrement des pensionnaires désorientés dans des groupes spécialisés. En 2006, une procédure interne en matière des contentions physiques a été rédigée, arrêtée et appliquée dans tous les centres de l'établissement public SERVIOR. Depuis lors, toutes les mesures sont documentées sur un papier standard à signer par le médecin traitant, le client/la famille (resp. le tuteur) et les responsables du centre.

Les risques identifiés au cas par cas, les alternatives testées selon les recommandations de l'A.N.A.E.S. et les contrôles de la validité des mesures prises sont à réaliser et à documenter régulièrement. Un relevé mensuel enregistre le nombre de contentions physiques en place (y compris les barres de lit). Pour juin 2010, la prévalence des moyens de contention physique en place a été réduite à 1,72%, n = 1513 (31,33% pour l'utilisation des barres de lit pendant la nuit). Le suivi rigoureux, la remise en question régulière des mesures en place et surtout l'organisation de l'encadrement en groupe des clients présentant des problèmes cognitifs sont les pistes les plus probables pouvant expliquer la baisse de la prévalence des moyens de contention physique des dernières années. L'évolution technique fait néanmoins apparaître de nouvelles formes de contention, pour la plupart de type architecturale (les bracelets anti fugue informant le personnel de toute sortie du pensionnaire en dehors d'un périmètre pré-

► Ergebnisse und Befunde

Une approche de soignant

défini, l'aménagement des infrastructures par des portes camouflées, la fermeture automatique des portes,...). SERVIOR enregistre depuis 2010 systématiquement l'utilisation des bracelets anti fugue en appliquant pour ces dispositifs, la même démarche que pour les contentions physiques.

A ce niveau il importe de rappeler: «...qu'une intervention humaine et un aménagement architectural sont préférables à un dispositif de surveillance électronique ou à une fermeture automatique des locaux ou à un recours à des moyens de confinement, voire de contention.»¹ Tout doit donc être fait pour que l'architecture soit évolutive en prenant en compte les nouveaux besoins comme les nouvelles techniques de soins et d'encadrement. La littérature internationale confirme que nombre de troubles de comportement, d'errances ou de chutes en particulier chez la personne âgée peuvent être mis en rapport avec les effets secondaires des traitements prescrits. L'introduction du dossier de soins informatisé facilitera à l'avenir de suivre plus systématiquement la prescription et l'administration de médicaments auprès des personnes âgées vivant dans des établissements à séjour continu. Une première analyse des dossiers en 2010 a permis de chiffrer exactement

le niveau de la polymédication (avec des maxima d'une vingtaine de médicaments différents à administrer par jour) et d'identifier le nombre important de prescriptions de psychotropes.

Quelques recommandations générales à retenir dans le contexte d'une bonne pratique de la contention physique:

- Définition des conditions d'exercice de la liberté d'aller et de venir dans un projet d'établissement et les restrictions à prévoir par le règlement intérieur de l'établissement
- Réalisation d'un projet individuel précisant l'adaptation des conditions d'exercice de la liberté d'aller et de venir
- Adaptation des infrastructures aux besoins des pensionnaires (création et aménagement de locaux pour organiser un encadrement adapté avec une approche occupationnelle)
- Pratique professionnelle fondée sur le travail d'une équipe multidisciplinaire et basé sur des recommandations de bonnes pratiques
- Procédure interne claire et précise, basée sur le cas par cas ainsi que des validations régulières
- Personnel de soin qualifié en quantité suffisante
- Sensibilisation et formation continue du personnel

¹ Les recommandations de la conférence de consensus: Liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, A.N.A.E.S, le 11 janvier 2005



Aktive Sturzprävention als Alternative zu körpernahen freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege

▼ Jörg BIDINGER, MA Gerontologie

1. Einleitung

Als Sturz wird im Allgemeinen jedes plötzliche, unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen bzw. Heruntergleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene verstanden. Ein erhöhtes Sturzrisiko bzw. eine durch die Mitarbeiter als erhöht eingeschätzte Sturzgefahr ist in luxemburgischen Pflegeheimen die mit Abstand am häufigsten angeführte Begründung zur Rechtfertigung der Anwendung körpernaher freiheitsentziehender Maßnahmen. Besonders betroffen hiervon sind Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden.

Zu den körpernahen freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen im allgemeinen Verständnis das Fixieren im Bett mit Mehrpunktgurten, das Fixieren am Stuhl oder am Rollstuhl mit Bauchgurten sowie das Feststellen der Bremsen an Rollstühlen, die der Betroffene nicht mehr eigenständig lösen kann. Auch das Hochstellen von Bettgittern ohne oder gegen den Willen der Betroffenen

ist ebenso dieser Form freiheitsentziehender Maßnahmen zuzurechnen wie die Gabe von Medikamenten, die die Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigen. Ebenfalls zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen gerechnet werden das Einschließen im Zimmer sowie das Hindern am Verlassen der Einrichtung durch Absperren der Haustüren. Letztere Maßnahmen sind jedoch hier nicht Gegenstand der Betrachtungen. Die oftmals ohnehin häufig erheblich reduzierte Lebensqualität der betroffenen Menschen wird durch Maßnahmen dieser Art weiter eingeschränkt, das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein leiden.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund als tragisch zu bewerten, dass es in der vorliegenden Forschungsliteratur bis heute keinen einzigen eindeutigen Nachweis dafür gibt, dass körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen tatsächlich einen positiven Einfluss auf die Sturzgefahr ausüben können. In Einrichtungen, in denen häufig fixiert wird, ist zumeist auch die Sturzrate hoch im Vergleich zu Institutionen, in denen nur verhältnismäßig selten von Fixierungsmaßnahmen Gebrauch gemacht wird (Werner, Cohen-Mansfield, Braun & Marx, 1989; Becker et al., 2007).

Alternativen zu körpernahen FEM

Außerdem wurde beobachtet, dass die sturzbedingten Verletzungen in Einrichtungen, in denen Fixierungsmaßnahmen eingesetzt werden, oft gravierender ausfallen als in vergleichbaren Einrichtungen, in denen wenig bzw. gar nicht fixiert wurde. (Tinetti, Liu, & Ginter, 1992). Wird gänzlich auf Fixierungen verzichtet, kommt es unter Umständen zunächst zu einem allgemeinen Anstieg von Stürzen, aber keinesfalls zu Stürzen, die schwere Verletzungen nach sich ziehen.

Tatsächlich zählen Stürze und Sturzfolgen neben Immobilität, Inkontinenz, Iatrogenität (gemeint sind Erkrankungen, die durch die Behandlung selbst, z.B. medikamentöse Nebenwirkungen, verursacht werden) und kognitiven Problemen im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen zu den größten Problemfeldern in der Geriatrie und im stationären Pflegealltag. Die Folgen von Stürzen sowie deren Ursachen bei älteren, insbesondere pflegebedürftigen Menschen sowie konkrete Möglichkeiten zur Sturzprävention in der stationären Altenhilfe werden im Folgenden beschrieben.

2. Stürze und Sturzfolgen

Pro Jahr stürzt ein Drittel der über 65-Jährigen Menschen. (DNQP, 2006; Tinetti, Speechley & Ginter, 1988) Bei über 75-Jährigen ist der Anteil noch höher. Besonders hoch ist die Sturzhäufigkeit in der Population der Alten- und Pflegeheimbewohner. Dort stürzt jährlich etwa die Hälfte der Bewohner mindestens einmal. Viele Bewohner stürzen mehrmals jährlich. Die Folgen von Stürzen zählen zu den häufigsten Todesursachen im Alter. Ungefähr 10% aller Todesfälle bei Menschen über 85 Jahren gehen auf Verletzungen nach Stürzen zurück. Untersuchungen deuten auf einen Zusammenhang hin zwischen einer erhöhten Sterblichkeitsrate und einer Zunahme von Stürzen in einem relativ kurzen Zeitraum. Zudem kann eine erhöhte Sterblichkeitsrate im Zusammenhang mit der Zunahme von Stürzen in einem relativ kurzen Zeitraum beobachtet werden.

Rund ein Drittel aller Sturzopfer wird dabei verletzt, insbesondere aufgrund altersbedingt reduzierter Veränderungen im Zentralnervensystem, die verantwortlich sind für reduzierte Schutzreflexe. Weitere Einschränkungen ergeben sich durch altersassoziierte Erkrankun-

gen wie Parkinson, Arthrose oder Demenz, wodurch es zu einem steilen Anstieg von Hüftfrakturen und Kopfverletzungen bei über 70-jährigen kommt. Die Mobilität und Unabhängigkeit bei Bewohnern von Pflegeheimen wird durch Stürze und deren Folgen in erheblichem Umfang eingeschränkt, ihre Pflegebedürftigkeit somit in der Tendenz verstärkt.

Durch eine aufgrund von Stürzen verursachte Immobilität entstehen weitere Gefahren, die ihrerseits zumindest teilweise wiederum das Sturzrisiko erhöhen können: So erhöht sich durch länger andauernde Immobilität das Risiko von Muskelkontrakturen, womit die Gelenkbeweglichkeit abnimmt, es kommt zu einem Abbau der Muskelmasse, zu Muskelschwäche, somit zu einem Balancedefizit. Längere Phasen der Immobilität erhöhen das Dekubitusrisiko, ebenso steigt die Gefahr von Pneumonien, Obstipation, Harnwegsinfektionen und Inkontinenz.

Auch steigt das Risiko psychischer Erkrankungen wie Depression, Angst- oder Verwirrheitszustände. Innerhalb der Institutionen der Altenhilfe zeigt sich durch die Folgen von Stürzen ein erhebliches Belastungspotential. Einerseits ergeben sich bei den Trägern Probleme aufgrund einer nicht eindeutigen Rechtslage in Bezug auf Fragen der Haftung. Auf finanzieller Ebene müssen zusätzliche Personalkosten eingeplant werden, die im Zusammenhang mit der Evaluation von Sturzeignissen sowie der Dokumentation und der Behandlung sturzbedingter Verletzungen entstehen. Erhöhte Kosten verursachen die Folgen von Stürzen auch durch die erforderliche Bereitstellung von Hilfsmitteln wie zusätzliche Rollstühle, Bettgitter, Alarmsysteme oder Haltegriffe. Finanziellen Mehraufwand stellt für alle betroffenen stationären Institutionen der Altenpflege die Tatsache dar, dass Kosten entstehen für das Bereithalten von Pflegebetten für Bewohner, die nach Stürzen, teilweise auch über längere Zeiträume hinweg, in Kliniken behandelt werden müssen.

Nicht zu vernachlässigen ist auch die starke emotionale Belastung des Pflegepersonals aufgrund der im Zusammenhang mit möglichen Sturzfolgen ständig erforderlichen Abwägung zwischen dem Wunsch des Bewohners nach Autonomie und dem häufig geäußerten Wunsch der Angehörigen nach Sicherheit und Schutz. Hier entstehen belastende Faktoren wie Stress,

Schuldgefühle und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, die das Entstehen einer Burn-Out-Symptomatik fördern.

Die Folgen von Stürzen und deren Behandlung verursachen auch dem öffentlichen Gesundheitswesen erhebliche Kosten (Konopka, Jerusel & König, 2009). Beispielsweise belaufen sich die Kosten für eine proximale Femurfraktur in Deutschland auf ungefähr 7000 Euro, ohne üblicherweise anschließende Rehabilitationsmaßnahmen. Die Kosten, die in Deutschland allein für die Behandlung von Verletzungen der Hüfte anfallen, betragen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bis zu zwei Milliarden Euro pro Jahr. In der Schweiz verursachten Stürze im Jahr 2006 soziale Kosten von rund 3 Milliarden Franken. Darin enthalten waren medizinische Kosten, Rehabilitationskosten, immaterielle Kosten, administrative Kosten und Anwaltskosten. Da sturzbedingte Verletzungen vor allem bei sehr alten Menschen auftreten und die Zahl der Hochbetagten deutlich zunehmen wird, könnten in Deutschland die Kosten allein für die Behandlung von Hüftfrakturen bis ins Jahr 2050 auf sieben Milliarden Euro ansteigen (Konopka et al., 2009).

Es ist im Zusammenhang mit den Folgen von Stürzen immer wieder ein Kreislauf zu beobachten, worauf nach einem Sturz mit einer Verletzung häufig mit der Angst reagiert wird, erneut zu stürzen. Hieraus resultiert ein Verhalten, welches mit weniger Bewegung und erhöhter Immobilität (und einem weiteren Muskelabbau in der Folge) verbunden ist, was wiederum die Sturzgefahr erhöht.

3. Sturzursachen

Hinsichtlich der Ursachen von Stürzen kann unterschieden werden zwischen internen und externen Faktoren. Interne Faktoren sind einerseits normale altersbedingte Veränderungen im Sehvermögen, in der Balancefähigkeit, im Gangbild, im Bewegungsapparat sowie im Herz-Kreislaufsystem. Ebenso gelten krankheitsbedingte Faktoren, sowohl akute als auch chronische Erkrankungen als interne sturzverursachende Faktoren. Häufig wird auch die Einnahme von Medikamenten den internen Sturzursachen zugerechnet. Insbesondere Schlafmedikation, aber auch andere

dämpfend wirkende Arzneimittel können einen erheblichen Einfluss auf das Sturzgeschehen ausüben. Externe sturzauslösende Faktoren finden sich vor allem im unmittelbaren Umfeld der Betroffenen, denn Stürze entstehen häufig bei Transfers aus Betten, beim Aufstehen aus Stühlen, beim Gehen in schlecht beleuchteten Räumen, beim Ausrutschen auf feuchten Fußböden oder im Zusammenhang mit einer Verlegung in eine unbekannte Umgebung. Letztlich können auch das Tragen von ungeeignetem Schuhwerk sowie eine nicht angemessene Handhabung vorhandener Hilfsmittel wie Rollstühle oder Gehhilfen Stürze begünstigen. Einen erheblichen Einfluss auf das Sturzgeschehen haben die Umstände in der Pflegeeinrichtung. Häufig ist hier zu beobachten, dass Bewohner in den ersten Wochen nach ihrer Aufnahme stürzen. Hierfür ist oft die Tatsache verantwortlich, dass Orientierungsprobleme vorliegen, da die Betroffenen noch nicht ausreichend mit der neuen Umgebung vertraut sind.

Ebenso finden unerwartet viele Stürze in den Nachtstunden statt, also in einer Zeit, in der man erwartet, dass die meisten Bewohner schlafen. Hierfür verantwortlich sind zumeist Gänge zur Toilette in schlecht beleuchteten Räumen unter dem Einfluss von sedierenden Medikamenten. Es kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit des Personals und der Sturzhäufigkeit festgestellt werden (Tideiksaar, 2000). Jedoch konnte auch beobachtet werden, dass eine gute Vertrautheit des Personals mit den Gewohnheiten der zu pflegenden Klientel einen positiven Einfluss auf das Sturzrisiko hat.

4. Sturzprävention

Aktive Sturzprävention kann in der stationären Pflege dazu beitragen, die Sturzgefährdung zu reduzieren. Sie ist somit geeignet, einen Beitrag zu leisten, die Notwendigkeit körpernaher freiheitsentziehender Maßnahmen in signifikanter Weise zu senken. Aktive Sturzprävention kann (neben medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen und einer angemessenen Anpassung der Umgebung) auch in Form von Sturzpräventionsprogrammen durchgeführt werden. Diese setzen in der Regel bei den bekannten Risikofaktoren für Stürze im Alter an. Risikofaktoren sind unter anderem eine mögliche Sturzvorgeschichte, hohes Lebensalter, Medika-

► Ergebnisse und Befunde

Alternativen zu körpernahen FEM

mentengebrauch (insbesondere Psychopharmaka) oder reduzierte Mobilität. Hinzu kommen Risikofaktoren wie etwa Stolperfallen, zu geringe Beleuchtung, glatte Böden oder falsches Schuhwerk.

In den vergangenen Jahren wurden in Europa und in den USA sowohl in Kliniken als auch in Pflegeeinrichtungen unterschiedliche Sturzpräventionsprogramme entwickelt.

Allgemeine Ziele dieser Programme sind in erster Linie:

- das Verhindern oder das Verringern der Gefahr von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen
- das Fördern der Mobilität und somit der Autonomie der betroffenen Personen
- die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen

Die verschiedenen Sturzpräventionsprogramme unterscheiden sich teilweise erheblich bezüglich ihrer theoretischen Ausrichtung und ihrer konzeptionellen Gestaltung. Gemeinsame Bestandteile dieser Programme sind jedoch:

- In den untersuchten Einrichtungen wird ein aus verschiedenen Berufsgruppen bestehender Ausschuss gebildet, der für die Sicherheit und für die Entwicklung und Umsetzung des Sturzpräventionsprogramms zuständig ist.
- Es wird ein Schulungsprogramm erstellt, an dem alle an der Versorgung der Bewohner beteiligten Mitarbeiter teilnehmen. Inhalte des Schulungsprogramms sind Themen wie Risikofaktoren oder Präventionsmaßnahmen von Stürzen.
- Es gibt einen Mechanismus zur Identifikation sturzgefährdeter Bewohner unmittelbar nach Aufnahme in die Einrichtung und danach, wann immer sich der Gesundheitszustand der Bewohner verschlechtert.
- Nach jedem Sturz wird ein Assessment der Bewohner durchgeführt mit dem Ziel, mehr über die Sturzursachen herauszufinden, um zukünftig weitere Stürze vermeiden zu können.
- Es bestehen formelle Programme und eine standardisierte Vorgehensweise zur Berichterstattung und zur Untersuchung von Unfallberichten (Sturzprotokolle).
- Es werden Strategien zur Sturzprävention und zur Nachkontrolle implementiert mit dem Ziel, zu überprüfen, ob die konzipierten Interventionen auch regelmäßig zu einer Reduzierung von Stürzen führen.

- Es bestehen Schulungs- und Trainingsprogramme für die Bewohner, in denen Informationen zu Ursachen und zur Vorbeugung von Stürzen während des Aufenthaltes in der Einrichtung vermittelt werden. Wesentliche Bestandteile dieser Trainingsprogramme sind Kraft- und Balancetraining sowie Muskelerhaltungs- bzw. Muskelkräftigungsübungen, aber auch kognitive und psychomotorische sowie biografieorientierte Übungseinheiten.
- Die Leitungsebene der Einrichtungen ist maßgebend und federführend an der Umsetzung der Sturzpräventionsprogramme beteiligt und fördert diese in aktiver und engagierter Weise, was zu einer Verringerung der Unsicherheiten beim Pflegepersonal führt.

Eigene Erfahrungen haben gezeigt, dass es nützlich sein kann, einem Sturzpräventionsprogramm in einem Pflegeheim zusätzlich die folgenden Elemente hinzuzufügen:

- Alle Hilfsmittel der als sturzgefährdet eingeschätzten Heimbewohner, die der Aufrechterhaltung der Mobilität dienen, müssen in regelmäßigen Abständen überprüft und bei Bedarf repariert bzw. instandgesetzt werden.
- Als sturzgefährdet eingestuft Heimbewohnern soll das Tragen von Hüftprotektorstutzen empfohlen werden.
- Allen Heimbewohnern sollte in regelmäßigen Abständen empfohlen werden, an einem Sehtest durch einen Optiker teilzunehmen. Bei Bedarf kann die Sehfähigkeit angepasst werden.
- Sturzgefährdete Heimbewohner, die aufstehen und umhergehen wollen, sollten durch das Personal hierbei unterstützt und begleitet werden. Es ist von großer Bedeutung, dass sich die Heimbewohner bewegen, denn Bewegung ist die beste Sturzvorbeugung. Tatsächlich begegnen die Bewohner von Pflegeheimen, die sich von ihren Plätzen erheben wollen, erheblich häufiger Empfehlungen des Personals, doch lieber sitzen zu bleiben, als einem Hilfsangebot, welches im Zusammenhang des sich Bewegens gemacht wird. Dieser Problematik, die zu einem guten Teil einer Überforderung des Personals geschuldet sein kann, muss bewusst und aktiv entgegengesteuert werden.
- In vielen Pflegeheimen leben Menschen, die an fortgeschrittenen Stadien einer Demenzerkrankung

leiden. Dieser Personenkreis ist in Bezug auf das Fixierungsrisiko besonders gefährdet, da die hier vorliegenden kognitiven Einbußen und vorhandene Wahrnehmungsstörungen dazu führen, dass die Betroffenen ihre persönliche Kompetenzen im Hinblick auf ihre Mobilität oftmals falsch oder gar nicht mehr einschätzen können. Als sturzgefährdet eingestufte Heimbewohner, die an Demenzerkrankungen leiden, müssen daher sehr engmaschig innerhalb klarer tagesstrukturierender Angebote mit mobilitätsfördernden Elementen betreut werden. Diese Bewohner sollten täglich über längere Zeiträume in speziell eingerichteten Räumen von speziell geschulten Mitarbeitern betreut werden. Eine solche Maßnahme ist selbstverständlich recht personalintensiv.

Über die erwähnten Maßnahmen hinaus, bestätigen neuere Forschungsergebnisse den Einsatz von Calcium und Vitamin D, die einen positiven Einfluss auf das Senken der Sturzhäufigkeit bzw. sturzbedingter Verletzungen in Pflegeheimen haben sollen (Bischoff-Ferrari H.A., 2004).

Weitere Studien belegen einen positiven Einfluss bestimmter Rhythmik-Formen auf das Sturzrisiko auch bei Bewohnern von Pflegeheimen (Kressig et al., 2005).

Die hier vorgestellten Interventionen setzen zumeist direkt an den Problemlagen der sturzgefährdeten Person, also auf der Bewohnerebene an. Ein umfassendes System aktiver Sturzprävention erfordert zusätzlich ein Einsetzen der Bemühungen auf der Umgebungsebene, und zwar sowohl im Bereich der „psychosozialen Umgebung“ als auch der „architektonischen“ Umgebung, wie auch in den Maßnahmen, die aus eigener Erfahrung empfehlenswert sind, ausgeführt wurde.

Von herausragender Bedeutung für das Gelingen der Bestrebungen, Stürze zu reduzieren und somit Fixierungsmaßnahmen vermeiden zu können, sind die Haltung und die Einstellung der Mitarbeiter in den Institutionen. Diese kann unterstützt werden durch eine Organisation, die ganzheitliche, bedürfnis- und personenorientierte Pflege ermöglicht.

Es versteht sich von selbst, dass nicht sämtliche Stürze bei älteren, insbesondere pflegebedürftigen Menschen

verhindert bzw. vermieden werden können. Ebenso erfordert ein gänzlicher Verzicht auf Fixierungsmaßnahmen einen hohen Personaleinsatz, der möglicherweise nicht in jedem Pflegeheim geleistet werden kann. Ebenso wenig wird es immer einen kleinen Anteil an Bewohnern in Pflegeeinrichtungen geben, bei denen zeitlich eng befristete Fixierungsmaßnahmen nicht vermieden werden können. Mit Hilfe von Sturzpräventionsprogrammen kann jedoch ein wertvoller Beitrag geleistet werden, die Anzahl von körpernahen Fixierungen in der stationären Altenpflege zu reduzieren, bei einer gleichzeitigen Senkung der Sturzrate.

5. Konklusion

Im Zuge der derzeit in Luxemburg geführten Debatte um die Einführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe kann die gezielte Implementierung von Sturzpräventionsprogrammen und die damit verbundene zu erwartende Reduzierung von Stürzen und Fixierungen in den Einrichtungen als ein wirksames und vor allem sichtbares und messbares Qualitätskriterium betrachtet werden.

In der Altenpflege sind die Begriffe „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ untrennbar mit dem Begriff „Lebensqualität“ verbunden. Jedes moderne Konzept in der Altenpflege, das die Person in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt, wird den erreichten Stand der Pflegequalität daran messen, inwiefern das institutionelle Lebensumfeld zur Lebensqualität des Bewohners und zu deren Erhalt beiträgt. Um hierzu gesicherte Aussagen machen zu können, muss in nachvollziehbarer Weise festgestellt werden, wie es um die Lebensqualität der Bewohner überhaupt bestellt ist.

Lebensqualität, insbesondere bei Menschen mit Demenz, die einen großen Teil der Bewohner stationärer Einrichtungen der Altenpflege ausmachen, wird nach einem Modell von Volicer & Bloom (1999) definiert durch die Bereiche „bedeutsame Aktivitäten, medizinische Aspekte und psychiatrische Symptome“, wobei den „bedeutsamen Aktivitäten“ die größte Bedeutung zur Verbesserung der Lebensqualität beigemessen wird. Als wesentliche Faktoren, die Einfluss auf die Lebensqualität nehmen, werden „Bewegung, Depression und Wohlbefinden“ beschrieben.

► Ergebnisse und Befunde

Alternativen zu körpernahen FEM

Niemand wird ernsthaft bestreiten wollen, dass hohe Lebensqualität bei Menschen, die in einem Pflegeheim leben, von denen zudem eine hohe Zahl an Demenzerkrankungen leidet, in engem Zusammenhang mit einer möglichst geringen Zahl an Fixierungsmaßnahmen steht. Die derzeit vorliegende Forschungslage lässt eindeutig den Schluss zu, dass in

stationären Einrichtungen der Altenhilfe körpernahe Fixierungsmaßnahmen im Rahmen alternativer Interventionen, sofern diese eingebettet sind in ein ganzheitlich orientiertes, Umgebung, Pflegekräfte und Bewohner aktiv einbeziehendes Konzept der Sturzprävention, ohne negative Konsequenzen reduziert werden können.

Literaturverzeichnis:

Becker, C., Kron, M., Lindemann, U., Sturm, E., Eichner, B., Walter-Jung, B. & Nikolaus, T. (2003). Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(3), 306-13.

Becker, C., Branitzki, S., Bredthauer, D., Guerra, V., Klein, A., Klie, T., Koczy, P. & Reißmann, U. (2007). *ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert?* Hannover: Vincentz.

Bischoff-Ferrari, H. A. (2004). Effect of Vitamin D on falls: a metaanalysis. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1999-2006.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. Fachhochschule Osnabrück.

Konopka, A., Jerusel, N. & König, H. H. (2009). The health and economic consequences of osteopenia and osteoporosis attributable hip fractures in Germany – Estimation for 2002 and projection until 2050. *Osteoporos International*, 20(7), 1117-1129.

Kressig, R. W., Allali G. & Beauchet O. (2005). Longterm practice of Jaques-Dalcroze eurhythmics prevents age-related increase of gait variability under a dual task. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(4), 728-729.

Tideiksaar, R. (2000). *Stürze und Sturzprävention*. Bern: Huber.

Tinetti, M. E., Liu, W. I. & Ginter, S. F. (1992). Mechanical restraint use and fallrelated injury among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine*, 116, 369-374.

Tinetti, M. E., Speechley, M. & Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319(26), 1701-1707.

Volicer, L. & Bloom-Charett, L. (1999). Assessment of quality of life in advanced dementia. In: L. Volicer. & L. Bloom-Charett (Eds.), *Enhancing the quality of life in advanced dementia* (pp. 3-16). Philadelphia: Routledge.

Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J. & Marx, M. S. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1122-1126.



Ein Plädoyer für die Menschlichkeit

In dem vorliegenden Themenheft geht es um freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege und bevor ich im Einzelnen auf dieses Thema eingehen werde, möchte ich vorab einige grundlegende Gedanken und Desiderate zu der inzwischen oft geforderten neuen Kultur in der Pflege formulieren.

▼ *Josée THILL, Présidente de l'ALGG*

Eine neue Pflegekultur – eine Gegenstandsbestimmung

Die folgenden Punkte scheinen mir essentiell, wenn es um eine Beschreibung und Gegenstandsbestimmung einer neuen Pflegekultur gehen soll.

Die neue Kultur in der Betreuung von Seniorinnen und Senioren stellt die Einzigartigkeit jeder Person in den Mittelpunkt. Sie respektiert Erreichtes und ist voll Mitgefühl mit dem, was die Person jeweils erlebt und möglicherweise auch erlitten hat. Sie setzt die Emotionen als Quelle menschlichen Lebens wieder in ihre Bedeutung ein und freut sich daran, dass wir körperliche Wesen sind. Sie betont die Tatsache, dass unsere Existenz im wesentlichen sozial ist.

Pflegerisches Handeln ist ethisches Handeln.

Es ruft zum verantwortungsvollen, planenden, kompetenten, logischen und menschlichen Handeln im Dienste des anderen auf, indem eine individuelle Antwort auf die personenorientierten Bedürfnisse gefunden wird.

Altenpflege ist kommunikatives Handeln des Menschen am Menschen.

Jede pflegerische Handlung ist Teil einer Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pfleger. Sie bedingt und verlangt Verständigung zwischen beiden, wenn diese auch häufig nicht direkt zum Ausdruck kommt. Kommunikation in der Pflege findet auf der verbalen mehr aber noch auf der nicht-sprachlichen Ebene statt: Ein Lächeln oder ein Stirnrunzeln qualifizieren eine Kommunikationssequenz mehr als das gesprochene Wort. Authentizität – die Übereinstimmung zwischen verbalem und non-verbalem Handeln ist hier gefordert.

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Neue Kultur in der Altenflege

Pflege ist ein **dynamisches Geschehen**, das mehrere Gruppen involviert. Pflege fordert den Pflegebedürftigen selbst, die Angehörigen, das multidisziplinär zusammengesetzte Team in der Kranken- und Altenpflege und -betreuung, und nicht zuletzt die Gesellschaft, die die finanziellen, sozialen und gesetzlichen Bedingungen garantieren sollte.

Die **Beurteilung der Güte pflegerischen Handelns** muss stets mehrere Kriterien bei diesen unterschiedlichen Gruppen berücksichtigen. Evaluation richtet sich nach der Qualität der Pflege in sich (Pflegerische und betreuende Fachkompetenz), nach der Qualität der

Beziehung (Sozialkompetenzen und menschliche Schlüsselqualifikationen), nach der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen (personenzentrierte humane Ganzheitsbetreuung) und nach dem subjektiven Empfinden bei den Betreuenden, das Richtige getan zu haben (ethisches Handeln am Menschen).

und Gesundheitszustand. Dazu gehören jedoch auch die Angehörigen, das soziale Umfeld und die freiwilligen Mitarbeiter, die hier involviert sind. Ganzheitliche Betreuung muss daher auch die „Pflege der Mitarbeiter“ (care for the care-givers) umfassen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen – was ist zu tun?

„Es gibt kein Leben ohne Risiko“ – mit dieser Feststellung kann jeder leben. Wie geht aber ein Gesundheitsberufler damit um, wenn ein dementer Klient, Patient oder Heimbewohner das Risiko läuft aus seinem Bett zu fallen, wenn keine Bettgitter am Bett sind? Wie geht eine Institution damit um, wenn Menschen mit dementiellen Erkrankungen weglaufen können?

Darüber hinaus werden Tag täglich Situationen in Gemeinschaften gelebt, die weitere Fragen aufkommen lassen. Zum Beispiel:

- Inwieweit darf das Verhalten eines Menschen in der Gemeinschaft andere Menschen stören, (lautes Stöhnen, lautes Schreien, mit dem Fuß stampfen, andere Mitbewohner oder Personal schlagen)?
- Wie sind die Grenzen des Alleinlebens zu definieren, wenn der Senior nicht mehr autonom seine Sicherheit gewähren kann?
- Inwieweit ist es in einzelnen Fällen erlaubt, den Patienten festzubinden, wenn durch einen Sturz, eine Fraktur entstehen könnte, die keine ärztliche Intervention mehr erlaubt?

Die Frage der freiheitsentziehenden Maßnahmen ist damit nur zum Teil eine Frage der Freiheit des Einzelnen. Es ist auch die Frage nach der Verantwortung des einzelnen Betreuers und der Institution – der Verantwortung dafür, inwieweit sie den Klienten vor Risiken schützen können, die er oder sie nicht mehr selbst einschätzen kann. Gehen wir von einer neuen Kultur der personenorientierten, ganzheitlichen Bezugspflege und Betreuung des Menschen am Menschen aus, sollte allerdings eine gewaltlose Versorgung des älter werdenden Menschen gelebt werden.

Gewalt hat viele Facetten, die hier nicht im einzelnen aufgezeigt werden können, allerdings sollte niemand

►
Am 8.6.1787 schrieb
Goethe an Frau von Stein:

„... auch muss ich sagen, ich halt es für wahr, dass die Humanität endlich siegen wird, nur fürcht ich, dass zu gleicher Zeit die Welt ein großes Hospital und einer des andern humaner Krankenwärter sein wird“.

Qualifikation in der neuen Kultur der Altersversorgung. In der Ausbildung der professionellen Helfer dürfen nicht die technischen Fähigkeiten und die handwerklichen Fertigkeiten Vorrang haben wie bisher. Die Förderung der menschlichen Fähigkeiten muss in den Mittelpunkt der Ausbildung rücken. Neben der technisch qualifizierten Professionalität brauchen wir eine human qualifizierte Professionalität der Gesundheits-Sozial- und Pflegeberufe. In der Konsequenz heißt das, dass wir auch die Stellenpläne und Einkommensstrukturen darauf überprüfen müssen, ob sie dem gesteigerten Stellenwert humaner Qualifikation Rechnung tragen. Vielleicht muss die Fähigkeit, mit Kranken und Hilfsbedürftigen menschlich umzugehen genauso hoch, vielleicht sogar höher bewertet werden als die technische Kompetenz. Neben dem bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten sollte eine stete Lernbegleitung in der pflegerischen Praxis mit Supervision, Coaching und Teamteaching zum Muss werden.

Care for the care givers. Ganzheitliche Pflege und Betreuung, die in einer Bezugs- und Beziehungspflege umgesetzt wird, fokussiert natürlich den älter werdenden Menschen in seinem sich verändernden Lebens-

der Illusion unterliegen, dass Gewalt nicht auch in Pflegebeziehungen auftritt. Dies kann das Ignorieren von Wünschen und Bedürfnissen sein, eine unfreundliche gefühlskalte Interaktion bis hin zum Ausüben körperlicher Gewalt

Was ist zu tun? Ich möchte hier ein Plädoyer für die Aus- und Weiterbildung der Gruppen halten, die in der täglichen Pflege beteiligt sind.

Eine ganzheitliche Begleitung kann nur von kompetenten Fachkräften geleistet werden, die über soziale Schlüsselkompetenzen verfügen und bereit sind innovative Wege der Altenbetreuung zu gehen.

Die folgenden Faktoren erscheinen mir unabdingbar, wenn es um die Ausbildung des Personals und die Etablierung einer ganzheitlichen Pflege gehen soll, die „Gewalt im miteinander“ verhindern soll.

Es sind dies zum einen Fortbildungen, ständige Lernbegleitung, Supervision, Teamcoaching und Begleitung, die dabei hilft seine Kompetenzen weiter zu entwickeln. Es sind dies auf Seiten der Institution gute Arbeitsbedingungen, eine stressfreie Arbeitsweise, klare Abläufe, ein Mitspracherecht der Mitarbeiter, Beteiligung an Entscheidungen und Qualitätssicherungssys-

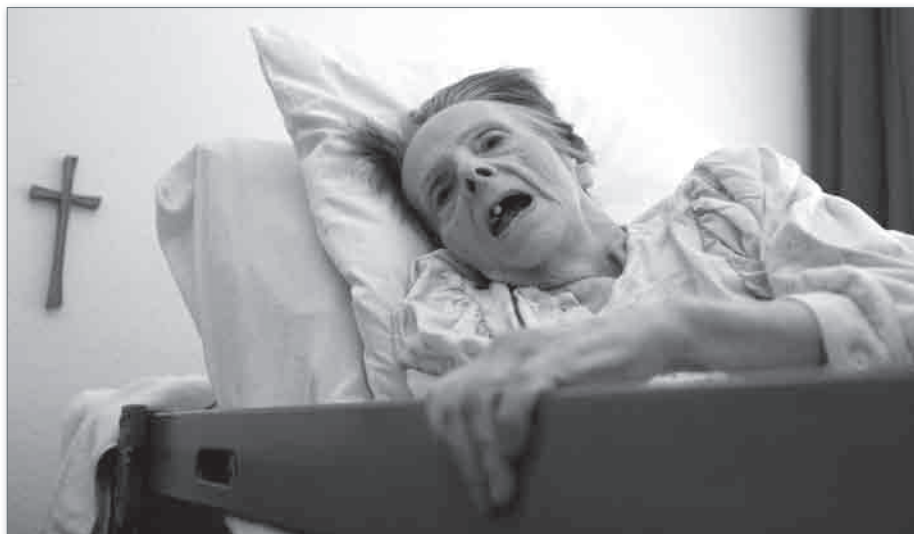
teme, die im Team umgesetzt werden können. Eine übergreifende multidisziplinäre Zusammenarbeit der Professionellen und der Freiwilligen Helfer ist ein weiteres Basiselement. Wenn es um partizipative Strukturen in der Pflege geht, muss natürlich auch die Einbeziehung der Klienten durch ein selbstverständliches Mitspracherecht, die Kollaboration der Angehörigen und die Koordination aller Beteiligten genannt werden.

Abschließendes

Die neue Kultur der Arbeit mit den alten Menschen und die Versorgung, Betreuung, Pflege in allen Lebenssituationen bis zum letzten Abschied, bleibt eine der größten Herausforderungen in unserem sich verändernden Gesellschaftssystem der vielen alten und kranken Menschen. Wir brauchen den Mut neue, innovative Wege in den zwischenmenschlichen Beziehungsprozessen zu beschreiten, wenn die Pflege und Betreuung am älter werdenden Menschen durch den Menschen im Fluss der Zeiten angepasst sein soll.



Möge diese Voraussage sich mit Blick auf die Humanität bewahrheiten; ein „großes Hospital“ ist aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Länder wie auch neuer Prävalenzstatistiken alterskorrelierter Erkrankungen bereits sehr wahrscheinlich geworden.



Vermeidung von FEM am Beispiel der Psychopharmaka

▼ *Dr. Carine FEDERSPIEL,
Directrice médicale, Zitha Senior*

Ausgehend von der Tatsache, dass im Jahr 2010 in den Luxemburger Langzeiteinrichtungen noch viel zu tun bleibt, um freiheitseinschränkende Maßnahmen möglichst zu vermeiden, sollen in diesem Artikel Pisten aufgezeichnet werden, die den Pflegeteams erlauben, spezielle gefährdete Bewohner durch ein multidisziplinäres geriatrisches Assessment zu identifizieren und daraufhin **Alternativen in den Betreuungs- und Pflegekonzepten** in Erwägung zu ziehen. Mittelfristig wäre das Ziel ohne FEM auszukommen.

Wenn in Dreiviertel der Einrichtungen FEM thematisiert werden, ist dies sicherlich ein guter Ansatz, aber es erlaubt längst nicht ihre komplette Vermeidung. Die Anwendung einer Prozedur, wenn möglich mit ärztlicher Verschreibung, legitimiert in keinsten Weise diese **ethisch-fraglichen** Maßnahmen. Dennoch sind diese Prozeduren nicht verwerflich, denn mit einer statistischen Erhebung kommt es zu Aktivitätsindikatoren im Umgang mit FEM. Das heißt, es gibt eine systematische Erhebung von Quantität und Qualität

der FEM. Was mit diesen Statistiken danach geschieht, ist zweifellos das Wesentliche, denn in einem **zielorientierten Management-Prozess der Pflegeleitung** sollen diese Zahlen hinterfragt und gesteuert werden.

Wenn nun eine Einrichtung über Jahre dieselbe Anzahl von Fixierungen vorzeigt, ist dies gewiss fragwürdig. Entwickeln sich die Zahlen aber in die gewünschte Richtung, so bezeugen sie eine Verbesserung und können eventuell auf eine spätere komplette Vermeidung hindeuten.

Alle Publikationen zu diesem Thema unterstreichen die Notwendigkeit einer **umfassenden Qualifikation der Pflegeteams** durch fachlich praktische Fragen sowie durch Diskussion und Sensibilisierung für ethische Aspekte der Freiheit und Rechte von alten Menschen mit Demenz.

Um beides zu erreichen, brauchen die Pflegeteams konkrete Alternativen, die ihnen im Alltag angeboten werden. Um auch den Familienangehörigen die passenden Argumente liefern zu können, muss der Pflegestab die Alternativen kennen und davon überzeugt sein.

Wenn man sich die Fälle der Anwendung von FEM ansieht, wurde in den seltensten Fällen ein angesagtes geriatrisches Assessment in der Ausgangssituation durchgeführt.

Nehmen wir zum Beispiel die Situation, in der ein dementer älterer Herr eine „sehr“ **herausfordernde Verhaltensweise** zu Tage legt und sein Pflegeteam bis zum letzten erschöpft. Dieses Kriterium ist „sehr“ selten objektiv belegt. In den meisten Fällen beruht es auf Beobachtungen, die in einer Pflegedokumentation wieder zu finden sind, welche bei den Übergaben vermittelt und dann bei der Arztvisite mündlich geschildert werden. Wie oft ist es im Vorfeld wirklich zu einer objektivierbaren Beobachtung mit messbaren Kriterien, die mehrere Tage hintereinander reproduzierbar sind, gekommen? Es handelt sich hier um die Anwendung von Assessment Tools, die in der Geronto-Psychiatrie gelehrt werden; diese Tools sind oft einfach anwendbar, aber zeitaufwändig, denn sie sollen von mehr als nur einem Pfleger durchgeführt und später im Team diskutiert werden.

Demzufolge erkennen wir, dass die Anwendung von FEM nie die Angelegenheit eines einzelnen Mitarbeiters sein darf. Beurteilungen bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten der von Demenz betroffenen Bewohner sind schwierig und meistens subjektiv, weil jede einzelne Person anders reagiert. Zwei Assessment-Instrumente sollen hier genannt werden, weil sie international am häufigsten angewendet werden und unbedingt empfehlenswert sind, nämlich die Skalen des Neuropsychiatric Inventory (NPI) und des Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI).

Weil gerade die Verschreibung und Verabreichung von Psychopharmaka nicht grundsätzlich eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellt, ist es umso wichtiger sie mit nachvollziehbaren Kriterien zu überprüfen. Der Arzt ist bei der Visite einer dementen Person immer auf die Aussagen des Pflegeteams angewiesen. Natürlich nimmt er die Entscheidung auf Grund der vorhandenen Krankheiten und eventuellen Kontra-Indikationen, aber er verlässt sich auf die Informationen, die er vom Team erhält. Hier kommt die **komplementäre Interdisziplinarität** zum Tragen. Selbstverständlich ist der Arzt, nach Verschreiben von Psychopharmaka, aufgefordert zu hinterfragen, wie die Wirkung verläuft,

ob es Nebenwirkungen gibt etc. Andererseits ist er es im luxemburgischen System aber auch gewohnt, dass er auf Probleme hingewiesen wird. Die wenigsten Einrichtungen disponieren über einen fest angestellten Arzt (im besten Fall hat er ein „contrat d'agrément“ mit dem Träger), der systematisch einmal die Woche Visite macht. Die meisten Ärzte haben die Gewohnheit auf Anfrage des Teams vorbeizukommen. Der Patient ist oft nicht mehr selbst in der Lage eine Visite zu verlangen, also funktioniert alles in Koordination mit dem Pflegestab.

Die Zusammenstellung der Pflegeteams hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. Die Ärzte waren es aus Klinikzeiten gewohnt die Visite mit Krankenschwestern zu machen. Viele Einrichtungen können nicht mehr für alle Visiten ausgebildete Krankenschwestern einplanen; dass ausgebildete Altenpfleger dem Arzt professionelle Auskunft über Verhaltensstörungen des Bewohners geben können, ist nicht immer möglich.

Der Arzt nimmt sich gelegentlich die Zeit und liest die Pflegebeobachtungen der vergangenen Woche, um seine Verschreibung zu machen. In den seltensten Fällen stößt er auf eine objektive Beurteilung mit Messungen (z.B. ein NPI-Scoring) und Verlaufskriterien. Wann bekommt er objektive Rückmeldungen, dass ein Beruhigungsmedikament abgesetzt werden kann oder muss, weil der Bewohner zu stark verlangsamt wirkt? Auch folgende Situation ist leider sehr häufig, in der stark wirkende Psychopharmaka, die vielleicht in einer Krisensituation angebracht waren, nicht mehr in Frage gestellt werden und womöglich über Jahre weiter verabreicht werden.

Dann stellt sich ebenfalls die Frage, **welche Alternativen hat der Arzt?** Kennt er die Betreuungsangebote der Einrichtung? Wieviele Ärzte sind in das Programm der „Unterstützenden Maßnahmen = Soutien“ eingeweiht? Anstatt ein Schlafmittel zu verschreiben, könnte der Arzt vorschlagen, den Bewohner in das interne Nacht-Café zu begleiten. Anstelle ein Antidepressiva zu verordnen, könnte er anraten, den Bewohner in die Relaxationsgruppe aufzunehmen. Leider besteht in den meisten Luxemburger Einrichtungen sehr wenig Teamarbeit, bei der die Ärzte miteinbezogen bzw. informiert werden.

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Geriatrische Perspektiven

Ein weiteres Beispiel, wo der Arzt eine wichtige Rolle spielen könnte, ist in der Entscheidungsfindung zur Anwendung von FEM.

In kritischen Situationen sind **„ethische Fallbeschreibungen“** zu empfehlen, bei welchen man multidisziplinär versucht, über die Anwendung einer Fixierungsmaßnahme (z.B. Bettgurt oder nicht) zu beraten. Die Besprechungen, bei denen ein Arzt im Team anwesend ist, um diese Fragen kontrovers zu debattieren, sind unbedingt notwendig.

Die oft gebrauchte Aussage, dass das Rollstuhltablett auf Verordnung des Arztes angebracht wurde, stimmt sicherlich in vielen Fällen, ist aber schon lange nicht mehr „evidence based“. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass die einzige wertvolle Vorbeugung der Stürze in der Geriatrie das Aufrechterhalten der Gehfähigkeit ist.

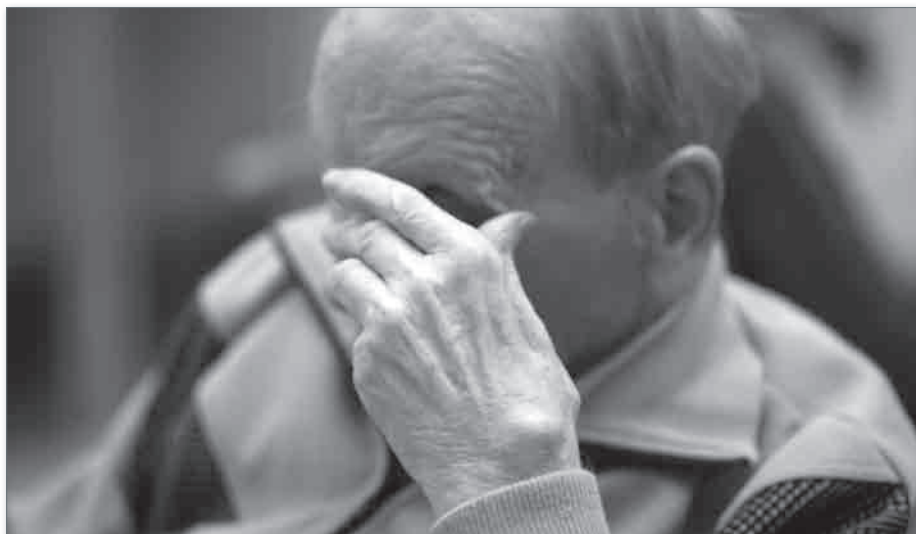
Diese Sturzprävention wird durch eine vom Arzt verordnete rehabilitative Therapie angeleitet, bei der der Physiotherapeut durch individuell angepasste Gleichgewichtsübungen, Muskelaufbau und Ausdauertraining sein Knowhow einsetzt.

Nach einer intensiven Rehabilitationsphase durch den Therapeuten, die ein paar Mal im Jahr verschrieben werden kann und von der luxemburgischen Gesundheitskasse übernommen wird, können die Pfleger auf Grund der „Soutiens-Aktivitäten“ im Rahmen der Pflegeversicherung vieles anbieten, was die älteren Bewohner anspricht.

Besonders interessant sind bei dementen Bewohnern die Angebote, bei denen musikalische Rhythmen dazukommen. Im Trend liegen Angebote wie „Tai-chi“, Tanzgruppe oder sogar ganz trendy „Wii-Programme“. Die Alternativen zu FEM sind für alle professionellen Einrichtungen in Luxemburg vorhanden.

Als kurze Schlussfolgerung einige Stichwörter und Anhaltspunkte:

- geriatrisches Assessment im multidisziplinären Team
- Koordination zwischen Pflegern, Betreuern und Ärzten
- ethische Fallbesprechungen
- **MOVE YOUR BODY, STRETCH YOUR MIND**



Zur Notwendigkeit der Burnout-Prävention

▼ Prof. Dr. Dieter FERRING,
Université du Luxembourg, Directeur UR INSIDE,
Directeur d'études „Master en Gérontologie“

Einführung

Wenn es um den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in der Pflege alter und oftmals mehrfach behinderter Menschen geht, stellen sich viele Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven und einige davon werden in diesem Themenheft aufgegriffen. Worin sich viele Autorinnen und Autoren mit Blick auf die Anwendung von FEM einig sind, ist, dass es sich hierbei um eine Dilemma-Situation handelt.

Ein Dilemma ist dadurch gekennzeichnet, dass widersprüchliche Ziele existieren, für die es eigentlich keine Lösung und daher kein korrektes Verhalten gibt. Im Umfeld der Anwendung von FEM kann man sich eigentlich immer nur „falsch“ verhalten: Durch jede FEM beschneide ich einen Menschen in seinem Grundrecht; tue ich es nicht, riskiere ich Verletzungen, die möglicherweise sogar zu dem Tod des Betroffenen führen können.

Was braucht es also, um dem Gebrauch von FEM zu regulieren bzw. ganz darauf zu verzichten? Zum einen – und das zeigen einige der Arbeiten in dem vorliegenden Themenheft in überzeugender Weise – bedarf es klarer Regeln, die allen beteiligten Personen bekannt sind und auf die sich der Einzelnen berufen kann.

Zum anderen – und dies wird ein Punkt sein, der hier elaboriert werden soll – bedarf es Faktoren und Strukturen, die es ermöglichen, mit kritischen Situationen in der Pflege umgehen zu können und somit Überforderung und Burnout zu vermeiden. In dem vorliegenden Beitrag wird damit über das Phänomen der FEM hinausgegangen und von den unterschiedlichen Formen von Gewalt in der Pflege gesprochen werden.

Burnout als Risikofaktor – Berufliche Anforderungen und Überforderungen

Ausgangspunkt aller Arbeiten zur Genese des Burnouts ist die schon fast trivial anmutende Beobachtung, dass die Arbeit mit Menschen im Allgemeinen und insbesondere mit Menschen in problematischen Lebenssituationen als fordernd zu beschreiben ist. Dieses „Fordernde“

FEM und Gewalt in der Pflege

ist daran festzumachen, dass im beruflichen Miteinander zwischen Helfer und Hilfebedürftigen nicht nur die Professionalität – im Sinne von beruflichem Wissen und Kompetenz – sondern auch die eigene Person mit ihren Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen gefordert ist. Der Umgang mit Opfern von Lebenskrisen, mit Menschen mit unheilbaren Erkrankungen oder behinderten Menschen löst als Initialreaktion oftmals persönliche Betroffenheit und Mitleid aus, die mit dem Wunsch nach Hilfe und emotionaler Zuwendung einhergehen. Helfer erleben in diesem Sinne oftmals empathischen Stress, indem sie „mit“-leiden.

Bestimmte Berufsfelder und dabei gerade die Altenpflege sind dadurch gekennzeichnet, dass eine vollständige Heilung oder nachhaltige Verbesserung der Gesundheit des zu pflegenden Menschen nicht mehr möglich sind: Veränderungen des funktionalen und physischen Status älterer Menschen sind oftmals genetisch festgelegt oder stellen den Niederschlag von Lebensstilen dar, die nicht mehr geändert werden können; zudem steht im Kontext von Alten- und Pflegeheimen am Ende einer progredienten Verschlechterung stets der Tod des Menschen. Die berufliche Auseinandersetzung mit solchen Veränderungen und das Wissen, dass Alternsprozesse nicht aufgehalten und ihre Effekte nur gelindert werden können, fordert die Widerstandsfähigkeit des Helfers. Das sogenannte „Burnout“-Syndrom beinhaltet nun die folgenden drei Symptomklassen, die im Kontext von Pflegebeziehungen zu beobachten sind:

- **Erschöpfungszustände**, die sich körperlich (z.B. Energiemangel, Müdigkeit), mental (z.B. Unzufriedenheit mit sich selbst und den Mitmenschen) und emotional äußern (z.B. Gefühle der Depression, Hilflosigkeit und Leere).
- **Depersonalisation** als eine starke emotionale Abgrenzung zu dem Hilfeempfänger: Der Umgang mit den KlientInnen wird zunehmend gefühllos und anteilnahmslos gestaltet, und dieses Verhalten kann bis hin zu Feindseligkeit und Zynismus gehen.
- **Reduzierte wahrgenommene Selbstwirksamkeit**, die sich in dem Gefühl mangelnder Kompetenz äußert wie auch in der Überzeugung, in der Arbeit mit Menschen nichts mehr bewirken zu können.

Vor allem jene Personen sind Burnout-gefährdet, die eine hohe Motivation und ein hohes Engagement für ihren Beruf mitbringen. Dies kann soweit gehen, dass der Beruf als „Lebensmittelpunkt“ definiert und das eigene Wohlbefinden von dem Wohlergehen und der Dankbarkeit der Klienten abhängig gemacht wird. Unrealistische Erwartungen ob der Effekte des eigenen Handelns wie auch die Gefahr einer Überidentifikation mit den Problemen der KlientInnen stellen weitere Merkmale dar.

Erweisen sich die Erwartungen als unrealistisch und bleibt die Dankbarkeit des Klienten aus, folgt bei vielen Pflegenden eine Ernüchterung. In dieser Phase äußern viele Betroffene – trotz des nach wie vor bestehenden Engagements – Unzufriedenheit mit den Aspekten der Arbeitssituation, was sich auch in zunehmender Irritabilität und Ärger über Kollegen und/oder KlientInnen äußert. Den Helfern wird bewusst, dass ihre persönlichen Bedürfnisse und ihre hohen Ansprüche in der Arbeit nicht befriedigt werden können. Die Arbeitssituation wird zum Gegenstand einer stetigen Reflektion und zentriert um die Frage „Wozu mache ich eigentlich diesen Job?“ In der dritten und entscheidenden Phase kommt es schließlich zur Frustration. Hier dominieren Gefühle der Hilflosigkeit, der Zweifel am Sinn der Arbeit und an der eigenen Effektivität, und die Erwartungen an die Arbeit und an sich selbst werden zunehmend relativiert. Das Endstadium des Burnouts ist durch Apathie, emotionalen Rückzug, Zynismus bis hin zu feindseliger Abwertung der Patienten gekennzeichnet.

Depersonalisation und Dehumanisierung in der Pflege?

Depersonalisierung stellt im weitesten Sinne eine Dehumanisierung dar – das Absprechen menschlicher Eigenschaften und der Menschenwürde anderer Personen. Bandura, ein amerikanischer Sozialpsychologe, hat bereits in den 70er Jahren nachweisen können, dass Dehumanisierung enthemmend auf aggressives Verhalten gegenüber anderen Menschen wirkt. Dazu reicht es schon, die Beschreibung eines Menschen zu variieren, wie er in einem Aufsehen erregenden Experiment zeigen konnte¹. Hier wurden Studierende dazu aufgefordert, einen anderen Studierenden durch Elektroschocks

¹ Bandura, A., Anderwood, B. & Fromson, M.E. (1975). Disinhibition of aggression through diffusion of responsibility and dehumanization of victims. *Journal of Research in Personality*, 9, 253-269.

für seine Leistungen bei Problemlöseaufgaben zu bestrafen. Die Person, die die Studierenden sehen konnten, zu der sie jedoch keinen Blickkontakt hatten, wurde einmal „humanisiert“ dargestellt (über die Angabe von Namen, Hobbies), in einer anderen Variante des Experiments als „dehumanisiert“, indem darauf hingewiesen wurde, dass die Person letztendlich nichts wert sei. Die Stromschläge waren fiktiv, die Versuchspersonen glaubten allerdings, dass diese echt seien. Zwischen den beiden Bedingungen zeigte sich nun, dass die „dehumanisiert“ dargestellte Person signifikant höhere Stromschläge verabreicht bekam als die „humanisierte“ Person. Wurde die „Strafe“ als wirksam dargestellt, wurde die Bestrafung in der dehumanisierten Bedingung von 73% der Personen sogar als gerechtfertigt angesehen.

Was bedeutet dies für den Pflegekontext? Zum einen und eher grundsätzlich, dass die abwertende Betrachtung eines Menschen stets das Risiko birgt, dass dieser nachteilig behandelt werden kann, und dass dies sogar als Rechtfertigung für ein solches Verhalten gelten kann. Kann dies denn in Pflegekontexten überhaupt passieren? – ist man versucht zu fragen. Ja, das kann vorkommen! Die Frage, Darf dies geschehen?, soll später aufgegriffen werden.

Um die Abwertung älterer und pflegebedürftiger Menschen zu verstehen, helfen auch hier die Besonderheiten der Pflegesituation. Zwei Besonderheiten des Pflegekontextes, bei denen die individuelle Belastbarkeit an ihre Grenzen stößt, sollen hier angeführt werden. Unter bestimmten Umständen kann der Pflegendе Beleidigungen und körperlichen Aggressionen ausgesetzt sein; besonders belastend ist auch, wenn sie oder er zum Objekt sexueller Begierden und Belästigungen wird. Eine Aggression gegen die eigene Person ebenso wie die unerwünschte sexuelle Annäherung setzen „unter normalen Umständen“ – quasi automatisch – Schutzfunktionen in Gang: Wir wenden uns ab oder wir wehren uns physisch und verbal. Dies stellen wohlgeordnet Reaktionen dar, die in Situationen außerhalb der Pflegebeziehungen als normal und angemessen gelten. In der Situation der Pflege ist der so genannte professionelle Umgang gefordert, der durch kontrollierte Gegenwehr ohne Verletzung oder Schädigung des Gegenübers zu erfolgen hat. Dies erfordert ein hohes Maß an Kontrolle und Bewusstsein der professionellen Rolle und dies fordert nicht zuletzt ein

hohes Maß an psychischer Kraft und Energie. Ein zweites Beispiel: Die Pflege bringt es auch mit sich, Menschen in ekelregenden Situationen zu erleben (bei der Manipulation von Inkontinenzmaterial, Kot, Urin, Eiter, Sperma, Dekubitusbelag etc.).

Auch hier wird der oder die Pflegendе gefordert sich gegen natürliche Impulse zu verhalten: Ekel stellt eine – phylogenetisch erworbene – natürliche Schutzreaktion des Körpers dar. Die Äußerung von Ekel wird im Rahmen von Pflegesituationen allerdings eher unterdrückt, um den pflegebedürftigen Menschen, der (oftmals) schuldlos an der Provokation von Ekel ist, nicht noch weiter zu belasten. Es gehört auch zu einem gewissen Verständnis von Professionalität, seine Gefühle im Griff zu haben, zu meistern und nicht zu zeigen.

In der Situation selbst, so berichten pflegende Menschen, haben sie ihre Gefühle im Griff. Allerdings werden später – in Phasen der Ruhe und Entspannung – die belastenden Momente erinnert und wieder erlebt. Ein oft berichtetes Phänomen ist es auch, dass bestimmte Situationen im Traum auftreten oder Gedanken und Gefühle sich sozusagen „ungebeten“ immer wieder aufdrängen. Hier spricht man dann von intrusiven Gedanken und Gefühlen.

Der Pflegealltag besteht aber nicht nur aus solchen Extremsituationen, eine andere Form von Belastung ergibt sich auch aus der Summe von vielen kleineren Alltagsbelastungen. Ein unfreundlicher Kollege, ein ungünstiger Dienstplan, Terminprobleme, kleinere Sorgen um die eigene Familie und vieles mehr sind hier zu nennen. Dies alles kann zu dem bereits berichteten Belastungsprofil beitragen.

Ist dies alles ausreichend, um Menschen zu dehumanisieren oder zu einem Objekt zu degradieren? Rechtfertigt dies alles ein solches Verhalten? Wenn man die letzte Frage vor dem Hintergrund ethisch-moralischer Gründe beantworten will, ist die Antwort sicherlich ein klares Nein. Vor dem Hintergrund psychodynamischer Motive fällt die Antwort anders aus. Wenn neben der beruflichen Belastung weitere Risikofaktoren hinzukommen, dann fördert dies die erlebte Überlastung und kann auch Gewalt in unterschiedlichen Formen bedingen.

FEM und Gewalt in der Pflege

Eine Person, der das fachliche Wissen fehlt, um bestimmte belastende Phänomene zu erklären und aus einer gewissen professionellen Distanz heraus zu beschreiben, ist gefährdet. Eine Person, die im professionellen Umfeld keine Möglichkeit hat, ihre erlebte Belastung mitzuteilen und sich darüber auszutauschen, ist ebenfalls gefährdet.

Eine Person, die die eigene Belastung nicht wahrhaben will und die eigenen Ansprüche nicht mehr reflektieren und kritisch prüfen kann, ist ebenso gefährdet. Kommen diese Faktoren zusammen, so verwundert es im Einzelfall nicht mehr, wieso die pflegerische Tätigkeit leidet und in Extremfällen zur Depersonalisation und Dehumanisierung des zu pflegenden Menschen – mit allen Konsequenzen – führen kann.

Konklusion – was ist zu tun?

Burnout ist kein Schicksal, sondern ein Prozess. Das hat den Vorteil, dass Prävention und Intervention entlang der gesamten Pathogenese angesetzt werden kann.

Bestenfalls sollte im Sinne primärer Prävention versucht werden Arbeitsbedingungen zu schaffen, die das Risiko für Burnout reduzieren und seine Entstehung gänzlich verhindern. Sind bereits manifeste Burnout-symptome bei den Betroffenen vorhanden, gilt es diese zu erkennen und im Rahmen sekundär präventiver Maßnahmen eine „Krisenintervention“ einzuleiten, um das Fortschreiten des Burnouts zu verhindern.

Tertiäre Prävention setzt am Ende des Burnoutprozesses an und fokussiert auf die „Rehabilitation“ von ausgebrannten Helfern, d.h. sie dient der Wiederherstellung von Arbeits- und Lebenszufriedenheit der Betroffenen.

Bei den drei genannten (zeitlich sequentiellen) Präventionsformen müssen sowohl Faktoren auf personaler wie auf institutioneller Ebene berücksichtigt werden. Die Verantwortung für Burnoutprävention ist dabei immer sowohl auf Seiten der Institution als auch auf Seiten jedes einzelnen Mitarbeiters zu sehen; das Stichwort lautet hier also „geteilte Verantwortung“. Auf institutioneller Ebene sind es die strukturellen Aspekte der Arbeit, die Burnout vermeiden können. Hier sind etwa Weiterbildungsangebote zu nennen, die – auf allen Ebenen des

Personals – fachliches Wissen und Kompetenz zur Verfügung stellen respektive vertiefen.

Des Weiteren ist es auf personaler Ebene wichtig, Zeit und Gelegenheit für emotionalen Austausch zu geben und Möglichkeiten zur Supervision anzubieten. Diese sollten eine emotionale Entlastung der Betroffenen ermöglichen, indem problematisch erlebte Berufserfahrungen thematisiert und – ohne die Induktion von Schuldgefühlen – aufgearbeitet werden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsliteratur kann allgemein festgehalten werden, dass eine humane und ganzheitliche Arbeitsgestaltung, die Autonomie, Entscheidungsfreiräume, Abwechslungsreichtum, Kooperation und Interdisziplinarität erlaubt, immer als protektiv gegenüber Burnout gesehen werden kann und damit natürlich auch als Prävention von Gewalt in Pflegekontexten angesehen werden kann.

Was kann jeder für sich selbst tun? Generell gilt, dass es schwierig ist, Burnout bei sich selbst zu erkennen, da man als Betroffene(r) oftmals körperliche und psychische „Warnsignale“ ignoriert bzw. ihnen eine andere Ursache als Stress und Überlastung zuschreibt.

Damit es nicht soweit kommt, ist jeder Einzelne gefordert, sich selbst und seine Arbeitsituation zu reflektieren. Integraler Bestandteil hiervon ist es, seine Zielsetzungen – immer wieder neu – zu reflektieren und auf ihre Realisierbarkeit hin zu überprüfen. Wichtig dabei ist auch der validierende Austausch mit Anderen, der dabei helfen kann, Warnsignale zu erkennen, überhöhte Ansprüche an sich selbst zu senken bzw. seine Ziele zu re-skalisieren oder durch neue realistischere Ziele zu ersetzen. Letztendlich ist es auch die Aufgabe jedes Einzelnen – zusammen mit beruflicher und sozialer Unterstützung – an den eigenen Kompetenzen und dem Wissenstand zu arbeiten und die Möglichkeiten lebenslangen Lernens zu nutzen.

Alle diese Faktoren mögen den Arbeitgeber wie auch den einzelnen Pflegenden stark fordern, die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen ist allerdings – in vielerlei Beziehung – zu wichtig, als dass man hier weniger verlangen sollte. An der Art und Weise, wie wir mit abhängigen und pflegebedürftigen Menschen umgehen, lässt sich letztendlich die Qualität des Miteinanders und die Humanität unserer Gesellschaft bemessen.



Eine Herausforderung für die Fort- und Weiterbildung

▼ *Dipl.-Psychologe Simon GROSS,
Direktor, RBS – Center für Altersfragen asbl*

Einführung

Im Berufsalltag der ambulanten und stationären Altenhilfe wird die Einschätzung dessen, was dem Wohle des Betroffenen dient, in der Regel der willkürlichen oder subjektiven Einschätzung eines Arztes, einer Pflegeperson oder einer Institution überlassen.

Denn es gibt keine generellen Richtlinien oder allgemein gültige Kriterien darüber, was das Wohl eines Menschen ist. Stattdessen müssen individuelle Entscheidungen getroffen werden, inwieweit der Anspruch von Finanzierungsträgern und Altenhilfeeinrichtungen, Pflegeleistungen ordnungsgemäß zu erbringen und abzurechnen, zu Lasten des Wohles und der Selbstbestimmung des Einzelnen gehen darf. Umgekehrt kann der Wille einzelner Betroffener die Erbringung von Pflegeleistungen nicht nur erschweren, sondern sogar unmöglich machen.

Dieses Dilemma fordert von Pflegenden eine hohe **soziale Kompetenz** (umschreibt eine Reihe von „soft skills“¹), da sie alltäglich Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen strukturellen Anforderungen an die Pflege und den Rechten des Einzelnen treffen und leben müssen. Das fällt besonders schwer, wenn Pflegebedürftige ihren Willen nicht mehr eindeutig äußern können und dadurch ein großer Interpretationsspielraum entsteht. Außerdem werden individuelle Entscheidungen von Pflegenden dadurch beeinflusst, dass eine Vernachlässigung von Vorgaben der Finanzierungsträger oder des Arbeitgebers arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte. Doch vor allem sind Entscheidungen von Mitarbeitern dadurch gekennzeichnet, dass Pflegeberufe in erster Linie „Beziehungsberufe“ sind. Aufgrund der professionellen Situation kann man sich nicht aussuchen, mit wem man in Beziehung tritt. Durchaus menschliche Phänomene wie z.B. mangelnde Sympathie, Unverständnis, Ekel oder Aggressivität gegenüber einzelnen Betroffenen werden tabuisiert, da diese nicht in das zum Teil immer noch christlich geprägte Berufsbild von Pflegen-

¹ z.B. Fähigkeit zur Empathie, Lernbereitschaft, Flexibilität, Selbständigkeit

den passen. Doch auch wenn sie von Mitarbeitern gelehrt werden, solche Emotionen existieren in der professionellen Beziehung zwischen Menschen und können aufgrund ihrer Unterdrückung zu versteckten Gewalthandlungen führen².

Soziale Kompetenz verringert Gewalt und FEM³

Genau hier beginnt eine wesentliche Herausforderung für die Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe. Um die skizzierten Entscheidungsprozesse im Pflegealltag unterstützen und versteckte bzw. direkte Gewalt in der Pflege verringern zu können, sollte sich berufsbegleitende Bildung auf die **Förderung sozialer Kompetenz** konzentrieren.

Diese Fähigkeit entscheidet letztendlich, **wie** eine Pflegeleistung von Pflegenden erbracht bzw. von einem pflegebedürftigen Menschen erfahren wird. Sie ist ein wesentliches Kriterium dafür, **ob** Pflegenden auch in konfliktgeladenen Beziehungen zu Patienten oder Bewohnern über genügend psychische Widerstandsfähigkeit verfügen, um „explosive“ Situationen erkennen, gewaltfrei „entschärfen“ und langfristig verhindern zu können⁴. Im Hinblick auf eine eventuelle Anwendung von Gewalt bzw. dem ungerechtfertigten Einsatz von FEM lässt sich die Variable soziale Kompetenz als **der** zentrale Einflussfaktor betrachten, der auch unter ungünstigen strukturellen und kulturellen Bedingungen Menschen motiviert, Beziehungen möglichst gewaltfrei zu gestalten.

Dieser Komplex menschlicher Basisfähigkeiten ist nicht automatisch durch den Nachweis vorgeschriebener Ausbildungsgrade oder der Proklamation eines Leitbildes gewährleistet. Ein förderliches Klima⁵ zur Entwicklung und Anwendung von sozialer Kompetenz erfordert von Trägern und Einrichtungen der Altenhilfe die überzeugte Annahme folgender grundlegender Paradigmen und ein aktives Engagement für deren Verankerung im Wertesystem der Leitungskräfte und Mitarbeiter:

Aggressive Verhaltensweisen sind prinzipiell nicht zur Durchsetzung im beruflichen Handeln geeignet und führen zu einer inakzeptablen Verschlechterung von Pflegeleistungen. „Sozial kompetent“ erbrachte Pflegeleistungen haben dagegen nicht nur einen persönlichen Mehrwert für die Beteiligten der Pflegebeziehung, sondern werden in der Gesellschaft als ein zentrales Qualitätsmerkmal einer „menschenwürdigen“ Altenpflege betrachtet.

Die „soziale“ Qualität von Pflegebeziehungen lässt sich sicherlich in alltäglich gelebten Verhaltensweisen, Sprachregelungen und Umgangsformen von Pflegenden erfassen. Doch welcher Stellenwert der sozialen Kompetenz in Pflegebeziehungen tatsächlich eingeräumt wird, zeigt sich in ihrer mehr oder weniger konsequenten Berücksichtigung in Fragen zur Personalauswahl, zu Qualitätsmanagement und Fortbildungsprojekten für Mitarbeiter **und** Leitungskräfte.

Erst durch eine sichtbare Förderung sozial kompetenten Verhaltens auf allen Ebenen wird deutlich, ob die Eigenschaft „soziale Kompetenz“ nur als ein wohlklingendes Schlagwort oder ein ernstgemeintes übergeordnetes Bildungsziel einer Einrichtung gewertet werden kann.

►
Franz von Assisi
(1181–1226)

*Der Mensch weiß nur,
was er verwirklicht.*

Ansatzpunkte zur Förderung sozialer Kompetenz

Zur Annäherung an das Konstrukt „soziale Kompetenz“ sollen im Folgenden einige Phrasen⁶ dienen, die manchmal im Alltag der Altenhilfe unreflektiert geäußert werden. Sie verweisen auf mögliches Konfliktpotential in Pflegebeziehungen und bieten wertvolle Hinweise, wie ein sozial kompetenter Umgang in der Altenhilfe durch Fort- und Weiterbildung gefördert werden kann.

² z.B. unnötige Freiheitsentziehende Maßnahmen, Gesprächsentzug, Vermeidung von Kontakt

³ Freiheitsentziehende Maßnahmen

⁴ Wird auch als „Resilienz“ bezeichnet

⁵ Vgl. W. Billen, 2010 (in diesem Heft)

⁶ Altgriechisch: φράσις, phrásis „Redeweise“, „Ausdruck“

1. Denn sie wissen nicht, was sie tun...

Traditionell wird in der Praxis der Altenhilfe die Berufserfahrung und Menschenkenntnis als wesentliche Wissensbasis für professionelles Handeln angeführt. Doch die Auswirkungen von psychogeriatrischen Beeinträchtigungen und spezifischen Erkrankungen auf die Pflegebeziehung lassen sich häufig nicht mit „gesundem Menschenverstand“ nachvollziehen.

Stattdessen kommt es zu Fehlinterpretationen der Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen, die z.B. dazu führen können, dass dem Betroffenen „böse Absichten“ unterstellt werden. Werden solche Deutungen unreflektiert verbreitet, kann das fehlende Wissen dazu führen, dass es zu Stigmatisierungen einzelner Pflegebedürftiger kommt und im Team ein bedrohlicher Teufelskreis von chronischer Abwertung entsteht. Das Wissen über Erkrankungen und deren Verlauf entscheidet sehr stark darüber, welche Rechte den Betroffenen zugestanden werden (z.B. im Falle einer Demenzerkrankung)⁷.

Prinzipiell zeigt sich, dass eine höhere Qualifizierung von Pflegenden dazu beiträgt, dass Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigen gefördert werden⁸. Bezieht man das auf den möglichen Beitrag von Fort- und Weiterbildung zur Förderung sozialer Kompetenz, sollten diese sich vor allen Dingen auf die Vermittlung von Anwendungswissen konzentrieren und **erlebnis- und erfahrungsorientierte didaktische Methoden** vorziehen. Mögliche Leitlinien könnten z.B. sein:

- ▶ Handlungsproben statt schriftliche Leistungsnachweise.
- ▶ Selbsterfahrung statt „Wissenskonsum“.
- ▶ Die praxisnahe Vermittlung von Theorien.
- ▶ Unangemessenes Pflegeverhalten rekonstruieren statt moralisieren.

2. Ich bin ja nur Altenpfleger...

Mitarbeiter in der Altenhilfe äußern sich häufig negativ über ihre Profession. Noch immer wird ein Arbeitsplatz in einer Einrichtung der Altenhilfe als zweite oder sogar dritte Wahl bzw. als eine Art „Hilfsarbeit“ betrachtet.

Diese Einschätzungen entsprechen der in der Gesellschaft nach wie vor verbreiteten Ansicht, dass die Grundpflege bei älteren Menschen und der Umgang mit psychogeriatrischen Beeinträchtigungen kaum Qualifikationen erfordern.

Der drohende Pflegenotstand in der Altenhilfe ist sicherlich auch die Folge eines allgemein als unattraktiv eingeschätzten Berufsbildes. Solche generalisierten Abwertungen können zu einem chronisch schlechten Selbstbild der Pflegenden führen und sich in versteckter Gewalt in der „Alltagspflege“ widerspiegeln.

Es kann unbewusst zu einer Hierarchisierung der Pflegehandlungen kommen, wonach etwa vermeintlich „medizinischen“ Aufgaben⁹ eine höhere Bedeutung als der Betreuung und Grundversorgung von älteren Menschen beigemessen wird¹⁰.

Eine Verbesserung des Selbstbildes der Pflegenden kann Fort- und Weiterbildung z.B. durch folgende Maßnahmen unterstützen:

- ▶ Bereichsübergreifende Sensibilisierungskampagnen, die unter Rückgriff auf die demographischen Entwicklungen in Europa veranschaulichen, dass Altenpflege keine „Randgruppen“-Hilfe ist, sondern den Aspekt einer professionellen Entwicklungsförderung bei älteren Menschen beinhaltet.
- ▶ Pflegende werden durch „Psychohygiene“ und kollegiale Unterstützung in ihrem Selbstverständnis gestärkt¹¹ und können ihre „unterschwellig“ Aggressionen aufarbeiten.¹²

⁷ Vgl. G. Weber & E. Bourkel, 2009. *Wahrgenommene Rechte und Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz*. Universität Wien (Diplomarbeit mit Luxemburger Stichprobe).

⁸ Vgl. M. Klünder & K. Witt-Gülpen 2007. *Pflegebeziehungen gestalten kann jeder? Die Rolle der Qualifikation beruflich Pflegenden für die Selbstbestimmungsmöglichkeiten Pflegebedürftiger in der Altenpflege*, *Pflegewissenschaft (Zeitschrift für Pflege- und Gesundheitswissenschaft)*.

⁹ z.B. Medikamentenvergabe

¹⁰ z.B. Reinigung eines Gebisses, Hilfe beim Toilettengang

¹¹ z.B. durch moderierte „Stammtische“

¹² z.B. durch Supervision

3. Das ist doch allgemein bekannt...

Wir haben das immer schon so gemacht...

Eine hohe soziale Kompetenz beinhaltet eine ausgeprägte Bereitschaft, Neues zu lernen und gewohnte Verhaltensweisen in Frage zu stellen. Dazu müssen sich allerdings Pflegende bewusst werden, dass in eine Pflegebeziehung vielfältige „Alltagstheorien“ und „Denkgewohnheiten“ einfließen, die trotz wissenschaftlicher Widerlegung nur ungern in Frage gestellt werden. So gehen Pflegende etwa davon aus, dass der Pflegebedürftige ohne dementielle Beeinträchtigungen „kundig“ ist und weiß, was er will. Umgekehrt wird häufig angenommen, dass demenzkranke Menschen nichts Neues mehr lernen können oder „nichts mehr mitbekommen“.

Im Berufsalltag und im Leben insgesamt haben Verhaltens- und Denkgewohnheiten eine wichtige Funktion, weil sie schnelles Handeln ohne aufwendige Analysen einer alltäglichen Situation ermöglichen. Da ungewohnte Denkweisen und neue Verhaltensweisen vom Einzelnen zunächst mehr zeitlichen und gedanklichen Aufwand erfordern, werden vertraute Gewohnheiten zumindest anfänglich reflexartig „verteidigt“ und beibehalten. Doch gerade diese müssen bei konfliktträchtigen Pflegebeziehungen in Frage gestellt werden, um angemessenere Verhaltensweisen aufbauen zu können.

Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe muss daher Methoden einsetzen, die dem zumindest anfänglichen Widerstand von Pflegenden Rechnung tragen und eine nachhaltige Veränderung von (Denk-) Gewohnheiten erleichtern. Dazu ist es z.B. notwendig,

- die Motivationslage von Teilnehmern zu berücksichtigen (z.B. aufgrund „verordneter“ oder freiwilliger Teilnahme),
- Veränderungsbereitschaft durch den Einsatz von Selbsterfahrung, Gruppendynamik und Visualisierung zu fördern,
- dass neu erlernte Sichtweisen und wissenschaftlich fundierte Theorien praxisnah vermittelt werden. Damit diese tatsächlich in der Pflege „Fuß fassen“ und nicht in der Hektik des Alltags durch alte Gewohnheiten überlagert werden, sollten ergänzend Bildungseinheiten „vor Ort“ im realen Berufsalltag der Teilnehmer angeboten werden,

- dass grundlegende Problemlösetechniken vermittelt werden, die zeitliche Ressourcen frei setzen, um „innehalten“ und das eigene Handeln innerhalb von Pflegebeziehungen hinterfragen zu können.

4. Wie man in den Wald hineinruft...

Das sieht man doch...

Das zentrale Medium von Beziehung ist Sprache. Pflegende sprechen mit Klienten, mit Bewohnern, mit Angehörigen. Sie sprechen untereinander und sie sprechen mit anderen Berufsgruppen. Trotz dieser komplexen Anforderungen scheint es selbstverständlich zu sein, dass Pflegende sich der Wirkung ihrer Sprache auch bewusst sind und diese differenziert einsetzen können. Doch im Umfeld Altenpflege wird man nicht nur mit einer Vielzahl von Landessprachen und Dialekten konfrontiert.

Zusätzlich können verschiedene Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen dazu führen, dass Pflegende mit eingeschränkter oder „verzerrter“ sprachlicher Kompetenz umgehen können müssen. Insbesondere im Umgang mit hirneingetragenen Beeinträchtigungen entscheidet häufig die Sprachgeschwindigkeit, ob eine Verständigung möglich ist.

Ein großer Teil von Aggressionen bei Pflegebedürftigen lässt sich allein darauf zurück führen, dass sie einfach nicht gut hören bzw. Informationen nicht angemessen verarbeiten können.

Da Sprache ebenso Mimik und Gestik umfasst, können sich außerdem Mißverständnisse innerhalb von Pflegebeziehungen ergeben, einfach weil Tonlagen oder Gesten in ihrer Bedeutung fehlinterpretiert werden. So kann z.B. das nervöse Trommeln auf einen Tisch als Ungeduld gegenüber einem Mitarbeiter gewertet werden. Doch es kann eben auch einfach nur der Ausdruck einer inneren Unruhe sein, die keinerlei weitere Botschaft beinhalten soll.

Fort- und Weiterbildung sollte daher die Reflexion über Sprache, Sprechen und Kommunikation kontinuierlich fördern. Dabei geht es um mehr als um die reine Vermittlung von „Tipps und Tricks“ oder Basiskenntnissen einer Landessprache. Umgangsformen, ein angemessener Sprachstil und die Flexibilität, seine (Körper-) Sprache an verschiedene Menschen in verschiedenen

Rollen anzupassen, erfordert von Seminarteilnehmern die Bereitschaft zur alltäglichen „Selbstaneignung“.

Anstöße durch Fort- und Weiterbildung lassen sich z.B. geben durch:

- Rollenspiele und Kommunikationstrainings
- Reflexion des eigenen verbalen und non-verbalen Kommunikationsstils
- Rhetorik- und Sprechtrainings
- Kurse über die Vermittlung von Umgangsformen

Die nachhaltige Verbesserung des „Sprach“-Klimas erfordert das kontinuierliche Training im Berufsalltag und die prinzipielle Bereitschaft von Leitenden und Mitarbeitern gewaltfreie Kommunikation zu leben. Denn (Körper-)Sprache in der alltäglichen Pflege spiegelt auch die allgemeine gesellschaftliche Einstellung wider, inwieweit aggressives Sprachhandeln als Mittel zur Durchsetzung toleriert und gefördert wird¹³.

Hier kann Fort- und Weiterbildung durch bereichsübergreifende Sensibilisierungskampagnen deutlich machen, dass etwa Fehlzeiten in der Altenhilfe auch entscheidend vom Sprachklima und Umgangston des Managements beeinflusst werden (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu „Alltagstheorien“ unter Punkt 3).

5. Ich weiß doch, was gut für Sie ist... Wie der Herr, so das Gescherr...

Der Pflegealltag erfordert von Leitungskräften und Mitarbeitern ständig vielfältige Entscheidungen. Beteiligung und Mitbestimmung werden zwar als ein wichtiger Bestandteil unserer Gesellschaft betrachtet, doch tatsächlich werden viele – gerade in der Altenhilfe – Entscheidungen von einzelnen Personen für andere getroffen.

Da hier ein Eingriff in die Selbstbestimmung eines Menschen vorgenommen wird, sollten solche Entscheidungen sehr sorgsam und möglichst im Sinne des Einzelnen getroffen werden.

Während Finanzierungsträger und Einrichtungen in der Regel rational begründete und sehr aufwändig Prozeduren entwickeln, um Entscheidungen zu treffen, werden diese im Alltag häufig intuitiv getroffen. Das gilt sowohl für Entscheidungen auf der Managementebene wie auch für Entscheidungen im Umgang mit dem Pflegebedürftigen¹⁴. Unbestritten hat die Intuition eine wichtige Bedeutung, gerade in der Pflege¹⁵. Doch sie darf auch nicht als jederzeit gültige „Lizenz“ zur unreflektierten Entscheidung heran gezogen werden.

Der Rückgriff auf Intuition und „Bauchgefühl“ erfordert Erfahrung und ist nicht für jede Entscheidung geeignet. In Notsituationen ermöglichen intuitive Entscheidungen, schnelle Beurteilungen einer Situation und direktes Handeln. Doch in neuen, ungewohnten Situationen führt Intuition häufig zu Fehlentscheidungen.

Auch bei der Beurteilung von langfristigen Konsequenzen einer Entscheidung führt eine analytische Bewertung zu deutlich weniger Fehlentscheidungen¹⁶. Durch intuitiv getroffene Fehlentscheidungen können die Selbstbestimmung und das Wohl von Pflegebedürftigen gravierend beeinträchtigt und unnötige Aggressionen provoziert werden.

Ebenso kann durch unreflektiert angewendete FEM die Pflegequalität gravierend beeinträchtigt werden, wenn langfristige Auswirkungen auf den Betroffenen unberücksichtigt bleiben (z.B. Entstehung von Angststörungen und/oder Depressionen).

¹³ So wird z.B. aggressives Auftreten im Management immer noch mit Führungsstärke in Verbindung gebracht. Als Anti-Typ zur sozial kompetenten Führungskraft lässt sich „Bernd Stromberg“ (satirische Fernsehserie über eine Leitungskraft) betrachten, dem gerade wegen seiner unangenehmen Eigenschaften laut einer Untersuchung des Weiterbildungsmagazins „managerSeminare“ von 40% der befragten Unternehmen eine ausgeprägte Führungsstärke unterstellt wird.

¹⁴ So verweist die Intitionsforschung darauf, dass 40% von Entscheidungen im Management intuitiv getroffen und dann nachhinein rational belegt werden.

¹⁵ Intitionsforscher wie z.B. der israelisch-amerikanische Psychologe Gary Klein konnte in Studien belegen, dass Krankenschwestern bei Säuglingen sehr früh Anzeichen für lebensbedrohliche Situationen erkennen können.

¹⁶ Vgl. hierzu etwa die Untersuchungen des Entscheidungsforschers Dietrich Dörner, der mit dem Computerspiel „Moralland“ komplexe Entscheidungssituationen simuliert. Er konnte nachweisen, dass sogenanntes „Gutmenschentum“ zu gravierenden Fehlentscheidungen führen kann.

Daraus ergeben sich einige Themenkomplexe, die in der Fort- und Weiterbildung bearbeitet werden sollten:

- Weder Intuition noch analytische Bewertungen bei Entscheidungssituationen dürfen zu einem Dogma oder einem Mythos erhoben werden. Rationalität und Intuition sollten nicht als Gegensätze sondern als gegenseitige Ergänzung betrachtet werden.
- Intuitionen basieren auf Erfahrungen aus der Vergangenheit. Daher sollte in Bildungsmaßnahmen thematisiert werden, inwieweit sich diese Erfahrungen tatsächlich auf den jeweiligen Fall übertragen lassen. Umgekehrt können erfahrungsorientierte Fortbildungen den Aufbau geeigneter Intuitionen fördern, z.B. durch die Vermittlung von Deeskalationstechniken.
- Spontane Entscheidungen berücksichtigen häufig aus Unwissen oder Gedankenlosigkeit nicht die möglichen langfristigen Konsequenzen von (Pflege-)Handlungen. Daher sollten Bildungsmaßnahmen ausreichend Wissen über psychologische und geriatrische Konsequenzen von Freiheitsbeschränkung und (verbaler) Gewalt vermitteln.
- Rational begründete Entscheidungsprozeduren im Rahmen von Institutionen sollten nicht von der Managementebene durch „versteckt“ intuitiv getroffene Bewertungen ad absurdum geführt werden. Gerade im Umgang mit Entscheidungen kommt der „Vorbild-Funktion“ von Leitenden eine grundlegende Bedeutung zu, die ebenfalls ein zentrales Thema der Fort- und Weiterbildung sein sollte.

Schlussbemerkung

Soziale Kompetenz von Führungskräften und Mitarbeitern in der Altenhilfe zu verbessern, ist eine nicht zu unterschätzende Chance, die Wahrscheinlichkeit der Anwendung von FEM bzw. des Auftretens von Gewalt in der Altenpflege reduzieren zu können. Einige Ansatzpunkte für eine entsprechende berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung wurden im vorliegenden Artikel skizziert. Doch am Ende entscheidet, was bereits Goethe vor 200 Jahren formulierte:

*Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden,
es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.*



Spagat zwischen Freiheit und Fürsorge

▼ *Paul WAGENER, Responsable Cellule de Développement Organisationnel, Stéftung Hëllef Doheem*

1. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der ambulanten Pflege: Tabu oder Thema?

Der fachliche, trägerübergreifende Diskurs über Gewalt in der Pflege sowie über freiheitsentziehende Maßnahmen im stationären und ambulanten Bereich ist in Luxemburg, im Gegensatz zu unseren Nachbarländern, noch wenig formalisiert und nur ansatzweise thematisiert. Sicherlich hat es auch in der Vergangenheit, sowohl bei den stationären Pflegestrukturen als auch bei den ambulanten Pflegediensten, interne Diskussionen gegeben, besonders im Rahmen von ethischen Dilemmata zu dem angesprochenen Themenkreis, ohne dass dies jedoch auf nationaler Ebene zu

einer Resonanz geführt hätte. Unter dem Gesichtspunkt der Enttabuisierung von Gewaltphänomenen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege ist es sehr begrüßenswert, dass das Familienministerium im Winter 2009 zu einer Konferenz zum Thema der „bientraitance des personnes âgées“ eingeladen und damit die Initiative zu einer fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik ergriffen hat.

Im gleichen Zusammenhang ist auch die luxemburgische Beteiligung, unter der Schirmherrschaft der „Cellule d'évaluation et d'orientation“, am europäischen MILCEA-Projekt¹ zu erwähnen.

Darüber hinaus wird die vorliegende Publikation zweifellos einen wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen und fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema leisten. Der nachfolgende Artikel beschäftigt sich ausschließlich mit Aspekten der freiheitsentziehenden Maßnahmen in der ambulanten Hilfs- und Pflegepraxis. Die Sorge

¹ Project MILCEA: Monitoring in Long-Term Care. Pilot Project on elder Abuse, <http://www.preventelderabuse.eu>

der Pflegenden, den hilfsbedürftigen Menschen vor Gefahren zu schützen, steht hier im Vordergrund. Es bleibt aber auch klarzustellen, dass unbegründete und unsachgemäß durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahmen als Gewaltausübung zu verstehen und aus einer erweiterten Perspektive zu betrachten sind. Die ambulante Pflege ist im Wesentlichen eher indirekt mit freiheitsentziehenden Maßnahmen konfrontiert, weil die Pflegenden solche Handlungen kaum aus eigener Initiative im häuslichen Umfeld der hilfsbedürftigen Person durchführen. In den meisten Fällen sind die Pflegenden als Zeugen involviert. Auch kommt es vor, dass die Angehörigen die Pflegenden bitten, zum Schutz der betreffenden Person, bei der Anwendung der Maßnahmen zu helfen oder solche bei Abwesenheit der Angehörigen an deren Stelle vorzunehmen.

2. Arten von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Ungeachtet der gesetzlichen Bestimmungen, die sicherlich auch in Erwägung zu ziehen sind, spricht man in der Pflege von freiheitsentziehenden oder zumindest freiheitseinschränkenden Maßnahmen, wenn eine hilfsbedürftige Person, aus Gründen der Selbstgefährdung, gegen ihren Willen in ihrer Fortbewegungsfreiheit behindert wird.

Die Art der Maßnahme hängt ab von den Mitteln, die angewendet werden. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen:

- mechanischen Mitteln: Bettgitter, Fixiergurte, Abschließen von Türen, Verwendung von Trick-schlössern, Festhalten, ...
- medikamentösen Sedierungsmitteln (wenn die Indikation ausschließlich darin besteht, die Person in ihrer Bewegungsfreiheit zu hemmen): Sedativa, Schlafmittel, Neuroleptika, Antidepressiva, ...
- psychische Barrieren: Drohungen, ...

Des Weiteren werden auch Handlungen wie Blockierung der Bremsen oder der Kippstellung am Rollstuhl, Wegnahme von Gehhilfen und Kleidungsstücken oder Vorenthalten von Hilfsmitteln (Brille, Hörapparat,...) als freiheitsentziehende Maßnahmen eingestuft, wenn sie gezielt eingesetzt werden, um eine Person gegen ihren Willen in ihrer Bewegungsfreiheit einzuschränken.

Inwiefern eine dieser Maßnahmen einen realen freiheitsentziehenden Charakter hat, ergibt sich aber nicht zwangsläufig aus der Art der Maßnahme. Entscheidende Faktoren sind vielmehr die Absicht der Anwender und die psychischen und körperlichen Fähigkeiten der Betroffenen. Wenn man bei einer bettlägerigen Person Bettgitter anbringt, ist dies keine freiheitsentziehende, sondern eine fürsorgliche Maßnahme. Bei der Anwendung von medikamentösen Therapien können Müdigkeit und motorische Hemmung als Nebenwirkung auftreten. Auch dieses Faktum ist nicht als freiheitsentziehende Maßnahme zu verstehen.

Neben den angeführten Arten von freiheitsentziehenden Maßnahmen berichten die Mitarbeiter zuweilen auch über andere diffuse Formen von eingeschränkter Bewegungsfreiheit bei Pflegebedürftigen. So wurde eine bettlägerige alte Frau, die von den Angehörigen gepflegt wurde, mittels einer ausfahrbaren Feuerwehroleiter auf einer Bahre in die Hausmansarde umquartiert, weil die Zugangstreppe so schmal war, dass die Frau nicht hinaufgetragen werden konnte. Damit war es den Mitarbeitern des Pflegedienstes nicht mehr möglich, die Klientin mit dem Rollstuhl nach draußen zu fahren. Die Frau war praktisch im Schlafzimmer „gefangen“.

3. Pflege im Rahmen einer asymmetrischen Beziehung

Es steht außer Frage, dass mittlerweile, sowohl im stationären als auch im ambulanten Pflegebereich, das Recht des Klienten/Patienten/Bewohners auf Selbstbestimmung ausdrücklich anerkannt und meistens auch in Pflegeleitbildern, Pflegekonzepten und Betreuungsverträgen formalisiert ist. Dennoch ist die Beziehung zwischen Helfer und Hilfsbedürftigem keine Beziehung auf gleicher Ebene.

In der konkreten Pflegepraxis verhält es sich so, dass eine Begegnung zwischen Menschen stattfindet, die auf Hilfe, Pflege, Betreuung angewiesen sind, und Menschen, die diese Dienste leisten. Je stärker die Hilfsbedürftigkeit ausgeprägt ist, umso stärker ist auch die Abhängigkeit zum Helfenden. Hieraus resultieren wiederum ungleiche Machtverhältnisse, bei denen der Helfende in einer Position ist, wo er Hilfe geben oder

vorenthalten kann. Die soziale Beziehung zwischen dem Hilfsbedürftigen und dem Helfenden ist folglich asymmetrisch.

Besonders in Situationen, wo der Helfende seine Macht, seine Fachlichkeit gegen den Willen der hilfsbedürftigen Person einsetzt - selbstverständlich mit „bester Absicht“ - muss dem Pflegenden bewusst sein, in welcher asymmetrischen Beziehung sein Handeln stattfindet. Der Umstand des ungleichen Verhältnisses zwischen dem Hilfsbedürftigen und dem Helfenden kommt folglich erschwerend in diesen Situationen hinzu.

4. Gratwanderung zwischen Freiheit und Fürsorge: Fallbeispiele

Frau S. hat ihren 80-jährigen, Parkinsonkranken und altersverwirrten Vater, Herrn T., aus Portugal zu sich nach Hause genommen, da dessen Ehefrau verstorben ist und alle Kinder in Luxemburg wohnen. Da Frau S. als alleinerziehende Mutter einer 17-jährigen Tochter berufstätig ist, kann sie tagsüber nur bedingt für ihren Vater sorgen. Aufgrund der Tatsache, dass Frau S. mit ihren Geschwistern zerstritten ist, nimmt sie keine Hilfe von Seiten der Familie an. Herr T., der zwar oft verwirrt, aber örtlich und in Bezug zu seiner Person nicht gänzlich desorientiert ist, wird tagsüber in eine Tagesstätte gebracht. Er findet sich hier nicht zurecht, und da er nur portugiesisch versteht, hat er keinen Kontakt zu anderen Besuchern. In der Tagesstätte sucht Herr T. oft nach der Ausgangstür, und er muss immer wieder vom Personal daran gehindert werden, die Tagesstätte zu verlassen. Einmal gelang ihm das trotzdem, und er versuchte, mit dem Linienbus zu einer anderen Tochter zu fahren. Zu Hause schloss Frau S. daraufhin die Haustür ab, wenn sie das Haus verließ, damit ihr Vater nicht weggehen konnte. Infolgedessen stürzte Herr T. beim Versuch, aus dem Wohnzimmerfenster zu steigen. In der Folge verlangte die Tochter von den Pflegenden, dass sie Herrn T. nach Beendigung der Pflege im Haus einsperren müssten, wenn sie selbst noch nicht nach Hause zurückgekehrt sei. Sie beteuerte, dass in diesem Fall die Enkeltochter auch im Haus sei, so dass das Pflegepersonal keine Bedenken zu haben bräuchte, falls bspw. in der Wohnung ein Feuer ausbrechen und Herrn T. gefährden würde.

Die Pflegenden sind ratlos. Einerseits ist Herr T. hochgradig sturzgefährdet, und er scheint oft so verwirrt zu sein, dass er sich seiner Handlungen nicht ganz bewusst ist. Sie fragen sich, was Herrn T. alles zustoßen kann, falls er versucht, allein das Haus zu verlassen. Immer wieder taucht auch die Frage auf, inwiefern die Pflegenden haftbar sind, falls Herrn T. etwas zustößt. Andererseits fühlen sie sich nicht wohl dabei, den alten Mann dauernd gegen dessen Willen am Weggehen zu hindern, zumal dieser nicht völlig verwirrt ist. Sie halten ihn dabei am Arm fest, schieben ihn wieder in die Tagesstätte oder in die Wohnung. Sie tun dies möglichst behutsam, aber Herr T. wehrt sich und die Situation ist jedes Mal sehr belastend. Die Forderung der Tochter, die Tür während deren Abwesenheit abzuschließen, verschlimmert das Dilemma beträchtlich. Einige Teammitglieder sehen keine Alternative zu dieser Maßnahme, da zudem die Enkeltochter angeblich anwesend ist. Andere Kolleginnen sehen im Einsperren eine Verletzung der Würde des Menschen und eine Überschreitung der Befugnisse der Pflegenden, insbesondere weil die Tochter letztendlich für das Wohl ihres Vaters verantwortlich sei.

Ein junger Familienvater, Herr B., ist nach einem schweren Arbeitsunfall querschnittsgelähmt, kann sich aber noch, unter Mithilfe des Pflegepersonals, mit dem elektrischen Rollstuhl fortbewegen. Herr B. leidet sehr unter dieser Situation. Er reagiert oft aggressiv gegenüber seiner Familie und den Pflegenden, insbesondere dann, wenn er viel Alkohol getrunken hat. Die Ehefrau hat daraufhin beschlossen, keinen Alkohol mehr einzukaufen. Herr B., der während der Ausfahrt mit dem elektrischen Rollstuhl von einer Pflegeperson begleitet wird, nutzt nun jede Gelegenheit, um sich im Rollstuhl in eine Gaststätte zu begeben und sich zu betrinken. Er ist danach nicht mehr in der Lage, den Rollstuhl zu lenken und muss vom Pflegepersonal nach Hause gebracht werden. Die Ehefrau wirft den Pflegenden vor, sie würden das verantwortungslose Handeln ihres Mannes unterstützen, indem sie ihn nicht an den Gastwirtschaftsbesuchen hinderten. Einige Mitarbeiter weigern sich nunmehr, die Begleitung von Herrn B. weiter zu übernehmen, solange er sein Verhalten nicht ändere. Sie wollen nicht haftbar gemacht werden, falls Herr B. eines Tages in betrunkenem Zustand einen Verkehrsunfall mit dem elektrischen Rollstuhl provoziert. Andere Pfleger sind der Meinung, man müsse

FEM in der ambulanten Pflege

Herrn B. eine Zeit lang den Rollstuhl wegnehmen, dann könne er sich nicht mehr in die Gaststätte begeben und er komme dann wohl über kurz oder lang zur Vernunft. Eine solche Maßnahme sei im Interesse des Klienten, seiner Familie und des Pflegedienstes. Als weiteres Argument wurde angeführt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht dazu missbraucht werden dürfen, um sich während eines „betreuten Ausgangs“ zu betrinken.

An den exemplarisch angeführten Fällen wird das Spannungsfeld deutlich zwischen Wahrung der Autonomie und der Würde der hilfebedürftigen Person einerseits und der Sorge um den Schutz und die Sicherheit andererseits. Falls das Team keine für alle vertretbare Position findet, führen solche Situationen zu ethischen Dilemmata. In den Fallbeispielen ist es die Wahl zwischen der Achtung der Selbstbestimmung des Klienten und seiner Unversehrtheit. Eine weitere Möglichkeit bestünde aber auch darin, sich für einen Kompromiss, für einen Mittelweg zwischen den zwei Extremen zu entscheiden. Wie auch immer, der Pflegende muss sich entscheiden, er kann dieser Entscheidung nicht entfliehen.

5. Entscheidungshilfen

Angesichts des beschriebenen Spannungsfeldes zwischen Fürsorge und Schutz drängt sich die Frage auf, wie man die Pflegenden bei der Lösung der daraus resultierenden Fragestellungen unterstützen kann. Letztendlich müssen sie Entscheidungen treffen, um überhaupt handlungsfähig und nicht im ethischen Dilemma gefangen zu bleiben. Am einfachsten wäre es wohl, wenn der Pflegedienst zwar präventive Maßnahmen durchführen, aber unter keinen Umständen freiheitsentziehende Maßnahmen ausüben würde, da er – im Gegensatz zu stationären Einrichtungen – ohnehin keine 24 Stundenbetreuung gewährleisten und damit auch nicht für einen umfassenden Schutz des Klienten sorgen kann. Die Aufsichtspflicht und die Verantwortlichkeit des Pflegedienstes sind demnach nicht identisch mit denen einer Einrichtung. Ein weiterer Vorteil einer solchen Regelung bestünde darin, sich strikt an der Rechtslage zu orientieren, denn der Schutz der Freiheit und der Würde des Einzelnen überwiegt in der Rechtsprechung gegenüber anderen Rechtsansprüchen. Die

Realität der Pflegepraxis zeigt aber, dass der gänzliche Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen in der ambulanten Pflege wohl kaum möglich ist.

Da die Pflege im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden stattfindet, fließen persönliche, subjektive Aspekte in die Pflegehandlung mit ein. Die Pflegenden bringen ihre eigenen Werte, ihre moralischen Vorstellungen über Pflege und Gepflegtwerden in ihre Berufsausübung ein. Jede Pflegesituation ist somit einzigartig und muss individuell betrachtet werden. Eine durch das Management verordnete Regelung würde demnach die ethischen Dilemmata der Pflegenden nicht auflösen.

Die Förderung der ethischen Reflexion ist sicherlich die geeignetste Form der Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung. Sie erfolgt beispielsweise durch die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen, die Einsetzung eines funktionierenden Ethikkomitees, das Anbieten von Schulungen im Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege, die Verankerung der Werte des Pflegedienstes im Pflegekonzept und der Unternehmensstrategie usw. Darüber hinaus sollten sich die Pflegenden von folgenden Entscheidungsprinzipien leiten lassen:

- der potentielle Nutzen der freiheitsentziehenden Maßnahmen muss höher sein als der Schaden
- die Maßnahme muss fachlich begründet sein und darf nicht systematisch angewendet werden
- die Maßnahme ist in ihrer minimalsten Form angemessen anzuwenden
- die Notwendigkeit der Anwendung der Maßnahme muss im Team getroffen worden sein und wird von diesem evaluiert und dokumentiert
- die Maßnahme ist die letzte Alternative im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses
- die Maßnahme ist immer mit den Angehörigen abgesprochen

6. Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die geschilderten Fallbeispiele machen ebenfalls deutlich, dass besonders die häusliche Pflege ein sehr komplexer Prozess ist, bei dem das Umfeld und die

Umwelt der hilfebedürftigen Person eine wichtige Rolle spielen. Die Frage der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der ambulanten Pflege steht immer im Zusammenhang mit der Rolle des Umfeldes der betroffenen Person.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass eine systemische Sichtweise der Situation erforderlich ist, um alle Ressourcen, die zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maß-

nahmen zur Verfügung stehen, zu erkennen und zu nutzen. Der Hilfebedürftige und sein Umfeld sowie die Mitarbeiter des Pflegedienstes stehen in Wechselwirkung zu einander. Eine Veränderung bei einem der Beteiligten führt zu einer Veränderung des Gesamtsys-

tems. Unter Umständen besteht der pflegende Angehörige nicht länger auf der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, wenn der Pflegedienst seine Belastung erkennt und ihm Unterstützung anbietet.

Der häufigste Grund für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im häuslichen Bereich ist die Angst der Angehörigen vor Stürzen der von ihnen betreuten Person. Das Pflegepersonal kann in solchen Situationen folgende Alternativen vorschlagen:

- Anlegen von Hüftprotektoren

- Installieren von Bettsensoren
- Einsatz von Sturzmeldern
- Einsatz von absenkbaren Betten
- Verwendung von geteilten Bettgittern, die das Verlassen des Bettes ermöglichen
- Gestaltung des Wohnbereichs nach sturzprophylaktischen Gesichtspunkten
- ...

Die pflegenden Angehörigen müssen auch immer darüber informiert werden, dass freiheitsentziehende Maßnahmen schwerwiegende negative Folgen für den Betroffenen haben können und dass der Beaufsichtigungsbedarf noch gesteigert wird.

7. Abschließende Bemerkungen

Jegliche Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt einen schweren Eingriff in das Freiheitsrecht und die Würde des Menschen dar, ganz gleich wie zutreffend die Indikation ist. Deshalb muss das pflegerische Ziel immer die Vermeidung solcher Handlungen sein. Aus Gründen von akuter Selbstgefährdung oder im Hinblick auf systemische Gesichtspunkte kann der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen wohl nicht völlig ausgeschlossen werden. Die professionell Pflegenden müssen dabei die fachlichen und deontologischen Richtlinien unbedingt einhalten.



“Wer die Freiheit aufgibt um Sicherheit zu gewinnen, der wird am Ende beides verlieren“

Benjamin Franklin

Literaturverzeichnis:

Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (2009). *Freiheitsentziehende Maßnahmen*. Swisttal: Broschüre Sozialreferat Landeshauptstadt München (2009: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im häuslichen Bereich. München: Broschüre Staatskanzlei.)

Weitere Beiträge des Autors zum Thema „Gewalt in der Pflege“:

Paul Wagener, Referat: „...parce que j’aime le contact avec les gens“: *La bienveillance dans les soins à domicile. Cercles de qualité: La bientraitance des personnes âgées*, Ministère de la Famille et de l’Intégration, Fondation J.P. Pescatore, Luxembourg 15.12.2009

Paul Wagener, Referat: „Gewaltprävention in der häuslichen Pflege“: *Fachtagung „Menschen pflegen und betreuen“*, Caritas Bozen-Brixen, Nals, Italien, 07.05.2010



Der schmale (rechtliche) Grad in Sachen „Altenpflege“

▼ **Pierrot SCHILTZ**, *Cabinet d'avocats Pierrot Schiltz*

„Helfen“ und „rechtswidrig handeln“ scheinen wohl nirgends so nahe beieinander zu liegen wie in der Altenpflege. Altenpflege ist ein perfektioniertes System, Millionen teuer, bis ins Kleinste geregelt. Alles ist zugewiesen. Zumindest strukturell. Manchmal stört nur eins die Pflege: die Alten.

Altern macht – irgendwann – hilflos. Die Pflegeheime in Luxemburg sind gut besetzt. Sie sind die Endstation von Menschen, die nicht allein ihre Wohnung aufgeben, sondern auch Eigenarten, die sie ihr Leben lang entwickelt haben. Sie verlieren Handlungsspielräume, die nun andere für sie erledigen: die Pfleger.

Diese haben oft reichlich Mühe die Pflegebedürftigen, die ihre eigene Welt im Kopf tragen, gelegentlich verschüttet durch Vergesslichkeit, Alzheimer oder andere demenzielle Erkrankungen, im Griff zu behalten. Schimpfen, Nörgeln, Verweigern von Nahrung und Medikamenten bis hin zum Randalieren gehören zum Alltag in den Altenpflegeheimen.

Verunsichert werden die Pfleger dadurch, dass der Gesetzgeber – ansonsten scheinbar übereifrig in der Regulierung unseres Alltags – es tatsächlich bis dato versäumt hat, den Handlungsraum oder Rechtsrahmen in Sachen „Altenpflege“ zu definieren. Dies mag Auswirkungen auf die Pflege selbst haben. Konfrontiert mit einem randalierenden Pflegebedürftigen könnte der Pfleger zögern: Soll er nun den „Randalierer“ zu seinem eigenen Schutz und dem der Mitbewohner des Altenheims „ruhigstellen“ oder macht er sich hier mit dem Gebrauch von „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ schuldig und setzt sich rechtlichen Schritten des Opfers oder dessen Angehörigen aus?

In Abwesenheit spezifischer Gesetze gibt es keine juristische Definition freiheitsentziehender Maßnahmen. In der Altenpflege hingegen spricht man von freiheitseinschränkenden Maßnahmen, *„wenn ein Bewohner gegen seinen natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise in seiner Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann“¹.*

¹ Billen, W. (2010), *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Luxemburger Altenpflegeheimen*.
Université du Luxembourg: Mémoire de fins d'études M.

In der Praxis drücken sich freiheitsentziehende Maßnahmen durch Fixierungsmaßnahmen (an das Bett, mittels Fixierdecken, an einen Rollstuhl...), Einsperren in einen Spezialraum, Zufügen von Psychopharmaka, Aussprache von Verboten, Strafen, Ausübung von psychischem Druck oder diskriminierenden Sprachgebrauch aus. Manche dieser Maßnahmen mögen sich wohl zum Schutz alter und/oder dementer Menschen rechtfertigen, aber wo liegt die Grenze zwischen Schutz und Freiheitsentzug, zwischen Notwendigkeit und Missbrauch? Kein spezifischer Gesetzestext gibt hier Aufschluss. Man muss demnach das Allgemeinrecht konsultieren, um eventuell herauszufinden, ob bestimmte Handlungsarten rechtswidrig sind oder nicht.

Der Luxemburger „Code Civil“ legt als Grundprinzip fest, dass jeder für den Schaden aufzukommen hat, den er durch sein Fehlverhalten einem Anderen zugefügt hat². Fügt demnach ein Pfleger einem Bewohner einen körperlichen Schaden bei einer gewalttätigen Fixierung am Bett oder bei der Zufügung eines falschen oder eines falsch dosierten Medikaments zu, hat er für den entstandenen Schaden die Verantwortung zu tragen und muss das Opfer im Klagefall entschädigen.

Dieses Prinzip kennt allerdings eine wichtige Ausnahme: Im Falle eines Arbeitsverhältnisses muss der Arbeitgeber, demnach das Pflegeheim, für die Fehler seiner Arbeitnehmer – also der Pfleger oder des sonstigen Personals – aufkommen. Lediglich grobe Fehler hat der Arbeitnehmer selbst zu verantworten. Ohnehin trägt das Pflegeheim – in seiner Eigenschaft als Vertragspartner eines Pflegevertrags mit seinen Bewohnern – eine vertragliche Verantwortung zur ordentlichen Ausführung dieses Vertrags. Die Hauptverpflichtungen, an die das Pflegeheim in diesem Vertrag gebunden ist, sind – neben einer ordentlichen Pflege – die Sicherheit, die Beherbergung sowie die Aufsicht. Entstehen durch die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen Schäden, müssen diese durch das Pflegeheim soweit wie möglich kompensiert werden. Neben dieser zivilrechtlichen Verantwortung besteht jedoch noch eine zweite

Art von Verantwortung, dessen Konsequenzen weitreichender sein können: die strafrechtliche Verantwortung. Wo die zivilrechtliche Verantwortung auf die Entschädigung zielt, ist die Finalität des Strafrechts, wie das Wort es selbst sagt, zu bestrafen. Strafrecht besteht aus einer Aufzählung von Verhaltensmustern (sog. Delikten), die verboten sind und durch Geld- oder Gefängnisstrafen bestraft werden, falls sie begangen werden.

Das Strafrecht ist allgegenwärtig – auch in Pflegeheimen. Bei Handgreiflichkeiten droht „Körperverletzung“, bei Zufügung falscher Medikamente „Vergiftung“, bei verbalen Ausbrüchen „Beleidigung“ und/oder „Verleumdung“ und bei Fixierungen oder Einsperren „Freiheitsberaubung“. Sogar der „Totschlag“ findet seinen Platz im Alltag der Pflegeheime – traurige Beispiele hierfür sind „Strangulierung“ oder der plötzliche Herztod durch Stress ausgelöst durch falsche oder sogar „richtige“, d.h. fachgerechte, Fixierungen. Während die zivilrechtliche Verantwortung in den meisten Fällen beim Arbeitgeber liegt, sind die Parameter im Strafrecht anders: Der „Straftäter“ ist hier persönlich für die begangene Straftat verantwortlich und im Klagefall droht die Verurteilung ihm allein. Zivil- und Strafrecht haben als gemeinsamen Nenner, dass ein Verfahren nur dann in Gang kommt, wenn Klage erhoben wird. Dies können das Opfer selbst oder dessen Angehörige tun. Mit Blick auf strafrechtliche Delikte kann auch ein – mehr oder weniger unbeteiligter – Dritter Strafanzeige erstatten. Der Richter, der mit dieser Angelegenheit befasst ist, hat dann zu entscheiden, was rechtens war. Ihm steht es letztendlich zu, zu be- und zu verurteilen und dem Pflegepersonal mitzuteilen, ob es den pflegebedürftigen Kläger geschützt oder geschädigt hat.

Angesichts dieser Risiken scheint es erstaunlich, dass das Pflegepersonal den Mut nicht verliert. Zu Recht! Der juristische Alltag zeigt, dass kaum Klagen aus Altenpflegeheimen eingereicht werden, sieht man von einigen wenigen Einzelfällen ab, bei denen oftmals die berufliche Überbelastung eine bedeutsame Rolle spielte.

² Artikel 1382 und flg. des lux.Code Civil

Schutz vs. Freiheitsentzug

Die Ursache mangelnder Klagen könnte jedoch auch eine andere sein: Oft sind alte oder demente Menschen nicht mehr in der Lage, ihre Klagen zum Ausdruck zu bringen. Zudem dürfte es ebenfalls nicht allzu schwierig sein, „streitsüchtige Störenfriede“ – unter gesundheitlichem Vorwand – anhand von Medikamenten ruhigzustellen oder eben deren Starrsinn auf Kosten des Alters, der Demenz oder sonstigen Krankheit herunterzuspielen. Hinzu kommt, dass der Kläger die Beweislast für das Fehlverhalten des Pflegers hat. Dies kann schnell zum „Hürdenlauf“ ausarten – angesichts der verminderten Glaubwürdigkeit, welche man einem pflegebedürftigen Kranken unterstellen mag. Ein spezifisches – für die Altenpflege maßgeschneidertes – Gesetz hätte im Vergleich zu dem zur Zeit anwendbaren Allgemeinrecht den Vorteil, dass einerseits das Handeln der Pfleger strafrechtlich entschärft werden könnte und andererseits die Grenzen zwischen schützenden und schädigenden Maßnahmen besser definiert werden könnten. Dies wäre ein Idealfall, der, wie so oft, in der Praxis schwer um- und durchsetzbar sein könnte. Wie umfangreich müsste in der Tat ein solches Gesetz sein, um jede denkbare Situation zu erfassen? Jedes Bett, jedes Gitter, jede Fixierung müssten genauestens genormt werden, um ja nur zu vermeiden, dass ein Bewohner sich zwischen diesen Gittern einklemmen könnte, zu hoch aus dem Bett fallen oder sich an den Gurten schneiden oder strangulieren könnte ...

Das Allgemeinrecht hat dem gegenüber den Vorteil, der realen Lebenspraxis und den konkreten Fällen und Situationen sozusagen „menschlicher“ und weniger „technisch“ zu begegnen. Es lässt dem Richter einen größeren Spielraum für sein persönliches Einschätzungsvermögen, und es erlaubt ihm, einen Sachverhalt „in concreto“ zu beurteilen – d.h. mit Blick auf dessen Ablauf und auf das Verhalten und die Absichten der involvierten Parteien. Gegenüber der Orientierung an allzu streng verfassten Texten erlaubt ein solches Vorgehen nicht zuletzt auch ein Mehr an Entscheidungsspielräumen und auch ein Mehr an „Kulanz“, die in ein entsprechendes Urteil eingehen können.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bis ins kleinste Detail reglementierende Texte oft riskieren, eigene Initiativen sowie zwischenmenschliche Beziehungen, auf welchen die Altenpflege beruht, letztendlich zu hemmen. Sie können damit vertrauensabweisend wirken, da sie die Pfleger zum strikten Begehen vorgetretener Pfade zwingen und deren Handlungsraum stark beeinträchtigen. Im Übrigen gibt es keinen Grund dazu, den Pflegern nicht vollstes Vertrauen im Umgang mit den Pflegebedürftigen zu schenken, da die Wahl dieser Profession doch oft einer „Berufung“ nachgeht, beruhend auf einer gesunden Portion Humanismus, die selten Gesetze zur vollen Austragung benötigt.



Freiheits-Entzug bei Pflege

▼ **Dr. Paul KREMER,**
Emeritus der Universität du Luxembourg

Die Philosophie versteht sich seit ihren Anfängen vor etwa 2700 Jahren irgendwo in Kalabrien oder in der (heutigen) Türkei als ein auf sich gestelltes Denken, das zunächst Wirklichkeit reflektiert. Später „kommt“ es darauf an, sie zu verändern...

Das Thema „Freiheits-Entzug bei Pflege“ stellt sich uns, West- und Mitteleuropäern, zu Anfang des XXI. Jahrhunderts im Umfeld eines Umsorgens und Besorgens – diese Ausdrücke als Ehrerbietung an Heidegger – das mit Menschen zu tun hat, denen infolge von Alter, Krankheit, Unfall oder ähnlichem das „abhanden“ gekommen ist oder weggenommen werden soll, worauf unser Verständnis vom Leitbegriff bei Einrichtung zwischenmenschlicher Verhältnisse gründet: die Freiheit des Menschen.

Es ist trivial daran zu erinnern, dass die Charta, der wir, West- und Mitteleuropäer zu Anfang des XXI. Jahrhun-

derts uns verpflichtet haben, die Charta der Menschenrechte ist, deren oberster Wert der Wert der menschlichen Würde ist, deren allgemeinstes Erscheinungsbild und Grund die Freiheit des Individuums ist.

Gilt es den Weg zum Operationstisch anzutreten oder den zum Börsenmakler, den Weg zur politischen Urne oder den in den Suk, den Bazar, die „grande surface“ des wirtschaftlichen Geschehens und seines fast alles umfassenden Rummels, stets ist zuvor ein „consentement éclairé“, ein freies, aufgeklärtes Ja-sagen zum Mitmachen oder zur Betroffenheit erforderlich: Ist doch der Mensch unter allen Lebewesen das einzige, das imperativisch und kategorisch um das weiß, was es tun soll, abgesehen von allen Notnötigen und –zwingen. Daraus erwächst ihm, und nur ihm, eine einzigartige Würde, die niemals lädiert werden darf. Ein Mensch darf nie bloß als Mittel behandelt werden: Ihm steht zu, immer auch als Zweck geachtet zu werden – frei nach einem namhaften, preußischen Philosophen.

Nun gerät, allem Anschein nach ein kranker, ein alter oder ein verunglückter Mensch, dem in der Klinik, in

der Pflegeanstalt usw. Freiheits-Entzug angetan wird, in eine Schieflage, in der ihm Freiheit gleich doppelt entwendet wird: Der Patient wird oft, meist, mitunter, unter Umständen nicht nach seinem „consentement éclairé“ gefragt und es wird ihm häufig ohnehin Bewegungsfreiheit entzogen, und zwar mit der Begründung, zur Frage sei es, etwa aus Zeitnot, nicht gekommen und letzteres geschehe zweifelsohne zu seinem Besten. Dies „Beste“ wird von „anderen“, von „tierces personnes“ festgelegt. Wie ist dem zu begegnen, wenn man nicht Einschnitte in Menschenwürde und Menschenrechte hinnehmen will?

Es kommt noch schlimmer. Glaubt man veröffentlichten Zahlen, leidet eine/r von drei Senioren/Seniorinnen ab 80 an Alters-Demenz, Tendenz steigend.

Diese Menschen um ein „consentement éclairé“ anzufragen, ist wohlverstanden illusorisch. Nicht nur das: Sind es (noch) Menschen, wenn ihnen das klassische, von Aristoteles entdeckte, vom Hl. Thomas festgehaltene Kriterium des Menschseins abgeht, nämlich der „intellectus“? Wen diese Frage stört, dem sei in Erinnerung gerufen, dass man Wesen, die man – wer: „man“? – als nicht (noch nicht) Menschen anspricht, Embryonen etwa, vielerorts legal abtreibt, ohne sie zuvor um ihr aufgeklärtes Einverständnis ersucht zu haben...

„Weil sie dessen nicht fähig sind, nämlich eine Antwort auf eine derartige Frage zu geben“ lautet das verärgerte Argument. Ist nun aber der Unterschied zwischen „noch nicht“ Mensch und „nicht mehr“ Mensch logisch haltbar, da in beiden Fällen das Merkmal „denkfähig“ nicht vorzufinden ist?

Hier ist nun des Denkers Höflichkeit angebracht: er sei gebeten, weiterhin keine bohrenden Fragen zu stellen, um nicht artikulieren zu müssen, was unsere Scham nicht vernehmen will. Drum sei's! – Ziehen wir uns auf die z.Z. stillschweigend an- oder hingenommene Position zurück, die meint: Abtreibung, mit Abstrichen, ja, weil der/die Kleine noch nie wussten – außer für Anhänger der Reinkarnation à la Dalai Lama – dass oder wer sie waren; nein – mit Abstrichen? – zu einem rein sachgemäßen Umgang mit Ex-Vollmenschen, deren Umfeld sie noch ggf. als ihresgleichen in Erinnerung hat...

„Herr, gib mir ein Beispiel!“ fragte König Milinda seinen buddhistischen Unterweiser Nagasena, wenn er dessen sachlichen Ausführungen wieder mal nicht folgen konnte.

Ein verstörter Greis riskiert nächtens aus dem (Kranken-)Bett zu kullern, und ohnehin gibt es an Wochenenden bei Bereitschaftsdienst nicht genügend Pflegepersonal um auf alle? viele? unvermeidliche? natürliche? Wünsche, Appelle usw. der Patienten einzugehen. – Man „strickt“ den alten Herrn an. – Eine wirre (so Handke) Greisin pflegt sich bei Vollmond auf nächtliche Touren zu begeben, findet jedoch wie Kinder im Märchenwald „nicht wieder“: Man bewahrt sie „vor sich selbst“ durch entsprechend mechanisches – oder: chemisches – „Still“-Legen. Welches ist dabei die/eine ehrliche/vorgeschobene Rechtfertigung des Zwanges, der wider die hochgelobte menschliche Freiheit antritt, und „verpasst“, zuvor ein aufgeklärtes Einverständnis einzunehmen?

Fassen wir die gutgemeinten Antworten ins Auge und sehen wir davon ab, dass sich hinter der gutmenschlichen Mitleids-Ethik eine buchhalterische Moral verstecken kann!

Die Rechtfertigung des Freiheit-Entzuges bei Pflege lautet – Böswilligkeit bleibe methodologisch ausgeschlossen bei dieser Beschreibung! – es liege im wohlverstandenen Interesse des Betroffenen, unter gegebenen Umständen, etwa bei „ungenügendem“ Personal, ihn mechanisch – oder: chemisch? – örtlich zu fixieren um z.B. Gefahren des Hinfallens u. a. zu vermeiden.

Für sich und ohne Hintergedanken klingt diese Antwort annehmbar für einen neutralen, doch kritischen Beobachter der „Problematik“. Wohl ist das Motiv des vom Betroffenen selbst nicht eingesehenen Interesses für misstrauisch veranlagte Zeitgenossen eine „wackelige Sache“, weiß er doch, oder: glaubt er, doch zu wissen, dass in der sog. Euthanasie-Debatte von Gegnern und von Befürwortern u.a. mit dem vermeinten Interesse des nicht befragten Betroffenen operiert wird, jeweils zum Ärger des gegnerischen, ethischen Partei-Nehmers. – Doch: Nehmen wir hin, dass es besser für einen/eine 80jährige(n) ist, ohne zusätzlichen Beckenbruch statt „damit“ bettlägerig zu sein – und ihm/ihr diesen Vorteil zum Preis eines Nachteils in der Berücksichtigung

seiner/ihrer Freiheit oder seines/ihrer Freiheits-Gefühls geboten wird. Stimmt das Vorgetragene bis hierher, fragt sich, ob nun nicht die Natur der Sache behandelt ist – unter Berücksichtigung von Ausnahme-Einschränkungen, die wir unterwegs angetippt, jedoch nicht ausgeführt haben. – Vielleicht nicht ganz. Soll auch schon die „substantia“ für abgehandelt gelten, bleiben doch „accidentia“, „modi“ oder Modalitäten zu ventilieren.

Kranke pflegen, Bus fahren, Briefe austragen, Pyrenäenpässe erklimmen – das sind Arbeiten, die man zweckdienlich sachgetreu verrichten kann, je nach Fähigkeit, Übung, Einsatz und ein paar weiteren Imponderabilia. Allerdings wird ein empfindsamer Leser hier einwerfen, es mache doch einen Unterschied, ob man einen Menschen von Rückenlage auf Bauchlage kippt oder eine Kiste edlen Weines auf- oder ablade: In beiden Fällen habe man es wohl mit „zerbrechlichen“ Gewichten zu tun, doch beim Menschen handle es sich um ein höheres Gut – in Dollar ausgedrückt? – als

bei „cheval-blanc“-Flaschen. Bei Gott! Nicht brechen, dann lieber ein Hüftbruch, der heilt; der Wein verströmt und bleibt auf immer hin.

Dieser Ton-Bruch war zur Einstimmung gedacht: soll, darf, muss ein Mensch so oder anders behandelt werden als ein totes Ding, auch wenn der betroffene Mensch bereits halbtot sein sollte?

Das „basso continuo“ unserer ethischen Einstimmung lautet, immer noch weitgehend an Kant angelehnt, man solle tunlichst Menschen mit etwas menschlicher Wärme behandeln und nicht lediglich die Handgriffe erfolgen lassen, die eine sachlich zweckdienliche Arbeits-Beschreibung vorsehe. – Vielleicht ist dem so und soll dem auch so sein, doch: Machen wir uns nichts vor! Diese „zusätzliche Liebe“ im Umgang mit dem Pflegefall hat ihren zusätzlichen Preis, so wie so viele andere pflegeleichten oder schwer zu pflegende Liebesakte auch...

Der RBS – Center für Altersfragen publiziert seit 20 Jahren das dreimal jährlich erscheinende „Bulletin – Das Luxemburger Fachblatt für Altersfragen“. Da in den letzten Jahren die Forschung im gerontologischen Feld – insbesondere auch durch die Unterstützung des luxemburgischen Familienministeriums und aufgrund der spezifischen Aktivitäten an der Universität Luxemburg – sehr stark zugenommen hat, konnte die wachsende Zahl praxisrelevanter Studienergebnisse bislang nur sehr sporadisch veröffentlicht werden. Daher wurde entschieden, in Kooperation mit der Universität Luxemburg und der „Association Luxembourgeoise de Gérontologie-Gériatrie“ in unregelmäßigen Abständen Themenhefte herauszugeben, die als Forum zu aktuellen Schwerpunkten der gerontologischen Forschung in Luxemburg dienen und zum Austausch in der Praxis anregen sollen.

Das vorliegende Themenheft befasst sich mit dem kritischen Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Altenpflege in Luxemburg“. Neben der umfassenden Darstellung von empirischen Ergebnissen und möglichen Ursachen sollen Auswege aufgezeigt werden, diese häufig tabuisierten und für alle Beteiligten sehr belastenden Phänomene zu reduzieren.

Das Heft umfasst zehn Beiträge, die das Thema aus medizinisch-geriatrischer, pflegerischer, rechtlicher, psychologischer und ethischer Perspektive beleuchten.

