



Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.

Tabuthema Pflegemängel: Ausmaß, Auswirkungen, Auswege **Rolf D. Hirsch Bonn**

„Die Eskimos setzen ihre Alten aus, die Indianer gehen zum Sterben in die Einsamkeit, wir sperren unsere ein, geben ihnen Zeit, mit der sie nichts anfangen können und halten sie solange am Leben, wie es nur geht. Sie werden entsorgt, statt versorgt....“ (Dunker 2001).

Als ein Heimbewohner mit Demenz sieht, wie der Essenswagen, auf welchem Bananen liegen, kommt, will er sich eine Banane holen. Eine Mitarbeiterin schlägt ihm auf die Finger und verbietet ihm das. Dies bemerkt eine Praktikantin. Sie ist irritiert und bespricht dies mit den Mitarbeitern. Es entsteht ein Disput, der bis zur Heim- und Pflegedienstleitung dringt. Die Folge ist, dass der Praktikantin geraten wird, sich einen neuen Praktikumsplatz zu suchen.

Eine Heimbewohnerin, die nach einem Schlaganfall eine Halbseitenlähmung hatte und nicht alleine mehr auf die Toilette gehen kann ruft: „Schwester, ich muss auf Toilette“. Die Schwester hört dies, eilt herbei und schreit die Bewohnerin an „Ich habe jetzt keine Zeit! Ich muss drei Moribunde (Sterbende) betreuen.

Eine Altenpflegerin bemüht sich, einen älteren Heimbewohner zu waschen. Dieser wehrt sich vehement, schlägt und verletzt sie dabei.

Vielfältig und nicht selten sind die Mängel in der stationären Pflege. Sie erstrecken sich von kaum wahrgenommener Misshandlung oder Vernachlässigung bis zu offensichtlichen und schweren Pflegemängeln mit den entsprechenden Auswirkungen. Wer sich ein Bild über die Realität in deutschen Pflegeheimen machen möchte, sollte einige Pflegeheime besuchen und dort mit Heimbewohnern und deren Angehörigen, mit Mitarbeitern sowie mit dem Heim- und Pflegedienstleiter und den betreuenden Ärzten sprechen sowie das Heimmilieu wahrnehmen. Um aber „Wahrheiten“ zu erfahren, muss er –paradoxe Weise– glaubhaft versichern, dass er über das, was er gesehen und gehört hat, Stillschweigen bewahrt. Zu groß ist die Angst von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern, manchmal auch von Ärzten, vor vielerlei Repressalien. Allerdings hemmt diese „Angst vor der Angst“ so sehr, dass selbst mögliche Veränderungen dadurch verhindert werden und Missstände stabilisieren. Unterstützung von externen Kontrollen wie Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung sowie im Extremfall der Jurisprudenz scheinen zu selten zur Abstellung von Missständen zu führen. Schilderungen, die an die Öffentlichkeit durch Medien kommen, mögen manchmal „übertrieben“ oder „verzerrt“ sein, dennoch verdeutlichen sie die große Not und Hilflosigkeit der Betroffenen.

Nachdenklich stimmt das Resümee der Untersuchung von v. Eicken et al. (1990), die in 23 deutschen Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig Behinderte und

für alte Menschen stattfand, über den fürsorglichen Zwang: „Eingriffe in die Grundrechte von psychisch beeinträchtigten Einrichtungsbewohnern finden in allen besuchten Einrichtungen ständig statt“. Diese Aussage dürfte auch noch heute gelten.

Über Pflegemängel in der ambulanten professionellen Pflege gibt es erheblich weniger Informationen als in der stationären Pflege. Roth (2001) hat hierüber eine ausführliche Expertise mit empirischen Ergebnissen vorgelegt.

1. Grundsätzliches

Besonders im Umgang mit älteren pflegebedürftigen und unter einer psychischen Störung leidenden Menschen treten Pflegemängel, die auch als Misshandlung oder Vernachlässigung bezeichnet werden können (sicherlich auch als „Gewalt“), häufiger auf, da in Pflegebeziehungen teilweise sehr extreme Lebenswelten, Ängste, Gefühle von Hilflosigkeit sowie Wünsche und Erwartungen aufeinandertreffen. Pflegebeziehungen können sich durch ihre asymmetrische Zweierbeziehung zu gewalttätigen destruktiven gegenseitig bedingten Verhaltensmuster entwickeln. Stuhlmann & Kretschmar (1995) schreiben „Gewalt im Fokus der Zweierbeziehung ist die Kumulation von Macht, Unterdrückung und Ohnmacht, Angst und Wut, Hilflosigkeit, Verstrickung in Schuldgefühle und Zusammenbruch, gespeist durch Erfahrungen aus den Lebensgeschichten der Beteiligten und im Rahmen institutioneller und gesellschaftlicher Bedingungen“. So kommt es häufig zu gegenseitigen Gewaltanwendungen, die zu einem Circulus vitiosus führen und sich verfestigen. Dennoch muss keiner, kann aber jeder, gewaltsam handeln (Popitz 1992). Hinzu kommen kollektive Vorurteile und Stigmata gegen alte Menschen, die eine kollektive Gewaltbereitschaft fördern. Dies wiegt um so schwerer, da der „gesellschaftliche“ Wert eines alten pflegebedürftigen Menschen - finanziell und ethisch - von Helfern und anderen z.T. sehr „verborgenen Dritten“ bestimmt wird. Die derzeitige Diskussion „keine Operationen für über 75-jährige?“ Ihre Wahrnehmung entscheidet, individuelle Menschenrechte bleiben dabei manchmal auf der Strecke.

Können Pflegemängel als Gewalthandlungen bezeichnet werden? Betrachtet man sich die Schweizer Stufen der Pflegequalität, die von „gefährlicher Pflege“ bis zur „optimalen Pflege“ reichen, so ist die „gefährliche Pflege“ sicherlich dem gleichzusetzen, was unter einer Gewalthandlung verstanden wird. Auch wenn der Begriff „Gewalt“ leicht zur Skandalisierung verführt und selten wertfrei benutzt wird, halte ich diesen dennoch in der Diskussion über Pflegemängel für sinnvoll. Zudem fördert dieser Begriff auch die Einsicht, dass eine Fokussierung auf Pflegemängel als „gravierende Fehler von Pflegepersonen, die alten Menschen schaden“ nicht ausreicht, um dieses Problemfeld umfassend beschreiben zu können und hieraus Ansätze zu deren Vermeidung ableiten zu können.

Dieck (1987) definiert - in Anlehnung an die amerikanische Literatur – Gewalt als „eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, soll sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden können“. Sie unterteilt die Formen von Gewalt dabei in:

- Vernachlässigung (Neglect): passive und aktive

- Misshandlung (Abuse): körperliche und psychische sowie finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens.

Einbezogen sind dabei eine Reihe von Gewalthandlungen nicht, die ich dennoch für erforderlich halte (Tabelle 1).

Tabelle 1: Formen von Gewalt an alten Menschen (Johnson 1991, Hirsch 2000).

G e w a l t f o r m e n :

körperliche	psychische	sozial	rechtliche
<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentenmissbrauch Vorenthalten Unangemessene oder Unnötige Anwendung • Beeinträchtigung Übersehen von medizinischen Bedürfnissen Mangelhafte Hygiene Fehl-/ Mangelernährung Störung der Ruhe • <i>Tätlicher Angriff</i> Äußere Verletzungen Innere Verletzungen Vergewaltigung Selbstmord / Totschlag 	<ul style="list-style-type: none"> • Demütigung Beschämung Beschuldigung Bloßstellung Ablehnung • Quälen Beleidigungen Einschüchterung Furchtauslösung Aufregen • Manipulation Informationen zu-Rückalten oder Verfälschen Reizentzug Einmischen in Entscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolation Erzwungener Rückzug „Freiwilliger“ Rückzug Unangemessene/unge-eignete Beaufsichtigung • Rollenkonfusion Konkurrenz Überlastung Umkehrung Auflösung • Beeinträchtigung des Lebensraums Desorganisierter Haus Halt Mangel an Privatsphäre Unangemessene Um-Gebung Aufgabe des gewohn-ten Umfeldes 	<ul style="list-style-type: none"> • Materieller Missbrauch Misswirtschaft bei Eigen-tumsfragen Misswirtschaft bei Verträgen Zugang zu Eigentum / zu Verträgen sperren • Diebstahl Stehlen von Eigentum oder von Verträgen Erpressen von Eigentum oder von Verträgen • Missbrauch von Gesetzen Leugnung von Verträgen Unfreiwillige Unterwerfung Unnötige rechtliche Be-treuung Missbrauch von professio-neller Autorität

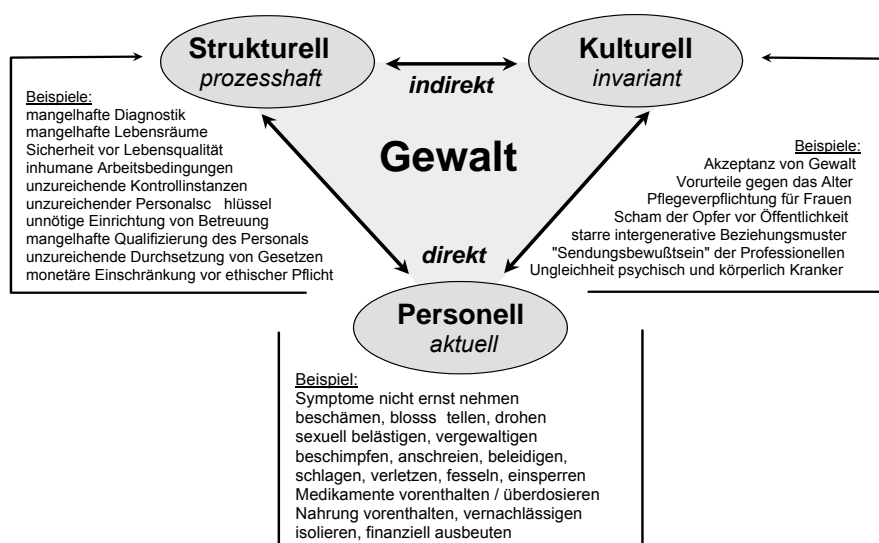
Eine Vielzahl von Faktoren, die direkte Gewalt erst ermöglichen, aufrechterhalten oder zu deren Rechtfertigung dienen, sind struktureller Art. Sie bilden dabei eigenständige Formen von Gewalt, sind eher verdeckt und weniger fassbar als direkte Gewaltformen. (Hirsch et al. 2003). Beispiele hierfür sind z.B. die gehorsame und gedankenlose Ausführung von inhumanen Anordnungen, erzwungenes Leben im Heim wegen unzureichender regionaler Alternativen oder Aufenthaltsverkürzung in Kliniken, Mangel an Privatsphäre in Einrichtungen, institutionell vorgegebene Tagesstrukturierung, unzureichender Personalschlüssel, mangelhafte Qualifizierung des Personals, unnötige Einrichtung von Betreuung, unzureichende Durchsetzung von Gesetzen, unzureichende öffentliche bzw. staatliche Kontrolle von Einrichtungen und deren Finanzen sowie unzureichende Wertvorstellung von Pflege und den in Pflegeberufen Tätigen. Die Entscheidungsträger, die häufig Träger und Kontrollorgan in einer Person sind, weisen jede Mitschuld weit von sich und tragen mit dem von Ihnen propagierten „Mythos der Einzelfälle“ zu einer Verharmlosung der Problematik bei und fördern zudem das Schweigen und die andauernde Tabuisierung der Altersdiskriminierung. Allerdings muss eine Pflegeperson auch bei strukturellen Gewaltvorgaben nicht Gewalt selbst ausüben. Sie trägt immer noch auch die Verantwortung für ihr Tun.

Zum ganzheitlichen Verständnis von Gewalt gehört auch die kulturelle Ebene (z.B. Ideologie, Religion, Wissenschaft). Diese bezieht sich auf immanente Wertvorstel-

lungen und kollektive Vorurteile, die eine Verringerung von Gewalt erheblich erschweren und all jene meta-direkten Aspekte umfasst, durch die direkte und strukturelle Gewalt legitimiert wird. Die nach wie vor in der öffentlichen Diskussion vorherrschenden negativen Stereotypen („ageism“) über das Alter (Illhardt 1993) wie „Rentnerschwemme“, „Alterslawine“ oder „Überalterung“ tragen zur Altersdiskriminierung bei und suggerieren gleichzeitig, dass die Alten bedrohlich (Kostenfaktor) für die Gesellschaft seien. Diese „Un-Wörter“, die ihren Ursprung im kulturellen Bereich haben, fördern auf diesem Weg die Gewaltbereitschaft der Gesellschaft gegenüber alten Menschen.

Um die gesamte Palette des Phänomens Gewalt im Alter anschaulich darstellen zu können, halte ich die Arbeiten von Galtung (1975, 1993) für notwendig. Nach ihm wird „jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse durch direkte (personale) und /oder strukturelle und/oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert“ als Gewalt verstanden. Er spricht von einem „Gewaltdreieck“, wobei die Zeitperspektiven der Gewaltformen sehr unterschiedlich sind. Direkte Gewalt ist ein Ereignis (z.B. Beschimpfung), strukturelle ein Prozess (Ausarbeitung und Ratifizierung von Gesetzen) und kulturelle eine Invariante, eine mehr oder weniger unveränderliche Größe (Ideologie, Religion) (Abbildung 1).

Abbildung 1: „Gewaltdreieck“ (Galtung 1993, Hirsch 2000)



Dieses Modell hilft (Hirsch & Vollhardt 2001)

- Gewalt als eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse zu sehen: diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung, Korrektur und Suche nach Alternativen im Wege steht;
- der Bedeutung von multifaktoriellen und mehrdimensionalen Entstehungsbedingungen, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern;
- der Vermeidung, lediglich eine Opfer-Täter-Dichotomisierung oder eine reine Beziehungsproblematik zu sehen; dies ist zur Vermeidung von Emotionalisierung und zur Operationalisierung von Alternativen entscheidend.

Rituale, unreflektierte Routine und „Erziehung“ können zur Gewalt werden. Grond (1997) hat sehr anschaulich dargestellt, wie Pflegende Gewalt in den Aktivitäten des täglichen Lebens ausüben können (Tabelle 2).

Tabelle 2: Beispiele zu Formen der Gewalt bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Grond 1997)

<p>1. Kommunizieren: zum Sprechen zwingen schimpfen, anschreien, nicht beachten, Blickkontakte vermeiden bevormunden, duzen, respektlos umgehen</p>	<p>8. Ruhen und Schlafen: Mittagsschlaf verweigern oder zum Mittagsschlaf zwingen Ausschließlich Heimbettwäsche zulassen gegen den Willen Schlafmittel geben</p>
<p>2. Sich bewegen: Bewegungsraum einschränken Ausgänge blockieren zwingen, aufzustehen Gehhilfen oder Rollstuhl verweigern</p>	<p>9. Sich beschäftigen, das Lebensfeld gestalten und Wohnen: keine Orientierungshilfen anbringen starrten Tagesablauf „durchziehen“ nicht zur Beschäftigung anregen</p>
<p>3. Vitale Funktionen aufrecht erhalten: Kranken im Gestank liegen lassen zu warme/zu kalte Kleidung zumuten Facharzt/Ergotherapeut ablehnen falsches Bettzeug zuteilen und rationieren</p>	<p>10. Sich als Mann oder Frau fühlen oder verhalten: Beziehungen verhindern Schamgefühl bei Intimpflege verletzen Sich über sexuelle Äußerungen lustig machen</p>
<p>4. Sich pflegen: zum Baden, zur Haarwäsche zwingen, eigene Hygienevorschriften durchsetzen nachts waschen, zwangsweise einsalben</p>	<p>11. Für eine sichere Umgebung sorgen: Sicherheitsmaßnahmen entziehen zu viel und zu häufig fesseln Klingel wegnehmen</p>
<p>5. Essen und Trinken: Ess- und Trinkhilfen vorenthalten Eßgewohnheiten missachten zu schnell „füttern“ Routinemäßig passierte Kost geben</p>	<p>12. Soziale Bereiche des Lebens sichern: Kranken sich selbst überlassen Ständig beaufsichtigen Einkäufe verweigern Außenkontakte einschränken</p>
<p>6. Ausscheiden: Dauerkatheder gegen Willen geben Vorlagen zu festen Zeiten wechseln hungern und dursten lassen Essen unerreichbar hinstellen</p>	<p>13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen: alte Fotos oder Bilder nicht aufhängen religiöse Bedürfnisse missachten Schmerzen mit Placebos behandeln</p>
<p>7. Sich kleiden Kleider einschließen nachts in einem „Strampelsack“ fixieren Jogginganzug/Morgenmantel o.a. gegen den Willen anziehen Miederwäsche verweigern</p>	

2. Ausmaß und Auswirkungen

Im folgenden beschränke ich mich überwiegend auf Angaben aus Deutschland. Bisher sind nur zu einzelnen Gewaltformen Häufigkeitsangaben meist von Pflegeheimen gemacht worden. Allerdings können diese Untersuchungen nur Tendenzen aufzeigen und können nur mit Einschränkung als „repräsentativ“ gewertet werden. Zu hoch dürfte auch das Dunkelfeld sein, um bisherige Untersuchungsergebnisse verallgemeinern zu können.

2.1. Untersuchungsergebnisse

Überwiegend Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht verdeutlichen die Situation der Pflege. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Problembereich liegen meist nur von einzelnen Problemfeldern und aus Institutionen vor:

- Von 1996 bis 1999 wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung insgesamt etwa 4000 Prüfungen durchgeführt (rd. 1800 ambulant; 2200 stationär). In fast allen Einrichtungen wurden Qualitätsmängel bei der Pflegedokumentation festgestellt (Bruggemann 2000). Gravierende Mängel wurden festgestellt in der Dekubitusprophylaxe/-pflege, Ernährung/Flüssigkeit, Inkontinenzversorgung, beim Umgang mit Medikamenten und freiheitseinschränkenden Maßnahmen (Tabelle 3). Das Ergebnis des Qualitätsniveaus der Heime war sehr heterogen. Neben sehr guten und sehr schlechten Einrichtungen gibt es überwiegend Heime, die im Grossen und Ganzen über eine befriedigende Qualität verfügten. Bemängelt wurde, dass in fast allen Einrichtungen Qualitätsdefizite bei der Pflegedokumentation gefunden wurden und Pflegekonzepte soweit vorhanden nicht umgesetzt waren. Ein verbreitetes Pflegedefizit war eine nicht fachgerechte Dekubitusprophylaxe und –therapie sowie die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Als Ursachen für die Defizite wurden vor allem die Personalausstattung und –qualifikation gesehen. Zudem existiert überwiegend erst in den Anfängen ein systematisches Qualitätsmanagement.

Tabelle 3: Rangfolge der festgestellten Qualitätsdefizite (Bruggemann 2000)

stationär		ambulant
1.	Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses/ Pflegedokumentation	1.
2.	Pflegekonzept nicht umgesetzt	4.
3.	Defizit bei der Fortbildung	2.
4.	Passivierende Pflege	7.
5.	Defizit bei der Fachliteratur	3.
6.	Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie	10.
7.	Defizit im Umgang mit Medikamenten	
8.	Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung	11.
9.	Pflegeleitbild liegt nicht vor	5.
10.	Pflegekonzept liegt nicht vor	8.
11.	Defizite bei der Inkontinenzversorgung	15.
12.	Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet	9.
13.	Personalanzahl zu gering	
14.	Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	
15.	Verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend Qualifiziert	6.
	Stellv. PFK nicht ausreichend qualifiziert	12.
	Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter Versicherter	13.
	Mängel in der räumlichen Ausstattung	14.

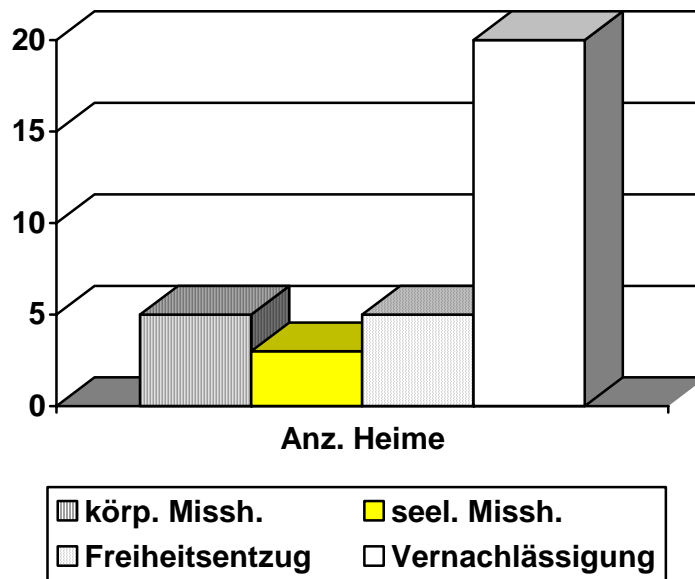
- Aus einem Bericht des MDK Niedersachsen (2001), dem ersten vergleichenden Bericht zwischen angemeldeten Anlassprüfungen (N=135) und Stichprobenprüfungen (144) im Zeitraum vom 1. 5. 2000 bis 30. 4. 2001, geht hervor, dass in einem erheblichen Anteil Mängel in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgestellt wurden. Dabei zeigten in Teilbereichen die Stichprobenprüfungen bessere Qualität als die anlassbezogenen. Ausgegangen wird davon, dass die Qualitätsmängel, die zu anlassbezogenen Prüfungen führen, keine Einzelfälle sind, sondern auf strukturelle Defizite in der Pflege zurückzuführen sind. Fehlendes qualifiziertes Pflegepersonal und unzureichende aktivierende und

- prophylaktische Pflege führen zu Gefährdungen oder Schädigungen von Pflegebedürftigen.
- Der MDK Rheinland-Pfalz führte im Jahr 2001 bei 181 ambulanten (90) und stationären (91) Pflegeeinrichtungen anlassbezogene oder stichprobenbezogene Qualitätsprüfungen durch, davon 62 Nachprüfungen. Festgestellt wurden in einem Teil der Einrichtungen strukturelle Mängel insbesondere für verwirrte Bewohner. Als gravierender Mangel wurde gefunden, dass nicht ausreichend qualifiziertes Personal für behandlungspflegerische Maßnahmen eingesetzt wurden. Eine an den Bedürfnissen und Ressourcen der Pflegebedürftigen orientierte konzeptionell abgesicherte Planung, Steuerung, Überwachung und Evaluation der Pflege fand selten statt. Pflegedokumentationen sind überwiegend nicht oder nicht ausreichend handlungsanleitend. Unter anderem wurden dann z.B. auch pflegefachliche Defizite bei der Sicherstellung einer adäquaten Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie bei der Versorgung von Druckgeschwüren festgestellt.
 - Angaben aus Bayern über Prüfungsergebnisse des MDKs stammen von 2000. Mit Stand 31. 7. 2000 wurden vom MDK Bayern 1502 Prüfungen in stationären Einrichtungen nach § 80 SGB XI durchgeführt, 293 unangemeldet (914 turnusmässig; 588 anlassbezogen). Beanstandet wurden von diesen Einrichtungen: Pflegedokumentation (N= 967), Qualitätsmanagement (N=834), Arbeitsorganisation (877), Leitbild/Konzept (N= 503), Fortbildung (N= 464), Hygiene (N= 532), Personalschlüssel (N= 492), Personalleitung (N= 583), Pflegehilfsmittel (N= 194), Notfallausrüstung (N= 155), bauliche Anforderungen (N= 504) und Pflegequalität (N= 202).
 - In Qualitätsprüfungen von Thüringer Pflegeeinrichtungen (MDK-Forum 2002) wurden auch Defizite festgestellt, die den ärztlichen Verantwortungsbereich berühren. „Im Vordergrund der Kritik stehen dabei der richtige Zeitpunkt zur Einleitung einer Therapie oder zu ihrer Änderung und die angemessene Überprüfung der Massnahmen“. Als Problembereiche wurden genannt: Dekubitusprophylaxe und -therapie, Schmerzbehandlung und Ernährung.
 - In einer Übersichtsarbeit von Brucker (2001), die auf Erfahrungen des MDK aus bis Ende 2000 über 7600 ambulanten und stationären Qualitätsüberprüfungen beruht, wird als Quintessenz festgestellt: „von „gut bis sehr gut“ kann keine Rede sein. Knapp die Hälfte der pflegeheime in Deutschland wurden mindestens einmal geprüft. Nur eine kleinere Anzahl der Pflegeheime schneidet in den meisten Qualitätskriterien mit „gut“ ab. Eine sehr grosse Gruppe von Einrichtungen verfügt über eine mittlere bis gerade noch ausreichende Qualität, bei denen aber Qualitätsdefizite vorliegen, die „über kurz oder lang zwangsläufig zu erheblichen Gefährdungen der Pflegebedürftigen führen können“. Darüber hinaus gibt es auch eine Anzahl von Einrichtungen, in denen unakzeptable Zustände herrschen, die so gravierend sind, dass „Gefahr für Leib und Leben der von diesen Einrichtungen versorgten Versicherten besteht“.
 - Von der Heimaufsicht wurden in Bayern (2001) von Mai 1997 bis Ende September 2000 insgesamt 3 530 Heimnachschaungen durchgeführt, 62% davon unangemeldet. Zu Beanstandungen kam es in 1 908 Fällen (54%). Beanstandet wurden im wesentlichen organisatorische Probleme (Pflegedokumentation, Dienstpläne), Personalprobleme, bauliche Mängel sowie Mängel bei der Pflege und Hygiene. Insgesamt wurden 6 Heime in dieser Zeit wegen Beanstandungen geschlossen.
 - Aus Hessen gibt es Angaben über die Ergebnisse von Begehungen durch die Heimaufsicht im Jahr 2000. (Görgen & Kreutzer 2002). Berichtet wird über 73 Überprüfungen durch die hessische Heimaufsicht. In nur 7 Heimen fand die Überprüfung unangemeldet statt. Alle Besuche fanden tagsüber an Werktagen statt. Seit der letzten Überprüfung des jeweiligen Heimes waren durchschnittlich 1,3 Jahre vergangen (Minimum 5 Wochen, Maximum: über 4 Jahre). Bei über 1/3 der Fälle wurden Feststellungen zu Misshandlung (körperliche und seelische), Vernachlässigung (häufigste Form) oder unangemessenen Formen der Freiheitseinschränkungen gemacht (Abbildung 2). An Vernachlässigungen wurden festgestellt: psychosoziale und pflegerische Vernachlässigung, körperliche Schäden (z.B. Dekubitus, Austrocknung), Dokumentationsmängel, Mängel an der Rufanlage. Als weitere Mängel wurden festgestellt: Personalstärke, Personalqualifikation, bauliche Gegebenheiten, Hygiene und allgemeine Pflegequalität. In Einzelfällen wurden Bewohner

ohne richterlichen Beschluss geschlossen untergebracht, fixiert oder Bettgitter angebracht.

Abbildung 2: Feststellungen der hessischen Heimaufsicht zu Gewaltvorkommnissen
(n = 73 Heimüberprüfungen, März – Juli 2000; Görgen & Kreutzer 2002)

- In der Auswertung der Anrufe beim Bonner Notruftelefon (HsM 2002) vom Jahr 2000 wurden von 51% der Anrufer (bei ca. 1140 Anrufen von 245 Anrufern) der beim Notruf



geschilderten Gewalterfahrungen aus Alten- und Pflegeheimen berichtet, im Jahr 2001 von 40% (bei 1194 Anrufen von 278 Anrufern). Selten melden sich die Gewaltopfer selbst. Meist waren es Angehörige, die Gewalterfahrungen ihrer Verwandten schilderten. Die geschilderten Gewaltformen (Mehrfachnennungen) konnten folgenden Bereichen zugeordnet werden:

- Vernachlässigung (im Jahr 2000: 49%; im Jahr 2001: 52,9%)
- Freiheitseinschränkung (28% bzw. 35,7%)
- Seelische Misshandlung (25% bzw. 27,1%)
- Körperliche Misshandlung (25% bzw. 25,7%)
- Finanzielle Ausbeutung (11% bzw. 12,9%)
- Andere Formen (3% bzw. 11,4%)

Ein Grossteil der Beschwerden bezieht sich zudem noch auf strukturelle Defizite von Pflegeeinrichtungen.

- Aus einer Gießener Untersuchung (Görgen et al. 2000), die auf den Angaben von 79 Pflegekräften aus Heimen beruht (schriftliche postalische anonymisierte Befragung) geht hervor, dass innerhalb der letzten 12 Monate ca. 79% mindestens eine Handlung, die als „Misshandlung oder Vernachlässigung interpretiert werden“ kann, durchgeführt hat. Vorgegeben waren 45 Handlungen oder Unterlassungen. Häufigste Verhaltensformen sind: „Bewohner anschreien“ (47%), „Bewohner absichtlich ignosieren“ (35%), „Bewohner zurückweisen“ (32%), „Bewohner nicht rechtzeitig umlagern“ (31%). Interessant sind noch einige weniger häufige Handlungen: „Bewohner aus arbeitsökonomischen Motiven fixieren“ (10%) und „Bewohner aus arbeitsökonomischen Gründen Sedativa verabreichen“ (8%).
- In der Schrift „Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen – Berichte von Betroffenen“ (Hirsch & Fussek 2001) werden ca. 60 Schicksale über Misshandlungen an alten Menschen dokumentiert. Das Echo auf diese Veröffent-

lichung war sehr groß. Zahlreiche weitere erschütternde Berichte wurden und werden noch derzeit den Mitarbeitern der Notruftelefone aus der Bundesrepublik geschildert.

- Roth (2001) führte eine bundesweite Befragung von Mitarbeitern von ambulanten Diensten durch. Seine Aussagen basieren auf 533 Mitarbeitern von 107 ambulanten Pflegediensten. Als wichtigste Qualitätsmängel im Pflegedienst wurden genannt (Mehrfachnennungen waren möglich):
 - Kommunikation, Koordination (29,1%)
 - Zeitmangel, Zeitdruck, Unpünktlichkeit (25,6%)
 - Touren- und Einsatzplanung (25,1%)
 - Pflegeplanung/-ausführung (18,9%)
 - Personalmangel (17,4%)
 - Pflegedokumentation (17,2%)
 - Qualifikation (9,3%)
 - Motivation, Arbeitsauffassung (7,9%).

Als Ursachen für Qualitätsmängel wurden am häufigsten u.a. Personalmangel, Zeitmangel/Zeitdruck, Kommunikation/Planung/Organisation, Kompetenz/Führung PDL und Kosten-/Wirtschaftlichkeitsdruck genannt angeführt.

2.2. Problemfelder

Fesselungen („Fixieren“), Verabreichung von Psychopharmaka, Auftreten von Dekubitus (Druckgeschwür), Stürze, künstliche Ernährung oder Inkontinenz können auf Pflegemängel bzw. Pflegefehler zurückgeführt werden. Allerdings lassen sie sich auch bei optimaler Pflege nicht grundsätzlich verhindern. Einzelne Aspekte werden zum besseren Verständnis unter Einbeziehung von Häufigkeitsangaben angesprochen. Erhebliche Auswirkungen haben auch die rechtlichen Betreuungen, die für Pflegebedürftige überwiegend von Institutionen angeregt oder gefordert werden, um einen reibungslosen Ablauf in der Pflege zu gewährleisten (Hoffmann 2000, Hirsch et al. 2003).

Bekannt geworden sind aber auch Gewalthandlungen von pflegebedürftigen und psychisch kranken alten Menschen an Pflegepersonen. Ist auch die Dynamik jeder Situation zu untersuchen, so sind diese Vorfälle nicht zu bagatellisieren. Goodridge et al. (1996) bemerken hierzu: „Eine typische Pflegekraft muss erwarten, 9,3 x im Monat durch einen Altenheimbewohner angegriffen zu werden und 11,3 x verbal aggressiven Äußerungen ausgesetzt zu sein“. Diese Angaben werden auch durch andere Untersuchungen bestätigt (Hagen & Sayers 1995) bestätigt, die in einer 200-Betten-Einrichtung eine 8-Tages-Prävalenz von 182 physischen Aggressionshandlungen durch Altenheimbewohner an Pflegekräften registrierten, hierbei gingen ungefähr 6% dieser Vorfälle mit Verletzungsfolgen einher. Die meisten dieser Vorfälle ereigneten sich im Rahmen von Routinepflegeverrichtungen wie Ankleiden/Wechseln (in 48%), Transfer/Lagern in 22%, Essen reichen (8%) und Baden (7%; alle Zahlen gerundet).

Fesselungen

Eine sich über einen längeren Zeitraum erstreckende oder regelmäßige gezielte oder billigend in Kauf genommene Fesselung („Fixierung“) ist nur dann erlaubt, wenn sie zum Wohle eines Patienten oder Bewohners erforderlich ist und bedarf einer richterlichen Genehmigung. Wann jedoch diese dem Wohle des Betroffenen dient und ob im Einzelfall überhaupt, ist in der Praxis der moralischen, fachlichen, pragma-

tischen manchmal auch willkürlichen oder sehr subjektiven Abwägung und Einschätzung eines Arztes, einer Pflegeperson oder einer Institution überlassen. Leider gibt es keine generellen Richtlinien hierfür, geschweige denn objektive und allgemein gültige Kriterien. Manche halten Fixierungen für eine therapeutische Maßnahme, andere für eine "atavistische Barbarei" (Lotze 1988). Rituale des Zwanges setzen lange vor einer Fixierung ein, werden aber meist ignoriert. Wenig beachtet werden auch die Warnungen vor potentiellen und manchmal sehr großen Gefahren beim Gebrauch von Fixierungen (Public Health Service 1992). Bedenklich ist der immer noch hohe Anteil von Fesselungen, die ohne richterliche Genehmigung durchgeführt werden.

- Aus einer Stichtagserhebung, an der sich 26 Altenheime der BRD mit über 3 000 Bewohnern 1994/95 beteiligten, ist zu entnehmen, dass über 2 200 freiheitsentziehende Massnahmen in diesem Zeitraum durchgeführt wurden (Klie 1998). Häufigste Massnahmen sind: Bettgitter und Medikamente zur Ruhigstellung. Die Variationsbreite der Häufigkeiten von bewegungseinschränkenden Maßnahmen zwischen den Einrichtungen ist sehr gross. Hochgerechnet auf die deutschen Heime wird von 400 000 „restraints“ pro Tag ausgegangen.
- Hollwig (1994) untersuchte drei Monate lang in sechs Altenheimen jeweils eine Pflegestation (keine geschlossene). Über einen 48-stündigen Zeitraum wurden von ihm als teilnehmendem Beobachter bei 51% der Altenheimbewohner (N = 110) freiheitsbeschränkende Maßnahmen (überwiegend mit Bettgitter: 62,3%) registriert (bei 10% Mehrfacheinschränkungen). In dieser Zeit wurden über 70% der Heimbewohner länger als 8 Stunden pro Tag fixiert.
- Klie et al. (2002) führten in 31 Münchner Alten- und Pflegeheimen eine Stichtagserhebung im Jahr 2000 zum Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ durch. Insgesamt waren 31 Pflegeheime beteiligt. Die Angaben wurden von Pflegeheimmitarbeitern gemacht (N= 973). Eine mechanische Maßnahme am Stuhl oder Bett wurde bei 41,4% der Bewohner durchgeführt. Dominant sind die Maßnahmen im Bett, insbes. die Bettgitter (40,6%). Ca. 1/3 der Bewohner wurden die Maßnahmen im Bett über 20 Stunden durchgeführt. Fixierungen am Stuhl wurden bei ca. 1/3 über mehr als acht Stunden durchgeführt. Als Gründe für die Fixierung wurde am häufigsten „Sturzgefahr/Gehunsicherheit“ genannt (91%). Bei 54% war eine gerichtliche Genehmigung nicht angegeben.

Psychopharmaka

Aufgrund der Multimorbidität im Alter ist es verständlich, dass auch der Medikamentenverbrauch sehr hoch ist. Der Berliner Altersstudie ist zu entnehmen, dass 96,4% mindestens ein und fünf und mehr Medikamente noch 56% der über 70jährigen einnehmen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1999). Über ein Drittel nehmen täglich fünf oder mehr Medikamente ein. Gezeigt werden konnte, dass bei 14-19% der Älteren eine Über- und Fehlmedikation bestand.

Psychopharmaka werden von 25% der alten Menschen eingenommen, nahezu die Hälfte davon sind Benzodiazepin-Tranquilizer (Helmchen et al. 1999). Etwa 70% der verordneten Psychopharmaka ist auch indiziert. Allerdings sind bei 44% der Depressiven die Medikation unterdosiert. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass nur ca. 12% der Alzheimerpatienten ein Präparat der Acetylcholinesterasehemmer verordnet bekommt (Demling & Kornhuber 2002).

Psychopharmaka werden gegen unterschiedliche psychische Störungen und Symptome gegeben. Bei patientenorientierter und funktioneller Dosierung wirken diese

sehr segensreich. Gerade bei älteren Menschen ist wegen ihrer veränderten Pharmakokinetik und –dynamik eine besonders sorgfältige Überprüfung der Indikation von Psychopharmaka, deren Dosierung und Überprüfung auf Nebenwirkungen zu achten. Leider werden manche Psychopharmaka quasi als „Dauermedikation“ eingesetzt und auch deren Dosis auf lange Zeit trotz veränderter Symptomatik beibehalten. Psychopharmaka helfen dem Kranken, vereinfacht ausgedrückt, mit sich und seiner Umwelt besser umgehen zu können. Besteht auch die Möglichkeit, Unter-, Fehl- und Überdosierung von Psychopharmaka festzustellen, so ist es nicht einfach, herauszufinden, ob diese missbräuchlich gegeben wurden, z.B. „zur Sedierung“, um eine „Weglauftendenz wegzuthrapieren“, „pflegeleicht zu machen“ oder wegen Personalmangel nach dem Motto „Pille statt Beziehung“. So können Psychopharmaka auch als „innere Fixierung“ wirken. Diskutiert wirdt, ob hierfür eine richterliche Genehmigung im Rahmen des Betreuungsrechts erforderlich ist oder nicht.

Aus epidemiologischen Untersuchungen geht hervor, dass der Psychopharmakagebrauch bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen um ein vielfaches höher ist als bei alten Menschen in Privathaushalten.

- Untersuchungen in Deutschland ergaben, dass bei Alten- und Pflegeheimbewohnern 56 – 61% im Durchschnitt ein Psychopharmakon bekommen (Pittrow et al. 2002). Psychopharmaka werden in zu hoher Dosierung, in ungünstiger Auswahl, gefährlicher Kombination und für zu lange Zeiträume eingesetzt. Diese missbräuchliche Praxis ist in Einrichtungen mit weniger adäquaten Ressourcen häufiger. An Untersuchungen sind zu nennen:
- Über der Hälfte der 108 Bewohner von zwei Altenheimen (Grond 1994) wurden Medikamente ohne Angabe einer Diagnose verordnet. Eine Vielverordnung war eher die Regel (ca. 1/3 mehr als 4 verschiedene Medikamente). Fast 2/3 der Bewohner erhielten dabei Psychopharmaka. Dabei war die sog. „Bedarfsverordnung“ häufig. Die häufige Verordnung von Neuroleptika (bei 42 von 108 Bewohnern) wird als Ausdruck der Hilflosigkeit von Ärzten und Pflegenden gegenüber „schwierigen“ Bewohnern gewertet.
- Aus einer anderen Untersuchung über die Verordnung von Neuroleptika bei dementen Alterspatienten (N = 49) geht hervor, dass trotz eines erhöhten Nebenwirkungsrisikos älteren, dementen Menschen sehr häufig Psychopharmaka, am häufigsten Neuroleptika verschrieben wurden (Wilhelm-Gössling 1998). Es zeigte sich, dass die untersuchten Patienten in den Altenheimen signifikant häufiger Neuroleptika erhielten (46-66%) der Heimbewohner) als bei der Klinikentlassung (20%). Je mehr Bewohner ein Heim hatte, desto höher war die durchschnittliche Verordnung von Neuroleptika. Benzodiazepine wurden in Heimen doppelt so oft verordnet. Dauerverordnungen waren in den Heimen die Regel. Festgestellt wurde, dass diejenigen Heimbewohner besonders hohe Dosen von Neuroleptika erhielten, deren Symptomatik durch diese nicht wesentlich positiv beeinflusst werden konnte.
- Im Gutachten für den Deutschen Bundestag von der Enquête-Kommission Demographischer Wandel (Glaeske et al. 1997) wurde ausdrücklich vom „Arzneimittel-Missbrauch in Altenheimen“ gesprochen. Zitiert werden Untersuchungen, die belegen, dass der Anteil der Konsumenten von Psychopharmaka in Altenheimen ca. 50% beträgt mit steigender Tendenz. In einer anderen in diesem Bericht zitierten Untersuchung nahmen 27% der Heimbewohner zwischen sechs und elf verschiedene Arzneimittel als Dauermedikation ein, 45% davon wenigstens ein Psychopharmakon. Auf einen Aspekt wurde noch hingewiesen: „Je günstiger der Personalschlüssel, vor allem der von examiniertem Pflegepersonal, in den Pflegeheimen aussieht, desto geringer ist die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka für die dort lebenden älteren Menschen.“

Dekubitus

Eine grosse Gefahr für multimorbide und zunehmend immobiler werdende ältere Menschen ist, einen Dekubitus (Druckgeschwür) zu bekommen. Da er meist bei ausreichender Prophylaxe verhinderbar ist, weist er auf eine mangelhafte Pflege („ Vernachlässigung“) hin. Berechtigung findet diese Auffassung in Befunden aus Studien, die einen Zusammenhang mit der Institutionsgröße, niedriger Personalschlüssel, Bettenzahl, geographischer Standort, Versäumnissen in der Pflege und der Pflegedokumentation, inadäquaten Behandlungsmethoden und mangelhafter genereller Pflegequalität aufzeigen konnten (Rudmann et al. 1993). In der Regel entsteht ein Dekubitus nicht als eine einzelne lokal umgrenzte Erkrankung. Es bedarf meist mehrerer Dispositionsfaktoren wie Immobilität, Mangelernährung, Multimorbidität und höheres Lebensalter.

Die Inzidenzraten (Angaben für Neuauftreten innerhalb eines bestimmten Zeitraums) für Dekubiti in den Stadien zwei oder höher liegt zwischen 0 bis 15% und über 38% (Rudmann et al. 1993). Die Streubreite der Prävalenzangaben (Mass für die zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe vorhandenen Krankheitsfälle) für Dekubital-Ulzera aller Stadien liegen zwischen 12 bis über 83% (Spector & Fortinsky 1998, Bours et al. 1999). Soweit die weiten Schwankungen in diesen Angaben nicht auf unterschiedliche Bewohnereigenschaften zurückzuführen sind, können sie als Hinweis für ein sehr heterogenes Qualitätsniveau in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe gelten. Eine Prävalenz von 0% darf jedoch nicht erwartet werden: auch bei einer hochwertigen Pflege in einer Einrichtung mit gutem Personalschlüssel, eingeführtem Risiko-Assessment und intensiven standardgerechten Präventivmaßnahmen, wurden während einer 12- monatigen Beobachtungszeit auf einer medizinischen Akutstation über 5% Dekubiti vorgefunden. Nach einer Schätzung des DIET (Deutsches Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik 2000) sterben an den Folgen eines Dekubitus jährlich etwa 10 000 Kranke.

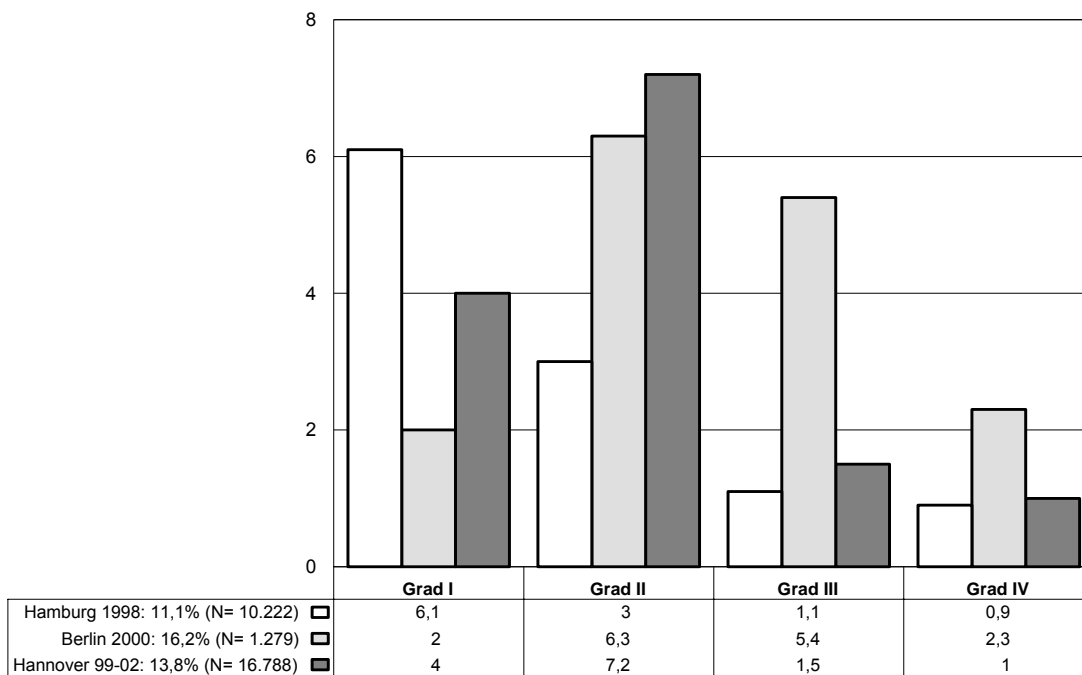
- Aus einer Untersuchung in 15 Pflegeheimen und 40 Kliniken (Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft 2002) geht hervor, dass die Prävalenz in Pflegeheimen 17,3% war und die in Kliniken 25,1% betrug. Die Prävalenz variierte zwischen den Heimen (4,4% bis 36,8%) und den Kliniken (0 bis 58,1%). Als „Risikopatienten“ wurden in den Kliniken 37,4% gefunden, in den Pflegeheimen 64,9%. Entstanden ist der Dekubitus in 60,8% der Fälle in den Heimen selbst, in den Kliniken in 49,1%. Von den Pflegeheimen wird als zweit häufigster Entstehungsort eines Dekubitus die Klinik genannt (27,9%).
- Pelka (1998) fand, dass 10% aller Krankenhauspatienten und bis zu 30% der Bewohner von Pflegeheimen einen Dekubitus haben. Laut einer Hochrechnung ist davon auszugehen, dass ca. 750 000 alte Menschen im Krankenhaus und in Pflegeheimen in der BRD unter einem Dekubitus leiden.

In den letzten Jahren haben Untersuchungen der Institute für Rechtsmedizin dazu geführt, dass ein Problembewußtsein zur Prävention von einem Dekubitus entstanden ist (Abbildung 2).

- Vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg (Püschel et al. 1999) wurde 1998 eine Querschnittserhebung im Rahmen von 10222 Leichenschauen durchgeführt, um die Häufigkeit von Druckgeschwüren festzustellen. Es zeigte sich eine Gesamtprävalenz von 11,2% für Dekubitalgeschwüre. Der Anteil der sehr schweren Dekubiti betrug 2%. Über die Hälfte der sehr schweren Geschwüre kamen aus dem Pflegeheimbereich, 11,5% aus Krankenhäusern, ca. 1/3 von zu Hause.

- Vom Berliner Institut für gerichtliche und soziale Medizin (Troike & Schneider 2000) wurden 1279 in Berlin Verstorbene untersucht. Bei 16,1% der Verstorbenen wurden Druckgeschwüre festgestellt, zur Hälfte sogar schweren Grades.
- Der Rechtsmediziner Eidam (2002) aus Hannover hat inzwischen 12 218 Leichenschauen durchgeführt und fand, dass insgesamt 14,4% der verstorbenen einen Dekubitus hatten.

Abbildung 3: Dekubitusprävalenz im Städtevergleich (bei der Feuerbestattungsleichenschau entdeckt (Eidam 2002))



Studien verweisen auf die Bedeutung und Häufigkeit von Hinweisen auf Vernachlässigung (neglect) bei der Pflege alter Menschen nicht nur in Pflegeheimen, sondern auch in Kliniken. So zeigten Martin & Behler (1999) auf, dass mehr als die Hälfte der in 40 Pflegeheimen festgestellten Dekubiti vor der Heimaufnahme in Kliniken entstanden sind.

Seit 2000 gibt es den „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege: 2000). der umfassend über den derzeitigen Standard der Dekubituspflege, insbesondere auch über die Verhütung eines Dekubitus informiert und Hinweise für die Praxis gibt. Pflegefachlich wird in Zukunft vorausgesetzt, dass dieser Pflegestandard umgesetzt wird.

Künstliche Ernährung

Bei älteren Menschen ist die Fehl-, Mangel- und Unterernährung als Malnutrition bezeichnet, eine der häufigsten und am wenigsten beachteten Krankheiten in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder in der häuslichen Pflege (Seiler 1999). Sie wird definiert als eine unzureichende Versorgung des Organismus. Die Angaben über das Auftreten von Mangelernährung variieren. Das Deutsche Institut für Ernährungsme-

dizin und Diätetik (2000) geht aufgrund eines Expertengesprächs im Mai 2000 davon aus, dass bis zu 83% der Älteren, die in Alteneinrichtungen leben, unterernährt sind. Seiler (1999) berichtet in einer Übersichtsarbeit, dass 4-31% der selbständig zu Hause Lebenden und bis zu 60% der geriatrischen Patienten in Akutkrankenhäusern, Chronisch-Krankenheimen und Pflegeheimen Zeichen von Mangelernährung aufzeigen. Keinesfalls sollte Malnutrition quasi als „alterstypisch“ bewertet werden. Sie ist eine Erkrankung, die behandelt werden muss. Dies gilt insbesondere auch für viele Demenzkranke, deren Grundumsatz erheblich erhöht ist.

Es gibt viele Faktoren, die bei Älteren zur Mangelernährung führen. Zudem reagieren besonders kranke und pflegebedürftige, meist multimorbide Ältere sehr sensibel auf Veränderungen der Körperflüssigkeit. Nachlassender Appetit trägt ebenso dazu bei wie altersbedingte Schwierigkeiten beim Kauen, Schlucken und Verdauen. Ältere essen wesentlich kleinere Nahrungsmengen und weniger oft. Zahn- oder Mundschleimhautprobleme sowie mangelhafte oder schlecht sitzende Zahnprothesen sowie Krankheiten, Nebenwirkungen von Medikamenten (z.B. Digoxin und Neuroleptika), soziale Isolation und Armut können eine Mangelernährung fördern (Volkert et al. 1991).

Durch unzureichende Nahrungsaufnahme kann rasch ein „Teufelskreis“ entstehen: Bedarf an Nährstoffen/Flüssigkeit wird nicht gedeckt → Untergewicht / Mangelernährung → Schwächung der Immunabwehr → höhere Infektionsgefahr → Krankheiten → Appetitlosigkeit → usw.. Die Folgen von Mangelernährung sind: geschwächtes Immunsystem, verzögerte Gesundung, erhöhte Gefahr von Druckgeschwüren, erhöhte Infektionsanfälligkeit, Sturzgefährdung, Immobilität und gestörte Wundheilung u.a.

Als künstliche Ernährungsmaßnahmen stehen zur Verfügung: PEG (Percutane endoskopische Gastrostomie), transnasales Kathedersystem (Zuführung mittels einer Sonde durch den Naseneingang) und parenterale Ernährung (Infusion). Die Methode der Wahl zur zeitlich unbefristeten künstlichen Ernährung ist die PEG. Vorteil ist, dass komplikationslos Nahrung von außen zugeführt werden kann. Eine PEG-Sonde ist eine Ernährungssonde, die unter Umgehung der normalen Nahrungsaufnahmegorgane den Magen direkt durch die Bauchdecke erreicht. Sie kann die täglich erforderliche Kalorienmenge und Flüssigkeit in den Magen bringen. Ernährungsdaten (z.B. tägliche Menge, Zufuhrgeschwindigkeit, Zufütterung, Medikamente), klinische Beobachtung (z.B. Bewusstsein, Urinmenge, Stuhlhäufigkeit, Ödeme) und Laborparameter (z.B. Elektrolyse, Einweiß, Albumin, Kreatinin) sind kontinuierlich zu überwachen und zu dokumentieren.

- Derzeit werden ca. 100.000 Menschen in der Bundesrepublik mit Trink- (ca. 20%) oder Sondennahrung (ca.80%) künstlich ernährt (DIET 2000). Ca. 70.000 von ihnen leben in Pflegeheimen. Die Zahl der Anlagen von PEG-Sonden bei älteren Menschen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (Haupt 2001).
- Durchschnittlich 9% der Heimbewohner (insgesamt 3883 von 40 Alten- und Pflegeheimen) wurden bei einer Untersuchung durch eine Amtsärztin mit einer PEG-Sonde versorgt (Martin & Behler 1999).
- Bei einer Stichtagerhebung im März 2001 in 19 Pflegeheimen (Anzahl der Bewohner: 2212) einer deutschen Großstadt hatten 6% der Bewohner eine PEG (Streubreite der Heime: 2%-20%). Von diesen waren 64% bettlägerig, 52% hatten eine psychische Erkrankung. Zusätzliche Kost bekamen 37% (Hirsch & Kastner 2003).

Die Abwägung ob eine PEG-Sonde sinnvoll ist oder nicht, ist gerade bei älteren Menschen mit psychischen Störungen nicht einfach und keine rein medizinische Entscheidung. In einer großen Stichprobe von fast 7400 Patienten (Rabeneck et al. 1996) bei denen eine PEG-Sonde angelegt wurde, verstarb ein Viertel noch während des stationären Aufenthaltes und die Überlebensrate lag bei ca. 1/2 Jahr. Die weiteren Komplikationsraten wie z.B. Diarrhoe, Verstopfung der Sondenleitung, lokale aber auch allgemeine entzündliche Erkrankungen, Aspirationspneumonien lagen zwischen 30-70%. Hinzukommt, dass die Flüssigkeits- und Nahrungsmenge, die durch eine PEG zugeführt wird häufig unzureichend ist.

Die Ansichten, ob einem älteren Menschen mit einer sehr fortgeschrittenen Demenz eine PEG-Sonde eher nutzt, schadet oder überhaupt keinen Einfluß auf sein Wohlbefinden hat, sind unterschiedlich. Allerdings können empirische Untersuchungen bisher einen effektiven Nutzen einer PEG, eine Verbesserung der Lebensqualität oder des Wohlbefindens nicht belegen (Finucane et al. 1999). Sehr eindringlich wird auf die Komplikationen hingewiesen, die durch Fesselungen des Kranken während der Nahrungsaufnahme entstehen können. Durch diese oder durch pharmakologische Sedierungen der Kranken wächst zudem das Risiko von Druckgeschwüren. Ess- und Schluckprobleme können bei Kranken mit fortgeschrittener Demenz ein Zeichen für das Finalstadium der Erkrankung sein. Hunger und Durst scheinen bei terminalen Erkrankungen wenig Einfluss auf das Wohlbefinden des Kranken zu haben. Oft beginnen Hunger und gastrointestinale Probleme erst mit der Anlegung einer PEG. Gerade das Wohlbefinden dieser Schwerstkranken würde durch eine PEG eher negativ, keineswegs aber positiv beeinflusst.

Stürze

Treten Stürze auch in jeder Lebensphase auf, so können sie für alte Menschen häufig gravierende medizinische, ökonomische und soziale Konsequenzen haben. Zudem neigen alte Menschen zu Stürzen mit und ohne Verletzungen. Ein Fallen kann sich durch Stolpern, Ausrutschen und Hinsinken bis zum ernsthaften z.T. auch lebensgefährlichen Sturz mit Fraktur zeigen. Viele Stürze werden auch aus Angst vor Verlust von Selbstbestimmung u.a. verschwiegen.

- Das Sturzrisiko liegt pro Jahr im häuslichen Bereich bei über 65jähriger und älterer Menschen liegt bei 28-35%, bei 70jährigen und älteren bei 32-42% (Downton 1995). Ungefähr die Hälfte der Stürzenden erlebt mehr als einen Sturz pro Jahr.
- In Krankenhäusern liegt die jährliche Sturzquote zwischen 0,5-3,7 (Mittel 1,6) pro Bett und Jahr (Runge 1997).
- Aus einer Pilotstudie in einer geriatrischen Klinik, die über 12 Monate durchgeführt wurde, geht hervor, dass sich 6,7 Stürze pro 1000 Pflage tage ereignet (Schwendimann 1998). 56% der Stürze blieben folgenlos, 1,6% führten zu einer Fraktur und 24% hatten leichte Verletzungen. Meistens ereigneten sich die Stürze unbeobachtet im Patientenzimmer. Bei 44% der Stürze waren die Patienten in desorientiertem/verwirrten Zustand.
- Eine Untersuchung in einer gerontopsychiatrischen Abteilung auf der Basis von 758 Patienten, die in den letzten acht Jahren aufgenommen wurden, berichtet über 887 Stürze (Scheffel & Pantelatos 1997). Keinerlei direkte Folgen beim Stürzen hatten ca. 65-71% der Kranken, knapp 10% schwere Verletzungen und 5% eine Fraktur. Nicht beobachtet werden konnte eine Häufung von Stürzen bei Demenzpatienten. Beschrieben wurde, dass Frauen sich häufiger eine Fraktur zuzogen als Männer.
- In einer anderen gerontopsychiatrischen Abteilung wurden u.a. Stürze, die sich innerhalb eines Jahres ereigneten, untersucht (Koller 2000). Mindestens einmal während der stati-

onären Behandlung stürzten 16,8% der Patienten. Bei insgesamt 231 gestürzten Patienten hatten 176 eine Demenz, (31 eine Psychose/Persönlichkeitsstörung, 30 M. Parkinson, die übrigen andere Diagnosen. Die Patienten stürzten dort am häufigsten, wo sie sich auch am meisten aufhielten. Kein Ort konnte festgestellt werden, an welchem die Patienten häufiger stürzten. Eine gewisse Häufung von Stürzen fand sich in den frühen Abendstunden. Medikamenteneffekte konnten nicht nachgewiesen werden.

- Pflegeheimbewohner haben ein besonders hohes Sturz- und Frakturrisiko (Runge 1998). Über die Hälfte der gehfähigen Bewohner stürzt pro Jahr mindestens einmal. Die Sturzquote liegt bei 1,5 Stürzen pro Bett und Jahr. Bei etwa 10% der Stürze muss mit einer medizinisch behandlungsbedürftigen Verletzung gerechnet werden. Die jährliche Hüftfrakturrate beträgt ca. 5-6%. Unter 75 Jahren stürzen Frauen häufiger als Männer, über 75jährige Frauen und Männer gleich häufig. Jedoch ist das Risiko, bei einem Sturz eine schwere Verletzung zu erleiden, bei Frauen zweimal so groß wie bei Männern.

Stürze im Alter können nicht isoliert betrachtet werden. Vielfältige Ursachen können zu diesen führen und sind zu klären. „Multiple Faktoren interagieren auf allen Seiten der Kaskade als Wechselwirkungsgeflecht in einer pathologischen Akkumulation“ (Runge 1997) wie z.B. Mobilität, Medikamenteneinnahme, Erkrankungen.

Die Folgen von Stürzen können sehr weitreichend sein. Direkt beim Sturz zugezogene Verletzungen oder durch die dem Sturz folgenden Komplikationen wie z.B. Pneumonie oder Hypothermie können direkt zum Tode führen. Etwas $\frac{3}{4}$ der Stürze mit Todesfolge geschehen bei über 65jährigen (Downton 1995). Sturzbedingte Frakturen haben häufig zur Folge, dass die Patienten in ein Pflegeheim umsiedeln müssen (Downton 1995). Aus einer französischen Untersuchung geht hervor, dass 39% der über 70jährigen, die ohne ernsthafte Verletzung gestürzt waren, auf Verlangen ihrer Familien in ein Heim gehen mussten. Bei über 40% der Aufnahmen in ein Pflegeheim in den USA wurden Stürze als einer der Gründe für die Aufnahme in ein Pflegeheim genannt.

Die psychischen Auswirkungen auf einen Sturz können sehr tiefgreifend sein. So wird dieses Ereignis als Beginn des gefürchteten körperlichen und psychischen Abbaus interpretiert. Die Angst vor dem erneuten Fallen verstärkt sich, manchmal so extrem, dass das Gehen nicht mehr möglich ist („Post-Sturz-Syndrom“). Manche ziehen sich zurück und verlassen ihre Wohnung nicht mehr. Angst, Unsicherheit und Depression können zu sozialem Rückzug und Einschränkung von Aktivitäten führen. Paradoxerweise erhöht sich hierdurch aber das Sturzrisiko. Überfürsorgliches Verhalten von Angehörigen und Professionellen bzw. auch Fixierungen s.o. können ebenso ein Sturzrisiko erhöhen.

Wird auch immer noch darüber diskutiert, ob durch Fesselungen Stürze verhindert werden können, so ist die derzeitige Überzeugung der meisten Forscher, dass dies nicht so ist. „Der Gebrauch von Fixierung zur Prävention von Stürzen ist unangemessen, schädigend und zeigt eine überbehütende und infantilisierende Haltung gegenüber alten Menschen“ (Downton 1995).

Obwohl u.a. die Ulmer Projektgruppe von Nikolaus & Becker (2002) nachweisen konnte, dass durch Training und Hüftprotektoren Stürze und sturzbedingte Verletzungen bei Heimbewohnern verhindert werden und gleichzeitig eine Verbesserung der Mobilität erreicht werden konnte, werden diese von den Krankenkassen immer noch nicht als medizinisches Hilfsmittel anerkannt.

Inkontinenz

Ca. 1/3 der alten Menschen leiden unter Inkontinenz (zeitweiliger oder permanenter Kontrollverlust über Blase und/oder Mastdarm). Aus einer Untersuchung von 40 Altenheimen mit insgesamt ca. 3900 Plätzen geht hervor, dass 63% der Bewohner harninkontinent, und 43% stuhlinkontinent waren (Martin & Behler 1999).

Obwohl diese Störungen eine der Hauptgründe für die Heimübersiedlung sind (Borchelt et al. 1999), werden sie immer noch eher tabuisiert.

Vielfältig sind die Ursachen für eine Inkontinenz. Deren Abklärung wird in der Praxis bei alten Menschen nicht selten relativ oberflächlich durchgeführt. Dies führt zu einer häufig noch anzutreffenden insuffizienten Pflege und Behandlung. Aus Schamgefühl verbergen auch viele alte Menschen ihre Schwäche und verhindern so manchmal auch eine frühe erfolgreiche Behandlung. Eine mögliche Besserung oder zumindest zeitweilige Beschwerdefreiheit werden insgesamt noch zu wenig gefördert. In der Pflege werden relativ häufig Qualitätsdefizite in der Versorgung festgestellt (Brugemann 2000).

Die hohe Prävalenz für Harn- und Stuhlinkontinenz bei alten Menschen ist ein großes soziales und sozioökonomisches Problem. Diese Störungen sind eine wesentliche Ursache für den Verlust von Selbständigkeit und der sozialen Kontakte (Musial et al. 2000). Es ist davon auszugehen, dass aufgrund von medizinischer und pflegerischer Qualitätsmängel mehr alte Menschen unter diesen Störungen leiden müssen als dies notwendig wäre. Zudem werden Pflegemängel bei der Versorgung der alten Menschen mit diesen Störungen immer wieder festgestellt.

1. Harninkontinenz

Blasenfunktionsstörungen, Harninkontinenz und Harnretention sind die häufigsten Alterskrankheiten (Melchior 1995/96). Diese Störungen können das Ergebnis der Interaktion verschiedener Ursachen (körperliche, ökologische, psychische und soziale) haben und bedürfen daher einer differenzierten und ganzheitlich orientierten Diagnostik mit entsprechender Behandlung. 15-30% aller alten Menschen sind inkontinent, Frauen doppelt so häufig wie Männer (Diokno et al. 1986). Allerdings wird die Dunkelziffer doppelt so hoch eingeschätzt, da viele alte Menschen sich aus Scham nicht in Behandlung begeben (Mittelstedt & Fischer 1994). Ca. 30% der zu Hause lebenden alten Menschen leiden unter einer Harninkontinenz, in Pflegeheimen 50-70% (Weltz-Barth & Füsgen 2000). Die Anzahl steigt mit zunehmendem Lebensalter. Bei immobilen Pflegebedürftigen liegen die Angaben bei 83%. Grond (1992) weist darauf hin, dass Inkontinenz „kein unvermeidbares Altersschicksal“ ist.

2. Stuhlinkontinenz

Vielfältig können auch die Ursachen von Stuhlinkontinenz sein. Diese tritt bei ca. der Hälfte der Pflegeheimbewohner auf. Auch hier ist eine differenzierte Diagnostik mit entsprechenden Behandlungsversuchen sinnvoll und notwendig, um mögliche Besserungen erreichen zu können. Leider wird auch die Stuhlinkontinenz fälschlicherweise häufig als ein „normales Altersproblem“ gesehen, mit dem man leben muß.

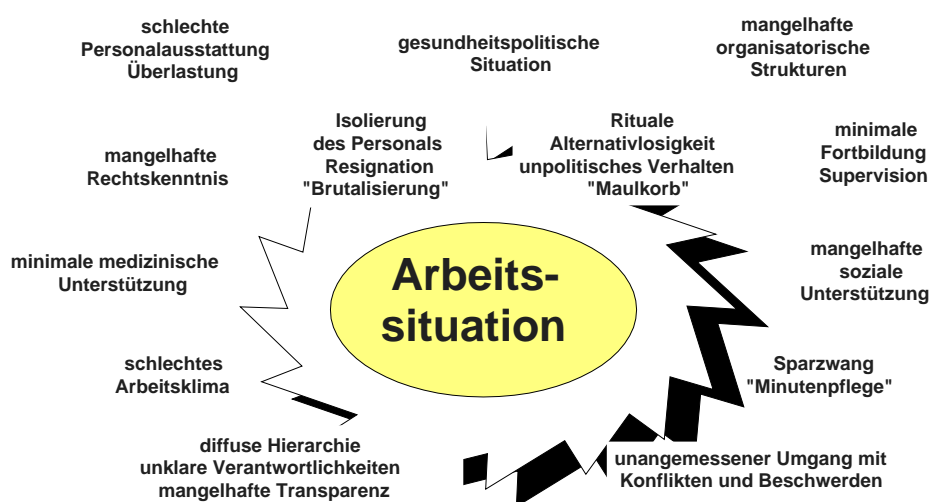
Zudem werden Qualitätsmängel in der Pflege von alten Menschen mit Stuhlinkontinenz immer wieder festgestellt (z.B. MDK).

3. Aspekte zur Verringerung von Pflegemängeln

Der derzeitige Kenntnisstand über Pflegemängel, auch wenn er nicht exakt und für jedes Bundesland angegeben werden kann, ist ausreichend, um feststellen zu können, dass das Ausmaß hoch ist und es sich nicht nur um einige „Verfehlungen“ handelt. Die angesprochenen Problemfelder verdeutlichen, wie schwierig es ist, in der Einzelsituation von Erforderlichem, Unnötigen und Mangelhaftem sprechen zu können. Es reicht nicht aus, von „gefährlicher Pflege“ zu sprechen, ohne die jeweilige medizinische Versorgung einzubeziehen und den gesellschaftlichen Kontext zu vernachlässigen.

Vielfältig sind die derzeitigen Überlegungen und Diskussionen, wie Pflegemängel in Institutionen und in der ambulanten Pflege verringert bzw. verhindert werden können. Grundsätzlich werden als erstes Personalmangel, „Pflege nach Minutentakt“, übermäßige Dokumentationspflicht und finanzielle Engpässe benannt. Genannt werden auch Mängel im Pflegeversicherungsgesetz und die Not, kein qualifiziertes Personal erhalten zu können. Hinzukommt, dass Pflegemängel auch Mängel in der medizinischen Versorgung nach sich ziehen. Andererseits können aber auch durch medizinische Mängel Defizite in der Pflege erfolgen. Ein Circulus vitiosus! Auch die Anzahl diesbezüglicher Gesetze und Vorschriften sind z.T. widersprüchlich und lassen sich in die Praxis nicht umsetzen. Das Pflegepersonal befürchtet „mit einem Bein im Gefängnis zu stehen“. Externe Kontrollen, die überwiegend nicht sehr effizient arbeiten können oder dürfen, führen allein selten zu einer Verringerung von Pflegemängeln. „Qualitätssiegel“ schaffen zwar Anreize, sind aber für die Qualität der täglichen Arbeit kaum aussagekräftig. Entscheidend ist die kontinuierliche qualitative Beziehungsarbeit, in dessen Mittelpunkt der Patient oder Heimbewohner steht. Auf Abbildung 4 werden Aspekte schematisch aufgezeigt, welche die Arbeitssituation der Pflege beeinflussen. Diese können sich gegenseitig positiv oder negativ verstärken.

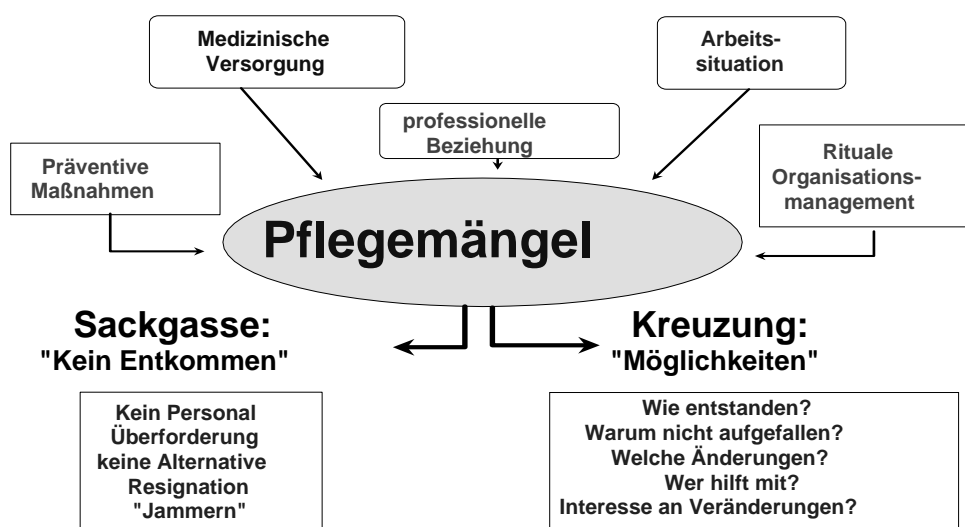
Abbildung 4: Beeinflussungsfaktoren der Arbeitssituation in der Pflege



Klagen von Pflegekräften, mögen sie auch noch so berechtigt sein, helfen kaum, die Arbeitssituation zu verbessern! Die Zeit des „Jammerns“ sollte endlich vorbei sein und z.B. effektive Qualitätszirkel in jeder Einrichtung gebildet werden oder stringente Pflegeprozessplanung und Dokumentation. Nicht umsonst wurde z.B. von einer Vertreterin des MDK Berlin/Brandenburg in einem Referat in Berlin in diesem Jahr angeführt, dass die Art und Weise des Arbeitens von Pflegekräften zu bemängeln ist. Strukturelle Mängel, chaotische Arbeitsabläufe, unzureichende Arbeitsmittel, mangelhafte Pflegeplanung und unzureichendes Organisationsmanagement u.a. stehen immer wieder auf der Kritikliste. Die Eingangsbeispiele, die in ähnlicher Weise Tag für Tag sich ereignen, zeigen, wie wichtig primär der Umgang mit Heimbewohnern und Patienten ist. Dieser muß getragen sein von Respekt und Anerkennung. Auch alte Menschen haben ein Grundrecht auf Würde. Ein würdevoller Umgang in der Beziehung „pflegebedürftiger alter Mensch“ und Pflegekraft ist Voraussetzung jeglicher professioneller Arbeit und kostet kein Geld! Allerdings muss jeder Beteiligte sich aktiv täglich bemühen und Mitarbeitern auch Hilfestellung geben. Pflegemängel zu vertuschen, zu bagatellisieren oder zu rechtfertigen führen nicht weiter. Allerdings bedarf es hierzu eines humanen Arbeitsplatzes und Vorgesetzte sowie Träger von Einrichtungen (ambulanten und stationären), die darauf achten, dass ihre Mitarbeiter nicht verrohen. Lange „Kaffee-“, oder „Rauchpausen“ sind ein Alarmsignal! Entscheidend ist das Menschenbild, welches die Pflege von alten pflegebedürftigen Menschen hat und wie sie dementsprechend handelt! Das von Einrichtungen meist vorgegebene „Leitbild“ reicht nicht aus, wenn nicht alle Mitarbeiter einschließlich der Vorgesetzten sich an dieses halten.

Entscheidend ist, Pflegemängel wahrzunehmen, sie nicht zu vertuschen und nicht Faktoren zu suchen, die diese entschuldigen wie z.B. „Personalmangel“, „Überforderung“ o.a. Mögen diese Faktoren auch mit ursächlich für Pflegemängel sein, so gilt es im Interesse der Betroffenen nach Lösungen zu suchen (Abbildung 5). Es soll nicht in einer Sackgasse enden, sondern Möglichkeiten erarbeitet und Mitverantwortliche auch in die Pflicht genommen werden.

Abbildung 5: Pflegemängel: „Sackgasse“ oder „Möglichkeiten“?



Es reicht nicht aus, immer nur nach einzelnen „Schuldigen“ zu fahnden, wenn Pflege­mängel offenkundig werden. Pflegemängel „tauchen nicht einfach auf“, sondern entwickeln und stabilisieren sich. Daher halte ich das Modell vom „Gewaltdreieck“ für sehr hilfreich, um die Einflüsse der verschiedenen Ebenen zu erkennen und dann mögliche Veränderungen, und seien sie noch so klein, bewirken zu können.

Im Folgenden wird nur auf die Aspekte der Verringerung von Pflegemängel in Alten­pflegeheimen eingegangen. Analog gelten diese sicherlich auch für den ambulanten Bereich.

3.1. Pflegeheime

Trotz vielfältiger Bemühungen unterschiedlichster Kreise ist es noch nicht ausrei­chend gelungen, alle Kräfte zu mobilisieren, um die Situation in Pflegeheimen nach­haltig zu verändern. Manche Angehörige haben Schuldgefühle, weil sie den Pflege­bedürftigen zuhause nicht mehr pflegen können. Pflegekräfte fühlen sich mitschul­dig, weil sie über Missstände schweigen und trotz Überarbeitung glauben, nicht ge­nug getan zu haben. So ist es z.T. kontraproduktiv, nur einzelne Pflegekräfte oder diese insgesamt als Schuldige für Missstände verantwortlich zu machen. Mit Hinweis auf die leeren Kassen der Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Kranken- wie Pfl­ge­kassen wird die Notwendigkeit, sich dem Problembereich „Pflegeheim“ grundsätz­lich zwar gesehen, dennoch aber sehr zögerlich angegangen. Die Novellierung des Heimgesetzes und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, die „kostenneutral“ sein sollen, mögen zwar ein „Schritt in die richtige Richtung“ sein, kaum werden sie aber zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation von Bewohnern in Pflegeheimen führen.

Notwendig ist, die Gesamt-Situation von Pflegeheimen zur öffentlichen und fachli­chen Diskussion zu machen. Es reicht nicht aus, Personalschlüssel „etwas“ zu verbessern, Qualitätsbeauftragte in Institutionen zu integrieren, Bewohner als „Kun­den“ zu bezeichnen und Angehörige in den Heimbeirat zu wählen u.a.. Diese Aspek­te können lediglich zu einer leichten Verbesserung der Situation von Heimbewoh­nern und den Mitarbeitern von Pflegeheimen führen.

Im Mittelpunkt der Überlegungen über Veränderungen in Pflegeheimen steht der pflegebedürftige alte Mensch. Was braucht er, um in Würde leben –nicht nur überle­ben- zu können. Sein Wohlbefinden ist genauso zu berücksichtigen wie seine menschlichen Grundbedürfnisse (z.B. Essen, Trinken, frische Luft, Bewegung, sozia­le Unterstützung, Kommunikation, qualifizierte Pflege und medizinische Behandlung, hygienische Maßnahmen). Erst dann ist die Frage berechtigt, wie die Kosten hierfür aufgebracht werden können. Das institutionelle Denken hat viele blind gemacht! Na­türlich kann man sich fragen, ob man Pflegeheime überhaupt noch benötigt und ob sie in der heutigen Zeit noch ein menschenwürdiges Leben garantieren können. Al­lerdings bedarf es keiner großen zeit- und kostenaufwendigen neuen Untersuchun­gen, um herauszufinden, wie vielfältig und häufig Misshandlungen in Pflegeheimen auftreten und wie diese verringert werden können. Was hierüber derzeit schon be­kannt ist, reicht aus, um endlich neue Wege zu gehen. Sinnvoll ist es auch nicht, erneut durch Untersuchungen zu erfragen, was pflegebedürftige Heimbewohner brauchen, um leben und nicht überleben zu können. Notwendig ist auch nicht, erneut

Pflegekräfte nach ihren Belastungen zu befragen. Neue Untersuchungen könnten zudem eine Verhinderungstaktik sein, um wieder Jahre auf Veränderungen warten zu können. Alle Kräfte hierzu müssten nur gebündelt und mit Durchsetzungsmacht ausgestattet werden.

Wir brauchen einen Zusammenschluß von Politikern, Theoretikern und Praktikern sowie Vertreter der Betroffenen, die gemeinsam neue Strukturen erarbeiten: kurzfristige, mittel- und langfristige Lösungsstrategien! Diese Aktion am Geld scheitern zu lassen, wäre sarkastisch: „Eine moderne Industriegesellschaft kann es sich problemlos leisten, auch den Alten und Schwerkranken ein würdiges Leben zu garantieren; sie muß sie nicht vertrösten, ihrem Schicksal überlassen, weil angeblich kein Geld da ist“ (Eder & Eder 1997).

Wir verfügen derzeit schon über eine breite Basis von Wissen. Die Wissenschaftszweige der Gerontologie haben bereits vielfältige Aspekte untersucht, die Praxis deren Effektivität bestätigt. Hier nur einige Beispiele:

- Alternativen und strukturelle Veränderungsvorschläge zu den bisherigen Pflegeheimen existieren!
- Konzepte zur Verringerung von Pflegemängeln gibt es bereits!
- Pflegekräfte, die aktiv an Veränderungen mitwirken wollen gibt es!
- Schulungsmöglichkeiten für das Personal zur Verringerung von personaler Gewalt gibt es!
- regionale Versorgungs-Verbundkonzepte liegen vor!
- Konzepte zur Verbesserung der ambulanten Pflege unter Einbeziehung der vermehrten Unterstützung von Angehörigen existieren!
- Ehrenamtliche und Selbsthilfegruppen, die sich engagieren wollen, gibt es bereits!
- Das Grundgesetz –ohne Altersbegrenzung- gibt es seit Bestehen der BRD!

Es gilt, den Entscheidungs-, Handlungs-, Bewegungs- und Gestaltungsfreiraum für Heimbewohner lebensweltorientiert zuzulassen und eine möglichst optimale Selbstbestimmung zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Freiräume entsprechend auch für die Pflegepersonen ermöglicht werden. Hierzu bedarf es des Einsatzes eines jeden Bürgers! Offen ist gegen Altersdiskriminierung vorzugehen und die Gerontophobie auch von Professionellen (z.B. Ärzten, Juristen, Politikern, Behördenmitarbeitern) abzubauen! Zu oft wird vergessen, dass das Schicksal eines Pflegebedürftigen jeden treffen kann!

3.2. Beispiel: Verringerung von Fesselungen

An einer Fesselung sind mehrere Personen beteiligt: der Patient als "der Leidende", manchmal seine Angehörigen, der anordnende Arzt, die ausführenden Pflegepersonen und die Institution. Fixiermittel sind z.B. Bauchgurt, Anschnallgurte für die Extremitäten, Bettgitter, Leinentücher, "Geri-Stühle". Noch heute wirbt eine Firma für ihre Fixier-Systeme mit der Empfehlung von Bürger-Prinz: " Eine Hilfe für das Pflegepersonal und eine Erleichterung für den Patienten".

Zu fragen ist, was in einem älteren Menschen, der gefesselt wird, und über längere Zeit meist ohne Ansprache fixiert bleibt, vorgeht. Er erwartet eigentlich Hilfe, Heilung oder Besserung und wird gefesselt. Mancher ist hilflos, verunsichert, desorientiert,

voller Angst, unruhig oder leidet unter einem Gehdrang. Aus Angst vor anderen und der Umwelt, infolge von ungedulden Angehörigen oder Helfern u.a. wird er aggressiv, manchmal tötlich. Wir erleben auch, dass mancher die Nahrung verweigert, eine Sonde zieht, weil er sterben will. Wie soll er verstehen, dass wir meinen, ihn vor Schaden bewahren zu müssen? Dies sogar für unsere Pflicht halten! Was und Wieviel kann man einem Menschen zumuten, ohne ihn zu zerstören? Wohl kaum einer von uns wurde schon einmal fixiert. Bei gefesselten Patienten dürften Gefühle der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, der Verlassenheit, des Bestraftwerdens, eine Verstärkung paranoider Ideen und schließlich der Scham sowie der Demütigung auftreten. Folgen könnten sein: verstärkte Regression oder Aggression und Ablehnung der Umwelt (Steinert 1990). Andererseits können aber auch Sicherheits- und Geborgenheitsgefühle auftreten. Gefördert werden diese durch vermehrte Zuwendung, Erklärung des Geschehens u.a. Nicht unerheblich dürften die Eindrücke der Mitpatienten sowie der Angehörigen sein, erleben sie, wie ein Patient fixiert wird oder dass er über einige Zeit z.B. im "Geri-Stuhl" fixiert bleibt. Gedanken wie "wer mag der Nächste sein" sind nicht abwegig.

Als Gründe, ältere Patienten festbinden zu müssen, werden am häufigsten genannt: Sturzgefahr, Sicherung von Sonden oder Infusionen und motorische Unruhe, erheblich seltener Suizidgefahr, Aggressivität und Fremdgefährdung. Besonders häufig hören wir, dass ein Patient „vorsorglich“ fixiert werden müssen. Bekannt ist auch, dass der Personalschlüssel häufig, insbesondere in Pflegeheimen so gering ist, dass Fixierungen oft nur die einzige Möglichkeit sind, um alte Menschen – oft nur scheinbar und kurzfristig- vor größerem Schaden zu bewahren. Viele Helfer halten es für ihre traurige Pflicht und Aufgabe, zu fesseln bzw. Fesselungen anzuordnen. "Was soll ich denn sonst machen?" ist häufig die Gegenfrage. Fixieren als Routine? Als gerontologische Intervention? Als Bestandteil eines multimodalen Behandlungskonzeptes? In Balintgruppen bin ich immer wieder erschüttert, wie sehr Pflegepersonen unter der Gewaltanwendung, die sie für unabdingbar halten, leiden (Hirsch 1994). Assoziationen zur schwarzen Pädagogik sind nicht zufällig: Ein Kind, das man liebt, muß man schlagen, seinen Willen brechen, damit es für das Leben gerüstet ist! Einen alten Menschen muß man fesseln, weil man ihn am Leben halten und vor Lebensrisiken behüten will. Und kann oder "will" er dies -er wird ja oft als "krankheitsuneinsichtig" beurteilt- nicht einsehen, dann bleibt eben nur die Gewalt,.

Wann und wie in Kliniken und Heimen fixiert werden darf, wird in den Verfügungen oder Dienstvorschriften von den einzelnen Einrichtungsträgern unterschiedlich vorgegeben. Es fällt auf, dass bestimmte "mechanische Ruhigstellungen" (z.B. Bettgitter, Fixierungen von Extremitäten, Bauchgurt, "Geri-Stuhl"), die bei psychisch kranken Älteren angewendet werden, bis vor kurzer Zeit nur z.T. als Fixierungen deklariert waren. Werden mechanische bewegungseinschränkende Maßnahmen nicht als Fixierungen gewertet, so bleibt es nicht aus, dass diese "zum Besten" des Patienten auch unkritischer und "mit gutem Gewissen" eingesetzt werden (s. Eicken, Ernst & Zenz 1990). Im neuen Betreuungsrecht wird (Bundesgesetzblatt 1990) ausdrücklich betont, dass "mechanische Vorrichtungen" (z.B. "Festbinden des Betreuten durch einen Leibgurt am Bett oder Stuhl"), die über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig freiheitsentziehend eingesetzt werden, nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig sind. Mein Eindruck ist allerdings, dass nun "mit Recht" mehr als je zuvor fixiert wird, Institutionen sich lediglich rechtlich absichern und ihre Mitarbeiter zu reinen Erfüllungsgehilfen degradieren. Was nützt ein Gesetz, wenn die Voraussetzungen zur Einhaltung kaum gegeben sind und nur von wenigen wirklich

mit humanitärem und sozialpsychiatrischem Inhalt gefüllt werden! Nicht Richter sondern in der Altenarbeit Tätige müssen diese Arbeit leisten.

Der Problematik des Fesselns kann nicht isoliert als Einzelhandlung nachgegangen werden, sondern nur im Kontext mit der Behandlung und Pflege sowie der Umwelt, in welcher diese stattfindet. Schilder (1988) kommt aufgrund ihrer qualitativen Untersuchung über Gründe von Fixierungen in der Pflege zu dem Ergebnis, dass hauptsächlich Sachzwänge bestimmen, ob ein Patient fixiert wird oder nicht. So nennt sie z.B.:

- Krankenhaus- und Pflegephilosophie ("fixierte Patienten verletzen sich weniger"),
- Weitgehendes Alleinlassen des Pflegepersonals im Entscheidungsprozeß,
- unzulängliche Arbeitsorganisation und Personalmangel, daraus resultierend Überbelastung des Pflegepersonals,
- unzureichendes Vorhandensein von Pflegemitteln,
- unzureichende Art und Intensität der ärztlichen Behandlung.

Um Fixierungen auf das "Mindestmaß" beschränken zu können, bedarf es einer Reihe von Interventionen auf den Ebenen: Gesellschaft, Träger von Institutionen, Institution, Abteilung, Station, Mitarbeiter und Angehörige von Kranken. Die "Angst vor der Angst" führt zu "vorsorglicher" Fixierung ebenso wie die Unkenntnis, welche Maßnahmen alternativ möglich wären. Eine Voraussetzung ist, dass der Personalstand in den gerontopsychiatrischen Abteilungen mindestens dem entspricht, wie er von der Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung; Bundesgesetzblatt 1990b) vorgegeben ist. Dieser sollte auch für Pflege- und gerontopsychiatrische Stationen in Altenheimen gelten. Andererseits gilt es, die gerontopsychiatrische kognitive, emotionale und Handlungs-Kompetenz zu erhöhen. Dies kann z.B. durch Fortbildung "vor Ort" geschehen, durch Supervision und Balintgruppe, Fallbesprechungen u.a.

Derzeit halte ich es für wichtig, dass jede einzelne bewegungseinschränkende Maßnahme

- auf ihren Sinn, Nutzen und die mögliche Gefährdung für den Patienten hinterfragt werden soll,
- grundsätzlich erst nach Ausschöpfung aller real möglichen Alternativen, die von Fachkompetenten modellhaft aufgezeigt werden sollen, durchgeführt wird,
- ausreichend dokumentiert werden muss,
- im Rahmen einer Fallbesprechung oder Supervision problematisiert wird.

Notwendig ist zudem, zu überprüfen, inwieweit das Milieu einer Station orientierungs- und kompetenzfördernd, angstreduzierend und freundlich für die Patienten und die dort Arbeitenden ist. Die größten Hindernisse für ein "fixierables Milieu" dürften sein: die "Angst vor der Angst", überfürsorgliches Verhalten, Schweigen über eigene Ängste und Unsicherheiten, Identifikation mit der Philosophie einer "totalen Institution", Unkenntnis der betreffenden Gesetze, Überängstlichkeit der Vorgesetzten, überzogene und unfachliche Vorwürfe von Dritten, wenig Verantwortungsbewußtsein und Zivilcourage.

Jede freiheitsentziehende Maßnahme und sei sie auch noch so vertretbar, schadet auch dem Patienten, den Helfern, einer Institution und nicht zuletzt der Gesellschaft. Gerade in Institutionen sind alle Formen von Gewalt allgegenwärtig! Gewalt schließt Vertrauen und patientenorientiertes Handeln aus! Interventionen können aber nicht

humaner sein als die Gesamtheit der Einzelnen sowie der Gruppen, in der sie stattfinden. Gewaltmaßnahmen gegen Ältere sind keine therapeutischen Maßnahmen und dürfen keine "Alltäglichkeit" bleiben.

Tabelle 4: Problemfelder bei Fesselungen von alten Menschen: Ansätze zur Verringerung von Zwang!

Alter Mensch:	Professioneller Helfer
<ul style="list-style-type: none"> - größere Fragilität und Mobilitätseinschränkungen - kognitive Einbußen - emotionale Veränderungen - Selbst-Überschätzung - soziale Vulnerabilität - Multimorbidität und Polypathie - Polypharmazie - „Störer“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Fürsorglichkeit“ - Angst vor Regress - Unkenntnis der rechtlichen Vorgaben - Beziehungsasymmetrie - Alternativlosigkeit - Keine soziale Unterstützung - Zeitnot - „Hilflosigkeit“ - Geringe Kompetenz - Wenig Einfühlungsvermögen - Wenig Selbstsicherheit und Courage - Art der eigenen Erfahrungen mit Zwang etc.

Strukturelle Aspekte

<ul style="list-style-type: none"> - „totale“ Institution - Personalnotstand - rigide Tages-/Arbeitsabläufe - keine Schulung - keine „Frühwarnsysteme“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Institutions-Philosophie“ - inadäquates Pflegemanagement - keine psychohygienischen Maßnahmen - Unklare Verantwortlichkeiten
---	--

Tabelle 5: Fesselungen: Allgemeine Anleitung und Fragen

<ul style="list-style-type: none"> - Wissen über Ursachen und Alternativen von Fesselungen erwerben - Kontinuierliche Teamgespräche über Fesselungen mit Einbeziehung der Situation, wo, wann und warum ein alter Mensch gefesselt wird <ul style="list-style-type: none"> - Wie geht es den Mitpatienten? - Wie den Mitarbeitern? - Wie den Besuchern? - Team-Supervision über Fesselungen - Teambesprechung mit Richter/Arzt/Pflegekraft/Therapeuten/Betreuer - Arbeitskreis zur Qualitätssicherung mit Erarbeitung von Leitlinien - Besuch von anderen Einrichtungen zur Erkundung, wie diese mit problematischen Situationen umgehen - Kontrolle der Ausgabe und der Rücknahme von Fixiermittel - Statistik über Häufigkeiten von Fesselungen - Problematisierung des Milieus mit Umsetzung von gewaltreduzierenden Faktoren

Tabelle 6: Fesselungen: Fragen und Anleitung zur Einzelsituation

- Jede (drohende) Fesselung eines alten Menschen soll im Team besprochen werden
- Welche Gründe gibt es für diese Fesselung?
- Welche Gründe sprechen gegen diese Fesselung?
- Welche Alternativen gibt es?
- Problematisierung mit dem Arzt
- Gespräch mit dem Betroffenen
- Problematisierung mit Angehörigen / rechtlichem Betreuer
- Wo, wann, womit und wie lange soll (voraussichtlich) ein alter Mensch gefesselt werden?
- Wie sieht die rechtliche Grundlage aus?
- Wer und wie wird eine Entfesselung bestimmt?
- Wer sorgt für eine sofortige Entfesselung?
- Wer betreut in dieser Zeit den Betroffenen?
- Wer sieht den „fixierten“ alten Menschen?
- Wie wird die Fesselung eines alten Menschen dokumentiert?

- Literatur beim Verfasser -