



*CDU-Landtagfraktion
Nordrhein-Westfalen*

3. Fachgespräch

der

CDU-Landtagsfraktion NRW

am 24. Juni 2003

zum Thema „Pflege“

„Tabuthema Pflege- mängel“

Platz des Landtags 1
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

Telefon 0211/884-2517
Telefax 0211/884-3391
e-mail: helmut.watzlawik@landtag.nrw.de

3. Fachgespräch

der CDU-Landtagsfraktion NRW zum Thema „Pflege“ am 24. Juni 2003

„Tabuthema Pflegemängel – Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit einigen Jahren werden immer wieder Fälle von Gewalt, Vernachlässigungen und Misshandlungen in der Pflege bekannt. Berichtet wird über Fälle von Verwahrlosung, Flüssigkeitsmangel, Unterernährung, eine unreflektierte Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln oder vermeidbar entstandenen und unzureichend versorgten Druckgeschwüren (Dekubitus). Das genaue Ausmaß derartiger Pflegemängel ist nicht bekannt.

In der CDU-Fraktion sind wir weit davon entfernt, solche Berichte als generelle Beschreibung des Alltags in der Pflege zu werten. Wir wissen um die große Leistung der Menschen, die dafür Sorge tragen, dass solche Missstände in ihrem Alten- oder Pflegeheim bzw. in ihrem Pflegedienst nicht vorkommen. Allerdings sind die erwähnten Presseberichte offenbar nicht so untypisch und selten, dass man sie auf sich beruhen lassen könnte.

Die CDU-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen möchte mit einem Fachgespräch zum „Tabuthema Pflegemängel“ Informationen über das Ausmaß der geschilderten Probleme gewinnen, deren Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegenden beschreiben sowie Möglichkeiten zur Vermeidung von Pflegemängeln aufzeigen.

Mit freundlichen Grüßen



Rudolf Henke MdL
Sozialpolitischer Sprecher der
CDU-Landtagsfraktion NRW

Rede

von

Rudolf Henke MdL

**Sprecher der CDU-Landtagsfraktion NRW
für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

**Obmann der CDU-Landtagsfraktion NRW
in der
Enquête-Kommission
„Situation und Zukunft der Pflege in NRW“**

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel –
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege**

im

Landtag NRW

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

unser Sozialstaat ist in der Krise. Er ist an seine finanziellen, organisatorischen, qualitativen und ideellen Grenzen gekommen. Reformbedarf gibt es in praktisch allen Sozialsystemen.

Dabei stehen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft die zentralen Herausforderungen für noch bevor: Durch die Entwicklung der Altersstruktur unserer Gesellschaft, die zurückgegangene Geburtenrate, die erfreuliche Steigerung der Lebenserwartung und den medizinischen und technischen Fortschritt in Medizin und Pflege und die zunehmende Arbeitslosigkeit sind unsere Sozialsysteme in eine schwierige Lage geraten.

Am 6. Juni 2003 hat der Präsident des statistischen Bundesamtes in Berlin die **Ergebnisse der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung** bekannt gegeben.

Die Ergebnisse lassen sich kurz zusammenfassen:

Unsere Bevölkerung schrumpft. Die Deutschen leben immer länger und der Altersdurchschnitt in der Gesellschaft steigt. **Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein.**

Trotz des großen Reformbedarfs und trotz aller notwendigen Sparmaßnahmen in unseren Sozialsystemen muss es aber **sichere ethische Grenzen** geben, die auf keinen Fall überschritten werden:

Am 2.06.2003 berichtete die ARD in der Sendung „Report“ über die Forderung einzelner Wissenschaftler, **bei bestimmten teuren medizinischen Leistungen**, wie Dialysebehandlungen und Operationen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Altersbegrenzungen einzuführen. Es wurde eine **Altersgrenze von 75 Jahren** vorgeschlagen. Jenseits dieser Altersgrenze sollen von der gesetzlichen Krankenversicherung keine lebensverlängernde, sondern nur noch schmerzlindernde Behandlungen bezahlt werden. Auf diese Weise soll im Gesundheitswesen gespart werden.

Eine **solche Forderung**, älteren Menschen aus Kostengründen teure medizinische Leistungen zu verweigern, ist **unmenschlich, diskriminierend und menschenverachtend**. Wir weisen sie zurück.

Bei aller Notwendigkeit von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Gesundheitswesen **verkehrt ein solcher Vorschlag den Sinn und Zweck der solidarischen Finanzierung in ihr Gegenteil**. Er entzieht denjenigen, die am meisten auf Hilfe angewiesen sind, eben diese Hilfe. Die Umsetzung eines solchen Vorschlags wäre ein Verstoß gegen die Menschenwürde.

Niemand soll in Deutschland Angst vor dem Alter haben. Die Forderung nach Verweigerung von Operationen für ältere Menschen stellt eine „**Horrorvision**“ dar.

Die Politik hat hier die Aufgabe, solchen unmoralischen Forderungen entgegen zu treten und diese zurück zu weisen.

Wehret den Anfängen! Ein Ausschluss von Älteren von der gesundheitlichen Versorgung wäre ein **Anschlag auf die Menschenwürde!**

Die CDU-Landtagsfraktion hat vor diesem Hintergrund einen Antrag gestellt, damit der **Landtag Überlegungen zurückweist, dass Menschen ab einem bestimmten Alter aus Kostengründen von medizinischen Leistungen ausgegrenzt werden.**

Der Landtag soll sich dafür aussprechen, dass das **entscheidende Kriterium für jede medizinische Versorgung die medizinische Notwendigkeit** in der individuellen gesundheitlichen Situation des einzelnen Menschen bleiben muss.

Die Landesregierung soll aufgefordert werden, sich in diesem Sinne für eine **individuelle Medizin nach Maß als unersetzliches Kernelement unseres Gesundheitssystems** einzusetzen.

Wir erwarten, dass alle Fraktionen dieses Parlaments einen solchen Antrag mittragen werden.

Wir dürfen es nicht soweit kommen lassen wie in **Holland.** Dort hat die „**liberale**“ **Sterbehilferegelung** dazu geführt, dass sich niederländische Senioren aus Angst vor einer eventuellen Tötung durch Ärzte und Angehörige um Altenheimplätze in Deutschland bemühen. Solche Berichte hat es in den letzten Wochen immer wieder in unseren Zeitungen gegeben.

Wir brauchen in Deutschland unbedingt eine **Korrektur des Altersbildes in allen gesellschaftlichen Bereichen.** Wir müssen, um als soziale und demokratische Gesellschaft zukunftsfähig zu sein, die **Alten unter uns als Gewinn für alle** begreifen und **nicht als puren Kostenfaktor** diskriminieren.

Alt werden muss mehr als **Chance und weniger als Last** begriffen werden.

Auch Pflegebedürftige sind in unserem Land keine Last, sie sind eine **Herausforderung** für unsere Gesellschaft!

Wer Hilfe braucht, soll Hilfe bekommen. Das sind unsere Prinzipien von Solidarität und Sozialstaat. Damit sind wir auch schon mitten im Thema „Pflege“ angelangt.

Die CDU-Landtagsfraktion hat im vergangenen Jahr im Landtag den Antrag gestellt, eine **Enquête-Kommission zur „Situation und zur Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“** einzurichten. Die Kommission wird im Jahr 2005 dem Landtag ihren Abschlußbericht vorlegen.

Die Enquête-Kommission soll die Situation der Pflege in unserem Land untersuchen. Sie soll Missstände aufzeigen. Sie soll Impulse geben, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten und auszubauen.

Wir brauchen in der Pflegepolitik neue Akzente. Bei allem Reformbedarf **warne ich aber davor, die Pflegeversicherung kaputt zu reden**. Immer neue Meldungen über das angebliche Scheitern der Pflegeversicherung und täglich neue, unüberlegte oder widersprüchliche Vorschläge aus der „Rürup-Kommission“ zur Zukunft der Pflegeversicherung führen letztendlich nur zu einer tiefen Verunsicherung der Bürger.

Was unsere Gesellschaft braucht, sind tragfähige, innovative Konzepte und nicht leichtfertiges Gerede!

Was sind aber **die Voraussetzungen** für eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige Pflege

Zunächst muss es **genügend Menschen geben, die sich um die Pflegebedürftigen in unserem Land kümmern**.

Ausreichend Personal und eine gute Ausbildung sind eine **wichtige Voraussetzung, um angemessene Arbeitsbedingungen zu garantieren und um Pflegemängel zu vermeiden**.

Aufgrund des demographischen Wandels ist die Organisation und Gestaltung beruflicher Pflege alter Menschen für die nächsten Jahrzehnte sicherlich eine der größten Herausforderung.

Neben der Lösung von Finanzierungsfragen wird es hauptsächlich darum gehen, genügend Menschen für Ausbildung und Berufstätigkeit in der Altenpflege zu gewinnen. Das deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) sowie das Institut für Wirtschaftsförderung (ifo) rechnen **für die nächsten 15 Jahre mit einem Bedarf von ca. 2 Millionen zusätzlichen Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen**.

Dieser außergewöhnlich hoher Personalbedarf wird nur zu verwirklichen sein, wenn **Ausbildung, Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Altenpflege entscheidend verbessert werden**.

Derzeit steht Deutschland jedoch vor einem „**Pflegekollaps**“. Tausende Stellen in Krankenhäusern und Altenheimen und bei mobilen Diensten können nicht besetzt werden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt für Fachkräfte verschärft sich dabei zunehmend.

Altenpflegefachkräfte werden händeringend gesucht und meist von benachbarten Pflegeeinrichtungen abgeworben. Vielerorts gelingt es nicht mehr, die Fachkraftquote der Heimpersonalverordnung zu erfüllen. Als Konsequenz wird immer häufiger ein **Belegungsstop** verhängt und damit die Anzahl der ohnehin knappen Pflegeplätze reduziert.

Um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, ist es jedoch auch erforderlich, dass eine **bedarfsgerechte Anzahl von Ausbildungsplätzen durch das Land** gefördert wird. Davon ist Nordrhein-Westfalen allerdings weit entfernt. Darauf hat die CDU-Landtagsfraktion in zahlreichen Ausschusssitzungen, Anträgen und Presseerklärungen hingewiesen.

Auch die **Arbeitsämter** haben angekündigt ihre Förderung für Umschulungsmaßnahmen zur Altenpflege massiv zu begrenzen.

Daher haben wir in einem **Antrag die Landesregierung aufgefordert**, den Wegfall dieser Ausbildungsplätze zum Anlass für die Bereitstellung zusätzlicher, landesgeförderter Ausbildungsplätze zu nehmen.

Die **rot-grüne Regierungskoalition hat** jedoch am vergangenen Mittwoch hier im Gesundheitsausschuss des Landtags **diesen Antrag abgelehnt**.

Deshalb ist vorprogrammiert, dass es in Nordrhein-Westfalen auch im Jahr 2003 weniger Plätze für die Altenpflegeausbildung geben wird.

Zusätzlich müssen wir aber auch dafür sorgen, dass der **Altenpflegeberuf** zu einer **attraktiven und zeitgemäßen Ausbildung** wird und damit die **gesellschaftliche Anerkennung** erlangt, die er verdient, angesichts der demographischen Herausforderung der nächsten Jahre aber auch benötigt.

Ein erster Schritt in diese Richtung ist bereits getan. Das **Bundesaltenpflegegesetz** tritt am 01.08.2003 in Kraft.

Das Bundesgesetz regelt **Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungsinhalte bundeseinheitlich**.

Allerdings bietet das Bundesaltenpflegegesetz einen **weitläufig gesteckten Rahmen**, der den einzelnen Bundesländern große Spielräume bei der Durchführung der schulischen und praktischen Ausbildung überlässt. Dadurch wird der dem Gesetz zugrunde liegende Gedanke, die Berufsausbildung in der Altenpflege zu vereinheitlichen, wieder in Frage gestellt.

Daher ist für die **Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen ein Curriculum notwendig, das an den substantiellen Schwächen des Bundesaltenpflegegesetzes ansetzt**. Die CDU-Landtagsfraktion setzt sich daher für die Einführung eines nach Lernzielen differenzierenden Curriculums für die schulische und die praktische Ausbildung ein.

Der Gestaltungsspielraum des Altenpflegegesetzes kann genutzt und die **Altenpflegeausbildung modernisiert** sowie **attraktiv** gemacht werden.

Das vom **Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)** in Verbindung mit dem Saarland entwickelte Curriculum halten wir für besonders gut geeignet, als Grundlage für eine moderne und attraktive Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen zu dienen.

Dieses Curriculum hat übrigens den Hauptpreis des Wettbewerbs „Pflege neu denken – zukunftsfähige Ausbildungskonzepte“ der Robert-Bosch-Stiftung gewonnen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine menschliche und menschenwürdige Pflege in Nordrhein-Westfalen ist auch, dass wir eine **bedarfsgerechte Versorgung mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen** in Nordrhein-Westfalen haben.

Ein Beleg und trauriges Beispiel dafür, wie das Land mit dem Thema Pflege umspringt ist der **Gesetzentwurf der Landesregierung zur Novellierung des Landespflegegesetzes NRW**.

Wir befürchten **schwerwiegende Nachteile für die Pflegebedürftigen und die Kommunen** durch die Novellierung des Landespflegegesetzes.

Die Neuregelungen sind kurzsichtig und rein fiskalisch motiviert. Stationärer Pflegebedarf wird in Zukunft zwangsläufig wieder regelmäßig in die **Abhängigkeit von der Sozialhilfe** führe.

Die Landesregierung hat damit die Unfähigkeit des Landes zu Protokoll gegeben, bei der Bewältigung des von ihr mitverursachten **Investitionsstaus** im Pflegebereich in Höhe von **4,8 Milliarden Euro** zu helfen. Das ist der „**pflegepolitischen Konkurs Nordrhein-Westfalens**“.

Immerhin ist es der CDU-Landtagsfraktion vergangene Woche im Gesundheitsausschuss gelungen, die rot-grüne Koalition von einer **Reduzierung der Investitionskostenpauschale für ambulante Pflegedienste um 50 Prozent** abzubringen. Die Regierungskoalition hat sich damit in letzter Minute unserem Druck gebeugt. Die geplanten Kürzungen hätten den ohnehin finanzschwachen ambulanten Pflegebereich zusätzlich geschwächt.

Die **nächste grundlegende Überarbeitung** des Landespflegegesetzes wird ohnehin **in absehbarer Zeit erforderlich** sein: Die Bundesregierung plant eine vollkommene **Neustrukturierung der Pflegeversicherung**. Dadurch gerät die gesamte Architektur der Finanzierung von Pflege ins Trudeln.

Neben Personal, Qualifizierung und Infrastruktur dürfen wir jedoch einen **Grundsatz** nicht vergessen, **an dem sich die Pflegepolitik der nächsten Jahre besonders zu orientieren** hat:

Pflege muss sich **stärker am Menschen, stärker an den individuellen Bedürfnissen** der Pflegebedürftigen ausrichten. **Stets ist die Würde des Menschen zu wahren**.

Eine **rein körperorientierte Pflege**, bei der geistige und seelische Bedürfnisse außen vor bleiben, ist **völlig unzureichend**.

Von besonderer Bedeutung für eine menschliche Pflege ist die persönliche Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und dem Pflegenden. Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen müssen zur Kenntnis genommen werden und auch berücksichtigt werden.

Leider sind Heime nicht selten eine „**Hölle der Ereignislosigkeit**“. Alte Menschen dämmern in den Fluren dahin. Die Langeweile wird nur unterbrochen von den Mahlzeiten. Diese „Tristesse“ findet natürlich „**qualitätsgesichert**“ und bestens dokumentiert statt – das ist selbstverständlich!

In unseren Altenheimen **fehlt allzu oft die Menschlichkeit**. Struktur und Prozessqualität zählen, nicht das Ergebnis.

Pflege wird durch **Bürokratie**, durch Zeit- und Verwaltungsvorgaben erschwert und teilweise unmöglich gemacht.

Die **Dokumentation pflegerischer Maßnahmen dauert manchmal länger als deren Durchführung**.

Pflege braucht Zeit. Diese müssen wir dem Pflegebedürftigen und Pflegenden geben. Aufgabe des Gesetzgebers, der Politik und der Träger der von Pflegeeinrichtungen ist es deshalb, den Pflegenden ihre Arbeit durch entsprechende **Rahmenbedingungen** zu ermöglichen – insbesondere in **finanzieller Hinsicht!**

Unsere **Gesellschaft** muss klären, **was ihr eine menschliche und menschenwürdige Pflege wert ist**.

In der Presse wird in regelmäßigen Abständen über Fälle von **Gewalt gegen ältere Menschen und Pflegemängel** berichtet. Hilfe- und pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren werden isoliert und vernachlässigt. Sie werden unzulässigerweise in ihrer Freiheit eingeschränkt. Sie werden eingeschlossen und fixiert. Sie bekommen zu wenig zu trinken und trocknen aus. Sie werden mit Medikamenten ruhig gestellt oder sogar direkt körperlich misshandelt. Das genaue Ausmaß von derartigen Gewalttaten ist nicht exakt bekannt, allerdings wird eine hohe Dunkelziffer vermutet.

Solche Berichte können **nicht als generelle Beschreibung oder sogar als repräsentativ** für den Alltag im Pflegeheim gewertet werden. Trotz **schwierigster Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Bereich** gibt es viele Beispiele fachlich guter Pflege.

Allerdings sind die erwähnten Presseberichte nicht so untypisch und selten sind, dass man sie auf sich beruhen lassen könnte.

Aus dem **Rheinland** ist kürzlich besorgniserregendes **Zahlenmaterial des MdK** bekannt geworden. Nach Prüfung von 139 Stichprobenhaft ausgesuchten Pflegeheimen in NRW im Jahr 2001 wurde unter anderem festgestellt, dass

- eine **ausreichende Versorgung nachts und an Wochenenden** nur in ca. **50%** der Pflegeheime gesichert ist,
- eine **ausreichende Getränkeversorgung** in nur ca. **55%** der Pflegeheime gesichert ist,
- eine **sachgerechte Lagerung der Pflegebedürftigen** zur Vorbeugung von Druckgeschwüren **nur in ca. 51%** der Pflegeheime in NRW gesichert ist
- **Im Bereich der ambulanten Pflege** findet die **Pflege vielfach nicht geplant statt**. Das Ergebnis der ambulanten Pflege ist nicht als systematisch erarbeiteter Erfolg, sondern als **"Zufallsprodukt"** anzusehen.

Weiterhin wurde **bei ca. einem Drittel** der geprüften Pflegeheime der **nicht sachgerechte Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen** festgestellt.

Wer über Pflegemängel redet, der riskiert scharf angegriffen und kritisiert zu werden. Wenn eine Altenpflegerin mit den Missständen in ihrer Arbeit nicht mehr zurechtkommt und darüber spricht, droht die **Kündigung**. Wer Pflegemängel öffentlich macht wird nicht selten als „**Nestbeschmutzer**“ oder „**Querulant**“ beschimpft. Diese Berichte gibt es. Sie sind nicht selten.

Mängel in der Pflege sind leider noch immer ein Tabuthema. Das Problem wird oft heruntergespielt. Es wird nur hinter vorgehaltener Hand darüber gesprochen.

Darum haben wir dieses Fachgespräch in Angriff genommen. Wir möchten sachlich über dieses Thema reden. Wir kennen die **schwierigen Rahmenbedingungen** und möchten **niemanden beschuldigen oder gar kriminalisieren**.

Aber wir wollen von Ihnen, von den eingeladenen Experten und den Teilnehmern des Fachgespräch, mehr darüber erfahren, welches **Ausmass** und welche **Auswirkungen** die bestehenden Pflegemängel wirklich haben. Und wir wollen mit diesem Fachgespräch einen Beitrag dazu leisten, **Auswege** aufzuzeigen. Das ist das wichtigste Anliegen dieser Veranstaltung

Dafür haben wird diese Veranstaltung organisiert – **für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden**.

Referat

von

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch

Gerontopsychiatrisches Zentrum der
Rheinischen Kliniken Bonn und Initiative
„Handeln statt Misshandeln“

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen und Auswege“**

im

Landtag NRW

3. Fachgespräch der CDU-Landtagsfraktion NRW am 24. Juni 2003 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 Resume 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 Kummulation 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).

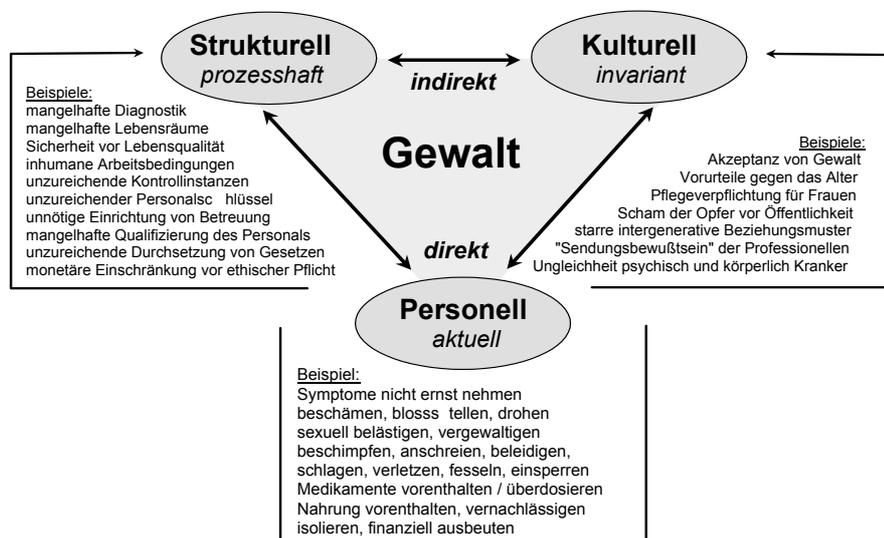
G e w a l t f o r m e n :			
Körperliche	psychische	sozial	rechtliche
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medikamenten-</i> <i>missbrauch</i> Vorenthalten Unangemessene oder Unnötige Anwendung • Beeinträchtigung Übersehen von medizinischen Bedürfnissen Mangelhafte Hygiene Fehl-/ Mangelernährung Störung 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 Wertvorstellungen 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 „Rentenschwemme“, „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 starren 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)

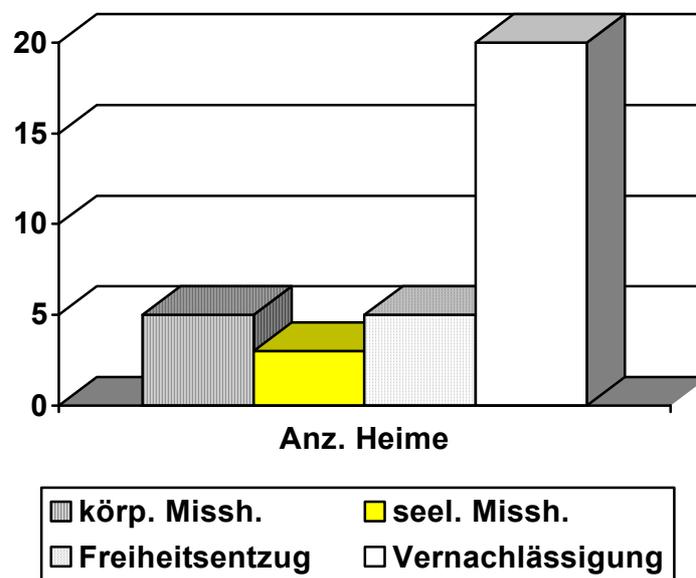
stationär		ambulant
1.	Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses/ Pflegedokumentation	1.
2.	Pflegekonzept nicht umgesetzt	4.
3.	Defizit bei der Fortbildung	2.
4.	Passivierende Pflege	7.
5.	Defizit bei der Fachliteratur	3.
6.	Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie	10.
7.	Defizit im Umgang 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: Decubitusprophylaxe 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 unange-

meldet. 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. Decubitus, 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 Veröffentlichung 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, pragmatischen 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

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 „Weglauf tendenz wegzuthrapieren“, „pflegeleicht zu machen“ oder wegen Personal mangel 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 Be-

wohner 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 Klinikeinweisung (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

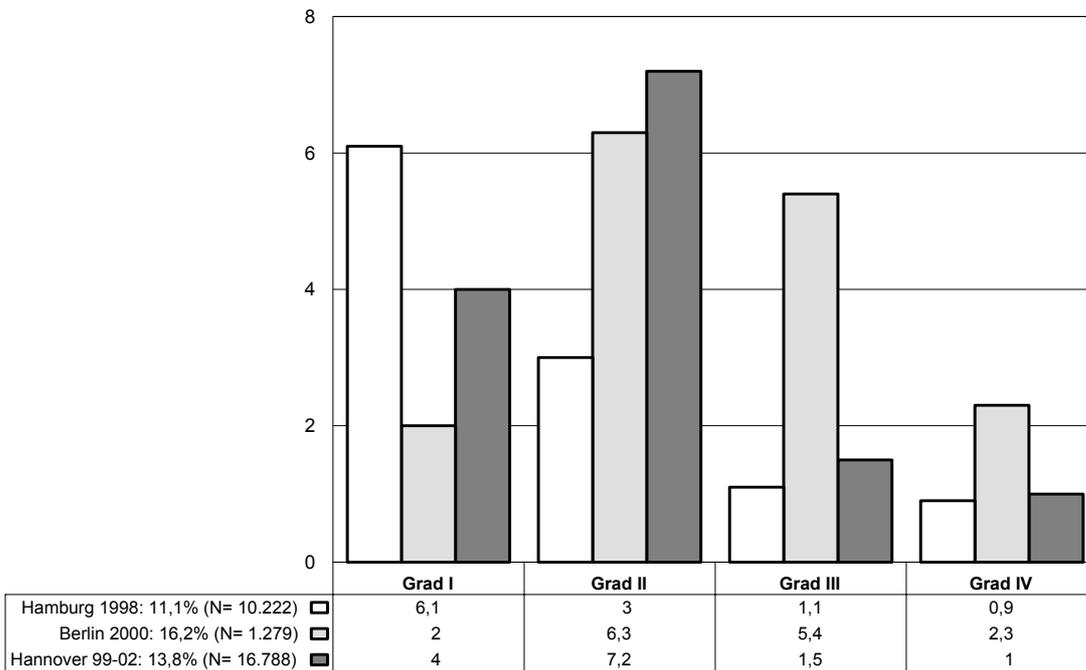
werden: auch bei einer hochwertigen Pflege in einer Einrichtung mit gutem Personalschlüssel, eingeführtem Risiko-Assessment und intensiven standardgerechten Präventivmaßnahmen, wurden während einer 12-monatigen Beobachtungszeit auf einer medizinischen Akutstation über 5% Dekubiti vorgefunden. Nach einer Schätzung des DIET (Deutsches Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik 2000) sterben an den Folgen eines Decubitus 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 Decubitus hatten.

Abbildung 3: Decubitusprävalenz 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 Decubiti 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 Ernährungsmedizin 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 Nahrungsaufnahmeorgane 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. ½ Jahr. Die weiteren Komplikationsraten wie z.B. Diarrhoe, Verstopfung der Sondenleitung, lokale aber auch allgemeine entzündliche Erkrankungen, Aspirationspneumonien lagen zwi-

schen 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 stationären 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 gefährigten 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. Paradoxe Weise 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 (Brugge-mann 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

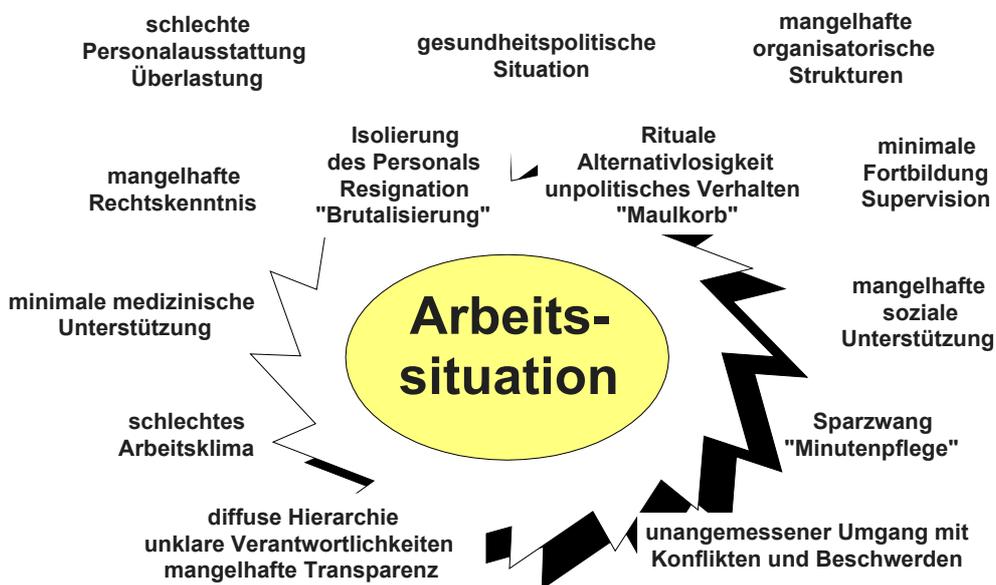
Vielfältig können auch die Ursachen von Stuhlinkontinenz sein. Diese tritt bei ca. der Hälfte der Pflegeheimbewohner auf. Auch hier ist eine differenzierte Diagnostik mit entsprechenden Behandlungsversuchen sinnvoll und notwendig, um mögliche Besserungen erreichen zu können. Leider wird auch die Stuhlinkontinenz 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, die die Arbeitssituation der Pflege beeinflussen. Diese können sich gegenseitig positiv oder negativ verstärken.

Abbildung 4: Beeinflussungsfaktoren der Arbeitssituation in der Pflege

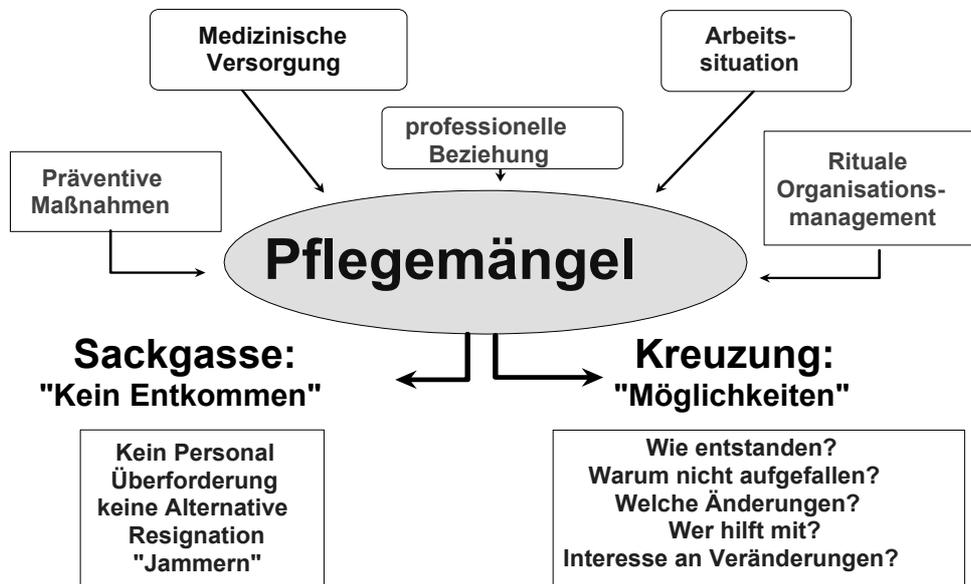


Klagen von Pflegekräften, mögen sie auch noch so berechtigt sein, helfen kaum, die Arbeitssituation zu verbessern! Die Zeit des „Jammerns“ sollte endlich vorbei sein und z.B. effektive Qualitätszirkel in jeder Einrichtung gebildet werden oder stringente Pflegeprozessplanung und Dokumentation. Nicht umsonst 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 Pflegekassen 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 ungeduldigen 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 Be-

handlungskonzeptes? 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 Fesseln 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

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| - „totale“ Institution | - „Institutions-Philosophie“ |
| - Personalnotstand | - inadäquates Pflegemanagement |
| - rigide Tages/-Arbeitsabläufe | - keine psychohygienischen Maßnahmen |
| - keine Schulung | - Unklare Verantwortlichkeiten |
| - keine „Frühwarnsysteme“ | |

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- 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? |
|--|

Referat

von

Dr. Axel Heinemann

Institut für Rechtsmedizin, Hamburg

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

Dekubitus: Unvermeidbar als Indikator der Pflegequalität

Dr. A. Heinemann

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinik Eppendorf, Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Prävention und Behandlung von chronischen Wunden sind eine der großen Herausforderungen für die Pflege und medizinische Behandlung in multimorbiden Patientenkollektiven und vor allem in der geriatrischen Pflege. Die Rechtsmedizin wird dabei im Rahmen von Begutachtungsfragen primär mit dem Problem des Dekubitus konfrontiert, da hier im Gegensatz zu chronischen Wunden anderer Genese immer wieder ein besonders hoher Anteil an pflegerischem Mitverschulden vermutet wird.

Die geschätzte Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für Durchliegendeschwüre (Dekubitus) in der Allgemeinbevölkerung beträgt 0,5%, was 400.000 Patienten entspricht. Im klinischen Setting geht man davon aus, dass etwa 50% der Patienten ein Dekubitusrisiko aufweisen, unter Patienten in institutionenbezogener oder häuslicher Pflege beträgt diese Rate etwa 30–40%. Die Prävalenz von Dekubitus schwankt in Hamburger Pflegeinstitutionen, auch in Abhängigkeit von der Risikostruktur, zwischen 0 und 25%. Die Inzidenz für einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes liegt zwischen 1 und 2%.

Rechtsmediziner stellen eine Zunahme der Gutachtenanforderungen durch Ermittlungsbehörden in den letzten Jahren fest. Diese Gutachtaufträge beziehen sich vorwiegend auf den Verdacht vernachlässigter Dekubitusprävention oder auf Behandlungsdefizite, so dass nicht nur die Pflege, sondern auch Ärzte einem Kunstfehlervorwurf ausgesetzt sein können.

Vor welchem Fakten–Hintergrund sind diese Gutachten zu leisten, was kann als gesicherte Annahme zur Kausalität von Präventionsmängeln gelten? Der vergleichenden Forschung zur Effizienz von Präventions– und Behandlungsalternativen für Dekubitus fehlt es oft noch an ausreichender Evidenzbasierung. Ein Ende der Diskussion, unter welchen Risikobedingungen Dekubitus trotz standardisierter Lagerungspläne, Flüssigkeitseinfuhrkontrolle, Optimierung der Ernährung und hochwertigen Lagerungshilfsmitteln unvermeidbar sein kann, ist keineswegs absehbar. Die grundsätzliche Vermeidbarkeit von Dekubitus wird aber immer seltener postuliert.

Wann müssen hochgradige Druckgeschwüre als Konsequenz von Behandlungsfehlern angesehen werden?

Die Prävalenz für höhergradigen Dekubitus, die wir in unserer ersten epidemiologischen Erhebung 1998 in einem unselektierten Krematoriumskollektiv unter mehr als 10.000 Verstorbenen gefunden haben betraf in über der Hälfte der höhergradigen Befunde Personen aus stationären Pflegeinstitutionen, obwohl diese nur in 28,6% der Fälle Sterbeort gewesen waren.

Der Vergleich mit zwei Nachfolgestudien aus Hannover und Berlin zeigt Schwankungsbreiten zwischen 0.9 und 2.3 Prozent für Grad IV- Dekubitus (Abb.1). Krematoriumskollektive dürften sich in Metropolen strukturell nicht besonders unterscheiden, so daß sich durchaus die Frage nach regionalen Qualitätsunterschieden in der Dekubitusversorgung gestellt werden kann.

Die Öffentlichkeitswirkung der Krematoriumserhebung – obgleich sie überhaupt keine Antwort im Hinblick auf etwaige Versorgungsdefizite gegeben hatte, war beträchtlich. Auch deshalb gelang es einem runden Tisch und der Initiative des Hamburger Dachverbandes der Pflegeanbieter, schon 1999 ein Qualitätsvergleichsprogramm für die

Dekubitusprävention zu implementieren, an dem 180 Hamburger Pflegeanbieter partizipierten. Die Einrichtungen melden quartalsweise u.a. ihre Dekubitusinzidenzen und bekommen Rückmeldung per bench marking- Report, um die eigene Qualität im Vergleich zu anderen anonymisierten Institutionen einschätzen zu können. Prävalenz wie Inzidenz von Dekubitus in den beteiligten Institutionen sind im Projektverlauf deutlich gesunken (Fig.2)

Das Dekubitusmonitoring im Krematorium zeigt bis heute, daß die Dekubitusprävalenz im Jahr 2000 in Hamburg auch unter Verstorbenen erheblich zurückgegangen ist. In Abb.3 sind die Prävalenzen des Jahres 1998 mit 100% indexiert. Vor allem ist der Rückgang bei Todesfällen aus Pflegeheimen beeindruckend. Die Entwicklung der letzten Monate zeigt, daß der überaus deutliche Effekt im Jahre 2000 nicht zu halten war, aber offensichtlich eine Stabilisierungsphase eingetreten ist.

Festzuhalten bleibt:

Der Präventionserfolg ist ein Erfolg der Pflege in Hamburg, der mit darauf zurückgehen dürfte, daß sich Pflegeverbände, Gesundheitsbehörde und Qualitätssicherer wie auch Rechtsmedizin an einen Tisch gesetzt haben. Die Verfolgung von vermuteten schwarzen Schafen durch die Justiz hätte in diesem Fall kaum ähnliche Qualitätsverbesserungen bewirken können.

Tatsächlich gab es 1998 in Hamburg ganz erhebliche Defizite. In einer Analyse von 140 Einzelfällen mit hochgradigem Dekubitus zum Todeszeitpunkt waren Ärzte in 20% der Fälle nicht eingeschaltet worden. In 53% der aufklärbaren Fälle war ein Dekubitus in einem Pflegeheim entstanden. Eine standardisierte Risikoeinschätzung – ganz klar als Standard zu fordern – war nur in 13% der Fälle im Vorfeld vor Entstehung der Wunde erfolgt. Kein Wunder, daß sich auch nur in 35 % der Fälle vorbeugende Lagerungsmaßnahmen in den Pflegedokumentationen fanden. Selbst nach dreiwöchig bestehender Wunde fanden sich für 30% der Betroffenen noch keine Lagerungspläne.

Im Jahr 2001/ 2002 führten das Institut für Rechtsmedizin und das Albertinenhaus, Zentrum für Geriatrie in Hamburg, eine Fall- Kontroll- Studie zu Risikofaktoren des Dekubitus durch. Dabei wurden Risikofaktoren und Pflegebedingungen von 100 verstorbenen Patienten mit hochgradigem Dekubitus mit 100 Fällen ohne höhergradigen Dekubitus in den letzten 6 Monaten vor dem Tode verglichen. Die Fälle wie die Kontrollen wurden gezielt aus dem Krematoriumskollektiv ausgewählt. Als Indikatorperiode wurde ein 4- Wochen – Zeitraum vor Etablierung der hochgradigen Dekubituswunde bzw. bei Kontrollen vor dem Zeitpunkt des höchsten Dekubitusrisikos definiert. Die Matchingkriterien für das Untersuchungskollektiv bedingen, daß sich z.B. Immobilität und Alter nicht als Risikofaktoren abbilden. Unsere Ergebnisse: Sie sehen hier Risikofaktoren, die sich im univariaten Vergleich herausgestellt haben. Interessant erscheint die Bedeutung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, also der Verengung und Verstopfung kleinerer Schlagadern, die hier als einzige der Kategorie Grunderkrankungen signifikant trennt. Weitere Risikofaktoren: Die Bedeutung der Patienten-Compliance, also der Kooperativität, kann offensichtlich sehr hoch eingeschätzt werden, auch wenn hier nicht sichtbare Wechselwirkungen mit der körperlichen Morbidität untersucht werden müssen. Kontrakturen waren als Risikofaktor aufgrund der Pflegeerschwerung voraussehbar. Der Zusammenhang zwischen medikamentöser Ruhigstellung (Sedierung) und Dekubitus ist von der kausalen Beziehung her so nicht eindeutig, sollte aber Anlaß sein, diesbezüglich tiefergehend zu analysieren. Pflegefaktoren wie die Umlagerungsintervalle bilden sich interessanterweise –

bzw. „zum Glück“ nicht ab – so wurde tatsächlich signifikant häufiger in der Gruppe der Patienten mit Dekubitus gelagert. Bei später hochgradigen Geschwüren kommt dem Patienten schon im Vorfeld offenbar durchaus mehr pflegerische Aufmerksamkeit zu – gerade in Hamburg nach der zuvor erfolgten „Dekubitusoffensive“.

Es war sicherlich kein Zufall, daß gerade die Initiative von Rechtsmedizinern in Hamburg ein großes Echo in der Pflege gefunden hat. Die Möglichkeit forensischer Konsequenzen stand im Raum – und damit eine Strafandrohung für Pflegende sowie Schadensersatzforderungen gegen Pflegeanbieter. Pflegequalität darf jedoch nach meiner Überzeugung nicht durch permanent aufrechtzuerhaltende Strafandrohung erzielt werden, sondern geht normalerweise ganz andere Motivationswege. Zudem ist es für die Rechtsmedizin nach unserer Erfahrung im Einzelfall äußerst problematisch, aus medizinischer Sicht Zusammenhänge zwischen Pflegeversagen und Schadensentritt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

In der rechtsmedizinischen Argumentation bei Todesfällen nach hochgradigem Dekubitus müssen zwei Faktoren grundsätzlich geklärt werden:

1. Die Kausalität zwischen Dekubitus und Tod eines Patienten bzw. Bewohners eines Pflegeheims, wie sie miunter vermutet wird, läßt sich theoretisch zumeist nur bei Sicherung der Diagnose „Blutvergiftung“ sichern. Zum Nachweis bedienen wir uns im Idealfall neben biochemischen auch immunhistochemischen und molekularbiologischen Methoden.

2. Es muß sichergestellt werden, daß die Kausalität einer Blutvergiftung tatsächlich dekubitusbezogen ist.

Beide Voraussetzungen sind im Einzelfall oft sehr schwer zu erbringen. So gingen wir davon aus, daß hochgradige Dekubitus- Fälle (Grad IV) regelmäßig mit einer Knochenentzündung einhergehen, die Streuherd für eine Blutvergiftung sein kann. Bei einer Studie fanden wir aber heraus, daß dies für 30% der untersuchten Grad IV – Fälle nicht gilt.

Somit ist es oftmals schwer, dem Dekubitus vor dem Hintergrund der vielen konkurrierenden Grunderkrankungen unter der Perspektive des Strafrechts die führende Kausalität an einem Todesfall zuzuweisen.

Mögliche straf- und zivilrechtliche Folgen der Dekubitusproblematik

Der Anfangsverdacht im Falle eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahren begründet sich zumeist auf fahrlässigem Verhalten.

Aber auch ein Fahrlässigkeitsvorwurf im Hinblick auf Körperverletzung oder gar Tötung ist in den meisten Ermittlungsverfahren nicht zu erhärten. Die Beweisproblematik durch fehlende Dokumentation wirkt sich hier paradoxerweise oftmals entlastend aus. Im Todesfalle kann insbesondere der ursächliche Zusammenhang mit dem Dekubitus meist nicht mit ausreichender Sicherheit beschrieben werden. Zu oft sind Patienten mit weiteren, schweren Erkrankungen betroffen, deren wechselseitige Abhängigkeiten klare Zuordnungen unmöglich machen. Insbesondere besteht bei Menschen mit infiziertem Dekubitalgeschwür und todesursächlicher Lungenentzündung regelhaft keine ausreichende Übereinstimmung zwischen dem Erregerspektrum in den beiden Infektionsherden.

Die Mehrzahl der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung (§222 StGB) oder fahrlässiger Körperverletzung (§229 StGB) im Zusammenhang mit Dekubitus wird somit eingestellt, und nur gelegentlich ein Bußgeld verhängt. In Ham-

burg haben wir den Ausgang von 15 Ermittlungsverfahren untersucht. Ein Kausalzusammenhang zwischen Tod und Dekubitus wurde in 3 Fällen bejaht, in 2 Fällen als möglich angesehen. Eine Schuldigsprechung von Pflegeverantwortlichen gab es aber bislang in keinem Fall, von 5 Fällen wurde das Verfahren einmal gegen Bußgeldbescheid eingestellt.

Anders sieht es im zivilrechtlichen Verfahren aus, wo die Beweislastumkehr gegen den Beklagten droht. Die Dokumentation des professionellen Handelns wird dabei als Rechenschaftsverpflichtung gegenüber dem Patienten und zugleich als therapeutische Pflicht zur sicheren Organisation einer angemessenen Versorgung gesehen. Entsprechend gibt es erste Verurteilungen zu erheblichen Schmerzensgeldzahlungen, die auf dem Orientierungssatz beruhen, dass das Auftreten von Druckgeschwüren im Falle stationärer Krankenhausbehandlung eines schwerstkranken Patienten nicht auf dessen schlechten Gesundheitszustand zurückzuführen sei, sondern „regelmäßig auf schwere ärztliche Behandlungsfehler und grobe Pflege- sowie Lagerungsmängel schließen lassen“. Verurteilungen können sich auch gegen Pflegeheimbetreiber richten. Die Notwendigkeit der Dokumentation der Gefahrenlage sowie der durchgeführten Maßnahmen wurde zudem vom Bundesgerichtshof mit konkretem Bezug zu Dekubitus unterstrichen.

Sozialgerichtlich gibt es darüberhinaus mehrere Urteile zur Kostenübernahme von Krankenkassen bzw. Sozialleistungsträgern für dekubitusbezogene Pflegehilfsmittel sowie zur Vorhaltungspflicht des Pflegeanbieters.

Dekubitus ist unter den chronischen Wunden ein häufiger gewordenes forensisches Begutachtungsproblem und gleichzeitig ein Merkmal von Pflegequalität, vor allem in Zeiten des tiefgreifenden demographischen Wandels bei in Frage gestellten ausreichenden Pflegeressourcen. Für die Zukunft gilt es meines Erachtens, bei der Analyse der Pflegequalität im regionalen Kontext zunächst Indikatoren zu finden, die eine sorgfältige Analyse über das Ausmaß der Problematik erlauben. In Hamburg bestand die Beteiligung der Rechtsmedizin an dem Prozeß im wesentlichen darin, zu Beginn einen ausreichenden Handlungsdruck zu erzeugen. Anderswo kann dieser sicher auch auf anderem Wege erzeugt werden, aber es ist doch, denke ich, eine insgesamt sehr gute Erfahrung, die wir aus Hamburg vermitteln können, daß dieser Handlungsdruck in nachweisbar wirksame nachhaltige Qualitätssicherung bei einem wichtigen Aspekt der Pflegequalität umgesetzt werden kann, sogar ohne daß dafür zunächst außergewöhnliche neue finanzielle Ressourcen notwendig sind.

Abschließend ist zu unterstreichen, daß Dekubitushäufigkeiten nicht als Marker von Qualität schlechthin postuliert werden dürfen, nur weil sie vergleichsweise zu anderen „weicheren“, weniger optisch greifbaren Qualitätskriterien guter Pflege einfach messbar sind – die Einhaltung von Lagerungsplänen und entsprechende Dokumentationspflichten dürfen nicht zulasten z.B. der Themen Ernährung und Flüssigkeitshaushalt, adäquate allgemeinmedizinische Versorgung, menschliche Zuwendung und emotionales Verständnis gehen. Und ganz wesentlich bleibt die Aufgabe der Politik, die Pflegenden in ihren Forderungen nach einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes zu unterstützen, um überhaupt die Rahmenbedingungen für eine adäquate Pflege herzustellen.

Statement

von

Claus Fussek

Vereinigung Integrationsförderung e.V., München

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

Lebensqualität und Würde pflegebedürftiger Menschen in Zeiten der Minutenpflege oder wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben!

„Eine wünschenswerte und auf Dauer zufriedenstellende Versorgung der Pflegebedürftigen kann nicht mit minimaler personeller Besetzung durchgeführt werden. Dies zeigt sich in allen bisher besuchten Pflegeheimen“ (Medizinischer Dienst (MDK) Bayern).

Auch auf Bundesebene kam der MDK zu einem erschreckenden Ergebnis, das man eigentlich nur noch als Bankrotterklärung und sozialpolitischen Offenbarungseid bezeichnen muss:

„Die vorhandenen Qualitätsdefizite sind keine ‚Einzelfälle‘, sondern weisen auf strukturelle Defizite in der Pflege hin. Häufig Pflegedefizite bestehen

- - im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung
- - beim Umgang mit Medikamenten
- - bei der Inkontinenzversorgung
- - in der Dekubitus-Prophylaxe und – therapie
- - beim Missbrauch freiheitseinschränkender bzw freiheitsberaubender Maßnahmen.“

Nur 20-30 % der Pflegeheime in Deutschland behandeln ihre Patienten „gut bis hervorragend“ (MDK Februar 2002).

Aus der Sicht der pflegebedürftigen Menschen ist die Situation in den meisten Pflegeheimen unerträglich. Auch viele tausend jüngere Menschen sind in Altenpflegeheimen „untergebracht“, oder sollte man besser von „Endlagerung“ sprechen. Genauere Zahlen von derartigen „Fehlbelegungen“ wie es in der Behördensprache heißt sind nicht bekannt. Der berechtigte Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben in der häuslichen Umgebung, versorgt durch ambulante Dienste, bzw Assistenten oder in geeigneten Wohnformen bleibt für die meisten pflegebedürftigen Menschen nur ein Wunschtraum. Meistens scheitert dieses Anliegen an den „unverhältnismäßigen Kosten“.

In den vergangenen 6 Jahren konnte ich allein in München über 90 Aktenordner mit Tausenden von Briefen, Faxen, E-Mails und Telephonnotizen zusammenstellen. Ca 70 Prozent der „Informanten“ sind inzwischen Pflegekräfte. Die meisten anonym, aus Angst vor Repressalien. Ich habe in meiner bald 30 jährigen beruflichen Laufbahn noch nie so viele vollkommen verzweifelte, erschöpfte, resignierte und traumatisierte Pflegekräfte und Angehörige erlebt:

- - „Ich muss das jemand erzählen!“
- - „Ich kann nicht mehr schlafen!“
- - „Kann ich Ihnen vertrauen?“
- - „Das hat doch mit Würde nichts mehr zu tun!“
- - „Ich bete jeden Tag zu Gott, dass nichts passiert, wenn ich wieder alleine Dienst habe!“

„Stellen Sie sich bitte vor, bei den nun folgenden Schilderungen handelt es sich nicht um irgendeinen „Pflegefalle“, um irgendeine statistische Größe, sondern es handelt sich um ihre Eltern oder um Sie persönlich:

„Stellen Sie sich bitte vor, sie müssen ganz dringend zur Toilette, sie läuten, sie rufen und eine überlastete Pflegekraft ruft Ihnen zu: „Machen Sie bitte in ihre Windel, ich mache sie später sauber!“ Würden Sie freiwillig in die Hose machen und dann Besuch empfangen?

In der häuslichen Pflege werden ebenfalls häufig aus Kostengründen Windeln („Inkontinenzartikel“) als „zumutbar“ angesehen. Aus Angst vor zu hohen Kosten, die dann zu einer Heimunterbringung führen, akzeptieren pflegebedürftige Menschen häufig diesen unwürdigen Zustand („Was bleibt mir den andres übrig?“)

Eine Tochter schreibt mir: „Es hat uns oft sehr weh getan, alte Menschen die ihre körperlichen Bedürfnisse noch sehr gut erkennen konnten, vergeblich die Bitte äußern zu hören, doch auf die Toilette gebracht zu werden. Stereotyp: -„jetzt ist keine Toilettzeit“. Was für eine Kränkung für einen Menschen, der einmal selbst sein Leben in der Hand hatte, gezwungen zu werden den Toilettengang unter sich gehen lassen zu müssen.“

„Inkontinenzartikel“, bzw. Dauerkatheter sind inzwischen längst zu „pflegeerleichternden Maßnahmen“ geworden, die dann logischerweise auch bei der Einstufung durch den MDK Berücksichtigung findet..

„Versicherte, die Einschränkungen in der Fähigkeit haben, ihren Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf selbstständig zu decken, werden häufig unzureichend mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt. Die Folge dieses Defizits ist nicht selten Unterernährung bzw. Austrocknung, die wiederum eine Akutversorgung notwendig macht.“ (aus dem genannten MDK Bericht)

„Nachdem im August 1999 bei meiner Mutter eine Schluckstörung festgestellt wurde, dauerte das Esseneingeben etwas länger. Sie musste immer wieder ermuntert werden noch etwas zu essen und zu trinken ... das Kauen und Schlucken dauert ca 30 Minuten. „Das dauert zu lange!“ Das Personal hatte dazu keine Zeit. Der Arzt empfiehlt eine Magensonde zu legen. Meine Mutter hatte die Pflegestufe III! Jetzt wechselte sich die Familie ab und ging jeden Tag zu den Mahlzeiten ins Heim. Die ausreichende Versorgung mit Getränken war sehr unbefriedigend, eigentlich zu allen Zeiten. Die vollen Becher wurden hingestellt, ein/zwei Schluck verabreicht und das war's dann. Denn auch für das Trinken eines 200 ml Bechers benötigte meine Mutter ca. eine halbe Stunde. Meine Mutter erhielt dann einfach Infusionen subkutan, um wenigstens eine gewisse Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen.“ (aus einem Brief einer Tochter über die Situation ihrer inzwischen verstorbenen Mutter).

Eine verzweifelte Pflegekraft: „Ich wünsche mir mehr Zeit zu haben, einen Menschen in Ruhe und vor allem im Sitzen das Essen eingeben zu können. Nicht ständig auf die Uhr zu blicken und ihm das Essen hineinzustopfen. Aber dabei den zu fütternden in die Augen zu blicken, ist das schlimmste!“

Magensonde bedeutet: nichts mehr kauen – nichts mehr schmecken – nichts mehr riechen – nichts mehr schlucken! Eine Ärztin des MDK berichtete mir von einem Pflegeheim wo 20 % der Bewohner eine Magensonde hatten. Nur eine war medizinisch nachvollziehbar!

Auch Magensonden sind inzwischen „pflegeerleichternde Maßnahmen“ im Pflegealltag.

Eine Pflegekraft bezeichnet diese resigniert auch als „pflegevermeidende Maßnahme“ – das spart Zeit! Wir sind häufig nur zu zweit für 30 schwerstpflegebedürftige Menschen es ist einfach nicht zu schaffen!“ Mit anderen Worten: „Die normale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist in zahlreichen Pflegeheimen nicht mehr sichergestellt - nicht in Eritrea oder Albanien, sondern in einem der reichsten Länder der Welt! Und das bei Heimkosten von ca 3000 bis 3500 Euro im Monat!“ Essen, Stuhlgang, Pflege, Zuwendung, beim Sterben die Hand halten .. alles wird in Minutenwerten eingestuft und abgerechnet! Wer hat sich das ausgedacht?

Alptraum: Mehrbettzimmer:

„Es ist einfach unerträglich für meine Mutter. Seit einem halben Jahr liegt sie im Pflegeheim in einem Doppelzimmer. In den letzten Monaten sind drei Menschen in ihrem Zimmer verstorben. Das ist alles so belastend und bedrückend. In ihrem Zimmer stinkt es immer wieder unerträglich nach Kot und Urin von ihrer Mitbewohnerin. Meine ;Mutter schämt sich und möchte keinen Besuch mehr empfangen ... sie hat aufgegeben!“

Missachtung der Intimsphäre:

Tochter resigniert und verbittert: „Habe ich die Möglichkeit, darauf zu bestehen, dass meine Mutter im Intimbereich nicht ständig von wechselnden männlichen Pflegekräften gewaschen wird? Sie ist vollkommen verzweifelt, schämt sich fürchterlich. Das ist würdelos und erniedrigend! Jeden Morgen wartet sie mit Angst auf das Öffnen der Zimmertüre. Wer wird ihr heute beim Waschen helfen!“

Eine Angehörige: „Die Einsamkeit in dem Heim war bedrückend. Es war wie in einer geisterhaften Zwischenwelt. Ich erinnere mich noch an den Anblick eines Rollstuhlfahrers, der mit heruntergelassener Hose in seinem Rollstuhl saß. Er war pitschnass, sein Gebiss lag auf der Armstütze seines Rollstuhles. Niemand kümmerte sich um ihn. Es ist in dem Heim ein langer demütigender Weg bis zum Sterben gewesen. Ich bringe mich um, bevor ich in ein solches Heim gehe!“

Unzählige solcher Beispiele werden mir täglich geschildert. Selbstverständlich gibt es auch andere Heime, „positive Beispiele“, „es geht auch anders“ ... nur sind diese sehr selten und kommen für viele Menschen, die dringend und „sofort“ einen „Pflegeplatz“ suchen wegen langer Wartezeiten, langen Anfahrtszeiten oder zu hoher Kosten nicht in Frage.

Diese Zustände in den meisten Pflegeheimen sind seit Jahren bekannt! Jeder der es wissen will kann sich davon persönlich überzeugen und sich dabei vorstellen, ob er oder sie im Alter, bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit so wohnen, leben und gepflegt werden möchte! Zu diesen Problemen schweigen die Ärzte, die meisten Pflegekräfte und Angehörigen, die Erben, die Betreuer und die Kirchen!

Endlich gehen immer mehr mutige Pflegekräfte engagiert und selbstbewusst an die Öffentlichkeit: „Ich habe ein System menschlicher Erniedrigung aufrechterhalten und den Erhalt meines Arbeitsplatzes über die Menschenwürde gestellt! Aber jetzt möchte ich mein Schweigen durchbrechen!“

Warum konfrontieren wir die Verantwortlichen in Politik, Kirchen, Gesellschaft und die Funktionäre der Heim- und Kostenträger nicht offen und schonungslos mit der

Realität, mit dem „alltäglichen Pflegewahnsinn?“ Warum werden immer noch die Pflegedokumentationen bei den angemeldeten (!) Kontrollen von Heimaufsicht und MDK „auf Vordermann gebracht“?

Die Verantwortlichen müssten bei den „Pflegesatzverhandlungen“ den pflegebedürftigen Menschen persönlich in die Augen schauen und ihnen ganz persönlich erklären, dass sie zwar „Deutschland wieder aufgebaut und schlimme Zeiten erlebt haben, Kinder groß gezogen haben“ ... dass aber nun Trösten, Zuwendung, in den Arm nehmen, Gespräche führen, auf die Toilette gehen, in Ruhe und Würde das Essen einnehmen oder gar beim Sterben die Hand zu halten inzwischen zu zeit- und damit zu kostenintensiv geworden ist. Das sind „Kaviarleistungen“, Luxus und nicht mehr zu finanzieren. Sie können den wehr- und hilflosen Menschen dann auch erklären, dass die Hilfsmittelindustrie kreativ war und zahlreiche „pflegeerleichternde Maßnahmen entwickelt hat und die Saugfähigkeit der „Inkontinenzartikel“ immer besser wird („Turbowindel“ bis zu 3,8 Liter!).

Das Produkt „Pflege“ ist der freien Marktwirtschaft übergeben worden – und an den Auswirkungen und Folgen schlechter Pflege wird sehr viel Geld verdient. Die Behandlung von Decubitalgeschwüren, die Folgen von Austrocknung, Kosten für Operationen nach Stürzen, für Magensonden, unzählige Krankenhauseinweisungen („soziale Indikationen“ und Pflegemangel im Heim), Transportkosten, u.ä. – sind inzwischen ein Wirtschaftsfaktor, ein Milliardengeschäft! Pervers: Jeder weiß inzwischen, dass z.B. auch unzählige Menschen mit Decubitus aus den Krankenhäusern entlassen werden --- alle schweigen und decken sich gegenseitig Pflegeheime, Krankenhäuser, Rettungsdienste und Ärzte. Das Interesse der Krankenkassen an Regressforderungen hält sich in Grenzen. Eine ethische Katastrophe und ein volkswirtschaftlicher Irrsinn! Über 2 Milliarden Euro haben die Krankenkassen 1998 für die Behandlung von Decubitalgeschwüren („für Pflegefehler“ – klingt wie Kratzer am Auto) bezahlt! Niemand ist dafür verantwortlich!!!

In welchem Land leben wir eigentlich? Der Hamburger Rechtsmediziner Prof. Klaus Püschel: „Bei vielen untersuchten Patienten war keinerlei Zeichen einer medizinischen Behandlung der Durchliegestellen zu erkennen. Diese Wunden sind ganz offen. Jeder kann sie sehen. Man muss nur hingucken. Aber viele schauen eben gar nicht hin. Es wird die Bettdecke darüber getan und dann sieht man das Problem nicht und leider schauen auch viele Ärzte nicht hin, so dass das im Verborgenen bleibt!“ Ein Wahnsinn ... hier verfaulen Menschen bei lebendigem Leid, es wird diskutiert, ob und wann eine Wechseldruckmatratze genehmigt wird keine Menschenrechtsorganisation, keine Kirchenvertreter interessieren sich für diese massiven Verletzungen der Menschenwürde.

Was muss eigentlich noch passieren? Wie viele Berichte über inhumane Zustände in Pflegeheimen, über die tägliche Erniedrigung und Demütigung total abhängiger und wehrloser Menschen, über unwürdige und kriminelle Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte müssen eigentlich noch erscheinen? Wann reagieren die politisch Verantwortlichen und wann erreichen wir eine öffentliche Entrüstung? Warum werden bei diesen Verletzungen der Menschenwürde keine Lichterketten, keine Gedenkminuten, keine Mahnwachen organisiert? Warum läuten keine Kirchenglocken? Wie ist diese Allianz des Schweigen und diese Gleichgültigkeit zu erklären? Pflegebedürftige Menschen sind längst zu Kostenfaktoren („Pflegefälle“, „Altenberge“, „Alterslasten“ „Soziallasten“) erklärt worden, deren „Abfertigung“ und „Entsorgung“ nach rechtlich festgelegten Pflege- und Qualitätsstandards erfolgt. Es geht schlicht und

einfach darum, grundgesetzlich verbürgte Grund- und Menschenrechte auch für wehrlose, pflegeabhängige und alte Menschen einzufordern!

WARUM sind gerade alte und pflegebedürftige Menschen derart entwürdigenden und lebensbedrohenden Bedingungen ausgesetzt, wie dies permanent authentisch berichtet wird? WARUM bitten die Informanten - es sind im allgemeinen die verzweifelten Angehörigen und Pflegekräfte – um Schutz ihres Namens, wenn sie nachweislich nur die Wahrheit wiedergeben?

WARUM lösen diese Berichte in der Öffentlichkeit nur hilflose Empörung aus im Unterschied zu sonstigen Reaktionen auf Missstände oder Vergehen, bei denen in aller Regel sofort gesetzliche Gegenmaßnahmen gefordert oder eingeleitet werden?

Niemand würde z.B. in seinem Urlaub „Einschränkungen“ dulden ... die verschiedenen Leistungen stehen im Urlaubsprospekt und wurden bezahlt. Bei „Reisemängel“ wird in der Regel mit Erfolg geklagt...! In zoologischen Gärten gibt es klare Vorschriften für die abwechslungsreiche und artgerechte Haltung von Tieren. Bei Verstößen gegen das Tierschutzgesetz werden harte Strafen gefordert. Selbst die EU-Kommission kritisiert die mangelhafte Tierhaltung in Zoos und droht mit einer Klage vor dem Europäischen Gerichtshof. Die Situation in deutschen Pflegeheimen scheint niemand so recht zu interessieren. Ein Schäferhund muss dreimal täglich „Gassi gehen“. Pflegebedürftige Menschen kommen oft „wegen Personalmangel“ tagelang nicht aus dem Bett und an die „frische Luft“. Auch „Fixierungen“ von pflegebedürftigen Menschen sind an der Tagesordnung ... Tierschützer beklagen – zur Recht – das Anketten von Elefanten: „Wer keine artgerechte Haltung garantieren kann, soll diese Tiere eben nicht halten dürfen!“

Weil sie eine ihrer Gänse verdursten lies, musste eine Hausfrau aus Berkersheim 2000 Euro Geldstrafe bezahlen. Tausende pflegebedürftige Menschen verhungern und verdursten in bundesdeutschen Pflegeheimen. Konsequenzen in der Regel: KEINE!

Nach langjährigem, verzweifelten, zermürbenden Kampf und schier endloser, ergebnisloser Diskussionen fordere ich inzwischen die „artgerechte Haltung“ von pflegebedürftigen Menschen, d.h. die Umsetzung des Tierschutzgesetzes in bundesdeutschen Pflegeheimen.

MINDESTANFORDERUNGEN für eine menschenwürdige Grundversorgung, die jedes Pflegeheim in Deutschland garantieren muss (Art 1 Grundgesetz, § 80 SGB XI) - bei ca. 2500 - 3500 €/ Monat. Diese Anforderungen sind nicht kompromissfähig und können daher auch nicht Gegenstand von Verhandlungen sein!!!

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH seine Mahlzeiten und ausreichend Getränke/Flüssigkeit in dem Tempo erhalten, in dem er kauen und schlucken kann. Magensonden und Infusionen dürfen nur nach ausdrücklicher und (regelmäßig) kontrollierter medizinischer Indikation verordnet werden. Die Notwendigkeit muss ständig hinterfragt werden! Eine Magensonde als pflegeerleichternde und damit auch pflegevermeidende Maßnahme ist menschenunwürdig und Körperverletzung!

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH so oft zur Toilette gebracht oder geführt werden, wie er es wünscht! (Windeln und Dauerkatheter als pflegeerleichternde Maßnahmen sind menschenunwürdig und Körperverletzung!)

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH (wenn gewünscht !) gewaschen, angezogen, gekämmt werden und sein Gebiss erhalten (Mundpflege!).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss (auf Wunsch) TÄGLICH die Möglichkeit bekommen sein Bett zu verlassen und an die frische Luft zu kommen.

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben, wenigsten seinen /ihren Zimmerpartner zu wählen, bzw abzulehnen. (Doppelzimmer und Mehrbettzimmer sind menschenunwürdig).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben, dass wenigsten ein Mitarbeiter auf Station ist, der die Muttersprache spricht. Kommunikation ist ein Grundrecht! (Trösten, zuhören, geduldig in den Arm nehmen, ein paar freundliche, liebevolle, verständliche, einfühlsame Worte dürfen nicht als „Kaviarleistung“ („nicht finanzierbar“) gelten).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Sicherheit haben, dass ihm in der Todesstunde wenigstens jemand die Hand hält, damit er nicht alleine und einsam sterben muss....!!!

Diese „Standards“ müssen in einem reichen Land, das den Anspruch hat; die Menschenrechte besonders zu achten selbstverständlich sein ...!

Die Grundvoraussetzungen für MENSCHENWÜRDIGE ARBEITSBEDINGUNGEN sind selbstverständlich ausreichendes, motiviertes, kompetentes und auch menschlich qualifiziertes Personal !!!

DIE WÜRDE AUCH DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN IST UNANTASTBAR !!!

Bei den Skandalen und Missständen handelt es sich längst nicht mehr um „ein paar bedauerliche Einzelfälle“ mehr, wie zynische Funktionäre immer noch behaupten, sondern um ein zentrales, flächendeckendes und gewaltiges ethischen, gesellschaftspolitisches, strukturelles Problem und um massive Menschenrechtsverletzungen. Ein Staatsanwalt meinte einmal resigniert, dass wir bei zahlreichen Pflegeheimen inzwischen von „rechtsfreien Räumen“ sprechen müssen. Dieses System der Inhumanität bezeichne ich als eine moderne Form von „sozialer Euthanasie“ – die größte Humankatastrophe nach dem zweiten Weltkrieg! Wenn wir hier die Kriterien von Amnesty International anwenden würden, müssten wir von Folter, von Körperverletzung, unterlassener Hilfeleistung, von vorsätzlicher und/oder fahrlässiger Körperverletzung, z.T. mit Todesfolge sprechen – in Deutschland heißt das lapidar: Pflegenotstand! Oder: „Jetzt ist er/sie erlöst!“ „Das war doch kein Leben mehr!“ „War doch schon so alt...!“ Wenn es uns nicht gelingt, dieses Thema zur politischen „Chefsache“ zu machen und nicht endlich aus den Erkenntnissen Konsequenzen ziehen, werden wir in ein paar Jahren eine offensive, öffentliche Diskussion über STERBEHILFE erleben! Wer zu diesen Zuständen schweigt, macht sich mitschuldig!

Wir werden früher oder später von unseren Kindern und Enkelkindern gefragt werden:

Wo und wie haben Oma und Opa ihre letzten Tage, Wochen und Monate verbracht? Wo und wie haben sie gelebt? Wie wurden sie gepflegt? Wo und wie sind sie gestorben? Was habt Ihr gesehen? Warum habt Ihr geschwiegen? Was habt Ihr dagegen unternommen?

Nach diesen langen, öffentlich geführten Diskussion kann nun niemand mehr sagen und behaupten: DAVON HABE ICH ABER NICHTS GEWUSST!!!

Claus Fussek
Dipl. Sozialpädag. FH
Vereinigung Integrationsförderung e.V.

Klenzestr.57 c
80469 München
familie@c-fusseck.de
www.verhungern-im-heim.de

Literaturhinweise:

„Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen“
Hrsg. Rolf .D. Hirsch & Claus Fussek (3.Auflage 2001 (Bestellung beim Autor)

„Die Ökonomisierung sozialer Qualität“ Otto Speck München 1999

Statement

von

Dr. Peter Pick

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der
Krankenkassen (MDS)

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel
– Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

1. Einführung

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt worden, Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen. Von 1997 bis 2002 haben die MDK bundesweit ca. 15.000 Qualitätsprüfungen durchgeführt, und zwar jährlich mit steigender Tendenz. Rechnet man die Wiederholungsprüfungen, also die Prüfungen, bei denen der MDK mehrfach Qualitätsprüfungen in einer Einrichtung durchgeführt hat heraus, so hat der MDK in rund 40% aller ambulanten Pflegedienste und in 73% aller stationären Pflegeheime eine Qualitätsprüfung durchgeführt. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen weisen auf ein heterogenes Qualitätsbild in den Einrichtungen hin und zeigen, dass eine kontinuierliche Begleitung der Pflegeeinrichtungen durch externe Qualitätsprüfungen nötig ist.

2. Grundansatz des PQsG

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) geht von einem gestuften Qualitätssicherungssystem aus. Basis des gestuften Qualitätssicherungssystems ist die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu betreiben. Im Mittelpunkt der Qualitätssicherung stehen damit die eigenen Aktivitäten der Pflegeeinrichtung, die auf eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zielen. Damit wird der internen Qualitätssicherung Priorität eingeräumt.

Die zweite Stufe besteht darin, dass die Einrichtungen die Qualität der Leistungen durch Leistungs- und Qualitätsnachweise darlegen müssen. Hier soll sich die Pflegeeinrichtung einer Zertifizierung durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen unterziehen. Durch das Scheitern der Pflege-Prüfverordnung im Bundesrat kann die zweite Stufe derzeit nicht realisiert werden. Durch das Scheitern der Pflege-Prüfverordnung gewinnt die MDK-Qualitätsprüfung sogar noch an Bedeutung.

Die dritte Stufe des Qualitätssicherungssystems besteht in einer externen Qualitätsprüfung durch den MDK und die Heimaufsicht. Mit dem PQsG sind die Prüfrechte des MDK nochmals erweitert worden. So kann der MDK tagsüber jederzeit angemeldet und unangemeldet Prüfungen und Besichtigungen in Pflegeeinrichtungen vornehmen. Zusätzlich sind Prüfungen zur Nachtzeit möglich, soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann.

Bei den pflegerelevanten Beobachtungen werden der Pflegezustand, der Umgang der Mitarbeiter mit den Pflegebedürftigen und die Gestaltung der Bewohnerzimmer berücksichtigt.

Die Analyse der Pflegedokumentation fokussiert die Frage, ob die Pflegedokumentation als Steuerungsinstrument des Pflegeprozesses genutzt wird. Ein weiterer Bereich bezieht sich auf Problembereiche, die bei bisherigen Qualitätsprüfungen evident geworden sind.

3. Ergebnisse der Qualitätsprüfungen

Die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen zeigen, dass die Qualität der Pflege verbesserungsbedürftig ist. Zwar trifft der MDK insbesondere bei Stichprobenprüfungen

gen auf Einrichtungen, die eine gute bis sehr gute Pflege leisten: In diesen Fällen bestätigt die Qualitätsprüfung des MDK die Arbeit der Einrichtungen und gibt zu einzelnen Fragen Anregungen für das Qualitätsmanagement.

Darüber hinaus trifft der MDK im Rahmen von Qualitätsprüfungen auf Einrichtungen, in denen im Prinzip eine befriedigende bis ausreichende Versorgung stattfindet. Zum Teil liegen hier jedoch Qualitätsdefizite vor, die zu Gefährdungen der Pflegebedürftigen führen können, wie z. B. eine unzureichende Inkontinenzversorgung, eine unreflektierte Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln sowie eine fehlende Aktivierung der Pflegebedürftigen. In diesen Einrichtungen werden im Prüfbericht Qualitätsverbesserungen empfohlen.

Last but not least trifft der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen auch auf extreme Qualitätsdefizite. Hier stellen die Qualitätsprüfer des MDK Situationen der Pflegebedürftigen fest, die gekennzeichnet sind durch Verwahrlosung, Unterernährung oder nicht behandelte Dekubitalgeschwüre. In diesen Fällen, in denen erhebliche Gesundheitsgefährdungen des Pflegebedürftigen vorliegen, empfiehlt der MDK den Pflegekassen entsprechende Maßnahmen, die bis zur Kündigung des Versorgungsvertrages gehen können.

In Auswertungen der Qualitätsprüfungen dokumentiert das MDK-System die vorrangigen Qualitätsdefizite. Dabei stehen Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses einschließlich der Pflegedokumentation weiterhin an der Spitze. Des Weiteren werden Defizite bei der Umsetzung des Pflegekonzeptes, bei der Führung des Dienstplans und der Personaleinsatzplanung festgestellt.

Außerdem haben sich in den Qualitätsprüfungen bestimmte Probleme in der Versorgung herauskristallisiert. Dabei handelt es sich um die nicht fachgerechte Dekubitusprophylaxe und -therapie, Defizite bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Defizite bei Inkontinenzversorgung, mangelnder Umgang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen und zu viele freiheitseinschränkende Maßnahmen.

Beispielhaft für diese Problembereiche soll hier auch die Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung eingegangen werden. Die Qualitätsprüfungen des MDK zeigen, dass Pflegebedürftige nicht immer eine ausreichende Ernährung und Getränkeversorgung erhalten. Dies hat Auswirkungen auf den Gesundheits- und Pflegezustand der Pflegebedürftigen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. So kommt eine gezielte Untersuchung des MDK Hessen bei 145 Personen mit Magensonden zu folgendem Ergebnis: Bei 40% der untersuchten Personen wird das Gewicht nicht ermittelt. 47% der Personen erhalten weniger als den erforderlichen Grundumsatz. 70% der Personen erhalten weniger als den Grundumsatz mal Faktor 1,2, der insbesondere bei umtriebigen Pflegebedürftigen förderlich ist. Immerhin 20% der Magensonden waren nicht mehr indiziert. Auffallend ist, dass die Situation im ambulanten Bereich besser ist als im stationären Bereich. Dies zeigt, dass das Engagement der pflegenden Angehörigen zum Teil Defizite der professionellen Pflege kompensieren kann.

4. Auswirkungen und Ursachen

Die Auswirkungen dieser Defizite ist, dass sich eine tendenziell passivierende Pflege in den Einrichtungen breit macht. Worin liegen die Ursachen für die festgestellten

Defizite? Die erste wesentliche Ursache liegt darin, dass die Pflege nach wie vor schlecht organisiert und geplant wird. Diese schlechte Organisation und Planung schlägt sich in den Pflegeergebnissen nieder. Die zweite Ursache besteht darin, dass die Qualifikation der Pflegekräfte verbesserungsfähig ist. Dies weist auf die Bedeutung einer guten Ausbildung der Pflegefachkräfte hin. Neben der guten Ausbildung kommt es jedoch auch darauf an, dass Wissen der Pflegefachkräfte auf dem aktuellen Stand zu halten. Außerdem bedarf die Qualifizierung und Fortbildung der Leitenden Pflegefachkräfte teilweise der Verbesserung. Die dritte Ursache der Defizite liegt zum Teil auch in personellen Unterbesetzungen in den Einrichtungen. So sind bewilligte Stellen nicht besetzt bzw. es fehlt in speziellen Versorgungsbereichen an einer adäquaten Personalbemessung. Diese Feststellung ist kein Plädoyer für eine pauschale Anhebung der Personalstellen in den Pflegeeinrichtungen. Viel mehr wird es darauf ankommen, gezielt mit Hilfe von Personalbemessungssystemen den Personalbedarf festzustellen und da, wo Defizite bestehen, hier Aufrüstungen vorzunehmen.

5. Ausweg

Die festgestellte Qualitätssituation fordert die Einrichtungen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der MDK zeigen, dass engagierte Pflegeeinrichtungen und engagierte Pflegefachkräfte in der Lage sind, gute Ergebnisse zu erzielen. Deshalb müssen die Anstrengungen in den Einrichtungen zunehmen, für eine qualitativ gute Versorgung zu sorgen. In den letzten Jahren sind hier auch durchaus Verbesserungen erreicht worden. Eine besondere Verantwortung kommt in diesem Kontext den Pflegediensten und den Heimleitungen zu. Qualitätssicherung ist nur dann erfolgreich, wenn sie von der Leitung des Hauses gewollt ist und offensiv angegangen wird. Die Qualitätsprüfungen des MDK und der Heimaufsicht sind in der Lage flankierend auf Verbesserungen in den Einrichtungen hinzuwirken. Deshalb wird es wichtig sein, den Umfang der Prüfungen in den nächsten Jahren beizubehalten.

Darüber hinaus gilt es, die Rahmenbedingungen für eine gute Pflege zu verbessern. Gerade mit Blick auf die demographische Entwicklung bedarf die Pflegeversicherung einer gezielten Weiterentwicklung. Die aktuelle Diskussion um eine Abschaffung der Pflegeversicherung sehen wir mit großer Sorge, da eine Lösung der dargestellten Probleme nur mit und nicht ohne die Pflegeversicherung erreicht werden kann. Bei der Weiterentwicklung messen wir der besseren Versorgung der Demenzkranken und der stärkeren Einbeziehung von deren Belangen in die Pflegeversicherung eine besondere Bedeutung zu.

Ein weiterer wesentlicher Punkt wird es sein, die Bedeutung der Pflege im Versorgungssystem zu stärken. Das Arbeitsfeld der Pflege muss auch nach außen attraktiv wirken und es ermöglichen auf einem enger werdenden Ausbildungsmarkt Nachwuchs für die Pflege zu gewinnen. Von daher gilt es, die gesellschaftliche Akzeptanz der Pflege zu erhöhen und ihr einen höheren Stellenwert in der Gesellschaft einzuräumen. Hierauf sollen die Politik, die Einrichtungsträger und die Leistungsträger gemeinsam in den nächsten Jahren hinwirken.

Statement

von

Klaus Großjohann

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel –
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
sehr geehrte Damen und Herren,

meine Vorredner haben ja bereits sehr detailliert über Ausmaß und Auswirkungen von Pflegemängeln gesprochen. Es handelt sich ja um Probleme einer Minderheit, freilich um eine Minderheit, die unserer besonderen Aufmerksamkeit bedarf. Und da sich die Angehörigen dieser Minderheit häufig nicht selbst politisch artikulieren können und auch deren Angehörige dazu nicht immer in der Lage sind, begrüßen wir vom Kuratorium Deutsche Altershilfe es außerordentlich, dass Sie die Initiative zu der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ ergriffen haben und nun zum dritten Mal auch diese Fachgespräche veranstalten. Dies erscheint mir sehr verdienstvoll neben einer Reihe von anderen Organisationen, Gruppen und engagierten Einzelpersonen, die sich um dieses Thema kümmern.

Für uns im KDA sind Pflegemängel überhaupt kein Tabuthema! Seit Jahrzehnten bereits weisen wir auf Defizite in der Pflege hin, von der früher zu einem großen Teil unzureichenden Qualifikation eines Teil der Pflegekräfte über völlig unangepasste Tag-Nacht-Rhythmen in Heimen, einen viel zu großen Anteil von Doppelzimmern in Pflegeeinrichtungen, mangelhafte Ernährung und nicht vorhandene Rehabilitationsanstrengungen bis zum völlig unqualifizierten Umgang mit einem Dekubitus. Wir haben dies in unseren Veröffentlichungen zu diesen Themen unter den Begriff „Gefährliche Pflege“ gefasst und uns mit Aussagen nicht immer Freunde gemacht, obwohl es dabei stets unser Ziel war, nicht anzuklagen und zu bejammern oder rückwirkend nach Schuldigen zu suchen, sondern die Chancen auszuloten, menschenunwürdige Zustände in der Pflege zu verhindern oder doch zumindest so weit wie möglich zu reduzieren. Unsere Methode war die Ansprache Verantwortlicher, die Anregung zu wissenschaftlichen Untersuchungen und zum Erfahrungsaustausch und die Durchführung von Veranstaltungen mit dem Ziel, das vorhandene Wissen und den Stand der Künste möglichst weit in die Praxis zu verbreiten und diejenigen zu ermutigen, die gute Arbeit leisten. Zusätzlich hatten wir die Möglichkeit, Tausende von Fortbildungsveranstaltungen zur Verbesserung der Qualifikation der Pflegekräfte aus Mitteln der ARD-Fernsehlotterie fördern zu können.

Und ich muss an dieser Stelle eine ganz wichtige Bemerkung machen: Eine große Zahl der Beschäftigten in der Pflege bemüht sich nach Kräften und mit hohem persönlichen Einsatz darum, den oftmals schwierigen Dienst so zu gestalten, dass den individuellen Bedürfnissen und den jeweiligen besonderen psychischen und körperlichen Gegebenheiten der Bewohner Rechnung getragen wird und entsprechend geholfen, betreut und gepflegt wird. Diese Mitarbeiter verdienen unseren höchsten Respekt. Die Einrichtungen, in denen qualitätvolle Pflege und Betreuung erfolgt, bedürfen noch viel stärker als bisher der Würdigung und Anerkennung ihrer Tätigkeit. Und wir alle – auch wenn einige wegschauen - tragen gemeinsam Verantwortung, wir alle sind in gewissem Umfang dafür mitverantwortlich, dass es Pflegefehler, gefährliche Pflege, Vernachlässigung und Misshandlungen gibt, dass es Freiheitsberaubung durch unzulässige Fixierungen gibt, dass es Missbrauch von Medikamenten gibt etc.

Ich möchte nun nicht einfach einstimmen in den Chor derjenigen, die nun als Ausweg aus den Problemen der Pflegemängel mehr Kontrolle fordern. Selbstverständlich muss kontrolliert werden, und es muss qualifiziert kontrolliert werden. Aber der Ruf nach mehr *externer* Kontrolle durch Heimaufsicht und MDK greift zu kurz. Ebenso

wichtig erscheint mir eine Intensivierung aller *internen Qualitätsentwicklungsprozesse*. Denn es kann doch nicht hinter jeder pflegenden Person ein Kontrolleur stehen! Wir haben im KDA zahlreiche Arbeitshilfen und Materialien zur internen Qualitätsentwicklung erarbeitet, die im Prinzip ja allen zur Verfügung stehen. Sie werden jedoch immer noch zu wenig genutzt.

Wir müssen uns weitgehend auf die Fähigkeiten der pflegenden Personen verlassen können. Das heißt, dass diese Personen ihrer Aufgabe gemäß qualifiziert sein müssen. Qualität durch Qualifizierung! So muss unser Motto lauten! Jeder, der Dienstleistungen in Anspruch nimmt bzw. in Anspruch nehmen muss, kennt das Problem, von nicht oder nicht ausreichend kompetenten Personen bedient zu werden. Im Normalfall haben Sie die Wahl, sich einen anderen Dienstleister zu suchen, als schwer pflegebedürftiger Mensch haben Sie diese Wahlmöglichkeit in der Regel kaum noch.

Mir ist bewusst, dass in der Pflege wie in jedem anderem Bereich Fehler gemacht werden. Häufig sind dies eher zufällige Fehler, Schlamperei, Gedankenlosigkeit, zeitweise Überforderung usw.; zum Teil fällt dies auch in den Bereich, der als „menschliches Versagen“ gekennzeichnet wird. Schaut man genauer hin, so ist oft Überforderung oder Fehleinschätzung aufgrund mangelnder Qualifikation die Ursache. Leider können wir diese Fehler nicht ganz ausschließen, aber wir können sie mit hoher Wahrscheinlichkeit durch Verbesserung der pflegerischen und sonstigen Rahmenbedingungen *erheblich* verringern.

Wichtiger erscheint mir der Bereich der sogenannten systematischen Fehler, verursacht z. B. durch ein völlig falsches Konzept zur Betreuung von Menschen mit Demenz, die Unterbringung in einer ungeeigneten Einrichtung sowie Hinterherhinken oder gar das Zurückbleiben hinter dem „Stand der pflegerischen Künste“, die Anwendung ungeeigneter veralteter Methoden bei der Pflege usw. Diesen Fehlern können Sie nur durch Qualifizierung der Beteiligten auf allen Ebenen begegnen und zum Teil durch eine systematische und nachhaltig wirkende Fort- und Weiterbildung. Die Qualifizierung der handelnden Personen bildet das Schlüsselproblem der Pflege und das Schlüsselproblem der Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung. Wer dies nicht einsehen mag, der sollte sofort eine Hospitation in einer beliebigen Einrichtung der stationären Altenpflege machen. Er wird rasch sehen, dass angesichts der hohen Zahl sehr alter multimorbider, psychisch kranker wie z.B. dementer Personen keine Strategie greifen kann, die allein auf Vermehrung des Personals setzt, ohne die Erfordernis höherer Qualifikation einzusehen! Also: wir brauchen *mehr* und *besser ausgebildetes* Personal!

Ein Fortschritt in dieser Richtung ist nun glücklicherweise erreicht worden, die neue bundeseinheitliche 3jährige Altenpflegausbildung, die freilich noch der Umsetzung auf Landesebene bedarf. Wir vom KDA haben hierzu Materialien entwickelt, die eine Weiterentwicklung der Ausbildung begründen, weg von der Anhäufung von Einzelkenntnissen aus den verschiedenen Wissensgebieten, hin zu einem an den Problemen der pflegebedürftigen Personen orientierten Fallverstehen mit den entsprechenden individuellen Handlungsmöglichkeiten. Dieses zukünftige „neue“ Wissen erleichtert die Umsetzung meines ersten Vorschlags zu Auswegen aus dem Bereich der Pflegemängel.

Ich möchte nun drei ganz konkrete Vorschläge vorstellen, bei deren Umsetzung so etwas wie ein Ruck zu mehr Qualität und starker Verminderung der Pflegemängel ganz sicher erreicht würde. Diese Aufgaben gehen uns freilich alle an und können nicht dadurch angegangen werden, dass man der Politik gegenüber die Erwartung äußert, nun müsse von den Fraktionen des Landtags und vom Land NRW endlich gehandelt werden. Wir alle sind gefordert, die Politik, die Krankenkassen und Pflegekassen, der MDS, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Verbände der privaten Betreiber von Heimen und ambulanten Diensten, die Kommunen, die überörtlichen Sozialhilfeträger, die Altenpflegeschulen etc. und selbstverständlich auch wir beim Kuratorium Deutsche Altershilfe. Hierzu sind weder neue Gesetze, noch neue Verordnungen erforderlich, sondern lediglich der erklärte Wille aller Beteiligten, das heute bereits zur Verfügung stehenden Instrumente und verfahren konsequent anzuwenden und den Wissenstransfer entscheidend zu verbessern!

1. Wir brauchen die möglich breite Anwendung eines rationalen Personalbemessungsverfahrens. Wenn Sie wissen wollen, wie Sie Pflege nach dem Stand der Künste in einer Pflegeeinrichtung bei gegebener Zahl und gegebenen individuellen Anforderungen bzw. gegebenem Pflegebedarf bei den Tätigkeiten für die Bewohner angemessen organisieren und sicherstellen sollen, so brauchen Sie ein rationales Personalbemessungsverfahren, um „gefährliche Pflegesituationen“ streng zu begrenzen. Alle bisher verwendeten Werte zur Personalbesetzung bzw. zum notwendigen Einsatz und Anteil von Fachpersonal beruhen auf gewachsenen vermeintlich sicheren Erfahrungen und zu einem gehörigen Teil auf Spekulationen über Personalschlüssel bzw. Personal-Anhaltzahlen oder ähnlichen Verfahren, die empirisch nicht ausreichend abgesichert sind. Dagegen bietet das von uns in über 12.000 Fällen erprobten Verfahren PLAISIR eine sichere Grundlage zur Personalbemessung, die weit über das bisher verfügbare hinausgeht. Ich kenne die Kritik an diesem Verfahren; aber es ist so gut – und man kann es ja auch dann weiterentwickeln - dass auf absehbare Zeit keine Alternative hierzu gibt. Es steht in Kürze für alle zur Verfügung, die es einsetzen wollen. In Nordrhein-Westfalen zielt man sich trotz der vieltausendfachen Erprobung zum Teil noch, das Verfahren zu propagieren.

2. Im Mittelpunkt der Tätigkeit der Pflegefachpersonen muss endlich die theoriegeleitete Steuerung des Pflegeprozesses stehen, also Planen, Durchführen, Dokumentieren und Evaluieren nach dem „Stand der Künste“. Dies muss in allen Phasen von Beraufsausbildung und Berufsausübung verankert werden.

3. Die Funktionspflege muss so rasch wie möglich durch ein Bezugspflegesystem ersetzt werden. Die Funktionspflege zeichnet sich durch ein standardisiertes Vorgehen aus, wie z.B. das durchgehende Bettenmachen, das durchgehende Blutdruckmessen... etc. Das Funktionieren steht bei der Funktionspflege im Vordergrund. Funktionspflege verläuft tätigkeitsorientiert anstatt prozessorientiert. Die ordnungsgemäße Erfüllung pflegerischer Funktionen hat dabei oftmals einen höheren Stellenwert als die Bedürfnisse der Bewohner.

Den vermeintlichen Vorteilen dieser Funktionspflege als Delegation aller pflegerischen Aufgaben an alle Mitarbeiter wie Routine und klare hierarchische Ordnung stehen erhebliche Nachteile gegenüber wie

- Die Überlastung der Wohnbereichsleitung und Schichtleitung

- Die Unterforderung examinierter Pflegekräfte (keine gezielte Einsetzung von Wissen und Können. Heimbewohner hat wechselnde Pflegekräfte)
- Die Trennung von Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege und damit eine Aufspaltung des Pflegeprozesses
- Die mangelnde Nachvollziehbarkeit von Pflegeplanung und Pflegeverlaufsbeobachtung und
- ein schlechter Informationsfluss

Dem gegenüber sind die wesentlichen Merkmale der Bezugspflege, dass eine Pflegeperson über einen längeren Zeitraum konstant die Pflege mehrerer Bewohner übernimmt und die gesamte Verantwortung trägt, auch für die administrativen Aufgaben der Pflege, sowie über die ihr zugeteilten Pflegeschüler und ungelernen Pflege Mitarbeiter. Eine Pflegeperson ist also für alle Handlungen an einer kleinen Gruppe von Bewohnern, die nach verschiedenen Kriterien (Zimmer, Bereich, Pflegegrad, etc. etc.) eingeteilt werden, zuständig. Die Qualität der Pflege steigt bei dieser Form der Betreuung. In den Heimen, die ein Bezugspflegesystem (manche sagen auch ganzheitliches Pflegesystem) praktizieren, werden den Pflegekräften Bewohner zugeteilt, die sie regelmäßig und umfassend betreuen. Dadurch fühlen sich die Bewohner und die Angehörigen besser versorgt: Sie haben klare Ansprechpartner und wissen, dass diese mit ihrer persönlichen Situation vertraut sind. Doch nicht nur für die Bewohner, sondern auch für die Pflegekräfte hat die Einführung des Bezugspflegesystems einen positiven Effekt: Die umfassende Betreuung einzelner Bewohner bedeutet für das Personal eine Erweiterung des eigenverantwortlichen Arbeitens, da es den Handlungs- und Entscheidungsspielraum vergrößert. Wie alle einschlägigen Untersuchungen gezeigt haben, sind Pfleger und Schwestern durch die damit gesteigerte Effektivität ihrer Arbeit zufriedener. Freilich stellt ein solches System höhere Anforderungen an die Qualifikationen der Pflegekräfte, da unzureichend ausgebildetes Personal der erweiterten Verantwortung nicht gewachsen ist. Zu den weiteren Folgen der Einführung der Bezugspflege gehört, dass die Zufriedenheit des Pflegepersonals Fluktuation von Mitarbeitern vermindert, und das spart u.a. die ansonsten anfallenden Einarbeitungskosten.

Jedem wird deutlich sein, dass nun im Zusammenhang mit der Forderung nach einer Verhinderung von Pflegemängeln auch das Stichwort „Geld“ fallen lassen muss. Ich möchte zu bedenken geben, dass „mehr Geld“ in dieser pauschalen Forderung abgewiesen werden muss. Die Beteiligten *müssen* vielmehr nachweisen, *wofür* ganz exakt mehr Geld notwendig ist. Wir müssen Punkt für Punkt alle Bereiche der pflegerischen Versorgung daraufhin abklopfen, wo Reserven stecken, wo rationaler und rationeller gearbeitet werden kann und welche Einschränkungen wem zumutbar sind. Und dies muss so geschehen, dass dabei der Nutzen für die Versorgung der pflegebedürftigen Heimbewohner im Vordergrund steht.

Lassen Sie mich zum Schluss noch einen Hinweis darauf geben, wie wir durch neue Formen der Pflege einen Qualitätsschub erreichen können, bei dem alle oben genannten Vorschläge praktisch integriert sind: durch den mittel- bis langfristigen Umbau einer Vielzahl der bestehenden stationären Einrichtungen und den Bau neuer Einrichtungen nach dem KDA-Hausgemeinschaftskonzept. Dies sind kleine wohngemeinschaftsähnliche Einheiten mit 8 bis 10 Bewohnern mit einem großen Gemeinschaftsraum mit Küche und separat gelegenen Einzelzimmern für diese 8 – 10 Bewohner. Sie werden im Alltags von einer ständig anwesenden Präsenzkraft bereut.

Fachlich hoch qualifizierte Pflege wird nach Bedarf zugeschaltet. Die üblichen zentralen Einrichtungen großer Heim fallen weg. Den Kernpunkt des Hausgemeinschaftskonzepts bildet eine grundsätzlich andere Auffassung über die „Produktion von Lebensqualität“ für Menschen, deren Hilfebedarf so hoch ist, dass eine Unterstützung erforderlich ist. Ohne dies an dieser Stelle weiter erläutern zu können, ist kennzeichnend für die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger in den letzten Jahrzehnten, dass man sich um eine ständige Weiterentwicklung der Qualitäten der Bausubstanz wie der inneren Strukturen und Abläufe in Heimen bemüht hat. Im Zusammenhang mit den Anforderungen an möglichst wirtschaftliche Versorgung wurden Abläufe so strukturiert, dass sie in Analogie zu einer immer stärker arbeitsteilig organisierten *manufakturmäßigen* Produktion gesehen werden können. Die Arbeitsteilung hat mit dazu beigetragen, dass Funktionspflege mit den vorher genannten Schwierigkeiten betrieben wurde.

Im Zusammenhang damit wurden die einzelnen Teilaufgaben optimiert, um die Gesamtaufgabe optimieren zu können. Es dominieren immer noch allzu häufig die an einem (meist innenliegenden) Flur aufgereihten Zimmer, in denen ähnliche Prozesse bzw. Einzelverrichtungen nach einem bestimmten Plan ablaufen, erledigt von jeweils hierfür spezialisierten Personen(gruppen), in der Hoffnung, durch die Optimierung dieser Einzelprozesse insgesamt eine stabile Versorgung mit einer tendenziellen Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, u.a. durch z.B. eine gute Dienstplantechnik. Diese Verbesserungen der Teilaufgaben sollen auf keinen Fall abgewertet werden, denn in noch zu vielen stationären Einrichtungen werden nicht einmal diese Teilaufgaben in der eigentlich angemessenen Qualität erledigt, wie Berichte aus Einrichtungen (u.a. auch der Heimaufsicht und des MDK) immer wieder zeigen. Doch in Bezug auf eine grundlegende Verbesserung der Lebensqualität stößt diese *manufakturmäßige* arbeitsteilige Vorgehensweise an Grenzen, denn sie stellt eher das „Funktionieren“ des Systems „stationäre Einrichtung“ als eines Großhaushaltes aus der Perspektive der Organisation sicher, weniger aus der Perspektive der Bewohner, deren Auffassung eines Haushaltes sich eher am „Normalhaushalt“ mit einer begrenzten Personenzahl orientieren wird.

Die fachlich geforderte Bezugspflege (statt einer Funktionspflege) und u.a. die biografieorientierte Arbeit, eine eher im Hintergrund dezent wirkende Pflege im engeren Sinne sowie die Mitwirkung bei ärztlich verordneten Leistungen u.v.m. lassen sich im Rahmen einer Hausgemeinschaft mit ihrer möglichen Mischung von Geselligkeit und Rückzug (ins Einzelzimmer), von Nähe und Distanz, von Alltagsgestaltung und spezifischen Eingehen auf die persönliche Situation in der Regel weitaus besser (und, wie inzwischen bekannt und belegt ist, zu gleichen Kosten) gestalten als in einem „normalen“ Heim. Dazu zählen die vor allem für Menschen mit Demenz notwendige persönliche Nähe, die Überschaubarkeit und Sichtbarkeit, die deutliche Reduzierung von Pflegefehlern, die Reduzierung von Hospitalismus, der Rückgang des Psychopharmakaverbrauchs, der Rückgang mangelnder oder fehlerhafter Ernährung, der Rückgang der Dekubitusrate, der Rückgang von sog. „herausfordernden Verhalten“, die Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus etc.

Dies ist fachlich freilich nicht unumstritten, weil die Zahl der Bewohner pro Hausgemeinschaft immer wieder relativiert und auf die Gruppeneigenschaften (Anteil verwirrter und dementer Personen) bezogen diskutiert wurde und weiter diskutiert werden muss. Doch auch unabhängig von den über den Modellrahmen hinaus wirkenden Hausgemeinschaften „in Reinkultur“ setzt das *Konzept* allein an vielen Stellen

Energien frei, in konstruktivem Sinne die Lebensqualität der Bewohner (über die Pflegequalität hinaus) in den Mittelpunkt zu stellen oder zu fördern. Die Ausstrahlung, die das Konzept bisher entfaltet hat, lässt hoffen, dass es wirklich in der Altenhilfe zu einem Paradigmawechsel kommen kann, beim Pflegemangel absolute Einzelfälle bleiben.

Statement

von

Anke Buhl

PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

ich freue mich, Ihnen heute von den Erfahrungen der letzten Jahre des PflegeNotTelefons berichten zu können. Ich werde mich dabei auf die folgenden Punkte konzentrieren:

- 1. Projektbeschreibung und Zielsetzung**
- 2. Ergebnisse der bisherigen Beratungsgespräche**
- 3. Anforderungen an die Pflegepraxis**

Zu 1. Projektbeschreibung

Schon seit Jahren findet in Schleswig-Holstein eine auch politisch geführte Auseinandersetzung mit der Thematik „Gewalt gegen ältere Menschen“ statt. Diese mündete 1998 in einem Beschluss des schleswig-holsteinischen Landtages zu „Gewalt gegen ältere Menschen – Prävention und Intervention“ (Drucksache 14/1200 vom 16. Januar 1998).

Das auf dieser Grundlage entwickelte Projekt „PflegeNotTelefon in Schleswig-Holstein“ ist eine von mehreren Maßnahmen, die modellhaft Unterstützungs- und Hilfeformen für betroffene Menschen entwickeln sollen. Es ist seit dem 1. April 1999 landesweit unter der einheitlichen Telefonnummer 01802 49 48 47 erreichbar und seit dem 1. September 2002 um ein muttersprachliches Beratungsangebot in den Sprachen türkisch, bosnisch, serbisch, kroatisch und russisch erweitert worden.

Die Projektkoordination wurde auf die Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Schleswig-Holstein e.V., übertragen.

Ich möchte Ihnen gern mit Hilfe eines kleinen Gedichtausschnittes einen Einblick in die in Schleswig-Holsteingeführte Diskussion geben.

Die Gewalt

Die Gewalt fängt nicht an
wenn einer einen erwürgt
Sie fängt an
wenn einer sagt:
'ich liebe dich:
Du gehörs mir!'

Die Gewalt fängt nicht an
wenn Kranke getötet werden
Sie fängt an
wenn einer sagt:

'Du bist krank:
Du mußt tun was ich sage' ...

Erich Fried

Nach umfassender Diskussion über den zugrunde liegenden Sachverhalt der „Gewalt in der Pflege“ wurde der Begriff der „PflegeNot“ als zentraler Anknüpfungspunkt für die Projektgestaltung entwickelt.

Mit dem „PflegeNotTelefon in Schleswig-Holstein“ werden drei wesentliche Zielsetzungen verfolgt:

1. Krisen-, Beratungs- und Beschwerdetelefon

Das PflegeNotTelefon soll Menschen, die sich in belastenden Situationen von PflegeNot befinden, ermutigen, Wege aus der Hilflosigkeit und der häufig damit verbundenen Sprachlosigkeit zu finden. Dabei ist es unerheblich, ob die Anrufer/ -innen selbst pflegebedürftig sind, professionell bzw. familiär pflegen oder anderweitig mit entsprechenden Gegebenheiten konfrontiert sind. Für diese telefonische Beratung stehen erfahrene Ärzte/ -innen, Psychologen/ innen, Sozialpädagogen/ -innen, Juristen/ -innen, und Pflegefachkräfte zur Verfügung, die von ca. 45 kooperierenden Organisationen gestellt werden.

2. „Pflegebedarfsplanung von unten“

Mit dem PflegeNotTelefon soll ein Überblick über die tatsächliche Situation von pflegenden und pflegebedürftigen Menschen hergestellt werden, der ausschließlich die Sichtweise der direkt Betroffenen berücksichtigt. Hierfür werden alle Telefongespräche mit Hilfe eines standardisierten und nummerierten Gesprächsprotokolls erfasst und ausgewertet.

3. Konkretisierung des Landtagsbeschlusses

Das PflegeNotTelefon soll Anhaltspunkte für eine Bewertung der bereits bestehenden Hilfs- und Entlastungsangebote liefern, notwendige Ergänzungen und Weiterentwicklungen aufzeigen. Die mit dieser Berücksichtigung von Nutzerinteressen erzielten Ergebnisse dienen dabei als Hilfestellung für weitere Bedarfsplanungen oder Projektförderungen im Rahmen der Umsetzung des zugrunde liegenden Landtagsbeschlusses.

In der Zeit von April 1999 bis Juni 2003 sind beim „PflegeNotTelefon in Schleswig-Holstein“ ca. 4000 Gespräche geführt worden.

Unser Angebot wird überwiegend von Angehörigen wahrgenommen (59%). Die pflegebedürftigen Menschen selbst nehmen das „PflegeNotTelefon“ deutlich seltener in Anspruch (9% der Anrufer/ -innen). Die Nutzung durch professionelle Pflegekräfte ist im Projektverlauf leicht angestiegen (von 9 % auf ca. 13%).

Wie erwartet sind die Anruferinnen vor allem Frauen (76%), hiervon wiederum mehr als die Hälfte Töchter von pflegebedürftigen Eltern oder Elternteilen, überwiegend Müttern. Fast die Hälfte der Anruferinnen ist zwischen 40 und 60 Jahre alt.

Aus den Gesprächsprotokollen ergibt sich, dass immerhin 38% der Anrufe anonym erfolgten und dass diese Anonymität überdurchschnittlich von pflegerischen MitarbeiterInnen aus Pflegeeinrichtungen genutzt wurde.

Rund 1/3 der Anrufe hatten die Auseinandersetzung mit Formen von Gewaltanwendung in der Pflege zum Gegenstand.

Die am häufigsten genannten Vorkommnisse betreffen die Vernachlässigung von pflegebedürftigen Menschen bzw. ihre psychische und seelische Unterdrückung. Die Auswertung hat ergeben, dass neben der stationären Pflege und der ambulanten Pflege auch die familiäre Pflege durch Angehörige im Rahmen der Gewaltprävention stärker zu beachten ist.

In den bisherigen Beratungen lassen sich auch Unterschiede in den Gewaltformen erkennen.

- So finden wir im Rahmen der familiären Gewalt eher Formen psychischer Unterdrückung (Anschreien, Ignorieren, Beleidigen) aber auch häufiger gewaltausübende Pflegebedürftige - gerade bei der Pflege demenzerkrankter Menschen ist gerade dieser Aspekt nicht zu vernachlässigen.
- Im klassischen ambulanten Bereich sind häufiger finanzielle Unregelmäßigkeiten bzw. Abrechnungsprobleme der Beschwerdeanlass. Im weiteren Gesprächsverlauf werden auch im ambulanten Bereich Probleme im Pflegeprozess deutlich, allerdings nach unserer Einschätzung weniger in der tatsächlichen Ergebnisqualität sondern eher in der Planung und Dokumentation bzw. Berücksichtigung von Wünschen und Vorstellungen der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen.
- Im stationären Bereich steht eindeutig der Bereich der sog. „Vernachlässigung“ im Vordergrund der Beratungsgespräche. Hinter diesem Synonym stehen vielfältige

Beschwerdeinhalte, aber auch Sorgen und Schuldgefühle von pflegenden Angehörigen. Eine eindeutige Zuordnung von Merkmalen der Vernachlässigung ist nach unserer Erfahrung nicht möglich.

3. Anforderungen an die Pflegepraxis

Ein Systemwechsel und eine intensive Diskussion um die Zukunft der Heime – die gefordert Heimenquête oder Pflegeenquête auf Bundesebene halten auch wir für dringend erforderlich. Diese Debatte muss und wird uns in den nächsten Jahren begleiten, sie wird aber keine kurzfristigen Umsetzungsschritte ermöglichen. Deshalb sollen im Folgenden einige Aspekte genannt werden, die unabhängig von der Zukunft der Heime gelöst werden müssen.

a. Systemübergreifende Vernetzungen realisieren

- Es zeichnen sich strukturelle Versorgungsdefizite in der Betreuung und Pflege jüngerer pflegebedürftiger Menschen im Alter zwischen 20 und 50

Jahren ab. Die Pflegeangebote sind nach Aussagen der betroffenen Menschen und ihren Angehörigen zu sehr auf die Altenhilfe konzentriert. Gerade kurzfristige bzw. kurzzeitige Entlastungsmöglichkeiten wie Urlaubs- oder Tagespflege können oft nicht adäquat zur Verfügung gestellt werden und führen zu enormen Belastungssituationen in der häuslichen und familiären Pflege. Spezifische Entlastungsangebote sind deshalb vorzuhalten. Gleichzeitig ist festzustellen, dass mit der Diskussion um den Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ bzw. der Anforderungen an eine so genannte Assistenz im Rahmen der Behindertenarbeit eine wohltuende Autonomiediskussion in der Behindertenarbeit ausgelöst worden ist.

- Die verbindliche Einbeziehung der Hausärzte in das System der pflegerischen Versorgung muss intensiviert werden. Eine Verpflichtung der Ärzte, sich an einer Pflegedokumentation zu beteiligen gibt es leider nicht – eine Selbstverpflichtung könnte aber in Einrichtungen öffentlich thematisiert werden und würde verdeutlichen, dass ärztliche Behandlung und Pflege in einer engen Wechselbeziehung stehen.
- Vor allem die Übergänge zwischen unterschiedlichen Betreuungssystemen (Angehörigenpflege/ ambulante Dienste und /oder Krankenhaus/ Pflegeheim) sind in der Regel mit erheblichen Problemen verbunden. Wir benötigen nicht nur einen nationalen Standard zum Thema Entlassungsmanagement, sondern ein vernünftiges Überleitungsmanagement in beide Richtungen und eine damit verbundene Diskussion über die Durchlässigkeit der Systeme. Angehörige beklagen sehr oft, dass der Weg nach dem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit nicht ausreichend besprochen oder geprüft wurde und mit Hilfe von Eilbegutachtungen lebensverändernde Entscheidungen quasi per Aktenlage getroffen werden.

b. Transparente Qualitätsmaßstäbe entwickeln

- Menschen, die sich an das PflegeNotTelefon wenden, fehlt häufig ein anwendbarer Maßstab zur Beurteilung von Pflegequalität. Die Verständlichkeit und Transparenz für nicht professionelle Akteure im Umfeld von Pflegebedürftigkeit hat die

Qualitätssicherungsdebatte noch zu liefern. Expertenstandards (z.B. Dekubitusprophylaxe und Entlassungsmanagement) sind wichtig und hilfreich. Aus meiner Sicht ist es allerdings notwendig auch die Angehörigen stärker als Pflegepartner zu betrachten und für sie analoge Maßstäbe zu entwickeln bzw., in den Standarddiskussionen stärker zu berücksichtigen.

- Die vorhandenen Qualitätsberichte des MDK oder der Heimaufsicht sollten den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen auch tatsächlich zu Verfügung gestellt werden (am schwarzen Brett ausgehängt werden) und damit eine konkrete Auseinandersetzung aller Beteiligten über „angemessene“ oder sogar „gefährliche“ Pflege in einer Einrichtung öffentlich ermöglichen.
- Einrichtungs- oder dienstspezifische öffentliche Qualitätsberichte (mit Preisvergleichen) sollten, ähnlich wie in den USA, laufende qualitätsrele-

vante Daten von Diensten und Einrichtungen beinhalten und damit auch Qualitätsentwicklungen oder Qualitätsverzögerungen öffentlicher machen.

c. Stärkung eines wirksameren Verbraucherschutzes

Nach unseren Erfahrungen sind Familien von pflegebedürftigen Menschen und gerade auch allein stehende Pflegebedürftigen in PflegeNotsituationen häufig nicht in der Lage, ohne Hilfestellung adäquate Entscheidungen zu treffen oder die Beschwerdeführung gegenüber Einrichtungen und Diensten allein zu bewältigen.

- Das Beschwerdemanagement in Einrichtungen und Diensten ist entwicklungsbedürftig. Selbst sehr konkrete Anliegen und Beschwerden von Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen werden oft nicht angemessen bearbeitet. Innerhalb der Einrichtungen sollte deshalb jemand benannt sein, der für Kritik, Anregungen, Beschwerden „Reklamationen“ zuständig zeichnet.
- Eine dezentrale und trägerunabhängige Beratung sollte etabliert oder weiterentwickelt werden und um die Aspekte einer Beschwerdekklärung und Beschwerdebegleitung erweitert werden. Aufgabe dieser Beratungsstellen muss es auch sein, Pflegeverträge und Heimverträge prüfen und bemängeln zu können. Im Rahmen des PflegeNotTelefons verstehen wir die Pflegeberatung als parteiliche Beratung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Diese inhaltliche Ausrichtung halten wir, angesichts des zurzeit vorhandenen Ungleichgewichts an Informationen und Einflussnahme zwischen Diensten und Einrichtungen und den Ratsuchenden, für erforderlich. In Schleswig-Holstein sind in den vorhandenen 15 Kreisen zehn Beratungsstellen entstanden und haben für das PflegeNotTelefon die dezentrale Begleitung der Beschwerdeführung übernommen.

d. Qualifizierungsverpflichtungen schaffen

Den Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen, Stationsleitungen kommt eine entscheidende Bedeutung im Entstehen, Verhindern oder auch in der Beseitigung von Pflegemängeln oder Pflegemissständen zu. Neuere Erkenntnisse der Pflegewissenschaften müssen schneller Einzug in die Einrichtungen und Dienste finden und sich stärker an der Lebenswelt der betroffenen Menschen orientieren. Dr. Günther Roth hat im Rahmen seiner Forschungsergebnisse im ambulanten Bereich

festgestellt, dass „Mitarbeiterinnen mit steigendem Ausbildungsstand, absolvierter Weiterbildung und wachsender Berufserfahrung häufiger Mängel erkennen... (Roth, Günther, Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, BMFSFJ, 2001)

Pflegemängel sind nach unseren Erfahrungen immer auch Führungsmängel.

Unter den vorhandenen Rahmenbedingungen – die dringend verändert werden müssen– ist es deshalb wichtig, Pflegemitarbeiterinnen zu haben und zu halten, die qualifiziert und motiviert sind und in der Lage und willens sind tatsächlich zu leiten .

- Eine Fortbildungs- bzw. Qualifizierungsverpflichtung bis hin zu einem regelmäßigen Nachweis der formalen Qualifikation der leitenden Mitarbeiter/innen wäre anzustreben. Die formale Qualifikation mit zur 460 Stunden ist sicher nicht ausreichend und inhaltlich häufig nicht Ziel führend.
- Innerhalb der Ausbildung gilt es gleichzeitig einen **Pflegekodex / Pflegeeid** zu entwickeln und als Selbstverpflichtung zum Bestandteil von Ausbildung zu machen. Analog des hippokratischen Eids in der ärztlichen Ausbildung hätte dieser Schwur eine Art ethische Selbstverpflichtung und würde berufsständische Wirkungen zeigen. Die ethische Haltung von Mitarbeiterinnen darf nicht nur ein Nebenprodukt von Ausbildung bleiben sondern muss stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Lassen Sie mich zum Schluss wieder ein kleines Gedicht vortragen:

Zu den Steinen
hat einer gesagt:
seid menschlich

Die Steine haben gesagt:
Wir sind noch nicht
hart genug

Erich Fried

Unser Ziel muss es sein, aus Betroffenen Beteiligte machen, aber auch aus Beteiligten wieder Betroffene zu machen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Statement

von

Ulrich Schindler

Altenzentrum St. Josef Sassenberg

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“

im

Landtag NRW

Mit Intuition und Sachverstand Pflege neu erleben

Angesichts immer neuer Berichte von Skandalen und Fehlern in der stationären und ambulanten Pflege danke ich Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich des Themas nicht in einer verurteilenden und anklagenden Weise nähern, sondern uns die Chance geben, aktiv mit den Ursachen von Pflegemängeln auseinander zusetzen.

Die Ursachen für Pflegemängel sind vielschichtig und treten immer auf, wenn Mitarbeiter unsicher sind oder schlecht ausgebildet und zu wenig fortgebildet sind und keine Möglichkeit des Austausches und der gegenseitigen Beratung gegeben sind, wenn die Abläufe und die Organisation in Institutionen nicht klientengerecht sind, wenn nicht genügend Hilfsmittel vorhanden sind und wenn man die Begleitung demenziell Erkrankter ausschließlich mit medizinisch-somatisch-pflegerischen Mitteln schaffen will.

Ich kann heute aus dem Altenzentrum St. Josef in Sassenberg, dessen Heimleiter ich seit 1996 bin, berichten, wie eine ältere Einrichtung sich verändert hat, wie Mitarbeiter selbstbewusster werden können und wie sie befähigt werden können, ihren schweren Job gut zu machen und wie Ihre zweifellos gute Intuition und ihr Sachverstand gefördert werden können.

Die stationäre Pflege im Wandel

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1996 in der stationären Pflege hat sich der Anteil der an Demenz erkrankten Menschen in den Pflegeheimen stark erhöht. In unserem Altenzentrum ist der Anteil der an Demenz erkrankten Bewohner von ca. 42 % auf ca. 80% gestiegen.

Das Altenzentrum St. Josef in Sassenberg, ein mehrgliedriges, gemeinwesenorientiertes Sozialunternehmen, hält ein differenziertes Leistungsangebot für ältere Menschen in der Region vor. Neben der stationären Pflege (80 Plätze) werden ebenfalls Tagespflege, Kurzzeitpflege, Seniorenwohnungen, verschiedene komplementäre Dienste, wie Essen auf Rädern, betreuter Mittagstisch und Auf Rädern zum Essen angeboten, ebenso wie Beratungsdienste, Gesprächskreise für Angehörige und verschiedene offene Angebote für die Senioren aus der Stadt.

Bereits Anfang der Achtziger-Jahre wurde das Altenzentrum erbaut (als Altenheim der sog. 2. Generation), als es in Nordrhein-Westfalen besondere Fördermittel für Neubauten mit einer "Station zur besonderen Betreuung" gab. So waren die Wohnbereiche von Beginn an unterschiedlich konzipiert und personell ausgestattet. Auf der "Station zur besonderen Betreuung" (47 Plätze) lebten jahrelang somatisch erkrankte und an Demenz erkrankte Bewohner zusammen. Die Mitarbeiter arbeiteten zwar aufgabenorientiert, aber gut und erfolgreich nach einem integrativen Konzept. Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung stieg der Anteil demenzerkrankter Bewohner, er beträgt derzeit rund 80 Prozent. Schon sehr bald wurde deutlich, dass integrierende Konzepte nicht mehr funktionieren. Die wenigen orientierten Bewohner distanzieren sich immer stärker von den Verwirrten, und wurden ab und zu auch handgreiflich. Die Bewohner mit Demenz reagierten darauf vermehrt mit Unruhe, akute Verwirrtheit war zunehmend festzustellen.

Demenzkranke haben zur Zeit keine Aussicht auf Heilung. Es gibt keine Pillen gegen Alzheimer, d.h. allein mit somatischer Pflege kommen wir nicht mehr weit. Das Di-

lemma der meisten Heime ist, dass sie sich stark an der Organisation von Krankenhäusern orientiert haben und somit eher auf somatische Pflege eingerichtet sind und weniger auf die Begleitung von Menschen mit Demenz.

Wie also kommen wir raus aus diesem Dilemma? Was also, können wir selbst tun, um Veränderungen in unseren Einrichtungen voranzutreiben? Vielen Einrichtungen ist inzwischen bewusst geworden, dass sich die Situation grundlegend geändert hat und haben sich auf die Suche begeben. Aber jede Einrichtung ist anders und muss seinen Weg, sein Konzept und seine individuelle Lösung finden.

Eine neue Kultur in der Demenzpflege ist längst nicht nur durch die Entwicklung neuer Konzepte oder durch das Beschreiten neuer Wege mit organisatorischen und/oder architektonisch-baulichen Betreuungskonzepten und innovativen Wohnformen erreicht. Viel wichtiger ist der Erwerb neuer Kompetenzen bei den Pflegenden. Die in vielen Jahren erworbenen Handlungsroutinen und Denkansätze können von den Pflegenden nur schwer aufgegeben werden. In den meisten Handlungsfeldern von Pflege sind die in der klassischen Ausbildung und Praxis erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse stimmig, greifen jedoch oftmals nicht in der Betreuung und im Umgang mit Demenzkranken, und sind eher kontraproduktiv und unangebracht.

Durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe entstand ein „Leidensdruck“ bei leitenden und pflegenden Mitarbeitern. Schließlich war allen Beteiligten klar, dass sich etwas ändern musste. Und es war auch klar, dass das Altenzentrum grundlegend umzustrukturieren war. Ein Leitbildprozess war die Grundlage für ein Umdenken und für die Neuorganisation. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen und Erkrankungen benötigen auch unterschiedliche Hilfe-Angebote.

Daher haben die Wohnbereiche bereits Anfang 1997 unterschiedliche Schwerpunkte erhalten. Die Wohnbereiche 1 und 2 arbeiten nach dem Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Pflege mit einer angeschlossenen Tagesbetreuung. Der Wohnbereich 3 betreut Menschen mit Demenz und schwerer somatischer Pflegebedürftigkeit und im Wohnbereich 4 leben überwiegend Menschen mit Orientierung und leichter Pflegebedürftigkeit. Ein Umzug bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit ist in der Regel nicht nötig.

Neben der strukturellen Veränderung benötigten wir aber gleichzeitig auch ein inhaltliches Konzept zur Pflege und Betreuung der unterschiedlichen Bewohnergruppen, vor allem zur Begleitung der an Demenz erkrankten Bewohner. Gesucht wurde ein Konzept, das

- alle Mitarbeiter leicht erlernen und umsetzen können
- die Bedürfnisse und Gefühle sowohl der Bewohner aber auch der Mitarbeiter wertschätzt und
- eng mit der praktischen Arbeit verbunden ist.

Durch den ersten Sassenberger Kongress „Leben und Arbeiten mit Verwirrten“ lernten wir Cora van der Kooij kennen. Sie stellte die in den Niederlanden bereits seit vielen Jahren bekannte und verbreitete Methode der erlebensorientierten Pflege vor. Schnell wurde deutlich, dass diese Methode am ehesten unseren Anforderungen entspricht: die

Erlebensorientierte Pflege mit Hilfe der Mäeutik

In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene unterschiedliche Entwicklungen in der Pflege, Betreuung und Begleitung von an Demenz erkrankten Menschen vollzogen und verschiedene Methoden und Konzepte wurden entwickelt und verbreitet. Die unterschiedlichen Erfahrungen, die dabei gemacht wurden, z.B. mit Realitätsorientierung, verbaler Validationstechnik, Reminiszenz (also, sich erinnern an etwas was einem Wichtig ist; Erinnerungsarbeit), Validation, Haptonomie (aus dem griechischen: den Tastsinn betreffend), Snoezelen oder anderen Theorie- und Methodenansätzen haben zu einem integrierenden Begriff geführt: Erlebensorientierte Pflege.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Pflegende nur selten eine Methode anwenden, sondern mehrere kombinieren. Dabei ist vor allem das eigene Gefühl und die Intuition gefragt. Für jeden einzelnen demenzkranken Menschen kann eine spezifische Kombination aus den verfügbaren Theorien, Methoden und Fertigkeiten individuell zusammengestellt werden.

Ausgangspunkt und Ziel ist der Kontakt mit dem Bewohner. Nicht die einzelne Methode ist wichtig, sondern das Bewusstsein, Kontakt zu haben und die Fähigkeit, Kontakt aufzubauen. Diese Fähigkeit, Kontakt durch Einfühlungsvermögen, Intuition und Sachverstand aufzubauen, wird mit Hilfe des Mäeutischen Konzeptes entwickelt.

Der Begriff „Mäeutik“

Die Mäeutik hat den wichtigen Aspekt, das Bewohner und Mitarbeiter gleichermaßen wertgeschätzt werden.

Für die Pflegenden hat die erlebensorientierte Pflege das Ziel, sie in der Entwicklung ihres Selbstvertrauens und ihrer Kreativität zu unterstützen.

Für diesen Bewusstwerdungsprozess wird das griechische Wort „Mäeutik“ benutzt. Mäeutik bedeutet ursprünglich „Hebammenkunst“, geht auf Sokrates zurück und bezeichnet ein pädagogisches Verfahren, das davon ausgeht, dass das eigentliche Wissen im Menschen schon vorhanden ist und durch einen Lehrer (dem Geburtshelfer) durch geschickte Fragen aktiviert werden kann. Sokrates und die Mäeutik gehen also davon aus, dass Menschen im Prinzip wissen, was sie brauchen, es ihnen aber nicht bewusst ist. Wir verwenden die sokratische oder mäeutische Methode zur Bewusstmachung, also um Pflegenden bewusst zu machen, was sie innerlich bereits wissen und fühlen.

Pflegende brauchen Unterstützung, dieses intuitive Wissen, das sie aus ihren beruflichen und privaten Lebenserfahrungen haben, in Worte fassen zu können. Und sie brauchen eine Methode, um damit als Team bewusst umgehen zu können. Sie lernen miteinander zu kommunizieren und im Team zu reflektieren.

Der Ansatz der Mäeutik zusammengefasst beinhaltet:

- den Erfahrungskennntnissen und der Intuition von Pflegenden einen zentralen Platz geben,
- Pflegenden die Möglichkeit zur Reflexion über ihre Stärken und Schwächen geben, denn sie brauchen Rückmeldung,
- Pflegenden eine gemeinsame Sprache geben, mit der sie ihre Erfahrungen und Gefühle in Worte fassen können (kommunizieren können).

Das Kompetenzprofil der Mitarbeiter

Zur Begleitung an Demenz erkrankter Menschen ist ein umfassendes gerontopsychiatrisches Fachwissen und soziale Kompetenz erforderlich. Neben einer guten medizinisch-pflegerischen Ausbildung braucht man aber auch entsprechende Kenntnisse im therapeutischen, sozialpflegerischen und psychosozialen Bereich, sowie Kenntnisse biographischer Aspekte.

Ausgangspunkt und Ziel in der Erlebensorientierten Pflege ist jedoch der Kontakt, die Beziehung zum Bewohner. Die pflegenden Mitarbeiter werden sensibilisiert, den an Demenz Erkrankten wahrzunehmen.

Die Umsetzung einer auf Demenzkranke ausgerichteten Interaktion und Kommunikation gelingt nur, wenn sich aus der funktionalen, aufgaben- und objektbetonten Beziehung des pflegetechnischen Arbeitsprozesses mit der Zeit ein persönliches Verhältnis entwickelt. Der Bewohner wird dann nicht mehr als bloßes Pflegeobjekt wahrgenommen, als Arbeitslast und damit als Belastung, sondern als beziehungsfähiger Mensch. So gelangen wir von einer aufgabenorientierten Pflege hin zu einer Pflege, in der der Bewohner im Mittelpunkt steht.

Das Wichtigste ist, dass sich Pflegende stets bewusst sind, dass die Bewohner Menschen mit denselben fundamentalen Grundbedürfnissen sind wie jeder andere Mensch auch. Sie brauchen Zuneigung und Wärme, wollen bedeutsam sein für andere und so viel wie möglich selbst wählen und entscheiden können.

Nähe, Gekannt sein und Ganzheit

sind aus diesem Grund die zentralen Aspekte der erlebensorientierten Pflege.

Jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach **Nähe**, von jemandem in den Arm genommen zu werden. Wir Pflegende sind sehr oft die einzigen, bei denen Bewohner diese Nähe spüren können. Wir sind diejenigen, die zuhören, sich einfühlen und Gefühle benennen können.

Jeder Mensch hat das Bedürfnis, sich selbst zu sein, **gekannt**, geschätzt und angenommen zu werden. Wir Pflegende kennen unsere Bewohner, geben ihnen das Gefühl „o.k. zusein“, so wie sie sind. Das bedeutet auch, ihnen eine soziale Rolle zu geben: z.B. das ist Frau Schmitz, unser fleißiges Lieschen, die uns immer beim Abtrocknen hilft oder das ist Frau Reichel, sie war Pastorenehefrau und hat immer darauf geachtet, dass alles gut organisiert ist.

In der erlebensorientierten Pflege geht es weniger um das Formulieren von Pflegeproblemen, sondern vielmehr um das Herausheben positiver Gesichtspunkte: Wie sieht der Bewohner gerne aus, was isst er gerne, welche Fernsehsendungen mag er, ist er lieber allein oder lieber unter Menschen ... Das Pflegepersonal weiß um diese Dinge. **Ganzheit** bedeutet in diesem Zusammenhang auch, viel Aufmerksamkeit für die Gefühle der Bewohner aufzubringen und darauf zu reagieren.

Methodik

Die Methodik geht von der Pflege im Team aus und führt zur Bezugspflege/Beziehungspflege. Der Inhalt von Pflege wird sichtbarer und die Methodik deutlicher. Pflegende bekommen eigene Aufgaben und dadurch mehr Verantwortung.

Mit der erlebensorientierten Methodik werden die eigenen gefühlsmäßigen Erfahrungen bewusst und vervielfältigen die kreativen Einfälle und Kontaktmöglichkeiten. Die Methodik ist kein Zweck in sich selbst. Nicht: 'ich schreibe es auf und die Kollegen machen es dann so wie auf Formel gebracht'. Aber: gemeinsam überlegen, wie dieser Bewohner seine Situation erlebt, was er braucht, was wir geben können, was wir für ihn bedeuten. Miteinander austauschen, was wir während der Pflege erfahren, wie wir mit ihm Kontakt bekommen, erzählen über unsere Gefühle für ihn.

Die erlebensorientierten methodischen Instrumente sind also zur Beobachtung, Reflexion, Austausch und Kommunikation gedacht und beinhalten Beobachtungsbogen, Biografiearbeit, Charakteristik und Umgangsempfehlung.

Durch die erlebensorientierte Pflege lässt der einzelne Pflegende viel mehr von sich selbst sehen und ist hinsichtlich eigener Entscheidungen in der täglichen Pflege sicherer. Das fördert das Selbstbewusstsein. Das wiederum gibt Sicherheit bei den Kollegen und fördert den Teamgeist. Die Kombination von neuem Inhalt und Teamarbeit führt dazu, dass der einzelne durch seine Sicherheit somit auch im Team etwas bewirken und ändern kann.

Die Wohnbereichsleitung berücksichtigt die Gefühle der Mitarbeiter. Aufgaben zuzuweisen hat zur Folge, dass sich nicht jeder für alles verantwortlich fühlt. Gut zuhören, was Pflegende zu sagen haben, bewirkt hingegen, dass viele gute Ideen umgesetzt werden können und der Widerstand gegenüber Veränderungen abnimmt. Gemeinsam nach neuen Wegen zu suchen ist die Aufgabe der Führungskräfte.

Schlussfolgerungen – Was ändert sich im Alltag?

Wenn man in die Wohnbereiche kommt, fühlt man Ruhe. Keine hetzenden Mitarbeiter. Nach der anstrengenden Morgenpflege sind die Pflegenden regelmäßig bei „Ihren“ Bewohnern. Jeder hat eigene Verantwortlichkeiten, sowohl hinsichtlich des erlebensorientierten Umgangs mit den Bewohnern als auch mit der Pflegedokumentation.

Man nimmt sich Zeit, um Hände zu massieren, Lieder zu singen, Bewohnern zu helfen Kaffee einzuschenken, Kuchen anzubieten. Die Mahlzeiten verlaufen ruhig, der Tisch wird nicht eher abgeräumt, bevor jeder mit dem Essen fertig ist. Man fühlt, wie die Bewohner im echten Kontakt als Menschen wahrgenommen werden.

Bewohner sind wichtiger als die Aufgaben, die man zu erfüllen hat. Die Uhr spielt nicht mehr eine so dominante Rolle, man wird sich seiner eigenen Möglichkeiten bewusst, wird kreativer.

Die Mitarbeiter anderer Disziplinen und die Pflegenden arbeiten im Team miteinander, nehmen einander Ernst und akzeptieren den anderen so wie er ist, mit seinen starken und schwachen Seiten. Angehörige sehen, wie die Atmosphäre sich verändert. Gemütlichkeit statt Hetze und Hektik, Angehörige erfahren mehr Aufmerksamkeit für sich selbst und für ihre Bewohner. Man flüchtet sich nicht in die Arbeit, in die Kaffeepause oder ins Büro. Es ist eine Art Lebensgemeinschaft.

Sassenberg, den 24. Juni 2003

Ulrich Schindler

Statement

von

Irmgard Scheinemann

Landessenorenvertretung NRW

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel -
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege“**

im

Landtag NRW

Als Vertreterin der Interessen älterer Menschen habe ich nun am Schluss des Statements die nicht leichte Aufgabe keine Wiederholungen von mir zu geben, denn viele Fakten und Aspekte die heute hier benannt wurden, kann ich aus Sicht der Landes seniorenvertretung **nur** zustimmen. Damit komme ich gleich zum ersten von 3 meiner Punkte:

1. Das **Wissen** über die schlechte Situation in der Pflege ist vorhanden.

D. h. Wenn wir heute über Pflegemängel sprechen brauchen wir uns nicht mehr mit der Frage mühen, ob sie vorkommen und in welchem Umfang es sie gibt, denn spätestens mit der nordrhein-westfälischen Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ wissen wir: Pflegemängel Existieren durchschnittlich. Ergänzend können wir uns neben dem was Herr Fussek an Fakten sammelt auch die bundesweite Studie zu Qualitätsmängeln in der ambulanten Pflege ansehen. Bei der häuslichen Pflege können wir in Anbetracht der enormen Belastungen der pflegenden Menschen auch von Pflegemängeln ausgehen. Fazit: Es geht darum, dass erkannt wird wie schlecht die Situation ist um endlich zu Handlungen zu kommen.

2. Die **Ursachen** der schlechten Situation in der Pflege sind vielfältig.

Deshalb gibt es leider auch keine einfachen Lösungen, sondern es muss an vielen Stellen angesetzt werden, um zu einer Gesamtlösung zu kommen. Die vorhandenen Rahmenbedingungen weisen eklatante Mängel auf: Der Pflegebereich ist kein Markt, diese Grundannahme hat sich in Anbetracht der gravierenden Pflegemängel bislang als falsch im Sinne der Betroffenen erwiesen. Die Pflegestufen erfassen nicht die Realität des Pflegebedarfs, Zeitkorridore für Pflegeleistungen sind unangemessen, die Altenpflegeausbildung vermittelt oftmals keine angemessenen Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen und das Zeit- und Personalmanagement in den Einrichtungen und bei den Diensten ist oftmals schlecht. Dies sind nur einige der Ursachen die schlechte Pflege zur Folge haben.

3. Wir brauchen zur **Vermeidung** von Pflegemängeln verbesserte Rahmenbedingungen die nicht allein durch zusätzliche öffentliche Mittel erzielt werden können.

Im einzelnen brauchen wir:

- 3.1 Wir brauchen eine Anerkennung der Situation in der Pflege wie sie ist und daraus resultieren: Handlungsbereitschaft.
- 3.2 Wir brauchen mehr **Unterstützung** für Deutschlands größten Pflegedienst: der **pflegenden Angehörigen** (z. B. durch die Förderung von Netzwerken). Konkrete Entlastungen (Stundenweise, Betreuung, Kuren etc.)

brauchen wir hier!

- 3.3 Wir brauchen eine **umfassende trägerunabhängige Beratung**. Darin zeigt sich die Förderung der Eigenverantwortung! D. h. die Pflege-Beratung muss auf dem neusten Informationsstand sein, sie muss unabhängig von einzelnen Trägern sein und sie muss für jeden „Fall“ einen angemessenen „Pflegemix“ erarbeiten.
- 3.4 Wir brauchen auch **Verbesserungen im Management** der Einrichtungen (z. B. bei der Arbeitszeitgestaltung, der Bereitstellung von Weiterbildungsmöglichkeiten, der Mitarbeiterbeteiligung bei Entscheidungen über Leistungsangebote).
- 3.5 Wir brauchen **ein besseres Ineinandergreifen von Diensten und Einrichtungen** und in diesem Zusammenhang auch die öffentliche Förderung kleiner Wohneinheiten, statt eines weiteren Ausbaus von „Heimen“, in die die Menschen nur noch im absoluten Notfall wollen!
- 3.6 Wir brauchen auch **mehr Personal in der Pflege**, das ist sicher richtig, aber wir dürfen nicht den freien Wohlfahrtsverbänden glauben, dass damit alle Probleme gelöst sind. So wird es in der Presse dargestellt und das ist so einfach eben nicht richtig. Wir sehen an der derzeitigen Situation auch eine Mitverantwortung der freien Wohlfahrtspflege und zwar als Träger von Einrichtungen und Anbieter von Diensten und als Mitglieder von Politik – gerade in unserem Land NRW.
- 3.7 Wir brauchen dringend eine **höhere gesellschaftliche Anerkennung** für die Altenpflege und dies ist sicher mit die schwierigste Forderung, wenngleich sehr notwendig.
- 3.8 Wir brauchen aktuell und künftig mehr ehrenamtliches Engagement in der Pflege.

Und wir brauchen in der Pflege und damit komme ich zum Abschluss, Eigenschaften wie Geduld, Verständnis, Empathie und einen Gewinn an Zeit, denn wie sagte schon Schiller „Des Menschen Engel ist die Zeit“ und die gilt es eben auch in der Pflege für die Menschen zu gewinnen.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Schlusswort

von

Ursula Monheim MdL

Behindertenbeauftragte der CDU-Landtagsfraktion NRW

Mitglied der Enquête-Kommission
„Situation und Zukunft der Pflege in NRW“

am 24. Juni 2003

anlässlich des Fachgesprächs

**„Tabuthema Pflegemängel –
Ausmaß, Auswirkungen, Auswege**

im

Landtag NRW

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wir sind am Ende einer langen Debatte. Einer Debatte, die bestätigt hat, wie wichtig und wie dringlich das heutige Thema ist. Ein Thema mit viel Schatten – dennoch und gerade deswegen stelle ich an den Anfang meines Schlussworts, was Grundlage unserer Arbeit ist:

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Diesen Grundsatz haben die Väter und Mütter unserer Verfassung in Art. 1 des Grundgesetzes verankert.

Alte und pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise auf den Schutz des Grundgesetzes angewiesen. Dieser Schutz der Menschenwürde ist in unseren Alten- und Pflegeheimen – das ist deutlich geworden in den unterschiedlichen Beiträgen - nicht immer gegeben.

Mängel in der Pflege und **entwürdigende Situationen** sind noch immer ein **Tabuthema**. Wir haben dieses Fachgespräch organisiert, damit sich das ändert, damit Pflege eine gesamtgesellschaftliches Thema wird und damit sich Gesellschaft und Politik endlich darüber Gedanken machen, was uns eine menschliche und menschenwürdige Pflege wert ist. Die Zeit drängt!

Um einen **Denkprozess** in unserer Gesellschaft anzustoßen, haben wir die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ eingerichtet.

Dass diese Enquête-Kommission die richtigen Themen aufgreift und der Problembereich „Pflege“ in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen wird, ist ohne Unterstützung der vor Ort Tätigen nicht möglich. Darum danke ich Ihnen für Ihr Engagement. Vor allem danke ich Ihnen, dass Sie so zahlreich an der heutigen Fachtagung teilnehmen. Damit haben Sie dem Thema „Pflege“ einen großen Dienst erwiesen. Ihre Anwesenheit in so großer Zahl unterstreicht den Handlungsdruck.

Zugleich danke ich den eingeladenen Experten und ich danke für die Diskussionsbeiträge. Wir haben heute vielfältige Facetten dieses Themas erfahren – das macht uns alle sprachfähiger.

Ich hoffe auch, dass es gelungen ist, mit diesem Fachgespräch **Auswege** aufzuzeigen und ein kleines Stück weiterzukommen auf dem Weg zu einer menschlichen und menschenwürdigen Pflege – **für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden**.

Wenn wir über Pflegemängel reden, kritisieren wir nicht die Pflegenden, sondern die Rahmenbedingungen: **ein zu enger Pflegebegriff, zu wenig und nicht ausreichend qualifiziertes Personal, zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen**. So lässt sich die Lage umreißen.

Im einzelnen:

1. Wir brauchen eine **solide finanzielle Grundlage für die Pflege**. Wir brauchen eine **Pflegeversicherung**, die den demographischen Herausforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte gewachsen ist. Die aktuelle Diskussion zur Abschaffung der Pflegeversicherung ist kein Beitrag zur Lösung der Probleme.
2. Die Pflegeheime müssen angepasst werden, Einzelzimmer muß Standard sein und auch neue Wohnformen müssen weiterentwickelt werden. Sie alle wissen – besser als wir –, wie sich Altenheime alter Prägung zunehmend zu „**reinen Pflegeheimen**“ verändert haben. Das Eintrittsalter der Bewohner liegt deutlich über 80 Jahre. Durch die Zunahme der Bewohner mit **Multimorbidität** und mit **gerontopsychiatrischen Veränderungen** sind die **Anforderungen an das Personal erheblich gestiegen**.
3. Daher sind ausreichend Personal und eine gute Aus-, Fort- und Weiterbildung **unabdingbare Voraussetzungen, um angemessene Arbeitsbedingungen zu garantieren und um Pflegemängel zu vermeiden**. Ausbildung, Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Altenpflege müssen entscheidend verbessert werden.
4. Nur damit schaffen wir die gesellschaftliche Anerkennung für den Altenpflegeberuf, die er verdient. Nur damit garantieren wir, dass sich in Zukunft genügend Menschen finden, die den Altenpflegeberuf wählen!
Was bringt aber diese Bereitschaft, wenn es an einer **bedarfsgerechten Anzahl von Ausbildungsplätzen** fehlt? Das Land steht hier in der Pflicht, aus reichend Ausbildungsplätze zu fördern. Zusätzlich müssen wir dafür Sorge tragen, dass der **Altenpflegeberuf** auch in Zukunft eine **attraktive und zeitgemäße Ausbildung** bleibt.
5. Es wird neue Aufgaben geben in der Pflege. Als Stichworte sind genannt worden pflegebedürftige Menschen mit Behinderung und mit Migrationshintergrund.
6. Vor allem müssen wir den Pflegenden und den Pflegebedürftigen mehr Zeit geben. Pflege muss sich **stärker am Menschen, stärker an den individuellen Bedürfnissen** der Pflegebedürftigen ausrichten. Eine **rein körperorientierte Pflege**, bei der geistige und seelische Bedürfnisse weitgehend außen vor bleiben, ist **völlig unzureichend**. Unnötiger **Bürokratieaufwand** muss da abgebaut werden, wo er entbehrlich ist und menschliche Pflege verhindert.

Ich möchte den Referenten und Referentinnen nochmals herzlich danken für ihre Beiträge, aber auch allen Diskussionsteilnehmern und unseren wissenschaftlichen Mitarbeitern, die diese Fachtagung vorbereitet haben.

Und ich hoffe, dass auch Ihnen, meine Damen und Herren, dieser Nachmittag neue Einblicke in das Thema vermittelt hat.

Die Zeit zur Diskussion war knapp; wenn Sie nicht zu Wort gekommen sind, nutzen Sie bitte die **ausliegenden Formulare** und schicken Sie uns Ihre **Anregungen und Verbesserungsvorschläge** zu.

Ich wünsche, dass wir in Kontakt bleiben und ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Danke!