

Der Umgang mit Risiken in der Betreuung Demenzkranker

Dokumentation der
3. Fachtagung in Hamburg am 06.10.2005

Begrüßung

Mechthild Lärm, 1. Vorsitzende, Rieseby

Meine sehr geehrte Damen und Herren!

„**Liebe Mitstreiterinnen und Mitstreiter in der Dementenbetreuung**“, wie unser traditioneller Gruß lautet.

Ich begrüße Sie sehr herzlich zur 3. Fachtagung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung. Nach 10 Jahren sind wir heute wieder im Rauhen Haus in Hamburg, dort wo die Idee unserer Gruppe geboren wurde.

In der Einladung zur Tagung „Betreuungsmodelle Demenzkranker“ im Juni 1995 formulierten Dr. Bruder und Dr. Wojnar: „**Wir hoffen, dass von dieser Tagung ermutigende und anregende Impulse für uns alle ausgehen; zugleich hoffen wir auf eine Festigung des Zusammenhaltes unter uns.**“

Ich darf heute sagen: Diese Hoffnung hat getragen und 10 Jahre Zusammenhalt sind ein gutes Ergebnis ihrer damaligen Initiative.

Ich habe hier eine Kopie des Folders und auf der Referentenliste finden sich Persönlichkeiten, die auch heute dabei sind:

Seit 1995 kommen wir zweimal im Jahr für knapp 2 Tage zusammen.

Von 20 Mitgliedern sind wir angewachsen auf

- 148 persönliche Mitglieder und
- 24 Einrichtungen

1997 wurde der Verein gegründet, seitdem werden die Tagungen vom Ministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend mit einem Zuschuss zu den Reisekosten gefördert.

Denn die DED ist eine „reisende Gesellschaft“ :

- 1996 in Bochum und Bad Münster am Stein /
unvergessen der Aufstieg zum Tagungshaus Eberburg im Schneetreiben
- 1997 in Eckernförde und im Herbst in Dormagen mit der Vereinsgründung,
organisiert durch den verstorbenen, aber unvergessenen Paul Hermkes

- 1998 in Karlsfeld bei München - ich erinnere an den „Auslaufkäfig“ der dortigen Seniorenresidenz und im Herbst in Münster in Westfalen
- 1999 in Gummersbach und in Fredersdorf bei Berlin
- 2000 in Stuttgart und in Kiel
- 2001 in Bochum und in Königswinter
- 2002 in Hamburg und in Berlin
- 2003 in Gera und in Hamburg
- 2004 in Hildesheim und in Köln
- 2005 in Leipzig und jetzt in Hamburg

2006 werden wir in Schwäbisch Hall sein und im Herbst in Berlin. Diese Reisen bieten uns immer wieder die Möglichkeit, die Einrichtungen der Mitglieder kennen zu lernen, bei aller Anstrengung, auch für die Organisatoren, freuen wir uns darüber, immer wieder woanders zu sein.

Ich habe einige Zahlen zusammengestellt, die uns vor Augen führen sollen, was die DED ausmacht: 20 Tagungen bedeuten auch 20 gemeinsame Abende, denn der Abend ist wichtiger Bestandteil unseres Erfahrungsaustauschs. Überschläglichs gehe ich von etwa 1200 Litern Bier und Wein aus, von leichteren Getränken ganz zu schweigen.

Wir haben etwa 360 Stunden miteinander getagt, das entspricht 9,5 Arbeitswochen. Ich habe 20 Protokolle verschickt, zwischen 25 und 60 Seiten. Das sind etwa 85.000 Seiten, die Sie gelesen oder wenigstens abgeheftet haben.

Was macht nun die DED aus?

Meine Antwort ist: Es ist für mich unendlich wertvoll mit Kolleginnen und Kollegen zusammen zu sein, die wissen wovon ich spreche,
- die wissen wie es sich anfühlt, in der Dementenbetreuung zu arbeiten, wie schön, wie spannend und interessant und wie bereichernd es ist - und wie schwer es manchmal ist.

Kolleginnen, die ähnliche Erfahrungen machen, die von ihre Erfolgen berichten und von dem, was nicht funktioniert.

Die Kontinuität dieses Austauschs ist einmalig in der Fachwelt.

Beobachtung und Reflektion, die vielen kleinen Versuchsreihen, die wir alle jeden Tag machen und die Schlüsse die wir daraus ziehen, sind unser gemeinsamer Erfahrungsschatz.

Und die Gespräche darüber, sei es beim Blitzlicht, als Vortrag oder im Austausch am Abend haben die Arbeit vorangebracht. Die Erkenntnismöglichkeiten des Blitzlichtes wären es wert, einmal in einem großen Vortrag reflektiert zu werden. Als ich das Blitzlicht aus Leipzig geschrieben habe, ist mir wieder klar geworden, wie wertvoll diese Form des Austauschs ist. Morgen werde ich es bei der Arbeitstagung verteilen und ich hoffe, dass auch Sie Freude daran haben werden.

Neben den Protokollen verteilen wir unsere Erfahrungen in den Broschüren, die wir bisher mit der Unterstützung des Ministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend kostenlos abgeben konnten.

Jede/r von Ihnen hat ein Exemplar auf seinem Stuhl vorgefunden. Wir wünschen uns natürlich sehr, dass wir diese Form der Wissensverteilung fortsetzen können. Ich freue mich darüber, dass heute Frau Werritz-Hanf aus dem Ministerium in Berlin wieder dabei ist. Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihre Unterstützung unserer Arbeit.

Ein weiteres Ergebnis unserer Arbeit ist das Büchlein zur Ernährung Demenzkranker, Sie können es vorne erwerben, es enthält viel Praxiswissen und wir finanzieren mit dem Erlös große Anteile unseres Qualitätsmanagementprojekts.

Mit den Fachtagungen äußern wir uns zu wichtigen aktuellen Themen: 2002 - „Demenz-Leben in Grenzen“ zur Freiheitsbeschränkung, im Jahr 2003: „Was ist Qualität im Leben Demenzkranker?“ und heute:

„Zum Umgang mit Risiken in der Betreuung Demenzkranker.“

Es ist gut, dass die Demenz den Kranken in fast jedem Stadium noch Fähigkeiten und Erlebnismöglichkeiten lässt. Das herauszufinden kann die Betreuung in vielfältiger Weise bereichern. Immer wieder gibt es dabei jedoch die Schwierigkeit, zwischen Freiräumen für die Kranken und Fürsorgepflicht der Betreuer abzuwägen. Die Demenz nimmt das Vermögen, vorsichtig und überlegt zu handeln. Außerdem führt sie allmählich zum Verlust der Fähigkeit, den eigenen Zustand zu beschreiben,

also auch Schmerzen und krankhafte Veränderungen. Mindestens ebenso bedeutsam ist, dass die Kranken nicht mehr schildern können, wie mit ihnen umgegangen wurde; gerade diese Tatsache kann zu Unsorgsamkeit verführen, mehr als bei anderen Kranken mit erhaltener Erinnerung und erhaltener Mitteilungsfähigkeit. Diesen und anderen Risiko-Aspekten in der Pflege Demenzkranker soll auf der 3.Fachtagung der DED nachgegangen werden. Neben der Verdeutlichung der Probleme möchten wir vermitteln, dass unser jeweiliges Handeln und die damit verbundenen Risiken begründbar sein müssen. Wenn die Demenzkranken uns in allem, was zu ihnen gehört, gut vertraut sind, wächst unsere Sicherheit im Umgang mit ihnen.

Das kann Zuversicht vergrößern, auch im Hinblick auf – in bestimmten Bereichen unvermeidbare - Risiken.

Seien Sie herzlich willkommen auf unserer Tagung!

„10 Jahre DED“ Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Ursula von der Leyen

für die 53. Fachtagung der DED am 6.10.2005

Liebe Mitglieder der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung, meine sehr geehrten Damen und Herren,

mit der heutigen Jahrestagung begehen sie ihr zehnjähriges Bestehen. Das ist ein beachtliches Jubiläum für unsere kurzatmige und schnelllebige Zeit. Nicht nur Arbeitsbündnisse wie die DED, auch andere Interessen- und Zweckgemeinschaften fallen oft rasch auseinander, wenn die erste Euphorie verflogen ist und die Mühen der Ebene Auswirkungen zeigen.

Ich freue mich deshalb, Ihnen anlässlich dieser Jubiläumstagung meine besten Wünsche überbringen zu können und gratuliere Ihnen zu Ihrer wichtigen und erfolgreichen Arbeit.

Was macht das Besondere der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung aus? Werfen wir einen Blick zurück!

„In Hamburg ist eine multiprofessionelle Fachöffentlichkeit entstanden, die langsam gewachsen ist und jetzt sehr selbstbewusst ihre Erkenntnisse austauscht und ausbaut. Diese Fachöffentlichkeit sollte von Politik und Administration unterstützt werden“, so ein Zitat aus dem Endbericht „Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“ 1994. Die heutige Expertengruppe entstand damals aus einer Gemeinschaft von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die besonders langfristig und zentral in die siebzehn Projekte des Hamburger Modellprogramms eingebunden waren. Das war in zweierlei Hinsicht revolutionär. Bislang betreute man Menschen mit Demenz in Heimen zwar nach bestem Wissen und Gewissen, aber ihre Bedürfnisse und Besonderheiten konnten im Pflegealltag kaum Beachtung finden. Im schlimmsten Fall empfand man sie als Störenfriede, sie wurden ausgegrenzt und ruhig gestellt. Das Modellprogramm stellte die besondere Betreuung dieser schwierigen Bewohner in den Mittelpunkt, ein Wagnis für alle Beteiligten und eigentlich aus der Not geboren. Am projektbezogenen fachlichen Austausch beteiligten sich verschiedenste Professionen. Berufsgruppenübergreifend wurden detaillierte Beobachtungen und Erfahrungen zusammengetragen. Und es gab reichlich Überraschungen!

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlebten, dass man den demenzbedingten Veränderungen der Bewohner nicht hilflos ausgeliefert ist. Sie erkannten, dass problematisches Verhalten oft in Abhängigkeit von Lebensumfeld entsteht und wie man mit geeigneten Maßnahmen Verhalten und Erleben Erkrankter positiv beeinflussen kann. Sie lernten viel über den Nutzen besonderer Qualifikation, Kommunikation und Teamarbeit.

Die dabei entstandenen Einsichten weckten den Wunsch nach weiterer Verbreitung. In einem ersten Schritt formulierte die Expertengruppe 1995 deshalb siebzehn Leitlinien zur Dementenversorgung, die als „Hamburger Thesen zur Betreuung demenzkranker alter Menschen“ veröffentlicht wurden.

Sie sind übrigens auch heute noch aktuell! Die Evaluationsstudie der Hamburger BestDem , ein von meinem Haus gemeinsam mit der Hamburger Behörde für Familie und Soziales gefördertes Vorhaben, konnte belegen, wie fundiert diese Thesen sind und konnte sie wissenschaftlich bestätigen. Das Hamburger Modellprogramm mündete in ein dauerhaftes Versorgungsangebot, die fachlich gemischte Praktikerguppe gründete im Anschluss an eine überregionale Tagung ein bundes-weites Forum für den Erfahrungsaustausch über neue Betreuungsansätze. Damit war die DED in der Welt. Es klingt so simpel, so selbstverständlich - wenn doch nur allen Modellprojekten so viel an nachhaltiger Wirkung beschieden wäre!

Dem Geburtshelfer der Expertengruppe, Dr. Jens Bruder, möchte ich an dieser Stelle ganz besonders danken für seinen langjährigen fachlichen und für seinen persönlichen Einsatz im Interesse der Menschen mit Demenz. Er hat die Idee fruchtbar werden lassen und begleitet die Arbeit der Gruppe als Mentor kontinuierlich bis heute.

Kaum denkbar ist der Erfolg der Gruppe ohne Dr. Jan Wojnar, ebenfalls Gerontopsychiater der ehemaligen Hamburger Landeseinrichtung Pflegen und Wohnen. Wie kein zweiter versteht er es, zu vermitteln, dass Arbeit mit Demenzkranken auch lust- und humorvoll sein kann. Fachliche Kompetenz wird in Kombination mit Optimismus und Lebensfreude doppelt wirksam.

Ich wünsche mir, dass die Expertengruppe in den vergangenen Jahren so intensiv aus dieser Quelle geschöpft hat, dass sie die schmerzliche Lücke nach dem bevorstehenden Rückzug von Dr. Wojnar ins Privatleben mit der Zeit aus eigener Kraft wieder zu schließen vermag. Jedenfalls haben Sie als Mitglieder einen bislang schier unerschöpflichen Vorrat an Energie und Tatkraft bewiesen. Dieser Einsatz, der ohne

persönliche Opfer nicht möglich ist, verdient hohe Anerkennung. Das trifft in besonderem Maße für die zusätzliche Arbeit der Vorstandsmitglieder zu.

Die Einrichtungen und die Dienste, die in der DED vertreten sind, beweisen innovatives Potenzial und den Willen zur Weiterentwicklung. Sie liefern das beste Beispiel für eine zukunftsfähige Altenhilfe, die die Bedürfnisse ihrer Nutzer in den Mittelpunkt stellt, das Potenzial ihrer Mitarbeiter stärkt und neue Ideen zulässt.

Wenn alle so denken und handeln würden, gingen den Medien die Katastrophenberichte zur Pflege bald aus!

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich schätze den Wert Ihrer Arbeit sehr. Sie alle sind Multiplikatoren, Katalysatoren und Forscher zugleich, die mit Mut, Engagement und nicht zuletzt dem nötigen Sendungsbewusstsein die Speerspitze einer Bewegung stellen, die ganz bewusst Verantwortung für Menschen mit Demenz übernimmt und damit den demografischen Wandel aktiv mitgestaltet.

Das ist wertvoll für unsere Gesellschaft, reicht aber allein nicht aus, um erfolgreich zu sein.

Wenn man Erfahrungen weitergeben will, sich den Transfer zum Ziel gesetzt hat, muss man viele Hürden nehmen. Verbesserungsvorschläge treffen in unserem noch unzureichend vernetzten und unter Konkurrenzdruck stehendem System bei den Empfängern oft auf Misstrauen, die Sender werden als elitärer Zirkel abgewertet oder es werden lediglich rasch wirksame Rezepte erwartet. Die Botschaft muss deshalb gut zugänglich, aufbereitet und appetitanregend angeboten werden. Das ist Ihnen im Laufe der Jahre immer besser gelungen. Wir haben Sie dabei gerne unterstützt und werden das auch weiter tun!

Mit Ihren sehr konkreten, praxisnahen und erfahrungsbasierten Empfehlungen tragen Sie wesentlich zur Entwicklung von Pflegestandards und zur Sicherung von Pflegequalität für Menschen mit Demenz bei.

Mit dem QSP (Qualitätssicherungsprojekt), dessen Ergebnisse mit Spannung erwartet werden, haben Sie die Herausforderung einer einrichtungsintern verankerten Qualitätskontrolle angenommen, die externe Qualitätssicherung zunächst ergänzen und später vielleicht auch einmal ersetzen kann. Pflege- und Versorgungsqualität, die durch einen einrichtungs-übergreifenden Qualitätszirkel im peer-counselling gefestigt wird,

trifft nicht nur auf höhere Akzeptanz, sondern bleibt im Dialog auch lebendig und entwicklungsfähig.

In den vergangenen Jahren ist viel an neuen Wohn- und Betreuungsformen gewachsen. Ihre Anregungen sind auf fruchtbaren Boden gefallen. Diese hoffnungsvollen Ansätze dürfen nicht von zuviel gesetzlichen Regelungen und Bürokratie erdrückt werden. Wir wollen deshalb das Recht vereinfachen, ohne die Qualitätssicherung und den Verbraucherschutz zu vernachlässigen.

An der Nahtstelle von Wohnen und Heimrecht ist Entbürokratisierung dringend erforderlich, um die Qualität der ambulanten und stationären Pflege dauerhaft zu sichern und weiter zu entwickeln. Hierzu habe ich am 13. Juli 2005 im Bundeskabinett 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung des Heimrechts vorgestellt.

Den Schutzzweck des Heimrechts halte ich nach wie vor für ein hohes Gut. Allerdings haben sich die Bedürfnisse älterer Menschen nach individuellem, eigenständigem und "normalem" Wohnen auch im Heimbereich gewandelt.

Dem wollen wir Rechnung tragen und die Bildung neuer Wohnformen an der bisherigen Grenzlinie zwischen häuslich und stationär unterstützen. Hierzu gehören etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften. Sie sollen künftig unter bestimmten Voraussetzungen von den Vorschriften des Heimrechts ausgenommen werden - und dabei nicht mehr auf die bereits bestehende Experimentierklausel angewiesen sein.

Zudem möchten wir die Pflegedokumentation vereinfachen, Anzeigepflichten reduzieren und Mehrfachprüfungen durch Heimaufsicht und Medizinischen Dienst vermeiden.

Meine Vorschläge zum Bürokratieabbau sind auch ein Ergebnis des Runden Tisches Pflege, den meine Kollegin Ulla Schmidt und ich ins Leben gerufen haben, um gemeinsam mit den Akteuren und Akteurinnen konkrete Anstöße zur Verbesserung der Pflege und Betreuung zu erreichen.

Gute Pflege braucht aber auch gute Ausbildung. Mit dem Modellprogramm „Pflegeausbildung in Bewegung“ haben wir ein klares Signal zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe gesetzt.

Wir wollen die Debatte nicht nur theoretisch führen, sondern auf eine breite, praxisbezogene Basis stellen. Unser Ziel ist es, aus den geförderten acht Modellen

fundierte Erkenntnisse zu gewinnen, wie eine gemeinsame Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung einerseits und der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits aussehen kann. Für uns ist es wichtig, dass dabei das Bildungsziel der Pflege alter Menschen besonders in den Blick genommen wird.

Denn angesichts der demographischen Entwicklung wird die Pflege und Betreuung alter Menschen, zunehmend auch von Menschen mit Demenz zu den Schwerpunktaufgaben aller Pflegekräfte gehören, ob im Krankenhaus, im ambulanten Dienst oder in der stationären Pflegeeinrichtung.

Der richtige Umgang mit Demenzkranken wird aber keine Aufgabe für Fachkreise bleiben. Unsere Gesellschaft wird lernen müssen, mit Hochaltrigkeit und Demenz zu leben. Mit der Übernahme der Schirmherrschaft für die Kampagne der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Helfen nicht vergessen“ will ich diesen Annäherungsprozess fördern und zugleich Information und Beratung breit streuen. Die Händegalerie mit inzwischen über 3000 beschrifteten Handflächen ist ein Beleg für die Bereitschaft der Menschen zur Solidarität mit den Betroffenen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor zehn Jahren hat die Expertengruppe einen neuen Weg eingeschlagen, um Beispiele guter Versorgungspraxis breiten wirksam werden zu lassen.

Der stetig wachsende Arbeitsumfang verlangt inzwischen einen gewissen Grad an Strukturierung und Organisation, für den die Gruppe tragfähige Lösungen finden muss. Leider sind unsere Möglichkeiten hier zu helfen sehr beschränkt.

Sie ist ein lebendiges Forum für kollegialen, sehr offenen Austausch in einer ganz eigenen Atmosphäre geblieben. Die Arbeitstreffen haben etwas von Balintgruppen, Weiterbildung und Supervision zugleich.

Die Vielfältigkeit der Demenz eröffnet ein schier unerschöpfliches Arbeitsfeld. Entscheidungen darüber, welche Prioritäten gesetzt werden und welche Rolle die DED im Konzert der Praxis- und Politikberatung zukünftig einnehmen will, muss den Mitgliedern vorbehalten bleiben.

Bewahren Sie sich weiterhin Vitalität, Offenheit und Bereitschaft zum Dialog.

Setzen Sie Ihre Kompetenz ein, um das Verständnis von Demenz zu verändern –von einem medizinischen Phänomen hin zu einem Beziehungsgeschehen.

Mit Blick auf die zukünftige Entwicklung spricht Dörner von der neuen menschlichen Seinsweise der Demenz. Er zeigt uns Chancen auf: „Die Dementen lehren uns abschließend auch ein anderes Menschenbild, das vollständiger ist als das der Moderne und uns allen erlaubt, uns auch in der Postmoderne zurechtzufinden“.

Die Risiken

Dr. Jan Wojnar, Hamburg

"Are we not formed, as notes of musik are,
For one another, though dissimilar?"

(Sind wir nicht geschaffen wie Musiknoten,
aufeinander abgestimmt und doch
unterschiedlich?)

(Percy B. Shelley)

1. Einleitung.

Unter Risiken, die mit einer Demenzerkrankung verbunden sind, werden meistens Folgen von Fehlhandlungen verstanden, die durch ausgeprägte Störungen der Wahrnehmung, des Erkennens, des Urteilens und der sinnvollen Reaktionen auf die Signale des Körpers und der Umgebung bedingt sind. Dabei wird übersehen, dass solche Gefahren zwar durch Demenz potenziert werden, jedoch zum Prozess des Alterns gehören und für die subjektive Lebensqualität Demenzkranker (wohl) nicht entscheidend sind. Die erhöhte Häufigkeit von Stürzen, Verletzungen und Kontrakturen, sowie die Gewichtsabnahme und Dehydratation beeinträchtigen das Erleben der Kranken weniger, als der Verlust der äußeren Freiheit, der Autonomie und der Mitteilungsfähigkeit. Auch die (noch) nicht Betroffenen erschrecken bei der Vorstellung, an einer Demenz zu erkranken, nicht vor dem Bild von schweren körperlichen Beeinträchtigungen, sondern sehen die wirkliche Gefahr, das Grausame einer Demenzerkrankung, in der Verwandlung eines selbstwaltenden, den Lebensweg gestaltenden Individuums in ein fremdbestimmtes und jeder Einsicht beraubtes Objekt. Die Angst vor einer Demenz und Annahme, dass die Betroffenen nicht mehr glücklich leben können und nur noch in bedrückender Verfassung dahinvegetieren (bettlägerig, abgemagert, mit Kontrakturen und vielleicht laut schreiend), begünstigt die großzügige Finanzierung der medizinischen Grundlagenforschung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Versorgungsforschung und der Bemühungen um angemessene Betreuungsangebote für die Kranken.

2. Mortalität und Todesursachen bei Demenz.

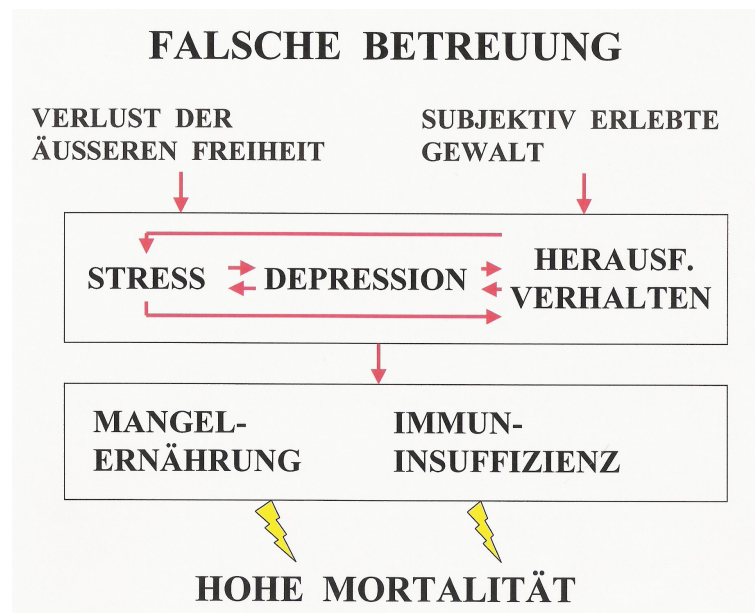
Dass Demenzerkrankungen mit einer deutlich höheren Mortalität verbunden sind, gilt als wissenschaftlich gesichert. Eine Metaanalyse von 68 epidemiologischen Studien aus 22 Ländern, die den Einfluss von kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz auf die Mortalität von über 65jährigen Menschen untersucht haben (Dewey und Saz 2001) zeigt, dass bereits milde kognitive Einschränkungen mit einer erhöhten Mortalität verbunden sind. Deutlicher Anstieg der Mortalität, um mehr als das 2fache wird aber erst bei schweren Demenzen beobachtet. Obwohl einige der Studien für etwas höhere Mortalität (vor allem bei jüngeren Menschen) bei vaskulären Demenzen im Vergleich mit Alzheimerkrankheit sprechen, zeigen doch die meisten Untersuchungen, dass diese Differenzen sehr gering sind und mit zunehmendem Alter der Kranken minimal werden (Agüero-Torres et al 1999).

Anhand vorliegender Studien kann nicht erklärt werden, warum Demenzkranke früher sterben als Menschen vergleichbarer Altersgruppe ohne Demenz. Untersuchungen der Todesursachen der Demenzkranken zeigen, dass die meisten an Folgen von Mangelernährung und infektiösen Erkrankungen sterben. So stellten Boersma et al. (1999) fest, dass Kachexie/Dehydration, Pneumonie und kardiovaskuläre Erkrankungen (in dieser Reihenfolge) die häufigsten Todesursachen der Demenzkranken sind. Bei der Vergleichsgruppe ohne Demenz sind es dagegen kardiovaskuläre Erkrankungen, zerebrovaskuläre Störungen und maligne Krankheiten.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass höhere Mortalität der Demenzkranken weniger durch die Demenzerkrankung selbst, sondern eher durch die negativen Auswirkungen der Krankheit auf das Erleben der Betroffenen und die falsche Betreuung bedingt ist. Interessant in diesem Kontext sind Befunde aus den schwedischen Wohngruppen für Demenzkranke die zeigen, dass dort betreuten Menschen an gleichen Erkrankungen sterben (kardiovaskuläre Erkrankungen, zerebrovaskuläre Störungen und maligne Krankheiten) wie die Gleichaltrigen ohne Demenz (Wimo et al 1995).

3. Ursachen von Stress und Mortalität der Demenzkranken.

Gespräche mit mittelschwer und schwer Demenzkranken und Beobachtungen ihres Verhaltens in stationären Pflegeeinrichtungen erlauben die Annahme, dass die meisten von ihnen besonders unter dem Verlust der äußeren Freiheit und dem Gefühl leiden, der Willkür und Gewalt zahlreich überlegenen „Fremden“ ausgesetzt zu sein.



Freiheit, verstanden als Fähigkeit und Möglichkeit, den Aufenthaltsort (im weitesten Sinne des Wortes) selbst zu bestimmen und nach Belieben zu verändern, über Art und Zeitpunkt der Befriedigung eigener Grundbedürfnisse entscheiden zu können, sich der sozialen Umgebung anpassen oder sie zu wechseln, eigene Vorstellungen vom glücklichen und erfolgreichen Leben entwickeln und realisieren zu können, gehört zum höchsten Gut jeder menschlichen Existenz. Das Streben nach Freiheit ist wohl eine der stärksten Antriebskräfte des Menschen und der evolutionären Entwicklung. "Mit dem Aufsteigen der Kultur...macht sich dann eine zunehmende Unruhe innerhalb der Völker bemerkbar, und jeder einzelne Angehörige dieser Völker fühlt sich getrieben von dem Vermögen und folglich dem Verlangen nach unabhängiger Betätigung und dem Genuss dieser Unabhängigkeit. Und zwar in so starkem Maße, dass man gegen Ende des neunzehnten Jahrhundert allen Ernstes

die Frage aufwerfen könnte, ob sich die Entwicklung der Menschheit nicht durch fortschreitende Zersplitterung und Auflösung ihrer Endphase nähert“ (de Chardin, 1987).

Durch ausgeprägte Störungen der Gedächtnisleistungen wird bei Demenzerkrankung die Orientierung zur Zeit, Ort und Situation (bei schweren Störungen auch zur Person) beeinträchtigt. Der Kranke ist unfähig eigene aktuelle Wahrnehmungen zu ordnen, neue Informationen zu speichern und ein Abbild der Welt mit seinen Erinnerungen zu vergleichen. Dadurch verkennt er seine Situation, was zu häufigen Fehlhandlungen mit Selbst- und Fremdgefährdung führen kann. Neben Gedächtnisfunktionen sind auch intellektuelle Leistungen, vor allem das Denken, die Sprache und praktische Fähigkeiten beeinträchtigt. Der Bezug zur Realität wird weitgehend aufgehoben und das Erleben durch zufällige Erinnerungsspuren und innere Bilder der Vergangenheit geprägt. Sowohl das Selbstbild als auch die Repräsentanzen der äußeren Welt entsprechen nicht mehr der Wirklichkeit, was sinnvolle Entscheidungen und Handlungen verhindert. **Die Betroffenen leiden jedoch nicht unter ihrer Erkrankung, sondern unter subjektiv wahrgenommenen, unverständlichen Veränderungen ihrer Umgebung.** Bereits bei einer mittleren Ausprägung der Demenz verlieren nämlich die meisten Kranken die Krankheitseinsicht (Wagner et al., 1997), glauben gesund und unauffällig zu sein und sehen in allen Schwierigkeiten im Alltagsgeschehen das Versagen oder böswillige Absichten der Betreuenden.

Demenzkranke erkennt in diesem Stadium der Erkrankung oft seine Wohnung und die Angehörigen nicht mehr, versucht die unverständlichen und oft auch beunruhigenden Situationen mit Hilfe von zunehmend entgleitenden Erinnerungen zu deuten, begibt sich auf die Suche nach den Orten, wo er sich früher so sicher fühlen konnte, oder reagiert auf die Bedrohung durch das Unbekannte mit Aggressivität oder mutistischem Rückzug. Verlegung in eine Pflegeeinrichtung (wie schön sie auch sein mag) verstärkt noch das Gefühl der Bedrohung. Die Kranken wissen nicht wann, warum und wohin sie „verschleppt“ wurden, werden mit fremden und häufig auch bizarr aussehenden und handelnden Menschen konfrontiert und am Verlassen dieser beängstigenden Umgebung gehindert. Viele betonen, dass sie „nichts Unrechtes

getan haben“, „unbescholtene Bürger“ seien und versuchen sogar die Gesprächspartner zu bestechen, um „befreit“ zu werden.

Die mittelgradig und schwer Demenzkranke sind überwiegend alt, oft hilflos, pflegebedürftig, werden bereits durch einfachste Handlungen überfordert, vergessen sofort alle Erklärungen, vernachlässigen ihr Äußeres, spielen nicht selten mit Exkrementen und scheinen ihrer Umgebung wenig Bedeutung beizumessen, sind also ohne fremder Hilfe nicht überlebensfähig. Wer die allgemein anerkannten Regeln des harmonischen Zusammenlebens der Gesellschaft nicht befolgt, einer „vernünftigen“ Kommunikation nicht zugänglich ist und die Realität der Mehrheit ignoriert, gefährdet sich in unseren Augen und ist nicht fähig "richtige" Entscheidungen zu treffen. Ohne zu fragen, ob vielleicht seine Handlungen, Entscheidungen und Verhalten seiner Realität entsprechen, in ihr stimmig sind und (entgegen unseren Vorstellungen) "ein Leben der inneren Geschlossenheit" (Kant, 1977) ermöglichen, versuchen die Betreuenden den Kranken zu „vernünftigen“ Handlungen zu bewegen oder sie am Ende dazu zu zwingen. Solche Behandlung wird von den Kranken, die sich für jung, gesund und leistungsfähig halten als Gewalt wahrgenommen und erzeugt anhaltende Stressbelastung. Sie fühlen sich der Macht fremder Menschen ausgesetzt und erleben viele pflegerische Maßnahmen wahrscheinlich als Lebensbedrohung. Wenn zu einer unbestimmten Tages- oder Nachtzeit (in Wirklichkeit - morgens) fremde Menschen sie wecken, zum Aufstehen „zwingen“, trotz massiven Widerstands ausziehen und in ein leeres, kaltes Raum mit bedrohlichen Geräten „abführen“, dann müssen sie wohl annehmen, dass sie gleich gefoltert oder umgebracht werden. Sie kämpfen verzweifelt, mehrmals täglich ums Überleben, von Angst und Verzweiflung getrieben.

Verlust der äußeren Freiheit, eingeschränkte Mobilität (z.B. durch Fixierungen) und eine anhaltende Lebensbedrohung durch die subjektiv erlebte Gewalt erzeugen chronischen Stress, depressive Verstimmung, Appetitlosigkeit und führen insgesamt zu einer Störung des Immunsystems (z.B. Hollmann und Löllgen 2002, Deuschle et al 2002). Ähnlich den depressiven Patienten konnte auch bei Demenzkranken Hypercortisolämie als Indikator für chronischen Stress und Beeinträchtigung des Immunsystems nachgewiesen werden (Miller et al 1998).

Mangelernährung gehört zu weiteren typischen Folgen einer Demenzerkrankung. Anhand der vorliegenden Studien handelt es sich weniger um eine pathologische Veränderung des Stoffwechsels. Im Vordergrund stehen ein erhöhter Energieverbrauch durch psychomotorische Unruhe und Störungen bei der Nahrungsaufnahme (Wolf-Klein und Silverstone 1994), verursacht durch ungeeignete Nahrungsmitteln, falsche Zubereitung und Fehler bei der Gestaltung der Mahlzeiten (Lärm, 2005). Ob Mangelernährung zu einer Beeinträchtigung des Immunsystems beiträgt, ist nicht sicher. Als gesichert gilt jedoch die Erkenntnis, dass Mangelernährung und Störung des Immunsystems die Anfälligkeit für Infektionen erheblich erhöhen und diese drei Faktoren wiederum zu einem tödlichen Kreis von sich gegenseitig verstärkenden Beeinträchtigungen werden (Morgan 1997). Angemessene Therapie findet meistens nicht statt (Brandeis et al., 1998), weil die Demenzkranken auf klinische Schmerzen selten reagieren und über mögliche Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht klagen (Wojnar und Bruder 1995). Bei sporadischen Arztkontakten dieser Patientengruppe (Hallauer et al. (1999) stellten z.B. fest, dass Demenzkranke mit einer leichten Demenz bis zu 15 mal jährlich vom Hausarzt besucht werden, die schwer Demenzkranken dagegen nur einmal) bleibt eine schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes unerkannt und die Betroffenen sterben, für die Betreuenden ganz unerwartet.

4. Leben mit Demenz...und Risiken.

Für Kant (1777) war "Autonomie...der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur". Menschen, die fremden Gesetzen gehorchen, von den Autoritäten abhängig sind und sich das Handeln vorschreiben lassen, bezeichnete er als unmündig und somit unfrei.

Seine Definitionen von Freiheit und Autonomie setzen die Fähigkeit des Individuums zur Internalisierung und Übersetzung der äußeren Welt in die Sprache eigener Vorstellungen und zu einer kreativen Erstellung alternativer Weltbilder voraus. Die Entwicklung eines moralischen Denkens und Handelns führt zur Entstehung einer Hierarchie von Grundregeln zur Lösung moralischer Dilemmas. Auf der niedrigsten Stufe werden die Entscheidungen durch umgebungsbedingte Schmerzen oder Lustgefühl unmittelbar beeinflusst. Auf dem höchsten Entwicklungsniveau entsteht

ein System von Werten, das Rechtsnormen überflüssig macht und allgemein angewendet werden könnte. In diesem System ersetzt die Sorge, um entsprechende Berücksichtigung eigener und fremder Interessen, die Notwendigkeit einer Steuerung der zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen durch eine Androhung strafrechtlicher Konsequenzen (Gilligan 1977).

Menschen mit einer Demenz haben bis zum Ausbruch ihrer Erkrankung so gelebt und gehandelt. Dass sie „der Vernunft“ beraubt wurden berechtigt die Gesellschaft nicht, sie einer „heteronomen Willensbestimmung“ zu unterwerfen, „zu entmündigen“ im Sinne von Kant. Am Ende ihres Lebens, der intellektuellen Fähigkeit zur Anpassung an die Realität beraubt, haben sie Recht auf ein Entgegenkommen der „vernünftigen“ Gesellschaft.

Der Mensch ist nur im Netz sozialer Kontakte und Beziehungen denkbar (eine weitgehende Isolation führt zwangsläufig zu ausgeprägten psychischen Störungen). Die Entwicklung und Erhaltung der Persönlichkeit (des "Selbst" und der "Identität") geschieht stets in Form eines experimentierenden Agierens und Reagierens, in einem Wechselspiel der Assimilation und Akkomodation (Marcia, 1988). Überall dort, wo der Kranke zu solchen Leistungen nicht mehr fähig ist, muss die Umgebung ihre Erwartungen und Normen überprüfen und entsprechend korrigieren. Als Ziel dieses fortdauernden Prozesses wird eine vollständige Entfaltung aller in dem betroffenen Menschen schlummernden Fähigkeiten im Rahmen der gegebenen Verhältnisse angestrebt, bei möglichst geringer Einschränkung seiner Autonomie und Bewegungsfreiheit.

Im Vordergrund aller Bemühungen steht dabei die Schaffung eines stressarmen, Sicherheit und Geborgenheit ausstrahlendem Milieus, in dem das Selbstwertgefühl, die Mobilität und gute Ernährung der Demenzkranken gefördert und (fürsorglicher) Zwang, Anpassungsdruck und kritische Bemerkungen auf ein unumgängliches Minimum reduziert werden.

Es sind oft nur geringfügige Veränderungen, die das Erleben Demenzkranker nachhaltig verbessern und ihnen das Gefühl der Freiheit zu vermitteln helfen.

Demenzkranke in Wohnbereichen mit gut kaschiertem Ausgang sind weniger depressiv, weil sie seltener am verlassen der Einrichtung gehindert werden. Wohnlicher Charakter, ohne „institutioneller Ausstrahlung“ fördert Kontaktbereitschaft und reduziert die Aggressivität, weil die Atmosphäre der früher erfahrenen Normalität entspricht. Mehrere, unterschiedlich gestaltete Gemeinschaftsräume wirken stimmungsaufhellend und verbessern Sozialverhalten der Kranken, indem sie zur Einkehr animieren und nicht den Eindruck entstehen lassen, trotz langem Wandern sich nicht weiter bewegt zu haben (wie in einem Alptraum). Die Rückzugstendenzen in größeren Gruppen sind geringer ausgeprägt, weil die Gruppe das Gefühl der Zugehörigkeit und Sicherheit vermittelt (Zeisel et al., 2003).

Die Betreuenden sind aufgerufen, die Kranken zu begleiten, genau zu beobachten und immer dann, wenn diese an die Grenzen ihrer Fähigkeiten stoßen, unauffällig zu unterstützen. Dabei ist es besonders wichtig unbedingt auf Kritik, Belehrung oder „erzieherische Maßnahmen“ zu verzichten und zu versuchen, sich der Vorstellungswelt der Betroffenen anzupassen, ihre Entscheidungen zu respektieren und ihre Wünsche zu berücksichtigen. Die Konfrontation mit der Realität überfordert Demenzkranke, ängstigt und verunsichert sie. Besonders heikel sind die ersten Minuten (bis zu zwei Stunden) nach dem Aufwachen, eine Zeit, in der sich Bilder der Träume mit der Wahrnehmung der realen Umgebung vermischen und die kognitiven Funktionen noch zu stark beeinträchtigt sind, um die Gesichter und Absichten der anwesenden Menschen zu erkennen und zu verstehen. Solche Situationen erfordern besonders aufmerksamen und sensiblen Umgang mit den Kranken und sind oft für deren Stimmung und Verhalten am Tage entscheidend. Pflegerische Maßnahmen lassen sich meistens leichter durchführen und sind weniger belastend, wenn es gelingt die momentane „Realität“ des Kranken zu erkennen und sie zu akzeptieren. Meistens halten sie sich für jung und selbständig und dürfen dann nicht wie alte, pflegebedürftige Menschen behandelt werden. Mit Kreativität, Humor und Gesang lassen sich die meisten Situationen meistern und das Leben der Kranken und ihrer Betreuenden wird frei vom bedrückenden Stress.

Auch wenn durch alle Bemühungen nur eine „als ob“ Freiheit und eine fiktive Autonomie, nämlich Autonomie in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen,

möglich sind, verändern sie nachhaltig das Erleben der Demenzkranken und ermöglichen eine angenehme, oft auch fröhliche Existenz. Vielleicht werden dann auch die (noch) Gesunden ihre Angst vor der Demenz verlieren und die Erkrankung weniger als ein Risiko und eher als eine andere Form des Alterns betrachten.

Literatur.

- Agüero-Torres H, Winblad B, Fratiglioni L (1999) Epidemiology of vascular dementia: some results despite research limitations. *Alzheimer Disease Assoc Disord*, 13, Suppl.3: 15-20
- Boersma F, Van den Brink W, Deeg DJH, Eefsting JA, Van Tilburg W (1999) Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14: 748-753
- Brandeis GH, Berlowitz DR, Coughlin N (1998) Mortality associated with an influenza outbreak on a Dementia Care Unit. *Alzheimer Disease Assoc Disord*, 12: 140-145
- de Chardin PT (1987) *Die Entstehung des Menschen*. dtv, München, S: 99
- Deuschle M, Lederbogen F, Borggrefe M, Ladwig K-H (2002) Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 99: 2805-2811
- Dewey ME, Saz P (2001) Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16: 751-761
- Gilligan C (1977) *In a different voice: Women's conception of the self and of morality*.
Harvard Educational Review, 47: 481-517
- Hallauer J, Schons M, Smala A, Berger K (1999) Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer Erkrankung. *Psycho*, 25 (Sonderausgabe 1/99): 31-34
- Hollmann W, Löllgen H (2002) Bedeutung der körperlichen Aktivität für kardiale und zerebrale Funktionen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99: 1152-1154
- Kant I (1977) Kritik der praktischen Vernunft. Suhrkamp tw, Frankfurt am Main***
- Lärm M (Hrsg.) (2005) *Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen*. Timm Specht, Hamburg
- Marcia JE (1988) Ego identity, cognitive/moral development, and individuation. In: Lapsley DK, Power FC (Hrsg.) *Self, Ego, and Identity*. Springer, New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo

- Miller TP, Taylor J, Rogerson S, Mauricio M, Kennedy Q, Schatzberg A, Tinklenberg J, Yesavage J (1998) Cognitive and noncognitive Symptoms in dementia patients: Relationship to cortisol and dehydroepiandrosterone. *Int Psychogeriatr*, 10: 85-96
- Morgan G (1997) What, if any, is the effect of malnutrition on immunological competence? *Lancet*, 349: 1693-1695
- Wagner MT, Spangenberg KB, Bachman DL, O'Connell P (1997) Unawareness of cognitive deficit in Alzheimer Disease and related dementias. *Alzheimer Disease Assoc Disord*, 11: 125-131
- Wimo A, Asplund K, Mattsson B, Adolfsson R, Lundgren K (1995) Patients with dementia in Group Living: Experiences 4 years after admission. *Int Psychogeriatrics*, 7: 123-127
- Wojnar J, Bruder J (1995) Schmerz und psychische Störungen im Alter. *Z Gerontol Geriat*, 28: 369-373
- Wolf-Klein GP, Silverstone FA (1994) Weight loss in Alzheimer's Disease: An international review of the literature. *Int Psychogeriatr*, 6: 135-142
- Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W (2003) Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *Gerontologist*, 43: 697-711

Mehr Freiheit bedeutet mehr Risiko

Dr. Jens Bruder, Nervenarzt, Norderstedt

1. Ein Fall

Unsere Norderstedter Beratungsstelle weiß von einem Ehepaar mit einem 65jährigen Mann, der bereits mittelgradig dement und zugleich mobil ist. Zur Erleichterung seiner Frau lebte er sich gut in eine Tagespflege ein, die etwa 10km entfernt ist und zu der ihn seine Frau fährt. Am Wochenende ist er zu hause. Wenige Wochen nach Beginn dieser Regelung war er an einem Samstag-vormittag verschwunden. Nach einigen Stunden tauchte er wieder auf, ohne mitteilen zu können, wo er inzwischen war. Er wirkte aber gut gestimmt. Am nächsten Samstag war er wieder verschwunden. Seine Frau suchte mit dem Wagen die Umgebung ab und fand ihn schließlich auf der Strasse, die in den benachbarten Ort mit der Tagespflege führt. Einer Eingebung folgend blieb sie in einigem Abstand und beobachtete ihn. Sie nahm wahr, dass er einige Worte mit Passanten wechselte und an Kreuzungen auf die Ampeln achtete. Schließlich wurde ihr klar, dass er auf dem Weg zur Tagespflege war, und sie kehrte um. Einige Stunden später war er wieder zu hause, etwas erschöpft wirkend, aber wiederum guter Dinge. Ich weiß nicht, wie häufig es zu diesen Ausflügen kommt, und ich kann im folgenden nur vermuten, was alles in dieser Frau vor sich ging, während sie wartete bzw. wartet. Wichtig ist, dass diese Begebenheit, die ja sicher bei vielen von ihnen Erinnerungen an Ähnliches auslöst, wichtige Aspekte meines Themas beleuchtet.

2. Das Risiko und die Angehörige

Einen mittelgradig Demenzkranken einem zweimal 10km langen Spaziermarsch zu überlassen, heißt, eine - mindestens - gewisse Gefährdung in Kauf zu nehmen. Das bedeutet Sorge, Angst und sicher auch Unruhe, Vorstellungen von Unfall und Verletzung, von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Zugleich ist in der Frau auch etwas Anderes vorhanden: ein wohl rasch entstandenes Gefühl von Zulassenwollen und Gewährenlassen. Woher? Sie mag überrascht und verblüfft gewesen sein, ihren Mann auf diesem weiten Weg anzutreffen, und hat ja auch nicht sofort erahnt, wohin dieser Weg führen würde. Aber dann kehrte sie um. Ihre Überraschung über das erkannte Ziel löste auch Befriedigung aus: so wichtig war ihm dieser Ort geworden – so

richtig war damit auch ihre Entscheidung für die Tagesspflege geworden. So gut nachvollziehen konnte sie sein Verhalten, als jemand, der für begehrenswerte Ziele Anstrengungen unternahm (bis zum Beginn seiner Erkrankung war er ein recht erfolgreicher Banker). Und vielleicht empfand sie auch Respekt vor seinem Verhalten, dem Rest von Eigenständigkeit und Mut, den sie darin erkennen konnte. Vielleicht stellte sich flüchtig ein Gefühl von Stolz auf ihren Mann ein, der in diesem ungewöhnlichen Verhalten ja auch so etwas wie männliche Unternehmungslust zeigte. Ein derartiges Empfinden wird für sie selten geworden sein, ein Verlust, von dem im Zusammenhang mit Angehörigenbelastung kaum jemals die Rede ist. Denn es ist schön, auf seinen Partner immer wieder einmal ein wenig stolz sein zu können.

Eben war von Zulassenwollen und Gewährenlassen die Rede; einige mögliche Motivanteile sind aufgeführt. Gibt es weitere? Es kann sehr befriedigen, zuzulassen und zu gewähren. Wenn man es tut, ist man großzügig, also nicht einengend und versagend. Dem anderen wird keine Verzichtsarbeit zugemutet, nicht die Mühe, ein „Nein“ zu akzeptieren –manche von uns schaffen das ihr Leben lang kaum. Vielleicht schwingt im Moment des Zulassens auch eine Erinnerung an frühere Gefühle des Befreitseins von Einengungen und Verboten mit: das wäre dann die spontane Form des Freiheitsempfindens, wie Kinder sie erleben mögen, wenn sie ihrem Bewegungsdrang oder Spieltrieb aus vollem Herzen nachgeben dürfen. Nicht zuletzt mag sie auch mitempfinden, wie sehr er die Bewegung körperlich genießt.

Der Vergleich mit Kindern, der ja – wenn vorsichtig und sensibel vorgenommen – immer wieder zum Verständnis dementen Verhaltens beitragen kann, lässt einen weiteren Aspekt deutlich werden: die Fähigkeit zum Vertrauen darauf, dass schon alles gut gehen werde. Sicher zählt es zu den großen Geheimnissen des Menschen, woher dieses Vertrauen stammt und wie es wachsen kann und ob es sich nicht selten nur um eine besondere Begabung handelt, Ängste und Zweifel gut zu verbergen. Vielleicht hat es mit der Nähe zum Betroffenen zu tun und mit Identifikation. Und nicht hoch genug ist die Bedeutung der lebenslang gewachsenen gegenseitigen Vertrautheit einzuschätzen. Dazu zählt die zum Teil sehr intime Kenntnis von Verhaltensweisen. Die Rückbesinnung auf das früher stets erfolgreiche Handeln kann Zuversicht in der Phase der Demenz möglich machen.

Vertrauen in einen guten Ausgang kann darüber hinaus aus dem Bewusstsein entstehen, den Kranken (oder das Kind, um im Vergleich zu bleiben) mit aller Kraft zu umsorgen, etwa so, als wirke diese Sorge auch über Distanz hinweg. Und schließlich wuchs Vertrauen sicherlich aus dem Wissen, wie wichtig ihm dieser Weg ist.

Mit meinen bisherigen Überlegungen wollte ich auf die verschiedenen Reaktionen hinweisen, die in der Frau des Kranken stattgefunden haben mögen. Mir ist die Möglichkeit weiterer, vielleicht auch unaussprechlicher Überlegungen und Empfindungen klar, und natürlich gibt es auch einfache Gedankenlosigkeit oder Blauäugigkeit. Es führt meiner Überzeugung nach aber weiter, bei anderen Menschen eher mehr als weniger Nachdenklichkeit und Differenziertheit anzunehmen. Diese Überzeugung ist wohl eher nicht blauäugig, sondern in der langen Begleitung von Angehörigen Demenzkranker gewachsen.

Sicher teilen Sie auch meine Auffassung, dass viele der beschriebenen Reaktionen übertragbar sind auf andere Situationen, in denen es um die Abwägung zwischen Freiheit und Risiko geht.

3. Das Risiko und der Demenzkranke

Von Zeit zu Zeit müssen wir uns auch öffentlich vor Augen führen, dass der Weg in die Demenz unumkehrbar ist und noch kein Kranker aus den fortgeschrittenen Stadien zurückkehrte und uns sein Erleben schildern konnte. Deshalb sind wir stets auf Annäherungen an die Innenwelt der Demenzkranken angewiesen. Dazu zählen die Schilderungen der Erkrankten mit noch geringer Symptomatik und die Selbstbeobachtung der Gesunden im Hinblick auf ihr eigenes geistig-seelisches Funktionieren und dessen Störungen. Wenn man sich diese Erfahrungen in die Zukunft verstärkt vorstellt, lässt sich erahnen, wie es in fortgeschrittener Demenzkranken aussieht (Denken Sie an den Verlust der Gefühlskontrolle und des Selbstwissens, an die Unfähigkeit, das Geschehen um sich herum zu verstehen, an Antriebschwäche u.v.m.).

Was kann man also über das Verhältnis der Kranken zum Risiko annehmen? Unmittelbar verständlich ist, dass komplizierte Risiken nicht (mehr) als solche wahrgenommen werden können (z.B. finanzielle Bedrohungen, die langfristige

Auswirkung von einseitiger Ernährung, ungenaue Weitergabe von Informationen). Kompliziertere, vielstufige Abwägungsprozesse gelingen nicht mehr, weil Zwischenergebnisse nicht mehr zuverlässig gespeichert werden können und der Antrieb zum Weiterdenken erlahmt. Dazu zählt auch die Vergegenwärtigung von negativen Folgen von Verhaltensweisen und Ereignissen. Eng mit diesem Gesichtspunkt verbunden ist die Fähigkeit zum Perspektivewechsel in die Situation anderer und zum Gewichten eigener gegenüber deren Bedürfnissen. Und natürlich: Risikogesichtspunkte, die bereits bewusst geworden waren, können wieder vergessen werden – vielleicht das schwierigste Symptom für die Betreuenden.

Was an Risikowahrnehmung ist dem Demenzkranken nun noch möglich? Ganz wichtig: die uralten Bedrohungen behalten überwiegend ihre Bedeutungen, übermächtige, wilde Lebewesen, große Höhen, tiefe Abgründe, überwältigende Geräusche, Gesten, die gewalttätige Absichten ausdrücken. Ihre früh und tief im Menschen verankerte Symbolik entfaltet ihre Wirkung bis in späte Krankheitsphasen. (Das gilt auch für die Symbole angenehmer Erfahrungen: Düfte, Musik, Berührungen, vertraute Umgebung, Geborgenheit in der kleinen Gruppe). Bei den genannten Risiken erfolgt kein Denkkakt. Das Bedrohungsgefühl ist unmittelbar und kommt ohne Einsichtsprozess aus.

Aber gibt es nicht doch noch gedanklich vermitteltes Risikoerleben? Dabei ist zu unterscheiden zwischen dialogisch zustande gekommener und ausschließlich reflexiv im Kranken entstandener Einsicht. Die erste Form lag z. B. im Fall eines Arztes vor, bei dem sich erste Symptome einer Demenz noch während seiner Praxistätigkeit einstellten und der im Gespräch mit seiner Frau zu der Entscheidung kam, diese zu beenden. Ein anderes Beispiel betrifft einen Mitte 60jährigen, mit dem seine Frau noch viele Reisen unternahm. Wenn sie ihn aus praktischen Gründen für kurze Zeit allein lassen wollte, prägte sie ihm und er sich ein, an der Stelle zu bleiben, wo sie sich für den Moment trennten, und zwar im Wissen um sein krankheitsbedingtes Risiko (natürlich taucht dabei wieder die Frage nach der Gefahr des Vergessens dieser Einsicht auf).

Überwiegend ohne äußeren Einfluss entsteht Risikobewusstsein am häufigsten bei Alleinlebenden in der frühen Krankheitsphase, wenn sie zur Selbstbeobachtung bereit sind und den Mut zur Wahrnehmung auch erschreckender Tatsachen haben. Das überrascht nicht. Nicht selten kommt es sogar zu überschießender Versagensangst. Eine nah bei unserer Beratungsstelle lebende Frau, die uns im Laufe des letzten Jahres viele Male per Auto oder Rad besucht hat, lässt sich jedes Mal aufs Neue den Weg

beschreiben, ohne sich je verfahren zu haben. Kürzlich wollte sie nach dem Besuch bei uns eine Freundin an einem markanten Punkt in Norderstedt abholen und war wieder sehr ängstlich. Zufällig bekam das ein anderer Früherkrankter, der gerade in der Beratungsstelle war, mit. Er bot ihr an, vorauszufahren. So fuhr denn ein Frühbetroffener im Schlepptau des anderen von uns, und wir waren uns – leise schmunzelnd – der Besonderheit dieses Augenblickes, eines schönen Aktes von Selbsthilfe, bewusst.

Gibt es reflexiv entstandenes Risikobewusstsein in mittleren und späteren Krankheitsphasen? Wahrscheinlich muss man das verneinen, da Nachdenken und Schlussfolgern definitionsgemäß dann immer unmöglicher werden. Denkbar ist es allenfalls für Momente oder kurze Zeiträume größerer Klarheit, über deren inneren Verlauf wir noch zuwenig wissen. Ist es eher befreiend, die Umgebung wieder besser erkennen und verstehen, Gedanken und Empfindungen müheloser ausdrücken zu können und die ordnende Kraft des Gedächtnisses wieder deutlicher zu spüren? Oder macht diese vermehrte Klarheit den Gesamtzustand umso schmerzlicher bewusst? Gehört zu der Wahrnehmung der Verbesserung zwingend auch das Wissen um ihre Befristung? Vorstellbar ist immerhin, dass in solchen Momenten das oben erwähnte intuitive Wissen um Bedrohliches, das vorbewusste Erahnern, eine gedankliche Vertiefung erfahren und damit verhaltensregulierende Kraft bekommen könnte. Die wichtigsten unserer Prägungen sind ja immer eine Summe aus emotionaler Erfahrung und gedanklicher Vertiefung. Mit einer solchen Kombination sind wohl auch jene gelegentlichen Aktionen zu erklären, bei denen die Kranken so etwas wie schelmisch-verschmitztes Unrechtsbewusstsein zeigen. In einer mir bekannten Einrichtung verlässt eine noch gut mobile mittelgradig Demenzkranke immer wieder das Haus, und nach einer Weile wird aus verschiedenen Hamburger Stadtteilen angerufen, sie sei in einem Cafe oder auf einer Polizeiwache angelandet. Dann kommt sie per Taxi zurück. Kürzlich konnte ich miterleben, wie sie gutgelaunt und mit verschmitzten Lächeln wieder eintraf. Diese Beobachtung führt zu der Frage, wieweit gelegentliche - kleine? - Grenzüberschreitungen, auch im Sinne von Risiken, zum menschlichen Wohlbefinden gehören, und zwar auch in der Phase von Demenz. Nicht nur im Blick auf meine eigene, sondern die Vergangenheit vieler Menschen würde ich das gern bejahen. Und Grenzüberschreitung bedeutet tendenziell immer auch Risiko.

4. Freiheit und Demenz

Damit wäre ich bei dem Thema der Freiheit im Zusammenhang mit Demenz. So ist die Formulierung sehr neutral und steht in einigem Kontrast zu manch kämpferischer Formulierung aus früheren Zeiten der Dementenbewegung (z.B.: „Sperrt uns nicht ein!“). Dahinter steht meine Erfahrung, dass große Fortschritte in der Auseinandersetzung mit diesem Problembereich erzielt worden sind. Auf der sehr körperlich-instrumentellen Ebene zählt dazu z. B. der Rückgang von Fixierungen durch Einführung strikter Regelwerke, wie wir ihn bei pflegen&wohnen anfang der 90er Jahre beobachten konnten. Ebenso gehören dazu die Erfahrungen vieler anderer stationärer Einrichtungen, mit verbesserter Versorgung der schwerer Demenzkranken in spezialisierten Bereichen in großem Umfang auf geschlossene Bereiche verzichten zu können. Ich möchte damit aber keinesfalls leichtgläubig behaupten, in dieser Hinsicht sei es bereits in allen mehr als 9000 deutschen stationären Altenpflegeeinrichtungen zum Besten bestellt. Es gibt kaum einen Bereich in unserer Gesellschaft, der mehr im Umbruch ist als dieser. Im Umbruch, weil immer mehr nach Verbesserungen gesucht wird, unter den gegebenen Rahmenbedingungen.

Das wichtigste vorweg: Dement zu werden bedeutet grundsätzlich Verlust von Freiheit. Der Freiheit, die Umwelt verstehen zu können, auf sie Einfluss zu nehmen und sich in ihr eigenverantwortlich zu bewegen. Aber ebenso sehr der Freiheit nach innen. Der Verlust der Gefühlskontrolle bedeutet, eigenen Stimmungen, Eingebungen und Erregungszuständen immer hilfloser ausgeliefert zu sein; ähnliches gilt für Einfälle, Nebengedanken und Erinnerungen, die sich in den Vordergrund des Bewusstseins schieben können und den Augenblick verwirren, weil die Kraft zur Konzentration, zum Beiseiteschieben dieser störenden Bewusstseinsinhalte, nicht mehr vorhanden ist. Es gibt in dieser Hinsicht viele Einflussmöglichkeiten für uns, den Kranken das Erlebnis des Ungenügens zu ersparen oder – noch wichtiger – die Folgen der geschwächten Kontrolle nach innen zu mildern. Durch emotionale Beeinflussung, gezielte Ablenkung oder auch Schutz der Kranken vor Ablenkung kann es gelingen, belastende Affekte zu vermeiden oder die Aufmerksamkeit für das zu erhöhen, was ihnen gut tut. Auch wenn dies dann nicht ihre eigene_ geistig-seelische_Leistung ist, sondern von uns als Anwälten ihrer Freiheit vorgenommen wird, mag es zu ihrem Gefühl beitragen, weiterhin die Kontrolle über sich zu besitzen. Und auch wenn sie es nicht mehr bewusst

erleben können, so bedeutet dieser Einfluss von uns doch die Bewahrung von Freiheit, im Sinne von mehr Verfügung über sich selbst und geringerem Ausgeliefertsein. Wichtig ist: die eben beschriebene Bewahrung oder sogar relative Vermehrung von Freiheit bedeutet kein vermehrtes Risiko. Ganz im Gegenteil kann man davon ausgehen, dass diese Formen des Schutzes und der Unterstützung der nach innen gerichteten geistig-seelischen Leistungen die Stimmung und das Aktivitätsniveau der Kranken verbessern.

Fragt man nun nach der Bedeutung von Freiheit für Demenzkranke, stellt sich zunächst die Frage nach der Bedeutung von Freiheit für uns, d.h. für Sie und für mich und für jeden anderen Menschen auf dieser Welt, also für die Nicht-Dementen.

Breite Zustimmung hat folgende Definition: Lebensbedingungen sind frei, wenn sie weitgehende Bedürfnisbefriedigung des Einzelnen unter Wahrung der Grundbedürfnisse bzw. -rechte anderer zulassen (Sozialverträglichkeit oder 'Gleiche Rechte für alle'). Was gehört nun zum Erleben von Freiheit? Wir Deutschen haben in unserer jüngeren Geschichte mehr Erfahrung als die meisten anderen Nationen mit Freiheit und Unfreiheit. Hat das dazu geführt, dass wir uns im Westen - jenseits von kritikwürdigen Aspekten unserer Gesellschaft - dieser Freiheit stets grundsätzlich bewusst waren? Für viele muss man diese Frage wohl doch eher mit 'Nein' beantworten (wenn man etwa an die bei gut verdienenden Intellektuellen noch in den 70er Jahren verbreitete Idealisierungsbereitschaft der DDR denkt, zu der eine weitgehende Verleugnung ihrer grundrechtlichen Unfreiheit gehörte). Für ein umfassendes, wesentlich auch politisches Verständnis von Freiheit (Grundrechte wie Freizügigkeit, Gewaltenteilung, Befristung von politischer Macht, unabhängige Rechtssprechung) bedarf es also des Nachdenkens bzw. der Bereitschaft zum Denken. Das lässt die Demenz nicht mehr zu.

Geht man etwas mehr ins Detail und schaut auf einzelne Aspekte von Freiheit, kommt uns allen rasch die Mobilität bzw. Freizügigkeit in den Sinn. Ich bin mit 13 Jahren zum ersten Mal mit dem Rad einige Wochen lang von Hamburg von Jugendherberge zu Jugendherberge bis an den Rhein gefahren. Das war Freiheit ziemlich pur, wenn auch manchmal schweißtreibend, weil so viele Jugendherbergen am Tagesende ziemlich hoch lagen und es noch nicht die modernen, alles könnenden Gangschaltungen gab. Zu der Reise gehörten auch Grenzüberschreitungen: wenn es während des Tages auf

den Landstrassen bergauf ging, haben wir uns gern an die Anhänger von Lastwagen gehängt. Damals war das noch möglich. Dieser frühen Fahrrad-Freiheit entsprach später das Erleben von Freiheits-Möglichkeiten, die durch das Auto entstanden. An sanften Sommerabenden mit geöffneten Fenstern oder gar Verdeck aus einem plötzlichen Impuls heraus noch eine Spritztour zu unternehmen, mit welchem verführerischen Ziel auch immer, das war Freiheit. Diese Form der Freiheitserfahrung lebte sehr stark von Bildern und Phantasien, was die Welt da draußen nicht alles an diesem Abend bereithalten mochte. Sie setzte innere Ordnungsfähigkeit voraus, das gezielte In-Gang-Bringen von Vorstellungen mit den dazugehörigen Gefühlen. Die Fähigkeit dazu – vielleicht sollte man es romantisches Freiheitsgefühl nennen - geht mit der Demenz wohl allmählich verloren.

Als Kern der motorischen Freiheit bleibt die Möglichkeit, den Körper fortzubewegen, in aufrechter Haltung, von der gegenwärtigen Stelle weg in irgendeine Richtung; in welche, ist unbedeutend. Nicht etwa als Ergebnis einer Entscheidung, sondern als Ausdruck eines tief sitzenden Bedürfnisses, den eigenen Standort zu wechseln, und nach dem befriedigenden Gefühl, dazu imstande zu sein. Nicht als Bewusstseinsakt, sondern als später, genauer gesagt: zeitloser Ausdruck jenes frühkindlichen Triumphes, sich aufrecht fortbewegen zu können. Erst die aufrechte Haltung ermöglichte die Entwicklung der höheren menschlichen Fähigkeiten wie Feinmotorik, Schrift und Sprache. Deshalb haben das Stehen und Gehen eine so herausragende Bedeutung, auch oder sogar gerade in der Phase der Demenz, wo Erlebnisse von Befriedigung und Bestätigung immer seltener werden. Mir graust manchmal davor, wie häufig ich in früheren Zeiten mitverantwortet habe, dass Demenzkranke fixiert wurden, so gerechtfertigt es uns auch immer erschienen sein mag. Hinter dem oft so beeindruckenden Kampf gegen die Gurte stand sozusagen das Ringen um das uralte Recht, den Körper von hier nach dort bewegen zu können.

Dieses mindestens muss bewahrt werden, mit aller Kraft, über die wir verfügen. Im Hinblick auf die symbolische Bedeutung der Fortbewegung bekommen auch die Rundläufe ihr Recht, die ja alle Planer von Demenzbereichen ins Spiel bringen, so wenig sie sonst von Demenz verstehen mögen. Prinzipiell ist mit dieser Mobilität kein wesentlich erhöhtes Risiko verbunden. Das sage ich im Wissen um Sturzgefahr, die auch nach Beseitigung von Risiken sicher etwas erhöht bleibt. An der Stelle gilt das

Argument: auch für uns Gesunde wäre die risikoärmste Lebensform, ständig im Bett zu bleiben.

Mobilitätsbezogenes Freiheitserleben ist in seinem Kern also für Demenzkranke möglich und sehr wichtig, unterscheidet sich aber stark von unserem, das viel umfassender ist und sich aus unterschiedlichen Quellen speisen kann. Wir müssen also darauf achten, unser Freiheitsempfinden nicht 1:1 auf die Demenzkranken zu übertragen. Das ist wichtig, weil es uns vor überfordernden Ansprüchen an uns selbst und den darin keimenden Schuldgefühlen bewahren kann.

Noch einen Gedanken zur Bedürfnisbefriedigung jenseits von Mobilität. Wir wissen alle, wie einengend, kränkend oder sogar lähmend es für uns Gesunde sein kann, wenn starke Wünsche und Bedürfnisse unerfüllt bleiben. Natürlich gibt es dabei große individuelle Unterschiede. Das gilt für alle Aussagen über geistig-seelische Vorgänge, die in diesem Vortrag von mir gemacht wurden. Mit jedem Wunsch und Bedürfnis eines Demenzkranken, das wir erfüllen, vermehren wir seine Freiheit. Jedes erfüllte Bedürfnis ist ein erspartes 'Nein', das ja symbolisch immer auch eine Zurückweisung darstellt.

In diesen Zusammenhang gehört das große Thema der Erkundung von Wünschen und Bedürfnissen und – dahinterstehend – der Persönlichkeit der Kranken mit ihrem bisherigen Lebensweg. Wie leicht hätten wir es, könnte jeder Demenzkranke am Beginn unserer Betreuung eine solide Wunschliste vorlegen. Aber die in ihrer Wirkung immer besser verstandenen Haus- bzw. Wohngemeinschaften eröffnen durch das kontinuierliche Zusammensein von Kranken und Betreuern gute Möglichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu erkunden und zu erspüren, manchmal sehr beiläufig oder sogar zufällig. Das ist gut so und wertvoll.

5. Bedeutet mehr Freiheit mehr Risiko?

Gegen Ende meiner Überlegungen nun noch einmal zurück zum Thema, aber diesmal als Frage. Von einem Beispiel mit höherem Risiko ausgehend habe ich bisher mögliche Aspekte des Umgangs damit beleuchtet. Dann bin ich der Frage der Risikobewertung und des Risikobewusstseins nachgegangen, zuerst bei den Angehörigen und dann bei den Demenzkranken. Schließlich folgten einige Überlegungen zur Freiheit und ihren

vielen unterschiedlichen Bedeutungen in vielen unterschiedlichen Zusammenhängen. Dabei war mir besonders wichtig, davor zu warnen, unser Freiheitsempfinden zu selbstverständlich mit dem der Demenzkranken gleichzusetzen. Ebenso wichtig ist mir, unsere eher verborgenen, aber gleichwohl vorhandenen Einflussmöglichkeiten auf ihre inneren und äußeren Freiräume zu verdeutlichen.

Mit dieser Aussage sind auch schon zwei wesentliche Teilantworten gegeben: in vielen Zusammenhängen bedeutet mehr Freiheit nicht mehr Risiko, und in vielen anderen Zusammenhängen bedeutet weniger Freiheit in unserem Sinne nicht weniger Freiheit aus der Sicht der Demenzkranken. Eine weitere Teilantwort lautet: ja, mit einer Reihe von Aktivitäten ist ein erhöhtes Risiko verbunden. Auch deswegen begann ich mit der kleinen Fallschilderung, an der sich zugleich gut erkennbar machen lässt, wodurch der Umgang mit diesem etwas erhöhten Risiko leichter werden kann. Je deutlicher gesehen werden kann, wohin ein potentiell auch riskantes Verhalten führt, welchen Gewinn es mit sich bringt, und je klarer einzelne Risikobereiche konkret auf mögliche Gefährdungen - im Vergleich zu Alternativen und zu unserem „normalen“ Lebensrisiko - durchdacht werden, desto stärker wird die Bereitschaft, ein gewisses Risiko zu tragen.

6. Wer ist risikobereiter: Angehörige oder Professionelle?

Zum Schluss will ich die Frage nach der unterschiedlichen Risikobelastbarkeit von Angehörigen und Professionellen stellen. Antworten sind schwierig. Viele Aspekte klangen schon an, die jeweils für unterschiedliche Seiten sprechen: der großen Vertrautheit der Angehörigen mit den Kranken steht das größere Wissen der beruflich Pflegenden gegenüber, der manchmal verhängnisvollen Verstricktheit von Kindern oder Ehepartnern in konflikthafte Beziehungen das geringere emotionale Berührtsein der Berufstätigen, der liebevollen familiären Verbundenheit die klarere Sicht der beruflichen Distanz. Vielleicht ist die Unentscheidbarkeit dieser Frage ein besonders deutlicher Hinweis, wie wichtig Austausch und Abstimmung zwischen Angehörigen und Professionellen sind. Dann muss das Risiko nicht mit der Freiheit wachsen, sondern kann sogar in einem gewissen Umfang abnehmen. Dass wir dazu in den kommenden Jahren an möglichst vielen Stellen beitragen können, das wünsche ich uns und der DED recht herzlich!

Haftungsprobleme

Detlev Timmermann, Vorsitzender Richter am Hanseatischen Oberlandesgericht a.D.

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine 89-jährige Bewohnerin eines Pflegewohnheims in Berlin, der Pflegestufe 3 zugeordnet, nach den vorliegenden Pflegegutachten zeitweise desorientiert und verwirrt, dabei hochgradig sehbehindert, wird nachmittags gegen 14.00 Uhr von einer Pflegekraft in ihrem Zimmer vor dem Bett liegend aufgefunden. Sie hat sich, offenbar infolge des Sturzes, eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen. Sechs Jahre zuvor hatte sie bereits bei einem Sturz eine derartige Verletzung erlitten und konnte sich fortan nur noch mit Hilfe und Gehstütze fortbewegen. Bei weiteren Stürzen vor etwa vier bzw. drei Jahren hatte sie ein Schädel-Hirn-Trauma II. bzw. III. Grades erlitten. Die Bewohnerin wurde notfallmäßig ins Krankenhaus verbracht und dort über einen Monat stationär behandelt. Ihr gesetzlicher Krankenversicherer, die AOK, verlangt vom Träger des Pflegeheims Ersatz der Heilbehandlungskosten. Er ist der Meinung, dass der Unfall auf einer Verletzung von Pflichten aus dem Heimvertrag beruhe. Die Geschädigte sei nicht engmaschig genug betreut und es sei auch keine Vorsorge gegen einen erneuten Sturz getroffen worden. Der Träger des Heimes ist in erster Instanz vom Landgericht antragsgemäß zur Zahlung verurteilt worden. Auf dessen Berufung hat das Kammergericht die Klage abgewiesen. Die Revision des Krankenversicherers hat keinen Erfolg gehabt. Der III. Senat des Bundesgerichtshofs hat zur Begründung seines Urteils

vom. 28.4.2005 (III ZR 399/04, VersR 2005, 984ff) ausgeführt, dass die Obhutspflichten des Heimträgers gegenüber den Heimbewohnerinnen und –bewohnern auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen im Rahmen des personell und finanziell Zumutbaren beschränkt seien. Danach sei insbesondere die Betreuungsintensität nicht zu beanstanden, dass nämlich in stündlichen Intervallen und zu den Mahlzeiten nach der Bewohnerin gesehen worden sei, zumal sich eine Klingel neben ihrem Bett befunden habe. Generelle Vorsorgemaßnahmen gegen ein erneutes Unfalltrauma zu treffen sei nicht geboten gewesen; insbesondere habe die Bewohnerin nicht im Bett fixiert werden oder das Gitter ihres Bettes hochgefahren werden müssen. Derartiges sei auch nicht in dem Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes vorgesehen, das der Kläger vorgelegt habe. Die Verletzung einer etwa darüber hinaus bestehenden

Sicherungspflicht in der konkreten Unfallsituation habe der Kläger nicht dargelegt. Dass der Unfallhergang nicht mehr aufzuklären sei (dazu ist zu sagen, dass die beiden Mitbewohnerinnen des Zimmers aufgrund ihrer Erkrankung keine sachdienlichen Angaben machen konnten, weil ihr Kurzzeitgedächtnis ausgelöscht war), gehe zu Lasten des Klägers, da dieser für die tatsächlichen Voraussetzungen einer Pflichtverletzung darlegungs- und beweisbelastet sei.

Was ist an dieser Entscheidung bemerkenswert ? Der ihr zugrunde liegende Sachverhalt ist es nicht, wie sich schon daran zeigt, dass allein die AOK von rund 1500 Fällen spricht, deren gerichtliche Geltendmachung sie in Erwartung dieser BGH-Entscheidung hintangestellt habe. Hinter dieser Vielzahl von Fällen verbergen sich allerdings menschliche Schicksale, denn etwa die Hälfte der Patienten erlangt –wie die Bewohnerin in unserem Fall- nach einer Schenkelhalsfraktur ihre vorherige Gehfähigkeit nicht wieder; etwa 40 % versterben sogar innerhalb eines Jahres nach dem Sturztrauma. Die BGH-Entscheidung ist insofern auch nicht bemerkenswert, als sie sich in ihrem Ausspruch und ihrer Begründung im Mainstream obergerichtlicher Rechtsprechung bewegt (vgl. OLG Hamm MDR 2002, 1370f; OLG Koblenz NJW-RR 2002, 867f; OLG Dresden VersR 2001, 520; OLG Stuttgart NJW-RR 1994, 405f; OLG München VersR 2004, 618f; OLG Köln Ur. V. 15.01.04 –12 U 66/03; OLG Frankfurt v. 12.04.02 –10 U 2171/04). So nimmt es auch nicht wunder, dass die BGH-Entscheidung in der Neuen Juristischen Wochenschrift durchaus positiv besprochen worden ist, vgl. Lang/Herkenhoff NJW 2005, 1905. Nach dieser Rechtsprechung ist das Haftungsrisiko für den Heimträger und das Pflegepersonal nicht besonders hoch einzuschätzen. Wenn sich die getroffenen Maßnahmen zum Schutz der Heimbewohnerinnen und –bewohner vor Eigen- und Fremdgefährdungen im Rahmen des Üblichen und des mit vernünftigem personellen und finanziellen Aufwand Realisierbaren bewegen und der konkrete Unfallhergang nicht mehr aufzuklären ist, sind sie aus dem Obligo.

Anders wäre es allerdings –und dies gibt zu denken-, wenn sich Pflegekräfte unmittelbar vor Ort um die Bewohnerin bemüht hätten und diese etwa beim Verbringen aus dem Bett in den Rollstuhl zu Fall gekommen wäre. Bei einer solchen Fallkonstellation würde der BGH argumentieren, dass der Schaden im voll beherrschbaren Gefahrenbereich des Heimes bzw. des Pflegepersonals eingetreten

sei und dieses den Entlastungsbeweis dafür zu erbringen habe, dass der Sturz bei Anwendung aller gebotenen Sorgfalt nicht zu verhindern gewesen wäre (So der VI. Senat des BGH, . NJW 1991, 1540f). Ein derartiger Gegenbeweis kann in aller Regel nicht geführt werden.

Bei einem Vergleich beider Entscheidungen mag der Heimträger zu der Einschätzung gelangen, dass es sich für ihn unter Risikoaspekten eher rechnet, das Pflegepersonal sozusagen defensiv im Rahmen des unabweisbar Erforderlichen einzusetzen und sich auf regelmäßige Kontrollgänge zu beschränken als weitergehende Interaktionen mit den Heimbewohnern anzustreben. Da der Heimträger vom BGH ausdrücklich dazu angehalten wird, sich auf einen vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand zu beschränken, ohne dass dieser näher definiert wird, mag der Heimträger diese Vorgabe als Aufforderung auffassen, sich zunächst um eine angemessene Verzinsung seines Eigenkapitals und erst in zweiter Linie um eine Qualitätssicherung des Pflegeaufwandes nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen zu kümmern. Indem der von ihm geforderte Aufwand auf das in Pflegeeinrichtungen übliche Maß festgeschrieben wird, wird der Status quo also zur Norm erhoben.

Diese eher laxen Vorgabe des BGH verwundert um so mehr, als im Vertragsrecht gemeinhin ein objektiver Sorgfaltsmaßstab gilt, der es ausschließt, dass sich der Schädiger zu seiner Entlastung auf die übliche Sorgfalt im Sinne eines „verbreiteten Brauchs“ beruft (vgl. BGHZ 23, 290). Auf der Suche nach dem objektiven Sorgfaltsmaßstab hätte der BGH nicht bei unbestimmten Rechtsbegriffen wie „üblich“, „vernünftig“, „erforderlich“ und „zumutbar“, die ihrerseits wieder nach einem zu bestimmenden Maßstab ausgefüllt werden müssen, stehen bleiben dürfen. Er wäre dann auf § 28 Abs. 3 SGB XI mit dem dort beschriebenen Anforderungsprofil gestoßen. Danach hat der Leistungsträger die ihm obliegenden Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen. Ein entsprechender Passus findet sich auch regelmäßig in den normierten Heimverträgen (§ 6 Abs. 1: „Der Bewohner erhält die nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, psycho-sozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung“).

Allerdings vermag das Gericht aus eigener Kenntnis zumeist nicht zu beurteilen, ob das Heim und seine Mitarbeiter alles nach dem jeweils geltenden Stand der Pflegewissenschaft und der Gerontologie Erforderliche getan haben, um den

Heimbewohner vor einem Sturztrauma zu bewahren. Es wird mit Hilfe eines Sachverständigen zu ergründen versuchen, welche Anforderungen im konkreten Fall an die Betreuung zu stellen waren und ob es Defizite gegeben hat, die zu dem Unfall geführt haben. Das Sachverständigengutachten kann aber nur dann eine tragfähige Entscheidungsgrundlage bilden, wenn in einem hinreichend detaillierten Beweisbeschluss die für die pflegerische Bewertung des Geschehens relevanten Umstände aufgeführt werden. Der Geschädigte selbst wäre überfordert, wenn er das Unfallgeschehen und die vom Heim bzw. den Pflegekräften ergriffenen Vorsorgemaßnahmen darstellen sollte. Aufgrund seiner Erkrankung, die ihn pflegebedürftig gemacht hat, kann er nur wenig dazu beitragen, den Geschehensablauf zu rekonstruieren und den in seinem Fall getriebenen Pflegeaufwand zu beschreiben. Nicht viel besser steht der Krankenversicherer da, der allenfalls aus seinen Unterlagen entnehmen kann, ob nach den ihm vorliegenden ärztlichen Berichten und Verschreibungen bei dem Versicherten Funktionsbeschränkungen vorliegen, welche die Gefahr eines Sturzes erhöht haben und denen durch geeignete Vorsorgemaßnahmen Rechnung getragen werden musste.

Die Interessenlage zwischen den Parteien ist derjenigen im Arzthaftungsprozess vergleichbar, wo zur Herstellung der Waffengleichheit geringere Anforderungen an die Schlüssigkeit des Vorbringens des geschädigten Patienten gestellt werden und das Gericht gehalten ist, die Krankenunterlagen beizuziehen und deren Inhalt bei der Formulierung des Beweisbeschlusses auszuwerten. Diese verfahrensrechtlichen Besonderheiten im Arzthaftungsprozess hat der VI. Senat des BGH in jahrzehntelanger Rechtsprechung entwickelt. Allerdings hat unseren Ausgangsfall nicht der VI., sondern der für öffentlichrechtliche Körperschaften zuständige III. Senat des Bundesgerichtshofs entschieden, dem es sich deshalb nicht so aufgedrängt haben mag zu prüfen, ob und mit welcher Maßgabe die Grundsätze des Arzthaftungsprozesses auf den rechtlich verwandten pflegerischen Sektor übertragen werden sollten. Unter Berücksichtigung der in den Pflegeunterlagen enthaltenen Angaben zur Anamnese, zu Pflegeplanungen, Pflegeverläufen und Pflegeberichten könnte der Sachverständige sich einen Überblick über den Krankheitsverlauf verschaffen und einschätzen, ob und welche Maßnahmen getroffen werden mussten, um derartigen Unfällen vorzubeugen. Anhand der nach § 8 HeimG vorgeschriebenen Aufzeichnungen und Tagesplänen müsste er beurteilen

können, ob Pflegekräfte in ausreichender Zahl und mit hinreichender Qualifikation zur Verfügung gestanden haben und effektiv eingesetzt worden sind. Über die räumlichen Verhältnisse vermag er sich vor Ort zu informieren. Der Heimträger wäre auch gut beraten, wenn er für eine zeitnahe Dokumentation des Unfallhergangs Sorge trägt, denn er muss im Rechtsstreit mit Beweisnachteilen rechnen, wenn das Geschehen nach Jahren im Rechtsstreit nicht mehr aufgeklärt werden kann.

Der Sachverständige wird aufgrund der Informationen, die er auf diese Weise gewinnt, das für den geschädigten Heimbewohner bestehende Sturzgefahrenpotential ermessen und prüfen, welche Reaktionsmöglichkeiten hierauf vom Heim in Betracht zu ziehen waren. Dabei wird er nicht bei der vom BGH erörterten Fixierung der Bewohnerin stehen bleiben, sondern auch geeignete mildere Mittel in Betracht ziehen. Weshalb etwa technische Überwachungsmöglichkeiten oder ein Hochfahren des Bettgitters bei der sturzgefährdeten Bewohnerin nicht in Betracht gekommen wäre, auch wenn es sich dabei um freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB handeln sollte, erschließt sich nicht. Im Verhältnis zu dem hiermit verbundenen Nutzen erscheint die mit einer solchen jederzeit aufhebbaren Sicherungsmaßnahme verbundene Beschränkung der Freiheit der Persönlichkeit hinnehmbar, wenn sie der Situation angemessen dosiert werden und die Bewohnerin hinreichend engmaschig betreut wird.

Falls der Sachverständige Defizite in der Betreuung des gestürzten Bewohners von solchem Gewicht feststellt, dass sie schlechthin nicht mehr nachvollziehbar sind und deshalb das Gericht von einem groben Pflegemangel ausgehen muss, kommt –wie in Arzthaftungsprozessen bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers- eine Beweislastumkehr mit der Folge in Betracht, dass der Kläger nur zu beweisen hat, dass dieser Mangel geeignet gewesen ist, zu dem Sturzereignis beizutragen. Der ihm dann obliegenden Gegenbeweis, dass der Unfall gleichwohl nicht auf diesen Mangel zurückzuführen ist, wird vom Heimträger nur schwer zu führen sein.

Ob das der Klage des Krankenversicherers stattgebende Urteil des Landgerichts Berlin Bestand gehabt hätte, wenn das Kammergericht und der BGH den hier vorgezeichneten Weg eingeschlagen hätten, kann ich nicht prognostizieren. Sehr gut vorstellbar ist, dass nach der pflegerischen Beurteilung des Sachverständigen der für den Bewohner geschaffene Freiraum so sinnvoll genutzt wurde, dass der damit

verbundene Zugewinn an Lebensqualität das verbliebene Risiko eines Sturzes mehr als aufgewogen hat und auf diese Weise den in § 2 Abs. 1 HeimG formulierten Zielvorstellungen der Wahrung der Würde sowie der Förderung der Selbstständigkeit des Bewohners mehr gedient war. Unabhängig vom Ausgang des Rechtsstreits wäre es für die Qualitätssicherung der stationären Heimpflege von erheblicher Bedeutung, wenn für die Haftung des Heimträgers auf den jeweiligen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse abgestellt werden würde. Der dadurch erzeugte Anpassungsdruck der praktizierten Heimpflege an die dynamische Entwicklung der noch relativ jungen Wissenschaften der Altenpflege und der Gerontologie würde das Niveau der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen über das noch weithin übliche Maß steigern. Auf diese Weise würde die Lebensqualität der großen Anzahl von heimpflegebedürftigen Demenzkranken langfristig verbessert, für deren menschenwürdige Betreuung auf neuen Wegen zu sorgen sich die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung dankenswerterweise als Ziel gesetzt hat.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Familiäre Betreuung ohne Risiko?

Christel Schulz, Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. - Demenz-Servicezentrum Ruhr

1. Situation der zu Hause lebenden Demenzkranken und ihrer Familienangehörigen

Familiäre Betreuung ohne Risiko? Die Frage lässt sich schnell beantworten mit einem klaren NEIN! Wie insbesondere im Vortrag von Herrn Bruder beleuchtet, gehören zu jedem Leben mannigfaltige Risiken, auch zum Leben eines demenzkranken Menschen. Für die Familien beinhaltet die Betreuung eine stetige Gratwanderung zwischen bestmöglichem Wohlergehen und größtmöglicher Freiheit.

Mir geht es im Folgenden um den Aspekt, dass Demenzkranke, die in Einrichtungen leben, den größten Zeitraum in ihrer Demenzerkrankung zu Hause gelebt haben. Welch eine banale Feststellung mögen Sie denken. Aber denken wir wirklich ausreichend darüber nach, wie das Leben vor dem Heim war? Es gibt Familien die viele Jahre, manchmal sogar Jahrzehnte zu Hause kreativ und phantasievoll, mit vielen Höhen und Tiefen Pflege und Betreuung geleistet haben. Und es gibt die Familien, die nicht aus noch ein wissen mit dem Elend einer Demenzerkrankung und keinen Spielraum haben, die sich der Ignoranz mancher Ärzte nicht widersetzen können. Die sich nicht wehren gegen die Ablehnung einer Pflegestufe. In der DED setzt sich zunehmend der Gedanke durch, dass die Angehörigen mehr als bisher in den Blick genommen werden müssen. Die Entstehung von Risiken im Heim hat auch mit den Verhaltensmustern und Strategien zu tun, denen die Demenzkranken vor dem Heimeinzug ausgesetzt waren.

Wir haben in den elf Jahren seit Bestehen der Beratungsstelle über 4 000 Angehörige telefonisch und im persönlichen Gespräch beraten. Unsere Beratungsstelle arbeitet auf der Grundlage des psychosozialen Beratungsverständnisses.

Mit diesen Zahlen (Beratungsprozesse sind mitgezählt, die sich oft über Jahre hinziehen) wird deutlich, dass wir lediglich die Spitze des Eisbergs in Bochum und Umgebung kennen lernen. Dabei haben wir noch günstige Bedingungen, da es eine weitere Fachberatungsstelle vor Ort gibt.

Das Alter der überwiegend weiblichen (72%) Ratsuchenden Angehörigen lagen zur Hälfte unter 50 Jahre und zur Hälfte über 50 Jahre. Das Alter ist ein Faktor, der das Erleben der Belastungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten erheblich beeinflusst.

66% der Angehörigen waren Kinder und Schwiegerkinder, 22% Ehepartner. Von diesen Angehörigen hatten 55% keine Kinder und 45% ein oder mehrere Kinder.

83 % der Demenzkranken waren 80 Jahre und älter und 40% lebten allein.

Eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahre 2002 beschreibt die Familie als zentrale Institution für die soziale Integration und emotionale Unterstützung älterer Menschen. Mit Einführung der Pflegeversicherung vor zehn Jahren haben sich Politiker und führende Vertreter der Wohlfahrtsverbände der Familien erinnert und diese als größten Pflegedienst der Nation erkannt und gelobt. Alle weiteren Erkenntnisse, wie die Veränderung der Altersstruktur und die Zunahme der Demenzerkrankungen wurden beharrlich in den vergangenen Jahrzehnten geleugnet.

Die Bereitschaft „sich zu kümmern“, zu pflegen und zu betreuen ist in den Familien auch in der heutigen modernen Gesellschaft groß, wenn auch mit zunehmenden Schwierigkeiten verbunden.

Immer mehr alte und hochaltrige Menschen, die wahrscheinlich stärker pflegebedürftig sein werden, werden von immer weniger jungen Menschen versorgt. Über 70% der Pflegebedürftigen werden von nur einem –meist weiblichen Familienmitglied betreut.

2. Risiken in der häuslichen Betreuung

Im Unterschied zu den Risiken, die sich in der stationären Betreuung ergeben können, haben wir es im häuslichen Umfeld nicht mit einer *Gruppe* von Demenzkranken zu tun, sondern mit *einem Menschen*. Dies ist einerseits eine bessere Ausgangsbasis, da die Kenntnis der Lebensgeschichte vieles erleichtert, andererseits haben Angehörige oft wenig Wissen über die Krankheit und ihre Auswirkung auf das Verhalten des Kranken und somit viele Ängste und Unsicherheiten, dadurch werden restriktive Umgangsformen begünstigt. Angehörige handeln zunächst intuitiv, „aus dem Bauch heraus“ und das ist nicht immer schlecht oder falsch. Aber eine Reihe von ernststen Problemen mit schwerwiegenden

Konsequenzen lassen sich nicht aus dem Bauch heraus lösen und mehr Handlungssicherheit würde Angehörigen die Betreuung erleichtern und dem Demenzkranken mehr Wohlergehen sichern. Der Alltag einer Familie mit einem Demenzkranken ist geprägt durch außerordentlich hohe physische und psychische Belastungen und Einschränkungen in materieller und sozialer Hinsicht. Krisen in der familiären Betreuung entstehen zumeist durch Unwissenheit über Auswirkungen der Dementiellen Erkrankungen, Unkenntnis über entlastende Hilfen, Nichtanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten, intrafamiliäre Konflikte und unzureichende familiäre Unterstützung. Durch das Zusammentreffen mehrerer Faktoren kann Gewalt entstehen, das häusliche System kann zusammen brechen und es kommt zu Heimeinweisungen.

Will man die häusliche Pflege erhalten und eine Überforderung der pflegenden Angehörigen vermeiden, benötigen Familien psychosoziale Beratung und Unterstützung. Das darf im Umkehrschluss aber nicht heißen, dass Angehörigenberatung dem ausschließlichen Ziel dient, häusliche Pflege durch die Familie abzusichern. Fachlich qualifizierte Beratung lässt auch die Entscheidung über die Annahme, Weiterführung oder Beendigung der Pflege zu.

Aus dem umfangreichen Katalog von Risiken möchte ich drei Bereiche heraus greifen:

- **Selbst- und Fremdgefährdung** (insbesondere das Autofahren, das „Weglaufen“, Abwehrverhalten bei der Körperpflege und den Toilettengängen, beim Essen und Trinken)
- **Sturzgefährdung**
- **Essen und Trinken** (Mangelernährung und Exsikkose).

Das Autofahren ist vor Diagnosestellung und kurz danach ein außerordentlich Streit- und stressbesetztes Thema zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen. Hier gibt es keinen Handlungsspielraum, d.h. dieses Risiko muss absolut vermieden werden, in dem der Kranke nicht mehr Auto fährt. Das lassen sich Männer oft nicht von ihren Frauen sagen, sodass insbesondere der Hausarzt gefragt ist. Für diesen ist das Fahrverbot bei einer Demenzerkrankung offensichtlich keineswegs selbstverständlich. Eine Ehefrau berichtete, dass der Hausarzt ihren kranken Mann zwar ermahnt habe, aber gleichzeitig meinte, wenn er nur in der gewohnten Umgebung fahre, würde es schon noch eine Zeit

lang gehen! Das Ehepaar wohnte direkt an einer Auffahrt zu einer stark befahrenen Autobahn.

Die Angehörigen aus der Kindergeneration sind oft trickreich: das geht vom simulierten Unfall, über Abziehen des Zündkabels bis hin zu der Erklärung, dass das Auto gestohlen worden sei, der neue Wagen bestellt, aber man wisse ja, die Autohändler seien heute auch nicht mehr das, was sie früher waren...

Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Bewältigung des Risikos "Weglaufen", und „nach Hause wollen“.

Nach unseren Erfahrungen greifen die meisten Angehörigen zu einer einfachen Maßnahme: sie schließen ab. Das geschieht sowohl bei den Alleinlebenden Demenzkranken, als auch bei zusammen lebenden Ehepaaren. Angehörige tun das mit einem schlechten Gewissen und vielleicht mit der Erfahrung, dass die Polizei den Kranken schon mehrfach nach Hause gebracht und Druck gemacht hat im Sinne von „So geht das nicht weiter, dann muss Ihr Mann halt ins Heim!“

Die genaue Beobachtung und Wahrnehmung des Verhaltens des Kranken kann andere Möglichkeiten erschließen und die Gefahr des Weglaufens erst gar nicht entstehen lassen. Bei dem einen mag Ablenken hilfreich sein, einen anderen muss man vielleicht, möglichst in Begleitung, gehen lassen. Dazu hat die DED bereits gearbeitet (s. Protokolle). Der Einsatz technischer Hilfsmittel (denken Sie an das Beispiel aus der kleinen Lesung zu Anfang) wird in der Zukunft auch mit Handys und anderen Ortungssystemen möglich sein. Wichtig ist, dass die Überlegungen und Interventionen gemeinsam in der Familie, im Helfer Team erörtert werden, auch mit dem Demenzkranken (das geschieht viel zu selten), eine vielleicht vorläufige Entscheidung gefällt und schriftlich festgehalten wird, damit alle Beteiligten informiert sind. Auf einer solchen Grundlage lassen sich neue Beschlüsse fassen, die Ängste werden geringer und die restriktiven Maßnahmen lassen nach oder sind nicht mehr nötig. Hilfreich ist der Austausch der Angehörigen untereinander, z.B. in einer Angehörigengruppe. Das geht von der Idee, dass eine Gardine an der Wohnungstüre angebracht, die Türe tapeziert oder die Klinke hochgestellt wird. Die Ehefrau eines sehr unruhigen Demenzkranken berichtete, dass sie ihrem Mann ein gut riechendes Vollbad einlaufen lässt, wenn er unruhig wird und wieder nach draußen will. Er war von Beruf LKW Fahrer und gewohnt, nach einem anstrengenden Arbeitstag in die Badewanne zu steigen.

Das Abwehrverhalten, viel zu schnell als Aggression tituliert, ist ein weiterer Bereich, der als Reaktion des Demenzerkrankten auf seine schwierigen Lebensverhältnisse und seine Angst zu verstehen ist. Insbesondere die Intimpflege und die Toilettengänge mit ihren vielfältigen Problemen verleiten manchen Demenzkranke um sich zu schlagen. Angehörige sind in dieser Situation häufig sehr verzweifelt und hilflos. Im Gegensatz zur Situation im Alten- und Pflegeheim, wenn die Körperpflege durch professionelle Mitarbeiter erfolgt, spielt in der Häuslichkeit das Gefühl von Scham und Ekel eine große Rolle. Auch hier lassen sich keine schnelle Lösungen finden, um dem abwehrenden Verhalten vorzubeugen. Die Ursachen zu ergründen ist leichter gesagt, als getan. Ein methodisches Vorgehen ist erforderlich, um ein bestimmtes Muster im problematischen Verhalten zu erkennen. Erneut zeigt sich die Notwendigkeit einer möglichst einfachen Dokumentation, die bei Angehörigen zuerst auf Ablehnung stoßen wird „dafür habe ich keine Zeit“. Aber ich bin zuversichtlich, wenn Angehörige den Sinn und den Nutzen verstehen, sind sie zu einer anderen Herangehensweise bereit, vergleichbar mit den Pfl egetagebüchern im Sinn des SGB XI, insbesondere bei Widerspruchsverfahren. Das Gespräch der Angehörigen untereinander kann von Nutzen sein So lässt eine Tochter auf Anraten beim Duschen ihrer Mutter ein sehr langes Unterhemd an, das unter einem vorgewärmten Frotteebademantel danach wieder trocknet. Seither wehrt sich die Mutter weitaus weniger.

Die Ablehnung von Essen und Trinken, die Schwierigkeiten, dass Essen zu sich zu nehmen und zu schlucken ist ein häufiger Grund für Beratungsnachfragen. Diese Gespräche werden oft eingeleitet mit „Wenn das so weiter geht, dann...“ Das „dann“ steht für das „Damoklesschwert Heim“ oder die Anlage einer PEG, im Krankenhaus mit der ärztlichen Drohung verbunden „Sie wollen Ihre Mutter doch wohl nicht verhungern lassen“. Die Erkenntnisse der Milieuthherapie kommen aus der Häuslichkeit und normales Essen und Trinken in entspannter Atmosphäre zu Hause ist nicht selbstverständlich. In vielen Familien herrscht bei Tisch großer Stress. Bei den alleinlebenden Demenzkranken ist Essen auf Rädern sehr oft nicht ausreichend, da dies nicht aufgegessen oder vergessen wird. Mit der Gefahr der Mangelernährung und der Exsikkose müssen wir uns in der Beratung besonders beschäftigen. Die Publikationen, die die DED, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (mit dem Schwerpunkt der Häuslichkeit) und das KDA herausgegeben haben, enthalten vielfältiges Wissen. Sie sind jedoch den Angehörigen kaum bekannt und es ist

unsere Aufgabe in den Fachberatungsstellen darauf hin zu weisen und Veranstaltungen zur Ernährung eines demenzkranken Familienmitglieds durchzuführen.

Wie steht es mit den Möglichkeiten der Prävention von Stürzen? Ich vermute, dass der häufigste Grund für einen Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus die Behandlung eines Oberschenkelhalsbruchs ist. Hier sind die Angehörigen wiederum vor die schwierige Aufgabe gestellt, das Risiko eines Sturzes zu erkennen, zu bewerten und zu verhindern. Eine ungemein schwierige Aufgabe, da viele Faktoren wie Gestaltung des Wohnraumes, Hemmnisse in der Bewegungsfreiheit, Nebenwirkung von Medikamenten, Einfluss zusätzlicher Krankheiten, Wissen über verständnisvollen und akzeptierenden Umgang (Betreuungsstil) eine Rolle spielen. Es gibt phantasievolle und dumpfe Angehörige: die einen hängen am Bett der Mutter ein Glockenspiel auf, damit sie hören, wenn sie nachts aufsteht, die anderen binden den Demenzkranken mit einem Bademantelgürtel am Stuhl fest. Die mit dem Glockenspiel lernen wir kennen, die anderen eher nicht. Von besonderem Interesse sind die Möglichkeiten des körperlichen Trainings für ältere Menschen. Wer gut trainiert ist, stürzt seltener, so das Ergebnis eines vom BMGS geförderten Sturzpräventionsprojektes. Bei Vorliegen einer Pflegestufe könnte der Beratungseinsatz nach § 37 SGB XI auch hilfreiche Infos weitergeben, dazu später mehr. Die wenigsten Mitarbeiter in der ambulanten Pflege kennen Hüftschutzprotektoren, von den Ärzten ganz zu schweigen. Lernen Angehörige in der Beratung oder in einer Angehörigengruppe diese Hilfsmittel kennen, sind sie auch bereit, sie zu nutzen. Maßnahmen der Wohnraumanpassung können im Bereich der Sturzvermeidung eine große Hilfe darstellen. In NRW ist erfreulich, dass die 35 Wohnberatungsstellen ebenfalls im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service gefördert werden und dass Demenz einen neuen inhaltlichen Schwerpunkt darstellt.

3. Wahrnehmung, Beobachtung und Dokumentation

Für die Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen heißt die Aufgabe: Risiko- bewusst denken und handeln. D.h. Risikopotentiale erkennen, bewerten, mindern oder besser beseitigen. Diese Sichtweise sollte auch für die häusliche Betreuung gelten.

Angehörige müssen sich trauen, einmal anders an ein Problem heran zu gehen, sie müssen verschiedene Wege ausprobieren können, dazu ist Aufklärung und Übung erforderlich. Übermüdung und Stress müssen vermieden werden, sonst sind Risiken vorprogrammiert. Es gibt eine enge Beziehung zwischen erhöhter (An-)Spannung und Unfallgefahr, denken Sie nur die Unfälle im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz.

Meines Erachtens gibt es folgende Möglichkeiten in der Angehörigenberatung:

1. Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit der Angehörigen
2. Dokumentation der Risikopotentiale
3. Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI.

Angehörige benötigen im Rahmen psychosozialer Beratung Hilfe bei der Risikoerkennung und -bewältigung in methodischer Hinsicht.

Denkbar wäre eine einfache, unkomplizierte Betreuungsdokumentation, vergleichbar mit einem Tagebuch, indem die Risiken, die Ressourcen und die Schwachstellen beschrieben werden. Dies würde auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten, evtl. mit den ambulanten Pflegediensten, ehrenamtlichen Helferinnen, Mitarbeitern in der Tagespflege und in den Betreuungsgruppen, verbessern. Beim Krankenhausaufenthalt wäre eine derartige Dokumentation von großem Wert.

Wird die Dokumentation über bestimmte Risiken über ein, zwei Wochen geführt, lässt sich ein bestimmtes Muster erkennen sein, das Problem tritt in gleichen Zeiten auf, in gleichen Situationen und der Angehörige reagiert in der gleichen Weise. Der nächste Schritt wäre nach gemeinsamen Lösungen zu suchen.

Eine weitere Möglichkeit bestünde im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI. Pflegebedürftige Personen, die Geldleistungen erhalten, sind verpflichtet in vorgeschriebenen Zeitintervallen Beratungseinsätze eines Pflegedienstes abzurufen. Seit 2002 *kann* ein zusätzlicher Beratungseinsatz in Anspruch genommen werden, wenn der Pflegebedürftige z.B. demenzkrank ist. Die Frage ist aber derzeit, ob die Beratungsbesuche zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation beitragen und welche Qualifikationen auf Seiten der Pflegedienste zur Durchführung der Beratungsbesuche erforderlich sind. Es wird von Interesse sein, welche Ergebnisse das Modellprojekt der

Universität Witten/Herdecke über die Qualität und Beratung in der ambulanten Pflege erzielen wird.

Zusammenfassend möchte ich die unbedingte Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Angehörigen, sei es im ambulanten, sei es im teilstationären oder vollstationären Bereich betonen. In näherer Zukunft wird uns diese Möglichkeit nur in einem geringen Maße zur Verfügung stehen, denn mehr als ein Drittel der 60 – 70 -jährigen ist allein stehend, bei den über 80 jährigen sind es 57 %.

Eine repräsentative Umfrage unter 1000 Bürgern, veröffentlicht durch die evangelische Zeitschrift Chrismon, eine Beilage der ZEIT, hat ergeben, dass 87 % der Befragten sich vorstellen kann, die pflegebedürftigen Eltern zu Hause aufzunehmen. Diese Bereitschaft wird in den kommenden Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung abnehmen, aber jetzt ist die Pflegebereitschaft noch da und noch können wir einen Beitrag leisten, dass Angehörige bedarfsgerecht unterstützt werden, auch im Hinblick auf die Bewältigung von Risiken.

Die Mitarbeiter/innen – auch ein Risiko??

Cilly und Alfred Borgers, Haus Schwansen, Rieseby

1. Definition

Ein **Risiko** ist die Möglichkeit oder die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis, welches in der Zukunft liegt, unerwünscht ausfällt. Oft besteht das Risiko in einem Schaden oder einem Verlust.

Beispiel:

Ein Mitarbeiter bemerkt nicht, dass die Bewohnerin sich die Zahnprothese aus dem Mund entfernt und verlegt.

Das negative Ereignis des einen kann durchaus von Nutzen für den anderen sein.

Die Bewohnerin entfernt sich die Prothese, weil sie ihr unangenehm ist.

In der Umgangssprache erscheint "Risiko" oft gleich bedeutend mit **Gefahr**.

Das **Antonym** zu "Risiko" ist "**Chance**", Risiko + Chance stehen 1 zu 1.

Die doppeldeutige Möglichkeit, dass ein Ereignis positiv (Chance) oder negativ (Gefahr) ausfällt, wird in **China** favorisiert, wie das chinesische Wortzeichen für *Risiko* plausibel macht; dieses ist eine Zusammensetzung der Zeichen für *Chance* und *Gefahr*.

Risiko 

Aus dem Schaden oder Verlust ergeben sich oft Folgerisiken

Beispiel: *Die Bewohnerin entfernt sich die Zahnprothese:*

- es entstehen Kosten,
- Bewohnerin mag gern feste Kost > verliert Gewicht
- ihr äußeres Erscheinungsbild ist durch die fehlende Prothese verändert

Ist das Risiko so klein, dass es als vernachlässigbar betrachtet wird, so wird es oft "Restrisiko" genannt. Besonders im Umgang mit Menschen mit einer Demenz müssen wir mit Restrisiken leben. Häufig ist es eine Gradwanderung zwischen Wohlbefinden und körperlicher Unversehrtheit

Menschen sind in ihrem Denken, Fühlen und Verhalten einzigartig, dieses hat einen wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation.

2. Informationsaustausch

Im Pflorgeteam spielt die Information eine große Rolle um sich immer wieder abzustimmen.

Wie verständigen wir uns? Was geht beim Informationsaustausch in unseren Köpfen vor?

Wir nutzen unsere Sinne äußerlich, um die Welt wahrzunehmen, und innerlich, um unsere Erfahrungen wieder abrufen zu können. Mit Hilfe der Sinne nehmen wir also Eindrücke und Informationen aus der Umwelt auf. Wir sind daran interessiert, die Umwelt zu deuten, zu bewerten, einzuordnen.

Menschen sind in ihren Gedanken sehr komplex, viele Punkte spielen bei der Wahrnehmung eine Rolle.

WAHRNEHMUNG

Beispiel: *Bei der Übergabe wird von einer Mitarbeiterin mitgeteilt: „Die obere Zahnprothese von Frau Meyer ist verschwunden!“*

Welche inneren Dialoge können jetzt bei den Mitarbeiter stattfinden?

- Assoziationen

„Ich müsste auch mal wieder zum Zahnarzt“

- Erfahrungen

„Oh je, das hat schon einmal viel Ärger gegeben!“

- Beziehung

„Der fallen aber auch immer Probleme ein!“

- Einstellungen

„Frau Schmidt hat auch schon seit einem Jahr keine Zahnprothese mehr, was macht das schon!“

- Womit man sich gerade gedanklich beschäftigt

„Ich muss nach Hause, ich muss noch meine Tochter vom Kindergarten holen!“

- Wissen

„Warum ist die Zahnprothese weg? „Suchaktion starten, Info an Angehörige und Arzt usw...“

- Gewöhnung

„Ja, ja, das kommt doch immer wieder vor!“

- Betroffenheit

„Oh je, ohne Zähne! Wie sieht sie aus?“

Das wird teuer!“

- Gefühlsaspekt

Oh, da habe ich nicht aufgepasst!“

Diese oben erwähnten Aspekte entstehen durch Faktoren, die unsere Aufmerksamkeit beeinflussen:

Signalfaktoren

Intensität des dargebotenen Reizes, Länge, Präsentation, Frequenz, Umgebung

Motivationale Faktoren

Rückmeldung über geleistete Aufgabenbewältigung

Zufällige Unterbrechungen

Anwesenheit der Leitung

Wie gehen wir mit diesem Wissen der Wahrnehmung um?

Dazu bedarf es Strukturen.

3. Risikomanagement in Haus Schwansen

Sind Mitarbeiter ein Risiko?? Ja aber sie sind unverzichtbar!

Unter **Risikomanagement** versteht man den planvollen Umgang mit Risiken. Das Risiko lässt sich verringern, wenn man bestimmte Bedingungen einhält. Außerdem kann man durch geeignete Ressourcenverteilung das Risiko eines Schadens minimieren.

Risiko zu minimieren, heißt Bewusstsein zu schaffen

Beispiel: Haus Schwansen:

Zum Entwicklungsverständnis eine Schilderung aus der Vergangenheit: Bevor Haus Schwansen eröffnet wurde, trafen sich auf der Baustelle die zukünftigen Mitarbeiter zur Organisationsentwicklung. Ihnen wurde das vorläufige Konzept der Einrichtung auf einem 3-tägigen Workshop vorgestellt. Es sollten die Erwartungen und Ideen der Mitarbeiter integriert werden. Die Mitarbeiter hatten die Möglichkeit eigene Visionen zu entwickeln und sich mit dem zukünftigen Arbeitsfeld vertraut zu machen. Diese Vorgehensweise wurde bis heute beibehalten. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für deren Motivation.

Es wurden folgende Projektgruppen gebildet mit den Aufträgen:

- Öffentlichkeitsarbeit: Wie können wir die Belegung vorantreiben?
- Konzeptentwicklung: Was fehlt noch? Fortbildungen usw.
- Kommunikation: Wann und wie oft treffen wir uns?
- Erstellung von Pflegestandards: Nach der Notwendigkeit Verbindlichkeiten festlegen

Aus jeder Projektgruppe wurde ein Mitarbeiter der Steuerungsgruppe zugeteilt. Hier begann die Grundlage des prozesshaften Denkens, dass sich bis heute fortgesetzt hat.: „Im Team bilden sich Ideen aus der Überlagerung von Assoziationsnetzen verschiedener Gehirne, Ideen auf die ein Einzelner vielleicht nie kommen könnte“ (Zitat Frederic Vester)

Im Laufe der letzten 11 Jahre haben wir uns immer wieder erlaubt Fehler zu machen und daraus zu lernen.

Es haben sich folgende Arbeitsgruppen gebildet, die sich:

- in regelmäßigen Abständen treffen
- um sich über gemachte Erfahrungen auszutauschen,
- um Lösungswege zu finden und umzusetzen.

Kritische Situationen können nur dann beherrscht werden, wenn das Bewusstsein dafür gegenwärtig ist, was eine Sensibilisierung voraussetzt.

Hierzu bedienen wir uns verschiedener Qualitätszirkel.

Diese Gruppen haben sich im Laufe der Jahre aufgrund einer bestimmten Problematik entwickelt. Man kann davon ausgehen, dass die Integration in den Praxisalltag für alle Mitarbeiter mindestens 4-5 Jahre dauert. Es bedarf einer kontinuierlichen

Kraftanstrengung, um die Gruppen in Bewegung zu halten. Auch wenn sich nur eine geringe Teilnehmerzahl findet, werden die Qualitätszirkel durchgeführt, denn: „Es gibt immer einen Grund etwas **nicht** zu tun!!“

Die ersten drei Qualitätszirkel sind unsere handlungsleitenden Pflegekonzepte; das bedeutet, sie fließen in den Arbeitsalltag ein ohne einen bedeutenden Mehraufwand.

Integrative Validation nach Richard	4 wöchentlich
-------------------------------------	---------------

Es war das erste Konzept, das kurz nach der Eröffnung integriert wurde. Die Grundlage ist, dass Menschen mit einer Demenz in ihren Aussagen und in ihrem Verhalten akzeptiert werden, weder korrigiert noch konfrontiert.

Dadurch verringert sich das Abwehrverhalten und Gefahrenmomente werden reduziert

Kinaesthetics® in der Pflege	4 wöchentlich
------------------------------	---------------

Kinästhetik ist eine junge Bewegungslehre, die Menschen in der Fortbewegung unterstützt, mit dem Ziel der Mobilisation. Es reduziert die Verletzungsgefahr bei Bewohnern und Mitarbeitern.

Basale Stimulation® in der Pflege	8 wöchentlich
-----------------------------------	---------------

Wenn die verbale Kommunikation eingeschränkt ist, werden auch noch so kleine sichtbare oder vermutete Restfähigkeiten hierdurch gefördert. Stresszustände werden reduziert und die Arbeit ist für den Mitarbeiter leichter.

Musikalische Begleitung	12 wöchentlich
-------------------------	----------------

Im Projekt Abschiedsmusik wurden 10 Mitarbeiter fortgebildet. Durch die musikalische Begleitung wird die Möglichkeit geschaffen eine Beziehung aufzubauen, die das Vertrauen unterstützt und dadurch den Zugang zu den betreuenden Menschen erleichtert. Besonders in Konfliktsituationen ist diese Vertrauensebene förderlich.

Ernährung	8 wöchentlich
-----------	---------------

Dies ist eine Gruppe, zusammengesetzt aus Pflegenden und Küchenmitarbeiter. Ziel ist eine vollwertige Nahrungsmittelzubereitung, angepasst dem jeweiligen Ernährungszustands und den Fähigkeiten des Bewohners.

Erfahrungsaustausch der Pflegekräfte	4 wöchentlich
--------------------------------------	---------------

Ist ein Zusammenführen der gemachten Erfahrungen aus den verschiedenen Pflegebereichen.

Entwicklung und Überprüfung von Standards	4 wöchentlich
---	---------------

Dabei werden die in der Einrichtung vorhandenen Standards auf Aktualisierung und Umsetzbarkeit überprüft. Sie dienen einer einheitlichen Vorgehensweise bezüglich pflegerischer Tätigkeiten und zeitlicher Abläufe. Die überprüften Standards werden anschließend von den Pflegenden „als zur Kenntnis genommen“ unterschrieben

Dokumentationsüberprüfung	4 wöchentlich
---------------------------	---------------

Ziel ist eine aussagefähige, sinnvolle Pflegedokumentation mit möglichst geringem Zeitaufwand.

Pflegeauswertungen	4 wöchentlich
--------------------	---------------

Hier geht es um eine Bewertung der Dokumentation, des Allgemeinbefindens eines bestimmten Bewohners, des Umfeldes und der Zufriedenheit der Angehörigen oder Betreuer.

Pflegekonferenz	wöchentlich
-----------------	-------------

Sie ist eine Zusammenkunft der jeweiligen Bezugspflegekraft, eines Angehörigen oder Betreuers, der Bereichsleitung und / oder PDL und weiteren Mitarbeitern, um konkrete Pflege zu planen, oder dem veränderten Gesundheitszustandes des Bewohners nachzukommen.

In diesen Gruppen hat der Mitarbeiter die Möglichkeit seine Arbeitsweise zu reflektieren und gegebenenfalls neu anzugleichen, sie bietet ihm Sicherheit im Arbeitsalltag. Die Folge ist, dass der Bewohner auch Sicherheit erfährt.

In diese vorgegebenen Strukturen können wir nun beispielhaft das *Problem des Zahnprothesenverlustes* einfügen. In folgenden Qualitätszirkel könnte es thematisiert werden:

Basale Stimulation® in der Pflege: *Wie nimmt der Bewohner die Zahnprothese wahr?*

Ernährung: *Welche Möglichkeiten haben wir die Nahrung anzupassen?*

Erfahrungsaustausch der Pflegekräfte: *Welche Möglichkeiten gibt es den Verlust der Zahnprothese schnellstmöglich zu bemerken?*

Entwicklung und Überprüfung von Standards: *Aufnahme der Problematik in den Standard „Essen anreichen“*

Pflegedokumentation und deren Überprüfung: *Wie und wo wird das Problem sinnvoll dokumentiert?*

Pflegeauswertungen: *Findet eine individuelle Überprüfung bei dem jeweiligen Bewohner statt*

Pflegekonferenz: *Werden die Angehörigen und Betreuer in die Problematik einbezogen*

Qualitätszirkel sind

- auf Dauer angelegte Gesprächsgruppen
- mit einer begrenzten Zahl von Mitarbeitern und Experten
- verschiedener Arbeitsbereiche
- unterschiedlicher Hierarchieebenen
- die sich in regelmäßigen Abständen
- während der regulären Arbeitszeit
- um selbstgewählte Probleme des eigenen Arbeitsbereiches zu diskutieren
- unter Anleitung geschulter Moderatoren
- und mit Hilfe spezieller Problemlösungstechniken Lösungsvorschläge erarbeitet

- und die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen initiieren

Ein weiterer Aspekt zur Risikoreduzierung ist die Motivation der Mitarbeiter. Motivation fördert deren individuellen Fähigkeiten, die Aufmerksamkeit und die Übernahme von Verantwortung nehmen zu.

Wie kann die Motivation der Mitarbeiter gefördert werden? Mitarbeiter werden bei Entscheidungsprozessen einbezogen

Beispiele:

- Personaleinstellungen
- bei der Aufnahme und internen Verlegung von Bewohnern
- Fördergespräche und Karriereplanung mit Heimleiterin und Pflegedienstleiter
Unter dem Motto „Wie geht es Ihnen mit uns, wie geht es uns mit Ihnen?“
- bei Interesse an speziellen Fortbildungen
- der Gestaltung der Räumlichkeiten
- der Leitung der Qualitätszirkel, je nach Fähigkeiten, nicht nach Hierarchien
- bei der Förderung von speziellen Fähigkeiten
- bei regelmäßigen vierwöchentlichen Besprechungen aller Mitarbeiter zur Vernetzung der verschiedenen Arbeitsbereiche
- bei der Auswahl von Hilfsmittel

Gefahren können eingegrenzt werden, wenn Mitarbeiter um Risiken wissen und Lösungsmöglichkeiten kennen. Dazu dienen entsprechende Fort- und Weiterbildungen.

Jeder Mitarbeiter nimmt an folgenden Seminaren teil:

- Heimkonzeptvorstellung
- Grundkurs „Integrative Validation nach Richard“
- Grundkurs Kinaesthetics in der Pflege
- Basiskurs Basale Stimulation® in der Pflege

Entsprechende Aufbaukurse und andere zu spezifischen Themen können ausgewählt werden.

SIND MITARBEITER EIN RISIKO? JA; ABER UNVERZICHTBAR UND LERNFÄHIG!!

Literatur:

Philip Banyard....Hrg. Jochen Gerstenmaier
„Einführung in die Kognitonspsychologie“
Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Görres/Luckey/Stappenbeck
„Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege“
Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Fragen zum Risikomanagement

Marina Glauche, Bad Arolsen

Das Wort Risiko birgt zwei Deutungen in sich:

1. Risiko im positiven Fall ist die Prognose eines Gewinns, eines Nutzens -
In diesem Fall ist Risiko gleichzusetzen mit „Chance“

2. Risiko im negativen Fall ist die kalkulierte Prognose eines möglichen Schadens bzw. Verlustes - In diesem Fall ist Risiko gleichzusetzen mit „Gefahr“

Was als Schaden oder Nutzen aufgefasst wird, ist abhängig von der Wertvorstellung eines jeden Menschen. Da die Wertvorstellungen von Menschen sich stark unterscheiden, sind auch die Risikosituationen sehr unterschiedlich.

Was für den einen Verlust ist, ist für den anderen Gewinn, was für den einen Gefahr ist, ist für den anderen Chance.

In unserer Umgangssprache erscheint "Risiko" oft gleich bedeutend mit Gefahr, meist handelt es sich hier um eine 'gefühlte Gefahr'. Ich blicke ja gern auch über den deutschen Tellerrand. Dabei habe ich das chinesische Wortzeichen für Risiko / Krise entdeckt. In China favorisiert man die doppeldeutige Möglichkeit des Begriffs Risiko. Es kann ein Ereignis positiv (Chance) oder negativ (Gefahr) ausfallen. In dem chinesischen Wortzeichen für "Risiko, Krise" wird dies deutlich; es ist eine Zusammensetzung der Zeichen für "Chance" und "Gefahr".



chinesisches Schriftzeichen für „Risiko, Krise“

= gefährvolle Gelegenheit

oberes Zeichen: Chance

unteres Zeichen: Gefahr

Unser deutscher Wortgebrauch besetzt das Wort Risiko sehr einseitig pessimistisch und betrachtet bei Vorhandensein eines Risikos vorzugsweise die Möglichkeit eines negativen Ereignisses.

Besonders gut ist dies in unseren Pflegeeinrichtungen zu erkennen. Allein beim Wort Risiko zucken die meisten Pflegenden zusammen, Risiko ist mit Gefahr verbunden und Gefahr produziert Angst vor Schuldzuweisungen und Repressalien, verbunden mit der Sorge, die Aufsichtspflicht verletzt zu haben.

Mit der rechten Handhabung von Risiken ist es aber auch wirklich sehr schwierig

- Nicht selten besteht das Problem, dass mehrere Risiken gleichzeitig auftreten,
- ein Problem bei der Bewertung eines Risikos ist, dass es sich nicht nur um "ein" mögliches Ereignis handelt, es können immer wieder Ereignisse auftreten, die den Bewohner gefährden.
- Leicht kann dies dazu führen, dass nur das nächstliegende Risiko betrachtet wird und wesentliche andere Risiken vielleicht vernachlässigt werden.
- Andererseits kann es aber sein, dass das Risiko so klein ist, dass es als vernachlässigbar betrachtet wird, so wird es oft "Restrisiko" benannt wird.

Der eine oder andere Fall führt aber möglicherweise zu Fehleinschätzungen, die immer auch sehr negative bis katastrophale Folgen haben können.

Bei den Überlegungen zum heutigen Thema bin ich auf noch eine Definition gestoßen: *Ein "Risiko" ist ein negatives Ereignis, welches in der Zukunft eintreten könnte, aber nicht muss.*

Was bleibt uns also übrig als zu versuchen, dem Risiko aus dem Weg zu gehen – es könnte ja eintreten...

Und wie gehen wir Risiko aus dem Weg? Wir entwickeln für jeden nur denkbaren Risikofall eine Präventionsmaßnahme. Und weil der Risikofall ja eintreten könnte, verteilen wir diese Präventionsmaßnahmen gleichmäßig, wie mit der Gießkanne, auf

möglichst viele Bewohner. Damit meinem wir dem Risiko entronnen zu sein. Wir wandeln es um in sein Gegenteil – in Sicherheit.

Mit unseren Präventionsmaßnahmen wiegen wir uns, unsere Bewohner und Angehörigen in Sicherheit, dass nun nichts mehr passieren kann.

Alle die wir hier sitzen wissen, dass das so nicht stimmt. Es gibt keine absolute Sicherheit, keine absolute Schadensfreiheit in unseren Pflegeeinrichtungen.

Stellen sie sich ein Leben ohne Risiko vor:

- Man dürfte sich keinesfalls auf andere Menschen einlassen – Weiß man denn, was hinter deren Hirnschale vorgeht?
- Keinesfalls dürfte man sich in einen anderen Menschen verlieben – Man könnte verletzt, enttäuscht werden.
- Na und Körperkontakt dürfte man schon gar nicht aufnehmen – die Gefahren sind ja nicht auszudenken.

Diese Beispiele haben gar nicht unbedingt etwas mit Demenzkranken oder mit Pflegeeinrichtungen zu tun. Jeden Tag, jede Stunde, jeden Augenblick leben wir mit Risiko, jede Situation birgt Risiko in sich, nicht mal der Tod ist ohne Risiko – wissen wir denn was dann kommt...

Also müssen wir lernen, Risiko zuzulassen und mit Risiko zu leben – dazu leistet diese heutige Tagung einen wesentlichen Beitrag.

In unseren Einrichtungen kann uns ein reflektiertes und von allen Beteiligten gelebtes Risikomanagement die Instrumente zur Handhabung der täglichen Risiken liefern. Damit wird Risikomanagement vielleicht sogar zur wichtigsten Voraussetzung für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität.

Meist aber wird das Thema Risikomanagement in den Einrichtungen eher stiefmütterlich behandelt und stellt sich als Problemfeld dar.

Unter Risikomanagement versteht man den planvollen Umgang mit Risiken.

Und genau daran fehlt es häufig noch in unseren Einrichtungen

Probleme des Risikomanagements:

- Es fehlt der Bezug zur Philosophie der Einrichtung und zu den Erfolgsfaktoren

- Die Aufgabenzuordnung beim Risikomanagement sind unklar (kein Gesamtverantwortlicher)
- Die Einbindung der Mitarbeiter ins Risikomanagement (Risikokultur) ist unbefriedigend
- Es fehlt eine Risikopolitik und Risikolimits
- Es fehlen Fachexperten bei der Risikoanalyse
- Es gibt keine trügfähige Systematik zur Risikoidentifikation
- Es fehlen einheitliche Bewertungsmaßstäbe für Risiken
- Häufig werden Risiken und Schäden verwechselt
- Die Wirkungsdauer von Risiken wird vernachlässigt
- Es werden Fehler bei der Abgrenzung von Risiken gemacht
- kleinen Schäden werden vernachlässigt und Risiken verkannt (Kern- und Randrisiken)
- Abhängigkeiten (Korrelationen) zwischen Risiken werden vernachlässigt
- Es fehlen Berechnung des Gesamtrisikoumfangs
- Es fehlt an geeigneter Dokumentation des Risikomanagements (Risikomappen, Berichte)
- Fehlende Früherkennungssysteme

Und das ist das Schlüsselwort: **Früherkennungssysteme!!**

In unserem Bestreben nach größt möglicher Sicherheit für den Bewohner und die Einrichtung nehmen wir uns nicht ausreichend Zeit herauszufinden, welcher Bewohner durch welche Risikofaktoren gefährdet ist - wir greifen sofort zu bewährten Präventionsmaßnahmen.

Wir beugen uns dem Druck, der z.B. durch Prüfinstanzen und vor allem Kostenträger auf unsere Einrichtung und Mitarbeiter ausgeübt wird. Zum Schutz der Bewohner werden Präventionsmaßnahmen durch Träger und Vorgesetzte generalisiert angeordnet und eingesetzt, damit machen wir unsere Einrichtungen zu „Hochsicherheitstrakten“. Bewohner werden auf ihr „Alt- und Kranksein“ reduziert, ihre

individuelle Situation verliert an Bedeutung, sie selbst werden zu einem Risikofaktor für die Einrichtung.

Seit April dieses Jahres beschäftigt sich die DED mit dem Thema „Risikoerkennung und Risikobewertung in der spezialisierten Dementenbetreuung“. Anlass war ein Bundesforschungsprojekt, in dem es darum ging, herauszufinden, welche Instrumente der Risikoerkennung und der Risikobewertung z.Zt. zur Verfügung stehen. Sieben Einrichtungen mit spezialisierter Dementenbetreuung stellten sich einem umfangreichen Fragenkatalog und sie stellten uns ihre Regelwerke, Standards etc. zur Verfügung. *Parallel dazu wurde die neuere Literatur durchforstet, nach Instrumenten, Maßstäben, mit deren Hilfe die individuelle Gefährdung eines Bewohners frühzeitig zu erkennen und zu bewerten ist.*

Die Ergebnisse waren erstaunlich oder vielleicht sogar erschreckend. Weder in den Projekteinrichtungen noch in den ohne Frage in der Praxis hilfreichen Expertenstandards, noch in der Fachliteratur gibt es „sachdienliche“ Hinweise für die Existenz sicherer, aussagekräftiger Instrumente für eine frühzeitige Erkennung und Identifikation von Risikopotentialen bei Bewohnern (Frühwarnsysteme).

So z.B. in dem Expertenstandard „Sturzprophylaxe“: Dort wurden über Jahre von vielen Fachleuten umfangreiche Recherchen betrieben - und das Resümee: Trotz der Studienfülle zeigte sich, dass z.B. zur prospektiven Einschätzung des Sturzrisikos nur sehr eingeschränkt brauchbare Resultate vorliegen. Auch die verschiedenen Interventionen zur Sturzprävention sind nicht in allen Bereichen gleichermaßen effektiv anwendbar.

Nicht nur für den Risikobereich Sturz gibt es z.Zt. keine standardisierten und geprüften Früherkennungsinstrumente; ganz ähnlich negative Ergebnisse erhielten wir auch bei den Recherchen für die anderen Risikobereiche, die im Rahmen dieses Projektes betrachtet wurden (Dekubitus, Kontrakturen, Mangelernährung, Exsikkose, Selbst- und Fremdgefährdung, Verirren)

Was wir stattdessen erhalten haben ist ein dicker und fassettenreicher Katalog an Präventionsmaßnahmen der reichlich im täglichen Gebrauch genutzt wird.

Hier also klafft eine deutliche Lücke in unserem Betreuungssystem:

Wie denn soll das erklärte Ziel eines jeden Risikomanagements in Pflegeeinrichtungen, die spezifischen Gefährdungspotentiale der Bewohner zu identifizieren, zu bewerten, zu vermindern oder, wenn möglich, zu beseitigen, erreicht werden, wenn es keine Früherkennungssysteme gibt.

Wie können wir unseren dementen Bewohnern eine optimale Lebensqualität Bieten, wenn wir ständig den zweiten Schritt vor dem ersten machen – wenn wir präventive Maßnahmen ansetzen, ohne vorher genau geprüft zu haben ob und durch welches Risiko der Bewohner überhaupt gefährdet ist.

Um diese Lücke innerhalb des Risikomanagements zu schließen arbeitet die DED z.Zt. an einer Handlungsanleitung zur Risikofrüherkennung, welche das Erkennen und Bewerten vorhandenen Risikopotentials bei einem dementen Bewohner vor Einsetzen präventiver Maßnahmen anregen soll.

Erst dann können die anschließend eingeleiteten Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen gezielt eingesetzt werden und genau da sinnvoller Weise ihre Wirkung zeigen, wo sie auch wirklich benötigt werden.

Für die geplanten Handlungsanleitung, die zum Anfang nächsten Jahres fertig gestellt sein soll, wurden in einem ersten Schritt sechs gravierende ausschließlich personenzentrierte Risikobereiche der spezialisierten Dementenbetreuung ausgewählt

- *Dekubitus*
- *Sturz*
- *Kontrakturen*
- *Mangelernährung*
- *Exsikkose*
- *Selbst- und Fremdgefährdung am Beispiel „Verirren“*

Für die Risikofrüherkennung, Risikobewertung und die zeitnahe Pflegeplanung soll der die Handlungsanleitung eine Orientierungshilfe bieten, die gleichzeitig als Anleitung zum Umdenken zu verstehen ist: „Weg von pauschaler Sicherung aller Bewohner, hin zu aufmerksamer Wahrnehmung und Beobachtung und zu situationsentsprechenden und personenorientierten Maßnahmen“ lautet das Motto.

Risiko-bewußt denken und handeln

Besonders notwendig ist das risikobewußte Denken und Handeln. Folgende Fragen müssen sich die Mitarbeiter immer wieder stellen:

1. *Welches Risiko ist der Bewohner bereit für sich selbst zu tragen?*
2. *Welches Risiko sind Familien und Betreuer bereit mit zu tragen?*
3. *Welches Risiko können oder müssen die Mitarbeiter mittragen?*
4. *Ist es möglich, den Bewohner gänzlich vor Schädigungen zu schützen?*
5. *Gibt es ein allgemeines Lebensrisiko, ein akzeptables Risiko, das alle Beteiligten bereit sind mit zu tragen?*
6. *Was hat einen höheren Stellenwert: Die größt mögliche Sicherheit des Bewohners oder seine höchst mögliche Lebensqualität?*

Und natürlich spielen in der täglichen Praxis Haftungsfragen eine wesentliche Rolle. Mangelnde oder fehlende verbale Kommunikation erfordert von den Mitarbeitern hohe Fähigkeiten der Beobachtung und Wahrnehmung. Mit dem Bewusstsein, dass nicht nur das Unterlassen einer Maßnahme, auch das Ansetzen einer Maßnahme zur Risikovermeidung dem Bewohner Schaden zufügen kann, wenn diese z.B. unverhältnismäßig in die Rechte des Bewohners eingreift und diesen in seiner Freiheit und Entwicklung einschränkt, mit diesem Bewusstsein wird es unumgänglich, die Risikofrüherkennung und –bewertung fest in den Pflegeablauf zu integrieren und keine Präventionsmaßnahme ohne vorherige Prüfung der Risikopotentiale einzuleiten.

1. Wer kann ein Risikopotential erkennen und benennen?
2. Wer darf ein Risiko bewerten?

Risikofrüherkennung muß in zwei Schritten erfolgen:

1. Schritt: Die Risikoerkennung erfordert eine gute Fähigkeit der Wahrnehmung und Beobachtung. Es muß erkannt und benannt werden, dass sich in der Situation des

Bewohners etwas verändert hat, was für ihn eine Bedrohung oder eine Gefahr darstellen könnte.

Die Risikoerkennung benennt für jeden Risikobereich so genannte Schlüsselfaktoren (intrinsische und extrinsische Risikofaktoren), die als wichtige Orientierungshilfe für die erste Risikoidentifikation fungieren. Mit Hilfe dieser Schlüsselfaktoren wird es den Mitarbeitern möglich, die eigene Wahrnehmung und Beobachtung einzuordnen und systematisch abzugleichen. Nicht Intuition bestimmt damit die Risikoerkennung sondern Professionalität.

2. Schritt: Die Risikobewertung, dient der Einschätzung wie gravierend (in welchem Maße, mit welcher Wahrscheinlichkeit) das vorhandene Risiko den Bewohner gefährdet. Drei Fragen leiten die Mitarbeiter in der Bewertung eines vorhandenen Risikos

1. Wie hoch ist die Gefährdung für den Bewohner?
Ist das Risiko z.B. als gering, mäßig oder hoch einzustufen?
2. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Schadensfalles?
3. Welche Gefährdung kann eintreten?

Die Risikobewertung wird, soweit vorhanden, durch den Einsatz praxiserprobter, systematischer Assessmentinstrumente unterstützt.

Erst wenn Risikoerkennung und Risikobewertung ein deutliches Ergebnis gebracht haben, schließen sich Planung und Einleitung geeigneter Interventions- und Präventionsmaßnahmen an. Der Bereich der Präventions- und Interventionsmaßnahmen wird in der geplanten Handlungsanleitung nicht berücksichtigt, da die Einrichtungen der spezialisierten Dementenbetreuung in der Regel über einen ausführlichen Maßnahmenkatalog verfügen.

Die Ziele der Risikofrüherkennung mit Hilfe der geplanten Handlungsanleitung sind

- Wohlergehen, Sicherheit und ein hohes Maß an Lebensqualität der Bewohner

- Unterstützung der Pflegemitarbeiter in der fachkompetenten frühzeitigen Erkennung und Beurteilung von potentiellen Risiken und kritischen Situationen
- Minimierung von Haftungsansprüchen aus Gesundheitsschäden

Den Mitarbeitern soll es möglich werden, relevante Risikofaktoren von nichtrelevanten Risikofaktoren zu unterscheiden.

Zum Abschluss möchte ich noch mal auf den Begriff Risikomanagement zurückkommen: Risiko, wissen wir aus der chinesischen Sprache, birgt Gefahr und Chance in sich.

In unsere Arbeit übersetzt könnte das also bedeuten: Wenn es uns gelingt, mit Hilfe eines reflektierten Risikomanagements, unsere Bewohner zu schützen und sie gleichzeitig das Gefühl haben, frei zu sein, dann sind wir auf dem richtigen Weg.

Schlusswort

Petra Weritz-Hanf, Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
wir sind am Ende eines intensiven fachlichen Austauschs angekommen und haben unser Zeitbudget bereits überschritten. Bei meiner Aufgabe, eine Zusammenfassung der Tagung zu leisten, will ich mich deshalb kurz fassen.

Aber zunächst möchte ich mich für die Einladung bedanken und noch einmal daran erinnern, dass wir es bei der DED mit einem quicklebendigen Jubilar zu tun haben. Im Alter von 10 Jahren hat man die meisten Kinderkrankheiten hinter sich, aber noch jede Menge Leben und Lernen vor sich. Genau das wünsche ich der DED.

Ihre Arbeit kommt aus der Praxis für die Praxis. Hier sitzen keine Funktionäre und fällen Entscheidungen am grünen Tisch. Das macht einerseits die Qualität und die Akzeptanz der Produkte aus, stellt aber höchste Anforderungen an die Beteiligten, die diese Gremientätigkeit neben ihrer eigentlichen beruflichen Arbeit erledigen. Deshalb begrüße ich Ihre Entscheidung, zumindest die Geschäftsstelle ein Stück weit zu professionalisieren und die Vorstandsarbeit gleichmäßiger auf mehrere Schultern zu verteilen.

Ihre Arbeit wird an Bedeutung weiter zunehmen, das lässt sich mit Blick auf den demografischen Wandel unschwer prognostizieren. Welche Ziele setzt sich die DED für die nächsten zehn Jahre? Ich würde es begrüßen, wenn Sie perspektivisch ein längerfristiges Arbeitsprogramm entwickeln würden. Das kann nicht nur spontan von innen, den Mitgliedern kommen, sondern müsste mit Blick auf die Vorhaben anderer Akteure im Feld der Versorgung von Menschen mit Demenz konzipiert werden. Inzwischen gibt es viele Initiativen und Projekte, die man ernst nehmen muss. Ich möchte die DED ermuntern, den Dialog mit diesen anderen zu pflegen und sich weiter zu vernetzen, ohne ihre Identität aus Spiel zu setzen und ohne faule Kompromisse einzugehen.

Ich bin davon überzeugt, dass Sie erfolgreich arbeiten. Aber verfügen Sie über Erfolgsbilanzen? Ich würde es reizvoll finden, die gemeinsame Arbeit zu evaluieren.

Wie viele und welche Interessenten fordern die Empfehlungen ab, was wird daraus? Wie werden Ihre Schriften genutzt? Erreichen Sie die Zielgruppen? Ich rege deshalb an, über eine Methode nachzudenken, die darüber Auskunft geben könnte.

Schließlich möchte ich Ihnen versichern, dass wir im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Entwicklung und Aktivitäten der DED auch weiterhin interessiert verfolgen werden, Ansprechpartner bleiben wollen für Konzepte und Ideen und die bisherige Kooperation fortsetzen möchten.

Mit Spannung habe ich heute die Ausführungen der Referenten zum Umgang mit Risiken in der Betreuung Demenzkranker verfolgt.

Risiko – das bedeutet Wagnis mit einigermaßen ungewissem Ausgang.

Versicherungen berechnen Risikozuschläge: Risiko ist die Möglichkeit des Eintritts eines Schadens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit.

Ursprünglich stammt der Risikobegriff wohl aus ökonomischen Zusammenhängen. So findet sich der Begriff „Risiko“ erstmals im 16. Jahrhundert in deutschen kaufmännischen Quellen mit Entlehnung aus dem italienischen Wortstamm „Rysigo oder Risigo“ heraus, dessen weitere Herkunft unsicher ist.

Damit verbinden sich Begriffe wie Unbestimmtheit, Unsicherheit, Zufall und Gefahr, aber auch -und das finde ich bemerkenswert - Vorteil.

Während europäische Quellen Gefährdungen und Sicherheitsaspekte betonen, rückt in arabischen Quellen der Chancenaspekt in den Vordergrund: der Begriff „rizk“ trägt primär eine Bedeutung als „Geschenk, Zufall und unvorhergesehenes, aber gewisses Glück“.

Also Risiko - die Chance im Wagnis?

Aber auf wessen Seite liegt das Risiko? Wem drohen Gefahren? Den Pflegenden, den Gepflegten? Wie ist das Risiko verteilt? Können wir Risiken eliminieren?

Menschen wünschen sich Sicherheit. Menschen mit Demenz sind besonders gefährdet: Brauchen sie eine Betreuung, die alle Risiken ausschaltet?

Wir haben heute viel gehört zum Risikobegriff, zum Stellenwert im pflegerischen Handeln, zur Risikovermeidung, aber auch zu den Grenzen, an die wir dabei stoßen.

Wir haben gelernt, es gibt keine Garantie der vollkommenen Sicherheit in jeder Situation. Das gilt für jeden von uns, und das gilt auch für Menschen mit Demenz. Wir

können nicht eine Dementenbetreuung nach dem Normalitätsprinzip und mit Lebensweltorientierung fordern und gleichzeitig einen hundertprozentigen Sicherheitsanspruch stellen.

Natürlich ist es verständlich, dass sich Pflegende dem Sicherheitsprinzip verschreiben, es ist allerdings nicht akzeptabel, wenn dieses Bestreben verabsolutiert wird und schließlich auf Kosten der Lebensqualität von Bewohnern geht. Zuviel an fürsorglichem Schutz lässt Restfähigkeiten verkümmern und erlaubt keine Förderung mehr.

Ich möchte damit nicht einem Laissez-faire oder gar einer Verantwortungslosigkeit Vorschub leisten. Aber wenn z.B. flächendeckend Maßnahmen ergriffen werden, die Motilität einschränken, Überwachung ermöglichen, Freiheit einschränken, bleibt stets kritisch zu reflektieren, wessen Schutz wir damit sicherstellen.

Schützen wir nicht eher uns selbst vor Regressansprüchen, dem Staatsanwalt, vor einem schlechten Ruf und damit drohenden ökonomischen Nachteilen?

Mit einer Weisheit von Erich Kästner möchte ich diese Überlegungen abschließen. Er sagt:

„Wird's besser? Wird's schlimmer?“

Fragt man alljährlich. Seien wir ehrlich:

Leben ist immer lebensgefährlich!“

Wenn die Empfehlungen der DED zum Risikomanagement dazu beitragen, dass sich eine Demenzethik entwickelt, die es Pflegenden ermöglicht, Verantwortung zu übernehmen und den Mut zur eigenen Entscheidung zu stärken, haben wir schon viel gewonnen.

Referenten

Alfred Borgers, Krankenpfleger, Pflegedienstleiter im Haus Schwansen, Rieseby

Cilly Borgers, Krankenschwester, Leiterin des Haus-Schwansen-Seminars, Rieseby

Uwe Brucker, Leiter des Fachgebietes Pflege II, Med. Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Essen

Dr. Jens Bruder, Nervenarzt, Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen, Norderstedt

Marina Glauche, Diplom-Sozialpädagogin, Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V., Bad Arolsen

Rainer Kurtscheid, Krankenpfleger, CareGo, Klinkrade

Christel Schulz, Diplom-Sozialpädagogin, Alzheimer Gesellschaft Bochum

Detlev Timmermann, Vorsitzender Richter am Hanseatischen Oberlandesgericht a.D. Hamburg

Petra Weritz-Hanf, Nervenärztin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Dr. Jan Wojnar, Nervenarzt, Hamburg

Korrespondenzadresse

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

1. Vorsitzende Christel Schulz

c/o Alzheimer Gesellschaft Bochum

Universitätsstr. 77

44789 Bochum

Tel 03221 105 6979

info@demenz-ded.de

www.demenz-ded.de

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

- Wer wir sind -

Die DED (www.demenz-ded.de) ist eine seit 1995 existierende Vereinigung von Angehörigen aller Berufsgruppen, die in der Betreuung Demenzkranker engagiert sind und nach Verbesserungen suchen. Sie bündelt aktuelles Erfahrungswissen. Auf den halbjährlichen Arbeitstagen geht es in erster Linie um praxisnahen Austausch, der umfangreich dokumentiert wird. Aus einzelnen Problemlösungen des Alltags können so neue Konzepte werden.

Die DED hat bisher eine Reihe von Schriften (Handreichungen) erarbeitet, u. a. zu den Themen Freiräume und ihre Beschränkungen, Umgang mit Risiken, medikamentöse Therapie, Fixierung, Ernährung, Hygiene und Brandschutz. Sie bieten wertvolle Anregungen für die Milieuthherapie Demenzkranker. Das BMFSFJ unterstützt die Veröffentlichungen, die Arbeitstagen und die Projekte der DED.

Wenn Sie in der Pflege oder Betreuung Demenzkranker tätig sind und Interesse an einer Mitarbeit haben, können Sie sich auf unserer Website www.demenz-ded.de über eine Mitgliedschaft informieren.

Tel 03221 105 6979

E-mail: info@demenz-ded.de

**Wir danken dem Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung dieser Tagung.**