

Nicole Osterholz

Pflege ohne freiheitsentziehende Maßnahmen



Erschienen in

**ARCHIV für Wissenschaft
und Praxis der sozialen Arbeit**

Heft 1/2015

Vierteljahresschrift zur Förderung von
Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe

Herausgegeben von
Prof. Dr. Peter Buttner

Deutscher Verein für öffentliche
und private Fürsorge e. V.
Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin-Mitte
Tel. 030 629 80-0
Fax 030 629 80-150
www.deutscher-verein.de

Pflege ohne freiheitsentziehende Maßnahmen

In diesem Beitrag erläutert die Autorin Ursachen und Wirkungen freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege demenzkranker Menschen und zeigt praxiserprobte Wege auf, um diese zu vermeiden.

Wie geht es Ihnen mit der Vorstellung, dass gleich die Türen zugehen und der Schlüssel von draußen umgedreht wird? Oder es kommt ein wirklich sympathischer Mensch zu Ihnen, der Sie sogar anlächelt, ganz freundlich zu Ihnen spricht und Sie dabei an Ihrem Stuhl festbindet: Was meinen Sie, macht es einen Unterschied, ob es ein professioneller Gurt oder ein Strick ist? Spätestens wenn der nette Mensch mit den Erklärungen für sein Handeln („Es gibt eine Genehmigung von Gericht“ oder: „Es ist doch nur zu Ihrem Besten“) den Raum verlässt, finden Sie es mit Sicherheit gar nicht mehr lustig. Nach gefühlten zehn Minuten oder wenn Sie merken, dass Sie eigentlich schon vor längerer Zeit zur Toilette oder sich einen neuen Kaffee holen wollten, entsteht ein Gefühl. Genau dieses Gefühl entsteht bei Menschen mit Demenz, wenn wir ihnen ihre Freiheit nehmen.

Wir scheinen unsere Gefühlswelt im Laufe der Kindheit zu deaktivieren: Plötzlich sind wir vernünftig und handeln überlegt. Menschen mit Demenz können ihren Kopf nicht mehr vorschalten. Die Gefühlswelt aktiviert sich bei Erkrankung von selbst. Wir täten gut daran, dies als gesellschaftliche Ressource zu begreifen. Für die stationäre Altenpflege ist der Umgang mit oft besonders „schwierigen Fällen“ eine große Herausforderung. Ich begreife sie als Chance, unsere Strukturen zu überdenken und aufzubrechen.

Das Krankheitsbild zwingt uns regelrecht zur Veränderung unserer Konzepte, Prioritäten und zur Haltungsentwicklung. Nutznießer werden auch Menschen ohne Demenz sein. Diese Herausforderung bereitet die stationären Einrichtungen auf eine Generation vor, die nicht beabsichtigt, sich institutionellen Strukturen zu unterwerfen, mit oder ohne Demenz.

Was ist freiheitsentziehend?

Losgelöst von der Definitionsfrage geht es um das Erkennen und Wahrnehmen jeglicher Freiheitseinschränkungen, die manchmal lediglich über die aufmerksame Beobachtung von Reaktionen auszumachen sind. Freiheitseinschränkungen lassen sich nicht wirklich

definieren, denn Menschen haben sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Grenzen, die verletzt werden können.

Eindeutig freiheitsentziehend und genehmigungspflichtig sind Gurte, Tischsteckbretter und Bettgitter. Schwieriger wird es beim Einsatz von Medikamenten, bei denen auch nicht festzuschreiben ist, ob und wann sie freiheitsentziehend oder entwürdigend wirken. Weiter geht es mit versteckten oder codegesicherten Türen, deren Genehmigung vom zuständigen Gericht abhängig ist. Brandschutztüren sind in Institutionen sogar vorgeschrieben und meist nur mit vollem Körpereinsatz zu öffnen. Auch das schwere Sitzmobiliar ist im geschwächten Zustand kaum zu bewegen. Wenn die rechte Hand gelähmt ist, kann sie auch nicht die rechte Rollstuhlbremse lösen. Bei Knieproblemen verhindert ein Niedrigbett, gefeiert als die Alternative, das Aufstehen. Eine Matratze vor dem Bett kann Stürze aus dem Bett abfangen, aber auch Stürze regelrecht provozieren. Die Wirkung der Maßnahme ist häufig erst in der Anwendung zu erkennen, von aufmerksamen und sensibilisierten Personen.



Nicole Osterholz
ist Altenpflegerin, Coach
und systemische Organisationsberaterin, ReduFix-Multiplikatorin, Hamburg.
E-Mail: mail@osterholz-projektmanagement.de

Die Definitionsfrage ist in diesem Beitrag unerheblich, denn Erklärungen machen Freiheitsentzug nicht besser – erst recht nicht, wenn ich die Erklärung gar nicht verstehe oder bald schon wieder vergessen habe. Gesucht wird ein Weg, der die primär Betroffenen am wenigsten in ihren Rechten beschneidet. Ich spreche von „primär Betroffenen“, weil eigentlich alle Beteiligten betroffen sind, denn keiner fordert begeistert Freiheitseinschränkungen.

Was ist Pflege?

Der entscheidende Unterschied zwischen Kranken- und Altenpflege, zwischen Akut- und Langzeitpflege ist folgender: Der Schwerpunkt der Versorgung liegt nicht in der heilungsfördernden Sterilität, sondern darin, das Gewohnte in geschützter Umgebung fortzuführen und dabei Begleitung zu erfahren. Altenpflege ist Beziehungsarbeit, und das verstehen die wenigsten. Erst wenn wir uns mit Gefühlen und Bedürfnissen auseinandersetzen und sie ernst nehmen, können wir im Sinne und zum Wohle der Betroffenen entscheiden. Wir haben uns als professionell Pflegenden für deren Rechte einzusetzen, egal auf welcher Ebene.

Angehörige oder Betreuer/innen haben in der Regel nicht das Wissen und es fehlt ihnen an Erfahrung mit Menschen in dieser Situation, um eine fachlich sinnvolle Entscheidung zu treffen. Eine solche vereint die Inhalte der Grundrechte mit dem vorhandenen Expertenwissen und auch mit der Zumutbarkeit für das soziale System mit seinen Beteiligten.

Ursachen für Freiheitsgefährdungen

Aus dem Bett Fallen, Weglaufen, Stürzen und andere „herausfordernde Verhaltensweisen“ wie ständiges Rufen, Abwehrreaktionen (Kneifen, Schlagen, Kratzen, Beißen) und Verweigerungen könnten Ihre Freiheit gefährden. Sie müssen hoffentlich nicht ständig zur Toilette und Sie lassen sich selbstverständlich „an die Wäsche gehen“, wenn eine Pflegekraft Ihre Einlage kontrollieren will.

Wenn ein Bewohner in die Ecke des Wohnzimmers uriniert oder ihm ein Malheur passiert, dann steckt keine Absicht dahinter, sondern eine große Not. Die hat er sich nicht ausgesucht, er konnte nicht mehr anders.

Jede einzelne Verhaltensweise beinhaltet mindestens eine Aussage. Verhalten ist immer Kommunikation. Was kann diese Verhaltensweise bedeuten? Was ist die Ur-Sache? Gibt es ein körperliches, materielles oder räumliches Problem, etwas, auf das wir Einfluss nehmen können? Neugier ist hier gefragt und erforderlich. Selbst wenn wir manches nicht ändern können oder zu ändern wissen: Wenn wir etwas zumindest im Ansatz verstehen, können wir es gleich besser aushalten.

Bei der Ursachenforschung können wir bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz meist zuerst nur Thesen aufstellen, die sich dann im weiteren Verlauf bestätigen oder auch nicht, dann folgt der nächste Verdacht. In Fallbesprechungen frage ich immer nach: „Ist das eine These oder wissen Sie es tatsächlich?“ Die Grundfrage lautet auf allen Ebenen: „Befürchten Sie einen Sturz oder ist es bereits passiert?“ Da „Stürzen“ zur gleichen Lebensrisikofamilie gehört wie „Sterben“, komplettiert die Frage nach Sturzfolgen erst die Antwort.

Fallbeispiel

Frau R. hatte eine fortgeschrittene Demenz und einen extremen Bewegungsdrang. Es ging ihr gut oder zumindest viel besser, wenn sie laufen konnte. Sie hatte sich mit den Wohnbereichsfluren arrangiert und drehte dort Stunde um Stunde ihre Runden. Manchmal bog sie im Treppenhaus ab, war aber als langjährige Bewohnerin der Einrichtung überall bekannt und wurde dann bei Gelegenheit „auf ihre Bahn zurückgelenkt“. Frau R. konnte nicht mehr sprechen, lachte oder lächelte auch nicht mehr. Wenn ihr etwas nicht gefiel, sie zum Beispiel nicht gelenkt werden wollte oder Angst bekam oder sich unwohl fühlte, dann gab sie das mit einem „Dededede“ zu verstehen, aus dessen Lautstärke und Inbrunst die Dramatik der Situation deutlich herauszuhören war. Außerdem war ihrer Körperhaltung und ihrem Gesichtsausdruck zu entnehmen, wie es ihr ging.

Frau R. war früher Chefsekretärin gewesen und hatte immer hohe Schuhe getragen, was ihre Füße komplett deformiert hatte. Wegen ihrer Hammerzehen trug sie nur noch Verbandsschuhe. Wenn die 90-Jährige stundenlang unterwegs war, ließ ihre Körperspannung nach. Sie wurde dann langsamer und hatte einen Seitendrall nach rechts. Frau R. lag oft auf dem Boden und kam allein nicht wieder hoch. Dann wurde sie durchbewegt und wieder „aufgestellt“ und lief gleich weiter, sie wollte weiterlaufen. Die Sturzquote stieg mit zunehmender Schiefelage zur Mittagszeit massiv an. Dann lenkten wir sie zu ihrem Sessel, der in einer geschützten Ecke des Aufenthaltsbereiches stand, und setzten sie hinein. Wir wussten, dass sie allein nicht wieder herauskam.

Das ist Freiheitsentzug, für den ich bei Gericht aber kaum einen Antrag stellen könnte. Außenstehende würden in dieser Aktion keinen Freiheitsentzug erkennen. Ein Antrag auf Genehmigung eines Sitzgurtes wäre der „korrektere“ Weg gewesen, den die Betreuerin von Frau R. sogar befürwortet hätte. Ich vermeide hier ganz bewusst das Wort „richtig“ und „Alternative“. Dr. Kirsch, Richter des Amtsgerichtes Garmisch-Partenkirchen und „Vater“ des Werdenfelser Weges, bringt es auf den Punkt:

„Wenn wir von Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen sprechen, tun wir ja so, als wenn das Fixieren von Menschen mit Demenz auch eine Option wäre. Es ist keine Option“ (mündliches Statement bei der Auftaktveranstaltung „Werdenfelser Weg in Hamburg“).

Besser kann man die Ergebnisse der vorliegenden Studien nicht zusammenfassen. Wir dachten, wir könnten alte (und damit zerbrechlichere) und an Demenz Erkrankte („kann seine Fähigkeiten selbst nicht oder schlecht einschätzen“) mit freiheitsentziehenden Maßnahmen schützen, vor Stürzen bzw. Sturzfolgen oder vor den Gefahren des Weglaufens bewahren. Frau R. hatte kein Problem mit dem Sessel, solange sie dort nur pausieren musste. Ihr Vertrauen hat sich das Pflege- und Betreuungsteam Stück für Stück erarbeitet. Und wir haben uns gegenseitig kontrolliert. Es war nicht zulässig, sie länger in diesem Sessel sitzen zu lassen als vereinbart. Das Pflegeziel bestand darin, ihr mit den verordneten Pausen die Kraft für die nächsten Runden zu geben – und damit auch für die nächsten Stürze. Wir hatten der Versuchung zu widerstehen, sie dort hineinzu setzen oder einfach sitzen zu lassen, um sie bzw. die Sorge um sie „unter Kontrolle“ zu haben. Die Schwester von Frau R., die auch ihre Betreuerin war, hat uns dabei nicht unterstützt. Sie nutzte jedes einzelne Sturzereignis, um uns zu drohen. Wir hätten zu vermeiden, dass sie stürzt, und sicherzustellen, dass sie nicht wegläuft. Es war für sie eine Genugtuung, wenn wir einmal nicht wussten, wo Frau R. sich gerade aufhielt.

Frau R. stürzte mindestens wöchentlich, wenn nicht sogar täglich mehrfach, manchmal lief sie aber auch Stunden und Tage umher, ohne zu stürzen. Sie ist grob geschätzt ca. 500 Mal gestürzt und war geschickt darin. Zirka vier Mal im Jahr wurde sie anschließend ins Krankenhaus gebracht. Im Laufe der Jahre zog sie sich einige Platzwunden am

Kopf und am Ellenbogen und ein Brillenhämatom zu. Dann brach sie sich im Abstand von sechs Monaten erst den einen, dann den anderen Oberschenkelhals. Aber selbst bei so einer gravierenden und auch für das System sehr kostenintensiven Verletzung ist die Antwort auf folgende Frage relevant: „Was hat das mit ihr gemacht?“ In die Entscheidung gegen Freiheitsentzug floss ein: Beide Male war sie innerhalb von zwei Wochen wieder auf den Beinen, mit minimalem krankengymnastischen Aufwand.

Ich will es keineswegs verharmlosen: Jeder einzelne Sturz brachte mir als Wohnbereichsleitung und dem Pfllegeteam zusätzliche Arbeit, Ärger mit der Betreuerin und Angst um Frau R. ein. Das ist ins Verhältnis zu setzen zu den vielen Jahren, die Frau R. Tag für Tag sechs bis zehn Stunden unterwegs war, und zu der extremen Unruhe, die in ihr entstand, wenn sie einen Tag nicht unterwegs war.

Gerade in Fällen wie dem von Frau R. ist das in der professionellen Pflege zu führende Sturzprotokoll besonders anstrengend, denn jeder einzelne Sturz ist zu protokollieren. Aber genau dieser Fall veranlasste die Einrichtung dazu, den Bogen auf eine knappe Seite zu kürzen, ihn auf die wirklich relevanten Fragen zu reduzieren. Wichtig ist, wann die Person wie und wo genau gestürzt ist. So fällt dem Pfllegeteam auch ohne große Statistik schnell auf, dass es immer wieder der gleiche Platz, ein bestimmtes Zeitfenster oder ein besonderer Umstand ist, und es kann gezielt entschärfen. Im Fall von Frau R. wurden ein Stuhl und eine Pflanze aus dem Weg geräumt, sie störten offensichtlich ihre Bahn. Und es gab die Pausenverordnung für Frau R., die Sesselzeiten waren sogar in der Pflegeplanung verankert. Sie akzeptierte keinen Gehwagen, und dass das Schuhwerk nicht optimal war, ließ sich auch nicht ändern. Auch ihr eingeschränktes Sichtfeld hatten wir hinzunehmen. Allerdings ging die Sturzrate insgesamt merklich nach unten, als die Flure des Wohnbereiches neu beleuchtet wurden.

Möglichkeiten des Umgangs mit Sturzgefährdungen

Ich habe im Folgenden vier Typen von Sturzgefährdungen ausgewählt, um Möglichkeiten des Umgangs mit ihnen darzustellen. Sie sind immer wieder Thema in Fallbesprechungen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Allerdings weise ich ausdrücklich darauf hin, dass sie nur Ausschnitte aus diesem umfassenden Thema abbilden.

Die sturzgefährdeten Dauerläufer

Viele Menschen mit Demenz kompensieren ihren kognitiven Verlust mit ständiger Bewegung. Manche scheinen weder weg- noch irgendwo hinzulaufen, sie laufen einfach immerzu. Und sie stürzen gelegentlich. Je mehr die Menschen sich bewegen, desto geringer ist das Verletzungsrisiko. Menschen, die häufig stürzen, wissen sich meist gut

abzufangen. Einen Bewegungsdrang zu unterdrücken, ist dagegen kontraproduktiv. Die Energie ließe sich umleiten, aber wohin?

Menschen mit Demenz haben eine große Ressource: Sie gehen bei der Verfolgung ihrer ganz persönlichen Bedürfnisse immer wieder aufs Neue und vollkommen unbefangenen das Risiko ein, zu stürzen und sich dabei möglicherweise auch schwer zu verletzen. Sie vergessen den Schreck einfach, der andere Menschen regelrecht zu lähmen weiß. Selbst nach einer Oberschenkelhalsfraktur sind sie (mit der gleichen Schmerztherapie wie Menschen ohne Demenz) in kürzester Zeit wieder auf den Beinen.

Eines sollten alle Beteiligten wissen: Die meisten Läufer/innen wissen, wann sie nicht mehr können, wann sie eine Pause brauchen. Aber da kann es zwei Probleme geben:

- (1) Die fehlende Verschnaufmöglichkeit: Menschen mit fortgeschrittener Demenz wollen nicht anecken, haben Angst vor Ärger und Unstimmigkeiten. Wenn sie auf der Suche nach einer Sitzmöglichkeit von Mitbewohner/innen „angemacht“ werden, dann versuchen sie es vielleicht noch ein bis zwei Mal und geben dann auf, laufen lieber weiter und über ihre Belastungsgrenze hinaus.
- (2) Die Unfähigkeit, sich hinzusetzen: Bevor Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz das Laufen verlernen, verlernen sie das Hinsetzen, das wirklich ein sehr komplexer Vorgang ist.

Die Hin- und Wegläufer

Manchmal wollen diese Menschen einfach nur weg, aber in der Regel wollen sie irgendwo hin, sind auf der Suche nach etwas, das es vielleicht schon gar nicht mehr gibt. In beiden Fällen gibt es eine Lauff Tendenz, die zur Diskussion um Freiheitsentzug führt – spätestens nach der ersten Erfahrung mit dem Nichtzurückfinden. Da gibt es grausame Berichte von Menschen, die erfroren/verhungert/für immer verschwunden sind, die überrollt wurden von Autos oder Zügen, die im Meer, in Seen oder sogar in Pfützen ertrunken sind. Das sind Einzelfälle, zum Glück.

Zum Zusammenhang von Demenz und Suizidalität: Anfänglich gibt es mit Sicherheit den Suizidgedanken, der wirklich auch problematisch wird, wenn eine Depression hinzukommt. Ist die Demenz fortgeschritten, verschwindet dieser Gedanke oder die Fähigkeit, einen Suizid zu planen und durchzuführen. Da Menschen mit fortgeschrittener Demenz vor allem intuitiv handeln, bleiben sie in der Regel an roten Ampeln stehen und meiden schnelle Fahrzeuge, außer wenn sie „den Verkehr regeln“ wollen. Hier ist ein gewisses Vertrauen auch den Fahrzeugführern entgegenzubringen, die ja sonst auch Kinder gefährden würden.

Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz sind nicht risikobereiter, als sie es jemals vorher waren. Ein Nichtschwimmer würde nicht ins Wasser gehen, ein Eisschwimmer hätte dagegen großen Spaß daran, würde sich damit aber auch nicht in Gefahr bringen. Tatsächlich ist die Kälte bei Ausflügen ein Risiko, allerdings nur bei bestimmten Wetterlagen.

Die Angst um das Verlorengehen nehme ich dagegen sehr ernst. Auch für eine Pflegekraft ist es furchtbar, wenn ein Schützling fehlt. Wo soll man anfangen zu suchen? Und wer kümmert sich in der Zeit um alle anderen Schützlinge? Hinzu kommt die große Sorge und die Angst um den Menschen. Die Lösung ist ein Ortungssystem, mit dem sich nach vereinbarter Zeit nachvollziehen lässt, wo sich der Gesuchte befindet. Und die Erfahrung zeigt: Die Wiedergefundenen ärgern sich nicht wie Häftlinge, sondern sie freuen sich wie kleine Kinder und kommen gerne wieder mit. Sogenannte Chips müssen bei Gericht genehmigt werden, sie wollen gut untergebracht werden und kosten viel Geld. Bezüglich der letzten beiden Punkte ist Kreativität gefragt, es muss ja nicht immer das Original sein. Es gibt Maßnahmen, die den Betroffenen viel Freiheit geben und vom Gericht zu genehmigen sind, weil sie im Sinne der Definition Freiheit entziehen. Beispiele sind der Walker oder Gehfrei, das Ortungssystem oder auch die Klingelmatte. Deren Genehmigung dürfte bei fachkompetenter Erläuterung kein Problem darstellen.

Immobilie Menschen mit Bewegungsdrang

Kommen wir abschließend noch zu den Menschen mit Bewegungsdrang, die nicht mehr umherlaufen können und denen wir es auch nicht wieder beibringen können. Standard ist hier eine kreative Ideensammlung im großen Team, wie diese Unruhe anders abgebaut werden kann, und der systematische Einsatz einer Auswahl dieser Möglichkeiten. Vielleicht hat dieses Symptom aber auch einen anderen Kern und es steht nicht das Bedürfnis nach Bewegung, Energieabbau im Vordergrund, sondern die Suche nach sich selbst. Diese Menschen nehmen sich selbst nicht mehr richtig wahr und versuchen, sich selbst mit monotonen Bewegungen und Geräuschen zu stimulieren, vielleicht ziehen sie sich auch extrem zurück. Unterstützt man die Körperwahrnehmung durch bestimmte Lagerungen, eine identitätsstärkende Ansprache, Massagen und anderen Körperkontakt, wirkt das besser als jedes Medikament. Das sollte jedem klar sein: Es gibt keine Tabletten gegen ständiges Umherlaufen, Rufen, Wackeln, Klopfen, Wippen und all die anderen Symptome, die auch für Mitbewohner/innen eine große Belastung darstellen können.

Alternativen zu Bettgittern

Beleuchten wir das Umfeld Bett mit den klassischen Situationen, die Bettgitter und andere Maßnahmen ins Gespräch bringen: Menschen fallen aus dem Bett, stürzen vor dem Bett oder verlassen das Bett mitten in der Nacht. Es ist gut, sich darüber Gedanken

zu machen. Den Einsatz von Bettgittern und Gurten in der Begleitung von Menschen, die den Einsatz nicht verstehen können, sollten wir jedoch am besten gleich ausklammern. Oder möchten Sie, dem Kleinkindalter schon viele Jahrzehnte entwachsen, in einem Gitterbett schlafen?

Warum stehen Menschen mitten in der Nacht auf oder fallen aus dem Bett? Mögliche Ursachen sind:

- Das Bett ist zu schmal: Selbst überzeugte Singles schlafen privat auf einer Breite von deutlich mehr als 90 cm. Ist das Bett schmaler, kann man schon einmal aus dem Bett fallen.
- Das Bett ist ungemütlich: Die Standard-Schaumstoffmatratze in üblichen Pflegebetten ist ohne Lattenrost lediglich 10 cm dick.
- Die Orientierung fehlt: Wissenschaftlich ist bewiesen, dass Menschen mit Demenz schiefer im Bett liegen als Menschen ohne Demenz, auch im Bett fehlt die räumliche Orientierung. Dann rutschen die Beine aus dem Bett, man kommt fast automatisch zum Sitzen und kann dann auch gleich aufstehen ...
- Persönliche Gründe: Ich verlasse das Bett, weil das Licht an/aus ist, ich zur Toilette muss, Hunger, Durst, Schmerzen habe, nicht mehr schlafen kann usw.
- Zu frühe Schlafenszeit: Alte Menschen brauchen meist weniger Schlaf und in den wenigsten Pflegebetten ist es gemütlich genug, um bei einem vorzeitigen Erwachen trotzdem liegen zu bleiben.

Alle Ursachen haben eines gemeinsam: Sie sind nicht zu beheben mit Freiheitsentzug. Freiheitsentzug würde den Fluchtgedanken vielleicht sogar noch verschärfen, und genau das ist das Problem bei Menschen mit Demenz: Sie sind sehr kreativ und entwickeln unheimliche Kräfte zur Überwindung vermeintlicher Hindernisse. Sie winden sich aus Gurten, suchen den Weg zwischen Gittern und unter Gittern hindurch, steigen über sie drüber, verheddern sich und bringen sich in eine viel größere Gefahr als die vermeintliche Sturzgefahr.

Bettgitter sollten wirklich nur auf eigenen Wunsch angebracht werden. Menschen mit einer Halbseitenlähmung fühlen sich damit oft besser, spätestens nach der Erfahrung, von dem schlaffen Bein aus dem Bett gezogen worden zu sein. Stark sehbeeinträchtigten Menschen dient das Bettgitter als Orientierung. Geschwächten Menschen hilft es, sich selbstständig auf die Seite zu drehen. Allen drei Gruppen hilft in den meisten Fällen ein halbes Bettgitter (geteilt oder einfach nur an einer Seite hochgezogen).

Auch bei Menschen, die in ihrer Freiheit gar nicht mehr einzuschränken sind, weil sie bewegungsunfähig sind, lohnt ein Umdenken. Das Problem hier ist: Sie werden regelmäßig umgelagert, liegen also meist auf der Seite und relativ flach. Da der unbewusste Blick immer das fokussiert, was am nächsten dran ist, schaut der Mensch, der regungs-

los im Bett liegt, die ganze Zeit auf den Balken oder noch schlimmer den Bettgitterschutz, der ihm die Sicht in die Ferne versperrt.

Die Bettgitter werden hochgezogen aus Angst, der Patient könnte aus dem Bett fallen oder das Lagerungsmaterial aus dem Bett rutschen. Dafür aber reicht ein Bettgitter im Rücken, das auch nicht den Ausblick stört. Wenn er gut gelagert und nah an dieses Bettgitter herangezogen wird, müsste er sich einmal komplett drehen, um über den anderen Rand zu kommen. Auch bei eventuellen Krampfanfällen ist die Verletzungsgefahr mit Bettgitter viel höher, weil es im Weg ist und nicht nachgibt.

Gute Erfahrungen werden mit Schwimmmudeln auf beiden Seiten unter der Matratze gemacht. Sie erhöhen den Rand der Matratze und verhindern ein versehentliches Herausrutschen, bewusst lassen sie sich jedoch einfach überwinden. Sie geben Orientierung und auch im Schlaf bewegen wir uns intuitiv in die Bettmitte, wenn es am Rand bergauf geht. Menschen mit fortgeschrittener Demenz gibt diese Art Nest ein Gefühl der Geborgenheit. Wenn die Randerhöhung gerade nicht oder woanders gebraucht wird, lässt sie sich einfach desinfizieren und kann stehend in der Schrankecke verschwinden. Wolldecken hingegen sind im gerollten Zustand oft zu dick, außerdem Staubfänger und sie sind ständig im Weg, stören in der Versorgung.

Die Fesseln institutioneller Strukturen überwinden

Die Frage „Was brauchen Menschen mit Demenz?“ muss auch im Blick auf die institutionellen Strukturen gestellt werden: Was brauchen wir in der stationären Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz ohne freiheitsentziehende Maßnahmen?

Seit Jahrzehnten versuchen wir, institutionelle Strukturen aufzubrechen, indem wir den Spätdienst verlängern, und wundern uns, weil das von den Kund/innen nicht angenommen wird. Die Bewohner/innen drängeln regelrecht, vor 20 Uhr ins Bett zu gehen. Spätestens um 2 Uhr nachts steht der Erste wieder auf dem Flur und die Uhrzeit interessiert sie nicht, sie sind wach. Das hat allerdings nichts mit Demenz und Schlafstörung zu tun, wenn Erwachsene nach sieben Stunden ausgeschlafen haben. Die Erklärung für den Wunsch nach frühem Schlafen ist simpel: Die Mittagsruhe geht klassischerweise bis 14 Uhr, dann gibt es Kaffee. Das heißt, die Pflegebedürftigen sind schon seit vier Stunden wieder unterwegs, sie sind kaputt. Die Lösung liegt auf der Hand: Wenn die Bewohnerschaft ihre Mittagsruhe verlagert und es erst um 16 Uhr Kaffee gibt, dann kann das Abendbrot auch gerne ein bis zwei Stunden später ausgegeben werden. Überhaupt würde sich die Arbeitssituation entspannen, wenn die Mahlzeitenfenster größer wären.

Es gibt noch einen zweiten wichtigen Ansatz: Kontinuität im Personaleinsatz. Menschen mit Demenz brauchen Strukturen, Rituale und Begleiter/innen, auf die sie sich verlassen können, Pflegepersonen, die die Ressourcen ihrer Schützlinge einbinden, auch wenn

das immer etwas länger dauert, und die gelassen zu reagieren wissen, wo Stress kontraproduktiv ist.

Ich habe einmal ein Interview mit einer an Demenz erkrankten alten Dame gelesen, deren kleine Aussage mich wirklich weitergebracht hat. Auf die Frage, warum sie denn keine Hilfe in Anspruch nehmen würde, antwortete sie so einfach und klar, wie es meist nur Menschen mit Demenz beherrschen: „Ich habe Angst vor zu viel Hilfe.“ Ich lade Sie herzlich ein, sich da hineinzudenken. Diese Aussage betrifft nicht nur Menschen mit Demenz, sie betrifft alle Menschen, die das übliche Leistungsniveau nicht erreichen. Andere Menschen meinen es nicht böse, wenn sie zur Hilfe eilen. Nur leider helfen sie dann zu viel. Dann hilft es dem Menschen nicht, es reduziert ihn.

Menschen mit Demenz brauchen Menschen ohne Demenz, die sich mit ihren Gefühlswelten wertfrei auseinandersetzen, um sie dann ihren Bedürfnissen entsprechend zu begleiten und zu unterstützen. In meinen Workshops üben wir die erforderliche Präsenz, die Pflegepersonen brauchen, um sich für „die Minute mehr“ einzusetzen. Und wir üben die Selbstpflege, denn für diese große Aufgabe brauchen wir starke Teams, die gemeinsam die Herausforderungen annehmen und mit der erforderlichen Kreativität und Intuition bewältigen. Wir brauchen Arbeitsbedingungen, mit denen Pflegende für sich selbst, für ihre Kinder und vielleicht sogar für ihre eigenen pflege- und betreuungsbedürftigen Verwandten sorgen können, ohne sich zu zerreißen.

P.S.: Wer ist uneinsichtiger: Menschen mit Demenz oder Menschen ohne Demenz? Ich versuchte einmal, einen demenziell veränderten Mann zum Toilettengang zu überreden. Nach ein paar Minuten hin und her schaute er mir tief in die Augen, sagte: „Der Klügere gibt nach“ und kam mit.

Literatur

- Osterholz, N.: Automatismen hinterfragen, in: Pflegezeitschrift 07/2014, S. 412–415.
- Osterholz, N.: Gewaltfrei pflegen?, in: Die Schwester Der Pfleger 05/2014, S. 464–467.
- Osterholz, N.: Arbeitszeit – Kontinuität als Stärke, in: Altenpflege 10/2013, S. 33–36.
- Osterholz, N.: Mehr Zeit für die Pflege! Das Workbook für die stationäre Altenhilfe, Norderstedt 2013.