



Fachhochschule  
Bielefeld

Fachbereich  
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 7  
Workshop  
Ethik und Gewalt in der Pflege  
16. November 2000

Barbara Knigge-Demal



## Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Redaktion: Rebekka Neumann, Petra Blumenthal  
Copyright: Barbara Knigge-Demal, 2001

Nr. 7  
Workshop  
Ethik und Gewalt in der Pflege  
16. November 2000

Barbara Knigge-Demal



## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort.....	1
<b>Vortrag</b>	
Ethik in der Pflege	
Ruth Schwerdt .....	4
<b>Arbeitsgruppen</b>	
AG 1: Vortrag: Gewalt in der institutionellen Pflege	
Anja Büssing .....	13
AG 2: Vortrag: Gewalt gegen ältere Menschen	
Matthias Reiling .....	30
AG 3: Vortrag: Gewalterleben in der häuslichen Pflege	
- Ergebnisse einer Befragung von pflegenden Angehörigen -	
Barbara Nägele.....	38
AG 4: Vortrag: Schülerinnen erleben ein Altenheim einmal anders.	
Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung.	
Ulrich Sölken.....	58
AG 5: Vortrag: Ethik und erfahrungsorientiertes Lernen in der Pflege	
Martha Jopt.....	69
AG 6: Vortrag: Leben und Wohnen im Alter	
- Wunsch der Alten von morgen -	
Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung.	
Angelika Steinhart-Neff .....	81
<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerung .....</b>	<b>89</b>



## Vorwort

Barbara Knigge-Demal

Ethik und Gewalt in der Pflege, ein aktuelles Thema und Phänomen, das gerade in der jüngeren Vergangenheit die Öffentlichkeit wie die Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik beschäftigt.

Ethik und Gewalt, beide Phänomene sind im Arbeitsfeld der Pflege auffindbar. Ethische Positionen, Grundsätze und Diskussionen sind in Theorie und Praxis vor allem jenen Pflegesituationen zugeordnet, in denen es um vital bedrohliche oder existenzielle Fragestellungen geht. Gewaltphänomene sind nicht selten sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege tabuisiert. Ethik und Gewalt als zwei Dimensionen einer aktuellen gesellschaftlichen Diskussion zusammenzuführen und die gewonnenen Erkenntnisse für die Aus- und Fortbildung in der Pflege nutzbar zu machen, war ein Anliegen des Workshops. Zwar liegen Forschungsergebnisse zu Gewaltphänomenen in der stationären Altenhilfe und zur häuslichen Pflege vor, realisierte Interventionsprogramme zur Gewaltprävention beschäftigen sich aber vor allem damit, wie sich Gewalt im häuslichen Nahbereich reduzieren lässt. Innerhalb des Workshops sollten aber auch mögliche Zusammenhänge zwischen dem Berufsverständnis in der Pflege, Überforderungssituationen und Stressphänomenen sowie ethischer moralischer Bildung geklärt werden. Die Frage danach, welchen Beitrag die Ausbildung zur Ethik und Gewaltprävention leisten kann, welche Unterrichtsthemen, Unterrichtsinhalte, Lernziele und Qualifikationen in diesem Zusammenhang bedeutsam sind, bedarf der Klärung. Dazu sollte der Workshop als Diskussionsforum einen Betrag leisten.

Nach einem einleitenden Impulsreferat zur „Ethik in der Pflege“ wurden Arbeitsgruppen gebildet, in denen Praxis- und Forschungsprojekte zu dem Phänomen „Gewalt“ im häuslichen Nahbereich als auch in der stationären Altenpflege vorgestellt wurden. Im 2. Teil des Workshops setzten sich die Arbeitsgruppen mit konkreten Unterrichtsprojekten zur Ethik und Gewaltproblematik in der Pflege auseinander. Dazu gehörten auch Projekte von Pflegeschulen, die mit dem Förderpreis der Robert Bosch Stiftung ausgezeichnet worden sind. Bei der Vorstellung dieser Projekte ging es vor allem um die Klärung von Vermittlungsproblemen, d. h. um die Frage danach, mit welchen Methoden und Medien sich ethische Positionen als Bestandteil eines professionellen Berufsbildes fördern lassen?

Der Workshop „Ethik und Gewalt in der Pflege“, wurde gemeinsam mit der Robert Bosch Stiftung durchgeführt.

Der vorliegende Reader stellt eine Dokumentation dar, in dem die Inhalte und Ergebnisse des Workshops zusammengefasst sind.



## Programm des Workshops

- 8.45 Uhr: Ankommen und Kennenlernen
- 9.00 Uhr: Begrüßung, Einführung ins Thema
- 9.30 Uhr: Vortrag: „Ethik in der Pflege“  
Ruth Schwerdt
- 10.15 Uhr: KAFFEPAUSE
- 10.30 Uhr: Vorstellung der Projekte
- 10.45 Uhr: ARBEITSGRUPPEN
- AG 1: Vortrag: Gewalt in der institutionellen Pflege  
Anja Hüsing
- AG 2: Vortrag: Gewalt gegen ältere Menschen  
- Stadt Hannover -  
Matthias Reiling
- AG 3: Vortrag: Gewalterleben in der häuslichen Pflege  
- Ergebnisse einer Befragung von pflegenden Angehörigen -  
Barbara Nägele
- 12.30 Uhr: Vorstellung der Ergebnisse
- 13.00 Uhr: MITTAGSPAUSE
- 13.30 Uhr: Vorstellung der Arbeitsgruppen
- 14.00 Uhr: ARBEITSGRUPPEN
- AG 4: Vortrag: Schülerinnen erleben ein Altenheim einmal anders. Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung.  
Ulrich Sölken



AG 5: Vortrag: Ethik und erfahrungsorientiertes Lernen in der Pflege  
Martha Jopt

AG 6: Vortrag: Leben und Wohnen im Alter  
- Wunsch der Alten von morgen -  
Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung.  
Angelika Steinhart-Neff

15.00 Uhr: KAFFEPAUSE

16.00 Uhr: Präsentation der Ergebnisse

Vortrag:

## **Ethik in der Pflege – Prolegomena zu einer Pflege ohne Gewalt – Ruth Schwerdt**

Das Thema dieses Vortrags ist die Ethik der Pflege, im thematischen Kontext von Gewalt. An einem Fallbeispiel soll vor Augen geführt werden, welche Folgen es für pflegebedürftige Menschen und Pflegenden haben kann, wenn Pflegepersonen ihre Verantwortung für die Wahrung der Freiheit der zu Pflegenden nicht wahrnehmen und übernehmen. Es soll aufgezeigt werden, dass eine mangelnde Professionalisierung der Pflege Entstehungsbedingungen für Gewalt an pflegebedürftigen Menschen bereithält. Schließlich sollen die Bedingungen benannt werden, in denen eine Pflege möglich werden kann, die die Freiheit der Beteiligten wahrt und somit Gewalt meidet. Ethisch-moralische Kompetenz erweist sich als Element professioneller Kompetenz.

### **1. Pflege mit ethischer Fundierung: Analyse und Interpretation eines Konfliktbeispiels**

Die im Folgenden bearbeitete Konfliktsituation entwickelte sich 1981 in einem großen Krankenhaus. Die Krankenschwester erzählt davon zwölf Jahre später im Rahmen einer Qualifizierungsmaßnahme für Leitungsfunktionen in der Pflege. Der Konflikt hat sie über diesen Zeitraum psychisch und sozial so sehr belastet, dass sie sogar erwogen hat, den Beruf zu verlassen (Heller 1993, S.187).

„Die Fallbringerin war als Turnusschwester im Nachtdienst tätig. Zu ihrer Aufgabe gehörte die Betreuung eines 21jährigen Mannes, der nach einem Unfall an einer Tetraplegie litt. Er war in einem Drehbett gelagert und mußte in bestimmten Abständen in die Bauchlage gedreht werden, um einem Dekubitus vorzubeugen. Zu den Pflegekräften hatte er eine gute Beziehung, der Mann wurde wegen seines Humors sehr geschätzt. Bekannt war auch, daß er sich immer heftiger gegen das Drehen in die Bauchlage wehrte, weil er nur schwer Luft bekam und von regelrechten Erstickungsanfällen bedroht war. Dieses Problem war allen auf der Station bekannt, auch wurde regelmäßig vom Widerstand des Patienten gegen diese Maßnahmen berichtet („Ich verfaule lieber, als daß ich ersticke.“). Die medizinische Anweisung lautete, aus Gründen der Dekubitusprophylaxe den Patienten in einem bestimmten Zeitrhythmus (alle zwei Stunden) zu drehen und für eine halbe Stunde in der Bauchlage liegen zu lassen.

Die Fallbringerin hatte Nachtdienst und wurde vom Patienten gebeten, ihn nicht zu drehen. Diese ständigen Interventionen brachten sie unweigerlich in den Konflikt mit der medizinischen Anweisung. Bis um drei Uhr in der Früh gelang es dem Patienten erfolgreich, die diensthabende Schwester davon abzuhalten, das Bett zu drehen. Aufgrund der zu erwartenden Schwierigkeiten am nächsten Morgen, sich der ärztlichen Anordnung widersetzt zu haben, und der Einsicht, daß eine wenigstens kurzfristige Drehung sinnvoll sein könnte, drehte die Fallbringerin den Patienten in die Bauchlage.

Der Patient schrie ununterbrochen und rief ständig: „Hilfe, du bringst mich um!“ Für die Fallbringerin selbst war diese Situation unerträglich. Sie setzte sich erstarrt auf den Gang

vor das Zimmer, um wenigstens 15 Minuten abzuwarten. Als der Patient zu schreien aufhörte, wußte sie intuitiv, daß er tot war. Sie geriet in Panik, rannte in das Zimmer, konnte aber die Mechanik des Bettes nicht auslösen. Dies gelang erst mit herbeigeholter Hilfe von der Nachbarstation. Die Schwester wurde nach dem Nachtdienst nach Hause geschickt, die Situation nie offiziell besprochen. Der Arzt kommentierte seinerzeit das Entsetzen der Schwester so: „Haben Sie sich doch nicht so, für den Patienten ist es besser so. Was hätte der denn noch vom Leben zu erwarten?“ (Heller 1993, S.187f.)

Worin liegt das Unbehagen der Kollegin? Sie scheint diffuse Schuldgefühle zu haben, Mitleid mit dem jungen Mann zu empfinden und Trauer. Sie erlebt einen Konflikt zwischen Loyalität gegenüber dem anordnenden Arzt und dem eigenem Verantwortungsgefühl. Vielleicht hegte sie auch latente Aggressionen gegen den Arzt. Ganz verborgen mögen auch Aggressionen gegen den jungen Mann vorhanden gewesen sein: Musste er sich ausgerechnet in meiner Schicht so aufregen? Hat er sich vielleicht hineingesteigert? Dass er es mir aber auch so schwer machen musste mit seiner ständigen Gegenwehr. Er hätte doch einfach froh sein können, dass man dafür sorgt, dass er sich nicht wundliegt, und die eine halbe Stunde in dieser Nacht ertragen können. Das vorherrschende Gefühl aber, dass aus der Darstellung deutlich wird, ist das der Hilflosigkeit. Diese Erfahrung hat eine extreme Verunsicherung über Jahre hinweg bewirkt. Durchaus nachvollziehbar erscheint es, dass sie ihre Eignung für den Beruf der Krankenpflege in Frage stellt.

### 1.1 Bedingungen für eine bessere Bewältigung der Konfliktsituation

- Die Krankenschwester hatte sich stumm der ärztlichen Anweisung untergeordnet. Erst nach zwölf Jahren kann sie ihr Erleben artikulieren. Ihr geht es wie der Krankenschwester, die ein Selbstbildnis in Ton gestaltet hat (Zimmermann & Inhester 1992, S. 186): Die Plastik zeigt einen Kopf mit riesigen Augen (Sie sieht viel) und sehr großen Ohren (Sie hört auch ganz viel). Der Mund aber ist nur ein kleiner, geschlossener Strich (Sie sagt nichts).  
→ Die Ethik gibt eine Sprache. Sie stellt Begriffe und Methoden zur Verfügung, die Pflegende nutzen können, um ihr Erleben und Verhalten zu reflektieren und es zu kommunizieren.
- Sie spürt hochvirulente, stärkste Schuldgefühle, die sie all die Jahre psychisch belasteten und auch sozial in einem Maße beeinträchtigten, dass sie ihren Pflegeberuf aufgeben wollte. Ihr fehlte eine institutionalisierte Begleitung, die ihr in moralisch brisanten Situationen ein Gesprächsforum geboten hätte, in dem sie in einem geschützten Rahmen über ein belastendes Erleben hätte reden können und in dem sie Verständnis, Entlastung, Unterstützung und Ermunterung hätte finden können

- Ein gutes Supervisionsangebot, Balintgruppen, themenzentrierte und Selbsterfahrungsgruppen können Institutionen sein, in denen das Erleben moralischer Dilemmata Ausdruck finden kann.
- Der Krankenschwester fehlte neben der Sprache die Eigenständigkeit im Denken, Entscheiden und Handeln, aus der heraus sie in der Lage gewesen wäre, die Situation in die Hand zu nehmen. Sie hatte das sichere Gefühl, mit dem Umlagern gegen den heftigen Protest des zu pflegenden Mannes etwas Falsches zu tun, aber ihr fehlte das Selbstbewusstsein, diesem Gefühl nachzugeben.  
→ Die Ethik kann aufmerksam machen auf die Bedeutung, die moralische Freiheit der Pflegenden zugunsten der Klientele zu verwirklichen und Beobachtungen und Einschätzungen vorzutragen.
  - Die Kollegin hatte keine Kriterien zur Hand, nach denen sie eine eigenständige Entscheidung hätte ausrichten können. Sie konnte sich auf keine Werteorientierung im Handeln beziehen, in der sie sich mit anderen Berufsangehörigen der Pflege einig wäre.  
→ Kodices sind Selbsterklärungen von Gruppen, die sich über gemeinsame Normen und Wertorientierungen ihres Handelns verständigen und einen moralischen Grundkonsens dokumentieren, auf die sich Kolleginnen, Angehörige anderer Berufsgruppen, die Institution, aber auch zu Pflegenden mit ihren Bezugspersonen berufen können. Der Kodex mit der weitesten Verbreitung ist der des Weltbundes der Pflegenden (ICN; 2000). Diese Dokumente können auch institutionsbezogen sein. Dann finden sie Eingang ins Qualitätsmanagement. Am Leitbild eines Krankenhauses bzw. einer Altenpflegeeinrichtung und am Pflegeleitbild kann eine Pflegeperson erkennen, ob sie sich in Übereinstimmung befindet mit Zielorientierungen des Hauses, in dem sie mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeitet. In Konfliktfällen kann sie sich auf dieses Dokument beziehen.
  - Ihr fehlte die kommunikative Einbindung in ein therapeutisches Team, in dem sie als Mitglied der Berufsgruppen tätig wird, die die Kernkompetenzen Pflege und Medizin eines Krankenhauses bereitstellen und die sich daher als pflegende und ärztliche Kolleginnen und Kollegen mit einem gemeinsamen Sorgauftrag verstehen.  
→ Die Ethik gibt Gelegenheit, sich im Argumentieren zu üben. Es gibt ausgearbeitete Methoden der Kommunikation und modellhafte Formen der Institutionalisierung ethischer Besprechungen. Diese können institutionsbezogen sein – als Ethikkomitee etwa – oder bezogen auf Berufsgruppen - als Ethik-konsultation oder Ethikvisite. Und sie können bezogen sein auf das Stations-team – z. B. als Ethikzirkel. Inhaltlich können sie sich mit grundlegenden Fra-

gen einer Ethik im Gesundheitswesen bzw. im Krankenhaus beschäftigen, zurückliegende Situationen kritisch reflektieren und dabei auch vorausblickend Entscheidungskriterien für eine Situation wie die besprochene entwickeln.

- Es fällt auf, dass die Kollegin ganz auf sich allein gestellt ist. Ihr fehlt die Beheimatung in einer politisch präsenten Berufsgruppe.  
→ Die Ethik gibt Aufschluss über den spezifischen Auftrag der Pflege im gesellschaftlichen Mandat. Sie thematisiert also gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Pflege. Und sie gibt der Berufsgruppe die Möglichkeit, ihre Identität und Aufgaben im Rahmen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu benennen. Die Aufgabe, eine Berufsethik als eine Ethik der Pflegeberufe zu entwickeln, wird natürlich durch die Organisation in Berufsverbänden, ggf. in Pflegekammern o. ä. stark begünstigt.

#### **Was fehlte der Krankenschwester zur Bewältigung der Konfliktsituation?**

- die Fähigkeit, Gefühle zu artikulieren, Problemsituationen zu benennen und zu beurteilen,
- Eigenständigkeit im Denken, Entscheiden und Handeln,
- Dokumente, die eine Übereinkunft von Pflegenden über grundlegende moralische bzw. ethische Orientierungen darstellen,
- das Selbstverständnis, als Mitglied eines therapeutischen Teams, das sich gemeinsam zu verantworten hat, für die bestmögliche Versorgung der Gäste im Krankenhaus einzutreten,
- das Bewusstsein, in einer Berufsgruppe gesellschaftlich beauftragt zu sein und daher eine verantwortungsvolle Aufgabe in einem arbeitsteiligen Gemeinwesen erfüllen zu müssen.

#### **1.2 Professionelles, ethisch begründetes Handeln im beschriebenen Konfliktfeld**

Die Kollegin in dem Beispiel erlebt ihren Gewissenskonflikt als persönlichen Konflikt. Sie befindet sich innerhalb eines Rollen- und Strukturgefüges, das sie nicht in Frage stellt. Und sie erlebt sich als weisungsabhängig. Mit all dem bleibt sie in einer reagierenden Haltung. Sie bleibt Objekt und Ausführende fremder, nicht eigener Entscheidungen. Rückblickend kann sie erkennen, dass sie den Gehorsam hätte verweigern sollen. Sie hätte die Haltung einer wesenlos ausführenden Weisungsempfängerin aufgeben und die angeordnete Maßnahme unterlassen sollen.

Dieser große Schritt hätte über eine „Ethik der Gehorsamsverweigerung“ (Heller 1993, S. 186) aber nicht hinausgeführt. Eine professionell agierende Pflegeperson kann mehr sein und mehr wollen: Als Subjekt ihres Handelns beteiligt sie sich

an "ethischen Entscheidungsprozessen" (vgl. Andreas Heller, zit. v. Gerster 1993, S. 28), die ihre Berufspraxis und Berufsidentität betreffen. Als solches richtet sie ihr berufliches Handeln an berufsständischen, aber auch an institutionellen und damit berufsgruppenübergreifenden Normen aus. Sie erweist sich – um mit Ruth Schröck (1995) zu sprechen – als „moralisch autonome Persönlichkeit“, die sich mit „Zivilcourage“ und „Mut“ ihrer beruflichen Verantwortung stellt. Mut und Zivilcourage werden gebraucht, wenn gegen eingefahrene Verhaltensmuster Stellung bezogen werden muss und dabei nicht nur das fremde, sondern auch das eigene Verhalten einem ständigen Überprüfungsprozess unterworfen wird. (vgl. Schröck 1995, S. 323).

Eine professionell agierende Berufsgruppe würde eigene Beratungs- und Consultingangebote für Kolleginnen und Kollegen entwickeln, die in Entscheidungskonflikten angerufen werden könnten. In Aus-, Fort- und Weiterbildung würden Pflegenden darin geübt, Situationen moralisch zu beurteilen, Konfliktsituationen zu benennen, zu reflektieren, zu analysieren, Lösungsvorschläge zu machen und eine dann vollzogene Handlung zu verantworten. In unserem Beispiel würde die Krankenschwester einen Interessenkonflikt erkennen zwischen dem Patienten, ihr selbst und dem Arzt. Sie würde erkennen, dass sie sich aus Loyalität gegenüber dem Arzt seiner Anordnung gemäß verhalten hat, dabei aber dem Pflegeauftrag durch den Kranken und durch die Gesellschaft zuwider gehandelt hat. Sie würde erkennen, dass sie der paradoxen Rollenzuweisung im strukturellen Machtgefälle im Krankenhaus entsprechend gehandelt hat, in der der Status des Patienten der geringste war.

Als professionelle Pflegeperson könnte die Krankenschwester die Domäne der Pflege bestimmen, im Rückgriff auf wissenschaftliche Grundlagen: Im Managementmodell von Monika Krohwinkel (1993, S. 34) werden fünf Aufgaben- und Verantwortungsbereiche unterschieden. Im beschriebenen Fall kann die Anordnung der Umlagerung dem Bereich IV – Mitarbeit bei ärztlicher Diagnose und Therapie - zugeordnet werden. Im Bereich der direkten Pflege aber stehen die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen „Sich bewegen“ und „Für eine sichere Umgebung sorgen“ im Vordergrund. Von hier aus kann die Pflegeperson argumentieren, dass das regelmäßige Drehen des tetraplegisch gelähmten jungen Mannes seine Lebensqualität unverhältnismäßig einschränkt und die Bauchlage für ihn lebensgefährdend ist. Dekubitusprophylaxe und –behandlung sind heute – bis auf die Verordnung von Arzneimitteln - in der klinischen Zusammenarbeit weitgehend als pflegerische Aufgabe identifiziert. Die Pflege verfügt über Instrumente zur Erkennung des Dekubitusrisikos, und sie kennt vielfältige pflegerische Maßnahmen und Hilfsmittel zur Minimierung des Risikos. Qualitätsentwicklungskonzepte benennen die Entstehung oder Vermeidung von Dekubitus als Qualitätsindikatoren (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2000) auf die das Gutachterwesen bereits Bezug nimmt.

Alle diese Punkte setzen voraus, dass die ethische Kompetenz als Teilelement der professionellen Kompetenz erkannt und entwickelt wird.

Was sind Indikatoren für eine Profession?

### **Indikatoren einer Profession**

- die Orientierung an grundlegenden Werten der Gesellschaft
- ein systematischer Wissenskörper und Methodenkanon
- eine geregelte, von Pflegefachleuten kontrollierte Berufsbildung (vgl. Weidner, 1995, S. 37; „Kunst der Pflege“ bei Henderson, 1966; „Intuition der Experten“ bei Benner, 1994; das Konzept der Pflege bei Schwerdt, 1998)
- das Management durch Pflegefachleute
- Vorgaben zur Qualitätsbestimmung und –kontrolle in der Pflege
- die entsprechende Infrastruktur einer wissenschaftlichen Fundierung, der beruflichen Organisation, von Gutachtenverfahren
- die Fähigkeit, Pflegeziele individuell und situationsgerecht in Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen zu bestimmen und effektive therapeutische Maßnahmen zu indizieren

Das erzählte Geschehen zeigt Pflege auf einer Entwicklungsstufe ohne ein eigenständiges ethisches Fundament. Pflege erfolgt in nicht professionalisierter Form. Der Begründung des Handelns mit Bezug auf das Prinzip der Freiheit wäre das Argument einer Einzelkämpferin.

## **2. Die Bedeutung des Prinzips der Freiheit in der Ethik der Pflege**

Die persönliche Freiheit wird in Deutschland als wichtigstes politisches Recht einem jeden einzelnen Menschen zugestanden. Ausgehend von der unverlierbaren Menschenwürde im Artikel 1 werden die persönlichen Freiheitsrechte als existenzielle Grundrechte in den Artikeln 2 und 3 des Grundgesetzes besonders geschützt und im Art. 104 mit Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung versehen (Gewaltenteilung). Einschränkungen sind nur unter starken Kontrollbedingungen möglich und zum Schutz höherwertiger Gemeinschaftsinteressen (Verhaftung) oder im höheren Interesse des Betroffenen vorzunehmen, um ihm einen Schaden zu ersparen (BGB §832: Haftung bei Aufsichtspflichtigen und § 1906, Abs. 4: unterbringungsähnliche Maßnahmen).

Kranke und alte Menschen sind Bürgerinnen und Bürger dieses Landes und genießen den gleichen Schutz ihrer persönlichen Freiheit.

Das Konfliktbeispiel führt deutlich vor Augen, wie sehr die Autonomie von Menschen mit Pflegebedarf vom Engagement der Pflegenden abhängt. Je größer der

Hilfebedarf ist, je existentiell bedrohlicher eine Krankheit ist, die professionelle medizinische und pflegerische Betreuung erforderlich macht, umso stärker ist die Autonomie der Betroffenen eine abhängige. Sie ist abhängig davon, wie viel und breit das Wissen und Können der medizinischen und pflegerischen Fachleute ist und inwieweit diese ein Expertentum darin entwickelt haben, dieses Wissen und Können situationsgerecht und personengerecht anzuwenden. Die Kunst, aus dem Fundus professioneller Möglichkeiten genau die Optionen auszuwählen und anzubieten, die für *diesen* Menschen in *seiner* Situation wie ein Schlüssel ins Schloss passen, – um ein Bild des Murrhardter Kreises zu verwenden (vgl. Arbeitskreis Mediziner Ausbildung - Murrhardter Kreis, 1996) – eröffnet dem kranken Menschen die meisten und besten Möglichkeiten zur Ausübung seiner Autonomie und für ein optimales Wohlbefinden, und – wie im Beispiel – sogar für sein Überleben. Der Nachweis dieser Kunst muss als elementares Kennzeichen von Professionalität interaktionszentrierter Tätigkeiten wie der Pflege genannt werden (vgl. Weidner 1995, S. 48ff.).

Freiheit ist stets eine bedingte. Ihr Pendant ist die Determination menschlicher Existenz, die sich in biologischen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedingungen zeigt. Über die Determination, der alle Menschen immer schon unterliegen, hinausgehend sind Menschen mit Bedarf an professioneller Pflege in gesteigertem Maße sozial abhängig. Sie sind abhängig von der Sorge bzw. der Verantwortungsbereitschaft und –übernahme der *Sorgefähigen*. Die Erkenntnis des Machtgefälles zwischen der Person, die Hilfe braucht, und dem Menschen, der diese geben kann, führt daher zu einer Relativierung des Stellenwerts des Prinzips der Freiheit in seiner Facette als Autonomie bzw. des Werts der Selbstbestimmung: Mit Hans Jonas (1984) rückt nun die Freiheit der Hilfemächtigen in den Vordergrund: Ihre Freiheit ist kein nur zulassendes, negatives Prinzip, sondern ein positives. Aus dem Wissen und Fühlen (hier: dem Mitgefühl) resultiert für Jonas eine Verpflichtung zur Verantwortung, Freiheit als Macht zur Verantwortung zu verwirklichen (vgl. auch Schwerdt 1998, S. 296ff).

Sowohl die Abhängigkeit der Freiheit von der Sorge als auch die Zunahme dieser Abhängigkeit proportional zu der Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird an dem wiedergegebenen Beispiel des tetraplegisch gelähmten jungen Mannes sehr deutlich.

Natürlich kann aus dieser Relativierung nun nicht geschlussfolgert werden, dass fortan die Selbstbestimmung der Patientin/des Patienten nicht mehr angestrebt werden sollte. Vielmehr ist sie *gerade* dann zu fordern, wenn die Freiheit der zu Betreuenden aufgrund der Begrenztheit menschlicher Existenz (*conditio humana*) eingeschränkt ist oder in Gefahr steht. Es bleibt zu schlussfolgern, dass die Autonomie der Gäste im Krankenhaus zu schützen und zu fördern ist, wo es irgend



möglich ist. Wo aber Pflege Klientele zu betreuen hat, die ihre Interessen nicht allein durchsetzen können, hat sie eine advokatorische Aufgabe.

Das Gesundheitswesen ist Ausdruck der gesamtgesellschaftlichen Solidarität mit kranken und schwachen Gesellschaftsmitgliedern. Diese Solidarität basiert auf dem Gerechtigkeitsgedanken der Goldenen Regel, der gemäß alle Mitglieder einer Gruppe einmal den Bedarf entwickeln können, von professioneller Pflege abhängig zu sein. Indem die Hilfeleistung an bestimmte Berufsgruppen und Institutionen delegiert wird, soll bewirkt werden, dass die Dienstleistung gerecht und effizient erfolgt. Die Verwendung der bereitgestellten Ressourcen haben die Leistungsträger durch Berichte und Kontrollen transparent zu halten. Und sie haben die erforderlichen Ressourcen für eine bedarfsgerechte Pflege zu benennen.

Die Ausführungen sollten deutlich machen, dass professionelle Kompetenzen der Pflegepersonen die Voraussetzung dafür bilden, dass die Interessen von Menschen mit einem gesteigerten Hilfebedarf gefördert werden können. Es muss dokumentiert und verinnerlicht sein, dass das "Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person (hier Patientin/Patient) in ihren Aktivitäten des Lebens und in ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens." (Krohwinkel 1993, S. 25) die primäre Zielorientierung der Pflege sein soll.

Zum Thema „Gewalt“ können nun solche Handlungen und strukturelle, institutionelle und politische Bedingungen ins Auge gefasst werden, die die Entwicklung von Menschen mit Pflegebedarf, die professionell ermöglicht werden könnte, stören oder verunmöglichen.

## Literatur

Arbeitskreis Mediziner Ausbildung - Murrhardter Kreis (1996). Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie 26 (3., vollständig überarb. Ausg.). Gerlingen: Bleicher.

Benner, P. (1994). Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber (Orig.: From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 1984).

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.). (2000). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: FH Osnabrück.

Gerster, E. (1993). Pflegewissenschaft sucht ihren Standort. Bericht über ein Symposium "Gesundheit im Brennpunkt" der Univ. Linz. Altenpflege Forum. Texte aus Pflegeforschung und Pflegewissenschaft 1 (2) 1993, 26-29.

Heller, A. (1993). Ethik und Pflegewissenschaft. Fragmente für einen ausstehenden Dialog. In E. Seidl (Hrsg.): Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin (S. 171-190). Wien: Maudrich.

International Council for Nurses (ICN; 2000). ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK). Eschborn.

Henderson, Virginia (1966). The Nature of Nursing. A Definition and its Implications for Practice, Research and Education. London: MacMillan Press.

Jonas, H. (1984). Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt (Main): Suhrkamp.

Krohwinkel, Monika (1993). Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexierkrankten: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege. Kap. 6 verf. v. Bartholomeyczik, Sabine. Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, DBfK Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schröck, Ruth (1995). Zum moralischen Handeln in der Pflege. Drittes Internationales Osnabrücker Symposium Pflegewissenschaft 17./18. November 1994. Pflege 8 (4), 315-323.

Schwerdt, Ruth (1998). Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber. Reihe Pflegewissenschaft der Robert Bosch Stiftung Teil 3 und 4. Bern: Huber.

Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt (Main): Mabuse. 37.

Zimmermann, I. & Inhester, O. (1992). Das besonders andere Lehrbuch. Zum pfleglichen Umgang mit sich und anderen. Hannover: Vincentz.

### **Autorin: Ruth Schwerdt**

Professorin für Pflegewissenschaft an der katholischen Fachhochschule Osnabrück

## Arbeitsgruppe 1: Vortrag: Gewalt in der institutionellen Pflege

Anja Hüsing

Präsentation des Forschungsprojektes „Gewalt gegen alte Menschen in stationärer Pflege“ (Projektmitarbeiter: Prof. Dr. jur. A. Kreuzer (Projektleitung), Dr. Thomas Görger, Anne Horz, Anja Hüsing)

### 1. Einleitung

Die Bevölkerungsgruppe der in stationären Einrichtungen lebenden älteren Menschen ist hinsichtlich ihres Risikos gewaltförmiger Opferwerdung bislang weitgehend außerhalb des Blickwinkels der Sozialwissenschaften geblieben. Einzelne Aspekte wie etwa Fixierungen (Klie & Lörcher, 1994) oder Dekubitusentstehung (Heinemann, Lockemann, Matschke, Tsokos & Püschel, 2000) wurden untersucht. Repräsentative Studien, wie sie in den USA von Karl Pillemer (Pillemer, 1988; Pillemer & Moore, 1989; 1990; Pillemer & Bachman-Prehn, 1991) vorgelegt wurden, fehlen bislang im deutschen Sprachraum. Die Ergebnisse einer 1992 durchgeführten Befragung von Heimbewohnerinnen und –bewohnern (vgl. Bilsky, Pfeiffer & Wetzels, 1993) blieben unveröffentlicht.

Vor allem in den letzten drei Jahren sind Missstände und Gewaltvorkommnisse in der stationären Altenpflege zunehmend zu Gegenständen öffentlicher, medialer und politischer Diskussion geworden; Berichte über unzureichende Pflege häufen sich, programmatische Schriften erscheinen (vgl. u. a. Aktion gegen Gewalt in der Pflege, 1999; Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen, 2000), Interessenverbände und Hilfeinrichtungen entstehen.

Gewalt gegen alte Menschen in stationären Einrichtungen ist ein komplexes und vielgestaltiges Phänomen. Psychologen und Sozialwissenschaftler verwenden meist Gewaltkonzepte, die weit über das Alltagsverständnis von Gewalt im Sinne massiven körperlichen Zwanges hinausgehen. Zwei Aspekte sind dabei vor allem von Bedeutung: Gewalt muss zum einen nicht immer aktives Handeln sein, sondern kann - gerade im pflegerischen Bereich - auch darin bestehen, dass eine gebotene oder erforderliche Handlung unterlassen wird; Gewalt kann somit die Grundformen der Misshandlung und der Vernachlässigung annehmen. Zum anderen kann Gewalt nicht nur auf der körperlichen Ebene ausgeübt werden und Auswirkungen haben. Misshandlung wie Vernachlässigung können auch auf einer seelischen Ebene stattfinden und Menschen auf dieser Ebene verletzen.

In der Literatur werden folgende wesentliche Erscheinungsformen von Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeinstitutionen genannt:

- körperliche Gewaltanwendung (inkl. sexueller Übergriffe),

- verbale Gewaltanwendung: Beschimpfungen, Beleidigungen, Drohungen,
- missbräuchliche Medikamentenvergabe, insbes. Sedativa und Neuroleptika,
- missbräuchliche Anwendung freiheitsentziehender oder -einschränkender mechanischer Mittel,
- Durchführung unter pflegerischen/medizinischen Gesichtspunkten verzichtbarer Maßnahmen (z. B. Legen eines Dauerkatheters, einer Magensonde) aus Gründen der Arbeitsökonomie,
- vorsätzlich oder grob fahrlässig unsachgemäße Durchführung pflegerischer Maßnahmen,
- Unterlassen oder Verzögern pflegerischer Maßnahmen.

In der Literatur werden Ursachen, Entstehungsbedingungen, Risikofaktoren und Motive heute in großer Zahl ins Spiel gebracht. Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen werden vor allem gedeutet

- als Effekte der Be- und Überlastung der Pflegenden (vgl. Pillemer & Moore, 1989; Schneider & Sigg, 1990; Payne & Cikovic, 1995),
- als in Persönlichkeit und Biographie der jeweiligen Täter wurzelnde Delikte (vgl. Diessenbacher & Schüller, 1993; MacNamara, 1992, Shaw, 1998),
- als in professionelle und institutionelle Subkulturen eingebettete Handlungsmuster (vgl. Diessenbacher & Schüller, 1993, Fontana, 1978, Stannard, 1973),
- als Ausdruck des Machtgefälles zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem und der gleichzeitigen Dialektik von Macht und Ohnmacht (vgl. Cassell, 1989; Gallop, 1998; Nyström & Segestein, 1994; Raatikainen, 1996),
- als Ergebnis mangelnder formeller und informeller Kontrolle (vgl. Capezuti & Siegler, 1996; Heisler, 1991; Klie & Lörcher, 1994).

Diese Erklärungsansätze sind nicht unvereinbar. Sie ergänzen einander vielmehr und verweisen auf die Vielfalt und Heterogenität der Fallkonstellationen, die sich hinter dem Konzept der Gewalt gegen alte Menschen verbergen.

## 2. Das Forschungsprojekt „Gewalt gegen alte Menschen in stationärer Pflege“ – Überblick

In Tabelle 1 sind die Ziele der Untersuchung und die verschiedenen Untersuchungsebenen dargestellt.

Tabelle 1: Das Forschungsprojekt „Gewalt gegen alte Menschen in stationärer Pflege“

Ziele der Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse der Vielfalt der Erscheinungsformen der Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen in Altenpflegeheimen</li> <li>- Erhebung von Prävalenzen</li> <li>- Analyse der Ursachen und Entstehungsbedingungen für Misshandlungen und Vernachlässigungen</li> <li>- Analyse behördlicher Kontrollmaßnahmen</li> <li>- Herausarbeiten sinnvoller Präventionsmaßnahmen</li> </ul>
Untersuchungsbereiche	<p><u>Dunkelfeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Analyseebene der Institution:</b></li> <li>➤ <b>Interviews</b> mit Leitungspersonal, Pflegepersonal, therapeutischem Personal, Bewohnern, Angehörigen, Ärzten, gesetzlichen Betreuern, Seelsorgern, ehrenamtlichen Mitarbeitern in acht zufällig ausgewählten hessischen Altenpflegeheimen zum Thema „Belastungen, Konflikte, Gewalt“</li> <li>- <b>Analyseebene der Person:</b></li> <li>➤ <b>Schriftliche Befragung</b> einer repräsentativen Stichprobe hessischer Pflegekräfte zum Thema „Belastungen, Konflikte, Gewalt“</li> <li>➤ <b>Expertenbefragung</b> (z. B. Interessenvertretungen älterer Menschen, Heimaufsicht, Pflegekassen, Trägerverbände, Dozenten an Pflegeschulen und Fachhochschulen) zu Gewaltphänomenen in Altenpflegeheimen</li> </ul> <p><u>Hellfeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Analyseebene des Falles</b> (Analyse einzelner Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsfälle und deren Verfolgung):</li> <li>➤ Auswertung <b>staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsakten</b>;</li> <li>➤ Auswertung <b>polizeilich</b> registrierter Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung;</li> <li>➤ Auswertung durch die hessische <b>Heimaufsicht</b> registrierter Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung;</li> <li>➤ Auswertung durch den <b>Medizinischen Dienst der Krankenkassen</b> in Hessen registrierter Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung</li> </ul>

Im Folgenden wird das Design der Institutionsstudie beschrieben, Themen- und Problembereiche, die sich aus den Interviews bereits herauskristallisieren, werden dargestellt. Des Weiteren werden Ergebnisse eines Pre-Tests zur schriftlichen Pflegepersonalbefragung präsentiert.

### 3. Die Institutions-Studie

Die Institutionsstudie umfasst die Planung, Durchführung und Auswertung von Interviews mit Bewohnern und Mitarbeitern von Altenpflegeheimen sowie mit Personen, die durch ihre berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit Einblick in den Alltag von Alten- und Altenpflegeheimen erhalten.

*Stichprobe:*

Aus dem Altenheimadressbuch (1998) bzw. der Altenheim-Datenbank (1998) des Vincentz Verlages wurden acht hessische Altenpflegeheime zufällig ausgewählt.

Innerhalb der einzelnen Heime wurden folgende Personengruppen als InterviewpartnerInnen gewonnen:

Heimleitung, Pflegedienstleitung bzw. verantwortliche Pflegefachkraft, hauptberufliches Pflegepersonal inkl. zweier Wohnbereichsleitungen, therapeutisches Personal bzw. Sozialarbeiter, Bewohner, Zivildienstleistende, PraktikantInnen, Personen im freiwilligen sozialen Jahr, des Weiteren Familienangehörige von Bewohnern, Ärzte, gesetzliche Betreuer von Heimbewohnern, Geistliche/Seelsorger und ehrenamtliche Mitarbeiter.

*Instrumente:*

Insgesamt wurden fünf verschiedene Interviewleitfäden entwickelt, und zwar jeweils ein eigener Leitfaden für die Personengruppen der Leitungskräfte (Heimleitung und Pflegedienstleitung), des Pflegepersonals (inkl. Wohnbereichsleitungen), der Bewohner, der Angehörigen sowie der institutionsexternen Fachleute (Seelsorger, Ärzte, gesetzliche Betreuer u. ä.).

Alle Interviewleitfäden umfassen die Themenbereiche Belastungen des Lebens und Arbeitens im Heim, Konflikte im Heim sowie Gewaltvorkommnisse. Des Weiteren wurden Fragen zu Arbeitsklima, Handlungsroutinen, Arbeitsabläufen u. ä. gestellt.

Beispielhaft sind in der Tabelle 2 einige Fragen aus den Interviewleitfäden für Pflegepersonal und für Bewohnerinnen/Bewohner dargestellt:

Tabelle 2: Beispielfragen aus den Interviewleitfäden für Pflegepersonal und Bewohner

Themenbereich	Fragen an Pflegepersonal (Beispiele)	Fragen an Bewohner (Beispiele)
Belastungen	Was belastet Sie hier im Heim? Wie gehen Sie mit den Belastungen um?	Was belastet Sie hier im Heim? Was belastet Sie im Zusammenleben mit anderen Bewohnern?
Konflikte	Wo erleben Sie hier im Heim Konflikte?	Kommt es vor, dass es hier im Heim Unstimmigkeiten gibt? Worum geht es, wenn es zu Unstimmigkeiten kommt? Hatten Sie schon einmal Streit mit jemandem vom Personal?
Gewalt	Gibt es hier im Heim Gewalt?	
- Misshandlung (körperlich und seelisch)	Haben Sie schon einmal einen Bewohner in einer Form behandelt, die ihn körperlich oder seelisch verletzt hat? Haben Sie schon einmal einen Kollegen oder eine Kollegin dabei beobachtet, wie er/sie einen Bewohner in einer Art behandelt hat, die körperlich oder seelisch verletzend war?	Hat Ihnen hier im Heim schon einmal jemand vom Personal körperlich oder seelisch wehgetan?
- Fixierungen und Sedierungen	Unter welchen Bedingungen werden Bewohner durch Medikamente ruhig gestellt? Unter welchen Bedingungen werden Bewohner mechanisch in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt?	Hat Sie hier im Heim schon einmal jemand gegen Ihren Willen am Bett festgebunden? Hat Ihnen hier im Heim schon einmal jemand verboten, die Station oder das Haus zu verlassen?
- pflegerische Vernachlässigung	Gibt es Situationen, in denen bestimmte pflegerische Tätigkeiten unterlassen oder nicht so ausgeführt werden, wie es im Interesse des Bewohners eigentlich geschehen sollte?	Ist es hier im Heim schon einmal vorgekommen, dass jemand vom Pflegepersonal sich nicht um Sie gekümmert hat? Hat hier im Heim schon einmal jemand Ihr Klingeln um Hilfe längere Zeit nicht beachtet? Hat hier im Heim schon einmal jemand Sie nicht aus dem Bett geholt, obwohl Sie darum gebeten haben?
Arbeitsklima, Handlungsroutinen bzw. Atmosphäre im Heim, das Heim als Lebensraum	Inwiefern können Sie Ihre Arbeit aktiv mitgestalten? Wie würden Sie das Arbeitsklima in Ihrem Wohnbereich beschreiben?	Was muss man beachten, wenn man als Bewohnerin/Bewohner hier im Heim zurechtkommen will?

### Auswertung

Die Transkription der Interviews erfolgte zu einem kleinen Teil als Volltranskription, zum Großteil als Teiltranskription. Eine systematische Kategorisierung des Interviewmaterials mit Hilfe inhaltsanalytischer Software steht noch aus.

Zunächst wurde jedes vorliegende Interviewtranskript von den Forschern in einem vorgeschalteten Analyseschritt bearbeitet. Dabei wurden z. B. wesentliche Interviewinhalte zusammengefasst (Gesamtbeurteilung des Heimes aus Sicht des Interviewpartners, Bilanz der berichteten Gewaltvorkommnisse u. a.) und Interviewpassagen, die vor dem Hintergrund theoretischer Erklärungsmodelle für Gewaltvorkommnisse bedeutsam waren, gekennzeichnet.

Im Verlaufe der bisherigen Interviewanalyse kristallisierten sich bestimmte immer wiederkehrende Themen und Problemfelder heraus, von denen in Tabelle 3 einige beispielhaft skizziert werden.

Tabelle 3: Themen und Problembereiche aus 200 Interviews mit Bewohnern, Pflegepersonal, Angehörigen, und anderen durch berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeiten am Leben im Heim beteiligten Personen

Problemfeld / Themenbereich	Wahrnehmungen und Bewertungen der Interviewpartnerinnen und -partner
Belastungen des Pflegepersonals	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mangel an Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufgrund von Unterbesetzung der Schichten ist das Arbeitspensum nicht zu bewältigen</li> <li>• individuelle oder organisationale Ansprüche an die Pflegequalität können nicht immer erfüllt werden</li> <li>• Sterbebegleitung kann nicht geleistet werden</li> <li>• besonders problematisch sind Wochenend- und Nachtdienste</li> </ul> </li> </ul>
Konfliktpotentiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unstimmigkeiten und Konkurrenz zwischen den Pflegemitarbeitern aufgrund von <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedlichen Arbeitsstilen</li> <li>• Unterschieden im Ausmaß der Identifikation mit der pflegerischen Aufgabe und/oder der einzelnen Einrichtung</li> <li>• unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich der Kriterien einer qualitativ guten Pflege</li> </ul> </li> <li>➤ Konflikte zwischen verschiedenen Abteilungen einer Einrichtung (Pflege, Küche, Verwaltung, Sozialdienst etc.) aufgrund von Unklarheiten bzgl. Aufgaben, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten</li> <li>➤ Pflegende fühlen sich durch Angehörige von Bewohnern zu Unrecht kritisiert und klagen über mangelnde „Rückendeckung“ durch ihre Vorgesetzten</li> </ul>



Problemfeld / Themenbereich	Wahrnehmungen und Bewertungen der Interviewpartnerinnen und -partner
Körperliche und seelische Verletzungen/ Misshandlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegende als Opfer von Gewalt und Aggressivität von (v. a. verwirrten und psychisch veränderten) Bewohnern</li> <li>➤ Gewaltanwendung des Pflegepersonals im Zusammenhang mit Pflegehandlungen, gegen die Bewohner sich körperlich zur Wehr setzen</li> <li>➤ Verbale Aggressionen des Personals gegenüber Pflegebedürftigen werden häufig beschrieben und teilweise als „gegeben“ und kaum erklärungsbedürftig hingenommen. <i>„Durch die schlechte Besetzung, die wenig Zeit, die wir ham. ... und da wird halt auch schon mal ein bisschen geschimpft, ‚hab jetzt keine Zeit, lass mich mal in Ruh‘, oder so, das natürlich.“</i> (Aussage einer Altenpflegehelferin)</li> </ul>
Freiheitseinschränkende Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterschwellige Formen der Bewegungseinschränkung (z.B. Bewohnern, die sich nicht allein aus dem Sessel erheben können, keine Hilfe beim Aufstehen anbieten; Aussprechen von Verboten, das Haus zu verlassen mit Androhung negativer Konsequenzen bei Nicht-Befolgen)</li> </ul>
Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unzureichende psychosoziale Betreuung</li> <li>➤ Vernachlässigung der Grundpflege in Zeiten von Personalengpässen</li> </ul>
Beurteilung der Pflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Positiv: Reduktion der Sozialhilfeabhängigkeit, Pflegedokumentation ermöglicht Pflegeplanung und -evaluation</li> <li>➤ Negativ: unzureichende Zeitvorgaben; mangelnde Berücksichtigung des Betreuungsbedarfes dementer Bewohner; aktivierende Pflege zahlt sich materiell nicht aus: Rückstufung des Bewohners bei Verbesserung seines Zustandes; Pflegedokumentation ist praxisfern, erfordert einen übertriebenen Zeitaufwand, ist schlecht handhabbar</li> </ul>
Leben im Heim (Bewohnersichtweise)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Das Heim als Lebensraum: Bewohner möchten das Heim als privaten Lebensraum betrachten können, wobei das Gefühl von Privatheit nicht unbedingt mit materiellem Komfort zu tun hat, sondern mit Ansprache, Zuwendung und Stabilität von Bezugspersonen (Personal und Mitbewohner). Die Qualität medizinischer und grundpflegerischer Versorgung spielt hierbei nicht unbedingt eine tragende Rolle</li> <li>➤ Zusammenleben dementer und nicht dementer Bewohner: Das Zusammenleben mit dementen Bewohnern wird von nicht dementen Bewohnern in mehrfacher Hinsicht als die größte Belastung empfunden – sie fühlen sich bedroht und belästigt, sie können und wollen zu diesen Menschen keine Kontakte knüpfen. Aufgrund des Umstandes, dass verwirrte Bewohner die Hauptklientel in Pflegeheimen ausmachen, fühlt sich die Minderheit der nicht Dementen abgeschoben an einen Ort, an dem sie „fehl am Platze“ sind. <i>„Da sind, sind Bewohner, also die sind, vollkommen durch /. nachts muss ich zuschließen. Da kommt von, von der Tür da immer eine. Und die will da, immer da zu uns rein. Also, es ist schlimm.“</i> (Aussage einer Bewohnerin)</li> </ul>

Problemfeld / Themenbereich	Wahrnehmungen und Bewertungen der Interviewpartnerinnen und -partner
Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zum Teil paternalistischer, infantilisierender Umgang des Personals mit Bewohnern</li> <li>- „Kindersprache“</li> <li>- Missachten von Autonomie (ungefragtes Duzen, Nicht-Anklopfen vor Betreten eines Bewohnerzimmers)</li> <li>- erzieherisches Verhalten / Machtkämpfe. Eine Pflegehelferin reagiert bspw. auf eine Bewohnerin, die sehr oft die Klingel betätigt, indem sie absichtlich nicht sofort auf die Klingel reagiert: <i>„Wenn jemand permanent klingelt, dann dauert’s halt auch länger, bis man kommt.“</i></li> </ul>

#### 4. Ergebnisse einer schriftlichen Pflegepersonalbefragung

Im Sinne eines Pre-Testes zur geplanten Repräsentativ-Befragung hessischer Pflegekräfte nahmen achtzig Pflegekräfte aus neun niedersächsischen und hessischen Heimen an einer schriftlichen Befragung zu den Themen Belastungen, Konflikte und Gewalt in ihrer Arbeit teil (insgesamt waren 392 Fragebögen verteilt worden, die Rücklaufquote liegt bei 20 %). Der Schwerpunkt der Darstellung wird im Folgenden auf den Ergebnissen zum Themenbereich Gewalt liegen.

Tabelle 4 zeigt von den Befragten genannte Gewalthandlungen, die *sie selbst* innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal gegenüber Bewohnern ausgeübt haben. Insgesamt wurden den Probanden 45 Verhaltensmuster vorgegeben. In der Tabelle sind nur die Verhaltensmuster dargestellt, die von mehr als einer Person berichtet wurden.

Tab. 4: Selbstberichtete Gewalthandlungen von Pflegekräften gegenüber Bewohnern in den letzten 12 Monaten (Schriftliche Befragung von 80 Altenpflegekräften in Niedersachsen und Hessen, 1999)

Verhalten	N	ja	% ja
Bewohner anschreien	75	35	46.6
Bewohner absichtlich ignorieren	77	27	35.1
Bewohner zurückweisen	75	24	32.0
Bewohner nicht rechtzeitig umlagern	77	24	31.1
Bewohner nicht rasieren	75	21	28.0
Verhalten	N	ja	% ja
Bewohner beschimpfen	75	19	25.3
Bewohner auf Hilfe warten lassen	77	15	19.5
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Windeln anlegen	77	12	15.6
Schamgefühle von Bewohnern verletzen	77	11	14.3
Bewohner auf Toilettengang warten lassen	77	10	13.0
Bewohner nicht aus dem Bett holen	77	9	11.7
Bewohner nicht ins Freie bringen	77	9	11.7
Missachten der Privatsphäre von Bewohnern	75	8	10.7
Bewohner nicht waschen	76	8	10.5
Bewohner absichtlich ärgern	77	8	10.4
Bewohner aus arbeitsökonomischen Motiven fixieren	77	8	10.4
Bewohner aus arbeitsökonomischen Motiven festhalten	77	7	9.1
Bewohner verbal bedrohen	76	6	7.9
Bett- oder Leibwäsche von Bewohnern nicht wechseln	77	6	7.8
sonst. arbeitsökonomisch motivierte Freiheitseinschränkung	77	6	7.8
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Sedativa verabreichen	77	6	7.8
Bewohner falsch über Medikamente informieren	77	6	7.8
Bewohner verbal beleidigen	77	4	5.2
Bewohnern durch grobes Anfassen Hämatome zufügen	75	3	4.0
Diät von Bewohnern missachten	77	3	3.9
Gerüchte über Bewohner verbreiten	77	2	2.6

63 Befragte (78,8 % der Gesamtstichprobe) geben für den Zeitraum der letzten 12 Monate mindestens eine der im Fragebogen genannten Handlungen an.

Es dominieren im Einzelnen Formen der verbalen Gewalt (Anschreien und Beschimpfen) sowie der pflegerischen und psychosozialen Vernachlässigung von Bewohnern. Jeweils rund ein Drittel der Pflegekräfte berichten, dass sie Bewohner absichtlich ignoriert oder zurückgewiesen bzw. bettlägerige Bewohner nicht rechtzeitig umgelagert haben. Körperliche Gewaltanwendung wird - von Einzelfällen abgesehen - nur in solchen Formen berichtet, die sich im Kontext pflegerischer Handlungen ereignen (jemanden festhalten, jemanden hart anfassen) oder bei denen die Entscheidung, ob pflegerisches oder deliktisches Handeln vorliegt, von weiteren Bedingungen, insbesondere der Intention des Handelnden und den

rechtlichen Voraussetzungen seines Tuns abhängt (jemanden aus arbeitsökonomischen Erwägungen fixieren).

Tabelle 5 zeigt von den Befragten genannte Gewalthandlungen gegenüber Bewohnern, die sie innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal *bei einem Kollegen bzw. einer Kollegin beobachtet* haben.

Tab. 5: Beobachtete Gewalthandlungen von Pflegekräften gegenüber Bewohnern in den letzten 12 Monaten (Schriftliche Befragung von 80 Altenpflegekräften in Niedersachsen und Hessen, 1999)

Verhalten	N	ja	% ja
Bewohner anschreien	75	47	62.7
Bewohner beschimpfen	71	30	42.3
Bewohner nicht rasieren	74	25	33.8
Bewohner absichtlich ignorieren	74	23	31.1
Bewohner nicht rechtzeitig umlagern	75	23	30.7
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Sedativa verabreichen	76	23	30.3
Bewohner zurückweisen	72	21	29.2
Bewohner auf Hilfe warten lassen	73	19	26.0
Bewohner aus arbeitsökonomischen Motiven fixieren	74	18	24.3
<b>Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Windeln anlegen</b>	74	17	23.0
Bewohner nicht ins Freie bringen	74	15	20.3
Bewohnern durch grobes Anfassen Hämatome zufügen	74	15	20.3
Bewohner nicht aus dem Bett holen	75	15	20.0
Bewohner absichtlich ärgern	73	13	17.8
Missachten der Privatsphäre von Bewohnern	74	13	17.6
Bett- oder Leibwäsche von Bewohnern nicht wechseln	74	13	17.6
Schamgefühle von Bewohnern verletzen	73	12	16.4
Bewohner auf Toilettengang warten lassen	74	12	16.2
Gerüchte über Bewohner verbreiten	73	11	15.1
Bewohner verbal bedrohen	73	9	12.3
Bewohner sinnlos herumkommandieren	74	9	12.2
Bewohner nicht waschen	75	9	12.0
Bewohner verbal beleidigen	74	8	10.8
sonst. arbeitsökonomisch motivierte Freiheitseinschränkung	71	7	9.9
Bewohner falsch über Medikamente informieren	74	7	9.5
Bewohner lächerlich machen	73	6	8.2
Bewohner aus arbeitsökonomischen Motiven festhalten	74	6	8.1
Verletzungen von Bewohnern nicht sorgfältig versorgen	73	5	6.8
Diät von Bewohnern missachten	73	5	6.8
Bewohner kneifen	76	5	6.6
Bewohnern nichts zu trinken geben	74	2	2.7
Bewohnern eine regelmäßige Mahlzeit verweigern	74	2	2.7

53 Befragte (66,3 % der Gesamtstichprobe) geben an, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal eine der im Fragebogen genannten Handlungen bei einem Kollegen oder einer Kollegin beobachtet zu haben. Wie bei selbstberichteten Delikten werden auch hier verbale Formen der Gewalt (Anschreien, Beschimpfen) sowie unterschiedliche Erscheinungsformen der Vernachlässigung am häufigsten berichtet.

In der Befragung wurden ebenfalls Zuschreibungen von Ursachen der Misshandlung und Vernachlässigung erhoben. Die zentralen Faktoren, auf welche die Befragten Gewaltvorkommnisse in der stationären Altenpflege zurückführen, sind Personalmangel und Arbeitsüberlastung. Dieses ´Pflegestressmodell´ entspricht dem die öffentliche Diskussion über Missstände in der stationären Altenhilfe dominierenden Denkansatz.

Darüber hinaus weisen die Antworten der Befragten auf multikausale Sichtweisen hin. Sie führen Misshandlung und Vernachlässigung auf eine Reihe von stabilen und variablen Personfaktoren zurück: Die (misshandelnde oder vernachlässigende) Pflegekraft ist für den Beruf nicht geeignet, sie hat die Nerven verloren, sie ist psychisch gestört, hat private Probleme; es mangelt ihr an Empathie und an Konfliktbewältigungskompetenzen. Zugleich werden Faktoren auf gesellschaftlicher und politischer Ebene in Betracht gezogen: Zur Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen kommt es, weil die politisch Verantwortlichen zu wenig Mittel für die Altenhilfe bereit stellen, weil die Gesellschaft insgesamt das Alter zu wenig achtet, weil die Altenpflege stark von finanziellen Erwägungen dominiert wird.

Mehrere Befragte sprachen in ihrer Antwort auf eine offene Frage nach den Entstehungsbedingungen von Gewalt gegenüber Heimbewohnern die motivationale Bedeutung von Macht und Selbstwertgefühl an und fassten die Zusammenhänge in Worte wie diese:

„Meiner Meinung nach ist Gewalt auch ein Ausdruck von Macht einem anderen Menschen gegenüber. Der alte Mensch ist hilflos und uns ausgeliefert. Pflegekräfte mit geringem Selbstwertgefühl brauchen eine hilflose, wehrlose Person, an der sie sich abreagieren können. Viele Kollegen genießen sichtlich diese Gefühle: ‚Hier habe ich auch mal was zu sagen‘ oder ‚Jetzt müssen andere mal auf mein Kommando hören‘. Solche Pflegekräfte müssen aus der Pflege entfernt werden.“

## 5. Ansätze zur Prävention von Gewalt gegen Bewohner in Altenpflegeheimen

Auf der Grundlage von in der wissenschaftlichen Literatur vorgebrachten Annahmen über Ursachen von Misshandlung und Vernachlässigung in Heimen in Kombination mit den dargestellten vorläufigen Ergebnissen des Forschungsprojektes lassen sich u. a. die folgenden Präventionsansätze erkennen:

### **Belastungen des Pflegepersonals durch bessere personelle und organisationale Bedingungen reduzieren**

- Sicherstellung eines angemessenen Personalschlüssels, um die Versorgung der Bewohner in Übereinstimmung mit persönlichen und organisationalen Werten und Zielen leisten zu können
- Stärkung der Handlungskompetenz und –sicherheit der MitarbeiterInnen, z. B. durch die Erarbeitung von organisationsspezifischen Leitbildern und Pflegekonzepten, auf die sich die tägliche Arbeit aller MitarbeiterInnen gründet. Des Weiteren durch Unterstützung der MitarbeiterInnen im Umgang mit problematischen Situationen, z. B. bezüglich der Diskrepanz zwischen der Wahrung der Autonomie der Bewohner und dem Auftrag, die Versorgung des Bewohners sicherzustellen; bezüglich des Umganges mit dementiell erkrankten Bewohnern sowie bzgl. der Kommunikation mit Angehörigen. Für diese Problembereiche wären neben dem Angebot von Fortbildungen i. S. v. Wissensvermittlung auch die Erarbeitung heiminterner Handlungsleitlinien im Sinne einer gemeinsamen Reflexion von Verhaltensweisen denkbar. Angebote von Team-Supervision und Fallbesprechungen mit FachärztInnen (Neurologie, Geriatrie, Psychiatrie) können ebenfalls die Handlungskompetenz und -sicherheit des Pflegepersonals erhöhen.
- Die Entstehung subkultureller Erscheinungen durch Offenheit und Transparenz der Einrichtung nach innen wie nach außen verhindern
- Schaffen eines offenen, von Vertrauen und Respekt geprägten Arbeitsklimas, das eigenverantwortliches, kreatives Arbeiten im Sinne des Unternehmensleitbildes sowie einen konstruktiven Umgang mit Konflikten ermöglicht
- Leitungskräfte sollten deutliche Signale setzen, welche Verhaltensweisen im Sinne des organisationalen Leitbildes erwünscht sind, Entscheidungen transparent machen und Modellfunktion einnehmen
- Aufbau eines ehrenamtlichen Mitarbeiterstammes, Austausch mit der Gemeinde, bzw. Integration in den Stadtteil, Organisation von Besuchsprogrammen

### **Position, Einfluss und Mitwirkungsmöglichkeiten der Heimbewohner und ihrer Angehörigen stärken**

- Einrichtung von Beratungsangeboten im Vorfeld der Heimübersiedlung; Ermöglichen einer zielgerichteten Heimauswahl anhand valider Kriterien

- Etablierung von Angehörigenbeiräten
- Einrichtung von Beschwerdestellen, die Heimbewohner und deren Angehörige bei der Durchsetzung einer qualitativ guten Pflege unterstützen und Beschwerden nachgehen (z. B. die Bonner Initiative „Handeln statt Misshandeln“ oder die städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege in München)

## Literatur

Aktion gegen Gewalt in der Pflege (AGP) (1999). Für eine menschenwürdige Pflege. Memorandum der Aktion gegen Gewalt in der Pflege. Bonn: AGP.

Altenheim Adressbuch 98 (1998). 14. Aufl. Hannover: Vincentz.

Altenheim-Datenbank, Version 5.0 (1998). Hannover: Vincentz.

Bilsky, W., Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (1993). Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen: Erhebungsinstrument der Ergänzungsstudie zur KFN-Opferbefragung 1992: Alten- und Altenpflegeheime. (KFN-Forschungsbericht). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Capetuzi, E. & Siegler, E.L. (1996). The role of the academic nurse and physician in the criminal prosecution of nursing home mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8 (3), 47-58.

Cassell, E.J. (1989). Abuse of the elderly: Misuses of power. *New York State Journal of Medicine*, 89 (3), 159-162.

Diessenbacher, H. & Schüller, K. (1993). Gewalt im Altenheim: eine Analyse von Gerichtsakten. Freiburg: Lambertus.

Fontana, A. (1978). Ripping off the elderly: Inside the nursing home. In J.M. Johnson & J.M. Douglas (Eds.). *Crime at the top: Deviance in business and the professions* (pp.125-132). Philadelphia: Lippincott.

Gallop, R. (1998). Abuse of power in the nurse-client relationship. *Nursing Standard*, 12 (37), 43-47.

Heinemann, A., Lockemann, U., Matschke, J., Tsokos, M. & Püschel, K. (2000). Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125 (3), 45-51.

Heisler, C.J. (1991). The role of the criminal justice system in elder abuse cases. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (1), 5-33.

Klie, T. & Lörcher, U. (1994). *Gefährdete Freiheit: Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht*. Freiburg: Lambertus.

MacNamara, R.D. (1992). *Creating abuse-free caregiving environments for children, the disabled, and the elderly: Preparing, supervising, and managing caregivers for the emotional impact of their responsibilities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Nyström, A.E. & Segestein, K.M. (1994). On sources of powerlessness in nursing home life. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (1), 124-133.

Payne, B.K. & Cikovic, R. (1995). An empirical examination of the characteristics, consequences, and causes of elder abuse in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7, (4), 61-74.

Pillemer, K.A. (1988). Maltreatment of patients in nursing homes: Overview and research agenda. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 227-238.

Pillemer, K.A. & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13, 74-95.

Pillemer, K.A. & Moore, D.W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist*, 29, 314-320.

Pillemer, K.A. & Moore, D.W. (1990). Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2 (1-2), 5-29.

Raatikainen, R. (1996). Macht oder das Fehlen von Macht in der Pflege. *Pflege*, 9 (4), 257-266.

Schneider, H.D. & Sigg, E. (1990). *Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz*. Freiburg (CH): Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg / Schweiz.



Shaw, M.M (1998). Nursing home resident abuse by staff: Exploring the dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9 (4), 1-21.

Stannard, C. (1973). Old folks and dirty work: The social conditions for patient abuse in a nursing home. *Social Problems*, 20, 329-342.

Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen e.V. (2000). Entwurf einer Charta der Pflegerechte. Verfügbar unter: <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/charta.htm>

**Autorin:**

**Anja Hüsing**

Universität Gießen, Fakultät für Kriminologie

### **Diskussion zum Vortrag**

Moderatorin: Prof. Barbara Knigge-Demal

Protokoll: Klaus Brummel

### **Unmittelbare Reaktionen auf die Ausführungen aus dem Plenum:**

- Frage nach dem Verständnis des Begriffes „Pflegequalität“ im Rahmen der Befragungen (Schwerdt), These: Bewohner definieren diesen u. U. sehr unterschiedlich
- Rolle von Leitbildern und deren Auswirkung auf die Entstehung bzw. Vermeidung von Gewalt (Sölken: Identifikation z. T. fragwürdig)
- Verhältnis Pflegequalität – räumliche Ausstattung, fachliche Kompetenz
- Probleme einer Befragung zu tabuisierten Themen (Abwehrtendenzen, Bereitschaft zu Mitwirkung hat bereits Vorauswahlfunktion), mögliche Optionen zur Verbesserung des Forschungsdesigns (Änderung der Befragungssituation, Stichprobenerhebung per Zufallsgenerator) (Knigge-Demal)
- Teilnehmer berichten über Erfahrungen ihrer SchülerInnen

## Diskussion: „Welche Konsequenzen resultieren aus diesen Forschungsergebnissen?“

In einem zweiten Arbeitsschritt diskutierten die TeilnehmerInnen die möglichen Konsequenzen aus den Forschungsergebnissen, wobei als Grundlage eine Reihe von vorbereiteten Fragen zu Teilaspekten des Themas dienten, die von der Moderatorin vorgestellt wurden. Die Beiträge der TeilnehmerInnen wurden in Meta-plan-Technik festgehalten.

- Was muss sich im Berufsalltag verändern? Wer kann zu dieser Veränderung beitragen?
- Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse der vorgestellten Studie für die Qualifizierung der Pflegenden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung?
- Welche Unterrichtsziele müssen in den Bildungsprozess integriert werden?
- Welche Inhalte sollten Unterrichtsgegenstand werden? Welcher Stundenumfang ist für die einzelnen Themen einzuplanen?
- Mit welchen Methoden lassen sich die formulierten Ziele erreichen?
- Was hat sich bewährt?

## Beiträge:

- Einfordern gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die angemessen/notwendig sind  
(Sölken: „Pflege darf nicht länger die Rolle des Prügelknabens spielen“)
- Sensibilisierung für Verhalten, das nicht akzeptabel ist
- Enttabuisierung des Themas
- Klärung: Was sind Pflegeanlässe? Was ist pflegerische Zuwendung?  
Im Gegensatz zur „Verrichtung“ (Schwerdt)
- Führen eines „Gewalttagebuches“ in den Einrichtungen (durch die SchülerInnen), Reflexion im Unterricht
- vermehrte rechtliche Konsequenzen für Gewalt in der Pflege
- beitragen zur Veränderung sollten:
  - alle an der pflegerischen Situationen Beteiligten
  - die Berufsverbände
- bessere Qualifizierung durch höhere Wertigkeit der sozialpflegerischen Fächer
- Unterrichtsziele bzw. Inhalte:
  - Würde als permanenter Wert/grundlegendes Ziel (Knigge-Demal)
  - Vorgehen diesbezüglich eher im Rahmen einer Berücksichtigung dieses Leitzieles (Würde) in jeder Unterrichtseinheit, keine spezifische Reihe
  - Entscheidungskompetenz

- Bildung!
- Fähigkeit, Dinge zu benennen, Positionen vertreten zu können
- Kenntnisse über die verschiedenen Definitionen von Gewalt, gesetzliche Rahmenbedingungen
- Fähigkeit, Leitfäden zu dieser Frage zu entwickeln (Verhaltenskodex)
- Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, zu Entscheidungen zu stehen
- Umgang mit dem Alter problematisieren, mögliche Konflikte thematisieren
- Umgang mit Fremdheit, über fremde Kulturen austauschen
- Bedeutung von ausreichend Zeit und Raum zum Reflektieren des eigenen Handelns
- Schaffung von Freiräumen, Atmosphäre partnerschaftlichen Umgangs
- fächerübergreifender Ansatz methodisch notwendig
- Fallbesprechungen als Instrument verwenden
- u. U. Expertenbefragung (JuristIn) denkbar
- „Realitäten“ im Unterricht thematisieren (Agressive Tendenzen?!)
- Thema besonders geeignet für externe Seminare (soziales Lernen)
- Zur Verantwortungskompetenz:
  - Schulkonferenzen unter Beteiligung von SchülervertreterInnen
  - Bewertung des Unterrichts durch die SchülerInnen
  - Evaluation der Ausbildung
  - Mitspracherecht bezgl. Unterrichtsthemen
  - Stärkung der Kompetenzen der Schülervertretung
- Bewährte bzw. zu intensivierende Inhalte:
  - Bezugspflege
  - Pflegeprozess
  - Nähe-Distanz-Thematik
  - Stadien des Beziehungsaufbaus
  - Reflexionsmöglichkeiten zu den Themen „Sterben und Tod“, „Berührung“

Eine wichtige Feststellung im Rahmen der Diskussion war darüber hinaus die Einigkeit darüber, dass das neue Altenpflegegesetz für die Umsetzung der Mehrzahl der oben angeführten Überlegungen genügend Freiraum bietet!

## **Arbeitsgruppe 2: Vortrag: Gewalt gegen ältere Menschen**

Matthias Reiling

Protokoll: Professorin Dr. A. Nauerth

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit dem Modellprojekt in Hannover "Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum". Dieses Projekt wurde zunächst vorgestellt von Herrn B-P. Hagen und Herrn M. Reiling.

### **Geschichte, Ziele und Aufgaben des Projektes**

1996 wurde im Rahmen einer ersten bundesweiten Fachtagung des Bundesministeriums für Frauen, Senioren und Jugend zum Themenkomplex „Gewalt gegen ältere Menschen zu Hause“ deutlich, dass zu dem Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ in Deutschland kaum wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen. Vom Bundesministerium wurde in der Folge dieser Fachtagung dementsprechend nach Möglichkeiten gesucht, ein Modellprojekt durchzuführen. Da in Hannover seit 1995 auf Anregung der Frauenbeauftragten (Referat für Gleichstellungsfragen) ein runder Tisch zum Thema "Gewalt gegen ältere Menschen" bestand, wurde aufgrund dieses lokalen Ansatzes vom BMFSJ die Durchführung eines solchen Modellprojektes nach Hannover vergeben. Das Projekt läuft seit dem dritten Quartal 1998 und wird wissenschaftlich begleitet durch Prof. Dr. A. Kreuzer, Institut für Kriminologie, an der Universität Giessen. In Hannover besteht das Projekt aus der Koordinationsstelle, drei Mitarbeiterstellen und einer Verwaltungsstelle und wird zu 70 % vom Bund, zu 30 % von der Stadt finanziert.

Die Leitziele des Projektes sind:

- Aufklärung über Entstehungszusammenhänge und Erscheinungsformen von Gewalthandlungen
- Sensibilisierung für Gewaltsituationen
- Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmöglichkeiten

Aus diesen Leitzielen ergeben sich als zentrale Aufgaben des Projektes:

- Aufbau und/oder Veränderung von Rahmenbedingungen zur Gewaltvermeidung
- Hilfe in Belastungssituationen, in denen Gewalt entstehen kann
- Unterstützung/Intervention, wenn es zu Gewalt gekommen ist.

Leitziele wie Aufgaben werden im Wesentlichen durch drei unterschiedliche Arbeitsformen verfolgt: Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und Arbeit an der Vernetzung.

- **Beratung:** Diese findet sowohl zentral statt (Krisen und Beratungstelefon) als auch dezentral (Sprechstunden in den Stadtteilen, Einzelfallhilfe). Beratung ist bezogen auf Betroffene, die Beratungstätigkeit umfasst also sowohl Täter als auch Opfer. Darüber hinaus wird zusätzlich für professionell im häuslichen Bereich Tätige (z. B. Pflegekräfte) Beratung im Sinne einer kollegialen Fachberatung angeboten.
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Neben Informationsvermittlung zu und Bekanntmachung von Hilfsmöglichkeiten geht es hier auch darum, zu einer Enttabuisierung des Themas „Gewalt“ beizutragen. Statt die Problematik zu skandalisieren, wird über Entstehungsbedingungen informiert, und es werden Auswege und präventive Möglichkeiten aufgezeigt. Dies geschieht in Form von Pressearbeit, öffentlichen Vorträgen, Tagungen etc.
- **Vernetzung:** Im Rahmen des Modellprojektes soll „das Rad nicht neu erfunden werden“, sondern gemeinsam mit allen Beteiligten und Institutionen sollen die vorhandenen Ressourcen genutzt werden, um einen Beitrag zur Minderung von Gewalt und zur Gewaltprävention zu leisten. Deshalb steht die Vernetzung von Angeboten vor Ort, stadtteilbezogen im Mittelpunkt dieses Arbeitsbereiches. In drei Wohnbezirken wurden mit den vor Ort befindlichen Einrichtungen die spezifischen Bedarfe in Bezug auf Gewaltprävention und Gewaltminderung erfasst und stadtteilbezogene Konzepte entwickelt. Dies reicht von Erstellung von stadtteilspezifischen Beratungsführern bis zu einem Unterstützungsdienst für pflegende Angehörige. Ziel ist in diesem Bereich vor allem, das soziale Netzwerk zu stützen und zu erhalten.

## Zum theoretischen Hintergrund des Projektes

Für die Frage des Gewaltverständnisses ist zunächst zu beachten, dass im Projekt eine Beschränkung auf den Bereich der personalen Gewalt im persönlichen Lebensumfeld erfolgt. Landläufig wird in der Bevölkerung unter Gewalt in diesem Zusammenhang zunächst der Bereich „Handtaschenraub“ assoziiert. Der Bereich der Gewalt im Nahbereich in der Familie ist dagegen kaum im Blick. Auch im Bereich der Forschung wurde dieser Bereich erst spät thematisiert. Gewalt im häuslichen Bereich scheint mit einem kulturhistorischen Tabu belegt (vgl. Kreuzer, 1997).

Vor diesem Hintergrund formuliert das Projekt in Anlehnung an Dieck Gewalt folgendermaßen:

„Gewalt ist eine Misshandlung oder Vernachlässigung mit gravierenden, negativen Auswirkungen, die das Wohl und die Rechte eines Menschen beeinträchtigen oder bedrohen. Vernachlässigung bedeutet das Fehlen der notwendigen Betreuung/Pflege durch die Unterlassung oder Verweigerung von Handlungen. Misshandlung bedeutet eine aktive

Handlung mit gravierenden negativen Auswirkungen (körperlich, seelisch, finanziell, freiheitseinschränkend)." (Dieck, 1993)

Die folgende Tabelle verdeutlicht - in Anlehnung an Dieck (1993) – welche Formen gewalttätigen Handelns im Einzelnen zu unterscheiden sind:

Tab. 1: Formen personaler Gewalt:

Gewaltform	Beschreibung	Beispiele
körperlich	körperliche Schmerzen/ Verletzungen zufügen	Schlagen, sexueller Missbrauch, überdosierte Medikamente
seelisch	Seelischen Schmerz / Furcht zufügen	Beschimpfungen, Einschüchterungen, Vermittlung von Ablehnung, Liebesentzug
freiheitseinschränkend	Maßnahmen sozialer Isolation	Isolation von sozialen Kontakten, fixieren, einschließen, einsperren in einen dunklen Raum
finanzielle Ausnutzung	Kontrolle gegen den Willen über das Eigentum des Betroffenen	Testamentsänderung, Aneignung von Geld und Geschenken
Aktive/Passive Vernachlässigung	Verweigerung / Unterlassung von Handlungen	Alleinlassen, unzureichende Kleidung/Körperpflege

Von unmittelbaren Konsequenzen für die praktische Beratungsarbeit ist darüber hinaus das zum Verständnis der Ursachen von Gewalt zugrundegelegte Ökologische Modell der Gewaltentstehung in Anlehnung an Bronfenbrenner (1981) (vgl. Abb. 1).

Beratung und Intervention setzen demnach eine genaue Analyse der Situation voraus. Welche Faktoren tragen zur Gewalt bei, welche (alten) Konflikte brechen auf? Die Themen in diesem Zusammenhang sind vielfältig: häusliche Enge, körperliche Pflege, die als Grenzüberschreitung, Distanzverletzung gesehen wird, ein fehlendes soziales Netzwerk, Überforderung der pflegenden Angehörigen durch Mangel an Freizeit, Gesprächsmöglichkeiten etc. Die personalen Handlungsmöglichkeiten der Interaktionspartner und die Anforderungen der Situation müssen zueinander in Beziehung gesetzt werden. Wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen den Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen und den Anforderungen der Situation an die Betroffenen kommt, kann es leicht zu Gewaltsituationen kommen (vgl. Abb.2). Gewalt entwickelt sich häufig aus einer Belastungsspirale von psychischer und/oder physischer Überforderung. Unzureichende Wohnverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten, Belastungen durch häusliche Pflege aber auch der jeweilige biographische Kontext können Auslöser einer solchen Belastungsspirale sein.

Die Arbeit erfordert im Bereich der Maßnahmen (vgl. zu den Bausteinen der praktischen Umsetzung des Projektes die Abb. 3.) vor allem die Fähigkeit zur Beratung, Begleitung und Unterstützung. Notwendige Kompetenzen sind folglich Gesprächsführung, Unterstützung der Angehörigen, Wertschätzung der von den Angehörigen geleisteten Arbeit, und Fähigkeit zur Netzwerkarbeit. Dies erfordert von den Beteiligten eine hohe personale Kompetenz.

Im Bereich der Netzwerkarbeit ist das Ziel vor allem das soziale Netzwerk zu stützen und zu erhalten, um Überforderung abzubauen. Im Projekt ist in einem Stadtteil ein häuslicher Unterstützungsdienst für pflegende Angehörige entstanden, in dem ehrenamtliche Mitarbeiter die Angehörigen für 3-4 Std. pro Woche entlasten. Sie übernehmen leichte Pflege, ermöglichen den Angehörigen einen Freiraum, das Haus zu verlassen, sind aber, wie die Erfahrung zeigt, vor allem als kontinuierliche Ansprechpartner wichtig. Die Möglichkeit, die Situation mit jemandem besprechen zu können, scheint für die Angehörigen eine wichtige Entlastung zu bedeuten.

Als besonderer Problembereich wurde der Bereich der zugehenden Hilfe genannt. Es ist für die Projektmitarbeiter zunächst nicht einfach, einen direkten Zugang zum Feld zu gewinnen. Sie werden nicht ohne weiteres in die Häuser eingeladen. Auch deshalb ist es ein Ziel, diejenigen, die schon vor Ort arbeiten und das Vertrauen der Menschen haben, für den Problembereich Gewalt zu sensibilisieren und Beratung und Unterstützung anzubieten.

### **Diskussion in der Arbeitsgruppe**

Es ergab sich ein lebhafter Austausch in der Arbeitsgruppe. Besonders der letztgenannte besondere Problembereich wurde vor dem Hintergrund, dass Pflegekräfte gerade im ambulanten Bereich keine Probleme mit dem Zugang zum Feld haben, in der Regel im Feld anwesend sind und auch das Vertrauen der Menschen gewonnen haben, intensiv diskutiert.

Pflegetheoretisch gehören Beratung, Begleitung und Unterstützung auch der Angehörigen in den Aufgabenbereich der Pflege. Somit könnte die Beratungsarbeit in diesem Bereich der Gewaltprävention ein zentraler Auftrag auch für Pflegekräfte sein.

Praktisch allerdings gibt es Probleme auf unterschiedlichen Ebenen: Zum einen fehlen weithin noch die Kompetenzen, die Pflegenden für eine präventiv ausgerichtete Beratungsarbeit benötigen. Denn diese Arbeit erfordert zunächst die Analyse einer komplexen Situation. Oft jedoch sind die Pflegenden nicht gewohnt,

komplexe Situationen zu analysieren und eine solche ökologische Sichtweise einzunehmen. In der Arbeitsgruppe gab es die einhellige Auffassung, dass in dieser Hinsicht die Altenpflege weiter entwickelt sei. Sie lernt im Bereich der Erhebung des Pflegebedarfes schon viel stärker, das Umfeld und die soziale Situation einzubeziehen als dies in der Krankenpflege der Fall ist. Für eine solche Analyse von Situationen ist das notwendige Instrumentarium in der Pflege zu erarbeiten und einzuüben.

Zum anderen wurden auch die Rahmenbedingungen für ambulante Pflege diskutiert, die zur Zeit eher eine „Warm-Satt-Sauber Pflege“ fördern als eine Pflege, die auch Ziele im Rahmen der Gewaltprävention verfolgen könnte. Hier gilt es, Möglichkeiten zu entwickeln, entsprechende Beratungsarbeit abzurechnen, damit Zeitkorridore für diese notwendige Arbeit entstehen.

Im Gespräch wurde jedoch auch deutlich, dass auch an dem Selbstverständnis der Pflegenden noch zu arbeiten ist, denn im konkreten Projekt scheinen die Pflegenden, den Auftrag und die Möglichkeiten, die die Pflege haben könnte noch nicht zu sehen. Umgekehrt scheint auch das Bild, das extern von Pflege besteht, eher dem traditionellen Bild zu entsprechen, nach dem Pflege auf (fast nur) körperliche Pflege von Individuen reduziert wird. Ein Wandel von Selbst- wie Fremdbild der Pflege scheint unabdingbar, damit die notwendigen Aufgaben aufgegriffen werden zum Nutzen für die Betroffenen. Hier ergibt sich ein breites Aufgabefeld für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege.

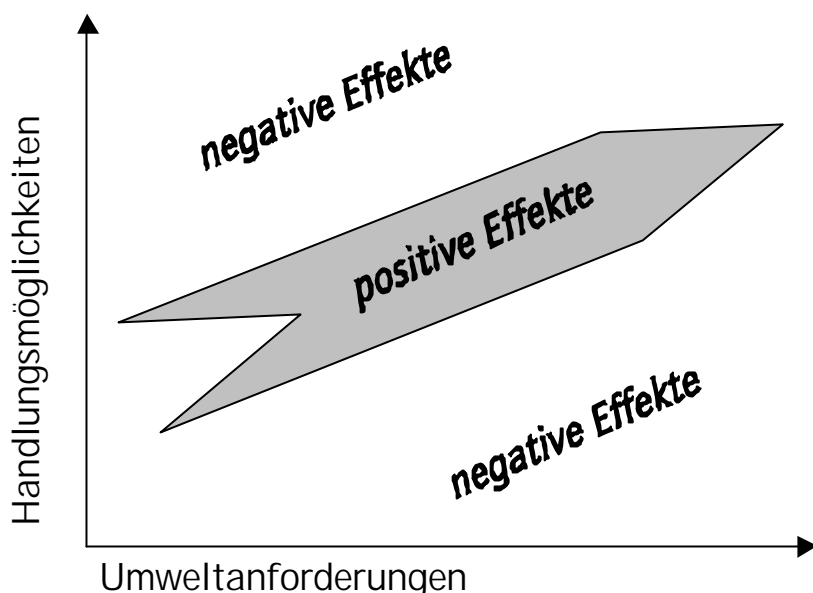


Abb. 1: Hagen (2000): Ökologisches Modell der Handlungsanforderungen (nach Saup: Ökologisches Modell 1993).



### Makro-Ebene

- Strukturelle Einflüsse**
  - Bevölkerungsentwicklung
  - Individualisierungsprozesse
  - Pflegeversicherungsgesetz
  - ...
- Altersspezifische Einflüsse**
  - Gesellschaftlicher Wert älterer Menschen
  - Negative/positive Altersstereotype
  - Soziale Norm für Frauen, die Pflege leisten zu müssen
  - ...

### Meso-Ebene

- Fehlendes soziales Netzwerk
- Eingeschränkte Versorgungssituation
- Misshandlungssymptome werden nicht wahrgenommen
- ...

### Mikro-Ebene

- Intrapersonelle Einflüsse**
  - Fehlende filiale/parentale Reife
  - Fehlendes Wissen über Krankheiten
  - Geriatrische Einschränkungen
  - ...
- Interpersonelle Einflüsse**
  - Verändertes Gleichgewicht in der Beziehung
  - Fehlende Passung zwischen Anforderungen / Möglichkeiten
  - Gewaltbiographie
  - ...
- Sozial-situative Einflüsse**
  - Eingeschränkte Wohnsituation
  - Geringe finanzielle Mittel
  - Fehlende Heilmittel und Übungsmaßnahmen
  - ...

## Subjektive Einschätzung in Abhängigkeit von personalen/sozialen Ressourcen

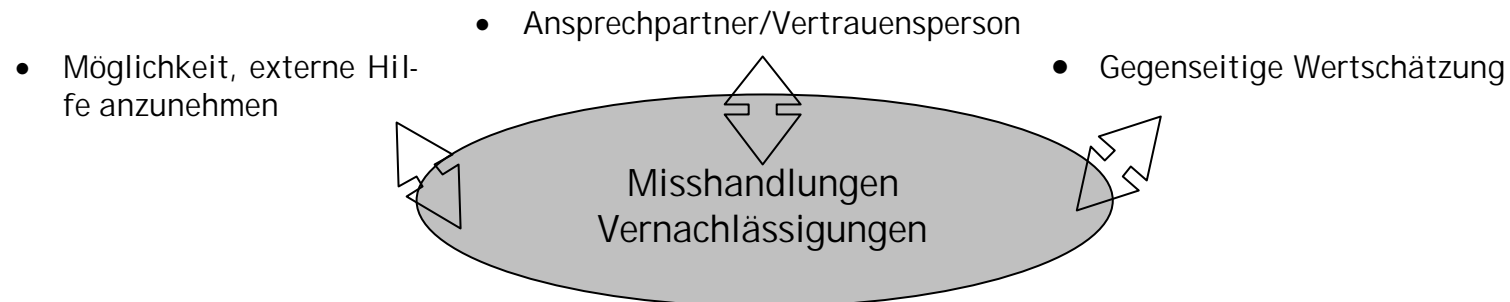


Abb. 2: Ökologisches Modell der Gewaltentstehung

## Modellprojekt

### - Inhalte und Umsetzungen -

Fachleute Interessierte Senioren Angehörige

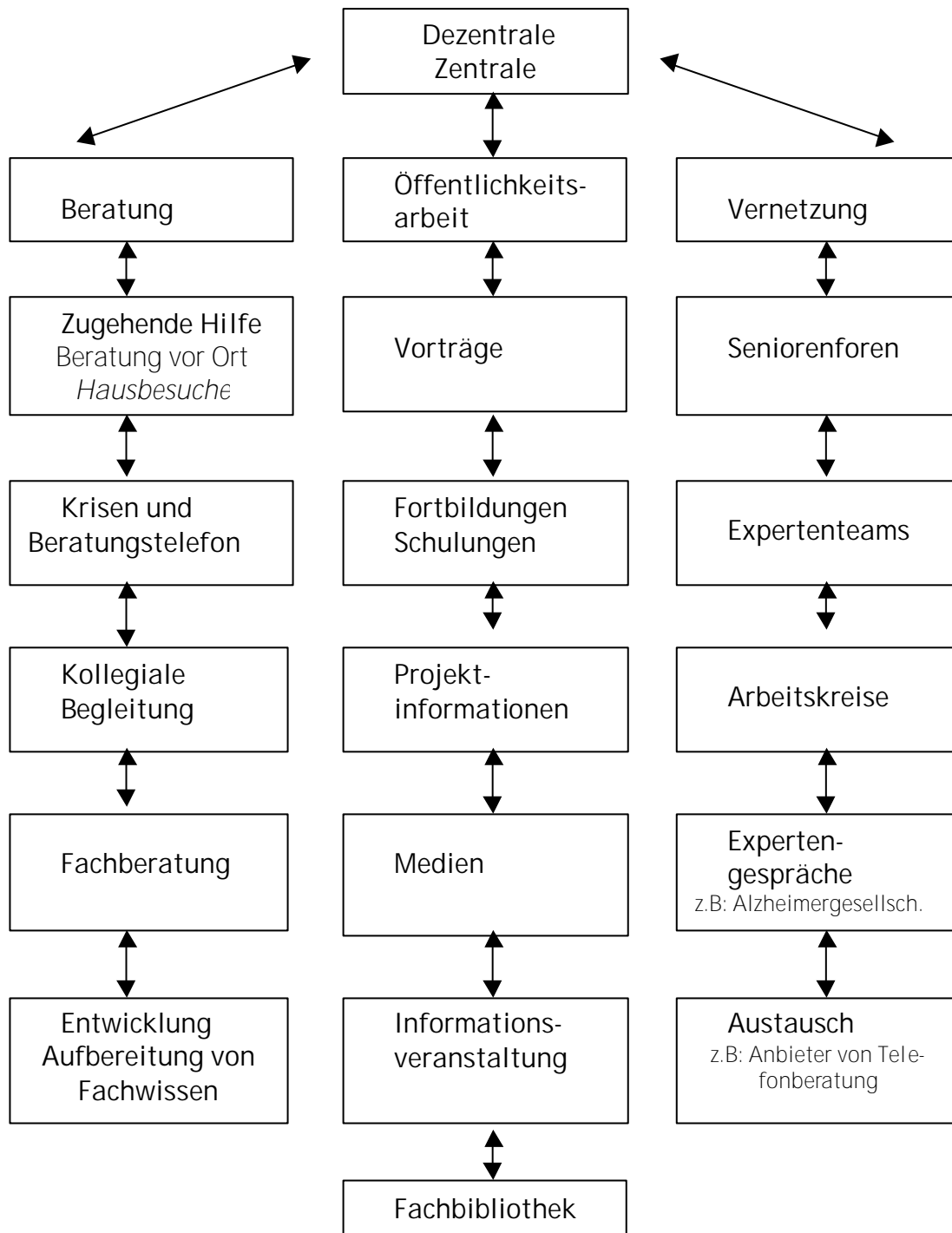


Abb. 3: Bausteine der praktischen Umsetzung des Projektes

## Literatur

Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Diek, M. (1993). Gewaltanwendung gegen alte Menschen: Ist die Beachtung des Tabus wichtiger als Aufklärung, Prävention, Hilfe? Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 73, 393-400.

Kreuzer, A. (1998). Einführung in die Thematik. In: Dokumentation der Fachtagung. Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Lebensraum am 3. Juli 1998.

## Arbeitsgruppe 3: Gewalterleben in der häuslichen Pflege

Barbara Nägele

### Belastungs- und Gewalterleben in der häuslichen Pflege - Sichtweisen pflegender Angehöriger<sup>1</sup>

#### Einleitung

Häusliche Gewalt gegen alte Menschen wird in der Wissenschaft, den Medien, der politischen und sonstigen öffentlichen Diskussion zunehmend thematisiert. Im Zuge dieses Prozesses gab das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit 1997 den Anstoß zu einem auf drei Jahre befristeten Modellprojekt zum Problembereich "Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum" und stellte den größten Teil der hierfür erforderlichen Finanzmittel bereit. Dieses Modellprojekt ist bei der niedersächsischen Landeshauptstadt Hannover angesiedelt und konnte im Frühjahr 1998 seine Arbeit aufnehmen. Die fünf MitarbeiterInnen des Modellprojekts sehen es als ihre Aufgabe, in der Stadt Hannover modellhaft Ansätze zu entwickeln, die geeignet sind, älteren Gewaltbetroffenen zu helfen und Gewalt gegen ältere Menschen im Vorfeld zu verhindern. Die Schwerpunkte der Arbeit sind Viktimisierungserfahrungen in engen persönlichen Beziehungen, nicht nur im Rahmen von Pflege. Gewalt soll dabei nicht auf ihre strafrechtlich relevanten Aspekte reduziert werden.

Die von Mitarbeitern des Instituts für Kriminologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen (Direktor: Prof. Dr. Arthur Kreuzer) durchgeführte Begleitforschung verfolgt als übergeordnete Ziele die Begleitung, Dokumentation und Evaluation des Modellprojekts. Ein Arbeitsschritt in der ersten Phase der Begleitforschung war eine Befragung älterer Menschen, pflegender Angehöriger sowie lokaler ExpertInnen aus verschiedenen relevanten Institutionen und Programmen. Dabei standen Erfahrungen mit dem Phänomen der Gewalt im Alter (vgl. Dieck, 1987)<sup>2</sup> sowie mit einschlägigen Beratungs- und Hilfsangeboten in Hannover im Mittelpunkt; Befragungsergebnisse sollen in die weitere Planung und Ausgestaltung des Modellprojekts einfließen.

<sup>1</sup> Projektleiter und Projektmitarbeiterinnen: Thomas Görgen, Barbara Nägele, Sabine Krause

<sup>2</sup> Das Gewaltkonzept des Modellprojekts und der vorliegenden Untersuchung orientiert sich an der Nomenklatur von Dieck. Er differenziert zwischen *Misshandlung* mit den Unterformen der physischen Misshandlung, der psychischen Misshandlung, der finanziellen Exploitation und der Einschränkung des freien Willens und *Vernachlässigung* mit den Unterformen der aktiven und passiven Vernachlässigung. Zwei Aspekte sind bei dieser sozialwissenschaftlichen Begriffsbestimmung vor allem von Bedeutung: Gewalt muss nicht immer aktives Tun (Misshandlung) sein, sondern kann auch gerade darin bestehen, dass eine gebotene Handlung unterlassen wird (Vernachlässigung), und Gewalt kann auf unterschiedlichen Handlungs- und Wirkungsebenen (vor allem der körperlichen und seelischen Ebene) sichtbar werden.

Im September und Oktober 1999 wurden insgesamt 85 teilstandardisierte Interviews durchgeführt. In den drei Befragungsgruppen gab es je spezifische inhaltliche Schwerpunkte. Bei den pflegenden Angehörigen (zur Entdeckung der Thematik vgl. Steiner-Hummel, 1998) standen die Bereiche "Geschichte der Pflegeübernahme", "Belastung durch die Pflege und Umgang mit Belastungserfahrungen", "Bekanntheit, Nutzung und Beurteilung von Unterstützungsangeboten", "wahrgenommene Defizite im Angebot für pflegende Angehörige und diesbezügliche Erwartungen an das Modellprojekt", "Gewalterfahrungen in der Pflege" und "mögliche Hilfen bei Gewalterfahrungen" im Vordergrund. Die vorliegende Zusammenfassung der Ergebnisse fokussiert den Bereich der häuslichen Pflege (vgl. Görgen, Kreuzer, Nägele & Krause, 1999).

Eine repräsentative Zufallsstichprobe pflegender Angehöriger war mangels entsprechender zugänglicher Verzeichnisse mit vertretbarem Aufwand nicht zu realisieren. Daher wurden in Hannover vorhandene Institutionen, Dienste (Sozialstationen, Gesprächskreise für pflegende Angehörige etc.) sowie die lokalen Printmedien um Hilfe bei der Anbahnung von Kontakten zu pflegenden Angehörigen gebeten. Aufgrund von Zugangsschwierigkeiten wurden auch *ehemalig* pflegende Angehörige in die Stichprobe aufgenommen. Insgesamt konnten auf diese Weise 24 pflegende Angehörige für die Interviews gewonnen werden.

## Ergebnisse der Befragung pflegender Angehöriger

### *Demographische und pflegebezogene Daten*

Bei 13 von insgesamt 24 befragten pflegenden<sup>3</sup> Angehörigen bestand eine aktuelle Pflegesituation, bei 11 Personen war die gepflegte Person bereits verstorben oder lebte inzwischen in einem Heim. Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über das Verhältnis von Frauen und Männern (Tab. 1), die Altersverteilung (Tab. 2), die Dauer der Pflege (Tab. 3), die Art der familiären Beziehung zum Pflegebedürftigen (Tab. 4), die Pflegebedürftigkeitseinstufungen (Tab. 5) und die Lebensbereiche, in denen die Pflegebedürftigen der Unterstützung bedurften (Tab. 6).

Auch in dieser Stichprobe wurde häusliche Pflege in erster Linie von Frauen ausgeübt<sup>4</sup> (über 75 %). Die Dauer der Pflege erstreckte sich bei den meisten Befrag-

<sup>3</sup> Im Folgenden werden unter pflegerischen Tätigkeiten nicht nur die im Pflegeversicherungsgesetz unter §14 SGB XI genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) gefasst, sondern ebenfalls Aufgaben im Bereich der alltäglichen Betreuung dementiell Erkrankter (vgl. zur öffentlichen Diskussion um die begriffliche Eingrenzung im Pflegeversicherungsgesetz z.B. Schlünkes 1998, S. 19).

<sup>4</sup> Heute sind über 1,7 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen, rund 1,2 Millionen Pflegebedürftige werden zu Hause und dort überwiegend von Frauen (Ehefrauen, Töchtern oder Schwiegertöchtern) versorgt (Bundesministerium für Gesundheit, 1999).

ten über mehrere Jahre. Getrennte Haushalte von Pflegeperson und pflegebedürftiger Person lagen in 10 Fällen vor, in 14 Fällen lebten beide im selben Haushalt.

Tab.1: Geschlechterverteilung

	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Pflegende	19	5
Pflegebedürftige <sup>5</sup>	14	13

Tab. 2: Altersverteilung (aktuelle Pflegesituation)

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
aktuell Pflegende	29	71	54,92	11,29
aktuell Pflegebedürftige	59	91	79,42	11,41

Tab. 3: Dauer der Pflege

	frühere Pflege	aktuelle Pflege
bis 6 Monate	1	/
6 Monate bis 1 Jahr	/	1
1 Jahr bis 5 Jahre	7	7
mehr als 5 Jahre	4	5

Tab. 4: Pflegekonstellation (familiäre Beziehung der Pflegenden zu den Pflegebedürftigen)

	Kinder / Schwiegerkinder	Enkelkinder	EhepartnerIn
weiblich	11	1	7
männlich	3	/	2

Tab. 5: Pflegestufe<sup>6</sup> (aktuelle Pflege)

keine Einstufung	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	1	9	3

Tab. 6: Lebensbereiche mit Hilfebedarf

Bereich	Anzahl der Nennungen <sup>7</sup>
Körper- und Gesundheitspflege	22
Kochen	19
Einnehmen der Mahlzeit	12
Hausarbeiten	22
Fortbewegung im Haus	11
Fortbewegung außerhalb des Hauses	15
Einnahme von Medikamenten	18
Umgang mit Geld	13

<sup>5</sup> Die befragten 24 pflegenden Angehörigen versorgten insgesamt 27 Pflegebedürftige, da in drei Fällen die Pflege jeweils zweier Personen übernommen worden war.

<sup>6</sup> Nach dem Pflegeversicherungsgesetz (§ 14 SGB XI) gilt als pflegebedürftig, wer bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen ist. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstreckt sich auf vier Bereiche: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Personen in Pflegestufe I sind erheblich pflegebedürftig, Personen in Pflegestufe II schwer pflegebedürftig und Personen in Pflegestufe III schwerstpflegebedürftig.

<sup>7</sup> Mehrfachnennungen waren selbstverständlich möglich.

Bei der Frage nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. vorliegenden Diagnosen der Pflegebedürftigen zeigte sich in der Mehrzahl der Fälle ein Bild der Multimorbidität. In vier Fällen war die Diagnose Alzheimersche Krankheit eindeutig, in einem Fall nicht zweifelsfrei, und in zwei weiteren Fällen wurde von Altersverwirrtheit mit einer ausgeprägten Desorientierung gesprochen. In vier Fällen entstand die Pflegebedürftigkeit aufgrund von Schlaganfällen und deren Folgeerscheinungen wie u. a. Lähmungen<sup>8</sup>. In fünf Fällen waren die pflegebedürftigen Personen bettlägerig, bei 13 Pflegebedürftigen lag eine Inkontinenz vor, in zwei Fällen bestanden Suchterkrankungen, und in 12 Fällen wurden psychische Auffälligkeiten der Pflegebedürftigen erwähnt<sup>9</sup>.

## Übernahme der Pflege

Bei 18 gepflegten Personen wurde eine chronische Krankheitsentwicklung hin zur Pflegebedürftigkeit angegeben, bei sechs Personen berichteten die pflegenden Angehörigen von einem akuten Geschehnis, welches die Pflegebedürftigkeit auslöste. Viele Befragte berichteten, sie seien langsam in die Pflegesituation "hineingerutscht"; es habe keine bewusste Entscheidung zur Pflegeübernahme gegeben.

„Eigentlich gab es keine wirkliche Entscheidung, ich habe einfach immer mehr pflegerische Tätigkeiten übernommen, das war für mich keine Frage.“

Nach ihren Motiven zur Pflegeübernahme befragt, gaben viele an, dass die Pflege selbstverständlich sei. Einige fühlten sich moralisch verpflichtet, ihre Angehörigen zu pflegen. Auf das Fehlen von Alternativen und die diesbezügliche Nicht-Akzeptanz eines dauerhaften Heimaufenthalts wird verwiesen.

„Das war für mich selbstverständlich, wir sind 45 Jahre verheiratet, da ist es doch selbstverständlich, dass man füreinander da ist.“

„Mein Mann ist der einzige Sohn, also es war weiter keiner da. Und für mich ist das eine Selbstverständlichkeit, dass ich das tue. Die einzige Alternative wäre das Heim gewesen.“

Keine/r der befragten pflegenden Angehörigen hatte vor Übernahme der Pflege Unterstützungsmaßnahmen oder Beratungsangebote in Anspruch genommen, um sich auf die Pflegesituation vorzubereiten.

<sup>8</sup> An eindeutigen Diagnosen wurden weiterhin genannt: Krebs, apallisches Syndrom, Rheuma, Arteriosklerose, Multiple Sklerose, Leberzirrhose, Nierenschaden, Wirbelbruch, Diabetes und Morbus Parkinson.

<sup>9</sup> Mehrfachnennungen waren möglich.

## Veränderungen der Lebenssituation durch die Pflegeübernahme

Die Übernahme der familiären Pflege führte zu vielfältigen Veränderungen in der Lebenssituation der Pflegenden. Ihr Freizeitverhalten ist durchweg eingeschränkt; einige gaben an, keine Hobbies und Kontakte mehr pflegen zu können, andere mussten frühere Aktivitäten reduzieren.

„Meine Kontakte zu Freunden und Bekannten haben sich extrem reduziert, viele haben leider wenig Verständnis dafür, dass ich meine Stiefmutter pflege. (...) Für meine Hobbies, z.B. Handarbeiten und Musik, habe ich kaum noch Zeit.“

Für die Hälfte der Befragten waren vorwiegend negative Veränderungen im partnerschaftlichen und im familiären Bereich spürbar. Ebenso hatte die Übernahme der Pflege für ca. die Hälfte der Interviewten Veränderungen im beruflichen Alltag zur Folge. Aus diesen Veränderungen resultierten häufig finanzielle Einschränkungen - meist durch eine Verringerung des monatlichen Einkommens oder eine geringere Rente im Alter -, die durch Leistungen der Pflegeversicherung nur teilweise kompensiert werden können.

Die Wohnsituation hat sich bei einem Viertel der Befragten verändert (Umzug, behindertengerechter Umbau der eigenen Wohnung, Aufnahme der Pflegebedürftigen in den eigenen Haushalt). Eine Befragte, die mit Ehemann, Sohn, Enkel und der pflegebedürftigen Schwiegermutter in einer Dreizimmerwohnung lebte, schildert die Enge:

„Sie hat das Zimmer haben müssen, wo sonst die Kinder drin geschlafen haben. (...) Oma war den ganzen Tag hier im Wohnzimmer (...). Wenn Oma ins Bett ging, dann ging unser Sohn auf die Couch schlafen. Der Kleine schlief bei uns im Bett.“

## Belastungen, Stresserleben und Konflikte

Moderne psychologische Stress- und Stressbewältigungskonzepte (vgl. Transaktionales Stressmodell bei Lazarus, 1966, 1999) gehen von der Annahme aus, dass Stress nicht bereits dadurch entsteht, dass eine Situation oder ein äußerer Reiz auf eine Person einwirkt, dass vielmehr Menschen solche Situationen und Reize unterschiedlich wahrnehmen und bewerten und erst in dieser Wechselwirkung von Person und Umwelt Stress entsteht.

Dennoch gibt es Situationen, die von den meisten Pflegenden übereinstimmend als besonders belastend erlebt werden (vgl. Zank & Schacke, 1998 und im Bereich von Demenz vgl. Matter & Späth, 1998, Quayhagen et al, 1997; Wilz, Gunzelmann, Adler & Brähler, 1998; Wolf, 1998). Von den Befragten wurden insbeson-



dere folgende Aspekte der Pflegebeziehung als belastend wahrgenommen und mit negativ getönten Emotionen besetzt: "Angebundensein an den Pflegehaushalt", "Zwang zu ständiger Bereitschaft", "sich ständig verschlechternder Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen" und "Unzufriedenheit der Pflegebedürftigen". Als besonders starker Stressor wurde zumeist bei der Pflege der Eltern der Rollentausch zwischen Eltern und Kindern im Sinne einer Generationenumkehr (vgl. Steinmetz 1983, 1988a, 1988b, 1993) eingeschätzt.

„Die Pflege hat mich vor allem dadurch beansprucht, dass ich nie richtig zur Ruhe kam, auch nachts nicht. Ich musste immer parat sein, man musste immer auf sie aufpassen, durfte nichts liegen lassen, womit sie sich verletzen konnte (...), das geht stark auf die Nerven.“

„Es ist wie ein Beruf, aber ein 24-Stunden-Beruf. Es ist auch manchmal sehr schwierig, weil wir noch nie ein sehr gutes Verhältnis hatten. (...) Jetzt ist er häufig unruhig, macht viel Unfug, er pinkelt z.B. in eine Ecke und behauptet dann, er sei das nicht gewesen.“

„Ja, seelisch ist das sehr belastend. Ich muss immer da sein. (...) Außerdem ist es schwierig, sich mit ihr zu unterhalten, manchmal hat sie klare Momente, manchmal ist sie völlig verwirrt. Sie erzählt auch immer wieder die gleichen Geschichten. Das alles ist sehr anstrengend. Mir bleibt auch viel zu wenig Zeit für mich selbst.“

Eine Befragte war neben Teilzeitberufstätigkeit und der Pflege der Schwiegermutter auch für die Hausarbeit und ihren im gemeinsamen Haushalt lebenden Enkel zuständig (vgl. Doress-Worters, 1994: Pflegestress trifft in der Regel Frauen und muss vor dem Hintergrund multipler Rollenverpflichtungen (Beruf, Ehefrau, Mutter etc.) gesehen werden.).

„Heute weiß ich manchmal nicht mehr, wie ich das gemacht habe. (...) Ich habe oftmals Frühdienst gemacht, d.h. also morgens um vier aufgestanden, um halb fünf Brötchen geholt, um halb sechs im Imbiss angefangen, (...), also Frühstück hab ich soweit auf den Tisch gestellt, und unser Sohn, der dann ja zu Hause war, hat Oma denn an den Tisch gesetzt zum Essen, (...). Und dann bin ich um zehn nach Hause gekommen und habe sie gewaschen und angezogen (...). Und wenn ich dann mal Mitteldienst oder Spätdienst hatte, dann hat mein Mann auch schon manchmal angerufen und hat gesagt ´Du musst nach Hause kommen, Oma hat das ganze Bad vollgemacht´.“

Mit diesen Stressoren verbundene kognitive Einschätzungen hinsichtlich der eigenen Ressourcen zur Bewältigung dieser Anforderungen führen bei vielen Angehörigen zu Erlebnissen der Überforderung und Gefühlen der Macht- und Hilflosigkeit. Belastungsfolgen wurden von den Angehörigen auf psychischer und physischer Ebene beschrieben, so wurden häufig eine allgemeine Abgespanntheit, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen und Verspannungen genannt<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Bei den von den InterviewpartnerInnen genannten *körperlichen* Beschwerden handelte es sich zum einen um Symptome, die unmittelbar durch Pflegetätigkeiten bedingt sein können, zum anderen um Symptome, die in engem Zusammenhang mit der seelischen Belastung stehen können.

## Umgang mit Belastungen

Von den Befragten wurden unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen genannt. Ein Viertel aller Befragten suchte das Gespräch mit nahestehenden Personen, ebenso viele suchten Ablenkung bei Garten- oder Handarbeit u. ä.

„Durch die Pflege musste ich immer da sein. Von Zeit zu Zeit bin ich in den Garten geflüchtet. Im Garten habe ich mich abgelenkt und aufgetankt.“

Eine andere Pflegende auf die Frage nach ihrem Umgang mit Belastungssituationen:

„Abschalten. Das ist die einzigste Möglichkeit. (...) Einfach nichts an mich rankommen lassen, Mauer bauen, (...) Sich einfach zurückziehen und nicht dran denken.“

## Genutzte Unterstützungs- und Beratungsangebote<sup>11</sup>/wahrgenommene Angebotsdefizite

Eher sporadische Unterstützung und Beratung erfahren Pflegende durch Familienangehörige und Freunde, in manchen Fällen auch durch NachbarInnen. Wichtig ist für einige der Befragten der Austausch mit anderen Pflegenden - in begrenztem Umfang:

„Ja, ich kenne einige andere Pflegepersonen (...). Wir telefonieren gelegentlich und tauschen uns aus. Allerdings will ich das auch gar nicht allzu oft, ich möchte mich nicht unbedingt noch mit den Problemen anderer belasten.“

Der größte Teil der Pflegenden wird regelmäßig von Pflegediensten unterstützt (zur Kooperation von Angehörigen und ambulanten Diensten vgl. Steinhilber, 1993). Vielfach werden diese als wenig hilfreich eingeschätzt, da die Pflegezeit zu gering sei und häufiger Personalwechsel die Gepflegten belastet. Dies wird auch als Motiv der Nicht-Inanspruchnahme solcher Dienste genannt:

„Was habe ich denn davon, wenn morgens jemand kommt, und abends und den ganzen Tag ist meine Stiefmutter allein? Bei diesen Diensten fehlt einfach jede Art von menschlicher Zuwendung.“

<sup>11</sup> Zur Beratung pflegender Angehöriger vgl. Buijssen (1996), Kopp, (1994) und Wilz, Schumacher, Machold, Gunzelmann & Adler (1998). Zu spezifischen Trainingsprogrammen für Angehörige geriatrischer Patienten vgl. Grond (1996), Kryspin-Exner, Barth, Günther, Kaufmann, Gössner & Moritz (1993) und Zsolnay-Wildgruber (1997). Zum Bereich Nachtpflege für Demenzkranke vgl. Hanhart-Behle (1998) und Freter (1998).

Einige Befragte sind auch zufrieden mit der Unterstützung durch ambulante Dienste.

„Die Unterstützung war sehr hilfreich für mich, insgesamt war ich sehr zufrieden. Es hat natürlich eine ganze Weile gedauert, bis sich mein Mann an die fremden Pfleger gewöhnt hatte, er war ja meist sehr ängstlich und misstrauisch.“

Fünf pflegende Angehörige bemühten eine relativ preiswerte „SeniorInnenbetreuung“, wobei diese Möglichkeit jedoch nur in bestimmten Stadtteilen Hannovers sowie einigen Umlandgemeinden gegeben ist. Drei Pflegende nahmen regelmäßig an Gruppen für Angehörige von Alzheimer-Patienten teil (vgl. Stuhlmann, 1995). Diese Gruppen wurden von ihnen als sehr hilfreich und unterstützend bewertet.

„Der Austausch in der Gruppe war für mich sehr wichtig. In der Gruppe sind auch gelernte Pflegerinnen, die haben mir wichtige Hinweise in praktischen Fragen gegeben.“

Einige lokal vorhandene Angebote für pflegende Angehörige (Pflegedienste, Angebote der Alzheimer-Gesellschaft, Selbsthilfegruppen, kirchliche Angebote, usw.) sind bekannt, können aber aus Zeitgründen, wegen Ortsferne und insbesondere fehlender paralleler Betreuung der Pflegebedürftigen nicht in Anspruch genommen werden. Die Priorität in der pflegefreien Zeit liegt allerdings für viele auch eher bei anderen Aktivitäten (Entspannung, Bummeln u. ä.).

„...die wenige freie Zeit, die mir bleibt, möchte ich nicht gern damit verbringen, die Probleme der anderen zu hören. Es wäre mir viel wichtiger, mal etwas anderes tun zu können, was nichts mit Pflege zu tun hat.“

Ein anderes Motiv für die Nicht-Inanspruchnahme kann auch der Wunsch sein, die Pflegesituation alleine zu bewältigen. Dies sieht ein pflegender Angehöriger durchaus selbstkritisch:

„Ich habe mir immer gesagt, man muss selber damit fertig werden, wieso soll man andere Leute belästigen? (...) Vielleicht gibt es zu viele Menschen wie ich, die sagen sich, dass sie das alles alleine schaffen. Aber Angebote gibt es genug. Die müssen bloß mehr genutzt werden, die Leute müssen ja nicht alle so stur sein wie ich.“

Bei der Frage nach fehlenden Angeboten für pflegende Angehörige wurde deutlich, dass die meisten pflegenden Angehörigen Gesprächsbedarf haben. Viele wünschten sich auch kostengünstige Hilfe in praktischen Dingen und Vertretung bei der Pflege. Auch professionelle psychologische und medizinische Unterstützung zur Bewältigung der Pflegesituation würden einige gern in Anspruch nehmen. Von den HausärztInnen wurde eine bessere Aufklärung und Information erwartet und gefordert.

„Wünschenswert wäre es, vom Arzt bei der Pflegeübernahme alle relevanten Informationen zu erhalten: Wo bekommt man welche Hilfe und Unterstützung, welche Situationen können bei Alzheimer auftreten, was kann man tun? Es wäre auch denkbar, dass jemand zur Beratung ins Haus kommt.“

Weiterhin wurde von acht der 24 Befragten das Fehlen von Angeboten für Pflegebedürftige bemängelt (z. B. Gesprächskreise, Entspannungsangebote).

## Gewalterfahrungen und mögliche Hilfen

21 der 24 Befragten gaben an, in der Pflege Gewalterfahrungen gemacht zu haben; für die drei übrigen Pflegenden war es denkbar, in einer Belastungssituation so an die eigenen Grenzen zu kommen, dass sie zur Gewalt greifen. In zehn Fällen wurde von Gewalt berichtet, die von Pflegebedürftigen ausging.

„Mein Mann hat mich immer wieder beschimpft und angeschrien. Häufig war er sehr ungerecht zu mir.“

„Meine Mutter schreit mich nur noch an und hetzt ständig gegen meinen Mann. Sie tyrannisiert, unterdrückt mich und nutzt mich aus. Sie behandelt mich wie ein Dienstmädchen. Bei mir stellt sich aggressive Ungeduld ein. Wenn meine Tochter nicht dazu gekommen wäre, hätte ich sie wahrscheinlich geschlagen“.

„Meine Mutter hat mich schon oft angeschrien. Ich hatte Angst, an die Grenzen zu kommen. Ich hätte sie an die Wand klatschen können“.

Gewalt, die von Pflegenden ausgeht, lässt sich konzeptuell in funktionale und nicht funktionale Gewalt einteilen. Unter funktionaler Gewalt können Handlungen verstanden werden, mit denen ein pflegerischer Zweck verfolgt wird, z.B. die Durchführung einer notwendigen Medikamenteneinnahme oder das Zuführen von Flüssigkeit. In zwei Fällen übten Pflegende funktionale, in 20 Fällen nicht funktionale Gewalt aus. Nicht funktionale Gewalt äußerte sich bei 19 Personen als verbale Aggression, eine Person berichtete von physischen, eine von physischen und verbalen Gewaltakten.

„Wenn es gar nicht mehr anders ging und ich nervlich fertig war, habe ich geschrien, meine Mutter gepackt und geschüttelt“.

Gewaltreaktionen werden meist durch Gefühle der Überforderung, der Hilflosigkeit und des Kontrollverlusts ausgelöst. Diese Überforderungssituationen kennen auch diejenigen unter den pflegenden Angehörigen, die bislang noch keine Gewaltsituationen erlebt haben:

„Ja, ich kenne schon Situationen, in denen ich Angst hab, die Grenze zu überschreiten, (...), z. B. wenn sie auf der Treppe zusammenbricht, ich ihr wieder aufhelfen muss, im nächsten Moment muss sie sich übergeben usw. Ich weiß dann manchmal nicht, was ich zuerst tun soll.“

Ich glaube nicht, dass ich irgendwann einmal wirklich Gewalt ausüben würde. (...). Aber ich kenne solche Verzweiflungssituationen sehr gut."

Alle pflegenden Angehörigen bemühten sich, in problematischen Situationen ruhig zu bleiben, dennoch wurden sie häufig lauter, schrien die Pflegebedürftigen an und griffen manchmal fester zu. Die eigenen Reaktionen wurden von den Pflegenden zumeist als normal angesehen. In keinem Fall wurde Beratung oder Unterstützung durch Institutionen gesucht. Insbesondere im Zusammenhang mit Demenzen sind gewaltnahe Situationen keine Ausnahme:

„Ja, ich bin öfter an dieser Grenze, vor allem am Anfang hatte ich große Schwierigkeiten, ich habe ihn öfter mal angeschrien, habe ihn scharf zurechtgewiesen, obwohl ich eigentlich genau wusste, dass er nicht einsehen kann, was er tut.“

Ein Befragter schildert den Umgang mit seiner Frau:

„Ich habe ihr sehr bestimmt gesagt, was Sache ist, manchmal bin ich auch recht laut geworden. Aber anders kommt man bei Alzheimer-Patienten manchmal einfach nicht weiter, das muss manchmal sein. (...) Ja, das gibt es schon, vor allem nachts, wenn ich sie gerade sauber gemacht habe, gerade wieder eingeschlafen bin, und dann geht es nach einer halben Stunde wieder los. Da denkt man schon mal daran, aber man tut es ja nicht.“

Die folgende Schilderung im Zusammenhang mit einer Alzheimererkrankung zeigt, wie wichtig die Diagnose der Krankheit und die Informationen über die Symptome für die Angehörigen sind:

„Die war ja sowas von aggressiv, dass wir uns gehauen haben. (...) Ich habe gesagt, ´Gib mir den Rock, den muss ich waschen´, und sie hat gesagt, ´Den will ich heute nachmittag anziehen´, mit so einem Fleck drin, und hin und her und hin und her, und sie knallt mir eine, und ich haue zurück. Ich sage ... Oh Gott.... da bin ich nicht mit fertig geworden. (...) Ich meine, da wusste ich noch nicht, wie krank sie war.“

In der Situation hätten sich die Pflegenden kompetente AnsprechpartnerInnen gewünscht. Über die unmittelbare Gewaltsituation hinaus würden es die Pflegenden als hilfreich empfinden, "einmal aus der Pflegesituation rauszukommen" und wenigstens zeitweise abschalten zu können. Dazu wären eine pflegerische Vertretung und genügend gute Kurzzeitpflegeplätze notwendig. Es wurden von mehreren pflegenden Angehörigen massive Beschwerden über Qualität und Quantität der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze geäußert. Eine pflegende Angehörige wünscht sich:

„Eine Vertretung, die für eine gewisse Zeit die volle Pflege übernimmt (...). Ich würde gern mal 1-2 Wochen wegfahren, aber ich möchte meine Mutter hinterher wiedersehen. Auch in der Kurzzeitpflege ist die Situation nicht besser.“

## Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Hinblick auf die Problematik in der häuslichen Pflege Angehöriger sind aufgrund der Größe und der Zusammensetzung der Stichprobe nicht repräsentativ. Sie weisen vielmehr als Ergebnisse einer explorativen Studie auf weitergehenden Forschungsbedarf. Als zentrale Befunde sind festzuhalten:

1. Die Übernahme der Pflege eines Familienmitgliedes bringt eine Vielzahl von Belastungen mit sich. Als besonders belastend werden von den pflegenden Angehörigen die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit, die physische und psychische Beanspruchung, Einschränkungen im beruflichen Bereich, Mangel an Freizeit, die fehlende Hoffnung auf eine Veränderung der Situation und die veränderte Beziehung zum Pflegebedürftigen beschrieben.
2. Hinsichtlich der Nutzung von Diensten und der Identifikation von Bedarfen fällt zunächst eine gewisse Diskrepanz zwischen geäußerten Einstellungen und berichtetem Verhalten auf (vgl. Schahn, 1997). Einerseits wird der Wunsch nach mehr Gesprächsmöglichkeiten geäußert, andererseits werden vorhandene Gesprächskreise eher spärlich in Anspruch genommen. Dafür werden zwei Argumente genannt: Zum einen besteht das Problem der Versorgung der Pflegebedürftigen während der Teilnahme der Pflegenden an solchen Gruppen, zum anderen suchen die Pflegenden auch und gerade Abstand von der Pflege, den sie in Gesprächskreisen dieser Art nicht finden. So sind einerseits parallele Angebote für Pflegenden und Gepflegte wichtig. Andererseits sollten Angebote für pflegende Angehörige nicht allein auf Pflege bezogen sein. Weiterhin wurde deutlich, dass eine Vorbereitung auf die Übernahme der Pflege in Form von Beratungs- und Unterstützungsangeboten selten stattfindet, vielfach jedoch wichtig wäre. Beratungsangebote zu den Leistungen der Pflegeversicherung, zum Umgang mit schwierigen Pflegesituationen und zur allgemeinen Unterstützung der pflegenden Angehörigen gehören ebenso zu den identifizierten Bedarfen.
3. Die Befragten sind bereit, das eigene Handeln zu reflektieren und gegebenenfalls als 'gewaltförmig' zu benennen. Sie interpretieren ihr Verhalten im Kontext der Belastung als verstehbar und nachvollziehbar. Die pflegenden Angehörigen zeigen eine große Bereitschaft - in vielen Fällen auch eindeutig ein Bedürfnis -, über gewaltförmige Erlebnisse im Rahmen der Pflegesituation zu sprechen. Die Offenheit der Befragten verweist auf Reflexionsbedarf und -fähigkeit und den Wunsch, problematische Situationen zu bewältigen und in Zukunft zu verhindern. Hier zeigt sich ein sinnvoller Ansatzpunkt für Prävention.
4. Die körperliche und psychische Nähe in Pflegebeziehungen, die gegenseitigen Abhängigkeiten und die Vielzahl von Belastungen machen die häusliche Pflege

ge von Angehörigen zu einem potentiell gewaltnahen Handlungsfeld<sup>12</sup>. 21 von 24 Befragten sahen sich bereits mit Gewaltsituationen in ihren Pflegebeziehungen konfrontiert, in der Mehrzahl als Gewaltausübende in extremen Belastungssituationen, aber auch im Kontext von Gewaltausübung durch die Gepflegten. Für alle Befragten waren derartige Situationen vorstellbar, in den Grenzbereichen gewaltförmigen Handelns hatten sie sich sämtlich schon befunden. Nach einer für den Bereich der häuslichen Pflege vor allem von Steinmetz (1983, 1988a, 1988b, 1993) vertretenen und meist mit dem Begriff "caregiver overload" (also "Überlastung von Pflegepersonen") gekennzeichneten These ist Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen um so wahrscheinlicher, je größer die Belastung der Pflegenden ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese These. Es ist bei der Interpretation der hier vorliegenden Daten zu berücksichtigen, dass es sich um von pflegenden Angehörigen selbst berichtete Gewaltvorkommnisse und um ihre subjektiven Analysen von Ursachen und Beweggründen handelt. Mit der Pflege einhergehende Belastungen sind sicherlich ein zentraler Ansatzpunkt zum Verständnis einer Vielzahl von Gewaltvorkommnissen. Andere Erhebungsmethoden bei anderen Stichproben beleuchten jedoch weitere Fallkonstellationen - zu denken ist hier insbesondere an schwerwiegende und strafrechtlich relevante Gewalttaten sowie an Fälle der Misshandlung nicht pflegebedürftiger alter Menschen -, zu deren Erklärung das Belastungskonzept alleine nicht hinreicht<sup>13</sup>.

Für die Gestaltung von Projekten mit gewaltpräventiver Ausrichtung ergeben sich u. a. folgende Anregungen:

- Außerhäusliche Hilfe- und Unterstützungsangebote erreichen die Gruppe der am stärksten belasteten Pflegenden am ehesten dann, wenn sie (a) verknüpft sind mit einem zeitlich parallelen Betreuungsangebot für die Pflegebedürftigen und (b) das Bedürfnis der Pflegenden nach mehr als nur räumlichem Ab-

<sup>12</sup> Im Sinne von Honig (1992) ist dies nicht stigmatisierend zu verstehen, sondern steht im Zusammenhang der unweigerlichen Ambivalenz von Nähe und Abhängigkeiten in Beziehungen.

<sup>13</sup> Vertreter einer mit dem Pflegestress-Ansatz konkurrierenden These neigen zu der Ansicht, das Ausmaß der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen stehe *nicht* in einem ursächlichen Zusammenhang mit seinem Risiko, Opfer von Gewalt im persönlichen Nahraum zu werden; wo Gewalt sich in Pflegebeziehungen ereigne, sei meist festzustellen, dass ohnehin gestörte und deviante, zudem oftmals von dem alten Menschen finanziell oder in sonstiger Weise *abhängige* Pflegepersonen ihre aggressiven Handlungstendenzen auch in der Pflegebeziehung auslebten (vgl. Pillemer, 1985, 1993; Pillemer & Finkelhor, 1988, Pillemer & Suitor, 1992). Ein weiterer Erklärungsansatz, das Konzept der *transgenerationalen Gewalt*, betrachtet familiäre Gewalt gegen Ältere als Weitergabe von gewaltförmigen Handlungsmustern und Fortführung eines schon immer durch Gewalt gekennzeichneten Kommunikationsstiles über die Generationen hinweg. Gewalt gegen ältere Menschen umschließt eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Verhaltensweisen und Grundmuster der Entstehung. Sie tritt in Familien auch außerhalb von Pflege auf und ist im biographisch-familialen und gesellschaftlichen Kontext zu erklären (so in feministischen Ansätzen, z.B. bei LUPRI, 1993; WHITTAKER, 1995), es können finanzielle und/oder emotionale Abhängigkeiten eine Rolle spielen. Treten in solchen familialen Gewaltstrukturen weitere Belastungen, wie z.B. häusliche Pflege, auf, so treffen zwei Problemkonstellationen zusammen, die sich gegenseitig verstärken.

stand von der Pflegesituation aufgreifen, d.h. Elemente der Entspannung und Erholung systematisch integrieren.

- Mit pflegenden Angehörigen kann offen über Gewalt gesprochen werden, wenn dabei die Gewaltverständnisse der Beteiligten erläutert und erörtert werden; „Gewalt“ ist nicht notwendigerweise ein Skandalwort, welches den Zugang zur Zielgruppe der pflegenden Angehörigen versperrt.
- Projekte, die auf Entlastung in und von familiären Pflegebeziehungen abzielen - sei es durch Vermittlung von Pflegekompetenzen, Unterstützung durch ambulante Dienste oder sonstige weitere Pflegepersonen, Schaffung von Ausgleich zur Pflegetätigkeit, Austausch mit Gleichgesinnten, gegebenenfalls aber auch durch Beendigung der häuslichen Pflege -, leisten wichtige Beiträge zur Reduktion *aus Überlastung resultierender* innerfamiliärer Gewalt gegenüber älteren Pflegebedürftigen. Wir müssen uns jedoch der Tatsache bewußt sein, daß Gewalthandlungen nicht immer und zuerst Resultat von Überlastung sind, daß sie auch in einer bereits lange vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestörten Beziehung oder in problematischen Persönlichkeitsmerkmalen der Pflegenden wurzeln können. Programme zur Gewaltprävention in der familiären Pflege sollten sich daher in ihren Konzepten und ihren praktischen Angeboten nicht monothematisch auf den Aspekt der Belastungsreduktion verengen.

## Literatur

Buijssen, H. (1996). Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Bundesministerium für Gesundheit (1999, März). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. WWW-Dokument (<http://www.bmgesundheit.de/pflege/zahl.htm>), aufgesucht am 19.4.99.

Dieck, M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext: ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 305-313.

Doress-Worters, P.B. (1994). Adding elder care to women's multiple roles: A critical review of the caregiver stress and multiple roles literatures. Sex Roles, 31, 9-10, 597-616.

Görgen, T., Kreuzer, A. Nägele, B. & Krause, S. (1999). Gewalt im Alter. Problemdimensionen und Hilfebedarf aus der Perspektive von alten Menschen, pflegenden Angehörigen und ExpertInnen. Erscheint demnächst als Forschungsbericht des Instituts für Kriminologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen e.V.



Grond, E. (1996). Der Kraftakt, nicht stumm zu werden. Forum Sozialstation, 20, 5, 48-51.

Honig, M.-S. (1992). Verhäuslichte Gewalt. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Kopp, H. (1994). Beratungsstellen für pflegende Angehörige alter Menschen. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 45 (1), 33-35.

Kryspin-Exner, I., Barth, D., Günther, V., Kaufmann, L., Gössner, B. & Moritz, C. (1993). Schulungsprogramm für Pflegepersonal und Angehörige geriatrischer Patienten. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 14, 4, 356-378.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1995). Streß und Streßbewältigung- Ein Paradigma. In S.H. Filipp (Hrsg.). Kritische Lebensereignisse. 3. Auflage (S. 197-232). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lupri, E. (1993). Spousal Violence: Wife abuse across the life course. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 13, 3, 232-257.

Matter, C. & Späth, C. (1998). Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 11, 2, 51-59.

Pillemer, K. A. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. Social Problems, 33, 146-158.

Pillemer, K. A. (1993). The abused offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. In R.J. Gelles & D.R. Loseke (Eds.). Current controversies on family violence (p.237-249). Newbury Park, CA: Sage.

Pillemer, K. A. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. Gerontologist, 28, 51-57.

Pillemer, K. A. & Suitor, J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? Journal of Gerontology: Social Sciences, 47, S165-S172.

Quayhagen M., Quayhagen, M. P., Patterson, T.L., Irwin, M., Hauger, R.L. & Grant, I. (1997). Coping with dementia: Family caregiver burnout and abuse. *Journal of Mental Health & Aging*, 3, 3, 357-364.

Reis, M. & Nahmiash, D. (1997). Abuse of seniors: Personality, stress, and other indicators. *Journal of Mental Health & Aging*, 3, 3, 337-356.

Schahn, J. (1997). Die Diskrepanz zwischen Wissen, Einstellung und Handeln: sozialwissenschaftliche Erkenntnisse. In G. Michelsen, L.R. Wohlers, M.M. Adomssent, M.M. Schwarz & D.M. Mandl (Hrsg.). *Umweltberatung. Grundlagen und Praxis* (S.34-42). Bonn: Economica Verlag.

Schlünkes, T. (1998). Plakativer Protest. *Altenpflege* 12, 18-19

Spencer, C. (1995). New directions for research on interventions with abused older adults. In M. MacLean (Ed.). *Abuse and neglect of older Canadians: Strategies for change* (p.143-155). Toronto: Thompson Educational Publishing.

Steiner-Hummel, I. (1993). Angehörige im Pflegedreieck - Die ungeliebten Dritten. *Forum Sozialstation*, 17, 2, 10-17.

Steiner-Hummel, I. (1998). Vom Anhängsel zum Leistungsträger: die Entdeckung der Angehörigen - ein historischer Streifzug. *Forum Sozialstation*, 22, 3, 38-42.

Steinmetz, S. K. (1983). Dependency, stress and violence between middle-aged caregivers and their elderly parents. In J.I. Kosberg (Ed.). *Abuse and mistreatment of the elderly: Causes and interventions* (p.134-149). Littleton, Mass.: John Wright.

Steinmetz, S. K. (1988a). *Duty bound: Elder abuse and family care* (Sage library of social research, Vol. 166). Newbury Park, CA: Sage.

Steinmetz, S.K. (1988b). Elder abuse by caregivers: Processes and intervention strategies. *Contemporary Family Therapy*, 10, 256-271.

Steinmetz, S. K. (1993). The abused elderly are dependent. Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care. In R.J. Gelles & D.R. Loseke (Eds.). *Current controversies on family violence* (p.222 - 236). Newbury Park, CA: Sage.

Stuhlmann, W. (1995). Selbsthilfegruppen für Angehörige gerontopsychiatrischer Patienten. In W. Pöldinger (Hrsg.). *Der gerontopsychiatrische Patient in der Allgemeinpraxis* (S.156-167). Karlsruhe: Braun.

Whittaker, T. (1995). Violence, gender and elder abuse: Towards a feminist analysis and practice. *Journal of Gender Studies*, 4, 1, 35-45.

Wilz, G., Gunzelmann, T., Adler, C. & Brähler, E. (1998). Gruppenprogramm für pflegende Angehörige von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11, 2, 97-106.

Wolf, R. S. (1998). Caregiver stress, Alzheimer's disease, and elder abuse. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13, 2, 81-83.

Wilz, G., Schumacher, J., Machold, C., Gunzelmann, T. & Adler, C. (1998). Angehörigenberatung bei Demenz - Erfahrungen aus der Leipziger Studie. In A. Kruse (Hrsg.). *Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention* (S. 232-250). Göttingen: Hogrefe.

Zank, S. & Schacke, C. (1998). Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11, 2, 87-95.

Zsolnay-Wildgruber, H. (1997). *Alzheimer-Kranke und ihr primäres Bezugssystem: Grundlegende Untersuchungen für ein Kommunikationstraining pflegender Angehöriger*. Freiburg: Lambertus.

**Autorin: Barbara Nägele**

Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Universität Gießen

### **Diskussion zum Vortrag**

Moderatorin: Dr. Ulrike Bowi

Protokoll: Dagmar Schäfer

In dieser Arbeitsgruppe wurden zunächst die Ergebnisse einer Befragung von pflegenden Angehörigen vorgestellt. Diese Befragung fand im Rahmen eines Modellprojektes zum Problembereich „Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum“ statt, welches bei der niedersächsischen Landeshauptstadt Hannover angesiedelt war. Das Ziel war es, Konzepte zu entwickeln, die geeignet

sind, einerseits älteren Gewaltbetroffenen zu helfen, andererseits Gewalt gegen ältere Menschen zu verhindern. Schwerpunkt dieser Arbeit war das Gewalterleben in der häuslichen Pflege, wobei Gewalt nicht auf strafrechtlich relevante Aspekte reduziert werden sollte.

In dem Jahr der Befragung (1999) waren in Deutschland 1,7 Millionen Menschen pflegebedürftig, davon lebten 1,2 Millionen Menschen zu Hause und wurden überwiegend von der Tochter bzw. Schwiegertochter gepflegt. Die Befragung fand über einen Zeitraum von zwei Monaten statt, der Anspruch der Repräsentativität konnte dabei nicht erfüllt werden.

Insgesamt wurden 24 pflegende Angehörige befragt, von denen sich 13 in einer aktuellen Pflegerolle befanden, bei 11 Angehörigen waren die pflegebedürftigen Personen inzwischen entweder im Heim oder bereits verstorben. Der Zeitraum der Pflege lag zwischen ca. 6 Monaten bis über 5 Jahren. Die Pflege erfolgte bei dem überwiegenden Teil der Befragten bereits seit einem Jahr, teilweise sogar deutlich länger. Während die Geschlechterverteilung bei den Pflegebedürftigen ausgeglichen war, zeigte sich bei den Pflegenden, wie bereits erwähnt, ein hoher Frauenanteil.

Die Altersverteilung der zu Pflegenden lag zwischen 59 und 91 Jahren, die Altersverteilung der Pflegenden zwischen 29 und 71 Jahren. Die Mehrzahl der zu Pflegenden war in Pflegestufe 2 eingestuft. In 14 Fällen lebten die Pflegebedürftigen mit ihren Pflegenden in einem gemeinsamen Haushalt, die restlichen lebten in getrennten Haushalten. Der größte Hilfebedarf lag im Bereich der Körper- und Gesundheitspflege, der Hausarbeiten, des Kochens, der Einnahme von Medikamenten und der Fortbewegung außerhalb des Hauses. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes ist zu erwähnen, dass Faktoren wie Multimorbidität oder auch Alzheimer bzw. Formen der Desorientierung eine große Rolle spielten. Des Weiteren lagen Lähmungen als Folge eines Schlaganfalls, Inkontinenz, Suchterkrankungen, psychische Auffälligkeiten und Bettlägerigkeit vor. Bei dem überwiegenden Teil ging eine chronische Krankheitsentwicklung mit einer Pflegebedürftigkeit einher, bei einem geringen Teil wurde dies durch ein akutes Ereignis ausgelöst.

Die Übernahme der Pflege erfolgte nicht als bewusste Entscheidung. So gaben die Befragten an, sie seien langsam in die Pflegesituation „hineingerutscht“. Für viele Pflegende war es selbstverständlich die Pflege zu übernehmen. Keiner der Befragten hatte vor Übernahme der Pflege Unterstützungsmaßnahmen oder Beratung in Anspruch genommen.

Die Lebenssituation der Pflegenden hatte sich durch die Übernahme der Pflege in vielen Bereichen verändert. Hier wurden Auswirkungen auf das Freizeitverhalten benannt, dass nur noch sehr eingeschränkt fortgesetzt werden konnte. Etwa die

Hälfte der Befragten berichteten von negativen Auswirkungen sowohl im partnerschaftlichen als auch im familiären Bereich. Hinzu kamen außerdem finanzielle Einschränkungen und Veränderungen der Wohnsituation.

Hinsichtlich des Stressverhaltens wurden die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als gering eingeschätzt. Als besonders belastend wurde das Angebundensein an den Pflegehaushalt, der Zwang zur ständigen Bereitschaft und der sich ständig verschlechternde Gesundheitszustand sowie die Unzufriedenheit der Pflegebedürftigen erlebt. Bei vielen Angehörigen führte dies zu Erlebnissen der Überforderung, Gefühle der Macht- und Hilflosigkeit sowie, sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene, zu spürbaren Belastungsfolgen wie Abgespanntheit, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen und Verspannungen.

Es wurden unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen genannt wie u. a. das Gespräch mit nahestehenden Personen oder Ablenken bei Garten- und Hausarbeit. Durch Familienangehörige und Freunde wurde eine eher sporadische Unterstützung erfahren und in sehr begrenztem Umfang auch durch den Austausch mit professionell Pflegenden. Obwohl der größte Teil der Pflegenden regelmäßig durch Pflegedienste unterstützt wurde, erschien dies als wenig hilfreich. Drei Pflegenden nahmen regelmäßig an Gruppen für Angehörige von Alzheimer-Patienten teil, was als sehr hilfreich und unterstützend erlebt wurde. Bevorzugt scheint die pflegefreie Zeit aber mit anderen Tätigkeiten verbracht zu werden wie Entspannung u.ä..

Von den 24 Befragten gaben 21 an, dass sie in der Pflege Gewalterfahrungen gemacht haben, für die restlichen Pflegenden erschien es ebenfalls denkbar, dass es in Belastungssituationen zu Gewalt kommen könnte, wenn die eigenen Grenzen erreicht sind. Es wurde auch von Gewalt berichtet, die von den Pflegebedürftigen ausging. Die von den Pflegenden ausgehende Gewalt wurde in funktionale und nicht funktionale Gewalt unterteilt. Bei der funktionalen Gewalt ging es um die Durchsetzung bestimmter Handlungen wie beispielsweise einer Medikamenteneinnahme. Diese Form der Gewalt wurde in 2 Fällen beschrieben. In 20 Fällen kam es zu nicht funktionaler Gewalt, sie äußerte sich u. a. als verbale Aggression, eine Person berichtete von physischen, eine andere Person von physischen und verbalen Gewaltakten. Auslöser dieser Gewaltreaktionen waren Gefühle der Überforderung, der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes, diese Gefühle waren auch bei den Personen bekannt, die bisher noch keine Gewalt ausgeübt hatten. Die Pflegenden selbst schätzten ihre eigenen Reaktionen wie Anschreien der Pflegebedürftigen und manchmal fester zugreifen als normal an, so dass in keinem Fall eine Beratung oder Unterstützung durch Institutionen in Anspruch genommen wurde. Besonders häufig scheinen gewaltnahe Situationen im Umgang mit Demenzen vorzukommen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Gewalt als ein

interaktives Phänomen anzusehen ist, deren Einschätzung abhängig von der Perspektive ist.

Die Gewaltausübung wurde insgesamt zwar sehr reflektiert gesehen, aber oft auch als einzige Möglichkeit. Die betroffenen Angehörigen litten anschließend unter Schuldgefühlen.

Als hilfreich wird die Möglichkeit angesehen, einmal aus der Pflegesituation rauszukommen. Dies könnte durch eine pflegerische Vertretung sowie durch genügend Kurzzeitpflegeplätze realisiert werden, die dazu eingerichtet werden müssten. Die vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ als unzulänglich beschrieben. Von einigen Befragten wurden auch Wünsche hinsichtlich einer Beratung formuliert.

Außerdem dient der Gewaltprävention sicherlich eine gute Diagnose, gerade hinsichtlich dementieller Erkrankungen und eine entsprechende Aufklärung.

Nach der Darstellung dieser Ergebnisse wurde übergeleitet zur Diskussion mit dem Zitat einer Befragten: „Die war ja so was von aggressiv, dass wir uns gehauen haben ....“

Gegenstand der Diskussion waren die folgenden Aspekte. Zunächst wurde diskutiert, was als Gewalt eingeschätzt wird. Einige TeilnehmerInnen waren sehr erstaunt, dass bereits das Anschreien schon als eine Form der Gewalt angesehen wurde. Im Rahmen der Diskussion wurde dies als Ausdruck der immensen Belastung der Pflegenden angesehen, wenn dadurch bereits Schuldgefühle ausgelöst werden.

Des Weiteren wurde das Profil der Pflegenden diskutiert, die ihre Aufgabe zum Teil als selbstverständlich ansehen und überhaupt keine bewusste Entscheidung zur Übernahme der Pflege treffen, sondern einfach nach und nach immer mehr übernehmen. Thematisiert wurde außerdem, dass gerade Depressionen der Pflegebedürftigen schwer auszuhalten sind und teilweise bei den Pflegenden Aggressionen auslösen.

Als problematisch wurde angesehen, dass keine Ergebnisse über die Häufigkeit von Gewalt vorliegen und es erhebliche Schwierigkeiten bei der Erhebung gibt. Da die unterschiedlichen Perspektiven kaum eine Einschätzung der Gewalt möglich machen. Als besonders wichtig wurde in diesem Kontext die Bedeutung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme diskutiert. Insbesondere auch unter dem Aspekt der funktionellen Gewalt beispielsweise durch das Festhalten und Einschließen. Wichtig erschien es in der Diskussion, dass Entscheidungsmöglichkeiten vorhanden sind. An dieser Stelle ergab sich eine kurze Diskussion über die

Bedeutung der Patientenverfügung als eine Möglichkeit seinen Willen kundzutun für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit.

Daraus zu ziehende Schlussfolgerungen für den Bereich der Pflege wären auf zwei Ebenen erforderlich. Zum einen sollte eine Weiterentwicklung eines fundierten Pflegeverständnisses sowie die weitere Verlagerung der Pflege in den häuslichen Bereich angestrebt werden. Aufgrund der hohen Anzahl an Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, scheint es hier einen Bedarf zu geben. Im Berufsalltag wäre außerdem zu prüfen, wodurch der Stress ausgelöst wird, inwiefern nicht behebbare organisatorische Mängel vorliegen und durchaus auch die Tendenz besteht, dass Pflegenden sich "selbst leid tun". Außerdem muss sich die Konfliktbereitschaft der Pflege verändern.

Aufgrund der in der Studie benannten Defizite erscheint es zwingend notwendig, die Beratungskompetenz der Pflegenden in der Ausbildung zu fördern. Bemerkenswert erschien es den DiskussionsteilnehmerInnen, wie schnell doch ehemalige Auszubildende nach ihrem Examen sozialisiert werden. Zur Vorbeugung wurden Methoden, die die Reflexionsfähigkeit während der Ausbildung fördern diskutiert. Beispielsweise könnte eingeführt werden, dass einmal in der Woche ein Blitzlicht stattfindet, hier könnte auch die Befindlichkeit der jeweiligen SchülerInnen zum Ausdruck kommen. Des Weiteren wäre es denkbar die Methode der Kollegialen Beratung innerhalb der Ausbildung zu etablieren, was bereits in einigen Schulen der Fall ist. Möglicherweise könnte dies auch im Stationsalltag beim bereits examinierten Pflegepersonal etabliert werden. Die SchülerInnen sollten dabei auch aus dem typischen Klassenraumdasein herauskommen, d.h. das Setting sollte verändert werden, beispielsweise durch eine Kreisbildung.

Als unzulänglich wird vielfach auch der Theorie-Praxis-Transfer eingeschätzt, so dass auch hier ein Handlungsbedarf besteht. Dabei kommt den Methoden eine entscheidende Bedeutung zu. Pflegesituationen sollten Gegenstand des Unterrichts sein. Aspekte wie Fantasie, Kreativität und die Fähigkeit eine angemessene Distanz aufzubauen, sind mehr zu integrieren. Außerdem erscheint es zwingend notwendig ethische Grundsätze aufzugreifen.

PraxisanfängerInnen sollten intensiv begleitet werden, um zu verhindern, dass die bereits benannte Sozialisierung einsetzt aufgrund einer Überforderungssituation.

Thematisiert wurde darüber hinaus auch, inwiefern durch das Pflegeversicherungsgesetz nicht eine typische Frauentätigkeit mit entsprechend geringer Bezahlung vergütet wird.

## **Arbeitsgruppe 4: Vortrag: Schülerinnen erleben ein Altersheim. Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung** Ulrich Sölken

### **Vorstellung des Projekts "Schüler erleben das Altenheim einmal anders"**

Ziel dieses Workshops ist es, einige Aspekte des Themas "Ethik und Gewalt in der Pflege" an Hand eines konkreten Beispiels aus der unterrichtlichen Praxis vorzustellen um anschließend mit Ihnen über diese Thematik in einen Austausch einzusteigen.

Dazu werde ich zunächst die Frage: Wo ist Bezug zwischen dem Thema "Ethik und Gewalt in der Pflege" und dem Projekt "Schüler erleben das Altenheim einmal anders"? versuchen zu skizzieren. Im Anschluss daran werde ich Ihnen das Projekt konkret in seinen Phasen Theoretischer Unterricht, Vorbereitung, Durchführung und Auswertung vorstellen, um anschließend die Frage nach den Ergebnissen zu beantworten. Beenden werde ich meine Ausführungen mit den Gedanken einer "Bewohnerin".

### **Wo ist Bezug zwischen dem Thema "Ethik und Gewalt in der Pflege" und dem Projekt "Schüler erleben das Altenheim einmal anders"?**

Füllt man den Begriff "Ethik" inhaltlich, so ist ein Bestandteil der Ethik sicherlich die Beschäftigung mit

- dem richtigen Handeln,
- mit dem für das Zusammenleben notwendigen Regeln,
- mit dem Individuum, seiner Gesinnung seinem Gewissen oder anders ausgedrückt mit seinen verinnerlichten Haltungen.

Im Zusammenhang mit der Thematik des heutigen Tages wird sich der Begriff des "Gewissens" nicht vermeiden lassen, daher möchte ich für diesen Workshop das Gewissen oder die verinnerlichten Haltungen als Richtschnur für ethisches Handeln verstehen. Das ethische Handeln stellt unter diesen Voraussetzungen die Konkretisierung des Gewissens im Alltag, also auch im Berufsalltag der Pflegenden dar.

In der beruflichen Praxis wird von den Pflegenden eben dieses ethische Handeln erwartet, sie stehen tagtäglich vor der Herausforderung Entscheidungen treffen zu müssen. Die Erwartungshaltung richtet sich aber nicht nur darauf Entscheidungen zu treffen, sondern es besteht die –vielleicht nicht immer so explizit ge-



äußerte Erwartung, dass die von den Pflegekundigen getroffenen Entscheidungen – und lassen Sie uns hier die ethischen Begriffe verwenden- gut und richtig sind.

### **Welche Faktoren beeinflussen nun aber diese Entscheidungen?**

Hier kommt neben den evtl. in der Literatur fixierten, von Experten aufgestellten ethischen Normen und Prinzipien (z.B. der ICN Code) und von der Gesellschaft (die zunächst ein anonymes Konstrukt darstellt) aufgestellten moralischen Auffassungen, den von dem Individuum in einem sehr subjektiven Prozess verinnerlichten Normen und Werten, also der eigenen persönlichen inneren Haltung, eine entscheidende bei der ethischen Entscheidungsfindung zu.

Wenn es nun in der pflegerischen Praxis die Aufgabe der Pflegenden ist, ethische Entscheidungen zu treffen, dann ist es eine elementare Aufgabe der Ausbildung, die zukünftigen Fachkräfte genau hierfür zu qualifizieren.

Und genau dieser Anspruch stellt für die in der Ausbildung Tätigen eine große Herausforderung dar, denn folgt man der These, dass die wirkliche und langfristige Identifikation mit Werten und Normen, also die Entwicklung von Haltungen und Einstellungen, oder die Ausprägung des Gewissens, durch die Verordnung rein kognitiver Lernprozesse nicht - oder nur äußerst bedingt- erfolgen kann, dann muss den SchülerInnen in der Ausbildung die Möglichkeit eröffnet werden, neben dem kognitiven Erwerb von ethischen Theorien und Inhalten, eigene Haltungen zu reflektieren und ggf. zu modifizieren.

Eine Möglichkeit den Auszubildenden diese Chance zu geben bietet auch der Wechsel der Perspektive, vom Pflegenden zum Gepflegten eine sinnvolle Möglichkeit. Denn die eigene, hautnahe Wahrnehmung kann hier als Motor betrachtet werden, der die Verinnerlichung von Einstellungen beschleunigt.

Geht man in einem weiteren Schritt davon aus, dass die verinnerlichten Einstellungen des Menschen - oder sein Gewissen - als wesentlicher Impetus für die von ihm ausgeführten Handlungen im Alltag bzw. im Berufsalltag zu betrachten sind, dann liegt die Konsequenz nahe, dass ein wesentlicher Faktor für die Entstehung und praktische Umsetzung von Gewalt die verinnerlichten Werte des Menschen darstellen.

Auf die Thematik des heutigen Tages übertragen bedeutet das, dass wenn über Gewalt, sei sie strukturell oder personell, und von der Gewaltprophylaxe diskutiert wird, immer auch die verschiedenen Ursachen in den Blick genommen werden müssen.

Vor diesem Hintergrund muss sich jeder der in irgendeiner Form, sei es als Pädagoge, als anleitende Pflegekraft, als politisch Verantwortlicher oder als Schulträger mit der Pflegeausbildung befasst die Frage stellen:

Wie müssen die Lehr-Lernprozesse innerhalb einer Pflegeausbildung werden, damit die Pflegekräfte von morgen auf der Grundlage ihrer Ausbildung –die aber morgen schon von gestern ist- den Erwartungen von morgen entsprechen können?

Hierzu sind drei Aspekte notwendig:

1. Die Aufgaben der Zukunft müssen heute bereits bekannt, zu mindestens aber absehbar sein, denn wie soll eine Ausbildung für die Zukunft qualifizieren, wenn das Anforderungsprofil der Zukunft nicht bekannt ist?
2. Der Begriff "Qualität" ist zu einem unumstößlichen Aspekt der Pflege geworden und, so glaube ich, es ist absehbar, dass in Zukunft die "Pflegequalität" eine zunehmende Bedeutung erfahren wird! (Und Pflegequalität und Gewalt dürfen wohl als nicht miteinander vereinbare Begrifflichkeiten gewertet werden)
3. Und dies ist nach meiner Überzeugung nicht vor alle dem zu beachten : Sollen setzt Können voraus!

Lassen Sie uns einen ganz kurzen Blick in die Zukunft wagen:

Das Ziel der Pflege wird auch morgen sein: "Dem Pflegebedürftigen ein größtmögliches Maß an Lebensqualität unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen zu ermöglichen."

Und wenn ich hier von Ressourcen spreche so meine ich nicht nur die individuellen Ressourcen der Pflegebedürftigen, sondern ich beziehe die institutionellen Ressourcen, zu denen auch die Kompetenzen der Pflegenden zu zählen sind, ausdrücklich in diese Überlegungen mit ein.

Wenn Pflegekräfte nun auch die institutionellen Ressourcen berücksichtigen sollen, dann müssen sie auch in der Lage sein zunächst die existierenden Rahmenbedingungen zu erkennen und zu analysieren. Dazu ist es notwendig, dass ihnen auch die möglichen Auswirkungen dieser Rahmenbedingungen auf die Pflegebedürftigen bekannt sein. Denn erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, werden die Pflegenden auch Haltungen verinnerlichen, die es ihnen ermöglichen Strategien zu entwickeln, die in den Institutionen vorhandenen Spielräume zu erkennen und zu nutzen, und auf diesem Weg die vorgefundenen Rahmenbedingungen falls erforderlich im Sinne der Bewohner zu verändern.

Die Voraussetzung für eine solche Analyse ist, dass die Pflegenden von heute und von morgen, in der Lage sind, pflegerisches Handeln auch aus einer gesellschaftsbezogenen, soziologischen Perspektive zu sehen!

Vor diesem Hintergrund ist das Projekt an unserem Fachseminar entstanden, welches ich Ihnen nun vorstellen werden:

Habe ich eben von der Pflegequalität gesprochen, so ist festzuhalten, Pflegequalität kann nicht herbei kontrolliert werden, sondern muss durch professionelles Handeln – und ethisches Handeln ist ein Teil von Professionalität- täglich neu erarbeitet und sichtbar werden, und dazu bedarf es der Kompetenz der (zukünftig) Pflegenden.

Eine solche Kompetenz zu vermitteln stellt eine zentrale Aufgabe für die Ausbildungseinrichtungen dar. Und nun wird die eben bereits gestellt Frage nach den Lehr-Lernprozessen für den Pädagogen ganz konkret:

"Welche praktikablen Möglichkeiten bieten sich in der täglichen Unterrichtspraxis den Auszubildenden ein Lernangebot zu offerieren, welches ihnen die Chance bietet, dieses "Können" zu erwerben?"

Das Projekt "Schüler erleben das Altenheim einmal anders" stellt den Versuch dar, eine unter vielen möglichen und als sinnvoll zu betrachtenden Antworten auf diese Frage zu geben.

Das Projekt wurde von den Schülerinnen eines Fachseminars für Altenpflege während des zweiten Ausbildungsjahrs durchgeführt. Es fand im Rahmen des Unterrichts im Fach "Soziale Gerontologie" statt.

## Unterrichtsintention

Das Ziel des Unterrichts im Fach "Soziale Gerontologie" zur Thematik "Organisation/Institution" ist es, eine Möglichkeit zu finden, die die Vermittlung von gerontologischen Grundlagen im Bezug auf die Stellung, das Erleben und Verhalten alter, pflegebedürftiger Menschen in stationären Institutionen der Altenhilfe gewährleisten kann, um auf diese Weise den SchülerInnen die Möglichkeit zu eröffnen, durch diese Unterrichtsreihe zunächst Erklärungsansätze für in der täglichen Pflegepraxis beobachtbares Verhalten zu erwerben.

Die Unterrichtseinheit soll neben dem Erwerb eines eher kognitiv-theoretischen Wissens gleichzeitig die Möglichkeit des erfahrungsbezogenen Lernens eröffnen, um so den SchülerInnen die Chance zu gewähren, vorhandene Einstellungen, Haltungen und die daraus resultierenden (pflegerischen) Handlungen zu reflektieren und ggf. zu verändern.

Mit diesem Projekt wurde den unterschiedlichen Lernstrategien der SchülerInnen - Stichwort Teilnehmerorientierung- entsprochen, da den SchülerInnen die Gelegenheit gegeben wurde, das Ziel der Unterrichtseinheit auf die ihrer individuellen Lernstrategie angepasste Art und Weise (eher kognitiv oder eher erfahrungsbezogen) zu erreichen. Parallel zu diesem Ziel verfolgt das Projekt die Intention, eine enge Verzahnung von theoretischem Unterricht am Lernort Schule und praxisnahem Lernen am Lernort Altenheim in Kooperation mit verschiedenen Ausbildungseinrichtungen zu gewährleisten. So soll es den SchülerInnen ermöglicht werden, theoretische und praktische Ausbildung als Gesamtvollzug zu erfahren.

## Die Projektphasen

Das durchgeführte Projekt gliedert sich in die folgenden Phasen:

1. Bearbeitung des Themas "Organisation/Institution" im Klassenverband auf der Grundlage einschlägiger Literatur bzw. daraus entwickelter Thesenpapiere
2. Entwicklung einer Vision zur Durchführung eines Selbsterfahrungsprojekts durch die Schüler
3. Vorbereitung und Akquisition kooperativer Praxiseinrichtungen
4. Realisierung des eigentlichen Projekts "Schüler erleben das Altenheim einmal anders"
5. Auswertung des Projekts mit Hilfe von halboffenen Interviews und eines gemeinsamen Erfahrungs- und Meinungsaustausches im Klassenverband.

## Erarbeitung des Themas "Organisation/Institution" im Klassenverband

Zu dem eingangs genannten Ziel "Vermittlung gerontologischer Grundlagen zu Stellung, Erleben und Verhalten alter, pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe" wurden zunächst in 10 Unterrichtsstunden diese Grundlagen in Zusammenarbeit mit den Schülern unter folgenden Oberbegriffen bearbeitet:

- Anthropologische Grundlagen
- Allgemeine Kennzeichen von Institutionen
- Allgemeine Funktionen von Institutionen
- Gesellschaftliche Verflechtungen der verschiedenen Institutionen
- Auswirkungen der Institution Altenheim auf die Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohner und Pflegepersonal
- Mögliche Ursachen häufig auftretender Institutionalisierungseffekte
- Möglichkeiten der Veränderbarkeit

Als Lehr-Lernmethode wurde in dieser Phase das erarbeitende Unterrichtsgespräch, basierend auf Thesenpapieren, welche den SchülerInnen in Kopie vorla-

gen, gewählt. Die Begründung für die Auswahl dieses Verfahrens ist darin zu sehen, dass diese Form ein den SchülerInnen dieses Kurses bekanntes und von ihnen befürwortetes Verfahren darstellt, welches es ermöglicht, die o.a. Unterrichtsinhalte mit einem Grad an hoher SchülerInnenbeteiligung in der zur Verfügung stehenden Unterrichtszeit zu bearbeiten.

### Entwicklung einer Vision durch die SchülerInnen

In dieser Phase entstand bei den SchülerInnen der Wunsch die bis zu diesem Zeitpunkt gewonnenen Erkenntnisse durch eigene Erfahrung zu reflektieren. Aus diesem Grund strebten die SchülerInnen auch einen 24-stündigen Aufenthalt als Bewohner in einem Altenheim an.

In einem nächsten Schritt wurde der Kontakt zu acht verschiedenen Altenheimen aufgenommen. Bei diesem ersten Kontakt bekundeten alle Verantwortlichen ein ausgesprochen reges Interesse an der Teilnahme an diesem Projekt.

Im Verlauf weiterer Gespräche stellte sich heraus, dass drei Einrichtungen zu dem vorgesehenen Termin keine Möglichkeit einer Beteiligung sahen, so dass das Projekt in Zusammenarbeit mit den verbliebenen fünf Altenheimen realisiert wurde.

Die Verantwortlichen der jeweiligen Altenheime wurden sowohl in schriftlicher Form als auch durch persönliche Gespräche über den genauen Ablauf informiert, und in die Projektvorbereitung integriert.

Da dem Grundsatz "Lernen kann nur bedingt erzwungen werden" Rechnung getragen werden sollte, wurde den SchülerInnen die Teilnahme an diesem Projekt freigestellt.

Die Aufgabe, welche die Pflegekräfte der Praxiseinrichtungen zu erfüllen hatten, lagen den betreffenden Personen in schriftlicher Form vor und wurden mit den beteiligten Personen in Vorgesprächen geklärt.

Die Aufgaben lauteten:

- Aufnahme der "neuen Bewohnerin" am Vormittag des ..... im Rahmen des bei Ihnen üblich praktizierten Verfahrens.
- Anschl. die übliche Versorgung der "neuen Bewohnerin" bis zum Vormittag des..... .
- Die Mahlzeiten sollte die Schülerin möglichst in einer Gruppe von Bewohnern einnehmen, so wie es in Ihrem Hause üblich ist.
- Die Schlafgelegenheit der Schülerin sollte sich nach Möglichkeit in einem Pflegebereich in einem Doppelzimmer befinden, um der Schülerin auch die Erfahrung des Lebens mit einer ihr fremden Person zu ermöglichen.
- Während des Aufenthalts der Schülerin soll diese die Möglichkeit bekommen, an allen im Ihrem Hause möglichen Aktivitäten teilzunehmen.

- Die Aufgabe Ihrer Mitarbeiter würde folgende sein:  
"Vollziehen Sie mit der neuen Bewohnerin eine "ganz normale" Aufnahme und versorgen Sie sie in der bei Ihnen üblichen Form."

Die Aufgabe der Schülerinnen bestand darin für 24 Stunden in der Rolle einer Bewohnerin in einem ihr zugewiesenen Altenheim zu leben. Um die Ausgangsbedingungen möglichst vergleichbar und einheitlich zu gestalten, wurden folgende Regeln mit den Schülerinnen vereinbart:

- Verzicht auf die Mitnahme von eigenen Büchern, Zeitschriften,....
- Verzicht auf die Mitnahme von eigenem Kassettenrecorder, Radio, CD Player, ...
- Verzicht auf die Mitnahme eines Mobiltelefons
- Verzicht auf die Mitnahme eigener Lebensmittel
- Verzicht auf massive schauspielerische Elemente (spielen einer verwirrten Person)
- Verzicht auf das Äußern extremer Wünsche
- Die Entscheidung über den notwendigen Hilfebedarf trifft jede Schülerin nach eigenen Vorstellungen

Die Schülerinnen entschieden sich für unterschiedliche Hilfebedürftigkeit, die folgende Aufstellung zählt alle gewählten Bereiche auf:

- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Hilfe bei der Körperpflege / Baden
- Hilfe beim Transfer
- Hilfe beim Umgang mit dem Rollstuhl
- Hilfe bei der Ausscheidung (Bereitstellung von absorbierenden Inkontinenzprodukten bei eigenständigem Wechsel)

Die Schülerinnen wurden dann zu den vereinbarten Zeiten in den verschiedenen Altenheimen aufgenommen und (er-)lebten anschließend die Institution Altenheim in einer für sie fremden Art und Weise für 24 Stunden.

## Projektauswertung

Die Auswertung der Erfahrungen fand am Unterrichtstag nach Projektende statt. Die teilnehmenden Schülerinnen wurden an diesem Unterrichtstag von jeweils zwei Mitschülerinnen auf der Basis eines Fragebogens interviewt. Obwohl in dem vorliegenden Projekt und dessen Auswertung die Erfahrungen von Menschen den zentralen Punkt darstellen und hier unter wissenschaftlicher Betrachtung das narrative Interview die adäquate Erhebungsmethode darstellt, wurde wegen der

natürlicherweise nicht vorhandenen Methodenkompetenz der MitschülerInnen jedoch die o.g. Methode gewählt.

Dieses wird unter Berücksichtigung der Intention des Projekts als sinnvoll gewertet. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass an die Durchführung und Auswertung dieses Projekts im Rahmen der Altenpflegeausbildung nicht der Anspruch einer wissenschaftlichen Studie gestellt wurde, sondern die Chance des erfahrungsbezogenen Lernens für die Schülerinnen im Vordergrund stand.

Nachdem dieser Teil der Auswertungsphase abgeschlossen war, trafen sich alle Schülerinnen und der Projektleiter, um in einen Austausch der Erfahrungen und Gedanken einzutreten. Dieses unmittelbar anschließende Treffen fand mit dem Ziel statt, allen SchülerInnen des Kurses zeitnah einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Damit wurde die Möglichkeit eröffnet sowohl die eigenen Erfahrungen und Einstellungen zur Diskussion zu stellen als auch von den Erfahrungen und Anmerkungen der anderen zu partizipieren.

Die aufgezeichneten Interviews wurden von dem Projektleiter anschließend sinngemäß interpretierend zusammengefasst und verschriftlicht. Als weitere Grundlage dieser Verschriftlichung dienten die stichwortartige Mitschrift des Projektleiters bei dem gemeinsamen Gedanken- und Erfahrungsaustausch und die Berichte zweier Teilnehmerinnen, welche diese aus eigener Initiative erstellt haben. Die so vorgenommene Auswertung der Interviews wurde mit den jeweiligen Schülerinnen besprochen um die Validität dieser Interpretation zu erhöhen.

Nach dieser Besprechung wurden die so erhaltenen Ergebnisse des Erlebens der Schülerinnen mit dem im Vorfeld in der Theorie bearbeiteten Inhalte verglichen. Dabei stellte sich heraus, dass die im theoretischen Unterricht bearbeiteten Thesen bezüglich der

- Allgemeine Funktionen von Institutionen und
- Auswirkungen der Institution Altenheim auf die Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohner und Pflegepersonal

von den verschiedenen Schülerinnen - zwar in unterschiedlichem Ausmaß - jedoch in ähnlicher Form in der Praxis erlebt wurden. So kam es bei den Schülerinnen - obwohl sie sich im Vorfeld intensiv mit den Institutionalisierungseffekten auseinandergesetzt haben- zu folgenden Erlebnissen bzw. Erfahrungen:

Die Institutionalisierung führte zu

- einer Reduktion der sozialen Kontakte,
- einem reduzierten Aktivitätsniveau,
- einem reduzierten Motivationspotential,
- einem negativen Selbstbild,
- einem reduzierten Zeitgefühl,
- einer eingeschränkten räumlichen Orientierung und

- einem gesteigerten Sicherheitsgefühl.

Weiterhin erlebten die Schülerinnen eine Schwächung ihres (sozialen) Verantwortungsbewusstseins sowie eine Hemmung ihrer persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten.

Auch lässt sich die These des abrupten und von Schwierigkeiten begleiteten Rollenwechsels beim Eintritt in die Institution Altenheim durch die Erlebnisse der Schülerinnen stützen.

Des Weiteren beschreiben die Teilnehmerinnen den Verlust an Individualität durch die von ihnen als Pflicht wahrgenommene Teilnahme an der kollektiven Tagesablaufgestaltung.

Die These, dass die Bewohner eines Altenheims durch eine "große zeitliche Elastizität" gekennzeichnet sind, und so ständig für die verschiedenen Organisationsprogramme des Altenheims verfügbar sind, wird ebenfalls durch die Aussagen der Teilnehmerinnen bestätigt.

Weiterhin haben die Schülerinnen die Machtdifferenz zwischen sich (als Bewohnerin) und dem Pflegepersonal als sehr ausgeprägt erlebt, wobei sie die vorhandenen Beziehungsmuster aus ihrer Bewohnerperspektive als eher unpersönlich erlebten. Bemerkenswert erscheint auch die Tatsache, dass dieses Gefühl des unpersönlichen Kontakts insbesondere zu Zeiten hoher Arbeitsdichte auf der Station erfahren wurde.

Im übrigen bestätigte sich auch die These des hohen Abhängigkeitserlebens innerhalb der Institution. Die Teilnehmerinnen hatten den Eindruck, dass die Pflegepersonen über ein hohes Sanktionspotential verfügen, ohne dass dieses explizit geäußert bzw. angewandt wurde.

Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die in der Literatur beschriebenen Kennzeichen und möglichen Institutionalisierungseffekte von den Teilnehmerinnen im Rahmen dieses Projektes selbst erfahren wurden.

Die Situation innerhalb der Altenheime wurde von den Schülerinnen in dieser Weise erlebt, obwohl bei ihnen die Gewissheit vorhanden war, dass diese Situation nach 24 Stunden beendet sein würde und sie sich im Rahmen ihrer Ausbildung und eines solchen Projekts lediglich ein extremes Zerrbild der Realität der Altenheimbewohner entwickeln lässt. Weiterhin ist zu erwähnen, dass sich alle Schülerinnen in einem sehr guten Allgemeinzustand befanden. Auch waren Sie über die möglichen Institutionalisierungseffekte informiert, und hatten somit die Möglichkeit, diese Effekten durch ihr (emanzipiertes) Verhalten zu minimieren bzw. zu vermeiden. Dass dieses nicht erfolgte, lässt –bei aller gebotenen Vorsicht– darauf schließen, dass die von der Institution Altenheim ausgehende "Aura des Rechtmäßigen" einen sehr großen Einfluss auf das Erleben der dort Wohnenden besitzt.



Gleichzeitig wird im Rahmen der Projektauswertung deutlich, dass eigene Erfahrungen im Lernprozess eine wesentliche Funktion erfüllen, da sie die Menschen in die Lage versetzen eigene Einstellungen, Handlungen und daraus resultierendes Verhalten im (pflegerischen) Alltag zu verändern.

## **Bewertung und Ausblick**

Die Intention dieser Unterrichtsreihe war es, eine praktikable Möglichkeit zu finden, die den SchülerInnen die Lernchance eröffnet, sich mit gerontologischen Grundlagen im Bezug auf Stellung, Erleben und Verhalten alter Menschen sowohl auf kognitivem Weg als auch auf der Grundlage eigener Erfahrungen auseinander zusetzen, um auf diese Weise zu Erklärungs- und Veränderungsansätzen der (beruflichen) Wirklichkeit zu gelangen.

Nach Abschluss dieses Projekts kann konstatiert werden, dass - aufgrund der inhaltlichen und methodischen Auswertung dieses Projekts - die vorgestellte Vorgehensweise eine adäquate Möglichkeit darstellt, das eingangs formulierte Ziel zu erreichen. Den SchülerInnen wurde im Rahmen dieses Projekts die Möglichkeit gegeben die festgesetzten Inhalte sowohl mit Hilfe kognitiver Lernmethoden als auch mit Hilfe eigener Erfahrungen zu bearbeiten. Diese Möglichkeit wurde von den SchülerInnen individuell genutzt, denn einige empfanden die eigene Erfahrung als die ihrem Lerntypus entsprechende Lernmöglichkeit, anderen wiederum entsprach eher der kognitive Weg.

Prospektiv ist davon auszugehen, dass eine solche Form des Unterrichts den SchülerInnen die Möglichkeit bietet, aus der Synthese von theoretischen Grundlagen und Erklärungsansätzen und den eigenen in der Realität erlebten - und daher praxisnahen - Erfahrungen die bei sich selbst vorherrschenden Einstellungen, Haltungen und das auf dieser Grundlage stattfindende Verhalten kritisch zu reflektieren und die für notwendig erkannten Verhaltensänderungen in der (beruflichen) Praxis vornehmen zu können, um durch ihr eigenes - ggf. verändertes - Verhalten nachhaltig die Pflegequalität und damit die Lebensqualität der Bewohner zu optimieren. Es ist davon auszugehen, dass die hier gemachten Erfahrungen und die verinnerlichteten Haltungen die daraus resultierten, geeignet sind im Sinne einer Gewaltprophylaxe zu wirken und die ethische Entscheidungsfindung im Alltag erleichtern.

Gleichzeitig kann dieses adäquate (Pflege-) Handeln auch mit einer Erhöhung der eigenen Berufszufriedenheit einhergehen, welches einen ebenfalls nicht zu vernachlässigenden Aspekt darstellt.

Ob die skizzierten Auswirkungen tatsächlich in dieser Form eintreten werden, kann verständlicherweise zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit gesagt werden, da die Auswirkungen der in der Ausbildung offerierten Lernchancen als multifaktorielles, nicht vorhersehbares Phänomen einzustufen sind.

Die Erfahrungen während des Projekts und dessen Auswertung stellen jedenfalls eine Motivation dar, durch ähnliche Projekte den SchülerInnen auch zukünftig Lernchancen dieser Art zu eröffnen.

**Autor: Ulrich Sölken**

Diplom-Pflegepädagoge, Fachseminarleiter, Fachseminar für Altenpflege, Arn-  
berg

## Arbeitsgruppe 5: Vortrag: Ethik und erfahrungsorientiertes Lernen in der Pflege

Martha Jopt

### Vorbemerkungen

Pflegerisches Handeln ist verantwortliches Handeln und impliziert ethisches Verhalten. Unter diesem Gesichtspunkt sollte bzw. muss das Thema Ethik verstärkt in allen Fächern und Unterrichten der Pflegeausbildungen aufgenommen werden und darf sich nicht nur auf Bereiche wie Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde reduzieren. Es geht auch nicht nur darum, mit Blick auf die Berufsgeschichte zu fragen, was als gute und qualifizierte Krankenpflege galt, welche Normen und Regeln das Handeln bestimmten, sondern vielmehr darum, sich mit den Fragen zu beschäftigen: *„Was soll und kann ich in bestimmten Situationen tun? Was ist angemessen zu tun? Wie kann ich das Verhalten mit meinem Gewissen und meiner Berufsverpflichtung in Einklang bringen?“*. Wenn Unterricht nicht nur theoretisches Wissen vermittelt, sondern alltägliche und berufliche Situationen einübt, werden Antworten auf diese Fragen gefunden. Pflegerisches und allgemein berufliches Handeln kann so reflektiert und Routineverhalten hinterfragt und begründet werden.

Das Erfahrungsorientierte Lernen bietet gute Möglichkeiten, die Arbeit an Haltungen und Einstellungen aufzugreifen. Schon Bäuml-Roßnagel und Bäuml forderten mit dem „Prinzip der Lebensnähe“ einen direkten Bezug der Unterrichtsinhalte und Unterrichtsmethoden zum Leben bzw. Beruf zu schaffen, d.h. Fragen und Probleme der Praxis aufzugreifen (vgl. Bäuml-Roßnagel/Bäuml 1981, S. 97).

Mulke-Geisler nennt die Notwendigkeit der eigenen Körpererfahrung als wichtige Voraussetzung, um empathisch mit der Körperlichkeit des zu Pflegenden umgehen zu können. In dem Erspüren, „wie erlebe ich es selbst, wenn mich jemand pflegt“ sieht sie die Grunderkenntnis einführender Pflege (Mulke-Geisler, 1990, S. 39).

### Das erfahrungsbezogene Konzept von Scheller

Ingo Schellers Ansatz des erfahrungsbezogenen Unterrichts basiert auf der Grundlage, dass Lernende und auch die Lehrkraft, bedingt durch ihre individuelle Sozialisation, Erfahrungen unterschiedlicher Art mit in den Unterricht bringen. Diese Erfahrungen beruhen auf Situationen und Erlebnisse des Einzelnen, die zum Teil im Bewusstsein, zum anderen aber auch im sogenannten Körpergedächtnis, im sinnlichen Gedächtnis gespeichert sind und situativ aktiviert werden können. Sie benötigen nur einen jeweiligen Auslöser, z.B. Geräusche, Gerüche,

der Tonfall einer Stimme, Dunkelheit u.a. mehr, damit frühere Situationen und die damit verbundenen Emotionen wach werden. Scheller bezeichnet diesen Vorgang als „Symbolisierung“ von Erlebnissen, d.h., es werden ihnen subjektive Bedeutungen zugewiesen. Erfahrungen setzen also die Symbolisierung von Erlebnissen voraus. Im Alltag beeinflussen diese Erfahrungen unser Denken und Handeln, äußern sich unter anderem auch darin, wie wir anderen Menschen begegnen, welche Wertschätzung wir ihnen entgegen bringen (Scheller, 1996, S. 4).

Scheller weist aber deutlich darauf hin, dass Unterrichtssituationen allein (auch im Hinblick auf aktives Tun und offene Lernmöglichkeiten) noch kein Garant sind für Erfahrungen. Erst die aktive und bewusste Auseinandersetzung - die Verarbeitung - mit Erlebnissen, lässt Erfahrungen entstehen.

„Lernen, d.h. sich wirklich aufgrund neuer Erfahrungen so zu verändern, dass Mann/Frau sich neu und anders verhalten kann, setzt deshalb voraus, dass wir uns die subjektiven Anteile und Bedeutungen, die wir in neue Szenen einbringen und die dazu führen, dass wir diese in vorbestimmter Weise wahrnehmen und bewältigen, soweit wie möglich bewusst machen, in Entstehung und Wirkung verstehen lernen und nach Wegen suchen, uns anders zu verhalten“ (Scheller, 1996, S. 4).

Es wird deutlich, der erfahrungsbezogenen Didaktik geht es nicht allein um die Vermittlung neuer Inhalte mit einer schülerorientierten Methode, sondern darum, dass sich die Lernenden mit dem Lernstoff im Kontext der gesellschaftlichen Wirklichkeit auf dem Hintergrund ihrer individuellen Erfahrungen auseinandersetzen können.

## Die Unterrichtsplanung

Hierfür hat Scheller ein überschaubares, gut strukturiertes Konzept entwickelt. Es gliedert sich in drei Unterrichtsphasen:

### 1. Aneignung von Erfahrungen

Die Lehrperson schafft Situationen, in denen die Lernenden ihre Wahrnehmungen und Erlebnisse in Erinnerung rufen, diese darstellen und reflektieren können (z.B. die Lernenden besuchen eine Behinderteneinrichtung, sie erleben diese Situation und lassen sie wirken, anschließend erfolgt nicht wie üblich eine Nachbesprechung, sondern die Situation, die ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, wird beschrieben, gemalt, durch eine Collage gestaltet oder auch szenisch dargestellt). Im Zusammenhang mit vorher bearbeiteten Texten, Filmen, Bildern u.ä. (symbolisch in den Unterricht eingebracht) bezieht sich die Aneignung zunächst auf die subjektiven Bedeutungen, welche die Lernenden mit ihrem Erlebnissen verbinden. In dieser ersten Phase soll deshalb zunächst eine individuelle Auseinandersetzung mit dem Inhalt, in Form

von Einzelarbeit erfolgen. Die Lernenden können so ihren individuellen Zugang zum Inhalt zu knüpfen und symbolisieren (die Einzelarbeit kann ggf. bei vorhandener Erfahrung entfallen).

## 2. Verarbeitung von Erfahrungen

Darüber hinaus brauchen die Lernenden aber neue Perspektiven, Erklärungsmuster und Erfahrungen, damit sie das Erlebte neu sehen, interpretieren und in seinem gesellschaftlichen Kontext erklären können. In diesem Zusammenhang sind die Erlebnisse, Haltungen und Phantasien der Lernenden - auch wenn sie klischeehaft oder emotional umgangssprachlich abwertend sind – als Basis der Verarbeitung zu akzeptieren. Sie bilden das Ausgangsmaterial, das durch die Konfrontation mit anderen Einstellungen und durch Unterstützung von Fachwissen (z. B. Expertenbefragung, Literatur, wissenschaftliche Untersuchungen, Dokumentationen u.a.) bearbeitet und reorganisiert wird. Diese Phase der Verarbeitung erfolgt in Kleingruppen oder auch im Plenum. Das erworbene Wissen wird strukturiert und zentrale Aussagen werden herausgestellt. Anschließend wird die Veröffentlichung vorbereitet. Hier interessieren Fragen wie: Welchen Adressaten das Arbeitsergebnis zugänglich gemacht werden soll? Welche Intentionen damit verbunden sind? In welcher Form (Symbolisierung) und wo die Veröffentlichung erfolgen soll? Ob nur das Arbeitsergebnis oder auch der Arbeits- und Erfahrungsprozess offengelegt werden soll? usw.

## 3. Veröffentlichung von Erfahrungen

Ziel ist es, den Lern- und Erfahrungsprozess einer über den Klassenverband hinausgehenden Öffentlichkeit zugänglich zu machen, z.B. anderen Lerngruppen, einer Institution, einer öffentlichen Einrichtung, Freunden, Kollegen etc.. Durch die Veröffentlichung können wiederum neue Fragen aufgeworfen und Auseinandersetzungen in bezug auf Haltungen/Einstellungen ausgelöst werden.

Der Lehrperson kommt die wichtige Aufgabe zu, geeignete Materialien und Medien zur Verfügung zu stellen bzw. Situationen zu schaffen, damit die Lernenden sich ihre Erfahrungen in Erinnerung rufen und diese mitteilen können. Dieser Aspekt ist von besonderer Bedeutung in der Aneignungsphase, da hier sozusagen ein erster Berührungspunkt zwischen Inhalt und Erfahrungen erfolgt. Aber auch für die beiden anderen Phasen ist es wichtig, ein gut durchdachtes Angebot an Materialien bereit zu stellen, mit deren Hilfe die Lernenden den Inhalt auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen verarbeiten und veröffentlichen – symbolisieren - können.

„Symbolisierungsformen bilden Erlebnisse und Wirklichkeit nicht einfach ab, sondern strukturieren und interpretieren sie in bestimmter Weise“ (Scheller, 1996, S. 7).

## Symbolisierungsformen

Scheller (1987) zeigt eine Fülle von konkreten Möglichkeiten auf, diesen Dreischritt von Aneignung, Verarbeitung und Veröffentlichung von Erfahrungen zu leisten. Unter anderem sind dieses:

- das Gespräch
- das Schreiben
- das szenische Spiel
- das Lesen von Literatur
- das Fotografieren

## Lehrziele

Scheller (1996) erwähnt auch ausdrücklich die Notwendigkeit der Formulierung von Lehrzielen. Sie sollten Aussagen darüber machen, welche Erfahrungen/Erkenntnisse die Lernenden nach den Vorstellungen des Lehrers in Auseinandersetzung mit den Lerninhalten gewinnen z. B. in Bezug auf

- das Thema
- die Sozialformen, die eingegangen werden
- die Symbolisierungsformen (die in den einzelnen Phasen verwendet werden)

## Zeitraum der Planung

Bei der Planung von erfahrungsbezogenem Unterricht sind Unterrichtseinheiten einzelnen Stunden vorzuziehen. Die Lernenden haben dadurch eher die Möglichkeit, sich einzelnen Problemen und Fragestellungen vertieft zu widmen und ihre eigenen Erfahrungen mit denen der anderen auszutauschen und zu verarbeiten (Scheller 1987, S. 215).

## Praktische Umsetzung des Konzepts in der Arbeitsgruppe:

- Wegen des zeitlich engen Rahmens, wurde auf eine Vorstellungsrunde der 30 TeilnehmerInnen verzichtet und zunächst über eine Kartenabfrage eingeholt, welche Vorstellungen/Kenntnisse zum erfahrungsbezogenen Unterricht vorliegen. Eine zusammenfassende Auswertung ist dem Verlaufsprotokoll zu entnehmen.
- Danach wurde im kurzen Überblick das Konzept Schellers vorgestellt und die damit verbundenen Fragen geklärt.
- Für die Aneignungsphase, in der ein erster Zugang zum Thema erfolgen soll, wurden mit Blick auf die AdressatInnen der Arbeitsgruppe bewusst zwei Fall-

beispiele konstruiert, die mögliche Konfliktsituationen in deren beruflichen Alltag aufweisen. An ihnen soll die eigene Berufshaltung neu überdacht und in Auseinandersetzung mit den anderen Teilnehmern neu bewertet werden.

- Die Gruppe teilte sich in 2 kleinere Gruppen (a 15 TN), es wird entschieden, dass alle TeilnehmerInnen das Fallbeispiel 2 bearbeiten. Auf diese Weise ist später ein Vergleich bezüglich der Bearbeitung und der Arbeitsergebnisse möglich. (Bearbeitung/Ergebnisse s. Verlaufsprotokoll).
- Beide Gruppen stellen sich gegenseitig die Arbeitsergebnisse vor. Während Gruppe a in der Verarbeitungsphase mehr problemorientiert vorging, suchte Gruppe b (ähnlich dem Pflegeprozess) zunächst nach vorhandenen Ressourcen (weiteres zur Bearbeitung/Ergebnisse s. Verlaufsprotokoll).
- Angesichts der fortgeschrittenen Zeit konnte der Punkt: „Welche Ziele streben Sie an, wenn sich für einen Erfahrungsorientierten Unterricht entscheiden?“ nicht mehr bearbeitet werden, sie wurden aber durch die Bearbeitung deutlich.
- Ein abschließendes Blitzlicht der TeilnehmerInnen zu der Frage: „Was nehme ich aus der AG Erfahrungsbezogener Unterricht mit?“ rundete den Rahmen ab und spiegelt das Erleben dieser Arbeitsgruppe wieder (s. Verlaufsprotokoll).

## Literatur

Bäumli-Roßnagel, M. & Bäumli, I. (1981). Didaktik des Krankenpflegeunterrichts. Theoretische Grundlagen und praktische Beispiele. München: Urban & Schwarzenberg.

Mulke-Geisler, M. (1994). Erfahrungsbezogener Unterricht in der Krankenpflege (2. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer-Verlag.

Scheller, I. (1987). Erfahrungsbezogener Unterricht. Frankfurt a. Main: Scriptor Verlag.

Scheller, I. (1998). Szenisches Spiel. Handbuch für die pädagogische Praxis. Frankfurt a. Main: Scriptor Verlag.

Scheller, I. (1996). Erfahrungsbezogener Unterricht. Unterricht Pflege, 2, 4-7.

Welscher -Forche, U. (1999). Lernen fördern mit Elementen des szenischen Spiels. Hohengehren: Schneider Verlag.

**Autorin:**

**Martha Jopt**

Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule Bielefeld

**Verlaufsprotokoll der Arbeitsgruppe: Ethik in der Pflege / Erfahrungsorientierter Unterricht**

Protokoll: Martha Jopt, Dorothea Spürk

TOP 1: Kartenabfrage

**Was verstehen Sie als Teilnehmer unter „Erfahrungsbezogenem Unterricht“?**

- Schüler Erfahrungen machen und reflektieren lassen
- Erfahrungen der TN zum Gegenstand des Lernprozesses machen
- an die Erfahrungen der Schüler anknüpfen
- eigene Erfahrungen bleiben länger im Gedächtnis
- Motive, Werthaltungen der Schüler zu Tage bringen und bearbeiten
- aktives Erleben, Verstehen, Behalten
- selbständiges Entwickeln von Problemlösungen
- Arbeiten an realen Fällen
- Rollenspiele
- Aktivität, praktische Übungen
- Pflegesituationen, Alltagssituationen bearbeiten
- an Fallbeispielen, Fallstudien arbeiten
- zusammenwachsen von Theorie und Praxis
- das Konzept Schellers ist allen TN in seiner Struktur unbekannt

TOP 2: Impulsvortrag

**Wer ist Ingo Scheller?**

- Zunächst Lehrer an Gesamtschule und Gymnasium
- seit 1974 Dozent für ästhetisches Lernen und szenisches Spiel im Fachbereich Kommunikation /Ästhetik an der Carl-von-Ossietzky-Universität in Oldenburg
- Engagement für eine einphasige Lehrerausbildung in Niedersachsen

**Schellers Schul- und Unterrichtskritik: Forderungen**

- Unterrichtsinhalte lebensnäher gestalten
- Unterricht soll lebenswichtige Inhalte vermitteln
- Unterricht näher an den Interessen der Adressaten ausrichten
- Adressaten mehr in das Unterrichtsgeschehen einbeziehen, Aktivität einfordern



- Unterrichtsraum muss ein Erfahrungsraum sein
- Unterricht muss die Möglichkeit geben, Erfahrungen umzudenken
- Unterricht muss die Erfahrungen der Adressaten einbeziehen, dort anknüpfen  
Beispiel: Unterrichtsthema Injektionen, jeder hat Erfahrungen mit Injektionen, weil er z.B. schon mal eine Impfung erhalten hat. Daher muss einbezogen werden, was die Schüler über Injektionen schon wissen, was sie zu diesem Thema assoziieren.

### **Hypothesen zur Wirkung von erfahrungsbezogenem Unterricht**

- Erfahrungsbezogener Unterricht ist nachhaltiger
- Im erfahrungsbezogenen Unterricht verlässt der Lehrer seinen gewohnten Schutzraum (stringente Planung und Durchführung von Unterricht, planmäßige Vermittlung von Unterrichtsinhalten, wenig Unwägbarkeiten)
- Im erfahrungsbezogenen Unterricht erübrigen sich häufig viele sonst lehrerzentriert vermittelte Inhalte

TOP 3: Mediengestützter Impulsvortrag (s. Skript)

### **Unterrichtsorganisation in drei Phasen**

TOP 4:

### **Erste Erfahrungen der Gruppe mit den o. g. drei Unterrichtsphasen**

Fallbearbeitung in zwei Kleingruppen zum Thema: Konfliktsituationen im Beruf

### **Arbeitsauftrag**

#### **1. Aneignung von Erfahrungen**

Lesen Sie, jeder für sich, die „Situationsbeschreibung“ durch. Machen Sie sich Ihrer Erlebnisse, Bedeutungen, Gedanken, die Sie mit dem Inhalt des Textes verbinden, bewusst. Versuchen Sie, diese Gedanken festzuhalten und zu symbolisieren (Sprache/Schrift, Zeichnung etc.).

(Zeit: ca. 10 Min.)

#### **2. Verarbeitung von Erfahrungen**

Bringen Sie Ihre persönlichen Gedanken in die Kleingruppe ein. Tauschen Sie sich aus und diskutieren Sie miteinander.

a) Nehmen Sie in Ihrer Gruppe eine Situationsanalyse vor und überlegen Sie, wie sich die betreffenden Personen Ihrer Meinung nach im Sinne einer „ethischen Haltung“ verhalten müssten.

b) überlegen Sie, wie Sie Ihre Erfahrungen darstellen und veröffentlichen wollen  
(Zeit: ca. 40 Min.)

### 3. Veröffentlichung von Erfahrungen:

Stellen Sie als Gruppe das Ergebnis Ihres Lernprozesses vor und nennen Sie Möglichkeiten, in welchem Rahmen (Schule, Kollegium, Betrieb etc.) und mit welchen Symbolisierungsformen Sie dieses tun wollen.  
(Zeit:ca. 15 Min)

Arbeitsmaterialien:

Metaplanwand, Karten, Nadeln, Stifte, Arbeitsblatt:: Situationsbeschreibung  
Workshop: AG 5 Ethik in der Pflege/Erfahrungsbezogener Unterricht

## Situationsbeschreibung

### Beispiel 1:

Frauke K. , 33 Jahre alt, hat vor 5 Jahren ihre Zusatzausbildung als Lehrerin für Pflege absolviert. Die Schulleiterin, die Kollegen und auch die Auszubildenden schätzen sie als zuverlässige, engagierte und kooperative Mitarbeiterin sehr. So war es denn auch naheliegend, dass ihr kürzlich die Position der stellvertretenden Schulleitung angeboten wurde.

Zur Zeit befindet sich die Schulleitung in Urlaub, so dass Frauke K. die Verantwortung für den Ausbildungsbetrieb trägt. Grundsätzlich bereitet ihr diese Aufgabe keine Probleme, aber drei anstehende Kündigungen innerhalb der Probezeit, beschäftigen sie mehr, als ihr lieb ist.

Laut Beurteilungsbögen und Rücksprache mit den Mitarbeitern der jeweiligen Stationen, haben die betroffenen Schülerinnen gravierende Defizite in der Praxis, insbesondere aber im Umgang mit den Patienten.

Eine der betroffenen Schülerinnen, ist die Tochter eines Chefarztes. Sie steht unter der besonderen Obhut der Schulleitung und ist durch ein Nachrückverfahren noch in den laufenden Kurs aufgenommen worden.

Im Vergleich der Beurteilungen untereinander fällt Frauke K. auf, dass die Beurteilungsbögen der besagten Schülerin besonders „milde“ formuliert worden sind, so dass ihre Defizite nicht eindeutig dargelegt werden. Die schriftlichen Beurteilungen stehen in starkem Widerspruch zu den mündlichen Aussagen der Mitarbeiter der betroffenen Einsatzstationen. Erschwerend kommt hinzu, dass ihre Vorgesetzte für sie zur Zeit nicht erreichbar ist.

### Beispiel 2

Ines R. ist Praxisanleiterin. Seit nun schon fast 6 Jahren ist sie, gemeinsam mit einer weiteren Kollegin für die Anleitungen auf den neurologischen Stationen zuständig. Beide Kolleginnen verstehen sich gut und im Laufe der Zeit hat sich so etwas wie eine Freundschaft zwischen ihnen entwickelt. Etwas unzufrieden sind beide mit der Regelung, dass sie bei personellen Engpässen auf der Station zu den Schicht- und gelegentlich sogar zu Nachtdiensten herangezogen werden. Zur Zeit ist dieses einmal wieder der Fall, Ines Kollegin wurde für den Nachtdienst eingeteilt. Elvira B. ist Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr. Sie hat sich mit Überzeugung für diesen Beruf, der ihr viel Freude macht, entschieden und bisher diesen Entschluss noch nie bereut. Nach der Ausbildung denkt sie sogar daran, sich weiter zu qualifizieren. Zur Zeit ist sie, zusammen mit einer examinierten Kraft für die Nachtwache auf einer neurologischen Abteilung eingeteilt. Sie freut sich, als sie erfährt, dass es eine von den Praxisanleiterinnen ist und sieht darin eine Chance, bestimmte Pflegehandlungen unter fachlicher Anleitung üben zu können. Leider verläuft diese

Nachtdienst anders als erwartet. Elvira B. stellt gerade die Spätmedizin, als sie merkt, dass das Luminal (10 mg) ausgegangen ist. Die mitwachende Kollegin bietet sich an dieses Medikament von einer anderen Abteilung zu besorgen. Sie kommt mit einer Tablette im Medikamentenschälchen zurück und teilt Elvira mit, dass dieses das gewünschte Luminal sei. Elvira zögert zunächst, da für sie wegen der fehlenden Originalverpackung eine Überprüfung des Medikamentes nicht möglich ist. Dann überzeugt sie aber die Tatsache, dass die Praxisanleiterin schon gewissenhaft handeln würde. Diese Entscheidung war falsch. Am nächsten morgen stellte sich heraus, dass der Patient, der das Luminal bekommen hatte, eine Überdosierung erhalten hatte (Luminal 20mg). Er hatte einen starken Medikamentenüberhang, die hohe Dosis wirkte narkotisch.

Elvira B. wurden Konsequenzen angedroht, sie hat Angst vor einer Kündigung und das kurz vor Ende der Ausbildung. Immer wieder beteuert sie, dass sie sich auf die fachliche Kompetenz der Praxisanleiterin verlassen hat. Diese beteuert aber, sie habe Elvira darüber informiert, dass es sich um eine höhere Dosierung handelt.

Als Ines R. am nächsten Tag mit ihrer Kollegin über diese Situation spricht, gesteht ihr diese im Vertrauen, dass sie vergessen habe, die Schülerin über die hohe Dosierung zu informieren. In ihrer Angst und Not vor den Konsequenzen habe sie zu diesem Sachverhalt geschwiegen. Sie sei allerdings davon ausgegangen, dass die Schülerin nur zum umsichtigeren Arbeiten ermahnt werden würde.

Als Ines R. sie auffordert die Sache richtig zu stellen stößt sie auf Ablehnung. Die Kollegin befürchtet berufliche Konsequenzen.

## Arbeitsergebnisse der Gruppe 5a:

### Aneignungsphase

Die Gruppe beginnt zunächst, nachdem sie das Fallbeispiel gelesen und eine erste Auseinandersetzung erlebt hat, mit einer Situationsanalyse. Welche Fakten stehen im Vordergrund?

- es besteht Angst und Unsicherheit auf beiden Seiten
- Vertrauensverlust und Enttäuschung bei der Schülerin in bezug auf die Praxisanleiterin
- Angst vor beruflichen Konsequenzen bei beiden
- Machtstrukturen werden deutlich
- Abhängigkeit/Hilflosigkeit bei der Schülerin
- verantwortungsloses Handeln seitens der Praxisanleiterin
- von der befreundeten Kollegin wird Loyalität erwartet
- das Fehlverhalten, wird ohne weitere Recherche, der Schülerin zugeschrieben

### Verarbeitungsphase

Danach wurde in der Gruppe überlegt, ob es Ressourcen gibt, die zur Lösung dieses Konfliktes genutzt werden können. Diese wurden gesehen:

- in der Freundschaft zwischen den beiden Praxisanleiterinnen
- in der ethischen Berufshaltung der Praxisanleiterin Ines R.

- in den bisher überzeugenden Leistungen, Berufsbefähigung der betroffenen Schülerin Elvira B.

Welche Konfliktlösungsmöglichkeiten werden gesehen?

- Ines R. kann die Kollegin dazu bewegen, die Wahrheit zu sagen um damit die Schülerin zu entlasten
- Ines R. kann ihre Kollegin in diesem Prozess begleiten, ihr Rückhalt geben
- alle Beteiligten können die Möglichkeit der Supervision/kollegialen Beratung nutzen
- Elvira B. sollte sich dem Vertrauenslehrer/Kursleiter der Ausbildungsstelle anvertrauen
- die betroffenen Personen und deren Dienstvorgesetzte ( Schulleitung/ Pflegedienstleitung) suchen das klärende Gespräch miteinander
- die Mitarbeitervertretung kann eingeschaltet werden

### Veröffentlichung

Denkbar wären hier verschiedene Möglichkeiten wie z.B.:

- das Fallbeispiel in der Schülerzeitung veröffentlichen „Wie hättest Du dich verhalten?“ (als Anregung für Diskussionen)
- Rollenspiel mit Wechsel der Rollen (und anschließender Reflexion)
- Planspiel (und Auswertung)
- Wandzeitung, Arbeitsergebnisse öffentlich aushängen

### Arbeitsergebnisse der Gruppe 5b:

#### Aneignungsphase: Blitzlicht in der Kleingruppe

- Erinnerung an Fehler im eigenen Berufsleben
- Erinnerung an eigene Loyalitäts- und Freundschaftskonflikte
- Erinnerung an eigene Leugnung von Fehlern
- Übernahme der Perspektive von Probanden aus dem Fall
- Überlegungen, wie sehr stehe ich im Beruf unter Erfolgsdruck
- Überlegungen, ob man immer die perfekte Schwester sein kann
- Je enger die persönliche Beziehung, um so schwieriger ist es, eine klare Position und Hilfestellung zu geben (hierzu gibt es auch gegenteilige Meinungen)
- Die Anleitungsperson verhält sich verantwortungslos
- Fehler sind menschlich
- Frage, würde ich den Fehler öffentlich machen
- Konsequenz: für Schülerin ist Vertrauen in Fachkompetenz der Anleiterin zerstört

- Konsequenz: Für Kollegin ist Vertrauen in Freundin zerstört
- Beide, die Schülerin und die Anleiterin, haben Angst vor den Konsequenzen
- Freundin hat Loyalitätskonflikt gegenüber der Schülerin Elvira B. und Ines R.
- Die Schule hat zu schnell, zu heftig und ohne die andere Seite zu hören, reagiert

#### **Verarbeitungsphase: Die Gruppe 5b diskutiert, was ist jetzt zu tun?**

- Ines R. muss Kollegin dazu bringen, den Fehler zuzugeben
- Ines R. muss ein Gespräch mit Kollegin und Elvira B. anbahnen
- Ines R. kann Kollegin und Elvira B. anbieten, „Leitungsgespräche“ vorzubereiten und/oder als „neutrale Person“ oder „Fürsprecher“ mit anwesend zu sein

#### **Veröffentlichung: Die Gruppe 5b könnte sich verschiedene Rollenspiele vorstellen:**

- Gespräch zwischen den Freundinnen
- Gespräch zwischen Ines R. und Elvira B.
- Gespräch zwischen Schulleitung und Praxisanleiterinnen
- Gespräch zwischen Pflegedienstleiterin und Praxisanleiterinnen.
- Konflikt in Qualitätszirkel vorstellen und Richtlinien für das Haus festhalten

#### **Fragen zur Methode**

Bei der Fallbearbeitung ergaben sich Fragen zum methodischen Vorgehen, die im Anschluss an die Vorstellung der Ergebnisse geklärt wurden.

Diesbezüglich wurden folgende Ergebnisse festgehalten:

- Die Aneignungsphase, dient im Wesentlichen dazu, Betroffenheit auszulösen. Es sollen Berührungspunkte zum eigenen Erleben geschaffen werden. Dies kann geschehen, indem der Adressat in eine angebotene Rolle schlüpft, z.B. aus dem beschriebenen Fall, oder dadurch, dass der Adressat eine ähnlich erlebte Situation hochkommen lässt und sich an die konkrete Situation erinnert oder dadurch, dass einfach Phantasien entwickelt werden, wie sich die vorgegebene Situation in seinen Einzelheiten darstellt bzw. weiterentwickeln könnte.
- Wichtig für die Aneignungsphase ist es, das passende Instrument, das geeignete Medium zu finden, das es ermöglicht persönliche Betroffenheit bei den Adressaten auszulösen, Emotionen und Erlebnisse in Erinnerung zu rufen.

- Da die Fallbearbeitung einige Workshopteilnehmer an die Methode des „Problemorientierten Lernens“ erinnert, wird für die in der AG vorgenommene Situationsanalyse festgehalten, dass sich erfahrungsbezogenes und problemorientiertes Lernen nicht immer eindeutig voneinander trennen lassen.

## TOP 5: Blitzlicht

### Was nehme ich aus der AG „Erfahrungsbezogener Unterricht“ mit?

- Neugierde, Lust nachzulesen, mich einzuarbeiten
- Gute eigene Erfahrungen in der Kleingruppenarbeit und durch die Fallbearbeitung
- Mut, die Methode anzuwenden
- Diese Unterrichtsmethode eignet sich nicht für alle Unterrichtsinhalte. Sie eignet sich zur Arbeit an Einstellungen und Haltungen, weniger zur Vermittlung von Faktenwissen
- Methode ist besonders geeignet, um affektive Lernziele zu erreichen
- Es ist wichtig, die affektiven Ziele für das Unterrichtsthema zu klären
- Es ist wichtig, in der Aneignungsphase das richtige Medium zu finden
- Erfahrungsbezogener Unterricht hat eine feste Struktur. Man kann nicht einfach eine Phase weglassen. Insbesondere die Phase der Veröffentlichung fehlt häufig im Pflegeunterricht
- Es wird einfacher den erfahrungsbezogenen Unterricht anzuwenden, er wird „berechenbarer“, wenn man die Gruppe der Adressaten gut kennt
- Trotz hoher „Emotionalität“ kommt man zu Lösungsmöglichkeiten in Konfliktsituationen (s. Übungsbeispiel)
- Methode bietet eine gute Gesprächsgrundlage und schafft eine gute Lern- und Arbeitsatmosphäre
- Befürchtung: Die Methode braucht viel Erfahrung, ist aber sehr wirksam
- Erkenntnis: Man kann auch Anteile der Methode anwenden, man kann sich aussuchen, mit welchem Thema man anfangen möchte, z.B. ein Thema in dem man sich als Lehrer sicher fühlt

## Arbeitsgruppe 6: Stichwortsammlung: Leben und Wohnen im Alter

- Wunsch der Alten von morgen -

Ein prämiertes Projekt der Robert Bosch Stiftung

Angelika Steinhart-Neff

### 1. Eine erste Annäherung

Ethik (griech. Sittenlehre):

- sittliche Forderungen an das Handeln
- Voraussetzung ist die Freiheit und die sittliche Verantwortlichkeit des Individuums in der jeweiligen Situation
- Ethik (normative -) begründet die sittlichen Forderungen an den Menschen. Die Forderungen können rein menschlich begründet sein oder sich von einer übermenschlichen Autorität ableiten
- Individualethik: Forderungen des Menschen an sich selbst, unabhängig von seiner gesellschaftlichen Situation
- Sozialethik: Forderung an eine soziale Gemeinschaft
- Ein allgemeines Sittengesetz, auf das sich Rechtssprechung und Politik stützen könnten, ist bei dem wachsenden Individualismus der modernen Kultur nur noch in Umrissen festzustellen, auch wenn im Zuge der Rüstungs- und Ökologieproblematik die Forderung danach zunehmend immer lauter wird.

Gewalt:

- Form der Ausübung von Macht durch Anwendung von Zwangsmitteln.
- Psychische und physische Gewalt
- Gewaltverhältnisse tragen zunächst einen einseitigen Charakter, können jedoch Gegengewalt provozieren
- Unterscheidung in: innerstaatliche Gewalt (z.B. Justiz), außerstaatliche (z.B. Kriege), personelle und strukturelle, systembedingte (z.B. Ausbeutung, Unterdrückung von Minderheiten)
- Das Moment der Gewalt durchzieht die ganze Menschheitsgeschichte. Ebenso durchgängig sind Versuche alternative Konfliktmodelle zu entwickeln, wie auch Versuche, Gewalt zu rechtfertigen (gerechter Krieg, heiliger Krieg,...)

Gewaltverzicht:

- tragender aber vielfach missachteter Grundsatz der UN: Mitglieder der UN haben sich in ihren gegenseitigen Beziehungen der Androhung oder Anwendung von Gewalt zu enthalten.
- Die BRD hat den Gewaltverzicht zum Verfassungsgebot (Art.26 Abs.1 GG) erhoben.

Aus: Goldmann Lexikon

## 2. Ethik und Gewalt in der Pflege

### 2.1. Fragen, die sich auf tun für Menschen, die in der Altenarbeit tätig sind:

- was (welche sittlichen Vorstellungen: Geldverdienen, Dienst am Nächsten, „bloße“ Beschäftigung, Neugierde, Machtgelüste, Zwangsverpflichtung,...) leitet mich zu diesem Beruf und in diesem Beruf ?
- welche „Haltungen“ nehme ich ein, den BWInnen, den MitarbeiterInnen gegenüber ?
- welches Menschenbild trage ich in mir ?
- was bestimmt mein Handeln, mein Verhalten ?

### 2.2. Fragen, die sich auf tun für eine „alternde Gesellschaft“:

- wie gehen wir mit Menschen um, die nicht (mehr) den Regeln des „fit and fun – Zeitalters“ gerecht werden/entsprechen ?
- wie gehen wir mit so vielen hilfsbedürftigen Menschen um?
- wer soll das bezahlen ?

### 2.3. Schlagworte in diesem Zusammenhang:

Krieg der Generationen

Sterbehilfe

Siechtum

Armut

Gewalt

Macht

Einsamkeit

Trauer

Augen und Ohren verschließen

Gegenseitige Vorwürfe (Leben auf Kosten kommender Generationen)

Anerkennung der Alten

gegenseitige Wertschätzung

Nutzen der Ressourcen

Konkurrenz

## 3. Wie äußert sich Gewalt im Alltag in der stationären und ambulanten Pflege?

- strukturelle Gewalt:



- z.B. feste Weck-, Aufsteh-, Essenszeiten, zu wenig Angebote für Geist und Seele (vorausgesetzt die Pflege des Körpers erfolgt fachgerecht-aktivierend-zugewandt) z.B. kulturelle Angebote, Begegnungsangebote,
- systembedingte Gewalt: z.B. Armut, im ländlichen Raum keine alternativen Angebote (1 Anbieter dessen Angebot „gewählt“ werden muß)
- körperliche Gewalt: Auszug aus Artikel: „DIE ZEIT“
- mögliche Ursachen: Überforderung, Hass, Unverständnis, keine Fachlichkeit,
- psychische Gewalt: Auszug aus Artikel: „DIE ZEIT“

#### 4. Unser Projekt: LEBEN UND WOHNEN IM ALTER so wünschen wir es – denn WIR SIND DIE ALTEN VON MORGEN

##### 4.1 Ausgangssituation

- Vielfalt an SchülerInnen: Ressourcen, Probleme, Biographien,.....
- Vielfalt an Einrichtungen: MS-Heim, ZfP, Seniorenwohnanlage, klassisches Altenpflegeheim,.....
- Duales Ausbildung: 2 Tage in der Schule, dann in den Einrichtungen
- Engagierte SchülerInnen in der Klasse

##### 4.2 Wie entstand dieses Projekt:

- Diskrepanz im Unterricht zwischen Theorie/Ideal die/das in der Schule vermittelt wird und der Praxis/Realität im Alltag
- Umfrage bei SchülerInnen: wer möchte in „seiner“ Einrichtung alt werden ?  
NAHEZU NIEMAND
- Riesiges Potential an Ideen und Ressourcen in der SchülerInnenschaft
- Offenheit bei Anbietern, die sich am Markt (Pflegeversicherung) behaupten wollen
- Unzufriedenheit mit den derzeitigen Gegebenheiten: „wir würden das ganz anders machen“ Die Frage war: „WIE DENN“

##### 4.3 Herangehensweise:

- Methode „Zukunftswerkstatt“: Beschreibung des Ist -zustandes, Vision: „wildes“ Sammeln von Ideen ohne jede Selbstbeschränkung, Umsetzung: welche Schritte unternehmen wir, Nah- und Fernziele,.....

- Gesprächsrunde mit einem „Anbieter“ in unserem Raum: Pflegemarkt unter der Lupe, neue Rahmenbedingungen, Konsequenzen und Chancen im Pflegealltag
- Besichtigung der Wohnanlage „Lebensräume für Jung und Alt“: Pflegeplanung, Dienstpläne, Pflegeversicherung, Angehörigenarbeit, Biographisches Arbeiten
- Bildung von Arbeitsgruppen: 1 Schüler übernahm die methodische Hinführung: Insgesamt entstanden 6 Arbeitsgruppen mit folgenden Themenbereichen:
  - Wünsche aus der Sicht der BewohnerInnen
  - Wünsche aus der Sicht als MitarbeiterInnen
  - Gemeinwesenarbeit, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit
  - Aktivierung und Rehabilitation
  - Architektur und Räume
  - Finanzierung
- Informationen zum Konzept des „lean-management“, Angebotsdesign und Pflegprofil (ATG-Haus in Frankfurt)
- Vorstellung der Gruppenergebnisse im Plenum
- Entscheidung über Präsentation
  - 2 Wochen in der Landesbank-Kreissparkasse Bad Saulgau vom 25.6.-16.7.99
  - Ergebnisse ausstellungsgerecht aufbereiten, sinnfroh, plakativ, informativ, Neugierde weckend,.....
  - Ausstellungseröffnung: Allgemeine Einführung in die Thematik, Vorstellung der „Leitfiguren“ und der 6 Kojen, Tänze, Sekt und Häppchen
  - Rahmenprogramm: Wunschbuch, Schnupperkurs bei der Seniorentanzgruppe, Vorstellung von Hilfsmitteln, von biographischen Spielen (Vertellekes, Lebensreise), Entspannungsübungen wie Phantasiereise, Muskelentspannung, meditative Tänze, Mandalas, autogenes Training, Informationen durch die Pflegekasse, Besuch der BewohnerInnen des Altenpflegeheimes Bad Saulgau, organisiert und durchgeführt durch die 1. und 2. Klasse der Berufsfachschule für Altenpflege in Bad Saulgau
  - Öffentlichkeitsarbeit: Presse, Radio, Gespräche mit PolitikerInnen

#### 4.4 Ziele

- nicht „nur“ Vermittlung von Faktenwissen sondern auch Vermittlung sog. Schlüsselqualifikationen: autonome Handlungsfähigkeit, soziale und kommunikative Kompetenzen, Kooperations- und Teamfähigkeit, Flexibilität, Gestaltungs- und Mitbestimmungskompetenz, problemlösendes Verhalten, Ent-

scheidungs- und Durchsetzungsfähigkeit, Konflikt- und Kritikfähigkeit, Mobilität,...

- erfahren, dass in der Pflege bestimmte Haltungen und Einstellungen gefordert sind z.B. Aufgeschlossenheit, Toleranz, Initiative, Verantwortungsbereitschaft, Leistungsfreude, Zielstrebigkeit,.....
- neue Wege beschreiten als Schule: Projekte als Alternative zum herkömmlichen Unterricht, Öffnung der Schule nach innen und außen,.....
- Auf die Situation in der Altenhilfe aufmerksam machen – Öffentlichkeitsarbeit
- .....

Kurzvorstellung um 13.30, ca. 10 Minuten

1. Projekt:

„LEBEN UND WOHNEN IM ALTER so wünschen wir es – denn  
WIR SIND DIE ALTEN VON MORGEN“

2. Was hat dieses Projekt mit Ethik und Gewalt in der Pflege zu tun ?

- Jedes Jahr frage ich die SchülerInnen der 2. Klasse (in BaWü dauert die Ausbildung zur AltenpflegerIn insgesamt 3 Jahre): wollen Sie in ihrer Einrichtung alt werden ?. Nur ganz wenige wollen: 1-2 von 30 wenn überhaupt.
- Warum ist das so ? Diese Frage zu untersuchen unter den Aspekten Ethik und Gewalt in der Pflege wäre sicher spannend und interessant

3. Der Auslöser für unser Projekt war der Ausbildungsalltag:

Schule vermittelt Theorie, Ideal: so sollte es sein

Die Praxis, der Alltag in den Heimen, Einrichtungen der Altenhilfe sieht aber ganz anders aus

4. Aus beiden Erfahrungen formulierten die SchülerInnen:

- wir würden die Betreuung und Begleitung der uns anvertrauten Menschen ganz anders machen
- die Frage war :WIE

5. das Projekt ganz grob umrissen:

- Ausgangssituation: Potentiale und Probleme
- Entstehungsgeschichte
- Herangehensweise
- Ziele
- Ergebnisse

6. Verbindung zum Thema des heutigen Workshops:
- was muss sich verändern, dass sich die PflegerInnen von heute morgen in den Einrichtungen der Altenhilfe wohlfühlen ?
  - wie sieht der Alltag aus ? mit welcher ethischen Grundhaltung begegnen wir heute den Alten, dem Alter ? Wie und wo äußert sich welche Form von Gewalt ?

Diesen Fragen könnten wir im Rahmen des Workshops nachgehen

## Protokoll der Arbeitsgruppe 6: Leben und Wohnen im Alter

### Vorstellung eines Projekts an der Altenpflegeschule in Bad Saulgau

Ausgangssituation:

- Die Schüler der Altenpflegeschule sind äußerst unterschiedlich im Bezug auf Alter, Vorbildung und Lebenserfahrungen.
- Die Schülerinnen arbeiten in sehr unterschiedlichen Einrichtungen, wie z.B. Altenheimen, Wohngruppen, Psychiatrischen Kliniken, usw.
- Diskussion zum bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz und zur derzeitigen Situation in Bad Saulgau.
  
- Vorgehensweise:
- Die Schüler haben sich Gedanken zum Altern gemacht, wie stellen sich die Schüler ihr eigenes Altern vor.
- Ihre Zukunftsvisionen haben sie mit der Ist-Situation verglichen. Um eine genaue Ist-Situationsbestimmung vornehmen zu können, haben die Auszubildenden verschiedene Altenwohnanlagen besichtigt und mit deren Leitern bzw. Leiterinnen Gespräche geführt.
- Es wurde eine gemeinsame Entscheidung über die Art und Weise der Präsentation des Projekts getroffen. Es gab eine Ausstellung, die über 14 Tage im Eingangsbereich einer Sparkasse zu besichtigen war, außerdem eine Eröffnungsfeier mit Rahmenprogramm. Dabei haben sich Altenheime vorgestellt, Firmen haben Rehabilitationshilfsmittel präsentiert, eine andere Klasse der Altenpflegeschule hat Tänze aufgeführt und es gab ein Wunschbuch, in das jeder Besucher seine eigenen Wünsche für sein eigenes Alter eintragen konnte. Zu den Besuchern zählten auch die Bewohner des örtlichen Altenheims.
- Einteilung (nach Interesse) in verschiedene Arbeitsgruppen:

1. Arbeitsgruppe: Was wünschen sich die BewohnerInnen?  
Inhalt war hier z.B. eine Frühstücksbuffet anzubieten.

2. Arbeitsgruppe: Was wünsche ich mir als Mitarbeiterin?  
An dieser Stelle gab es in unserer Arbeitsgruppe eine Diskussion über die stetig sinkende Verweildauer im Beruf und die mangelnde Pflege der Mitarbeiter.
3. Arbeitsgruppe: Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Gemeinwesen  
Frau Steinert-Neff stellte dazu fest, dass sie den größten Teil der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt hat, da die Schülerinnen damit überlastet waren.
4. Arbeitsgruppe: Aktivierung und Rehabilitation
5. Arbeitsgruppe: Architektur und Planung  
Diese Gruppe hat ein Modell eines perfekten Altenheims gebaut.
6. Arbeitsgruppe: Finanzierung  
Die Auszubildenden haben zwei unterschiedliche Muster-Finanzierungspläne für Altenheime mit je 30 und 120 Betten berechnet.

#### Ziele:

- Die Schule wollte mit dieser Projektarbeit nicht mehr nur kognitive Inhalte vermitteln, sondern Schlüsselqualifikationen stärken.
- Es sollten neue Wege in den Unterrichtsmethoden besprochen werden.
- Die Altenpflegeausbildung sollte in der Öffentlichkeit ein positiveres Bild bekommen.
- Die Schülerinnen sollten erfahren, erkennen, daß in der Pflege bestimmte Haltungen und Einstellungen gefordert sind.

#### Diskussion zu folgenden Punkten:

- Konfrontation der Schülerinnen mit den Wünschen und deren Finanzierbarkeit / Realisierbarkeit dieser Wünsche.
- Mit kreativen Lösungen sind viele Wünsche finanzierbar, die Beschränkungen finden eher im Kopf statt.
- Integration von Rehabilitationsmaßnahmen und Aktivierung in den Pflegealltag
- Wie verhindert man, dass die Schüler, die an diesem Projekt teilgenommen haben und nach ihrer Ausbildung hoch motiviert in den Arbeitsalltag gegangen sind, ihren Elan verlieren. Ein Vorschlag dazu war in der neuen Arbeitswelt als examinierte Altenpflegerin „Inseln“ zu schaffen.  
Damit ist gemeint, dass die Altenpflegerinnen nicht alleine versuchen ihre Ideen durchzusetzen, sondern sich Gleichgesinnte suchen.
- Die Umsetzbarkeit der erarbeiteten Träume vom perfekten Altenheim.

Dazu sagte Frau Steinert-Neff, dass Anteile umgesetzt wurden, wie z.B. das Frühstücksbüffet. Vieles würde jedoch an unflexiblen Stations- und Heimleitungen scheitern. Wenn es z.B. um die Veränderung der Essens- oder Waschzeiten gehe, gibt es massive Proteste. Sie geht jedoch davon aus, dass in den nächsten Jahren im Rahmen von wachsender Konkurrenz und Qualitätsmanagement die

- Situation verbessern wird. Außerdem hat sie darauf hingewiesen, daß es ein Nachfolgeprojekt geben wird.

### **Was muss man beachten, wenn man das Projekt in anderen Schulen multiplizieren will?**

- Kleine Schritte machen und nicht nur an ideale Versionen denken.
- Es sollte eine Umsetzung der Theorie in die Praxis erfolgen.
- Die Mitarbeiter in der Praxis müssen zumindest informiert, besser noch integriert werden.
- Der alte Mensch steht im Mittelpunkt, d.h. keine hervorragend designten Räume, sondern dem alten Menschen angemessenen Räume.
- Die Einrichtungsleitungen müssen dem Projekt positiv gegenüberstehen.
- Im Vorfeld muss bereits ein klares umfassendes Konzept erarbeitet werden.
- Die Angehörigen der Bewohner sollten mit einbezogen werden. Es muss geklärt werden, dass Pflegende und Angehörige das gleiche Ziel haben.

Das Projekt ist von der Boschstiftung prämiert worden, es wird im Quepnet veröffentlicht.

## Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Deutlich wurde, dass die Themen Ethik und Gewalt in der Pflegeausbildung einen breiteren Raum einnehmen müssen. Das Thema Gewalt mit seinen vielfältigen Erscheinungsformen wie physischer, psychischer und struktureller Gewalt wird in seiner gesamten Variationsbreite eher selten Gegenstand des Unterrichts. Insbesondere subtile Formen von Gewalt, wie verzögertes Reagieren auf bestimmte Pflegebedürfnisse oder die Vernachlässigungen von bestimmten Pflegebedarfen müssen deutlicher als Formen von Gewalt diskutiert und reflektiert werden. Die Ausbildungsstätte ist außerdem angefragt, auch die Bedingungen des Krankenhauses oder der Altenheime im Unterricht aufzugreifen, die Überforderung und Stressbelastungen begünstigen und darüber evtl. zu Gewaltphänomenen beitragen. Und es geht auch darum, strukturellen Gewaltpotentiale zu erkennen und gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern zu diskutieren. Das Erkennen von Handlungsspielräumen und Einflusschancen stärkt die Möglichkeit, Veränderungspotentiale zu erkennen und das System mitzugestalten.

### **Ausbildungsziele, Fähigkeiten und Fertigkeiten die sich aus den Diskussionsergebnissen ableiten lassen:**

- verantwortlich und begründet handeln
- die Würde des Menschen achten
- Vorbehalte und Vorurteile gegenüber dem Fremden reflektieren können
- berufliches Handeln aus ethischer Perspektive reflektieren können
- Gewalt in der Interaktion mit anderen erkennen
- eine begründete ethische Position auch gegenüber anderen ausweisen können
- Perspektivenflexibilität und Rollenübernahmefähigkeiten
- den Pflegeberuf als einen Dienstleistungsberuf verstehen
- die eigenen Belastungsgrenzen kennen und Bewältigungsstrategien einsetzen
- Strukturelle Gewaltphänomene innerhalb der Organisation erkennen und diese ansprechen
- Überforderungsanzeichen auch bei pflegenden Bezugspersonen erkennen und angemessene Beratungsangebote entwickeln
- zu widersprechen wenn Unrecht und Gewaltphänomene sichtbar werden (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000)

### **Unterrichtsmethoden**

Die o.g. Unterrichtsziele erfordern eine spezifische Auswahl von Unterrichtsinhalten und die Umsetzung von Unterrichtsmethoden, die neben kognitivem auch affektives und psychomotorisches Lernen begünstigen. Zu diesen Methoden gehört auch die Projektmethode, aber auch das problemorientierte und erfahrungsorientierte Lernen. Die Diskussionsmethode bietet die Möglichkeit, Einstellungen

zu reflektieren und zu revidieren. Ergänzt werden kann die Diskussionsmethode durch die Expertenbefragung und das Streitgespräch. Rollenspiele und die Arbeit mit Simulationspatienten eignet sich besonders gut zur Anbahnung von Perspektivität (Gage & Berliner, 1985)

### **Literatur:**

Gage, N. L. & Berliner, D. C. (1984). Pädagogische Psychologie. Band 2. Weinheim: Beltz.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2000). Pflege neu denken. Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.