

PflegeLeben

Pflege · Werte · Zukunft

Eine spezielle Form von Gewalt:

Freiheitsentziehende Maßnahmen Seite 06

Warum entscheiden sich
Pfleger für die
Anwendung
freiheitsbeschränkender
Maßnahmen?

Seite 12

Freiheitsentziehende
Maßnahmen
und ethische Prinzipien

Seite 17

Beruflich und persönlich
vorankommen

Seite 11



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Ansprechen, begeistern, mitnehmen

Gemeinsam sind wir stark. Wir vertreten die professionelle Pflege in politischen und gesellschaftlichen Gremien. Das können wir jedoch nur tun, weil Sie da sind. Ohne Ihr Votum und Ihre Förderung wäre der Verband nicht das, was er jetzt ist. Ihr Katholischer Pflegeverband e.V.

Damit wir auch in der Zukunft stark für Sie eintreten können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bedanken uns bei Ihnen für jede erfolgreiche Werbung eines neuen Mitglieds oder einer neuen korporativen Einrichtung mit einem kleinen Geschenk, das wir für Sie ausgesucht haben.

Unser Dankeschön für Sie:*



2 Sprechende digitale Waage

1



Handy Samsung E1150

3



Fußmassagegerät FM 8000CB von Bomann

5



Wellness-Set

4



Geschenkkarton Italien

Mehr Informationen:
www.kathpflegeverband.de

* Vorbehaltlich Lieferbarkeit. Sollte ein Artikel nicht mehr bezogen werden können, senden wir Ihnen nach Absprache einen vergleichbaren Artikel zu. Eine ausführlichere Beschreibung der Prämien finden Sie auf unserer Homepage im Internet.

Bitte ausschneiden und einsenden an: Katholischer Pflegeverband e.V., Adolf-Schmetzer-Str. 2-4, 93055 Regensburg

Beitrittserklärung des Geworbenen

Hiermit erkläre ich – unter Anerkennung der Satzung – meinen Beitritt zum

„Katholischen Pflegeverband e.V.“

Vor- und Zuname

Straße.....

PLZ/Ort.....

GeburtsdatumTelefon.....

tätig als.....in

VergütungsgruppeTVÖD

Vergütungsgruppe AVR

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Kath. Pflegeverbandes e.V. an.

Datum Unterschrift

Anschrift des Werbers

Vorname

Zuname

Straße.....

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Mitgliedsnr.

Bitte senden Sie mir die Prämie mit der

Nummer zu.

Inhalt

Aus dem Verband	04
Freiheitsentziehende Maßnahmen	06
Seminare und Veranstaltungen des Katholischen Pflegeverbandes	11
Warum entscheiden sich Pflegende für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen?	12
Freiheitsentziehende Maßnahmen und ethische Prinzipien	17
Aus den Landesgruppen	20
Termine des Katholischen Pflegeverbandes	20
Treue Mitglieder	21
Für Sie aktiv gewesen	23
Interview: Das Recht auf Freiheit	24
Kommentar: Pflegefall Politik?!	26
Interessante Bücher	28
Impressum	29
Bemerkenswert	30
Ich bin so frei ...	32
Alles, was Recht ist!	34

Editorial

Quark oder Käse?

Ganz bewusst spreche ich ein „altes“ Thema an: „Jedes Mitglied wirbt ein Mitglied!“ Ist der Satz nun ausgelaugt und abgedroschen oder vielleicht doch noch aktuell? Welche Gründe hatten denn Pflegepersonen in früheren Jahren, in eine berufliche Interessensgemeinschaft einzutreten? Bei der Durchsicht alter Mitgliederzeitschriften fällt mir auf, dass neben der Darstellung von sachlichen Gründen ein weitaus größerer Anteil ideellen Gründen gewidmet war. Es gab Zeiten, da war der Zustrom von neuen Mitgliedern hoch, obwohl der Verdienst im Pflegebereich noch sehr niedrig war und der monatliche Beitrag das Budget der Pflegenden mit Sicherheit belastete. Das „Dazugehören“ zu einer Gruppe Gleichgesinnter ist enorm wichtig gewesen. Und heute? Ich gebe Ihnen die Geschichte eines Schülers weiter, die ich auf einer Internetplattform gefunden habe: Ein Schüler schloss sich nach dem Unterricht über Berufsverbände tatsächlich begeistert einem Verband an und hat auch gleich noch fünf andere dazu gewonnen. Alle sind heute noch Mitglied. Wie hat er das gemacht? Er hat z.B. einer Kurskollegin beim „Wichteln“ den ersten Monatsbeitrag zusammen mit einem ausgefüllten Antragsformular geschenkt – und es hat funktioniert. Sein Kommentar dazu: „Es benötigt einen ‚aktiven‘ Posten, einen aktiven Werber. Ansonsten kommen die Gleichgültigen doch nicht aus dem Quark.“ Da hat er sehr Recht, der junge Mann! Daher möchte ich Sie heute ganz bewusst auffordern, darüber nachzudenken, was Sie brauchen, um aus dem „Quark“ zu kommen.

Frage ich die jungen Kolleginnen und Kollegen heute, was sie von der Berufspolitik halten, sagen diese vielfach: „Ach, das ist doch alles Käse, da tut sich doch eh nichts“. Schauen Sie sich den Käseberg jedoch heute genauer an, sehe ich sehr wohl große Bewegungen. Ich sehe beispielsweise die schwierige Geburt der Pflegekammern und was sich gerade in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz oder Bayern tut. In Sachsen ist eine Berufsordnung verabschiedet. Selbst die Ärzteschaft spricht sich mittlerweile zumindest für eine teilweise Akademisierung der Pflegeberufe aus. Und warum? Weil wir Vereine und Verbände hartnäckig und stark und aktiv sind. Um das sein zu können, brauchen wir jedoch Sie. Menschen, die sich einsetzen. Nur ca. 8% der Pflegekräfte sind heute beruflich organisiert. Sprechen Sie das neunte Prozent doch einfach mal an! Schauen Sie doch einfach mal nach links – Quark oder Käse, Sie haben die Wahl.

Alles Gute und Gottes Segen, es grüßt Sie herzlichst Ihre

Monika Pöhlmann
Vorsitzende

Standpunkte:

Kooperation für Ethik – die Ludwigshafener Ethische Rundschau (LER)

Der Katholische Pflegeverband kooperiert mit dem Heinrich Pesch Haus / der Katholischen Akademie Ludwigshafen in Bezug auf eine Vertretung ethischer Standpunkte.

Ethik ist eine praktische Disziplin. Ihr Ziel ist nicht allein der theoretische Diskurs, sondern die Umsetzung im Konkreten, die Befähigung zum verantwortungsvollen Handeln.

Im Gesundheitswesen gilt das besonders, da hier der einzelne Mitarbeiter oft vor ethischen Problemen steht. Die relevanten bio- und medizinethischen Fragestellungen werden jedoch nur von regionalen und nationalen Gremien sowie in der ethischen Fachpresse diskutiert. Aber wo liegt die Bedeutung dieser Themen für die praktische Arbeit am Patienten? Wie können die Ergebnisse dieser Diskussionen in die Krankenhäuser oder etwa Einrichtungen der Pflege transportiert werden?

Die LER greift mehrmals im Jahr ausgesuchte ethische Debatten aus Medizin und Pflege für Mitarbeitende im Gesundheitswesen auf. Sie kommentiert aktuelle Entwicklungen und gibt Anregungen für Ihre Arbeit „vor Ort“. Dabei wird nicht immer der Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit erhoben – vielmehr geht es den Autoren darum, zur Auseinandersetzung mit verschiedenen ethischen Themen und Positionen anzuregen.

Bleiben Sie mit der LER und uns ethisch am Ball. Bei der LER handelt es sich um eine elektronische Zeitschrift. Sie finden die bisher erschienenen Ausgaben zum Download auf unserer Homepage unter der Rubrik: Die Ethische Frage. <http://www.kathpflegeverband.de/die-ethische-frage/ludwigshafener-ethische-rundschau.html>



Die Ludwigshafener Ethische Rundschau ist eine elektronische Zeitschrift, die Sie jetzt auch regelmäßig auf den Seiten des KPV finden. Schauen Sie mal rein – es lohnt sich!

Befragung:

Rheinland-Pfalz: Pflegekammer entwickelt sich weiter

In Rheinland-Pfalz haben sich die Berufsverbände der Pflege ausdrücklich für die Einrichtung einer Pflegekammer ausgesprochen. Im nächsten Schritt ist eine Befragung der Pflegekräfte vorgesehen.

Alle Pflegerinnen und Pfleger können im Frühjahr 2013 an dieser Befragung zur Pflegekammer teilnehmen, die vom Deutschen Institut für Pflegeforschung koordiniert wird. Dazu müssen sie sich bei einer zentralen Befragungs- und Registrierungsstelle anmelden. Diese verschickt die Fragebögen an die registrierten Personen und wertet die zurückgesandten Bögen aus. Von dem Ergebnis der Umfrage hängt ab, ob die Einrichtung einer Landespflegekammer weiter verfolgt wird.

Um sich näher über das Thema „Pflegekammer in Rheinland-Pfalz“ zu informieren, gab es seit Beginn des Jahres zahlreiche Informationsveranstaltungen. Unter Berücksichtigung des Erscheinungsdatums der aktuellen PflegeLeben dürfen wir Ihnen noch folgende Informationsveranstaltungen wärmstens ans Herz legen:

- 04.02.2013 – 14:00 Uhr: Neustadt a.d. Weinstr., Altenhilfzentrum Paul-Gerhardt-Haus
- 11.02.2013 – 14:00 Uhr: Wachenheim, Altenhilfzentrum Bürgerspital Wachenheim
- 14.02.2013 – 14:00 Uhr: Wörth am Rhein, Altenhilfzentrum Pfarrer-Johann-Schiller-Haus
- 18.02.2013 – 14:00 Uhr: Frankenthal, Altenhilfzentrum Hieronymus-Hofer-Haus
- 25.02.2013 – 14:00 Uhr: Zweibrücken, Altenhilfzentren Johann-Hinrich-Wichern-Haus und Haus Bickenalb

Damit die Abstimmung in Rheinland-Pfalz zugunsten einer Kammer ausgeht, informieren der DPO und seine Mitgliedsverbände auf allen Ebenen:

Homepage: <http://www.pflegekammer-rlp.de>
Twitter: <https://twitter.com/JAPflegekammer>
Facebook: <https://www.facebook.com/JaZurPflegekammerRLP>

Unter Beobachtung:

15.000 neue Stellen in der Pflege?

Die Union will den Pflegezustand in den Krankenhäusern durch ein neues Sonderprogramm bekämpfen. Dabei sollen 15.000 neue Stellen für Krankenschwestern und -pfleger entstehen.

„Wir können uns ein Pflegeprogramm vorstellen wie in den Jahren 2009 bis 2011, als Tausende Pflegestellen neu geschaffen wurden“, sagte der CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn der „Welt“. Zugleich forderte er die Klinikärzte auf, 2013 „zugunsten der Pflegekräfte auf Gehaltssteigerungen zu verzichten“. Unserem Wissen nach werden hier zum ersten Mal die Mediziner zugunsten der Pflege um Mäßigung gebeten. Dieses könnte ein Schritt zur Harmonisierung zwischen Pflege und Medizin sein. Wir erinnern uns an die horrenden Forderungen der Ärzteschaft in 2012 (PflegeLeben berichtete).

Die Vergangenheit hat in drastischer Weise gezeigt, dass die Zahl der Pflegestellen bislang stets die erste Stellschraube war, um Kostensteigerungen in den Krankenhäusern abzu-

federn. Das hat zu einer gefährlichen Abwärtsspirale bei der Zahl der Pflegestellen geführt.

Es dürfe nicht darum gehen, Berufsgruppen im Gesundheitswesen auseinanderzudividieren. Eine Lösung des Pflegezustands in den Krankenhäusern müsse aber diese, spezifisch die Pflege betreffenden, Entwicklungen berücksichtigen und eingebettet sein in einen Gesamtlösungsprozess. Ein Sonderprogramm Pflege sei dabei ein „notwendiger Auftakt“, so der Deutsche Pflegeverband.

Genauere Informationen zu dem geplanten Programm liegen uns noch nicht vor. Momentan scheinen „lediglich“ Klinikstellen für Krankenpflegerinnen und -pfleger in der Diskussion zu sein. Verschiedene Verbände diskutieren, bzw. fordern aber auch eine Ausweitung auf die Häusliche Versorgung und die Altenhilfe. Es bleibt abzuwarten, ob der Vorschlag ein Wahlversprechen bleibt oder ob es tatsächlich zu einer realen Unterstützung der Pflege kommt.

Angebot:

KPV Senioren-Bildungsreise 2013: Bamberg und das Obere Maintal

Auch in diesem Jahr haben wir für die Senioren im Katholischen Pflegeverband wieder ein Bildungsangebot, das von der Arbeitsgruppe „Seniorenarbeit Mitte-Ost“ organisiert wird, im Angebot. Zielgruppe sind die Senioren der einzelnen Landesgruppen.

Im Mittelpunkt der Fahrt vom 14.05.2013–16.05.2013 steht die zum Weltkulturerbe zählende Stadt Bamberg mit ihren zwei Gesichtern:

Zum einen die alte Bischofsstadt mit Dom, Alter Hofhaltung und Neuer Residenz, zum anderen die Bürgerstadt mit den alten Häusern längs der Regnitz, das „Klein Venedig“. Beide Teile der Stadt werden vom Rathaus, das mitten auf der Regnitz steht, verbunden. Außerdem lernen Sie viele bedeutende Bauwerke des Fränkischen Barock und einige Schönheiten der Fränkischen Schweiz kennen.

Leistungen:

- 2 x Ü/F im Hotel Europa in Bamberg (DZ o. EZ mit DU/WC – je nach gebuchter Kategorie)
- 2 x 3-Gang-Abendessen
- 1 x Mittagessen auf der Behringser Mühle*
- Stadtführung Bamberg inkl. Domführung, Rosengarten und Alter/Neuer Residenz
- Führungen in Banz, Vierzehnheiligen und Gößweinstein*



Blick auf die „Untere Brücke“ der Welterbestadt Bamberg (Foto: fotolia, Günter Parsche)

Teilnehmerbeitrag:

bei Abreise ab Dresden (Bustransfer) im DZ: 308,00 €
bei eigener Anreise nach Bamberg: 255,00 €
mit * bezeichnete Leistungen entfallen, sofern nicht ein privater Transfer sichergestellt ist. Bitte sprechen Sie die Details mit der Reiseleitung ab. Eine verbindliche Anmeldung muss bis zum 27.02.2013 erfolgen. Anzahlung: 50€, Restzahlung bis 14 Tage vor Reiseantritt.

Kontakt, weitere Informationen und Anmeldung bei:

Maria Ziegenfuß, Dresden, E-Mail: maria-ziegenfuß@web.de oder über unsere Geschäftsstelle in Regensburg: info@kathpflegeverband.de, Tel. 0941/60 48 77-0, www.kathpflegeverband.de

Eine spezielle Form von Gewalt:

Freiheits- entziehende Maßnahmen

Der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) gegen oder ohne den Willen Pflegebedürftiger ist eine spezielle Form von Gewalt in der Pflege. Obwohl diese Vorkehrungen meist zum Schutz bzw. zur Sicherheit der zu Pflegenden eingesetzt werden, stellen sie schwerwiegende Eingriffe in die Menschenrechte¹ mit gravierenden Auswirkungen auf die Würde, Lebensqualität und Gesundheit der Betroffenen dar.

¹ Unantastbarkeit der Menschenwürde, Art. 1 Grundgesetz; persönliche Freiheitsrechte, Art. 2 Grundgesetz

Die Definition

FEM umfassen alle Mittel, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einschränken und nicht von den Betroffenen selbst entfernt werden können und/oder den Zugriff auf den eigenen Körper verhindern.

Diese Maßnahmen werden hauptsächlich bei Bewohner/inne/n und Patient/inn/en mit hohem Sturzrisiko, herausforderndem Verhalten oder motorischer Unruhe, aber auch zur Sicherung von medizinischen Behandlungen, Vermeidung von Selbstbeschädigungen und suizidalen Handlungen eingesetzt.

Die Einschränkung des Bewegungsspielraums von zu pflegenden Personen erfolgt meist durch mechanische Fixierungen. Am häufigsten werden dazu Bettgitter verwendet, sie zählen – wie Gurtsysteme, Bandagen, Schutzdecken, Vorsatztische etc. – zu Fixierungen im engeren Sinne. Ebenso gehört das Einsperren von Betroffenen auf Stationen und in ihren Zimmern zu den FEM. Darüber hinaus existieren „versteckte“ oder „verdeckte“ Methoden, wie die Wegnahme von Schuhen, Kleidung, Seh- und Gehhilfen und das Anbringen von speziellen Türschlössern, welche die Pflegebedürftigen in ihrer Fortbewegung einengen sollen. Schlafmittel und Psychopharmaka sind ebenfalls freiheitsentziehend, wenn sie mit dem vorrangigen Ziel verabreicht werden, den Bewegungsdrang der zu Pflegenden soweit zu reduzieren, dass sich diese weder aus ihren Räumlichkeiten noch aus der gesamten Einrichtung entfernen können. Die Gabe von Medikamenten zu therapeutischen Zwecken gilt nicht als FEM, auch wenn dabei als Nebenwirkung die Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird.

Die Anwendungsformen

Die unterschiedlichen Anwendungsformen werden sehr konträr betrachtet bzw. wahrgenommen. Beispielsweise werden Bettgitter von Seiten der Ärzteschaft und der Pflegekräfte häufig als Schutzvorrichtungen zur Verhütung

von Stürzen steh- und gangunsicherer Personen gesehen. Was vom medizinischen Standpunkt als Schutzmaßnahme empfehlenswert erscheint, ist nicht automatisch rechtlich legitimiert. Die Intention, Stürze allgemein zu vermeiden, rechtfertigt auch nicht per se den Einsatz von FEM. Außerdem wird in rezenten Studien angezweifelt, ob durch Fixierungen mit der daraus resultierenden Einschränkung der Mobilität tatsächlich eine relevante Sturzprophylaxe gegeben ist. Medikamentöse Fixie-



Strangulation: Verhinderung von Atmung und Durchblutung durch den Beckengurt*

rungen sowie verdeckte Methoden werden von Außenstehenden oftmals gar nicht bemerkt. Die Betroffenen sind bei derartigem Vorgehen nicht nur in ihrer Bewegungsfreiheit, sondern ebenso in ihrer Selbstbestimmung und Selbstständigkeit entscheidend eingeeignet.

Gesundheitliche und psychosoziale Risiken bei mechanischen Fixierungen

Insbesondere körpernahe Fixierungen können bei regelmäßigem und dauer-

haftem Gebrauch erhebliche gesundheitliche Komplikationen wie Entzündungen, Infektionen, Aufliegeschwüre und Thrombosen hervorrufen. Die Immobilisation verursacht vielfach Stress und Angst und hat mitunter auch negative Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten. Außerdem führen FEM zur Einschränkung der Wahrnehmungsfähigkeit, zum Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung. Demenzkranke haben häufig einen gesteigerten Fortbewegungsdrang als einzige verbleibende Ausdrucksform, um Affekte zu regulieren, innere Spannung abzubauen und den letzten Rest von Autonomie auszuleben. Vor diesem Hintergrund kann die bestehende Verwirrtheit durch die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten in der Fixierung zusätzlich verstärkt werden, die Desorientiertheit kann zunehmen. Regressives Verhalten (z.B. Einnässen) und depressiver Rückzug, aber auch aggressives und störendes Verhalten (z.B. Schreien, Toben) können ausgelöst werden. Nicht fach- und sachgerecht angewandte Fixierungen können Verletzungen unterschiedlicher Schweregrade, gelegentlich sogar den Tod der betroffenen Personen zur Folge haben. Selbst bei korrektem Anlegen von Gurtsystemen, jedoch nicht ausreichender Beobachtung und Betreuung der zu Pflegenden sind tödliche Unfallgeschehen möglich.

Die gerichtsmedizinische Betrachtung

Im Zeitraum von 1997 bis 2010 wurden im Institut für Rechtsmedizin München über 27.000 Obduktionen durchgeführt. Alle Todesfälle, die sich bei Gurtfixierungen ereignet hatten (n=26), wurden retrospektiv analysiert. Während in Gurtsystemen drei Patienten infolge eines natürlichen Todes und ein Betroffener durch Suizid starben, war bei 22 gleichfalls nicht unter Dauerbeobachtung stehenden Pflegebedürftigen der Todeseintritt allein auf die jeweilige Fixierung zurückzuführen. Deren Tod war entweder durch Strangulation, Brustkorbkompression oder in Kopftiefe eingetreten. Bei fast allen



Bustkorbkompression: Durch den Druck auf den Brustkorb wird die Atmung verhindert.*

Bewohner/inne/n sowie Patient/inn/en waren die Gurte fehlerhaft angelegt, zweimal sind behelfsmäßige Mittel zur Fixierung eingesetzt worden. Trotz korrekter Anwendung eines Bauchgurts kam es bei einer Heimbewohnerin aufgrund ihrer Gelenkigkeit und begünstigt durch ihre Konstitution zur Strangulation.

Zur Verhinderung derartiger Todesfälle wird aus rechtsmedizinischer Sicht daher empfohlen, alle Möglichkeiten von Alternativen zu FEM auszuschöpfen. Falls körpernahe Fixierungen dennoch unvermeidbar sind, müssen diese vorschriftsmäßig angewandt und die Betroffenen verstärkt beobachtet werden.

Dilemmata für Pflegende

Bei Pflegekräften, die FEM anwenden, wird oft eine ambivalente Einstellung gegenüber Fixierungen beobachtet. Dem Druck, Bewohner/innen bzw. Patient/inn/en bestmöglich vor unfallbedingten Verletzungen bewahren und professionelle, die Selbstbestimmung, Lebensqualität und Mobilität fördernde Pflege zu gewährleisten, stehen Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber auch Bedenken sowie Schuldgefühle dem alltäglichen Erleben von emotionalen und Verhaltensreaktionen der fixierten Personen gegenüber. Viele Pflegende reagieren mit Resignation oder Verdrängung und rechtfertigen solche Interventionen mit der „medizinischen

Notwendigkeit“. Die Absurdität der Argumentation wird hierbei in dem Paradoxon deutlich, dass Stürze mitsamt ihren Folgen durch den Verlust der Bewegungsfreiheit verhindert werden, indem die Betroffenen mittels FEM „immobilisiert“ werden, um ihre Mobilität zu erhalten.

Häufigkeit der Fixierungen

Deutschlandweite flächendeckende Untersuchungen über die Anzahl der fixierten Bewohner/innen und über die Art der jeweils angewandten FEM in stationären Altenpflegeeinrichtungen sind bislang nicht verfügbar.

Um valide Informationen über Anzahl und Art der jeweils eingesetzten Maßnahmen zu erhalten, wurden im Rahmen des Aktionsprogramms „Verantwortungsvoller Umgang mit FEM in der Pflege“² Fragebogen- und Internetbasierte Stichtagerhebungen mit Unterstützung der jeweils zuständigen Ministerien in allen bayerischen, baden-württembergischen, hessischen und rheinland-pfälzischen Heimen durchgeführt. Was die Anwendung von FEM betrifft, hat in Bayern, wo die Befragung erstmals 2008 und dann noch in den beiden Folgejahren stattfand, inzwischen ein Umdenken eingesetzt. So wurde im Jahr 2008 zum Stichtag jede/r vierte Heimbewohner/in fixiert, während es 2010 „nur“ noch jede/r fünfte war. Ausschlaggebend dafür sind u.a. vielfältige zielgerichtete Aktionen des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Dazu gehört die Implementierung des Leitfadens „Verantwortungs-

² Das Aktionsprogramm „Verantwortungsvoller Umgang mit FEM in der Pflege“ wurde am Department für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien konzipiert (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Andrea Berzlanovich) und vom Generation Research Programm (GRP) des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Ludwig-Maximilians-Universität München mit finanzieller Förderung des Peter-Schilffarth-Instituts für Soziotechnologie umgesetzt (Ausführung: PD Dr.phil. Dr. habil.med. Niko Kohls, Dipl.-Psych. Janosch Rieß, Dr. Sebastian Sauer, Agnieszka Horsonok, Thomas Maier, Dr. DI Herbert Plischke). Das Projekt wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Ltd. MR Sigrid König, Christian Müller), das Bayerische Ministerium für Justiz, das Rheinland-Pfälzische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Birgit Husak-Lohest, Marion Hilden-Ahanda, Ingeborg Germann), das Ministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz (Irmgard Böhm, Dr. Elisabeth Volker), das Hessische Sozialministerium (Dr. Dr. Frank Theisen, Nancy Gage-Lindner) und das Staatsministerium Baden-Württemberg, Referat „Stabsstelle der Staatsrätin für interkulturellen und interreligiösen Dialog sowie gesellschaftliche Werteentwicklung“ (Dr. Arndt Oschmann) unterstützt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern hat das Programm arbeitsteilig begleitet und war fachlich beratend tätig (Dr. Ottilie Randzio, Prof. Dr. Astrid Herold-Majumdar, Reiner Kasperbauer).

voller Umgang mit FEM in der Pflege“ (<http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php>), womit bereits im Jahr 2006 ein bedeutender Beitrag in Bezug zu FEM geleistet worden ist. Das Kompendium beinhaltet Alternativen zur Anwendung von FEM bei Pflegebedürftigen, Vorschläge zur Prophylaxe fehlerhafter oder rechtswidriger Fixierungen sowie zur internen und externen Qualitätssicherung. Darüber hinaus enthält es Checklisten und spezifische Erläuterungen, die allen Beteiligten den Entscheidungsprozess über „Pro und Kontra“ einer Fixierung erleichtern. Als weitere Informationsquelle dient eine Lehr-DVD, die im Jahr 2011 herausgegeben wurde (<http://www.eure-sorge-fesselt-mich.de>).

Um die Richterschaft mehr für die Problematik im Zusammenhang mit FEM zu sensibilisieren sowie um aussagekräftige Daten über die genehmigten und angewendeten und auch abgelehnten FEM zu erhalten, wurden Umfragen in allen bayerischen und rheinland-pfälzischen Betreuungsgerichten vorgenommen. Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die gängige gerichtliche Genehmigungspraxis bei FEM nicht konform zum aktuellen medizinischen

und pflegerischen Forschungsstand abläuft und Ablehnungen von FEM eher Ausnahmen darstellen.

Rechtliche Aspekte der Entscheidung für/gegen FEM

Der Gesetzgeber unterscheidet strikt zwischen einwilligungsfähigen und nicht einwilligungsfähigen Personen. Können Betroffene einerseits ihre Alltagsfähigkeiten und die gesundheitlichen Risiken – beispielsweise eines Sturzes – adäquat erfassen sowie andererseits die Folgen einer eingeschränkten Bewegungsfreiheit samt den damit verbundenen Einbußen der eigenen Lebensqualität einschätzen, so entscheiden sie letztverantwortlich selbst über den Einsatz und die Dauer von FEM. Eine zusätzliche gerichtliche Genehmigung oder Bestätigung ist nicht nötig. In Eil- und Notfällen (§ 34 StGB – Rechtfertigender Notstand oder § 32 StGB – Notwehr) haben die Leitungen der Heime/Krankenhäuser sowie ärztliches und pflegerisches Fachpersonal Entscheidungsbefugnisse, die aber nur kurzzeitige Eingriffe (keinesfalls länger als einen Tag) strafrechtlich „zur Abwehr eines Angriffs“ rechtfertigen.



Kopftiefelage: Hier kommt es durch Blutstau und Druckaufbau zu lebensgefährlichen Situationen*

* Die Bilder wurden bei Rekonstruktionen von Todesgeschehnissen erstellt. Die Szenen wurden durch wissenschaftliche Mitarbeiter nachgestellt und die Situationen unterbrochen, bevor es zu Schädigungen kam. Diese Art der Rekonstruktion lieferte wertvolle Ergebnisse zur Bewertung des Ablebeprozesses. (Fotos: Berzlanovich, 2012)

About:



Frau Prof. Dr. Berzlanovich ist eine gefragte Rednerin zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“. Hier zu sehen bei einer Veranstaltung des KPV e.V. in Regensburg. (Foto: Antony)

Frau Berzlanovich ist Gerichtsmedizinerin und Leiterin des Fachbereichs Forensische Gerontologie am Department für Gerichtsmedizin in Wien. Sie ist im In- und Ausland eine angesehene Dozentin und übt umfangreiche Lehr- und Vortragstätigkeiten an verschiedenen Universitäten und Instituten aus. Die Konzeption, Organisation und Durchführung mehrerer Studien zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in deutschen Altenpflegeeinrichtungen sowie Betreuungsgerichten lieferte viele wichtige Ergebnisse. Bei der Erstellung eines Leitfadens und einer Schulungs-DVD zum Thema FEM hat Sie ebenfalls mitgearbeitet. Für den KPV e.V. war sie 2012 auch als Referentin aktiv.

Kommentare und Anmerkungen bitte ausschließlich an redaktion@kathpflegeverband.de

Bei nicht einwilligungsfähigen Pflegebedürftigen sind entsprechende Zustimmungen ihrer gesetzlichen Vertreter/innen zwingend vorgeschrieben. Die Bevollmächtigten sowie Betreuer/innen verfügen dann anstelle der Betroffenen. Regelmäßige oder dauerhafte Fixierungen (ab drei Tagen), die in Pflege-/Altenheimen, Kliniken sowie in sonstigen Einrichtungen (betreute Wohngruppen oder Außenwohngruppen

pen) vorgenommen werden, erfordern zusätzlich das Durchlaufen eines gerichtlichen Genehmigungsverfahrens nach § 1906 BGB Abs. 4³, §§ 312 ff FamFG⁴. Diese betreuungsgerichtlichen Bestätigungen sind bei regelmäßigem Einsatz der FEM gegen/ohne den Willen der betroffenen Personen unumgänglich, um Anwender/innen von FEM nicht dem Vorwurf der Freiheitsberaubung auszusetzen. Mit den jeweiligen richterlichen Beschlüssen werden FEM abgelehnt oder genehmigt, jedoch nicht richterlich angeordnet. Eine Verpflichtung zum Gebrauch der Sicherungsmaßnahmen besteht also nicht. Die tatsächliche Erforderlichkeit von FEM sowie die zeitlichen Beobachtungsintervalle der Fixierten sind von deren Gesundheitszustand und deren Befinden abhängig. Im Allgemeinen wird darüber vor Ort von den zuständigen Pflegefachkräften gemeinsam mit den gesetzlichen Vertreter/innen entschieden. Jede Anwendung muss in ihrer Art und ihrem zeitlichen Umfang nachvollziehbar dokumentiert werden.

Straf- und zivilrechtliche Konsequenzen für pflegerisches Personal

Fixierungen erfüllen immer den Tatbestand der Freiheitsberaubung (§239 StGB), wenn weder die Zustimmung der

betroffenen Personen (bei Einwilligungsfähigen) noch das Einverständnis der rechtlichen Betreuer/innen und Bevollmächtigten (bei nicht Einwilligungsfähigen) mit einer zusätzlichen Genehmigung des Betreuungsgerichtes oder ein rechtfertigender Notstand vorliegen. Führen nicht sach- und fachgerecht angebrachte FEM zu erheblichen gesundheitlichen Schäden oder zum Tod der Fixierten, bestehen Körperverletzungs- bzw. Tötungsdelikte.

Fazit für die Praxis

Die Anwendung von FEM steht im Gegensatz zu den wesentlichsten Zielen der Pflege, wie der Förderung des Aktivseins der Bewohner/innen und Patienten/innen. Das Problembewusstsein in Bezug auf FEM als eine Form der Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen muss bei allen Beteiligten weiter entwickelt und parallel dazu der Fokus darauf gelegt werden, gewaltfreie Alternativen zur Anwendung zu bringen.

Nur durch sorgsame Mitverantwortung und stetige Reflexionsbereitschaft seitens der Pflegekräfte wird es gelingen, FEM auf ein unvermeidbares Mindestmaß zu beschränken und die Lebensqualität vieler Betroffener dauerhaft zu verbessern.

*Univ.-Prof. Dr. med.
Andrea Berzlanovich,
Department für Gerichtsmedizin,
Forensische Gerontologie,
Medizinische Universität, Wien*

*Dr. iur. Sebastian Kirsch,
Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen*

*PD Dr. phil. Dr.habil.med. Niko Kohls,
Generation Research Program, Ludwig-
Maximilians-Universität, Bad Tölz &
Brain, Mind & Healing Program,
Samueli Institute, USA*

Mit Autorennamen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung eines Autors wieder und müssen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion und der Herausgeber widerspiegeln. Der Herausgeber der PflegeLeben haftet nicht für die Inhalte der Artikel.

³ Bürgerliches Gesetzbuch: Buch 4 – Familienrecht, Abs. 3 – Vormundschaft, Rechtliche Betreuung, Pflegeschäft (§§ 1773–1921).
⁴ Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit: Buch 3 – Verfahren in Betreuungs- und Unterbringungssachen (§§ 271–341). Abschnitt 2 – Verfahren in Unterbringungssachen (§§ 312–339).

Stichwort:

ReduFix

Grundlage bildete ein Projekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in den Jahren 2004-2006 zur Reduzierung Freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei Pflegebedürftigen. Nach Abschluss des Projektes stand fest: Körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen bei Altenheimbewohnern können ohne negative Konsequenzen verringert werden. Dazu benötigen beruflich Pflegendes aktuelles Wissen zu den Folgen von Fixierung und deren Alternativen sowie Raum für Reflexion der eigenen Arbeit. Dann gelingt es den Mitarbeitern in den Heimen, maßgeschneiderte Lösungen für jeden einzelnen Bewohner zu finden.

Inzwischen existieren vielseitige Schulungsmaterialien, die teilweise auf der Homepage heruntergeladen werden können, sowie ein bundesweites Netzwerk von Multiplikatoren. Im Jahr 2008 wurde die „ReduFix Praxis“-Kampagne ins Leben gerufen, um weiterhin im gesamten Bundesgebiet für das Thema Freiheitsbeschränkung in der Pflege zu sensibilisieren. Mittlerweile wurde das Projekt ausgeweitet auf den ambulanten Bereich („ReduFix Ambulant“).

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.redufix.de

Seminare und Veranstaltungen

Datum	Veranstaltung	Ort	Wer
15./16.02.2013	Kongress: Zukunft Pflege	Trier	
21.02.2013	„Vergiss Dich selbst nicht“. Ein Tag für Sie selbst	Neustadt/Weinstraße	
01.03.2013	Aktuelles aus dem Arbeits- und Tarifrecht	Regensburg	Ernst Burger
05.03.2013	Menschen mit Demenz im Krankenhaus	Schwandorf	Maria Kammermeier
06.03.2013	Ethische Fragestellungen – Pfleger beteiligen sich	Dresden	Dr. Peter Lux
06.03.2013	„Da war ich nicht da!“ Das Prinzip Verantwortung in der Pflege	Straubing	Dr. Peter Hammerschmid
13.03.2013	leben. lieben. arbeiten. Auf der Suche nach der Lebenskunst	Fürstzell	Dr. Franz Lummer
14.03.2013	Demenzranke Menschen auf dem letzten Lebensweg begleiten	Kaufbeuren	Dr. Tamara Gehring-Vorbeck
14.03.2013	Wenn die Zeit nicht alle Wunden heilt. Modernes Wundmanagement	Würzburg	Thomas Bonkowski, Georg Niederalt
20.03.2013	Schutz oder Freiheit. Nichtmedikamentöse Möglichkeiten zur Reduzierung Freiheitsentziehender Maßnahmen	Freudenstadt	Maria Kammermeier
20.03.2013	19. Regensburger Pflorgetag	Regensburg	Div.
21.03.2013	Demenzranke Menschen auf dem letzten Lebensweg begleiten	Münster	Dr. Tamara Gehring-Vorbeck
21.03.2013	„Der Eigenart vieler dienen“ – Handlungsimpulse für ein christliches Führungsverständnis	Krefeld	Tobias Wiegelmann
09.04.2013	Wenn die Zeit nicht alle Wunden heilt. Modernes Wundmanagement	Dresden	Thomas Bonkowski, Georg Niederalt
11.04.2013	Pflege aktiv gestalten – Die Bedeutung einer professionellen Pflegesprache für die Praxis	Siegen	Birgit Hullermann
11.04.2013	„... Wie lange schaffe ich es noch?“ Älterwerden im Beruf und Pflege	Regensburg	Dr. Franz Lummer
16.04.2013	Haftungsrecht in der Pflege	Dresden	Prof. Robert Roßbruch
16.04.2013	„Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“. Vom Trost in der Begegnung mit Schwerkranken und Sterbenden	München	Dr. Christoph Seidl
17.04.2013	Atempause – ein Tag für die Seele	Heiligenstadt	Matthias Mader
17.04.2013	„Weil Stillstand Rückschritt ist“ – Veränderungs- prozesse in Organisationen gestalten	Roth	Birgit Hullermann
18.04.2013	Ethisch reflektiert führen: Kommunikation und vorbeugendes Konfliktmanagement	Zweibrücken	Dr. Tamara Gehring-Vorbeck
18.04.2013	Personalmanagement ist (nicht nur) Chefsache!	Osnabrück	Markus Antony
23. 04.2013	Aspekte der Pflege und Begleitung von Menschen unterschiedlicher Kulturzugehörigkeit	Osnabrück	Monika Podbiel
23. 04.2013	Tag der Pflege	Bühl	
25.04.2013	„Da war ich nicht da!“ Das Prinzip Verantwortung in der Pflege	Ulm	Dr. Peter Hammerschmid
07.05.2013	Im täglichen Medikamentenschlingel: das falsche Medikament, eine falsche Dosierung oder die falsche Darreichungsform ...	Dresden	Thomas Bonkowski, Georg Niederalt
14.05.2013	„Entgegen der inneren Uhr“. Besondere Herausforderung für den Nachtdienst	Amberg	Birgit Hullermann
16.05.2013	Wie aus Nörglern Partner werden. Zusammenarbeit mit Angehörigen	Heiligenstadt	Maria Kammermeier
29.05.2013	Workshop für Praxisanleiter/innen	Zweibrücken	Laura Preisig

Ausführliche Informationen zu allen Seminaren und
Veranstaltungen finden Sie unter www.kathpflegeverband.de





Warum entscheiden sich Pflegende für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen?

Carola Nick ist Diplom-Pflegewirtin (FH) und Qualitätsmanagementbeauftragte nach DIN EN ISO 9001. Sie verfügt über langjährige Berufserfahrung in Pflegepraxis, Leitungsfunktionen sowie dem Qualitätsmanagement und der Schulung. Für den KPV e.V. ist sie als Mitglied des Bayerischen Landesgruppenvorstands aktiv.

Kontakt: c.nick@kathpflgeverband.de

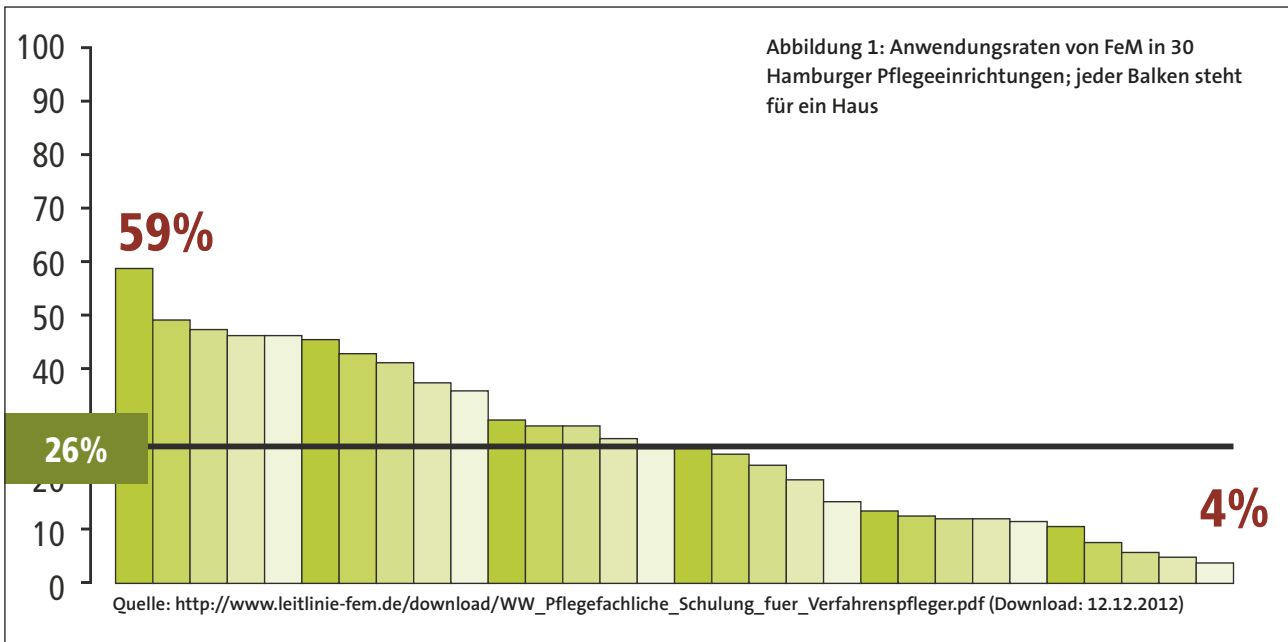
Beruflich Pflegende haben großen Einfluss auf den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen (FeM): Sie sind diejenigen, die Bettseitenteile hochziehen und Vorsatztische einstecken – oder auch nicht. Außerdem führen sie Lagerungsmaßnahmen durch, ordnen Betten im Raum an, beraten Angehörige, regen die Anschaffung von Hilfsmitteln an, gestalten Gemeinschaftsräume, berichten an Ärzte und Richter, interpretieren Verhaltensweisen von Hilfebedürftigen. All diese (indirekten) pflegerischen Handlungen können den persönlichen Bewegungsspielraum der Bewohnerinnen und Bewohner massiv einschränken – oder fördern. Welcher Weg im Arbeitsalltag beschritten wird, entscheidet sich unabhängig von der Personal- oder Bewohnerstruktur. Wie

eine Gruppe von PflegewissenschaftlerInnen herausfand, hängt die Häufigkeit von FeM in Heimen von der individuellen Haltung der einzelnen Mitarbeiterin und der „Arbeits-Philosophie“ innerhalb der Organisation ab. Deshalb schwanken die Anwendungsraten von FeM stark, wie eine für Deutschland repräsentative Studie mit 30 Hamburger Heimen aus den Jahren 2004/2005 zeigte (vgl.: Meyer G., Köpke S., Haastert B., Mühlhauser I. (2009): Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 18: 981-990). Die Prävalenz von FeM betrug dabei durchschnittlich 26%, wobei große Unterschiede zwischen den Einrichtungen festgestellt wurden (ein Haus hatte 4% FeM, ein anderes 59%).

Als Folge der Hamburger Ergebnisse erforschten die Pflegewissenschaftler/innen, wie beruflich Pflegende die Anwendung von FeM erleben bzw. welche Einstellung sie dazu äußern: Grundsätzlich beschreiben viele Pflegekräfte ein Gefühl des Unbehagens beim Anbringen von Fixierungen und sehen ethische Probleme. Trotzdem nennen sie auch viele Rechtfertigungsgründe, weshalb sie FeM als unverzichtbar und legitim erachten.

1. „Lieber einmal zu viel fixiert als einen Sturz riskiert“

„Wenn wir nicht fixieren, stürzt der Bewohner und verletzt sich so sehr, dass eine aufwändige Krankenhausbehandlung notwendig wird. Das wollen wir



unseren Bewohnern ersparen.“ Pflegende agieren also aus dem Wunsch heraus, die ihnen anvertraute Person vor weiteren gesundheitlichen Einschränkungen zu schützen.

Neben der Gesundheitsfürsorge soll die Fixierungsmaßnahme außerdem Rechtsicherheit für die Organisation gewährleisten. Gerade die Erfahrungen rund um den sogenannten „Werdenfeller Weg“ zeigen: In vielen Einrichtungen der Altenhilfe geht die Angst vor späteren Regressansprüchen um. Tatsächlich forderten in der Vergangenheit

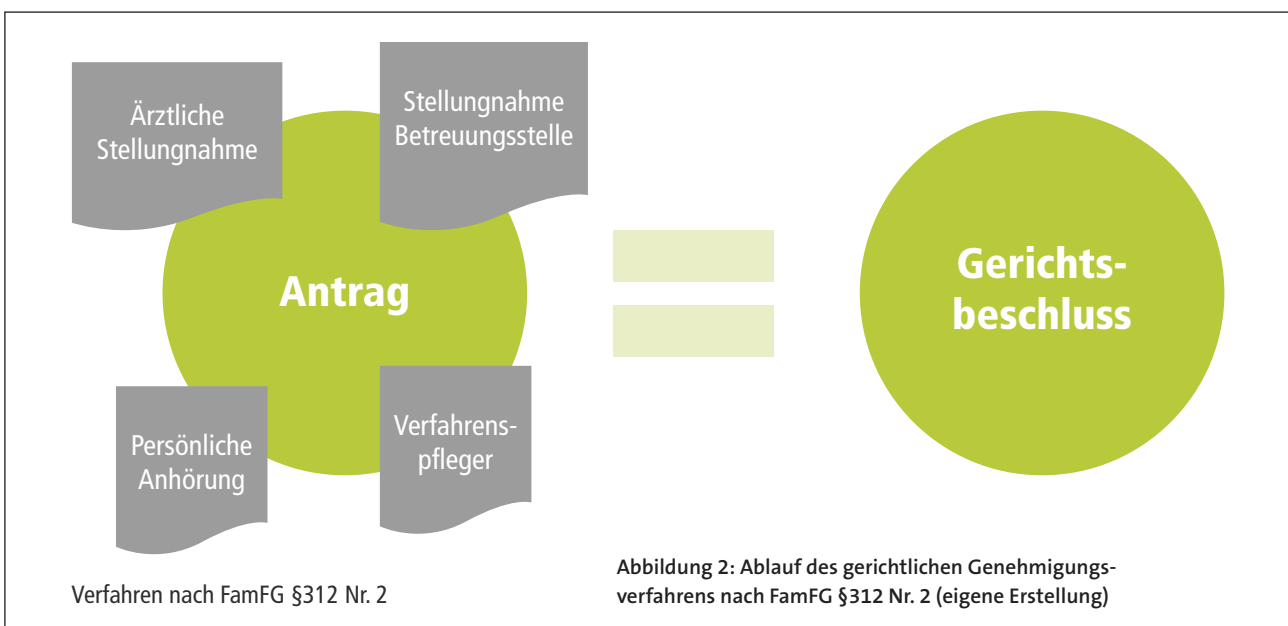
Krankenkassen teilweise Behandlungskosten von Pflegeheimen ein. Begründung: Wenn fixiert worden wäre, hätte der Sturz mit seinen kostenintensiven Folgen vermieden werden können. Doch seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 2005 (vgl. Urteil des III. Zivilsenats vom 28.4.2005 – III ZR 399/04) nimmt die Zahl derartiger Forderungen deutlich ab.

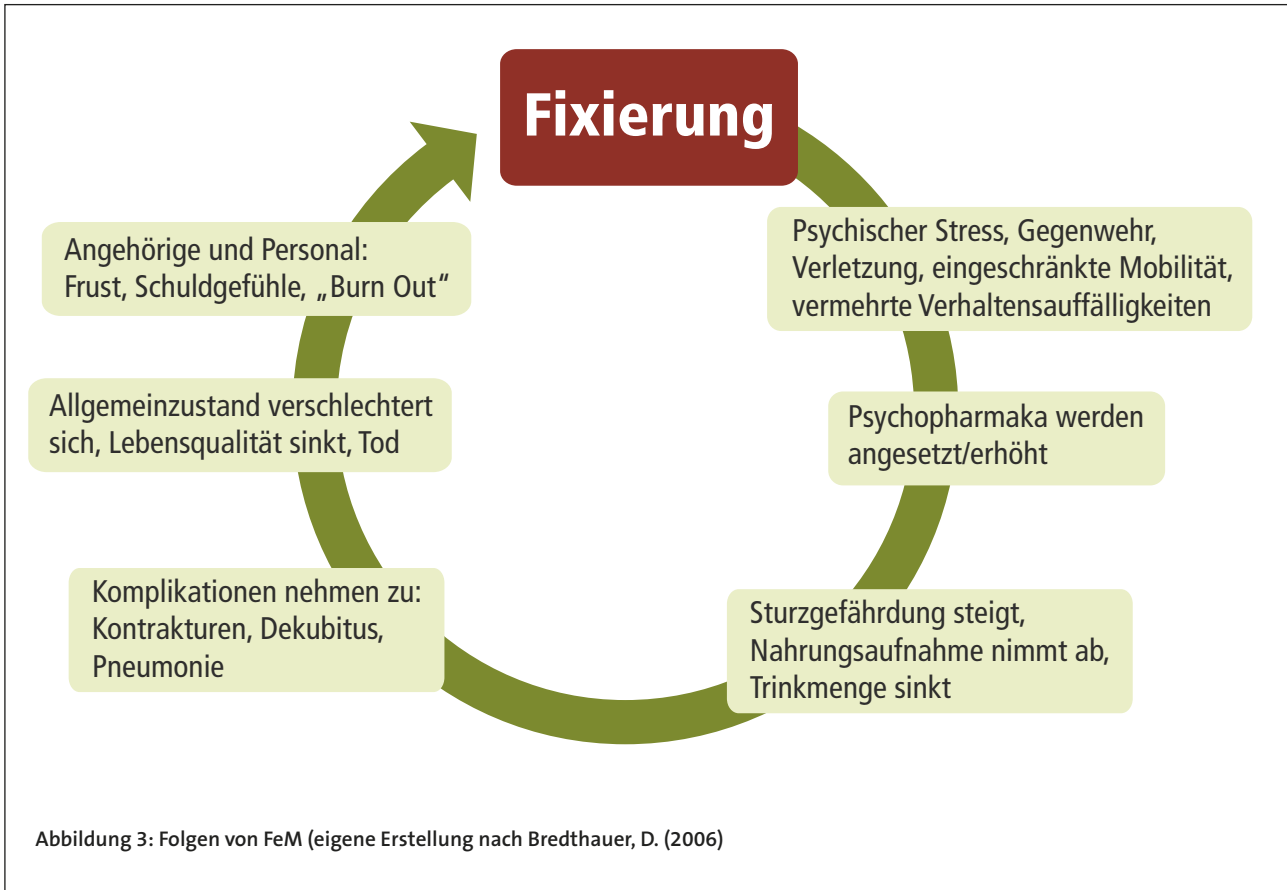
Dem entgegen steht die wissenschaftlich fundierte Erkenntnis, dass Fixierungen zur Sturzprophylaxe ungeeignet sind, da das Sturzrisiko sowohl bei

einem erhöhten, als auch bei einem stark verminderten Aktivitätsniveau rapide ansteigt (Freiberger, E., Schöne, D. (2010): 6).

2. „Wenn der Arzt FeM anordnet, kann ich die Maßnahme bedenkenlos durchführen“

Vor allem im Klinikbereich ist es häufig üblich, dass Pflegekräfte die Notwendigkeit einer FeM beim diensthabenden Arzt melden und sie sich von diesem legitimieren lassen. Grundsätzlich ist dieses Vorgehen möglich, muss aber zwin-





gend um weitere Schritte ergänzt werden: Für jede FeM, die beim nicht einwilligungsfähigen Patienten/Bewohner durchgeführt werden soll, ist eine gerichtliche Genehmigung notwendig. Das bedeutet, dass weder Betreuer, noch Angehörige, noch Mediziner, noch Pflegenden allein die Entscheidung zur Anwendung fällen dürfen. Immer muss ein Antrag beim Vormundschaftsgericht gestellt werden, Antragsteller ist der Betreuer (sollte bisher noch kein Betreuer bestellt sein, so muss die Klinik/das Heim die Bestellung eines Betreuers beim Gericht anregen). Ist der Antrag bei Gericht eingegangen, beginnt das Genehmigungsverfahren wie in Abbildung 2 dargestellt. Erst nach der Legalisierung von Seiten des Amtsrichters darf die Maßnahme unter folgenden Voraussetzungen angewendet werden (vgl. auch Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg. 2006): Verantwortungsvoller Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen):

- Fixierungen erfolgen fach- und sachgerecht, also nur mit Hilfe von zugelassenen Produkten (lt. Medizinpro-

duktesgesetz) und durch Personal, das entsprechend unterwiesen wurde und die Herstellerhinweise kennt.

- Fixierungsmaßnahmen werden fortlaufend dokumentiert hinsichtlich Art und Dauer, zusätzlich müssen das Verhalten des Patienten inklusive Vitalzeichenkontrolle notiert werden.
- Unmittelbar vor dem Anbringen der Fixierung muss die Pflegefachkraft abwägen, ob die Maßnahme in diesem Umfang für diese Situation in ihrer Art angemessen ist. Die richterliche Genehmigung ist ein „Kann-Vorschritt“, das heißt, dass das erlaubte Maß an Fixierung nicht zwingend ausgeschöpft werden muss.

Von dieser Regelung gibt es in engen Grenzen Ausnahmen. Um hier Handlungssicherheit für die Mitarbeiter zu gewährleisten, ist es für die Einrichtungen unerlässlich, hausinterne Richtlinien zu erarbeiten.

Diese sollten detailliert beschreiben, wie die Entscheidungsfindung rund um FeM abläuft, wie die Zuständigkeiten geregelt sind und welches Verfahren zur Überprüfung der Maßnahmen dient.

Häufige Begründung für FeM:

„Unruhe abends und nachts mit hoher Sturzgefahr“



Abbildung 4

3. „FeM sind eine bewährte pflegerische Maßnahme“

Die Hamburger Untersuchung bestätigt FeM als Standardversorgung in Deutschland. Bisher ist es jedoch nicht gelungen, den Nutzen von FeM wissenschaftlich zu belegen. Die fatalen Komplikationen von FeM aber sind gründlich dokumentiert. Deshalb muss als Standard die Vermeidung von FeM gelten.

Auch Angehörige sind häufig der Meinung: „Bettgitter gehören eben dazu, wenn man hilfsbedürftig wird.“ Aber ebenso ist belegt: Angehörige vertrauen der Fachkompetenz von Pflegekräften und achten in der Regel deren Expertisen. Deshalb liegt es in der Verantwortung von beruflich Pflegenden, die Sensibilität für alle Arten von Freiheitsbeschränkung zu schulen.

Als Grundsatz gilt:

- Stürze gehören (auch im Pflegeheim) zum Leben – Ziel muss es sein, die Folgen eines Sturzes bestmöglich abzumildern.

- Werden FeM angewendet, muss der Nutzen für die betroffene Person größer sein als der Schaden, außerdem ist immer das mildeste Mittel zu wählen.

4. „Freiheitsentziehende Maßnahmen erleichtern uns den Arbeitsalltag und sparen Zeit“

Zum Argument der scheinbaren Zeiterparnis durch FeM: Alle Hersteller von Fixationssystemen weisen darauf hin, dass bei fixierten Personen eine engmaschige Überwachung durch geschultes Personal unabdingbar sei. Durch die Anwesenheit einer Betreuungsperson wird die Fixierung jedoch oft überflüssig, weil dann, bedingt durch persönliche Ansprache, das unerwünschte Verhalten der Pflegebedürftigen abnimmt.

Besonders brisant: Gehäuft werden Anträge auf Fixierungsmaßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern gestellt, die an Demenz erkrankt sind. Ihr „herausforderndes Verhalten“ ruft Stress beim Personal und den Mitbewohnern hervor. Sinnvoll ist es jedoch, nicht die

Symptome, sondern das zugrunde liegende Problem zu beseitigen. Bei Demenzkranken entspricht dies oft der berühmten „Suche nach der Nadel im Heuhaufen“. Mitarbeiter/innen benötigen gleichermaßen Fachwissen und Empathie, um situationsgerecht handeln zu können. Schulungsprogramme gelten als einer der wichtigsten Bausteine beim Streben nach niedrigen Fixierungsraten. Die Komplexität des Problems zeigt Abbildung 4 (natürlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Vordergründig handelt es sich bei FeM um ein pflegfachliches Thema. Tatsächlich ist der Umgang mit FeM ein Indikator für Führungskompetenz. Die Freiheit der Bewohner setzt die (Entscheidungs-) Freiheit der Mitarbeiter voraus. Welche Gesprächskultur herrscht im Haus? Gelten Fehler als Chance zur Verbesserung oder als Makel? Existieren hausintern Leitlinien zum Umgang mit FeM beziehungsweise sind sie für die Mitarbeiter aussagekräftig? Welche Informationsrechte haben (Pflege-)Mitarbeiter gegenüber Angehörigen/externen Anfragern? Wer verfügt über welches Budget wofür?

Mögliche Ursachen (Auswahl):

- Biografie: Spätschläfer
- Schmerzen
- Obstipation/Harndrang
- Wunsch nach Gesellschaft
- Hunger/Durst
- „Unerledigte Aufgabe zu Ende bringen“, z.B. Kinder versorgen, Familienangehörige sehen ...
- Medikation

Mögliche Maßnahmen (Auswahl):

- Aktivität außerhalb eigenem Bett (Zimmer) zulassen und attraktiv und sicher gestalten (z.B. Sitzecken mit Lichtinsel und Getränke-Angebot)
- Ausschlafen morgens ermöglichen
- Schmerzmanagement (systematisch)
- Kontinenzprofil erstellen
- Vorübergehend Ausscheidung verstärkt beobachten
- Testweise Laxantien ansetzen lassen
- „Mitlaufen“ mit Nachtdienst
- Nachtcafé mit Betätigungs-Angebot
- Doppelzimmer statt Einzelzimmer
- Spätmahlzeit anbieten
- Biografie erforschen
- Erfahrungsschatz der Angehörigen abfragen
- Überprüfung der Medikation bei behandelnden Ärzten und Betreuern anregen (paradoxe Wirkung/Kumulation von Wirkstoffen/verlängerte Wirkung?)

Erstellt: C.Nick, 12/2012



Viele befragte Pflegekräfte befürchten bei einer Reduktion von FeM, dass die Bewohner- und Mitarbeitersicherheit sinken würde und die Personalschlüssel ausgeweitet werden müssten. Dem stehen die Ergebnisse der Hamburger Untersuchung entgegen: Sechs der 30 Heime hatten (unter vergleichbaren Rahmenbedingungen) FeM-Prävalenzraten von unter 10%. Sie beweisen, dass Pflege auch (fast) ohne FeM gut möglich ist.

Wie lautet das Erfolgsrezept dieser Häuser?

- Gurte und Bettgitter wegschaffen
- Präsenzkkräfte einsetzen
- Ehrenamtskonzept leben
- Angehörige beraten
- Fallbesprechungen durchführen
- Bewohnerspezifische Tagesstrukturen ermöglichen

- Mitarbeiter schulen
- Haltung zu FeM verändern und dokumentieren

Alle Beteiligten benötigen Einfallsreichtum, Geduld und die Bereitschaft, eigene Einstellungen zu hinterfragen. FeM werden zwar häufig gewohnheitsmäßig durchgeführt, stehen aber in Widerspruch zu dem, was Pflegenden als „gute Arbeit“ definieren (Schlagwort „aktivierende Pflege“). Deshalb ist zu erwarten, dass dort, wo FeM-Raten sinken, nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Berufszufriedenheit der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter steigt.

(Die vollständigen Quell- und Literaturangaben erhalten Sie gerne über die Autorin: c.nick@kathpflegeverband.de)

Interessante Links

www.kritische-ereignisse.de

International einzigartiges Online-Portal für die Altenpflege, initiiert und gepflegt vom KDA (Kuratorium Deutsche Altersfürsorge).

Idee: Durch anonyme Fehlermeldungen anderer können positive Maßnahmen für eigenen Arbeitsbereich abgeleitet werden (vergleichbar mit internen SIRS-Systemen der Kliniken).

www.redufix.de

<http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/> zu Werdenfelser Weg

Literatur-Tipp zu Alternativen:

Breuer, Petra:
Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz,
Huber 2009

Stichwort:

Der „Werdenfelser Weg“

Unter dem Motto „Gemeinsam Verantwortung übernehmen“ zielt die Initiative aus dem Landkreis Garmisch-Partenkirchen seit 2007 darauf ab, Fixierungen auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren. Die Gründungsväter, Amtsrichter Dr. Sebastian Kirsch und der Leiter der Betreuungsstelle Josef Wassermann, setzten beim gerichtlichen Genehmigungsverfahren in ihrer Region neue Akzente und lösten damit eine bundesweite Welle der Veränderung aus: Die gerichtlich bestellten Verfahrenspfleger sind nun ausschließlich berufserfahrene Pflegekräfte mit Zusatzausbildung. Sie sollen auf Augenhöhe mit den Heim-Mitarbeitern jeden Einzelfall detailliert diskutieren, wenn möglich die Erprobung von Alternativen zu FeM anregen und eine schriftliche Einschätzung für den Richter abgeben. Basis ist eine von Pflegefachwissen untermauerte, gemeinsame Entscheidung aller an der Versorgung beteiligten Personen im Sinne des

Pflegebedürftigen. Kreativität und Fachlichkeit der Pflegenden in den Häusern werden unterstützt und auch unkonventionelle Lösungsideen juristisch legitimiert.

Der „Werdenfelser Weg“ ist darüber hinaus auch ein bundesweites Netzwerk von beteiligten Professionen. Derzeit sind ca. 500 Fachleute aus den Bereichen Justiz, Betreuungsbehörden und Heimaufsicht sowie Verfahrenspfleger, Pflegefachleute und Rechtsanwälte miteinander vernetzt und tauschen mehrfach wöchentlich Sachinformationen aus.

Für Pflegefachkräfte bietet sich durch den „Werdenfelser Weg“ die Chance zu einem zweiten beruflichen Standbein.

Bei weiteren Fragen hierzu können Sie sich gerne an die Autorin wenden: c.nick@kathpflegeverband.de

Freiheitsentziehende Maßnahmen und ethische Prinzipien

Im Vorwort der Broschüre „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ fordert Staatsministerin Haderthauer, dass alle Betroffenen als Person mit ihren Bedürfnissen und ihrer individuellen Lebensgeschichte stets im Mittelpunkt stehen.

„Nur dann, wenn alle am Versorgungsprozess Beteiligten – Pflege, Medizin, Angehörige und Betreuer gemeinsam ihre Verantwortung wahrnehmen, in der Ursachenforschung, im Versorgungs- und Betreuungsprozess zusammenwirken und persönliche Ängste, Sicherheitsdenken und Schutzbedürfnisse

in den Hintergrund stellen, werden individuelle Lösungen möglich und die Würde des Pflegebedürftigen gewahrt“, soweit das Vorwort der Staatsministerin (1; S. 6). Die ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung und des Wohlergehens der Betreuten sollen an erster Stelle stehen.

Ethische Prinzipien in der Pflege – woher kommen sie?

In ihrem 1979 erstmals veröffentlichten Werk „Principles of Biomedical Ethics“ (2) entwickelten Tom L. Beauchamps und James F. Childress vier Prinzipien, welche einen Rahmen für Identifizie-



rung und Reflektion von moralisch-ethischen Problemen – wie freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) es auch sind – innerhalb werteppluraler Gesellschaften für den medizinischen Bereich bieten sollten. Die Autoren befürworten vier sogenannte mittlere Prinzipien:

- Das Prinzip der Autonomie/Selbstbestimmung (respect for autonomy)
- Das Prinzip der Fürsorge und des Wohlergehens (beneficence)
- Das Prinzip der Gerechtigkeit (justice)
- Das Prinzip des Nichtschadens (non-maleficence)

Doch zuerst. Was sind mittlere Prinzipien? Mittlere Prinzipien sind prima facie (auf den ersten Blick und bis auf Widerruf) gültig, gleichwertig in ihrer Rangordnung und müssen in der Pflegepraxis oft gegeneinander abgewogen werden. Was sagen die vier Prinzipien grundsätzlich und heruntergebrochen auf freiheitsentziehende Maßnahmen aus?

Das erstgenannte **Prinzip der Autonomie** verpflichtet dazu, dass jedem Patienten/Bewohner selbstbestimmte Entscheidungen zuerkannt werden müssen. Wertevorstellungen, Ziele und Bedürfnisse seinerseits haben stets Vorrang, paternalistische Haltungen und

Handlungen Pflegenden schließt dieser Grundsatz aus. Jede wohlwollende pflegerische Bevormundung – wie es vorsorgliche, sturzverhütende, verletzungsvermeidende FeM sind – wendet sich gegen diese Prinzip. Sozusagen bedeutet dieser Grundsatz, dass der Patient/Bewohner als gleichwertiger Partner in die Bestimmung über FeM miteinbezogen werden muss. Grundvoraussetzung ist hierfür allerdings, dass er entscheidungsfähig ist und potentielle Gefahren abwägen kann, also im Wissen um die Konsequenzen handelt. Besonders schwierig wird es für die Pflege und dem Umgang mit FeM von nicht einwilligungsfähigen, wie koma-tösen, psychisch veränderten oder demen-tierten Menschen. Deswegen ist hier von professionell Pflegenden eine hohe Sensibilität bezüglich non-verbaler Zeichen eingefordert. Fürsorge und Fachwissen dürfen nicht über den Willen des Betreuten gestellt werden! Die Achtung der Selbstbestimmung und Autonomie von Bewohnern/Patienten bedeutet für Betreuende, Selbständigkeit und Fähigkeit zur Selbstsorge zu fördern, ohne etwas aufzuzwingen. Gerade bei eigenwilligen Bewohnern und Patienten erfordert dies eine gewisse Kreativität zum Vermeiden freiheitsentziehender Maßnahmen.



Das **Prinzip der Fürsorge und des Wohlergehens** steht im direkten Zusammenhang mit dem der Selbstbestimmung und muss bei ethischen Entscheidungsfindungen in Bezug auf FeM in gleicher Art berücksichtigt werden. Es ist dabei erforderlich, das Wohlbefinden zu fördern und Schaden zu vermeiden, respektive zugefügten Schaden wieder gut zu machen. Chancen und Risiken, Vor- und Nachteile, Wirkungen und Nebenwirkungen sind dabei abzuwägen, um das Wohl des Betreuten zu gewährleisten (3; S. 19 ff.). Dabei darf das von den Pflegenden angenommene Gute ihrer Pflege niemandem aufge-nötigt werden. In Bezug auf Pflege und FeM bedeutet dieses Prinzip, jedem die bestmögliche Versorgung mit einem Höchstmaß an Freiheit und dem geringstmöglichen Schaden, nach neuesten pflegewissenschaftlichen und praxiserprobten Erkenntnissen zugute kommen zu lassen. Hier wird auf den „**Werdenfelsen Weg**“ und seine Erfolge hingewiesen (<http://www.lra-gap.de/550.o.html>). Fürsorge kann niemals gelöst werden von der Selbstbestimmung des Menschen, dem sie gilt. Wem am Wohlergehen der betreuten Menschen etwas liegt, ist verpflichtet, auf dessen Willen und Selbstbestimmtheit zu achten. Wem dies wichtig ist, dem kann damit das Wohl des Anderen nicht vernachlässigbar sein.

Das **Prinzip der Gerechtigkeit** beinhaltet für die Pflegenden, dass sie jedem Bewohner/Patienten die Pflege und Betreuung zukommen lassen, die angemessen und notwendig für ihn erscheint. Dies soll unabhängig von Alter, Rasse, Nationalität, ... oder sozialem Status geschehen (4; S.1). Dieser Grundsatz ist aus verschiedenen Blickwinkeln zu sehen. Einerseits aus dem Blickwinkel begrenzter Ressourcen und Möglichkeiten, andererseits aus dem der Gleichbehandlung aller Betroffenen. Gerechtigkeit bedeutet hier, dass alle Menschen in gleichen Situationen auch gleich behandelt werden sollten. Kontroversen bezüglich FeM könnten sich hier ergeben, wenn aufgrund einer begrenzten Anzahl pflegerisch kompetenter Fachkräfte gefährdete Menschen nicht ange-

(Fotos: KPV e.V., 2013)



messen betreut und geleitet werden können und sie dadurch möglicherweise in ihrer Freiheit eingeschränkt oder immobilisiert werden. Darüber hinaus ist daran zu denken, dass ein fixierter Mensch eher einer häufigeren/engmaschigeren Beobachtung bedarf und die Fixierung somit keine Erleichterung oder Entlastung der Versorgenden darstellt. Eine mögliche Folge von Fixierung bei auch sachgemäßer Anbringung der Gurte ist im Bild nebenan zu sehen. Organisatorische Faktoren und Strukturen können nicht nur diesen Grundsatz, sondern auch die Pflege- und Betreuungsqualität im Zusammenhang mit FeM stark beeinflussen.

Das **Prinzip des Nichtschadens** liegt nahe dem Fürsorge-/Wohlergehensprinzip und bezieht sich darauf, Pflegeinterventionen durchzuführen, einem Betreuten keinen Schaden zuzufügen. Nach den Entwicklern der ethischen Prinzipien unterscheidet es sich dadurch, dass es als Folge der Nichtbeachtung juristische Sanktionen nach sich ziehen kann (3; S. 20). Nachlässigkeit oder mangelnde Sorgfalt können das Wohl der Betreuten gefährden. In Bezug auf FeM erfordert dieser Grundsatz stetige Aufmerksamkeit, um Gefahren zu erkennen und diese zu vermeiden, wobei ein normales Lebens- und Restrisiko nicht ausgeschaltet werden kann. Pflegeinterventionen zum Wohle des Versorgten bergen oft ein Risiko zum Schaden dessen in sich. Der Grundsatz des Nichtschadens kann dann dem Prinzip des Wohlergehens untergeordnet werden, denn ansonsten würde es möglicherweise dazu führen, dass professionell Pflegenden der Forderung des Nichtschadens stattgeben und nichts mehr für den Betroffenen tun würden. Solche Folgen können nicht gewollt sein! Alle vier ethischen Grundsätze

und Prinzipien sind in derselben Weise – jeder für sich und auch gemeinsam – gültig. Sie sollen als Orientierungs- und Entscheidungshilfen dienen. Allerdings wird es im pflegerischen Alltag immer wieder – und gerade in Zusammenhängen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen – zu Situationen kommen, wo diese Prinzipien gegeneinander abgewogen werden müssen. Im speziellen Fall kann das Prinzip der Selbstbestimmung wichtiger erscheinen als das der Fürsorge und umgekehrt. Kritisch wird es, wenn einzelne Prinzipien interpretiert werden müssen und diese Auslegungen je nach Standpunkt und Blickwinkel sehr unterschiedlich ausfallen können. Durch die einfache Anwendungsmöglichkeit dieser ethischen Leitgedanken kann das Spannungsfeld freiheitsentziehender Maßnahmen zuerst einmal grob strukturiert werden, selbst wenn noch offene Fragen und Gedanken bleiben, bieten diese Prinzipien ein sinnvolles Instrument zur Auseinandersetzung mit Fragen im Umfeld freiheitsentziehender Maßnahmen und können Nachdenken und Diskussionen zum Thema in Gang setzen.

Literatur:

- (1) Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege, Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses, 2006
- (2) Beauchamps, T. I./Childress, J.F.; Principles of Biomedical Ethics, 6th edition, 2008
- (3) Rauprich, O./Steger, F.; Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis, 2005
- (4) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK); International Council of Nurses, ICN Ethik Kodex, 2010

About:



Dr. Tamara Gehring-Vorbeck

Als promovierte Pflegewissenschaftlerin mit Schwerpunkt Angewandte Gerontologie legt Tamara Gehring-Vorbeck ihre Schwerpunkte auf Fortbildung und Lehre, praxisorientierte Versorgungsforschung sowie Beratung in der Altenhilfe. Im Projekt „INTERREG: Pflege, ein Arbeitsmarkt der Zukunft“ unter Federführung des Katholischen Pflegeverbandes liegt ihr Arbeitsschwerpunkt in der Konzeptionierung und Durchführung der Seminarreihe „Vermittlung ethischer Kompetenzen in der Pflege“. Weitere Themenschwerpunkte sind Demenz und Sterben sowie managementbezogene Lehrthemen in verschiedenen Lehraufträgen.

Den Katholischen Pflegeverband unterstützt sie seit diesem Jahr mit Seminaren zu Themen wie „Ethische Entscheidungsfindung“, „Ethisch reflektiert führen: Kommunikation und vorbeugendes Konfliktmanagement“, „Demente Menschen am letzten Lebensweg begleiten“.

Stichwort:

Leitlinie FeM

Seit 2009 steht die evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung Freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege zur Verfügung. Sie entstand aus einem Gemeinschafts-Projekt der Universitäten Hamburg und Witten-Herdecke.

Eine 16-köpfige Expertengruppe entwickelte verschiedene Dokumente, die unter www.leitlinie-fem.de kostenlos zum Download zur Verfügung stehen. Das Hauptdokument bildet die ca. 200 Seiten starke Leitlinie, zusätzlich wurden Kurzversionen für Pflegenden und Betreuer entwickelt.

Landesgruppe Baden-Württemberg:

Pflegekompetenz und Professionalität – Voraussetzung für Qualität

Fachtag in Bad Waldsee-Reute

Über 80 Teilnehmer, Auszubildende und Pflegende aus Oberschwaben, wurden von Ernst Olbricht, dem Vorsitzenden der Landesgruppe Baden-Württemberg, im Bildungshaus des Klosters Reute begrüßt.

Fünf Facetten der Pflegelandschaft beleuchteten den Arbeitsalltag in der ambulanten und stationären Pflege.

Aromatherapie

Anne Gruninger, Expertin für Komplementäre Pflege, erklärte die wohltuende Wirkung von Düften, Aromen und Ölen. Die Möglichkeiten der Komplementären Pflege sollten zielgerichtet und nicht dauerhaft eingesetzt werden. Auch zeigt sich, dass Menschen, die mit den unterschiedlichen Möglichkeiten der Naturapotheke arbeiten, besser auf den gesundheitlich eingeschränkten Menschen und seine Beschwerden wirken.

Wundversorgung

Martin Huber, Wundexperte eines Home-Care-Anbieters, schilderte uns das therapeutische Wirken einer zeitgemäßen Wundversorgung. Hier zeigte sich deutlich, dass Wundexperten zur Zeit nur eine Empfehlung für den be-



Hr. W. Schanz ist Mitglied des Vorstandes der Landesgruppe Baden-Württemberg und fasst wichtige Punkte zur Biografiearbeit und Ernährung zusammen. (Foto: Olbricht)

handelnden Arzt geben können. Die Behandlung bestimmt weiterhin der Arzt, obwohl Pflegeexperten hier sicherlich häufig einen Kompetenzvorsprung haben. Die Modellvorhaben nach § 63 SGB V dürfen nicht mehr auf die lange Bank geschoben werden – es bleibt spannend!

Biografiearbeit und Ernährung

Wolfgang Schanz, Pflegeexperte in einer großen Freiburger Altenhilfeeinrichtung, konnte uns in bewegenden Schilderungen von Situationen im Heim die Auswirkungen verschiedener Ernährungsregime beschreiben. Eine gute Biografiearbeit ist wichtig, um gute Argumente gegenüber dem MDK und der Heimaufsicht zu haben.

Spiritualität

Edgar Rohmert, Altenpfleger, Theologe und Dozent an Altenpflegeschulen, führte uns in die Welt der Spiritualität. Am Beispiel des hl. Kamillus und der hl. Elisabeth von Thüringen erspürten wir die Wirkung von Spiritualität eines Einzelnen auf andere Menschen. Spiritualität gibt jeder Einzelne mit seinen Talenten an Bewohner und Patienten weiter.

Pflegeausbildung und -kammer

Bettina Mutz konnte den Teilnehmern die Feinheiten der zukünftigen Zugangsvoraussetzungen für eine generalistische Pflegeausbildung verständlich erläutern. Der Weg zu einer Pflegekammer, auch in Baden-Württemberg, wird noch einige Zeit dauern. Die Zeit arbeitet für eine Pflegekammer.

Ernst Olbricht

Diese Artikel finden Sie ebenfalls im Internet. Hier finden Sie auch den aktuellen Rundbrief von Herrn Olbricht. www.kathpflegeverband.de/landesgruppen/baden-wuerttemberg/berichte-zu-veranstaltungen.html

Termine des Katholischen Pflegeverbandes

Datum	Veranstaltung	Ort	Wer
13.03.13	Sitzung Sächsischer Pflegerat	Dresden	Herr Eitner/Frau Ziller
14.-16.05.13	Senioren-Bildungsreise	Bamberg	Frau Ziegenfuß
01.03.13	ARGE-Fachtagung	München	Frau Luger
19.02.13	Vorstandssitzung		Landesgruppenvorstand
02.03.13	Mitgliederversammlung	München	Landesgruppenvorstand

Regionales Treffen in Schwäbisch Gmünd/ Bad Waldsee-Reute zum Fest „Maria Heil der Kranken“

Am 19./20.11.2012 fanden sich im Festsaal des Seniorenzentrums St. Anna 30 Mitglieder der Landesgruppe Baden-Württemberg des KPV e.V. zum Fest „Maria Heil der Kranken“ ein.

Nach einem Gottesdienst mit Spendung der Krankensalbung berichtete Herr E. Olbricht, Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg, von den Aktivitäten im Verband. Situationsberichte aus Klinik, stationärer Altenhilfe und der ambulanten Pflege boten den Anwesenden viel Stoff, sich kritisch mit den derzeitigen Arbeitsbedingungen in der Pflege auseinander zu setzen. Es wurde jedoch auch über die positiven Seiten des Gesundheitssystems diskutiert. Innerhalb der Mitglieder des KPV e.V. stand fest, dass die Sorge um den Einzelnen ein wichtiger Baustein der Gemeinschaft ist und gepflegt werden muss.

Frau A. Lingel berichtete über den laufenden Leitbildprozess und nahm die Anwesenden gekonnt mit auf den Weg.

Nach Kaffee, Kuchen und einer Abschlussandacht verabschiedeten sich alle voneinander und freuten sich auf das nächste Treffen im kommenden Jahr.



Ein Dankeschön an die Aktiven (im Bild: A. Lingel, L. Discher, G. Weinschenk)

Ein großer Dank geht an Frau A. Lingel, die den Tag vortrefflich organisierte. Auch Frau L. Discher und Frau G. Weinschenk wurde für ihren Einsatz als Seniorenbeauftragte in der Region gedankt. Einen Tag zuvor hatte sich auch die Gruppe Bodensee/Ulm im Bildungshaus des Klosters Reute getrof-

fen. Prälat Neckermann ging auf die Herkunft des Festes eindrücklich ein. Ein besonderer Dank an dieser Stelle an Frau S. Wolfgang, die die Organisation der Veranstaltung übernommen hatte. Eine gesellige Kaffeerunde beendete dieses alljährliche Treffen.

Treue Mitglieder

70 Jahre

Eva Mertens, Aachen
Marianne Borsch,
Bad Waldliesborn
Irene Schabram, Mönchengladbach

65 Jahre

Helene Gebel, Köln

60 Jahre

Monika Grzelczyk,
Wadern-Nunkirchen
Sofie Wieber, Ettenheim

50 Jahre

Anneliese Heimig, Kalkar

Klara Kolpatzik, Werne
Hedwig Rafalski, Berlin
Agnes Guiroga, Spelle

40 Jahre

Rita Henning, Dienheim

30 Jahre

Birgit Klein-Hitpasch, Borken
Christine Dopfer, Sigmaringen
Hans-Günter Kraushaar,
Bad Liebenzell
Aloisia Maierbeck, Adlkofen
Margot Urmann, Dillingen
Maria Katharina Zintl,
München

25 Jahre

Agnes Hengge, Germering
Cornelia Sickinger, Friesenheim
Ute Adamek, Rosbach
Hildegard Immig, Bingen

20 Jahre

Inge Bunzel, Beckingen
Pauline Futschig, Hüttenberg
Manuela Grosser, Treuchtlingen
Wolfgang Schu, Eppelborn
Anita Gisela Franzke,
Wiesenfelden
Eberhard Lehnart,
Bad Reichenhall

Landesgruppe Bayern:

36. Salzburger Pflegekongress wieder voller Erfolg



Mit gut 450 Teilnehmern war das Salzburger Kongresszentrum bis auf den letzten Platz ausverkauft. Die Vorbereitungen für nächstes Jahr sind bereits in vollem Gange.

Vom 20.–21.10.2012 fand in Salzburg der 36. Salzburger Pflegekongress statt. Unter dem Motto: „... Woher kommt mir Hilfe?“ beschäftigte sich der Kongress mit den Begegnungen mit dunklen Lebensphasen, Depression und Suizidalität. Von Depression Betroffene und deren Angehörige sowie die Hinterbliebenen von Suizidopfern konfrontieren die Pflegenden mit ganz eigenen Herausforderungen. Diese Herausforderungen wurden in dem diesjährigen Pflegekongress aus verschiedenen Perspektiven in den Blick genommen. Mit über 400 Gästen war der Pflegekongress, der seit 36 Jahren regelmäßig in Salzburg stattfindet, bis auf den letzten Platz ausverkauft.

Dem Fachpublikum wurden hochkarätige Beiträge geboten. Neben der medizinischen Sicht auf die Thematik, die PD Dr. Reinhold Fartacek als Einstiegsthema bot, wurde der Schwerpunkt auf die pflegerischen und sozialpsychologischen Aspekte im Umgang mit depressiven und suizidalen Menschen, aber auch im Umgang mit deren Angehörigen gelegt.

Bernd Kozel, Krankenpfleger und Dipl.-Pfleger aus Bern, sprach über die verantwortungsvolle Begegnung von Pflege und Suizidalität. Elfriede Heller, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin beim Krisendienst „Horizont“ in Regensburg, sensibilisierte für die Thematik des Suizids. Prof. Dr. Barbara Juen, Fachliche Leitung der Psychosozialen Dienste des Österreichischen Roten Kreuzes aus Innsbruck, ließ das Plenum an ihren Erfahrungen aus internationalen Kriseninterventionen bei Katastrophen und Großschadensereignissen teilhaben. Pfarrer Harald Richter, Klinikseelsorger und Pastoralpsychologe aus Bad Neustadt an der Saale, zeigte unter der Überschrift „Zeugen der Hoffnung“ die Chancen und Grenzen der seelsorgerischen Begleitung von depressiv erkrankten Menschen auf. Er ging besonders auf die „Mittlerrolle“ der Seelsorge ein und arbeitete heraus, dass sich die seelsorgerische Begleitung und die pflegerische Versorgung in großen Teilbereichen sehr ähnlich sind. Neben der vielen schweren Kost gab es jedoch auch heitere Momente. Mit ihrer wunderbaren Stimme, die man unter anderem aus der „Augsburger Puppenkiste“ kennt, entführte die Schauspielerinnen und Sprech-



rin Karla Andrä die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Lesung in die Welt von Saint-Exupéry's „Kleinem Prinzen“. Dr. Thomas Kroll, Mitglied der Katholischen Filmkommission, arbeitete in eindrucksvoller und erheiternder Art und Weise die Themen Depression und Suizidalität in einer cineastischen Perspektive auf.

Am Samstagabend lud die Stadt Salzburg zum traditionellen Empfang in die Residenz ein, wo die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach einigen Dankesworten von Repräsentanten der Stadt Salzburg ein Kammerkonzert genossen. Anschließend war beim Empfang in den Sälen der Residenz Zeit zum gemeinsamen Austausch.

Der Kongress, der bereits seit 36 Jahren regelmäßig stattfindet, ist eine feste Größe in der Pflegelandschaft. Der nächste Salzburger Pflegekongress findet vom 19. – 20.10.2013 unter dem Thema: „Wut und Mut – Der Pflege eine Stimme geben“ statt. Zu Gast sein wird unter anderem auch Sr. Liliane Juchli, die am 19.10.2013 ihren 80. Geburtstag mit den Kongressgästen feiern wird. Ihr Name ist zum Synonym für das Pflegemodell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ sowie für das von ihr begründete Pflege-Lehrbuch geworden, das jahrzehntelang „das“ Lehrbuch schlechthin war. Wir können uns bereits jetzt auf einen interessanten Kongress freuen. Weitere Informationen erhalten Sie auch unter: www.salzburger-pflegekongress.de



Wertschätzung: Die Stadt Salzburg bedankte sich mit einem Kammerkonzert und einem Empfang in der Residenz bei den Pflegenden. (Fotos: Schwepfinger)

Für Sie aktiv gewesen

Datum	Veranstaltung	Ort	Wer
22.01.12	Informationsveranstaltung Pflegekammer	Kaiserslautern	Landesvorsitzende Monica Nagel
11.12.12	AG Seniorenarbeit	Fulda	Frau Ziegenfuß
12.12.12	Sitzung Sächsischer Pflegerat	Hetzdorf	Frau Ziller/Herr Eitner
13.12.12	Adventsfeier mit Pfarrer Lutz Nehk	Berlin	Frau Busse
11.01.13	Jahresempfang, Erzbistum Berlin	Berlin	Frau Rudolph
19.11.12	UA-Gruppe Leitbild	Regensburg	E. Hacker, R. Rauch, A. Luger
21.11.12	Vorstandssitzung	Regensburg	Vorstand Bayern
22.11.12	Symposium: Pflege aktiv gestalten	Regensburg	LG Bayern
23.11.12	Interreg-Projekt: Fachtagung Transkulturelle Pflege	Passau	
28.11.12	DPR-Ratssitzung	Berlin	A. Luger
29.11.12	DPR-Ratssitzung	Berlin	A. Luger
05.12.12	Pflege-Recht-Symposium	Regensburg	LG Bayern
11.12.12	AG Seniorenarbeit	Fulda	
13.12.12	dip-Verwaltungsrat und Mitgliederversammlung	Köln	A. Luger
08.01.13	Euregio-Konferenz Vorbereitung	Regensburg	A. Luger
09.01.13	Interreg-Projekt: Leadpartner-Besprechung	Linz	A. Luger
11.01.13	OE-Prozess	Bad Hersfeld	Bundesvorstand
12.01.13	Leitbild Steuergruppe	Bad Hersfeld	Steuergruppe Leitbild
14.01.13	KKVB – Vorstand	München	A. Luger
21.01.13	Berufskunde-Unterricht	München	E.Linseisen, A. Luger
26.01.13	Mitgliederversammlung	Münster	
04.02.13	ADS Mitgliederversammlung	Berlin	M. Pöhlmann, A. Luger
14.11.12	Treffen AG Katholische Frauen in Bayern	München	Fr. Linseisen, Fr. Adelhütte-Regler
21.11.12	Vorstandssitzung LG Bayern mit Delegierten	Regensburg	Fr. Linseisen
03.12.12	Berufskundeunterricht	München	Hr. Antony, Fr. Linseisen
17.12.12	Orga-Treffen Kongress Salzburg	Salzburg	Fr. Luger, Fr. Linseisen
12.01.13	Steuergruppentreffen		Fr. Gehring-Vorbeck
21.01.13	Berufskundeunterricht	München	Fr. Luger, Fr. Linseisen
05.02.13	Berufskundeunterricht	München	Fr. Nick, Fr. Linseisen



Mit dem Bewegungstherapeuten und Pflegepädagogen
Bernd Westermeier im Gespräch

Das Recht auf Freiheit

„Es gibt unzählige Interaktionen, für die wenig Zeit zur Verfügung steht. Das führt oft dazu, dass es zu keiner Wertschätzung kommt. Dabei gäbe es Möglichkeiten, die Wertschätzung auch bei wenig Zeit auszudrücken und die Kompetenz des Bewohners in die Handlung zu integrieren.“

Hallo Herr Westermeier, in der letzten Ausgabe der PflegeLeben hatte Herr Prof. Bossle Sie als Gesprächspartner für den Themenbereich „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ vorgeschlagen. Schön, dass das geklappt hat!

Hallo Herr Antony, es freut mich ebenso. Ich schätze den Michael sehr, wir haben viel gemeinsam gemacht.

Im Vorgespräch haben wir festgestellt, dass es mitunter schwierig ist, den Begriff der FeM konkret zu packen. Ihr Ankerpunkt ist die Wahlfreiheit. Nehmen Sie unsere Leser einfach mal mit auf ihre Reise.

Gerne. Wo beginnt Freiheitsentzug? Erst bei einer Fixierung oder schon bei der Entscheidungsauswahl, ob jemand den Waschlappen selbst überziehen

und zum Gesicht führen darf oder ob einem das von vornherein nicht zur Wahl angeboten wird. Ob der Betroffene in seiner Geschwindigkeit aus dem Sessel aufstehen darf oder ob er dabei an den Achseln hochgezogen wird, weil es sonst zu lange dauert. Wahlfreiheit bedeutet, sich aus verschiedenen Möglichkeiten selbst für seine persönliche Wahl entscheiden zu können, das Leben selbstbestimmt in der Hand zu haben. Hier können sehr sensible Grenzen ganz leicht und unbedacht überschritten werden. Nicht der einmalige Entzug der Wahlfreiheit wirkt, sondern die vielen wiederholten Einschränkungen. Dies führt anfangs vielleicht noch zur Auflehnung, dann jedoch zur Resignation und zum Rückzug.

Würden Sie uns kurz herleiten, welchen Draht Sie zu dem Thema haben?

Im Rahmen meiner Arbeit als Krankenpfleger ist mir aufgefallen, dass jeder Kontakt zwischen Patient und Pfleger eine Wirkung hervorruft. Natürlich ist hier zum einen die Anwendung von pflegerischen Einreibungen, Transfers usw. gemeint, zum anderen aber insbesondere die Art, wie dies geschieht. Das heißt, dass die Qualität der Interaktion z.B. durch Geschwindigkeit, Rhythmus, Atmung, Sprache und Präsenz der Pflegekraft erheblich beeinflusst und auf die Dauer bestimmt werden kann. Ich habe mich nach Jahren als Fachkrankenpfleger für Intensivmedizin und als Lehrer für Pflegeberufe für die Feldenkrais-Methode und später zusätzlich für die Pikler-Arbeit entschieden.

Beides sind Modelle, die sich mit der Entfaltung des Menschen beschäftigen. Im pflegerischen Kontext beschäftige ich mich nun vor allem mit alten und hochdementen Menschen.

Sie arbeiten nach verschiedenen Methoden. Könnten Sie uns die wichtigsten etwas erläutern?

Nun, zum Ersten gibt einen wertvollen Ansatz nach Pikler. Pikler beschäftigt sich in erster Linie mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Im Vergleich von Kindern mit hochdezenten Menschen ist zu erkennen, dass beide ähnliche Bedingungen benötigen, um sich weiter entwickeln und entfalten zu können. Wesentlich ist die klare Umgebungs- und Interaktionsgestaltung in einer wertschätzenden Atmosphäre, ohne Druck und ohne überflüssige „Angebote“. Vorgefertigte, gesteuerte Beschäftigung gibt es nicht. Das Spiel hängt vom Interesse des Kindes ab. In der Feldenkrais-Methode wird Bewegung als Instrument genutzt. Das Erspüren des eigenen Körpers in Bewegung lässt sowohl bekannte als auch verborgene Möglichkeiten und Beschränkungen erkennen. Diese Erkenntnis ist nötig, um neue Wege und Alternativen, also Wahlmöglichkeiten, zu entwickeln. Dafür ist, wie bei Pikler, eine wertschätzende, vertraute Umgebung nötig. Die entstandene Wahlfreiheit ist neu und vielleicht ungewohnt, bietet dann oft eine wieder gewonnene Lebensqualität. Diese Art der Bewegung hat nichts mit Mobilisation im herkömmlichen Sinn zu tun. Es ist nicht wichtig, wie „viel“ oder „wenig“ sich jemand bewegt. Der Kontakt in der Bewegung ist Kommunikations- und Lerngrundlage. Beide, Pfleger und Gegenüber, lernen voneinander. Die Aufteilung in Aktive (Pfleger) und Passive (Betroffene) wird hinfällig. Die Kompetenzen stehen im Vordergrund, nicht das Defizit.

Theoretische Modelle sind ja immer schön und gut – nehmen Sie uns doch mal mit in den Arbeitsalltag!

Es gibt unzählige Interaktionen, für die wenig Zeit zur Verfügung steht. Das führt oft dazu, dass es zu keiner Wertschätzung kommt. Dabei gäbe es Möglichkeiten, die Wertschätzung auch bei wenig Zeit auszudrücken und die Kompetenz des Bewohners in die Handlung zu integrieren. Wir kennen Situationen beim Messen des Blutdruckes, wenn steife Personen den Arm anwinkeln, fest an den Brustkorb pressen und die Manschette nicht so einfach angelegt wer-

den kann. Wenn wir die Haltung dieses Menschen respektieren und ihm das zu verstehen geben wollen, dann folgen wir ihm in seiner Arm- und Handhaltung. Also, wir können die Beugehaltung ganz leicht verstärken. Dadurch zeigen wir dem Betroffenen, dass wir ihn verstehen und in friedlicher Absicht kommen. Ich erkläre dabei, was ich mache, und bin ganz für diesen Bewohner da, ohne den Blick für andere zu verlieren. Die Beugemuskulatur des Armes, der Schulter und der ganzen Person wird sich lockern und die Manschette lässt sich behutsam, locker anlegen.

Also wäre hier „vertrauensbildende Maßnahmen“ der Schlüsselbegriff?

Richtig. Um das Vertrauen zu gewinnen und zu vertiefen, ist Teamwork mit klarer Organisation, die sich nach den Bedürfnissen des Anvertrauten und nicht nach äußeren Bedingungen richtet, erforderlich. Manchmal erscheinen die ersten Versuche paradox im Vergleich zum herkömmlichen Vorgehen, dann jedoch, wenn sich Muskulatur lockert und die Person loslässt, begreifen wir die Wirkung dieser Art der Kontaktaufnahme.

Können Sie uns noch ein Beispiel geben?

Gerne. Eine weitere wirksame pflegerische Intervention ist das Drehen eines bettlägerigen Menschen. Diese Personen erfahren bei jedem Kontakt Informationen über das Befinden des Personals und deren Bewegungsqualität. Diese Informationen werden durch die vielen Wiederholungen wirksam z.B. in Form von erhöhter Körperspannung, Steifigkeit, Ablehnung und Aggression. Andererseits, bei Wahlfreiheit und in einer Atmosphäre, in der man die eigene und die Kompetenz der betreuten Person spürt, in Form von Beweglichkeit, Geschmeidigkeit, Vertrauen und Harmonie in der gemeinsamen Bewegung und im Miteinander. Der Kontakt bei der täglichen Grundpflege ist sehr hoch zu bewerten und bräuchte daher genügend Zeit, Raum und eine viel größere Wertschätzung.

Dann ist hier das Thema der Biografiearbeit sicher auch ein wichtiges, oder? Biografiearbeit wird in den Altenheimen

mittlerweile groß geschrieben. Wie stellt sich die Situation in den Altenheimen für Sie dar?

In den Wohnbereichen sitzen viele Bewohner vor leeren Tischen, der Fernseher läuft im Hintergrund. Es herrscht Leerlauf. Beschäftigung findet dann statt, wenn der Therapeut kommt oder Personal Zeit hat. Es gibt Beschäftigungsräume, die nur an bestimmten Tagen geöffnet haben. Beschäftigung findet oft als vorgefertigtes Angebot statt. Hier würde ich mir wünschen, dass Bewohner Materialien selbst wählen könnten, mit denen sie sich beschäftigen möchten. Es gibt viele Dinge, die den Menschen in seinem Leben interessierten. Natürlich kann Leerlauf auch wichtig sein, aber dann, wenn einer ihn selbst wählt, genauso wie Dauer, Rhythmus und Tempo einer Tätigkeit. Nach zwei Jahren im Altenheim fiel Angehörigen auf, dass ihre Großmutter im Aufenthaltsraum nur vor sich hin starrte und anderen Bewohnern durch ihr Gemurmel auf die Nerven ging. Sie brachten ihr das alte Kochgeschirr von zu Hause mit und sorgten dafür, dass sie jederzeit Zugriff darauf hatte. Sie begann darin zu rühren und damit zu hantieren. Es weckte Erinnerungen und ihr Interesse. Dann brachten sie auch ungekochten Reis und Linsen. Die Frau füllte damit die Behälter und rührte darin. Der Fernseher wurde abgeschaltet. Sie bekam einen zufriedeneren Gesichtsausdruck und wurde ruhiger.

Das sind doch enorme Wirkungen von eigentlich recht kleinen Mitteln! Welchen Hintergrund halten Sie denn für notwendig, die Arbeit nach sinnvollen Regeln auszurichten?

Wesentlich finde ich die Fähigkeit, die Wirkung einer Aktion erkennen zu können, daraus zu lernen und sein Handeln in der Zukunft entsprechend anzupassen. Überforderung, Stress, Druck, zielfixiertes Handeln können diese Fähigkeiten hemmen und zu Resignation und mechanischer Arbeitsweise führen, was sowohl Pfleger als auch Bewohner abstumpfen lässt. Jeder Mitarbeiter soll den Sinn des von ihm geforderten Einsatzes verstehen, sein Wissen über die betreuten Personen mit anderen teilen, Unterstützung bei auftretenden Problemen finden und seine fachliche

Kompetenz erweitern können. Jeder Betrieb, jede Ausbildungsstätte, jeder Pflegende übernimmt große Verantwortung im Pflegeberuf und dementsprechend für die Anvertrauten.

Was wünschen Sie sich denn für die pflegerische Zukunft?

Der Pflegeberuf ist bei den momentanen Rahmenbedingungen Schwerstarbeit. Darunter leidet die Wahrnehmung durch die Sinne, für sich selbst und im Umgang mit anderen Menschen. Ich wünsche, Schulen und Betriebe erkennen dies in Zukunft noch besser und unterstützen ihre Mitarbeiter noch mehr. Das würde Betreuenden, Betreuten, deren Entwicklungschancen, der Entspannung des Umganges miteinander in Stationen und Wohnbereichen zu Gute kommen.

Das war sehr interessant, Herr Westermeier. Die nächste „PflegeLeben“ bereiten wir derzeit

unter dem Arbeitstitel „ANP – Advanced Nursing Practise“ vor. Das passt ja auch zu dem vorletzten Absatz. Wen könnten Sie sich denn hier als interessanten Gesprächspartner vorstellen?

Ich hoffe, Ihre Leser sehen das auch so! Ich denke, Frau Prof. Hundenborn wäre hier eine sehr gute Ansprechpartnerin. Durch ihre Arbeit beim dip und der KathHo in Köln ist sie als Professorin für Pflegepädagogik und Pflegefachdidaktik sicherlich eine exzellente Fachfrau zu dem Thema.

Freundlichen Dank für das Gespräch, Herr Westermeier!

Gerne wieder, Herr Antony.

Das Interview führte Markus Antony.

Weitere Informationen finden Sie unter www.bewegungsprozesse.de

About:



Bernhard Westermeier ist Feldenkrais-Lehrer (seit 2006), Lehrer für Pflegeberufe (seit 1996), Fachkrankenschwester für Innere Medizin und Intensivmedizin (seit 1990), Krankenschwester (seit 1985) und Pädagoge (i.A.). Mit uns spricht er für Sie über Bewegung und Entscheidungsfreiheit sowie deren Stellenwert im pflegerischen Arbeitsalltag.

Kommentar:

Pflegefall Politik?!

Deutsche Politiker sind weiterhin hartnäckig gegen eine Anhebung der Qualitätsniveaus in der Pflege auf europäisches Niveau. Mir fehlt dafür das Verständnis.

Deutschland: Schlusslicht bei der europäischen Pflegeausbildung

Nachdem das „Jahr der Pflege“ ausgerufen wurde, um den Beruf zu stärken und sich für die Anforderungen der Zukunft zu wappnen, stellt sich die Politik nach wie vor quer, wenn es um wirkliche gesellschaftliche Fortschritte in der Pflege geht.

Das Projekt „Jahr der Pflege“ endete als „Rohrkrepierer“ (Cicero Online) und Bundesgesundheitsminister Bahr spricht sich akut öffentlich sehr scharf gegen das europäische Qualifikationsniveau zur Ausbildung in der Pflege aus. Auf

europäischer Ebene existiert derzeit nahezu flächendeckend eine 12-jährige Schulpflicht für die Ausbildung. Lediglich Deutschland, Luxemburg und Österreich verweigern sich noch hartnäckig und lassen die Ausbildung noch nach 10-jähriger Schulbildung zu. (Fraglich ist nach wie vor, welche Zeiten überhaupt zu berücksichtigen sind.)

Bahr: „Irrweg Akademisierung“

Wenn Bahr nun sagt, dass „sich alle Vorschläge aus Brüssel verbieten, die vorsehen, das man nur noch mit Abitur in die Pflege kommen darf“, und

dass „dies ein Irrweg für die Pflege sei“, dann können wir als Pflegeverband bei der Art der Argumentation nur noch mit dem Kopf schütteln.

Bahr möchte weiterhin Absolventen von Haupt- und Realschulen unmittelbar zu Pflegerinnen und Pflegern, wie er unsere Pflegefachleute nennt, ausbilden lassen, da angesichts der alternden Gesellschaft der Bedarf ansonsten nicht zu decken sei. Je pflegeferner der Redner, desto obstruser werden mittlerweile die Botschaften. Herr Bahr und seine Kolleginnen und Kollegen scheinen doch sehr weit weg von der Pflege zu sein.

Mein lieber Herr Bahr:

Falls Sie es noch nicht gemerkt haben: Die Pflege ist ein extrem wichtiger, sehr anerkannter und ausgesprochen anspruchsvoller Beruf.

Wenn Sie mal in Ihre Gesetze und Verordnungen schauen, was die Pflege heute alles sicherstellt und sicherstellen soll, müssten Sie eigentlich sehr schnell merken, dass diese Anforderungen in der Zukunft – und vielfach auch schon heute – nicht (mehr) mit einem „mittleren“ Schulabschluss abgetan werden können. Hochkomplexe Tätigkeiten werden nach dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse umgesetzt, Maßnahmen evaluiert, systematisch ausgewertet und ausufernd dokumentiert. Qualität hier, Dokumentation da, vernetzte Strukturen dort. Durch den § 63c stellen Sie sogar die Weichen zur eigenständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten. Sie haben die theoretischen Ansprüche in der Pflege bereits rein gesetzlich auf ein Level gesetzt, das ohne entsprechende schulische Vorbildung kaum mehr zu bewältigen ist. Und da haben wir noch nicht auf die Praxis geschaut.

Parallel hat sich die Pflege auch eigenständig auf der Basis der Pflege- und Bezugswissenschaften weiter entwickelt und festigt sich nach und nach als Profession.

Wenn Sie und Ihre Kollegen davon überzeugt sind, mehr Pflegekräfte durch eine Absenkung des Ausbildungsniveaus zu gewinnen, durch eine Abwertung mehr gut gebildete und motivierte junge Menschen für einen Pflegeberuf begeistern zu können, dann sind Sie auf dem Holzweg. Zudem nehmen die Absolvenzzahlen in Haupt- und Mittelschulen stetig ab und die Anzahl der Abiturienten steigt – Sie verschieben unseren Hauptrekrutierungspool in ein schwindendes Segment, um die Zukunft zu sichern? Genau das Gegenteil ist notwendig!

Die Attraktivität des Berufes lässt sich nicht durch eine Degradierung steigern.

Die jüngeren Entwicklungen in der Pflege zeigen deutlich, dass der Beruf durch die akademischen Angebote eine



Gesundheitsminister Bahr ist die Akademisierung weiterhin ein Stachel im Auge zu sein. Er spricht sich hartnäckig gegen die Akademisierung in der Pflege aus und zieht so mehr und mehr den Zorn der Berufsangehörigen auf sich.

deutlich spürbare Aufwertung erfährt. Viele junge Menschen entscheiden sich mittlerweile für einen pflegerischen Beruf, gerade weil sie hier die Möglichkeit haben, einen Bachelorabschluss oder sogar eine Master-, Doktor- oder Professorenschulung einzuschlagen!

Wir als Gesellschaft brauchen diese sehr gut ausgebildeten Fachfrauen und Fachmänner in der Pflege, damit wir die Herausforderungen, die die Zukunft an die pflegerische Versorgung unserer Bürgerinnen und Bürger stellt, überhaupt stemmen können.

IHR Job sollte es sein, diese Entwicklung mit voran zu tragen und die Rahmenbedingungen für eine professionelle pflegerische Versorgung Ihrer Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen. Dann geben Sie den Pflegekräften den Raum, den sie dafür brauchen!

SIE sind für die Rahmenbedingungen zuständig. Sorgen Sie für eine gewichtigere Vergütungsrelevanz der Pflege. Woher sollen die Einrichtungen das Geld für gute Fachkräfte nehmen, wenn sie es nicht verdienen können? Die Rechnung, immer bessere Pflegefachleute für das gleiche – also in facto weniger – Geld zu bekommen, kann nicht aufgehen.

Wenn Sie Fußball spielen wollen, müssen Sie endlich aufhören, mit Murmeln zu spielen!

Es geht nicht darum, Haupt- und Real- schülern den Zugang zur Pflege zu verwehren – ganz im Gegenteil.

Es geht darum, dass die zentralen Koordinations- und Steuerungsaufgaben in der Patientenversorgung von gut ausgebildeten und motivierten Fachleuten wahrgenommen werden, die in der Lage sind, anhand von überprüften und abgesicherten Methoden eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und innerhalb des Versorgungsnetzwerkes einen sicheren Stand haben.

Die Durchlässigkeit des Systems muss gewährleistet sein, keine Frage, aber der Pflegeberuf, die Fachmänner und Fachfrauen, die brauchen wir.

Mit einer Anhebung der Zugangsvoraussetzung auf das europäische 12-jährige Niveau fördern Sie eine adäquate Versorgung von Patienten, Patientinnen und den pflegebedürftigen Menschen in der Zukunft.

Nachhaltig!

Markus Antony

Interessante Bücher:



Petra Breuer
**Visuelle Kommunikation
für Menschen mit Demenz**
107 Seiten
Verlag: Huber, Bern
ISBN-10: 3456847688
Preis: 36,95 €

Wir müssen für diese immer größer werdende Zahl der demenzkranken Menschen neue Kommunikationswege finden, um solange wie möglich ihre Selbstständigkeit im Alltag zu erhalten und Hilfen für die Orientierung in Zeit und Raum anzubieten. In diesem Buch werden Grundkenntnisse über die Veränderungen des Auges im Alter, über die Funktionsweise des Gehirns und über die neuere Gedächtnisforschung vermittelt, soweit sie für das Verständnis einer beeinträchtigten visuellen Wahrnehmung wichtig sind. Neben Exkursen in die Semiotik und die Bildwissenschaft werden gestalterische Lösungsansätze im Umgang mit Farbe, Schrift, Bild und Grafik angeboten. Ob Heimleitungen oder Bauträger, professionell Pflegende oder Angehörige – dieses Buch richtet sich an alle, die das Umfeld von Senioren und Demenzkranken gestalten oder nach alternativen Kommunikationswegen suchen.

Elke Urban
Transkulturelle Pflege am Lebensende
150 Seiten
Verlag: Kohlhammer
ISBN-13: 978-3-17-021337-1
Preis: 26,90 €

Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen



Dieses Buch wendet sich nicht nur an Personen, die Menschen unterschiedlicher Glaubensrichtungen und Kulturen vor und während des Sterbens betreuen, sondern auch an Berufsgruppen, die mit dem Umgang mit Verstorbenen betraut sind. 15 verschiedene Glaubensrichtungen und Kulturen werden vorgestellt und der Umgang mit ihnen in ATLS aufgeteilt. Das Buch enthält ausführliche Übersetzungen in sieben verschiedenen Sprachen für besonders im Pflegealltag häufig gebrauchte Wörter und Sätze. Es informiert zudem über verschiedene Bestattungsarten. Alle gewünschten Informationen sind schnell zu finden und verständlich beschrieben.

Werner Theobald,
Hartmut Rosenau (Hg.)
Menschenbilder
140 Seiten
Verlag: Lit
ISBN-13: 978-3-643-11400-6
Preis: 19,90 €

Die Frage nach dem Menschenbild wird immer dann laut, wenn Fundamentales zur Diskussion steht. In der heutigen Zeit sind dies vor allem He-



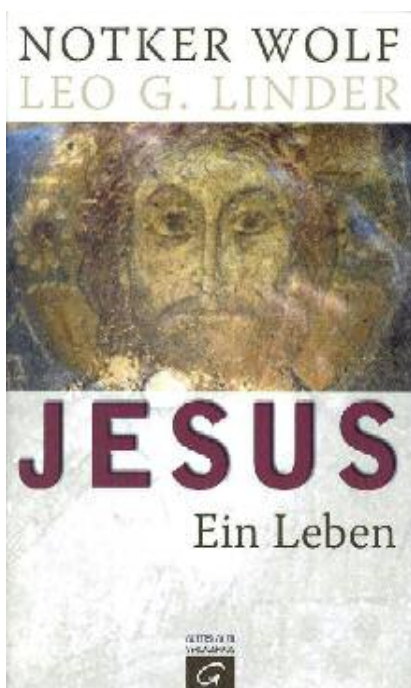
erausforderungen im Rahmen sozio-ökonomischer und technologischer Kontexte wie z.B. globale Finanzkrisen oder Visionen einer biomedizinischen „Verbesserung“ des Menschen. Der vorliegende Band vermittelt einen Eindruck von der Vielgestaltigkeit der Versuche, die Frage nach dem Menschenbild, die lange Zeit in den Hintergrund der ethischen Diskussion getreten war, wieder aufzugreifen. Edith Kellnhauser

**Krankenpflegekammern
und Professionalisierung der Pflege**
225 Seiten
Verlag: Zawada
ISBN-10: 3932042085
Preis: 14,99 €

Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland. Immer wieder wird die Ansicht vertreten, dass die Einrichtung von Pflegekammern die Professionalisierung der Pflege voranbringen könnte. Ziel dieses Buches ist es, durch eine vergleichende internationale Studie Wesen und Wirkung von Pflegekammern in den angelsächsischen Ländern aufzuzeigen. Es werden vielseitige Aktivitäten der Kammern erkennbar. Zugleich wird gezeigt, wie diese Aktivitäten zur Förderung der Professionalisierung beitragen. Eine Überprüfung bestehender



deutscher Kammergesetze ergibt, dass zur Errichtung einer Pflegekammer in der Bundesrepublik keine neuen gesetzlichen Strukturen erforderlich sind. Eine Pflegekammer könnte in die bestehenden Kammergesetze auf Länderebene eingepasst werden.



Notker Wolf, Leo G. Linder
Jesus – Ein Leben
 256 Seiten
 Verlag: Gütersloher Verlagshaus
 ISBN-13: 978-3-579-06578-6
 Preis: 19,99 €

Die vier Evangelien der Bibel und die Apostelgeschichte bilden den dramatischen Urstoff des Abendlands. Aber sie werden heute kaum noch verstanden – weder in ihrer historischen Brisanz noch in ihrer theologischen Bedeutung oder ihrer literarischen Qualität. Notker Wolfs neues Buch ist ein ambitioniertes Projekt: Es leistet die Revitalisierung der Evangelien mit dem Anspruch, das Evangelium des 21. Jahrhunderts vorzulegen – quellengetreu, modern und literarisch anspruchsvoll geschrieben, die Mythen und die Dramatik des frühen Christentums neu belebend.

Reinhard Lay
Ehtik in der Pflege

Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung
 468 Seiten
 Verlag: Schlütersche
 ISBN-13: 9783899932713
 Preis: 39,95 €

Konflikte nehmen im Pflegealltag immer mehr Raum ein. Wie sollen Pflegende in wirtschaftlich schwierigen Zeiten eine gute Arbeit leisten? Was ist gute Pflege? Welche Qualität von Pflege ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen noch zu verantworten? Wo werden Grenzen verletzt? Diese und viele andere spannende Fragen beantwortet das komplett überarbeitete und aktualisierte Standardwerk.



Impressum

Herausgeber und Verantwortung:

Kath. Pflegeverband e.V.,
 Adolf-Schmetzer-Str. 2 – 4,
 93055 Regensburg,
 Tel. (0941) 604877-0, Fax (0941) 604877-9,
 E-Mail: info@kathpflegeverband.de,
 www.kathpflegeverband.de

V. i. S. d. P.:

Monika Pöhlmann, Vorsitzende

Redaktionsleitung:

Markus Nikolaus Antony

Redaktionsmitglieder:

Monika Pöhlmann, Maria Ziegenfuß,
 Hans Bauer, Carola Nick, Anna Maria Luger,
 Katarina Planer

Konzept/Gestaltung:

bauer.com communication & marketing
 gmbh, www.bauercom.eu

Druck:

ErhardiDruck, Regensburg

Erscheinungsweise:

4-mal jährlich in der Quartalsmitte. Für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbands e.V. kostenlos. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Artikel und Leserbriefe, die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichnet sind, spiegeln nicht unbedingt die Meinung des Katholischen Pflegeverbands e.V. wider.

ISSN-Nummer 1436-8013

Besuchen Sie uns online!

Ein Blick auf unsere Website lohnt sich immer ...

www.kathpflegeverband.de



Stellungnahme:

Geplante EU-Reform zur Pflegeausbildung – Pflegewissenschaftler legen nach

Die Reform der EU-Richtlinie 2005/ 36/ EG, die unter anderem den zukünftigen Zugang zur Pflegeausbildung in Europa regeln wird, geht in ihre entscheidende Phase. Am 24. Januar 2013 wird der federführende Binnenmarkt-Ausschuss (IMCO) des EU-Parlaments seine Empfehlungen zur Reform abschließend beraten. Aus diesem Grunde haben sich Vertreter von vier bundesweit tätigen Einrichtungen und Organisationen der Pflegewissenschaft und -forschung mit einem Schreiben an alle EU-Abgeordneten in diesem Ausschuss für die Reform der Richtlinie ausgesprochen. Dadurch sollen die Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung verbindlich von zehn auf zwölf Jahre allgemeinbildende Schule bzw. vergleichbare Abschlüsse einheitlich in Europa angehoben werden. Bereits heute ist dies in 24 von 27 europäischen Mitgliedsstaaten der Standard. Deutschland gehört nicht dazu. Zu den Organisationen gehören das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und die Dekonferenz Pflegewissenschaft.

Bereits im September hatten sich die Organisationen mit einem Schreiben an alle 99 deutschen EU-Parlamentarier in Brüssel gewandt und ihre Argumente dargelegt. In ihrer Stellungnahme begrüßen die Organisationen den Reformansatz der EU-Richtlinie im Hinblick auf die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung ausdrücklich und sprechen sich für eine zeitnahe Umsetzung in Deutschland aus. Sie argumentieren, dass die internationale Studienlage auf Zusammenhänge zwischen Qualifikation des Pflegepersonals und Qualität der Versorgung hinweist. Dort, wo ein besonders guter Personalmix besteht, sind die Risiken in der Patientenversorgung geringer. Für falsch und gefährlich halten die Autoren das Hauptargument der zahlreichen Gegner der Reform aus Deutschland, dass die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen den Fachkräftemangel in der Pflege noch verstärken würde. Die Stellungnahmen können unter www.dip.de heruntergeladen werden.

Quelle: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

Geregelt:

Sachsen: Berufsordnung für Pflegefachkräfte in Kraft

Am 15.12.2012 ist im Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 16/2012 die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Berufsausübung von Pflegefachkräften, kurz Berufsordnung Pflegefachkräfte – PflBO, veröffentlicht worden. Damit ist die Berufsordnung seit 16.12.2012 in Kraft.

Damit erhält nach dem Saarland und mehreren Stadtstaaten das erste größere bundesdeutsche Flächenland eine entsprechende gesetzliche Vorgabe. Die Berufsordnung setzt erstmals für alle in Sachsen tätigen Pflegefachkräfte Maßstäbe für berufliches Pflegehandeln. Als Pflegefachkräfte zählen alle Personen, die in Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege ausgebildet sind. Inhalte der Verordnung sind Allgemeine Berufsaufgaben, die direkt an die Ziele der Ausbildungsgesetze anschließen, Allgemeine Berufspflichten, Regelungen zu Auskunft und Beratung, Dokumentation und zur Schweigepflicht. Des Weiteren gibt es eine Regelung zu Belohnungen und Geschenken sowie zu Pflichten bei selbstständiger Tätigkeit. Die von vielen engagierten Berufsangehörigen geforderten gesetzlichen Regelungen zu Fort- und Weiterbildung sind ebenfalls beinhaltet. Diese orientieren sich an den Vorgaben der unabhängigen Registrierung für beruflich Pflegende. Derzeit werden vom Sächsischen Pflegerat Gespräche zur

Veröffentlichung und Verteilung an alle Pflegenden in Sachsen geführt.

Weitere Informationen inkl. dem Wortlaut finden Sie unter: www.pflegerat-sachsen.de

Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft Pflegewesen und Kooperationspartner





Entscheidung:

Schleswig-Holstein: Pflegekammer ist beschlossene Sache!

Wird Schleswig-Holstein das erste Bundesland mit einer Pflegekammer? Der Norden holt mächtig auf!

Die Wahlversprechen der Regierungsparteien und die für die Pflegeberufe getroffenen Koalitionsvereinbarungen werden umgesetzt. Schleswig-Holstein erhält als erstes Bundesland, im Landtag verabschiedet, eine Pflegekammer. „Mit dem Beschluss des Landtags, die rechtlichen Voraussetzungen zur Errichtung einer Pflegekammer schaffen zu wollen, wird ausgeführt, was versprochen wurde! Es wird Zeit, dass die Pflege ihre Zukunft selbst in die Hand nimmt! Eine notwendige und zukunftsorientierte Entscheidung für die Pflegeberufe und für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung“, so Frank Vilsmeier, 1. Vorsitzender des Pflagerates. In vielen Gesprächen mit Pflegenden und gesundheitspolitischen Sprechern der SPD und Grünen sind diese Vereinbarungen auf den Weg gebracht worden. Das war ein hartes Stück Arbeit.

„Wir sehen in der Pflegekammer keine Konkurrenz zu den Gewerkschaften, sondern eine hervorragende Ergänzung, um die Interessen und Ansprüche der Pflegenden, aber auch Sicherheit und Transparenz der Pflegebedürftigen zu gewährleisten“, sagte die pflegetherapeutische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Birte Pauls.

Jetzt geht es nicht mehr um das „Ob“ sondern nur noch um das „Wie“ zur Frage der Errichtung einer Pflegekammer!

Wir bleiben für Sie am Ball und werden sicher berichten, wie es an der Nordfront weitergeht.



Vertrauen und Vorsorge auf Gegenseitigkeit

Unsere Stärken – Ihre Vorteile

- ▲ Hohe Garantieleistungen und jederzeitige Beitragsflexibilität
- ▲ Nur den Mitgliederinteressen verpflichtetes Unternehmen
- ▲ Tarife ohne Abschlusskosten, d. h. hohes Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Für alle
Mitarbeiter in Kirche
und Caritas!

SELBSTHILFE
Pensionskasse der Caritas VVaG

Mehr Informationen:

www.sh-rente.de · info@sh-rente.de
Tel.: 0221 46015-0



Geschenke, erworbene und eingeschränkte Freiheit

Ich bin so frei ...

Kerstin hat ihre Freunde über Facebook eingeladen. Ihren 18. Geburtstag will sie ausgiebig feiern. Schließlich markiert dieser Tag wieder einen weiteren Schritt zu mehr Autonomie und Freiheit. Den Eltern hat sie deshalb auch vorgeschlagen, sich doch mal einen schönen Kurzurlaub zu gönnen, damit sie mit ihren Freunden allein in der Wohnung feiern könnte. Sie haben es sich nicht leicht gemacht, sind besorgt weggefahren. Hoffentlich gibt es nachher keine Beschwerden der Nachbarn, es sei zu laut gewesen, die jungen Leute hätten sich unmöglich benommen. Aufatmen – es ist alles gut gegangen. Kerstin hat ihre Eltern nicht enttäuscht.

Der 18. Geburtstag ist nur eine Etappe von vielen, in denen wir ein Leben lang zu immer größerer Freiheit und Autonomie heranwachsen. Der erste Schritt wird schon beim Eintritt ins Leben getan. Die Entbindung löst die totale Abhängigkeit von der Mutter und überführt sie in eine gestaltbare Abhängigkeit. In den ersten Wochen und Monaten ist davon noch wenig zu spüren. Aber alle Mütter sind dann doch erstaunt, wie schnell ihr Kind selbstständig und eigensinnig wird.

Einschulung, Schulabschluss, Wahl einer Berufsausbildung oder eines Studiums, immer mehr weitet sich der Radius der Freiheit hin zur Selbstverwirklichung – und damit auch zu mehr Verantwortung. In Freiheit sollte dann auch eine Partnerwahl geschehen. „Sind Sie hierher gekommen, um nach reiflicher Überlegung und aus freiem Entschluss mit Ihrer Braut (bzw. ihrem Bräutigam) den Bund der Ehe zu schließen?“, fragt der Pfarrer bei einer kirchlichen Trauung. So wird der persönliche Weg jedes Menschen ein Aben-

teuer der Entdeckung und Übernahme von immer mehr Freiheit.

Das aber ist nur der eine Strang im Leben eines Menschen. Es gibt auch den gegenläufigen, den wir normalerweise erst in der Mitte des Lebens bewusst erfahren, es sei denn Krankheit oder Schicksalsschläge greifen schon früh und unverhofft ins Leben ein.

Die letzte Wegstrecke im Alter ist dann in jedem Fall steil und schwer und mutet uns zu, die gewonnene Freiheit immer mehr zu verabschieden. Angewiesen ist der Mensch in dieser Phase auf die Hilfe und Unterstützung anderer. Autonomie und Selbstbestimmung nehmen immer mehr ab. Bisher selbstverständliche Lebensvollzüge müssen schmerzlich abgegeben werden. Irgendwann einmal kannst du nicht mehr radfahren, skifahren, bergwandern oder autofahren usw. Der Bewegungsradius wird kleiner. Zuletzt beschränkt er sich

auf das häusliche oder nur noch auf das „Kranken-häusliche“ oder „Altenheim-häusliche“ Leben. Und im schlimmsten Fall schränkt ein Betreuer oder das Betreuungsgericht sogar deine körperliche Bewegungsfreiheit ein.

Leben zeigt also zwei gegenläufige Bewegungen: eine Zunahme an Freiheit und eine Einschränkung der Freiheit. Und beides muss gestaltet werden. Die wachsende Freiheit kann nicht als reine Beliebigkeit gelebt werden. Das wäre verantwortungslos. Und eingeschränkte Freiheit ist nur als tapfere Annahme des Unvermeidlichen auszuhalten und ohne Hoffnung auf ein ganz anderes Leben nur schwer zu ertragen.

Die Ethik unterscheidet zwischen einer Freiheit wovon und einer Freiheit wozu. Im Erleben wird die Freiheit wovon als Hoffnung und anzustrebendes Gut erwünscht. Die Freiheit wozu hingegen muss erspürt und errungen werden. Sie ist ein Charakterzug der reifen Persönlichkeit. Der Appell lautet: Übernimm Verantwortung, drück dich nicht vor – auch schweren – Aufgaben.

Stefan Zweig sagt: „Es lohnt sich schon, etwas Schweres auf sich zu nehmen, wenn man es einem Menschen damit leichter macht“. Das moderne Lebensprogramm: „Wenn es mir gut geht, geht es auch den anderen gut“, bedarf offenbar einer Ergänzung. Die Wiederentdeckung der Nächstenliebe ist angesagt! Die damit einhergehende Einschränkung der Freiheit kann also angenommen werden. Nicht selten aber muss sie einfach auch erlitten werden.

Aber das ist noch nicht alles, was über die Freiheit zu sagen wäre. Denn als soziale Wesen sind wir aufeinander verwiesen und wohl oder übel auch abhängig von den gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. In demokratischen Gesellschaften ist die Freiheit ein wichtiges, wenn auch gefährdetes Gut. In Grundgesetzen und Menschenrechtsdeklarationen nimmt sie einen hohen Rang ein.

Die Realität aber sieht meist anders aus. Wie frei ist der freie Bürger wirklich? Sind wir nicht inzwischen „versklavt und verloren“ an die Märkte, die Werbung und den sog. Mainstream? Vielen Zeitgenossen ist noch gar nicht aufgegangen, wie viel an Freiheit sie schon an das Internet und alle Varianten der modernen EDV-Technik abgegeben haben. Das Selbstverständnis der Piratenpartei offenbart dieses Dilemma.

Von einer ganz anderen Freiheit muss zuletzt noch gesprochen werden. Sie beruft sich auf ein Wort des Völkerapostels Paulus aus dem Galaterbrief: „Zur Freiheit hat uns Christus befreit. Bleibt daher fest und lasst euch nicht von neuem das Joch der Knechtschaft auflegen!“

(Gal 5,1) Martin Luther hat diesen Appell in seiner 30 Thesen umfassenden Denkschrift „Von der Freiheit eines Christenmenschen“ radikal umgesetzt und dazu beigetragen, dass auch die ganze Kirche verstanden hat: Es darf keinen Zwang geben. Religionsfreiheit – seit dem 2. Vatikanischen Konzil garantiert – entspricht der Würde des Menschen. Auch die Gottesbeziehung kann und darf nicht per Dekret verordnet werden. In einem Hymnus zum Christkönigsfest heißt es über Jesus: „Doch nicht auf Zwang baut deine Macht und nicht auf Furcht dein Königtum. In Liebe ziehst du uns an dich ...“

Diese ganz andere Freiheit hat allerdings einen transzendenten Grund. Sie kann sich nicht auf innerweltliche Garantien stützen, auch nicht auf den Träger der Freiheit, den Menschen selbst. Sie ist eine geschenkte Freiheit und wird nur im Sprung des Glaubens an Gott ertastet und lebbar. Vermutlich waren die ersten Christen für die damalige Welt deshalb so interessant, weil sie gegenüber allen weltlichen Einreden und Herrschern wirklich frei waren. Ihre Lebensgrundlage war die vertrauensvolle Beziehung zum Herrn der Freiheit, zu Jesus Christus. Eine größere Freiheit kann es nicht geben. Denn sie mündet im Bekenntnis einer Macht größer als wir selbst, sie gründet durch Christus in Gott allein. Und dieser ist der Garant unserer Freiheit.

About:



Klaus Stock wurde 1939 in Friedenfels/Opf. geboren, lernte zunächst Einzelhandelskaufmann und widmete sich dann nach der Spätberufenschule dem Theologiestudium in Regensburg.

1969 erhielt er die Priesterweihe. Er wirkte als Studentenpfarrer an der Hochschulgemeinde Regensburg (1971-1976), Studentenpfarrer im Cusanuswerk (1976-1983), Leiter der Telefonseelsorge Regensburg (1983-1988) und machte zusätzlich noch die Ausbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater (1985-1989).

Er hat als Krankenhausseelsorger im Caritas-Krankenhaus St. Josef gearbeitet und war von 1989 bis 2010 als Seelsorger für Beratungsdienste und Pflegeberufe (1989-2010) aktiv und Bischöfl. Beauftragter für Krankenhaus- und Hospizseelsorge (1993-2010) sowie Geistlicher Beirat im Sozialdienst kath. Frauen (SkF Regensburg), Mitglied der Werdenfeller Bruderschaft und Gründungsmitglied und Mitarbeit im Hospiz-Verein Regensburg.

Seit 01.09.2011 ist er offiziell im Ruhestand, bleibt aber weiterhin wach sowie sehr aktiv.

www.stock-klaus.de

Klaus Stock, Pfr. i.R.

Alles, was Recht ist!

Arbeitskampf in kirchlichen Einrichtungen – Dritter Weg

Verfügt eine Religionsgesellschaft über ein am Leitbild der Dienstgemeinschaft ausgerichtetes Arbeitsrechtsregelungsverfahren, bei dem die Dienstnehmerseite und die Dienstgeberseite in einer paritätisch besetzten Kommission die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gemeinsam aushandeln und einen Konflikt durch den neutralen Vorsitzenden einer Schlichtungskommission lösen (sog. Dritter Weg), dürfen Gewerkschaften nicht zu einem Streik aufrufen. Das gilt jedoch nur, soweit Gewerkschaften in dieses Verfahren organisatorisch eingebunden sind und das Verhandlungsergebnis für die Dienstgeberseite als Mindestarbeitsbedingung verbindlich ist.

Die Evangelische Kirche von Westfalen, die Ev.-luth. Landeskirche Hannovers, deren Diakonische Werke sowie vier diakonische Einrichtungen und ein Zusammenschluss mehrerer Diakonischer Werke haben von der beklagten Gewerkschaft ver.di nach Warnstreiks verlangt, Aufrufe zu Streiks in diakonischen Einrichtungen zu unterlassen. Sie haben sich darauf berufen, durch Streiks in ihrem grundrechtlich geschützten kirchlichen Selbstbestimmungsrecht verletzt zu werden. Ver.di hat demgegenüber geltend gemacht, aufgrund ihrer verfassungsrechtlich vorbehaltlos eingeräumten Koalitionsbetätigungsfreiheit könne sie auch in kirchlichen Einrichtungen zu Streiks aufrufen. Das Landesarbeitsgericht hat die Klagen abgewiesen.

Der Erste Senat des Bundesarbeitsgerichts hat die Revisionen der Kläger zurückgewiesen. Die Beeinträchtigung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts durch einen Arbeitskampf ist nicht ausnahmslos rechtswidrig. Das Recht der Evangelischen Kirche von Westfalen und ihrer diakonischen Einrichtungen aus Art. 140 GG iVm. Art. 137 Abs. 3 WRV, die eigenen Angelegenheiten zu ordnen

und zu verwalten, ist funktional auf die Verwirklichung der Religionsfreiheit aus Art. 4 Abs. 1 und 2 GG bezogen. Sein Schutzbereich umfasst auch die Entscheidung, die Arbeitsbedingungen der in der Diakonie beschäftigten Arbeitnehmer nicht mit Gewerkschaften durch Tarifverträge zu regeln, sondern entsprechend ihrem religiösen Bekenntnis einem eigenständigen, am Leitbild der Dienstgemeinschaft ausgerichteten Arbeitsrechtsregelungsverfahren zu überantworten. Das schließt die Befugnis ein, die Regelung der Arbeitsbedingungen einer paritätisch besetzten Arbeitsrechtlichen Kommission sowie einer Schiedskommission mit einem unparteiischen Vorsitzenden zu übertragen.

Dieses – von staatlichen Gerichten nicht zu überprüfende – religiöse Bekenntnis kollidiert mit der durch Art. 9 Abs. 3 GG geschützten Koalitionsfreiheit einer Gewerkschaft, sofern sich die Religionsgesellschaft der Privatautonomie zur Begründung von Arbeitsverhältnissen bedient. Ein wesentlicher Zweck der geschützten Koalitionsbetätigungsfreiheit ist der Abschluss von Tarifverträgen zur Regelung der Mindestarbeitsbedingungen ihrer Mitglieder. Soweit die Verfolgung dieses Koalitionszwecks vom Einsatz bestimmter Mittel abhängt, werden diese vom Schutz des Grundrechts erfasst. Dazu zählen auch Arbeitskampfmaßnahmen, soweit sie funktional auf den Abschluss von Tarifverträgen gerichtet sind. Die Gewährleistungen des Art. 9 Abs. 3 GG sind allerdings nicht auf die Tarifautonomie beschränkt, sondern erfassen auch konsensuale Lösungen.

Diese Grundrechtskollision haben staatliche Gerichte bei der Entscheidung über einen zivilrechtlichen Unterlassungsanspruch einem schonenden Ausgleich nach dem Grundsatz praktischer Konkordanz zuzuführen. Bei ei-

ner hiernach vorzunehmenden Güterabwägung bestimmen sich auf Seiten der Religionsgesellschaft Maß und Gewicht der Beeinträchtigung nach ihrem Selbstverständnis. Hiernach führt ein Arbeitskampf zur Erzwungung eines Tarifvertrags zur Auflösung der Dienstgemeinschaft. Er beeinträchtigt in schwerwiegender Weise das diakonische Wirken und beschädigt die Glaubwürdigkeit der Kirche. Demgegenüber bewirken der Ausschluss tarifautonomer Arbeitsrechtssetzung und eines Arbeitskampfes zu deren Erzwungung eine substantielle Beschränkung des Koalitionsbetätigungsrechts einer Gewerkschaft. Zudem werden ihre Möglichkeiten zur Mitgliederwerbung, die für den Fortbestand einer Gewerkschaft unerlässlich ist, ganz erheblich gemindert.

Die Gewichtung dieser grundrechtlich geschützten Belange zur Herstellung praktischer Konkordanz lässt ein Zurücktreten der Rechte einer Gewerkschaft nur zu, sofern diese sich innerhalb des Dritten Weges noch koalitionsmäßig betätigen kann, die Arbeitsrechtssetzung auf dem Dritten Weg für die Dienstgeber verbindlich ist und als Mindestarbeitsbedingung den Arbeitsverträgen auch zugrunde gelegt wird. Hiervon ausgehend waren die Klagen der dem Bereich der Evangelischen Kirche von Westfalen zuzuordnenden Kläger schon deshalb unbegründet, weil dort für die Arbeitgeberseite die Möglichkeit besteht, einseitig zwischen unterschiedlichen Arbeitsrechtsregelungen des Dritten Weges zu wählen. Die übrigen Revisionen waren aus allgemeinen verfahrensrechtlichen oder deliktsrechtlichen Gründen zurückzuweisen.

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 20. November 2012 – 1 AZR 179/11 – Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Hamm, Urteil vom 13. Januar 2011 – 8 Sa 788/10 –

Arbeitszeugnis – kein Anspruch des Arbeitnehmers auf Dank und gute Wünsche

Der Arbeitgeber ist gesetzlich nicht verpflichtet, das Arbeitszeugnis mit Formulierungen abzuschließen, in denen er dem Arbeitnehmer für die geleisteten Dienste dankt, dessen Ausscheiden bedauert oder ihm für die Zukunft alles Gute wünscht. Das einfache Zeugnis muss nach § 109 Abs. 1 Satz 2 GewO mindestens Angaben zu Art und Dauer der Tätigkeit enthalten. Der Arbeitnehmer kann gemäß § 109 Abs. 1 Satz 3 GewO verlangen, dass sich die Angaben darüber hinaus auf Leistung und Verhalten im Arbeitsverhältnis (qualifiziertes Zeugnis) erstrecken. Aussagen über persönliche Empfindungen des Arbeitgebers gehören damit nicht zum notwendigen Zeugnisinhalt. Ist der Arbeitnehmer mit einer vom Arbeitgeber in das Zeugnis aufgenommenen Schlussformel nicht einverstanden, kann er nur die Erteilung eines Zeugnisses ohne diese Formulierung verlangen. Der Kläger leitete einen Baumarkt der Beklagten. Nach der Beendigung des Arbeits-

verhältnisses erteilte ihm die Beklagte ein Arbeitszeugnis mit einer überdurchschnittlichen Leistungs- und Verhaltensbeurteilung. Das Zeugnis endet mit den Sätzen: „Herr K scheidet zum 28.02.2009 aus betriebsbedingten Gründen aus unserem Unternehmen aus. Wir wünschen ihm für die Zukunft alles Gute.“ Der Kläger hat die Auffassung vertreten, der Schlusssatz sei unzureichend und entwerfe sein gutes Zeugnis. Er habe Anspruch auf die Formulierung: „Wir bedanken uns für die langjährige Zusammenarbeit und wünschen ihm für seine private und berufliche Zukunft alles Gute.“ Das Arbeitsgericht hat der Klage stattgegeben, das Landesarbeitsgericht hat sie auf die Berufung der Beklagten abgewiesen. Die Revision des Klägers hatte vor dem Neunten Senat des Bundesarbeitsgerichts keinen Erfolg. Schlusssätze in Zeugnissen, mit denen Arbeitgeber in der Praxis oft persönliche Empfindungen wie Dank oder gute Wünsche zum

Ausdruck bringen, sind nicht „beurteilungsneutral“, sondern geeignet, die objektiven Zeugnisaussagen zu Führung und Leistung des Arbeitnehmers zu bestätigen oder zu relativieren. Wenn ein Arbeitgeber solche Schlusssätze formuliert und diese nach Auffassung des Arbeitnehmers mit dem übrigen Zeugnisinhalt nicht in Einklang stehen, ist der Arbeitgeber nur verpflichtet, ein Zeugnis ohne Schlussformel zu erteilen. Auch wenn in der Praxis, insbesondere in Zeugnissen mit überdurchschnittlicher Leistungs- und Verhaltensbeurteilung, häufig dem Arbeitnehmer für seine Arbeit gedankt wird, kann daraus mangels einer gesetzlichen Grundlage kein Anspruch des Arbeitnehmers auf eine Dankesformel abgeleitet werden.

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 11. Dezember 2012 – 9 AZR 227/11 – Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 3. Februar 2011 – 21 Sa 74/10 –

Anspruch auf Arbeitszeitverringerung bei Arbeitszeitvorgaben des Entleihers

In einem Betrieb, in dem in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmer beschäftigt werden, kann ein Arbeitnehmer, dessen Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden hat, von dem Arbeitgeber verlangen, dass seine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit verringert wird (§ 8 Abs. 1 TzBfG). Der Arbeitgeber hat der Verringerung der Arbeitszeit zuzustimmen, soweit betriebliche Gründe nicht entgegenstehen (§ 8 Abs. 4 Satz 1 TzBfG). Diese hat er darzulegen und gegebenenfalls nachzuweisen.

Der Kläger ist seit 1995 im Luftfahrtunternehmen der Beklagten mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 18 Wochenstunden beschäftigt. Die Beklagte ist berechtigt, dem Kläger sämtliche Tätigkeiten im „Basic Service 2“ zuzuweisen. Zu diesen gehört neben dem Betreuungsdienst, dem der Kläger zugeordnet ist, eine Vielzahl anderer Tätig-

keiten. 2008 übertrug die Beklagte ihren Betreuungsdienst auf einen Dienstleistungsanbieter und überließ diesem u.a. den Kläger auf der Grundlage eines Arbeitnehmerüberlassungsvertrags. Später verpflichtete sich die Beklagte gegenüber dem Entleiher, ausschließlich Arbeitnehmer mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 18 Stunden zu überlassen. Der Kläger verlangt von der Beklagten, seine regelmäßige Wochenarbeitszeit auf zehn Stunden zu reduzieren. Die Beklagte macht geltend, die Arbeitszeitregelungen des Überlassungsvertrages stünden dem Verringerungsbegehren entgegen. Das Arbeitsgericht hat der Klage stattgegeben, das Landesarbeitsgericht hat auf die Berufung der Beklagten die Klage abgewiesen.

Die Revision des Klägers hatte vor dem Neunten Senat des Bundesarbeitsge-

richts Erfolg. Der gesetzliche Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit steht auch Arbeitnehmern zu, die bereits in Teilzeit arbeiten. Die Arbeitszeitbestimmungen des Überlassungsvertrages berechtigten die Beklagte nicht, den Verringerungswunsch des Klägers abzulehnen. Entscheidend ist vielmehr, ob dem Teilzeitverlangen bei allen vertraglich möglichen Einsätzen betriebliche Gründe entgegenstehen. Zu der Möglichkeit, den Kläger – gegebenenfalls im Wege eines Ringtausches – auf einem anderen Arbeitsplatz in ihrem Luftfahrtunternehmen einzusetzen, hatte die darlegungsbelastete Beklagte nichts vorgetragen.

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 13. November 2012 – 9 AZR 259/11 – Vorinstanz: Hessisches Landesarbeitsgericht, Urteil vom 31. Januar 2011 – 17 Sa 641/10 –



Bei uns stehen Sie im Mittelpunkt



Tun Sie sich etwas Gutes!

Persönlich vorankommen, sich beruflich weiterentwickeln
und sich wohlfühlen im Kreise Gleichgesinnter.

Profitieren Sie von den Seminaren, Veranstaltungen und
den Angeboten des Katholischen Pflegeverbandes.
Ganz speziell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet.

Katholischer
Pflegeverband e.V.

