



Pflege-Selbsthilfeverband e.V.
Initiative für menschenwürdige Pflege

Pflege-SHV
Adelheid von Stösser, 1. Vors.
Am Ginsterhahn 16
53562 St. Katharinen
Tel. 0 26 44 - 36 86
Fax 0 26 44 - 8 04 40
info@pflege-shv.de
www.pflege-shv.de

Fachbegutachtung und Stellungnahme zur Lebenssituation der Frau E. im Evangelischen Altenzentrum in

Frau R. aus ..., Schwester von Frau E., hat sich an unseren Verband gewandt, mit der Bitte um Sachverständigenrat und Hilfe in nachfolgender Angelegenheit:

Frau E., geb. am 30.07.32, lebt seit Ende Januar 2008 in o.g. Pflegeheim. Vorausgegangen war ein Krankenhausaufenthalt aufgrund mehrerer Messerstiche, die ihr Lebenspartner ihr im Streit zugefügt hatte. Nach Angabe ihrer Schwester habe sie vorher bereits deutliche Zeichen von Demenz gezeigt, man habe jedoch noch mit ihr sprechen können. Nach diesem Vorfall und dem Krankenhausaufenthalt sei sie völlig verwirrt gewesen, habe nicht mehr gewusst wer sie besucht und auch nicht sagen können, was passiert ist. Ihr Betreuer, Herr N. aus ..., veranlasste ihre Krankenhausentlassung in das o.g. Heim.

Dass der Lebensgefährte ihrer Schwester ein "Problemfall" war, wussten Frau R, ihr Bruder und die übrige Familie nur zu gut. Er habe ihre Gutmütigkeit ausnutzt, ihr Geld durchgebracht und sei häufig betrunken und aggressiv gewesen. Dennoch habe sich Frau E. nicht von ihm trennen können; rd. 40 Jahre haben die beiden miteinander verbracht. Ihre Beziehung zur übrigen Familie, insbesondere zu ihrer Schwester, mit der sie sich früher sehr gut verstand, war entsprechend belastet. Mit großer Sorge hat diese die sich zuspitzende Lebenssituation der beiden wahrgenommen und bereits vor dem oben erwähnten tätlichen Übergriff des Lebensgefährten, schlimmeres zu verhindern versucht. So sei Frau E. trotz zunehmender Desorientierung und der Diagnose Demenz bis Mitte 2007 immer noch Auto gefahren. Frau R. fand dies unverantwortlich und schaltete schließlich das Ordnungsamt ein, damit ihr die Fahrerlaubnis entzogen wurde. Vor allem Herr B. habe ihr das sehr übel genommen, der auch in Punkto Mobilität auf seine Partnerin angewiesen war, da er wegen einer Sehschwäche (diabetische Retinopathie) fast blind war. Kurze Zeit später wurde Frau E. unter Betreuung gestellt, wobei sich das Gericht für einen Berufsbetreuer entschied, angeblich, weil sie ihre Schwester als Betreuerin abgelehnt habe. Die Zusammenhänge und näheren Umstände wurden seitens des Gerichtes nicht recherchiert. Denn dann hätte zweifelsohne festgestellt werden können, dass sich Frau R. durchaus zum Wohle ihrer Schwester eingesetzt hat und dies ja auch bis heute noch tut. Auch der Berufsbetreuer nutzte, wenn es ihm dienlich erschien, die Hilfsbereitschaft von Frau R. Ansonsten blieb sie außen vor. Sie wurde weder informiert noch einbezogen. Beispiel: Obschon sie quasi in der Nachbarschaft ihrer Schwester wohnte, erfuhr Frau R. von ihrem in USA lebenden Bruder, dass Frau E. ins Evangelische Altenzentrum ... verbracht worden war. Sofort setzte sie sich ins Auto und besuchte sie dort. Tief erschrocken über den Zustand ihrer Schwester, setzte sie sich mit dem Betreuer in Verbindung, der ihr, nach mehrfachem Nachhaken, den Vorfall geschildert habe.

Frau E. irrte in diesem Heim herum, auf der Suche nach irgendeinem Ausweg aus ihrer beunruhigenden Lage. Sie konnte nicht sagen, was vorgefallen war, schien auf einmal komplett das Gedächtnis verloren zu haben. Bis dahin konnte sie normal sprechen, wenngleich sie in letzter Zeit eher wortkarg gewesen sei und man sie oft mehrfach hätte fragen müssen, bevor sie eine Antwort gab. Anfangs sei sie in dem Heim ständig herumgelaufen, „nur wusste sie nicht wohin“, schreibt Frau R..

Sechs Wochen nachdem sie in dieses Heim gekommen war, erfuhr Frau R. zu ihrer Verwunderung, von der Einweisung ihrer Schwester in die Rhein. Landesklinik in ... (geschlossene Abteilung). Angeblich sei sie aggressiv gegen das Personal gewesen. Für Frau R. nahezu unvorstellbar, da sie ihre Schwester immer nur als „das Lamm der Familie“ erlebt habe. Ganz im Unterschied zu ihr selbst, habe Frau E. nie auf den Tisch

gehauen oder sich mit Worten zur Wehr gesetzt. „Das hätte sie mal tun sollen, dann wäre sie nicht da, wo sie jetzt ist.“, so ihre gut nachvollziehbare Einschätzung. Vier Wochen verbrachte Frau E. in dieser Klinik, um medikamentös so eingestellt zu werden, dass ihre Unruhe verschwindet und sie keine Kraft mehr hatte, gegen diesen für sie unbegreiflichen Zustand zu opponieren. Zurückgekehrt ins Heim, saß sie die meiste Zeit wie in Trance da. Durch die permanente Sedierung war sie entsprechend wackelig auf den Beinen, konnte ohne Begleitung kaum noch einen Schritt gehen. Welche Medikamente ihr gegeben wurden, wollte man Frau R. nicht sagen, das Heimpersonal fühlte sich dazu nicht berechtigt und der Arzt verwies auf den Betreuer. Dieser wiederum verlässt sich darauf, dass der Arzt und das Heimpersonal in ihrer Profession am besten wissen müssen, wie man in solch einem Falle verfährt.

Ungefähr seit ihrem Geburtstag am 30.07.2009 wird Frau E. Tag und Nacht fixiert. Dafür sei sie über Tag nicht mehr ganz so stark sediert, erklärt Frau R.. Auf den beigefügten Fotos sehen Sie, wie sich die Gefesselte windet – wenn sie einigermäßen wach ist. Sie will raus, will sich bewegen. Doch sie hat keine Chance. Alle scheinen sich gegen sie verschworen.

"Das Amtsgericht hat mit Beschluss vom 09.12.2008 die Verwendung
a) eines Bettgitters während der Bettruhezeiten und einer Pflegebettedecke (?)
b) eines Buchgurtes im (Roll)Stuhl bzw. eines Tisches am (Roll)Stuhl tagsüber
als freiheitseinziehende Schutzmaßnahme gem. §§ 1906 Abs.4 BGB, 70 Abs. 1 Satz 2 Nr.2, 70 e Abs.1
FGG vormundschaftsrechtlich genehmigt.
Die Anordnung ist längstens bis 07.12.2010 gültig."

Mit diesem pauschalen Beschluss erteilte der Amtsrichter dem Heim zugleich die Berechtigung Frau E. über zwei Jahre ununterbrochenen daran zu hindern, sich aufzusetzen in ihrem Bett, aufzustehen und sich im Zimmer oder den Gemeinschaftsräumen zu bewegen. Jeder Gefängnisinsasse hat deutlich mehr Bewegungsfreiraum als es Heimbewohnerinnen wie Frau E. zugebilligt wird. Der Tierschutzverein würde auf die Barrikaden gehen, wenn Tiere in ihrer Bewegungsfreiheit auf einen derart engen Raum begrenzt würden. Das Heimpersonal kann sich hingegen darauf berufen, dass es rechtlich abgesichert ist und zum Schutze der Schutzbefohlenen handelt. Der Betreuer fühlt sich ebenfalls auf der sicheren Seite. Rund um die Uhr fixiert, machen die zu Betreuenden am wenigsten Arbeit. Für ihn ist Frau E. eine Fremde, eine von durchschnittlich 40 Betreuungsfällen, um die sich Berufsbetreuer kümmern müssen.

Auch die Amtsgerichte sind oft mit so vielen Betreuungsanträgen und Genehmigungsanträgen konfrontiert, dass nahezu jede vom Arzt und Heim beantragte Freiheitsentziehung, ohne jeden Skrupel genehmigt wird. Denn Gerichte und Betreuer bauen auf die Ärzte und Pflegefachkräfte, weil das schließlich die Profis in diesen Fragen sind. Dabei wird übersehen, dass die amtsrichterliche Genehmigungspflicht für freiheitseinschränkende Maßnahmen gerade deshalb eingeführt bzw. verschärft wurde, weil Pflegedienste und Ärzte bekanntermaßen dazu neigen, unruhige Bewohner/Patienten allzu leichtfertig zu fixieren und medikamentös ruhig zu stellen. Diese gängige Praxis in den meisten Einrichtungen hat dazu geführt, dass inzwischen sogar ruhigstellende Medikamente gerichtlich genehmigt werden müssen. Durch Beschlüsse wie den oben zitierten, machen sich die Richter mitschuldig an den Verletzungen der Menschenwürde, die nach wie vor in großem Stil quer durch die Bundesrepublik praktiziert werden.

Die ständige Fixierung ist nicht das einzige, was Frau R. an diesem Altenheim zu bemängeln hat. Trotz ihrer zunehmenden Gehbehinderung fährt sie regelmäßig hin, meistens zu den Mittagessenszeiten. Wenigstens kann sie dann verhindern, dass ihrer Schwester die übliche passierte Kost vorgesetzt wird. Bis jemand Zeit findet, der ihr den einen oder anderen Löffel in den Mund schiebt, ist der undefinierbare braune Brei kalt. An den Tagen, an denen Frau R. da ist, bittet sie, dass Essen nicht zu pürieren, denn Frau E. kann, wenn man ihr mundgerechte, etwas zerdrückte Portionen anreicht, diese problemlos kauen und schlucken. Regelmäßig bringt sie ihr Obst und andere Lebensmittel mit, die Frau E. gerne mag. „Sie ist so dünn geworden, nur noch Haut und Knochen. Bevor sie ins Heim kam, wog sie über 70 kg, jetzt höchstens noch 50 kg. Wenn ich nach dem genauen Gewicht frage, gibt man mir ausweichende Antworten.“

„E. spricht fast nichts mehr, nur noch „hm“ oder manchmal „ja“ Das ist alles so furchtbar und ich finde es auch so würdelos, wie man sie behandelt. Das Personal hat immer Zeit um zu rauchen (auf dem Balkon), aber für die armen Leuten? Oft sitzen die Pflegekräfte vor ihren Computern und sind sehr beschäftigt und man traut sich kaum sie anzusprechen. Auf die Wünsche der alten Leute wird m. E. überhaupt nicht eingegangen und dies ist besonders schlimm für meine Schwester, weil sie sich ja nicht äußern kann. Erst un-

längst habe ich den Pflegerinnen gesagt, das ich das Gefühl hätte, dass sie vieles mit bekommt, vielleicht sogar alles – wenn sie nicht total zugehöhnt ist.“ Im Übrigen ist erwiesen, dass auch Menschen im Stadium weit fortgeschrittener Demenz, auf der Gefühlsebene empfindsam und empfänglich bleiben. Auch wenn sie den Sinn der Worte nicht mehr verstehen, bleibt ihre Wahrnehmung von Stimmungen authentisch. Es seit denn, diese Wahrnehmung wird durch Psychopharmaka blockiert. Wenn Demenzkranke völlig apathisch und teilnahmslos da sitzen, hat das primär nichts mit der Krankheit zu tun, sondern ist eine Folge der medikamentösen Ruhigstellung. Hingegen behält ein Demenzkranker der nicht über einen langen Zeitraum ruhig gestellt wurde bis zu letzt seine Fähigkeit emotional am Leben teilnehmen zu können. Gerne kann ich entsprechende Studien und Experten benennen, die das bestätigen.

Frau R. hat auf meinen Rat hin, ihre Beobachtungen drei Monate lang protokolliert. Aus diesen Aufzeichnungen geht hervor, dass sich das Personal zwar im allgemeinen Mühe gibt, aber durch den häufigen Wechsel oder fehlende Absprachen, Informationen selten weitergeleitet werden. Jeder schiebt es auf den anderen, keiner weiß so richtig bescheid oder fühlt sich zuständig. Beispielsweise stellte Frau R. eines Tages fest, dass etwas mit der rechten Hand ihre Schwester nicht stimmte. (9.November 2009) "E. kann die rechte Hand nicht mehr richtig bewegen. Sie hängt herunter ist am Gelenk innen rot und geschwollen. Ich mache die beim Mittagstisch bedienende Pflegerin darauf aufmerksam, diese schaut kurz hin und meint dann, dass es weiter nichts sei. E. kann weder Tasse, Glas noch Löffel mit rechts halten und versucht das mit der linken Hand, was aber nicht recht gelingt. Ich gebe ihr zu Essen und zu Trinken. Anschließend spreche ich Schw. auf die Hand an, und erkläre, dass meine Schwester am Samstag noch ohne Probleme ihr Glas hätte halten können. Sie holt eine Salbe und reibt die betreffende Stelle an der Hand ein. Später kommt die Stationsleiterin noch dazu und bandagiert die Hand. „Niemand hatte eine Erklärung für diese offensichtliche Verletzung, sie war entweder noch niemandem aufgefallen oder es wurde vergessen zu dokumentieren. So wie diese Verletzung auch in weiteren Passagen beschrieben wurde, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine schwere Quetschung, wie man sie bei Menschen die fixiert werden, finden kann, wenn diese sich bei ihren Befreiungsversuchen verheddern. Immer wieder kommt es vor, dass ein Arm oder Bein derart eingeklemmt wird, dass es zu bleibenden Schäden kommt. Mal ganz abgesehen von den alten Menschen, die sich in ihrem eigenen Gurt, bei einem unbemerkten Befreiungsversuch strangulieren und qualvoll erstickt sind. Erst das energische Drängen von Frau R. führte dazu, dass schließlich doch ein Arztbesuch organisiert wurde. Immerhin ging es darum, noch ein klein wenig Selbstständigkeit für E. zu wahren, so dass sie wenigstens selbst den angereichten Becher oder Löffel zum Mund führen kann. Dass sich die Pflegenden dafür weniger interessieren wundert Frau R. nicht. Drei Mal die Woche erlebt sie, mit welcher Geschwindigkeit den Hilfebedürftigen das Essen in den Mund geschoben wird. Da wird nicht abgewartet, bis jemand langsam und zittrig selbst seinen Löffel zum Mund geführt hat. Sie weiß genau, dass man das mit ihrer Schwester ebenso macht, wenn sie nicht da ist. Deshalb kommt sie extra zu den Essenzeiten und gibt vorher telefonisch bescheid, falls sie sich verspätet. Wenn die meisten Bewohner nach wenigen Löffeln schon genug haben, liegt das nicht nur an der entwürdigenden Art wie ihnen das Essen eingetrichtert wird, sondern auch an der passierten Kost, die oft aussieht „wie schon einmal gegessen und ausgespuckt“.

Frau R. weiß, dass sie nicht zu viel Kritik üben darf, will sie ihr Besuchsrecht nicht gefährden. Sie ist vom Personal als Angehörige geduldet, wird jedoch nicht einbezogen in irgendwelche Entscheidungen. Man muss sie nicht informieren, denn Sie hat keine Kompetenz und keinerlei Mitspracherecht, was die Behandlung ihrer Schwester betrifft. Fremde Menschen, die nichts, aber auch rein gar nichts wissen, über diese Frau, bestimmen wo und wie sie zu leben hat.

Dass sie einmal so enden würde, hätte sich Frau E. sicher nicht vorstellen können, als sie selbst noch voll in der Verantwortung für andere Menschen stand. Sie war mit Leib und Seele Hebamme, hat ungezählten Kindern ins Leben verholfen und die Eltern begleitet. Ihre Wohnung befand sich nur wenige Minuten Fußweg entfernt von der Klinik in der sie bis ins Rentenalter, mehr als 25 Jahre, zum erfahrenen Führungsstab der Entbindungsabteilung zählte. Diese Aufgabe fehlte ihr vermutlich mehr als sie zugegeben hätte. Ihr eigenes Familienleben, war weniger glücklich. Ihr Mann starb kurz nach der Ehe bei einem Autounfall. Der Lebenspartner nutzte ihre Gutmütigkeit immer wieder schamlos aus und lebte im Grunde von ihrem Geld. Um nicht auf die Witwenrente verzichten zu müssen, haben sie nicht geheiratet. Eigene Kinder waren ihr nicht vergönnt. Aber sie hatte ein gutes Verhältnis zu ihren Neffen.

Spannungen zwischen den Geschwistern und der weiteren Familie gab es hauptsächlich im Zusammenhang mit der Haltung des Herrn B., ihres Lebensgefährten. E. habe sich aus Streitereien eher herausgehalten und sei stets bemüht gewesen, es allen Recht zu machen.

Seltsamerweise haben Polizei und Staatsanwaltschaft den tätlichen Angriff mit dem Messer nicht weiter verfolgt. Frau R. hatte deshalb Anzeige erstattet. Aber bei alten Menschen, vor allem wenn diese so dement sind, dass sie nichts zur Aufklärung des ihnen zugefügten Leides beitragen können, gibt sich die Justiz allgemein deutlich weniger Mühe bei der Aufklärung.

Letzten Endes hatte sogar Frau R. Mitleid mit ihrem quasi Schwager. Wenige Monate nachdem E. ins Heim gekommen war, wurde auch Herr B. dort einquartiert. Wie wollte er auch alleine zu Recht kommen, ohne Geld, als Diabetiker der kaum noch etwas sehen konnte, weil er trotz Zuckerkrankheit alles was ihm schmeckte gegessen und getrunken hat? In den ersten Wochen machte Frau R. einen weiten Bogen, wenn Herr B. zu Besuch kam. Irgendwann wird er wohl doch gemerkt haben, dass diese Frau der einzige Mensch war, der sich überhaupt noch für ihn interessierte. Beispielsweise brachte sie ihm die Zeitung mit und las ihm daraus den Sportteil vor oder sie sprachen über vergangene, gemeinsame Erlebnisse. Immerhin gehörte dieser Mann 40 Jahre irgendwo mit zur Familie. Früher sind sie sogar gemeinsam in Urlaub gefahren. Und er hatte ja auch nicht nur schlechte Seiten, wenngleich diese in den letzten Jahren immer wieder an die Grenze des Erträglichen reichten. Frau R. hatte ihn noch wenige Tage vor seinem seltsamen Tod in der geschlossenen psychiatrischen Klinik besucht. Dort war er im November 2009 zwangsweise eingeliefert worden, weil er bei einer seiner Gewalttaten Mitarbeiter und die Ärztin angegriffen habe. Woran er gestorben ist, wird sie vermutlich nie erfahren.

In diesem Heim bzw. auf diesem Wohnbereich wird kein Wert darauf gelegt, dass die Bewohner möglichst lange feste Nahrung kauen können. Anfangs habe Frau E. noch richtig mit Messer und Gabel essen können und selbstverständlich auch ihre dritten Zähne angehabt. Seit dem Aufenthalt in der Psychiatrie und der anschließenden ständigen Sedierung, sei sie alleine mit dem Essen kaum noch zurecht gekommen. Nach diesem Aufenthalt war die Unterkieferprothese verschwunden. Daraufhin reagierte das Personal, indem man ihr auch die Oberkieferprothese nicht mehr eingesetzt hat, oder nur auf Drängen von Frau R.. Folglich musste diese bald nicht mehr. Bemühungen von Frau R. um eine Neue, wurde abgelehnt. Das Amtsgericht teilte ihr mit, dass Frau E. „keine Zähne“ mehr bekommen könne, da sie den Mund beim Besuch des Zahnarztes nicht aufgemacht habe. Tatsächlich ist das oft ein Problem, gerade deshalb wäre es um so wichtiger, dass mit den Prothesen sorgfältig umgegangen wird, so dass diese eben nicht verwechselt werden oder beim Abräumen des Tisches in der Spülküche oder im Müll verschwinden. Die Tatsache, dass dies häufig in Einrichtungen vorkommt, zeigt zugleich, dass die damit verbundene Lebensqualität nicht so wichtig genommen wird. Außer Frau R. regte sich in diesem Heim niemand darüber auf, dass Frau E., mit eingesunkenem Mund da sitzt und nur noch breiige Kost bekommt. Aber niemand hat diese Frau vorher gekannt. Auf dem sog. Biographiebogen steht vielleicht, dass sie von Beruf Hebamme war, seit 1962 verwitwet ist, keine Kinder hat, mit Herrn B. zusammenlebte, eine Schwester und ein Bruder, sowie mehrere Neffen und Nichten hat. In der Biographie wird wohl nicht erwähnt sein, dass Frau E. stets großen Wert auf ein gepflegtes Äußeres gelegt hat. Sie hat z.B. nie Hosen getragen sondern immer Röcke und Kostüme. Ihre Kleidung, ihre Einrichtung waren geschmackvoll, dass ließ sie sich durchaus etwas kosten. Da sie eine gute Witwenrente hatte, zudem aus der eigenen langjährigen Berufstätigkeit eine Rente bezog, legte sie Wert darauf vornehm Essen zu gehen, d.h. in Restaurants der gehobenen Klasse. Nun sitzt sie wie ein Häufchen Elend, in bequemen Schlunzklamotten – Jogginghose etc – angeschnallt in einem Rollstuhl und muss sich zermanschetes Essen in einen zahnlosen Mund löffeln lassen. Wer E. vor der Heimeinweisung erlebt hat, wird sie nicht mehr wieder erkennen. Zum Glück kann sie sich selbst nicht mehr im Spiegel sehen, sollte sie doch einmal hinschauen, dürfte sie sich fragen, wer das wohl ist. So gesehen hat die Demenz auch etwas Gutes.

Zustände dieser Art sind keine Folge fortgeschrittener Demenz, sondern das Resultat einer Behandlung und Pflege die an den Grundbedürfnissen des Menschen vorbei geht!

Mehrfach hat sich Frau R. an den Betreuer und ans Amtsgericht gewandt, doch jedes Mal wurden ihre Gesuche und Anträge abgewiesen. Mit Hilfe einer Anwältin und mit Unterstützung ihres Bruders bat sie den Betreuer dem Umzug ihrer Schwester in ein anderes Heim zuzustimmen. Sie hatte Erkundigungen über Heime in der Nähe eingeholt und war schließlich von der Atmosphäre im ... sehr angetan. Dort hatte sie sich auch bereits vorgestellt, die Situation geschildert. Außerdem hat diese Einrichtung den Vorzug, dass sie in 5 Minuten mit dem Auto da sein kann und nicht eine halbe Stunde Autofahren muss. Ihre Behinderung (Gehbehinderung nach Querschnittslähmung) macht ihr nicht nur beim Gehen an den Krücken Probleme sondern auch bei längerem Sitzen. Ihr Wagen hat zwar ein Automatikgetriebe, doch die stets konstante Haltung des rechten Beines am Gaspedal bzw. Bremse, führen zu Verspannungen mit starken Schmerzen. Hätte sie diese Behinderung nicht, würde sie sicherlich noch öfter zu Besuch kommen und mit ihrer Schwester

gehen oder sie im Rollstuhl fahren. In diesem Heim kommt E. nicht vor die Tür. Das Wetter kann noch so schön sein, sie sitzt Tag aus, Tag ein im Aufenthaltsraum und kann sich dort nicht vom Fleck rühren. In dem ..., so hofft Frau R. würde man viel mehr mit den Bewohnern unternehmen und ihre Schwester nicht einfach nur irgendwo absetzen. Seitens der Heimleiterin wurde ihr zugesichert, dass man versuchen wolle, sie wieder ans Laufen zu bringen. Schließlich könne sie die Beine noch gut bewegen. Man wolle dort versuchen, die Medikamente zu reduzieren, so dass sie wacher wird und auch geistig wieder teilnehmen kann. Frau R. kennt einen Arzt der Bewohner dieses Heimes betreut und hat auch mit diesem bereits darüber gesprochen.

Richterin ... lehnte mit Schreiben vom 26.08.2008 ein entsprechendes Gesuch von Frau R. ab, indem sie darauf verwies, dass diese nicht im Stande sei zu erkennen oder zu akzeptieren, dass der fortgeschrittene Krankheitsverlauf ihrer Schwester unumkehrbar sei und eine Besserung nirgendwo erreicht werden könne. Abgesehen davon, dass man sich fragen muss, woher eine Richterin das Fachwissen für diese Beurteilung des Krankheitsverlaufs bezieht, ist diese offenbar nicht informiert über den aktuellen Stand der Fachdiskussion und die hierzulande favorisierten Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz.

Am 23. Februar 2010 antwortet der Betreuer der Anwältin wie folgt:

Sehr geehrte Frau G...

Mit Ihrem o.g. Schreiben regen Ihre Mandanten (die Geschwister von E.) erneut einen Umzug von Frau E. in das Heim ... an.

Ein Umzug in ein anderes Altenheim wurde in der Vergangenheit nicht befürwortet, da u. a. auf die Lebenspartnerschaft der Frau E. mit Herrn B. Rücksicht genommen werden sollte. Herr B. ist verstorben. Insofern entfällt dieser Aspekt nun.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist jedoch, dass ein Umzug für Frau E. psychisch sehr belastend wäre; denn oft führen diese Belastungen zu einer deutlichen Verschlechterung des ohnehin bereits reduzierten psychischen Befindens der betroffenen Menschen. Aus diesem Grunde ist auch zum jetzigen Zeitpunkt ein Umzug in ein anderes Altenheim nicht zu empfehlen.

Ihrem Schreiben ist nicht zu entnehmen aus welchem Grunde nur das Heim ... geeignet sei, demenzkranke Menschen zu versorgen. Aus hiesiger Sicht ist das Ev. Altenzentrum ... ebenfalls als geeignet anzusehen. Denn der Umgang mit Demenzkranken gehört zur Berufsausbildung der ex. Altenpflegerinnen; die Einrichtung verfügt über jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit dementen Bewohnern.

Es trifft zu, Frau R. ist die einzige Angehörige im näheren Umkreis. Die geschwisterliche Beziehung zwischen Frau R. und Frau E. ist jedoch bereits seit Jahren gestört. Frau E. hat sich bei gerichtlichen Anhörungen, die der Betreuungsakte zu entnehmen sind, eindeutig gegen ihre Schwester, Frau R. ausgesprochen und die problematische Beziehung ihrer Schwester damit nochmals unterstrichen. Es kann daher angenommen werden, dass es nicht der mutmaßliche Wunsch von Frau E. ist, von ihrer Schwester intensive Begleitung zu erfahren. Gegen Frau R. Besuche bei ihrer Schwester bestehen hier jedoch keine Bedenken, sofern sich Frau R. an den Bedürfnissen ihrer Schwester orientiert.

Der Vergleich Arztfahrten wäre psychisch ebenso belastend wie ein Umzug kann nicht gelten. Bei Arztfahrten verlässt Frau E. nicht dauerhaft ihr gewohntes Umfeld und ihre Bezugspersonen, sondern kehrt wieder in ihre vertraute Umgebung zurück.

Bezüglich der von Frau R. geführten Pflegedokumentation (gemeint sind ihre Protokolle, die sie nach den Besuchen angefertigt hatte), wird zur Klärung der etwaigen Beanstandungen gebeten diese vorab zu übersenden. Es besteht seitens der Heim- und Pflegedienstleitung des Ev. Altenzentrums ... die Bereitschaft, in einem gemeinsamen Termin in der Einrichtung, zu der von Frau R. verfassten Pflegedokumentation Stellung zu beziehen. Sollten sich die beanstandete Versorgungs- und Betreuungsmängel als zutreffend erweisen, wäre ein Umzug in ein anderes Altenheim allerdings eine zu erwägende Option.

Dieses Schreiben des Herrn N. habe ich zum Anlass genommen, mich mit der Situation auseinander zu setzen. Wie bereits inhaltlich ausgeführt, lässt sich die Ablehnung des Betreuers, in jedem Punkte widerlegen. Es geht hier wohl eher ums Prinzip oder gar um persönliche Vorteilnahme. Wie weitere Recherchen ergaben, arbeitet die Ehefrau des Betreuers, Frau N., als Wohnbereichsleiterin in einem anderen Wohnbereich des Ev. Altenzentrums Das erklärt natürlich einiges und wirft außerdem die Frage nach der Voreingenommenheit des Herrn N. als Betreuer auf. Dieser setzt sich nicht nur nicht für die fachlich und menschlich

gebotene Mobilisierung der Betreuten ein, sondern unterstützt die Fehlhaltung von Heimleitung in Personal, indem er jede berechnete Beschwerde von Seiten der Angehörigen ablehnt. Mit seiner Duldung wird Frau E. rund um die Uhr ruhig gestellt und in ihrem Bedürfnis, aufzustehen und umherzugehen gehindert. Für das Personal ist dies der bequemste Weg.

Grundsätzlich kann auf Fixierungen und medikamentöse Ruhigstellung verzichtet werden, wie das Projekt ReduFix, siehe www.redufix.de bestätigen. Die Gefährdung an Leib und Leben, die davon ausgeht ist höher, als die vermeintliche Sicherheit auf die sich Ärzte/Pflegekräfte und somit auch Gerichte berufen.

Daraus lässt sich folgende Empfehlung an ableiten:

1. Verlegung von Frau E. in das von Frau R. ausgewählte Heim. Da das Personal im Ev. Altenzentrum bisher kein Unrechtsbewusstsein zeigte und offenbar auch keine Alternativen zur ständigen Fixierung kennt, ist eine kurzfristige Besserung der Lebenssituation für die Betreute dort nicht zu erwarten. Da sich ihr Zustand rapide verschlechtert hat, drängt die Zeit.
2. Übertragung der Betreuung an Frau R., die Schwester der Betreuten. Diese zeigt das nötige Engagement und dürfte als frühere Standesbeamtin auch in der Lage sein, die mit einer Betreuung verbundenen Formalien zu regeln. Die vor 3 Jahren seitens des Gerichtes erfasste Willensbekundung der Frau E, ist angesichts der Angst vor dem gewalttätigen Lebenspartner in Frage zu stellen. Abgesehen davon stellt sich aus heutiger Sicht ein völlig anderes Bild dar, welches einer Neubewertung, auch des mutmaßlichen Willens, bedarf.

Adelheid von Stösser

St. Katharinen den, 31.05.2010