Körper Haben

Die symbolische Formung der Person

Herausgegeben von
Michael R. Müller, Hans-Georg Soeffner
und Anne Sonnenmoser

VELBRÜCK
WISSENSCHAFT

Dieses Buch ist im Rahmen des Kulturwissenschaftlichen Forschungskollegs SFB 485 »Norm und Symbol. Die kulturelle Dimension sozialer und politischer Integration« der Universität Konstanz entstanden und wurde auf seine Veranlassung unter Verwendung der ihm von der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Verfügung gestellten Mittel gedruckt.

Y 19915

UB Dortmund

Erste Auflage 2011
© Velbrück Wissenschaft, Weilerswist 2011
www.velbrueck-wissenschaft.de
Druck: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
ISBN 978-3-942393-08-9

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Dieses Buch ist im Verlag Humanities Online (www.humanities-online.de) als E-Book erhältlich.

23 49897

Inhalt

Michael R. Müller, Hans-Georg Soeffner und Anne Sonnenmoser
Körper, Gesellschaft, Person. Zur Einleitung 7

DER KÖRPER ALS WERK

Hans-Georg Soeffner
Lust zur Nicht-Lust. Erlösung vom Innerweltlichen und innerweltliche Erlösung – Transformationen der Askese 23

Patrick Oelze
Chirurgische Spektakel. Öffentliches Operieren in der Frühen Neuzeit (17. und 18. Jahrhundert) 39

Ada Borkenhagen
Die Inszenierung des Selbst mit dem Skalpell 60

Gabriele Klein
Körper – Subjekt – Moderne. Tanzästhetische Übersetzungen . . . 70

MEDIALE REFLEXIONEN

Michael R. Müller
Das Körperbild als Selbstbild 87

Sabina Misoch
Körper-Haben und Leib-Sein in virtuellen Räumen 107

Anne Sonnenmoser
Der Mensch, ein Schauspieler? Von einer anthropologischen Metapher zum gesellschaftlichen Postulat 121

Andreas Georg Stascheit
Der Leib als archetypisches Sichtbares. Drei phänomenologische Etüden 135

AN DEN GRENZEN DER SOZIALWELT

Anne Honer
Problem-Körper. Einige physische Aspekte der Pflege von Demenzkranken 155

Britta Duelke
Dead Body Business. Von Leibverlust und ›Körper-Haben‹ 166

Hubert Knoblauch und Antje Kahl
Der gespaltene Leichnam. Die zwei Seiten des Todes, die Obduktion und der Körper 185

Gesa Lindemann
Gesellschaftliche Grenzregime und soziale Differenzierung 209

Die Autorinnen und Autoren 234

Anne Honer
Problem-Körper

Einige physische Aspekte der Pflege von Demenzkranken[1]

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

entgegen der Ankündigung im Programm werde ich heute nicht über die Relation von alterndem Körper und Kosmetikangeboten sprechen, da mehrere vereinbarte Gespräche mit Vertreterinnen aus der Kosmetikbranche »geplatzt« sind und ich deshalb einen wesentlichen Teil der Daten, auf die ich in meinem Referat rekurrieren wollte, nicht habe. Stattdessen werde ich mich hier mit einigen Aspekten des Umgangs mit dem alternden Körper in einer Phase bzw. in einem Zustand befassen, in dem kosmetische Fragen zumindest für den Betroffenen wohl kaum mehr relevante Probleme darstellen.

Bereits im Rahmen einer Professurvertretung am Institut für Interdisziplinäre Gerontologie an der Hochschule Vechta habe ich mich vor einigen Jahren mit Fragen der Lebenslagen älterer Menschen und deren Betreuung im Kontext sozial- und gesundheitspolitischer und rechtlicher Veränderungen sowie sich verändernder organisationaler Versorgungsstrukturen von Pflegeeinrichtungen befasst. Dabei habe ich – neben Literaturrecherchen zur Rekonstruktion sozial- und gesundheitspolitischer Empfehlungen und Modellprojekte zum Thema Demenz, zur Rekonstruktion der juristischen Fachdiskussion über das damals neue Betreuungsrecht und der medizinischen Fachdiskussion über Demenz, sowie zur Aufarbeitung therapeutischer Konzepte und Pflegekonzepte für Demenzkranke – selber ehrenamtlich stationär versorgte demente Personen betreut, Interviews mit ehrenamtlichen Rechtsbetreuern, mit dem Pflegedienstleiter einer Hausgemeinschaft, mit dem Pflegedienstleiter eines WG-Versorgungsdienstes sowie mit einer examinierten Altenpflegerin geführt. Außerdem habe ich seinerzeit bereits – mit Wissen und Einwilligung der Beteiligten bzw. von

1 Für unbestimmte Zeit wird der Vortrag über »Zeitkonfusionen« bei Dementen, den sie beim Soziologie-Kongress in Jena gehalten hat, der letzte Text der Autorin bleiben, da Anne Honer sehr schwer erkrankt ist. Den hier abgedruckten Vortrag »Problem-Körper« hat sie zwar mit Fußnoten versehen, ansonsten aber nicht mehr in eine Aufsatzform bringen können. Angesichts unserer sehr engen und überaus vertrauensvollen Zusammenarbeit erlaube ich mir gleichwohl, in ihrem, wie ich sicher bin, wohlverstandenen Sinne, auch diesen Text zur Publikation freizugeben. (Anmerkung Ronald Hitzler)

deren Betreuungspersonen – auch einige Interaktionen zwischen demenzkranken Heimbewohnern und mir auf Tonband mitgeschnitten. Auf dieser Grundlage habe ich nun zusammen mit meinem Kollegen Thomas Beer, Pflegewissenschaftler an der Hochschule Fulda, und mit Ronald Hitzler und dessen Mitarbeiterin Lakshmi Kotsch, Soziologen an der Technischen Universität Dortmund, vor einigen Monaten bei der DFG einen Förderantrag zu einem Projekt über »Handlungsprobleme und Entscheidungsdilemmata beruflicher Pflegekräfte altersdementer Personen« eingereicht. In diesem Forschungsvorhaben wollen wir eruieren, welches Verständnis von Selbstbestimmung dementer Personen *Pflegekräfte* (unter Rückgriff auf für *sie* maßgebliche Regelungen und Grundsätze) haben. Im Folgenden greife ich nun auf diese Vorarbeiten zurück, um Ihnen einige m.E. symptomatische Probleme des Umgangs mit dem Körper dementer Personen anzuzeigen:

In einem Großteil der westlichen Industrienationen werden gegenwärtig, bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenhäufigkeit, immer mehr Menschen immer älter. Zugleich steigt unübersehbar das Risiko des Einzelnen, im späteren Lebensverlauf an Demenz zu erkranken.[2] Hinzu kommt, dass bislang keine medizinischen Heilungschancen der Krankheit(en) bekannt sind und zumindest für die nähere Zukunft auch nicht erwartet werden (vgl. z.B. Boetsch et al. 2003; Wetzstein 2005). Einerseits nun geht diese Krankheit[3] mit einem nicht nur für die Betroffenen beängstigenden Verlust von Kommunikationsfähigkeit, von mentaler Orientierung und von vielfältigen physischen Kompetenzen einher. Andererseits erfährt gerade der Begriff der geistigen und der körperlichen Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft gegenwärtig hohe (moralische bzw. moralpolitische) Beachtung. Besonders in den Momenten, in denen die Verwirklichung dieses Wertes prekär wird, seine Umsetzung besonderer Unterstützung bedarf oder gar misslingt, in den Momenten also, in denen die Autonomie des Individuums nicht oder nicht mehr in der ›üblichen‹ Weise gegeben ist, tritt seine herausragende Stellung besonders deutlich zutage.

2 Die Wahrscheinlichkeit hierfür beträgt bei einem erreichten Lebensalter von 65 Jahren für Männer 16 %, für Frauen, bedingt durch die höhere Lebenserwartung, 34,5 % (Bickel 2002). Die Prävalenzrate für Demenz liegt bei den über 65-Jährigen bei 7,2 % oder 935.000 (vgl. z.B. Bickel 2002) und steigt mit zunehmendem Alter (34,6 % bei den über 90-Jährigen, ebd.). Die Inzidenzrate, d.h. die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen, wird gegenwärtig auf rund 1,9 % oder 231.000 geschätzt (ebd.).

3 Davon, dass es sich bei der Demenz nicht um eine einzige Krankheit handelt, sondern vielmehr um »Symptomkomplexe« verschiedener Herkunft, sei hier der besseren Lesbarkeit halber abstrahiert.

So wünschenswert jedoch die zunehmende Beachtung des Rechtes auf Selbstbestimmung des Klienten auf der einen Seite auch ist, so schwierig stellt sich die Umsetzung dieses Postulates mitunter in der Praxis dar: Gerade bei der Pflege von demenzkranken Menschen stellen sich erhebliche *Deutungsprobleme,* wenn es darum geht, ihre Wünsche und Absichten überhaupt erst zu *eruieren* – wie es im Betreuungsrecht und in den Pflegeleitbildern vorgesehen ist –, weil neben einer verstärkten Vergesslichkeit und Merkschwäche auch Beeinträchtigungen des sprachlichen Ausdrucksvermögens und des Sprachverständnisses zu den Symptomen der Krankheit[4] zählen. Die ›normalerweise‹ für ein Gespräch geltende Annahme der »Reziprozität der Perspektiven« kann nicht mehr ohne weiteres vorausgesetzt werden. Das heißt, die ›üblichen‹ Regeln einer Konversation verlieren ihre Gültigkeit oder verfehlen ihre Wirkung, weil gewissermaßen »aneinander vorbei« geredet wird und eine ›Passung‹ zwischen den Interaktionspartnern schwer herzustellen ist.

Nichtsdestoweniger verfügen demente Menschen über (verbliebene?) Ausdrucksmittel, die es im Umgang mit ihnen eben zu deuten gilt: Demenzkranke scheinen demnach zu sinnhafter Kommunikation fähig und in der Lage zu sein, sich zu verständigen, indem sie auf nonverbale Ausdrucksformen wie Gestik, Mimik, Haltung oder Stimmhöhe zurückgreifen. Zum Teil bis in die Spätstadien der Krankheit hinein bringen sie verschiedenste Gefühlszustände zum Ausdruck, agieren absichtsvoll und sind in der Lage, Höflichkeitsstrategien den jeweiligen Gesprächspartnern und der jeweiligen Situation entsprechend anzuwenden. Temple et al. (1999) zufolge könnte dies darauf hinweisen, dass auch bei Patienten mit dem bekanntesten Demenzsyndrom, der Alzheimer-Krankheit, bis in die Spätstadien der Erkrankung hinein das Gefühl und das Verständnis für Dimensionen sozialer Macht, sozialer Distanz und die Auswirkungen des eigenen kommunikativen Stils auf andere erhalten bleiben. Zumindest scheinen sie ein Verständnis für soziale Geltungsmuster zu bewahren.

Wenn neuropathologische Schäden auch viele Verhaltensprobleme nach sich ziehen, so sind doch manche Verhaltensweisen auch von Alzheimerkranken eher als Reaktion auf bestimmte ungünstige soziale »Umweltbedingungen« zurückzuführen als in direkter Linie auf

4 Zu dem fortschreitenden Verlust kognitiver Funktionen, einhergehend auch mit Orientierungsschwierigkeiten, treten körperliche und psychische Symptome wie Störungen bei der Blasen- und Darmentleerung, motorische Unruhe, Angst, Halluzinationen, Aggressionen, Unsicherheit und Veränderungen der Persönlichkeit (vgl. BMFSFJ 2002; zur Symptomatik der Demenz vgl. auch z.B. Boetsch et al. 2003; Kurz 2002; zu definitorischen Unterschieden verschiedener Diagnosemanuale vgl. Wetzstein 2005).

die Krankheit selbst.[5] Voraussetzung für eine einigermaßen sinnhafte Kommunikation mit demenzkranken Personen schlechthin ist demzufolge eine besondere Art der Hinwendung zu ihnen, für die in der pflegerischen Praxis aller Erfahrung nach jedoch wenig Spielraum bleibt. Im Falle restriktiver organisatorischer Rahmenbedingungen können sich beispielsweise bereits dilemmatische Situationen für Pflegekräfte ergeben: so etwa die Schwierigkeit, sich nicht gleichzeitig in ausreichendem Maße dem betreffenden Bewohner zuwenden zu können (Wahrung seines Rechtes auf Selbstbestimmung) *und dabei* straffen Zeitvorgaben (organisatorische Anforderungen) zu genügen. Darüber hinaus ist das Pflegepersonal nicht nur gehalten, die Selbstbestimmung des Heimbewohners zu wahren und zu achten. Es ist auf der anderen Seite auch verpflichtet, den Heimbewohner vor »Schäden zu schützen, die er sich selbst zufügt«.[6] Da Situationen nicht nur denkbar, sondern (auch) im pflegerischen Alltag an der Tagesordnung sind, in denen es der Pflegekraft schlechterdings unmöglich zu sein scheint, *beiden Pflichten gleichzeitig Genüge zu tun*, muss sie hier eine Entscheidung treffen, die wenigstens eine der beiden, prinzipiell gleichermaßen gültigen, Grundsätze verletzt.

Für das Pflegepersonal bedeutet dies eben, dass es gezwungen ist, in gegebenen Situationen stets rechtlich und oft auch moralisch heikle Abwägungen vorzunehmen zwischen dem Ergreifen oder Unterlassen von (pflegerischen) Maßnahmen. Denn auch wenn das Recht des altersdementen Patienten auf Selbstbestimmung ›eigentlich‹ ein unbedingtes ist, darf die Pflegekraft ›eigentlich‹ auch nicht gegen ihre Fürsorglichkeitsverpflichtung verstoßen. Pflegekräfte laufen bei *beiden* in ihrer Typik aufgezeigten Alternativen ständig Gefahr, dass ihr Handeln gegenüber (den Verhaltensweisen von) altersdementen Personen nachträglich (von wem auch immer) als pflegetechnisch unangemessen, rechtswidrig und/oder moralisch »falsch« beurteilt wird.

Ich will Ihnen dieses Pflegedilemma bzw. genauer dieses Dilemma pflegender Personen mit drei kurzen Beispielgeschichten ein wenig illustrieren:

5 Auch die Entscheidung für die Einweisung in ein Heim könnte nicht allein vom Schweregrad der Krankheit abhängig sein, sondern der Schweregrad könnte vielmehr, »vor dem Hintergrund einer krisenhaften Zuspitzung der Pflegesituation« als »anerkannter Indikator« fungieren, um die Heimeinweisung zu legitimieren, so die Überlegungen von von Wedel-Parlow et al. (2004: 137). Zur »sozialen Konstruiertheit« von Alzheimer als Krankheit vgl. auch Gubrium (1986).

6 Ferner ist das Pflegepersonal gehalten, *Dritte* vor vom Heimbewohner ausgehenden Gefährdungen zu bewahren (Borutta 2000; *Aufsichtspflicht* der Pflegekräfte).

1. Die Selbstgefährdung des (so genannten) »Läufers«

Zu den Hauptaufgaben ehrenamtlicher Helfer gehört das Spaziergehen vor allem mit solchen demenzkranken Bewohnern, die die als Krankheitssymptom verstandene, so genannte »Weglauftendenz« bzw. einen so genannten »Bewegungsdrang« zeigen; ein Verhalten, das die Pflegekräfte jedes Mal in helle Aufregung versetzt und Suchaktionen auslöst, wenn ein Bewohner vom Personal unbemerkt die Pflegeeinrichtung verlassen hat, da es sich dabei natürlich um einen Verstoß gegen die Aufsichtspflicht des Pflegepersonals handelt. Um diesen Bewegungsdrang unter Kontrolle zu halten bzw. zu bringen, gibt es in Pflegeheimen verschiedene Lösungen, z.B. die Anlage eines Endlosweges im angeschlossenen Garten des Heims, das Kaschieren von Ausgangstüren mit Vorhängen bis hin zum Verschließen der Tür (was nicht ohne vormundschaftsrichterliche Genehmigung erlaubt ist, da es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt) – und eben die Spaziergangsbetreuung: entweder durch externe, zusätzlich zu bezahlende ambulante Pflegedienste oder durch unentgeltlich geleistete ehrenamtliche Unterstützung.

So war auch ich eines Tages wieder – wie zuvor schon so oft – unterwegs mit Frau Bach, einer 73-jährigen, ehemaligen Lehrerin, deren Bewegungsbedürfnis im Verhältnis zur Schmächtigkeit ihrer körperlichen Erscheinung erstaunlich war. Kein noch so langer Spaziergang hatte sie je so zu ermüden vermocht, dass sie nicht kurz nach der Rückkehr von einem Spaziergang bereits wieder am Heimausgang hätte ›abgefangen‹ werden müssen. Auf besagtem Spaziergang jedoch geschah es, dass sie plötzlich über ihre eigenen Füße stolperte und, obwohl ich sie am Arm untergehakt hatte, der Länge nach hinfiel. Da auf unserer Wegstrecke weit und breit keine Hilfe in Sicht war, schleppte ich uns beide mühsam ins Heim zurück, wo Frau Bach von der Pflegedienstleitung auf mögliche ernsthaftere Verletzungen, die von einem Arzt hätten behandelt werden müssen, untersucht wurde. Das war, zur Erleichterung aller, jedoch nicht der Fall. Meine Frage, wer im Falle von Verletzungen haftbar sei, wurde vom Hausleiter zunächst mit Schulterzucken und dann mit der Vermutung, dass wahrscheinlich das Heim für solche Fälle versichert sei, beantwortet. Eine genauere Klärung des Problems erschien ihm jedoch nicht dringlich, da seiner Meinung nach Stürze »Heimalltag« seien. Während also unbeaufsichtigtes ›Spaziergehen‹ als eine offensichtliche Verletzung der Betreuungspflicht verstanden wird, scheint man ein unvermeidbares Maß an Selbstgefährdung einzukalkulieren.

2. Fixierung des Körpers

Frau Berg wurde nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus und ihrer Rückkehr ins Heim wegen eines noch nicht ausgeheilten Oberschenkelhalsbruches in ihrem Bett mit einem Hüftgurt fixiert, aus dem sie sich – trotz hochgradiger Verwirrtheit und Sprachunfähigkeit – unter lautstarkem Murren zu befreien suchte, so dass ihr manchmal auch die Arme fixiert wurden, damit sie den Hüftgurt nicht mehr erreichen konnte. Diese Fixierung geschah mit richterlicher Genehmigung und als pflegerisch notwendige Maßnahme. Trotzdem äußerten die Pflegekräfte ihr Unbehagen darüber, dass sie der Bewohnerin den Nutzen dieser Maßnahme nicht vermitteln konnten. – Hingegen wurden Fixierungen durch Bettgitter oder das Anbringen von Tabletts an Rollstühlen vom von mir beobachteten Pflegepersonal – trotz des Wissens, dass es sich dabei auch um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt – ziemlich selbstverständlich gehandhabt und nur auf Nachfrage als fürsorglich-pflegerische Handlung gerechtfertigt.

Zum Zusammenhang von mechanischen Fixierungen und sturzbedingten Verletzungen konnte inzwischen belegt werden, dass fixierte Altenheimbewohner eine ebenso hohe Sturzrate aufweisen wie nicht fixierte. Dunbar et al. (1996) belegten außerdem, dass durch freiheitsentziehende Maßnahmen in Form von Fixierungen Angstverhalten und so genanntes »herausforderndes«[7] Verhalten *sogar zunimmt*. Darüber hinaus bewirken sie eine Reduzierung der Mobilität, die nachfolgend eine höhere Sturzgefährdung nach sich zieht.

3. Auferlegte Ernährung

Zwangsernährung *mittels einer Ernährungssonde* habe ich bislang selber nicht beobachtet. Sehr wohl beobachtet habe ich aber das physische Aufdrängen von Nahrung und Getränken durch Pflegepersonen. Und auch ich selber habe solche, selbstverständlich fürsorglich gemeinten, Fütterungsversuche unternommen:

›Ob ich Lust hätte, Frau oder Herrn Soundso das »Essen zu reichen«‹, war die stereotype Aufforderung der Pflegekräfte an mich und andere nichtberufliche Helfershelfer, die Bewohner zu füttern, die physisch und/oder mental nicht mehr in der Lage zu sein schienen, selbst-

7 Der Terminus wurde von der Expertenkommission (vgl. BMG 2007) gewählt für demenzielle Verhaltensweisen, »die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch« (BMG 2007: 14).

ständig zu Essen oder zu Trinken. So hatte ich bei Frau Witte außer der eigenen manuellen Ungeschicklichkeit bei der Nahrungsreichung keine Probleme, da sie durch schmatzendes Mundöffnen selber signalisierte, dass sie (so mutmaße ich) willig war, einen weiteren Bissen Nahrung zu sich zu nehmen. Bei Frau Nolte und Herrn Maier hingegen war es meist ein zähes Ringen, bei dem ich oftmals – »entnervt« – aufgegeben habe. Während Herr Maier sehr schnell jeden weiteren Bissen durch heftiges Kopfabwenden, begleitet von ärgerlichen Tönen, abwehrte, verblieb Frau Nolte in stoisch-gerader Haltung mit geschlossenem Mund, während ich – wie mir von den Pflegekräften gezeigt wurde – das Essen wiederholt an die Lippen führend eine appetitanregende Stimulation zu erzielen suchte.

Neben der Sturzgefährdung können sich auch die Nahrungsverweigerung sowie die neurogenen Dysphagien (Schluckstörungen) der demenzkranken Personen für Pflegekräfte dilemmatisch auswirken. Einerseits müssen Pflegekräfte das Leben des Heimbewohners erhalten, andererseits dürfen sie ihm kein Leiden zufügen. Als ein umstrittener Lösungsansatz hat sich in der Pflege von Dementen die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie, kurz PEG[8] genannt, etabliert, über die die Ernährung sichergestellt wird.[9] Diese Lösung ist ebenfalls dilemmatisch, da die PEG-Anlage den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen[10] des Betroffenen voraussetzt und bei einer fortgeschrittenen Demenz oft keine eindeutigen Hinweise vorliegen, die die PEG-Anlage rechtfertigen. Falls dennoch eine Anlage vorgenommen wird, besteht der Tatbestand einer ungerechtfertigten Körperverletzung. Die Pflegekraft steht nun vor dem dilemmatischen Problem, entweder an einer Körperverletzung beteiligt oder für die potenzielle Mangelernährung

8 Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist die Anlage einer Ernährungssonde. Diese wird mit Hilfe eines Endoskops durch die Bauchwand in den Magen eingeführt.

9 Die bisherige Datenlage gibt keine Hinweise darauf, dass sich durch eine Ernährung über PEG die Überlebenszeit verlängert, die Lebensqualität verbessert und dass Mangelernährung verhindert wird (vgl. Synofzik 2007).

10 Der Begriff »mutmaßlicher Wille« entstammt dem Recht der Geschäftsführung ohne Auftrag, §§ 677, 683 BGB. Der mutmaßliche Wille ist danach kein wirklicher Wille, sondern eine Annahme. Nach der Rechtsprechung ist der mutmaßliche Wille in der Regel gleichbedeutend mit dem »Interesse« des Betroffenen. In der konkreten Situation kann es sich mithin als ausgesprochen kompliziert erweisen, die Äußerung eines einwilligungsfähigen demenzkranken Bewohners als Genehmigung oder Ablehnung einer freiheitsentziehenden (oder auch anderen) Maßnahme zu deuten bzw. den mutmaßlichen Willen eines nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohners in dieser Angelegenheit überhaupt zu eruieren.

des Bewohners verantwortlich zu sein. Des Weiteren geht die Nahrungszufuhr über die PEG mit einem Rückzug des Pflegepersonals einher. Auf diese Weise kommt es zu Unterlassungen und Verzögerungen von pflegerischen Leistungen, die neben der zusätzlichen Fixierung[11], welche eine Manipulation an der Sonde verhindern soll, in der einschlägigen Literatur als eine weitere Gewalthandlung begriffen wird[12].

Insbesondere also im Zusammenhang mit der Ernährung von Demenzkranken wurden und werden Verhaltensweisen beobachtungsnotorisch, die als »Gewalthandlungen« zumindest gedeutet werden können. Diese – keineswegs seltenen – Verhaltensweisen reichen etwa von Überredungen über (Zwangs-)Öffnungen des Mundes bis zum Nahrungsentzug. Allgemein können Überlastung[13], Hilflosigkeit und Versagensangst schließlich in als »gewaltförmig« erscheinende bzw. als »gewaltförmig« geltende Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen münden, die in der stationären Altenhilfe keine Ausnahmen, sondern vielmehr die Regel darstellen sollen. (Aufgrund der inkongruenten Kommunikation und des nicht selten aggressiven Verhaltens Demenzkranker geraten aber augenscheinlich auch *Pflegende* immer wieder in die Opferrolle.[14])

11 Um eine Manipulation mit Dislokation der Sonde zu vermeiden, werden bis zu 71 % der sondenernährten Demenz-Patienten mechanisch fixiert (vgl. Peck et al. 1990 zit. n. Synofzik 2007: 9).

12 Zur Definition von Gewalt gegen Ältere siehe z. B. Ruthemann (1993: 14): »Es wird dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum Opfer wird, d. h., vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben«. Zu unserem Verständnis von Gewalt vgl. auch weitergehend Hitzler (2003).

13 Überlastung der Pflegenden wird auch vor dem Hintergrund von Kompetenz-, Ausbildungs- und Organisationsdefiziten betrachtet. Der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegern bzw. -pflegerinnen ist um fast 12 % schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik. Altenpfleger/innen leiden erheblich stärker als die Vergleichsbevölkerung unter psychosomatischen Beschwerden. Die Stressreaktionen sind besonders stark ausgeprägt, wenn hohe – insbesondere quantitative – Arbeitsbelastungen sowie häufige Arbeitsunterbrechungen in Kombination mit geringer Aufgabenvielfalt und engem Handlungsspielraum bei der Arbeit auftreten (vgl. BGW 2003: 14).

14 »Von Pflegenden in Altenheimen wird eine besonders hohe Belastung durch nörgelnde und aggressive Bewohner angegeben (46 %). Aus den Ergebnissen wird der Konflikt zwischen besonders hohen Ansprüchen an die Betreuung der Bewohner bei gleichzeitiger Belastung durch nörgelnde und aggressive Bewohner deutlich. Altenpfleger/innen bekommen offenbar besonders stark das Gefühl vermittelt, dass ihr Einsatz nicht ausreicht« (BGW 2003: 38 ff.).

4. Konklusion

Solcherlei körperfokussierte Interaktionsdynamiken zwischen Pflegenden und Gepflegten wollen wir in unserem Projektvorhaben genauer erkunden und analysieren. Wie ich hier aber auch bereits mit meinen noch eher anekdotischen Beispielgeschichten anzudeuten versucht habe, führen rechtliche Regelungen und berufsethische Normen in der pflegerischen Praxis zu entscheidungsdilemmatischen Handlungsproblemen, die in der einschlägigen Literatur wesentlich darauf zurückgeführt werden, dass die Kommunikation mit Demenzkranken aufgrund bestimmter Einschränkungen in besonderem Maße erschwert sei. Weil jedoch, wie ich mit meinen Beispielgeschichten eben auch zu zeigen versucht habe, demente Personen durchaus über Ausdrucksmittel verfügen, müssen die Menschen, die mit ihnen umgehen, ihre Appräsentationen und Externalisierungen zwangsläufig in irgendeiner Art deuten. Aber schon die Antwort auf so basale Fragen wie die, ob überhaupt und wann es sich bei den körperlichen Verhaltensweisen von Demenzkranken um subjektives Wollen, um Habitualisierungen, um quasi evolutionär in den Organismus ›eingebaute‹ »Antriebe« oder gar um (mehr oder weniger) »rein« organische Aktivitäten und Reaktionen handelt, ist sowohl in der einschlägigen Literatur als auch unter Pflegekräften strittig – bzw. bleibt zumindest ausgesprochen diffus.

Gern gesprochen wird zum Beispiel vom so genannten »Bewegungsdrang« des »Läufers«, ohne dass expliziert würde, in welchem Sinne sich in dem als schlichtes (Weg-)Gehen beobachtbaren Verhalten ein »Drang« zeige. Fixierungsmaßnahmen liegt üblicherweise die typisierte Erwartung körperlicher Unruhe zugrunde, was für die Protagonisten plausibilisiert, dass die Bewegungsmöglichkeiten des konkreten Demenzkranken von vornherein so weit eingeschränkt werden (bzw. »werden müssen«), dass die antizipierte Selbstschädigung verhindert wird. Ab wann und aufgrund welcher Merkmale ein alter Körper als unterernährt gilt bzw. gelten soll schließlich, ist ein nahezu notorisches und bislang keineswegs geklärtes Deutungsproblem im Pflegealltag, das dem Entscheid eines Arztes für Zwangsernäherung eines Demenzkranken mittels einer Sonde zeitlich deutlich vorausgeht und oft lokalidiosynkratische ›Lösungen‹ des Pflegepersonals evoziert.

Mit Blick auf den pflegerischen Umgang mit dem als solchem symptomatischen Problem-Körper dementer Personen lassen sich Pflege-»Maßnahmen« demnach also differenzieren in *reaktives* Handeln in Relation zu einem situativen individuellen Verhalten des Demenzkranken (z. B. Spazieren gehen im Falle des »Läufers«) und in *präventives* Handeln aufgrund von Generalisierungen beobachteter bzw. beobachtbarer typischer Verhaltensweisen (dazu gehören auch alle technischen

und baulichen Vorkehrungen – wie Fixiergurte, Rollstuhltabletts, Endloswege und vieles andere mehr). Pflegende agieren in aller Regel selbstverständlich vor dem Hintergrund der – wie auch immer zustande gekommenen – Annahme, dass all diese auf die Körper der Patienten einwirkenden »Maßnahmen« dazu dienen, Selbst- und/oder Fremdgefährdungen der Demenzkranken zu verhindern oder jedenfalls zu minimieren. Dass dabei sozusagen ständig und nachgerade unvermeidlich gegen das Postulat der Selbstbestimmung der Probanden verstoßen wird, führt zumindest dann zu jenen angesprochenen Entscheidungsdilemmata, wenn und in dem Maße wie davon ausgegangen wird, dass auch Demenzkranke nicht nur *Leiber sind*, sondern auch (noch) *Körper haben*.

Literatur

Bickel, H.(2002), Quelle: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/ FactSheet01.pdf, 28.03.06.

BGW 2003: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2003), *Gesundheitsreport 2003. Altenpflege*, Quelle: http://www.bgw-online.de/internet/generator/ Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Abschlussbericht/SP-DAK03__BGW-DAK_20Gesundheits report_202003.html, abgerufen am 3.8.2007.

BMFSFJ 2002: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

BMG 2007: Bundesministerium für Gesundheit (2007), *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*, Quelle: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1119298/SharedDocs/Publikationen/ Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf, 1.8.2007.

Boetsch, T. et al. (2003), »Klinisches Bild, Verlauf und Prognose (mit Fallbeispielen)«, in: Hampel, H. et al. (Hg.), *Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*, Stuttgart, S. 73-98.

Borutta, M. (2000), *Pflege zwischen Schutz und Freiheit. Das Selbstbestimmungsrecht verwirrter alter Menschen*, Hannover.

Dunbar, J.M./Neufeld, R.R./White, H.C./Libow, L.S. (1996), »Retrain, don´t restrain, the educational intervention of the national nursing home restrain removel project«, in: *Gerontologist*, 36, S. 539-542.

Gubrium, J. F. (1986), *Oldtimers and Alzheimers: The Descriptive Organization of Senility*, Greenwich.

Hitzler, R. (2003), »Gewalt als Intention und Widerfahrnis«, in: Menzel, B./Ratzke, K. (Hg.), *Grenzenlose Konstruktivität?* Opladen, S. 99-108.

Kurz, A. (2002), »Klinik«, in: Beyreuther, K. et al. (Hg.), *Demenzen. Grundlagen und Klinik*, Stuttgart, S. 168-210.

Ruthemann, U. (1993), *Aggression und Gewalt im Altenheim*, Basel.

Synofzik, M. (2007), »PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenzgestützte ethische Analyse«, in: *Nervenarzt*, 78, S. 418-428.

Temple, V./Sabat, S.R./Kroger, R. (1999), »Intact use of politeness strategies in the discourse of Alzheimer's disease sufferers«, in: *Language and Communication*, 19, 2, S. 163-180.

von Wedel-Parlow, U. et al. (2004), *Verwirrung im Alter. Demenzkarrieren soziologisch betrachtet*, Wiesbaden.

Wetzstein, Verena (2005), *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*, Frankfurt am Main.