

**Fachtag**  
**„Unter einem Hut... Gesetze, Ethik und professionelles Handeln“**  
**der CarusAkademie**  
**am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden**  
**4.12.2012**

**Recht und Ethik im Gleichschritt in der Altenhilfe?!**

Anja Bieber MSc Dementia Studies  
Dipl.Pflegewirtin (FH)  
Case Management Ausbilderin (DGCC)  
Staatl. Exam. Altenpflegerin

Es freut mich, auf dieser Tagung die Altenpflege vertreten zu dürfen. Ich gehe davon aus, dass viele der Teilnehmer eher aus dem Krankenhausbereich kommen, so dass ich Sie zu einem Rundgang durch ein Altenheim unserer Tage einladen möchte. Es ist ein fiktives Heim, alle Namen sind frei erfunden. Die Inhalte sind nicht erfunden, sondern stammen alle so oder so ähnlich aus meinem Arbeitsumfeld.

Die Älteren unter uns kennen noch die Altenheime früherer Zeit, die sich wenig von Krankenhäusern unterschieden. Schlafsaal und Fremdbestimmung war normal. Ein heutiges Altenpflegeheim ist damit nicht mehr zu vergleichen. Bedeutsame rechtliche und ethische Schritte haben das Heim verändert. Z.B. in der Sozialgesetzgebung, wie die Einführung der Pflegeversicherung, oder in der Gesundheitsethik, wie die Bedürfnisorientierung als striktes Leitmotiv für Altenpflegerisches Handeln.

Schauen wir uns etwas näher um, wie weit Recht und Ethik das Leben im Altenheim bis hier her beeinflussen.

Wir betreten den Wohnbereich 1. Im Speisesaal geht es heute außergewöhnlich laut zu. Frau Berthold steht hinter der im Rollstuhl sitzenden Frau Dirsch und fasst diese derb an. Frau Dirsch kann nicht gut sprechen und drückt ihren Unwillen durch Kopfschütteln aus. Sie mag es nicht, von Frau Berthold belästigt zu werden. Die ehrenamtliche Mitarbeiterin Gabi schaut hilflos zu. Tamara, die ausgebildete Alltagsbegleiterin, kommt. Sie geht auf Frau Berthold zu und bittet sie, Frau Dirsch in Ruhe zu lassen. Nun bekommt Tamara Frau Bertholds Ärger zu spüren. Sie hält den Arm der Bewohnerin fest, als diese zum Schlag ausholt. Auch wer die Situation nicht gesehen hat, hört nun Frau Bertholds lautes Aufschreien. Sind wir gerade Zeuge einer Form von Gewalt geworden?

Wer ist Opfer und wer ist Täter? Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege weist auf die Fallen bei der Thematisierung von Gewalt hin (von Hirschberg et al., 2009). Diese reichen vom Verharmlosen, über Personalisieren bis hin zum Skandalieren. In einem 1997 vorgelegten Modell der Triade der Gewalt gegen alte Menschen wird deutlich, wie strukturelle, kulturelle und personelle Aspekte Gewalthandlungen beeinflussen. Zur Struktur des Altenpflegeheimes in dem wir gedanklich unterwegs sind, gibt es nur einen Aufenthaltsraum für die insgesamt 24 Bewohner. Zwei kleine Sitzecken auf den Fluren sind nur bedingt Ersatz für ein gemütliches kleines Wohnzimmer. Die Kultur der Pflege und Betreuung ist längst noch nicht so personenzentriert, wie wir uns das wünschen, seit Kitwood (1997) auf maligne sozialpsychologische Praktiken hinwies, wie Herabwürdigen oder Infantilisieren. Die personelle Ebene in unserem Beispiel ist eher von Hilflosigkeit geprägt. Es gibt keine wirksamen Strategien, wie das Personal mit Frau Bertholds Verhalten umgehen soll. Gewalt gegen alte Menschen hat viele Gesichter, Gewalt gegen Pflegenden auch. Die wenigen Studien im Themenfeld Gewalt in der Pflege belegen die Ausmaße von

angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang, mit dem die WHO den Begriff Gewalt definiert. In einer Studie aus dem Jahr 2006 (Görge T und Nägele B) geben 70% der befragten Pflegekräfte an, selbst problematische Handlungen oder Unterlassungen begangen oder bei anderen Fachkräften beobachtet zu haben. Bevormundung, Einschränken des Bewegungsspielraums oder Verabreichen des Essens auf dem Toilettenstuhl sind einige der Gesichter von Gewalt gegen Pflegebedürftige.

Gewalt gegen Pflegende in Form von aggressiven und unfreundlichen Bewohnern erleben der NEXT-Studie (Hasselhorn et al., 2005) zufolge ein Viertel der Fachkräfte, wobei Berufsanfänger einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt sind.

Was können wir tun, damit sich Bewohner wie Frau Berthold ernst genommen fühlen? Was brauchen Bewohner wie Frau Dirsch in ihrem Bedürfnis nach Sicherheit? Was brauchen ehrenamtliche Helfer wie Gabi, damit sie bei kritischen Situationen wirksam reagieren kann? Was ist für professionelle Helfer wie Tamara wichtig, damit sie auch morgen noch belastbar in der Altenpflege sind? Recht und Ethik geben einen Rahmen für Maßnahmen vor. Frau Berthold's Situation lässt sich verändern, z.B. durch Fallbesprechungen, deren Anwendung laut den Qualitätsprüfungsrichtlinien des MDK nachzuweisen sind. Frau Dirsch hilft augenblicklich vielleicht eine verständnisvolle Hand auf der Schulter oder ein freundlicher Blick. Das ist nicht gesetzlich verankert und muss auch nicht auf's Übergabeprotokoll. Es ist eher eine Geste auf einer der unteren Stufen im von Professor für Pflegeethik Ullrich Körtner (2004) empfohlenen Stufenmodell zum Erlangen von Ehtikkompetenz in der Pflege. Gabi, die ehrenamtliche Helferin, schicken wir zur Fortbildung, vielleicht zum Thema validierende Kommunikation nach Naomi Feil (2007). Übrigens hat das Kuratorium Deutsch Altershilfe den Bedarf der Schulung des Ehrenamtes in der Altenhilfe erkannt und fördert aktuell diesen Bereich. Tamara und ihren Kollegen helfen Schnellschüsse nicht weiter. Eine Personalentwicklungsstrategie ist gefragt, die sich um Mitarbeitermotivation genauso bemüht, wie um gezielte Fortbildungen. Im genannten Fall kann das ein Präventionsseminar der Berufsgenossenschaft zum Thema „Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression“ sein.

Ich möchte nun mit Ihnen unseren Rundgang im Altenpflegeheim fortsetzen. Auf dem Flur kommt uns Herr Menzel mit seinem Rollator entgegen. Er geht heute auffallend unsicher. Zum Glück ist Azubi Paul an seiner Seite. Der an Parkinson leidende Herr Menzel hat seit Monaten keinen Neurologen mehr gesehen. Leider gehört unser Haus nicht zu den 50% der deutschen Pflegeheime, die einen oder mehr Besuche eines Neurologen pro Quartal erhalten. Eine 2005 vorgelegte Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (Hallauer et al.) attestiert für die Pflegeheime eine erheblich lückenhafte Versorgung durch Fachärzte. Das ist aber nur eines von neun Versorgungsdefizits der heimärztlichen Versorgung. Das zeigt eine Analyse maßgeblicher Dokumente, wie der Altenberichte der Bundesregierung. Unter den genannten Defiziten ist das Nichterkennen von Demenzen und Depressionen für Heimbewohner besonders dramatisch. So können inadäquate Behandlungen mit Psychopharmaka die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen und zusätzliche Gefahren für den Heimbewohner hervorrufen, wie z.B. ein höheres Risiko zu stürzen. Gründe für Versorgungsdefizite sehen Fachleute in der systematischen Trennung von SGB V und SGB XI. Leistungen der Krankenversicherung, wie die Verordnung von Physiotherapie, stehen zusammenhanglos neben Leistungen der Pflegeversicherung, wie Hilfe zur Mobilität. Gezielte physiotherapeutische Gehübungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind für Heimbewohner wie Herrn Menzel entscheidend, ob verbliebene Fähigkeiten der Beweglichkeit erhalten bleiben oder zumindest Verschlechterungen hinausgezögert werden. Das Pflegepersonal der Heime ist nicht physiotherapeutisch ausgebildet. Hinter dem leistungsrechtlichen Begriff „Hilfe zur Mobilität“ der gesetzlichen Pflegeversicherung steht die Unterstützung des Pflegebedürftigen beim Gang zum Essen, zur Toilette und zu Bett. Nicht einmal dafür

reichen die pro Bewohner zur Verfügung stehenden Pflegeminuten aus, geschweige denn für Gehübungen als zusätzliche Aktivierungen. Physiotherapeutische Behandlungen für Heimbewohner kann auch der Hausarzt verordnen. Den hindern an einer angemessenen Verordnung Budgetgrenzen bzw. Rückforderungen bei Budgetüberschreitungen. Herrn Menzel kann ich das alles schlecht erklären. Seine und meine Orientierungsfähigkeit reichen nicht aus, um zu verstehen, dass unser Gesundheitssystem fast fraglos die Krankenhausbehandlung nach einem Schenkelhalsbruch übernimmt, nicht aber die Prävention, z.B. durch ausreichende und zielgerichtete Physiotherapie. Für diesmal passt hoffentlich Azubi Paul auf, dass Herr Menzel nicht stürzt.

Wir setzen unseren Rundgang im Heim fort und kommen am Zimmer von Frau Friedrich vorbei. Sie ruft laut. Oft viele Stunden am Tag. Was sie sagt, ist kaum zu verstehen. Mit ihren 69 Jahren ist sie die Jüngste der Bewohner. Sie kam mit der Diagnose Frontotemporale Demenz ins Heim. Bei dieser Demenzform stehen zunächst weniger Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Vordergrund, sondern Veränderungen der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens. Eine kaum vorstellbare Belastung für alle Beteiligten. Frau Friedrichs Verhalten wechselt in Sekundenschnelle. Gerade noch lehnt sie mit ihren unverständlichen Worten und unter Mithilfe von Armen und Beinen pflegerische Hilfen ab. Im nächsten Moment beginnt sie hemmungslos zu schluchzen. Gerade wenn sie so weint, scheint das mehr Ausdruck ihrer Trauer über das zumindest teilweise Erkennen ihrer Situation zu sein, als ein unwillkürliche Affekthandlung. Der Verlust von Kontrollmöglichkeiten über das eigene Leben und das unmittelbare Umfeld gehören zu den gefürchtetsten Folgen einer Demenz. Damit sind wir beim Begriff „Selbstbestimmung“, dem im Spannungsfeld von Recht und Ethik eine hohe Bedeutung beigemessen wird, auch im Umfeld von Pflege und Versorgung von demenzkranken Menschen. Novellierungen von Rechtsgrundlagen greifen das Thema Selbstbestimmung auf, wie das in diesem Jahr beschlossene „Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz“, welches das frühere Heimgesetz ablöst oder das ab 1. Januar nächsten Jahres in Kraft tretende „Pflege- Neuausrichtungsgesetz“. In einem plakativen „Stärkung von Selbstbestimmungsrechten“ steckt aber nur teilweise drin, was draufsteht. So ist der sächsische Pflegeheimbewohner zwar berechtigt, in alle seine Pflege und Versorgung relevanten Dokumente Einsicht zu nehmen und eine Beschwerdestelle genannt zu bekommen, aber was kann ein Bewohner wie Frau Friedrich damit anfangen? Wie kann jemand wie sie von der im Pflege- Neuausrichtungsgesetz angekündigten verbesserten Beratung profitieren, wenn selbst die sie täglich betreuenden Fachkräfte unsicher sind, was die demenzkranke Frau möchte bzw. versteht?

Der Deutsche Ethikrat hat in diesem Jahr zum Thema „Demenz und Selbstbestimmung“ umfangreich Stellung genommen. Bemerkenswert ist zunächst die Auseinandersetzung mit dem Begriff „Selbstbestimmung“, der erstmals von Immanuel Kant gebraucht wurde. In meiner Kinder- und Jugendzeit hier auf ostdeutschem Boden kam er praktisch nicht vor bzw. vorsichtshalber nur hinter vorgehaltener Hand oder verschlossener Tür. Kant versteht unter Selbstbestimmung eine Verbindung aus Selbsterkenntnis und Selbstbeherrschung. Wie kein Zweiter nimmt der seit über 200 Jahren tote Philosoph mit seiner Betonung der menschlichen Vernunft Einfluss auf vorherrschende Denkweisen von Selbstbestimmung und Freiheit. Das ist fatal für alle, die aus welchen Gründen auch immer nicht über ein zumindest durchschnittliches Maß an Vernunft bzw. dass was dafür gehalten wird, verfügen. Vernünftiges also rationales Denken wird durch dementielle Veränderungen eingeschränkt. Blicke man bei Kant stehen, bedeutete dies, der an Demenz Erkrankte verliert automatisch mit nachlassender Vernunft sein Recht auf Selbstbestimmung. Schauen Sie sich in Ihrem Umfeld um, ob Sie dafür Bestätigungen oder Widerlegungen finden. Der Deutsche Ethikrat bleibt glücklicherweise nicht bei Kant stehen, vielmehr wird an noch älteren Überzeugungen angeknüpft. Auf Sokrates, den griechischen Philosophen geht die Erkenntnis zurück, dass ein Mensch sich selbst nur im Spiegel eines Anderen

erkennen kann. Menschen mit Demenz könnten Schatten und Schutz unter einem Baum finden, zu dessen Wurzeln solche Erkenntnisse gehören. Weitere elementare Wurzeln eines solchen Baums gibt es trotz Aufklärung und Kommunismus im sogenannten christlichen Abendland. Ich halte es für inakzeptabel, dass der Deutsche Ethikrat mit keiner Silbe darauf eingeht. Es ist eine zentrale Frage menschlichen Seins, ob ich letztlich mir selbst überlassen bleiben muss oder nicht.

Auf den Wert zwischenmenschlicher Beziehung wurde immer wieder hingewiesen. Sei es von Martin Buber, dem christlich-jüdischen Religionsphilosophen mit seinem bekannten „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ oder von Tom Kitwood, der sich vehement für eine respektierende, personenzentrierte Beziehung zwischen Nicht-Dementen und Dementen einsetzte. Seine Überlegungen wurden inzwischen in alltagstaugliche Pflege- und Versorgungsstrategien weiterentwickelt, bis dahin, dass erste Ansätze in rechtsverbindlichen Normen verankert wurden. Konkret wird das z.B. an den Qualitätsprüfungsrichtlinien des MDK für Pflegeeinrichtungen. Diese müssen nachweisen, dass sie nach dem Wohlbefinden von Bewohner mit dementiellen Veränderungen fragen. Das ist noch nicht der große Wurf, aber ein Indiz für ein sich veränderndes gesellschaftliches Bild von Demenz. Es geht nicht mehr nur einseitig um nachlassende Gedächtnisleistungen. Es ist schon im Blick, dass Menschen trotz Demenz Beziehungen brauchen, Wohlbefinden spüren können und mit dem, was und wie sie sind, den Nicht-Dementen verdeutlichen- Leben ist mehr, als der Verstand fassen kann. Und manchmal merkt man auch Frau Friedrich an, dass sie sich wohlfühlt, z.B. wenn sich Azubi Paul zu ihr setzt und sie vielleicht ein bisschen fühlt, als wäre das ihr Enkelsohn.

Bei unserem Rundgang im Pflegeheim möchte ich Ihnen jetzt gern den Andachtsraum zeigen. Auf dem Weg dahin begegnen wir S.Annett. Ihr Gesichtsausdruck zeigt: die Luft brennt. Ich nehme sie kurz zur Seite und frage was los ist. Jeder kann ihre Antwort hören: wie sollen wir es schaffen, acht Leute im Frühdienst zu waschen? Recht und Ethik prallen in dem, was hinter dieser Frage steht, so stark aufeinander, dass mir schlicht die Sprache wegbleibt. In unserem Haus gibt es seit zwei Monaten einen Dienstplan, der endlich, 16 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung Personal so einsetzt, wie es dem verhandelten Pflegeschlüssel und der aktuellen Auslastung des Hauses entspricht. Bis jetzt wurden Monat für Monat Überstunden in dreistelliger Höhe erbracht. Der wirtschaftliche Ruin des Hauses schien greifbar.

Das Wissen, alle anderen Heime arbeiten unter ähnlichen Bedingungen, d.h. mit ähnlichen Pflegeschlüsseln hilft nicht wirklich weiter. Der Pflegeschlüssel ist kein Geheimcode. Er besagt bei uns, dass eine Pflegekraft für 4,5 Heimbewohner mit der Pflegestufe 1 da ist. In der Pflegestufe 3 ist es eine Pflegekraft für 1,9 Bewohner. Für den Bewohner mit der Pflegestufe 1 heißt das, er erhält im Durchschnitt 30 Minuten Pflege pro Tag. Für den Bewohner mit der Pflegestufe 3 sind es ca. zwei Stunden. Das rechtliche und ethische Dilemma wird erst deutlich, wenn man dazu die Pflegezeiten sieht, die nachzuweisen sind, damit eine Pflegestufe zuerkannt wird. Das sind nämlich für die Pflegestufe 1 mindestens 45 Minuten pro Tag und für Pflegestufe 3 mindestens 240 Minuten, also vier Stunden. Über die Pflegeschlüssel werden die Heimentgelte geregelt, also das, was Bewohner, Angehörige oder das Sozialamt zahlen, abzüglich des konstanten Betrags der Pflegeversicherung. Laut einem Artikel der Chemnitzer Freien Presse vom 24.1. diesen Jahres ist in Sachsen ein Heimplatz im Bundesdurchschnitt am billigsten. Ein sächsischer Altenhilfeexperte wird zitiert: „Ich habe schon erlebt, dass westdeutsche Familien Angehörige nach Sachsen gebracht haben.“ Der vergleichsweise billige Pflegeheimplatz bedeutet für die Personalsituation in unserem sächsischem Beispielheim, dass noch weniger Mitarbeiter für die Bewohner sorgen müssen, da unser Haus nach Tarif zahlt. Das ist eine einfache Rechnung: wenig Personal mit höherem Lohn oder mehr Personal mit niedrigerem Lohn.

S. Annett weiß den Tariflohn und die jetzt weniger anfallenden Überstunden zu schätzen. Es belastet trotzdem, wenn sie nicht genügend Zeit hat, bei der 92jährigen Frau Müller so lange zu warten, bis sie sich selbst ihre Hände und Arme gewaschen hat. Das schafft Frau Müller noch, aber gemächlich. Sich selbst zu waschen ist nicht nur eine natürliche Prophylaxe gegen Kontrakturen, sondern gibt der alten Dame auch das gute Gefühl, noch eine Kleinigkeit selbst tun zu können. Die ca. 4 Minuten, die das länger dauert, hat S. Annett aber nicht übrig.

Das Problem ist bekannt. 2006 erschien der Erste Bericht der Bundesregierung zur Situation der Heime. Damit kann jeder nachlesen, dass die gängige Praxis des abstrakten Festlegens von Personalschlüsseln nicht dem individuellen Pflegebedarf entspricht. Es gab beachtliche und trotzdem vergebliche Bemühungen. Ein anerkanntes Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs in Langzeitpflegeeinrichtungen, das sogenannte Plaisir (Arndt, 2002), wurde nach einem Modellversuch nicht flächendeckend eingeführt. Das Gesundheitsministerium selbst nahm sich des Problems an und setzte einen Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein, der zwischen 2006 und 2009 auch ein neues Begutachtungsinstrument entwickelte. Anregungen zur Umsetzung legte der Beirat bereits 2009 vor. Der jetzige Bundesgesundheitsminister Bahr hat die Umsetzung im Pflege- Neuausrichtungsgesetz nicht berücksichtigt. Statt dessen hat er im März diesen Jahres einen zweiten Beirat berufen, dessen Aufgabe es wieder ist, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu erarbeiten.

Im Kern mag es wohl der alte Streit sein: wieviel Pflege soll die Allgemeinheit dem Einzelnen finanzieren, was ist dem Einzelnen als privates Risiko zu überlassen. Hier stehen wir wieder vor einem ethischen Dilemma der Pflege. Viele Zeitgenossen wissen nicht, was eine Diakonisse ist, aber hartnäckig hält sich das Bild, von der pausenlos dienenden und nichts beanspruchenden Pflegekraft mit Haube und Schürze. Was damals normal war, muss doch auch heute noch gehen. Gleichzeitig ist es nicht unüblich, dass in einem Mund, der solche Gedanken ausspricht, privat finanzierte Gesundheitsleistungen stecken, von dessen monetären Wert man auch einen Kleinwagen kaufen könnte. Es geht wieder um ethische Werte und wie sich diese in der Sozialgesetzgebung niederschlagen. Eine einfache Lösung der darin enthaltenden Konflikte ist nicht in Sicht, ein wichtiger Schritt wäre aber erstmal der ehrliche und offene Umgang mit der Thematik. Ich stecke hier selbst mitten drin im ethischen Dilemma- meine Aufgabe ist die Umsetzung der gesetzlichen Qualitätsrichtlinien und andererseits weiß ich, dass unsere Pflegeschlüssel das gar nicht ermöglichen. Mit unserer Scheinfassade von ausgezeichneter Pflegequalität in sächsischen Pflegeheimen mit der durchschnittlichen Traumnote von 1,1 steht uns noch ein Sonderpreis im Ignorieren von Pflege- und Versorgungssituationen zu.

Der Rundgang im Pflegeheim geht für heute zu Ende. Der Gleichschritt von Recht und Ethik wurde hier und da wohl etwas gestört. Ich habe Sie auf einige Sturzgefahren auf dem Boden rechtlicher und ethischer Belange der Altenpflege hingewiesen. Meinen Sie, wir haben einen schlechten Tag für unseren Rundgang erwischt und ich habe Ihnen absichtlich den Blick in zufriedene Gesichter von Bewohnern und Mitarbeitern verwehrt? Die gibt es doch fraglos täglich in Pflegeheimen auch anzutreffen.

Andererseits bin ich froh, Sie nicht in den Keller des Heims geführt zu haben. Dort liegen noch ein paar Leichen von Vertretern, die sich um rechtliche und ethische Belange bemühten, die zuviel Zündstoff boten, wie z.B. die Anwendung von Psychopharmaka oder der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Zur Reanimation gibt es schon rechtliche und ethische Wegweiser, der eigentliche Weg im Pflegeheimalltag wird aber mehr von Stolpern mit Seufzen geprägt sein, denn von Gleichschritt mit Marschmusik.

Wir stehen nun vor'm Ausgang des Altenpflegeheims. Wir kommen noch mal bei Frau Berthold vorbei, die zu Tamara sagt: „Gut, dass sie da sind, Schwester.“

## Literatur

Arndt HJ (2002) *Ergebnisse und Perspektiven der Anwendung des Verfahrens PLAISIR®*. Online unter: <http://www.nibis.de/nli1/allgemein/pflegeleitstelle/inhalt/downloads/plaisir.pdf> (3.12.2012).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dheimbericht%2csprache%3dde%2crwb%3dtrue.pdf> (3.12.2012).

Bundesministerium für Gesundheit (2009) *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff*. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf> (3.12.2012).

Deutscher Ethikrat (2012) *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Online unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> (3.12.2012).

Enders A, Schmidt R (2008) *Heimärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege*. Online unter: [http://www.fh-erfurt.de/soz/fileadmin/SO/Dokumente/Lehrende/Schmidt\\_Roland\\_Prof\\_Dr/Publikationen/Heimaerztliche\\_Versorgung.pdf](http://www.fh-erfurt.de/soz/fileadmin/SO/Dokumente/Lehrende/Schmidt_Roland_Prof_Dr/Publikationen/Heimaerztliche_Versorgung.pdf) (3.12.2012).

Feil N (2007) *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Görge T und Nägele B (2006) *Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen*. Dokumentation einer Fachtagung und eines Expertenforums. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/dokumentation-wehrlos-im-alter.property=pdf.bereich=.sprache=de.rwb=true.pdf> (3.12.2012).

Hallauer J, Bienstein C, Lehr U und Rönsch H (2005) *SÄVIP- Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Vinzentz Network Marketing Service. Online unter: [http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP\\_studie.pdf](http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf) (3.12.2012).

Hasselhorn HM, Müller BH und Tackenberg P (2005) *Arbeiten im Pflegebereich. Ergebnisse der Europäischen NEXT- Studie zur Arbeitsfähigkeit in der Pflege*. Online unter: [www.dnbgf.de/fileadmin/texte/.../Next-study\\_newsletter\\_1\\_dt.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/.../Next-study_newsletter_1_dt.pdf). (3.12.2012).

Kitwood T (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Körtner U (2004) *Pflegeethik- ein neues Fachgebiet der Gesundheitsethik*. Archiv der Online- Zeitung der Universität Wien. Online unter: <http://www.dieuniversitaet-online.at/personalia/beitrag/news/pflegeethik-ein-neues-fachgebiet-der-gesundheitsethik/304/neste/2.html> (3.12.2012).

Sozialwerk Berlin e.V. (2011) *Ältere Menschen ermitteln selbst die Situation in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen*. Abschlussbericht online unter: [http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Newsletter/2011/Abschlussbericht\\_ModellprojektSO\\_VD\\_01.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Newsletter/2011/Abschlussbericht_ModellprojektSO_VD_01.pdf) (3.12.2012).

von Hirschberg K-R, Zeh A und Kähler B (2009) *Gewalt und Aggression in der Pflege. Ein Kurzüberblick*. Online unter: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw\\_20forschung/EP-PUGA-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzueberblick.property=pdfDownload.pdf](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/EP-PUGA-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzueberblick.property=pdfDownload.pdf) (3.12.2012).