

Lebenslänglich Pflegeheim

Hermann Müller August 2019, überarbeitet im Februar 2020

Inhalt

Lebenslänglich Pflegeheim	1
Vorwort	1
Einleitung.....	2
Zur politischen Ökonomie der stationären Pflege	3
Das Pflegeheim als totale Institution	5
Zum Leben und zur Welt der Insassen	5
Zum Personal und zum Pflegenotstand	7
Sterben im Pflegeheim	8
Pflegeheim und Suizid	9
Diskussion.....	10
Fallskizze Scholze.....	11
Literatur	17

Vorwort

Knapp drei Jahre nach dem Tod meiner Frau machte ich eine Weiterbildung in ehrenamtlicher Sterbebegleitung und übernahm danach einige Sterbebegleitungen bei den Sterbenden zuhause oder in Pflegeheimen. So lernte ich Pflegeheime aus einer besonderen Perspektive kennen. Ehrenamtliche werden nicht für ihre Tätigkeit bezahlt und sind daher unabhängig von Heimleitungen und dem Pflegepersonal. „Die Ehrenamtlichen sind – so könnte man sagen – das dritte Auge der Gesellschaft, mit dem gesehen wird, was sonst übersehen würde. Und sie sind zugleich eine überraschende Quelle der Zuwendung zu Menschen am Lebensende“ (Reimer Gronemeyer 2018, S. 18) Sterbebegleiter stehen jedoch unter Schweigepflicht und können daher über konkrete Ereignisse nicht berichten. Auch werden kritische Fragen von Personalangehörigen ungern gesehen (vgl. Xyländer, Sauer 2019 Kapitel 4.4.). Aber ich konnte erfahren, wie dringlich das Themen Missstände in Pflegeheimen und Pflegenotstand heute ist. Ich besuchte auch einen Nachbarn, der nach einem Unfall querschnittsgelähmt war, in einem Pflegeheim. Sein Hausarzt kritisierte, dass er im Heim eine zu hohe Medikamentendosis bekam. Er starb kurze Zeit später auf der Intensivstation eines Krankenhauses.¹ Ich ging zu einem Pflegestammtisch, obwohl ich keine Fachkraft für Pflege bin. Vor mehr als 40 Jahren habe ich mich im Rahmen meiner empirischen Diplomarbeit schon einmal mit diesem Thema befasst. Es war eine soziographische Untersuchung aus einer praktikantenähnlichen Rolle heraus. Heute würde ich die Studie natürlich anders schreiben, aber Protokollauszüge kann man als Daten verwenden.

¹ Das muss nicht bedeuten, dass die falsche Medikation die Ursache für seinen Tod war.

Einleitung

Stellen Sie sich vor, sie haben ein Zimmer, das 12 qm groß ist. Es gibt ein eigenes Bad mit WC. Sie schlafen in einem Krankenbett. Es gibt einen Fernseher und ein Audio-Gerät. An den Wänden hängen einige persönliche Bilder, ansonsten gibt es wenig persönliche Gegenstände im Zimmer. Das Zimmer ist in einem großen Haus. Das Haus können sie selten und nur mit fremder Hilfe verlassen, da sie behindert sind. Auf der Etage gibt es einen Aufenthaltsraum, wo man mit anderen Insassen² sitzen und wo man Essen kann. Wenn das nicht mehr geht, wird ihnen das Essen auf Zimmer gebracht. Manchmal kommen Pflegekräfte herein, um Essen und Medikament auszugeben oder die Betten zu machen.

So sieht der Alltag von Hunderttausenden aus, die in Pflegeheimen leben, und dieser Alltag verändert sich nicht mehr bis sie im Sterben liegen. Lebenslänglich ist für viele Insassen nicht lange. Die durchschnittliche Verweildauer der Männer ist 18 Monate, die der Frauen 36 Monate-(vgl. Schönberg, de Vries 2011, 370) Viele Menschen werden sich ein besseres Lebensende vorstellen können. Aber die Situation wird in vielen Pflegeheimen noch verschlimmert durch den Pflegenotstand. Persönliche Gespräche zwischen Insassen und Personal sind häufig nicht möglich, manchmal fehlt sogar die Zeit für notwendige Pflegearbeiten.

Erste Erfahrungen mit Pflegeheimen machte ich, als meine Großmütter ins Heim mussten. Sie fühlten sich dort nicht wohl, aber sie hatten keine Wahl. Meine Diplomarbeit (Müller 1979) war dann eine Soziographie eines Altenpflegeheims. Danach hatte ich lange Zeit nichts mehr mit Pflegeheimen zu tun, bis 1999 meine Mutter einige Monate vor ihrem Tod in ein Pflegeheim kam. Ab 2017 war ich dann als ehrenamtlicher Sterbebegleiter in einigen Pflegeheimen.

Ich nehme an, dass viele Menschen, die noch nicht alt sind, sich wenig mit der Situation in Heimen befassen. Angehörige haben manchmal ein zwiespältiges Verhältnis zu Heimen. Wenn sie sehen, dass ihre Mütter oder Väter sich nicht wohlfühlen, könnte sich ihr schlechtes Gewissen melden. Man beruhigt sich dann gerne mit der Vorstellung, dass sie „versorgt“ sind. Aber jeder von uns kann mal in die Situation kommen, dass er bzw. sie in ein Pflegeheim muss. Darauf ist man jedoch nicht vorbereitet.

Im ersten Kapitel möchte ich das Pflegesystem in Deutschland skizzieren und diskutieren. Ich spreche von „politischer Ökonomie“ weil es um die politisch konstruierten Rahmenbedingungen in der stationären Pflege geht.³ Bedeutsam in diesem System sind die Pflegeversicherungen, der Eigenanteil des Insassen, die private Trägerschaft oder die Trägerschaft kirchlicher oder anderer Wohlfahrtsorganisationen. Aber auch Veränderungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung und der ambulanten Pflege sind von Bedeutung.

Im zweiten Kapitel wird das Thema Pflegeheim als totale Institution nach der Definition von Erving Goffman behandelt. Die alte Untersuchung von Goffman erklärt noch heute die Situation der Insassen von Pflegeheimen.

Das Leben und die Welt der Insassen wird dann im nächsten Kapitel behandelt. Dabei geht es unter anderem um Strukturen des Alltags in dieser totalen Institution. Ihr Leben ist zum Teil vergleichbar mit dem Leben von Insassen anderer totaler Institutionen. Es gibt aber auch Besonderheiten, die sich zum Beispiel aus der körperlichen Verfassung oder der Lebensperspektive ergeben.

² Ich spreche von Insassen nicht von Bewohnern. Sie sind Insassen einer totalen Institution im Sinne von Goffman (1977). Bewohnen kann man auch ein Mietshaus.

³ Zur politischen Ökonomie des Sozialen vgl. Dahme und Wohlfahrt 2017

Im vierten Kapitel werden dann die Situation des Personals und der Pflegenotstand behandelt, der sich stark auf die Situation der Bewohner auswirkt.

Es folgt ein Kapitel zum Sterben und zur Sterbebegleitung in Pflegeheimen. Hier gibt es große Unterschiede zum Sterben in stationären Hospizen und auf Palliativstationen.

Das kurze sechste Kapitel behandelt dann das Thema Suizid in Pflegeheimen und Motive der Insassen. Damit im Zusammenhang steht das Thema Lebensqualität im Alter, die unter anderem von der körperlichen Verfassung, aber auch von der Lebensqualität in den Heimen abhängig ist.

Es folgt im siebten Kapitel die Fallstudie Scholze. Es geht dabei um die Beziehungen des Personals zu einem der Heimbewohner. Die Daten stammen aus meiner Diplomarbeit. Sie sind mehr als 40 Jahre alt, aber die Verhältnisse in den Heimen haben sich nicht verbessert

Zur politischen Ökonomie der stationären Pflege

Pflegeheime in Deutschland werden von gemeinnützigen Organisationen oder von Wirtschaftsunternehmen betrieben. „Das Investieren in Pflegeheimen ist das Geschäft schlechthin für Anleger in Deutschland. Es ist sicher und rentabel.“ (Rieger 2017, S. 61) Ab Mitte der 30er Jahre bis Anfang der 40er Jahre gab es relativ starke Geburtenjahrgänge. Die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen wird noch weiter steigen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 50er und 60er Jahre in ein Alter kommen, in dem viele Menschen von Pflegeleistungen abhängig werden. Das Geschäft ist auch konjunkturunabhängig. Verändert haben sich auch die sozialen Bedingungen und Wertvorstellungen. Früher wurden pflegebedürftige Männer und Frauen häufiger als heute von ihren erwachsenen Kindern, meistens den Töchtern und Schwiegertöchtern, gepflegt. Diese Pflege durch Angehörige gibt es auch heute noch. Aber die Bedingungen dafür sind heute öfters nicht mehr gegeben, zum Beispiel weil die Kinder in einer anderen Stadt wohnen oder berufstätig sind. Auch könnte die Bereitschaft sinken, die starken körperlichen und psychischen Belastungen durch die Pflege auf sich zu nehmen.

Dass private Pflegeheime in Deutschland ein gutes Geschäft sind, hängt auch mit der Finanzierung der Pflege zusammen. Früher waren einige Insassen in Heimen Selbstzahler, die anderen waren Sozialhilfeempfänger. Dann wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt⁴. Heute wird ein Teil der Heimkosten über die Pflegekassen finanziert. Dieser Anteil richtet sich nach dem Pflegegrad. Für Pflegegrad 2 beträgt er 770 €, für Pflegegrad 5 sind es 2005 €. Der Eigenanteil ist bei Pflegegrad 2 bis 5 für alle Heimbewohner gleich⁵. Das bedeutet, dass ein Heim seine Einnahmen steigern kann, wenn es mehr schwer pflegebedürftige Insassen aufnimmt. Rieger kommentiert dies drastisch: „Von der wirtschaftlichen Seite betrachtet, lohnt es sich, wenn man Bewohner ‚ins Bett pflegt‘. Die Pflegestufe und der zu zahlende Tagessatz steigen und somit auch die Einnahmen. Das Paradoxe an dieser Situation ist auch noch, dass Heime, denen der Mensch egal ist, einen geringeren Arbeitsaufwand und folglich weniger Personaleinsatz haben, wenn die Bewohner nur noch im Bett liegen.“ (Rieger 2017, S. 57). Ähnlich sehen es Ohlerth und Wittig. „Zurückgewonnene Selbstständigkeit der Heimbewohner – menschlich und medizinisch fraglos wünschenswert – ist im ökonomiegetriebenen System der ‚real existierenden Pflege‘ nicht erwünscht. Denn mehr

⁴ Entlastet wurden so vor allem die Träger der Sozialhilfe. Bei wenigen Pflegebedürftigen mit größerem Eigenvermögen kann man auch von einer Entlastung ausgehen. Die soziale und finanzielle Situation der meiwsten Betroffenen dürfte sich jedoch kaum geändert haben.

⁵ Bei Pflegegrad 1 ist der Eigenanteil höher. Auch werden viele Ältere bei geringer Pflegebedürftigkeit eher die ambulante Pflege wählen.

Selbständigkeit bedeutet am Ende einen geringeren Pflegegrad“ (Ohlerth, Wittig 2019 S. 38/39). Das führe zu einem vorzeitigen Ableben vieler Heimbewohner. So befinden sich die Heimbewohner oft schon wenige Tage nach der Einlieferung in einem deutlich schlechteren Zustand als zuvor.“ (Ohlerth, Wittig 2019 S. 41). „Im Rollstuhl geht’s doch schneller. Es wird in Kauf genommen, dass die Muskeln binnen kürzester Zeit geschwächt sein werden, dass der Bewohner tatsächlich nicht mehr laufen kann. Die Abwärtsspirale ist vorprogrammiert. Sicher haben sie schon mal den Satz gehört, ‚Seitdem er im Heim ist, hat er stark abgebaut‘ Ist das nicht schrecklich? Heimaufenthalt als programmierter Niedergang.“ (Ohlerth und Wittig 2019, S 121)

Der Eigenanteil der Insassen ist in vielen Heimen schon sehr hoch und lässt sich nur begrenzt steigern. Er ist je nach Bundesland und Region unterschiedlich. Hier kann sich auch die Konkurrenz zwischen Heimen auswirken.⁶ Der Eigenanteil kann über 2000 € betragen. Wenn die Rente bzw. Pension und das Vermögen nicht reichen, muss häufig Sozialhilfe in Anspruch genommen werden, es sei denn die leiblichen Kinder haben ein höheres Einkommen. Gewinne der Pflegeheime lassen sich steigern durch Einsparungen beim Personal und ein wenig auch durch Einsparungen beim Essen. Rieger (2017, S. 53) formuliert

Gute Pflege = wenig Gewinn

Schlechte Pflege = viel Gewinn

Heime mit gemeinnützigen Trägern arbeiten offiziell nicht gewinnorientiert und müssen keine Steuern zahlen. Aber auch sie haben das Organisationsziel, sich zu erhalten und vielleicht auch das Ziel, sich zu vergrößern. Einige dieser Träger sind große Unternehmen die wirtschaftlich arbeiten. Inwieweit dabei noch soziale Ziele im Sinne der Insassen verfolgt werden, ist eine offene Frage. Wohlfahrtsverbände sind nicht verpflichtet ihre Zahlen offenzulegen. „Wohlfahrtsverbände hüten ihre Wirtschaftszahlen und Bilanzen wie einen Schatz und machen das größte Geheimnis daraus. Und sie wehren sich vehement dagegen, dass sich daran etwas ändert.“ (Rieger 2017, S. 70) „Die Praktiken von Caritas und Diakonie wurden sogar schon vom Magazin Wirtschaftswoche vom 20. November 2012 als das ‚vermutlich am besten eingespielte Kartell Deutschlands‘ bezeichnet.“ (Rieger 2017, S. 70) Das Privileg der Wohlfahrtsverbände lässt sich so zum Machtausbau nutzen. Ob also die „Nächstenliebe“ oder die Stärkung der eigene Macht und der Ausbau der Organisationen im Vordergrund stehen, lässt sich so kaum beurteilen. Francia (2016 S 39) kommentiert: „Der relativen Hilflosigkeit alter Menschen steht eben eine sehr straff organisierte Alten-, Pflege- und Sterbeindustrie gegenüber.“

Auch Veränderung in der stationären medizinischen Versorgung wirken sich auf die stationäre Pflege aus. Für die Krankenhäuser als Unternehmen besteht ein starker Anreiz, Patienten so schnell wie möglich zu entlassen. Es gibt jedoch alte und multi-morbide Menschen, die man nicht einfach nach Hause entlassen kann. Dann gibt es zwei Möglichkeiten: die Kurzzeitpflege oder die geriatrische Reha. Ziel der geriatrischen Reha ist, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, hinauszuschieben oder zu vermindern. Dazu müssen jedoch bestimmte Voraussetzungen vorliegen, die nicht immer gegeben sind. (vgl., Schmid 2017, S 151 ff.) Die andere Möglichkeit ist die Kurzzeitpflege. Eine Folge frühzeitiger Verlegungen aus den Krankenhäusern in Pflegeheime kann sein, dass die Patienten in einem noch relativ schlechten Gesundheitszustand in die Heime kommen und in den Heimen auch nicht aktiviert werden.

⁶ „Jeder leere Heimplatz bedeutet Gewinnausfall zwischen 3000 und 3500 Euro monatlich und mehr“ (Rieger, 2017, S. 33) Das könnte übertrieben sein, weil die Pflege ja auch Kosten verursacht, Aber der Gewinnausfall dürfte trotzdem hoch sein.

Das Pflegeheim als totale Institution

Erving Goffman untersuchte vor 60 Jahren psychiatrische Anstalten und andere totale Institutionen. „Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellte Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“ (Goffman, 1977 S. 11)

Zu diesen totalen Institutionen gehörten auch Altenheime. Inwieweit trifft diese Definition auch heute noch auf Pflegeheime zu? Es gibt Insassen, die können und dürfen das Heim ohne Genehmigung tagsüber verlassen, zum Beispiel um in Kneipen zu gehen, einzukaufen⁷ oder Freunde und Verwandte zu besuchen. Für sie ist die Institution vielleicht weniger total. Aber je höher der Pflegegrad ist, umso eingeschränkter ist die Mobilität. Man kann davon ausgehen, dass der Anteil der relativ mobilen Insassen relativ gering ist. Auch Demenzerkrankte dürfen in Regel das Heim nicht alleine verlassen. Sie sind wie andere Insassen von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten. Ihr Leben ist auch reglementiert durch die Arbeitsplanung des Personals. Essenszeiten, Pflegezeiten, Schlafzeiten und Ruhezeiten sind festgelegt. Individuelle Wünsche von Insassen könnten die Arbeitsplanung erheblich durcheinander bringen und zu Mehrbelastung des Personal führen. In Krankenhäuser kann das Leben ähnlich reglementiert sein. Der Aufenthalt dort erstreckt sich aber meist wenige Tage oder Wochen, selten auf Monate.

Das Leben in totalen Institutionen unterscheidet sich vom Leben in der modernen Gesellschaft. „In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet – und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne umfassenden rationalen Plan“ (Goffman 1977 S.17) „Für den Insassen gilt, dass er in der Institution lebt und beschränkten Kontakt mit der Außenwelt hat. Das Personal arbeitet häufig auf der Basis des 8-Studentages und ist sozial in die Außenwelt integriert. Jede der beiden Gruppen sieht die andere durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen“ (Goffman, 1977, S. 18/19) Deutlich wird hier, welche Veränderungen der Umzug in eine Pflegeheim bedeuten kann. Die Veränderungen können ähnlich groß sein wie durch den Antritt einer langen Haftstrafe. Es ist unwahrscheinlich, dass ein Insasse das Pflegeheim wieder verlassen kann. In anderen Bereichen, zum Beispiel der Behindertenarbeit, in der Psychiatrie, im Strafrecht oder in der Jugendhilfe gibt es Bestrebungen, totale Institutionen zu vermeiden oder diese soweit wie möglich zu öffnen. In der stationären Altenpflege gibt es das kaum. Diese Veränderungen sind relativ unabhängig von der Qualität der Pflege. Bei einer schlechten Personalausstattung können sich jedoch die Reglementierungen verschärfen.

Zum Leben und zur Welt der Insassen

Der Aufenthalt im Pflegeheim macht die meisten Insassen gleich. Sozialhilfeempfänger erhalten 114,48 € Taschengeld. Aber auch wenn das eigene Einkommen für den Eigenanteil reicht, dürften nur wenige Hundert Euro übrig bleiben⁸. Anders kann es aussehen, wenn größeres Vermögen vorhanden ist. Bis zu 5000 € dürfen die Bewohner behalten, das Vermögen was darüber liegt wird als Eigenanteil verwendet. Vier Euro pro Tag reichen nicht, um sich größere Wünsche zu erfüllen und

⁷ Eine andere Frage ist, ob sie sich dies von ihrem Taschengeld oder dem Rest ihrer Rente nach Abzug des Eigenanteils finanziell leisten können. (s.u.)

⁸ Selbst bei günstigen Eigenanteilen liegen die Kosten deutlich über der Durchschnittsrente der Männer, wenn man die Sozialabgaben abzieht. Die Durchschnittsrente der Frauen ist deutlich geringer. Selbst mit Witwenrente und eigener Rente dürfte viele Frauen ein Renteneinkommen unter 1400 € haben. Nur wenige Rentnerinnen und Rentner erreichen eine Rente über 2000 € (inklusive der Betriebsrente)

selbst wenn man dreimal so viel hätte, würde es dafür kaum reichen. Man kann also davon ausgehen, dass die große Mehrheit der Insassen arm ist. Allerdings unterscheidet sich die finanzielle Situation der Insassen von der Situation anderer Armer. Die Versorgung mit Essen ist gesichert, auch fallen keine zusätzliche Kosten für die Reinigung der Wohnung an. Nur bei Ausgaben für Ausflüge, Geschenke für Verwandte, Besuche in Restaurants und Gaststätten muss man sparen. Dies betrifft jedoch weniger Insassen mit höheren Pflegegraden oder demente Insassen, da sie das Heim selten und nur mit Hilfe anderer Personen verlassen können.

70,4 % aller Insassen sind Frauen. (Statistisches Bundesamt 2018) Männer haben eine geringere durchschnittliche Lebenserwartung und kommen daher seltener in ein Alter, in dem die Pflegequote höher ist. Auch sind mehr Männer bis zu ihrem Tode verheiratet und können so öfters von ihren Frauen gepflegt werden. Unterschiede gibt es auch bei der Verweildauer. Nach einer Studie zu 33 Pflegeeinrichtungen beträgt die durchschnittliche Verweildauer der männlichen Bewohner 18 Monate und die der Bewohnerinnen 36 Monate (vgl. Schönberg, de Vries 2011, 370) Auch das Pflegepersonal ist überwiegend weiblich. Es handelt sich also um eine weiblich dominierte Organisation.

Für die männlichen und die weiblichen Insassen wird das Pflegeheim zur Endstation des Lebens. Es gibt auch einige Insassen, die lange in einem Heim leben, aber für die meisten ist es ein relativ kurzer Lebensabschnitt. Die Insassen wissen dies, da sie häufig erleben, dass Insassen sterben. Der Tod gehört somit auch zum Alltag.

Beim Alltag muss man unterscheiden zwischen Insassen, die noch relativ mobil sind, und Insassen, die ihr Zimmer nicht mehr oder nur mit großer Mühe verlassen können. Einige mobilere Insassen sitzen oft im Eingangsbereich der Station oder im Aufenthaltsraum, wo man auch essen kann. Manchmal besuchen sie auch Gottesdienste oder andere Veranstaltungen. Aber insgesamt scheint der Alltag nicht ereignisreich zu sein. Rieger (2017, S. 36/37) beschreibt die Situation so: „Stellen Sie sich vor, dass Sie sich für den Rest ihres Lebens nur noch im Flur oder Aufenthaltsraum einer solchen Station bewegen könnten. Sie wären unausgeglichen, nicht ausgelastet, könnten nicht mehr richtig schlafen und würden dadurch irgendwann aggressiv. Genauso geht es auch solchen Heimbewohnern. Doch dafür gibt es dann verschiedene Pillen.“

Andere Insassen können sich nicht mehr ohne Hilfe waschen und sich nicht mehr gut bewegen. Einen Einblick in diesen Alltag gibt folgendes Zitat: „Duschen um 7:30 Uhr, Strümpfe anziehen um 8:15 Uhr. Dazwischen halbnackt auf dem Bett sitzen und warten. Frühstück wird gebracht. Wieder Personalwechsel – das Brot ist nicht vorgeschnitten – ich kann es so nicht essen und lasse es zurückgehen.“ (Luckwaldt 2018 S.15) Der Morgen ist hier zeitlich durchorganisiert. Warum liegen zwischen dem Duschen und dem Anziehen der Strümpfe⁹ 45 Minuten? Den Bedürfnissen des Heimbewohners entspricht dies sicher nicht. Die Arbeitsabläufe in der Frühschicht sind aber so organisiert. Durch den Personalwechsel kann erklärt werden, dass das Brot nicht vorgeschnitten ist. Andere Schwestern und Pfleger hätten wahrscheinlich gewusst, dass der Herr es so nicht essen kann und das Essen zurückgeben muss. Wenn das Personal häufiger wechselt, erschwert dies den Aufbau vertrauter Beziehungen zwischen den Insassen und Personalangehörigen. Auch ist die Zeit, die Personalangehörige bei den Insassen sind, relativ kurz, was den Aufbau vertrauter Beziehungen ebenfalls erschwert. Es werden dann eher spezifische Rollenbeziehungen mit wenig persönlichen Anteilen.

⁹ Der Herr hatte einen Schlaganfall. Die Strümpfe sind daher wahrscheinlich eine Prophylaxe.

Es gibt auch Insassen, die ihr Bett nicht mehr verlassen können. Sie liegen dann in ihrem Zimmer. Manchmal ist die Zimmertür geöffnet, so dass man die Geräusche im Flur hören kann. Manchmal läuft das Radio oder der Fernseher. Hier hat sich der Lebensradius noch weiter reduziert. Der Alltag der Insassen ist einerseits durch bestimmte Ereignisse oder Tätigkeiten reguliert. Bestimmt wird, wann man aufstehen muss bzw. gewaschen wird, wann die Malzeiten stattfinden und wann man schlafen gehen soll bzw. wann man zum Schlafen fertig gemacht wird. Dazwischen aber gibt es viel Freizeit, die der Insasse aber nur bedingt gestalten kann. Dieser Spielraum wird geringer, wenn die Mobilität abnimmt. In einigen Fällen kann man auch von Warten auf das nächste Ereignis (zum Beispiel Mittagessen) sprechen. „Es ist nicht verwunderlich, wenn viele von ihnen sagen: ‘So mag ich nicht mehr, so macht das Leben keinen Sinn mehr, nur warten bis es wieder Abend wird, Das kann es auch nicht sein‘“ (Giger-Bütler 2018, S. 146)

Zum Personal und zum Pflegenotstand

Das Personal in Pflegeheimen ist überwiegend weiblich. Das gilt auch für den Bereich der körperlichen Pflege. Es handelt sich um einen traditionellen Frauenberuf. Bonacker (2018, S. 37/38) stellt zum Pflegeberuf fest, dass „gerade die Pflege, anders als die Medizin, den Beziehungsaspekt und die persönliche Zuwendung zum Patienten oder Bewohner sehr viel stärker im eigenen Verständnis präsent hat und auch haben sollte“ Kann aber das Personal in den deutsche Pflegeheimen diesem Verständnis und Anspruch noch gerecht werden oder handelt es sich primär um Lyrik?

Wie bereits erwähnt, sind nach Rieger (2017) Einsparungen beim Personal eine gute Möglichkeit die Gewinne von Pflegeheimen zu vergrößern. Rieger kritisiert ausführlich die Zustände in der Pflege. Er stellte fest, „dass diese Anhäufung von Überstunden, nicht die Ausnahme, sondern vielmehr die Regel ist“ (Rieger 2017, S. 79) „Die Pflegekräfte können sich nicht mehr genügend von ihrer Arbeit erholen. Dies führt nicht nur dazu, dass die Arbeit darunter leidet, sondern schließlich auch dazu, dass sich der Krankenstand immer weiter erhöht.“ (a. a. O, S. 80) Das führe zwangsläufig zu noch mehr Überstunden bei den anderen Pflegekräften. Das Risiko, an einem Burn-out zu erkranken, sei im Pflegeberuf besonders hoch. „Immer wieder schildern mir Pflegekräfte, dass sie zehn bis zwölf Tage durcharbeiten müssen und dann kaum Zeit zur Erholung haben, weil sie wieder ‚überraschend‘ angerufen werden.“ (Rieger 2017, S. 81) Es gebe Heime, in denen bei Nacht eine Pflegekraft für 80 Personen zuständig sei. (s. a.a.O. S. 83) „Die Leidtragenden sind dann am Ende nicht nur die Pflegekräfte selbst, sondern in erster Linie die alten und pflegebedürftigen Menschen, die im Akkord abgefertigt werden müssen. Es gibt lediglich nur ein Mindestmaß an Pflege, das mehr oder weniger eine Katzenwäsche mit anschließender Abfütterung beinhaltet. (Rieger 2017, S. 81/82) Häufig würden Magensonden, Blasenkatheter und Einlagen zur Erleichterung der Pflege zur Erleichterung der Pflege eingesetzt, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig wäre. (vgl. Ohlerth und Wittig 2019) Ohne ärztliche Verordnung und Wissen der Bewohner wird auch manchmal die Medikamentendosis, u.a. Neuroleptika, erhöht. „Aber in deutschen Pflegeheimen ist diese Menschenrechtsverletzung alltägliche Realität.“ (Ohlerth und Wittig 2019, S. 27)

Rieger sagt: „Denn in keiner Branche habe ich eine solche fast schon masochistische Demut erlebt, wie in der Pflege (Rieger 2017, S. 79) Es gibt aber auch erste Anzeichen für ein „Exit –and-Voice-Syndrom“ (vgl. Rabe-Kleberg 1996 S 276) „Exit“ meint, dass der Beruf gemieden oder nach kurzer Zeit wieder verlassen wird. „Voice“ bedeuten Protest und Widerstand gegen die Arbeitsbedingungen. Aber anscheinend dominiert noch das Exit-Syndrom.

Nun gibt es auch bessere Heime für die die hier beschriebenen Zustände nicht oder nur teilweise zutreffen. Aber nach meinen Erfahrungen als Ehrenamtlicher bleibt auch in etwas besseren Heimen den Pflegekräften kaum Zeit für eine persönliche Zuwendung. In Krankenhäuser kann man vielleicht eher auf diese Beziehungsarbeit bei den meisten Patienten verzichten. Viele Patientinnen und Patienten dort sind in einer existenziellen Krise, haben Angehörige und bleiben nur kurze Zeit auf der Station. Die Beziehungen zum Pflegepersonal sind also nur kurzfristig. In Pflegeheimen ist dies jedoch anders. „Heimeintritt heißt für viele, dass sie Selbstständigkeit aufgeben müssen, dass es jetzt nur noch darum geht, zu warten, bis sie ganz gehen können“ (Giger-Büttler, 2018 S. 142) Dies kann schon eine existenzielle Krise sein.

Sterben im Pflegeheim

Das Thema Sterben und Sterbebegleitung stellt sich verstärkt in der stationären Altenpflege, vor allem in den Pflegeheimen. 30 % aller Pflegebedürftigen lebt in Heimen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, 5) „Schätzungen zufolge sind die Alters- und Pflegeheime dabei, in Kürze Sterbensorte Nr. 1 in Deutschland zu werden, noch vor den Krankenhäusern und weit vor dem eigenen zuhause.“ (Borasio 2014, 18). Aufgrund der Fallpauschalen übernehmen Pflegeheime häufig sterbende Patienten aus Krankenhäusern. Aus einer Untersuchung von 33 Einrichtungen ergibt sich u.a.: „Nach einem Jahr sind knapp die Hälfte (47,5 %) der Bewohnerinnen und Bewohner verstorben.“ (Schönberg, de Vries 2011) Nach einer Studie beträgt die durchschnittliche Verweildauer der männlichen Bewohner 18 Monate und die der Bewohnerinnen 36 Monate (vgl. Schönberg, de Vries 2011, 370) Damit müsste eigentlich Tod und Sterben ein zentrales Thema dieser Organisationen und ihrer Insassen sein. Dies müsste auch für diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner gelten, die etwas länger leben. Sie erleben, dass viele ihrer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner versterben. Wenn man Sterbebegleitung nicht auf wenige Wochen reduziert, sind die meisten Heimbewohner und viele Heimbewohnerinnen bereits kurz nach ihrem Heimeintritt Betroffene. Vielen ist dies auch bewusst. Ein Heimbewohner sagt: „Hier gibt es genug Menschen, die warten auf den Tod – später.“ (Luckwaldt 2018, S. 47). Eine Fragestellung ist, inwieweit diese Sterbenden in Pflegeheimen durch die Palliativmedizin und die Palliativpflege versorgt werden. „Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wußte, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem war mir zu groß gewesen“ (Cicely Saunders, zitiert nach Becker-Ebel 2017, S. 11) Vor dem Hintergrund des Pflegenotstands stellt sich die Frage nach den Beteiligungsmöglichkeiten des Personals. Wichtig wird auch die Frage der Lebensqualität im Heim. Eine Sterbebegleitung ist durch ambulante Hospizvereine möglich. Die Frage ist jedoch, ob dies ausreicht. Ein Problem dabei ist, dass es dafür nicht genug ehrenamtliche Sterbebegleiter gäbe. „Wenn wir als Hospizvereine in allen Altenpflegeeinrichtungen Begleitungen machen wollten, kämen auf jeden der 130 Hospizvereine im Schnitt zehn Altenpflegeeinrichtungen“ (Domdey 2018, S. 29) Eine andere Frage ist, inwieweit die Ehrenamtlichen die Zeit, die erforderlich wäre, aufbringen können. Dieser Zeitaufwand kann in je nach Einzelfall unterschiedlich sein. Manchmal reicht ein Besuch in der Woche. In anderen Fällen, zum Beispiel während des Sterbeprozesses, sind tägliche Besuche sinnvoll. Das aber können berufstätige Ehrenamtliche häufig nicht gewährleisten. Sterben und Sterbebegleitung sind individuell. Der Gesprächsbedarf kann unterschiedlich groß sein. Unterschiedliche Dimensionen (körperlich, sozial, psychisch, spirituell) können Schwerpunkt sein. Dies kann sich während der Begleitung verändern. Allein die Sterbenden und die Angehörigen können einschätzen, was hilfreich war und was nicht. Eine weitere Frage ist die nach der palliativ-medizinischen Kompetenz. Zuständig sind hier niedergelassene Ärzte, die zu Hausbesuchen ins Heim kommen. Dies kann zum Beispiel bedeutsam werden, wenn bei Krebspatienten eine Änderung der Schmerztherapie notwendig wird. Dann sollte schnell ein Arzt

kommen und das neue Medikament aus der Apotheke geholt werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob es genügend Pflegekräfte mit Kompetenz in Palliativ Care gibt. Domdey stellt fest: „Allein, wenn ich die fehlende palliative Kompetenz und Versorgung in vielen Altenpflegeeinrichtungen erlebe, ist noch viel zu tun.“ (Domdey 2018. S. 21). Wird so Sterben im Pflegeheim zu einem Sterben zweiter Klasse im Sinne eines stark fremdbestimmten Sterbens? (vgl. Ärzte-Zeitung 2015)

In Pflegeheimen leben Insassen, die eine lebensverkürzende Krankheit im fortgeschrittenen Stadium haben. Sie würden die Kriterien für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz erfüllen, werden aber selten dorthin verlegt. Andere Insassen sind zwar schwer krank und werden voraussichtlich bald sterben. Ärzte könnten dies aufgrund des körperlichen Zustandes des Patienten einschätzen. Sie leiden aber an keiner einzigen Krankheit, die, wie zum Beispiel Krebs oder ALS, stark lebensverkürzend ist. Dies ist eine Lücke in der palliativen Medizin und Versorgung und in der Hospizarbeit. Würde man diesen Personenkreis mit einbeziehen, gäbe es erheblich mehr potentielle Palliativpatientinnen und Adressaten der Hospizarbeit. Ob dies politisch durchsetzbar ist, ist fraglich. Aber dennoch stellt sich die Frage, wie dieser Personenkreis behandelt und gepflegt werden sollte. Auch diese Personen sind mit den Sterben konfrontiert und können Unterstützung benötigen, wobei körperliche, soziale, psychische Aspekte bedeutsam sind.¹⁰

Xyländer und Sauer (2019) untersuchten Sterbebegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Sterbebegleitung in Pflegeheimen wird von Pflegekräften oder ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen aus Hospiz-Vereinen angeboten. Zu den in der Studie dargestellte Rahmenbedingungen gehört die kurze Verweildauer und schlechter Allgemeinzustand vieler Bewohner, was Qualität der Sterbebegleitung beeinträchtigen könne. Man habe nur wenig Zeit, die Bewohnerinnen und Bewohner kennenzulernen. Deutlich wird die Zeitknappheit des Personals. Begleitung ist möglich, wenn es „meine Arbeit erlaubt“ (S. 157), manchmal findet sie auch in der Freizeit der Pflegekräfte statt und kann auch sehr kurz sein. Wenn man bedenkt, dass die Freizeit einiger Pflegekräfte ohnehin schon knapp ist, stellt sich die Frage, ob und wie auf die persönlichen Bedürfnisse des Insassen eingegangen werden kann. „Gestresste Pflegepersonen laden nicht gerade ein zu einem vertraulichem Gespräch“ (Giger-Bütler, 2018, S. 152) Die Kooperation mit Hospiz-Vereinen wird positiv wahrgenommen, aber Ehrenamtliche werden in vielen Einrichtung eher in Ausnahmefällen hinzugezogen. Vier von siebzehn in der Studie untersuchten Einrichtungen nutzen keinen Hospizdienst oder nur dann, wenn Angehörige dies wünschen. Fünf Einrichtungen haben regelmäßige und intensive Kooperation. Anscheinend ist die Kooperation in acht Einrichtungen weniger intensiv und regelmäßig. Die Kooperation wird als hilfreich empfunden, unter anderem, weil die Pflegekräfte weniger Zeit für Sterbebegleitung haben. Eingegangen wird auch auf die Sicht der Ehrenamtlichen. Unzufrieden ist man zum Beispiel, wie das Personal mit Fragen oder Kritik von Ehrenamtlichen umgeht. Die Arbeit der Ehrenamtlichen könnte hier auch als soziale Kontrolle wahrgenommen werden, die nicht erwünscht ist.

Pflegeheim und Suizid

Suizide in Pflegeheimen sind selten. „Zu denken, dass auf natürliche Weise bald alles einmal ein Ende haben wird, macht vieles einfacher – und motiviert kaum jemanden, mit eigenen Händen zu seinem Ende beizutragen (Giger-Bütler 2018, S.134). Der Suizid widerspräche auch den christlichen Wertvorstellungen in vielen Einrichtungen und schadet auch deren Image. Dennoch gibt es solche Suizide und dafür gibt es unterschiedliche Motive. Schwere körperliche Krankheiten und

¹⁰ Nicht jede Betroffene will und benötigt professionelle oder ehrenamtliche Unterstützung. Einige lehnen dies auch ab. Aber den Personen, die dies wollen und benötigen, sollte dies auch angeboten werden.

Behinderungen können ein Grund sein. Die geringe Lebensqualität in einem Pflegeheim und die fehlende Aussicht, dass sich an der Lebenssituation etwas positiv verändern wird können weitere Gründe sein. Giger-Büttler (2018, S. 135) fragt: „Was aber ist so falsch daran, wenn ein alter Mensch findet, dass er sein Leben gelebt hat, dass für ihn der Zeitpunkt gekommen ist, zu gehen und ihn das, was noch kommen mag, nicht mehr interessiert und ihn auch nicht im Leben zurückhalten vermag?“

Ein Insasse eines Pflegeheims, der sich durch Sterbefasten tötete: „Ich habe das Gefühl, ich muss die Argumente für meinen ‚Selbstmord‘ erläutern. Selbst der kurze Weg aus meinem Balkonstuhl über die Schwelle bis zum Schreibtischstuhl ist beschwerlich und eine Herausforderung. Das ist einfach keine Lebensqualität mehr! Ein nutzloses Bein, eine nutzlose rechte Hand, die nicht einmal mehr greifen kann. Und dann haben auch nach und nach Muskeln abgebaut, nachdem ich einfach keine Lust mehr hatte zu üben. Ich war mir so nutzlos und alt dabei vorgekommen, an meinem Rollator über den Flur zu schlurfen“ (Luckwaldt 2019, S. 51)

Noch „nützlich“ zu sein, ist für viele Menschen ein persönlicher Wert. Dies geht verloren, wenn man schwer körperbehindert in einem Heim lebt. In diesem Fall hatte der Mann (88 Jahre) sein Sterbefasten angekündigt. Andere Suizide bleiben unbemerkt. „Es gibt viele stille und unbemerkte Suizide, so dass man von einer hohen Dunkelziffer ausgehen kann: das Essen verweigern, lebensnotwendige Medikamente nicht nehmen oder zu viele davon oder bewusst ungesund oder gefährlich leben und so die Gesundheit und das Leben aufs Spiel setzen.“ (Giger-Büttler, 1988, S. 145) wenn der Lebensmut nachlässt, sinkt auch die Motivation, sich zu aktivieren. Das wiederum führt zu noch größerer Schwäche.

Auf der einen Seite stigmatisieren wichtige gesellschaftliche Gruppen und der Gesetzgeber den Suizid und den assistierten Suizid und verbieten „geschäftsmäßigen assistierten Suizid. Auf der anderen Seite können menschenwürdige Lebensbedingungen nicht gewährleistet werden. „Geschäftsmäßig“ werden auch die Pflegeheime betrieben.

Diskussion

Dieses „Geschäft mit dem Lebensende“¹¹ wäre ohne die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wohl so nicht möglich gewesen. Nur wenige hätten 3000 bis 4000 € für die Pflege aufbringen können. Profitiert haben von der Pflegeversicherung also vor allem private Träger, einige Wohlfahrtsverbände und öffentliche Träger der Sozialhilfe. Die soziale Lage der Betroffenen hat sich seitdem eher verschlechtert. Sie sind auch weitgehend entrechtet und die Angehörigen können froh sein, wenn sie überhaupt einen Platz finden. Eine Besserung der Situation der Insassen ist nicht in Sicht. Die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Reförmchen ändern wenig. Mächtige Lobbyisten werden weiterhin durchsetzen, dass mit der Pflege weiterhin gute Profite gemacht werden können. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals könnte eine Entlastungen bringen, die auch dazu führen könnten, dass die Beziehungen zwischen Personal und Insassen persönlicher und menschlicher werden. Aber das wäre nur ein erster Schritt. Warum müssen zum Beispiel Betreiber von Pflegeheimen ihre Geschäftsberichte nicht offenlegen und Rechenschaft ablegen gegenüber den Bewohnern und ihren Angehörigen? Pflege ist keine Dienstleistung wie jede andere. In eine christliche Gesellschaft (und wohl auch in einigen anderen Gesellschaften) gilt die Ausnutzung von Menschen in Notlagen als verwerflich. Daher wären eine besondere Ethik und Moral erforderlich, die dies verhindern. Der Insasse kann daher nicht primär

¹¹ Der Begriff stammt von Matthias Thöns (2016) und meint die Übertherapie bei sterbenden Patienten. Er passt aber genauso gut auf die stationäre Pflege.

unter dem Aspekt der Gewinnmöglichkeiten beurteilt werden. Wahrscheinlich besteht hier ein Zusammenhang zur neo-liberalen Ideologie. Die Privatisierung erstreckt sich inzwischen auch auf Bereiche wie Gesundheit und Pflege.

In einer Zeit, in der über Inklusion diskutiert wird, wird eine ganze Bevölkerungsgruppe exkludiert. Es handelt sich auch um Behinderte, auch wenn die Behinderung erst im späten Erwachsenenalter eingetreten ist. Diskutieren kann man eine Öffnung der Pflegeheime. Eine Möglichkeit wäre, dass Ehrenamtliche in die Heime gehen, Insassen spazieren fahren, mit ihnen sprechen mit ihnen etwas unternehmen. Dies geschieht öfters in der Begleitung Sterbenden. Aber die Situation vieler Insassen, die keine lebensverkürzende Krankheit haben ist nicht viel anders als die der Insassen, die an Krebs erkrankt sind. Palliativmedizin und Hospizarbeit würden ansonsten zu einem Privileg für Krebskranke.

Fallskizze Scholze

Vorbemerkung

Die Daten stammen aus meiner Diplomarbeit.¹² Über den gesamten Datenkorpus, der Grundlage für die Diplomarbeit war, verfüge ich nicht mehr. Daher kann ich nur die Daten verwenden, die in der Arbeit selbst enthalten sind. Datengrundlage waren Beobachtungsprotokolle, die jeweils nach der Schicht angefertigt wurde.

Die Beziehung zwischen Herrn Scholze und dem Personal nicht verallgemeinerbar für die Beziehungen zwischen dem Personal und den Bewohnern. Herr Scholze repräsentiert einen Typ von Heimbewohner, die ich als „Nörgler“ kategorisiert habe (Müller 1989).¹³ Gemeint ist hier kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine soziale Konstruktion und Identifizierung.

Auf der Pflegestation wurden 35 Bewohner tagsüber von insgesamt 9 Pflegepersonen in zwei Schichten versorgt. Beim Pflegepersonal handelte es sich um vier Zivildienstleistende und fünf Hauptamtliche. Drei der fünf Hauptamtlichen hatten eine Pflegeausbildung. Ein Hauptamtlicher hatte eine einjährige Ausbildung zum Pflegehelfer absolviert. Der fünfte Hauptamtliche war nach dem Zivildienst im Pflegeheim geblieben.

Von den Pflegeheimbewohnern waren 32 Männer und drei, später vier Frauen.

Herr Scholze war etwa Mitte 70 und lebte nach Aussage einer Personalangehörigen schon 15 Jahre in diesem Heim. Er wohne während des Beobachtungszeitraums in einem Drei-Bett-Zimmer auf der Pflegestation. Er war bettlägerig, ihm fehlte ein Bein, das andere war steif geworden

Interaktion mit Herrn Scholze und Gespräche über ihn

Herr Scholze wurde vom Personal extrem negativ dargestellt. Die Antipathien und zum Teil auch Aggressionen wurden immer wieder deutlich. Sie waren stärker als gegenüber anderen, auch negativ eingeschätzten Heimbewohnern.

Über Herrn Scholze erzählte Peter, dass er sich durchaus hätte bewegen können und nicht immer im Bett zu liegen bräuchte. Er hätte auch mehrere Prothesen in der Ecke stehen lassen sich aber offensichtlich sehr gerne bedienen. Er sei herrisch und geizig, obwohl er genügend

¹² Es war eine empirische Diplomarbeit. Für ein solches Projekt hätte man eigentlich 1 ½ Jahre Zeit und eine fachliche Anleitung benötigt. Das war aber nicht möglich. Heute würde ich die Arbeit anders schreiben.

¹³ Der Begriff „Nörgler“ wird aber auch von Ohlerth und Wittig (2019, S.238) verwendet.

Geld hätte. Nach Einkäufen lasse er sich das Geld bis auf den Pfennig vorzählen und hätte kein Wort der Anerkennung für Hilfeleistungen, die ihm erbracht würden.

Im ersten Teil geht es um die Bettlägerigkeit. Der Bewohner wird dafür selber verantwortlich gemacht. Eine solche Zuschreibung eigen Verschuldens konnte ich auch noch in einem anderen Fall beobachten. Bei beiden Bewohnern war die Zuschreibung gegensätzlich. Das Personal gab dem Bewohner die Schuld und der Bewohner dem Personal. Überprüfen lassen sich beide Aussagen nicht. Es ist durchaus möglich, dass der Bewohner nicht hinreichend motiviert war, aber auch dass er bei dem erforderlichen Training nicht hinreichend unterstützt wurde. Herr Scholze wird als Mann kategorisiert, der sich gerne von anderen Menschen bedienen lässt. Dies könnte als Erklärung für die Bettlägerigkeit interpretiert werden. Es folgt eine allgemeine Charakterisierung. Er wird als „herrisch und geizig“ beschrieben. Das Personal erwartet von ihm ein „Wort der Anerkennung“, vielleicht auch ein Trinkgeld.

Während dieser Zeit schimpfte Herr Scholze über den Verlust seiner Tassen. Er sagte unter anderem, es würde immer „schofelige“ hier im Altenheim. Er wäre hier zum Krüppel geworden. Wenn er das alles vorher gewusst hätte, wäre er damals nie vom Krankenhaus zurück ins Heim gegangen. Lieber hätte er sich eine Kugel in den Kopf gejagt. Johann kam gerade vorbei, als Herr Scholze vom Erschießen sprach. Er kam ins Zimmer und sagte: „Herr Scholze, das hätten Sie auch mal tun sollen.“ Danach sagte Herr Scholze nichts mehr.

Herr Scholze bekam seine Kaffeetassen nicht sofort zurück. Sie waren zu dreckig und sollten erst gespült werden. Das war der Anlass für die Äußerung von Herrn Scholze. Sie enthält eine Verallgemeinerung: im Heim werde es immer schlechter. Das Heim wird indirekt auch dafür verantwortlich gemacht, dass er zum „Krüppel“ wurde. Das Verhalten ist auch ein Hinweis auf seinen Anteil an der Beziehungsentwicklung. Man könnte von einer Spirale negativer Wertschätzung sprechen. Mit seiner Äußerung über das Heim verletzt er das Selbstwertgefühl des Personals. Das wiederum diskriminiert ihn. Die Reaktion von Johann, der die Äußerung wörtlich nimmt, bringt Herrn Scholze zum Schweigen. Es ist scheinbar eine Zustimmung, die aber auch so verstanden werden, dass Johann es begrüßt hätte, wenn Herr Scholze sich damals getötet hätte.

Peter sagte, einige Leute, z.B. Herr Buse, machten Schwierigkeiten, wenn sie gebadet werden sollten. Auch auf Herrn Scholze kamen wir zu sprechen. Peter sagte, auch er würde immer Schwierigkeiten machen. Er sei sowieso ein sehr unbeliebter Mensch. Er sagte, man sollte an seine Klingel einen Stromkreis von 80 Volt anschließen, damit er immer, wenn er klingelt, einen kleinen Schlag bekäme. Dann würde er bestimmt weniger und nur im Notfall klingeln. Weiter erzählte er über ihn, dass er um fünf Uhr, wenn sie unten beim Kaffee sitzen würden, auf seinem Toilettenstuhl durch die Station fahren würde. Einmal sei er beim Wäscheschrank gewesen und habe sich die Schlafanzughose eines anderen geholt. Wenn der Betroffene dies mitbekommen hätte, hätte er sicherlich Krach geschlagen. Er würde das auch in einem solchen Fall machen. Wenn er eine Hose hätte, die Herr Scholze getragen hätte, würde er diese nur noch mit der Zange anfassen.

Geäußert wird hier eine sadistische Phantasie. Der Stromschlag wäre wohl nicht gefährlich, wohl aber schmerzhaft und demütigend. Häufiges Klingeln wegen Kleinigkeiten ist ein Ärgernis für das Personal. Man muss nachschauen, weil es auch wichtig sein könnte. Unter Umständen wird man aber von wichtigen anderen Arbeiten abgehalten. Es folgt eine Geschichte, die wohl die Unbeliebtheit von Herrn Scholze belegen soll. Wenn das Personal unten beim Kaffee sitzt, fährt er manchmal mit dem Toilettenstuhl durch die Station. Wahrscheinlich hatte er keinen Rollstuhl. Möglicherweise brauchte er frische Wäsche und nahm irrtümlich die Schlafanzughose eines anderen Bewohners. Dass er dies absichtlich tat, wäre auch möglich, kann aber nicht unterstellt werden. Die letzte Äußerung drückt

Ekel aus. Eine Hose zu tragen, die schon ein Anderer getragen hat, mag unangenehm sein. Aber hier geht es auch um den Ekel vor dem Bewohner.

Peter erzählte dann, Herr Scholze müsse nächste Woche zum Arzt. Er habe nachmittags Dienst, daher er nicht mit ihm dorthin. Er würde auch lieber mehrmals Herr Blaubach sauber machen, wenn der sich in Hose gemacht habe, als mit Herrn Scholze zum Arzt zu gehen.

Auch dieser Ausschnitt belegt, die tiefe Abneigung gegenüber Herrn Scholze. Einen Bewohner, sauber zu machen, ist eine unangenehme Pflegearbeit. Das würde er lieber tun, als Herrn Scholze zum Arzt zu begleiten.

Johann erzählte, Herr Scholze habe mehrmals gesagt, er wolle ausziehen. Er hätte u.a. bemängelt, dass das Badezimmer zu kalt sei. Leider würde er seine Drohung wohl nicht wahr machen.

Ich säuberte dann Urinflaschen. Die Flasche von Herrn Scholze war wieder am inneren Rand vollgespuckt. Ich sagte zu Schwester B, wir sollten vielleicht Herrn Scholze einen Spucknapf geben, damit er nicht immer in die Flasche spucke. Sie bezeichnete Herrn Scholze als Schwein und sagte, ich solle die Flasche noch einmal ausbürsten.

Die Abneigung gegenüber Herrn Scholze wird im Pflgeteam geteilt und verfestigte in Gesprächen. Wie diese Ablehnung entstanden ist, wird in den Daten nicht deutlich. Herr Scholze war kein sympathischer Mann, sein Verhalten war häufig unfreundlich. Aber das allein kann die Abneigung nicht erklären.

Kurze Zeit später klingelte Herr Scholze. Ich ging hin. Er sagte, ich solle Frau N. Bescheid sagen, dass sie den Doktor zu ihm schicken solle. Seine Medikamente würden nichts mehr taugen und er wolle andere verschrieben haben. Ich teilte dies Frau N. mit, sie reagierte abwehrend. Man war einhellig der Meinung, dass ein Arzt bei Herrn Scholze nichts ausrichten könne, da er sich nicht nach den Anweisungen des Arztes richte. Ohne Eigeninitiative könne auch keine Behandlung erfolgreich sein.

Deutlich wird hier eine Schuldzuschreibung, die offenbar im Team geteilt wird. Herr Scholze richtet sich nicht nach den Anweisungen des Arztes und deswegen kann der Arzt auch nichts ausrichten. Ob der Arzt von dem Wunsch seines Patienten informiert wurde, ist nicht bekannt. Aber er könnte gewusst haben, dass Herr Scholze ihn sprechen will.

Nachher erzählte Herr Z.: Johann habe in das Zimmer von Herrn Scholze gehen wollen und die Tür geöffnet, als gerade der Doktor vorbeiging, Der sei schnell am Zimmer von Herrn Scholze vorbei gegangen, um von diesem nicht gesehen zu werden. Auch der Doktor würde sich schon auskennen und lege keinen Wert auf ein Zusammentreffen mit Scholze.

Der Protokollauszug kann als Beleg verstanden werden, dass Herr Scholze ein unangenehmer Mensch sei. Er ist aber auch ein Hinweis auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Der Arzt war vielleicht wegen anderer Patienten auf der Station und wollte Herrn Scholze nicht sprechen. Hier weicht er dem Patienten aus.

Nach dem Essen half ich Johann beim Kaffee austragen. Herr Scholze beschwerte sich, dass der Arzt nicht vorbeigekommen sei, obwohl er dies ausdrücklich verlangt habe. Er wolle in Zukunft einen anderen Arzt haben. Johann erwiderte daraufhin streng, wenn er sich nicht an die Anweisungen des Arztes halte, würde das sowieso nichts nützen. Daraus entstand ein heftiger Streit, bei dem sich Herr Scholze sehr aufregte.

In der Regel haben auch Bewohner das Recht auf freie Arztwahl. Aber für das Personal kann es bequemer, wenn ein Arzt mehrere Heimbewohner behandelt, und für den Arzt ist das auch besser, weil er mehrere Hausbesuche auf einmal machen kann. Das Personal ist an der medizinischen Behandlung beteiligt. Es gibt zum Beispiel die Medikamente aus und sieht, ob der Patient sie nimmt. Es gibt uneinsichtige Patienten. Aber es gibt keine Hinweise darauf, dass Herr Scholze geschäftsunfähig ist. Er hätte also das Recht den ärztlichen Verordnungen nicht zu folgen.

Einen Tag später

Im Dienstzimmer traf ich den Doktor und sagte ihm, dass Herr Scholze nach ihm gefragte habe. Er erwiderte, der solle nur still sein. Vor Montag werde er nicht mehr bei ihm vorbei kommen. Er wolle auch nicht mehr viel tun und ihn zum Facharzt schicken. Bei Personalangehörigen fand er für seine Haltung Bestätigung.

Die Überweisung an einen Facharzt kann eine medizinische Entscheidung sein. Es geht hier aber auch um die Reaktion des Arztes auf den Patienten Scholze. In der Ablehnung des Bewohners scheinen Personal und Arzt übereinzustimmen.

Als wir Milch austrugen sprach Dieter mit Herrn Brummel und brachte ihn zum Lachen. Herr Scholze schimpfte über Herrn Brummel. Er nannte ihn einen Taugenichts und Landstreicher, der immer anderen Leuten auf der Tasche gelegen habe. Dann erwähnte er das Wort „Arbeitslager“. Schwester B. erwiderte: „Dann schicken Herrn Scholze gleich mit.“ Herr Scholze erwiderte, er habe 25 Jahre bei Olympia gearbeitet. Schwester B. erwiderte, 25 Jahre seien so viel auch nicht.

Warum Herr Scholze über Herrn Brummel schimpfte und ihn beleidigte wissen wir nicht. Möglich ist, dass Herr Brummel eine positive Zuwendung erfuhr, während Herr Scholze primär negative Zuwendung erfährt. Es könnte aber auch andere Gründe für die Abneigung geben. Negativ ist auch die Reaktion von Schwester B. Er wäre dann jemand der, wie Herr Brummel, ins Arbeitslager gehört. Die Erwiderung von Herrn Scholze wird von Schwester B dann entwertet. Zu Zeiten des „Wirtschaftswunders“ war die Arbeitslosigkeit gering. Es war die Einstellung verbreitet, dass Arbeitslosigkeit selbst verschuldet ist. Das Arbeitsleben von Herrn Scholze lag aber zum Teil in der Vorkriegszeit und in der Kriegszeit. Möglich ist auch, dass er schon im mittleren Erwachsenenalter erkrankte.

Es könnte auch ein Anpassungsdruck bestehen, der sich gegen Herrn Scholze richten

Herr Scholze klingelte. Er wollte, dass ich das Radio anstelle, was ich dann tat. Dann gab er mir einen Groschen und sagte, ich solle zu Frau N. gehen und mir dafür eine Zigarette geben lassen. Ich ging zu Frau N. und sagte es ihr. Sie war etwas verärgert. Er würde ihr jetzt häufiger mit seinen Zigarettenwünschen zur Last fallen. Selber würde er sich keine Schachtel kaufen. Wenn Schwester B. dies wüsste, bekäme sich sicherlich Ärger. Sie gab mir jedoch eine Zigarette und ich brachte sie Herrn Scholze

Es war den Bewohner wohl prinzipiell erlaubt, zu rauchen. Dies dürfte dann nicht der Grund für die vermutete Verärgerung von Schwester B. gewesen sein. Herr Scholze hatte häufig „Sonderwünsche“ die man ihm nicht erfüllen sollte. Frau N. war im Unterschied zu anderen Personalangehörigen gefälliger, spürt aber wohl einen Anpassungsdruck.

Die Krankheit

An welchen Krankheiten Herr Scholze litt, ist mir nicht bekannt. Die Interaktion hier bezog sich auf eine Krankheit

Dann holte ich die Urinflaschen zusammen, die Paul dann gründlich reinigte und desinfizierte. Als ich in das Zimmer von Herrn Schulze kam, hatte er gerade die Urinflasche angelegt. Beim Wasserlassen verzog er schmerzhaft das Gesicht. Ich frage, ob es ihm nicht gut gehe. Er hob die Urinflasche hoch und sagte, der Urin sei schon wieder sehr blutig. Ich zeigte Paul die Urinflasche von Herrn Scholze. Er sagte dazu, da könne man nicht mehr viel machen, Herr Scholze habe Krebs. Vor zwei Jahren wäre er schon im Krankenhaus gewesen und von dort wieder zurückgeschickt worden. Man könne auch nicht viel machen, weil er ja seine Tabletten nicht regelmäßig nehme.

Blut im Urin ist in der Regel ein Alarmzeichen, das zu weiteren medizinischen Untersuchungen führt. Ich war Laie und mir fiel daher nicht auf, dass Pauls Aussage wohl nicht stimmig ist. Wenn Herr Scholze zwei Jahre vorher unheilbar mit einer Krebserkrankung entlassen wurde, stellt sich die Frage, warum er zu diesem Zeitpunkt noch lebte. Auch Tabletten hätten die Krankheit kaum aufgehalten. Hier wird wohl nur eine stereotype Vorstellung wiederholt.

Vier Tage später

Herr Scholze wollte heute kein Frühstück. Er wurde gefragt, ob er Mittagessen haben wolle. Er sagte zu, aß dann aber sehr wenig und das meiste musste wieder abgeräumt werden.

Dies können Anzeichen dafür sein, dass sich der Gesundheitszustand von Herrn Scholze weiter verschlechtert hat

Während wir uns unterhielten, klingelte Herr Scholze. Ich ging hin, Herr Scholze klagte über Schmerzen, besonders beim Wasserlassen. Er wolle eine Wärmflasche haben. Ich ging zurück ins Dienstzimmer. Ich sagte Herr Scholze fühle sich schlecht und fragte, was man dagegen tun könne. Franz ging mit mir zu Herrn Scholze. Herr Scholze bat wieder um eine Wärmflasche, die Franz auch fertig machte. Ich ging wieder ins Dienstzimmer und sagte, dass es Herrn Scholze sehr schlecht ginge. Dieter sagte, dann solle er erst einmal seine Tabletten nehmen, dann würde das auch anders werden. Ich fragte, ob man denn sonst noch etwas für ihn tun könne. Jemand sagte, man könne nachher den Arzt vorbeischicken. Ich sagte, Herr Scholze habe ja wohl Krebs. Dieter erwiderte, er habe keinen Krebs. Ich sagte, jemand habe es mir gesagt. Dieter fragte mit einem seltsamen Unterton, ob ich das vielleicht von Peter hätte. Ich erwiderte, Peter sei es nicht gewesen, aber ich wüsste auch nicht mehr, wer es war. Franz kam herein und sagte, Herr Scholze habe das schon mal vorher gehabt, es würde auch wieder vorbeigehen.

Starke Schmerzen müssten eigentlich ein Anlass sein, möglichst schnell den Hausarzt oder Notarzt einzuschalten. Eine Wärmflasche mag ein wenig helfen, reicht aber nicht aus. Wieder wird die Meinung wiederholt, Herr Scholze müsse erst einmal seine Tabletten nehmen, dann würde es anders werden. Der Beobachter gibt sich damit nicht zufrieden und fragt nach. Später soll dann der Arzt vorbei kommen. Dann geht es um die Diagnose Krebs. Dieter sagt, er habe keinen Krebs und stellt die Kompetenz eines Kollegen infrage. Die Äußerung von Franz kann relativierend wirken. Wenn Herr Scholze das schon einmal hatte und es wieder vorbei ging, ist es vielleicht nicht so gefährlich.

Einige Tage später

Gesprochen wird über den Gesundheitszustand von Herrn Scholze. Schwester C. sagte, als sie aus dem Urlaub gekommen wäre und Herrn Scholze gesehen habe, habe sie einen Schreck bekommen. Herr Z. sagte sie hätten ihn immer gesehen. Daher sei ihnen der Unterschied nicht so aufgefallen.

Schwester C. verglich den Zustand von Herrn Scholze vor ihrem Urlaub mit dem Zustand nach ihrem Urlaub und stellte eine Verschlechterung fest. Herr Z. nimmt eine Art Gewöhnungseffekt oder Normalisierungseffekt an. Ihnen fiel es nicht so auf, weil sie ihn täglich sahen. Die vorherigen

Protokollauszüge zeigen aber schon eine deutliche Verschlechterung. Einige Tage später begleitete ich Herrn Scholze und Herrn Mohn zum Facharzt.

Der Arzt teilte mir mit, bei Herrn Mohn könne man nicht mehr viel machen. Herr Scholze habe Blasensteine. Er müsse bald ins Krankenhaus, damit sie zertrümmert würden. Dann hätte er auch keine Schmerzen mehr. Er würde dem Hausarzt aber noch einen Bericht schicken.

Nach dieser Diagnose wäre also eine Krankenhausbehandlung notwendig und erfolgversprechend. Eine Mitverantwortung des Patienten für seinen Gesundheitszustand besteht wohl nicht.

Ich sagte, Herr Scholze habe sich nicht rasieren lassen wollen. Schwester C. sagte, bei ihr wäre es gegangen. Er müsse auch rasiert werden, gerade weil er so krank sei. Wenn Verwandte kämen und er so mit Stoppeln herumliege, würde das auf das Heim zurückfallen.

Wichtig ist, wie Angehörige und andere Besucher über das Heim denken. Ein Bewohner mit Bartstoppeln kann daher einen schlechten Eindruck hinterlassen. Da es Herrn Scholze schlecht geht, kann man mit Verwandtenbesuch rechnen.

Herr Scholze hatte Besuch bekommen, seine Schwester und deren Sohn. Herr Z. hatte vorher mit den Verwandten. Sie sagten, sie wollten gleich Morgen früh den Arzt anrufen, damit Herr Scholze ins Krankenhaus käme. Herr Scholze sagte, er habe überhaupt keinen Appetit. Die Verwandten fragten uns später, ob wir ihm nicht etwas Suppe geben könnten. Herr Z. sagte, wir könnten ihm nachher Suppe geben.

Die Verwandten zeigten sich besorgt und intervenierten. Gleichzeitig wird hier so soziale Kontrolle ausgeübt. Aber es stellt sich auch die Frage, warum das Personal und der Hausarzt nicht von sich aus eingriffen.

Diskussion

Herrn Scholze kann man einem sozialen Typ zuordnen, dem „Nörgler“ (vgl. Müller 1989). Es handelt sich um eine Minderheit unter den Bewohnern. Nörgler haben einen Anteil daran, dass sie vom Personal als Nörgler identifiziert werden. „Sonderwünsche“ Unfreundlichkeit und mangelnde Wertschätzung für das Personal sind Eigenschaften, die einem Nörgler zugeschrieben werden. Ein Teil ihrer Kritik mag durchaus berechtigt gewesen sein. Aber in einer totalen Institution verfügt das Personal über Macht. Sie können Bewohnerinnen und Bewohner negativ sanktionieren. Nörgler verhalten sich in keiner Weise strategisch, indem sie sich mit Kritik zurückhalten. Beobachten kann man eine Eskalation oder Spirale wechselseitiger Abwertung. Aus einer systemischen oder gruppensystemischen Perspektive könnte man fragen, wie sich diese Beziehungsdynamik verändern ließe.

Die Fallskizze gibt Hinweise darauf, dass die pflegerische und medizinische Versorgung in einigen Fällen problematisch war. Es handelt sich um Daten aus dem Jahr 1978, die Zustände können also nicht mit der Politik ab 1995 und dem heutigen Pflegenotstand erklärt werden. Auch damals gab es schon einen Mangel an Fachpersonal. Ohne den Einsatz von Zivildienstleistenden wäre die Versorgung der Bewohner wohl nicht möglich gewesen. Von den 9 Personalangehörigen in der Frühschicht und Spätschicht waren nur 3 vollausgebildete Fachkräfte und ein ausgebildeter Pflegehelfer. Inwieweit sich die Typisierung als Nörgler auf die Behandlung von Herrn Scholze auswirkte, kann man nicht sicher sagen. Möglich ist aber, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei anderen Bewohnern früher beachtet worden wäre und dass man früher reagiert hätte.

Literatur

- Ärzte Zeitung (2015), Patientenschützer beklagen „Zwei-Klassen-Sterben“. 12.6.2015, online verfügbar http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/887970/pflege-patientenschuetzer-beklagen-zwei-klassen-sterben.html
- Becker-Ebel, Jochen (Hrsg.) (2017) Palliativ Care in Pflegeheimen und –diensten, Hannover: Schlütersche Verlagsbuchhandlung,
- Bonacker Marco (2018) Der Diskurs der Menschenrechte. Freiheit und Verantwortung im Kontext angewandter Ethik in der Pflege, in: Bonacker, Marco, Geiger, Gunter (Hrsg.) (2018), Menschenrechte in der Pflege, Opladen, S. 31 -47
- Borasio, G. D. (2014) selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet, was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München, Verlag C.H.Beck.
- Dahme, Hans-Jürgen, Wohlfahrt, Norbert, Politische Ökonomie des Sozialen. In: Fabian Kessl, Elke Kruse, Sabine Stövesand, Werner Thole (Hrsg.): Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder (2017), Reihe Soziale Arbeit Grundlagen, Band 1, Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 116 -123
- Domdey, Ulrich (2018), Wie steht es um die Hospizarbeit in Niedersachsen? in: Monika C.M. Müller (Hrsg.) (2018) Gut gemeint – gut gemacht? Professionalisierung der Sterbebegleitung und Zukunft der Hospizarbeit. 21. Loccumer Hospiztagung 2018, Loccumer Protokolle 25/2018, Rehburg-Loccum, S. 21 - 32
- Francia, Luisa (2016), Wer nicht alt werden will, muss vorher sterben, München: Nymphenburger-Verlag
- Giger- Bütler, Josef (2018) Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben, Stuttgart: Klett-Cotta
- Goffman, E. (1977). Asyl. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Gronemeyer, Reimer (2018 b), Professionalisierung der Sterbebegleitung und Zukunft der Hospizarbeit, in: in: Monika C.M. Müller (Hrsg.) (2018) Gut gemeint – gut gemacht? Professionalisierung der Sterbebegleitung und Zukunft der Hospizarbeit. 21. Loccumer Hospiztagung 2018, Loccumer Protokolle 25/2018, Rehburg-Loccum, S. 9 - 20
- Luckwaldt, Frauke (2018) Ich will selbstbestimmt sterben. Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten, München: Reinhardt Verlag
- Müller, H. (1979). Die Arbeits- und Lebenswelt eines Alten- und Altenpflegeheims. Eine soziographische Untersuchung. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie.
- Müller, H. (1989), Der Nörgler, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 25: 180 -188
- Eva Ohlerth und Frank Wittig (2019, Alptraum Pflegeheim. Eine Altenpflegerin gibt Einblick in skandalöse Zustände, 2019, München, Riva Verlag
- Rabe-Kleberg, U. (1996) Professionalität und Geschlechterverhältnis, oder: was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? in: Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (S. 70-182). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. S. 276 - 302
- Rieger, Armin (2017) Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System, München, Ludwig Verlag
- Schmid, Raimund (2017) Wehe Du bist alt und wirst krank. Missstände in der Altersmedizin und was wir dagegen tun können, Weinheim, Basel: Beltz
- Schönberg, F.; Vries, Bodo de (2011): Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* (5), S. 370–375. Online verfügbar unter www.johanneswerk.de/fileadmin/content/Download_JW/3_Fachthemen/a_Menschen_wahrnehmen/Leben_im_Alter/Mortalitaet_Verweildauer_deVries_Schoenberg.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- Statistisches Bundesamt (2013), Pflegestatistik 2011, online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse522400119004.pdf?_blob=publicationFile

Statistischen Bundesamt (2018) Pflegebedürftige nach Versorgungsart Geschlecht und Pflegegrad 2017, online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=FF225954918DBC4B28DF9981A400A82.internet721>

Thöns, Matthias, (2016⁶), Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende, München, Berlin, Piper Xyländer; Margret, Sauer, Peter (2019) Zwischen Gestalten und Aushalten. Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen im urbanen Bereich, Opladen: Verlag Barbara Budrich