

Pflegenotstand, Menschenrechte, Palliativmedizin und Palliativpflege

Hermann Müller 2018

Morbidität als Tabu?

In der Soziologie und Psychologie des Alterns, aber auch in den Medien und in der Werbung wurde lange Zeit der aktive und gesunde Ältere in den Vordergrund gestellt und dabei wurden die multi-morbiden Älteren vernachlässigt. In der Werbung werden ältere Menschen häufig als fit und mobil dargestellt. Wenn es zu Einschränkungen kommt können danach Medikamente oder Hilfsmittel alles wieder in Ordnung bringen. Es gibt Medikamente gegen die Vergesslichkeit im Alter, so dass man damit geistig fit bleibt. Eine Salbe gegen Schmerzen bewirkt, dass die ältere Frau wieder tagsüber mit ihren Enkeln Ball spielen und abends auf Festen wild tanzen kann. „Anti-Aging“ wird modern, so als ob es ein Mittel gegen das Altern gibt. Statistiker und Versicherungen entwickeln den Eindruck, dass wir alle älter werden und länger gesund bleiben.

Aber inwieweit entspricht dieses Bild der Realität? Ja es gibt sie die Älteren die fit und gesund sind. Es gibt aber auch andere Ältere. Am Anfang kann zum Beispiel Multi-Morbidität stehen, „Die familiäre Betreuung zu Hause stößt an ihre Grenzen, die Einweisungen in die Klinik werden häufiger, erneute Rücküberweisung an den Hausarzt, Weiterüberweisung zu Fachärzten, Einschaltung des Pflegedienstes, Physiotherapie, Beantragung einer Reha und das gleiche Spiel von vorn.“ (Schmid 2017 S. 16) Die Gesundheitsentwicklung im Alter kann man sich auch als Verlaufskurve (vgl. Schütze 2016, S.151 ff.) vorstellen. Nach einer relativ gesunden Phase, nehmen Krankheiten und Behinderungen zu. Möglich ist, dass nach Krankheiten es zu einer vorübergehenden Genesung kommt. Es kann danach zu einem labilen Gleichgewicht kommen, auch mit Unterstützung von Professionellen. Dieses Gleichgewicht kann dann verloren gehen und es beginnt eine Phase der Abhängigkeit. Unterschiedlich ist, in welchem Alter diese Verlaufskurve wirksam wird und wie lange sie dauert. Der Übergang ins Heim kann dabei ein Höhepunkt oder eine existenzielle Krise sein. Hinzu kommt das Sterben als existenzielle Krise. Die Alten, die abhängig und pflegebedürftig sind, sind offenbar kein angenehmes Thema, über das man nicht gerne spricht, solange man nicht selbst oder als Angehöriger betroffen ist.

Pflegeheime als Sterbeorte

30 % aller Pflegebedürftigen lebt in Heimen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, 5) Diese Organisationen werden zunehmend zu Orten des Sterbens (vgl. Winter 2008 und Schönberg, de Vries 2011, Techtmann 2015). 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) Nach einem Jahr waren nach einer Erhebung 46,8 % der Bewohnerinnen und Bewohner verstorben (vgl. Techtmann 2015, S. 7) 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. „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). „Heimeintritt heißt für viele, dass sie ihre Selbständigkeit aufgeben müssen, dass es jetzt nur noch darum geht, zu warten, bis sie ganz gehen können.“ (Giger-Bütler 2018.S.142). Viele Heimbewohnerinnen und Heimbewohner wissen, dass sie auf den Tod warten müssen. Für einige Bewohnerinnen und Bewohner wird sich auch die Frage

stellen, ob sie unter diesen Bedingungen noch weiter leben möchten. Ein alter, multi-morbider Mensch unterscheidet sich somit nicht wesentlich von einem Menschen mit einer stark lebensverkürzender Krankheit, er ist jedoch rechtlich kein Palliativpatient. Die Lebenszeit, die ihnen noch verbleibt, ist häufig nicht länger als die eines Palliativpatienten. Auch für sie hat das Sterben eine soziale, eine körperliche, eine psychische und eine spirituelle Dimension (vgl. Student u.a. 2007). Nach Beobachtungen des Autors ist es auch vorgekommen, dass Palliativpatienten zur Kurzzeitpflege in Pflegeheime eingewiesen werden, wo sie dann sterben¹. 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)

Den häufigsten Kontakt mit Pflegeheimbewohnern haben wohl die Pflegerinnen und Pfleger bzw. die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer- Bonacker (2018, S. 37/38) meint im Vergleich zur Medizin: „Hier ist ein Fragezeichen angebracht, weil 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.“ Was aber bedeutet das für die Pflegepraxis vor dem Hintergrund des Pflegenotstands? Wie viel Zeit kann eine Pflegekraft für einen sterbenden Heimbewohner aufwenden? Wenn es wenig ist, könnten die Beziehungen eher oberflächlich bleiben. Die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern wird häufig von Hausärzten übernommen, die nicht immer auch Palliativmediziner sind. Der ambulanten Hospizdienst kann in Pflegeheimen tätig werden. Aber auch hier ist die Frage, ob das immer ausreicht. In einigen Fällen können wöchentliche Besuche einer Sterbebegleiterin oder eines Sterbegleiters ausreichen. Es kann aber auch ein größere Bedarf bestehen. Aber tägliche Besuche sind zeitlich nicht immer möglich.

Pflegenotstand und Pflegealltag

Die Situation in vielen Pflegeheimen wird von Rieger (2017) kritisiert. Da ein höhere Pflegestufe (heute Pflegegrad) mehr Geld bringe, fehle der Anreiz für aktivierende Pflege. „Von der wirtschaftlichen Seite betrachtet lohnt es sich, wenn man Bewohner „ins Bett pflegt“. (Rieger 2017, 55) Sparen könne man vor allem am Personal und am Essen. Es gebe Heime, in denen nachts eine Pflegekraft für bis zu 80 Bewohner zuständig sei. „Man braucht kein Pflegefachmann zu sein, um zu wissen, dass bei einer solchen Besetzung nachts eine ansatzweise menschliche Versorgung der pflegebedürftigen alten, zum Teil multimorbiden Menschen -also Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern nicht im geringsten gewährleistet werden kann“ (Rieger 2017, S. 83) Auch ließe sich mit größeren Pflegeheimen mehr Gewinn machen „In der Pflege geht der Trend dahin, wo die Tierhaltung schon ist, nämlich zur Massen-Mensch-Haltung und zu Pflegebatterien“ (Rieger 2017, 57/58) Gründe für Pflegemissstände sieht Rieger in der Dominanz der Gewinnorientierung, vor allem, aber nicht nur, bei den privaten Trägern (vgl. Rieger 2017, 59 ff.), und in der Orientierung der Parteien an den Lobbyisten (vgl. Rieger 2017. S. 165 ff.).

Es gibt auch Pflegeheime, die etwas besser sind. Aber allgemein stellt sich die Frage, ob bei der bestehenden Personalausstattung eine Palliativpflege möglich ist. Dazu müssten Pflegekräfte Zeit haben, mit einzelnen Bewohnern mal eine halbe Stunde mit sterbenden oder schwerkranken

¹ Dies könnte mit der palliativen Versorgung zusammenhängen. Auf Palliativstationen können Patienten manchmal nicht bleiben, bis sie versterben. Stationäre Hospize mögen häufig eine durchschnittliche Belegung von unter 100 % haben. Dennoch kann es Zeiten geben, an denen keine Plätze frei sind.

Menschen zu sprechen. Das ist aber auch in besseren Heimen nach Beobachtungen des Autors nicht realistisch.

Diskussion

Die Themen Inklusion und Teilhabe haben in der Politik und der Pädagogik seit der Ratifizierung der UN-Behinderten-Konvention einen höheren Stellenwert. Dabei geht es aber meistens um behinderte Kinder und Jugendliche und Menschen mit lebenslanger Behinderung. Aber es ist nicht plausibel Menschen auszulassen, die im Alter körperlich und/oder geistig behindert wurden. Dies trifft auf viele ältere Pflegebedürftige zu. Es stellt sich die Frage nach den Menschenrechten behinderter älterer Menschen unabhängig davon, in welchem Alter die Behinderung eintrat. Von Inklusion kann man bei der Gruppe der Älteren jedoch kaum sprechen.

Welche finanziellen Mittel ist eine Gesellschaft bereit, für ein menschenwürdiges Leben älterer multimorbider Menschen einzusetzen? Hier geht es um das Spannungsverhältnis zwischen finanziellem Einsatz und Menschenrechten.² Aber es geht nicht nur um die Höhe der Mittel, sondern auch um finanzielle Anreize für private und andere Pflegeheime. Wenn man der Argumentation von Rieger (2017) folgt, lohnen sich Einsparungen beim Personal und beim Essen. Anreize für eine aktivierende Pflege gebe es danach nicht. Die Diskussion über Menschenrechte in der Pflege bleibt ein folgenloser Diskurs, wenn man den Pflegnotstand als Hintergrund einbezieht. Ein menschenwürdiges Leben ist nicht schon dann gewährleistet, wenn die Pflegebedürftigen sauber und satt sind¹. Es gibt auch soziale, psychische und spirituelle Bedürfnisse.

Literatur

Jochen Becker-Ebel (Hrsg.): Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten. Wissen und Handeln für Pflegenden. [Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG](http://www.schlütersche-verlagsgesellschaft-mbH-co-kg.de) (Hannover) 2017. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage.

Bonacker, Marco (2018) Der Diskurs der Menschenrechte. Freiheit und Verantwortung im Kontexte angewandter Ethik in der Pflege, in: Bonacker, Marco; Geiger, Gunter, Menschenrechte in der Pflege, Opladen s. 31 - 47

Borasio, Gian Domenico (2014) selbst bestimmt sterben. München: C. H. Beck

De Ridder, Michael, (2017) Abschied vom Leben. Von der Patientenverfügung bis zur Palliativmedizin, München: Pantheon Verlag

Giger-Bütler, Josef (2018), Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben., Stuttgart

Maly, N. (2001), Töchter, die ihre Mütter pflegen, Münster, Lit-Verlag

Müller, H. (2016) Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit, Opladen: Verlag Barbara Budrich

Müller, H. (2018), Biographie , Altern und soziale Arbeit, in: www.hermannmuellerhildesheim.de

Rieger, Armin (2017) Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System Würdige Altenpflege ist machbar, München: Ludwig Verlag

Schmid, Raimund (2017) Wehe Du bist Alt und wirst krank. Missstände in Altersmedizin und was wir dagegen tun können, Weinheim, Basel: Beltz

² Aus christlich-jüdischer Perspektive würde man vielleicht von einer Spannung von Ökonomie und viertem Gebot sprechen. Diese Spannung gibt es wohl immer. Aber in reichen Ländern wie Deutschland müsste die Frage anders diskutiert werden, als in armen Ländern.

² In einigen Heimen ist nicht einmal das gesichert.

Schütze, Fritz (2016) Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, in: ders., Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse, Opladen u.a.O, S. 117 -149

Student, Johann Christoph, Mühlum, Albert, Student, Ute (2007) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, München, Basel

Techtmann, Gero (2015): Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Verfügbar unter: www.alters-institut.de

Thöns, Matthias (2016) Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende, München: Piper Verlag

ⁱ In einigen Heimen ist nicht einmal das gesichert.