2005
JAHRGANG: 7/2
Oktober

AKF-INFO

Thema **Pflege**

Wahlprüfsteine
Forderungen des AKF

Wahlen
AKF-Vorstand

Screening
Leserbriefe

Editorial

IST PFLEGE WEIBLICH?

Ja. Und zwar nicht nur, weil ihr ein weiblicher Artikel voransteht, sondern auch und vor allem, weil sie überwiegend von Frauen erbracht wird – seien es Angehörige oder professionell Tätige.

Pflege ist aber auch weiblich, weil sie – je älter die zu versorgenden Menschen sind - vor allem für Frauen erbracht wird. In den Pflegeeinrichtungen sind Männer Mangelware. Während die meisten Männer in der häuslichen Umgebung umsorgt von ihrer Lebenspartnerin ihren Lebensabend erleben, stehen die Frauen am Ende ihres Lebens alleine da - ob in der häuslichen Umgebung oder in den Pflegeeinrichtungen - und werden von ihren Geschlechtsgenossinnen versorgt.

Und so schließt sich dann der Kreis: Erst wird der eigene Nachwuchs gepflegt, dann die Eltern, Schwiegereltern oder weitere Angehörigen und zwischendurch noch – als Krankenschwester, Altenpflegerin oder Pflegehelferin – Menschen, die von ambulanten Pflegediensten, in stationären Pflegeeinrichtungen oder im Akutkrankenhaus professionell betreut werden.

Doch damit nicht genug.

„Der Pflegealltag ist mehrheitlich durch Entgrenzungen gekennzeichnet", so unser Autorin Ingrid Kollak. Da bleiben dann Ideen wie Pflege und kultureller Hintergrund, Gender mainstreaming und Pflege, neue Formen des Wohnens und Miteinander Lebens im Alter, zumindest was die Regelfinanzierung anbelangt, schnell auf der Strecke. „Situationen, in denen viele Menschen sich ekeln, ängstigen oder schlicht überfordert fühlen, werden von Pflegekräften Tag für Tag gemeistert, so z.B. bei der Pflege von Schwerstkranken, Verwirrten oder Sterbenden. Den hier täglich – und nächtlich – arbeitenden Frauen (85%) und Männern (15%) müssen Überlegungen zur besseren Versorgung alter und kranker Menschen wie ständig wachsende und niemals erfüllbare Anforderungen erscheinen. Dieser Eindruck wird sich so lange halten, bis sich eine zunehmende soziale Wertschätzung dieser Arbeit in einer besseren Qualifizierung, größeren Unterstützung und höheren Bezahlung ausdrücken wird."

Der Handlungsbedarf ist immanent.

Deshalb, und auch, weil jede von uns in der einen oder anderen Form betroffen ist, haben wir uns als Vorstand dieses Thema zu Eigen gemacht. Wir laden ein zum Dialog. Wir laden ein, zu reagieren und mitzudiskutieren und in Form von Artikeln, Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen teilzunehmen und teilzuhaben. Denn Pflege ist immer noch „unsere Welt", und diese sollten wir in der Gestaltung nicht anderen überlassen.

Ihr AKF Vorstand
Karin Bergdoll, Ruth Boeke, Claudia Czerwinski, Gabriele Kaczmarczyk,
Christiane Niehues, Ursula Sottong und Hannelore Voss

T Pflege und Kultur

Die interkulturelle Perspektive als Chance für eine bessere Altenpflege

Ingrid Kollak

In diesem Artikel sollen Migrantinnen nicht als spezielle Problemgruppe betrachtet werden, für die es Konzepte zu entwickeln gilt. Vielmehr geht es darum, durch die Einnahme einer interkulturellen Perspektive zu einer besseren Pflege für alle PatientInnen zu gelangen. Dazu bietet die (selbst-)reflektierende Auseinandersetzung über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Werte- und Glaubenssysteme, Familien- und Geschlechterrollen die Chance, zu neuem Wissen und besserem Handlungsvermögen zu gelangen.

Wechselnde Aufgaben der Pflege

Die praktische Pflege hat seit Beginn der Anwerbung sogenannter Gastarbeiter in den späten 1950er Jahren wichtige Aufgaben bei deren Betreuung im Krankheitsfall übernommen. Die Krankheitsfälle erstreckten sich zunächst im Wesentlichen auf akute Erkrankungen und Arbeitsunfälle, da die erste Gruppe von MigrantInnen überdurchschnittlich gesund war. Schwache und chronisch kranke Menschen erhielten nach Voruntersuchungen, die die Bundesanstalt für Arbeit bereits in den Herkunftsländern durchführen ließ, gar keine Arbeitserlaubnis.

Durch den Anwerbestopp 1973 vergrößerte sich die Gruppe der potenziell Pflegebedürftigen um Frauen und Kinder. Hebammen und Kinderkrankenschwestern stellten für Migrantinnen oft die ersten und entscheidenden Kontaktpersonen zum deutschen Gesundheitswesen dar[1]. Wenn überhaupt Angebote der Prävention von türkischen u.a. Migrantenfamilien wahrgenommen wurden, so am ehesten im Bereich der vor- und nachgeburtlichen Versorgung.

Alle über Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte hinausgehenden Angebote wurden und werden verhältnismäßig wenig von MigrantInnen wahrgenommen. Das gilt auch für die unterschiedlichen Angebote der Altenpflege, die zunehmend in den Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung rücken, da die erste Generation der MigrantInnen die am schnellsten alternde Bevölkerungsgruppe darstellt. Aufgrund der harten Arbeits- und Lebensbedingungen zeichnet sich bei ihnen ein im Vergleich zu bundesdeutschen Se-

nioren früherer und überdurchschnittlicher Pflegebedarf ab. Die durch hohen Verschleiß verursachten Erkrankungen sind insbesondere solche des Bewegungs- und Stützapparats, Erkrankungen der Verdauungs- und Atmungsorgane sowie des Herz-Kreislauf-Systems. Hinzu kommen psychosomatische und psychische Erkrankungen im Zusammenhang von Migration und deren Konsequenzen für die Lebensplanung und -gestaltung.

Die Situation der Altenpflege

Weil MigrantInnen in der Altenpflege bisher weniger in Erscheinung traten, konnte sich lange die Vorstellung von der familiären Versorgung in Mehrgenerationenhaushalten aufrechterhalten. Tatsächlich aber leben überdurchschnittlich viele MigrantInnen allein. Im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung ist der Anteil der Einpersonenhaushalte bei MigrantInnen deutlich höher:

In der Altersgruppe der 60-jährigen beträgt er 22 % (Deutsche 17 %), in der Gruppe der 65- bis 70-jährigen bereits 36 % (Deutsche 27 %) und bei den über 75-jährigen 43 %.[2] Hinzu kommt, dass sich auch in den Migrantenfamilien Veränderungen im Verständnis familiärer Bindungen zeigen. Entgegen traditionellen Überzeugungen ist darum ein Großteil der heute in Deutschland lebenden MigrantInnen im Fall der Pflegebedürftigkeit auf professionelle Hilfe angewiesen.

Vor dem Hintergrund der hinlänglich bekannten Alterung der Gesellschaft insgesamt und der Migrantenbevölkerung speziell ist es dringend notwendig, die Angebote der Altenpflege zu erweitern. Ambulante Versorgungsangebote, Tageseinrichtungen und neue Wohnformen müssen ausgebaut werden. Mit einem erweiterten Pflege- und Serviceangebot käme die Altenpflege der nach § 80 SGB XI geforderten Qualität ein Stück näher. Danach gilt für alle Einrichtungen der Altenpflege, dass sie eine nach dem Pflegeprozessmodell geplante und ressourcenorientierte Pflege erbringen müssen, die mit der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen abgestimmt werden muss. *Jede/r* hat den gesetzlichen Anspruch auf eine individuelle Versorgung. Auf Schlaf- und Essgewohnheiten, Wohn- und Kleidungsvorlieben usw. einzugehen, ist keine Sonderleistung oder Gegenstand ganz besonders sensibler Projekte, sondern gesetzliches Recht. Viel Geld fließt in die Versorgung alter und kranker Menschen, warum sollte es also nicht besser im Sinne der EmpfängerInnen eingesetzt werden?

In der gesellschaftlichen Diskussion wird zwar viel über Alterung gesprochen, aber über die Last des Älterwerdens, der Pflegebedürftigkeit und des Sterbens wird geschwiegen, oder es werden absurde Vorstellungen vom gewollten und schönen Tod auf Bestellung genährt. Dabei sind die Ängste vor Älterwerden und Alter nicht von der Frage zu trennen, wie die spätere professionelle Betreuung aussehen wird. Im Augenblick wird der weitaus größte Teil dieser Hilfe im Alter von niedrig verdienenden Frauen – und nicht selten Migrantinnen[3] – geleistet. Ihre Arbeitsplätze spiegeln ebensolche Versorgungssituationen wider.

Dabei bietet die Pflege wertvolle Ressourcen für eine gute und akzeptierende Versorgung. Der Pflegealltag ist mehrheitlich durch Entgrenzungen gekennzeichnet. Situationen, in denen viele Menschen sich ekeln, ängstigen oder schlicht überfordert fühlen, werden von Pflegekräften Tag für Tag gemeistert, so z.B. bei der Pflege von Schwerstkranken, Verwirrten oder Sterbenden. Den hier täglich – und nächtlich – arbeitenden Frauen (85%) und Männer (15%) müssen Überlegungen zur besseren Versorgung alter und kranker Menschen wie ständig wachsende und niemals erfüllbare Anforderungen erscheinen. Dieser Eindruck wird sich so lange halten bis sich eine zunehmende soziale Wertschätzung dieser Arbeit in einer besseren Qualifizierung, größeren Unterstützung und höheren Bezahlung ausdrücken wird.

Absurde Vorstellungen vom gewollten und schönen Tod auf Bestellung werden genährt.

Anmerkungen:

[1]Vgl. Interviews mit Hebammen und Kinderkrankenschwestern des Neuköllner Krankenhauses in: Kollak, I./Küpper, H. (1997): Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses. In: Uzarewicz, C./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, S. 115-131

[2]Cubillos, F. A. (2001): Kultursensible Pflege – ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In: Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Frankfurt/M., S. 247

[3]Vgl. die ersten Ergebnisse der vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes NRW finanzierten Untersuchung „Migrant/inn/en in der Altenpflege - Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW" (MigA). Die vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung in Bonn (DIE) durchgeführte Untersuchung ermittelte eine Anzahl von 30% Migrantinnen bei den Beschäftigten in Alten- und Altenpflegeheimen in NRW. www.die-bonn.de

Zur Person: Prof. Dr. phil. Ingrid Kollack ist seit 1995 Professorin für Pflegewissenschaften an der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin.

Der Blick hinter die Kulissen: Häusliche Pflege durch Angehörige

In Deutschland wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 voraussichtlich von derzeit ca. 2 Mio. auf 3,4 Mio. ansteigen (Projektbericht Sozialforschungsstelle Dortmund, Mai 2003).

Mehr als zwei Drittel dieser Pflegebedürftigen wird derzeit noch in der häuslichen Umgebung versorgt. Dabei zeigt das Alter der pflegenden Angehörigen eine große Streuung.

Nach einer Erhebung des Infratest Sozialforschung waren im Jahr 2002 11 % der Hauptpflegepersonen in Privathaushalten bis 39 Jahre alt, 27 % zwischen 40 und 45 Jahre, 22 % zwischen 55 und 64 Jahre und 26 % zwischen 65 und 79 Jahre.

19 % der Pflegepersonen waren in Vollzeit, 15 % in Teilzeit bis 30 Stunden und 6 % in Teilzeit unter 15 Stunden beschäftigt. Damit waren 40 % der Pflegepersonen erwerbstätig.

64 % der Pflegebedürftigen brauchten die Pflegeleistung täglich/rund um die Uhr, 26 % täglich/stundenweise, 8 % im Wochenverlauf und 2 % seltener.

Da Pflege, anders als Elternschaft und Elternzeit, weder in ihrer Gesamtdauer noch in ihrem konkreten Verlauf planbar ist - meist steigen die Anforderungen im Zeitverlauf der Pflege sogar noch an -, sehen sich gerade die berufstätigen Angehörigen mit einer ganzen Reihe von Problemen konfrontiert: dazu gehören das Versäumen von Arbeitszeiten aufgrund plötzlicher gesundheitlicher Verschlechterungen/Krisen, Arztbesuche, verspätetes Eintreffen bzw. vorzeitiges Verlassen des Arbeitsplatzes, zwangsläufiger Verzicht auf Überstunden, Zeitdruck in der verbleibenden Arbeitszeit, etc.

Oft wird das am Arbeitsplatz nur sehr verspätet oder auch gar nicht wahrgenommen; denn:

- Pflegende Angehörige outen sich nur selten in den Betrieben; sie wollen nicht zu einer Problemgruppe gehören.
- Pflegende Angehörige sind überwiegend ältere Arbeitnehmerinnen, für die eine Unterbrechung der Erwerbsarbeit mit Wiedereinstiegsgarantie problematisch ist.
- Ältere Arbeitnehmerinnen, die mit größter Wahrscheinlichkeit auch Pflegeleistende sind, haben ohnehin auf dem Arbeitsmarkt mit Diskriminierungen zu rechnen und werden im fortgeschrittenen Alter kaum einen Wiedereinstieg finden.

Das System Elternzeit ist auch aus anderen Gründen auf die Pflege nicht übertragbar: Erziehende haben in der Regel steigende Erfolge und abnehmende Belastungen während Pflegeleistende sinkende Erfolge und steigende Belastungen erfahren. Und vor allem: Erziehende haben nach drei Jahren einen Anspruch auf einen Kindergartenplatz. Und die Pflegenden?

Auszug aus den Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege

– Diskussionszwischenstand/ Februar 2005 –

Runder Tisch Pflege

(Deutsches Zentrum für Altersfragen in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe)

EMPFEHLUNG 1.6:

Der Runde Tisch Pflege empfiehlt, die Vereinbarkeit von privater Pflege und Erwerbstätigkeit stärker zu fördern.

Im Zuge des demographischen Wandels wird die Zahl der Personen, die gleichzeitig erwerbstätig sind und die Pflege ihrer älteren Angehörigen übernehmen, deutlich zunehmen. Dies gilt nicht nur für Frauen, die bisher die pflegerischen Aufgaben vorrangig übernehmen, sondern auch für Männer, die zunehmend ihre familiären Verpflichtungen wahrnehmen. Da zugleich künftig immer weniger Beruftätige in der Lage sein werden, ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Pflegeaufgaben aufzugeben, muss der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit im Rahmen der Gesamtdiskussion zur Verbesserung der Qualität und Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege ein stärkeres Gewicht zukommen. Erforderlich sind für eine Absicherung der nach wie vor hohen Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme in Bezug auf familiäre Pflege gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die neben wohnortnahen Infrastrukturangeboten ganzheitlichere Ansätze der Zeit- und Arbeitsorganisation beinhalten.

Auf der betrieblichen Ebene räumt etwa das Teilzeitarbeitsgesetz wichtige Gestaltungsmöglichkeiten ein. Damit jedoch dieses Gesetz seine volle Wirkung entfalten kann, müssen Unternehmen auch zunehmend Teilzeitoptionen für Frauen und Männer anbieten. Darüber hinaus ist eine weitergehende Flexibilisierung der Arbeitszeit im Sinne einer Lebensarbeitszeitgestaltung basierend auf (Langzeit-) Arbeitszeitkonten wünschenswert. So könnten für Betroffene – ohne Verlust des Arbeitsplatzes – sozial abgesicherte und auf einen gewissen Zeitraum begrenzte erwerbsfreie Zeiten eingeräumt werden. Die Bereitschaften zur Übernahme von Pflege-, Betreuungs- und Begleitungsaufgaben, insbesondere bei schwerer Pflegebedürftigkeit oder in der Sterbephase, könnten hierdurch erhalten oder gefördert werden.

Um weitergehende Freistellungsmöglichkeiten für pflegerische Aufgaben zu erreichen, sind wissenschaftliche Untersuchungen über deren konkreten Bedarf und die Auswirkungen für die Erwerbstätigen auf dem Arbeitsmarkt sinnvoll. Ferner muss durch eine umfassendere öffentliche Diskussion dieser Thematik sichergestellt werden, dass insbesondere die Tarifpartner und die einzelnen Betriebe, aber auch die Verbände und die Politik den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Stellenwert stärker wahrnehmen. Dies wären Voraussetzungen für eine gesamtgesellschaftlich getragene Pflegekultur.

EMPFEHLUNG 1.5:

Der Runde Tisch Pflege empfiehlt, pflegende Angehörige und Helfende durch qualifizierende und psychosoziale Hilfe- und Unterstützungsangebote stärker zu entlasten.

Bei fehlenden Regenerationsmöglichkeiten kann diese Dauerbelastungssituation zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Gegenwärtig werden über 90% der in privaten Haushalten lebenden Pflegebedürftigen von ihren nächsten Angehörigen unterstützt. Für die Zukunft ist fraglich, ob und inwieweit von einer gleichbleibend hohen Bereitschaft privat Pflegender ausgegangen werden kann. Dies hat nicht nur demografische Ursachen. Pflege ist für die Hauptpflegeperson nicht selten eine Aufgabe, die sie bis an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit fordert. Wenn für pflegende Angehörige keine Entfaltungs- und Regenerationsmöglichkeiten bestehen und sie nicht im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe alltagsrelevante Bewältigungsstrategien erlernen, kann diese Dauerbelastungssituation zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Vor diesem Hintergrund sind die kostenlosen Qualifizierungs- und Beratungsangebote nach den §§ 37 Abs. 3 und 45 SGB XI, die von Pflegediensten im Auftrag der Pflegeversicherung durchgeführt werden, zu begrüßen. Neben theoretischer Wissensvermittlung und praktischer Anleitung im häuslichen Umfeld sind zur Unterstützung des häusliche Pflegearrangement jedoch auch weitergehende Angebote zu entwickeln. Insbesondere besteht ein Bedarf an Angeboten, die im Sinne einer psychosozialen Begleitung helfen, eine notwendige Distanz zum Schutz vor emotionaler Selbstüberforderung aufzubauen sowie die im Rahmen der häuslichen Pflege regelmä-

ßig auftretende soziale Isolation pflegender Angehöriger zu verhindern (etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen und begleiteten Angehörigengruppen).

Um pflegende Angehörige von Demenzkranken stärker zu entlasten, sind die Angebote sozialraumorientiert auszurichten und auszubauen. Dazu gehören Gesprächskreise mit zeitgleicher

Betreuung des Pflegebedürftigen zu Hause parallel zu Angeboten der Tages- und Nachtpflege. Auch Angebote der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, die Entlastung schaffen,

wenn Pflegende Urlaub benötigen oder selbst krank sind, gibt es noch zu wenig oder werden auf Grund fehlender Informationen nicht in Anspruch genommen.

Der Ausbau derartiger Angebote erfordert Engagement und Kooperationsbereitschaft der Pflegekassen, unterschiedlichster Träger und Vereine sowie der Länder. Für eine flexiblere Entlastung bei Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson ist zudem die Zusammenlegung der hierfür bestehenden Pflegeversicherungsleistungen auf acht Wochen, unabhängig vom Leistungsort, in Erwägung zu ziehen.

Trend zur Pflege in Heimen und ambulanten Diensten

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Nr. 162 vom 6. April 2005

WIESBADEN - Im Dezember 2003 waren 2,08 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Das waren nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes rund 37.000 oder 1,8% mehr als 2001. Die Mehrheit (81%) der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter; ein knappes Drittel (32%) 85 Jahre und älter. 68% der Pflegebedürftigen waren Frauen.

Mehr als zwei Drittel (69% oder 1,44 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 987.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 450.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 640.000 (31%) Pflegebedürftige wurden in Pflegeheimen betreut.

Im Vergleich zu 2001 zeigt sich ein Trend hin zur „professionellen" Pflege in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten: So ist die Zahl der in Heimen betreuten Pflegebedürftigen um 5,9% (plus 36.000) und die durch ambulante Dienste Versorgten um 3,6% (plus 15.000) gestiegen, während die Pflege durch Angehörige bzw. die „reinen" Pflegegeldempfänger um 1,4% (minus 14.000) abnahm. Somit sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 70,4% auf 69,2%.

Diese und weitere Angaben – insbesondere auch über die Pflegeheime und die ambulanten Pflegedienste einschließlich des Personals – enthält der heute veröffentlichte „Bericht: Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse".

Der Bericht ist kostenlos im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes (http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm) abrufbar.

Internetportal für Pflege online

Tipps um das Thema „Hilfe und Pflege im Alter zu Hause" bietet seit neuestem ein Internetratgeber, den das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) mit finanzieller Unterstützung durch das BMFSFJ entwickelt hat. Im Vordergrund steht, wie bei Pflegebedürftigkeit ein Antrag an die Pflegeklasse zu stellen ist, wie der Besuch des MDK (Med. Dienst der Krankenkassen) vorbereitet werden kann, etc.
Adresse: www.hilfe-und-pflege-im-alter.de

Schicksale

Pflege – zwei Berichte von Betroffenen

Alle Zahlen und wissenschaftliche Beschreibungen können manchmal nur schwer illustrieren, was Pflege für Betroffene bedeutet. Deshalb sollen an dieser Stelle eine Tochter einer an Alzheimer erkrankten Heimbewohnerin und eine Krankenschwester, die auf einer Station in der plastischen Chirurgie arbeitet, zu Worte kommen.
Die Beispiele erheben weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Repräsentativität, die Namen der Autorinnen wurden von der Redaktion geändert.

Meine Mutter verweht

Anna Hesse, 49 Jahre

Es ist gerade drei Jahre her, dass meine Mutter, bis dahin eine lebensfrohe, aktive und alle und jeden umsorgende Person, in eine tiefe Traurigkeit verfiel und sich immer stärker in sich zurückzog. Alle Angebote von mir und meinen Schwestern wurden mit scheinbaren Ausreden wie „gerade heute ist es aber zu heiß", „das hättet ihr mir vorher sagen müssen" und „Papa mag das nicht, wenn ich ohne ihn gehe" zurückgewiesen. Plötzlich waren weder Theater noch Oper noch ein Stadtbummel noch sonstige geliebte Ausflüge mehr von Interesse.

Kurze Zeit später wurde sie dann stationär

aufgenommen mit der Diagnose „Akuter Oberbauch". Was wir damals noch nicht wussten: das war der Beginn einer langen Odyssee, an deren Ende, nach vielen, vielen körperlichen Untersuchungen und stationären Aufenthalten bis hin zur Gerontopsychiatrie die Diagnose „Alzheimer im fortgeschrittenen Stadium" stand.

Heute, drei Jahre später, lebt sie in einem Pflegeheim auf einer Station für Demenz kranke BewohnerInnen. Sie hat die Sprache und das Sprachverständnis verloren. Die Gegenstände um sie herum sind bedeutungslos geworden. Gelegentlich erinnert sie sich noch an unsere Namen. Ihre Vergangenheit, ihre Eltern und Geschwister, die noch vor wenigen Monaten für sie ganz lebendig aus den Fotos erstanden, sind für immer verschwunden. Sie hat vergessen, wie das geht: das Essen. Sie hat vergessen, dass eine Tasse etwas mit Trinken zu tun hat. Sie ist darauf verwiesen, dass in jeder Minute ihres Tages jemand für sie mitdenkt. Ihre wichtigsten Kontaktpersonen sind ihre Pflegekräfte auf der Station, die in wechselndem aber gleichzeitig stetem Rhythmus für sie da sind – Tag und Nacht; denn auch das Zeitgefühl ist nicht mehr vorhanden. Ihre Pflegepersonen sind ihre Rettungsanker.

Oft ist ihr Blick ganz leer, aber dann erinnert sie sich. Zum Beispiel, dass sie keine dunklen Tischdecken mag. Dann wird sie ganz unruhig und kann nicht erklären, warum. Erst wenn wir dann zu Besuch kommen und mit den Schwestern darüber reden, fällt uns ein, dass wir nie in ihrem Haushalt eine dunkle Decke gesehen haben. Dann wird die Decke ausgetauscht und die Freude kehrt wieder ein. Sie wird ruhig und strahlt „ihre Schwester" an.

Es ist ein mühsames Geschäft. Tag für Tag lässt sie ein Stückchen mehr ihrer Person hinter sich, und Tag für Tag benötigt sie mehr Betreuung.

Noch vor einem Jahr haben wir jedes Mal das Pflegeheim mit der Frage verlassen: „Wäre sie nicht doch besser zu Hause?" Wir haben lange gebraucht, um uns nicht ständig vor uns und unserem Umfeld zu rechtfertigen und zu verstehen, dass sie in den letzten Jahren noch nie so entspannt und zufrieden war. Denn: dort in ihrem Pflegeheim ist sie wirklich frei. Sie unterliegt nicht mehr den normalen Zwängen des Alltags und ist so angenommen, wie sie ist. Sie hat auch uns, ihre Familie hinter sich gelassen. Sie genießt unsere Besuche, aber ist froh, wenn die Pflegkräfte ihr danach wieder ihre monotone Routine ermöglichen.

Krankenpflege war meine erste Wahl
Teresa Schörnig, 45 Jahre

Seit mehr als zwanzig Jahren arbeite ich in meinem Beruf als Krankenschwester. Anfangs, nach dem Examen, in der Inneren, dann sechs Jahre auf der allgemeinen Intensiv und anschließend auf der Handchirurgie. Zwischendurch habe ich auch einige Monate in der Ambulanz gearbeitet. Seit sieben Jahren bin ich nun auf der plastischen Chirurgie im Schichtdienst, seit drei Jahren in Teilzeit.

Wenn ich zurückblicke, habe ich das Gefühl, jedes Jahr mit mehr und umfassenderen Anforderungen konfrontiert worden zu sein. Mehr Verbandswechsel, mehr Visiten, mehr Aufnahmen und Entlassungen.

Mittlerweile nehmen wir heute an jedem Tag Leute auf, selbst am Sonntag, für geplante OPs, und entlassen auch entsprechend – manchmal bis zu 15 Patienten am Tag. Unsere Patienten werden immer älter und wir haben zunehmend verwirrte Personen auf der Station, die gar nicht verstehen, was mit ihnen geschieht.

Das macht das Arbeiten nicht gerade einfacher, wenn wir bei 30 Betten im Spätdienst mit zwei Examinierten und einer Schülerin Medikamente stellen und austeilen, unsere Patienten betten und zur Toilette führen, Essen austragen, füttern, die Abendpflege durchführen und noch auf unsere verwirrten Patienten aufpassen müssen.

Vor drei Jahren habe ich vor der Entscheidung gestanden, entweder raus aus dem Beruf oder reduzieren. Das Haus hat mir daraufhin die Stationsleitung angeboten. Aber ich bin Krankenschwester geworden, weil ich gerne mit Menschen arbeite und nicht, weil ich gerne Verwaltungsarbeiten erledige. Deshalb arbeite ich in Teilzeit im Schichtdienst.

Niemand will wirklich alt sein

„Die Medizinsoziologen haben im Umgang mit dem eigenen Altwerden im Selbst- und Fremdbild der Gruppe der Alten paradoxe Züge erkennen können:

Zwar wollen die meisten möglichst lang leben, aber keiner will alt sein. Die meisten Alten fühlen sich deutlich jünger als es das kalendarische Alter wiederspiegelt – ein Indiz für einen kollektiven Realitätsverlust. Oftmals ist die Auseinandersetzung mit dem Alter von einem Selbstbetrug geprägt. Über die Beurteilung der individuellen Fähigkeiten, des Gesundheitszustands und der tatsächlichen individuellen Mobilität gibt es zuweilen Selbsttäuschungen und Fehleinschätzungen. Weitaus seltener werden die Vorzüge oder Zugewinne des Alterns registriert."

Aus: H. Clade. Damit das Alter nicht zur Bedrohung und Last wird. In: Dt. Ärzteblatt.Jg.102. Heft 27,2005: S.1638-1640

Bürokratie abbauen – Pflege fördern

Bundesministerin Renate Schmidt hat am 13. Juli 2005 Eckpunkte zur Entbürokratisierung des Heimrechts im Bundeskabinett vorgestellt. Dieses Zehnpunktepapiers ist ein Ergebnis des „Runden Tisch Pflege", der gemeinsam mit den Akteuren im Bereich der pflegerischen Versorgung konkrete Abstöße für die Verbesserung der Pflege entwickeln soll. Unter anderem soll die Pflegedokumentation vereinfacht werden, betreute Wohngemeinschaften für ältere Leute nicht mehr dem Heimrecht unterliegen und Mehrfachprüfungen durch den MDK vermieden werden.

Bleibt zu hoffen, dass diese Initiative nicht über den langen Weg zu einer Regierungsbildung in Berlin unter den Tisch gekehrt wird.

Schwarzmarkt Altenpflege

Auf einen lukrativen Schwarzmarkt verweist die Financial Times in ihrem Artikel vom 18. August 2005. Die illegale Beschäftigung in der häuslichen Betreuung von Kranken nimmt zu – und bringt ambulante Dienste in Bedrängnis.

Geschätzte 70.00 bis 100.000 Frauen (und Männer), überwiegend aus mittel- und osteuropäischen Ländern, pflegen ohne jegliche soziale Absicherung in der häuslichen Umgebung und arbeiten meist noch ergänzend im Haushalt oder im Garten mit. Und das oft für weniger als die Hälfte der ortsüblichen Tarife. Das bringt die regulären Anbieter in echte Bedrängnis.

Eine vollstationäre Unterbringung für die Pflegestufe III kostete 2003 im Durchschnitt fast 3.000 Euro im Monat. Davon trägt die Pflegekasse noch nicht einmal die Hälfte, der Rest kommt aus der eigenen Tasche der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen.

Die illegalen Pflegekräfte erhalten freie Unterkunft und im Durchschnitt zwischen 500 und 1.000 Euro im Monat. Eine vergleichbare deutsche Kraft, sozialversicherungspflichtig für die gleiche Leistung angestellt, wäre schon nicht mehr bezahlbar. Da macht der Unterschied sich schon deutlich bemerkbar.

Für die Zukunft mutmaßt die Financial Times: Zustände wie bei den illegalen Reinigungskräften – falls niemand interveniert - cash und für weniger als die Hälfte.