

Doris Pfabigan

„Was ist Ihnen eigentlich wichtig?“ Dimensionen der Lebensqualität in der Langzeitpflege

“What is actually important for you?” Dimensions of Quality of Life in Long-Term Care

Zusammenfassung

Die Frage, was ein gutes Leben ausmacht, ist mit Lebensqualität verbunden. Lebensqualität hat, da sind sich die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen einig, subjektive und objektive Anteile. Im Beitrag werden jene Lebensbereiche thematisiert, die für pflegebedürftige Menschen nachgewiesenermaßen besonders wichtig sind. Damit vorliegende forschungsbasierte Wissensbestände im Sinne eines guten Lebens für pflegebedürftige Menschen fruchtbar gemacht werden können und Lebensqualität nicht nur ein schönes Schlagwort bleibt, muss jedoch an bestehenden Strukturmängeln nachhaltig gearbeitet werden.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, Langzeitpflege, professionelle Versorgung

Abstract

The question of what constitutes a good life is linked to quality of life. Different scientific disciplines agree that quality of life has both subjective and objective components. This article focuses on those areas of life that have been shown to be particularly important for people in need of care. In order to make available research-based knowledge more fruitful – in the sense of ensuring a good life for people in need of care, and also ensuring that quality of life does not remain just a nice ‘buzzword’ – it is necessary to work on existing structural deficiencies in a sustainable way.

Keywords: quality of live, long-term care, professional care

Dr. Doris Pfabigan
Senior Health Expert
Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, A-1010 Wien
doris.pfabigan@goeg.at

Lebensqualität und die Frage nach dem guten Leben

Lebensqualität als Forschungsbereich hat noch eine relativ junge Tradition und steht in engem Zusammenhang mit der Wohlfahrtsforschung. Mittlerweile ist Lebensqualität ein zentraler Bestandteil von Gesundheits- und Altersforschung, Psychologie sowie Pflegewissenschaft. Lebensqualität ist mit der Frage verbunden, was ein gutes Leben ausmacht.¹ In den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen wird diese Frage allerdings unterschiedlich beantwortet. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass die Vorstellungen vom guten Leben davon geprägt sind, was eine Gesellschaft als wertvoll erachtet. Diese Wertvorstellungen werden beispielsweise durch Moralvorstellungen, Gesetze und andere Regelwerke geschützt bzw. durch politische Entscheidungen gefördert. Wie eine Person ihr eigenes Leben bewertet, hängt wiederum von ihren individuellen Werthaltungen ab. Das bedeutet, dass das gute Leben bzw. die Lebensqualität objektive und subjektive Anteile haben: Zu den objektiven Anteilen zählen beispielsweise gute Gesundheit, ein guter Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen, ein Einkommen, das zum Leben reicht, sowie soziale Unterstützung.

Wie eine Person ihre eigene Lebenslage einschätzt, ist subjektiv und abhängig von ihren individuellen Wertvorstellungen, die aber gesellschaftlich beeinflusst sind. Nicht immer stimmen die objektiven Merkmale mit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität überein. So kann eine Person, die bettlägerig ist, ihre Lebensqualität als gut empfinden, weil sie noch lesen kann oder viel soziale Unterstützung erhält und ihr diese Dinge sehr wichtig sind. Individuelle Anpassungsmechanismen und -strategien spielen in der Bewertung der Situation eine zentrale Rolle und fördern mehr oder weniger Lebensqualität. Forschungsergebnisse zeigen deutlich, dass für Betroffene die subjektiv empfundene Lebensqualität – gerade bei Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Gestaltungsmöglichkeit – an Bedeu-

tung gewinnt.² Werte wie etwa Selbstbestimmung, sinnvolle Beschäftigung, qualitätsvolle Beziehungen gewinnen im Falle der Pflegebedürftigkeit zunehmend an Bedeutung.³

Lebensqualität beeinträchtigter erwachsener Menschen

Weil Lebensqualität ein komplexes Konzept ist, muss im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung auf Domänen der Lebensqualität Bezug genommen werden, die durch Pflege und Betreuung grundsätzlich beeinflussbar sind. Ein internationales Forschungsteam an der Universität Kent hat ein Set von Erhebungsinstrumenten entwickelt, mit denen die spezifische, durch Betreuungs- und Pflegeleistungen beeinflussbare Lebensqualität von erwachsenen Menschen (18 Jahre und älter) erfasst werden kann.

Folgende acht durch Pflege beeinflussbare Bereiche der Lebensqualität werden als zentral herausgestellt:⁴

- Würde und Selbstwertgefühl
- Selbstbestimmung
- Persönliche Sicherheit
- Körperpflege und körperliches Wohlbefinden
- Essen und Trinken
- Sauberes und wohnliches Zuhause
- Sozialleben
- Aktivität und Beschäftigung

Mit der Orientierung an diesen Dimensionen der Lebensqualität kann die Zielrichtung der Pflege und Betreuung bestimmt werden, d. h. das WAS, das mit der professionellen Versorgung pflegebedürftiger Personen erreicht werden soll. Im folgenden Abschnitt wird exemplarisch auf die Bedeutung der Domänen Selbstbestimmung, Sozialleben sowie Aktivität und Beschäftigung näher eingegangen, weil diese Lebensqualitätsbereiche für pflege- bzw. betreuungsbedürftige Menschen besonders wichtig sind, wie Trukeschitz et al. jüngst in einer österreichweiten Studie nachwiesen.⁵ Ergänzend soll auch auf die Domäne Würde und Selbstwertgefühl fokussiert werden, nicht nur, weil die Achtung

der Würde in den für die Langzeitpflege relevanten Gesetzen sowie in den ethischen Normen der Pflegeberufe eingefordert wird, sondern weil diese Domäne aus meiner Sicht alle anderen Lebensbereiche durchzieht. Es geht konkret darum, ob Pflege- und Betreuungshandlungen achtsam, empathisch und mit Respekt vollzogen werden.

Bei der Domäne Selbstbestimmung geht es darum, dass eine Person Entscheidungen treffen kann und die Möglichkeit hat, Dinge zu tun oder für sich erledigen zu lassen, wie und wann sie das will.⁶ Selbstbestimmung – entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen zu entscheiden und zu handeln – hat auch bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und das Würde-Empfinden. Kann eine Person über Dinge, die ihr wichtig sind, nicht selbst entscheiden, kann das dazu führen, dass sie sich ausgeliefert, ohnmächtig und wertlos fühlt. Die Folge ist häufig der Verlust von Lebensmotivation.⁷ Die Lebensgeschichte eines Menschen zeigt seine Wertorientierung und damit auch, was für ihn wichtig und wertvoll ist, deshalb kommt der Biografie-Arbeit in der Langzeitpflege auch in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu.

Selbstbestimmung hängt jedoch nicht nur von den jeweiligen Fähigkeiten der Person ab, sondern auch von den Bedingungen ihrer Umwelt und den Kompetenzen der Betreuungspersonen.⁸ Das bedeutet einerseits, dass strukturelle Barrieren in Einrichtungen vermieden werden, welche die Möglichkeiten begrenzen, dass die dort Lebenden trotz Abhängigkeit individuelle Anliegen entwickeln und selbstbewusst vorbringen können. Wenn beispielsweise Pflege- und Betreuungspersonen ihre Arbeit unter ständiger Zeitnot verrichten müssen, wird es ihnen schwerfallen, die Anliegen und Wünsche der pflegebedürftigen Personen zu berücksichtigen. Andererseits geht es darum, dass Pflege- und Betreuungspersonen die ihnen anvertrauten Menschen auch ermutigen, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen zu äußern, und ihnen, wenn sich der eine oder andere Aspekt nicht

realisieren lässt, gangbare Alternativen vorschlagen. Ermutigungen sind auch insofern wichtig, als es für stark abhängige Personen oftmals schwer ist, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern, da dies aus ihrer Sicht als Kritik an der bisherigen Situation verstanden werden könnte und sie Sanktionen befürchten,⁹ wie ein Interviewpartner zur Frage nach den Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Pflegeheim erzählt: „Ich habe mich schon geärgert. Aber es hat ja keinen Sinn, dass man was sagt, weil das spürt man ja. Sie sind dann sehr mürrisch oder so, je nachdem wie er drauf ist.“¹⁰

In der geriatrischen Langzeitpflege geht es im Zusammenhang mit Selbstbestimmung also zentral um die Fragen, inwieweit pflegebedürftige Menschen in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, inwieweit sie ermutigt werden, ihre Vorstellungen und Wünsche zu äußern, und inwieweit sie bei der Umsetzung unterstützt werden. Um das Gefühl zu haben, selbstbestimmt agieren zu können, ist nicht immer erforderlich, dass der gesamte Handlungsvollzug auch selbst durchgeführt wird. Es kommt für die pflegebedürftige Person vielmehr darauf an, die Kontrolle darüber zu haben, dass das geschieht, was ihren Bedürfnissen entspricht, – beispielsweise nicht zu duschen, sondern ein Wannenbad nehmen zu können und wie es ausgeführt wird, beispielsweise die Badezusätze zu verwenden, die ihr Wohlbehagen bereiten. In der Langzeitpflege geht es bei der Frage der Selbstbestimmung eben oftmals nicht um existenzielle Entscheidungen, sondern um viele kleine, aber bedeutungsvolle Dinge des Alltags. Trotz hoher Abhängigkeit die größtmögliche Selbstbestimmung zu unterstützen, ist auch deshalb von Bedeutung, weil das Gefühl der Betroffenen, über das WAS und das WIE der Hilfeleistung selbst entscheiden zu können, aufs engste mit dem Empfinden der eigenen Würde verbunden ist.

Eine weitere Domäne, die für Personen in der Langzeitpflege eine hohe Bedeutung hat, ist das Sozialleben. Dabei geht es darum, dass die pflegebedürftige Person für sie bedeutungsvolle

Beziehungen zu Freunden und Familienangehörigen hat und sich als Teil einer Gemeinschaft fühlt, sofern ihr das wichtig ist.¹¹ In Beziehung zu sein bedeutet vor allem gegenseitige Interaktion. Wenn diese Interaktion von Respekt, Freundlichkeit oder Liebe geprägt ist, dann wirkt sie sich positiv auf die Lebensqualität aus.¹² Deshalb ist ein gelungener Austausch mit Angehörigen, Freunden, Mitbewohnern, vorsorgebevollmächtigten Personen, gesetzlichen Betreuern und nicht zuletzt mit den Pflege- und Betreuungspersonen ein elementares Element der Lebensqualität in der geriatrischen Langzeitpflege.

Nun sind aber gerade Pflegeheimbewohner aufgrund mangelnder oder nur oberflächlicher Kontakte und aufgrund oft brüchiger oder fehlender sozialer Netzwerke außerhalb der Einrichtungen besonders vulnerabel.¹³ Umso wichtiger ist es in diesem Setting, dass sich Pflege- und Betreuungspersonen darum bemühen, ein positives psychosoziales Klima innerhalb der Gemeinschaft zu schaffen. Aus Studien ist bekannt, dass insbesondere Bewohner mit demenziellen Veränderungen bisweilen mit Wut, Ärger und aggressiven Äußerungen reagieren, wenn Pflege- und Betreuungspersonen tendenziell aufgabenorientiert agieren und die psychosoziale Interaktion vernachlässigen oder die Bewohnerinnen und Bewohner gar explizit ignorieren. Wenn Pflege- und Betreuungspersonen für die Bewohner unerreichbar erscheinen, kann dies bei ihnen Angstgefühle auslösen und zu herausforderndem Verhalten führen.¹⁴ Ist die Pflegeorganisation aufgrund eines hohen Arbeitsdrucks vorrangig auf Funktionalität ausgerichtet und/oder liegt der Fokus eher auf Risikomanagement und Haftungsvermeidung, so hat dies nachgewiesenermaßen negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner.¹⁵

Die Domäne Aktivität und Beschäftigung bezieht sich darauf, dass die pflegebedürftigen Personen ausreichend Zeit mit Tätigkeiten verbringen können, die ihnen wichtig sind oder Freude berei-

ten.¹⁶ Beschäftigt zu sein und Aktivitäten nachzugehen ist Teil des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Erholung. Alltagsverrichtungen wie kochen, den privaten Raum sauber halten, sich um andere Menschen, Haustiere oder Pflanzen zu kümmern, Lesen, Fernsehen, Handarbeiten und ähnliche Tätigkeiten strukturieren den Tag. Entsprechen diese Tätigkeiten den individuellen Bedürfnissen, verschaffen sie Freude, Stolz und Lebenssinn, stärken Selbstwertgefühl und Würde-Empfinden und fördern letztlich auch das Gesundheitsempfinden.¹⁷

Bei Krankheit, Behinderung und/oder im höheren Alter können die Fähigkeiten, sich selbst zu beschäftigen, eingeschränkt sein. Diesen Menschen fällt es oft schwer, ihre Wünsche, Ideen, Meinungen zum Ausdruck zu bringen. Fehlt über längere Zeit der Zugang zu einer angemessenen und erwünschten Betätigung, so verursacht das Stress und hat negative Auswirkungen wie Konzentrationschwäche, Gedankenverlust, Verlust von Fähigkeiten der Alltagsbewältigung, vermindertes Selbstwertgefühl und Verlust von Lebenssinn.¹⁸ Beschäftigungsangebote in der stationären geriatrischen Langzeitpflege und -betreuung sind oftmals an den Fähigkeiten der Mitarbeitenden oder konzeptionellen Vorstellungen der Organisation ausgerichtet und nicht an den Bedürfnissen und Kompetenzen der pflegebedürftigen Personen.¹⁹ Das drückt auch eine Bewohnerin in ihrer Antwort auf die Frage aus, wie sie die Beschäftigungsangebote im Pflegeheim wahrnimmt: „Ja, es gibt einiges, aber ich nehm nix wahr, weil die sind mir alle irgendwo zu eintönig oder zu blöd [lacht]. Was weiß ich, zweimal in der Woche haben's Singen und da singen's lauter so Kinderlieder, immer dieselben, also da bin ich froh, wenn ich weg bin. Also so, vom Haus aus, sie bemühen sich zwar tätig zu sein, aber es ist nix dabei, sagen wir so, was mich irgendwie reizen würde.“²⁰ Beschäftigungsangebote werden oftmals – das streichen auch Blättner und Tempelmann in ihrer jüngst veröffentlichten Studie heraus – als Möglichkeit gesehen, der Langeweile zu entgehen, nicht aber als etwas, das dem

eigenen Leben Sinn geben kann und dabei hilft, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln.²¹

Die Domäne Würde und Selbstwertgefühl hat zwei Achsen, denn sie bezieht sich einerseits auf das WAS, das durch die Pflege erreicht werden soll, nämlich, dass sich die pflegebedürftige Person in ihrem Gefühl der Würde und des Selbstwerts gestärkt sieht, und sie gibt andererseits das WIE vor, nämlich als normative Vorgabe, dass die Würde jedes Menschen zu achten ist. In diesem Sinne betrifft diese Domäne alle positiven und negativen Auswirkungen der Betreuung und Pflege auf das Würde- und Selbstwertgefühl der betreuten Person.²² Würde ist demnach als Gestaltungsauftrag zu verstehen, der beinhaltet, dem pflegebedürftigen Menschen mit Respekt und auf gleicher Augenhöhe zu begegnen und ihn ernst zu nehmen, und der die Unverzichtbarkeit der verstehenden Zuwendung anerkennt. Verstehende Zuwendung verdeutlicht der hilfeschuchenden Person, dass sie uns wichtig ist und dass das, was sie fühlt und denkt, als bedeutsam anerkannt und nicht abgetan wird.²³ Durch diese Haltung des Beistands wird dem Menschen auch in seiner Abhängigkeit und Hilfebedürftigkeit Anerkennung vermittelt und lässt in ihm das heilsame Gefühl des Selbstwerts und der Selbstachtung wachsen. Der Medizinethiker Giovanni Maio spricht davon, dass dies der eigentliche Wirkfaktor einer Medizin der Zuwendung ist.²⁴ Dass dies selbstredend auch für die Pflege gilt, verdeutlicht beispielsweise die Aussage eines pflegebedürftigen Mannes auf die Frage, worauf es letztlich ankommt: „Wenn ma mit wem redn kann, egal um wos es geht, und es Gfühl hot, verstanden zu werden, fühl i mi wia a Mensch. Wenn i dann no a bissl gwaschn bin und a Hemd anzogn krieg, dann bin i a wea.“²⁵

Wie schädigend massive und permanente Erfahrungen von Nicht-Achtung für die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl sind, spricht der Philosoph Steinforth an: Solche Erlebnisse verdunkeln gewissermaßen „das in der Selbstachtung implizite Wissen um das, was der eigenen Person

zusteht“, sodass sich der/die Betroffene schließlich selbst als ‚etwas‘ wahrnimmt, das man behandeln darf, und nicht als ‚jemand‘ – oder, wie es der Mann im Interview es ausdrückt, als „wea“ –, dem gegenüber und mit dem man handelt. Das Schädigende an permanenten Missachtungserfahrungen ist, dass die für die Lebensführung so wichtige motivationale Kraft, welche Selbstachtung spendet, verloren geht.²⁶ Mit dem Vorenthalten von Respekt und Wertschätzung können extrem negative Folgen verbunden sein wie Empörung, Wut, Trauer, Rückzug, Verlassenheitsgefühle, das Gefühl extremer Hilflosigkeit und Wertlosigkeit, körperliche Beschwerden bis hin zum Wunsch, zu sterben.²⁷

Die Domänen der Lebensqualität, die durch Pflege- und Betreuungsleistung beeinflussbar sind, wie sie hier exemplarisch skizziert wurden, bieten einen guten Orientierungsrahmen dafür, welche Zielsetzungen mit Pflege erreicht werden sollen, also für das WAS der Pflege. Für die Beschreibung des Weges, also dessen, WIE dieses Ziel erreicht werden kann, empfiehlt die Pflegewissenschaft, unterschiedliche Konzepte zu kombinieren, um den komplexen Versorgungssituationen pflegebedürftiger Personen gerecht zu werden.²⁸ Einen Weg, der auf Lebensorientierung, Biografie-Arbeit, Ressourcen- und Beziehungsorientierung sowie einem multidimensionalen und interdisziplinären Ansatz basiert, bietet das Modell der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss.²⁹ In der Langzeitpflege ist dieses Modell gut anwendbar, da die Menschen hier häufig älter, chronisch krank und multimorbid sind und verschiedene Phasen von Krisen und Re-Stabilisierung bis zur fortschreitenden Verschlechterung der körperlich-seelischen Verfassung durchlaufen. Das Modell berücksichtigt auch die Phase des Sterbens und die Begleitung in dieser Zeit.

Corbin und Strauss fanden in ihren Forschungsarbeiten heraus, dass das Bewältigungshandeln der betroffenen Personen nicht primär auf das somatische Krankheitsgeschehen gerichtet ist.³⁰ Vielmehr berührt eine chronische Krankheit

bzw. Pflegebedürftigkeit zahlreiche Lebensdimensionen der Betroffenen, konfrontiert sie oftmals mit schwerwiegenden Veränderungen, provoziert Unsicherheiten und führt zum Verlust der ‚Normalität‘. Das Bewältigungshandeln der Betroffenen richtet sich in erster Linie auf das durch diese Ereignisse irritierte Leben.³¹ Ziel der Pflege sollte sein, so Corbin und Strauss, die Menschen, die von einem chronisch fortschreitenden Krankheitsgeschehen betroffen sind, in ihrer Selbstständigkeit, Selbsthilfe, Selbstbestimmung zu unterstützen und sie zu befähigen, neue Lebensinhalte und Ziele zu entwickeln. Pflegebedürftige Personen sollen trotz zunehmender Einschränkungen in der jeweiligen Phase ‚Alltagsnormalität‘ auf einem veränderten Niveau leben können.³²

Die Perspektive auf Lebensorientierung, wie sie Corbin und Strauss nahelegen, verlangt nach einem Blickwechsel von einer problem- und defizitorientierten Sichtweise hin zu Ressourcenorientierung und realisierbaren Verwirklichungschancen bezogen auf die Domänen der Lebensqualität. Wird der Fokus darauf gerichtet, so darf nicht vergessen werden, der subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Personen stärkeres Gewicht zu verleihen. Die Kunst der Pflege besteht darin, pflegebedürftige Personen zu ermutigen und zu befähigen, in den durch Pflege- und Betreuungsdienstleistungen beeinflussbaren Dimensionen der Lebensqualität Aspekte zu finden, die ihnen wichtig sind und ihr Alltagsleben für sie wert- und sinnvoll machen. In diesem Sinne sind körperliche Symptome bzw. Beschwerden immer in Zusammenhang mit psychosozialen und psychischen Faktoren zu sehen und zu berücksichtigen. Die Bedeutsamkeit von Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen geben die Zielrichtung vor und setzen Prioritäten für Pflege- und Betreuungsleistungen. Erst wenn Pflege- und Betreuungspersonen verstehen, welchen Einfluss die jeweilige Beeinträchtigung auf die subjektiv empfundene Lebensqualität hat, kann auch dem körperlichen Pflegebedarf angemessen begegnet werden. Um es noch einmal anders zu formulieren:

Medizinische oder pflegerische Ziele, die einen bestimmten Gesundheitsstatus anstreben, sind nur relative Ziele und müssen mit einer Antwort auf eine *Warum-Frage* gerechtfertigt werden.³³ Sie werden um eines höheren Ziels willen angestrebt, nämlich die Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen in jenen Domänen zu fördern und zu unterstützen, die durch Pflege und Betreuung auch beeinflussbar sind.

Lebensqualität in der Langzeitpflege als gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Es liegt ein breiter theoretisch und empirisch fundierter Wissensbestand bezüglich der einzelnen Domänen der Lebensqualität vor. Damit die forschungsbasierten Wissensbestände im Sinne eines guten Lebens für pflegebedürftige Menschen fruchtbar gemacht werden können und Lebensqualität nicht nur ein schönes Schlagwort bleibt, muss jedoch an bestehenden Strukturmängeln nachhaltig gearbeitet werden.

Dass diese bestehen, führt uns die Corona-Krise gegenwärtig deutlich vor Augen. Sie sind daran zu erkennen, dass in der ersten Phase des Lockdowns im Frühjahr 2020 über Menschen, die in Pflegeheimen leben, wesentlich rigorosere Schutzmaßnahmen verhängt wurden als über den Rest der Gesellschaft und dabei Grundrechtsverletzungen sowie evidente negative Auswirkungen von Isolation und Einsamkeit in Kauf genommen wurden. Dass dieses Vorgehen ohne zivilgesellschaftlichen Protest geblieben ist, macht sichtbar, wie wenig öffentliche und politische Aufmerksamkeit der geriatrischen Langzeitpflege zuteil wird. Aber auch die Tatsache, dass es in der geriatrischen Langzeitpflege längere Zeit eklatant an Schutzmaterial fehlte und dass die einzelnen Trägerorganisationen zu Beginn des ersten Lockdowns die Beschaffung und Finanzierung ohne jegliche staatliche Hilfe bewerkstelligen mussten,³⁴ zeigt wie ein Brennglas auf eine strukturelle gesellschaftliche Altersdiskriminierung, die in einer chronifizierten Ungerechtigkeit in der Verteilung von finanziellen Mitteln,

Personalausstattung und gesellschaftlicher Aufmerksamkeit für den Bereich der Langzeitpflege zutage tritt.³⁵

Stefan Dingens spricht in seiner ethischen Reflexion zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie davon, dass eine Krise nur das zeigt, was zuvor etabliert und geübt wurde.³⁶ Was in der geriatrischen Langzeitpflege schon seit langem etabliert ist, ist die Ausrichtung an einem medizinischen Bezugsrahmen und einem dominant körperbezogenen Pflegekonzept, in denen quantitative Ziele wie hohes Lebensalter oder somatische Aspekte höher gewichtet werden als soziale Aspekte, die maßgeblich zu Lebensqualität und Zufriedenheit beitragen. Das ist insbesondere auch daran zu erkennen, dass für gute Qualität quantitative medizinische Kennzahlen herangezogen werden wie eine möglichst niedrige Anzahl von Blasenverweilkathetern, Druckgeschwüren und ähnlichem. Diese Aspekte sind wichtig, aber sie sind eben nur relative Ziele und nur Teilaspekte, wenn es um Lebensqualität im oben beschriebenen Sinn gehen soll.

Aber nicht nur die Ausrichtung an tendenziell biomedizinischen Ergebniskriterien steht der Orientierung an Lebensqualität im Wege. Langzeitpflegeeinrichtungen sind schon seit langem verschärften Ökonomisierungsprozessen unterworfen und zeichnen sich durch eine dünne Personaldecke, hohe Arbeitsdichte, Zeitmangel und – als Folge – durch Überforderung der Pflege und Betreuungskräfte aus. Davon nicht unabhängig ist in vielen Einrichtungen die Ausrichtung der Pflegeorganisation auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung. Für viel mehr als für „warm, satt und sauber“ kann in einer solchen Ausrichtung nicht gesorgt werden, das muss uns als Gesellschaft bewusst sein.

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, Menschen in Zeiten von Pflegebedürftigkeit ein gutes Leben zu ermöglichen und ihre Lebensqualität in den Mittelpunkt zu stellen, muss als gesamtgesellschaftlicher Auftrag verstanden werden und fordert unsere Aufmerksamkeit und Solidarität. Solidari-

tät für die alten, auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen, damit auch sie an unserem gesellschaftlichen Reichtum partizipieren können und mehr bekommen als „warm, satt und sauber“. Zeigen würde sich diese Solidarität in der Mitverantwortung und Bereitschaft zur Übernahme der finanziellen Mittel, die es braucht, um eine Pflege und Betreuung zu ermöglichen, die sich an der Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen orientiert.

Darüber hinaus ist gesellschaftliches Bewusstsein dahingehend erforderlich, dass eine so gestaltete Pflege und Betreuung ein hohes Ausmaß an fachlichen, sozialen und personalen Kompetenzen erfordert. Derzeit läuft die gesellschaftspolitische Diskussion jedoch in eine andere Richtung: Es geht weniger um Orientierung an der Lebensqualität alter pflegebedürftiger Menschen und auch nicht um die Anerkennung der dafür notwendigen Kompetenzen von Pflege- und Betreuungskräften. Vielmehr wird – auch gegenwärtig in Pandemiezeiten – wieder einmal davon gesprochen, möglichst viele erwerbsarbeitslose oder zu qualifizierende Menschen in die Altenpflege zu integrieren. Mit derartigen Vorschlägen wird zum einen die ökonomische Wertlosigkeit der pflegebedürftigen Menschen zum Ausdruck gebracht, zum anderen ein realitätsfernes, verzerrtes und trivialisiertes Bild von Pflege und Betreuung alter Menschen transportiert.³⁷

So bleibt zum Abschluss die Frage: Wäre es nicht beruhigender zu wissen, in einer Gesellschaft zu altern, die anerkennt, was uns die Covid-19-Pandemie gerade vor Augen führt – nämlich, dass die Existenz jedes Einzelnen fragil und vergänglich ist –, und die bereit ist, sich aus diesem Gedanken heraus auch für ein gutes Leben alter und betreuungsbedürftiger Menschen einzusetzen? Wäre es nicht beruhigend zu wissen, dass, wenn es einmal uns betrifft, die Menschen, die uns pflegen, unsere Lebensqualität in den Mittelpunkt stellen und fragen: „Was ist Ihnen eigentlich wichtig?“

Referenzen

- 1 Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, *Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime* (2010), <http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS-GERMAN.pdf> (letzter Zugriff am 6.10.2020).
- 2 Seidl E., Walter I., Rappold E., *Diabetes. Der Umgang mit einer chronischen Krankheit*, Böhlau, Wien (2007).
- 3 Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, siehe Ref. 1.
- 4 Netten A., Beadle-Brown J., Trukeschitz B., Towers A., Welch E., Forder J., Smith J., Alden E., *Measuring the outcomes of care homes: Final report*, PSSRU Discussion Paper 2696/2, June 2010.
- 5 Trukeschitz B. et al., *Wie wirken sich Pflegedienste auf die Lebensqualität aus?* Trendreport (2018); 1: 15-17.
- 6 Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.), *S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Langfassung*, AWMF Registernummer 184 – 001 (2020), <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien> (letzter Zugriff am 30.10.2020).
- 7 Ebd.
- 8 Seidl E., Walter I., Rappold E., *Untersuchung zum Erleben und zu den Erfahrungen nierentransplanter Menschen*, in: Seidl E., Walter I. (Hrsg.), *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag*, Wilhelm Maudrich, Wien (2005), S. 61-200.
- 9 Pfabigan D., *Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns*, hpsmedia, Hungern (2011), S. 233.
- 10 Ebd.
- 11 Trukeschitz B. et al., siehe Ref. 5.
- 12 Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.), siehe Ref. 6.
- 13 Pleschberger S., *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau (2005).
- 14 Rappold E., Pfabigan D., *Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe für Führungskräfte*, Hrsg. v. Gesundheit Österreich GmbH (2020).
- 15 Müller-Hergl C., *Expertenstandard Demenz. Beziehung als Brücke*, in: Die Schwester Der Pfleger (2018); 7: 12-18.
- 16 Trukeschitz B. et al., siehe Ref. 5.
- 17 Pfabigan D., siehe Ref. 9.
- 18 Wilcock A., *Older people and Occupational Justice*, in: McIntyre A., Atwal A. (Hrsg.), *Occupational Therapy and Older People*, Oxford/ Malden/Carlton (2005), S. 14-25.
- 19 Blättner B. et al., *Bedarfsanalyse in der stationären Pflege. Lebensqualität und Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegekräften*, Prävention und Gesundheitsförderung (2020); 15(2): 182-187.
- 20 Pfabigan D., siehe Ref. 9., S. 189.
- 21 Blättner B. et al., siehe Ref. 19.
- 22 Trukeschitz B. et al., siehe Ref. 5.
- 23 Maio G., *Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin*, Schattauer GmbH, Stuttgart (2017).
- 24 Ebd.
- 25 Interviewaussage eines pflegebedürftigen Mannes, zur Frage, was Würde für ihn bedeutet. Dieses Interview wurde im Rahmen der Entwicklung eines Konzepts zur Lebensqualität für eine Trägerorganisation geführt.
- 26 Steinforth T., *Selbstachtung, Gleichheit und Gerechtigkeit*, in: Hahn H. (Hrsg.), *Selbstachtung oder Anerkennung? Beiträge zur Begründung von Menschenwürde und Gerechtigkeit*, Universitätsverlag, Weimar (2005), S. 104-120.
- 27 Pfabigan D., siehe Ref. 9.
- 28 Michael E., *Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege*, in: Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, Facultas, Wien (2002), S. 77-95.
- 29 Corbin J., Strauss A., *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, 2. Auflage, Hans Huber, Bern (2004).
- 30 Ebd.
- 31 Schaeffer D. et al., *Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter*, in: *Pflege und Gesellschaft* (2008); 13: 6-30.
- 32 Corbin J., Strauss A., siehe Ref. 29.
- 33 Stewig F., Schuchter P., *Pflege-, Ergebnisqualität, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit* (2011), <file:///Users/admin/Downloads/Pflege-Ergebnisqualität%20C3%A4t.pdf>.
- 34 Hartinger G., Wild M., *Pflege*, in: Rümmele M., Sprenger M. (Hrsg.), *Wir denken Gesundheit neu! Corona als Chance für eine Zeitenwende im Gesundheitswesen*, Ampuls Verlag, Unterachwald (2020), S. 53-66.
- 35 Dingsen St., *Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich?* in: Kröll W., Platzer J., Ruckebauer H. W., Schaub W. (Hrsg.), *Die Corona-Pandemie Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*, (2020) S. 69-87, <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748910589/die-corona-pandemie> (letzter Zugriff am 11.11.2020).
- 36 Ebd.
- 37 Pfabigan D., siehe Ref. 9.