

# Lebensqualität als Auftrag

## Beobachtungen in der Pflegepraxis

IRMGARD BRACHT

Irmgard Bracht ist stellvertretende Leiterin der Kaiserswerther Seminare. Die Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf gehört zu den großen diakonischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen in Deutschland. [irmgard@bracht-email.de](mailto:irmgard@bracht-email.de)

**Fragen von Spiritualität und existentieller Kommunikation am Lebensende bleiben im Pflegeheim oft unbeantwortet. Soll Pflege und Betreuung lebensbejahend erlebt werden, ist es notwendig, dass sich die Rahmenbedingungen in der Pflege zum Positiven verändern.**

Wenn wir an unser eigenes Altern denken, wünschen wir uns wohl alle, möglichst bis zum letzten Moment selbständig und autonom unser Leben gestalten zu können. Wir möchten selbst bestimmen, wie und wo wir leben wollen; wir möchten die wesentlichen Dinge (auch die körperlichen) selbst kontrollieren.

Doch dies ist leider nur wenigen möglich. Viele Menschen erleben mit zunehmender Gebrechlichkeit, von anderen Menschen abhängig zu sein, pflegebedürftig zu werden und die eigene Autonomie aufgeben zu müssen. Viele werden bettlägerig – damit verändert sich die eigene Wahrnehmung. Sie merken, dass auch die Umwelt sie anders wahrnimmt. Sie erleben sich ohnmächtig, entmündigt und überflüssig. Das, was sie in ihrem Leben ausgemacht hat, ihre Wünsche und Vorlieben, die Musik, die sie gerne gehört haben, ihre Bedürfnisse treten immer mehr in den Hintergrund. Sie fühlen sich zunehmend als Objekt von Handlungen und vermissen, dass sie nicht mehr als Person wahrgenommen werden.

Viele kleine Grenzverletzungen prägen ihren Alltag, oft auch Beschämungen, die gar nicht absichtlich zugefügt werden. Das Gefühl, mit zunehmender Abhängigkeit von anderen Menschen auch die eigene Würde zu verlieren, begleitet viele von ihnen. Das eigene Gesichtsfeld und die Wahrnehmung verengen sich zunehmend mit der Abnahme der Mobilität. Mit dem Umzug in ein Pflegeheim verlieren viele ihren vertrauten biografischen Lebensraum. Sie erleben Isolation und gleichzeitig

geschieht alles im öffentlichen Raum, selbst die noch so intimsten Vorgänge.

Im Rückblick auf ihr Leben erleben sie oftmals Schmerz über die vielen Brüche, die es gegeben hat und all die menschlichen Zerwürfnisse, die nicht mehr repariert werden können; sie empfinden Schuld über ihr eigenes Verhalten und sehen sehr klar, dass vieles so unvollkommen bleiben muss, wie es ist. Sie müssen sich mit der Endlichkeit des Lebens auseinandersetzen und empfinden dabei nicht nur körperlichen, sondern auch spirituellen, sozialen und psychischen Schmerz.

Derart abhängige Menschen möchten niemandem zur Last fallen, weder der eigenen Familie noch den Pflegenden.

Viele Menschen, die ambulant und stationär gepflegt werden, machen die Erfahrung, dass Pflegenden sich alle erdenkliche Mühe geben, aber immer zu wenig Zeit für den Einzelnen haben. Zeit für Gespräche und adäquate Betreuung bleibt kaum; wenn es gut läuft, werden Kurzgespräche geschickt mit einer Pflegebehandlung verbunden. So bleibt bei den betroffenen Menschen das Gefühl zurück, dass sie immer nur zum Zweck einer Handlung in den Blick genommen werden, aber immer weniger, weil sie als Menschen besonders und einzigartig sind.

Die Betroffenen erfahren, dass es nur wenig Personal gibt und müssen sich damit arrangieren, dass Pflegepersonen oft täglich wechseln, weil immer wieder Personalengpässe überbrückt werden müssen. Bezugspflege, wie sie in vielen Pflegekonzepten in der Theorie beschrieben wird, ist von der realen Praxis weit

entfernt. In solchen Situationen sprechen viele Betroffene davon, dass sie sterben möchten, weil sie nicht mehr abhängig sein wollen. Sie fühlen sich nicht verstanden; sie wollen niemandem zur Last fallen – sie leiden am Leben und manche sind auch des Lebens müde.

Umgekehrt fällt es Jüngeren oft schwer, sich in das Lebensgefühl von alten Menschen hineinzusetzen. Dies zeigt sich immer wieder in Gesprächen mit Auszubildenden in der Alten- und Krankenpflege. Dies spiegeln aber auch Gespräche mit Angehörigen.

Äußern Menschen, dass sie nicht mehr leben wollen und erbitten sie sogar Hilfe beim Sterben, geraten viele Pflegenden in ein Dilemma. Sie haben den Beruf gewählt, weil sie den ihnen anvertrauten Menschen ein Maximum an Lebensqualität ermöglichen möchten, weil sie sie gut pflegen, versorgen und betreuen möchten. Andererseits ahnen sie, dass der Wunsch, das Leben beenden zu wollen, aus einer tiefen Not heraus entspringt, aus einem Gefühl, die Last nicht mehr tragen zu können, die sie manchmal nur ansatzweise verstehen können, wenn sie sich in die Lage des anderen versetzen.

In jedem Fall bleibt – wurde ein solcher Todeswunsch geäußert – bei den Pflegenden eine große Rat- und Hilflosigkeit, oft auch Schuldgefühle, zu wenig getan zu haben. Ist ein Suizid gelungen, stellen sie sich immer die Frage, wie ein solcher Weg hätte verhindert werden können.

Pflegende wünschen sich mehr Zeit, um Krisen begleiten zu können, Zeit für Gespräche und den fachlichen Austausch im multiprofessionellen Team, Zeit und Geld für Supervision. Und auch sie erle-

ben, dass sie oft nicht ernst genommen werden.

Verdeutlichen möchte ich dies mit einer kleinen Szene aus dem beruflichen Alltag: Eine alte Dame lebte schon einige Monate in einem Altenpflegeheim. Sie äußerte über einen längeren Zeitraum, dass sie nicht mehr leben möchte. Dann fing sie zusätzlich an, Tabletten zu sammeln, so dass das Pflege team ein ärztliches Konsil mit einem Psychiater erbat. Er kam, besuchte die alte Dame, lächelte sie an und sagte zu ihr: »Sie versprechen mir doch, dass Sie sich nichts antun werden!« Die alte Dame gab dem Arzt das Versprechen, weil sie nicht unhöflich sein wollte. Doch es gab kein ausführliches, vertiefendes Gespräch mit der Betroffenen; es gab keine Idee für eine therapeutische Begleitung und auch keine weiteren Gespräche mit Angehörigen und dem Pflege team; nur ein Versprechen, das die alte Dame nicht halten konnte. Zurück blieben Bitterkeit und Wut auf Seiten der Angehörigen und die Erkenntnis bei den Pflegenden, dass sie in solchen und ähnlichen Situationen nicht ernst genommen werden.

Es wird immer Menschen geben, die ihr Leben nicht weiter leben möchten. »Sie sehen keinen Sinn mehr in ihrem Leben. Leiden kann solche Ausmaße annehmen, dass es keine Worte mehr dafür gibt. Die Patienten sind vom Leiden gebeugt oder sie erstarren im Leiden. Sie fühlen sich gepeinigt (tormented) – ein Wort, das etymologisch mit Folter verwandt ist. Für sie gibt es nur noch ihr unerträgliches Leiden, das ihr ganzes Dasein ausfüllt.« (Reed S. 70)

Aufgabe von Ärzten und Pflegenden ist es, die Ursachen für dieses Leiden und die Qualen herauszufinden und alles zu

tun, was in ihrer Macht steht, um die individuelle Lebensqualität zu verbessern. »Pflegefachpersonen sind oft nicht darauf vorbereitet, das Ausmaß des Leidens zu erfassen, das Patienten zum Ausdruck bringen. Dies könnte zum einen daran liegen, dass sie meinen, jeder Mensch habe sein eigenes Leiden zu tragen, das mit dem Leiden anderer ohnehin nicht zu vergleichen ist. Zum anderen halten sie sich vielleicht nur deshalb zurück, weil sie keine Worte finden oder weil sie sich vor dem Schmerz schützen wollen, den die Begegnung mit einem leidenden Menschen hervorruft.« (Reed, S. 69)

Soll Pflege und Betreuung lebensbejahend erlebt werden, ist es notwendig, dass sich die Rahmenbedingungen in der Pflege zum Positiven verändern. Nicht nur die Mitarbeitenden in der Pflege müssen ihre Haltung den ihnen anvertrauten Menschen immer wieder überprüfen, auch die Organisationen müssen sich immer wieder fragen, wie mit den Grenzerfahrungen und den existentiellen Situationen und Fragestellungen umgegangen wird.

Dazu reicht es nicht Leitbilder aufzustellen. Vielmehr müssen sich Denkweisen verändern. Die Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen muss offen und ehrlich sein. Sie darf sich nicht an Hierarchien orientieren; vielmehr sollte sich eine offene Kommunikationskultur entwickeln, die es den Mitarbeitenden ermöglicht, Belastungen offen anzusprechen. Darüber hinaus sollten ethische Fallbesprechungen zu existentiellen Fragen Standard werden, wohl wissend, dass Menschen niemals »Fälle« sind, sondern Individuen mit eigenen Fragestellungen und Biografien. →

## Diakonie fordert Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen



»Zur Sicherung palliativer Kompetenz sind dauerhafte Anstrengungen auf mehreren Ebenen nötig:

- Konzeptentwicklung und –umsetzung einschließlich Sicherung eines palliativen Grundverständnisses in der Einrichtung
- Zeitressourcen in Pflege und Betreuung
- Qualifikationen der Mitarbeitenden
- Praxisaustausch in Fallkonferenzen unter Beteiligung der Angehörigen

- Ethische und fachliche Reflexion der eigenen Arbeit in Qualitätszirkeln
- Supervision für Teams und einzelne Mitarbeitende.«

Aus dem Positionspapier der Diakonie Deutschland »Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Einrichtungen«. Der Text ist kostenlos im Internet abrufbar.

[www.diakonie.de/o8-2014-finanzierung-palliativ-kompetenter-versorgung-15746.html](http://www.diakonie.de/o8-2014-finanzierung-palliativ-kompetenter-versorgung-15746.html)

Pflegende brauchen Raum und Zeit, um Menschen in existentiellen Krisen begleiten zu können. Diese Zeiten müssen als pflegerelevante Zeiten anerkannt werden. Es muss selbstverständlich sein, dass es eine Vielzahl von Gesprächen mit dem Betroffenen braucht, um seine Not verstehen zu können. Dies kann nur auf dem Hintergrund der Kenntnisse seiner Biografie und Lebensgeschichte geschehen. Darüber hinaus muss es selbstverständlich werden, dass auch ein alter Mensch zur Bewältigung von erlittenen Traumata psychotherapeutisch begleitet wird und intensive seelsorgerliche Gespräche in Anspruch nehmen kann, wenn es die Situation erfordert. Das Motto »Das lohnt sich nicht mehr!« darf es nicht geben. Die menschliche Not muss über wirtschaftlichen Interessen stehen.

»Diakonie fordert Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen«).

Gute Ansätze gibt es; so ist in vielen Einrichtungen der stationären Altenhilfe der Weg zur palliativen Regelversorgung schon längst eingeschlagen. Schulungen der Mitarbeitenden nach Curricula von »Palliative Care« und »Palliativer Praxis« sind vielerorts schon gute Praxis. »Palliative Care dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, zu erhalten, zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Palliative Kompetenz ist ausgerichtet auf ein aufmerksames und umfassendes Sehen auf den schwerkranken Menschen,

*»Eine Seite unseres Lebens ist immer auch die Abhängigkeit von anderen Menschen«*

Darüber hinaus ist es notwendig, dass Suizidprävention Thema der Aus- und Weiterbildung wird. Pflegende brauchen auch nach der Ausbildung Zeit, sich im beruflichen Alltag mit den existentiellen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen. Dies geschieht u. a. durch Supervision und Coaching, aber auch in Einzel- und Gruppengesprächen und durch den Austausch im multiprofessionellen Team.

Pflegende müssen ihre Fragen stellen können, die die Pflege und Betreuung von hochbetagten, oft multimorbiden Menschen mit sich bringt. Dazu gehört, dass sie in ihren Teams selbst Lösungen entwickeln, die tragfähig sind.

Danken werden es ihnen die Betroffenen, die eine zugewandte und qualitativ hochwertige Pflege erleben. Danken werden es ihnen auch die Unternehmen mit ihren Vorständen und Vorgesetzten, weil die Teams stabil sind und die Ausfallraten durch Krankheit geringer. Auch jeder Einzelne wird motivierter und zufriedener seine Arbeit machen können, weil seine Ressourcen geachtet werden und er sich mit seiner Kreativität und seinen Möglichkeiten einbringen kann. Palliativmedizin und Pflege, besonders Altenpflege, müssen sich noch besser verzahnen. Zur Sicherung palliativer Kompetenz sind allerdings dauerhafte Anstrengungen auf mehreren Ebenen nötig (vgl. Kasten

insbesondere seine belastenden Symptome. Eine umfassende Wahrnehmung hilft zu erkennen, wann eine Umorientierung von einer kurativen Zielsetzung auf ein geändertes Therapieziel und eine ganzheitliche Therapie ohne Heilungsabsicht erfolgen soll.« (Positionspapier der Diakonie Deutschland 08.2014). Um dies zu leisten, braucht es Zeit, die heute in den verdichteten und beschleunigten Arbeitsprozessen nicht vorhanden ist.

Gelingt es, den Menschen wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen, werden sich die Rahmenbedingungen in der Pflege wieder grundlegend verändern: Dann werden wieder mehr Betroffene als bisher pflegerisches Handeln als sinnstiftend erleben. Sie können dann vielleicht eher zulassen, dass eine Seite unseres Lebens immer auch die Abhängigkeit von anderen Menschen ist. Und es werden mehr Menschen, die in der Pflege arbeiten, diesen Beruf trotz aller körperlichen und seelischen Belastungen, die er mit sich bringt, als besonderen, wunderbaren und einzigartigen Beruf erleben.

Durch Verstehen, sensible Zuwendung und Mitfühlen wird wieder mehr individuelle Begleitung möglich sein. Der Pflegeberuf wird dadurch an Attraktivität gewinnen. Und dies ist ein Gewinn für alle!

## Literatur

- Bejick, Ute:** »Drei Mahlzeiten, ein Bett, dann und wann eine Stimme« Bettlägerige alte Menschen als Maßstab ethischen Handelns, in: Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 212 Nov./ Dezember 2014. 39. Jahrgang. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.
- Frick, Eckhard; Vogel, Ralf T.:** Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. 2012.
- Reed, Fay Carol:** Pflegekonzept Leiden. Verlag Hans Huber. Bern. 2013.
- Stockmeyer, Johannes; Giebel, Astrid; Lubatsch, Heike (Hg):** Geistesgegenwärtig pflegen. Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf. Bd. 1 + 2. Neukirchner Verlag. Göttingen. 2013.
- Positionspapier der Diakonie Deutschland 08.2014:** »Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen«. September 2014.

### Die Zukunft des Sozialen – in Europa?

Soziale Dienste und die europäische Herausforderung

Herausgegeben von Dr. Joachim Rock und Dr. Joß Steinke

2015, ca. 100 S., brosch., ca. 19,- €, ISBN 978-3-8329-5689-9

(Edition Sozialwirtschaft, Bd. 30)

Erscheint ca. März 2015

Die nationale Sozial- und Gesundheitspolitik und mit ihr der größte und wachstumsstärkste Dienstleistungsbereich in Deutschland stehen unter dem wachsenden Einfluss des europäischen Rechts. Der Band versammelt Beiträge namhafter Experten, die die Ursachen und Folgen dieses Prozesses für Wirtschaft, Politik und Gesellschaft analysieren und bewerten.

[www.nomos-shop.de/12629](http://www.nomos-shop.de/12629)



**Nomos**