Tschördy, Azadeh und Saline
edition farangis

Tschördy, Azadeh und Saline 2023 / 1
Jahrgang 2, Nr. 1, Februar 2023
ISSN 2751-6857
Edition Farangis

Tschördy, Azadeh und Saline.

Ein autoethnografisches Journal über unser (Subjekt-eines-Lebens-) Sein für Tierrechte.

Malerei: Acryl auf Leinwand, Florae obscurae von Farangis G. Yegane.
Texte: Gita Marta (Tschördy Palang) Yegane Arani.

Vom Traum zur Realität (3)

Auf der Suche nach einem Gegengift zu sozialer Härte: Ich bin ein Teil eines Systems, das ich kritisiere.

Aktivismus und soziale Entmachtung verlaufen nur bedingt in einer Parallele, manthra poétique ... 6

Konzept Pflege als Systemfehler? ... 7

Senior*innen im Kontext von Pflege als beinahe sozialem Hauptrahmen ... 11

Demenz als Behinderung ... 17

(Hier nun meine kleine Hausarbeit zum Thema ... 20)

Antidiskriminierung und demenzielle Veränderung ... 27

Demenz, Sterbehilfe und Behindertenrechte ... 28

Ageism plus Demenz ... 30

Sterben ist erstmal kein Thema ... 32

Über das Sterben reden ... 35

Gedanken über Pflegenormen ... 43

(Fünf Thesen zur Fürsorglichkeitshaltung und –pflicht in der ‚Pflege‘ [im Sinne von ‚Care‘] ... 55)

Referat zum Thema interkultureller Pflege ... 57

Warum ich selbst pflegte ... 68

Empowerment und Persönliche Assistenz ... 75

Achtung Delir! ... 84

Tabu Ableismus in der Betreuung ... 86

Heft 5 ist dem Thema Behinderung, Behindertsein, Fremdkörperbleiben in der Gesellschaft bleiben und trotzdem Zeichen an die Tafel kritzeln, gewidmet.

Als menschlicher Akteur in dieser Gesellschaft entscheidet nicht nur deine Einstellung zu wichtigen und unwichtigen Fragen wie du dich positionierst und wie du wahrgenommen wirst. In deine politische Einstellung hinein wirft sich auch ein Schlaglicht der Frage dessen, „was“ du bist. Und eine wichtige Sache, die man wohl nicht sein sollte, wenn man eine politische Haltung vehement vertritt ist, dass man nicht als „mental fragil“ wahrgenommen werden sollte, um die eigenen Kredibilität nicht zu gefährden, und, man sollte keine zu drastisch kritische Einstellung zum großen gesellschaftlichen Sozialgefüge hegen. Denn wenn du dich mit Äußerungen des Vorwurfs, die in diese Richtung gehen, aufhältst, kommst du 1.) kaum mehr dazu eine eigene konstruktive Meinung zu irgendeinem anderen Thema als dem Sozialen zu haben; das Soziale verschlingt dich mit Haut und Haar, und 2.) du stehst dann auch noch aus diesem Grund mehr neben als in der Gesellschaft. Bis dann letztendlich die Mechanismen der Gesellschaft, durch einen ihrer Sozialzwänge es schaffen wird, auch dich gänzlich verdaut zu haben.

Wie der Titel dieses Heftes sagt, geht es in dieser Ausgabe um Eigenerleben und, mit dem Eigenerleben kontextualisiert, um Behinderung. Es geht um Erfahrungsebenen aus eigener subjektiver und sekundärer subjektiver Perspektive. Um mich mit Tierrechten befassen zu können, muss ich mich auch mit dem Menschsein meiner Selbst und der Gesellschaftsebene, in alle ihren subjektiv zu beobachtenden Verzweigungen, befassen.

Ich selbst erlebe anhand meiner Selbst Behinderung, physisch und psychisch, ich erlebe Behinderung als Teil meiner familienbiographischen Geschichte und ich erlebe Behinderung als Thema, das mich ein meinem allgemeinen ‚Bürgersein‘ und das mich in meinem arbeitnehmender-Teil-des-sozialen-Hilfesystems-in-dieser-Gesellschaft-sein anbetrifft.

Das Menschsein stößt meiner Meinung nach unweigerlich in der Gesellschaft auf Probleme. So auch in besonderer Weise wenn deine geistig kognitiven

Kapazitäten durch Normen und allgemeines Denken in der Gesellschaft von anderen Menschen in Zweifel gezogen werden. Ich habe diesem Themenfeld einen Blog gewidmet, mit dem Titel: Denkvielfalt, Kognition, Würde. Antidiskriminierung, psychische und kognitive Behinderungen. Eine Herangehensweise im Freistil. Der Blog befindet sich unter der URL: https://simorgh.de/disablismus/.

Ich möchte einige der dort niedergeschriebenen Inhalte meiner autoethnographischen Map beizufügen.

Ich beginne dabei in diesem Heft mit dem Thema, das mir seit vielen Jahren extreme Sorgen bereitet. Das Thema Ageismus in Kombination mit Ableismus ist ein Themenkomplex, den ich gerne an anderer Stelle und in anderer Form dargestellt und bearbeitet hätte. Ich beziehe ich hier nun aber direkt in meine Frage nach dem Subjektsein und dem Tierrechtlersein mit ein, mit folgender Frage im Simm: Wie bringe ich einen sozialen Missstand, in den ich als Bürger direkt und indirekt verwickelt bin, in einen vernünftigen, hoffentlich konstruktiven Zusammenhang mit meinem Denken über Tierrechte und eine veränderte Zivilgesellschaft als Wunschvorstellung und Ziel?

Die Frage darüber, dass und wie Menschen die Tierlichkeit und den natürlichen Raum aus ihren „Ersatzräumen“ herauskatapultiert haben, wäre kulturanthopologisch zu analysieren. Ich konstatiere hier einfach: Menschen leben ihn den sozialen und lokalen Räumen, die sie sich schaffen, die sie wählen, die sie eher weniger hinterfragen und eher häufig als Ausdruck menschlichen Fortschrittdenkens mit unterzeichnen. Ich müsste an dieser Stelle über Architektur schreiben. Letztlich schrieb ich dazu:

Wie die von der Mehrheit der Planer und Architekten geprägte Wohnkultur die Auswirkungen des #anthropogenicfootprint (anthropogenen Fußabdrucks) verschlimmert. Und eine Mehrheit der Menschen scheint daran nichts auszusetzen zu haben.

How the culture of living as shaped by the majority of planners and architects worsens the effects of the #anthropogenicfootprint. And a majority of people doesn't seem to find fault with that.

… ein Thema, mit dem wir uns aus ökozentrischer und vielleicht neu- oder anders-anthropozentrischer und neugrüner Sicht viel als Gruppe beschäftigen. Motiv von Tschördy, Azadeh und Saline, Jahrgang 1, Nr. 2, 2022, ist „Das Habitat“ gewesen, bei dem ich mir Grundatzfragen zu dem Thema des menschlichen Lebensraums gestellt habe.

Nun sind wir zum größten Teil aus dem natürlichen Raum heraus exkludierend lebend und leben gänzlich im vom Menschen durchgetakteten Raum, in dem Natur Mittel zum Zweck oder aber auch zum Hindernis oder Störfaktor wurde.

Das Szenario, das ich in der Diskriminierung von höher betagten, behinderten Menschen in unserer Gesellschaft wahrnehme und erleben, spielt sich in den geordneten Kotexten ab, die Menschen schützen und sie im gleichen Maße aber auch verletzen.

Ich beginne beim Thema Behinderung mit meiner Auflistung von textlichen Beiträgen zum Thema im Bezug auf Alter und Ableismus. Dies sind unkomplette Skizzen. Dieses Unterfangen ist ein Ausdruck von Verzweiflung darüber, dass ich nicht weiß, wie ich etwas an der gegenwärtig gegebenen Situation im Punkte Ageismus und Ableismus ändern kann.

Menschen meinen es gut mit Menschen. Wenn mir in dem Zusammenhang Missstände, die auf ein strukturelles Problem hinweisen, auffallen, die schlichtweg auf eine ableistische Einstellung in unserer Gesellschaft im Bezug auf Behinderung und Alter hinweisen – eine Einstellung, die aber nicht weiter Thema ist, sondern die extrem normalisiert ist – dann werden mir allerhand Probleme, die aus heute typischen Eigendefinitionen des Menschseins hervorgehen, noch etwas klarer als zuvor.

Aktivismus und soziale Entmachtung verlaufen nur bedingt in einer Parallele, manthra poétique

Soziale Entmachtung
auf der Mikroebene
funktioniert durch ein soziales, sich wiederholendes Verhalten:
Menschen zu sagen
"und du meinst, dass du damit etwas verändern wirst?"
mit der Implikation, dass "du" das gewiss nicht schaffen wirst.

Als ob es bei einer 'widerständigen' persönlichen Haltung darum ginge, über den großen Hebel zu verfügen.

-Gesellschaft -in -Blöcken

--

Für diejenigen, die Aktivismus mit dem Streben nach einer persönlichen Karriere verwechseln und daher über Fragen des "persönlichen Gewinns" oder "persönlichen Versagens" nachdenken:

Die ständige Enttäuschung auf gesellschaftlicher Ebene ist aber nicht etwas, das den Aktivisten persönlich trifft.

Enttäuschung im Aktivismus ist keine persönliche Angelegenheit, sie ist Teil des Widerstands: Wogegen kämpfst du, wogegen stellst du dich. Die Probleme, mit denen man konfrontiert wird, sind riesig und kompliziert.

Der Gegenwiderstand des Systems, oder anders gesagt, die individuelle Entmächtigungsebene [wie oben beschrieben], offenbart nur den Modus Operandi.

Konzept Pflege als Systemfehler?

Wir müssten zum gleichen Ansatz der Assistenz (vollumfänglich in den möglichen Aufgabenbereichen) in der Senior*innenhilfe kommen, wie sie bereits in der Unterstützung für Betroffene von Behinderungen Normalität sind.

Während ich immer wieder darüber nachdenke, wie ich über das Thema schreibe, habe ich hier mehrere vielleicht zaghafte Versuche gemacht, meinen Kummer über das System "Pflege" zum Ausdruck zu bringen, von verschiedenen Angelpunkten, im Rahmen der abgebrochenen Ausbildung und danach:

Allgemein

- Senior*innen im Kontext von Pflege als beinahe sozialem Hauptrahmen …11

Demenzielle Veränderungen (bei Senior*innen)

- (Im Rahmen meiner abgebrochenen Ausbildung) Demenz als Behinderung … 17
- Antidiskriminierung und demenzielle Veränderung … 27
- Demenz, Sterbehilfe und Behindertenrechte … 28
- Ageism plus Demenz … 30

Sterben

- Sterben ist erstmal kein Thema … 32
- Über das Sterben reden … 35

Wir setzen Rahmen

(Im Rahmen meiner abgebrochenen Ausbildung) Gedanken über Pflegenormen … 43

Kultursensible Herangehensweisen

- (Im Rahmen meiner abgebrochenen Ausbildung) Referat zum Thema interkulturelle Pflege … 57

Angehörigenpflege
(Im Rahmen meiner abgebrochenen Ausbildung: Wir sollten in Form eines Interviews eine Pflegesituation darstellen oder abbilden, die wir für empfehlenswert halten würden. Ich entschied mich für die Angehörigenpflege.)

- Warum ich selbst pflegte … 68

Sich an die Persönliche Assistenz angliedernde Gedanken
Hier geht es teilweise um die Schnittstellen zwischen Assistenz für Menschen mit Behinderung und der 'Pflege' für Senior*innen; zwischen denen erhebliche Diskrepanzen bestehen in der Herangehensweise an das Konzept von "Hilfe" oder Unterstützung:

- Empowerment und Persönliche Assistenz (auf meinem Blog eigentlich eine Beitrags-Reihe) … 75

Ein wichtiges Thema in der Phase des Krankseins, des Sterbens und des Älterwerdens in Kombination mit Krankseins, Stress, etc.

- Achtung Delir! … 84

Das schwierige Thema Betreuung und mögliche und vorkommende Fallstricke

- Tabu Ableismus in der Betreuung … 86

…

Soweit habe ich mich also in der Form an das Erlebte herangearbeitet.

Ich schaffe es nicht, die richtige Form zu finden, um das auszudrücken, was ich seit meiner vorzeitig beendeten Ausbildung zur "Pflegefachkraft" und den (damit im Zusammenhang stehenden) Erlebnissen in einem Pflegeheim für Senior*innen, sagen will. Ich sage es jetzt so unbeholfen, wie ich es kann. Anders kann ich es nicht.

Das Pflegesystem ist völlig falsch konzipiert, was die menschliche und die sozial-zwischenmenschliche und die bürgerschaftliche (!) Ebene anbetrifft. Menschen werden plötzlich entsozialisiert und einem (primär) "pflegerischen" Rahmen unterworfen. Dieses System, die Art Menschen und Menschsein zu verstehen, limitiert das Individuum auf einen verwaltbaren defizitären Körper. Defizitär,

denn aus der Hilfebedürftigkeit erwachsen Konsequenzen, die der pflegerische Rahmen bei aller Umfänglichkeit doch übersieht.

Der Mensch könnte in der Realität, in der er nun steckt, jeden Moment zur Erkenntnis gezwungen werden, dass er im Zuge seiner "schwindenden Kräfte" das Recht auf selbst gestaltete soziale Kontakte einbüßen wird. Dem Menschen im Heim begegnest Du als "altem Menschen", nicht einfach als Menschen. Die Wahrung seiner Privatsphäre wird soweit getrieben, dass normales Kennenlernen und der normale Austausch eigentlich nicht mehr möglich sind, zwischen "den Generationen".

(Und, der Datenschutz erlaubt aber zugleich auch, dass Fotos von Verstorbenen, die keine Angehörigen haben, in einem Heim plötzlich in der Demenzstation rumkursieren dürfen – als Material zur Unterstützung eines "milieugetreuen" Ambientes mit "alten Fotos" aus privater Hand. Keiner kontrolliert das, ob das rechtlich in Ordnung ist. Vor allen Dingen, was kommt bei solchen Aktionen in dem ganzen Setting überhaupt zum Ausdruck, was wird hier aus persönlicher Familiengeschichte, für diejenigen, die die Materialien in dem Sinne der Einrichtung nutzen sollen, und für jene, deren Bilder da in der Form "genutzt" werden?)

Menschen in Pflegeheimen werden konzeptuell segregiert

Unsere Gesellschaft segregiert Menschen, die zur älteren Generation gehören durch solche Räume, aber auch indem sie nicht so viel Sinn für die Verschiedenheit von Generationen hat, und, dass auch in diesen verschiedenen Generationen das Individuum immer der stärkste und wichtigste Faktor bleibt.

So ist die Menge der Menschen, die z.B. vor 80 Jahren geboren ist, nicht einfach passé und kalter Kaffee, und, kennen tun wir die Zeit auch nicht wenn wir jünger sind, und, der Einzelne wird auch nicht zum lächerlichen Abklatsch seiner Zeit, über den man dann auch noch sagen kann "der/die hat sein/ihr Leben doch gelebt".

Das Pflegesystem und die Gesellschaft sind in einer Art und Weise grausam zu alten pflegebedürftigen Menschen, in ihrer Herangehensweise – in dem Moment

in dem ein alter Mensch auf “fremde Hilfe” angewiesen ist – die auf sehr merkwürdige aber gleichsam erschreckende und alarmierende Weise verläuft.

Und ja, es gibt etliche ältere Herrschaften, die sich etwas fies und unsozial verhalten, wie viele Menschen das eben gewohnt sind zu tun, vor allem, wenn sie auf irgendjemanden treffen, bei dem sie nach unten oder zur Seite treten können. Die meisten Menschen in diesen Einrichtungen sind in solch einer Situation aber in erster Linie hilflos (und nicht fies), überfordert und ohnmächtig. Obgleich zwischenmenschlich schwieriges Verhalten bei einem Menschen im sozialen Kontext nicht zum Hindernis werden sollte, wenn man einen Menschen in irgendeiner Form unterstützen will, so funktioniert ein Hilfesystem jedoch dann besser, wenn alle involvierten Beteiligten sich mit Respekt begegnen.

Ich bin todunglücklich darüber, und fühle mich wie ein Mittäter dafür, dass ich den Ableismus, den viele Senior’innen in unserer Gesellschaft generell, vor allem aber im institutionellen entpersönlichten Rahmen erleben, nicht mit ausreichendem Nachdruck öffentlich kritisch genug priorisiere.

Der Ableismus gegen Senior*innen, der mit einem Ageismus verschränkt einhergeht, ist so habitualisiert und funktioniert so normalisiert – und ich spreche hier von schwerwiegender Altersdiskriminierung, die viel härter und viel abgründiger ist, als die Dinge, die wir in der Regel heute als Altersdiskriminierung diskutieren – dass es selbst mir als einem relativ geübten Kritiker von sozialer Diskriminierung schwer fällt, hier eine mir richtig und vermittelbar erscheinende Herangehensweise zu finden. Ich müsste öffentlich so hart über unsere Gesellschaft urteilen, und in der Tat auch erinnern, dass Milgram recht hatte, dass mir hier die passenden Worte fehlen. Ich sehe mich als schuldig, weil ich die Normalität unserer Zeit schlichtweg mittrage.

Allgemein

Senior*innen im Kontext von Pflege als beinahe sozialem Hauptrahmen

Was erkennst Du, das nicht okay ist an der durchschnittlichen Situation in Pflegeheimen, wenn Du als Info:

a.) anekdotische Berichte aus der Presse, in denen Missstände als Skandale thematisiert werden, aufgreifst
b.) selbst eine Zeit lang in einem (christlichen – ich weiß nicht, ob das eine Rolle spielt) Pflegeheim, das eigentlich einen ganz guten Ruf hat, als Mitarbeiter*in Erfahrungen gesammelt hast (es hätte auch jedes andere Heim sein können …)
c.) anekdotische Erfahrungsberichte von Kolleg*innen, Bekannten, Freunden, Leuten aus Deinem eigenen sozialen Umfeld,

aufgreifst.

Das Thema ist wirklich schwer anzugehen, da Altersdiskriminierung soweit normalisiert wird, dass kaum einer Anstoß zu finden scheint, dass z.B. bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes "Altersdiskriminierung" so vage bezeichnet ist und explizit nur bezogen wird auf Menschen, die sich noch im Erwerbsleben befinden > https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ThemenUndForschung/Alter/themenjahr_alter/fragen_antworten/faq_node.html1 (Zugriff 31.02.23)

Was ist mit Leuten in Altersheimen? Wie können wir klären dass das, was in solchen Institutionen als Normalität gilt, bereits Altersdiskriminierung darstellt?

Allein, seien es so Banalitäten wie: Jede*r soll Volksmusik und Easy Listening hören wollen … jeder soll seine Alltagsbeschäftigungen von außen her bestimmen lassen sollen … aber es geht natürlich weiter als das … :

Fangen wir bei dem Normalsten und Wohlgemeintesten von allem an, weshalb ich mich auch dazu entschlossen habe die Ausbildung zur Pflegehackraft abzubrechen: die Pflegeplanung.

Der Tagesablauf von den Bewohner*innen/pflegebedürftigen Personen wird komplett für sie durchgeplant, anhand von schematischen Schlüsseln – wie vormals in der Regel von den ABEDLs von Prof. Monika Krowinkel und heute häufig von der Ein-Step-Methode (die mit der sog. Systematischen Informationssammlung, kurz SIS arbeitet) beispielsweise. Und dies wird bestimmt auch nicht das letzte Modell zur Optimierung der Pflegeplanung sein. Bei der Entwicklung der Ein-Step-Methode ging es um die Entbürokratisierung, aber genau deren Ziel war es doch bestimmt, dass man dadurch ein stärkeres Augenmerk auf die menschlichen Belange in der Pflege richten wollte? Wenn aber die Grundvoraussetzung eine völlige 'Durchplanung des Menschen' nicht in Frage stellt, wird das Menschliche bei aller Entbürokratisierung aber auch weiterhin kaum stärker ins Sichtfeld rücken.

Die ABEDLs sind im Prinzip sehr komplex angelegt als Konzept, nichtsdestotrotz bestand auch bei ihnen das Problem, dass der pflegebedürftige als Mitagierende/r keinen grundsätzlich gestaltenden Raum erhält. Die Rahmenbedingungen sind normierend, so dass gewisse Bausteine, um von der Ausgangslage "A" zur dem Ziel "Z" zu gelangen, statisch bleiben (d.h. die gesamte Erhebung des Pflegebedarfs), und in der Praxis Aspekte der Pflegesituation ausgespart werden, die aber konstituierend für Menschen sind, die eine Situation der Pflegebedürftigkeit erleben in stationären Einrichtungen oder im ambulanten Kontext zuhause.

Der pflegebedürftige Mensch sollte meiner Meinung nach nicht in dem Maße von außen her bestimmt werden, dass Pflegende die komplette Tagesgestaltung der Betroffenen festlegen können. Eine so strikte von außen her vorgebende Regelmäßigkeit im Ablauf eines Tages ist ein schwerer Eingriff in das Erleben eines Menschen – insbesondere auch dann wenn die Lebensbedingungen sich stark verändern durch einen Hilfebedarf (es ist für Menschen ein oft traumatischer Vorgang sich als von Hilfe abhängig zu erleben) und eigentlich Neues gestaltet werden müsste, in einem Lebensabschnitt, der durch die Hilfebedürftigkeit mitbestimmt ist. Das Neue geschieht nicht in unserer Gesellschaft. Bislang nicht.

Die völlig strikte Regelmäßigkeit, die Passendmachung für die Begrifflichkeiten der Pflegekassen und die Normierung von Menschen, finden in der Pflegeplanung statt, weil es uns an anderen Konzepten und Ideen zum Zusammenleben mit alten und hochaltrigen Menschen, mit- und ohne Pflege-, oder Hilfe- und Fürsorgebedarfen, in der Regel noch fehlt.

(Allein, dass die Unterstützung von Menschen als "Pflege" bezeichnet wird, limitiert die Betroffenen auf ein eingegrenztes, aber nun dominierendes Interaktionsfeld, in dem Moment, in dem "Pflege" in Anspruch genommen wird. In der Persönlichen Assistenz haben wir vernünftiger gefasste Rahmen, indem dort mehr Handlungsfreiraum für beide Seiten besteht.)

Hier muss auch bewusst eine Unterscheidung gemacht werden zwischen stark und weniger stark pflege- oder hilfebedürftigen Menschen. Der stark hilfebedürftige Mensch rückt bekanntermaßen am meisten aus dem Blickfeld. Wenn das auch nicht unbedingt die pflegerischen Aufwand anbetrifft, so aber doch Fragen der Teilhabe oder auf der sozialen Wahrnehmungsebene.

Die komplette Verplanung des Menschen findet vor allen extremst in den stationären Institution statt, die soziale Interaktion zwischen pflegendem Personal in ihren Einstätzen im ambulanten Bereich ist aber auch ohne ausreichend Flexibilität und Freiräume angedacht. Es wird erstmal davon ausgegangen, dass Senior*innen einen festen Rahmen benötigen um sich zu ihrem eigenen Wohle helfen zu lassen.

Der Rahmen, den wir setzen, wird aber gesprengt durch Erfahrungsebenen wie:

- Was ist mit dem Alleinsein und Einsamkeitserfahrungen?
- Was ist mit Menschen, die in Pflegeeinrichtungen Mobbing- oder Bullying-Erfahrungen machen?
- Wieso wird das Thema Altersdiskriminierung und Ableismus gegenüber alten und hochaltrigen Menschen nicht thematisiert im Rahmen der Pflegeplanung, wenn diese sich doch auf grundlegende Probleme der Betroffenen bezieht: Psyche spielt immer eine Rolle, besonders auch wenn man in unserer Gesellschaft den Problemen des "Altseins" und des "als alt wahrgenommen werdens" begegnet, und diese Probleme zugleich

weitestgehend tabuisiert und als strikt gesondert zu behandelnde Probleme verstanden werden.

- Was ist mit einer vernünftigen Sterbebegleitung und was ist im Gegensatz dazu, mit einer in der Regel katastrophal schlechten Begleitung von Menschen, die im Sterben liegen, im ambulanten Bereich, falls sie allein leben, und in den stationären Pflegeheimen, die eben keine Hospize sind … ?
- Was ist mit Menschen, die z.B. bewusst sterbefasten wollen oder andere individuelle Wünsche bezüglich ihres Sterbens haben (ich beziehe mich hier nicht auf die aktive Sterbehilfe!)?
- Warum darf man sich mit Menschen die pflegebedürftig sind, nicht mehr von Mensch zu Mensch befreunden? Man schafft in Pflegekontexten stillschweigend soziale Segregationsräume und findet das ganz normal.
- Warum wird in Heimen eine ernsthafte Naturverbundenheit normalerweise wenig ernst genommen, in dem Sinne, dass Gärten und Pflanzen kaum eine Rolle in der Architektur spielen – und ich meine keine Architekturgärten oder Betonwüsten in die man ein paar Pflanzen hineinzwingt?

Warum vor allen Dingen können wir uns nicht als zivilgesellschaftliche Bürger*innen, die wird sind, begegnen und in der Form füreinander verantwortlich fühlen?

Szenen, die ich erlebt habe, die mich erschüttern:

Im Pflegeheim: Eine Frau im andern Geschoss schreit, sie schreit jeden Tag. Sie wimmert laut. Ich frage Kolleg*innen mehrmals wer die Frau ist und was denn da los ist. Man sagt mir so etwa ‘das ist Frau X., die schreit immer, die ist so schwer im Umgang’. Ich frage daraufhin, was macht man um ihr zu helfen? Man sagt: nichts, da könne man nichts machen. Sie ließe sich ja nicht helfen Man lacht über den Fall der Frau in meiner Anwesenheit, zieht das ganze irgendwie ins Lächerliche, was mir wohl vermitteln soll, dass man solche Vorkommnisse auf die leichte Schulter nehmen solle. Ich zeige mich betroffen.

Eine Frau, die fast nichts mehr sieht, die hochaltrig ist, wird sozial diskriminiert, sowohl von anderen Pflegebedürftigen als auch von mehreren Pflegenden. Die Art wie diskriminiert wird, setzt sich beinahe Zusammen wie eine Inszenierung

in einem Theaterstück. Die Frau sagt etwas gut gemeintes um sozial höflich und lieb zu interagieren, andere Bewohner*innen beschimpfen sie verbal, spotten über sie. Ein Pfleger tut dies auch in Anwesenheit anderen Personals, das nicht einschreitet. Ich habe der Frau mehrmals Säfte, Tees und Blumen mitgebracht. Man hat mir von dem Versuch, hier eine private Freundschaft oder freundlich-freundschaftlich gemeinte Bekanntschaft zu beginnen, abgeraten, und mir dies auch indirekt 'verboten', implizierend die Frau können dies ja nicht selbst entscheiden … . Die Frau hatte eine Betreuerin, die weit weg war, die sie auch eigentlich nie persönlich sah. Sie hatte keinerlei An- oder Zugehörige mehr … .

Eine Frau, die eine starke demenzielle Veränderung hatte, lag im Sterben. Eine Fachkraft stand vor dem Zimmer mit einer Angehörigen eines anderen Bewohners … beide lachten und unterhielten sich recht amüsiert. Ich wies die Fachkraft auf die Absurdität und Respektlosigkeit dieser Situation hin. Sie sagte, ich hätte ja keine Ahnung und lachte über mich.

Ich könnte jetzt endlos viele solcher Szenarien, die ich im Kontext mit verschiedenen Akteuren und Betroffenen erlebt habe, hier schildern. Sie ähneln oder gleichen sich alle in einem Punkt: echter und extremer Diskriminierung von hochaltrigen hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen.

Du kannst den meisten Leuten so viele Beispiele wie Du willst schildern, die Art wie alten Menschen gegenübergetreten wird in unserer Gesellschaft heute, ist in der Regel (individuell und strukturell) diskriminierend und schlichtweg respektlos. Und man muss dabei sagen, dass ein Opfer solcher Diskriminierung niemals einfach nur zu einem Beispiel minimiert werden darf, aus diesem Grund fällt es mir auch schwer, sämtliche "Beispiele", die ich bis dato erlebt habe, hier aufzuführen (irgendetwas sträubt sich in mir dagegen, aber vielleicht sollte ich die Schilderungen meiner Erlebnisse irgendwann nochmal ergänzen. Aber ich benötige so oder so einen Text, mit dem ich das Thema überhaupt erstmal aus meiner Sichtweise anschneide. Das hier ist ein Herantastungsversuch an das Thema.)

Die Begegnungen mit den Menschen, die nun zufälligerweise in diesen Kontexten stattfanden, sind für mich sozial-ethisch als Mit-/Bürger*in bedeutsam. Diese Begegnungen müssen anonymisiert bleiben, das ist klar. Würde ich über

Menschen aus meinem eigenen näheren sozialen Umfeld sprechen, bei denen teilweise dann vielleicht kein Anonymitätsgebot bestanden hätte, würde man das, was ich schildere, auch kaum ernster nehmen; man könnte dann sagen, dass ich vielleicht "emotional zu nah dran" gewesen bin.

Hier geht es aber nicht um Hypersensibilitätsfragen, sondern es geht mir als Mit-/Bürger*in darum, die Frage danach aufzuwerfen, was Altersdiskriminierung in unserer Gesellschaft wirklich bedeutet. Und es ist weitaus mehr, als die Altersdiskriminierung ab 50 auf dem freien Arbeitsmarkt, und hinter Fällen von Misshandlung und Gewalt, seelisch und/oder psychisch, steht im Mindesten das gesellschaftliche Problem, dass wir uns die Problematiken in Pflegekontexten nicht genauer anschauen wollen.

Demenz als Behinderung

Im Zuge einer pflegerischen Ausbildung hatte ich erste Berührungen mit demenziell veränderten Menschen und mit Herangehensweisen an die Thematik. Meine anfängliche Auseinandersetzung mit dem Thema lässt sich am besten anhand eines Lernerfahrungsberichts verdeutlichen, den ich zu dem Zeitpunkt erstellt hatte.

Ich fasse die wesentlichen Punkte aus dieser kurzen Arbeit kurz zusammen. Sie stellen auch meinen Einstieg in den Versuch der Findung einer antidiskriminatorischen Interaktionsebene mit und im Bezug auf demenziell veränderte Menschen dar.

Im Wesentlichen sind es drei Punkte, die mir in meiner ersten Auseinandersetzung mit dem Thema ‚demenzielle Veränderung' und Momenten und Risiken der Diskriminierung eingangs besonders wichtig erscheinen:

1. Unterschiedliche Vor- und Nachteile verschiedener Pflegetheoretischer Ansätze in diesem Kontext.

2. Fragen der Kommunikationskultur oder Unkultur. Ein Faktor, der in dieser ersten intensiven Erfahrung in der ‚Pflege' demenziell veränderter Menschen begleitend war, schien mir das Problem des Bildes, das wir uns vom Menschen mit Demenz machen, zu sein [I] , das bei Pflegern wie Angehörigen immer ein individuell unterschiedliches zu sein schien. Die Auswahl der Kommunikationsebene oder –art schien sich nach solch einem Bild zu richten. Die Frage, die in der Pfleger-Pflegebedürftigen-Interaktion zumeist im Raum stand, war: „bekommt die pflegebedürftige Person im Prinzip alles mit", „was bekommt sie mit", „was versteht sie" und „wie versteht sie was". Lebt der dementiell veränderte Mensch „in einer eigenen Welt" oder befindet sich diese Welt auch noch in einer gemeinsamen, geteilten, umfassenden großen Welt, in der verschiedene Realitätsempfindungen ihr Zuhause haben? [II; III]

Dazu erstmal:

[I] Kategorische Unterschiede in der Sichtweise über Demenz sind klassischerweise in einer rein medizinischen Sichtweise im Vergleich zu einer personenzentrierten psychologischen Sichtweise, wie der von Tom Kitwood beispielsweise, zu erkennen, siehe Möllering, Nina: Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood, https://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/M%C3%B6llering_Personenzentrierter%20Ansatz%20nach%20Kidwood_Hausarbeit_%2019.04.2012.pdf, 2012, S. 13, Stand 31.01.2023.

[II] Der Umgang mit demenziell Veränderten Menschen stellt Menschen vor viele Fragen. Wie ein Mensch mit Demenz sich fühlt und wie er das Leben erlebt, hängt von weitaus mehr ab als von der Erkrankung bzw. Behinderung. Auf diesen Umstand wird immer wieder in Ratgebern über Demenz hingewiesen, so beispielsweise in Alzheimer's Society (o.V.): Understanding and supporting a person with dementia, https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/understanding-supporting-person-dementia, Stand 31.01.2023.

[III] Lunge, Angela: See the person, not the disease, with Alzheimer's caregiving, 2014, https://web.archive.org/web/20140729150342/http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/expert-blog/in-dementia-caregiving-avoid-labeling/bgp-20096344, Stand 12.09.2017/31.01.2023. Siehe in diesem Zusammenhang auch eine Information der britischen Alzheimergesellschaft zum Thema: Gleichberechtigung, Diskriminierung und Menschenrechte: Equality, discrimination, and human rights (o.V.) , https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/what-we-think/equality-discrimination-human-rights, Stand 31.01.2023.

Und letztendlich:

3. Diskriminierung und Antidiskriminierung. Die Begleitung und die ‚pflegerische' Fürsorge für Menschen mit Demenz ist ein Bereich in der Pflege in dem die Überschneidungen seelisch-psychischer, physiologischer und sozialer

Fragen ganz besonders in den Vordergrund treten. So fällt der dementiell veränderte Mensch im Zuge seiner Behinderung [IV][V] zunehmend aus der sozialen Rolle, die er vorher im Leben eingenommen hat, heraus und sieht sich mit einer Situation konfrontiert, in der er ab einem gewissen Grad der Behinderung eine teilweise Lenkung seines Verhaltens von außen zum Schutze seiner selbst erfährt. Es ist eine Gratwanderung für den Pfleger sowie für die Angehörigen, dass sich ein Abhängigkeitsverhältnis welches über das rein physische hinaus bis in seelisch-psychische Belange hineinreichen kann, nicht als eine Art der Bevormundung oder Fremdbeeinflussung anfühlt. Die britische Alzheimer Gesellschaft führt als mit den Menschenrechten unvereinbare Diskriminierungsmomente, die Menschen mit Demenz häufig erfahren, folgende Faktoren an:

- Altersdiskriminierung (Ageism)
- das Stigma und die Diskriminierung die häufig mit der Erkrankung bzw. Behinderung im Zusammenhang steht
- und der Mangel an Möglichkeit für Betroffene sich selbst gegen derart Vorfälle zu wehren und solche zu melden. [VI]

Die Wichtigkeit der Autonomiewahrung von Demenz betroffener Menschen und die damit verbundenen Problematiken müssen gesellschaftlich, ‚pflegerisch' und individuell eine besondere Beachtung unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigung der Menschen- und Behindertenrechte erfahren. Durch ein verbessertes Bewusstsein über die Situation dementiell veränderter Menschen kann auch der unbeabsichtigten oder fehlinformierten Diskriminierung entgegengewirkt werden.

Dazu:

[IV] Demenz sollte als Behinderung statt als Krankheit betrachtet werden, so fordert ein neuer Bericht der Mental Health Foundation: "Dementia should be considered a disability rather than a disease, maintains a new report from the Mental Health Foundation." Dementia: Disability or Disease? (o.V.), 2015, http://www.mcknightsseniorliving.com/news/dementia-disability-or-disease/article/441747/ (Stand 24.09.2017). Der Autor bezieht sich dabei auf die Schlussfolgerungen dieses Diskussionspapiers der britischen Mental Health

Foundation: Dementia, rights, and the social model of disability: A new direction for policy and practice? https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/publications/dementia-rights-and-social-model-disability (Stand 31.01.2023).

[V] Heidenreich, Ulrike: Demenz als Behinderung, Barrierefreiheit im Kopf, 2015, http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/demenz-als-behinderung-barrierefreiheit-im-kopf-1.2402536 (Stand 31.01.2023).

[VI] Equality, discrimination, and human rights (o.V.) , https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/what-we-think/equality-discrimination-human-rights (Stand 31.01.2023).

Hier nun meine kleine Hausarbeit zum Thema.

[Vorabbemerkung: Ich wähle sehr auf die Ausbildungssituation angepasste Formulierungen.]

Einleitung

In dieser Hausarbeit geht es um die Begleitung und Pflege [im Sinne von ‚care'] demenziell veränderter älterer Menschen. Im Rahmen der Praxisaufgabe wurden im Bezug auf zwei pflegebedürftige Personen die relevanten pflegerisch-medizinischen und biografischen Daten gesichtet um Rückschlüsse auf eine förderliche individuelle Herangehensweise an den pflegebedürftigen Menschen zu ziehen. Die daraus entwickelten Überlegungen zum eigenen pflegerischen Handeln konnten daraufhin in Rücksprache mit der Praxisanleitung im Ausbildungsbetrieb zum Teil eine praktische Umsetzung finden. Hier wird allein die daraus gewonnene Lernerfahrung beschrieben.

Lernerfahrungen bezogen auf Aufgabe 3 [ich weiß nicht mehr wie die Fragestellung lautete, aber aus dem Geschriebenen geht hervor, dass es wohl um Herangehensweisen ging]

In beiden Fällen – beide Bewohnerinnen leiden unter einer Alzheimer-Erkrankung in unterschiedlichen Stadien – konnte ich feststellen, dass abgesehen von den medizinischen Erfordernissen stetiger Durchführung der ärztlich angeordneten Behandlung vorliegender Krankheitssymptome, die ganzheitliche Pflege beim dementiell veränderten Menschen ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit in der Betreuung erfordert. Die Pflegemodelle die sich speziell der Demenz zuwenden finden hier einen unumgänglichen Einsatz. In meinem Ausbildungsbetrieb wird mit dem psychobiografischen Pflegemodell nach Erwin Böhm gearbeitet [die ich inzwischen doch kritisch betrachte]. Ich habe die vom Pflegeteam erarbeiteten Einschätzungen der Bewohnerinnen nach Böhm gesichtet und soweit es mir nach meinem momentanen Kenntnisstand möglich war interpretiert. Durch die Kenntnisse aus der Berufsschule habe ich auch die Einschätzungsparameter von Kora van der Kooji und Naomi Feil in der eigenen Beobachtung hinzugezogen und mit den Parametern des Böhmschen Modells im Bezug auf die Pflegepersonen verglichen: Ein besseres Verständnis im Zugang zu beiden Bewohnerinnen haben mir alle drei Modelle [im wechselseitigen Zusammenhang] ermöglicht und alle drei Modelle bieten dem Pflegenden wichtige Möglichkeiten der Einschätzung [dies sehe ich inzwischen anders im Bezug auf Böhms Modell, dass meiner Ansicht nach zu stark mit Kategorisierungen arbeitet, zudem lehne ich eine infantilisierende Sichtweise über den möglichen Verlauf einer demenziellen Veränderung ab].

Die Anwendbarkeit praktischer Herangehensweisen in der Pflege und der damit einhergehende kommunikative Austausch mit den Pflegebedürftigen schien mir bei den drei Modellen verschieden leicht oder schwerer umsetzbar zu sein. So ist das Modell von Böhm komplexer in der empfohlenen Dokumentation und mehr auf das Ziel der Verbesserung des Zustands gerichtet [1], Naomi Feil fokussiert auf den direkten interagierenden Austausch der vorwiegend verbalen Kommunikation zwischen Patient und Pfleger [2] und van der Kooji gibt ganz konkrete Empfehlungen in der Interpretation des Handelns des Pflegebedürftigen um möglichen Spannungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden in herausfordernden Situationen entgegenzuwirken [3].

Ein Faktor, der in dieser ersten intensiven Erfahrung in der Pflege demenziell veränderter Menschen begleitend war, schien mir das Problem des Bildes, das wir uns vom Menschen mit Demenz machen, zu sein [4], das bei Pflegern wie

Angehörigen immer ein individuell unterschiedliches zu sein schien. Die Auswahl der Kommunikationsebene oder –art schien sich nach solch einem Bild zu richten. Die Frage die in der Pfleger-Pflegebedürftigen-Interaktion zumeist im Raum stand, war: „bekommt die pflegebedürftige Person im Prinzip alles mit“, „was bekommt sie mit“, „was versteht sie“ und „wie versteht sie was“. Lebt der dementiell veränderte Mensch „in einer eigenen Welt“ oder befindet sich diese Welt auch noch in einer gemeinsamen, geteilten, umfassenden großen Welt, in der verschiedene Realitätsempfindungen ihr Zuhause haben? [5][6]

Betreffend der Schwierigkeiten in der Kommunikation, die immer wieder auftreten konnten in den individuellen pflegerischen Situationen, habe ich bei den interagierenden Parteien – seitens des Pflegepersonals, der Angehörigen und der Demenzbetroffenen selbst – mehr oder weniger starke Spannungsfelder beobachten können. Ich hatte dabei nicht den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen sich kommunikativer Spannungen emotional nicht oder weniger gewahr gewesen wären; ganz im Gegenteil ließ sich auf ihrer Seite häufig eine emotional hilflose Reaktion in Situationen gemeinsamer kommunikativer Schwierigkeiten innerhalb von Interaktionsmomenten beobachten.

Eine häufige Problemsituation scheint die von Böhm beschriebene Wichtigkeit in der Beachtung der Adaptionszeit des Pflegebedürftigen zu sein [7]. Ein Impuls wird seitens des Pflegenden gegeben und der Impuls muss nun auf der Seite des demenziell veränderten Pflegebedürftigen verstanden und in eine Reaktion umgesetzt werden. Der Pflegebedürftige soll beispielsweise essen, trinken, sich setzten, etwas greifen, laufen und ist durch seine Erkrankung bzw. Behinderung in seinem Handeln aber unsicher und mehr oder weniger desorientiert oder „anders orientiert“; solche Momente stellen Situationen dar die das Risiko von Spannungsfeldern mit sich bringen.

Die Lösung der Problematik in der pflegerischen Interaktion mit dementiell veränderten Menschen liegt in der Anwendung pflegerischer Modelle wie der von Böhm, Feil, van der Kooji, u.a. da hier ein professioneller pflegerischer Rahmen für das Verständnis über das „dementiell Verändertsein“ beim Menschen gesteckt wird. Aber nichtsdestotrotz bleibt die menschliche Konfrontation und der Umgang mit der Demenz für Pfleger und Betroffene eine Grenzsituation, in der der Pfleger sich im Zuge seiner Verantwortungsübernahme immer wieder neu

nach dem Befinden und den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen ausrichten muss um der Situation individuell gerecht zu werden. Dies ist nicht nur häufig schwierig wegen der Knappheit an personalen Ressourcen und dem daraus resultierenden Zeitmangel, sondern die Herausforderung ist ein der Situation immanenter Aspekt.

Kompetenzentwicklung bezogen auf die Lernziele

Während dieses Praxiseinsatzes fand meine dritte praktische Benotung seitens des Ausbildungsträgers statt. Die Beurteilung der mich benotenden Praxisanleiterinnen legte den Schwerpunkt besonders auf die sozialen Kompetenzen im Umgang mit den Bewohnerinnen. Ich habe in diesem Punkt ein sehr positives Feedback von den Praxisanleiterinnen erfahren. Meine Lernerfahrung zeigte mir, dass sich Methoden- und Fachkompetenz über Herangehensweisen im pflegerischen Umgang mit dementiell veränderten Menschen auf der Ebene der sozialen Interaktion zwischen Bewohner und Pfleger bewähren müssen, und dass dies seitens des Pflegenden eine fortwährende Offenheit für zwischenmenschliche Erfahrungsprozesse erfordert. Die Umsetzung pflegerischer Theorie in Praxis und die Entwicklung der persönlichen sozialen Kompetenz müssen dabei immer in Übereinstimmung miteinander gebracht werden.

Zugleich habe ich aber auch gelernt wie wesentlich es ist den physiologischen Zustand der Bewohnerinnen stets im Auge zu behalten, mittels der Übersicht über die ärztlichen Diagnosen und die verordnete Medikation, Assessmenttools zur Einschätzung und Erfassung des physiologisch erforderlichen Pflegebedarfs und die tägliche Beobachtung des Allgemeinzustands des pflegebedürftigen Menschen.

Offene Fragen und weiterer Lernbedarf

Die Umsetzung aller wirklich nötigen Pflegehandlungen und eine ausreichend förderliche soziale Komponente innerhalb eines engen Zeitrahmens in den Griff zu bekommen scheint mir persönlich noch ein schwer erreichbares Ziel zu sein. Ich sehe bei Kollegen wie sie dies teils besser oder in manchen Situationen auch

mal schlechter bewältigen, und merke, dass ich selbst im Zeitmanagement in der Pflege noch einen großen Lernbedarf habe.

Eine Frage, die sich mir bereits im letzten praktischen Ausbildungsabschnitt gestellt hat und die für mich auch immer noch relevant ist, ist die Frage wie Kommunikation mit Kollegen besser konfliktfrei stattfinden kann, an Punkten in denen unterschiedliche Standpunkte zu Pflegethemen zur Diskussion stehen. Auch hier sehe ich bei mir einen weiteren Lernbedarf. Und schließlich noch in der Praxis verschiedener pflegerischer Handlungen, wie bei der Positionierung und dem Umgang mit Kontrakturen beispielsweise.

Fazit

Die Begleitung und die pflegerische Fürsorge für Menschen mit Demenz ist ein Bereich in der Pflege in dem die Überschneidungen seelisch-psychischer, physiologischer und sozialer Fragen ganz besonders in den Vordergrund treten. So fällt der dementiell veränderte Mensch im Zuge seiner Behinderung [8][9] zunehmend aus der sozialen Rolle, die er vorher im Leben eingenommen hat, heraus und sieht sich mit einer Situation konfrontiert in der er ab einem gewissen Grad der Behinderung eine teilweise Lenkung seines Verhaltens von außen zum Schutze seiner selbst erfährt. Es ist eine Gratwanderung für den Pfleger sowie für die Angehörigen, dass sich ein Abhängigkeitsverhältnis welches über das rein physische hinaus bis in seelisch-psychische Belange hineinreichen kann, nicht als eine Art der Bevormundung oder Fremdbeeinflussung anfühlt. Die britische Alzheimer Gesellschaft führt als mit den Menschenrechten unvereinbare Diskriminierungsmomente, die Menschen mit Demenz häufig erfahren, folgende Faktoren an:

- Altersdiskriminierung (Ageism)
- das Stigma und die Diskriminierung die häufig mit der Erkrankung bzw. Behinderung im Zusammenhang steht
- und der Mangel an Möglichkeit für Betroffene sich selbst gegen derart Vorfälle zu wehren und solche zu melden. [10]

Die Wichtigkeit der Autonomiewahrung von Demenz betroffener Menschen und die damit verbundenen Problematiken müssen gesellschaftlich, pflegerisch und

individuell eine besondere Beachtung unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigung der Menschen- und Behindertenrechte erfahren. Durch ein verbessertes Bewusstsein über die Situation dementiell veränderter Menschen kann auch der unbeabsichtigten oder fehlinformierten Diskriminierung entgegengewirkt werden.

Fußnoten

[1] Siehe Assessmentbögen zum psychobiografischen Pflegemodell nach Erwin Böhm im Anhang (nicht online zugänglich).

[2] Validation Training Institute (o.V.): What is Validation? https://vfvalidation.org/what-is-validation /, Stand 12.09.2017.

[3] van Rooijen, Eva Maria: Implementierung des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells nach Dr. Cora van der Kooij im Sozialzentrum Altach, 2012, S. 13, https://sozialzentrum.altach.at/pflegeheim/pflege/pflegemodell/abschlussarbeit-maeeutik.pdf, Stand 12.09.2017.

[4] Kategorische Unterschiede in der Sichtweise über Demenz sind klassischerweise in einer rein medizinischen Sichtweise im Vergleich zu einer personenzentrierten psychologischen Sichtweise wie der von Tom Kitwood zu erkennen, siehe Möllering, Nina: Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/M%C3%B6llering_Personenzentrierter%20Ansatz%20nach%20Kidwood_Hausarbeit_%2019.04.2012.pdf, 2012, S. 13, Stand 12.09.2017.

[5] Der Umgang mit demenziell Veränderten Menschen stellt Menschen vor viele Fragen. Wie ein Mensch mit Demenz sich fühlt und wie er das Leben erlebt hängt von weitaus mehr ab als von der Erkankung bzw. Behinderung. Auf diesen Umstand wird immer wieder in Ratgebern über Demenz hingewiesen, so beispielsweise in Alzheimer's Society (o.V.): Understanding and supporting a person with dementia, https://www.alzheimers.org.uk/info/20046/help_with_dementia_care/31/understanding_and_supporting_a_person_with_dementia, Stand 12.09.2017.

[6] Lunge, Angela: See the person, not the disease, with Alzheimer's caregiving, 2014, http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/expert-blog/in-dementia-caregiving-avoid-labeling/bgp-20096344, Stand 12.09.2017. Siehe in diesem Zusammenhang auch eine Information der britischen Alzheimergesellschaft zum Thema: Gleichberechtigung, Diskriminierung und Menschenrechte: Equality, discrimination, and human rights (o.V.) https://www.alzheimers.org.uk/info/20091/what_we_think/141/equality_discrimination_and_human_rights, Stand 24.09.2017.

[7] Prell, Markus: Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm, S.3, (o.D.), https://brueckenzurdemenz.files.wordpress.com/2010/03/artikel_prell_2005.pdf, Stand 12.09.2017.

[8] Demenz sollte als Behinderung statt als Krankheit betrachtet werden, so fordert ein neuer Bericht der Mental Health Foundation: "Dementia should be considered a disability rather than a disease, maintains a new report from the Mental Health Foundation." Dementia: Disability or disease? (o.V.), 2015, http://www.mcknightsseniorliving.com/news/dementia-disability-or-disease/article/441747/, Stand 24.09.2017. Der Autor bezieht sich dabei auf die Schlussfolgerungen dieses Diskussionspapiers der britischen Mental Health Foundation: Dementia, rights, and the social model of disability: A new direction for policy and practice? https://www.mentalhealth.org.uk/file/1342/download?token=v-HKaVVi bzw. https://www.mentalhealth.org.uk/publications/dementia-rights-and-social-model-disability Stand 24.09.2017.

[9] Heidenreich, Ulrike: Demenz als Behinderung, Barrierefreiheit im Kopf, 2015, http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/demenz-als-behinderung-barrierefreiheit-im-kopf-1.2402536, Stand 24.09.2017.

[10] Equality, discrimination, and human rights (o.V.) https://www.alzheimers.org.uk/info/20091/what_we_think/141/equality_discrimination_and_human_rights, Stand 24.09.2017.

Antidiskriminierung und demenzielle Veränderung

Die Behinderung ‚demenzielle Veränderung' wird zur außergewöhnlichen und tragischen Belastung für den Betroffenen, wenn es zu Diskriminierungsmomenten kommt. Aber was ist diskriminierend für einen Menschen, dessen Kognition sich in der Art starker Form der Veränderung und vermeintlichen „Disfunktionalität" befindet?

Die Behinderung ‚demenzielle Veränderung' stellt den betroffenen Menschen vor enorme Herausforderungen. Der Verlust oder eher die Veränderung kognitiver Vorgänge heißt eine komplette prozesshafte Umorientierung, eine Veränderung, die vom sozialen Umfeld als Abbau gewertet und wahrgenommen wird und die das gewohnte „Funktionieren" im Alltag zunehmend unmöglicher macht.

Aber ist es nur ein Verlust oder birgt die kognitive Behinderung auch Gewinne für den Betroffenen* in sich? Entwickelt der Betroffene neue, andere Perspektiven und treten andere Aspekte des Lebens in den Vordergrund, die wenig durch strikte Rationalität, dafür aber zunehmend durch sensiblere Nuancierungen kognitiver Wahrnehmung gekennzeichnet sind?

* Die maskuline Form bezieht sich hier auf alle Gender.

Demenz, Sterbehilfe und Behindertenrechte

In der Gesellschaft herrschen starke Vorurteile im Bezug auf kognitive ‚Einschränkungen'/ Veränderungen / Abweichungen. Dies schürt Ängste vor Krankheitsbildern, die demenzielle Veränderungen verursachen. Auch das Wissen darüber, dass Menschen mit demenziellen Veränderungen in der Gesellschaft kaum für sich selbst eintreten können, dass Demenz in fortgeschrittenen Stadien ein Ausgeliefertsein an äußere Umstände bedeutet, die oftmals einschränkend sind, schürt die Ängste davor, jemals den eigenen „geistigen Verfall" erleben zu müssen.

Ängste, die sich eigentlich auf äußere Gegebenheiten betreffend einer demenziellen Veränderung beziehen, können Anlass dazu bieten, dass Menschen glauben, ein Leben mit Demenz käme automatisch einem Verlust der eigenen menschlichen Würde gleich.

Es ist jedem sein Recht an irgendeinen Status quo zu glauben, an dem er/sie seine eigenen Werte bemisst. Dass das Leben nur mit einer vermeintlich gesunden Art der Intelligenz funktioniert, kann ein Mensch für sich subjektiv annehmen, aber dieser Schluss sollte nicht verallgemeinert werden.

Eine Veränderung in der Kognition sollte nicht automatisch als Defizit gewertet werden.

Demenz ist eine Behinderung. In diesem Sinne poste ich ein paar spontan gesichtete kritische Links zum Thema Sterbehilfe und Behinderung:

https://notdeadyet.org/

Alison Davis: A Disabled Person's Perspective on Euthanasia
https://dsq-sds.org/article/view/512/689

Alison Davis campaigned against legalising assisted suicide despite her own suffering

https://www.telegraph.co.uk/news/obituaries/medicine-obituaries/10512019/Alison-Davis-obituary.html

https://www.carenotkilling.org.uk/

Dr. Gregor Wolbring: Why Disability Rights Movements Do Not Support Euthanasia: Safeguards Broken Beyond Repair
https://www.independentliving.org/docs5/Wolbringeuthanasia.html

Elizabeth Picciuto: Why Disability Advocates Say No to Doctor-Assisted Death
https://www.thedailybeast.com/why-disability-advocates-say-no-to-doctor-assisted-death

'It's about people like me': disabled and dead against euthanasia
https://mercatornet.com/its-about-people-like-me-disabled-and-dead-against-euthanasia/22151/

What's the difference between assisted suicide and euthanasia?
https://www.bbc.com/news/uk-47158287

(Alle Links rechecked: 01.02.2023.)

--

Notiz: Kunstfreiheit. Kunst machen, mit und ohne demenzieller Veränderung:

William Utermohlen, Kunst mit demenzieller Veränderung,
https://www.boredpanda.com/alzheimers-disease-self-portrait-paintings-william-utermohlen/

Cecilia Gimenez, Kunst ohne demenzielle Veränderung,
https://www.npr.org/sections/thetwo-way/2012/09/20/161466361/woman-who-ruined-fresco-of-jesus-now-wants-to-be-paid

Ageism plus Demenz

Bin auf diese Seite gestoßen, beim herumsuchen über „Ageismus“ oder „Ageism“. Abgesehen davon, dass mir wieder aufgefallen ist, wie groß die Info-Diskrepanzen zwischen Wikipedia DE und Wikipedia EN ist, fällt mir hier gleich der nächste Stein bei meiner Suche vor den Schuh …

„Heime als unmittelbares Umfeld: In der Praxis besteht, so ein Tln [Teilnehmer?], ein eklatanter Unterschied zwischen projekt-/modellgestützten Heimen und der Vielzahl ‚gewöhnlicher‘ Einrichtungen, die keine derartige Unterstützung erfahren und in denen beispielsweise das Thema Sedierung von Menschen mit Demenz eine große Rolle spielt. Appell an die Forschung, hier genauer und breiter hinzuschauen.” https://stimmig.demenz-support.de/dokumentation/programm/ideenwerkstatt-3-forschung/ (Stand 01.02.3023)

Solch ein Projekt ist ein wichtiger Baustein, der mit zu einer Veränderung im System im Umgang mit Menschen mit demenzieller Veränderung beitragen kann, aber, hier wird ein Punkt übersehen und ich frage mich warum:

Heime, die spezielle Demenz-Ansätze wählen, sind nicht unbedingt wirklich besser in ihrem Umgang mit Demenzieller Veränderung. Ich habe in einer Böhm-Station gearbeitet, der rein menschliche Umgang war zum einen Vorurteilsbelastet, der Ansatz selbst erwies sich in der Heimpraxis meiner Meinung nach aber auch als problematisch.

Ich glaube Ansätze müssen auch immer wieder kritische Überprüfung erfahren (als Theorien und in ihren Umsetzungen) und der zwischen-/menschliche Ballast muss noch weitaus kritischer diskutiert werden in unserer Gesellschaft. Die Ausgrenzungen von Menschen mit kognitiven „Einschränkungen“ sind insgesamt Problemgebiete ‚kategorischer Abwertung‘.

Ein interessantes Projekt ist auch diese Webseite, auf die hier verwiesen wird und von der ich vor allem die Aktion „Dementia Voices“ spannend finde:

http://www.innovationsindementia.org.uk/what-we-do/having-a-say/ (Stand 01.02.2023)

Menschen mit demenziellen Veränderungen sind immer wieder davon betroffen, dass man ihre Veränderung in der Art zu Sprechen als Störung und Mangel betrachtet und man die Kommunikation mit ihnen letztendlich überhaupt nicht mehr ernst nimmt. Man sieht den Kommunikationsgehalt nicht mehr als vollständig, da er in seiner sprachlichen Dimensionalität abweicht von allgemeinen Normen. Betroffene Menschen wenigstens als „Voices" wahrzunehmen, kann und sollte mit sich bringen, dass auch eine Veränderung im Sprechverhalten [in der Form der Kommunikation, selbst wenn man hier nun von ‚Kommunikationskapazitäten' in wertungsfreier Form spricht] akzeptiert werden kann, und dass man hier sogar ein Neuland kommunikativer Ebenen ausmachen kann.

Empowerment ist also mal wieder das Schlüsselwort …

Ein begrüßenswertes Buch-Projekt auf das ich stieß ist folgendes:
Gerontological Social Work in Action: Anti-Oppressive Practice with Older Adults, their Families, and Communities (2019)
By Wendy Hulko, Shari Brotman, Louise Stern, Ilyan Ferrer
https://doi.org/10.4324/9781315207735

P.S. Was mich frustriert ist, dass Ageismus im deutschen Sprachgebrauch häufig in Hinsicht auf die Problematik der Arbeitsplatzsuche thematisiert wird oder eine Benachteiligung im Erwerbsleben noch bevor man „vor der Rente steht". Die Probleme mit denen sich hochaltrige Menschen vor allem konfrontiert sehen, nämlich als „senil" betrachtet zu werden, finden eher weniger Beachtung. Der englischsprachige Wikipedia-Eintrag bietet mehr Infos in Richtung Alter insgesamt in seiner Soziologie. Auf deutschsprachigen Seiten fiel mit vier allem aber auch diese eingegrenzte Darstellung der Thematik an so prominenter Stelle auf wie hier > https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/alter/alter-node

(Alle Links: 01.02.2023)

Sterben ist erstmal kein Thema

Sterben ist erstmal kein Thema in der Ausbildung zur Pflegefachkraft mit der Spezialisierung auf die Altenpflege. Dies war auch der Grund, weshalb ich meine Ausbildung in dem Bereich nach 1 1/2 Jahren abgebrochen habe. In der Praxis ist man im Pflegeheim vom ersten Moment an mit dem sterbenden Menschen konfrontiert und dann auch damit folglich, wie in dem jeweiligen institutionellen Rahmen mit dem Sterbeprozess umgegangen wird.

Ich habe 20 Menschen in den 1 1/2 Jahren Ausbildung direkt oder eher indirekt beim Sterben begleitet oder bzw. ihren Sterbeprozess mitverfolgt. Diese 20 Tode sind sehr unschön verlaufen. Ich habe festgestellt, dass das Sterben ein sehr unzureichend adressiertes pflegeethisches Thema in der Praxis darstellt. Das Thema wird in der Gesellschaft zu wenig diskutiert und wenn auf häufig oberflächlicher Ebene.

Es finden in der Tat zahlreiche Widerlichkeiten in der Pflegepraxis statt: Menschen wird selten ein entsprechender Rahmen der Behaglichkeit und der emotionalen Sicherheit verschafft. Wird das Problem in der Pflegepraxis der Ausbildungsstätte oder der Schule thematisiert, erntet man wenig Verständnis und in meinem Falle wurde ich milde belächelt und als Unruhestifter abgetan.

Das Thema muss angegangen werden, aber wie? wo? von wem?

Es gibt Angebote > z.B. in FFM https://www.buergerinstitut.de/hospizdienst-und-palliativberatung/

aber sie werden zu wenig genutzt bzw. die Ansätze werden vorgestellt, aber kaum in der Praxis im “Alltag” von Pflegeheimen und ambulanten Diensten angewendet.

Ich gehe aber auch davon aus, dass selbst wenn Sterben in der Ausbildung besprochen und bearbeitet worden ist, gemeinsam von Lehrkräften und

Auszubildenden, die Problematiken des Umgangs mit den Situationen noch nicht mal ansatzweise gelöst sind.

Ein großer Fauxpas in der Ausbildung ist beispielsweise die ständige Fixiertheit auf eine Kontrastierung von subjektiver Nähe zwischen ‚Pflegenden' und ‚Gepflegten' mit der angestrebten funktionaleren vermeintlich neutraleren „objektiveren" Haltung. Beide Haltungen und selbst die Mitte dieser Haltungen bieten meiner Meinung nach keine zufriedenstellende Antwort auf die situative Problematik, der man sich in pflegerischen Kontexten gegenübergestellt sieht.

Rechnung getragen wird z.B. nicht den Faktoren:

dass Menschen (insbesondere Hilfebedürftige Menschen) immer bevorzugt als soziale Wesen und nicht als alleinige Empfänger von Hilfeleistungen oder pflegerischen Leistungen wahrgenommen werden wollen und müssten (siehe dazu auch: Senior*innen im Kontext von Pflege als beinahe sozialem Hauptrahmen) und, dass wir von der „Pflege-„ mehr zur „Assistenz" kommen müssten im Rahmen pflegerischer Hilfeleistungen, als Kontext für ein zivilgesellschaftliches Empowerment, dass sich an den Bedürfnissen des Hilfebedürftigen in wirklich individueller Weise ausrichtet und nicht primär an den Maßgaben, die von außen her wohlmeinend angedacht werden, die aber in Wirklichkeit stark reglementierend sind und wenig Raum für eine Untersetzung in der Teilhabe bieten.

Die Frage der Haltung sollte also nicht bei der Frage enden, wie viel ungesunde Nähe oder gesunde Neutralität ich als Pflegende*r sozial generiere, sondern, die ganze Problematik muss diskurriert werden, ob „Pflege" überhaupt die Antwort sein kann auf ein Altsein, wenn es mit Hilfebedürftigkeit einhergeht. Thema: Ageism … . Ich würde hier – wie ich das auch in Hinsicht auf die Rolle in der Persönlichen Assistenz vorschlage – einen praktischen zivilgesellschaftlichen Ansatz wählen, den den Faktor „Mensch" auf beiden Seiten in sinnvoller Weise mit bedenkt und diesem Faktor in sinnvoller Weise Raum bietet.

Als ich mich in der Berufsschule beschwerte und besorgt äußerte über meine Hilflosigkeit angesichts der Situationen, denen ich in dem Pflegeheim begegnete, in dem ich den praktischen Teil meiner Ausbildung absolvierte, entgegnete man

mir seitens der Schule, ich könne wohl nicht mit dem Sterben und Tod umgehen und habe wohl ein Problem damit. Ich habe daraufhin gesagt: Nein ich habe kein Problem mit Sterben und Tod; ich habe ein Problem mit den Rahmenbedingungen, die Sterben und Tod begleiten.

Ich habe die Ausbildung daraufhin abgebrochen, da es keine Möglichkeit gab aus der Ausbildung Tools mitzunehmen, die mir in dem Umgang mit der Situation hätten helfen können. Ich wollte nicht als „Fachkraft“ einfach funktionieren und die Vorgaben erfüllen, die mir in solch einem Rahmen gesetzt werden.

(rev. 01.02.2023)

Über das Sterben reden

Im Vorab. Ich weiß, dass das Thema Sterben und Tod ein ganz schwieriges ist. Dies sind nur einige ungeschickte Gedanken dazu und ein eigener Versuch sich offen mit Fragen, die sich mir zum Thema stellen, auseinanderzusetzen. Was mir nach dem Schreiben dieses Eintrags noch auffällt, ist, dass ich finde, dass zu einer guten Auseinandersetzung mit Fragen von Würde, Sterben und Todsein und Tod bezeugen, auch wirklich ein achtsamer und respektvoller Umgang mit dem Tod selbst wichtig ist, im Sinne von Bestattung, Friedhofskultur und Gedenken …

Thema: Ehrenamtliches Engagement in der Sterbebegleitung

Lebenssinn, Sterben und Palliativphase

Ich führte heute ein Gespräch mit einer Freundin über die Frage, inwieweit ich mich bei einer/einem Sterbenden mit Fragen von Spiritualität und Fragen nach dem Lebenssinn auseinandersetzen sollte und könnte,

a.) ohne dabei mit meinen mit meinen eigenen Weltanschauungen irgendwie negativ und unbeabsichtigt zu interferieren, das heißt meine Haltung sollte sehr neutral sein, in Hinsicht auf weltanschauliche Fragen und

b.) wie kann ich trotzdem der Schwierigkeit der Situation als „ganzer Mensch“ begegnen und nicht stereotyp allein nach theoretischer Anleitung. Stereotyp wäre es, so glaube ich, zu versuchen ein Verhaltensschema anzuwenden, das in so einer Situation vermeintlich „immer richtig“ und „moralisch unverfänglich“ ist. So ein Verhalten könnte roboterhaft wirken. Es stellt sich die Frage nach unausweichlicher und im besseren Fall bewusst gehandhabter Authentizität in der Begegnung:

Wie trete ich einer/einem Sterbenden entgegen mit dem Bewusstsein, dass diese Situation völlig einmalig und völlig bedeutungsvoll ist, ohne die Situation aber in „ungeschickter Weise“ zu überfrachten, ohne etwas „falsch“ zu machen?

Ich kenne die Bedürfnisse meines Gegenübers nicht unbedingt ausreichend, um Fehler in meinem Verhalten völlig auszuschließen. Ich gehe davon aus, dass der/die Sterbende sich in einem ultimativst sensibilisierten Zustand befindet. An welchen Punkten und wie kann ich verhaltenstechnisch im Bezug auf seelische, emotionale Bedürfnisse meiner Gegenübers hilfreich sein?

Meine Freundin ging davon aus, dass sich dem/der Sterbenden nicht zwingendermaßen Fragen – die bislang vielleicht unbeantwortet sind und die vielleicht noch ihren Ausdruck suchen – stellen würden. Ich gehe hingegen davon aus, dass das der Fall sein kann, in dieser fragilen Situation. Keine Situation kann mehr Fragezeichen in sich tragen, als die des Bewusstseins des nahen Todes und der Schwierigkeit, das Sterben zu schaffen, wo wir diesen Prozess doch nicht selbst als Sterbende*r im Griff haben können … .

Eine weitere Frage die sich mir stellt, ist die Frage, wie ich mit unterschiedlichen Grundkonzeptionen von Tod umgehen sollte, in der Konfrontation mit der Situation des Sterbens eines Mitmenschen.

Meine Sicht als Tierrechtlerin

Agonie erlebt jedes Lebewesen und so auch jeder Mensch bestimmt individuell, aber das Menschsein bringt (als übergeordnete soziologische Kategorie) auf der Karte der lebenden und sterbenden Wesen (wenn wir alle Wesen als große ökosoziale Einheit und Vielheit erkennen) bestimmt eine eigene Problematik mit sich.

Menschen haben, so glaube ich, eine ganz eigenen Problematik mit der Auseinandersetzung mit dem eigenen unmittelbar bevorstehenden Tod. Ich glaube, dass nichtmenschliche Tiere weniger agonische Unsicherheiten aus sich selbst heraus gedanklich generieren, weil sie sich ihrerseits überhaupt nicht in einem Konfliktverhältnis zum Naturhaften befinden. (Ich erkläre jetzt hier aber nicht, warum ich definitiv das Denken der Tiere als Fakt akzeptiere, und dass ich vom nichtmenschlichen Raum als ‚dem Naturhaften' ausgehe.)

Bei Nichtmenschen steht, so glaube ich, eher die Angst vor dem Menschen und dem menschlichen Raum im Vordergrund, weil dies für Tiere tragischerweise die

Hauptgründe zu Angst und Angst vor dem Tod sein müssen. Ich weiß nicht, weshalb Menschen einfach so immer davon ausgehen, dass Tiere sich ihrer Sterblichkeit nicht bewusst wären. Ich halte das für ein biologistisch-speziesistisches/tierobjektifizierendes Vorurteil. Wir haben nichtmenschliche tierliche Subjekte bei ihrem natürlichen Sterbeprozess begleitet und sehr wohl haben wir deren starke psychischen Ängste miterlebt, wobei wir persönlich diese Ängste als verschieden zu menschlichen agonischen Gedanken und Erlebnissen denken und beschreiben würden und meinen so beobachtet zu haben.

Ich glaube, dass die Eigenkonzeption des Menschen als „Menschen“ ihn/sie soweit entfernt hat von – ich nenne es mal – einem „kosmischen Gleichgewicht“, dass sich für sie/ihn andere Fragen stellen, nämlich solche nach seinem/ihrem Sinn oder ihrer Sinnlosigkeit, spezifisch mit der Erlebniswelt des Menschseins als sich im hybrismäßigen Zustand befindend, in Ablösung und in der Abgelöstheit vom geistigen Reichtum des Nichtmenschlichen.

Aber zurück zu der Begegnung, der Begleitung und dem Zusammensein mit Menschen, die bald sterben werden oder bereits im Sterben liegen, sich also ggf. in einer palliativen Phase befinden:

Meine Freundin machte mich also auf die Gefahr aufmerksam, dass das eigene Weltbild und eigene Vorstellungen über Leben und Tod, dem Gegenüber zu sehr aufgedrückt werden könnten. Man solle beachten, dass der/die andere schwach und vulnerabel sei, und dass man ihm/ihr in dem Sinne im sozialen Kontakt in dem Moment nicht auf gleicher Augenhöre begegnen würde, z.B. in der verbalen Kommunikation.

Sie sagte, Geistliche würden zum Beispiel ihr Weltbild oder ihren Glauben dem anderen komplett aufdrücken, in solch einem Augenblick. Sie ging davon aus, dass man dem/der Sterbenden möglichst neutral und unterstützend begegnen solle, aber völlig wertfrei, was die Weltbilder anbetrifft.

Ich sagte, dass ich glaube, dass man sein eigenes Weltbild unweigerlich mit sich trägt, und dass das Gegenüber unweigerlich merkt, dass der andere Mensch immer in seinem eigenen Menschsein unneutral befangen ist.

So erkläre ich mir zum Beispiel auch, warum es Menschen im Sterbeprozess oftmals wichtig ist, sich, wenn möglich, nur mit Vertrauenspersonen zu umgeben um von ihnen eine zuverlässige, ihnen bekannte Geborgenheit und Verständnis zu erhalten. Kennt mich der/die andere, so weiß er/sie auch, wie die verschiedenen Weltbilder im sozialen Kontakt am besten miteinander navigiert werden. Kenne ich einen Menschen nicht, so kann ich eine Gleichheit in Konzeptionen über vieles voraussetzen, aber mich nicht unbedingt auf diese Voraussetzung verlassen.

Der Haken ist also folgender: Bin ich im Sterben mit fremden Menschen konfrontiert, so muss ich mich auf deren neutrale Haltung mir gegenüber verlassen. Da ich aber Zugewandtheit erhoffe, wegen der erhöhten Verletzlichkeit und Sensibilität, muss ich mein menschlichen Gegenüber aber erst erkennen können, hinsichtlich seines echten Wesens und/oder seiner Authentizität im Verhalten mir gegenüber.

Würde ich als begleitende Person dem/der Sterbenden begegnen in einer Form wie sie in irgendeinem Lehrbuch beschrieben wird, so wirkte meine Position neutral, aber nichtsdestotrotz wüssten ich, sowie der/die Sterbende, dass ich irgendeine nicht-ganz-neutrale Haltung zu ihm/ihr einnehme, z.B. auch weil mein Gegenüber nicht zwingend die höchste Priorität genießt in meinen Augen, weil ich den Menschen nicht ausreichend kenne … Gründe, die keiner von beiden involvierten Seiten irgendwie verschulden würde, sondern die sich einfach aus der Situation heraus ergeben.

Der Sterbende, so vermute ich, benötigt in seiner Sterbephase Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und ein starkes Einfühlungsvermögen. Ich glaube dies ist kaum bestreitbar.

Dies würde aber auch darauf hinweisen, dass sich sehr wohl immer auch eine Frage nach dem eigenen Verständnis von Sinn in der Welt (und auch der jenseitigen Welt denke ich) stellen muss: Ich will beachtet werden, weil ich sinnvoll bin, mein Lebens und mein Tod ergeben einen Sinn. Der „Mensch“ hat nicht einfach einen bloßen „Wert“, sondern er/sie hat einen Sinn. Für sich selbst und für seine Mitwelt. Das Gegenüber kann mich aber auch einfach in meinem „Wert“ für die Gesellschaft, etc. wahrnehmen. Dieses Risiko besteht.

(Sterbenden wird wirklich nicht immer in unserer Gesellschaft adäquat begegnet. Ich habe auf diesem Blog [https://www.simorgh.de/disablismus] schon ein paar Mal etwas über meine Kritik am Umgang mit dem Sterben z.B. in Heimen gesagt – ein Problem, das sich nicht einfach von der Hand weisen lässt.)

Meine Freundin sagte man müsste auf der Grundlage des Naturrechts einfach Menschen ihre natürliche Würde zugestehen. Ich sagte, das wäre grundsätzlich klar, dass Menschen unter den Begriff der Menschenwürde oder mit „Menschenwürde“ aber, trotz allem, in letzter Konsequenz sehr Verschiedenes verbinden. Allein wenn ich zum Beispiel die Phantasiebegabtheit eines Kindes unterdrücke oder missachte, kann ich schon einen Verstoß gegen die Würde eines Menschen – selbst wenn unbeabsichtigt – vollziehen. Jede Diskriminierung, sei sie auch unbenannt in ihrer Kategorie oder noch so subtil und versteckt, ist ein Verstoß gegen die Menschenwürde.

Eine*r meint es gehöre zu seiner/ihrer Menschenwürde frei konsumieren zu könnten, ein*e andere*r meint, der Sozialismus wäre Ausdruck der Anerkennung von Menschenwürde, ein*e nächste*r meint er/sie dürfe die Umwelt seinem Wohl opfern, das wäre der Bedeutung seiner/ihrer Menschenwürde geschuldet, und der/die nächste wiederum meint, die Natur zu schützen, wäre sein/ihr Recht und dieses Recht müsse aufgrund seiner/ihrer Menschenwürde geschützt sein. Die Vorstellungen von “Würde” können miteinander in Konflikt stehen und das ist dann wahrscheinlich auch der einzige Fall, in dem wir die Fragilität von Menschenwürde als losgelösten absoluten Faktor in der Welt erkennen können.

Die Würde eines Sterbenden, um zum Kernthema zurückzukommen, die Würde eines Sterbenden zu achten, befördert auch immer die Frage mit, nach unseren jeweiligen Vorstellungen von Leben, Lebenssinn und Tod, und dem was wir uns unter Tod vorstellen und wie wir auf soziologischer Ebene mit Menschen umgehen, die bald keine „Funktion“ innerhalb ‚der Welt der diesseitig Lebenden‘ mehr einnehmen werden. Außer ein Mensch wird als Denkmal oder museal gewürdigt z.B. etc.

Ich glaube zum Beispiel, dass echte Altersdiskriminierung auch immer damit etwas zu tun hat, dass ein alter Mensch auf jeden Fall auf sein Lebensende zuschreitet. Wir wollen das ‚Neue‘, das ‚Frische‘, das ‚Unverbrauchte‘, das ‚noch

nicht Enttäusche‘, das ‚definitiv Hoffnungsvolle‘ sehen. Positionswechsel: Wer stirbt weiß nicht ob seine Hoffnungen auf eine Existenzform nach dem „körperlichen Tod“ – wenn er/sie eine hegt – berechtigt ist.

Ich finde es schwer eine klare Lösung dafür zu finden, wie ich dem Sterbenden als Gegenüber am besten eine Unterstützung sein kann, in Hinsicht auf die Fragen, die sich in der Situation allesamt stellen können. Es ist klar, dass man sein Bestes gibt, aber es ist auch klar, dass die Situationen viel an Reflektion bedürfen. Ich fand es wichtig, dass man gemeinsam über das Thema spricht und habe auch im Netz einige sehr hilfreiche Anregungen gefunden zum Thema:

Palliativfürsorge und seelisch-emotionale Komponenten …

Einige spontan gesammelte Links:

„Die Seelsorger empfehlen, den Kranken selbst entscheiden zu lassen, ob er über den Abstieg der Frankfurter Eintracht oder seine Ängste vor dem Sterben reden möchte. Es ist hilfreich, diesen Menschen in seinen Gedanken nicht allein zu lassen, wenn er das wünscht.“
https://www.ekhn.de/service/angebote/sterbebegleitung/umgang-mit-sterbenden.html (Stand 01.02.2023)

“Ich will hoffen dürfen, auch wenn sich die Gründe für mein Hoffen verändern. Die Menschen, die mich begleiten, sollen mich dabei unterstützen.”
https://www.betanet.de/palliativphase-kommunikation.html (Stand 01.02.2023)

Regine Halentz: „Die Todesangst wird durch das Erleben der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens gelindert; der Kranke sucht einen neuen Lebenssinn. Die Bedrohung der eigenen Existenz wird geleugnet. Der Sterbende durchschreitet Phasen tiefer Depression, bis er den Tod am Ende annimmt.“
… „Zu sehen sind […] oft einsame, von Ärzten wie Angehörigen verlassene Sterbende.“
… „Wenn Gott nichts sei, so heißt es bei Peter Noll in seinen ‚Diktaten über Sterben & Tod‘, so wolle er dieses Nichts sehen. ‚Möchte wissen, warum aus nichts alles geworden ist.‘ Walter Jens sagt dazu: ‚Es wäre, nach aller Erfahrung, verwunderlich, wenn nichts mehr wäre – danach.‘ Also doch Hoffnung. Und die

Ungewissheit, die den Tod umgibt, garantiert uns, dass diese Hoffnung niemals enttäuscht werden kann.“ https://www.wissenschaft.de/allgemein/was-zuletzt-stirbt-ist-die-hoffnung/ (Stand 01.02.2023)

“But, while many people think to prepare for the practical aspects of dying, too often they give short shrift to the emotional side of dying—meaning, what to do so that your death has more meaning and is less emotionally trying for yourself and those left behind.”
https://greatergood.berkeley.edu/article/item/how_to_bring_more_meaning_to_dying (Stand 01.02.2023)

“Although concern is often raised about the nonspecificity of somatic symptoms in reaching a diagnosis of depression, clinical wisdom and experience suggest that greater diagnostic emphasis should be placed on psychological symptoms, such as depressed mood, loss of interest, helplessness, hopelessness, excessive guilt, feelings of worthlessness, and desire for death, as opposed to physical criteria.”

… “Spirituality and Existentialism: Spirituality is variably understood, with one comprehensive review of the health literature counting 92 separate definitions. These definitions were divided between seven major thematic categories, including: a relationship to God, a spiritual being, a higher power, or a reality greater than the self; not of the self; transcendence or connectedness unrelated to a belief in a higher being; existential, not of the material world; meaning and purpose in life; life force of the person, integrating aspect of the person; and summative definitions that combined multiple themes. Spirituality embodies a sense of connectedness to a personal god or higher force or power, and is considered a broader construct than religion.”
https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.56.2.84 (Stand 01.02.2023)

Alexandra Jax: „Der letzte wichtige Punkt in meiner Arbeit war es herauszufinden, ob Menschen in der Palliativphase einen Lebenssinn haben. Mit Hilfe des ‚Schedule of Meaning in Life Evalutation‘ (SMILE) konnte gezeigt werden, dass der Lebenssinn als Basisinhalt eines glücklichen Lebens, sich im Laufe des Lebens verändert. Vor allem in kritischen Phasen kommt es zu einer Umlagerung um sich Situationen anzupassen. Vor allem Bereiche der Spiritualität

und Natur gewinnen in der Palliativphase an Bedeutung während die Bereiche Freunde und Arbeit in den Hintergrund gelangen. Das Instrument SMILE stellt in erster Linie eine Möglichkeit dar, Lebenssinne von Individuen abzubilden um vor allem Patienten in der Palliativphase bestmöglich zu betreuen.“
https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.getDocument?pThesisNr=26328&pAutorNr=&pOrgNr= (Stand 01.02.2023)

Lebenssinn am Lebensende: Eine Erhebung mit dem Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) bei Palliativpatienten
https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1088430 (Stand 01.02.2023)

Anita Vukovic: „Sinnfragen stellen können: Menschen, die im Sterben liegen oder gezwungen sind sich stark mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen, stellen sich selbst viele Sinnfragen. Fragen wie: ‘Habe ich mein Leben so gelebt, wie ich es wollte? Hatte mein Leben einen Sinn? Was bleibt von mir, wenn ich nicht mehr da bin? Für wen war es wichtig, dass ich gelebt habe und für wen hat es eine Bedeutung, dass ich gehen muss? Wer wird mich vermissen?’, und viele weitere Fragen quälen diese Menschen. Sich diese Fragen anzuhören und mit den Betroffenen darüber zu reden, gehört auch zu einer der Aufgaben der Palliativpflege (Feichtner 2014, S.65). Auch Bronnie Ware hat sich in ihrem Buch stark mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Mit dem Titel: ‘5 Dinge die Sterbende am Meisten bereuen’, schrieb sie ein Buch über ihre Erfahrungen mit sterbenden und schwer kranken Menschen. Für sie waren vor allem diese Sinnfragen und Reuefaktoren im Fokus und was wir Verbleibenden aus ihnen lernen können.“
https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.getDocument?pThesisNr=48450&pAutorNr=&pOrgNr= (Stand 01.02.2023)

Lancet Commission on the Value of Death
https://www.thelancet.com/commissions/value-of-death (Stand 01.02.2023)
https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)02314-X.pdf (Stand 01.02.2023)

(rev. 01.02.2023)

Gedanken über Pflegenormen

Eine Hausarbeit, die ich 2017 für meine abgebrochene Ausbildung zur „Pflegefachkraft“ schrieb. Schwerpunkt Altenpflege. Referat zum Thema: ‚Fördernd pflegen mit einer fürsorglichen Haltung: Das berufliche Selbstverständnis‘. Das Referat sollte sich gezielt um die Begriffe: Normen, Werte, Moral, Ethik und Prinzipien winden. Uns wurden zudem fünf Sätze vorgegeben. Wir sollten fünf Thesen zu fünf vorgegebenen Sätzen und eine längere Erklärung unserer Thesen zu Papier bringen. Den Sätzen sollten wir dazu die genannten Begriffe (Normen, Werte, Moral, Ethik und Prinzipien) frei zuordnen und ein Schaubild sollte erstellt werden.

Schaubild:

Normen → Handlungsrichtlinien.
↕
Werte → bilden sich aus … Moral und Ethik.
↕
→ Moral, individuelles Empfinden und Handeln; steht im kritischen oder affirmativen Bezug zu gemeinschaftlichen Konventionen über ‚Sittlichkeit‘.
↕
→ Ethik, gemeinschaftliche Schlüsse, Erkenntnisse und verbindliche Übereinkünfte; Richtschnur über Sinnhaftigkeit und Werte im Leben und das grundsätzlich Existenzielle anbetreffend.
↕
Prinzipien → bilden dafür Fundamente, Säulen, Träger.

Einleitung

Im Pflegealltag sind alle beteiligten Instanzen, sowohl die helfenden als auch die Hilfe empfangenden, durch Implikationen ethischer Grundsätze betroffen, über die in unserer Gesellschaft und Wertegemeinschaft allgemein anerkannte und gesetzlich verankerte Übereinkünfte bestehen. Diese ethischen Werte werden

über moralische Konsense, über das tägliche praktische Handeln, das Interagieren und das Rezipieren ständig beeinflusst, und die Gemeinschaftlichkeit befindet sich in einem fortwährenden Prozess der Mitgestaltung, des Miterfahrens und der Mitreflektion. Dieses Referat stellt sich die Frage seitens des Verantwortungsbereichs professioneller Pflege und ihres pflegerischen Handelns, darüber, wie ethisches Erkennen, Bewusstsein und Handeln als sinnstiftende Elemente dem gemeinschaftlichen Sein stetig aktualisiert zugetragen werden können.

Was entspricht meinem beruflichen Selbstverständnis (Wert)

Mein Ideal eines Selbstverständnisses für die Praxis der pflegenden Berufe speist sich aus Werten, die ich einerseits den allgemeinen Diskursen in unserer Gesellschaft über die Mitverantwortlichkeit gegenüber hilfsbedürftigen Menschen, den anderen Mitmenschen und Mitlebewesen und der Umwelt, als ethisch-moralische Werte verstehen kann, und die ich andererseits auch nach eigenen Vernunftskriterien persönlich nachvollziehen kann. Hier sehe ich urmenschliche Maßstabssetzungen für Richtigkeit, als „Werte“, wie ich sie in meiner allgemeinen Lernerfahrung bereits bei den bekannten Moralphilosophen kennengelernt habe. Werte sind in meiner Sichtweise normative Übereinkünfte über Richtigkeit, und bilden somit Leitlinien für die Ausrichtung des Handelns. Diese Richtigkeit wird aber ebenso über die eigene Reflexion verifiziert und nicht blind ausgeführt.

Parallel hierzu wird mir seit Beginn meiner Ausbildung zur Pflegefachkraft der gesetzliche Rahmen für die Pflegeberufe vertraut. So erfahre ich, dass sich Grundsätze der Unantastbarkeit der menschlichen Würde [1] in übertragener Formulierung in den Gesetzen betreffend behinderter, kranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen [2] in spezifizierter Form wiederfinden.

Die ethisch-moralischen Werte der Gemeinschaft befinden sich im Einklang mit der eigenen Erkenntnis und Erfahrung über die Sinnhaftigkeit des sozialen Miteinanders durch die Universalität dieser Werte. (Ethisch-moralische) Werte sind also ebenso Grundsätze, die den Gemeinsinn und das Funktionieren der Gemeinschaft untermauern, indem sie sich als feststehende gesetzliche Übereinkünfte ausdrücken lassen können.

Wie erkenne ich, was der Lebensgestaltung einer anderen Person entspricht? (Moral)

Die rein persönliche Ebene der Approximation an das Gegenüber birgt eine Gefahr im pflegerischen Handeln Grenzüberschritte zu begehen. So ist einerseits das Persönlich-Emotive Teil des kritisch zu beobachtenden möglichen Spannungsfelds und bildet aber auch den Raum gefühlter persönlich-individueller Empathie und Sympathie, andererseits reicht diese Annäherung aber nicht und wird den nötigen sozialen Mechanismen professioneller Pflege nicht gerecht.

Das primär Persönliche, in der Annäherung an das Wertesystem meines Gegenübers (im Sinne seiner moralischen Empfindungen und seiner Moralität), birgt die potenzielle Gefahr fehlerhafter Annahmen über den Anderen z.B. aus Unkenntnis oder mangelnden Informationen. Ein Mensch ist nicht zu trennen von seinen moralischen Empfindungen über „moralisch richtig“ und „moralisch falsch“. Hier besteht aber ein individueller Spielraum, und das persönliche Empfinden und individuelle Wertesystem des anderen muss erst über Informationen, Kennenlernen und Erfahrung eruiert werden, um es in seiner individuellen Ausprägung zu verstehen.

Der Pflegende hat Zugriff auf einen Großteil persönlicher Lebensbelange des Pflegebedürftigen und so trägt er eine besondere Verantwortung, die sich in der sorgfältigen Bewusstmachung über die Prioritäten in der Lebensgestaltung des pflege- und hilfsbedürftigen Gegenübers ausdrücken sollte.

Moral impliziert moralisches Empfinden. Dieses folgt immer auch einer individuellen Ausprägung beim Menschen [3]. Hier entsteht ein Raum, der gleichermaßen Spannungsfelder sowie auch Harmonie beinhalten kann. Die wechselseitige Beziehung zwischen professionell Pflegendem und Pflegebedürftigem muss den Faktor einer Individualität moralischen Empfindens berücksichtigen und diesen bewusst und sorgsam wahrnehmen, damit der individuelle emotiv-beeinflusste Aspekt der Beziehung zum pflegebedürftigen Gegenüber von Autonomiewahrung im Bezug auf dessen Empfinden geprägt ist, und in jedem Falle unbewusst manipulative Situationen im Bezug auf das moralische Empfinden [4] des Pflegebedürftigen im Pflegekontext vermieden werden.

Wofür bin ich im Berufsfeld Altenpflege verantwortlich (Norm)

Grundsätze ethischen Erkennens und moralischen Handelns [5] stellen in der professionellen Pflege den Kern dar, dem die Pflegeberufe und seine Ausübenden als inhärent bindende Leitlinien verpflichtet sind und sie bilden somit eine Norm. Diese Normen sind genau formuliert und konkret vorgegeben: durch Gesetze (das GG und das AltPflG) [6], durch für das Selbstverständnis des Berufsstands verbildliche Ethikkodizes und Leitlinien [7] und durch medizinische ausgerichtete Pflegestandards [8].

Die soziale Mitverantwortung und Mitmenschlichkeit innerhalb unserer Gesellschaft (und der Lebensgemeinschaft von Menschen und Umwelt insgesamt) sind Werte, die – sei es über humanistische Ideale (der Menschenwürde) oder auch das ideal christlicher Nächstenliebe (und Verantwortlichkeit für die Schöpfung) – bindend und verpflichtend sind, und sie gelten vom Grundsatz her als ein klarer Maßstab. Hier greifen Ethik und Normen wechselseitig ineinander.

Die Praxis unserer Wertegemeinschaft wird also auch durch das eigene Handeln und Mitdenken beeinflusst. So ist der Pflegende nicht allein Teil einer übergeordneten Systematik aus medizinisch-ausgerichteten, pflegerisch stetig optimierten Funktionsmechanismen und sozioökonomischen institutionellen Rahmenbedingungen, sondern er gestaltet ebenso die Prozesse des pflegerisch-sozialen Aspekts täglich in Entscheidung und Handeln mit. Dies findet in gleicher Weise auf der individuellen Ebene statt, im Team, multiprofessionell und gemeinschaftlich mit dem Pflegebedürftigen und dessen Zu- und Angehörigen.

Die Verantwortlichkeit als Norm ist ein von außen gesetzter und erwarteter Maßstab, sowie auch das innere Maß, an dem ich mein Pflegehandeln und seine Ziele und Ideale bemesse. Die pflegerischen Normen sind Übereinkünfte, die aus entwickelten Standards und durch Pflegeverbände formulierten Ethikkodizes für das Berufsfeld bestehen. Beide Eckpfeiler der Altenpflege: die physiologisch-pflegende und die allgemeine ethische Komponente, werden im Zuge der Ausbildung verinnerlicht, reflektiert und in der eigenen Pflegepraxis im Beruf täglich als Norm realisiert und umgesetzt.

Für welche Werte und Normen setze ich mich in der Altenpflege ein (Ethik)

Die Werte und Normen im Umgang mit pflege- und hilfsbedürftigen Menschen werden besonders klar im Verstoß gegen diese und in den Folgen davon: Die Gräuel von Euthanasie und Eugenik im letzten Jahrhundert, insbesondere im Nationalsozialismus [9], die schwärzesten Kapitel der Menschheitsgeschichte im Umgang mit körperlich und/oder geistig behinderten Menschen, und auf der anderen Seite die einzelnen Tragödien von Missbrauchsfällen in Pflegeeinrichtungen an Hilfe- und Pflegebedürftigen, von denen unsere Gegenwartsgesellschaft immer wieder Notiz nimmt [10], stehen in letzter Konsequenz alle in Zusammenhang mit menschlichem fehlinformierten Denken und Handeln auf der soziologischen Makro- und Mikroebene.

Die Tragweite von ethischer Mitverantwortung und Mitgestaltung wurde von Menschen, insbesondere denjenigen die extreme, traumatisierende Situationen bezeugt oder selbst erlebt haben, immer wieder in der jüngeren Geschichte betont wenn es um die Verstöße gemeinschaftlicher, menschlicher Ethikkodizes geht. So wie der Einzelne Schaden in der Gemeinschaft anrichten kann, indem er destruktiv gegen die Menschenwürde handelt, so ist der einzelne Mensch aber auch im Umkehrschluss der, dessen eigenes Handeln und Denken eine positive Wirksamkeit und Wichtigkeit in der Gemeinschaft hat.

Die Anerkennung im Berufsfeld für eine Stärke eigenverantwortlichen Handelns, anhand ethischer Werte und Normen, ist mit Sicherheit ein gelebter Wert der Berufspraxis mit günstigen Folgen für das Gemeinwohl. Die Werte und Normen, die bindend für das Berufsfeld sind, wurden und werden in der Pflegeethik, den Ethics of Care und der Care-Ethik (d.h. in den speziellen Ausrichtungen der Ethik für die Pflege- und Heilberufe) [11] immer weiter formuliert. Hier finden wir die Formulierungen des beruflichen Ethos, den wir vertreten und der unsere ethischen Werte und Normen in der Pflege bildet.

Ethik kommt nicht ohne Werte und Normen aus. Sie kann ohne die Ebenen von Erkennen (Werte), Entscheiden und Handeln (Normen) nicht wachsen, und würde als reine Theorie wirkungslos bleiben. Der Begriff des Berufsethos drückt diese Verbindung aus.

Wie kann „Pflegen mit einer fürsorglichen Haltung“ realisiert werden (Prinzip)

Die Zielsetzung: was geht, was geht nicht, die gemeinsame Erörterung im interdisziplinären Team, die Heranziehung wie z.B. des Palliativbereichs, eines Ethik-Rates, der Pflege-Forschung, medizinischen- und psychologischen Forschung (z.B. im Bezug auf demenziell veränderte Pflegebedürftige), des Ehrenamts, die Vernetzungsmöglichkeiten im Betrieb und darüber hinaus, und die direkte Einbeziehung des Gegenübers – für dessen Wohl, Sicherheit und Geborgenheitsempfinden wir eine berufliche Verantwortung mit tragen auf soziologischer Ebene [12] – bilden alle mitsamt eine Leitstruktur für Prinzipien, die in der Pflegepraxis zum Tragen kommen.

Die Prinzipien in der Pflege – die sich aus der angestrebten optimalen Funktionalität aller teilhabenden und betroffenen Instanzen ergeben – sind die tragenden Säulen, die den Normen als Handlungsebene und den Werten, die auf moralischem Empfinden und ethischen Übereinkünften basieren, ein festes Fundament verschaffen, und so für eine stabile Statik der Pflege-Architektur mit all ihren Bausteinen als ganzem Komplex sorgen. Das wesentliche Prinzip, das hier zugrunde liegt, ist das der Menschlichkeit, das den gesamten soziologischen Bereich der Pflege und der Pflegebedürftigkeit durchdringt [13].

Fazit

Ethische Dilemmata gehören nicht nur zur Pflege, sondern sie werden uns zwangsläufig in allen Lebenssituationen gewahr, insbesondere heute in einer komplexen Welt, in der Zusammenhänge von Mitverantwortung häufig kaum mehr deutlich wahrgenommen werden, in einer kollektiv beschädigten Welt, und Möglichkeiten erforderlicher Verantwortung häufig fast unmöglich einzulösen sind, wenn es um die Makroebenen globalen Ausmaßes geht.

Nichtsdestotrotz weist der Weg immer nach vorn, ist Lösungsorientiert. So ist es zielführender konstruktiv zu denken und manchmal nur einen Tropfen auf den sprichwörtlichen heißen Stein beizutragen [14], als davon auszugehen, dass jeder Veränderungsversuch eine vergebliche Sisyphusarbeit sei. Das

eigenverantwortliche kritische Denken [15] bietet die voraussetzende Möglichkeit an den Stellen zu handeln, an den ein Umlenken bzw. Eingreifen notwendig ist.

Fußnoten

[1] § 1 Abs. 1 der GG (Schutz der Menschenwürde), siehe http://www.bundestag.de/parlament/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122, Stand 09.12.2017, bzw. https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html, Stand 09.12.2017. Der im ersten Paragraphen, Artikel eins des Grundgesetzes ausgedrückte prioritäre Wert der Würde des Menschen baut auf einer Geschichte moraltheoretischer Handlungswerte (Christentum, Humanismus) auf, wie sie durch wegweisende Philosophen wie Emanuel Kant und andere humanistische Denker formuliert wurden, siehe dazu z.B.: Bundeszentrale für politische Bildung: Einfach Politik: Das Grundgesetz – Die Grundrechte. Die Würde des Menschen ist unantastbar, http://www.bpb.de/politik/grundfragen/politik-einfach-fuer-alle/236724/die-wuerde-des-menschen-ist-unantastbar, Stand 09.12.2017. Wobei bemerkt werden muss, dass humanistisch bedeutsame Werte nicht allein ein Ergebnis der christlich sowie humanistisch geprägten okzidentalen Welt, sondern universeller Natur sind. So wurden beispielweise Menschen als „Zweck ihrer Selbst“ (Kant) anerkannt, die Definition wer aber ein Mensch sei, war bis in das 18. und 19. Jahrhundert aber noch lange nicht eindeutig in allen Instanzen westlicher Aufgeklärtheit und Humanität geklärt. Vgl.: Breuer, Ingeborg: Freiheit, Toleranz oder Menschenwürde, Über die weltweite Bedeutung humanistischer Werte, http://www.deutschlandfunk.de/freiheit-toleranz-oder-menschenwuerde.1148.de.html?dram:article_id=180699, Stand 09.12.2017.

[2] Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. BMFSFJ/BMG 2005, https://www.bmfsfj.de/blob/93450/cb3a711f218cca72c859592655ef723c/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf, Stand: 20.11.2017, siehe auch http://www.pflege-charta.de/de/startseite.html, Stand: 20.11.2017. „In der Charta wird konkret beschrieben, welche Rechte Menschen in Deutschland haben, die der Hilfe und Pflege bedürfen“. Siehe BMFSFJ Der Hintergrund der

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen: https://www.pflege-charta.de/de/die-pflege-charta/hintergrund.html, Stand: 09.12.2017.

[3] Nach Lawrence Kohlbergs Stadienmodell der moralischen Entwicklung / Stages of Moral Development wird in den Stadien 6.: "Following self-chosen ethical principles even if they violate the law" und 5. "Valuing rights of others and upholding absolute values and rights regardless of the majority's opinion" beschrieben, dass Moralität eigenen Entscheidungsprozessen folgen kann und sich dadurch als eine Form individueller Vernunftsbegabtheit qualifiziert (letztendlich ist selbst neurobiologisch der Denk- und Abstraktionsprozess in letzter Konsequenz ein ursächlich individueller Akt; das Abwägen und die letztendliche Entscheidung, die ein Mensch trifft, stellen immer eine dem Menschen eigene Handlungsebene dar). Vgl.: Hrsg. Becker, Lawrence C., Becker, Charlotte B., Encyclopedia of Ethics, S. 1122, 2013, https://books.google.de/books?id=KfeOAQAAQBAJ&lpg=PA1122&ots=21C1BfW0Ps&dq=%22Following%20self-chosen%20ethical%20principles%22&hl=de&pg=PA1122#v=onepage&q=%22Following%20self-chosen%20ethical%20principles%22&f=false, Stand: 09.12.2017.

[4] "Ethische Probleme erkennen: Moralisches Empfinden und ethische Kenntnisse erhöhen die Wahrscheinlichkeit ethische Probleme und Dilemmata wahrzunehmen" siehe Lay, Reinhand, Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung , S. 36, 2012, https://books.google.de/books?id=LxYuBQAAQBAJ&pg=PA36&lpg=PA36&dq=%22moralisches+empfinden%22+definition&source=bl&ots=gxmd8bL2tM&sig=YNKIxyBJjJqa-to_Qce1iXKpruo&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwj-h5aitf3XAhWDcRQKHUVpDyoQ6AEITjAI#v=onepage&q=%22moralisches%20empfinden%22%20definition&f=false, Stand: 09.12.2017. Ergänzend kann man aber zu dieser wichtigen Kompetenz aus der Pflege auch sagen, dass sich eine Wichtigkeit des „moralischen Empfindens" aber nicht allein auf der Seite der Pfleger befindet – wobei hier selbstverständlich die Professionalität eine bewusste, durch ethische Grundsätze geleitete Praxis mit sich bringt. Wichtig ist aber auch bei der Frage des Umgangs mit der unausweichlichen Vorkommnis ethischer Dilemmata, dass der Pflegebedürftige selbst ebenso eine ethisch aktive und auch in dem Sinne relevante Position mit einnimmt, die gleichermaßen

Komponenten eines sozialen Miteinanders gestaltet und die mit berücksichtig werden muss eben nicht allein als passiv; selbst die Rezeption von Verhalten stellt einen aktiven Vorgang dar (Stichwort: Interaktions- und Kommunikationsethik).

[5] "Das ‚Oxford Dictionary' definiert Ethik als „moralische Prinzipien, die das Verhalten einer Person oder die (Art der) Ausführung einer Handlung bestimmen […]" und als „der Zweig der Wissenschaften/menschlichen Wissens, der sich mit den moralischen Prinzipien befasst […] Weder Metaphysik noch Ethik beheimaten die Religion." Moral wiederum wird im ‚Oxford Dictionary' definiert als „[sich befassend] mit den Prinzipien richtigen und falschen Verhaltens […]." Und als „[sich befassend] mit oder [sich] ableitend von dem Verhaltenskodex, der in einer bestimmten Gesellschaft als richtig oder akzeptabel empfunden wird. […] Ethik ist grob gesagt die Art und Weise wie eine Gesellschaft ihre Überzeugungen, ihre Wertvorstellungen und ihre langfristigen Entscheidungen gestaltet. Beide Konzepte sind somit unvermeidbar miteinander verbunden […]." Siehe: Oxford Learning College, o.V., Ethics Versus Morals – Critical Thinking, 2014 https://www.oxfordcollege.ac/news/ethics-versus-morals/, Stand: 09.12.2017.

[6] Vgl.: das Grundgesetz, das Altenpflegesetz (AltPflG) und die relevanten Gesetze für die Pflegeberufe.

[7] Im Wesentlichen geht es hierbei um den für die Pflegeberufe maßgeblichen ICN-internationalen Ethikkodex für Pflegende, Übersetzung, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf, Stand: 10.12.2017; Originalfassung: International Council of Nurses, The ICN code of ethics for nurses, rev. 2012, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf, Stand: 10.12.2017. Zudem existieren aber auch ethische Richtlinien und Wegweiser, die durch andere Stellen und Autoren formuliert wurden, vgl. Deutschen Pflegerat e.V., Rahmen – Berufsordnung für professionell Pflegende, 2004, S. 9, http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf, Stand 10.12.2017.

[8] Gemeint sind hiermit die Expertenstandards des DNQP und die hauseigenen Standards (die eventuell teilweise abweichen, sich primär aber an den Expertenstandards ausrichten) der jeweiligen Träger und Einrichtungen.

[9] Ich mache diesen drastischen zeitlichen Sprung um zu verdeutlichen, dass im geschichtlichen Kontrast erst immer klar wird, wie mühevoll und hart erkämpft die Menschenrechte insbesonders vulnerabler Bevölkerungsschichten und -gruppen immer wieder geschützt werden mussten. Und dass das Selbstverständliche in Zeiten vergangener Gewaltherrschaft (Euthanasie im Nationalsozialismus) aber selbst auch in Zeiten relativer Normalität (die Eugenik in den westlichen Nationen, wie in den USA Anfang und Mitte des letzten Jahrhunderts) nicht immer das war, was selbst den chronologisch weitaus früheren Vorstellungen von Menschenrechten und Menschenwürde entsprach. Aber auch in unserer Gegenwartsgesellschaft spielt die Diskriminierung Behinderter (Ableismus, Disableismus) sowie aber auch alter und hochaltriger Menschen (die heutzutage in der Gesellschaft als ‚relativ schwach' [biologistischer Sozialdarwinismus] bewertet werden und deren Probleme häufig für die Gesellschaft unsichtbar bleiben) eine Rolle, die der ständigen kritischen und mahnenden Auseinandersetzung bedarf. Die Bewusstmachung der Wichtigkeit ethischer und moralischer Werte in Hinsicht auf marginalisierte und hilfsbedürftige Gruppen ist immer wieder ein wichtiger gesellschaftlich-sozialer Prozess, der ständig vergegenwärtigt werden muss und Auseinandersetzung benötigt, damit diese Teile der Gesellschaft nicht im Abseits bleiben oder dahin gerückt werden, mit ihren Problemen und Belangen. Zahlreiche Veröffentlichungen von staatlichen wie nichtstaatlichen Organisationen zu den Themen Behinderung, dem Schutz kranker und alter Menschen belegen diese Relevanz. Die folgende Beobachtung drückt das spezifisch gegenwärtige Problem der Wichtigkeit der Intersektionalität zwischen Alter und Behinderung treffend aus: „Viele Behinderte werden alt, und viele Alte sind behindert. Diese Überschneidung auszublenden, bedeutet den (sich ähnelnden) Ursachen die Aufmerksamkeit mittels Verständnis und Auseinandersetzung zu entziehen, damit die Diskriminierung beider Gruppen letztendlich zu fördern und den Schutz für beide Gruppen zu mindern", siehe Francis, Leslie Pickering and Silvers, Anita (2009) Bringing Age Discrimination and Disability Discrimination Together: Too Few Intersections, Too Many Interstices, Marquette Elder's Advisor: Vol. 11: Iss. 1, Article 8,

http://scholarship.law.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=elders, Stand 10.12.2017.

[10] Eine zeitbegrenzte Google-Suche über Missbrauchsfälle in den letzten ein- bis zwei Jahren ergab zahlreiche Treffer zu Meldungen über Missbrauchsfälle in Pflegeinrichtungen aus der allgemeinen bundesweiten Medienlandschaft. Für persönliche Zwecke habe ich mir eine Auflistung solcher Fälle erstellt.

[11] Vgl. Internet Encyclopedia of Philosophy, o.V., Care Ethics, o.J., http://www.iep.utm.edu/care-eth/, Stand 10.12.2017.

[12] Versteht man die Pflege (in Sinne ihrer Fürsorglichkeitshaltung) als ursoziale Handlung und ursozial-menschliches Phänomen, so wird aus ganz verallgemeinernder Sicht klar warum man von einer Soziologie der Pflege, Pflegesoziologie, einer sociology of care, etc. spricht. Die Pflege ist offensichtlich ein sozialer Beruf und offensichtlich Gegenstand soziologischer Gesichtspunkte und Betrachtungen. Der gesellschaftliche Faktor ist für mich der entscheidende bei der Pflege, um auch von den vorkommenden oder wahrnehmbaren Prinzipien zu sprechen, denn grundlegend stellen Humanität und Menschlichkeit Prinzipien im klassischen Sinne dar und beide sind leitend und maßgeblich in den sozialen Berufen, und somit auch in der Pflege.

[13] Riedel stellt 2015 zu pflegerischer Ethik dar, dass „Im Hinblick auf die stationäre Langzeitpflege […] pflegeethische Sensibilität z. B. die situative Wahrung von und das Respektieren der Autonomie, die Achtung der Freiheitsrechte oder auch die sensible Abwägung zwischen dem Respekt der Privatheit und dem Angebot der Teilhabe [bedeutet]. Die geforderte ethische Sensibilität begründet sich in diesem Setting u. a. aus den spezifischen Charakteristika einer ‚Totalen Institution' heraus."

Zugleich formuliert sie aber auch, dass deutlich sei, dass es in der Pflege keine leitenden Werte oder Prinzipien gäbe, es gäbe aber Werte die wiederkehrend und „deren Berücksichtigung im Kontext pflegeprofessioneller Entscheidungen unumstritten sind – wie z. B. die (Menschen-)Würde, die Autonomie, die Fürsorge, die Teilhabe und die Verantwortung. Die exemplarisch benannten Bezugspunkte (wie der ICN- Ethikkodex, Pflegetheorien, Chartas, UN-BRK)

lösen mit ihren ethischen Anhaltspunkten indes nicht die in der Pflegepraxis vorhandenen ethischen Fragestellungen und Konfliktfelder. Vielmehr können die benannten und für die professionelle Pflege handlungsleitenden Werte selbst ein ethisches Spannungsfeld auslösen, so z. B. zwischen dem Wert der Autonomie und der Fürsorge […]“ Siehe: Riedel, Annette, Pflegerische Ethik, 2017 http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/182461/pflegerische-ethik, Stand 10.12.2017. Ich sehe hier einen gewissen Widerspruch hinsichtlich einer Soziologie der Pflege, die ich als Prizipienebene betrachte. Werte und Prinzipien finden sich eingebettet in die Struktur gesellschaftlicher normativer Handlungsebenen, wie wir sie in anderen soziologisch relevanten Bereichen kennen. Der ethische Konflikt in der Pflegepraxis alleine hebelt für mich noch nicht die leitstrukturbildende Funktion von sozialen Grundsätzen, wie wir sie in allen menschlichen Interaktionen, betrachtet aus der Ebene der Relevanz für den öffentlichen Raum kennen, aus. In der Pflege kann es sich hinsichtlich der Existenz von leitenden Prinzipien und Werten nicht anders verhalten, wie in jeglichem Bereich der durch ethisch bedeutsame Spannungsfelder beeinträchtigt ist.

[14] In einer Geschichte beschreibt die Umweltaktivistin und Friedensnobelpreisträgerin Wangari Maathai die Geschichte des Kolibris: als eines Tages ein Feuer im Wald ausbricht kommen alle Tiere in Schrecken zusammen und sind wie gelähmt. Nur ein kleiner Kolibri holt einen Tropfen Wasser nach dem anderen aus dem nahe gelegenen Fluss und lässt so jeden einzelnen Tropfen über dem Feuer fallen. Die anderen Tiere würden weitaus mehr schaffen, wie der große Elefant mit seinem Rüssel. Doch alle stehen wie gebannt vor lauter Angst vor der Feuerwand. Die Tiere werfen dem Kolibli Anmaßung vor, er sei doch viel zu klein das große Feuer zu löschen. Der Kolibri entgegnet ihnen: „Ich tue das was ich kann, ich tue mein Bestes.“ Vlg: Schreier, Doro, Die Geschichte des Kolibris, wie Wangari Maathai sie erzählt hat, 2013, https://netzfrauen.org/2013/08/11/die-geschichte-des-kolibries-wie-wangari-maathai-sie-erzaehlt-hat/, Stand 10.12.2017.

[15] Folgende Aussage in einem Lehrbuch über Pflegepädagogik beschreibt die Möglichkeit des Eingreifens in den Situationen ethischer Dilemmata zutreffend: „Pflegeethik und Grenzsituationen: Ethische Normen sollen den Menschen bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Im konkreten Einzelfall, z.B. einer

bestimmten Pflegesituation, ist der Mensch jedoch aufgefordert, sich kritisch mit diesen Normen auseinanderzusetzen und ihre Bedeutung für den Einzelfall zu reflektieren. Die kritische Auseinandersetzung ist eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit ethischen Normen in der Pflege.“ Siehe: o.V., Thieme Pflegepädagogik: Pflegeethik und Grenzsituationen, o.J., https://www.thieme.de/de/pflegepaedagogik/48-pflegeethik-und-grenzsituationen-68957.htm, Stand 10.12.2017.

Fünf Thesen zur Fürsorglichkeitshaltung und –pflicht in der ‚Pflege‘ [im Sinne von ‚Care‘]:

Was entspricht meinem beruflichen Selbstverständnis (Wert)

Mein Selbstverständnis richtet sich nach Werten aus, die auf gemeinschaftlicher Ebene formuliert sind (Gesetze, Richtlinien) und individuell von mir reflektiert werden. Es geht dabei um die Fürsorgepflicht gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen. Konstruktive Werte diesbezüglich bilden in meiner Sichtweise normative Übereinkünfte über Richtigkeit, und geben somit eine Ausrichtung im Handeln vor. Diese Richtigkeit wird über eigene Reflexion verifiziert und nicht blind ausgeführt.

Wie erkenne ich, was der Lebensgestaltung einer anderen Person entspricht? (Moral)

Die rein persönliche Ebene zur Annäherung an das Gegenüber genügt nicht. Hier muss eine professionelle Haltung eingenommen werden. Ein Mensch ist nicht zu trennen von seinen moralischen Empfindungen über „moralisch richtig“ und „falsch“. Das persönliche Empfinden und individuelle Wertesystem des anderen muss über fortwährend durch aktualisierte Informationen, Kennenlernen und Erfahrung eruiert werden um es in seiner individuellen Ausprägung zu verstehen.

Wofür bin ich im Berufsfeld Altenpflege verantwortlich (Norm)

Grundsätze ethischen Erkennens und moralischen Handelns stellen in der professionellen Pflege den Kern dar, dem die Pflegeberufe und seine Ausübenden

als inhärent bindende Leitlinien verpflichtet sind, und sie bilden somit eine Norm. Diese Normen sind genau formuliert und konkret vorgegeben: durch Gesetze (das GG und das AltPflG), durch für das Selbstverständnis des Berufsstands verbindliche Ethikkodizes und Leitlinien und durch medizinisch ausgerichtete Pflegestandards. Soziale Mitverantwortung und Mitmenschlichkeit innerhalb unserer Gesellschaft sind Werte, die bindend und verpflichtend sind, und sie gelten vom Grundsatz her als ein klarer Maßstab. Hier greifen Ethik und Normen wechselseitig ineinander.

Für welche Werte und Normen setze ich mich in der Altenpflege ein (Ethik)

Werte und Normen im Umgang mit pflege- und hilfsbedürftigen Menschen werden besonders klar im Verstoß gegen diese und in den Folgen davon. Fehlhandeln steht im Zusammenhang mit menschlich fehlinformierten Denken und Handeln. So wie der Einzelne Schaden in der Gemeinschaft anrichten kann, so ist der einzelne Mensch aber auch im Umkehrschluss der, dessen eigenes Handeln und Denken eine positive Wirksamkeit und Wichtigkeit in der Gemeinschaft hat. Schlüsselbegriffe sind hier also wiederum die selbstständige und informierte mitverantwortliche Haltung und Mitmenschlichkeit

Wie kann „Pflegen mit einer fürsorglichen Haltung“ realisiert werden (Prinzip)

Die Zielsetzung, die gemeinsame Erörterung im interdisziplinären Team und die Einbeziehung des Gegenübers, für dessen Wohl, Sicherheit und Geborgenheitsempfinden wir eine berufliche Verantwortung mittragen, bilden eine Leitstruktur für Prinzipien, die in der Pflegepraxis zum Tragen kommen.

Rev. 01.02.2023

Referat zum Thema interkultureller Pflege

G. Yegane Arani, 2017

Einleitung

Angesichts fortwährender soziokultureller und demografischer Veränderungen innerhalb unserer Gesellschaft, die einen stetigen Zuwachs an Zuwanderung und Migration erlebt, rückt die Wichtigkeit der Berücksichtigung von Verschiedenheit kultureller Hintergründe und Prägungen, als wahrgenommene und gelebte kulturelle Vielfalt, zunehmend in das Bewusstsein aller unterschiedlichen sozialen Interaktionsrahmen.

Insbesondere Menschen bei denen ein maßgeblicher Pflegebedarf besteht und die sich somit in einer vulnerablen körperlich-gesundheitlichen Situation befinden, benötigen eine achtsame Form der Unterstützung auf der gesundheitsfördernden Ebene, bei der die Aufmerksamkeit mit auf die jeweiligen kulturellen Herkunfts- und Identitätsschwerpunkte gelegt werden muss. Religiöse Wertvorstellungen und Praktiken, weltanschauliche Hintergründe und andere prägende soziale, den Menschen mitbestimmende Parameter, müssen in die Pflegeplanung mit einbezogen werden. In dieser Hausarbeit betrachte ich Aspekte kultursensibler Pflege im Bezug auf einen von mir begleiteten Fall in der Praxis, im Rahmen meiner Ausbildung in der stationären Pflege, in einem Wohnbereich für Menschen mit demenzieller Veränderung, der nach dem Modell von Erwin Böhm arbeitet.

Was ist kultursensible Pflege

Kultursensible Pflege bedeutet die Ausrichtung der Pflegepraxis an „der in den spezifischen kulturellen Kontext eingebundenen Individualität eines Menschen“ [1]. Zentral ist dabei eine wertschätzende Haltung innerhalb einer offenen interkulturellen Orientierung, die eine Ausrichtung an kultureller, weltanschaulicher und religiöser Vielfalt und Besonderheit mit sich bringt. Pflegeeinrichtungen, Institutionen und professionell am Pflegeprozess beteiligte sollten über interkulturelle Kompetenz verfügen, was die Fähigkeit beinhaltet

konkrete Handlungs- und Interaktionsformen aus einer informierten wertschätzenden Haltung abzuleiten. Der fremde kulturelle Kontext wird bewusst adressiert und pflegerisch berücksichtigt.

Kennzeichen kultursensibler Pflege:

- Unterschiede kultureller Prägung beeinträchtigen den Pflegeprozess nicht, sondern finden vor dem Hintergrund kultureller Heterogenität statt
- Pflege richtet sich nach den kulturellen Werten, unter Berücksichtigung jeweils individueller Ausprägungen, individueller Werte und Kontextbedingungen aus, und wird auf die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen individuell abgestimmt
- Kultursensible Pflege kann somit auch als „Materialisierung der Menschenwürde, der individuellen Freiheit und des Rechts auf persönliche Entfaltung“ [2] im Zustand der Pflegebedürftigkeit aufgefasst werden.

Die Werte die hiermit gewährleistet sind, entsprechen den nach dem Grundgesetz, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und der Europäischen Menschenrechtskonvention geschützten Grundrechten [3]. Weitere entsprechende Vorgaben innerhalb der BRD finden wir in der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ der Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und für Gesundheit (BMG) [4], die als Maßnahmenkatalog und Orientierungshilfe dient, und bestehende hier greifende Bundesgesetze aus verschiedenen Rechtsbereichen und –ebenen in einer Übersicht zusammenführt [5].

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben“, heißt es beispielsweise in Artikel 7 der Charta [6].

Teilbiografie von Frau S.

Frau S. ist Koreanerin. Sie stammt aus der südkoreanischen Stadt Kimch’ŏn (auch Gimcheon), in der sich ein berühmter buddhistischer Templer „Chiksi-sa“ [7] befindet.

[…] Aus Datenschutzgründen hier weggekürzt.

Hintergründe zu prägenden ethisch-religiösen Wertvorstellungen in der koreanischen Kultur: Der Konfuzianismus

Korea wird als Kultur mit starker ethischer Bedeutung kollektivistischer Eigenschaften verstanden [9] – ein Resultat des Konfuzianismus, der Korea jahrhundertelang geprägt hat, wobei in der koreanischen Kultur Einflüsse der umliegenden Kulturen des Fernen Ostens, insbesondere derer von Japan und China, naheliegend sind [10]. Folgende Religionen gehören zum heutigen koreanischen Kulturkreis [11]:

Abbildung: Korea.net, Religionen in Korea, Übersicht, Abb., http://german.korea.net/upload/content/editImage/160509_Religion_german.jpg , Stand: 20.11.2017.

Eine Erklärung unter dieser Statistik im Begleittext weist darauf hin, wie es zum besonderen Einfluss des Konfuzianismus in Korea kommt, obgleich seine Anhängerschaft religiös nur eine geringe Anzahl in der Bevölkerung ausmacht:

„Angesichts der Vielfältigkeit religiöser Ausdrucksweise war der Einfluss von Religionen auf die gesellschaftliche Entwicklung komplex; der Ursprung von Traditionen geht jedoch oft mehr auf die kulturelle Entwicklung zurück und weniger auf religiöse Rituale […] Buddhismus und Konfuzianismus hatten den größten Einfluss auf das koreanische Volk […] Der Konfuzianismus ist eher eine Handlungsrichtlinie und Ideenlehre als eine Religion. Loyalität, Ehrfurcht der Kinder vor den Eltern und ähnliche Tugenden gehören zu den wichtigsten Grundsätzen des Konfuzianismus.“ [12]

Konfuzianische Wertvorstellungen spielen auch im von modernen sozialkommunikativen Technologien geprägten Korea noch immer eine wichtige Rolle in der Struktur interpersonaler Beziehungen und im sozialen Miteinander. Eine besondere Rolle spielt das „Wir-Gefühl“ innerhalb der Gesellschaft und deren Nukleus, der Familie, die von festen traditionsbedingten Hierarchien geprägt ist.

In der Beziehungspflege kommen insbesondere zwei indigene koreanische Gefühlsmodi – Shimjung und Jung – als Schlüsselkonzepte für das Verständnis koreanischer Interaktionsmechanismen zum Tragen [13].

Exkurs, die Bedeutung von Shimjung und Jung:

- Shimjung ist ein komplexer Modus der verbalen wie auch der nonverbalen Kommunikation, in dem auf kommunikative Weise das Interesse am Wohlbefinden des anderen bekundet wird [14].
- Das Jung ist die emotionale Bindung. So bindet sich das Morphem ‚Jung' an Qualifikatoren auf das dieses Gefühl jeweils Bezug nimmt, wie etwa in Jung-suh als Konsolidierung des Gefühls, Ae-jung als Zuneigung, Leidenschaft ist Yul-jung und Sympathie Dong-jung, usw. Jung ist das Gefühl einer Zugewandtheit. Einsamkeit wird überwunden, indem Menschen das Jung-Gefühl einander mitteilen [15].

Im konfuzianischen Weltbild versteht sich der Mensch immer durch seine Beziehungskonstellation zu anderen Menschen, innerhalb eines geordneten Prozesses auf dem sich die gesellschaftlichen Hierarchien errichten, dabei machen „konkret definierte reziproke Beziehungen zwischen Menschen […] den Hauptinhalt aus". [16] Zentral sind dabei die Beziehungskonstellation zwischen der hierarchisch übergeordneten Instanz und dem Untergebenen, die Vater-Sohn-Beziehung, die Beziehung des Ehemanns zur Ehefrau, der Älteren zu den Jüngeren, und innerhalb von Freundschaftsbeziehungen. Fünf Verhaltensregeln stehen dabei im Zentrum der Beziehungssteuerung [17]:

- Humanität und Zwischenmenschlichkeit (In 인), dieses Konzept gilt als eines der Wichtigsten in der konfuzianischen Ethik
- Rechtschaffenheit (Eu 의)
- Angemessenheit und Schicklichkeit (Ye 예)
- Kultiviertheit und Wissen (Chi 지) und
- gegenseitiges Vertrauen (Shin 신) [18]

Eine Zuordnung im Vergleich zu anderen Religionen kann folgende besondere Kriterien im Konfuzianismus herausfiltern:

Grundlage des religiösen Funktionstypus: Gemeinschaftlich,
Gemeinschaft/Gesellschaft stehen im Mittelpunkt
Referenz-Subsystem, Hauptwert: Bürgerliche Tugenden (Solidarität)
Gottesbild: Heiligkeit des Diesseits
Gerechtigkeitskriterium: Status
Sozialpolitische Ideologie: Familismus [19]

Eine Problematik spielt im traditionellen Konfuzianismus die unterdrückte Rolle der Frau, die innerhalb der Ehe als dem Mann untergeordnet betrachtet wird, sowie im Familiensystemen und innerhalb der Gesellschaft. Von der Frau wird erwartet sich diesem System unterzuordnen. Diese Rolle hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmends geändert [20] und befindet sich in fortlaufenden Veränderungsprozessen zugunsten frauenfreundlicher sozialer Umgestaltung (wie wir sie auch global in unterschiedlichem Maße wahrnehmen können).

Im Fall von Frau S. hat innerhalb ihrer eigenen Biografie ein Bruch zugunsten ihrer Selbstverwirklichungsmöglichkeiten stattgefunden, wie wir oben in ihren biografischen Daten erfahren haben.

Anamnese zur fallbezogenen kulturspezifischer Problemlage

Frau S. ist die einzige Koreanerin und die einzige Person mit einem fernöstlichen kulturellen Hintergrund in unserem Wohnbereich. Ihr Ehemann besucht sie täglich und fängt ihre ausgeprägte soziale Sensibilität auf, aber im Miteinander, das im Kontext unseres Wohnbereichs eine zentrale Rolle spielt, wird Frau S. meines Erachtens nach sozial noch nicht hinreichend eingebunden. Dies ergibt sich aus dem betreuerischen Angebot, das den kulturellen Hintergrund von Frau S. bislang wenig in der Betreuungsgestaltung mit berücksichtigt. Zwei Faktoren scheinen sich beispielsweise zur Einbindung anzubieten. So zum einen eine geförderte Integration in die bislang im Wohnbereich angebotenen spezifisch kulturell/traditionell deutsch-geprägten Beschäftigungsangebote und sozialen Interaktionen. Hierbei spielen einige Mitbewohner aber eine wichtige Rolle: Einige Mitbewohner versuchen Frau S. immer wieder, soweit es ihnen möglich

ist, in das Gruppengeschehen mit einzubeziehen. Dieser Umstand müsste von den Betreuern stärker beachtet werden. Zum anderen sollten auf Frau S. abgestimmte Betreuungsangebote erstellt werden, in denen beispielsweise koreanische Kulturgüter in die ‚Milieugestaltung' und in das Beschäftigungsangebot mit einbezogen werden.

Im ‚pflegerischen Handeln' hat die Wohnbereichsleitung einige Schrifttafeln auf Koreanisch ausgedruckt, und die Pfleger, insbesondere die Praxisanleitung (PA), sind bemüht mit Frau S. ganzheitlich und sensibel pflegerisch zu interagieren. Seitens der PA wird auch auf die Verwendung eines besonderen Essbestecks geachtet. In der Pflegebedarfserhebung wurden biografische und zeitgeschichtliche Begebenheiten erhoben und in die Pflegeplanung grundsätzlich mit einbezogen. Herr S. hat eine zusätzliche Kurzbiografie über seine Frau verfasst, die den Pflegern wichtige Hinweise über zu berücksichtigende Faktoren im Leben von Frau S. bietet.

Die 5 Phasen interkultureller Kompetenzförderung, und Möglichkeiten des sich daraus ergebenden fallbezogenen praktischen Pflegehandelns

- Aneignung von Informationen, Entwicklung von Interesse: Der kulturelle Hintergrund des Konfuzianismus war mir im Detail bislang weniger bekannt. In der Auseinandersetzung haben sich einige meiner kulturellen Eindrücke im Bezug auf das Verhalten von Frau S. positiv bestätigt, so zum Beispiel die Wichtigkeit der Nuancierung in verbalen wie nonverbalen Kommunikationsebenen (Bejahung, Ablehnung, Verneinung, Ausdruck von Freude, Trauer, Sorge beispielsweise).
- Einüben des Perspektivwechsels: Die Situation in einer anderen Sprache und anderen Verhaltenscodices beheimatet zu sein, zugleich aber auch den zweiten neueren Kulturkreis zu kennen und sich dabei in einer Situation physiologischer und mentaler relativer Hilflosigkeit zu befinden, ist ein wichtiger Vergegenwärtigungsgegenstand im pflegerischen Handeln von Menschen mit einem Migrationshintergrund. Der Perspektivwechsel sollte immer wieder reflektierend, selbstreflektorisch und in der Besprechung im Team überprüft und nachvollzogen werden.
- Erkennen und Überwinden von Ethnozentrismus: Auch dies sollte im Team neben der Selbstreflektion als interkulturelle Kompetenz geübt und

bewusst in die Praxis umgesetzt werden, z.B. durch die Beachtung der Wichtigkeit sozialer Einbindung, ergänzend zur Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, die sich aus dem jeweiligen kulturellen Hintergrund ableiten.
- Reflektieren von Situationen des kulturellen Umgangs: Auf gegebene Kommunikationsmöglichkeiten konstruktiv aufbauen, so sollten alle Möglichkeiten und Schritte in der Entwicklung eines optimierten pflegerischen Beziehungsaufbaus verfolgt und im Team, interprofessionell und mit Angehörigen besprochen werden.
- Fördern von Einstellungen und Werten: Aufmerksamkeit sollte auch auf Pflegekräfte gerichtet werden, die wenig Kenntnisse über jeweilige kulturelle Hintergründe oder Besonderheiten haben. Hier ist der Austausch im Team wieder von zentraler Bedeutung.

Umsetzung kultursensibler Maßnahmen

Die oben beschriebenen Beobachtungen und daraus gezogenen Erkenntnisse habe ich versucht folgendermaßen umzusetzen:

- kontinuierliche Kommunikation mit der PA über die Situation hinsichtlich des emotionalen und körperlichen Befindens von Frau S., d.h. eine verstärkte Beobachtung und Beachtung, da Frau S. sich schwieriger selbst mitteilen kann bzw. da die Gefahr von Fehlinterpretationen ihres Verhaltens oder ihrer Äußerungen größer sein kann, wegen Besonderheiten kulturell teilweise besonders geprägter Expressionsformen.
- Unterstützung der sozialen Interaktion anderer Bewohner mit Frau S. bei denen ich bereits ein hervorgehobenes sozial-empathisches Interesse im Bezug auf Frau S. beobachtet habe, und die ihren Wunsch zeigten und äußerten Frau S. mehr ins gemeinschaftliche Handeln mit einzubeziehen.
- Das Angebot von koreanischen Kurztexten in ausgedruckter Form.
- In Planung: weitere koreanische Gegenstände sowie Musik Frau S. anzubieten.
- Auseinandersetzung mit der koreanischen Kultur.
- Ideenaustausch zum Thema kultursensibler und interkultureller Pflege im Team versuchen anzuregen.

Reflektion der Lernerfahrung

Im relativ kurzen Zeitrahmen zur Umsetzung kultursensibler Pflegemaßnahmen ist mir die Menge an Möglichkeiten bewusst geworden, sowie der Mangel an Zeit diese umzusetzen. Mir fehlten teilweise die Ressourcen zur Umsetzung einiger meines Erachtens wichtiger Angebote. Im Moment sehe ich seitens der Betreuer im Bezug auf Frau S. wenig Beachtung kultursensibler Ansätze; das Thema sollte meiner Meinung nach gemeinsam adressiert werden.

Fazit

Kultursensible Pflege ist unerlässlich. Die Beschäftigung steht für einen pflegebedürftigen Menschen in Abhängigkeit zum Angebot und der Bereitstellung von Möglichkeiten seitens des Pflegers und der Pflegeeinrichtung. Kulturelle Identität und Spiritualität sind zentrale sinnstiftende Faktoren, die Menschen im Leben einüben, erlernen und (selbst) entwickeln, eventuell ändern im Laufe der Zeit. Zur ganzheitlichen Pflege gehört die Förderung dieses Aspekts des Menschseins als Grundrecht zur Selbstentfaltung und Verwirklichung.

Fußnoten

[1] Dömling, Gregor: Kennzeichen kultursensibler Pflege, Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband 2010, S. 4, http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/DiakonieCare/FH-D_DiakonieCare_Doemling-G_Kennzeichen-kultursensibler-Pflege_lang.pdf, Stand: 20.11.2017.

[2] Vgl. ebd. S. 5.

[3] Vgl. ebd.

[4] Vgl. ebd.

[5] Auch spielt der demografische Wandel in Hinsicht auf Menschen mit Migrationshintergrund in der BDR eine wesentliche Rolle für die Relevanz

kultursensibler Pflege. So wurden Anfang der 1990er Jahre erste Arbeitsansätze in der ambulanten und stationären Altenhilfe zu kultursensibler Pflege und zur sogenannten interkulturellen Öffnung entwickelt. Bereits zu dieser Zeit bestanden Prognosen über einen deutlichen Zuwachs in der Anzahl älterer Migranten, im Bezug auf die schon in den 1980ern bekannt war, dass Schwierigkeiten im Zugang und in der Nutzung medizinischer und pflegerischer Dienste bestanden. Arbeitsansätze zur Adressierung bestehender Probleme wurden vom Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenhilfe (Vorläufer des Forums für eine kultursensible Altenhilfe) über mehrere Jahre erarbeitet und im Jahr 2002 in einem „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe" formuliert. In Deutschland haben ca. 16,5 Millionen Menschen laut Mikrozensus 2013 einen Migrationshintergrund, davon sind etwa 1,5 Millionen über 65 Jahre alt. Man schätzt, dass ihre Zahl bis 2030 auf 3,6 Millionen ansteigen und sich somit in ca. 15 Jahren mehr als verdoppeln wird. Vgl. Zanier, Gabriella, Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-) Pflege und Interkulturelle Öffnung, 2015, http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211007/altern-in-der-migrationsgesellschaft?p=all, Stand: 20.11.2017.

[6] Vgl. BMFSFJ/BMG 2005, Art. 7. https://www.bmfsfj.de/blob/93450/cb3a711f218cca72c859592655ef723c/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf, Stand: 20.11.2017, siehe auch http://www.pflege-charta.de/de/startseite.html, Stand: 20.11.2017.

[7] Die Angaben in der Kurzbiografie stammen überwiegend aus einer schriftlich festgehaltenen Biografie über Frau S., die ihre Tochter im Pflegeheim vorgelegt hat. Eine Kopie liegt mir vor.

[8] ebd.

[9] Scherpinski, Anja, Die Bedeutung von Emotionen in der koreanischen Interaktion, interculture-journal: Online-Zeitschrift für interkulturelle Studien, I Jahrgang 10, I Ausgabe 14 I, 2011, Seite 89, http://www.interculture-journal.com/download/article/scherpinski-lee_2011_14.pdf, Stand: 20.11.2017.

[10] Die westliche Literatur sieht den Konfuzianismus (oder Neo-Konfuzianismus) als das Charakteristikum koreanischer Kultur schlechthin, die ostasiatischen Kulturen werden insgesamt als konfuzianische Kulturen bezeichnet. Dies stellt aber eine gewisse Blickverengung dar, denn das dominante ethisch-religiöse Denksysteme bildet zwar eine wesentliche Komponente des gesellschaftlichen Wertesystems, die Einflüsse durch den Taoismus und den Buddhismus müssen aber gleichermaßen mit in das ethisch-religiöse Gesamtbild fernöstlicher Kultur einbezogen werden. Weitere kulturelle Zusammenhänge innerhalb der fernöstlichen Kulturlandschaften ergeben sich auch aus der Verwandtschaft der Schriftzeichen, die sich unterscheiden, aber allesamt auf dem chinesischen Alphabet basieren. Daher spricht man hier auch von der sog. chinesischen „Schriftkulturregion". Und letztendlich finden wir in den fernöstlichen Kulturen auch Gemeinsamkeiten im Lebensstil, in der Ästhetik und der Ernährung, wodurch nahe gelegt werden kann die Kulturgeschichte der jeweiligen Länder im breiteren Kontext zu betrachten. Vgl. Heui Lee , Yeong, Normative Rahmenbedingungen in Korea, Berlin 2003, Seite 10, http://www.fagus-berlin.de/abstracts/pdf/2003_FaPa_Langfassung_Normative_Rahmenbedingungen.pdf, Stand: 20.11.2017.

[11] Korea.net, Religionen in Korea, Übersicht, Abb., http://german.korea.net/upload/content/editImage/160509_Religion_german.jpg, Stand: 20.11.2017.

[12] O.V., Korea.net, Religionen in Korea, Übersicht, o.J., Abb., http://german.korea.net/AboutKorea/Korean-Life/Religion, Stand: 20.11.2017.

[13] Scherpinski, Anja, 2011, Seite 96, http://www.interculture-journal.com/download/article/scherpinski-lee_2011_14.pdf, Stand: 20.11.2017.

[14] Hrsg. Kim, Uichol, et al., Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context, 2006, S. 365, http://indigenouspsych.org/Resources/Indigenous%20and%20Cultural%20Psychology%20-%20Understanding%20People%20in%20Context.pdf, Stand: 20.11.2017.

[15] Sung Park, Andrew, Racial Conflict and Healing: An Asian-American Theological Perspective, 1996, S. 110, https://books.google.de/books?id=-FZMAwAAQBAJ&pg=PA110&lpg=PA110&dq#v=onepage&q&f=false, Stand: 20.11.2017.

[16] Scherpinski, Anja, 2011, Seite 91, http://www.interculture-journal.com/download/article/scherpinski-lee_2011_14.pdf, Stand: 20.11.2017.

[17] Vgl. ebd.

[18] Ebd.

[19] Dömling, Gregor: Kennzeichen kultursensibler Pflege, Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband 2010, S. 2-3, http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/DiakonieCare/FH-D_DiakonieCare_Doemling-G_Kennzeichen-kultursensibler-Pflege_lang.pdf, Stand: 20.11.2017.

[20] o.V., Changing Role of Women, U.S. Library of Congress, o.J., http://countrystudies.us/south-korea/40.htm, Stand: 20.11.2017.

Angehörigenpflege

Ein weiteres Referat im Rahmen meiner abgebrochenen Ausbildung. Wir sollten in Form eines Interviews eine Pflegesituation darstellen, die wir für empfehlenswert halten würden. Ich entschied mich für die Angehörigenpflege. Dieses Referat kam mir sehr entgegen, da Angehörigenpflege mein Lieblingsthema im Bereich ‚Care' ist.

Warum ich selbst pflegte

Referat zum Thema: „Warum ich selbst Pflegte" – Modelle des Pflegens – Angehörigenpflege / Zugehörigenpflege. Basierend auf einem Interview, dass ich mit Werner L., einem selbstpflegenden Angehörigen, führte.

Gita Yegane Arani, 2018

Einleitung

In diesem Interview stelle ich die Erfahrungen von Werner L. vor, der sich trotz eigener körperlicher Behinderung dafür entschied, sich in der Pflege seiner Familienangehörigen, soweit ihm das möglich war, aktiv einzubringen. Werner L. wohnte teilweise mit seinen Eltern zusammen um die Mutter bei der Pflege des schwer asthmakranken Vaters zu unterstützen. Später begleitete er gemeinsam mit seiner Mutter die Schwester der Mutter, seine Tante, im Endstadium ihrer Krebserkrankung. Zuletzt pflegte er seine Mutter, in den Phasen der leichten Pflegebedürftigkeit bis zur Sterbebegleitung. Werner L. sagt, dass ihm die Entscheidung, die Eltern selbst zu pflegen, eine wesentliche war und er in dem Prozess „gewachsen" sei. Werner L. war damals ledig und hatte keine eigenen Kinder. Er arbeitet in einem technischen Beruf in Handwerk und Entwicklung.

Beweggründe: „Deshalb habe ich selbst gepflegt … "

Werner L. machte die ersten Erfahrungen in seinem Leben mit Pflegebedürftigkeit mit sich selbst als Betroffenem. Infolge eines schweren Autounfalls war er eineinhalb Jahre an den Rollstuhl gefesselt und musste zahlreiche

wiederherstellende Operationen durchmachen. Mehrere Jahre nach dem Unfall konnte er wieder in sein normales Berufsleben eintreten. Inzwischen hatte sich aber das Befinden des Vaters, der sein Leben lang Former und Gießer bei einem traditionsreichen Metallunternehmen war, infolge seiner Berufstätigkeit, in der er ständig gesundheitsschädigenden Dämpfen und Feinstaub ausgesetzt gewesen war, verschlechtert. Das Asthma, unter dem der Vater zunehmend litt, schränkte dessen tägliches Leben zunehmends ein und letztendlich kam es zur unumkehrbaren schweren Pflegebedürftigkeit.

Werner L.s Mutter war zu der Zeit noch imstande dem Vater viel an pflegerischer Unterstützung selbst zu bieten, doch dem Sohn war es wichtig seine Eltern in dieser Phase zu unterstützen. „Ich wusste, was es bedeutet, pflegebedürftig zu sein und ich wollte meinen Eltern etwas zurückgeben." Der Arzt hatte zu dieser Zeit auch empfohlen, dass der Vater hinaus aus dem Ballungsgebiet in eine ländliche Gegend wegen der besseren Luft ziehen solle, wenn ihm das möglich wäre. So organisierte die Familie einen Umzug in eine ländliche Gegend Hessens. Schon zu der Zeit bahnte sich ein Konflikt mit den Geschwistern von Werner L. an. Ihnen war, so Werner L., die Pflegebedürftigkeit des Vaters lästig und wenn sie kamen hätte es oft Streit gegeben. Werner L. sagte, er wollte auch die Mängel in der Familie kompensieren, die durch das „rücksichtslose Verhalten" der Geschwister im Familiengefüge entstanden waren.

Die Praxis des Pflegens Angehöriger: Helfen, aber wie? (Pflegepraxis, Umsetzung)

Werner L. merkte bald, dass er detaillierte Beratung für die Pflege des Vaters zuhause benötigte. Die Ärzte informierten ihn über Medikation, die Verabreichungsarten und was alles zu berücksichtigen sei. Werner L. sagt von den Ärzten und von der Lungenklinik, die er und sein Vater nun häufig aufsuchen mussten, hätten sie viel an Unterstützung und Expertise erfahren. Schlechte Erfahrungen machte Werner L. damals mit einem initial beauftragten Pflegedienst. Die Pflegerin habe den Vater „infantilisierend" angesprochen, „als sei er ein Kleinkind". Werner L. fragte die Pflegekraft, ob sie mit selbst mit ihrem eigenen Kind in der Art sprechen würde, und er entschied die Pflege, solange er das gemeinsam mit der Mutter stemmen könne, selber zu machen – ohne die Hilfe professioneller Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste. Doch konstatiert Werner

L. auch, dass er anfangs „wie ein Ochs vorm Berg“ gestanden hätte und ihm ganz basales Wissen und Tipps, insbesondere vom MDK und den Krankenschwestern, geholfen habe, was die alltägliche Pflegepraxis anbetraf. Er „stoppelte“ sich alles an Informationen was er ringsum bekommen konnte zusammen, von allen Instanzen denen er im Kontext mit der Pflegebedürftigkeit seiner Vaters begegnete. Der MDK und die Krankenkassen, sagt er, hätte ihn aber auch am ehesten eine Einweisung in ein Pflegeheim nahegelegt, im Falle sowohl seines Vaters als auch seiner Mutter dann später. Er lehnte diesen Schritt für sich ab und er wusste, dass seine Eltern auch nicht „von Fremden“ gepflegt werden wollten.

Die Finanzierung der Angehörigenpflege, Ressourcen und Hilfsmittel

Die finanziellen Ressourcen hätten, was die Pflegehilfsmittel anbetrifft, nicht wirklich gereicht. Das Finanzielle war aber auch nicht der Grund, warum Werner L. ein Pflegeheim als Alternative abgelehnt hatte. Um sich im Bezug auf die Hilfsmittel zu helfen, baute Werner L. mehrere Utensilien für die Barrierefreiheit im Haus der Eltern selbst, „teils gibt es auf dem Mark auch nicht genau das, was du brauchst“. Pflegegeld habe er nur später bei der Pflege seiner Mutter beantragt, denn bei ihr machte er 14-24 Stunden 7 Tage die Woche Pflege. Hilfsmittel wurden auch über die Krankenkasse und den Arzt beschafft.

Zeitmanagement

Was alles an Pflegetätigkeiten anfiel und was er alles für seinen Vater tat, frage ich Werner L.. Er wusch den Vater, reichte ihm an, renovierte das Haus innen und außen, kümmerte sich um die Besorgung und die Verabreichung der Medikamente, brachte den Vater zum Arzt und häufig ins Krankenhaus. Er wollte, so gut es ging, dem Vater eine soziale und körperliche Stütze sein. All das konnte er nur soweit verwirklichen, wie sein eigenes Zeitmagagement das zuließ, da Werner L. zu dieser Zeit voll berufstätig war. Wäre seine Mutter nicht da gewesen und man hätte sich die Pflege geteilt, wäre alles in der Form nicht möglich gewesen.

Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit (und daraus resultierende Konflikte in der erweiterten Familie)

Auch seine Tante, die Schwester seiner Mutter, pflegte Werner L. gemeinsam mit seiner Mutter, da der eigene Ehemann und sie Söhne der Tante ihren Fall nach dem dritten Rezidiv ihres Brustkrebses aufgegeben hatten. Der Brustkrebs hatte nun ins Gehirn gestreut, und so litt Werner L.s Tante nun an einem sekundär durch die Metasthasen bedingten Hirntumor, der nicht mehr operabel oder heilbar war. Werner L. und seine Mutter besuchten die Tante täglich im Krankenhaus, fast ein Jahr lang. Durch die Metastasen kam es zu Wesensveränderung, der kognitive Zustand der Tante war beeinträchtigt. Werner L. sagt, insbesondere dies sei ein Umstand gewesen, mit dem der Ehemann und die Söhne seiner Tante sich nicht auseinandersetzen wollten oder konnten. Werner L. besteht auf die Wichtigkeit, einen Menschen immer in seiner vertrauten Art und Weise anzusprechen, ihm nichts an Wahrnehmungskapazitäten abzusprechen, selbst wenn der andere sich kognitiv nicht mehr wie vorher äußern könne. „Jede Phase ist wertvoll," sagt Werner L. Auch im Falle der Tante übernahmen Werner L. und seine Mutter gemeinsam Aspekte der Körperpflege, der Förderung des körperlichen Wohlbefindens und soziale und seelische Unterstützung.

Wichtig war Werner L., dass es in der Bewältigung und dem Umgang mit der Situation eigentlich keine „absolute Demarkationslinie" zwischen Pflegebedürftigen und Pflegendem gegeben hätte, sondern dass ein permanenter Austausch zwischen den Beteiligten stattgefunden hätte, indem immer wieder Pflegender wie Pflegebedürftiger gemeinsam schauten, was der Pflegebedürftige in dem Moment brauchen könnte und was der Pflegende dazu einbringen kann. Zwischen beiden Seiten müsse eine kommunikative Harmonie hergestellt werden, dies vermisse er zum Teil in den Pflegeeinrichtungen/-diensten, die er bisher im engeren und erweiterten Kreise kennengelernt habe.

Damals hatte Werner L. immer noch den sozialen Halt durch seine Mutter. Gemeinsam konnte man über alle Probleme sprechen, die man vom pflegebedürftigen Familienmitglied fernhalten wollte und musste, um diesen nicht unnötig und überfordernd zu belasten. Wenige Jahre später, nach dem Tod von L.s Vater und Tante, kam es bei Werner L.s Mutter aber nun auch zu gesundheitlichen Einbußen, zu einem operativen Eingriff, bei dem ein Fehler gemacht wurde und zu einer schleichenden aber unaufhaltsamen Zunahme an Pflegebedürftigkeit.

Die Konflikte innerhalb der Kernfamilie wurden schlimmer und belasteten Werner L. und seine Mutter. Werner L. sagt, er habe ähnliches auch von Freunden gehört, dass in Familien in der Regel nicht allein Pflegebedürftigkeit als zunehmender „Abbau an Fähigkeiten“ gleich einem Manko beurteilt würde, sondern, dass damit oft auch eine Art Abwertung der ganzen Historie und derer Kontinuität bei einer Person betrieben würde. Man sähe den Zustand des Alterns als eine Art „Verfall“, im negativ konnotierten Sinne. Die Solidarität fiele dabei letztendlich flach.

Entscheidungsfindungen in schwierigen Situationen

Werner L. und seine Mutter entschieden sich diese Phase gemeinsam durchzustehen und zusammen für sich anzunehmen. Werner L. suchte zu dem Zeitpunkt auch eine gemeinsame Wohnung, in die er hätte mit seiner Mutter wohnen wollen, denn er war zwischenzeitlich in die Nähe seines Arbeitsplatzes gezogen. Er hat bereits eruiert, wie ihm sein Netzwerk an Freunden bei der Pflege der Mutter helfen könnte. Der Zustand der Mutter verschlechterte sich aber sehr plötzlich. Sie war über einen Monat im Krankenhaus, zuletzt in der Intensivstation. In jeder Phase ihrer Pflegebedürftigkeit begleitete Werner L. seine Mutter. Auch im Krankenhaus übernahm er soviel Aufgaben wie möglich um ihr Geborgenheit und Sicherheit zu geben.

Besonders in den Phasen der Pflegebedürftigkeit seiner Mutter war Werner L. mit der Frage konfrontiert, ob ein Pflegeheim oder eine dauerhafte Begleitung durch einen ambulanten Pflegedienst zukünftig in Frage kommen würde. Seitens der medizinischen Instanzen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen) wurde ihm dieser Weg immer wieder empfohlen. Für die Entscheidung zur häuslichen familiären Pflege erhielt er nur seitens seiner Freunde Zuspruch und Unterstützung. Er und seine Mutter machten nochmal einen Versuch mit einer ambulanten Pflege und auch wurde seine Mutter über drei Wochen in einer geriatrischen Kurzzeitpflege untergebracht, innerhalb eines Krankenhauses nach einem operativen Eingriff. Beide Erfahrungen waren aus Sicht von Werner L. und seiner Mutter nicht produktiv und für die Mutter emotional belastend. Der Druck, der seitens solcher Institutionen latent ausgeübt wird, sei jedoch immens. So würde bei älteren Patienten oft eine Überweisung in eine Pflegeeinrichtung oder eine Versorgung durch einen ambulanten

Pflegedienst empfohlen, auch wenn die Alternative familiärer Unterstützung deutlich von den Angehörigen vorgetragen wird. Man scheine das den Menschen manchmal nicht zuzutrauen. Es sei schwierig, so Werner L., und vieles sei eine Zerreißprobe, aber man könne es gemeinsam schaffen.

Werner L. begleitete seine Eltern und seine Tante im Sterbeprozess. Alles, so sagt er, seien gemeinsam gegangene Schritte gewesen, an denen er gewachsen sei. Er sei froh, dass er eine klare Entscheidung bezüglich dieser Fragen im Leben getroffen habe, und auch, entgegen zahlreicher Widerstände, danach gehandelt habe.

Fazit

Nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts von M.L. Friedemann ist das Ziel der Pflege „der Prozess, der das Streben nach Kongruenz im System erleichtert und ermöglicht“. [1] Das Ziel des Empfängersystems ist die Gesundheit. Ohne Kongruenz gerät die Balance im sozialen System der Gemeinschaft und beim Einzelnen aus dem Lot, auch im Bezug auf die Gesamtumwelt. Bei Werner L. findet ein kontinuierliches Austarieren verschiedener beeinflussender Faktoren statt. Bemühungen werden erkennbar kongruente Verhältnismäßigkeiten anzustreben zur Stabilität, zum Wachstum – zur Regulation/Kontrolle und wegen der Spiritualitätsaspekte, wie sie Friedemann in ihrem Modell des systemischen Gleichgewichts als Achsen der Balance beschreibt. Im Sozialgefüge von Werner L. werden zugleich aber auch, als auf das System der Kernfamilie schädigend wirkend empfundene Einflüsse bewusst abgegrenzt, und es wird ein als befriedend empfundener Rahmen hergestellt, innerhalb umgebender spannungsreicher Konfliktfelder (die sich auf das System mit auswirken). Die soziale Ebene des Systems wird erweitert, indem statt Angehörige auch Zugehörige bewusst mit wahrgenommen und einbezogen werden.

Durch das Ziel der Herstellung und des Erhalts einer Balance des sozialen Systems, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Beteiligten, wird im Falle Werner L.s der Versuch unternommen, die Gesundheit der Einzelnen als ganzheitlichen Prozess anzustreben. Es wird aber auch kennzeichnenderweise eine Grenze gezogen, zwischen als schädigend und als

förderlich empfundenen Einflussfaktoren. Erfahrungen körperlicher Pflegebedürftigkeit als Leidensfaktoren, die des konstruktiven Umgangs bedürfen, und die Limitiertheit in der Stärke des Einzelnen, die sich daraus entwickelnden Probleme aufzufangen, prägen das Bild. Dennoch gelingt es den Beteiligten ihren Weg in ihrem selbst gestalteten System zu gehen und die ganzheitliche Gesundheit erfährt ein erlebtes Wachstum zugunsten der Kohärenz des Gefüges.

Auch kommt in dem Fall von Werner L. eine Bedeutsamkeits- und Sinnhaftigkeitskomponente in seinem Kohärenzgefühl zu tragen, das er aus seiner familiären Struktur schöpft: Tun, Biographie und Leben werden als sinnvoll betrachtet. Die Aufgaben die L. lösen will, sind es wert, die nötige Energie dafür aufzubringen, auch unter dem Risiko es könnte etwas schief gehen. Das Leben lohnt sich und das Risiko wird auf sich genommen. Die Komponente der „Sinnhaftigkeit“ gilt unter den drei Komponenten des von Antonovsky definierten Kohärenzgefühls (in seinem Modell des Salutogenese) als wichtigstes Element. [2] und das Kohärenzgefühl eines Menschen hat wechselseitige Auswirkungen auf dessen generalisierte Widerstandsressourcen [3], die Antonovsky als Voraussetzung für eine erlebte Gesundheit beschrieben hat.

Quellen

[1] Friedemann, M.L., Die Theorie des systemischen Gleichgewichts, o.J., http://faculty.fiu.edu/~friedemm/DieTheoriedesSystemischenGleichgewichts2.htm, Stand 7.3.18.

[2] Bengel J. et al., Was erhält Menschen gesud= Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, 2001, S. 143, http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/L/SalutogeneseBZgA.pdf , Stand 7.3.18.

[3] Vgl. ebd. S. 145.

Sich an die Persönliche Assistenz angliedernde Gedanken

(Hier geht es teilweise um die Schnittstellen zwischen Assistenz für Menschen mit Behinderung und der 'Pflege' für Senior*innen; zwischen denen erhebliche Diskrepanzen bestehen in der Herangehensweise an das Konzept von "Hilfe")

Empowerment und Persönliche Assistenz

Das Zivilgesellschaftliche im sozialen Austausch als Beziehungs- oder Interaktionsplattform

Persönliche Assistenz und eine gleichzeitig stattfindende gemeinsame Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Problematiken kann möglich sein!

Mit der allgemeinen Leitlinie für die Assistenz: „Grundpflege können und sich zurücknehmen können" weiß ich nicht, wie ich folgende Situationen, die ich in der PA von Menschen mit Behinderung erlebt habe, hätte navigieren sollen:

1. Person X. möchte Betreuung loswerden. Umfeld unterstützt dies nicht, selbst nicht die Eingliederungshelfer*innen. Person X. kann verbal nicht sprechen, hat eine Tetraspastik, kann Talker nur begrenzt verwenden. Freund*in von Person X. will Betreuung nicht übernehmen, sagt aber zu, dass Situation gemeinsam mit Assistent*innen und Eingliederungshelfer*innen machbar sein sollte. Ich übernehme Schriftverkehr mit Gericht und mit verschiedenen Adressaten, bei denen wir uns informieren und beraten lassen. Person X. versuchte bereits vor einigen Jahren dass Betreuung aufgehoben wird. Damals ohne Erfolg. Wir argumentieren nun anders bei Gericht als Person X. das vor 5. Jahren tat. Erklären Ziele und wie Person X. diese realisieren möchte. Die Betreuung wird diesmal aufgehoben.

2. Person Y. ist schwerstbehindert durch langjährigen schwierigen Kankheitsverlauf. Das Thema Umwelt liegt ihr am meisten am Herzen, sagt sie. Sie möchte ihre Stimme hörbar und/oder ein Engagement sichtbar machen in Sachen Umweltschutz. Wir überlegen gemeinsam, wie wir das machen können. Zuletzt finden wir erstmal nur diese Lösung: Ich führe mit ihr Kurzinterviews,

mache auf ihren Wunsch hin schriftliche Aufzeichnungen damit ihre Botschaft mit Dritten geteilt werden kann.

Dass Empowerment ein gemeinsamer- und gemeinschaftlicher Prozess ist – wenn die Gesellschaft für marginalisierte Menschen immer noch insgesamt ein Ort systemischer Diskriminierung ist – wird auf dem Arbeitsmarkt für „Persönliche Assistenz“ nicht bewusst reflektiert.

Es ist, bei allem Anspruch, dass es anders sein soll, eben doch einfach ein Job aus dem Sektor „Pflege“. Der Anspruch ist ein anderer. Aber was für einer eigentlich genau? Verlaufen die Ansprüche darauf, was PA sein soll, für Assistenznehmer und -geber immer parallel?

Zum Thema Persönliche Assistenz werfen sich für mich jetzt, nachdem ich erste deutliche Erfahrungen mit dem Spannungsfeld und Diskrepanzen zwischen „Pflege“ und „Assistenz“ als übergeordnete Organisationsformen beobachte, etliche Fragen auf.

Warum finde ich zu der Problematik, der ich im Bereich „Assistenz“ begegne so wenig Erfahrungsberichte oder Auseinandersetzungen mit Problemen, die meinen Erfahrungen auch nur entferntest ähneln könnten? Mit anderen Worten: erlebe nur ich Schnittstellen zwischen „Job und Funktionsträger-„ und „Mensch- und Bürgersein“?

(In dem gesellschaftlich anders zu lokalisierenden Thema „Plegesektor“ geht es mir, mit Verlaub, ähnlich: Viele Probleme werden nicht offen thematisiert. Die bekannte katholische Schwester Liliane Juchli hat für die Pflege den hilfreichen Satz formuliert: „Ich pflege als die, die ich bin“ https://www.unifr.ch/nt/de/news/news/24454/todesanzeige (Stand 02.02.23) – das heißt der Pflegende kann und sollte als ganzer Mensch erkennbar werden und nicht schlichtweg eine abstrakte, von ihm losgelöste Funktion erfüllen. Das ist ein anderes Thema, das sich an der Stelle allerdings überschneidet, an dem Altsein und Behinderung in Kombination mehr in den Fokus rücken.)

Persönliche Motivation

Persönlich befinde ich mich in einer hybriden Situation. Zuhause helfen mein Partner und ich uns gegenseitig – ich als Mensch mit eher „unsichtbarer“ Behinderung und mein Partner als Mensch mit „sichtbarer“ und „unsichtbarer“ Behinderung. In meinem Aktivitätsfeld als PA von anderen Menschen mit Behinderung komme ich nun aber in eine Situation, in der ich zwischen zwei Fronten wählen soll. De facto entspricht eine hundertprozentige feste Zuordnung meinen sozialen Erfahrungsebenen nicht. Die echten Konstellationen innerhalb von Situationen die ich erlebe, finden sich in dem umstrittenen Spannungsfeld nicht wieder. Die Situationen im Kontexten von persönlicher Assistenz sind nicht rein funktional erklärbar, meiner Ansicht nach.

Die eine Seite erlebt Ableismus, die andere Seite bezeugt Ableismus

Mir fällt er etwas schwer, mich einfach so als PA zu bezeichnen, weil ich mich mit der Rolle der Assistent*in aufgrund meiner eigenen (unsichtbaren) Behinderung nicht wirklich identifizieren kann – ich bin vielleicht gar kein vollwertiger Assistent in dem Sinne, wie ich verstehe dass Assistenz allgemeinhin gelesen wird und gewünscht ist.

Was mich in meiner Situation stört, ist, dass von mir in meiner Rolle als PA eine gewisse Roboterhaftigkeit und menschliche Austauschbarkeit erwartet wird, dass aber andererseits meine Reflektion von Assistenznehmenden eine ganzheitlich Anerkennende sein muss, damit ich dem Gegenüber vernünftig gegenübertreten kann um dementsprechend „Einsatz zu liefern“ – also nicht einfach nach irgendeinem verhaltenstechnischen „Schema F“.

Dies ist ein grundsätzliches Problem, das ich – man muss es sagen – auch aus dem verhassten „Pflegesektor“ kenne und dort beklage. Das Problem wird leider auch in der Persönlichen Assistenz noch nicht hinreichend analysiert: Als unterstützender Faktor im Leben/Alltag des anderen, soll ich als entkernter Mensch funktionieren.

Wie geht das? Für mich kann das nicht so ganz gehen.

Idee

Die Lösung, die ich im ganzen pflegerischen sowie assistierenden Bereich sehe, ist die eines bürgerschaftlichen Engagements, das – was die ökonomische Ebene anbetrifft – wie bei der ehrenamtlichen Tätigkeit, soweit finanziell honoriert werden könnte, dass der Assistenzgebende (oder aber auch der „Pflegende“ oder Unterstützende) davon grundsätzlich Leben kann, damit er/sie eben auch „helfen“ kann und seine/ihre Rolle auch ökonomisch ermöglicht wird.

Eine zwischenmenschliche bürgerschaftliche Hilfe bedeutet für mich zum Beispiel: Ich teile gerne mit anderen das, was ich ihnen an Unterstützung zugute kommen lassen kann. Jede*r hilft dem/der anderen da wo und wie er/sie kann. Gemeinsam können wir uns dann idealerweise dafür einsetzen oder zumindest das leben, dass Menschen ihre Würde und ihre Rechte gegenseitig stärken und unterstützen, auf praktischer sowie ideeller Ebene. Das wäre Assistenz im Graswurzelebenen-Bereich.

Der kapitalgesteuerte Kontrollmechanismus *zur Verhinderung* systemischer gesellschaftlich-basierender Ungleichbehandlung?

Wenn der Assistenzbegriff leicht missbraucht werden kann um klassische Machtverhältnisse beizubehalten, heißt das auch, dass Assistenzgebende selbst sich ihrer zweischneidigen oder problembehafteten und leicht missbräuchlichen Rolle und der Geschichte der Pflege etc. etc. nicht bewusst sein sollten. Aufklärung, Bewusstseinsschärfung und ein gemeinschaftliches emanzipatives Denken wird eher nicht über den Hebel ökonomischer Entscheidungshoheit angestoßen werden können.

Alle Beteiligten müssen ein Stück weit emanzipativ denken und handeln um den involvierten Positionen gerecht zu werden. Wenn ich mich allein kapitalistischer Wege bediene um soziale Fragen zu lösen, dann fördere ich eine Situation für Assistent*innen und Assistenznehmende ähnlich wie sie etwa in der Altenpflege in den 24 Stunden-Modellen vorherrscht. Der Assistenzgeber ist allein vom Geld

anhängig und hat zu funktionieren auf Basis eines relativ kleinen sozialen gemeinsamen Nenners, und der Assistenznehmende fokussiert auf die reibungslose Funktion. Die Beteiligten merken aber doch immer wieder, dass hier zwei Menschen den Raum teilen – mit allen Vor- und Nachteilen. Beide Seiten funktionieren nicht einfach nur. Beide Seiten sind komplexe Wesen. Und beide Seiten generieren auch eine Interaktionsebene von sozialer Synergie.

Mir kommt es vor, als würde diese Synergie im Beriech der Persönlichen Assistenz zu kontraktualistisch gedacht werden, und dass die Probleme die entstehen, zu wenig beleuchtet werden um evtl. ein Facettenreichtum an möglichen Lösungen zu erschließen, die allgemein eine vernünftigere Grundlage innerhalb der Dyaden bieten würde. Zudem durch das Kontraktualistische, das das Verhältnis regelt, ist die Beziehung und die Situation kaum mehr auf der sozialen Ebene beeinflussbar.

Ökonomischer Kontraktualismus

Ich finde die Haltung, egal wo sie auftritt, entwürdigend, Menschen über das Mittel Geld zu versuchen zu lenken oder sich passend zu machen. Ich glaube das geht in sozialen Bereichen auch nicht, außer mit einem Maß an gewissem Selbstbetrug. Die einzelnen Menschen sind nicht mehr die agierenden, das gemeinschaftliche verantwortungsvoll und kritisch Mitgestaltende, sondern sie übernehmen bloße Funktionen, die beinahe hierarchischen Rangordnungen gleichen.

„Die Assistenz dreht die Machtverhältnisse von Arbeitgeber (Institutionen) und deren verlängertem Arm (Fachleute) auf der einen Seite und den Behinderten als ohnmächtige Opfer, die dem Machtpotential der Institutionen und sogenannter Fachleute ausgesetzt sind, um. Assistenz macht das Opfer des alten Systems (weniger mächtige Behinderte) zur mächtigeren ArbeitgeberIn und die HelferInnen zu machtlosen GehilfInnen ihrer anordnungsberechtigten ArbeitgeberInnen. Es werden die Verhältnisse auf den Kopf gestellt, um den Betroffenen Selbstbestimmung zu ermöglichen.“ – Gusti Steiner, 1999, http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-99-selbstbestimmung.html (Stand 02.02.23)

Eigentlich könnte oder, ich finde, sollte sich die Behindertenrechtsbewegung an der Stelle mit anderen Bürgerrechtsbelangen verlinken. Klassismus , selbst wenn sehr punktuell und indirekt, in dem Fall staatlich induziert, ist Teil des Bodens „sozialer Ungleichheit“: die vermeintliche Privilegierung der einen Seite, als Ausgleich für Ungerechtigkeit/Diskriminierung und Marginalisierung, wird zugunsten von anderen sozialen Hemmnissen geschaffen, die dadurch eben an anderer Stelle wieder verstärkt werden.

Wenn der Staat mir Geld in die Hand gibt, um einem diskriminatorischen Übel zu entfliehen, möchte ich persönlich das nicht anhand von anderen unterdrückerischen Mechanismen in dieser Gesellschaft ausgleichen.

Ich selbst habe in der Hand, die Fehler in der Beziehung zwischen Institution, pädagogischen- und sozialen Einrichtungen, im Bezug auf mich selbst, in dem Punkte zu erkennen, dass Diskriminierung immer ein gesamtgesellschaftliches Problem ist, dass folglich auch die Durchschnittsgesellschaft Ort von Veränderung sein muss – und dass Hebel und Stellschrauben an den richtigen, passenden Stellen gestellt werden müssen.

Und das ist nicht unbedingt der Hebel den Anderen zu meinem „Hire and Fire“-Arbeitnehmer zu machen, den ich nach Gutdünken feuern kann. „Antidiskriminierung“ muss immer als Thema raus aus privat, persönlich Erlebtem, hinein in die gesellschaftlichen Diskurse, und Antidiskriminierung ist noch mehr als eine Frage des Kampfes mit Behörden und der Politik „von oben“.

Ein Teil dessen, gegen ableistische Diskriminierungsformen zu kämpfen, ist meiner Meinung nach auch emanzipatorische Verhältnisse in der Beziehung zwischen Bürger*innen mit-, mit teilweiser und mit Bürger*innen ohne Behinderung umsetzen zu können.

Höchst problematisch find ich persönlich – als Gegensatz dazu – solche behavioristisch anmutenden Ansätze: eine „Social exchange theory / Austauschtheorie“ und dazu gleich auch einige sehr offensichtliche Kritikpunkte:

„Critiques: Katherine Miller outlines several major objections to or problems with the social exchange theory as developed from early seminal works. The theory

reduces human interaction to a purely rational process that arises from economic theory. […] The theory assumes that the ultimate goal of a relationship is intimacy when this might not always be the case. The theory places relationships in a linear structure, when some relationships might skip steps or go backwards in terms of intimacy."

https://en.wikipedia.org/wiki/Social_exchange_theory#Critiques (Stand 02.02.23)

Ich würde tatsächlich auch nicht auf die emotionalen Beziehungseben fokussieren. Ich sehe eher das Zivilgesellschaftliche in dem sozialen Austausch als Beziehungs- oder aber eher Interaktionsplattform, die Emotives in einem größeren Rahmen mit kontextualisiert, als das allein individuell Sozialpsychologische. Aber der erste Punkt in der Kritik scheint mir hier entscheidend:

"The theory reduces human interaction to a purely rational process that arises from economic theory."

> Die Theorie reduziert die menschliche Interaktion auf einen strikt rationalen Vorgang, der sich aus der Wirtschaftstheorie heraus herleitet.

Die Beziehung wird auf eine Art Kosten-Nutzen-Rechnung für beide Seiten reduziert. Gemeinsame zivilgesellschaftliche emanzipative Prozesse sind damit wahrscheinlich erledigt.

„Für den Fokus dieser Arbeit ist der austauschtheoretische Ansatz von besonderer Relevanz. Das Arbeitgebermodell ist in seinem Proprium als Tauschbeziehung angelegt. Die persönlichen Assistenten geben ihre Arbeitskraft und Arbeitszeit in Form von Assistenzleistungen ihren behinderten Arbeitgebern, diese bezahlen dafür mit Hilfe des persönlichen Budgets ihren Helfern einen regelmäßigen monatlichen Lohn. Die Tauschbeziehung ist per Arbeitsvertrag gesetzlich verankert und sorgt dafür, dass der behinderte Arbeitgeber sein Leben weitgehend selbstbestimmt leben kann." Michael Supp, 2009, https://www.hausarbeiten.de/document/131359 (Stand 02.02.23)

Natürlich kann man die ganze Welt unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachten …

Die arbeitstechnischen Fronten. Wie soll man erstmal nach bronzenen statt goldenen Mitten suchen?

Interessant fand ich diese Schilderungen über die Konflikte zwischen den verschiedenen Interessensstandpunkten, die bis heute inhaltlich noch nicht geklärt sind und der ganzen Situation der Persönlichen Assistenz für alle involvierten Seiten anhaften.

Das ist letztendlich eine trockene, relativ harte Diskussion zwischen den Fronten, die wir zur Zeit immer noch haben. Und ich glaube zum Teil auch deswegen, weil wir uns zu wenig Hintergrundfragen dazu stellen, was das ganze Thema „Assistenz“ alles eigentlich so, an offenen, zivilgesellschaftlichen, einschließlich zwischenmenschlicher Fragen, heraufspült.

Problemfelder bei der Assistenz, bei mit Idealen arbeitenden Dienstleistern, die selbst die Arbeitskräfte beschäftigen, werden hier benannt:

„Nicht derjenige muss entlassen werden, der von allen Assistenznehmern abgelehnt wird, sondern der, bei dem es unter Abwägen der Lebensumstände des ‚überflüssigen‘ Assistenzgebers am sozialverträglichsten ist. Nicht mehr nur die Wünsche der Assistenznehmer bestimmen Länge und Aufteilung der einzelnen Arbeitsschichten, sondern auch das Arbeitszeitgesetz und der Betriebsrat. Auch der Assistent kann nicht mehr so einfach kündigen, wenn er mit dem Assistenznehmer nicht zurechtkommt. Der schwierige Arbeitsmarkt und der Druck der Agentur für Arbeit sorgen dafür, dass er auch in nicht gewollten Assistenzen arbeiten muss. Die Assistenzgeber sind bei der Firma ‚HAG‘ angestellt, sie stehen als Gruppe mit eigenen Interessen der Geschäftsführung gegenüber. Diese Gruppeninteressen sind nicht immer die gleichen wie die Interessen des einzelnen Assistenznehmers.“

„In diesem ganzen Gestrüpp aus verschiedenen Interessen und gesetzlichen Auflagen bleibt das Recht der von Assistenz Abhängigen auf Selbstbestimmung nicht selten ganz oder teilweise auf der Strecke.“

Zum Thema Arbeitsschutz, allgemein:

"[…] Abhängigkeit von der möglichen Willkür der jeweiligen Behinderten insbesondere im sog. Arbeitgebermodell; außerdem werden elementare Arbeitnehmerrechte – z.B. im Arbeitsschutz – in vielen ambulanten Diensten nicht umgesetzt, da Arbeitnehmervertretungen in diesen Diensten keineswegs durchgängig etabliert sind."

Die Zitate stammen aus: „Text zur persönlichen Assistenz und den Rechten der Assistenten", siehe:

http://www.autonomleben.de/pers-assistenz.html > https://autonomleben.de/assets/pdf/artikel_zur_assistenz.pdf (Stand 02.02.23)

Siehe dazu auch:

Gerlef Gleiss: Selbstbestimmung, Persönliche Assistenz und die Arbeiterrechte

https://www.zedis-hamburg.de/wp-content/download-pdfs/gleiss_19042010.pdf (Standt 02.02.23)

(Ich bin Gerlef Gleiss sehr dankbar für diesen wichtigen Vortrag, Auch wenn ich selbst da noch einiges andere dazu sagen würde. Aber hier werden die Probleme von beiden Seiten her arbeitstechnisch und sozial detailliert umrissen!)

Noch ein Lesetipp auf den ich über Gerlef Gleiss' Text stieß:

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner (der 2022 bedauerlicherweise verstarb und eine große Lücke in seinen Gebiet hinterlässt): „De-Institutionalisierung im Lichte von Selbstbestimmung und Selbstüberlassung – Absichten, Einsichten und Aussichten entlang der Sozialen Frage"

https://www.zedis-hamburg.de/wp-content/download-pdfs/dorner_deinstitutionalisierung.pdf (Stand 02.02.23)

Ein wichtiges Thema in der Phase des Krankseins, der Sterbens und des Älterwerdens in Kombination mit Krankseins, Stress, etc.

Achtung Delir!

Ein Delir ist ein gigantisches Problem, das von Menschen, die keinerlei Ahnung davon haben, oft laienmäßig mit einer demenziellen Veränderung verwechselt wird. Die Folgen sind wirklich dramatisch, da ein Delir ein Hinweis auf gesundheitliche Probleme im Hintergrund darstellen kann. Ein Delir kann auf eine Dehydration des Körpers hinweisen. Auch wird der Mensch völlig falsch eingeschätzt, wenn man davon ausgeht bei ihm liege die Problematik einer Demenz vor und in Wirklichkeit trinkt der Mensch zu wenig und/oder hat einen zugrunde liegenden Infekt, der Vergiftungserscheinungen im Körper verursacht, die zu der Verwirrtheit führen.

Bei uns in der Familie ist es genau zu solch einer Situation gekommen. Oftmals lässt sich das Problem nicht dauerhaft lösen, da

a.) ein Mensch immer wieder eine zu geringe Trinkmenge zu sich nehmen kann (Extremfall wäre sogar das bewusste Sterbefasten)

b.) ein Mensch immer wieder mal z.B. an einem Harnwegsinfekt leiden kann, insbesondere Frauen, was unerkannt wiederum zu der Symptomatik führen kann.

Das Delir und die Dehydration sind gesundheitliche Themen, auf die man ein größtes Augenmerk richten muss.

Man findet viel an Infos im Netz, dennoch trifft man immer wieder auf Uninformiertheit diesbezüglich.

Delir: Wenn man zeitweise verwirrt ist, https://www.aerzteblatt.de/archiv/139436/Delir-Wenn-man-zeitweise-verwirrt-ist (02.02.2023)

European Delirium Association (EDA), http://www.europeandeliriumassociation.org/ (02.02.2023)

What's the Difference Between Dementia and Delirium? https://www.crisisprevention.com/Blog/Difference-Between-Dementia-and-Delirium (02.02.2023)

Hydration and Delirium, https://caregiver.com/articles/hydration-and-delirium/ (02.02.2023)

Das schwierige Thema Betreuung und mögliche und vorkommende Fallstricke

Tabu Ableismus in der Betreuung

Gesetzliche Betreuung darf kein Faktor sein, der zulässt, dass immernoch existenter, weiterhin ‚normalisierter' Ableismus die UN-Behindertenrechtskonvention untergräbt.

Tabu Ableismus in der Betreuung …

Beispiel: Demenz, Kunst und Menschenrechte?
Beispiel: Selbstbestimmtes Leben mit Sprech-Apraxie?
Beispiel: Altersbedingte Behinderungen und Selbstbestimmtheit?
…

Vorsicht vorm Betreuungsgericht und seinen Betreuern. In Sachen Betreuung werden viele gute Absichten und viele sozialen Vorteile beschrieben, die in der Praxis lückenhaft und in vielen Fällen ethisch überhaupt nicht praxistauglich umgesetzt werden.

In dem Thread unten beschreiben wir einen Fall, den Freunde an uns herangetragen haben, bei dem es um Urheberrecht, Demenz und Betreuung geht: Eine Akademikerin, die in ihrem Leben neben ihrer Berufstätigkeit privat Kunst gemacht hat, wollte ihre künstlerischen Arbeiten gerne anderen Menschen zeigen, nun im Alter, in dem die Kunst für sie nochmal eine ganz besondere spielt. Sie hat eine demenzielle Veränderung und sie hat eine gesetzliche Betreuerin, die zugleich auch Anwältin ist. Die Betreuerin untersagt, dass die Kunst ihrer Klientin mithilfe von assistentischer Hilfe ausgestellt oder veröffentlicht werden darf, mit der unqualifizierten (und zumindest auch nicht juristischen) Begründung, durch die Demenz könne die Frau den Sachverhalt selber nicht mehr einschätzen. Der ambulante Dienst, der die Klientin im Alltag begleitet, fügt sich der Betreuerin. Es gibt keinen, der das Interesse der Klientin, ihre Kunst mit anderen Menschen zu teilen, unterstützen würde. Die Menschen, die mit der Klientin Berührung haben, sind zumeist Pfleger, die es entweder nicht ernsthaft interessiert oder die Angst vor einer Kündigung haben, wenn sie sich der Sichtweise von Betreuerin,

Pflegedienstleitung und Fachkräften nicht unterordnen. Die eigene Kommunikation von Pflegenden in der täglichen Begegnung im pflegerisch-sozialen Kontext, spielt zivilgesellschaftlich de facto keine Rolle. Aus dem Grund wendete sich ein involvierter Pfleger an uns, damit wir das Szenario hier schildern und zur offenen, potenziell breiteren Diskussion stellen.

Das Gericht selbst, sowie andere Anwälte, die auch Berufsbetreuer sind, teilten uns mit, dass es keine rechtliche Grundlage gibt auf der die Betreuerin ihrer Klientin sowohl das öffentliche Zeigen ihrer Kunst oder auch die anderweitige Veröffentlichung ihrer Kunst verbieten könne – ihre Begründung, dass die Klientin durch ihre demenzielle Veränderung nicht in der Lage sei Sachverhalte selbst beurteilen zu können oder keine zuverlässigen Wünsche, etc. äußern könne, sei rechtlich nicht relevant … .

Der Pfleger teilte dies seinem Arbeitgeber mit, damit der Betreuung nochmal Rückmeldung gegeben werde, mit der Bitte um Begründung ihres Ausstellungs- und Veröffentlichungs-„Verbots“. Der Arbeitgeber knickte ohne wenn und aber gegenüber der Betreuerin ein, die auf ihrem Standpunkt bestand ohne diesen juristisch begründen zu können.

Es liegt kein Einwilligungsvorbehalt bei der Klientin vor, der spezifisch eine Veröffentlichung von Kunst der Klientin verbieten würde.

Unsere Twitter-Threads dazu:

#Ableismus + #Demenz
Wenn eine gesetzliche #Betreuung einem kunstschaffenden mit diagnostizierter beginnender demenzieller Veränderung und starken Depressionen verbietet … 1/…
− against animal objectificating paradigms (@farmtiere) September 26, 2022 > https://twitter.com/farmtiere/status/1574480461820198915 (Stand 02.02.23)

(Dementia, Human Rights and Arts?)

#Ableism + #Dementia

When a legal #caregiver forbids an artist diagnosed with incipient dementia and severe depression … 1/…
− against animal objectificating paradigms (@farmtiere) September 26, 2022 > https://twitter.com/farmtiere/status/1574483857616822272 (Stand 02.02.23)

Wir haben nicht nur ein Problem mit einigen Betreuern und einem Mangel an Überprüfung und wirklicher Überprüfbarkeit deren Handelns. Nach unseren Informationen beginnt das Problem mit Ableismus im Rahmen von Betreuungsverfahren und der Zuteilung von Betreuung bereits in der Phase, in der Sozialarbeiter des Betreuungsgerichts Fälle im Vorfeld beschreiben, damit diese den sachverständigen psychiatrischen Gutachtern und dann dem Gericht vorgelegt werden können. Der Verfahrenspfleger kann im günstigen Falle, in der ihm eigentlich angedachten Rolle im Sinne des Betreuten oder potenziell Betreuten, eingreifen.

Ein Frau, nennen wir sie Kamilla K., die von einer Sprech-Apraxie betroffen und mehrfach schwerbehindert ist, hat sich zweimal beim Betreuungsgericht um die Aufhebung ihrer Betreuung bemüht. Erst durch die Verdeutlichung von Ableismus in der Bearbeitung Kamillas Falles, der die Selbstständigkeit von Kamilla als kategorisch unmöglich framte, konnte die Betreuung aufgehoben werden.

Die Schilderungen/Fallbeschreibungen seitens der Sozialarbeiterinnen, die im Vorfeld vom Betreuungsgericht zu Kamilla geschickt wurden, lasen sich in beinahe jedem Punkt diskriminierend und ableistisch. Die Sozialarbeiterin schilderte ihre Sicht auf die Dinge, wie Kamilla gestikulieren würde, was man daraus schließen könne, wie die Beziehung zur Familie intern sich gestalte, wie sämtliche sozialen-, sowie Kontexte [die tatsächlich mit Barrieren zu tun haben], zu beurteilen seien. Alles schilderte die Sozialarbeiterin mit der festen vorweggenommenen Schlussfolgerung, die bereits in den Schilderungen rehauszulesen war, dass eine Selbstständigkeit, ein Verzicht auf Betreuung, ein unrealistisches Hirngespinst und Wunschdenken von Kamilla sei.

Als Kamilla mir ihren Fall darlegte, im Rahmen einer Assistenztätigkeit bei ihr, schlugen wir einen anderen Weg ein: wir benannten das ableistische Fehlkonstrukt, das einer grundsätzlichen Ablehnung von Selbstständigkeit

insbesondere bei einer Sprech-Apraxie und gleichzeitiger gegebener Abhängigkeit von Assistenz in der Kommunikation zugrunde gelegen haben muss.

Wir schlugen den Ersatz von Betreuung durch Assistenz vor. Diesmal konnten die kontraproduktiveren Narrative beteiligter Instanzen keine Argumentationsbasis mehr bilden, und das Gericht stimmte nun der Aufhebung der Betreuung in sämtlichen Punkten zu und hielt unseren Alternativvorschlag für machbar.

--

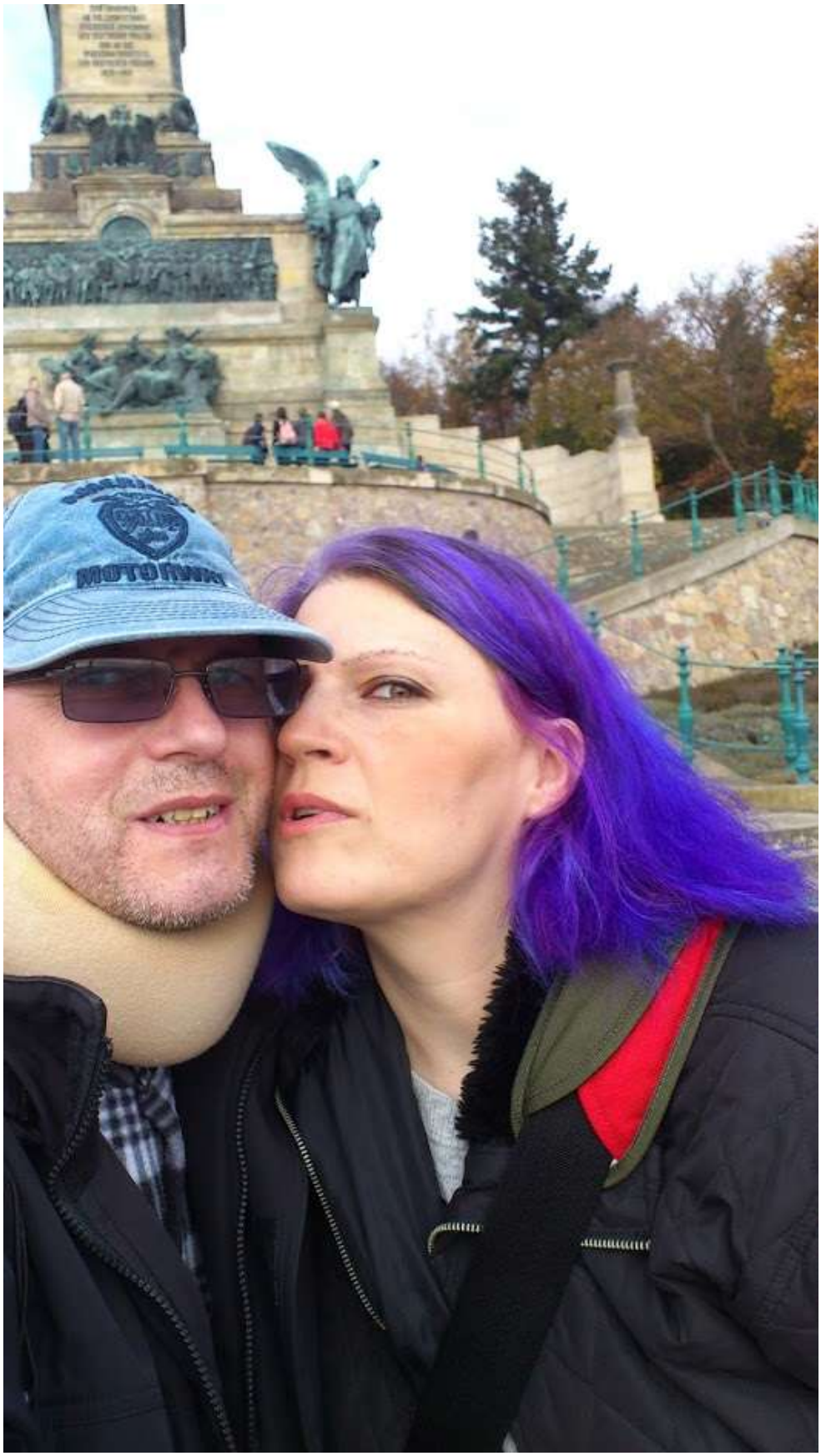
Was nun aber das dritte Problemfeld anbetrifft: Altersbedingte Behinderungen und Selbstbestimmtheit, so ist dies ein sehr schlecht in einfacher Weise zu beschreibender sozialer Missstand. Bis heute assoziieren wir Ableismus nicht explizit mit Behinderung plus Alter, obgleich eine unabdingbare Verknüpfung gegeben ist und berücksichtigt werden muss. Die Fälle, die wir selbst beobachtet haben, in denen im Rahmen von Betreuung Menschen auf ein Abstellgleis funktionaler Versorgung gestellt wurden, in denen kein Mensch mehr auf wirklich menschlicher, mitmenschlicher Ebene zuständig ist und auch überhaupt erst gar nicht zuständig sein darf, sind so viele … sowie die Fälle, die uns von andern geschildert wurden, welche sich mit unseren Beobachtungen deckten.

Die in unserer Gesellschaft wenig beachteten Alltagsproblematiken im Rahmen von gesetzlicher Betreuung im Alter, scheinen so tief verankert zu sein als normalisierte Handhabe von Altsein innerhalb unseres neuliberalen, demokratischen Sozialstaates, dass die Frage im Raum steht, an welcher Stelle wir hier überhaupt die „schuldige Instanz“ oder den systemischen Fehler lokalisieren sollten. Das Problem kann keinesfalls ein dem Altwerden inhärent-sein-müssendes sein. Es ist ein Problem, dass wir gemeinschaftlich erst schaffen und so müssen wir auch in der Lage sein, uns gemeinschaftlich damit auseinander setzen zu wollen, um diese Normalisierung aufzubrechen.

Betreuung darf kein Faktor sein, der immernoch existenten Ableismus normalisiert und damit de facto die UN-BRK untergräbt.

Ein Foto von mir von 1983 in dem Buch *78-87 london youth* des Fotografen Derek Ridgers von 2012. Wir hatten damals eine Zweitwohnung in London (Ridgmount

Gardens 75A, London W.C.1) und so war ich recht häufig mit meiner Mutter Farangis und später auch alleine in London (wobei ich mich dann eher selbstständig bewegte und mitunter bei Freunden und/oder in besetzen Häusern „rumhing“). Damals in der BRD schien eine stärkere geistige Enge den Alltag zu prägen: so sagten Leute „uff der Gass“ – in erster Linie männliche ältere Personen – in Hessen beispielsweise in DE oft zu einem beim Vorbeigehen: „sowas wie dich hätte man früher vergast!“ (in Form einer Art aggressiver, impulshafter Interjektion). Man wurde als weiblicher Punk mit bunten Haaren Anfang der 1980er in DE überhaupt mehr sozial von Menschen aus der „normalen“ Menge gemobbt als vergleichsweise in GB. Ältere Frauen sagten häufiger Dinge in der Art mit einem bedauernden beinahe zynischem Ton: „so ein hübsches Mädchen macht sich so hässlich“. Ich musste damals die Schule wechseln, weil der Direktor mich raus haben wollte (obgleich seine eigene Tochter Punk war, die aus Gründen eines im Raum stehenden Verdachts der Bevorzugtheit aber ‚seitens des Vaters, die Schule verlassen „musste“, so erzählte mir sie einmal). Und selbst unter Punks herrschte „dummgemobbe“ – es ist eben in der Gesellschaft so üblich, meint man. Ich fand und finde das nicht in Ordnung.


MOTORUNK

Hier (auf Seite 92) im Jahr 2015 nochmal mit meinem Mann Lothar Yegane Arani, geb. Prenzel von dem Niederwalddenkmal am Rhein. Noch einmal mit chemiekeulen-buntem Haupthaar. Zumeist färbe ich meine Haar aber, wie meine Mutter Farangis, mit persischem Henna.

Impressum

Edition Farangis
Untergasse 7 / Marstallweg 8
61250 Usingen / Taunus
Deutschland
mail@farangis.de
Tel. + 49 6081 6 88 24 49
www.farangis.de

Autor:innen: Gita Marta Yegane Arani (Tschördy / Palang LY).
Illustrationen/Illustrator:in: (Acrylmalerei) Farangis G. Yegane (Gertrud Waltraud Lück-Flender)
Übersetzer:in: --
Herausgeber:innen: Lothar Yegane Arani, (geb. Prenzel); Gita Marta Yegane Arani; Edition Farangis

Erscheinungsdatum: Februar 2023
Kontaktdaten: www.farangis.de
Copyrights: Edition Farangis 2023

© Edition Farangis, Usingen / Taunus, 2023