

Mitteilungen 1, Mitte Januar 2014

Was ist Bewohnerinnen und Bewohnern wichtig?

Die Frage „Was ist Bewohnerinnen und Bewohnern mit Bezug auf ihre Lebensqualität wichtig?“ berührt periodisch jeden von uns. Die Zeiten, als ein Heimvater/seltener eine Heimmutter wusste, was gut für die Insassen ist, liegt weit zurück.

Da überrascht es, dass recht wenige Hinweise in der Fachliteratur zu finden sind. Die meines Wissens jüngste Studie¹ stützt sich auf die Befragung von 62 Bewohnerinnen in drei städtischen Heimen des Gliedstaates New York. Diese Bewohnerinnen lebten seit mindestens drei Monaten in einem der Pflegeheime. Die getroffene Auswahl war nicht umfänglich zufällig: Wer nach Urteil des Pflegekaders nicht kommunikationsfähig war, wurde nicht zur Teilnahme eingeladen.

Von den definitiven Teilnehmerinnen hatten aber fast ein Drittel kognitive Beeinträchtigungen² (Diagnose: Alzheimer's disease and/or other dementia); Depressionen waren bei 41.9% der Teilnehmerinnen diagnostiziert; das Durchschnittsalter betrug 87.6 Jahre.

Es wurden mündliche Befragungen (mit schriftlich fixierten Antwortoptionen) mit einem strukturierten Fragebogen durchgeführt. Die Befragungsdauer reichte bis zu einer Stunde (Unterbrüche nicht mitgerechnet). Es handelte sich darum, die Zufriedenheit mit dem Heim und mit dem Personal zu deuten. Insgesamt wurden elf sog. Quality of Life-Elemente versus die geäußerte Zufriedenheit mit dem Leben im Heim *und* der „Zufriedenheit mit dem Personal“ getestet. Dies bedeutet zum Beispiel: Es wurde das Ausmass des Sicherheitsgefühls als Prädiktor für die beiden gerade erwähnten Dimensionen der Zufriedenheit eruiert. Es zeigte sich, dass ein hohes Sicherheitsgefühl einen nennenswerten Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Heim hatte.

Aber auch eine positive Einschätzung der angebotenen Aktivitäten (Aktivierungstherapie) trägt zur Deutung der Zufriedenheit mit dem Heim (sog. overall satisfaction) bei. Gleiches gilt dann für die Zufriedenheit mit dem Essen und die (positive) Einschätzung mit dem Ausmass an Individualität in einem der entsprechenden Heime.

Bei der *Zufriedenheit mit den Mitarbeiterinnen* resultierten nicht mehrere Erklärungsmomente (wie vorangehend gerade angetönt), sondern ein einziges: Die eingeschätzte Wahrung der eigenen Dignität einer Bewohnerin zeitigte den grössten Einfluss (tatsächlich den einzigen hochsignifikanten) auf das Ausmass der Zufriedenheit mit den Mitarbeiterinnen.

¹ O. R. Burack et al., What Matters Most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home, in JAMDA (Journal of the American Medical Directors Association), vol. 13, 2012, S. 48-53.

² Es ist wieder einmal darauf aufmerksam zu machen, dass mit sorgfältigem Vorgehen auch ein Teil der demenziell Erkrankten befragt werden kann. Standard-Aufsatz dazu ist S. F. Simmons et al., Resident complaints about the nursing home food service: Relationship to cognitive status, in Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci, vol. 64B, 2009, S. 324-327.

Jetzt ist VORSICHT angezeigt. In der Befragung konnte ja nicht direkt nach dem Ausmass der erfahrenen Dignität³ gefragt werden. Dieser Begriff ist so schwierig zu konzeptualisieren, wie wir dies beim Begriff der Autonomie im Q-Star antreffen. Wahrscheinlich sind wir uns alle einig, dass die Autonomie einer Bewohnerin unbedingt zu wahren und wenn möglich zu fördern ist. Aber was ist Autonomie? Was ist Dignität? Was verbindet eine hochbetagte Befragte mit dem, was die Forscher als Dignität bezeichnen?

Interessant ist im Übrigen, dass Zufriedenheit mit dem Heim und Zufriedenheit mit Pflege und Betreuung unterschiedliche „Quellen“ zu haben scheinen. Ein Tatbestand, auf den in einer klugen Studie (und den souveränen Bemerkungen im editorial) in der englischen Fachzeitschrift *Age and Ageing* aufmerksam gemacht wurde⁴ ... und der uns wohl einleuchtet.

Exkurs: Einleuchtet? Aber sicher nicht den Hirndamischen (bayrischer Begriff), welche sich unter Führung von Curaviva an den medizinischen Qualitätsindikatoren (!) zur Erfüllung von Art. 58 KVG bereichern. Diese merken nicht, dass die Fokussierung auf „Medizin“ bei Spitälern etwas kategorial anderes ist als Leben (und Sterben) in einem Heim.

Excusez: Wenn ich mit meiner Literatur im Feld Geriatrie/Pflegeheime arbeite, habe ich (fast immer) einen Schub wegen der unbedarften Argumentation zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in unseren Pflegeheimen.

Fortsetzung zu Dignität:

Weil Dignität eben nicht zu erfragen ist, hat man mit möglichst wenig geschlossenen Fragen sich der Thematik anzunähern respektive diesen gewichtigen Wert in einzelne Aspekte zu gliedern/zu zerlegen. So hiess es dann in dieser Studie: „Nehmen die Schwestern Rücksicht auf Ihr Schamgefühl?“ oder „Respektiert man Ihre Vorstellungen über Baden/Duschen?“

Ich verzichte auf weitere Elemente der Operationalisierung. Es geht mir für die Praxis von Qualitätsförderung und Qualitätssicherung um folgendes: Aus der Fachliteratur resultieren manche Anregungen zum Weiterdenken (und bei mir eben auch zum mich Ärgern). Aber relativ selten sind direkt Folgerungen möglich. Die Ausnahmen resultieren aus fundierten medizinischen und pharmazeutischen Studien. *Dies bedeutet für uns, dass Dignität resp. Umschreibungen dazu, in jedem Heim selber zu thematisieren sind. Erst wenn man von den Mitarbeiterinnen her Umschreibungen und Beispiele dazu gefunden hat, kann an der Herausforderung „Würde“, „Achtung“, „Ansehen“ usw. gearbeitet werden.*

In der Fachliteratur finden sich äusserst selten Hinweise darauf, was wie in der Praxis umzusetzen ist – der banalste Grund ist, dass jede Fachzeitschrift die Zahl der Worte für einen Artikel beschränkt. Viel wichtiger aber ist dann, dass jedes Heim in der von den Mitarbeiterinnen gebräuchlichen Sprache *zusammen* finden muss, wie die dem Wert zugehörigen Normen für den Alltag festzuhalten und in der täglichen Praxis umzusetzen sind.

Die vorliegenden Hinweise haben mir einmal mehr gezeigt, dass meine Rolle einzig im Anstossen bestehen kann. Den ganz überwiegenden Teil der Herausforderungen haben Sie zu bearbeiten. Ich kann garantieren, dass der Grossteil der wissenschaftlichen Resultate im Feld Geriatrie/Nursing Homes von mir verfolgt wird. Dies ist wenig gegenüber den Realitäten im Heim, Ihren Aufgaben.

³ Dignität wird hier mit Würde, Achtung, Ansehen, Anstand zu umschreiben versucht.

⁴ A. Netten et al., Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship?, in *Age and Ageing*, vol. 41, 2012, S. 512-517.

Konkrete Utopie

Fast jedes Mitglied hat im Heim mindestens eine Ausprägung, welche markant in die Zukunft weist: Das Buffet (Front-Cooking), neue Zimmer mit bis zu 34m², die gelungene Fortsetzung des ETH-Projektes, Aktivierungstherapie, die ganz andere Dimensionen anzeigt, Badelandschaften, die neue Gestaltung des „Wohlfühlstüblis“ usw. Diese überlegt vorgenommenen Veränderungen sind einer der Gründe, warum mir jede Heimbeurteilung Freude macht.

Hier gilt es nun aber auf zwei Schwerpunkte aufmerksam zu machen, welche zukunftsgerichtet auf *kategorial Anderes* zeigen. Beim Schreiben des Berichtes für pflegimuri wählte ich dafür den Begriff Konkrete Utopie. Konkrete Utopie ist eine zentrale Kategorie in Ernst Blochs *Das Prinzip Hoffnung*. Wenn man sie aus der marxistischen Ökonomiekritik ausschält (was man ja nicht dürfte; aber mir liegt jenes Denken ganz und gar nicht), so ist damit gemeint, dass etwas im künftigen Ganzen angelegt ist, das sich schon teilweise auskristallisiert hat, und so *ahnen* lässt, was an Guten vielleicht einmal sein könnte⁵.

In der pflegimuri wird seit mehreren Jahren mit einer sonst nirgendwo anzutreffenden Radikalität versucht, das Recht der Bewohnerinnen auf Selbstbestimmung in der täglichen Praxis zu realisieren. Es ist hier ausgeschlossen, ein Bild von den (noch nicht abgeschlossenen) vielfältigen Anstrengungen zu skizzieren, welche zur Umsetzung der Vorstellung über umfassende Rechte der Bewohnerinnen in die Wege geleitet werden und für die um Unterstützung beim Personal geworben werden muss.

Im Merkblatt „Mut zur Führung“ ist so z. B. ganz am Anfang festgehalten: „Die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner sind von zentraler Bedeutung und definieren unsere Bemühungen ...“ Im Entwurf zum „Pflegeverständnis pflegimuri“ ist der Hinweis auf die Rechte „bzw. mehr Selbstbestimmung/weniger Fremdbestimmung“ in der ersten Zeile zu finden usw.

Es fällt schwer Beispiele für die Illustration zu bringen, weil eben grundsätzlich alles auf Normalisierung, Entscheidung der Bewohner, Umsetzung von Wünschen angelegt ist: Herr N. kann seine Kaffeetasche von Zuhause mitbringen (und jeder Kaffee wird ihm in seiner Tasse serviert); das Mittagessen kann auch im Restaurant (nicht eine Cafeteria, ein von aussen sehr gut besuchtes Restaurant) eingenommen werden; für das Nachtessen besteht neben dem Menu die Option unter 27 (!) Angeboten: der sehr langjährige Patient der Psychiatrischen Klinik wird nicht „übernommen“. Er entschied sich nach mehreren Wochen Schnupperaufenthaltes usw. usf.

Es ist klar, dass diese ungeteilte Fokussierung auf das Subjekt einen gewissen Konflikt mit der in der Pflege anzutreffenden Objektorientierung hat („Herr N. muss noch gewaschen werden“). Das Suchen nach wesentlich Anderem in pflegimuri ist faszinierend.

⁵ Dies hat Bloch nach meinem Dafürhalten in den Schlussspassagen (bei meiner 1967er Ausgabe auf Seite 1628) eindrücklich festgehalten und dabei zugleich gemahnt, dass da ein sehr weiter Weg nötig sein wird: „Der Mensch lebt noch überall in der Vorgeschichte, ja alles und jedes steht noch vor Erschaffung der Welt, als einer rechten. Die wirkliche Genesis ist nicht am Anfang, sondern am Ende, und sie beginnt erst anzufangen, wenn Gesellschaft und Dasein radikal werden, das heisst sich an der Wurzel fassen.“

Auf dem Titelblatt des Alterszentrums Jurablick (Niederbipp) fliegt eine Swiss A320. Darunter steht die Erklärung „Reif für die Insel“. Sechs Bewohnerinnen verbrachten eine Ferienwoche auf Teneriffa. 2014 sollen Bewohnerferien auf einer anderen Insel stattfinden.

Praktisch wöchentlich wird eine sog. Apérofahrt in ein Restaurant einer Verbandsgemeinde durchgeführt. Ich konnte an einer morgendlichen Ausfahrt (mit drei Autos, zwei davon für Rollstühle eingerichtet) teilnehmen. Es war berührend zu erfahren, wie selbstverständlich die „früheren“ Einwohnerinnen umgehend wieder ins Dorfgeschehen eingeschlossen wurden. Rund zehn Mal pro Jahr finden zudem längere Carausflüge statt.

Es hat Tradition, dass Bewohnerinnen hinausgehen. Das gilt auch für einzelne, welche in Dorf Niederbipp gefahren werden und, wie ich sah, so Kontakt zu Personen halten, die sonst nicht ins Heim kommen. Mit auf diese Ebene gehört auch, dass die Mehrzahl der Heimbewohnerinnen an der Dorfveranstaltung „Bipp bewegt“ auf die eine oder andere Art teilnimmt.

Zu Recht wird man darauf aufmerksam machen, dass überdurchschnittlich viele Bewohnerinnen in den unteren BESA-Stufen rangieren. Aber im Rahmen der Q-Star-Beurteilung konnte festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen der Pflegeabteilung auf die monatliche Reise mitgenommen wird. Das Erschliessen der Umwelt ist dem Jurablick ein zentrales Anliegen. Die Bewohnerinnen haben realisiert, dass der Aufenthalt im Heim auch ganz wesentlich ein Hinausgehen bedeutet.

Die Zeiten, da der sieche Körper einem Heim zum Aufbewahren übergeben wurde, sind schon lange vorbei. Die meisten Heime in der Deutschschweiz dürften gute und sehr gute Leistungen für Bewohnerinnen erbringen. Aber der Tendenz nach wird noch zu wenig *zusammen* mit Bewohnerinnen die letzte Lebensphase zu gestalten getrachtet. Dies hängt auch damit zusammen, dass immer noch viele Bewohnerinnen (und ihre Angehörigen) die Vorstellung hegen, Entscheide müssten vom Heim getroffen werden. Ein Teil der Bewohnerinnen will Entscheide delegieren. Aber welcher Teil delegiert werden will, ist bei jeder einzelnen Bewohnerin periodisch herauszufinden. Also auch hier gemeinsames Lernen!

Dafür sind Heime aber zur Vorleistung verpflichtet. pflegimuri dürfte auf sehr gutem Weg für Vorleistungen sein, und der Jurablick zeigt an, dass ein Leben im Heim das Ausserhalb des Heimes *umfänglich* mit einschliessen kann. So möchte ich dies verstanden wissen: Beide zeigen auf ganz unterschiedliche Art und Weise Elemente einer *konkreten Utopie* an.

* * *

In der Beilage finden Sie die definitive Ausgabe von zwei Gegenständen des Q-Stars, welche aus dem bisherigen Gegenstand 12 abgeleitet wurden. Die Zunahme demenziell Erkrankter in den Heimen war Anlass, neu einen eigenen Gegenstand zu schaffen. Die redaktionelle Überarbeitung des Q-Stars ist dann auf diesen Sommer festgelegt.

**Diesen Mitteilungen liegt ein Einzahlungsschein für den Mitgliederbeitrag 2014 bei.
Er beträgt unverändert CHF 200 und deckt auch die Kosten für Veranstaltungen.**