

Menschenrechte in der Pflegepraxis: Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen

Aronson, Polina; Mahler, Claudia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Deutsches Institut für Menschenrechte

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Aronson, P., & Mahler, C. (2016). *Menschenrechte in der Pflegepraxis: Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen*. (Analyse / Deutsches Institut für Menschenrechte). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48720-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Analyse

Menschenrechte in der Pflegepraxis

Herausforderungen und Lösungsansätze
in Pflegeheimen

Polina Aronson | Claudia Mahler

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands. Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention und der UN-Kinderrechtskonvention betraut worden und hat hierfür entsprechende Monitoring-Stellen eingerichtet.

Die Autorinnen

Dr. Polina Aronson ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Menschenrechte. Arbeitsschwerpunkte der Sozialwissenschaftlerin sind die Menschenrechte in der Pflege sowie der Bereich der interkulturellen Pflege.

Dr. Claudia Mahler ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Menschenrechte. Sie ist zuständig für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen die Menschenrechte Älterer.

Danksagung

Diese Analyse wäre ohne die umfangreiche Unterstützung von vielen Personen aus der täglichen Pflegepraxis nicht möglich gewesen. Wir möchten an dieser Stelle den Bewohner_innen, Familienmitgliedern, Mitarbeiter_innen und den Leitungskräften der Pflegeheime, die wir besuchen und befragen durften, unseren herzlichen Dank für ihre Zeit, ihre Vorschläge, ihre Meinungen, Ideen und die vielen Einblicke in ihren Alltag aussprechen. Die Informationen, die sie uns zur Verfügung gestellt haben, waren ausschlaggebend, um die Herausforderungen der Praxis für die Menschenrechte in Pflegeheimen zu identifizieren, damit in Zukunft alle Beteiligten in der Pflegebranche die Menschenrechte älterer Menschen und die der Pflegenden respektieren können und wir gemeinsam Wege finden, wie diese vermehrt Eingang in die Langzeitpflege finden können.

Ebenso gilt unser Dank den Trägern der von uns besuchten Einrichtungen, den Vertreter_innen von Behörden, den regionalen Aufsichtsbehörden sowie Mitarbeiter_innen von Bildungsträgern und Organisationen der Zivilgesellschaft, die an Experteninterviews teilgenommen haben. Durch ihre Kooperationsbereitschaft haben wir Einblick in die Art und Weise gewinnen können, wie menschenrechtliche Fragen bei der Planung und der strukturellen Gestaltung der Altenpflege berücksichtigt werden können.

Dank gebührt auch der Generaldirektion für Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission für ihre Förderung, da die dieser Analyse zugrundeliegende empirische Untersuchung im Rahmen der europäischen Pilot-Studie „Human Rights of Older Persons and Long-Term Care“ finanziert worden ist.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 7 |
| <hr/> | |
| 1 Einleitung | 8 |
| <hr/> | |
| 2 Datengrundlage und Grenzen der Untersuchung | 10 |
| <hr/> | |
| 3 Rechtliche und politische Vorgaben für die Langzeitpflege in Deutschland | 11 |
| <hr/> | |
| 3.1 Menschenrechtliche Verpflichtungen | 11 |
| 3.2 Das Recht auf zugängliche und verfügbare Pflege | 12 |
| 3.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen für die Pflege in Deutschland | 13 |
| <hr/> | |
| 4 Der Menschenrechtsansatz in der Konzeptualisierung von Pflege | 15 |
| <hr/> | |
| 4.1 Weg vom Fürsorgemodell hin zu mehr Selbstbestimmung | 15 |
| 4.2 Wissen über Menschenrechte und ihre Auslegung | 16 |
| 4.3 Stärkung der Selbstbestimmung | 19 |
| 4.3.1 Von der Unterhaltung zur Teilhabe: Fokus auf den Lebensalltag | 19 |
| 4.3.2 Die Bedürfnisse von Bewohner_innen erkennen, dokumentieren und darauf eingehen | 21 |
| 4.4 Auch Pflegekräfte haben Rechte | 24 |
| 4.5 Fazit | 25 |
| <hr/> | |
| 5 Die Umsetzung der Menschenrechte in der Pflegepraxis | 26 |
| <hr/> | |
| 5.1 Recht auf Freiheit der Person – Mobilität | 26 |
| 5.1.1 Schaffung eines sicheren, barrierefreien Umfeldes und Hilfe zur Selbsthilfe | 27 |
| 5.1.2 Aufrechterhaltung der Mobilität: Recht auf Rehabilitation | 29 |
| 5.1.3 Fazit | 30 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.2 | Recht auf Privatheit | 30 |
| 5.2.1 | Räumliche Privatheit: Orte, an denen man alleine sein kann | 31 |
| 5.2.2 | Normative Privatheit: Alltagspraxis und sozialer Umgang | 32 |
| 5.2.3 | Fazit | 32 |
| 5.3 | Das Recht auf Gesundheit | 33 |
| 5.3.1 | Medizinische Versorgung | 33 |
| 5.3.2 | Nahrung und Flüssigkeitszufuhr | 34 |
| 5.3.3 | Fazit | 35 |
| 5.4 | Recht auf soziale Inklusion | 35 |
| 5.4.1 | Stärkung der sozialen Inklusion durch Integration der Heime in den Gemeinden vor Ort | 36 |
| 5.4.2 | Stärkung der Mitgestaltung des Heimlebens: Heimbeiräte | 36 |
| 5.4.3 | Fazit | 37 |
| 5.5 | Das Recht auf Beschwerde und Wiedergutmachung | 37 |
| 5.5.1 | „Ich habe nichts zu schimpfen“: Legitimierung des eigenen Beschwerderechts | 38 |
| 5.5.2 | Interne (heimbasierte) Mechanismen des Beschwerdemanagements | 39 |
| 5.5.3 | Fazit | 41 |
| 5.6 | Das Recht auf palliative Pflege und die Rechte im Sterbeprozess | 41 |
| 5.6.1 | Rechtliche Aspekte des Sterbens | 42 |
| 5.6.2 | Sterberituale | 43 |
| 5.6.3 | Fazit | 43 |
| 6 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen | 44 |
| <hr/> | | |
| | Literatur | 47 |
| <hr/> | | |
| | Rechtstexte | 50 |
| <hr/> | | |

Zusammenfassung

Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland ist aufgrund der wachsenden Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren um 30 Prozent gestiegen. Ein Drittel der derzeit 2,5 Millionen Pflegebedürftigen wird in Pflegeheimen vollstationär betreut. Obwohl sich die Qualität der Altenpflege stetig verbessert hat und Heimbewohner_innen heute zunehmend als selbstbestimmte Individuen mit eigenen Rechten betrachtet werden, sind die Rechte älterer Menschen auf Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Freiheit der Person, soziale Teilhabe, Partizipation oder dem Schutz vor Gewalt immer noch nicht ausreichend verwirklicht. Auch die Rechte der Pflegekräfte sind aufgrund der nach wie vor vorherrschenden prekären Arbeitsbedingungen in der Altenpflege nicht ausreichend geschützt.

Welche Rolle spielen Menschenrechte im Pflegealltag? Was wissen die verschiedenen Akteure im Pflegesektor über Menschenrechte? Wie wird das vorhandene Wissen umgesetzt? Welche Menschenrechtsaspekte sind in der Langzeitpflege

besonders relevant? Und was kann konkret getan werden, um die Rechte der Bewohner_innen in Pflegeheimen zu wahren und zu fördern? Auf diese Fragen gibt die vorliegende Analyse auf Basis einer qualitativen Untersuchung in fünf Pflegeheimen Antworten. Wenngleich die Ergebnisse nicht repräsentativ für die stationäre Langzeitpflege insgesamt sind, bieten sie doch vertiefte Einblicke in die Bedeutung und Verwirklichung der Menschenrechte im Pflegealltag aus dem Blickwinkel von Heimleitungen, Pflegekräften und Bewohner_innen. Dabei werden quantitative Ergebnisse, insbesondere die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), ergänzend herangezogen.

Die Analyse bietet zudem einen Überblick über den menschenrechtlichen Rahmen sowie die wichtigsten rechtlichen und politischen Entwicklungen. Sie schließt mit Empfehlungen zur Stärkung der Menschenrechte in der stationären Langzeitpflege in Deutschland.

1 Einleitung

In Deutschland sind derzeit circa 20 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt. Der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Älteren ist wegen der wachsenden Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren um 30 Prozent gestiegen. Von den mehr als 2,5 Millionen Pflegebedürftigen wird ein Drittel in Pflegeheimen vollstationär betreut, die überwiegende Mehrheit der vollstationär gepflegten Menschen ist über 80 Jahre alt und in ihren Alltagskompetenzen erheblich eingeschränkt.¹

Obwohl die nationale Aufsichtsbehörde – der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) – eine stetige Verbesserung der Qualität von Diensten in Pflegeheimen verzeichnet, kommt es in vielen Institutionen immer noch zu Defiziten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, bei der Gesundheitsversorgung, zu Freiheitsbeschränkungen, Vernachlässigungen und zu Gewalt.²

Politiker_innen, Volkswirtschaftler_innen, Gerontolog_innen und andere Fachleute fordern, das Pflegesystem in Deutschland tiefgreifend zu reformieren, damit es den Bedürfnissen älterer Menschen und der rasch ansteigenden Nachfrage gerecht werden kann.³ Pflegekritiker_innen fordern insbesondere die stärkere Beachtung der Menschenrechte in der Langzeitpflege.

Der Schutz und die Förderung der Menschenrechte in der stationären Pflege haben bislang nicht ausreichend Eingang in rechtliche, politische oder pädagogische Vorgaben gefunden. Deshalb

wollten wir herausfinden, welche Rolle Menschenrechte im Pflegealltag spielen: Was wissen die verschiedenen Akteure im Pflegesektor über Menschenrechte? Wie wird das vorhandene Wissen im Pflegealltag umgesetzt? Welche Menschenrechtsaspekte sind in der Langzeitpflege besonders wichtig? Und was kann konkret getan werden, um die Menschenrechte der Bewohner_innen in Pflegeheimen zu wahren und zu fördern? Ziel der vorliegenden Analyse war es nicht, die Qualität pflegerischer Praxis zu messen;⁴ vielmehr ging es darum, sich im Rahmen einer qualitativen Untersuchung ein Bild von der Bedeutung und Verwirklichung der Menschenrechte im Pflegealltag aus dem Blick der verschiedenen Akteur_innen zu verschaffen.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte führte die dieser Analyse zugrundeliegende empirische Untersuchung im Rahmen der europäischen Pilot-Studie „Human Rights of Older Persons and Long-Term Care“ durch, die vom European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI)⁵ konzipiert, koordiniert und durch die Generaldirektion für Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission gefördert wurde.

Für die qualitative Analyse wurden fünf Pflegeheime in ganz Deutschland besucht und 32 Leitfadenterviews mit diversen Akteur_innen wie Heimleitungen, Pflegekräften, Heimbewohner_innen und deren Angehörigen geführt. Daneben wurden wichtige Akteur_innen und politische

1 Statistisches Bundesamt (2015).

2 Kimmel, Andrea / Brucker, Uwe / Schemp, Nadine. (2012).

3 Bertelsmann Stiftung (2016); Bienstein, Christel, Scharlmann, Jörg (2015); Fussek, Claus (2015); Graber-Dünow, Michael (2015); Zentrum für Qualität in der Pflege (2015).

4 Dies tun beispielsweise die MDK-Pflegenoten beziehungsweise der sogenannte Pflege-TÜV. Seit ihrer Einführung im Jahr 2009 wird die Aussagekraft dieser Noten allerdings angezweifelt, da schlechte Noten in relevanten Bereichen leicht ausgeglichen werden können und deshalb viele Heime zu Unrecht ausgezeichnete Pflegenoten erhalten.

5 <http://www.ennhri.org/older-persons-project.html> (abgerufen am 09.09.2016).

Entscheidungsträger_innen im Langzeitpflege-sektor interviewt: Vertretern_innen des MDS, der Heimaufsicht, einer Pflegekammer-Initiative und auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege.⁶ Jedes Heim wurde persönlich besucht und vor Ort beobachtet, wie der Alltag der Heimbewohner_innen und Mitarbeiter_innen tatsächlich gestaltet war: bei Mahlzeiten, Freizeitangeboten, Festen und bei der Erledigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten.

Die vorliegende Analyse bietet zunächst einen Überblick über den menschenrechtlichen Rahmen und die wesentlichen rechtlichen und politischen Entwicklungen in der Langzeitpflege in Deutschland (Kapitel 3). Anschließend werden die empirischen Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt: Dabei wird zum einen in den Blick genommen, welche Rolle die Menschenrechte im Pflegekonzept spielen (Kapitel 4). Zum anderen wird aufgezeigt, welche Menschenrechte in der Altenpflege besonders relevant sind und wie sie im Pflegealltag umgesetzt werden (Kapitel 5). Dabei werden quantitative Ergebnisse, insbesondere die Prüfberichte des MDS, ergänzend herangezogen. Die Analyse schließt mit Empfehlungen zur Stärkung der Menschenrechte in der stationären Langzeitpflege in Deutschland (Kapitel 6).

6 Zum Schutz der Identität unserer Interviewpartner_innen sind alle Namen und Ortsnamen fiktiv, sofern nicht anders von der befragten Person gewünscht. Die Pflegeheime werden angegeben als Heim 1, 2, 3, 4 und 5.

2 Datengrundlage und Grenzen der Untersuchung

Die untersuchte Stichprobe umfasst Pflegeheime in verschiedenen Umfeldern (städtisch / ländlich, Ost- / Westdeutschland) und unterschiedlichen Größen (von 80 bis über 200 Bewohner_innen) sowie Einrichtungen verschiedener Träger (frei, gemeinnützig, privat, kommunal). Da das Deutsche Institut für Menschenrechte – anders als andere Nationale Menschenrechtsinstitutionen⁷ – nicht über das Mandat verfügt, Pflegeeinrichtungen unangekündigt zu besuchen, konnten die Besuche und Interviews nur auf Einladung der betreffenden Institutionen durchgeführt werden. Die untersuchten Einrichtungen fühlten sich von einer menschenrechtlichen Perspektive auf die Pflege besonders angesprochen und waren an einer Kooperation mit dem Institut interessiert. Andere angefragte Heime lehnten das Teilnahmeangebot ab. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Stichprobe nicht repräsentativ ist und die Menschenrechte in den untersuchten Heimen stärker berücksichtigt werden, als dies üblicherweise der Fall ist. Die Ergebnisse dieser Analyse können also keinesfalls auf die stationäre Pflege in Deutschland allgemein übertragen werden. Die Berichte von Prüfinstanzen und wissenschaftliche Untersuchungen deuten vielmehr auf fortbestehende Mängel bei der Umsetzung der Menschenrechte in der stationären Pflege in Deutschland hin.⁸ Dennoch bietet unsere Analyse qualitative Einblicke in die Sicht der an der stationären Pflege Beteiligten auf die Rolle der Menschenrechte in der Pflege, Herausforderungen bei ihrer Umsetzung und Beispiele guter Praxis.

Die Durchführung der qualitativen Interviews mit Bewohner_innen waren einigen Einschränkungen unterworfen: Angesichts des hohen Alters unserer Interviewpartner_innen mussten die Gespräche zum einen relativ kurz gehalten werden, da die Befragten schneller ermüdeten – 30 bis 45 Minuten im Vergleich zu 60 bis 90 Minuten bei anderen Interviewpartner_innen (Angehörige, Pflegekräfte, Expert_innen). Zum anderen konnten keine Gespräche mit Bewohner_innen mit fortgeschrittener Demenz durchgeführt werden, da aufgrund des engen zeitlichen Rahmens keine Möglichkeit bestand, ein passendes Befragungsinstrument zu entwickeln. Bewohner_innen mit leichter Demenz und anderen kognitiven Einschränkungen wurden jedoch interviewt.

7 Nationale Menschenrechtsinstitutionen sind staatlich finanzierte, jedoch in ihrer Tätigkeit unabhängige zentrale Einrichtungen für die Förderung und den Schutz der Menschenrechte durch den eigenen Staat. Vgl. dazu: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/ueber-uns/nationale-menschenrechtsinstitutionen/> (abgerufen am 09.09.2016).

8 Bertelsmann-Stiftung (2016); Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015); Grabner-Dünow, Michael (2015); Fussek, Claus (2015); MILCEA (2012).

3 Rechtliche und politische Vorgaben für die Langzeitpflege in Deutschland

3.1 Menschenrechtliche Verpflichtungen

Deutschland hat verschiedene internationale Menschenrechtsverträge⁹ ratifiziert und sich damit verpflichtet, die Menschenrechte und ihre Prinzipien national zu verankern. Für den Bereich der Langzeitpflege bedeutet dies, dass der deutsche Staat die Menschenrechte von Gepflegten und Pflegenden achten und sie vor Schäden durch Dritte, beispielsweise in privaten Pflegeheimen, schützen muss. Der Staat ist auch verpflichtet, Gesetze und Programme für menschenwürdige Pflege zu schaffen. Die Menschenrechte müssen auch als Maßstab für die Beurteilung der Qualität von Langzeitpflege dienen.

Menschenrechte sind individuelle Rechte: Ausgangspunkt ist die jedem Menschen unabhängig von seiner Hilfsbedürftigkeit innewohnende Würde. Jede_r Einzelne in verletzlichen Lebenslagen, also auch ein älterer Mensch in der Pflege, ist ein Mensch mit eigenen Rechten und nicht nur ein Fürsorgeobjekt.

Die Verwirklichung der Menschenrechte erfordert neben der Gewährleistung einzelner Rechte – wie dem Recht auf Gesundheit, Wasser und Sani-tärversorgung, Nahrung oder dem Verbot einer Misshandlung und Freiheitsentziehung – auch die Beachtung von Menschenrechtsprinzipien wie Nichtdiskriminierung, Teilhabe und Inklusion. Dabei geht es nicht nur um die Rechte der Gepflegten, sondern auch um die der Pflegenden, etwa die

Menschenrechte auf faire und gesunde Arbeitsbedingungen und auf Schutz vor Gewalt.

Für den Bereich der Altenpflege sind vor allem folgende Menschenrechtsverträge von Bedeutung: der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt, ICCPR), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt, ICESCR) und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Der UN-Zivilpakt enthält eine Reihe von Bestimmungen, die ältere Menschen in der Langzeitpflege betreffen, beispielsweise das Recht auf Leben (Art. 6), das Recht, nicht der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung unterworfen zu werden (Art. 7) und das Recht auf Privatheit und Familienleben (Art. 17). Der UN-Sozialpakt garantiert in Art. 12 das „erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“, während Art. 11 „das Recht eines jeden auf einen angemessenen Lebensstandard für sich und seine Familie, einschließlich ausreichender Ernährung, Bekleidung und Unterbringung“ vorsieht. Diese Rechte sind für ältere Personen in Pflegeheimen von besonderer Bedeutung, da diese aufgrund gesundheitlicher Probleme auf die Unterstützung von Pflegekräften angewiesen sind. Vor allem die UN-Behindertenrechtskonvention enthält Bestimmungen zum Schutz älterer pflegebedürftiger Menschen: Sie macht Vorgaben zum Abbau von Barrieren (Art. 9), zur Selbstbestimmung (Art. 14, 15, 25) und zum Recht auf ein Leben in der Gesellschaft (Art. 19).

⁹ Auf universeller Ebene: Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD), UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW); auf regionaler Ebene: Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), Europäische Sozialcharta (ESC), Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT).

Wenngleich diese Bestimmungen in den bestehenden Menschenrechtsverträgen auf die Situation älterer Menschen angewendet werden können, sind Ältere bislang in keinem der internationalen Menschenrechtsverträge im Fokus. Deshalb wird immer wieder eine Menschenrechtskonvention gefordert, die speziell die Menschenrechte älterer Menschen in den Blick nimmt.¹⁰ Um ihnen im Menschenrechtssystem mehr Gewicht zu verleihen, wurde 2014 die erste unabhängige Expertin für die Menschenrechte Älterer¹¹ (Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons), Rosa Kornfeld-Matte aus Chile, ernannt.

Mehrere UN-Ausschüsse haben darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der Menschenrechte Älterer in Deutschland Verbesserungsbedarf besteht. Der UN-Menschenrechtsausschuss, der die Umsetzung des Zivilpakts kontrolliert, wies schon 2004 auf „die Verletzlichkeit älterer Menschen in Pflegeheimen hin; aufgrund dieser Situation ist es in einigen Fällen zu erniedrigender Behandlung und zur Verletzung ihrer Menschenwürde gekommen.“¹²

Der UN-Sozialpaktausschuss äußerte 2011 seine Besorgnis darüber, „[...] dass der Vertragsstaat keine hinreichenden Maßnahmen zur Verbesserung der Lage in Pflegeheimen ergriffen hat, in denen ältere Menschen Berichten zufolge in menschenunwürdigen Verhältnissen leben und wegen eines Mangels an Fachkräften und der unzulänglichen Anwendung von Pflegevorschriften nach wie vor nicht die geeignete Pflege erhalten (Art. 12).“¹³ Und auch der UN-Ausschuss zur Behindertenrechtskonvention beschäftigte sich 2015 mit der Situation Pflegebedürftiger in Deutschland.¹⁴

3.2 Das Recht auf zugängliche und verfügbare Pflege

Internationale Menschenrechtsverträge sehen für Ältere nicht explizit das Recht auf Langzeitpflege vor.¹⁵ Allerdings enthalten Artikel in diversen Übereinkommen Bestimmungen zum Recht auf den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Zusicherung, dass diese erschwinglich sind, sowie Bestimmungen zum Recht auf die Wahl eines geeigneten Pflegeumfeldes.

Bezüglich der Wahlmöglichkeiten des Einzelnen bei der Art der Pflege wird in Deutschland das Recht auf Selbstbestimmung und Freiheit als Ausgangspunkt genannt. Gemäß Art. 19 der UN-BRK muss Deutschland es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, unabhängig in der Gemeinschaft zu leben. Es steht ihnen frei zu wählen, wo und mit wem sie leben wollen. Darüber hinaus muss der Staat sicherstellen, dass ausreichend Unterstützung zur Verfügung gestellt wird, um unabhängig zu leben. Die eigene Entscheidung der älteren Personen gewinnt damit an Bedeutung. Der Zugang zu Pflege muss gewährt werden, ohne Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischer oder anderer Ansichten, nationaler oder sozialer Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, Besitz, Geburt oder eines anderen Status. Dies ist von zentraler Bedeutung, um sicherzustellen, dass ältere Personen in einem Pflegeheim ihrer Wahl leben können.

10 Gruppen von Staatenvertretern, Nichtregierungsorganisationen und nationale Menschenrechtsinstitutionen fordern die Entwicklung einer neuen Konvention für Ältere Menschen, siehe Sitzungen der Open ended working group on ageing <http://social.un.org/ageing-working-group/> (abgerufen am 09.09.2016).

11 Siehe dazu <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx> (abgerufen am 09.09.2016). In ihrem zweiten Bericht befasst sich die Unabhängige Expertin mit den Rechten auf Autonomie und Pflege und empfiehlt von internationalen Normen abgeleitete nationale Gesetze, die die Fragmentierung der einzelnen Pflegebereiche verhindern und eine ganzheitliche Unterstützung aus sozialen und gesundheitlichen Hilfen ermöglichen soll. Vgl. dazu Report of the independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Rosa Kornfeld-Matte (2015) A/HRC/30/43.

12 UN, Menschenrechtsausschuss (2004), Abs. 17.

13 UN, Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2011), Abs. 27.

14 UN, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015), Abs. 33.

15 Allerdings gibt es einige regionale Menschenrechtsverträge, die das Recht auf Pflege abdecken, beispielsweise die kürzlich verabschiedete Interamerikanische Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer. Sie enthält in Art. 12 das Recht auf Pflege.

3.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen für die Pflege in Deutschland

1995 wurde mit dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI die Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt. Diese gesetzliche Versicherung deckt einen Teil der Kosten für die Pflege zu Hause oder im Heim ab. Gewährt wird sie Personen, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten einen erhöhten Bedarf an Pflege oder Hilfe im Haushalt haben. Sie hilft ihnen, ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als allgemeines Lebensrisiko identifiziert. Der Beitrag zur Pflegeversicherung basiert auf dem Beitragssatz und dem steuerpflichtigen Einkommen der Mitglieder.¹⁶

Angestoßen unter anderem durch die Kritik des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter (CPT) an menschenunwürdigen Bedingungen in Pflegeheimen in Deutschland im Jahr 2000,¹⁷ wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Qualität der Pflege zu verbessern und die Durchsetzung von Menschenrechten im Pflegesystem zu fördern: 2003 wurde der „Runde Tisch Pflege“ eingeführt, der aus Expert_innen aus unterschiedlichen Verantwortungsbereichen der Pflege im Alter bestand. Mit ihrer Unterstützung und Beratung wurde die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, auch Pflege-Charta genannt, erstellt.¹⁸ Die Pflege-Charta ist ein unverbindliches Instrument mit Leitlinien zur Verbesserung der Pflege; ihre Umsetzung wird weder überwacht noch durch externe Qualitätssicherungsstellen evaluiert. Die aktive Förderung

der Charta wurde 2012 mit Ende der Finanzierung durch die beteiligten Ministerien und der Auflösung des Pflege-Charta-Büros eingestellt. Insgesamt war die Realisierung der Pflege-Charta zu sporadisch, als dass sie wirklich zu landesweiten Verbesserungen geführt hätte, obwohl in einigen Pilotprojekten durchaus gute Ergebnisse erzielt wurden.¹⁹

2008 wurde das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingeführt und dadurch die häusliche Pflege gestärkt. Im Gesetz ist der Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung verankert. Das Gesetz regelt erstmals die Situation von Menschen mit begrenzten Lebenskompetenzen. Ein weiterer Aspekt der Gesetzesreform waren Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität in Pflegeheimen und von Pflegedienstleistern. Seit 2009 veröffentlichten die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) jährlich ihre Kontrollberichte über anerkannte Pflegeeinrichtungen. Zeitgleich wurden die Pflegenoten – der sogenannte Pflege-TÜV – eingeführt, mit denen die Qualität der Pflege in den Heimen bewertet wird. Die Aussagekraft der Pflegenoten wird allerdings immer wieder in Frage gestellt.²⁰ Auf der Grundlage der jährlichen Berichte der MDK erstellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) alle drei Jahre einen allgemeinen Bericht über die Entwicklungen der Qualität in der Pflege in Deutschland.

Nach langen Diskussionen über die Entwicklung eines neuen Pflegekonzeptes beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit in der vergangenen Legislaturperiode (2009–2013) ein beratendes Expertengremium mit der Erstellung eines neuen Pflegekonzeptes. Kernstück des Gutachtens war die Erarbeitung einer neuen Definition des

16 Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wurde am 1. Juli 2008 von 1,7 Prozent auf 1,95 Prozent um 0,25 Prozent erhöht. Für Kinderlose beträgt der Beitragssatz bis zu 2,2 Prozent des Bruttolohns. Die höheren Sätze für die Pflegeversicherung sollten bis 2014 ausreichend sein. Danach sollten die Zusatzbeiträge alle 3 Jahre erhöht werden.

17 CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2003): Report to the German Government on the visit to Germany from 3 to 15 December 2000. <http://www.cpt.coe.int/documents/deu/2003-20-inf-eng.pdf>.

18 <https://www.pflege-charta.de/en/home.html> (abgerufen am 09.09.2016).

19 Siehe hierzu auch Emmer De Albuquerque Green, Caroline (2016).

20 Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung von 2016 ist die Qualität der Betreuung viel schlechter, als die Noten des Medizinischen Dienstes suggerieren. Auch wenn jedes vierte Heim die Bestnote von 1,0 erreicht, werden dort viele Missstände hingenommen oder nicht adäquat dokumentiert. Der Grund: Die Werte werden über alle geprüften Kriterien und alle überprüften Pflegebedürftigen hinweg berechnet. Aufgrund dieser Berechnungsmethodik können Mängel in einem relevanten Bereich durch ein anderes – möglicherweise weniger relevantes – Kriterium ausgeglichen werden.

Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der auch an Demenz erkrankte Personen einschließen sollte. Der Bericht²¹ wurde 2013 veröffentlicht. Er schlägt einen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor, der klar definiert, wer unter die neuen Pflegegrade fällt, und empfiehlt ein neues Überprüfungsverfahren für die Langzeitpflege.

2013 stellte die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege die ersten Ergebnisse der Umsetzung einer Strategie zur Verringerung von Bürokratie vor.²² Sie legte ein Konzept für die Vereinfachung der Pflegedokumentation vor. Nach einer praktischen Prüfung mit wissenschaftlicher Beratung zu speziellen Themen, beispielsweise zum Thema der Haftung, wurde im April 2014 ein Abschlussbericht veröffentlicht. Das Bundesgesundheitsministerium hat im Anschluss daran ein Projekt zur Einführung der Dokumentationsreform gestartet.²³ Dabei stellte sich heraus, dass die Vereinfachung der Dokumentation zu einer unzureichenden Absicherung des Pflegepersonals führen kann. Es muss also sichergestellt werden, dass die Dokumentation ein ausreichendes Maß an Transparenz schafft, damit die Behandlung nachverfolgt werden kann.

2012 wurde das Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeführt, mit dem die häusliche Pflege gestärkt wurde. Eine Innovation war die Einführung der Pflegestufe 0, durch die Demenzkranke in das Pflegesystem aufgenommen werden konnten.

2014 wurde das Amt eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege für das Bundesministerium für Gesundheit neu geschaffen.

2015 wurde das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) mit dem Ziel eingeführt, die Leistungen für Patient_innen zu erhöhen und einen Pflegevorsorgefonds zur Sicherung der finanziellen Unterstützung ins Leben zu rufen. Diese Reform hat pflegende Angehörige etwas entlastet, da der Zugang

zu mehr Unterstützung und zu zusätzlichen Diensten ermöglicht wurde. Die Erhöhung der Zahl der Betreuungskräfte in Pflegeheimen von 25.000 auf 45.000 wurde gesetzlich verankert. Aufgrund der kurzen Zeitspanne sind noch keine Daten verfügbar, mit denen belegt werden könnte, ob sich der Lebensalltag der Pflegekräfte und die Qualität der Pflege seither verbessert haben.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde 2016 eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Die Unterteilung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken (oder anderen psychischen Erkrankungen) wurde damit aufgehoben. Der Schwerpunkt liegt jetzt auf der individuellen Pflegebedürftigkeit. Da der reale Unterstützungsbedarf effektiver erfasst wird, profitieren Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und Pflegefachkräfte von dieser Reform. Das neue Bewertungsverfahren und die Änderungen in Bezug auf die Leistungsbeiträge für Pflegebedürftige treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

2016 wurde eine neue Gesetzesvorlage zur Reformierung der Ausbildung von Pflegefachkräften vorgelegt, die für alle Pflegefachkräfte, unabhängig von ihrer jeweiligen Spezialisierung (Krankenhaus, Pädiatrie, Geriatrie), eine einheitliche, umfassende Ausbildung vorsieht. Allerdings wird kritisiert, der Verzicht auf eine Spezialisierung der Pflegekräfte sei nicht praktikabel. Der Abschluss einer einheitlichen Ausbildung würde allerdings die Grundlage für die Einführung einheitlicher Löhne und die Angleichung des Ansehens aller Pflegeberufe legen.

Inwieweit die letzten Reformen die Menschenrechte in der Praxis tatsächlich fördern, kann erst die zukünftige Umsetzung zeigen. Die Zielrichtung der Reformen ist menschenrechtlich jedenfalls positiv zu bewerten. Sie bieten die Chance zu weiteren Verbesserungen im Sinne eines paradigmatischen Wechsels sowohl bei der Pflegequalität als auch bei bisher gültigen Pflegekonzepten.

21 Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsberichts http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (abgerufen am 09.09.2016).

22 [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/130319_\(abgerufen am 09.09.2016\). Kommunikation_Beikirch-PNG_kurz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/130319_(abgerufen%20am%2009.09.2016).Kommunikation_Beikirch-PNG_kurz.pdf) (abgerufen am 09.09.2016).

23 Weiterführende Informationen und diverse Abschlussberichte: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/entbuerokratisierung-in-der-pflege.html> (abgerufen am 09.09.2016).

4 Der Menschenrechtsansatz in der Konzeptualisierung von Pflege

Das nachfolgende Kapitel widmet sich den rechtlichen und pflegekonzeptionellen Rahmenbedingungen und ihren Auswirkungen auf eine menschenwürdige Pflege. Es zeigt auf, dass der Kerngedanke guter Pflege einen Fokus auf die Selbstbestimmung der Gepflegten hat und dies zu einem Paradigmenwechsel führt: Pflegepatient_innen werden nicht mehr als reine Fürsorgeobjekte betrachtet, sondern als unabhängige Individuen mit eigenen Rechten. Des Weiteren werden das Wissen der unterschiedlichen Akteure in der Pflege über Menschenrechte sowie die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegekräfte dargestellt.

4.1 Weg vom Fürsorgemodell hin zu mehr Selbstbestimmung

Bereits vor einem Jahrzehnt legte eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragte Expert_innenkommission dar, dass Pflege dann qualitativ hochwertig ist, wenn sie Bewohner_innen aktiviert und in Einklang mit ihren Wünschen und Kompetenzen steht.²⁴ Dieser Ansatz hat sich rechtlich in den Reformen des Pflegeversicherungsgesetzes niedergeschlagen, wobei die Rechte und Fähigkeiten der einzelnen Pflegeheimbewohner_innen für die Gesetzgeber von immer größerer Bedeutung werden.

Aktuell organisieren die meisten Pflegeeinrichtungen in Deutschland ihre Arbeit auf Grundlage des Modells der „fördernden Prozesspflege“ nach dem Ansatz der Gerontologin und Krankenschwester Monika Krohwinkel.²⁵ Das besondere Merkmal

der fördernden Prozesspflege liegt in der Neudefinierung von Pflegepatient_innen: Sie werden nicht mehr als reine Fürsorgeobjekte betrachtet, sondern als unabhängige Individuen. Diesbezüglich konvergiert dieses Pflegemodell mit der Menschenrechtsperspektive und erkennt das Recht von Pflegeheimbewohner_innen auf Selbstbestimmung, soziale Inklusion, auf ein Höchstmaß an Gesundheit und auf andere Rechte zum Schutze der persönlichen Freiheit implizit an und fördert es. Die fördernde Prozesspflege wird in der Altenpflege-Ausbildung vermittelt und ist darüber hinaus auch Grundlage für politische Entscheidungen im Bereich der Langzeitpflege, beispielsweise die „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“, die im SGB XI beschrieben werden. Auch die Pflege-Evaluationsprogramme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) basieren auf dem Modell der fördernden Prozesspflege. Einige Landesgesetze haben darüber hinaus Menschenrechtsprinzipien aufgenommen.

Good-Practice-Beispiel:

Aufsicht für unterstützende Wohnformen in Brandenburg

Die Aufsicht für unterstützende Wohnformen im Land Brandenburg hat ein Konzept zur Prüfung der Versorgungsqualität im Pflegesektor entwickelt. Bei der Prüfung steht nicht die medizinische Pflegequalität im Mittelpunkt, sondern die Fähigkeit der Bewohner_innen, ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

„Das Leben eines Menschen in der Pflegeeinrichtung besteht eben nicht nur aus Pflege,

24 BMFSFJ (2006).

25 Krohwinkel, Monika (2013); Müller, Herbert (2015).

sondern aus vielen anderen Dingen auch. Der Mensch lebt dort, er möchte dort gut essen, er möchte gut angezogen sein, er hat vielleicht noch ein Sexualleben, er hat Angehörige, er möchte kulturelles Leben ermöglicht bekommen. Und das ist dieses Ganzheitliche, was wir prüfen.“

Leiterin des Dezernats für Aufsicht für unterstützende Wohnformen

Die Nachweiskriterien, die die Überwachungsverfahren der Heimaufsicht lenken, umfassen verschiedene individuelle Rechte, unter anderem das Recht auf den Schutz der Würde gegen Beeinträchtigung, das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie das Recht auf Freiheit der Person, die im Brandenburgischen Pflege- und Betreuungsheimgesetz verankert sind.²⁶

Die Tatsache, dass Pflegeheimbewohner_innen größere Selbstbestimmung gewährt wird, ist ein paradigmatischer Wandel in Bezug auf die Anforderungen an die Pflege. Sie sind ein Fortschritt auf dem Weg von paternalistischen hin zu demokratischen Strukturen in der Pflegeorganisation und -ausübung. Dieser paradigmatische Wandel wird auch in den subjektiven Einschätzungen unserer Interviewpartner_innen deutlich.

„Als ich angefangen habe, war es bei manchen Kollegen so: Das ist unser Haus, und der Bewohner tut das, was ich ihm sage. Und das hat sich Gott sei Dank geändert. Und ich bin ganz froh, dass sich da Pflege auf jeden Fall auf einen ganz guten Weg gemacht hat, wirklich zu erkennen, dass der alte Mensch der Mittelpunkt ist, und dass er entscheidet, wie er leben möchte, was er tun möchte und dass es sein Zuhause ist.“

Pflegedienstleitung, Heim 1

Einige Interviewpartner_innen sehen sich selbst als aktive Teilnehmer_innen dieser Veränderungen

und als Multiplikator_innen des paradigmatischen Wandels:

„Ende der Achtziger, Neunziger habe ich wirklich sehr, sehr viele schlimme Dinge erlebt, gerade wenn es jetzt um die Menschenrechte geht. Also angefangen mit unbehandeltem Dekubitus, dass der Patient wundliegt. Angefangen damit, dass die Menschen zum Teil nicht mit ‚Sie‘ angesprochen wurden, oder sie wurden auf den Toilettenstuhl gesetzt und bekamen dann etwas zu essen. Meiner Meinung nach waren es damals wirklich furchtbare Zustände. Und ich glaube, das hat mich auch sehr geprägt, mal eine Position anzustreben, wo die Einflussnahme einfach eine andere ist.“

Pflegedienstleitung, Heim 4

Trotz der impliziten Aufnahme wesentlicher Menschenrechtsprinzipien in die Grundlagen der Langzeitpflege bestehen bei der tatsächlichen Durchsetzung dieser Prinzipien nach wie vor Defizite. Berichte diverser Experten_innen²⁷ legen nahe, dass Gewalt, Vernachlässigung und erniedrigende Behandlung noch immer regelmäßig in deutschen Pflegeheimen anzutreffen sind, auch wenn einige Formen der Gewaltanwendung gegen Ältere, beispielsweise mechanische Mobilitätsbeschränkungen, allmählich abnehmen.²⁸ Die jüngste Studie der Bertelsmann Stiftung²⁹ weist in deutschen Pflegeheimen auch auf Defizite bei der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeiten hin.

4.2 Wissen über Menschenrechte und ihre Auslegung

Die Mehrheit der qualifizierten Pflegefachkräfte, mit denen wir gesprochen haben, verfügt über ein facettenreiches Wissen über Menschenrechte. Im Zentrum stehen dabei immer die Würde und die Selbstbestimmung.

26 Vgl. dazu Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (2015). Das Landesamt kontrolliert gemäß Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz – BbgPBWoG die Pflegeheime in Brandenburg. Das Gesetz ist zu finden unter: <https://bravors.brandenburg.de/de/gesetze-212541> (abgerufen am 09. 09. 2016). Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015); Graber-Dünow, Michael (2015); Fussek, Claus (2015).

27 Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015); Graber-Dünow, Michael (2015), Fussek, Claus (2015).

28 MDS (2014).

29 Bertelsmann-Stiftung (2016).

„Ich möchte, dass ein Mensch so lange wie möglich selbstbestimmt leben kann. Denn das hat was mit Würde und Respekt dem Menschen gegenüber zu tun. Und ich denke auch, dass der Mensch sich dadurch auch geschätzt fühlt, dass ich ihm das dann auch zugestehe, weil – ich sage mal – es ist schon was anderes, wenn jemand mich respektvoll behandelt und auch auf meine Selbstbestimmung eingeht und mich auch noch selber Dinge machen lässt und das nicht einfach überstülpt.“

Pflegedienstleitung, Heim 1

Würde wird somit als Achtung der Selbstbestimmung verstanden. Die Achtung der Würde ist ein zentrales Element der „fördernden Prozesspflege“, die in Deutschland unterrichtet und praktiziert wird. Unsere Interviewpartner_innen führten viele Beispiele für die Achtung der Menschenrechte von Bewohner_innen auf: von uneingeschränkter Mobilität und der freien Wahl der Aktivitäten tagsüber bis hin zur Möglichkeit, im Pyjama zu frühstücken, eigene Haustiere zu halten, zu rauchen oder ein Glas Wein vor dem Zubettgehen zu trinken. Weitere Praxisbeispiele waren:

- ein mobiles Wahllokal, das es Heimbewohner_innen ermöglicht zu wählen (Heim 2),
- Mobilisierung der Bewohner_innen durch Rehabilitationsprogramme, beispielsweise Sturzprävention (Heim 4)
- spezielle Hilfestellung für demente Patient_innen in einem eigens dafür eingerichteten Raum (Heim 2),
- eigenständige Entscheidungen der Heimbewohner_innen über ihre Hygiene, Ernährung und Gesundheitsversorgung (Heim 3, Heim 1).

„Mittlerweile ist das Konzept der Würde so tief in der Ausbildung verankert, dass es unmöglich ist, es zu umgehen, unabhängig davon, welchen Qualifikationsgrad man anstrebt.“

Expertin im Bereich Pflegepädagogik und Arbeitsbedingungen

Alle befragten Pflegekräfte verfügten über implizites Wissen über die Grundprinzipien der Menschenrechte. Dennoch gab es Unterschiede in der Art und Weise, wie der „Schutz der Würde“ von Pflegekräften verstanden wurde. Das Wissen über Menschenrechte korrespondierte mit den Ausbildungen und Funktionen der Pflegekräfte.

Personen der Leitungsebene (Träger, Heimleitung, Pflegedienstleitungen) bezogen sich direkt auf diverse juristische Dokumente und politische Maßnahmen, in denen die Menschenrechte verankert sind. Die Befragten erwähnten das Grundgesetz, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und die Pflege-Charta als Quellen für ihr Wissen über Menschenrechte. Diese Instrumente leiten ihr Handeln. Sie fühlen sich für die praktische Umsetzung von Menschenrechten vor Ort verantwortlich. Die Leitungsebene sieht es als eine ihrer zentralen Aufgaben an, Sanktionen durchzuführen, wenn Menschenrechte missachtet werden.

„Es ist meine Aufgabe als Leiterin des Hauses, dafür zu sorgen, dass die Bewohnerinnen und auch die Mitarbeiter – aber in erster Linie die Bewohner – zu ihrem Recht kommen. Und wenn die Bewohner darüber hinauschießen, was wir hier auch schon hatten, dann ist es auch meine Aufgabe, den Bewohnern zu sagen: ‚Das geht leider nicht. Hier endet ihr Recht.‘ Das ist dann auch meine Aufgabe. Aber wenn jemand einen Löffel fürs Joghurt möchte oder vielleicht unsicher ist, ob er jetzt den Toilettenstuhl oder die Toilette benutzen möchte, und die Nachtschwester nicht in der Lage ist, da gut zu beraten und zu handeln, ist es meine Aufgabe, dieser Nachtschwester zu sagen, wo ihr Recht aufhört, weil sie nämlich damit das Recht der Bewohner verletzt.“

Heimleitung, Heim 1

Die interviewten **examierten Pflegekräfte** bezogen sich ebenfalls explizit auf Menschenrechte, und zwar meist auf den Grundsatz der Nichtdiskriminierung:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. [...] Und das ist für jeden, ob das jetzt alte Menschen sind, Kinder, das zählt für jeden.“
Pflegerin 1, Heim 1

„Es ist egal, was für eine Nationalität ein Bewohner hat, ob der Mensch Mann oder Frau ist.“
Pflegerin 2, Heim 1

Im Allgemeinen hatten **Pflegekräfte des mittleren und unteren Ranges** ein weniger strukturelles Menschenrechtsverständnis als die Leitungen. Sie betonten vielmehr die Bedeutung einer respektvollen persönlichen Kommunikation. Für Pflegekräfte und Assistent_innen bedeutet die Verwirklichung der Menschenrechte die Einhaltung eines Regelwerks, beispielsweise der Vorgabe, Heimbewohner_innen zu siezen, nicht zu duzen. Andere erwähnten das Anklopfen vor Betreten des Raumes oder das Gewähren von ausreichenden Zeiträumen, damit alle Bewohner_innen ihre Mahlzeit in Ruhe essen können.

Zwar wurde seitens der Pflegekräfte das Recht von Bewohner_innen auf Privatheit, Selbstbestimmung und Freiheit genannt. Allerdings scheinen die Pflegekräfte keine Vorstellung zu haben, wie Menschenrechte auch auf ihre eigene Situation anwendbar sind.

„Ich verstehe es jetzt nur nicht auf mich bezogen, auf meinen Job bezogen. Für mich ist es selbstverständlich, dass ich mich dem Bewohner ganz ordentlich gegenüber verhalte, dafür werde ich bezahlt. Ich bin froh, dass ich hier bin, aber Rechte, nein, wüsste ich jetzt nicht. Hierzu kann ich mich irgendwie gar nicht äußern.“
Verwaltungsassistentin, Heim 5

In den meisten Interviews mit **Pflegekräften, Angehörigen oder Bewohner_innen** wurden Menschenrechte intuitiv ex negativo formuliert, also im Kontext von Verletzungen oder Verstößen. Die Bewohner_innen und ihre Angehörigen nehmen an, dass es in der Pflege zu Misshandlungen kommen kann. Keine der älteren Personen, mit denen wir gesprochen haben, hatte ein positives Verständnis von Menschenrechten. Die Angehöri-

gen bezogen sich auf Menschenrechte im Kontext von Gewalt und Vernachlässigung, die „woanders“ auftritt.

„Hier ist ja alles in Ordnung. Wenn ich manchmal im Fernsehen sehe, wie die Leute behandelt werden und was die mit den Leuten machen. Das kann ich überhaupt nicht nachvollziehen, dass es so etwas in den Heimen gibt. Also, das fand ich ganz fürchterlich. Ich habe ja solche Dinge nicht erlebt.“
Tochter eines Bewohners, Heim 1

Die Annahme, dass es in der Langzeitpflege zu Menschenrechtsverletzungen kommt, führt bei der Mehrheit der befragten Pflegekräfte und Leiter_innen dazu, dass sie das Gefühl haben, gegen eine Vorverurteilung ihres Berufsstandes durch die Medien kämpfen zu müssen.

„Das, was im Fernsehen zum Beispiel angesprochen wird oder was die Presse schreibt, verbreitet einfach nur Angst. Klar gibt es natürlich auch Heime oder Einrichtungen, in denen wirklich alles schief läuft, und da muss man eingreifen. Aber es sind auch ganz gute dabei und wenn ich in so einer Einrichtung arbeite, fühle ich mich dann irgendwie unwohl, wenn ich nur schlimme Sachen höre. Ich möchte auch das hören, was positiv ist.“
Pflegedienstleitung, Heim 1

„Auf jeden Fall geht es alles immer in diese strafende Richtung. Das ist auch entgegengesetzt zu dem, was wir eigentlich tun können und tun möchten. Ständig muss man sich verteidigen. Das führt zu einer Art Verteidigungsmodus und wir kommen eigentlich gar nicht in einen ideenreichen oder in einen konstruktiven Modus rein.“
Heimleitung, Heim 2

Die Prüfung mit Blick auf mögliche Verstöße spielt auch bei der Qualitätsbewertung durch die Aufsichtsgremien eine zentrale Rolle. Obwohl es den Wunsch der Zusammenarbeit zwischen Kontrollmechanismen auf der einen und Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite gibt, liegt das Ziel der Heimaufsichten, der MDKs und anderer Organisationen in der Identifizierung von Defiziten.

„Wir arbeiten mangelorientiert. Und wir stellen auch in den Prüfberichten nicht dar, was besonders gut war. Das ist so ein bisschen wie so eine Verkehrskontrolle, wenn man geblitzt wird.“

Mitarbeiter einer Heimaufsicht

Zudem zeigte sich in den Interviews, dass Qualitätskontrollmechanismen, Pflegeverwaltungen und Pflegekräfte ein großes Interesse an klar umrissenen Menschenrechtsstandards als Grundlage für ihre Arbeit und ihre Erwartungen haben. Das Fehlen dieser Standards wird als Wissenslücke betrachtet.

„Was Menschenrechte betrifft, war mein erster Gedanke mehr so Richtung Diskriminierung. Und dann habe ich aber gedacht: Mensch, was gibt es eigentlich für Menschenrechte, ich musste mir tatsächlich erst mal Zeit nehmen, und ich habe angefangen, die Artikel der UN mal durchzulesen, und habe mich damit ein bisschen beschäftigt. Also mir hat es einfach so ein Defizit vor Augen geführt, dass ich eigentlich gar nicht so eine richtige Vorstellung davon habe, welche Menschenrechte existieren, ich könnte sie nicht aufzählen.“

Sozialdienstleiterin, Heim 5

Das Fehlen einer klaren und positiven Definition der Menschenrechte und eines Menschenrechtskatalogs im Langzeitpflegesektor hat Konsequenzen für alle Beteiligten. Zunächst sind sich einige Akteursgruppen ihrer Rolle als Rechtssubjekte nicht bewusst. Dies betrifft insbesondere die Pflegekräfte und Heimbewohner_innen – die schutzbedürftigsten Gruppen. Nicht vorhandenes Wissen über die eigenen Rechte führt zu geringen Erwartungen und zur Angst, sich zu beschweren (siehe dazu auch Kapitel 5.5).

4.3 Stärkung der Selbstbestimmung

Fördernde Prozesspflege soll die Selbstbestimmung der Pflegeheimbewohner_innen stärken, indem sie die noch verbleibenden Fähigkeiten bestmöglich unterstützt und Hilfe zur Selbsthilfe gibt. Dieser Grundsatz wird in zwei wichtigen organisatorischen Ansätzen realisiert, die im Folgenden näher beschrieben werden:³⁰

- Schaffung fester alltäglicher Strukturen, zu denen die Bewohner_innen durch Ausführung kleiner, machbarer Arbeiten beitragen;
- Identifizierung, Dokumentierung und das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner_innen.

4.3.1 Von der Unterhaltung zur Teilhabe: Fokus auf den Lebensalltag

Die Schwerpunktlegung auf die Routine im Alltag und die Beteiligung an kleinen Aufgaben ist das Schlüsselprinzip der laufenden Pflegereform, die das Ziel verfolgt, ältere Menschen zu Teilhabe und Selbstständigkeit zu ermächtigen. In Anbetracht der jüngsten organisatorischen Veränderungen im Pflegesektor sagt der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Patienten und Pflege, Karl-Josef Laumann:

„Wir sind ja nun schon sehr stark vom Stationsprinzip weg hin zum Wohnprinzip, mehr von der Fürsorge hin zur Teilhabe. Also die Pflegebedürftigen in einen Tagesablauf einzubinden, der noch so selbstbestimmt wie möglich ist.“

Für Pflegedienstleiter_innen bedeutet dieser Wechsel von der Fürsorge zur Teilhabe zuallererst, dass eine praktikable Alltagsroutine etabliert werden muss, in der die älteren Menschen unabhängig agieren können, ohne dass ihnen Aktivitäten auferlegt werden.

30 Die laufende Pflegereform, festgeschrieben im PSG I und PSG II, geht auf beide Themen ein, indem ein neuer Dokumentationsansatz in Pflegeheimen eingeführt wird und vermehrt Neueinstellungen angestrebt werden, um ältere Menschen bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen.

„Satt, sauber, still‘ – das ist nicht unsere Maxime. Uns ist es wichtig, dass die Menschen den Tag über beschäftigt sind, auch alltagstaugliche Beschäftigungen. Wir haben Bewohner, die jetzt zum Beispiel hauswirtschaftliche Tätigkeiten mitmachen, die Handtücher zusammenlegen, die im Garten mithelfen. Wir haben ungefähr dreißig oder vierzig Bewohner, die sich regelmäßig treffen, um Kartoffeln zu schälen, solche einfachen Sachen, wo man sagt, man sieht hinterher ein Produkt. Ich sehe entweder im Garten die Blumen, die blühen, oder im Pflanzbeet oder ich sehe dann die geschälten Kartoffeln und ich weiß, die esse ich jetzt dann morgen. Das ist uns einfach extrem wichtig.“

Pflegedienstleitung, Heim 2

Das Aktivieren von Menschen, sich am Alltagsleben zu beteiligen, basiert auf dem Grundsatz der assistierten Selbstbestimmung und Teilhabe, der in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben ist. Dieses Prinzip wird durch die Teilnahme an einfachen alltäglichen Aufgaben realisiert, sei es beim Kochen, Gärtnern oder der Gestaltung von gemeinsamen Wohnräumen.

Zu erwähnen ist, dass dieser niedrigschwellige Aktivierungsansatz in Heimen mit sehr unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Trägerchaften sowie einer unterschiedlichen Anzahl an Heimbewohner_innen umgesetzt wurde und gut funktioniert hat: Während die Heime 1 und 4 relativ kleine Einrichtungen sind, hat Heim 2 rund 200 Bewohner_innen, wobei einige an schweren psychischen Erkrankungen leiden.

„Wenn was ist, das mache ich selber. Und wir legen auch die Handtücher zusammen, die Frau Becker hilft mir. Im Container bringen sie die Wäsche und wir legen das alles ordentlich zusammen und schieben das in den Container rein. Und dann gehe ich auch zum Kartoffelschälen. Montags ist immer Kartoffelschälen. Ich helfe, das Zimmer und das Bad in Ordnung zu halten. Die Putzfrau braucht nur den Boden zu wischen. Das Staubwischen das mache ich selber.“

Bewohnerin, Heim 2

Um älteren Menschen Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten, brauchen Pflegeheime mehr Personal: Dieses Problem wird auch im PSG I behandelt, das einen massiven Ausbau von Arbeitsplätzen für Alltagsassistent_innen seit 2015 vorsieht. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit sind Alltagsassistent_innen nicht befugt, medizinische Hilfe zu leisten, sie sind ausgebildeten Krankenpfleger_innen strikt untergeordnet und sollen Pflegeheimbewohner_innen bei alltäglichen Aktivitäten unterstützen, beispielsweise beim Lesen, bei der Handarbeit, bei Spaziergängen oder den Besuchen von kulturellen Veranstaltungen. Mit der Einführung von Alltagsassistent_innen als niedrigschwellige Unterstützung in der Langzeitpflege wollten die politisch Verantwortlichen die Selbstbestimmung der Bewohner_innen stärken und eine Organisationsstruktur schaffen, die einen menschenwürdigen und respektvollen Umgang mit Älteren ermöglicht. Diese Reform hat allerdings zu neuen Herausforderungen in Bezug auf die Wahrung einer qualitativ hochwertigen Pflege geführt und in einigen Fällen sogar zu entgegengesetzten Ergebnissen hinsichtlich des Schutzes der Würde der Bewohner_innen. Alltagsassistent_innen werden schnell und häufig unsystematisch ausgebildet und kennen oftmals die einfachsten Regeln der menschenwürdigen persönlichen Kommunikation nicht, nach der examinierte Pflegekräfte streben.

„Wir haben eine Bewohnerin hier gehabt, der es sehr schwer gefallen ist, hier zu landen. Sie war hochgradig verwirrt und wollte immerzu weglaufen. Sie wollte ihre Sachen nicht ausräumen. Wir hatten dann eine Bezugsperson für sie auserkoren. Wir haben es wirklich mit jedem kommuniziert und zu ihr gesagt: ‚Wir packen die Sachen nicht aus. Wir machen das genau dann, wenn sie sagen, sie möchten hierbleiben.‘ Wir haben das dokumentiert. Es gab eine Alltagsassistentin, die hat gedacht, sie macht das jetzt mal toll, geht ins Zimmer und räumt die Sachen der Frau aus. Die Frau ist schier durchgedreht, weil: Wir haben ihr tagelang gesagt: ‚Nein. Wir packen die Sachen nicht aus.‘ Und eine Kollegin versteht das nicht, obwohl wir es ihr mitgeteilt haben. Und dadurch hatten wir die nächste Krise. Das hat Tage gedauert, bis

diese Frau wieder Vertrauen zu uns schöpfen konnte.“

Heimleitung, Heim 1

Für die Heimleitung bedeutet solch ein unangemessenes Verhalten eines Teammitglieds einen Ansehensverlust für alle anderen – und eine langanhaltende Verletzung der Würde und Selbstbestimmung der Bewohner_innen. In mehreren Fällen haben Heimleiter_innen von Schwierigkeiten gesprochen, die aus Unachtsamkeit seitens der Alltagsassistent_innen gegenüber den Grundprinzipien der Menschenrechte resultieren: Misstrauen aufgrund eines respektlosen Umgangs mit persönlichen Gegenständen, Unachtsamkeit, Unhöflichkeit oder aufgrund eines Verhaltens, das die Rechte auf Privatheit, Selbstbestimmung und Freiheit der Person verletzt.

Aktuell tragen zertifizierte Pflegekräfte die volle Verantwortung für das Anlernen ihrer nicht so gut ausgebildeten Pflegekolleg_innen, es ist ihre Aufgabe, deren Fehler zu beheben. Die von der Bundesregierung angedachte Einführung einer generalistischen Ausbildung für alle Pflegekräfte schließt die Alltagsassistenten_innen nicht ein, obwohl gerade sie sehr nah mit den Bewohner_innen arbeiten. Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, sieht die Heime selbst in der Pflicht, ihr niedrigschwelliges Personal zu schulen und zu überwachen.

„Wenn wir von einer abgeschlossenen generalistischen Ausbildung reden, reden wir über Menschen mit Staatsexamina. Wir reden nicht über die Betreuungskräfte.“

Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung

Pflegedienstleiter_innen (Heimleiter, Träger) sehen die ungleiche Qualifizierung ihrer Beschäftigten als strukturelle Hürde für die Umsetzung von Menschenrechten.

„Wenn Menschen eingestellt werden mit einer 160-Stunden-Weiterbildung, kann ich von ihnen nicht erwarten, dass sie hochkompetent mit den wirklich kranken Bewohnern hier umgehen. In der Altenpflege habe ich nur 50 Prozent Fachkräfte. Das heißt: Die 50 Prozent, die Fachkräfte sind, müssen ihre Augen

überall haben. Und nicht alle Fachkräfte sind gut oder sind schon so lange im Geschäft, dass sie die Augen überall haben können. Das sind Rahmenbedingungen, die finde ich aber eine Katastrophe. Und ich wünsche mir, dass dies deutlich überarbeitet wird.“

Heimleiterin, Heim 1

Die Stärkung der Selbstbestimmung von Pflegebewohner_innen ist daher untrennbar mit einer besseren Qualifizierung der Pflegekräfte verbunden, auch von denen, die niedrigschwellige Tätigkeiten ausführen. Die aktuelle Bildungsreform mit dem Ziel der Standardisierung und des Ausgleichs des Bildungsstandes von Pflegekräften muss als Möglichkeit gesehen werden, ein umfassendes und spezifisches Menschenrechtskonzept zu schaffen und es unter den Fachkräften aller Qualifikationen und Niveaus, einschließlich Alltagsassistent_innen, zu verbreiten. Nur so kann das Konzept der fördernden Prozesspflege erfolgreich umgesetzt werden.

4.3.2 Die Bedürfnisse von Bewohner_innen erkennen, dokumentieren und darauf eingehen

In den von uns besuchten Heimen wurden verschiedene Instrumente für die Dokumentation der Bedürfnisse, Interessen und Wünsche von Heimbewohner_innen genutzt. Am Anfang wird in Gesprächen mit den Bewohner_innen und ihren Angehörigen die sogenannte „biografische Geschichte“ aufgezeichnet. So sollen die Wünsche einer Person herausgearbeitet werden, um sie dann in der Organisation des Pflegeprozesses zu berücksichtigen. Die „biografische Geschichte“ darf allerdings nicht als alleinige Wissensquelle in Bezug auf die Bewohner_innen dienen. Unsere Interviewpartner_innen haben die Notwendigkeit betont, dass die Akten jeder Person mithilfe von Gesprächen oder direkten Beobachtungen fortgeschrieben werden müssen, um aktuell zu bleiben. Letzteres ist insbesondere für demente Bewohner_innen bedeutend.

„Wenn ein Bewohner auch zum Beispiel beim Essen bestimmte Vorlieben hat, das heißt nicht, dass er jetzt jeden Tag Brot und Schinken essen muss oder Leberwurst. Da steht eine Auswahl an Sachen auf dem Tisch und durch Beobachten stellen wir es fest.“

Wer Marmelade will, der kriegt Marmelade. Egal, was da in der Biografie steht. Aber sonst, wenn er sich nicht äußern kann, dann müssen wir durch Beobachten und durch Gespräche mit Angehörigen herausfinden, was der Mensch sich wünscht.“

Stationsleiterin, Heim 1

Das direkte Beobachten der Gewohnheiten der Heimbewohner_innen und das Aufzeichnen ihrer Wünsche dient als Argument, um in Konfliktsituationen, insbesondere mit Angehörigen, Entscheidungen treffen zu können.

„Letztendlich ist es oft so, dass die Angehörigen die Bewohner gar nicht mehr kennen, also nicht so richtig. Weil zum Beispiel die

Mutti vor 20 Jahren immer, sagen wir mal, Früchtetee getrunken hat und dann der Sohn hierherkommt und sagt, ‚nein, meine Mutti möchte nur Tee trinken‘, also diesen Früchtetee und wir feststellen, dass das gar nicht mehr stimmt, die Frau mag jetzt nur Pfefferminz oder so. Dies sind Situationen, von denen die Angehörigen einfach keine Ahnung haben, wie die Mutti jetzt funktioniert. Nachdem sie 20 Jahre zu Hause alleine gelebt hat. Das habe ich schon ganz oft erlebt.“

Pflegedienstleiterin, Heim 3

Bei Demenzpatient_innen dienen direkte Beobachtungen als primäre Wissensquelle hinsichtlich ihrer Wünsche und Bedürfnisse. Die Dokumentation und die Berücksichtigung des Willens der an Demenz erkrankten Personen unterliegt einer vom MDS durchgeführten Qualitätskontrolle. Die folgenden Ergebnisse wurden 2013 erzielt:

| Kriterium | Anteil der Befragten, für die das Kriterium relevant ist | Kriterium erfüllt bei: |
|--|--|------------------------|
| Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? | 63,4 % | 94,3 % |
| Werden die Angehörigen und Bezugspersonen von Demenzpatienten in die Planung der Pflege einbezogen? | 56 % | 96,5 % |
| Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt | 63,5 % | 97,4 % |
| Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | 63,8 % | 90,2 % |

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2014), S. 131.

Die Bewohner_innen und ihre Wünsche müssen nicht nur dokumentiert, sondern dem Personal im Heim auch mitgeteilt werden. Die Pflegedienstleitungen haben von einem kontinuierlichen Austausch zwischen allen Teammitgliedern als wichtigste Vorbedingung für qualitative hochwertige Pflege gesprochen; hierbei werden die täglichen Gespräche vom Pflegepersonal als Hauptinstrument für die Verarbeitung von Rückmeldungen der Bewohner_innen genannt. Eine informelle Kommunikation, etwa bei Schichtwechseln oder in der Kaffeepause, wurde ebenso als wichtiger Moment für den Austausch von dokumentierten Beobachtungen gewertet. Waren die Möglichkeiten einer solchen informellen Kommunikation begrenzt, beobachteten Pflegeleiter_innen eine mangelnde Motivation und schlechte Teamarbeit. In solchen Fällen wird versucht, alle Teammitglieder informell zusammenzubringen und sie zu ermutigen, über ihre Erfahrungen zu sprechen.

„Ich bin in diesem Team jetzt zwei Jahre und am Anfang war es sehr schwierig. Denn eigentlich war es kein Team, da hat jeder was für sich gemacht. Es war ein richtig schwerer Job, alle zu überzeugen, das geht auch anders und wenn wir es zusammen machen, dann schaffen wir das. Es hat auch manchmal meine private Zeit gekostet. Ich bin einfach nach den Diensten geblieben und habe mit dem Spätdienst noch Kaffchen getrunken. Dies gab uns die Gelegenheit zu diskutieren, Gespräche geführt und auch zusammen was gemacht zu haben.“
Pflegedienstleitung, Heim 3

Eine andere gesetzliche und organisatorische Initiative, um effektiv auf die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner_innen einzugehen, ist die Entbürokratisierung der Pflegeprozesse. Das Hauptprinzip lautet: nicht mehr alles, was ganz normaler Pflegealltag ist, dokumentieren müssen, sondern nur noch das, was vom normalen Pflegealltag abweicht, beispielsweise wenn ein_e Pflegebedürftige_r plötzlich nicht mehr ausreichend trinkt oder Fieber bekommt.³¹ „Mit der neuen Pflegedokumentation erleichtern wir die Arbeit der Pflegekräfte

erheblich. Dadurch bleibt ihnen mehr Zeit für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen“, so der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Patienten und Pflege, Karl-Josef Laumann.³²

Obwohl sich dieser Ansatz in mehreren Heimen, in denen er 2015 getestet wurde, als sehr vielversprechend erwies, erfordert seine Anwendung fortlaufende Investitionen im Personalwesen und Management. Hierbei sind insbesondere Investitionen in Schulungen und flache Organisationsstrukturen zu nennen, die den Informationsfluss ermöglichen. Einige unserer Interviewpartner_innen glaubten, dass die Kosten dieser Investitionen in der Entbürokratisierungsreform übersehen wurden.

„Die Reduzierung der Pflegedokumentation ist ein absoluter Schnellschuss, wobei ganz viele fachliche Standards missachtet wurden. Die Leute wissen hinten und vorne nicht, wo haftungsrechtlich bei der entbürokratisierten Pflegedokumentation der Hammer hängt. [...] Dass man da Menschen schulen muss, dass man, wenn man verkürzte Pflegeprozesse nimmt, hoch-, absolut hochqualifizierte Fachkräfte braucht, dass es viel schwerer ist, wenn ich die Quintessenz nur noch aufschreiben muss, merkt keiner. Wenn sie diese Entbürokratisierung schulen, ist denn daran gedacht, dass ich vielleicht eine andere Aufbauorganisation benötige, dass ich steuernde Pflegefachkräfte benötige?“

Heimleiterin, Heim 1

Insgesamt gibt es eine spürbare Veränderung der Anforderungen zur Unterstützung der Selbstbestimmung der Pflegeheimbewohner_innen. Einige sehr große Hürden für die tatsächliche Umsetzung dieser Anforderungen resultieren aus den prekären Arbeitsbedingungen im Pflegesektor. Die Menschenrechte Älterer können nur geschützt werden, wenn auch die Rechte ihrer Pflegekräfte geschützt werden.

31 <http://www.patientenbeauftragter.de/entbuerokratisierungs-tour/strukturmodell/14-entbuerokratisierungs-tour/95-staatssekretaer-lau-mann-zieht-positive-zwischenbilanz-der-entbuerokratisierungs-tour> (abgerufen am 09.09.2016).

32 Ebd.

4.4 Auch Pflegekräfte haben Rechte

„Wir pflegen gerne gut. Die Frage ist, ob wir es wirklich können? Ob wir dafür die nötigen Rahmenbedingungen haben?“ Diese Fragen von Helmut Wallraffen, Geschäftsführer eines kommunalen Trägers in einer Industrieregion in Westdeutschland³³, fassen zusammen, was möglicherweise der größte Interessenskonflikt im Pflegektor ist: der Konflikt zwischen den Standards der guten Pflege – einschließlich des Respekts der Würde und Selbstbestimmung von Heimbewohner_innen – und den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals, das diese Standards erfüllen muss. Angemessene berufliche Schulungen und gute Arbeitsbedingungen für Altenpflegekräfte sind wesentliche Bedingungen, um die Menschenrechte von Pflegebedürftigen garantieren zu können. Die jüngsten Forschungsergebnisse³⁴ deuten allerdings darauf hin, dass die gegenwärtige Organisation der Pflege die Menschenrechtsstandards in Bezug auf Arbeit unterlaufen könnte, beispielsweise das Recht auf sichere Arbeitsbedingungen und die Garantie, dass eine Person mit einer Vollzeitstelle über ein ausreichendes Einkommen verfügt (Art. 6 und Art. 7 ICESCR).

Die Löhne in der Altenpflege sind nach wie vor ungenügend reguliert und liegen im Vergleich zu anderen Berufen im Gesundheitswesen häufig unter dem Durchschnitt. Die Werkzeuge zur Regulierung der Löhne im Pflegesektor sind unterschiedliche Tarifverträge und der bundesweite Mindestlohn, der 2017 angehoben werden soll. Studien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahr 2015 und der Hans-Böckler-Stiftung aus dem Jahr 2013 zeigen auf, dass in Altenpflegeheimen angestellte Pflegekräfte weitaus weniger verdienen als ihre Kolleg_innen in

Krankenhäusern oder ambulanten Einrichtungen.³⁵ Daneben bestehen signifikante regionale Einkommensungleichheiten: In den ostdeutschen Bundesländern verdienen ausgebildete Fachkräfte in der Altenpflege 24,2 Prozent weniger als im Westen.³⁶ Außerdem lassen sich große Lohnunterschiede zwischen den diversen Trägern feststellen, wobei manche Träger nach Tarif zahlen und andere ihre eigenen Lohnstandards festsetzen, die nur knapp über dem Mindestlohn liegen. Diese Diskrepanzen treten auf, da die meisten Träger, mit Ausnahme der kommunalen, die eine absolute Minderheit auf dem Pflegearbeitsmarkt ausmachen, gesetzlich nicht verpflichtet sind, nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes zu zahlen. Die kirchlichen Träger beispielsweise haben einen eigenen Tarif. Viele Politiker_innen, darunter der Patientenbeauftragte Karl-Josef Laumann, drängen auf die Einführung von landesweiten, trägerübergreifenden Tariflöhnen für alle Pflegeberufe in allen Branchen.³⁷ Die größte und einflussreichste Gewerkschaft, ver.di, fordert einen monatlichen Mindestlohn von 3.000 EUR für qualifizierte Pflegekräfte.³⁸

Neben einer schlechten Bezahlung sind Pflegekräfte prekären Arbeitsbedingungen ausgesetzt: Viele arbeiten Teilzeit, übernehmen kurzfristig zusätzliche Schichten und machen Überstunden. Laut aktuellen Studien³⁹ ist der Anteil der Teilzeitverträge in der Altenpflege merklich höher als in anderen Berufen. Das wirkt sich nicht nur negativ auf das direkte Einkommen der Pflegekräfte aus, sondern auch auf ihre Versicherungs- und Rentenpläne. In öffentlichen und politischen Debatten wird diese Struktur „erzwungene Teilzeit“ genannt, die weniger gut ausgebildete Beschäftigte am stärksten betrifft und insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern ausgeprägt ist. Eine schlechte Dienstplanung und ständig rotierende Teams führen zu Überstunden und Unzufriedenheit: Rund 52 Prozent der Pflegefachkräfte leisten

33 Name auf Wunsch des Interviewpartners veröffentlicht.

34 Vgl. Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012); Bienstein, Christel / Scharlmann, Jörg (2015); Das Infoportal für den öffentlichen Dienst (2015).

35 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2015); Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012).

36 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2015), 23.

37 <http://www.patientenbeauftragter.de/pflegebeauftragter/11-pressemitteilungen/pflege/68-studie-belegt-ungleiche-bezahlung-und-unfreiwillige-teilzeit-in-der-altenpflege-staatssekretaer-laumann-fordert-konsequenzen> (abgerufen am 09.09.2016).

38 <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/++co++509f910e-a634-11e4-8317-525400a933ef> (abgerufen am 09.09.2016).

39 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2015); Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012).

Überstunden, wobei 86 Prozent von ihnen eine angemessene Vergütung erhalten, 14 Prozent allerdings nicht.⁴⁰

Gesundheitsprobleme sind in den meisten Pflegeberufen ein Grund für die Mitarbeiterfluktuation. Laut dem DAK-Gesundheitsbericht 2012⁴¹ ist der Pflegesektor gekennzeichnet durch chronische, berufsbedingte körperliche und psychische Erkrankungen, die häufig zu einer völligen Arbeitsunfähigkeit führen.

Frust und Zeitmangel haben negative Auswirkungen auf Pflegeheimbewohner_innen und führen zu Vernachlässigung, Misshandlung und mechanischen und pharmazeutischen Formen der Ruhigstellung. Auch die von uns besuchten gut aufgestellten Pflegeheime thematisieren dieses Problem:

„Auch mir passiert das, wenn ich im Stress bin: Es kommt eine Bewohnerin, die in Not ist, und ich setze die vor den Fernseher. Ich, als Leiterin der Einrichtung (lachend), wo ich das eigentlich grauenvoll finde, weil ich gerade überhaupt keine Zeit habe, sie zu validieren. Ich gebe es weiter an eine Kollegin, die sagt mir aber: ‚Habe jetzt auch gerade keine Zeit.‘ Hätte ich da eine Kollegin in der Pflege, die die Bewohnerin kennt, hätte ich die ihr in die Hand gedrückt und hätte gesagt: ‚Frau Soundso fühlt sich gerade ganz, ganz traurig. Bitte kümmern sie sich mal? Sprechen sie mit ihr.‘ Aber es ist einfach absolute Personalknappheit, und das bedingt schon auch mal Gewalt in der Pflege, Missachtung der Menschenrechte.“

Heimleiterin, Heim 1

4.5 Fazit

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Langzeitpflegesektor in Deutschland signifikant verändert, und ältere Bewohner_innen werden zunehmend als selbstbestimmte Rechtsträger_innen wahrgenommen. Die aktuelle Gesetzgebung unterstützt das auf den menschenrechtskongruenten Konzepten der Würde, Selbstbestimmung, Freiheit und Hilfe zur Selbsthilfe basierende Pflegemodell. Allerdings sind trotz dieser positiven Entwicklungen weitere Schritte notwendig, um die Umsetzung dieser Konzepte zu ermöglichen. Zum einen fehlt es an klaren, eindeutigen und verbindlichen menschenrechtlichen Handlungsrahmen, sowohl für das Pflegeangebot als auch für die Qualitätskontrolle. Zum anderen werden auch die Rechte vieler Pflegekräfte nicht ausreichend beachtet. Schlechte Arbeitsbedingungen können zu Überlastung und Frust führen und Gewalt und Missbrauch an älteren Bewohner_innen begünstigen.

40 Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012), S. 3.

41 DAK Gesundheitsreport (2012).

5 Die Umsetzung der Menschenrechte in der Pflegepraxis

Das folgende Kapitel zeigt auf, welche Menschenrechte in der Pflege eine wichtige Rolle spielen. Neben einer kurzen juristischen Einordnung wird dargestellt, wie diese Rechte in den von uns untersuchten Pflegeheimen umgesetzt werden.

5.1 Recht auf Freiheit der Person – Mobilität

Der Schutz vor willkürlichem Freiheitsentzug ist in Art. 9 des UN-Zivilpakts (ICCPR)⁴² und Art. 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)⁴³ festgelegt. Art. 14 („Freiheit und Sicherheit der Person“) der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gibt zudem vor,

„dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.“⁴⁴

Das Recht auf Freiheit der Person bedeutet im Kontext der Langzeitpflege in erster Linie die Sicherung und Förderung der Mobilität der Heimbewohner_innen. Mobilität ist zentral für die Wahrung ihrer Würde und den Schutz ihrer Menschenrechte.

„Mobilität lässt einen einfach seine Rechte besser umsetzen.“

Heimleiterin, Heim 1

Die Pflegedienstleiterin in Heim 2 empfiehlt deshalb, das Konzept der „Bettlägerigkeit“ infrage zu stellen, damit Menschen ihr Recht wahrnehmen können:

„Wir stemmen uns gegen diesen Begriff ‚bettlägerig‘, weil dieses ‚bettlägerig‘ bedeutet oft, am Leben nicht mehr teilzunehmen. Deswegen haben wir im Haus schon immer und generell und grundsätzlich so gehandelt, solange jemand halbwegs zu mobilisieren ist, machen wir das.“

Pflegedienstleitung, Heim 2

42 Art. 9 Abs. 1 Zivilpakt lautet: Jedermann hat ein Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit. Niemand darf willkürlich festgenommen oder in Haft gehalten werden. Niemand darf seiner Freiheit entzogen werden, es sei denn aus gesetzlich bestimmten Gründen und unter Beachtung des im Gesetz vorgeschriebenen Verfahrens.

43 Art. 5 Abs. 1 EMRK „Recht auf Freiheit und Sicherheit“ lautet: Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden:

- a) rechtmäßige Freiheitsentziehung nach Verurteilung durch ein zuständiges Gericht;
- b) rechtmäßige Festnahme oder rechtmäßiger Freiheitsentziehung wegen Nichtbefolgung einer rechtmäßigen gerichtlichen Anordnung oder zur Erzwingung der Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung;
- c) rechtmäßige Festnahme oder rechtmäßiger Freiheitsentziehung zur Vorführung vor die zuständige Gerichtsbehörde, wenn hinreichender Verdacht besteht, daß die betreffende Person eine Straftat begangen hat, oder wenn begründeter Anlaß zu der Annahme besteht, daß es notwendig ist, sie an der Begehung einer Straftat oder an der Flucht nach Begehung einer solchen zu hindern;
- d) rechtmäßige Freiheitsentziehung bei Minderjährigen zum Zweck überwachter Erziehung oder zur Vorführung vor die zuständige Behörde;
- e) rechtmäßige Freiheitsentziehung mit dem Ziel, eine Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhindern, sowie bei psychisch Kranken, Alkohol- oder Rauschgiftsüchtigen und Landstreichern;
- f) rechtmäßige Festnahme oder rechtmäßige Freiheitsentziehung zur Verhinderung der unerlaubten Einreise sowie bei Personen, gegen die ein Ausweisungs- oder Auslieferungsverfahren im Gange ist.

44 Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006) Bundesgesetzblatt (BGBl) 2008 II, S. 14 19.

Die Stärkung der Mobilität von Bewohner_innen wird in den von uns untersuchten Pflegeheimen mit zwei parallelen Ansätzen sichergestellt: Zum einen wird ein sicheres, barrierefreies physisches Umfeld geschaffen, in dem Hilfe zur Selbsthilfe angeboten wird (Setting-Ansatz), zum anderen wird die Mobilität des Einzelnen durch Rehabilitation gestärkt.

5.1.1 Schaffung eines sicheren, barrierefreien Umfeldes und Hilfe zur Selbsthilfe

Eines der grundlegendsten Prinzipien des Setting-Ansatzes ist die Schaffung eines sicheren, barrierefreien Umfeldes. Hierfür bedarf es sowohl des Abbaus baulicher Barrieren als auch ausreichender Unterstützung, um sich sicher und frei bewegen zu können. Der Abbau von Barrieren hin zu einer inklusiven Umgebung und Gesellschaft ist eines der Grundprinzipien, die in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben wurden und so auch den Weg in die Öffentlichkeit gefunden haben.

Mit der Ratifikation der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich der deutsche Staat verpflichtet, öffentliche Einrichtungen und Dienste allen zugänglich zu machen. Art. 9 UN-BRK („Zugänglichkeit“) skizziert die Maßnahmen, die der Vertragsstaat entwickeln, veröffentlichen und überwachen muss, um die Rechte von Menschen mit einer Behinderung schützen und gewährleisten zu können.

Die Bestimmungen zur sicheren Umgebung und zur Barrierefreiheit von Altenheimen sind in Deutschland nicht bundesweit einheitlich vorgegeben, sondern in länderspezifischen Heimgesetzen definiert. Das Fehlen bundesweit einheitlicher Vorgaben wurde von einigen der von uns interviewten Führungskräften kritisiert, da regional unterschiedliche Bestimmungen zur Ausstattung von Pflegeheimen zu Diskrepanzen in der bundesweiten Pflegequalität führen können.

„In 16 Bundesländern hat der Kunde das Recht auf die gleiche Betreuung; in 16 Bundesländern eigentlich das Recht auf die gleiche personelle Ausstattung und in 16 Bundesländern eigentlich auch das Recht

auf die gleiche Gebäudesubstanz. Und wenn Sie aber die Pflegesatzstrukturen nehmen in Deutschland, dann sind die in 16 Bundesländern unterschiedlich. Deshalb war ich auch ein vehementer Kritiker bei der Föderalisierung des Heimgesetzes auf die 16 Bundesländer, weil ich finde, es kann nicht sein, dass die Luft in Kiel besser ist als in Bayern und deshalb in Kiel einfachere Gebäude oder weniger Personal nötig ist.“

Heimleitung, Heim 1

Um die Mobilität der Bewohner_innen innerhalb und außerhalb des Gebäudes zu fördern, haben die von uns untersuchten Heime verschiedene Maßnahmen ergriffen: Heim 2 hat die meisten Böden mit einer rutschfesten Korkschiicht ausgestattet, durch die Stürze vermieden werden können und die das Bewegen von Rollstühlen erleichtert. Außerdem bemühen sich die besuchten Heime darum, ihre Bewohner_innen zu stimulieren und ihre Mobilität anzuregen: Sie haben zugängliche und komfortable Außenanlagen errichtet, in denen tagsüber diverse Aktivitäten, beispielsweise gärtnern im Hochbeetgarten, Fische füttern im Teich, spazieren gehen mit Physiotherapeut_innnen, stattfinden.

Ein weiterer Aspekt bei der Schaffung eines barrierefreien Umfeldes ist die Verfügbarkeit direkter Hilfe. Assistenz ist für viele Bewohner_innen, die mobil bleiben wollen, von großer Bedeutung.

„Ich gehe ja nicht alleine weg oder mache was alleine. Entweder sind die Kinder dabei oder jemand anderes, eine Schwester oder andere Begleitpersonen. Früher bin ich immer alleine mit meinem Rollstuhl unten rumgefahren. Das kann ich jetzt aber auch nicht mehr.“
Bewohnerin, Heim 3, 86 Jahre

Bewohner_innen Mobilität zu ermöglichen, ist für die Pflegekräfte eine zusätzliche Aufgabe, die organisiert werden muss und die nur mit Hilfe von zusätzlichem Personal zu bewältigen ist. Diese Aufgabe übernehmen Alltagsassistent_innen.

„Manche Bewohner gehen mit uns einkaufen oder andere auch alleine. Hier ist gleich Kaisers, Aldi, Lidl um die Ecke, und wenn man-

che noch woanders einkaufen wollen, dann können sie auch dahin fahren. Die Betreuungskräfte sind da und das ist kein Problem, sie können auch mit dem Bus fahren.“

Pflegedienstleitung, Heim 3

Das Fehlen von Assistenz war tatsächlich die einzige Mobilitätsbeschränkung, die die Interviewpartner_innen und ihre Angehörigen benannt haben. Laut der Heimfürsprecherin des Heims 4, deren Hauptaufgabe das Beschwerdemanagement ist, ist „das Warten auf jemanden, der einen für eine Veranstaltung oder eine Aktivität im Heim abholt oder wieder zurückbringt“ die dringendste und am weitesten verbreitete Beschwerde, die sie hört. In diesen Situationen fühlen sich Bewohner_innen, die auf den Rollstuhl angewiesen sind, hilflos oder alleine gelassen.

Das Recht auf Mobilität kann jedoch mit dem Recht auf Privatheit, auf Gesundheit oder auf einen angemessenen Lebensstandard anderer Bewohner_innen in Konflikt geraten, beispielsweise wenn Bewohner_innen Mahlzeiten gerne ungestört einnehmen und sich dabei unterhalten wollen und dies aufgrund des Verhaltens anderer Bewohner_innen nicht können. Einige Pflegeheime greifen deshalb zur räumlichen Trennung von Bewohnergruppen, insbesondere für bestimmte Zeiten oder Tätigkeiten, beispielsweise während des Essens. Dadurch haben einige Bewohner_innen die Möglichkeit des Rückzugs vor der großen Gemeinschaft. Während manche Heime sich für eine stetige räumliche Trennung entschieden haben, beispielsweise durch abgegrenzte Bereiche oder Stationen, wird die räumliche Trennung in manchen Heimen flexibel eingesetzt, etwa durch die Bereitstellung separater Speiseräume für an Demenz Erkrankte. Problematisch ist die räumliche Trennung allerdings dann, wenn sie zu Segregation führt und Teilhabe unterbindet. Dies war in den untersuchten Heimen jedoch nicht der Fall: Die Bewohner_innen konnten die jeweiligen Bereiche mit Unterstützung verlassen.

Je stärker die Mobilität der Bewohner_innen vonseiten der Einrichtung eingeschränkt wird, desto wichtiger ist es, dass ihre anderen Rechte, insbe-

sondere ihr Recht auf Privatheit und auf soziale Teilhabe, weiterhin geachtet werden und ihnen ausreichend Assistenz geboten wird, abgeschlossene Bereiche auf eigenen Wunsch hin zu verlassen. Dies kann durch Planung und Ausführung von niedrigschwelligen Aktivitäten erreicht werden, an denen sich Bewohner_innen, deren Mobilität normalerweise eingeschränkt ist, zusammen mit anderen beteiligen können. Im Heim 2 gehen Bewohner_innen, die im geschützten Bereich untergebracht sind, gemeinsam mit anderen Bewohner_innen spazieren und erledigen kleine Aufgaben im Haushalt.

Neben der räumlichen Trennung sind individuelle Einschränkungen der Mobilität in der Altenpflege weit verbreitet. Diese Praxis kann zu einer schwerwiegenden Verletzung von Menschenrechten führen. Häufig werden Bettgitter oder Rollstuhlgurte eingesetzt, ein tiefer Sessel oder Tisch vor einem Stuhl können einen ähnlichen Effekt haben. Über solche Freiheitsentziehungen und -beschränkungen können Pfleger_innen und Ärzt_innen nicht ohne Einwilligung der zu pflegenden Person oder ohne richterliche Genehmigung eines Betreuungsgerichts (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden. Erfreulicherweise werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Altenpflege immer weniger eingesetzt: Der Anteil der Langzeitpflegebewohner_innen, deren Freiheit durch individuelle Maßnahmen eingeschränkt wurde, hat sich von 2012 bis 2015 von 20 Prozent auf 12,5 Prozent verringert.⁴⁵ Der Anteil der ohne Rechtsanordnung vorgenommenen Einschränkungen ist um 3 Prozent gefallen; fast 92 Prozent aller 2015 dokumentierten Einschränkungen fanden mit richterlicher Genehmigung statt. Daneben legen die vom MDS vorgelegten Daten nahe, dass Pflegeheime die Notwendigkeit und Angemessenheit von Einschränkungen mittlerweile systematischer und regelmäßiger kontrollieren: 84,9 Prozent der Heime haben 2015 notwendige Einschränkungen regelmäßig überprüft. 2013 betrug die Zahl noch 78,4 Prozent. Diese positiven Zahlen müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden: Viele der nicht genehmigten Mobilitätsbeschränkungen werden wahrscheinlich nicht in den MDS-Berichten dokumentiert, vor allem Einschränkungen, die

45 MDS (2014), S. 35.

nicht mechanischer Natur sind (Gürtel oder Bettgitter), sondern pharmazeutischer (unaufgeforderte Gabe von Beruhigungsmitteln) oder räumlicher Natur (Platzierung der Bewohner_innen hinter einem Hindernis, das sie nicht entfernen können, beispielsweise einer verschlossenen Tür oder einem Tisch).⁴⁶ Es ist wahrscheinlich, dass der MDS kein vollumfängliches Bild von Mobilitätsbeschränkungen hat, da sein Ziel als Kontrollmechanismus nicht darin besteht, Gewalt gegen Ältere, sondern die Pflegequalität zu bewerten.⁴⁷

5.1.2 Aufrechterhaltung der Mobilität: Recht auf Rehabilitation

Ein weiteres Recht, das in engem Zusammenhang mit der Mobilität steht, ist das Recht auf Habilitation und Rehabilitation, das in der UN-Behindertenrechtskonvention in Art. 26 festgeschrieben ist.⁴⁸ Die Regierung ist demnach verpflichtet, effektive Schritte zu unternehmen, um es Menschen mit Behinderungen, darunter auch älteren Personen in der Pflege, zu ermöglichen, ein unabhängiges Leben zu gestalten und ihre Beeinträchtigung beziehungsweise Krankheit zu bewältigen. Darüber hinaus muss die Regierung gewährleisten, dass sich alle der Technologien und Ausstattungen bewusst sind, die genutzt werden können, um eine unabhängige Lebensführung zu unterstützen. Innerhalb dieses strukturellen Rahmens können die Träger der Heime und die Heimleitungen eine Vielzahl an unterschiedlichen Möglichkeiten und Maßnahmen wählen, um die Mobilität ihrer Bewohner_innen zu fördern.

In den von uns untersuchten Heimen spielte die individuelle Mobilisierung der Heimbewohner_innen eine große Rolle. Wichtig ist dabei insbesondere die Sturzprävention.⁴⁹ Alle Heime bieten Präventionsangebote für ihre Bewohner_innen an, die von Spezialist_innen geleitet werden und für alle – auch für Rollstuhlfahrer_innen – zugänglich sind. Darüber hinaus kommen Physiothera-

peut_innen und Fitnesstrainer_innen regelmäßig ins Heim. Sie helfen den Bewohner_innen dabei, mobil zu bleiben und nach Schlaganfällen oder Stürzen wieder zu genesen.

„Jeden Dienstag und Freitag habe ich Therapie zum Laufen. Da gehe ich nach unten, wo der Fischeich ist, da gehe ich dann lang und sie hält meinen Arm und ich halte mich an dem Holz fest und dann gehen wir zehn Minuten. Naja, dann kriegte ich den Schuh verpasst mit dem Ding hier. Also ohne den kann ich gar nicht gehen.“

Bewohnerin, Heim 3, 88 Jahre

„Als ich hierher kam, konnte ich ja noch nicht mal stehen oder aufstehen, gar nichts. Und jetzt kann ich durch die Krankengymnastik schon ein bisschen was machen. Die hilft mir weiter, das macht sich doch bemerkbar.“

Bewohnerin, Heim 3, 86 Jahre

In einigen Fällen erfordert die Mobilisierung der Bewohner_innen ein beharrliches, facettenreiches Vorgehen, das über die Stärkung des Bewegungsapparats hinausgeht. Dies betrifft insbesondere an Demenz Erkrankte, die orientierungslos sein können oder sich aufgrund anderer Schwierigkeiten nicht bewegen können.

Good-Practice-Beispiel: Mobilisierung einer dementen Bewohnerin

„Wir haben eine Bewohnerin, die aus einer anderen Einrichtung kam. Sie war dement, aber total interessiert an der Umwelt. Im anderen Heim lag sie drei Jahre in einem Einzelzimmer und man hat einfach auch gemerkt, wie sehr sie irgendwie jetzt nach Reizen Ausschau gehalten hat. Wir wollten sie unbedingt mobilisieren, aber sie ist uns immer kollabiert. Dann haben wir festgestellt, dass sie nie genügend Flüssigkeit kriegt,

46 Vgl. dazu: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015).

47 MILCEA (2012).

48 Habilitation bedeutet das Erlernen einer neuen Fähigkeit, während Rehabilitation das Wiedererlernen einer Fähigkeit umfasst, beispielsweise laufen oder sprechen.

49 Der Bericht des MDS aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Schluss, dass mindestens 80 Prozent aller Bewohner_innen der Langzeitpflege besondere Vorrichtungen für die Sturzprävention brauchten. Die Mehrheit der Heimbewohner_innen erhielt auch eine solche Vorrichtung (86 Prozent); die Sturzprävention bei den übrigen 14 Prozent war nicht oder nicht ausreichend vorhanden: Es gab nicht die notwendigen Geräte, Ärzte wurden nicht informiert oder es fehlte an Medikamenten. Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2014), S. 29.

um den Kreislauf zu stabilisieren. Wir haben dann mit dem Arzt einen Vertrag gemacht, in dem wir uns verpflichtet haben, die Ernährungssonde ausschließlich zur Flüssigkeitssubstitution zu nutzen, und haben ihr nachts, wenn sie geschlafen hat, Flüssigkeit gegeben. Damit konnten wir sie tagsüber mobilisieren. Das war für die Frau der ultimative Gewinn. Wir haben sie dann oft hier auf diesen Flur gesetzt, weil hier viel Publikumsverkehr ist. Und sie hat jeden angesprochen.“
Pflegedienstleiterin, Heim 2

Sturzprävention kann einerseits durch Rehabilitation körperlicher und kognitiver Funktionen, andererseits durch den Einsatz sicherheitsgewährleistender Technologien geleistet werden. Diese Technologien, beispielsweise eine Alarmmatte, bieten Alternativen zur Mobilitätseinschränkung, etwa durch Bettgitter. Die Heimleiterin in Heim 2 nennt sie deshalb „freiheitserweiternde“ statt „freiheitsentziehende“ Lösungen. Diverse Expert_innen der Langzeitpflege, etwa vom Zentrum für Qualität in der Pflege oder dem MDS, unterstützen diesen Ansatz.

„Es gibt Bewohner, die sagen ganz klar: ‚Ich will nicht so eine Protektorenhose tragen. Und wenn ich dann stürze, dann stürze ich halt!‘ Gut, dann kann man vieles andere anbieten: Es gibt diese Funkfinger, wenn jemand stürzt, kommt dann schneller Hilfe. Das nehmen die meisten auch gerne an. Oder vor dem Bett wird eine Matte platziert, falls jemand stürzt, wird der Sturz etwas abgefedert. Dann gibt’s die Möglichkeit bei Menschen, die sich nicht mehr bewusst sind, ob sie noch stehen können, dass eine Matte vors Bett gelegt wird. Sobald sie da drauftreten, geht die Klingelanlage los. Es ist schon ein Balanceakt, ganz klar. Wenn jemand gestürzt ist, kommt grundsätzlich gleich die Frage: ‚Warum ist der gestürzt!?!‘ Ja, weil der Mensch auch einen eigenen Willen hat, auch einen eigenen Willen, aufzustehen. Ich kann versuchen, ihn zu schützen. Ich biete ihm die Möglichkeiten, die ich habe, an. Wenn sie abgelehnt werden, wird das dokumentiert. Und dann ist das so. Jeder Mensch hat auch das Recht, sich zu verletzen, also zu stürzen oder aus irgendwel-

chen Gründen eine Behandlung abzulehnen. Also das gestehe ich jedem zu, auch den Menschen, die hier liegen. Die haben die gleichen Rechte wie jeder andere auch.“

Pflegedienstleitung, Heim 1

5.1.3 Fazit

Mobilität spielt für die Wahrung der Menschenwürde und den Schutz der Menschenrechte in Pflegeheimen eine zentrale Rolle. Die Mobilität der Heimbewohner_innen wird durch verschiedene rechtliche Regelungen geschützt und unter anderem durch die in der UN-Behindertenrechtskonvention postulierten Rechte auf Habilitation und Rehabilitation gefördert. Allerdings fehlen in Deutschland klare Richtlinien, die nicht nur die mechanischen, sondern auch die pharmazeutischen Mobilitätseinschränkungen umfassen. Heime, die beispielsweise demente Bewohner_innen räumlich von anderen trennen und somit deren Recht auf Mobilität beschneiden, müssen sicherstellen, dass die Bewohner_innen die abgetrennten Bereiche mit Assistenz verlassen können und dass andere Rechte, beispielsweise das Recht auf Privatheit und Recht auf Gesundheit, voll und ganz realisiert werden können.

Hilfe zur Selbsthilfe, sowohl in Form unterstützender Technologien als auch in Form von verfügbarer menschlicher Hilfe, ist die effektivste Alternative zu Mobilitätseinschränkungen und eine Hauptanforderung für die Umsetzung der Menschenrechte in der Langzeitpflege. Maßnahmen, die die körperliche und kognitive Rehabilitation von Bewohner_innen ermöglichen, beispielsweise physiotherapeutische Begleitung und Umsetzung sicherheitsgewährleistender Technologien, sind notwendige Voraussetzungen für die volle Umsetzung des Rechts auf Mobilität.

5.2 Recht auf Privatheit

Ein weiteres Menschenrecht, das im Pflegekontext eine wichtige Rolle spielt, ist das Recht auf Privat- und Familienleben. Es deckt viele verschiedene Aspekte des Heimlebens ab. Das Recht auf ein Privatleben ist in Art. 17 des UN-Zivilpakts (ICCPR), in Art. 22 der UN-BRK und in Art. 8 der EMRK verankert. Insbesondere Art. 8 der EMRK legt fest, dass Privatheit weit

gefasst ist und sich auf alle Aspekte des Lebens bezieht. Das Recht wird innerhalb und außerhalb eines privaten Heims realisiert, wobei „Heim“ nicht nur eine Wohnung oder ein Haus ist, sondern auch ein Zimmer in einem Pflegeheim sein kann. Einige Aspekte des Rechts auf Privatheit werden regelmäßig in den Berichten des MDS evaluiert; 2012 wurden die folgenden Kriterien entwickelt und 12.190 Heimen diesbezüglich evaluiert:

gebaut, sondern alte Heime werden renoviert, um die Anzahl der Einbettzimmer zu erhöhen.

Ein eigenes Zimmer zu haben und es mit persönlichen Dingen auszustatten, ist für die meisten Heimbewohner_innen sehr wichtig. Die Bedeutung solch einer Privatheit manifestierte sich in unserer Untersuchung in der Art und Weise, wie uns die Befragten ihre Zimmer zeigten und stolz Dinge präsentierten, die ihnen wichtig waren.

Umsetzung des Rechts auf Privatheit

| Prüfkriterium | Einrichtungen, die das Kriterium erfüllen |
|--|---|
| Ist die Gestaltung der Zimmer mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? | 98,7 % |
| Kann eigene Wäsche mitgenommen werden? | 99 % |
| Stehen abschließbare Schubladen oder Fächer für alle Bewohner zur Verfügung | 98,5 % |

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2014), S. 135.

Neben dem Schutz der physischen Grenzen der Privatheit adressiert das Recht auf Privatheit auch die moralische und körperliche Integrität des Individuums. Es muss also zwischen räumlicher Privatheit, die durch das physische Umfeld ermöglicht wird, und normativer Privatheit, die durch tägliche Routine und den sozialen Umgang zwischen allen in der Langzeitpflege involvierten Akteuren (Bewohner_innen, Pflegekräfte, Angehörige, Freiwillige usw.) ermöglicht wird, unterschieden werden.

Doch nicht für alle Heimbewohner_innen ist das Einzelzimmer die optimale Wohnform. Eine der befragten Bewohner_innen, die sich seit ihrer Aufnahme in der Langzeitpflege vor mehr als zehn Jahren ein Zimmer mit einer Mitbewohnerin teilt, sagte allerdings, dass ihr die Mitbewohnerin ein Gefühl der Unterstützung und Zugehörigkeit gebe. Im Laufe des Interviews wiederholte sie mehrmals, dass sie, da sie fitter und mobiler als ihre Zimmernachbarin sei, Trost darin finde, einer anderen bei den alltäglichen Tätigkeiten, etwa beim Bettenmachen oder beim Anziehen, zu helfen.

5.2.1 Räumliche Privatheit: Orte, an denen man alleine sein kann

2013 waren rund 60 Prozent der Räumlichkeiten in Pflegeheimen Einzelzimmer, 40 Prozent waren Zweibettzimmer (39,2 Prozent) beziehungsweise andere Unterbringungsformen.⁵⁰ Die Anzahl der Einzelzimmer wird sich wahrscheinlich aufgrund der gestiegenen Anforderungen an die Unterbringung, die in den länderspezifischen Gesetzen festgelegt sind, noch erhöhen. Nicht nur neue Heime werden in Einklang mit neuen gesetzlichen Regelungen auf Länderebene

„Ich helfe ihr beim Anziehen und jeder Handreichung. Ich richte ihr das Bett her. Ich gebe ihr den Stock, fahre den Rollator auf den Platz. So kleine Handgriffe, was halt im täglichen Leben so anfällt. Ich halte ihren Schrank in Ordnung, weil, sie kann ja nicht mehr so lange auf den Beinen stehen.“
Bewohnerin, Heim 2, 72 Jahre

50 Statistisches Bundesamt (2015), S. 22.

Somit kann sich die Einzelzimmeranforderung trotz guter Intention für einige Menschen als nachteilig erweisen – insbesondere für Bewohner_innen mit einer schweren Form der Demenz. Verschiedene Studien zeigen, dass gerade sie sehr davon profitieren, wenn sie von anderen Menschen umgeben sind – am besten rund um die Uhr.⁵¹ Die Präsenz anderer schafft eine Atmosphäre der Sicherheit und Vertrautheit. Diesen Bedürfnissen in einem Pflegeheim gerecht zu werden, kann allerdings äußerst schwierig sein. Einige Heime schaffen ein spezielles Umfeld für Bewohner_innen mit Demenz, sogenannte Pflegeoasen, in denen sich fünf oder sechs Personen die Räumlichkeiten teilen und unter ständiger Beobachtung mehrerer Pflegekräfte stehen. Trotz der empirisch belegten positiven Auswirkung einer solchen Unterbringungsform verhindern die aktuell gültigen Rechtsbestimmungen eine breite Übernahme im Langzeitpflegesystem.

„Wir sind zu reglementiert. Wir würden uns wünschen, dass wir mehr ausprobieren könnten und selber unsere Erfahrungen machen, dann natürlich vielleicht gestützt. Wir würden uns zum Beispiel sehr gerne wissenschaftlich begleiten lassen. Wir müssen uns die Menschen, die wir pflegen, anschauen, und das muss an den Bedürfnissen orientiert sein.“
Pflegedienstleistung, Heim 3

5.2.2 Normative Privatheit: Alltagspraxis und sozialer Umgang

In allen von uns untersuchten Heimen – die, wie bereits erwähnt, Good-Practice-Beispiele sind – existieren klare Regeln zum Schutz der Privatheit der Bewohner_innen. Das Personal ist angehalten, Zimmer erst nach dem Anklopfen zu betreten. Diesen Grundsatz nannten die meisten Pflegekräfte im Interview als erstes. Während der Gespräche mit den Bewohner_innen konnte die Einhaltung dieser Regel beobachtet werden: Wann immer Pflegekräfte einen Raum betraten, meist um zu fragen, ob Kaffee oder ähnliches gewünscht werde, klopfen sie an und fragten, ob sie störten. Auch im MDS-Bericht von 2014 haben 99 Prozent der befragten Bewohner_innen erwähnt, dass sie

selbst entscheiden können, ob ihre Zimmertür offen oder geschlossen ist.⁵²

Ein besonderes Augenmerk lag in Heim 1 auf der Organisation der Nachtschichten. Bewohner_innen, die nachts nicht gestört werden möchten, unterzeichnen eine spezielle Einverständniserklärung – ihre Zimmer werden dann nicht vor einer bestimmten Uhrzeit inspiziert. Aber natürlich können sie im Notfall immer nach Hilfe rufen.

Alle befragten Pflegekräfte und Leiter_innen hatten ein sehr ausgeprägtes Bewusstsein davon, dass persönliche Gegenstände und Dokumente der Bewohner_innen privates Eigentum sind und nicht ohne explizite Erlaubnis angefasst werden dürfen. Allerdings muss festgehalten werden, dass Bewohner_innen in verschiedenen Heimen und in mehreren Fällen berichteten, dass Pflegekräfte ihnen helfen, ihre Wäsche im Kleiderschrank unterzubringen oder ihre Wäsche zu sortieren. Das bedeutet, dass Bewohner_innen und Pflegekräfte meist eine gute Beziehung zueinander haben und das Recht auf Privatheit im sozialen Umgang gewahrt ist.

5.2.3 Fazit

In den länderspezifischen Heimgesetzen wurden in den vergangenen Jahren wichtige Regelungen zum Schutz des Rechts auf Privatheit von Pflegeheimbewohner_innen eingeführt, insbesondere durch Einführung von Einbettzimmern als Grundvoraussetzung. Allerdings muss der rechtliche Rahmen flexibel bleiben, damit das Recht auf Privatheit nicht zur Pflicht zur Einsamkeit wird und auch Bedürfnisse von Menschen erfüllt werden können, die eine andere Form der Unterbringung bevorzugen. Daneben gilt, dass die räumliche Privatheit eine wichtige, aber nicht die alleinige Voraussetzung für die Einhaltung des Menschenrechts auf Privatheit ist. Einbettzimmer nützen nicht viel, wenn sie jederzeit betreten werden können. Der Schutz der normativen Privatheit und seine Umsetzung im Heimalltag sind deshalb ebenfalls wichtig. Dazu gehört auch die Gestaltung eines möglichst flexiblen Rahmens für den Alltag der Bewohner_innen, der die Berücksichtigung von

51 Adam-Paffrath, Renate (2012); Radzey, Beate (2008); Rutenkröger Anja / Berner, Renate / Kuhn, Christina (2012).

52 MDS (2014), S.133.

individuellen Entscheidungen und Präferenzen möglich macht.

5.3 Das Recht auf Gesundheit

Das Menschenrecht „eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ wird vor allem durch Art. 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, UN-Sozialpakt) geregelt. Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), dessen Aufgabe die Auslegung und Umsetzung des UN-Sozialpakts ist, hat in seiner „Allgemeinen Bemerkung Nr. 14“ Aspekte, die die Situation älterer Menschen besonders betreffen, ausgeführt, etwa „präventive, kurative und rehabilitierende Behandlungen [...], Wahrung der Funktionalität und Selbstbestimmung älterer Personen [...], Aufmerksamkeit und Pflege für chronisch und unheilbar kranke Personen, um vermeidbare Schmerzen zu vermeiden und es ihnen zu erlauben, in Würde zu sterben“.⁵³

5.3.1 Medizinische Versorgung

Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte stellt fest, dass das Recht auf Gesundheit medizinische Behandlungen erfordert, die „rechtzeitig und angemessen“ sind. Die medizinische Versorgung in der Langzeitpflege in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren verbessert, vor allem bei der Vermeidung von chronischen Wunden. 2013 wurden chronische Wunden oder ein Dekubitus bei 79 Prozent der betroffenen Bewohner_innen fachkundig versorgt.⁵⁴ Bei der Verabreichung von Medikamenten besteht allerdings großer Verbesserungsbedarf: 2014 wurde bei fast 10 Prozent der Pflegeheimbewohner_innen Medikamente falsch verschrieben, dosiert oder verabreicht. Außerdem wurden in fast 14 Prozent der Fälle Medikamente nicht angemessen

gelagert.⁵⁵ Eine 72-jährige Bewohnerin des Heims 2 berichtete Folgendes:

„In [Ort A] ist es mir sehr schlecht gegangen. Ich glaube, die haben was in die Getränke gemischt. Und ich habe keine festen Tabletten gehabt, ich habe jeden Tag etwas anderes bekommen. Und es ging mir immer schlechter. Und wie ich hierhergekommen bin, da habe ich gespürt, dass es mir immer besser geht und ich bin sehr zufrieden, dass ich hier gelandet bin.“

Bewohnerin, Heim 2, 72 Jahre

Laut dem MDS verringert sich die fehlerhafte Verabreichung von Medikamenten jährlich Schritt für Schritt, ist allerdings immer noch ein Problem in vielen deutschen Pflegeheimen. Wegen des hohen Risikopotenzials beim Umgang mit falsch verabreichten Medikamenten ist diese Situation nicht akzeptabel und wird vom MDS als „nicht zufriedenstellen[d]“ angesehen.⁵⁶

In den Interviews gab es keine Hinweise auf Fälle von falsch verabreichten Medikamenten in den untersuchten Heimen. Die befragten Pflegeheimbewohner_innen brachten ihre Zufriedenheit darüber zum Ausdruck, dass ihre (chronischen oder akuten) Leiden gleichermaßen gut behandelt worden seien. Die Interviewpart_innen erhielten regelmäßig Besuch von medizinischen Spezialisten: Psychiater_innen, Orthopäde_innen, Augenärzte_innen, Urologen_innen und Zahnärzte_innen. In vielen Fällen waren dies Ärzte_innen, die von den Bewohner_innen bereits vor dem Umzug in das Pflegeheim aufgesucht worden waren. Die Befragten berichteten von transparenten, regelmäßigen und zugänglichen Behandlungen, die auf der Grundlage der Einwilligung der Bewohner_innen oder gegebenenfalls ihrer Angehörigen erfolgen.

53 UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2000), Abs. 25. Ähnlich hat sich 2002 auch der UN-Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit, Anand Grover, geäußert..

54 2011 war dies nur bei 74 Prozent der Fall. Bei 21 Prozent der betroffenen Bewohner_innen wurden Wunden allerdings mangelhaft behandelt, weil beispielsweise hygienische Standards bei der Wundversorgung nicht beachtet wurden. Vgl. MDS (2014), S. 9.

55 Ebd., S. 26–27.

56 Ebd., S. 26.

Good-Practice-Beispiel: Förderung der Zahngesundheit

Ein Aspekt der körperlichen Gesundheit, der in Diskussionen über Qualitätsstandards in der Pflege häufig übersehen wird, ist die Zahnhygiene. Und dies, obwohl fast 70 Prozent der Bewohner_innen in der Langzeitpflege Hilfe beim Zähneputzen oder mit ihren Prothesen brauchen. Während die Mehrheit dieser Menschen die benötigte Hilfe erhält, wurde bei 15 Prozent eine schlechte Zahnhygiene dokumentiert.⁵⁷ Die Heimleitung in Heim 2 legt besonderes Augenmerk auf Zahnhygiene und setzt ein spezielles, mehrfach ausgezeichnetes Pflegeprogramm um. Das Programm besteht aus zwei zentralen Komponenten: regelmäßige Kontrollen in Arztpraxen vor Ort und eine heiminterne Kontrolle der Zahnhygiene. Die Heimleitung schult die Pflegekräfte, die Zahngesundheit der Bewohner_innen ganzheitlich zu betrachten: Bewohner_innen erhalten nicht nur Hilfe beim Zähneputzen oder dem Reinigen ihrer Prothesen, sondern werden bei den Mahlzeiten besonders unterstützt. Mit diesem Programm wird nicht nur das Recht auf Gesundheit gefördert, sondern es hat auch eine positive Wirkung auf andere Rechte, etwa das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Nahrung und das Recht auf soziale Teilhabe.

5.3.2 Nahrung und Flüssigkeitszufuhr

In Art. 11 des UN-Sozialpakts ist das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard festgeschrieben; hier finden sich auch die Rechte auf ausreichend Nahrung, Wasser und Sanitärversorgung sowie auf angemessenen Wohnraum. Diese Rechte überschneiden sich oft mit dem Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit.⁵⁸

Nahrung ist einer der wichtigsten, schwierigsten und umstrittensten Themen in Pflegeheimen, wobei zwei Dinge von gleicher Bedeutung sind: die Qualität und Verfügbarkeit von Nahrung, die

sich direkt auf die körperliche Gesundheit und Mobilität auswirkt, und die Organisation und Strukturiertheit der Mahlzeiten, die für das Sozialeleben der Bewohner_innen und ihre Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen, von zentraler Bedeutung sind. Geeignete Nahrung und Flüssigkeitszufuhr sind somit Voraussetzungen für die Umsetzung gleich mehrerer Menschenrechte: für die Umsetzung des Rechts auf das Höchstmaß an Gesundheit, des Rechts auf soziale Inklusion und des Rechts auf Selbstbestimmung. Ähnlich verhält es sich mit der Flüssigkeitsversorgung: Ist sie unzureichend, wird das Recht auf Wasser und das Recht auf Gesundheit verletzt.

Die Qualität der Nahrung in Pflegeheimen wird fortlaufend kontrolliert und geprüft. Zu den Qualitätskriterien des MDS gehört nicht nur der Nährwert der Nahrung, sondern auch ihr Geschmack und ihre Eignung für einzelne Bewohner_innen. Laut dem MDS-Bericht erfasste 2013 die überwiegende Mehrheit der Heime individuelle Kapazitäten und gesundheitliche Risiken und führte erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeits- und Nahrungsvorsorgung durch. In 78 Prozent der Heime wurde bei Bewohner_innen mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt. Nur 8,7 Prozent der Menschen in stationären Einrichtungen, bei denen eine Einschränkung vorlag, bekamen keine ausreichenden Hilfen zur Flüssigkeitsaufnahme.⁵⁹ Die positiven Zahlen des MDS müssen allerdings mit Vorsicht betrachtet werden, denn der jüngste Bericht der Bertelsmann Stiftung⁶⁰ zeigt auf, dass auch in Heimen mit guten Pflegenoten großer Verbesserungsbedarf besteht, insbesondere in Bezug auf schmackhafte Nahrung, die optisch ansprechend und auf Wunsch verfügbar ist. Die Qualität der Nahrung wurde von den meisten Befragten als besonders wichtig erachtet. Selbst in den von uns aufgesuchten, vermutlich überdurchschnittlich gut geführten Heimen waren viele Bewohner_innen mit der Nahrung nicht zufrieden, weil sie nicht gut schmeckte, in manchen Fällen schwer zu essen

57 MDS (2014), S. 26–27, S. 34.

58 Saul, Ben / Kinley, David H. / Mowbray, Jacqueline (Hg.) (2014), S. 861 ff.

59 MDS (2014), S. 32, Fn. 33. Der 4. Bericht des MDS (2014) stellt klar, dass die Dehydrierung bei den zur Verfügung stehenden Mitteln schwer feststellbar ist, aber im Vergleich zum 3. Bericht von 2012 Verbesserungen erkennbar sind. Siehe MDS (2012), S. 16. In 23,7 Prozent wurde vom MDS die Flüssigkeitsversorgung als nicht angemessen bewertet.

60 Bertelsmann-Stiftung (2016).

war oder nicht zu den individuellen Ernährungsbedürfnissen passte. Angehörige von Bewohner_innen, mit denen wir gesprochen haben, beklagten ebenfalls den Nährwert der angebotenen Nahrung und die unzureichende Versorgung mit frischem Obst und Gemüse.

Allerdings muss auch betont werden, dass in den von uns besuchten Heimen große Anstrengungen unternommen wurden, um Essen und Getränke bei Bedarf jederzeit bereitzustellen. Die Mahlzeiten wurden flexibel gestaltet, rund um die Uhr waren zusätzliche Snacks in den Stationsküchen verfügbar. Im Heim 2, in dem viele Bewohner_innen nachts aktiv waren, wurden spezielle „Nachtmahlzeiten“ wie belegte Brote und Tee eingeführt.

5.3.3 Fazit

Das Recht auf ein erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ist für die Altenpflege besonders relevant. Good-Practice-Beispiele zeigen, wie die fachärztliche Versorgung durch eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten gut gewährleistet werden kann. Auch die oft vernachlässigte Zahngesundheit lässt sich durch Aufklärung und Schulung in die alltägliche Pflege integrieren. Obwohl professionelle medizinische Hilfe und Rehabilitationshilfen in vielen Pflegeheimen in Deutschland vorhanden sind, besteht bei der Umsetzung des Rechts auf Gesundheit in einigen Bereichen Verbesserungsbedarf, beispielsweise bei der richtigen und altersgerechten Verabreichung von Medikamenten. Die Verbesserung der Nahrungsqualität als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes zum Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit bedarf weiterer Anstrengung. Diese angesprochenen Aspekte müssen flächendeckend kontrolliert und verbessert werden.

5.4 Recht auf soziale Inklusion

Menschen haben ein Recht darauf, Teil einer Gemeinschaft zu sein, und damit ist der Staat verpflichtet, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es jedem Menschen ermöglichen, sich einzubringen und auch mitzugestalten. In internationalen Menschenrechtsverträgen beziehen sich viele Bestimmungen zur sozialen Inklusion auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insgesamt. Die Verpflichtung von Vertragsstaaten, effektive und angemessene Maßnahmen zu ergreifen, damit sichergestellt wird, dass alle Menschen mit Behinderungen ihr Recht auf volle Inklusion und Teilhabe in der Gemeinschaft ausüben können, sind Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Insbesondere Artikel 25 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) sieht das Recht vor, an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten und an Wahlen teilzunehmen.

Der paradigmatische Wandel, Bewohner_innen der Langzeitpflege als selbstbestimmte Rechtssubjekte und nicht nur als Patient_innen wahrzunehmen, die im vollen Umfang von den Pflegekräften abhängig sind (siehe Kapitel 4.1), hat zu verschiedenen rechtlichen und organisatorischen Initiativen geführt, die das Recht der Bewohner_innen auf soziale Inklusion fördern sollen. Insbesondere müssen Pflegeheime über einen eigenen Sozialdienst verfügen, dessen Ziel einerseits darin besteht, die Inklusion des Heims in den Gemeinden vor Ort sicherzustellen und andererseits darin, die Bewohner_innen zu stärken, sich am Alltagsleben im Heim zu beteiligen. Hierzu können die Alltagsassistent_innen einen positiven Beitrag leisten, da sie die Teilnahme durch Begleitung oder Informationsaustausch ermöglichen können. In allen von uns aufgesuchten Heimen gab es beide Herangehensweisen in unterschiedlichen Ausprägungen.

5.4.1 Stärkung der sozialen Inklusion durch Integration der Heime in den Gemeinden vor Ort

Die von uns untersuchten Heime unterhalten mit diversen kommunalen Strukturen Verbindungen und Partnerschaften: mit religiösen Organisationen, Schulen, Sport- und Gartenvereinen und so weiter. Die Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene kann unterschiedliche Formen annehmen, von der gemeinsamen Organisation von jahreszeitabhängigen Festen bis hin zur Ausübung von Aktivitäten durch Freiwillige.

Die meisten Pflegedienstleiter_innen betrachteten die Unterstützung von Freiwilligenverbänden und Einzelpersonen als unabdingbaren und festen Bestandteil des Heimlebens, ohne die eine auf Respekt basierende und menschenwürdige Pflege nicht möglich wäre. Gemeinnützige Arbeit kann neue Aktivitäten ermöglichen und hilft, den Bedürfnissen verschiedener Bewohner_innen gerecht zu werden, da sie dadurch an unterschiedlichen Veranstaltungen teilnehmen können.

„Mehr Ehrenamtliche sind immer wünschenswert, weil das ist nochmal ein Punkt, wo wir dann teilweise auch an unsere Grenzen stoßen, wenn ein einzelner Mensch irgendeinen Wunsch hat, und ich habe jetzt gerade da keinen Ehrenamtlichen, der gerade diesem Wunsch nachkommen kann. Also: Gerne noch mehr! Die dann halt auch individuell auch Einzelbetreuung bei Bewohnern machen können.“
Pflegedienstleiterin, Heim 1

5.4.2 Stärkung der Mitgestaltung des Heimlebens: Heimbeiräte

Die wichtigste Form der Förderung von sozialer Inklusion in Pflegeheimen ist die direkte Einbindung von älteren Menschen in das Alltagsleben und in die Hauswirtschaft ihres Heims (siehe 4.3.1). Darüber hinaus bedeutet soziale Inklusion auch, Bewohner_innen die Möglichkeit zu geben, über gewisse Aspekte der Organisationsstruktur zu entscheiden. Dieser Aspekt der sozialen Inklusion wird durch Heimbeiräte ausgeübt: gewählte Gre-

mien, die nicht nur aus Bewohner_innen, sondern auch aus Ehrenamtlichen bestehen. Die Tätigkeit der Heimbeiräte ist in der Heimmitwirkungsverordnung geregelt. Sie legt fest, dass Heimbeiräte einen Rechtsanspruch darauf haben, über alle wesentlichen Pflegeaspekte in Kenntnis gesetzt zu werden, seien sie materieller, organisatorischer oder medizinischer Natur. Allerdings können die Beiräte nur einen Bruchteil dieser Themen in ihre Agenda aufnehmen.⁶¹

Die Arbeit der Heimbeiräte scheint für die meisten Langzeitpflegeheimbewohner_innen und auch die Mitglieder des Beirats eine geringe Relevanz zu haben. Einerseits gibt es nur wenig Kontakt zwischen dem Beirat und den anderen Bewohner_innen – ein Umstand, den die Beiratsmitglieder mit dem schlechten Gesundheitszustand und den kognitiven Einschränkungen der meisten Bewohner_innen erklären. Andererseits ist unklar, ob die Arbeit des Beirats sich tatsächlich auf die Organisation des Heimlebens und der Heimdienste auswirkt. Mitglieder des Beirats können nicht mit Sicherheit sagen, ob „irgendetwas überhaupt geändert werden kann“ und die Anregungen und Lösungsvorschläge des Beirats, selbst wenn sie protokolliert wurden, umgesetzt werden. Ist eine Veränderung eingetreten, sind sie sich nicht sicher, ob dies mit ihrer eigenen Beteiligung an der Angelegenheit zu tun hat.

„Was sind die Themen, die Sie hier zuletzt besprochen haben?“

Interviewer

„Naja, wir haben Raucher im Heim. Und manchmal rollen sie mit ihren Rollstühlen direkt zum Eingang und lassen niemanden durch. Dabei zieht auch der Rauch ins Haus. Wir haben schon mal bei der Leitung Bescheid gegeben, dass so was nicht geht, aber ob sich was ändert, weiß ich nicht.“

Bewohner, Mitglied im Beirat, Heim 5, 77 Jahre

Empirische Untersuchungen⁶² und auch unsere Befragung legen nahe, dass die schlechte Gesund-

61 Diese Beobachtung von Mingot, Karö / Ritter, Joachim / Stiehr, Karin (2007) können wir auf Grundlage des vorliegenden Interviewmaterials voll und ganz bestätigen.

62 Vgl. Mingot, Karö / Ritter, Joachim / Stiehr, Karin (2007).

heit der Bewohner_innen, mangelnde Motivation und fehlende Kenntnis der Verwaltungsabläufe die größten Hürden für die Arbeit der Heimbeiräte sind.

„Aber, jemanden zu finden, der mitmacht, das ist schwer. Ich bin ja auch schon zu alt. Ja, achtzig.“

Beiratsmitglied, Heim 1, 80 Jahre

Diese Probleme sollten 2001 mit der Novellierung des Heimgesetzes gelöst werden. Seither können Dritte (Freiwillige, Angehörige, Mitglieder gemeinnütziger Vereine und andere) in Aufsichtsräte gewählt werden und sich darin engagieren. Die Heimmitwirkungsverordnung sieht auch die Option vor, den Heimbeirat durch eine_n Heimförsprecher_in zu ersetzen.

„Ich halte es für richtig, dass Menschen, die sich dem Heim besonders verbunden föhlen, so eine Aufgabe übernehmen können. Sie dürfen nur nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Heim stehen. Aber dass zum Beispiel dann dort jemand ehrenamtlich arbeitet, der in dem Heim vielleicht einen Angehörigen gehabt hat und dem es nicht egal ist, wie es da aussieht und weitergeht, ist eine gute Sache. Der braucht dann auch die entsprechenden Kompetenzen.“

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann

Dies funktioniert allerdings nur dann, wenn die Person, die als Heimförsprecher_in fungiert, für diese Rolle gut qualifiziert und kompetent ist. Die Heimförsprecherin in Heim 4 war eine ausgebildete Sozialarbeiterin und erfahrene Aktivistin auf Gemeindeebene und hatte eine klare Vorstellung von den Zielen und Verfahren in ihrer Position. Sie kümmerte sich um die Kontaktaufnahme mit ausnahmslos allen Bewohner_innen (oder deren Vormund), um die Übermittlung der Wünsche der Bewohner_innen an die Leitung, um die Kontrolle der Rückmeldungen und das Sammeln von Informationen – einschließlich einfacher Dinge wie dem Probieren der Heimkost. Andere beobachtete Fälle der ehrenamtlichen Tätigkeit zeigten, dass Einzelpersonen, die die Verantwortlichkeiten eines Beiratsmitglieds übernehmen,

häufig nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen.

5.4.3 Fazit

Das Recht älterer Menschen auf Teilhabe an der Gemeinschaft spielt in der politischen und organisatorischen Gestaltung der Pflegeheime zunehmend eine wichtige Rolle. Heimbewohner_innen werden inzwischen in alltägliche Aktivitäten wie gärtnern, kochen oder in anderen Haushaltstätigkeiten einbezogen. Dies föhrt zu einem höheren Maß an sozialer Inklusion und der Förderung von Hilfe zur Selbsthilfe – eine Entwicklung, die aus menschenrechtlicher Perspektive zu begrüßen ist. Ebenso ist die Einbeziehung der älteren Bewohner_innen in die umliegenden Angebote im Quartier eine weitere Möglichkeit zur Teilhabe. Gleichzeitig sind andere Aspekte der sozialen Inklusion, beispielsweise Mechanismen der Selbstrepräsentation, nicht ausreichend verwirklicht. Die Handlungsrahmen, die die Tätigkeit von Heimbeiräten bestimmen, sind unzureichend, um Bewohner_innen und Ehrenamtliche zu befähigen, an der Selbstverwaltung effektiv teilzunehmen, um zu partizipieren und zu gestalten.

5.5 Das Recht auf Beschwerde und Wiedergutmachung

Menschen, deren Rechte verletzt wurden, müssen die Möglichkeit einer wirksamen Beschwerde haben, mit der eine Wiedergutmachung bei Rechtsverletzungen erreicht werden kann. Neben gerichtlichen Verfahren können auch niedrigschwellige außergerichtliche Beschwerdestellen dabei eine wichtige Rolle spielen. Das Recht auf Zugang zur Justiz ist in Art. 13 der UN-Behindertenrechtskonvention festgehalten. Das Recht auf wirksame Beschwerde ist in Art. 2 Abs. 3 des UN-Zivilpakts und Art. 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention verankert.

Aktuell ist die Organisation eines unabhängigen Beschwerdemanagements in der Langzeitpflege in Deutschland äußerst fragmentiert und intransparent. Dies liegt größtenteils daran, dass die Langzeitpflege föderal reguliert wird. Föderale Institutionen für die Qualitätskontrolle in der Langzeitpflege, beispielsweise die Medizinischen

Dienste der Krankenversicherung (MDK) und die Heimaufsichten, haben das Mandat, als formale Beschwerdestellen zu fungieren. Es ist nicht klar abgesteckt, unter welchen Bedingungen und in welchem Maß die Beratungs- und Beschwerdemanagementfunktion von MDKs und Heimaufsichten wahrgenommen wird.

Einige Initiativen haben direkte und für Pflegeheimbewohner_innen zugängliche Beschwerdemöglichkeiten geschaffen. Diese werden von verschiedenen Nichtregierungsorganisationen betrieben und von einer Vielzahl an gemeinnützigen, karitativen Organisationen finanziert. Die meisten Anlaufstellen sind Hotlines für Pflegeheimbewohner_innen und ihre Angehörigen. Im Gegensatz zu Beobachtungsstellen für die Langzeitpflege, die Beschwerden als Mittel zur Qualitätsentwicklung konzeptualisieren, ist das Hauptziel dieser Organisationen explizit die Umsetzung der Menschenrechte.⁶³ Allerdings sind solche Stellen nicht bundesweit vorhanden, und sie arbeiten nicht auf der Grundlage eines rechtlichen Mandats.

Das unzureichende Beschwerdemanagement wurde bereits 2005 in einem vom Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebenen Bericht behandelt. Der Bericht kommt zum Schluss, dass die Bedingungen, unter denen Beschwerdestellen arbeiten, neu bewertet werden müssten⁶⁴ – bislang ist eine systematische Bewertung allerdings noch nicht erfolgt. Die Beschwerde- und Wiedergutmachungsfunktionen von Beobachtungsstellen sind nur vage skizziert und scheinen nur von geringer Bedeutung für Pflegekräfte und Pflegeheimbewohner_innen.

In unseren Interviews nahmen Bewohner_innen, ihre Angehörigen oder Pflegekräfte weder auf staatliche noch auf nichtstaatliche unabhängige Beschwerdemechanismen Bezug. Die Themen Beschwerde und Wiedergutmachungen wurden nur in Zusammenhang mit internen Heimstrukturen erwähnt. Im Folgenden werden verschiedene Beschwerdemechanismen vorgestellt. Zudem wird die größte Hürde für das Vorbringen einer

Beschwerde erörtert – die Furcht davor, als Nörgler_in stigmatisiert zu werden.

5.5.1 „Ich habe nichts zu schimpfen“: Legitimierung des eigenen Beschwerderechts

Die meisten Bewohner_innen und ihre Angehörigen sagten zu Beginn des Interviews, dass sie „persönlich nichts zu bemängeln“ hätten. Solche einleitenden Aussagen spiegeln die reale Zufriedenheit mit dem Leben in der Langzeitpflege nicht unbedingt angemessen wider. Stattdessen sind sie bezeichnend für die Erwartungen, die an unsere Mission geknüpft waren. Da Pflegeheime ständig geprüft und evaluiert werden, mit dem Ziel, Missstände und Defizite zu dokumentieren, erwarteten die Bewohner_innen die Prüfung durch einen Qualitätskontrollmechanismus.

Im Laufe der Gespräche legten viele Interviewpartner_innen Wert darauf, sich als wohlwollend und gut im Pflegeheim integriert zu präsentieren – in Abgrenzung zu den anderen, die „schimpfen“.

„Ich habe nichts zu schimpfen. Da sind welche, die schimpfen übers Essen, über die Behandlung, aber ich finde, daheim schmeckt es einem doch auch nicht jeden Tag. [...] Also ich bin zufrieden. Ich habe nichts zu bemängeln. Aber es sind welche, die schimpfen. Ich will auch die Ausdrücke hier gar nicht nennen, was die alles sagen über die Schwestern.“

Bewohnerin, Heim 2, 72 Jahre

Als realistischste Bewältigungsstrategie wird die Verringerung der eigenen Erwartungen dargestellt; hierbei werden immer zwei Bezugspunkte genannt: das eigene Heim einerseits und die bösen „anderen Pflegeheime“ andererseits.

„Aber ansonsten ist es hier, wie es eben im Heim ist. [...] Ja, leider hat man die Angehörigkeit, immer noch mit zu Hause zu vergleichen. Das ist natürlich ein großer Fehler.“

Bewohnerin, Heim 3, 88 Jahre

63 <http://www.beschwerdestellen-pflege.de/images/stories/BuHIWEAAD2012-k.pdf> (abgerufen am 08.09.2016).

64 Schmidt, Waldemar / Schopf, Christine (2005).

Die Abhängigkeit Älterer von der Hilfe durch Pflegekräfte und Pflegedienstleister_innen ist der Hauptgrund dafür, „zu schweigen“ und „vernünftig zu sein“. Selbst in den von uns untersuchten gut aufgestellten Heimen war die Angst vor möglichen Sanktionen eine wirksame Motivation, Beschwerden für sich zu behalten, wie ein Interview mit der Heimfürsprecherin in Heim 4 zeigt:

„Die Menschen haben Angst, dass sie schlechter behandelt werden. Also woran sich das festmacht oder wie konkret, das haben sie mir auch nicht gesagt oder können sie vielleicht auch nicht sagen. Man lässt vielleicht jemanden länger warten, wenn er quengelt oder man fragt nicht nach, ob er noch Durst hat. Es sind diese kleinen Sachen, die denen dann Angst machen. Oder dass man nicht mehr mit ihnen redet. Das wäre eigentlich die Höchststrafe.“

Heimfürsprecherin, Heim 4

Sanktionen können auch so subtil ausfallen, dass die Bewohner_innen sie überhaupt nicht als solche benennen, geschweige denn, sie in einer Beschwerde dokumentieren können. Eine schlechte Behandlung fällt unter die Rubrik „die Pflegekraft ist schlecht gelaunt“ oder gilt im Gegensatz zum eigenen Zuhause als eine nicht wünschenswerte, aber dennoch inhärente Komponente der Langzeitpflege. Unzufriedenheit wird der eigenen „Überempfindlichkeit“ zugeschrieben. Einige Bewohner_innen bringen allerdings ungeachtet des Stigmas den Mut auf, für sich selbst zu sprechen:

„Die sagen, die soll nicht so viel meckern. Das Meckern ist so meine Natur, sage ich mal einfach. Deswegen gibt es öfter schon mal Trouble. [...] Vielleicht bin ich auch die Einzige, die sich dann für alle oder für vielen Mund verbrennt. Nebenbei gesagt, das Essen schmeckt nicht. Und wenn sie gefragt werden, ja, naja, dann ist alles gut.“

Bewohnerin, Heim 3, 86 Jahre

Jüngere Interviewpartner – Angehörige der Bewohner_innen sowie Pflegekräfte – erklären den

scheinbaren Zusammenhalt unter Bewohner_innen aus dem Generationsblickwinkel. Statt die Älteren für ihre Beschwerden zu rügen, loben die jüngeren Interviewpartner sogar deren Durchsetzungsfähigkeit.

„Ich habe wieder auch in einem Reflexionsgespräch erfahren, dass wir einen jungen FSJler haben, der doch glatt zu einem Bewohner sagt: ‚Ah, Ihren Urinbeutel, nö, das hat noch ein bisschen Zeit, bis ich den leere.‘ Und der Bewohner ist so mutig zu sagen: ‚Ich spüre das, weil das staut sich zurück.‘ Das ist ja leider so in der Generation nicht üblich zu klagen.“

Heimleiterin, Heim 1

Es ist wahrscheinlich, dass Beschwerden zukünftig regelmäßiger vorgetragen werden, da sich das Selbstbild älterer Menschen verändert. Der sechste Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 2010 legt nahe, dass sich gesellschaftliche Werte und Vorstellungen zum Alter schnell ändern und sich die ältere Generation immer mehr als unabhängige Entscheidungsträger sieht.⁶⁵ Obwohl ein bewohnerzentrierter Ansatz in der Langzeitpflege zunehmend selbstverständlich wird, gibt es noch großes Verbesserungspotenzial für das Beschwerdemanagementsystem.

5.5.2 Interne (heimbasierte) Mechanismen des Beschwerdemanagements

Aus der Menschenrechtsperspektive haben Pflegeheimbetreiber_innen und -leiter_innen die positive Pflicht, Menschenrechte zu fördern und zu schützen. Dazu gehört es, die Pflegeheimbewohner_innen über den Zugang zur Justiz, über ihre Rechte und über Beschwerdeverfahren aufzuklären. Das Vorhandensein eines internen Beschwerdemechanismus ist auch eines der Kriterien für die Qualitätskontrolle durch den MDS.⁶⁶

65 BMFSJ (2010).

66 2013 entsprachen 96 Prozent der kontrollierten Heime formal diesem Kriterium. Vgl. MDS (2014), S. 139.

Anonyme Beschwerdeformulare und Informationen über externe unabhängige Beschwerdestellen

In allen Heimen wurden die Kontaktdaten von örtlichen MDKs und Heimaufsichten ausgelegt, zumeist in Form von Flyern, Broschüren oder Postern, die an Informationstafeln hingen und allesamt leicht zugänglich waren.

In zwei Heimen (Heime 1 und 5) hingen an den Informationstafeln anonyme Beschwerde- und Kritikformulare.

Trotz der Verfügbarkeit von formellen Instrumenten betonten die meisten der befragten Leiter_innen, Bewohner_innen, Angehörigen und Ehrenamtlichen die Wichtigkeit der informellen Beschwerdemöglichkeiten, beispielsweise das direkte Gespräch mit der Stationsleitung oder der Heimverwaltung. Diese Beschwerdestrategie ergibt sich wahrscheinlich aus dem hohen Maß an Vertrauen in den Heimen.

Strategie der offenen Tür

Alle interviewten Pflegeleiter_innen nutzten das Bild der „Tür, die immer offensteht“, als sie dazu befragt wurden, wie Beschwerden im jeweiligen Heim vorgetragen und behandelt werden. Das heißt, dass die Pflegeleitung nach eigenen Angaben immer offen für Feedback ist beziehungsweise im Falle ihrer Abwesenheit für eine Vertretung sorgt.

„Ganz aktuell hat eine Bewohnerin sich beklagt, dass eine Nachtwache einen sehr ruppigen Ton hat. Und das finde ich absolutes Verletzen eines Menschenrechtes. Der Dame wurde gesagt, sie möge das Joghurt mit den Fingern essen, weil die Nachtschwester keine Zeit hätte, ihr einen Löffel zu geben. Diese Frau hat keine Abmahnung bekommen, aber eine Ermahnung über die Personalabteilung. Ich habe persönlich mit ihr gesprochen. Ich bin in der Nacht hergekommen, habe ihr erklärt, dass wir das in keinsten Weise wünschen und dass wir das von der Bewohnerin wissen. Und die Mitarbeiterin hat gesagt, das findet sie ganz verwunderlich, dass Bewohner solche Macht hätten. Da habe ich gesagt: ‚Ich finde das total gut, weil wenn es

die Bewohner nicht gäbe, hätten sie und ich überhaupt keinen Job hier.“

Heimleiterin, Heim 1

Diese Aussage deckt sich mit den Berichten der Bewohner_innen und ihrer Angehörigen: Wenn man sich für eine Beschwerde entschieden hat, werden Probleme umgehend den Pflegeleitungen oder der Heimverwaltung mitgeteilt; üblicherweise sind die Stationsleiter_innen die erste Anlaufstelle für Beschwerden. Wenn möglich, wird sofort nach Lösungen gesucht, in anderen Fällen werden Beschwerden aufgezeichnet und bei den regelmäßigen Teamsitzungen besprochen.

Tägliche Kurzinformationen und das Konzept der offenen Tür sind auch aus Sicht der Pflegekräfte die effektivsten Maßnahmen des Beschwerdemanagements. Die Leiter_innen weisen darauf hin, dass sie ihre Mitarbeiter_innen dazu ermutigen, so offen wie möglich über ihre Erfahrungen zu sprechen. Die Beschwerden von Bewohner_innen und Pflegekräften ernst zu nehmen hilft, Transparenz im Team zu schaffen und Frust zu vermeiden. Die befragten Pflegeleiter_innen ermutigen ihr Personal, insbesondere Frauen, über rüdes Verhalten, Gewalt oder sexuelle Nötigung, die sie seitens der Bewohner_innen erfahren, zu berichten.

Insgesamt haben sowohl die Bewohner_innen als auch die Pflegekräfte erklärt, dass die Strategie der „offenen Tür“ der für sie effektivste verfügbare Mechanismus des Beschwerdemanagements ist. Allerdings konnte nicht festgestellt werden, wie die Maßnahmen, mit denen die Leitung auf Beschwerden der Bewohner_innen reagiert, später bewertet wurden. Ob das Beschwerdemanagement nachhaltige Kontrollen oder nur punktuelle Maßnahmen nach sich zieht, scheint einzig von der Organisationsstruktur des jeweiligen Heims abzuhängen. Diese Mechanismen alleine scheinen kein Ersatz für eine niedrigschwellige und externe Beschwerdestelle zu sein, die sowohl Bewohner_innen als auch Pflegekräfte direkt und diskret kontaktieren können.

Heimfürsprecher_innen

Wie in Abschnitt 5.4.2 beschrieben, ist die Übertragung von Verantwortlichkeiten eines Heimfürsprechers beziehungsweise einer Heimfürspre-

cherin auf Ehrenamtliche eine Praxis, die von der aktuellen Gesetzgebung und von einzelnen politischen Entscheidungsträger_innen unterstützt und gefördert wird. Da keine Verbindung zur Heimleitung, dem Träger oder einem anderen externen Kontrollmechanismus besteht, ist die Arbeit von Heimfürsprecher_innen unabhängig. Eine Fürsprecherin berichtete, dass ihr auch „kleine“ Probleme mitgeteilt werden, die von den Betroffenen als zu trivial angesehen wurden, um sie der Heimverwaltung oder gar öffentlichen Mechanismen zu melden, die aber trotzdem die Lebensqualität in Heimen stark beeinträchtigen können. Dazu zählen etwa vermisste Wäschestücke und persönliche Gegenstände oder dass Bewohner_innen einfach geduzt oder allein gelassen wurden, warten mussten, bis sie abgeholt wurden oder altes Brot zum Frühstück aufgetischt bekamen.

Um ein erfolgreiches Beschwerdemanagement mit einem externen Heimfürsprecher beziehungsweise einer externen Heimfürsprecherin gewährleisten zu können, müssen zwei wichtige Voraussetzungen erfüllt sein: Heimfürsprecher_innen müssen zum einen zu grundlegenden Menschenrechten und ihren Prinzipien geschult werden und objektiv, empathisch und vertraulich mit Beschwerden und deren Vortragenden umgehen. Zum anderen muss die Position der Freiwilligen im System der Langzeitpflege gestärkt werden: Bislang haben ehrenamtliche Heimfürsprecher_innen kein gesetzliches Mandat, um in extremen Konfliktsituationen handeln zu können.

„Manchmal würde ich schon anders entscheiden. Aber das ist natürlich auch das Los der Ehrenamtlichen. Also wenn man so auftritt, dann wird gesagt, naja, du kommst ja nur einmal die Woche oder zweimal die Woche. Also man ist nicht drin so wie die anderen. Das wäre natürlich ein Argument, was auch zählt, aber manchmal denke ich auch, man hat von außen nicht immer, aber manchmal auch einen anderen Blick und es wird sich schon lohnen, nicht nur bei mir, auch bei den anderen Ehrenamtlichen vielleicht das eine oder andere sich zumindest mal in Ruhe

durch den Kopf gehen zu lassen. Nein, Entscheidungen treffen wir eigentlich gar nicht.“
Heimfürsprecherin

5.5.3 Fazit

Das unabhängige Beschwerdemanagement in der Langzeitpflege ist in Deutschland derzeit nur unzureichend organisiert, es ist nicht flächendeckend und transparent strukturiert. Die meisten Beschwerden werden ad hoc in den Heimen bearbeitet, was nur in Einrichtungen mit effektivem Beschwerdemanagement gut funktioniert. Aber auch in den besten Heimen hindert die Angst vor möglichen Sanktionen Bewohner_innen und ihre Angehörige daran, sich zu beklagen. Viele Beschwerden, auch die der Pflegekräfte, vor allem diejenigen, die Kleinigkeiten des täglichen Lebens betreffen, aber viel zum Wohlbefinden der Bewohner_innen beitragen könnten, werden nie vorgebracht, weil es für sie bisher noch keinen Raum gibt.

5.6 Das Recht auf palliative Pflege und die Rechte im Sterbeprozess

Pflege und auch Palliativpflege sind Bereiche, die sich im Recht auf Gesundheit wiederfinden und dort bezogen auf Ältere eine deutliche Ausdifferenzierung erfahren haben, durch den UN-Sozialpakt-Ausschuss und den UN-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit.⁶⁷ Dennoch sind die Diskussionen zu Palliativpflege im Bereich der Menschenrechte erst in jüngster Zeit vermehrt aufgekommen. Sehr eng verknüpft ist dieser Bereich mit dem Recht auf Selbstbestimmung, da es zwar ein Recht auf Leben gibt, aber nicht auf den Tod. Jeder Mensch kann selbstbestimmt auf seine Rechte verzichten, beispielsweise soll jede_r selbstbestimmt entscheiden, ob und wie lange lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden.

Die Qualität der palliativen Pflege ist bislang kaum reguliert: Der MDS prüft zwar die formale Existenz des palliativen Pflegekonzepts (97 Prozent der

67 UN- Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2000), Allgemeine Bemerkung zum Recht auf Gesundheit; UN-Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit Grover Anand (2011).

Heime hatten 2013 ein eigenes palliatives Pflegekonzept⁶⁸), aber er untersucht nicht den Inhalt der Konzepte oder die Zufriedenheit der Bewohner_innen, Pflegekräfte und Angehörigen mit der Umsetzung. In unseren Interviews kam die Rede immer wieder auf rechtliche Aspekte des Sterbens, die zum Teil schwere Konflikte auslösen, und auf Sterberituale.

5.6.1 Rechtliche Aspekte des Sterbens

Das Hauptinstrument zum Schutze des Willens des Individuums im Sterbeprozess und nach dem Tod ist die freiwillige Patientenverfügung. Nach § 1901a Abs. 1 BGB stellt die Patientenverfügung sicher, dass sich eine Person in einer kritischen Situation selbstbestimmt gegen eine medizinische Behandlung entscheiden kann. Die Patientenverfügung muss eine Einwilligungserklärung umfassen und dem medizinischen Personal überreicht werden.

Pflegeheime sind nicht dazu verpflichtet, Bewohner_innen über die Patientenverfügung aufzuklären – sich zu informieren und die Verfügung auszufüllen, liegt in der Verantwortung der Einzelnen. Unter den befragten Heimbewohner_innen selbst war kaum Wissen über die Patientenverfügung vorhanden. Das Thema wurde nur in Interviews mit dem Pflegepersonal und mit Angehörigen vertieft thematisiert. Einige der Befragten erwähnten, dass sie erst von der Patientenverfügung erfahren haben, als sie große Konflikte im Zusammenhang mit dem Tod anderer erlebt hatten. Die Kinder älterer Bewohner_innen verstanden es als ihre Aufgabe, sich über die Patientenverfügung zu informieren und – sofern möglich – mit ihren Eltern darüber zu sprechen. Die befragten Pflegekräfte und Pflegeverwaltungen legten großen Wert auf den Schutz der Selbstbestimmung ihrer Bewohner_innen auch im Sterbeprozess. Für sie war es wichtig, den Willen der Sterbenden zu akzeptieren und ihn zu verteidigen, beispielsweise wenn diese aufhören zu essen und zu trinken.

„Wir klären Angehörige auf, empfehlen einen bestimmten Film, und klären sie darüber auf, warum die Menschen nicht mehr trinken und essen, und warum wir das auch so unterstützen, dass sie das nicht tun.“

Heimleitung, Heim 1

Pflegekräfte haben allerdings in kritischen Situationen keine Entscheidungsgewalt. Liegt keine Patientenverfügung vor, dürfen nur Angehörige und Ärzte entscheiden. In unseren Interviews wurde uns mehrfach von erzwungenen Reanimierungen berichtet – weil Sterbende ihren Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen konnten, wurden Entscheidungen aus rein medizinischer Sicht getroffen. Die befragten Pflegekräfte fühlten sich in diesen Situationen hilflos und waren darüber frustriert, dass sie keinerlei Einfluss auf die Situationen hatten und die Interessen der Sterbenden nicht verteidigen konnten.

„Wenn Angehörige eine Vorsorgevollmacht haben, die jetzt die Gesundheitsorge betrifft, können die halt in Absprache mit dem Bewohner selber auch Dinge festlegen. Und da kann ich auch jedem nur raten, der keine PEG-Anlage⁶⁹ möchte, das wirklich auch vorher schriftlich festzulegen, weil ich auch da schon erlebt habe – das war auch für mich die Entscheidung damals, für mich persönlich eine Vorsorgevollmacht zu schreiben und eine Patientenverfügung –, eine Bewohnerin, die orientiert war, die uns auch immer klar gesagt hat: ‚So möchte ich nie enden. Das möchte ich nicht. Und wenn es dann so ist, dann möchte ich mein Zimmer nicht mehr verlassen!‘ Die hat einen Schlaganfall bekommen, ist ins Krankenhaus gekommen und hat dann erstmal eine Nasensonde gelegt bekommen, weil ihre Tochter sich so entschieden hat. Die hat sie sich im Krankenhaus drei Mal gezogen, kam dann hierhin, mit Fixierung der Hand, wo ich gesagt habe: ‚Die zeigt deutlich, dass sie das nicht möchte!‘ Aber es gab da halt drei Enkeltochter. Zwei haben gesagt: ‚Du kannst die Oma nicht

68 MDS (2014), S. 141.

69 Die perkutane (lateinisch für: durch die Haut) endoskopische (mittels Magen-Spiegelung) Gastrostomie (Öffnung zum Magen), kurz PEG, ist die Einlage einer Sonde durch die Haut der Bauchdecke in den Magen. Das Legen einer PEG ist bei Patienten indiziert, bei denen eine ausreichende orale Nährstoff- und Flüssigkeitsversorgung nicht dauerhaft gewährleistet werden kann.

sterben lassen!' Es gab da also einen Disput in der Familie. Daraufhin hat die Richterin leider zugunsten der beiden Enkel entschieden. Die Frau hat seitdem, wenn die Tochter kam, immer den Kopf weggedreht, weil sie es noch äußern konnte. Die konnte nur nicht mehr sprechen. Aber sie war schon vom Denken her noch in der Lage, ganz klar ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern, und das ist damals nicht geachtet worden. [...] Ich sage auch: Das kann man wirklich immer nur Bewohnern sagen, wenn sie einziehen, dass sie Dinge für sich klären, wenn sie das nicht wünschen.“

Pflegedienstleitung, Heim 1

5.6.2 Sterberituale

Bei der palliativen Pflege geht es nicht nur darum, das Recht der Sterbenden zu garantieren, sondern auch das Recht der Angehörigen und anderer Bewohner_innen auf soziale Inklusion und auf Privatsphäre zu sichern. Sterberituale spielen dabei eine wichtige Rolle. In den meisten der untersuchten Heimen gibt es eine Vielzahl von Sterberitualen, beispielsweise besondere Zeichen – ein Papierstern oder eine Kerze –, die vor dem Zimmer eines sterbenden Menschen befestigt werden. Das zeigt, dass nicht gestört werden sollte. Angehörige dürfen den Raum allerdings uneingeschränkt betreten, es sei denn, die Sterbenden geben etwas anderes vor. Auch die Art der Pflege ändert sich im Einklang mit den Bedürfnissen der Person:

„Wir haben ein sogenanntes Palliativkonzept, also wir hängen immer so einen Stern an die Türe, wenn der Mensch in der palliativen Phase ist, dass für alle irgendwie klar ist: Hier ist eine besondere Situation. Hier ist ein Mensch in seiner allerletzten Lebensphase. Wir arbeiten mit verschiedenen ätherischen Ölen, wenn wir wissen, dass das gut für jemanden ist. Wir haben hier eine Spezialistin in Aromatherapie, die mischt wunderbare Öle, wenn wir wissen, dass der Mensch nichts dagegen hat. Also wir haben einen palliativen Standard, wo es einfach darum geht, dass sich der Mensch in seiner letzten Lebensphase wohlfühlt.“

Heimleiterin in Heim 1

Andere Rituale betonen die Rolle der sterbenden Person in einer Gemeinschaft und im kollektiven Gedächtnis. Jedes der untersuchten Heime hat beispielsweise ein für alle zugängliches Gedenkbuch an gut sichtbaren Orten – in den Aufenthaltsräumen oder in den Speisezimmern. In Heim 1 werden außerdem kleine Steinchen oder Muscheln mit den eingravierten Namen der Verstorbenen an einem gut sichtbaren Ort aufgestellt. Religiöse Rituale werden auch angeboten, aber selbst die christlichen Heime zwingen ihren Bewohner_innen keine christlichen Rituale auf.

„Also, Fakt ist, dass wir da Kreuze ins Zimmer stellen, wenn es gewünscht ist, manche sagen, nein, überhaupt kein Kreuz, dann kriegen sie es natürlich nicht. Kerzen, Blumen, also, sodass es einfach schön gemacht ist.“

Heimleitung, Heim 3

5.6.3 Fazit

Die Selbstbestimmung des Einzelnen muss auch beim Sterben berücksichtigt werden. Unsere Befragung macht deutlich, dass es für Pflegekräfte schwierig ist, Bewohner_innen bei der Realisierung ihrer Wünsche zu unterstützen, wenn diese im Vorfeld keine Patientenverfügung hinterlegt haben. Deshalb ist es zum einen wichtig, Heimbewohner_innen und ihre Angehörigen besser über die Patientenverfügung zu informieren. Zum anderen sollten alternative Methoden der Willensaufzeichnung Sterbender entwickelt werden, damit diejenigen, die ein komplexes rechtliches Dokument wie die Patientenverfügung nicht mehr verstehen können, dennoch ihre eigenen Wünsche in einem formalen, protokollierten Gespräch zum Ausdruck bringen können.

Der Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben kann nicht ohne den Schutz des Rechts auf Privatheit verwirklicht werden. Das Einhalten von Sterberitualen kann nur ermöglicht werden, wenn die Bewohner_innen in Einzelzimmern wohnen oder es spezielle Sterbezimmer gibt. Ausnahmen dürfen nur auf der Grundlage des Willens der Bewohner_innen oder des klinischen Bildes gemacht werden.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die in den letzten zwei Jahrzehnten geschaffen wurden, haben zu einem Paradigmenwechsel in der Langzeitpflege beigetragen: Pflegepatient_innen werden heute nicht mehr als reine Fürsorgeobjekte betrachtet, sondern als unabhängige Individuen mit eigenen Rechten. Auch die (mensenrechtlichen) Anforderungen an die Qualität und Organisation in der Altenpflege haben sich deutlich erhöht: Die individuellen Bedürfnisse und die Selbstbestimmung der älteren Menschen werden groß geschrieben und – wie empirische Untersuchungen zeigen – auch größtenteils gewährt.

Menschenrechte sollten in der Pflege nicht nur unter dem Blickwinkel der Menschenrechtsverletzungen betrachtet, sondern ihre Verwirklichung im Heimalltag gefördert werden. Die Beachtung der Menschenrechte und ihrer Prinzipien in Pflegeheimen hat eine große präventive Ausstrahlung: Wenn die Rechte der Gepflegten und Pflegenden bereits bei der Planung und Organisation der Pflege berücksichtigt werden, wird Diskriminierung und der Verletzung von Menschenrechten vorgebeugt. Das trägt zum einen dazu bei, dass ältere Menschen in Pflege selbstbestimmt und gleichberechtigt am politischen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Zum anderen können auch die Rechte der Pflegekräfte bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden – was letztlich auch wieder den Heimbewohner_innen zugutekommt.

Um die Menschenrechte im Heimalltag umsetzen zu können, müssen sie allen Beteiligten bekannt sein. Laut unserer Stichprobe hat die Mehrheit der qualifizierten Pflegefachkräfte ein breit gefächertes Wissen über Menschenrechte auf Grundlage des Konzepts der Menschenwürde. Auf höchster Leitungsebene (Träger, Heimleitung, Pflegedienstleitung) umfasst dieses Verständnis auch die Verantwortung für die praktische Umsetzung von Menschenrechten vor Ort. Examierte Pflegekräf-

te haben ein weniger strukturelles Verständnis der Menschenrechte, sie betonen eher die Bedeutung der respektvollen persönlichen Kommunikation. Ergebnis unserer Analyse ist jedoch auch, dass sich die Pflegekräfte ihrer eigenen Menschenrechte kaum bewusst sind. Gleiches gilt auch für die Heimbewohner_innen.

Verwirklichung der Menschenrechte muss als Maßstab für die Beurteilung der Qualität von Langzeitpflege dienen.

Auch wenn die vorliegende Untersuchung nicht repräsentativ ist, weil die untersuchten Pflegeheime überdurchschnittlich gut geführt und an der Umsetzung der Menschenrechte interessiert waren, lassen sich aus ihr Empfehlungen ableiten, wie die Menschenrechte noch besser in der Altenpflege berücksichtigt werden können.

Einen klaren und verbindlichen Menschenrechtsrahmen implementieren

Um die Menschenrechte Älterer ausreichend fördern und schützen zu können, müssen sie in der Langzeitpflege fest verankert werden. Dies kann durch folgende Maßnahmen geschehen:

- 1 Rechtliche Vorgaben für die Pflege und die Entwicklung von Pflegeprogrammen für schutzbedürftige Gruppen müssen geschaffen werden, die den Paradigmenwechsel in der Altenpflege (weg vom Fürsorgeobjekt hin zum Rechtssubjekt) langfristig verankern.
- 2 Die Menschenrechte sollten in die Pflegeausbildung für alle Pflegekräfte integriert werden, nicht nur vereinzelt in Hochschul-Curricula, sondern auch für nicht examinierte Pflegekräfte.
- 3 Die Überprüfung der Pflegequalität durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen

(MDK) und die Heimaufsichten muss sich an Menschenrechten und menschenrechtlichen Prinzipien wie Nichtdiskriminierung und Partizipation orientieren.

- 4 Ein niedrigschwelliges System an Beschwerdemechanismen sollte geschaffen werden, damit Bewohner_innen, Angehörige, aber auch Pflegekräfte in Heimen mit schwächeren Organisationsstrukturen ihre Rechte durchsetzen können.
- 5 Bewohner_innen, ihre Angehörigen und Pflegekräfte müssen außerdem über ihre Rechte und Beschwerdemöglichkeiten informiert werden. Pflegestützpunkte könnten beispielsweise auch Beratungen zur Durchsetzung von Menschenrechten in der Langzeitpflege anbieten.

Pflegekräfte befähigen

Schlechte Arbeitsbedingungen im Pflegesektor, insbesondere geringe und uneinheitliche Löhne, Schichtarbeit, Teilzeitverträge, wechselnde Team-Konstellationen und ein unzureichender Personalschlüssel verletzen nicht nur die Rechte von Altenpflegekräften, sondern wirken sich auch negativ auf die Rechte der Bewohner_innen von Pflegeheimen aus, da sie Misshandlungen oder Vernachlässigungen begünstigen. Um dies zukünftig zu vermeiden, muss die Situation von Pflegekräften durch folgende Maßnahmen gestärkt werden:

- 6 Regionale und arbeitgeberspezifische Einkommensunterschiede müssen durch die Einführung von bundesweit einheitlichen Tariflöhnen überwunden werden.
- 7 Es müssen mehr Möglichkeiten für die Vollzeitbeschäftigung geschaffen werden; „erzwungene Teilzeit“ mit Schichtdiensten und Überstunden sollte vermieden werden.
- 8 Um den Personalschlüssel bei den Pflegekräften zu verbessern, ist nicht nur mehr Personal, sondern mehr gut ausgebildetes Personal erforderlich, das in der Lage ist, die Bedürfnisse der Bewohner_innen so effizient und respektvoll wie möglich zu erkennen. Eine generalistische Ausbildung in der Pflege kann ein wichti-

ger Schritt in diese Richtung sein; allerdings ist es wichtig, dass niedrigschwellige Pflegekräfte und Alltagsassistent_innen, die bislang kein Teil der Ausbildungsreform der Pflegekräfte sind, ebenso geschult werden.

Bewohner_innen der Langzeitpflege befähigen

Die gesetzlichen Grundlagen für einen Paradigmenwechsel hin zum Rechtssubjekt wurde durch die letzten Reformen des Pflegeversicherungsgesetzes angelegt. Nun gilt es, die Rechte auch den Bewohner_innen der Heime kundzutun, und Strukturen dahingehend zu verbessern, dass diese ihre Rechte einfordern können. Wie unsere Analyse gezeigt hat, sind viele Verbesserungen auch innerhalb der bestehenden Strukturen möglich, dennoch müssen die einzelnen Rechte, auf Gesundheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Mobilität, durch viele strukturelle wie individuelle Maßnahmen in der Pflegepraxis gestärkt werden. Insbesondere sollten Maßnahmen ergriffen werden, die eine wirkungsvolle Mitgestaltung durch die Bewohner_innen ermöglichen. Die präventive Wirkung von Menschenrechten könnte auch im Bereich der Gewalt zu Erfolgen führen.

- 9 Die barrierefreie Gestaltung von Heimen und eine anregende Umgebung tragen viel zur Mobilität und Selbstständigkeit der Bewohner_innen bei. Rehabilitation und technische Sturzprävention können die Mobilität ebenfalls verbessern und sollten weiter ausgebaut werden. Politiker_innen und Pflegedienstleister_innen müssen sicherstellen, dass wirtschaftliche, materielle und menschliche Ressourcen vorhanden sind, um diese Voraussetzung zu erfüllen. Die Abwägung zwischen dem Schutz der Person vor Verletzung und der Bewegungsfreiheit muss zugunsten der Freiheit vorgenommen werden. Segregation ist zu beenden.
- 10 Das Recht auf Privatheit darf nicht in einen Zwang zur Einsamkeit münden. Zwar verlangen die jüngsten gesetzlichen Vorgaben, dass Einbettzimmer in den meisten Pflegeheimen die Norm werden, um das Recht Älterer auf Privatheit zu erfüllen. Doch die rechtlichen Vorgaben müssen flexibel genug sein, um auf die Wünsche und Bedürfnisse Einzelner einzugehen, die alternative Unterbringungsar-

- ten, beispielsweise in Pflegeoasen, bevorzugen oder vielleicht sogar gesundheitlich und sozial davon profitieren.
- 11 Um ihr Recht auf Gesundheit in Anspruch nehmen zu können, benötigen Pflegeheimbewohner_innen eine altersgerechte ausreichende medizinische Versorgung durch Fachärzte. Dabei muss auch die Zahnversorgung mitberücksichtigt und in den Pflegealltag integriert werden.
- 12 Die Selbstvertretung der Heimbewohner_innen in Heimbeiräten muss über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um ihre Arbeit auszuführen und hierzu aufgabenorientierte Hilfen erhalten. Diese Art von Hilfe kann in verschiedenen Formen geleistet werden, beispielsweise durch Coachings, regelmäßige Informationsverbreitung oder moderierte Treffen der Heimbeiräte. Die Heimleitungen müssen den gewählten Personen klare und einfache Rückmeldung geben, wie ihre Arbeit in der Organisation des Pflegeheims aufgenommen und umgesetzt wird.
- 13 Aufgrund der veränderten Altersstruktur müssen sich die Heime neuen Herausforderungen im Bereich der Multimorbidität und Demenz stellen. Da die meisten Bewohner_innen ihre letzten Monate im Heim verbringen, ist eine gute Palliativversorgung in Pflegeheimen sehr wichtig. Informationen über die Patientenverfügung müssen besser verbreitet und den Bewohner_innen und ihren Angehörigen zugänglich gemacht werden. So könnte eine Beratung zur Patientenverfügung ein verpflichtender Schritt im Aufnahmeverfahren werden. Es müsste auch erneut über alternative Methoden der Dokumentation der Willensbekundung Älterer nachgedacht werden.

Literatur

Adam-Paffrath, Renate (2012): Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche

Beikirch, Elisabeth (2013): Entbürokratisierung der Pflege. Kommunikation von Entbürokratisierungsmaßnahmen im PNG und Überblick. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbueroekratisierung/130319_Kommunikation_Beikirch-PNG_kurz.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Bertelsmann Stiftung (2016): Eckpunkte für ein Reformkonzept zur Qualitätsprüfung und -berichterstattung in der Pflege. Gütersloh. http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Eckpunkte_Reformkonzept_Qualitaetsberichterstattung_Pflege_V2_VV_2016.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Bienstein, Christel / Scharlmann, Jörg (2015): Die Nacht in deutschen Pflegeheimen: Universität Witten / Herdecke. http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/forschung/Ergebnisbericht_Die_Nacht_in_deutschen_Pflegeheimen.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank: WSI in der Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegeberufe_2012.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

bsc: Pflege-Verfassungsbeschwerde (2014): Die Menschenrechte werden verletzt. In: VdK Zeitung 2014 (Februar). <http://www.vdk.de/deutschland/pages/presse/vdk-zeitung/66900/pflege-verfassungsbeschwerde-menschenrechte-werden-verletzt> (abgerufen am: 07.09.2016)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dheimbericht%2csprache%3dde%2crwb%3dtrue.pdf> (abgerufen am: 07.09.2016)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (abgerufen am: 07.09.2016)

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Das Infoportal für den öffentlichen Dienst (2015): Tarifvergleich: Alten- und Pflegehilfe – TVöD, Caritas, AVR, Diakonie. <http://www.oeffentlichen-dienst.de/news/113-altenhilfe/479-tarifvergleich-jahreseinkommen-in-der-pflege-und-altenhilfe.html> (abgerufen am: 07.09.2016)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (2012): DAK Gesundheitsreport 2012. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten Schwerpunktthema: Job, Gene, Lebensstil -Risiko fürs Herz? https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2012-1319292.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Emmer de Albuquerque Green, Caroline

(2016): Auf dem Weg zu menschenwürdiger Pflege in deutschen Pflegeeinrichtungen. Ansätze für eine lösungsorientierte Weiterentwicklung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auf Grundlage einer durch das forsainstitut durchgeführten Umfrage bei Heimleitung und Pflegekräften. Im Auftrag der Josef und Luise Kraft-Stiftung, München. http://www.kraft-stiftung.de/download/Kraft-Stiftung_ALL-RIGHT.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Fussek, Claus (2015): Pflegenotstand wird kollektiv verdrängt. In: Süddeutsche Zeitung, 20. 10. 2015. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/aussenansicht-allein-im-heim-1.2698990> (abgerufen am: 07.09.2016)

Graber-Dünow, Michael (2015): Pflegeheime am Pranger. Wie schaffen wir eine bessere Altenhilfe? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Hämel, Kerstin (2016): Making nursing homes more community-oriented. Insights from an exploratory study in Germany. In: Ageing and Society 36 (04), S. 673–693

Handelsblatt (2014): Pflegemindestlohn steigt schrittweise bis 2017, 05.09.2014. <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/lohnuntergrenze-pflegemindestlohn-steigt-schrittweise-bis-2017/10660666.html> (abgerufen am: 07.09.2016)

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

(2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hg. v. dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter in der Pflege. Berlin

Kimmel, Andrea / Brucker, Uwe / Schempp, Nadine (2012): Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-System. Ergebnisse des MILCEA-Projekts. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/Milcea_Broschuere_-deutsch-Internet.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Huber

Landesamt für Soziales und Versorgung Land Brandenburg

(2015): Tätigkeitsbericht. Aufsicht für unterstützende Wohnformen: 2013–2014. Unter Mitarbeit von Katja Augustin und Birgit Frahnaw. Cottbus: Landesamt für Soziales und Versorgung

Mahler, Claudia (2015): Menschenrechte in der Pflege. Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

(2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A. Abs.6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. http://www.mdk.de/media/pdf/MDS_Vierter__Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

(2012): 3. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A. Abs.6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitaetssicherung/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_04-2012.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

MILCEA (Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse) (2012): Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/Milcea_Broschuere_deutsch-Internet.pdf (abgerufen am 09.09.2016)

Mingot, Karl / Ritter, Joachim / Stiehr, Karin (2007): Forschungsprojekt „Evaluation der Heimmitwirkung“. Endbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Frankfurt-am-Main: Institut für Soziale Infrastruktur. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publicationen/evaluation-heimmitwirkung/pdf/gesamt.pdf> (abgerufen am: 07.09.2016)

Moritz, Susanne (2013): Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. (Schriften zum Sozialrecht; 29). Baden-Baden: Nomos

Müller, Herbert (2015): Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hannover: Schlütersche

Radzey, Beate (2008): Neue Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz: Hausgemeinschaften, Wohngruppen und Pflegeoasen. In: Stationäre Versorgung von Demenzkranken: Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. 6. aktualisierte Ausgabe. S. 87–95. Stuttgart: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Rutenkröger, Anja / Berner, Renate / Kuhn, Christina (2012): Evaluation „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“. Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth, Eislingen. http://www.demenz-support.de/Repository/Abschlussbericht%20Eislingen_Endfassung.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Saul, Ben / Kinley, David H. / Mowbray, Jacqueline (2014): The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Commentary, Art. 11, S. 861 ff. Oxford

Schmidt, Waldemar / Schopf, Christine (2005): Beschwerden in der Altenpflege. Eine Analyse ausgewählter Dokumente. Im Auftrag von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFJ). <https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bericht-beschwerden-in-der-altenhilfe,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (abgerufen am: 07.09.2016)

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Publicationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 07.09.2016)

Zentrum für Qualität in der Pflege (2015): Gewaltprävention in der Pflege. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). http://www.pflege-gewalt.de/broschuere.html?file=upload/pdfs/B_TR_Gewalt_11web_vf.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Rechtstexte

Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT). http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_en.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, 17. Dezember 2014 (erste Pflegestärkungsgesetz), BGBl. Teil 1, 2014, Nr. 61, vom 23. Dezember 2014 http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl114s2222.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27%5D__1472469876280 (abgerufen am: 07.09.2016)

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedom, Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) <http://www.coe.int/de/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/treaty/005> (abgerufen am: 07.09.2016)

European Social Charter, Europäische Sozialcharta (ESC) <http://www.coe.int/de/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/treaty/035> (abgerufen am: 07.09.2016)

Gesetz über das Wohnen mit Pflege und Betreuung des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz – Bbg-PBWoG) vom 8. Juli 2009 (GVBl.I / 09, [Nr. 13], S.298, <https://bravors.brandenburg.de/de/gesetze-212541> (abgerufen am: 07.09.2016)

Gesetz zur Strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) 28. Mai 2008, BGBl Teil 1, 2008,Nr. 20, vom 30. Mai 2008, http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl108s0874.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl108s0874.pdf%27%5D__1472469438752 (abgerufen am: 07.09.2016)

Gesetz zur Sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, SGB XI Pflegeversicherungsgesetz, BGBl. Teil 1, 1994, nr. 30, 28. Mai 1994, http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl194s1014.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl194s1014.pdf%27%5D__1473343030528

Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, (Pflegeneuausrichtungsgesetz), 23. Oktober 2012, BGBl. Teil 1, 2012,Nr. 51, 23. Oktober 2012 http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//%255B@attr_id=%27bgbl112s2246.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s2246.pdf%27%5D__1472469755864 (abgerufen am: 07.09.2016)

Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Rosa Kornfeld-Matte (2015): A / HRC / 30 / 43 13 August 2015. <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Reports.aspx>. (abgerufen am: 07.09.2016)

Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons, Interamerikanischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer

International Covenant on Civil and Political Rights, Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), UN-Zivilpakt http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICCPR/iccpr_en.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), UN-Sozialpakt http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_en.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_en.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CEDAW/cedaw_en.pdf (abgerufen am: 07.09.2016)

UN, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Concluding observations on the initial report of Germany, CRPD / C / DEU / CO / 1 vom 13. Mai 2015, Abs. 33

UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2011): Abschließende Bemerkungen: Deutschland, UN Doc E / C.12 / DEU / CO / 5, 12. Juli 2011, Abs. 27

UN-Menschenrechtsausschuss (2004): Abschließende Bemerkungen: Deutschland, UN Doc CCPR / CO / 80 / DEU Mai 2004, Abs. 17

UN-Menschenrechtsausschuss (2012): Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, UN Doc CCPR / C/DEU / CO / 6, vom 2012, Abs. 15

UN, Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2000): General Comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (art. 12), UN Doc. CESCR E / 1996 / 22 vom 11.08.2000. Deutsche Übersetzung in: Deutsches Institut für Menschenrechte (2005): Die General Comments zu den VN-Menschenrechtsverträgen. Baden-Baden: Nomos, S. 246 ff. Abs. 25

UN, Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit, Grover, Anand (2011): Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_en.pdf
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/143/61/PDF/G1114361.pdf?OpenElement>. (abgerufen am: 07.09.2016)

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, 21. Dezember 2015, BGBl. Teil 1, 2015, Nr. 54, 28. Dezember 2015. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F%255B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1472470262275 (abgerufen am: 07.09.2016)

Impressum

HERAUSGEBER:

Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27 | 10969 Berlin
Tel.: 030 259 359-0 | Fax: 030 259 359-59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

Analyse | September 2016
ISBN 978-3-945139-88-2 (Print)
ISBN 978-3-945139-89-9 (online)

Satz: Da-TeX, Leipzig
Foto: © matchka/pixelio.de
Druck: Druckteam, Berlin



© Deutsches Institut für Menschenrechte, 2016
Alle Rechte vorbehalten

**Deutsches Institut
für Menschenrechte**

Zimmerstraße 26/27
10969 Berlin

www.institut-fuer-menschenrechte.de