

„Gewalt gegen Alterspatienten“ oder: „Aktuelle Tendenzen“ in der Pflege seit 1975 !?

Anlass:

Sehr verehrte Damen und Herren,
sehr geehrte UserInnen der Webpräsenz des IQB!

Bei dem Thema „Gewalt gegen Alterspatienten“ nicht nur in stationären Alteneinrichtungen hat der Verfasser anderenorts stets betont, dass es nicht um die Stigmatisierung eines gesamten Berufsstandes geht und dass der Problembereich insgesamt der Aufarbeitung bedarf. Das Ziel muss in erster Linie darin bestehen, dass weder Richter noch Staatsanwälte – wie gelegentlich von einzelnen Personen gefordert – die „Herrschaft“ in einem professionellen Bereich übernehmen, zu denen Sie sich berufen fühlen.

Das Recht soll daher „Wegmarken“ skizzieren, um Ihnen weitestgehend die Chance zu eröffnen, Ihre anspruchsvolle Tätigkeit u.a. (auch) haftungsrechtlich einordnen zu können, ohne dass es zwingend erforderlich ist, ein sog. risk-management zu etablieren.

An dieser Webpräsenz des IQB können Sie unschwer entnehmen, dass der Verfasser – jedenfalls mit seinen Beiträgen – eher ein kritisches Verständnis von Pflege in ihrer Abgrenzung zur ärztlichen Diagnostik und Therapie entwickelt hat; dies gilt gerade auch mit Blick auf die in Teilen der pflegeskundlichen Rechtsliteratur vertretenen Positionen.

In Zeiten knapper ökonomischer Ressourcen steht zu befürchten an, dass das „Recht“ durch verschiedene Gruppierungen „dienstbar“ gemacht wird – ein Umstand, der in seinen Folgenwirkungen nicht zu unterschätzen ist. Das Haftungsrecht wird kurzerhand zum „ethischen Minimum“ erklärt und es fragt sich, wie einer solchen unheilvollen Tendenz zu begegnen ist.

In der Profession der Altenpflege zeichnet sich geraumer Zeit eine Tendenz ab, die maßgeblich durch ein neues resp. verändertes **Menschenbild in der Altenpflege** gekennzeichnet ist und zugleich der Versuch unternommen wird, das bisherige Versorgungssystem insgesamt zur Überprüfung bzw. Diskussion zu stellen.

Auch wenn der psychiatrischen Versorgung im engeren Sinne in den letzten 30 Jahren nach der Psychiatrie-Enquête 1975, des Expertengutachtens 1988 und der Psychiatrie-Personalverordnung 1990 beachtliche Erfolge beschieden waren, so verzeichnen wir gegenwärtig ein Bedrohungsszenario, dass zum erneuten Nachdenken anregt.

Dem wissenschaftlichen und therapeutischen notwendigen Fortschritt werden die „ökonomischen Grenzen“ aufgezeigt und der seit Jahrzehnten bestehende

Generationenvertrag wird seiner Geschäftsgrundlage „beraubt“ - oder anders formuliert: Der demographische Wandel in unserer Gesellschaft führt zum Wegfall der Geschäftsgrundlage des Generationenvertrages und es ist **höchste Eile** geboten, Korrekturen anzubringen.

Die notwendigen Korrekturen am Generationenvertrag setzen freilich eine breite Diskussion in unserer Gesellschaft voraus und es verwundert nicht, dass die geforderten Reformen und damit gleichsam der Umbau unseres (Sozial)Staates in der aktuellen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Diskussion einen breiten Raum in nahezu allen Wissenschaftsdisziplinen entnimmt.

Symptomatisch ist in diesem Zusammenhang, dass eine fachlich gebotene Diskussion offensichtlich nicht um philosophische, ethische und moralische Bezugspunkte auszukommen scheint, so dass innerhalb der unterschiedlichen Wissenschaftszweige „Fundamentalpositionen“ aufeinander prallen, die keinen Konsensus mehr erwarten lassen. Die Diskussion wird freilich dadurch erschwert, in dem sich zugleich auch innerhalb der Wissenschaften unverrückbar philosophische Grundpositionen gegenüber stehen, die ab und an zur Harmonisierung neigen, gleichwohl sich aber mit letzter Konsequenz nicht zu einem Paradigmenwechsel durchringen können.

Dies mag legitim, wenn nicht gar um der Vielfalt der grundphilosophischen Positionen geboten sein, wenngleich diesseits in der aktuellen Diskussion eher die Zementierung des status quo aus 1975 befürchtet wird. Es ist nicht erklärbar, weshalb gegenwärtig mit Macht eine Diskussion um die Versorgungsstrukturen entfacht wird, die letztlich seit mehr als 30 Jahren kontinuierlich hätte geführt werden müssen.

In diesem Zusammenhang kann nicht ernsthaft behauptet werden, dass erst mit der Etablierung der pflegewissenschaftlichen Studiengänge das Problem der Versorgung psychisch Kranker und speziell der gerontopsychiatrisch veränderten Bewohner in stationären Alteinrichtungen virulent geworden ist.

Beredtes Beispiel hierfür war die Initiative der Forschungsarbeitsgemeinschaft "Menschen in Heimen" an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und dem Ruf nach der Einsetzung einer Kommission „Enquete für Heime“¹ – eine Initiative, der keinen Erfolg beschieden war.

Das Engagement war zu begrüßen, wenngleich die „Grundsatzklärung“ von einigen Prämissen ausgeht, die durchaus kritisch zu reflektieren sind. Dies gilt vornehmlich im Hinblick auf die plakative Verweisung auf die Grundrechtspositionen der einzelnen Akteure und dem Postulat nach einem Paradigmenwechsel bei den Versorgungsstrukturen, wonach das „Heim“ als Versorgungstyp den „Ansprüchen der Individualisierung und der expandierenden Persönlichkeitsrechte der post- oder spätmodernen Menschen des 21. Jahrhunderts nicht mehr gerecht werden (kann)“.

¹ Vgl. hierzu das Anschreiben nebst Begründung an den Bund unter <http://www.dbfk.de/nw/aktuell/download/Enquete%20der%20Heime.PDF>

Die Begründung der Initiatoren für die Einsetzung einer entsprechenden Kommission liest sich bei näherer Betrachtungsweise wie eine **Insolvenzerklärung aller ersten Ranges mit Blick auf die Professionalisierungsbemühungen der Altenpflege**:

„Um sich den Bedingungen der Institution anzupassen, entwickeln Heimbewohner oft passive Verhaltensweisen. Aufgrund des besonderen Abhängigkeits- und Gewaltverhältnisses zu den Mitarbeitern leben sie in der Angst, daß Kritik zu persönlichen Nachteilen führen könnte, was noch mehr für Angehörige gilt. Insbesondere gilt dies für die 60 bis 90% psychisch kranken Menschen in Alten- und Pflegeheimen, die eine individuelle Unterstützung benötigten, jedoch in der Regel nicht erhalten. Ihre unzureichende psychiatrische Versorgung wurde bereits in der Psychiatrie-Enquête (1975) und in den sogenannten „Empfehlungen“ besonders hervorgehoben. Trotz dieser schon lange vorhandenen Erkenntnisse ist es bis heute in stationären Einrichtungen weitgehend nicht gelungen, verwirrte und desorientierte alte Menschen angemessen zu integrieren.“

Wäre es nicht die Aufgabe der Pflege in den letzten Jahren gewesen, diese Ängste abzubauen und einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung auch der institutionellen Strukturen zu leisten? Woran scheiterten die Reformbestrebungen der Pflege, die sich auf einem guten Weg befand? Warum verspürt der mögliche „Klient“ bzw. „Kunde“ die Angst, dass Kritik zu persönlichen Nachteilen führt?² Wenn es trotz der „schon lange vorhandenen Erkenntnisse“ bis dato nicht gelungen ist, verwirrte und desorientierte Menschen in den stationären Einrichtungen zu integrieren, fragt sich der interessierte Laie, warum nicht?

Oder ist der emanzipatorische Anspruch der Pflge-theoretiker mit dem ehernen Ziel nach einer „ganzheitlichen Pflege“ nur ein Lippenbekenntnis gewesen, um gewissermaßen von dem gewünschten Aufstieg in der Professionalisierungsskala abzulenken, ohne ihre Philosophie mit den alterssoziologischen Bezügen jemals gelebt zu haben?

Um der Bedeutung der diesseitigen Kritik willen mögen zunächst weitere Passagen aus der „Grundsatzklärung“ zitiert werden:

„Die Institution "Heim" ist als Versorgungstyp eine Innovation vor allem des 19. Jahrhunderts, als die Bürger unter den Gegebenheiten der beginnenden Moderne ihre "Sorge für Andere" zunehmend auf die abstrakteren

² Hier wäre es im Übrigen von Interesse, zu erfahren, wer die 80% der Pflegebedürftigen sind, die sich gegenwärtig ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen können. Sind es potentielle Bewohner oder handelt es sich bei den Befragten um Bewohner, die in stationären Einrichtungen betreut werden.

Geldleistungen umstellten. Das "Heim" kann jedoch den Ansprüchen der Individualisierung und der expandierenden Persönlichkeitsrechte der post- oder spätmodernen Menschen des 21. Jahrhunderts nicht mehr gerecht werden. Daraus ergibt sich eine Doppelaufgabe: Zum einen müssen schon jetzt real existierende Mißstände pragmatisch angegangen werden. Ebenso gilt es, ambulante kommunale Hilfsstrukturen weiterzuentwickeln und auf eine breite Basis zu stellen, um den notwendigen Halt in die Lebenswelt der Menschen zu holen. Der Gesellschaftsvertrag zwischen Menschen mit mehr und Menschen mit weniger Sorgebedarf ist auf eine neue, zeitgemäße Basis zu stellen“.

„Seit Mitte der 70er Jahre finden in allen Bereichen der Versorgung hilfebedürftiger Menschen in Heimen fortlaufend gesetzliche und strukturelle Veränderungen statt, die zu Verbesserungen führen sollen: Sie sollen das Selbstbestimmungsrecht der Menschen stärken, ihre Leistungsansprüche genauer definieren und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben garantieren. Aber trotz aller Versuche der rechtlichen Absicherung und der Qualitätssicherung kommt - selbst bei optimaler Personalausstattung der Versorgung - eher das Gegenteil heraus. Denn im gesellschaftlichen Prozeß der zunehmenden Individualisierung der heutigen Menschen wächst der Anspruchsbereich ihrer Persönlichkeitsrechte schneller, als es noch so viele nachrüstende Heimgesetze kontrollierbar machen. Die bestehenden Gesetze sind zudem immer weniger mit den unveränderlichen Bedingungen des Institutionstyps "Heim" zu vereinbaren. In extremen Abhängigkeitsverhältnissen (nicht nur von Menschen sondern auch von Institutionen), die keine Alternative zulassen, sind individuelle Gestaltungsmöglichkeiten nicht gegeben. Sie erzwingen vielmehr Anpassungen, durch die individuelle Rechte in Heimen potentiell in Gefahr sind“.

„Eine Unterbringung in der Institution Heim ist nicht - wie in einem Krankenhaus oder Gefängnis - zeitlich befristet, sondern tendiert auf ein lebenslängliches "open end" und beeinträchtigt die biographische Zukunftsfähigkeit. Sie vereinigt oft alle Bedürfnisse unter einem Dach, beschneidet die anthropologische Weltoffenheit des Menschen; sie erfaßt einen Menschen nicht nur hinsichtlich einer spezifischen Behinderung, sondern total; sie sortiert Menschen nach bestimmten Defizit-Merkmalen, was die Chronifizierung fördert und das Leben nach dem Grundsatz "es ist normal, verschieden zu sein" (R. v. Weizsäcker) verunmöglicht. Solche Gegebenheiten engen aber nicht nur die Bewohner, sondern auch das Menschenbild der Heimmitarbeiter objektiv ein, ob sie wollen oder nicht, was man ihnen deshalb auch nicht vorwerfen kann. Empirisch weisen etwa Schneekloth und Müller nach, daß Heimbewohner zu 60% ausschließlich auf Kontakte innerhalb der Institution angewiesen sind“.

Die derzeitige, gelegentlich als defizitär beschriebene Situation in der stationären Altenpflege ist denn auch nicht sonderlich verwunderlich, da mit den ehemals berechtigten emanzipatorischen Bestrebungen der Altenpflege in bewusster Konkurrenz zu ihrem Schwesterberuf der Krankenpflege die Pflge-theoretiker nicht bedacht haben, dass in Anbetracht der „Ökonomisierung des Rechts auf Gesundheit“ kein nachhaltiges Interesse der politisch Verantwortlichen besteht, in die „unternehmerische Freiheit“ der stationären Alteneinrichtungen einzugreifen. Der Preis für die privaten stationären Einrichtungen ist denn auch hoch, zumal wenn diese nicht (mehr) staatlicherseits alimentiert werden.

Hiergegen Klage führen zu wollen, erscheint wenig Erfolg versprechend:

„Wenn im Rahmen der Vermarkt-wirtschaftlichung des Sozialen jeder Unternehmer bei Nachweis der gesetzlichen Voraussetzungen die Genehmigung zum Betreiben eines Heims erhalten muß, wird er danach streben, möglichst viele Heimplätze zu belegen. Solange eine hinreichend professionelle Prüfung der Indikation zur Heimaufnahme ebenso wenig stattfindet wie eine hinreichend professionelle Prüfung der Heimarbeit (wie lange nämlich jemand überhaupt in einem Heim leben muß), wird die Zahl der Heimplätze weiter wachsen. Dann hat eine Gesellschaft entweder zu viel Geld fürs Soziale oder der Gesetzgeber hat es zu erzwingen, daß der Heimbetrieb nicht weiter auf Kosten der ambulanten Dienste expandiert. Er hat zu erzwingen, daß das Heimsystem - als zentrales Versorgungsangebot - nicht immer weiter wächst, sondern sich - als Teil des Sozialsystems - möglichst weitgehend zu verüberflüssigen hat, wobei im sozialen Bereich andere wirtschaftliche Kriterien als im privat-gewerblichen Bereich zu gelten haben“.

Der Gesetzgeber soll also (unmittelbaren) Zwang ausüben, um so den offensichtlich zu beklagenden Wildwuchs der stationären Alteneinrichtungen mit ihren materiellen Zielen zugunsten eines ambulanten Versorgungsangebots auf kommunaler Ebene eindämmen zu können.

© 2005

Diese wenigen zitierten Passagen dokumentieren im Kern die „**Kapitulation**“ der Pflege vor dem ohne Frage tief greifenden Wandel in unserer Gesellschaft und es werden in scheinbar höchster Not grundrechtliche Fundamentalpositionen zur Disposition gestellt, mehr noch: Der Gesetzgeber muss Zwang ausüben, obwohl dieser gerade mit der Einführung der Pflegeversicherung die stationären Alteneinrichtungen weitestgehend in die „Privatheit“ entlassen hat, um den gesunden Wettbewerb der Institutionen untereinander fördern zu können.

Zuzugeben ist, dass in der Tat dringender Handlungsbedarf geboten ist und die damit verbundenen zentralen Fragen einer breiten öffentlichen Diskussion bedürfen; ob dieses berechnete Anliegen allerdings im Vorfeld eine „grundsätzliche Weichenstellung“ bedingt, die ggf. tragende verfassungsrechtliche Fundamentalpositionen zur Disposition stellt, mag hier zunächst bezweifelt werden und kann sich als ein Damoklesschwert für den „Sozialstaat“ erweisen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass gegenwärtig im Rahmen des „Runden Tische Pflege“ eine „Charta der Rechte- und pflegebedürftiger Menschen“ erarbeitet wird; eine Initiative, die im Herbst 2003 von den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und für Gesundheit und Soziale Sicherung einberufen worden ist und es wird damit gerechnet, dass der Entstehungsprozess der Charta mit hoher Wahrscheinlichkeit in diesem Jahr abgeschlossen sein wird³. Das zentrale Ziel der Charta besteht nach den Verlautbarung der relevanten Akteure des Runden Tische Pflege darin, die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, indem eine Reihe existierender Rechte, etwa aus dem Grundgesetz oder aus den Sozialgesetzbüchern, in verständlicher Weise zusammenfasst und konkretisiert werden, ohne allerdings den Anspruch zu verfolgen, mit der Charta neue Rechte zu schaffen.

Folgende Artikel sind aktuell vorgesehen:

Artikel 1

Menschenwürde und Selbstbestimmung:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch, auch der rechtlich Betreute, hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2.

Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3

Pflege, Betreuung und Behandlung:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, dass ihm die Pflege, Betreuung und Behandlung zukommt, die seinem Bedarf entspricht und seine Fähigkeiten fördert.

Artikel 4

Privatheit:

³ Zum Stand der Charta vgl. informationsdienst altersfragen, Heft 02, März/April 2005, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen: D. Sulmann/. C. Tesch-Römer, Schritte zu einer „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“, S. 2 ff., vgl. unter <http://www.dza.de/infodienst/aktuelle.pdf>

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 5

Information, Beratung und Schulung:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, umfassend über Möglichkeiten von Hilfe und Pflegeangeboten beraten zu werden.

Artikel 6

Kommunikation, persönliche Zuwendung und Teilhabe an der Gesellschaft:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7

Religion, Kultur und Weltanschauung:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8

Palliative Begleitung, Sterben und Tod:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Die Frage, ob die Charta „überflüssig“ und „unwirksam“ ist, wie manche Kritiker behaupten, soll hier zunächst ausgespart bleiben. Vielmehr ist zunächst hervorzuheben, dass die Akteure des „Rundes Tische Pflege“ zu Recht darauf hinweisen, dass es eine offene Frage ist, ob im weiteren Prozess des gesellschaftlichen Diskurses die Breite der Artikel erweitert oder eingeschränkt werden und **ob** und **wie** eine solche Charta mit einem Grad an Verbindlichkeit ausgestattet werden **kann** oder **soll**.

Freilich wird auch die Frage zu diskutieren sein, ob es in Anbetracht an den Grundrechtskatalog und weiterer fundamentaler Verfassungsprinzipien es sinnvoll erscheint, Partikularinteressen einer für besonders schützenswert zu erachtenden Bevölkerungsgruppe in einem gesonderten Regelwerk zu erfassen, weil hierdurch Begehrlichkeiten anderen Interessengruppen geweckt werden können, die ebenfalls den besonderen Schutz des Staates für sich reklamieren.

Wären diese Grundfragen einer Charta in einem intraprofessionellen Rahmen der gesundheitspflegerischen Berufe zu beantworten, dürfte dies eher unspektakulär sein.

Es wird der berechnete Versuch der Profession unternommen, dass ethisch und moralisch verpflichtende Leitbild von der Vision einer „ganzheitlichen Pflege“ einen normativen Bedeutungsinhalt beizumessen, der sowohl die beteiligten Akteure als auch unter Umständen die Gesetzgebung dazu anhält, in einem ausreichendem Maße auf die Rechte des hochaltrigen Bürgers, zumal als ein betreuter Bewohner, zu achten und ggf. Kurskorrekturen nicht nur anzunehmen, sondern auch bei Versagen der Praxis als verbindlich festzuschreiben.

Im Gegensatz zu den Initiatoren der „Enquete für Heime“ wird – soweit erkennbar – nicht davon ausgegangen, dass zuvor noch „eine grundsätzliche Weichenstellung geboten ist“, die darin münden dürfte, den vermeintlich unüberbrückbaren Antagonismus zwischen Bewohnerinteressen einerseits und trägerspezifischen Interessen andererseits dadurch zu lösen, in dem kurzerhand der Staat als Gesetzgeber zum „Handeln“ aufgerufen und dadurch eines der grundlegenden Strukturprinzipien unserer Verfassung, namentlich die prinzipiell freiheitlich gewährleistete Wirtschaftsverfassung, mag diese auch expressis verbis nicht im Grundgesetz in einer konkreten Norm festgelegt sein, zur Disposition gestellt wird.

In diesem Zusammenhang stehend ist anzumerken, dass allgemeiner Konsens darüber bestehen dürfte, dass das Grundgesetz keine unmittelbare Festlegung und Gewährleistung einer bestimmten Wirtschaftsordnung oder konkrete verfassungsrechtliche Gestaltungsprinzipien enthält. Vielmehr obliegt es dem Gesetzgeber, innerhalb der auch ihm gezogenen Grenzen das Wirtschaftsleben im Zweifel zu ordnen, wobei diesem eine weitgehende Gestaltungsfreiheit zukommt, die zugleich ihren inneren Grund und Grenze an den Staatszielbestimmungen des Grundgesetzes und primär an der Grundrechtsbindung findet.

Unbestritten kommt freilich dem Staat auch die Rolle der „Gefahrenabwehr“ zu, wonach er dann zu Eingriffen in die Freiheitsrechte (auch des unternehmerisch tätigen stationären Altenhilfeträgers) berechtigt – ja sogar verpflichtet – ist, wenn und soweit hierzu ein nachhaltiges Bedürfnis besteht.

Die These der Initiatoren der „Enquete für Heime“, wonach grundsätzlich ein Widerspruch zwischen Träger- und Bewohnerinteressen bestehe und die Träger im Konfliktfall der Sorge für das Wohl der Institution Priorität einräumen müssen, ist für sich genommen gewagt – sie bekommt aber ihre entscheidende Bedeutung durch den Hinweis, dass „die vom Gesetzgeber geforderte Beachtung der Persönlichkeitsrechte von Heimbewohnern und die Ökonomisierung des Hilfs- und Pflegemarktes (sich) ausschließen“⁴.

Sollte diese These zutreffend sein, dürfte unbestreitbar höchste Eile für den Gesetzgeber bestehen, nicht nur drohende, sondern auch bereits manifestierte

⁴ Grundsatzpapier, aaO., S. 4

Gefahren im stationären Altenpflegebereich sachgerecht zu begegnen, in dem wirtschaftspolitisch der von den Initiatoren vorgezeichnete Weg in ein ambulanz-kommunales Sorge-System umgesetzt wird.

Die Konsequenzen liegen auf der Hand: Die stationären Alteneinrichtungen werden ihrer unternehmerischen Freiheit „beraubt“, da sie entgegen allen ethischen und moralischen Bekenntnissen hinaus ihrer Institution die Priorität einräumen und dadurch die „Summen aller individuellen Interessen der Bewohner“ nicht gerecht werden können.

Bei allem gebührenden Respekt vor den Initiatoren der „Enquete für Heime“ und ihrem aufrichtigen und hier nicht zur Diskussion gestellten Engagement für die Stellung der nicht nur Heimbewohner sondern auch der hochaltrigen Bürger in unserer Gesellschaft und in den Institutionen lockt dieses Begründungsmuster zum nachhaltigen Widerspruch auf:

Jedweder Versuch, eine Wirtschaftsordnung - sei es auch nur ein partieller Ausschnitt hiervon - auf der Basis ethisch überlegener, durch entsprechende Erziehung herbeizuführender Handlungsmotive im Sinne eines sozialistischen Bewusstsein aufzubauen, sind bekanntlich gescheitert⁵.

Ohne hier das Wort von der sozialen Marktwirtschaft bemühen zu wollen, ist und bleibt die freie Wettbewerbsordnung und ihre Organisation oberstes und damit zugleich auch politisches Ordnungsprinzip, dass über die ökonomischen Funktionen hinaus ganz maßgeblich durch sozialphilosophisch-ethische, religionspezifische und soziologischen Dimensionen determiniert ist.

Einerseits lebt der „freie Wettbewerb“ vom Selbstinteresse und Eigennutzstreben der konkurrierenden Altenhilfeträger und andererseits führt der freie und faire Wettbewerb der Leistungsanbieter gerade bei den sozialen Dienstleistungen aufgrund der interessierten Öffentlichkeit zu einer Selbstdisziplinierung und Grenzwertbestimmung ihrer ökonomischen Interessen, die dann im Rekurs auf die Freiheitsrechte der Bewohner von den potentiellen „Kunden“ ihren Grenzen finden.

Maximales Gewinnstreben oder die ungehemmte Aufnahme von einer beliebigen Anzahl von Bewohnern steht eben nicht zu befürchten an, weil einerseits der Institution schon rein organisationsrechtlich mit den durchaus strikten Vorgaben auf einfachgesetzlicher Ebene Grenzen aufgezeigt werden und andererseits die Diskussion in der Öffentlichkeit um den Tatbestand der „gefährlichen Pflege“ das Innenleben der Institutionen zunehmend transparenter gemacht hat.

Insoweit kann davon ausgegangen werden, dass die engagierte Öffentlichkeit eine Kontroll- und damit inzident eine Steuerungsfunktion übernommen hat, die unmittelbar in der Profession zum intensiven Nachdenken anregt.

⁵ So deutlich Niessen, Soziale Marktwirtschaft und Sozialstaat, Überarbeitete Fassung eines Vortrages an der Technischen Universität Cottbus am 28.06.95, Köln, im August 1995, S. 3

Bedauerlich und eigentlich in der Gänze nicht nachvollziehbar ist, dass gegenwärtig sich die junge „Pflegerwissenschaft“ aufschwingt, ein Bedrohungsszenario zu skizzieren, dass den zwischenzeitlichen Erfolgen der Altenpflege nicht gerecht wird.

Ein Blick in die „Vergangenheit“ zeigt denn auch, dass profunden Kenner stets versucht haben, Kurskorrekturen bei den Versorgungsstrukturen anzubringen.

Nicht selten wurden nach dem Selbstbekenntnis der Autoren diese in der „Öffentlichkeit angeprangert“ und der Verfasser dieser Zeilen möchte denn auch an (kritische) Stimmen aus vergangenen Tagen mit einigen Zitaten erinnern.

„Wer alte Menschen erlebt hat, deren Persönlichkeit bei nicht zu verantwortender Dauergabe von Psychopharmaka hinter der `chemischen Zwangsjacke` verschwand, der fragt sich immer wieder, wo das Verantwortungsbewusstsein derer geblieben ist, die mit solchen Dauerrezepturen alte Menschen bis zur Intoxikation und eventuell bis zum Tod chemisch misshandeln“.

Prof. Dr. H.-J. Wagner, 1999

>>> zum Originalaufsatz in Dt. Ärzteblatt, 1999, A-3032-3034 (Heft) 47

„Verwunderung löst beim geriatrisch-gerontopsychiatrisch tätigen Arzt die Neigung vieler Kollegen aus, ihre Alterspatienten mit zu hohen Dosen von Medikamenten zu behandeln. Diese fehlerhafte Behandlungspraxis ist häufig mit einer gleichzeitigen Verordnung mehrere Pharmaka mit unterschiedlichem Wirkungsspektrum verknüpft. Unzureichende Kenntnisse bestehen hinsichtlich der Pharmakodynamik und –kinetik.“

Prof. Dr. Klaus Oesterreich, in Gerontopsychiatrie – Forschung, Lehre, Praxis, Perspektiven, 1993 (S. 89)

„Seit der Veröffentlichung der Enquête zur Lage der Psychiatrie 1975 steht die Frage der ambulanten Versorgung psychisch kranker alter Menschen auf der sozialpolitischen und fachlichen Tagesordnung. Der allgemeine Tenor der politischen und fachlichen Beiträge lautet: der intramuralen Versorgung durch Krankenhäuser und Heime sei aus humanitären, finanziellen und qualitativen Gründen die ambulante häusliche Versorgung vorzuziehen.“

Prof. Dr. Werner Korte, Die mühselige Professionalisierung – Sozialarbeit und Pflege in der ambulanten Gerontopsychiatrie – Ein Forschungsbericht, 1987 (S. 3)

Hierbei wird der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass aufgrund dieser Zitate sich der eine oder andere sich zu einem vertiefenden Quellenstudium entscheidet. Dem Interessierten dürfte dann nicht verborgen bleiben, dass die gegenwärtigen Probleme auch diejenigen der Vergangenheit waren.

Querverweise auf dieser Webpräsenz

Alzheimer-Demenz

Demenzkranke und ihr Recht auf Diagnostik und Therapie [>>> mehr dazu](#)

Gewalt in der Pflege

ein drängendes gesellschaftliches Problem [>>> mehr dazu](#)

Vorankündigung:

Demnächst erscheint hier ein Beitrag unter dem Titel:

Der Paternalismus in der Pflege im Spiegelbild des Grundgesetzes

- Grund und Grenzen der Individualgrundrechte des Alterspatienten im Privatrecht

IQB 2005

Für Anregungen und Kritik ist Ihnen der Verfasser verbunden:

unter Email >>> webmaster@iqb-info.de

Zurück zur Webpräsenz des IQB

www.iqb-info.de

© 2005