

Gesundheitssystem: Fass ohne Boden

Statt Rationierung von Behandlungsleistungen wäre Reduzierung des Behandlungsbedarfs erstrebenswert.

In seiner heutigen Form gleicht unser Gesundheitssystem einem Fass ohne Boden: Je mehr oben hineingeschüttet, desto größer der Bedarf. In keinem anderen Bereich gibt es so viel Wachstum: Die Anzahl chronisch Kranker wächst, der Umsatz an Medikamenten und Medizinprodukten wächst, die Anzahl an Pflegeheimen wächst, die Anzahl benötigter Ärzte und Pflegekräfte wächst, die Anzahl an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wächst, die Anzahl an Gesetzen und Paragrafen wächst, die Anzahl an Fachexperten, Fachpublikationen und wissenschaftlichen Studien wächst; und nicht zuletzt sind es die Gesundheitskosten bzw. Krankheitslasten, die wachsen - weshalb 'Gesundheitsreformen' in immer kürzeren Abständen notwendig werden.

Warum ist das so?

1. Weil nicht an den Ursachen, sondern nur an den Symptomen angesetzt wird.

Würden Medizin und Pflege an den krankmachenden Lebens- und Ernährungsgewohnheiten ansetzen, könnten chronische Krankheitsverläufe und Pflegeabhängigkeiten in den meisten Fällen verhindert oder sogar geheilt werden.

2. Weil Gesundheitsleistungen nicht ins Verhältnis zum Ergebnis gesetzt werden.

Würden solche Leistungen gefördert und honoriert, die mit einem vergleichsweise geringen Risiko und Aufwand durchschnittlich die besseren Ergebnisse hervorbringen, könnte unser Gesundheitssystem ohne weitere Reformen gesunden. Und den Kranken blieben unnötige, riskante Eingriffe oder schädliche Medikamentenwirkungen erspart.

3. Weil es schwierig ist, etablierte Standards zu verändern.

Da naturgemäß jeder zunächst einmal an dem festhalten will, was er besitzt, kennt und bislang gemacht hat, stoßen Umstrukturierungsvorhaben zwangsläufig auf Widerstand. Diejenigen, die davon am stärksten betroffen sind, reagieren entsprechend heftig. Dies ist der Hauptgrund, weshalb wichtige politische Reformen oft schon im Keim erstickt oder solange zurechtgebogen werden, bis der Reformeffekt weg ist.

Was hindert Ärzte und Pflegekräfte daran, an den Ursachen anzusetzen?

Diese Frage setzt natürlich voraus, dass die Krankheitsursache bekannt ist. Speziell sollen hier typische Zivilisationskrankheiten herausgestellt werden, da diese inzwischen seuchenhafte Formen angenommen haben und zu der besorgniserregenden Entwicklung im Gesundheitswesen führen. Obwohl jeder Arzt beispielsweise um den Zusammenhang von Fehlernährung und Stoffwechselerkrankungen weiß, findet man nur ganz wenige, die sich um Kausaltherapie bemühen. Die überwiegende Mehrzahl belässt es bei der Behandlung der Symptome und scheut sich, dem Kranken ernsthaft ins Gewissen zu reden.

Im Fokus der modernen Medizin steht nicht der kranke Mensch in seinem Umfeld, sondern einzelne Krankheitszeichen, wie Bluthochdruck, EKG-Befunde, pathologische Blutwerte, die gereizte Magenschleimhaut und dergleichen mehr. Rund 90% der Kassenleistungen betreffen medizinische Maßnahmen zur Lokalisation und Behandlung körperlicher Symptome, einschließlich der Krankenhausbehandlungen. Medizinisches Kausalitätsverständnis reicht über die Körperebene kaum noch hinaus. Das hängt in erster Linie mit der naturwissenschaftlichen Ausrichtung von Forschung und Lehre zusammen, die den Menschen als aus der Biomasse entstandenes und von dieser gesteuertes Wesen definiert, in der die Vorstellung einer eigenständigen, nicht an Materie gebundenen Existenz des Geistes fehlt, mithin auch der Glaube an ein Weiterleben der Person (geistigen Eigenschaften und Strukturen) nach dem Tod. Laut vorherrschender Lehre wird der Mensch als Körperwesen mit bestimmten geistigen Fähigkeiten verstanden, dessen Existenz mit dem leiblichen Tod erlischt. Neben dieser Lebensauffassung wird die gesellschaftliche wie ärztliche Haltung von bestimmten liberalen Grundsätzen geleitet. So ist es dem Einzelnen erlaubt, seine Bedürfnisse weitgehend auszuleben, genauer gesagt bis zu dem Punkt, an dem unser Strafrecht greift. Stehlen, Morden, Vergewaltigen, Drogenkonsum und verschiedene andere Dinge stehen unter Strafe. Darüber hinaus haben wir die Freiheit, über unser Tun und Lassen selbst zu bestimmen. Wir

haben das Recht, unsere Gesundheit nach Belieben zu ruinieren und dann von einem Arzt zum nächsten zu laufen, in der Hoffnung einen zu finden, der die Störungen in der komplexen biochemisch-physiologischen Maschine Körper orten und beheben kann.

Das technokratisch auf den Körper ausgerichtete Medizinangebot und Krankheitsverständnis kommt der Haltung der Bürger insofern entgegen, als sich die Medizin mehr und mehr darauf spezialisiert hat, die verschiedensten körperlichen Auswirkungen ungesunder Lebensweisen zu kompensieren.

Beispiel: Während der Zuckerkranke in früheren Zeiten gezwungen war, strengste Diät einzuhalten, da er sonst unmittelbar gestorben wäre, kann er heute fast uneingeschränkt weiter essen, was ihm schmeckt, sofern er die richtige Menge Insulin spritzt. Seit es Mediziner und Pharmakologen gelungen ist, das fehlende körpereigene Insulinhormon per Injektion zu ersetzen, hat die Zuckerkrankheit ihren akut lebensbedrohlichen Charakter verloren, was auf der einen Seite natürlich positiv ist, auf der anderen jedoch zum Leichtsin in der Ernährung verleitet, der dazu führte, dass allein in der BRD derzeit mehr als 4 Millionen Diabetiker behandelt werden müssen.

Erwartungshaltung von Patienten

Reparaturdenken herrscht auch bei den meisten Kranken vor. Man geht zum Arzt in der Erwartung, dieser möge die Organstörung beseitigen oder wenigstens beschwerdefrei machen. Ärzte bedienen diese Haltung in aller Regel. Solche, die ihren Patienten ins Gewissen reden und sie zu einer gesünderen Lebensführung auffordern, sind eher selten. Die meisten haben derartige Versuche aufgegeben, nicht zuletzt, um ihre Patienten nicht zu belasten oder zu verärgern und womöglich wieder an jemanden zu geraten, der auf sein Recht pocht, nach Herzenslust leben, essen und trinken zu dürfen: "Wenn ich davon krank werde, ist das ja wohl mein Problem. Und der Job des Arztes ist es, dafür zu sorgen, dass mein Körper wieder in Ordnung kommt." Die Mehrzahl der Patienten nimmt ärztliche "Zurechtweisungen" und Ratschläge jedoch ohne Protest entgegen, einige halten sich sogar daran. Dennoch zeigen sich viele erleichtert, wenn Ärzte es bei der Erklärung von Untersuchungsbefunden belassen und ansonsten Medikamente gegen den zu hohen Cholesterinwert etc. verschreiben. Da wohl die meisten Bürger zufrieden sind mit Ärzten, die sie persönlich in Ruhe lassen - sich nur um den Körper kümmern - ist die öffentliche Kritik an der rein symptomatischen Medizin verhältnismäßig gering. Aus diesem Grunde sieht auch die Politik in dieser Hinsicht keinen Handlungsbedarf. Betrachtet man jedoch die Kausalität der Kostenexplosion, findet man genau in dieser Haltung eine der Hauptursachen.

Inkonsequente Präventionspolitik

Die Auswirkungen der oben beschriebenen Haltung sind vielfältig, unter anderem lässt sich damit die inkonsequente - völlig unzureichende - Präventionspolitik erklären.

"Vorbeugen statt Bohren": Ein wohl noch vielen bekannter Slogan aus der Zahnpastawerbung. Wer würde nicht zustimmen, dass es insgesamt vernünftiger wäre, Löchern in den Zähnen und anderem vermeidbaren Übel vorzubeugen? Immerhin haben die massiven Aufklärungskampagnen und zahnärztlichen Vorsorgemaßnahmen in den Kindergärten und Schulen zu einem deutlichen Rückgang von Karies und Parodontose geführt. Sicher hängt dies auch etwas damit zusammen, dass der Besuch beim Zahnarzt, vor allem wenn gebohrt werden muss, zu den unangenehmsten Erfahrungen zählt (trotz Betäubungsspritze). Sicher erinnert sich auch noch jeder an den Werbespruch "Schluckimpfung ist süß", auf Plakaten mit dem Bild eines durch Kinderlähmung entstellten Kindes. Denkt man an Prävention, tauchen Impfungen mit an erster Stelle auf. Sie umfassen die meisten typischen Kinderkrankheiten, einige waren bis vor kurzem gesetzlich vorgeschrieben. Die regelmäßig durchgeführte, weil von den Krankenkassen übernommene Prävention erschöpft sich derzeit in Impfschutzmaßnahmen, in Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes sowie in der Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen. Letzteres sind im Grunde keine Präventionsmaßnahmen, da es um Früherkennung und -behandlung geht. Gleiches gilt für die in Arztpraxen oder Apotheken regelmäßig durchgeführten Blutdruckmessungen, Blutzuckerkontrollen und ähnliches.

Darüber hinaus wird inzwischen sehr viel mehr zur Aufklärung über gesundheitsschädliche und -förderliche Lebens- und Ernährungsgewohnheiten getan, als noch vor zehn oder zwanzig Jahren. Das Literaturangebot mit Gesundheitsratgebern ist beachtlich. In Rundfunk, Fernsehen, Zeitschriften und Zeitungen nehmen Gesundheitsthemen einen immer breiteren Raum ein. So dürfte es kaum einen Bundesbürger geben, der noch nichts von der Schädlichkeit übermäßigen Verzehrs von Süßigkeiten, Süßspeisen und zuckerhaltigen Getränken gehört hätte. Die Deutschen essen zu viel und bewegen sich zu wenig, heißt es allenthalben in den Medien. Bereits jedes fünfte Kind sei übergewichtig, schlagen Ärzte Alarm, angesichts des allein hierdurch zu erwartenden Anstiegs chronischer Krankheiten in immer früherem Lebensalter. Bereits 20-Jährige leiden heute an dem sogenannten Altersdiabetes. Aus Sorge vor nicht mehr zu bewältigenden Behandlungskosten investieren Krankenkassen und Gesundheitsbehörden in den letzten Jahren verstärkt in

Vorbeugeprogramme. Informationsbroschüren werden kostenlos an die Mitglieder abgegeben. Doch diejenigen, die es am nötigsten brauchten, nutzen diese Angebote bekanntlich am wenigsten. Tatsächlich fehlt es selten an guten Vorsätzen. Der Wille, Verzicht zu üben, ist oft vorhanden, wenngleich nicht stark genug, um den süßen Versuchungen, die an jeder Ecke angeboten werden, widerstehen zu können. Schokoriegel, Chips, Knäcker und Kräcker und alles, was gerne mal so nebenher vernascht wird, Limo, Cola, Eistee oder Puddings werden so preiswert angeboten, dass selbst Kinder sich dieses leisten können. Fast Food ist Kult, gerade bei den Jugendlichen, dagegen hat man als Mutter, die sich darum bemüht, ihren Kindern eine halbwegs vollwertige Ernährung angedeihen zu lassen, einen schweren Stand. Die Werbung tut ein Übriges, verspricht Genuss pur, zeigt ranke, schlanke, sportive Leute die sich ruhigen Gewissens etwas Leckeres gönnen können, verschweigt, dass die, die regelmäßig zugreifen, irgendwann nicht mehr widerstehen können, mehr und mehr aus allen Nähten platzen. Die süchtigmachenden Geschmacksverstärker, Zucker und andere Inhaltsstoffe in den "Dickmachern", welche mit wachsenden Umsatzzahlen weltweite Märkte erobern, stehen noch auf keinem gesundheitsrechtlichen Index. Hier setzt man vorläufig einzig auf Einsicht und Vernunft, wie man es lange Zeit ja auch bei den Zigaretten getan hat. Nachdem dieses wenig genutzt hatte, wurde Zigarettenwerbung hierzulande verboten, die Tabaksteuer deutlich erhöht, Rauchen in öffentlichen Gebäuden stark eingeschränkt. Doch wer einmal so richtig am Glimmstängel hängt, hat seine Probleme davon loszukommen, der würde wohl auch 10€ für die Zigarettenpackung zahlen. In solchen Fällen wäre dringend Therapie angezeigt, wie bei anderen Süchten auch. Insgesamt jedoch geht die Zahl der Raucher aufgrund dieser Maßnahmen langsam zurück. Aber sie ist immer noch beträchtlich. Nun darf man gespannt sein, wie lange es noch braucht, bis den "Dickmachern" und "Krankmachern" aus der Nahrungsmittelindustrie ein Riegel vorgeschoben wird.

Auf dem Weg zu einer chronisch kranken, altersgeschwächten Gesellschaft

Trotz verstärkter Anstrengungen in Sachen Gesundheitsaufklärung, steigt derweil die Rate chronisch Kranker ungebremst weiter. Allein in Deutschland hat sich die Zahl der Diabetiker seit 1965 versechsfacht: 1965: 0,7 Mio., 1995: 4 Mio., 2010 rechnet man mit mindestens 6 Millionen. Entsprechend erhöhte sich auch die Anzahl der diabetesverursachten Schäden, allen voran die Arteriosklerose, die bei 85% der Diabetiker zu folgenschweren im Endeffekt tödlichen Durchblutungsstörungen führt. Pro Jahr kommt es derzeit zu 36 000 Neuerkrankungen am "diabetischen Fuß", davon werden rund 28 000 amputiert. 10 000 Diabetiker werden pro Jahr dialysepflichtig. Nicht minder beträchtlich sind die diabetesbedingten Netzhautschäden, die das Sehvermögen und mithin die Selbstständigkeit erheblich beeinträchtigen. Diabetesbedingte Arteriosklerose ist außerdem eine der Hauptursachen für die sog. vaskuläre Demenz. Für einen Großteil endet die diabetische Patientenkarriere in einer mehrjährigen Pflegeabhängigkeit. Das Anwachsen des Diabetes kann somit in einen direkten Bezug zur Expansion der Pflegebedürftigkeitsrate in den letzten Jahrzehnten gesetzt werden. Dabei wäre gerade Altersdiabetes in den allermeisten Fällen vermeidbar, würde der Arzt, der die Diabetesgefahr oder bereits regelmäßig erhöhte Blutzuckerwerte feststellt, nichts anderes als eine "Vollwerternährung" verordnen, zumindest solange bis sich die Stoffwechselverhältnisse wieder stabilisiert haben. Damit der Patient diese auch einhält, müssten ihm die Zusammenhänge verständlich gemacht und eine fachkundige Ernährungsberatung und mentale Begleitung angeboten werden. Lehnt der Patient diesen Eingriff in seine Gewohnheiten ab oder hält er sich nicht an die verordnete Kostform, müsste dies mit der Konsequenz für ihn verbunden sein: künftig einen Teil der Behandlungskosten, die durch das Fortschreiten der Diabetessymptome entstehen, selbst tragen zu müssen. Ein gewisses Maß an Selbstverpflichtung zur Gesunderhaltung kann eine Gesellschaft wie die unsere von ihren Bürgern fordern, ja müsste sie sogar fordern, um stabile Verhältnisse und ein halbwegs "gesundes" Klima aufrechterhalten zu können. Denn in dem Maße, wie der chronische Krankenbestand zunimmt, werden automatisch die Gesunden mitbelastet. Sei es, weil man sich um ein krankes Familienmitglied kümmern muss und dadurch als Gesunder gehindert ist, seine volle Arbeitskraft im Beruf einzusetzen oder durch die Umlage der steigenden Kosten, die für Therapie und Pflege aufgebracht werden müssen.

Diesem Aspekt müsste in Zukunft stärker Rechnung getragen werden, auch wenn zu erwarten steht, dass ein Großteil der Bürger keine ärztliche Einmischung in die eigenen Lebensgewohnheiten wünscht und an der bestehenden Vollkaskoregelung festhalten möchte.

Jede andere Versicherung schließt die Zahlung bei selbstverursachten Schäden aus und richtet sich nach dem Verursacherprinzip. Die Krankenversicherung nimmt hier eine Sonderposition ein: Vollkasko, ganz gleich wer den Schaden verursacht hat. Bei unserem heutigen System hat der Arzt praktisch keine andere Handhabe, einen Patienten zu einer gesünderen Ernährungs- und Lebensweise zu bewegen, als diesem ins Gewissen zu reden. Darüber hinaus belässt man es bei

Appellen an die Vernunft, veranstaltet Aufklärungskampagnen zur gesunden Lebensweise, die jedoch keinerlei Verbindlichkeit haben. Nebenbei erscheinen farbenprächtige Werbungen der Süßwarenindustrie, wird Eltern suggeriert, dass sie ihrem Kind etwas Gutes anbieten, wenn sie ihm bestimmte Schokoriegel, Milchschnitte oder ähnliches mit auf den Schulweg geben.

Außerdem: was wäre, wenn plötzlich alle vernünftig würden, statt zur Milchschnitte zum Apfel, statt zur Limo zum Wasser griffen? Bestimmte Zweige der Nahrungsmittelindustrie leben von den krankmachenden Vorlieben ihrer Kunden. Wertvolle Arbeitsplätze hängen daran und Steuereinnahmen. Auch für die Pharma- und Medizinindustrie wäre es eine Horrorvorstellung, wenn die Leute plötzlich alle gesünder leben würden, weil sie bei selbstverschuldeten Krankheiten nicht mehr wie bislang auf die volle Kostenübernahme durch die Kassen zählen könnten. Wie keine andere Branche profitiert sie von der reinen symptombezogenen Versorgungspraxis, da diese einen Wachstumsmarkt garantiert.

Beispiel einer Patientenkarriere

Zugleich: Beispiel einer "multimorbiden Alltagssituation" in deutschen Krankenhäusern und Heimen.

Auf dem Foto sehen Sie die inzwischen 90jährige Frau B., die seit vielen Jahren in einem Pflegeheim komplett versorgt werden muss. Im Sommer 2002 wurden ihr beide Beine amputiert. Seither liegt sie in der gezeigten Weise nahezu reglos da, lässt alle pflegerischen Maßnahmen teilnahmslos über sich ergehen, waschen, windeln, aus- und anziehen, hin- und herlagern. Unfähig ein Wort zu sagen, geht ihr Blick ins Leere. Nein, Fr. B. liegt nicht im Wachkoma, man weiß nicht, wo sie ist, was sie denkt, ob sie überhaupt als Person noch anwesend ist. Sie kann nicht einmal mitteilen, ob sie Schmerzen empfindet (Lt.Arztbericht erhielt sie Tramal Tropfen 10-10-10, ein starkes Schmerzmittel mit sedierender, psychotroper (Neben) Wirkung; vielleicht, weil anzunehmen war, dass sie Schmerzen haben müsse in ihrem Zustand und wegen der beruhigenden opiumähnlichen Wirkung dieses Mittels). Wie und wann genau ihre Leidensgeschichte begonnen hatte und verlaufen ist, versuche ich derzeit genauer zu recherchieren. Aktuell sind mir nur die Daten aus den Dokumenten bekannt, die ihr Sohn mir zugeschickt hat, sowie dessen Schilderungen zur Krankheitsgeschichte. Im Schreiben an das Vormundschaftsgericht, bei dem die Genehmigung zur Beinamputation eingeholt werden musste, wird der "Sachverhalt" wie folgt beschrieben:

"Fr.B. liegt seit ... in der chirurg. Abt. des, wegen ausgeprägter Nekrosen am rechten Fuß und eines ausgeprägten Dekubitus am linken Fuß. Die Patientin hat einen schweren Morbus Alzheimer mit hirnorganischem Psychosyndrom und hierdurch mittlerweile schwerste Kontrakturen sämtlicher Extremitäten entwickelt. Hier ist unseres Erachtens eine Oberschenkelamputation beidseits erforderlich, um einer schweren Sepsis vorzubeugen."

Im Arztbericht findet man diese Zustandsbeschreibung:

Diagnose(n)

- Decubitalgeschwür linker Fuß (L89)
- Dekubitalulcus rechte Großzehe (L89)
- Phlegmonen beider Vorfüße (L03.11)
- diabetische Microangiopathie (I70.9)
- Diabetes mellitus, insulinpflichtig (E14.90)
- Morbus Alzheimer (G30.9)
- Demenz (F03)
- COPD (chronic obstr. pulmonary disease) (J44.9)
- Obstipation (K59.0)
- Gelenkkontrakturen beider Beine (M24.55)
- künstliche enterale Ernährung via PEG

Durchgeführte Therapie:

Knieexartikulation rechts am 19.07.02,

Oberschenkelamputation links am 1.8.02

Der postoperative Verlauf gestaltete sich ohne zusätzlich auftretende Komplikationen. Die Wunden heilen reizlos ab. Frau B. konnte am ... zurück in die Pflegeeinrichtung verlegt werden, in der sie auch schon zuvor betreut wurde."



Soweit die "**sachbezogene**" ärztliche Dokumentation dieses Patientenschicksals. Bei genauerer Betrachtung kommen noch weitere Diagnosen hinzu, wie aus den Auflistungen des Sohnes hervorgeht:

- Totaler Sprachverlust seit einigen Jahren, die Ursache wurde nie genau geklärt.
- Versteifung des rechten Armes und der rechten Hand. Auch mit der linken Hand sind der Patientin kaum Bewegungen möglich. Wie aus dem Arztbericht hervorgeht, zeigte sie an allen Extremitäten Kontrakturen (Gelenkversteifungen). Allerdings hat dies normalerweise nichts mit der Alzheimerkrankheit zu tun, sondern lässt eher auf einen eklatanten Bewegungsmangel schließen, den man durch pflegerische Prophylaxemaßnahmen entgegenwirken sollte (Kontrakturprophylaxe: in unserer Standardvorlage ist bei Kontrakturgefährdung mehrmals tägliches Durchbewegen aller Arm- und Beingelenke vorgesehen. Wäre dieses durchgeführt worden, hätte eine solche Behinderung höchstwahrscheinlich verhindert werden können und die Druckgeschwüre und Nekrosen an den Füßen vermutlich auch. Bewegungsmangelbedingte Kontrakturen sind fast genauso häufig zu beobachten wie Dekubitalgeschwüre, nur dass diese weniger ins Gewicht fallen, weil es sich nicht um offene Wunden handelt, die täglich verbunden werden müssen und eine tödliche Sepsis hervorbringen können.
- Ständige Harnwegsinfektionen nach längerer Inkontinenzversorgung mit Dauerkatheter. Wie lange genau die Inkontinenz besteht, konnte noch nicht ermittelt werden.
- Divertikel, Speiseröhrentzündung und Verdauungsstörungen (relativ typische Begleiterscheinungen bei PEG) Zur Indikation für die Nährsonde, erhielt ich widersprüchliche Angaben: Häufiges Verschlucken und Husten, zu geringe Nahrungsaufnahme, Esseneingabe sehr mühsam und zeitintensiv. Darum hat man sich, wie inzwischen leider Gottes allgemein üblich, auch in diesem Falle für die Sonde entschieden. Von einer gemeinsamen Bekannten wurde folgendes berichtet: "Ich habe miterlebt, wie das „Essen reichen“ bei Frau B. im Heim aussah (als sie noch im Rollstuhl saß im Aufenthaltsraum und noch Appetit hatte): Eine Pflegerin „sprintete“ um 6 Pflegebedürftige herum, die nicht mehr selbst essen konnten. Ausnahme Frau B.: Ihr Sohn reichte ihr das Essen. Kein Verschlucken, sie aß gern und auch recht fix – ohne Verschlucken. Mit dankbaren Blicken zu ihrem Sohn und mit interessierten Blicken zu mir. Dies jedoch nur abends, wenn der Sohn da war. Das Husten und Verschlucken, die zu geringe Nahrungsaufnahme wurden dem Sohn von den anderen Mahlzeiten berichtet." Auch an diesem Beispiel zeigt sich wieder das bereits ausgeführte: Während sich die Beteiligten vergleichsweise wenig stark machen für die Aufrechterhaltung einer natürlichen Ernährung, legen sich die selben Leute mitunter mächtig ins Zeug, wenn es um die Frage der Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung geht. Seit es die Möglichkeit der PEG-Sonde gibt, sind Pflegedienste viel zu schnell geneigt Ärzte und Angehörige davon zu überzeugen, dass auf herkömmliche Weise eine ausreichende Ernährung nicht sichergestellt werden kann. Man bedenke, für das "Essen reichen" auf natürlichem Weg benötigt man pro Mahlzeit und Hilfebedürftigem im Schnitt 20 Minuten. Hingegen ist das Verabreichen von Sondennahrung über PEG-Sonde kaum aufwändiger, als das Anhängen einer Infusionsflasche - also in max. 5 Minuten erledigt.
- Ein Dekubitus am Gesäß sei inzwischen abgeheilt, es besteht weiterhin hochgradige Dekubitusgefährdung. Dass hier nicht wieder ein neuer Dekubitus entsteht, darauf achtet der Sohn in besonderer Weise. Ich denke, es belastet ihn schon sehr, was mit seiner Mutter geschehen ist. Aber was sollte er machen? Wenigstens will er seiner Mutter weitere "Amputationen" ersparen, so mein Eindruck nach mehreren langen Gesprächen und der Durchsicht des mir zugesandten Stapels an kopierten Briefen an alle möglichen Fachleute und Institutionen, Zeitungsartikel und alles, was er zum Thema Dekubitus zusammengetragen hat. Eine ebenso liebenswerte wie hilflose Geste. Immer wieder betonte der Sohn, dass er beitragen möchte, dass anderen so etwas erspart bleiben möge und deshalb auch kein Problem damit habe, wenn ich das Material weiterverwende und über den Fall seiner Mutter berichte.

Was kann uns dieser Fall zeigen?

Während über die körperlichen Defizite dieser und ähnlich gelagerter Fälle gefachsimpelt wird, Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte ihr Bestes tun, um Schlimmeres zu verhindern, Ethikkommissionen und Juristen an grünen Tischen das Sterbebedürfnis alter Menschen als Depression definieren, die den Arzt berechtigt, Patientenverfügungen zu übergehen, bleibt alten Menschen wie dieser Frau keine andere Wahl, als die Quälerei, die ihr unser heutiges Medizin- und Lebensverständnis aufzwingt, zu ertragen. Nonverbale Bekundungen glaubt man nicht



berücksichtigen zu dürfen, aus Sorge vor eigenmächtigen Fehlinterpretationen. Dabei braucht man sich diese Menschen doch nur anzusehen und sich die Frage stellen, ob man selbst jahrelang in einem solchen Zustand festgehalten werden möchte?: Ohnmächtig ausgeliefert einer Medizin und Pflege, die das Augenmaß verloren hat, die sich an wissenschaftlichen Theorien orientiert an medizinischen Diagnosen und Behandlungsstandards. Die Versachlichung wie sie durch die Sprache im vorgestellten Arztbericht zum Ausdruck kommt, mag zwar üblich sein und viele Vorzüge haben, zugleich macht sie deutlich, worauf Ärzte vor allem achten - und - was ihnen unwichtig erscheint. Auch aus Pflegeberichten kann man deutlich die Schwerpunktsetzung herauslesen. Über den Menschen steht selten etwas darin. Dort erfährt man hauptsächlich, wann und von wem er gewaschen, gelagert, trockengelegt wurde, wie seine Blutdruckwerte sind, welches neue Medikament verordnet wurde und dergleichen.

Wäre nicht allen mehr geholfen, wir würden uns an dem ethischen Grundsatz orientieren:

"Was du nicht willst, was man dir tu, das füg auch keinem anderen zu!"?, anstatt zu spekulieren, was der Betroffene wohl wollen würde, wäre er in der Lage seine Situation zu beurteilen und seinen Willen verbal oder schriftlich kundzutun (Mimik, Gestik und nonverbale Bekundungen sind nicht ausschlaggebend im juristischen Entscheidungsprozess). Die bislang hierzulande geführte Euthanasiedebatte geht völlig an der eigentlichen Problematik vorbei. Was man damit Tausenden alterskranker Menschen jeden Tag antut, dürfte von oben betrachtet nicht minder verwerflich sein, wie es die Euthanasieverfahren im Dritten - Reich waren. Wir haben wahrhaftig keinen Grund stolz auf Behandlungs- und Pflegeergebnisse wie das oben beispielhaft gezeigte zu sein. Was in unseren Heimen und auf gerontologischen Stationen mit großem Pathos und finanziellem Aufwand betrieben wird, ist erbärmlich und erbarmenswürdig.

Solange Heilungsaussichten bestehen, werden diese nicht genutzt, erst wenn unmittelbare Lebensgefahr droht, beruft man sich auf ärztliches Ethos.

Krank werden darf jeder, dagegen wird verhältnismäßig wenig unternommen, aber Sterben - das kann man nicht zulassen. Am Ende einer langen Krankengeschichte, wenn längst alles zu spät ist, dann legt man sich ins Zeug und fühlt sich verantwortlich für den Erhalt des Lebens. Am Anfang hingegen, wenn es problemlos möglich wäre, alten Menschen solch einen Leidensweg zu ersparen, wird diese Chance regelmäßig vertan. Hätte der Hausarzt die Anfangssignale richtig gedeutet und ursächlich behandelt, wie sie sich bei Frau B. zeigten, hätte ein solches menschliches Drama verhindert werden können. Doch, da, wie in den meisten vergleichbaren Fällen nichts anders als symptomkaschierende Medikamente verordnet werden: gegen die Schlafstörung, gegen die Depression, gegen die Unruhe, gegen die Vergesslichkeit, gegen die Folgen von einseitiger Ernährung, von Bewegungsmangel, von Stress und all den anderen Dingen, mit denen Krankheitsgeschichten in der Regel beginnen, sind Verläufe wie der hier skizzierte keine Seltenheit. Mitmenschlich gesehen sind solche Ergebnisse eine Katastrophe, man möchte heulen, wenn man das sieht. Medizinisch gesehen scheint alles in Ordnung, pflegerisch gesehen auch, weil ja schließlich alles, was in dieser Situation getan werden kann, getan wird, um das Leben dieser Frau so lange es geht zu erhalten, erneute Druckgeschwüre zu verhindern und einen guten Pflege- und Ernährungszustand vorweisen zu können.

Christian Müller-Hergl, Deutschlands DCM (Dementia-Care-Mapping) Spezialist, der sich in den letzten Jahren aufs Beobachten verlegt hat, zieht aus seinen Beobachtungen in zahlreichen Heimen folgenden Schluss:

"Ich nenne Heime manchmal ein qualitätsgesichertes KZ: Das Essen ist 60 Grad heiß, es ist sicher, die Hygienevorschriften sind eingehalten, es ist schön sauber. Jemand von der Universität schreibt Pflegepläne. Nach außen hin ist alles in Ordnung, aber menschlich gesehen ist es eine Katastrophe. Es herrscht eine kalte, unberührte und unberührbare Stimmung vor, obgleich formal alles in bester Ordnung zu sein scheint."

Nach ihrer Visitation einiger Heime in Deutschland, kam Mutter Teresa zu einem ähnlichen Urteil. Sinngemäß: „Von den äußeren Rahmenbedingungen können wir in Indien nur träumen. Aber ich

vermisse die Lebensfreude, die wir dort haben. Es ist bedrückend die Menschen hier in euren Heimen zu sehen."

Nein, das ist nicht überall so, betont auch Müller-Hergl. In den meisten Heimen gibt es Wohnbereiche, in denen eine relativ heile Welt herrscht, nämlich dort, wo die geistig rüstigen Alten leben. Das sind dann auch die Aushängeschilder der Häuser. Stolz werden dort 100-Jährige präsentiert, die zwanzig Jahre und länger in diesem Hause lebten und immer noch erstaunlich fit sind. In den Aufenthaltsräumen hängen Fotos mit gut gelaunten Bewohnern während aller möglichen Veranstaltungen. Auch die Mitarbeiter schauen auf den Bildern anders drein - sichtlich erfreut, anderen eine Freude zu machen. Anstatt das Leben in Pflege- und Altenheimen allgemein zu diffamieren, sollte man differenzieren und sich an positiven Beispielen orientieren.

Allgemein lässt sich ein deutlicher Unterschied feststellen, zwischen Wohnbereichen mit überwiegend geistig orientierten pflegerisch weitgehend unabhängigen SeniorInnen und solchen mit überwiegend Verwirrten, Wesensveränderten oder aus anderen Gründen pflegeabhängigen BewohnerInnen. Solange Jemand sagen kann was ihm gefällt, was ihn stört, von wem er betreut werden will und was er essen oder trinken möchte, fällt es Heimleitern und Pflegediensten verhältnismäßig leicht, ihr Angebot entsprechend auszurichten. Eine gute Beziehungsebene zu geistig wachen, aufgeschlossenen alten Menschen aufzubauen ist kein Kunststück. Doch versuchen Sie einmal an einen Menschen heranzukommen, der in seiner Orientierungslosigkeit herumirrt, Gefahren nicht mehr erkennt und sich womöglich von denen bedroht fühlt, die ihn schützen wollen. Damit die Verwirrten den Alltag der anderen nicht stören, werden sie in der Regel separiert - bestenfalls in darauf spezialisierten Einrichtungen mit entsprechend qualifiziertem Personal. Überwiegend jedoch landen sie auf den Pflegestationen eines Altenheimes, die zumeist noch nach dem Vorbild klassischer Krankenstationen organisiert sind. Untergebracht in Mehrbettzimmern, wird hier nicht nur auf feste Schlafens- und Ruhezeiten Wert gelegt, sondern Pflege nach Schema F praktiziert. Unruhige Bewohner, die unkontrolliert herumlaufen werden zumeist medikamentös ruhiggestellt, damit sie artig sitzen bleiben, wo sie hingesetzt werden. Das Arbeitspensum auf diesen Stationen ist viel zu groß, als dass Pflegende den individuellen Bedürfnissen gerecht werden könnten.

Beispiel: Kaum, dass die Morgentoilette beim letzten Bewohner beendet, ist z.B. die Inkontinenzversorgung (Windelwechsel) bei den ersten längst überfällig, zwischendurch muss das Essen gereicht werden, immer wieder unterbrochen von Zwischenfällen, sei es weil ein Bewohner trotz versperrter Etagentür irgendwie nach draußen gelangt ist oder ein Getränk über seine Kleidung verschüttet hat oder mit einem Mitbewohner wegen irgendetwas herumstreitet. Medikamente müssen verabreicht, Pflegemaßnahmen dokumentiert werden. Die dekubitus- und kontrakturgefährdeten Pflegebedürftigen (wie Frau B.) müssten regelmäßig gelagert und bewegt werden, doch die Zeit rast vorbei und ehe die Pflegenden sich daran erinnern, steht das Mittagessen bereits auf dem Plan. Und da das Essen schließlich nicht kalt serviert werden soll, hat diese Aufgabe nun Vorrang. Anschließend heißt es, Bewohner für die Mittagsruhe fertig machen, zur Toilette führen, Mund umspülen lassen, vielleicht Händewaschen, Helfen beim Umziehen und ins Bett legen. Kaum dass dies halbwegs geschafft, warten die Mitarbeiter des Spätdienstes auf die Übergabe, wollen wissen, was es Neues gibt, was außer dem Üblichen noch zu tun ist.

Diese kurze Schilderung soll genügen, um die Vielschichtigkeit der Problematik anzusprechen, die hier vorliegt. Auf den klassischen Pflegestationen, wie man sie in den meisten Heimen und gerontologischen Stationen in Krankenhäusern vorfindet, herrscht nicht nur chronischer Personalmangel vor, sondern ein funktionales Organisationssystem, das auch bei besserer personeller Besetzung kein menschlicheres Klima erzeugen könnte. Fragt man nach den eigentlichen Ursachen für diese Organisationsform, gelangt man unweigerlich wieder an den mehrfach erwähnten Tatbestand der überwiegenden Körper-Symptom-Orientierung in Medizin und Pflege. Im Vordergrund steht der Körper, die körperliche Versorgung, mit dem Ziel, die Funktionsfähigkeit des Organismus so lange als möglich zu erhalten. Diese Haltung schlägt sich inzwischen nieder bis hinunter auf die Ebene der Vergütung pflegerischer Leistungen. Nicht der Aufwand für eine ganzheitliche Betreuung wird heute kalkuliert, sondern nur der für körperbezogene Pflegeverrichtungen wie: Waschen, Haare kämmen, Essen eingeben, Sondenernährung, Inkontinenzversorgung, Dekubitusversorgung, Blutdruckkontrolle, Blutzuckertest, Insulininjektion, Überwachung der Medikamenteneinnahme und dergleichen. Darum muss man sich nicht wundern, dass Pflegeergebnisse wie das von Frau B am Ende dabei herauskommen. Hauptsache sie atmet noch, ist nicht unterernährt und bekommt keinen Dekubitus. Alles andere erscheint juristisch, medizinisch und ethisch irrelevant.

Am guten Willen, das Problem in den Griff zu bekommen, mangelt es nicht. Doch zeigt sich politischerseits kein Ansatz einer grundlegend neuen Weichenstellung, die aus diesem Dilemma herausführen könnte. Im Moment bedient man das bestehende System. Mit jeder Regelung, die in letzter Zeit getroffen wurde, hat man eher noch zu seiner Festigung beigetragen. Den meisten ist dies gar nicht bewusst. Denn im Zeitalter von Spezialisten für alle möglichen Detailfragen sind Untersuchungen komplexer Zusammenhänge nicht üblich. Evidenz-basierte Wissenschaftlichkeit bleibt im Detail hängen. Die hier skizzierte Komplexität der Gesamtproblematik ließe sich mit den üblichen Wissenschaftsmethoden außerdem schwerlich darstellen. Wissenschaftliche Untersuchungen lassen sich darum höchstens sequentiell hier und da einbinden, soweit es bereits Detailuntersuchungen gibt. Dabei muss man sich mitunter wundern, welche Selbstverständlichkeiten inzwischen erforscht werden. So wurde kürzlich in den USA eine Studie veröffentlicht, die den Wert regelmäßiger Spaziergänge für Demenzkranke untersucht hat. Und siehe da, seither ist bewiesen, was im Grunde jeder Laie beobachten konnte, dass Demente, die täglich in liebevoller Begleitung mindestens eine Stunde spazieren gehen konnten, in jeder Beziehung Besserung zeigten. Im Unterschied zu denen, die sozusagen in ihren vier Wänden oder in Heimen eingesperrt sind. Wenn man solche natürlich einfachen und naheliegenden Gesundheitsleistungen erst einmal per Studie bewiesen haben muss, um Anwendung und Aufnahme in den Pflegeplan zu finden, sollte man das nicht als positives Zeichen werten, sondern eher als ein soziales Armutszeugnis ansehen.

Wie chronische Krankheiten häufig gemacht werden

"Leben mit dem Diabetes", so der Titel einer sehr ansprechend aufgemachten Informationsbroschüre, welche von einer Pharmafirma in ausreichender Menge allen Arztpraxen zur kostenlosen Weitergabe an jeden diabetischen Neuling zur Verfügung gestellt wird. Die Ärzte nehmen dieses Angebot dankbar an, erspart ihnen diese für den Laien leicht verständliche Schrift viel Zeit für mündliche Erklärungen. Statt einer eingehenden Beratung überreicht der Arzt dem neu erkrankten Diabetiker also eine Informationsbroschüre, in der dieser erfährt, wie er mit seinem Diabetes leben kann. Auf diese Weise wird er von Anfang an per Definition bereits chronifiziert. Mit keinem Wort wird in solchen Broschüren erwähnt, dass ein typischer Altersdiabetes im Anfangsstadium vollständig heilbar wäre, wenn..... Vielmehr findet der Patient hier unter anderem eine Auflistung von Lebens- und Genussmitteln, auf die er trotzdem nicht verzichten muss, weil sie extra für Diabetiker hergestellt wurden. Er braucht also nicht auf seinen geliebten Kuchen und andere Süßspeisen zu verzichten, wenn er statt Zucker künstliche Süßstoffe verwendet. „Na prima“, denkt der Patient, „dann ist das ja alles halb so schlimm“, geht getrost nach Hause und lebt im Wesentlichen so weiter wie gehabt. Doch damit nicht genug. Zudem erhält er häufig noch ein sog. Antidiabetikum in Tablettenform, dessen Wirkung zumeist darin besteht, die Restkapazität der insulinbildenden Zellen zu mobilisieren. Also anstatt einer Schonung des geschundenen, überforderten Organs, treibt man es hierdurch nur noch mehr an. Über kurz oder lang bricht es schließlich völlig zusammen, so dass ab diesem Zeitpunkt für den Rest des Lebens Insulin gespritzt werden muss.

Zunächst ist es nur das Symptom, erhöhter Blutzucker, welches durch Medikamente oder die Zufuhr des fehlenden Insulins für eine gewisse Zeit noch recht gut kompensiert werden kann. Nach einigen Jahren stellen sich nach und nach typische Folgeerkrankungen ein. Insbesondere Gefäßverengungen, die dann zu Sehbehinderungen, zu Hirnleistungsstörungen, zu Durchblutungsstörungen, zur Amputation eines Fußes und zu vielem anderen mehr führen können. Falls der Betroffene nicht plötzlich an einer Über- oder Unterzuckerung verstirbt, weil er zuwenig oder zuviel Insulin gespritzt hat, werden seine letzte Lebensjahre durch eine wachsende Fülle von Beschwerden stark belastet. Abhängig von bestimmten Medikamenten, von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und von pflegerischer Betreuung, dreht sich bei vielen jahrzehntelang alles fast nur noch um die Krankheit. Entsprechend eingeschränkt ist ihre Wahrnehmung und ihr Interesse am Leben. Doch nicht nur der Kranke selbst ist hierdurch in seinen Lebensaktivitäten eingeschränkt, auch seine nächsten Angehörigen sind es.

Beispiele ähnlicher Art könnten viele aufgezeigt werden. Und es ist nicht alleine Schuld des Arztes, wenn z.B. statt der gebotenen Ernährungsumstellung, derzeit regelmäßig Medikamente zur Senkung erhöhter Cholesterinwerte verordnet werden. Die meisten Patienten bevorzugen die schnelle Lösung in Tablettenform, selbst wenn sie wissen, dass diese schädliche Nebenwirkungen haben und das eigentliche Problem nicht gelöst wird. Sie wollen sich nicht vorschreiben lassen, was Sie essen und trinken bzw. nicht essen und trinken sollen. Dann schon lieber Tabletten. Dieses Verhalten wird durch das leistungsbezogene Abrechnungssystem unterstützt, genauer gesagt dadurch, dass das Therapieergebnis nicht zählt, Ärzte keinen Vorteil davon haben, wenn sie dem Kranken ins Gewissen

reden und ihm statt Tabletten, eine Ernährungsumstellung verordnen. Auf solch einem Hintergrund entwickeln sich chronische Krankheitsverläufe in jedweder Form. Folglich müsste der politische Hebel an dieser Stelle ansetzen - trotz der zu erwartenden Proteste und Einwände von Seiten derer, die wirtschaftliche Einbußen befürchten, wenn der Bedarf an Medikamenten und anderen Hilfsmitteln zurückgeht. Langfristig und im Schnitt wird die zu erwartende Wachstumsrate an chronisch Kranken das Gemeinwohl mehr belasten als vordergründige Einbußen in bestimmten Wirtschaftsbranchen. Interessant wäre es vielleicht, das Einsparpotential auf der einen Seite den Einbußen auf der anderen in Zahlen gegenüberzustellen. Zum Beispiel wenn ein Diabetiker (einschließlich Folgeerkrankungen) pro Jahr im Schnitt € Kosten verursacht und die Diabetesrate aufgrund wirksamer Präventivmaßnahmen jährlich um 5% zurückginge anstatt um 5 % zu steigen. Demgegenüber stünde ein Rückgang an Nachfrage nach bestimmten medizinischen Produkten und Leistungen von ebenfalls 5%.

Rechnet man die von der Forschungsgruppe Primärmedizinischer Versorgung an der Universität Köln, in 1997 für die Stadt Herne ermittelten Daten auf die BRD um, so waren **61,4 %** aller Bundesbürger jenseits des 60igsten Lebensjahres wegen mindestens einer der folgenden Erkrankungen regelmäßig behandlungsbedürftig. 28,6 % wurden regelmäßig wegen mehr als einer dieser Erkrankungen behandelt.

Chron. rheumat. Erkrankungen	32,5 %	(Fehlernährung, Bewegungsmangel)
Chron. (obstr) Bronchitis, Emphysem	18,7 %	(Rauchen, verschmutzte Luft, zu wenig Bewegung an der frischen Luft)
Diabetes mell.	17,0 %	(Fehlernährung, Missverhältnis Ernährung-Bewegung)
HOPS (hirnorgan.psychosyndrom)	10,7 %	(krankmachendes soziales Klima u.a., würde dieser Ursachenzusammenhang in Diagnostik und Therapie an die erster Stelle gesetzt, wäre auch dieses Syndrom in den meisten Fällen vermeidbar!)
Malignome	7,4 %	(verschiedene Ursachen)
Herzinfarkt	4,7 %	(seelisch-körperliche Fehlbelastung, Ernährung)
pAVK	4,4 %	(Sekundärerkrankung z.B. bei Diabetes, Rauchern)
Apoplexie	3,3 %	(zumeist vermeidbare Sekundärerkrankung)

Betrachtet man die Kausalität der angeführten Krankheiten näher, wird das Potential an Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen sichtbar. Nach meiner Einschätzung müsste es langfristig möglich sein diese chronische Krankheitsrate um 70% zu senken und zwar nicht durch gentechnische Wundermittel, die es nicht gibt, sondern indem man dem Kranken und seinen Angehörigen hilft, die kränkenden Lebens- und Ernährungsgewohnheiten zu ändern. Derzeit sind die am Nächsten liegenden, natürlichen und zugleich wirksamsten Heilmittel weitgehend ausgeklammert aus den Katalogen abrechenbarer Kassenleistungen. Symptombehandlung, darin erschöpft sich das Angebot unserer Medizin. Und weil die üblichen Behandlungsstandards nichts zur Heilung beitragen, zählt die Schulmedizin Krankheiten wie den Altersdiabetes zu den chronischen Krankheiten. Die wenigen Mediziner, die das anders sehen und an Praxisfällen Heilungserfolge beweisen können, werden ignoriert. Eine Diabetesheilung gibt es nicht, so die offizielle Lehrmeinung, wie sie von den meisten Fachleuten vertreten und von den Laien übernommen wird. Kausaltherapie ist nicht das Ziel - sondern Schadensbegrenzung, medikamentöse Kompensation der Symptome und Versorgung des Kranken.

Vor diesem Hintergrund ist auch die politische Weichenstellung einzig auf Versorgung des wachsenden Therapie- und Pflegebedarfs ausgerichtet.

Wie ließe sich die Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrate abbauen?

Anstatt zunächst einmal alle Entstehungsfaktoren, insbesondere die psychosozialen, dahingehend zu überprüfen, wo und wie der Pflegebedarf an der Wurzel abgebaut werden könnte, verlässt sich die Politik auf die Aussagen der Medizin, die das Anwachsen der Altersdemenz der demografischen Entwicklung zuschreibt. Daraus resultiert eine Haltung, leider nichts machen zu können, als weiterhin in organbezogene, medikamentöse Forschung zu investieren; in der Hoffnung, eines Tages defektes Genmaterial austauschen zu können oder ein Medikament zu finden, das Krankheiten wie Alzheimer heilt. Auch hier ist der medizinische Fokus bislang einseitig auf den Körper gerichtet.

Wissenschaftliche Studien und fachkundige Beobachtungen, die einen psychobiologischen Ursachenzusammenhang nahe legen, finden noch nahezu keine Beachtung. Wissenschaftler sind halt auch nur Menschen, die als solche geneigt sind, nur das gelten zu lassen, was ihrem Ansehen nützt. Da die Mehrzahl der Alzheimerforscher ihren Namen bestimmten hirnorganischen Krankheitstheorien verdankt, wird offiziell nichts anerkannt, was diese Theorie gänzlich in Frage stellt. Außerdem ist biologische Forschung in der Regel sehr viel lukrativer, womit ein weiterer Grund angesprochen wäre, der das geringe Interesse der Medizinforschung an psychosozialen Risiken und ursächlichen Zusammenhängen erklärt. Höchstens 2% des aktuellen medizinischen Forschungsvolumens zeigt eine überwiegend psychosoziale oder psychobiologische Zielsetzung. Zu 98 % fließen die Forschungsgelder in biomedizinische Projekte. Auf den diversen Seiten zur Medizin- und Gesundheitsforschung im Internet, kann man Themen, Ziele, Inhalte und Fördergelder nachlesen. Wer es genau nachrechnet, dürfte feststellen, dass 2% für psychosoziale Schwerpunktsetzung eher noch zu hoch gegriffen sind.

Bezogen auf unsere Frage nach den Voraussetzungen die Krankenrate abzubauen, lässt sich daraus zunächst einmal die Notwendigkeit ableiten, den sozial-psycho-biologischen Krankheitszusammenhängen in der Forschung einen deutlich höheren Stellenwert einzuräumen.

In Ermangelung ganzheitlicher Forschungsdaten zur Entstehung und Vermeidung von Altersdemenz und anderer typischer Alterskrankheiten, geht man davon aus, dass ein bestimmter Prozentsatz der Bevölkerung aufgrund dieser Leiden pflegeabhängig werden wird. Wenn also heute rund 7 Prozent der über 65jährigen von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen sind, um diese Krankheit hervorzuheben, entspricht das einer Zahl von etwa 800.000 Demenzkranker (rechnet man die leichteren Fälle und jüngere Erkrankte hinzu, käme man in der BRD auf derzeit mehr als 1.200.000). Das heißt, in dem Maße wie die Anzahl der über 65jährigen steigt, würde, statistisch gesehen, auch die der Demenzkranken steigen, wobei bis 2025 mit einer Verdoppelung zu rechnen wäre. Auf die hier zu erwartende Steigerungsrate versucht sich die Gesundheitspolitik einzustellen. Kaum jemand stellt hingegen die Frage, ob es nicht möglich wäre, die Erkrankungsrate zu senken. Alle schauen besorgt auf die statistischen Prognosen und fragen sich bloß, wie soll dieses Problem in Zukunft geschultert werden?

Besorgte Vorausdenker haben bereits angefangen, über altersbezogene oder krankheitsbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen laut nachzudenken. Sofort meldeten sich natürlich Gegenstimmen zu Wort mit durchaus berechtigten Einwänden. Doch ein Aspekt wurde bei den bislang geführten Zukunftsprognosen und Lösungsansätzen noch völlig außen vor gelassen, nämlich die Möglichkeiten des Problemabbaus. Vielmehr geht man gemeinhin mit der für die heutige Medizin und Pflege üblichen Versorgungsmentalität an dieses Thema. Dergestalt, hochzurechnen: wenn die Behandlung und pflegerische Versorgung eines Kranken mit der Diagnose X im Schnitt (von der Diagnosestellung bis zum Tod) 150.000 € kostet, dann multipliziert sich dieser Kostenfaktor mit der Anzahl der Fälle. Dass hier im Jahre Z ein sozialverträgliches Maß überschritten sein wird, leuchtet jedem ein. Ergo fühlt man sich berufen, über Maßnahmen der Kostensenkung durch Leistungsabbau je nach Alter oder Krankheitsbild nachzudenken, womit zwangsläufig ethische Grundsatzdebatten losgetreten werden, die man einvernehmlich nie wird beilegen können. Vergleichsweise wenig wird hingegen darüber nachgedacht, ob und wie die Fallzahlen gesenkt werden können. Und zwar deshalb nicht, weil man wie beim Diabetes fälschlicherweise wiederum davon ausgeht, dass ja seitens der Medizin alles getan wird, was heutzutage getan werden kann.

Das nachfolgende **Beispiel**, ist eines von vielen die zeigen können, wo das Potential von Einsparmöglichkeiten liegt. Zum Greifen nahe - sogar ohne wissenschaftliche Studie für jeden erkennbar.

Nach meinen Beobachtungen und Recherchen stellt sich der Beginn einer Pflegekarriere in der überwiegenden Zahl aller Fälle etwa so dar:

Die Kinder gehen ihre eigenen Wege, der Ehepartner ist vielleicht verstorben oder es herrschen gespannte Familienverhältnisse vor, einen festen Freundeskreis und regelmäßige Unternehmungen, die den eintönigen Alltag beleben könnten, gibt es nicht. Ohne Perspektive, mitunter enttäuscht - weil sich keiner für die alte Mutter/Vater/Oma/Opa/Tante oder Onkel interessiert, alleine in der Wohnung, im eigenen Haus, nur den Fernseher als Fenster nach draußen, durchlebt ein Großteil unserer alten MitbürgerInnen einen langweiligen Tag nach dem anderen. Doch die Nächte sind nicht minder problematisch, schlaflos hin- und herwandernd, fällt der Blick auf die Tablettenschachteln in der

Nachttischschublade. Die Auswahl ist oft groß, alles mögliche hat der Hausarzt schon verschrieben: leichte, mittlere und starke Schlafmittel, Antidepressiva, Mittel gegen das Rheuma im Bein, gegen die Osteoporose, gegen zu hohen Blutdruck und zu hohe Cholesterinwerte, gegen die morgendlichen Schwindelanfälle, gegen Verstopfung. Auch Grippemittel, nicht ganz aufgebrauchte Antibiotikaschachteln, Kopfschmerztabletten und das ein oder andere pflanzliche Mittel findet sich hier. Eigentlich dürfte von den starken Schlafmitteln höchstens eines genommen werden; aber wenn das nur bis zwei Uhr nachts wirkt? Morgens liegt dann der Kreislauf danieder, wie gerädert entsteigt der "Schlafmitteltrunkene" seinem Bett, energie- und lustlos beschließt er, die Morgentoilette auszulassen. Besuch wird ohnehin nicht erwartet und um einkaufen zu gehen, fehlt einfach die Kraft. Eine Tasse Kaffee vielleicht, eine Scheibe Brot, falls vorhanden - mehr aus Gewohnheit als aus Freude am Frühstück oder echtem Hunger. Schon gestern hätte dringend eingekauft werden müssen. Nur der Wasserkasten steht nahezu unangerührt da, dabei hat sogar der Arzt geraten, jeden Tag mindestens eine Flasche zu trinken, bei all den Medikamenten, die täglich eingenommen werden sollen. Tatsächlich sind die wöchentlichen Arzttermine so ziemlich der einzige Anlass für eine sorgfältige Körperpflege und frische Wäsche. Diese Tage sind etwas Besonderes; hier findet man in den Wartezimmern den ein oder anderen Leidensgenossen oder eine freundliche Sprechstundenhilfe, die geduldig zuhört, während sie Blutdruck misst, den Blutzuckertest macht und die neuen Rezeptwünsche schon mal vornotiert, damit der Arzt nur noch zu unterschreiben braucht. Auch die stets freundliche, verständnisvolle Zuwendung des Arztes tut gut, wenn er auch zu wenig Zeit hat, weil ja draußen schon die nächsten warten. Immerhin sind in dieser Praxis liebe Menschen, die man kennt, denen man einen kleinen Teil der eigenen Leidensgeschichte erzählen kann - wohl wissend, dass sie nicht wirklich helfen können. Getröstet mit ein paar netten Worten, gutgemeinten Ratschlägen und einem Rezept, geht es sofort in die Apotheke. Auch hier freundliche Menschen, die ihre Stammkundschaft kennen und sich manchmal Zeit nehmen, um deren Beschwerden anzuhören. Solche Arztbesuchstage müsste es öfter geben, sie sind wichtiger als das tägliche Brot, denn hierdurch erfährt der einsame alte Mensch, dass er noch nicht völlig abgeschrieben ist, dass er willkommen ist, es Leute gibt die sich interessieren. Zu Hause angekommen, ist diese aufmunternde Wirkung rasch wieder verfliegen. Die flüchtigen Kontakte mit der Nachbarschaft, beim Frisör, beim Bäcker oder während des Einkaufs; die seltenen Besuche von Angehörigen, sie reichen nicht, um die Lebensfreude zu erzeugen, die das weitere Abgleiten in die Gleichgültigkeit und "Selbstaufgabe" verhindern könnte. Irgendwann stellt dann ein Angehöriger oder der Arzt fest, dass es so nicht weitergehen kann: der inneren Verwahrlosung folgt die äußere. Ein Pflegedienst wird eingeschaltet, soll sich um die korrekte Medikamenteneinnahme kümmern, Blutdruck täglich messen, für die Mahlzeiten sorgen und bei der Körperpflege helfen. Immerhin kommt jetzt täglich 1-2 mal ein lieber, netter Mensch vorbei, der sich kümmert. Zwar immer in Eile, aber besser als gar nichts. Auch die Tochter, der Sohn oder sonstige Angehörige fühlen sich alarmiert, sehen öfter mal nach dem Rechten.

So lange es geht, soll die Mutter, der Vater in seinen eigenen Wänden versorgt werden - schon aus Kostengründen. Ein Platz in einem Pflegeheim ist teuer, das geht an die Substanz und wird nicht zuletzt aus diesem Grunde solange als möglich hinausgezögert. Erst wenn selbstgefährdendes Verhalten vorliegt, durch Verwirrung, Wahnvorstellungen bzw. Demenz, bleibt meist keine andere Wahl.

Vor diesem Hintergrund sind viele Heime inzwischen überwiegend mit hochgradig verwirrten, wesensveränderten, multimorbiden "Alten" konfrontiert. Und es ist nicht leicht, Freude an der Pflege aufrecht zu halten, angesichts der Trostlosigkeit und Perspektivlosigkeit, die von Menschen ausgeht, die ihre Selbstständigkeit, Selbstachtung und Lebensfreude verloren haben; die dahinvegetieren, so dass jeder unwillkürlich denkt: Hoffentlich bleibt mir ein solches Ende erspart.

Die hier skizzierte Entwicklungsgeschichte der Pflegebedürftigkeit zeigt zugleich, durch welche politischen Maßnahmen die Alterskrankheiten- und Pflegebedürftigkeitsrate erheblich abzusenken wäre:

1. Umgewichtung und Erweiterung der Rolle des Hausarztes, so dass dieser für den ganzen Menschen in seinem Umfeld zuständig sein kann, also auch Sorge dafür tragen muss, dass derart krankmachenden Lebensumständen entgegengewirkt wird. Diese Umstellung würde eine grundlegende Umstellung des Honorierungssystems voraussetzen, wobei die Leistung in Relation zum Ergebnis gesetzt werden müsste. Umstellen müssten sich natürlich auch die Patienten, etwa dahingehend, nur dann mit einer vollen Kostenübernahme durch die Kassen rechnen zu können, wenn sie sich an die mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen halten und ihren Teil zum Genesungsprozess beitragen. Wie dies praktisch gehandhabt werden könnte, beschreibe ich derzeit in meinem neuen Buch.

2. Kommunale Sozialarbeit und Pflege müssten viel stärker gekoppelt, präventiv und rehabilitativ angelegt werden, etwa im Sinne des von der WHO geförderten Konzeptes der "Family-Nurses" (Familien- Gesundheitschwester), das nach internationaler Übereinkunft bis 2010 auch in Deutschland eingeführt werden soll. Bisher ist davon noch wenig zu hören bzw. zu lesen.

In der Art, wie häusliche Pflege heute praktiziert und finanziert wird, kann sie nichts zum Abbau der Pflegebedürftigkeit beitragen.

Statt auf einzelne Leistungen bezogen, müsste das Gesamtkonzept (Ziele und geplante Maßnahmen) Gegenstand der Honorarfestlegung sein, etwa derart: Der Pflegedienst stellt gemeinsam mit dem zu Pflegenden und oder Angehörigen/Bevollmächtigten einen individuellen Betreuungs- und Kostenplan auf (z.B. X Pflegestunden tägl. mal X € mal Anzahl der Tage = XXX Euro pro Monat), der bei der zuständigen Kasse eingereicht wird. Ausgangsbefund/Befinden und ein Zustandsbericht pro Monat wären ebenfalls schriftlich einzureichen. Bei Unklarheiten und zweifelhaften Angaben würden sich die Gutachter der Kassen einschalten und Nachprüfungen vornehmen. Wurden die Ziele nicht erreicht oder kam es zu Schäden, die durch fahrlässiges oder falsches Vorgehen verursacht wurden, müssten sich die Verursacher an den Kosten der Schadensbehebung beteiligen. In meinem neuen Buch werde ich die Handhabung, so wie ich sie mir vorstelle, an einigen Fallbeispielen erläutern.

3. Gesundheitsförderlich wäre außerdem, würden Hausarzt und "Familienpflege" nach dem Muster eines "therapeutischen Teams" zusammenarbeiten, einschließlich regelmäßiger Besprechungen gemeinsam mit dem Erkrankten und ggf. Angehörigen.

Nicht erst wenn Dekubitusgefahr besteht, gilt es Schlimmeres zu verhüten.
Viel früher müsste Prophylaxe greifen!!!

Heute wird Pflege erst auf den Plan gerufen, wenn das sprichwörtliche Kind bereits im Brunnen liegt. Dabei wird nicht einmal erwartet, den in Abhängigkeit Geratenen aus dieser Lage zu befreien. Weil nicht daran geglaubt wird, dass dies möglich ist, werden erst gar keine Versuche in diese Richtung unternommen; vielmehr lautet der Auftrag an die Pflege, dafür zu sorgen, dass die in diese bedauerliche Lage Hineingeratenen möglichst lange überleben: satt, sauber, still und dekubitusfrei ausharren, bis der erlösende Tod, allen Verhinderungsversuchen trotzend, eintritt.

Höchste Priorität hat inzwischen die Vermeidung von Druckgeschwüren. Nichts wird in der Pflege so groß geschrieben wie die Dekubitusprophylaxe - seit diese zu einer Wissenschaft geworden ist. Und dennoch greift sie zu kurz, trägt keine der heute praktizierten Prophylaxen zur Vermeidung und Behebung der eigentlichen Ursache für die Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit bei.

Auch die Forschung greift zu kurz, analysiert einzelne Symptome und interessiert sich nicht für das Spektrum ursächlicher Zusammenhänge. Jedenfalls gibt es bisher keine einzige Studie, die sich mit den oben angeführten Ursachen für die Pflegebedürftigkeit befasst und dabei auch die medizinische Verordnungspraxis und ihre Folgen ins Visier nimmt.

An dieser Stelle sei die vom BMFSFJ- und der Robert Bosch Stiftung geförderte und unter der Leitung von Prof. Meier-Baumgartner (Albertinen-Haus Hamburg) und Prof. Püschel (Institut für Rechtsmedizin) durchgeführte Untersuchung zu den Ursachen der Dekubitusentstehung erwähnt, bei der erstmals ein signifikanter Zusammenhang zwischen ruhigstellenden Medikamenten und Dekubitus ermittelt wurde. Im Vergleich zur nicht Dekubitusgeschädigten Kontrollgruppe, war der Einsatz von ruhigstellenden Medikamenten bei Pflegebedürftigen die einen Dekubitus hatten, deutlich höher und wurde als ein bislang unterschätzter Risikofaktor benannt, der einer weiteren Erforschung bedürfe. Dabei würde reine Beobachtung, kombiniert mit etwas Sachverstand bereits genügen, um erkennen zu können, dass sedierende Medikamente nicht nur die geistige Beweglichkeit und Wahrnehmungsfähigkeit einschränken, sondern auch die körperliche. Wer benommen ist von Beruhigungsmitteln oder starken Schmerzmitteln, hat allgemein ein reduziertes Schmerzempfinden, mithin automatisch ein höheres Dekubitusrisiko. Bislang findet diese bekannte Tatsache jedoch weder in der Dekubitusprophylaxe-Fachliteratur, noch im Expertenstandard und in den Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos Beachtung. Das Interesse an der oben erwähnten Studie war zwar verhältnismäßig groß, hingegen die Konsequenzen die bislang daraus gezogen wurden, kaum erkennbar. Die Verordnungspraxis an ruhigstellenden Medikamenten zeigt weiterhin steigende Tendenz.

Fragwürdige Maßstäbe:

Der Mensch darf sich zu Tode essen, aber er darf nicht eines natürlichen Todes sterben.

Derzeit muss sich niemand verpflichtet fühlen, das Leben von Menschen zu retten, die in vollem Bewusstsein mit ihrer Gesundheit Raubbau treiben. Junge Menschen, die ihr Leben noch vor sich haben, werden nicht gehindert, alles in sich hineinzustopfen, obwohl man um die Krankhaftigkeit und Lebensgefährlichkeit "Esssüchtiger" weiß. Solange der Kranke nicht so krank ist, dass andere für ihn entscheiden müssen, darf er essen und trinken, was er will und soviel er will. Ganz anders verhält es sich bei alten Menschen, vor allem wenn sie dement sind oder durch Krankheit völlig entkräftet. Alterskranke Menschen, die ihr Leben gelebt haben, die keinen "Lebenshunger" mehr verspüren, vor den schönsten Gerichten sitzend nur hier und da mal noch ein Häppchen essen mögen, werden hingegen regelmäßig genötigt. Vor allem, wenn sie das Pech haben, wegen irgendeiner akuten Sache ins Krankenhaus zu müssen oder wenn sie ihr Leben als "Pflegefall" beenden. Die harmloseste Form regelmäßiger, gutgemeinter Nötigung sieht beispielsweise so aus: "Aber Frau A., Sie müssen doch etwas essen. Sie haben erst einen halben Becher getrunken - die Flasche muss bis heute Abend leer sein, sonst wird der Arzt Ihnen morgen eine Infusion legen." Nach gutem Zureden, quält sich Frau A. 2-3 Schlückchen hinunter, bevor sie signalisiert "Das reicht mir, mehr will ich nicht." Auch die weiteren Versuche an späteren Zeitpunkten, enden ähnlich. Wenn alte Menschen zu wenig essen und trinken, gemessen daran was sie Ernährungswissenschaftlich gesehen zu sich nehmen müssten, dann liegt das keineswegs immer daran, dass Pflegenden oder Angehörigen sich zu wenig Mühe geben, sich zu wenig Zeit nehmen oder dass das Essen nicht schmeckt, zu kalt wäre oder lieblos angerichtet. An dieser Stelle wird den Pflegekräften und Heimen oft auch unrecht getan, indem man Gewichtsabnahme und Austrocknungserscheinungen (Dehydrationszeichen) generell mit "verhungern lassen" gleichsetzt. Vielmehr müsste man differenzieren, zwischen Pflegebedürftigen die höchstwahrscheinlich mehr essen würden, würde ihnen das Essen so gereicht, dass sie mit Appetit alles aufessen können (s.Beispiel Frau B bevor die Sonde gelegt wurde), und solchen, die wirklich kaum noch Hunger und Durst verspüren und eher den Schwestern zuliebe überhaupt noch etwas essen.

Beispiel: Besonders eindrucksvoll demonstrierte mein Großvater dieses abnehmende Bedürfnis. Außerdem lieferte er den Beweis, dass eine langsame Reduzierung der Trinkmenge nicht zwangsläufig, geistige Austrocknung und Verwirrung nach sich zieht, sondern natürlicher Bestandteil eines natürlichen Sterbeprozesses darstellt. In den letzten Monaten vor seinem Tod, er starb dort, wo er 91 Jahre gelebt hatte - im Kreise seiner Familie, hat er allerhöchstens 300 ml (zwei Gläser) getrunken. Nicht, weil er Durst verspüre, sondern weil ihm der Mund trocken werde vom vielen Reden, wie er betonte. In den letzten Tagen vor seinem Tod nippte er nur noch am Getränk - aber er konnte den Becher alleine nehmen und halten, und war selbst noch in der Todesstunde bei klarem Verstand: wenn er zwischendurch kurz aufwachte und denen, die um ihn herumsaßen, zunickte. Essen mochte er an den letzten Tagen gar nichts mehr, und es wäre auch keiner auf die Idee gekommen, ihm etwas aufzuzwingen. Schon in den Jahren davor hatte sein Appetit mehr und mehr nachgelassen, trotzdem war er mental meist guter Dinge und zu keiner Zeit so entkräftet, dass er pflegerische Hilfe gebraucht hätte. Die meiste Zeit des Tages saß er auf seinem Platz in der großen Wohnküche der Großfamilie (4 Generationen unter einem Dach) und freute sich über jeden, der ihm Gesellschaft leistete. Seiner humorigen Weisheiten und Gesichtern wegen war er sehr beliebt, auch weil er jedem das Gefühl gab, sich über seinen Besuch sehr zu freuen. Zu seinen Weisheiten gehörten auch Kommentare wie: "Wenn ein altes Pferd (er war Pferdezüchter/-händler und Landwirt) nichts mehr frisst, dann weiß man, dass es zu Ende mit ihm geht. Bei einem alten Mann wie mir ist das genauso. Alles wird langsamer und weniger. Ich bewege mich langsamer, ich kaue langsamer, ich verdaue langsamer, ich atme langsamer - Nur das Mundwerk, geht immer noch schnell." Oft sprach er über das Sterben, aber nie in einer Weise, die dem Zuhörer unbehaglich wurde. "Das Sterben geht nicht so schnell, das braucht seine Zeit. Es ist auch nicht unangenehm, mir tut ja nichts weh. Ich kann nicht sagen, dass ich froh bin, wenn es endlich soweit ist, ein wenig unheimlich ist es schon, wenn ich daran denke. Aber ich glaube, Kinderkriegen ist schwieriger und schmerzhafter." So in dieser Art teilte er seine Empfindungen mit, und das war nicht nur dahingesagt, sondern entsprach seiner Lebenshaltung wie seiner Haltung an den letzten Tagen. "Ich brauche keinen Doktor, der soll sich um die kümmern, die noch ihr Leben vor sich haben." Ohne Krankheitsdiagnose, ohne Infusion, ohne Medikamente, ohne Katheter, ohne Windel, ohne Dekubitus, ohne Verwirrung, ohne Angst, ohne Trauer, ohne Hast trat er von dieser Bühne ab. Die letzte Sterbephase, in der er überwiegend auch im Bett gelegen hatte, dauerte nicht länger als drei Tage. Sie war gekennzeichnet von länger währenden Phasen des Schlafens, währenddessen sich der Stoffwechsel verlangsamte, bis das Herz schließlich stehen blieb.

Ich schildere diesen Fall um anzuregen, über die vergleichsweise widernatürlichen Interventionen in den Altenheimen und Krankenhäusern nachzudenken. Obschon ja jeder weiß, dass die letzte Lebensphase im Grunde eine Sterbephase ist und wir alle, ohne Ausnahme, früher oder später an diesen Punkt kommen werden, ist das Sterben selbst in den Häusern, in denen regelmäßig gestorben wird, ein Tabuthema. Diese Gesellschaft fühlt sich dem Leben verpflichtet und scheut es, über das Sterben laut nachzudenken. Diese Gesellschaft orientiert sich nicht an den Bedürfnissen der Sterbenden, es sei denn man befindet sich in der Endphase einer Krebskrankheit und hat somit ein Anrecht auf eine Sterbebegleitung durch darin geschulte Fachleute (Hospizhelfer). Bei diesen sieht man dann in der Regel auch davon ab, das Sterben durch künstliche Ernährung, Antibiotika oder andere Medikamente hinauszuzögern. Hospizbetreute dürfen dann auch, wenn sie nicht ausdrücklich etwas anderes wollen, an der nächsten Infektion, die der abwehrgeschwächte Körper nicht verkraftet, versterben. Andere Sterbende werden erst als Sterbende betrachtet, wenn sie im Lungenödem liegen, mit kaltem Schweiß auf der Stirn, spitzer Nase und anderen Zeichen unmittelbarer Todesnähe. Die meisten sterben unverhofft, unbemerkt, sie werden tot von der Nachwache oder dem Frühdienst vorgefunden. So erging es im vergangenen Jahr meinem Schwiegervater. Auch dies ein Beispiel, über das man Bände schreiben könnte, weil es charakteristisch ist für die widernatürliche Haltung im Umgang mit alten sterbenden Menschen, die man meint, wieder aufpäppeln zu müssen. In diesem Falle hat der Aufpäppelungsversuch eindeutig jedoch das Sterben beschleunigt - ungewollte, aktive Euthanasie könnte man das nennen, was hier geschehen ist:

Auch bei diesem alten Mann (er wurde immerhin 93, war nie ernsthaft krank, keinen Tag pflegebedürftig) konnte man das allmählich abnehmende Interesse an allen Dingen des Lebens sehr schön beobachten. Auch hier verliefen Verlangsamung und Reduzierung nicht abrupt, sondern kontinuierlich etwa über die letzten drei Lebensjahre. Seine noch etwas jüngere Ehefrau machte sich jedoch zunehmend Sorgen, weil er in den letzten Monaten kaum noch dazu bewegt werden konnte, etwas zu essen. Er habe keinen Hunger. Und wenn er sich dann ihr zuliebe doch etwas mehr genommen hatte, klagte er anschließend über ein unangenehmes Völlegefühl. Getrunken habe er auch nur noch ganz wenig. Der Hausarzt vermutete eine Verstopfung, vielleicht sogar einen Darmverschluss und schlug vor, ihn in die Klinik einzuweisen. Ihm war dies zwar nicht recht, aber schließlich gab er dem Drängen seiner besorgten Frau und anderer nach. Im Krankenhaus wurde er dann auf Herz und Nieren untersucht, ohne dass etwas signifikantes gefunden werden konnte. Da er immer noch nichts essen und trinken wollte, legte man ihm zunächst Infusionen, die er sich wohl im Halbschlaf mehrfach herausgezogen hatte. Außerdem sei er einmal aus dem Bett gefallen, weil er die Höhe wohl nicht richtig eingeschätzt hatte. Am 4ten Tag nach der Krankenhauseinweisung, legte man ihm eine Ernährungssonde und damit er diese nicht ziehen konnte, wurde er mit beiden Armen im Bett liegend fixiert. Außerdem hatte er jetzt ein Bettgitter. In diesem Zustand fand seine Frau ihn bei ihrem abendlichen Besuch vor. Sie war hin- und hergerissen, weil er wollte, sie mehrfach angefleht habe, sie möge ihn losbinden, die Schwestern jedoch dringend davon abrieten. In der gleichen Nacht noch erhielt sie den Anruf, mit der Mitteilung, dass ihr Mann verstorben sei. Wer ihn gekannt hat, wundert sich darüber nicht. Das war kein Mann, der Fesseln ertragen konnte oder Menschen, die über ihn bestimmten. Wäre er nicht schon so entkräftet und dem Tode nahe gewesen, hätte er das niemals zugelassen.

Für die Ärzte und Pflegenden auf internistischen Abteilungen sind solche Vorkommnisse Alltagsroutine. Niemand der dort Tätigen dürfte darüber nachgedacht haben, mit diesem Eingreifen, das ja eigentlich lebensverlängernd gedacht war, tödlichen Stress ausgelöst zu haben. Der Mann hatte ein Alter in dem man sterben darf. In solchen Fällen findet keinerlei Evaluation in Form einer ergebnisorientierten Qualitätsprüfung statt. Hierbei handelt es sich um ein Beispiel bundesweiter Krankenhausrealitäten, die den Insidern geradezu selbstverständlich erscheinen. Auch diese stehen und fallen mit dem bereits beschriebenen naturwissenschaftlich geprägten Lebensverständnis, bei dem das Hauptaugenmerk auf die Stoffwechselprozesse im Körper gerichtet ist. Wo der Kranke steht, was ihn bewegt, wird im stressigen Stationsalltag bewusst nicht registriert. "Wenn Sie nicht essen, müssen wir eine Sonde legen. Schließlich können wir Sie ja nicht verhungern lassen.", so die bis heute gebräuchliche Haltung gegenüber alten Menschen in der Endphase, sofern diese das Pech haben, ins Krankenhaus gebracht zu werden. Da wird nicht lange hin- und herüberlegt, die meisten Sonden liegen, bevor der Betroffene und seine Angehörigen überhaupt realisiert haben, was passiert. Und damit sie nicht sogleich wieder gezogen werden, muss ein nicht mehr kooperationsfähiger Patient entweder medikamentös oder mechanisch fixiert werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen dieser Art gehen nach wie vor ohne schriftliche Einverständniserklärung selbstverständlich über die Bühne. Jedenfalls in den Krankenhäusern. Entscheidend ist nicht der Wille, sondern die vermeintliche Pflicht des Arztes, das Leben des Patienten zu erhalten - durch ausreichende Ernährung und

Flüssigkeitszufuhr. So etwas kann man natürlich vornehmlich nur mit Kranken machen, die sich nicht mehr wehren, die zu allem nicken. Betreuern/ Bevollmächtigten / Angehörigen, die anders entscheiden wollen – im Sinne des Patienten – werden Mordabsichten unterstellt. Einer nonverbalen Abwehrhaltung des Kranken, seinen Versuchen, die Schläuche irgendwie zu entfernen, wird nahezu nie entsprochen. Gerade in solchen Situationen spielen sich die Ärzte zu wahren Lebensrettern auf, wähnen sich berechtigt, den Patienten zu knebeln, weil sein Leben auf dem Spiel steht und laut aktuellem wissenschaftlichen Standard eine bestimmte Menge Flüssigkeit, Nährstoffe und Kalorien pro Tag zugeführt werden müssen.

Rechtliche Grauzonen im Pflegealltag

Nicht nur Claus Füssek, auch der MDK und andere Stimmen, machen derzeit Front gegen Altenheime, weil man Menschen dort angeblich verhungern lässt. Man fordert die Einhaltung des aktuellen wissenschaftlichen Ernährungsstandards, wonach der Pflegedienst sicher stellen muss, dass jedem Pflegebedürftigen die vorgegebene Trinkmenge und Nahrungsmenge auf möglichst natürliche Weise zugeführt wird. Ich hoffe, mit den oben angeführten Beispielen deutlich gemacht zu haben, dass dies einerseits seine Berechtigung, andererseits jedoch seine notwendigen durch das Leben vorgegebenen Grenzen hat. Differenzierung wäre hier unbedingt notwendig: zwischen denen die mehr essen und trinken würden wenn sie könnten bzw. angemessene Hilfestellung erhielten und denen mit einem naturgemäß reduzierten Hunger- und Durstgefühl an der Schwelle des Erdenlebens. Derzeit zwingt man ausgerechnet jene, die das Recht haben sollten sich in Ruhe allmählich von allem zu trennen, was sie in diesem Leben (an ihrem Körper) festhält, und beschleunigt dadurch das Sterben oder verlängert den Siechtumsprozess. Hingegen müssen andere, die noch gerne Essen und Trinken würden oft warten bis endlich mal jemand kommt, der die Wasserflasche öffnet oder bemerkt, dass der Kranke gar nicht an sein Essen herankommen kann. "Ach, Sie hatten keinen Hunger..", heißt es dann nicht selten, wenn die nächste Pflegerin eine Viertelstunde später hereinkommt, um das Essenstabled wieder abzuräumen. Auch das ist Alltag, in den Krankenhäusern stärker noch als in Altenheimen. Höchst selten findet (nimmt sich) eine Pflegekraft die Zeit, einen Hilfebedürftigen zu ermuntern, selbstständig zu essen. Sich daneben zu setzen und zuzuschauen, mit kleinen Hilfestellungen, bis der Kranke mit umständlichen Bewegungen im Zeitlupentempo seinen Teller leer gelöffelt hat, das ist bei der personellen Besetzung in den meisten Einrichtungen, beim besten Willen kaum möglich. Darum ist es verständlich wenn Pflegekräfte regelmäßig schnell selbst das Besteck ergreifen, um das Essen so zügig als möglich einzugeben. Auch hier findet regelmäßig Nötigung statt. Verschluckt sich der zum schnelleren Kauen und Schlucken Genötigte häufig, manche laufen regelrecht blau an in der Anstrengung des Hustens, dauert es nicht lange bis dem Arzt nahegelegt wird, eine Sonde zu legen. So sieht in der Tat der Pflegealltag mehr denn je aus, von wenigen Ausnahmen abgesehen.

Bevor wir die Rechte der Pflegebedürftigen festlegen, sollte wir zunächst noch einmal genauer hinschauen, wo denn tatsächlich - menschlich gesehen - die häufigsten Rechtsverletzungen liegen und wo diese ihre Wurzeln haben. Niemand hätte einen Nutzen davon, wenn wir die bestehenden Rechtsverordnungen und Empfehlungen lediglich nochmals neu kategorisieren und hier und da etwas umformulieren würden.

Sinnvolle Prioritäten setzen

Nach wie vor plädiere ich dafür, handlungsorientierte Prioritäten zu setzen, anstatt lediglich theoretische Schablonen auszufüllen. Schließlich wollen wir ja mit diesem Papier Impulse geben, die eine Verbesserung der bisherigen Lage bewirken und nicht einfach nur eine Lücke unserer Rechtsbürokratie mit einem weiteren Papier auffüllen.

Betrachtet man die Gesamtsituation - dies war der Grund meiner langen Ausführungen -, muss der Prävention die höchste Priorität eingeräumt werden. Erst wenn es gelingt, den Pflegebedarf erheblich zu reduzieren, werden Kapazitäten und Mittel frei, um jedem Pflegebedürftigen die Betreuung und die Rechte gewähren zu können, die wir uns selbst wünschen würden, sollten wir in diese Lage geraten.

Priorität 2, müsste die Rehabilitation haben, womit weniger die Rehabilitation in Spezialkliniken gemeint ist, sondern die Zielrichtung aller medizinisch pflegerischer Bemühungen. Derzeit werden Krankheiten versorgt, versucht man die Defizite zu kompensieren, und in der Art wie die Kranken

versorgt werden, stehen am Ende Patientenkarrieren wie die der Frau B. Das muss nicht sein und sollte darum nicht als unabänderbar hingenommen werden!

An dritter Stelle der Prioritätenskala, stünde Begleitung in und durch schwierige Lebens-/Sterbephasen sowie Hilfestellung bei allen Verrichtungen. Letzteres ist das was die professionelle Pflege heute zu leisten versucht. Darauf hat sich ihr Aufgabenspektrum leider reduziert. Wie wir an den Beispielen sehen konnten, gelingt es derzeit nicht einmal, die elementare auf die körperliche Bedürftigkeit reduzierte Grundversorgung sicher zu stellen.

Magensonden werden gelegt, weil die Zeit für eine angemessene Hilfestellung beim Essen und Trinken nicht reicht und weil man sich nicht der Verbesserung oder wenigstens Erhaltung der Lebensqualität verpflichtet fühlen muss. Im Vordergrund steht die Aufrechterhaltung körperlicher Vitalfunktionen. Die geistig-seelische Befindlichkeit interessiert vergleichsweise wenig, sie ist nicht messbar mit den Instrumenten moderner Medizin. "HOPS" heißt es dazu in der Fachsprache, gemeint ist die neuzeitliche Alterskrankheit "HirnOrganischesPsychoSyndrom", die sich anschickt die Charts bei den Altersdiagnosen zu stürmen und die im wesentlichen den Anstieg der Pflegeproblematik mitverursacht. Denn Menschen die an HOPS leiden (Demenz und Alzheimer einbezogen), leiden allesamt am Verlust elementarer geistig-seelischer Fähigkeiten, der Fähigkeit zur Selbstpflege, der Fähigkeit sich im Leben zurecht zu finden, Regeln zu beachten und dergleichen. Es sind die seelisch-geistig erkrankten, unzurechnungsfähig gewordenen alten Menschen, durch die Angehörige und Pflegekräfte heute am stärksten belastet werden. Bei einer ursachenorientierten Herangehensweise wäre auch diese Krankheit mit Sicherheit ebenso häufig zu vermeiden, wie ein Diabetes oder ein Dekubitus vermieden werden könnte.

Es käme noch auf den ersten Versuch an.

Dieses Ziel wurde bislang nämlich noch nicht gesetzt.

Adelheid von Stösser,

den 17. Febr. 2004

Tel. 02644-3686

Mail. stoesser.standard@t-online.de

Internet: www.pflegekonzepte.de