

**Christlicher Gesundheitskongress Kassel
23. bis 25. Januar 2020**

Würde und Selbstbestimmung sichern - Blinde
Flecken in der Begleitung und Betreuung alter
Menschen – Auf dem Weg zur Sorgeskultur
25. Januar 2020, Kassel

Präsident

Ulrich Lilie
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1763
Telefax: +49 30 65211-3763
praesidialbereich@diakonie.de

Es gilt das gesprochene Wort.

**Würde und Selbstbestimmung sichern - Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung alter
Menschen – Auf dem Weg zur Sorgeskultur**

Sehr geehrte Damen und Herren,

I. Für unsere Alten

„Alt werden ist nichts für Feiglinge“, so hat es die verwegene Hollywood-Schauspielerin Mae West einmal formuliert. Und ich möchte ergänzen: „Alt werden ist auch nichts für Einzelkämpfer.“ Alt zu werden ist sowohl eine ganz persönliche und eben auch eine gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe. Alter will individuell und strukturell gelebt und gestaltet werden. Und zwar nicht erst, wenn Menschen stationäre Behandlung benötigen. Wir alle werden immer älter, Gott sei Dank, und darum heißt die richtige Frage: Wie wollen w i r alt werden?

Ich habe neulich erst einen Brief des Bezirksbürgermeisters erhalten, mit dem er mich zur Teilnahme im Seniorenbeirat einlädt... - Uns fällt wirklich noch nicht besonders viel ein bei der Beantwortung dieser Frage.

Alte Menschen sind heute in der Regel sehr fit und haben andere Pläne und Träume – und auch Potenziale. Und sie wollen sich mit all dem in das Gemeinwesen einbringen. Alte Menschen sind nicht nur gesünder, sie pflegen auch mit viel Geld ihre Hobbies, engagieren sich vielfältig ehrenamtlich, verlieben sich neu, lernen weiter, Und viele arbeiten auch noch weiter. Manche freiwillig, manche weniger freiwillig, weil ihre Renten nicht einmal die Mietkosten decken.

Diese Entwicklung hin zu einem aktiven Alter ist insgesamt wunderbar. Andererseits hat sich so auch in das älter werdende Leben die unbarmherzige Idee eingeschlichen, dass ausschließlich das fitte und selbstbestimmte Leben eines gesunden leistungsstarken Menschen als lebenswert gilt. Die Angst vor dem Alt- und Schwachwerden potenziert sich in einer Gesellschaft, die die besondere Performance genauso

idealisiert wie Jugend und Stärke. Als hätte Lebensqualität eine Mindesthaltbarkeit, ein „Best before“. Als gäbe es ein Regelverfahren, einen normierten Prozess ins Unglück, in den ein Mensch eben einsteigt, wenn er oder sie ein bestimmtes Jahrzehnt oder Lebensjahr überschritten hat. Und den man dann so lang als möglich ausblendet, oder eben abkürzt, wenn er denn eintritt. So denken heute zu viele. Und wer so denkt, für den ist dann auch der assistierte Suizid eine echte abkürzende Option.

Verehrte Damen und Herren, wenn es uns nicht gelingt, dass auch hochaltrige und kranke Menschen sich sicher sein können, bis zum Schluss ein Leben in Würde leben zu können, werden wir diese fatale Debatte in Deutschland auch wieder zu führen haben.

Es gibt keine Regelverfahren oder normierte Antworten darauf, wie ein würdiges Leben in welchem Alter auch immer auszusehen hat. Fest steht nur: In keinem Alter hört ein Mensch auf, ein selbstbestimmtes Individuum zu sein. In keinem Alter erlischt das unverlierbare Recht, als Mensch in Würde zu leben. Die Infrastrukturen und Verordnungen des Gesundheitssystems, aber auch die Kieze und Kommunen, müssen für alle Menschen lebenswert sein, auch für die Hochaltrigen, Pflegebedürftigen und Sterbenden unter uns.

Der 7. Altenbericht der Bundesregierung – unter der programmatischen Überschrift „Mitverantwortung in der Kommune – Ausbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ (2017), weist in die richtige Richtung: Um zukünftig die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen wahrzunehmen, die in den kommenden Jahrzehnten alt und sehr alt werden, braucht es ein belastbares und tragfähiges Netzwerk aus professioneller und zivilgesellschaftlicher Unterstützung in den Nachbarschaften dieser Menschen. Um selbstbestimmtes und selbstständiges Altern zu ermöglichen – durch möglichst passgenaue Begleitung und Unterstützung. Diese Nachbarschaften sehen im ländlichen Kontext anders aus als in der Großstadt, in Kassel anders als auf Hiddensee oder in Berlin.

Dieser Quartiersentwicklungsansatz fragt zunächst danach, was Ältere, Pflegebedürftige und auch sterbende Menschen mit ihren Angehörigen wollen und können, um sie orientiert an ihren Wünschen möglichst optimal und unter dem Gesichtspunkt bestmöglicher Mitgestaltungsmöglichkeiten und Teilhabe der Betroffenen zu versorgen und zu begleiten. Mit solcher Unterstützung werden wir alle möglichst lange selbstbestimmt und integriert in unserem vertrauten Wohnquartier leben und – wie es sich die allermeisten auch wünschen – dort auch sterben können. Hier wartet eine große Herausforderung und eine echte Gestaltungsaufgabe für die kommunalen Verantwortungsträger vor Ort.

II. Kirche und Diakonie mit anderen

Diese Quartiersentwicklungsarbeit sollte aber auch zu einer Kernaufgabe von Kirche und Diakonie werden. Wenn ich von Kirche und Diakonie spreche, meine ich die ganz konkreten Kirchengemeinden und Kirchenkreise und die ganz konkreten diakonischen Einrichtungen, Werke und Verbände in ihrer Nachbarschaft. Gemeinsam verfügen wir derzeit noch über ein Netzwerk an Haupt- und Ehrenamtlichen, an Gotteshäusern, Einrichtungen und Beratungsstellen, die leider auch noch viel zu oft unkoordiniert nebeneinander her agieren. Was könnte möglich werden, wenn Kirchengemeinde und Diakonische Einrichtung gezielt und gemeinsam Aufgaben für ihr Quartier, ihre Kommune übernehmen? Im „Sozialraum“ wie es etwas steril auf Fachchinesisch heißt. Man kann auch Nachbarschaft sagen. Denn wenn wir heute über „die Alten“ sprechen, geht es um uns und unsere Nachbarinnen und Nachbarn.

Im Quartier können Kirche und Diakonie mit dazu beitragen, dass die Älteren und die sehr Alten sich einbringen und verlässlich nach ihren Möglichkeiten teilhaben können. Das wäre eine Facette einer Kultur der Menschenfreundlichkeit, von der letztendlich alle im Gemeinwesen profitieren. Ganz unabhängig von ihrer Religion oder Weltanschauung. So kann, davon bin ich überzeugt, auch eine kleiner werdende diakonische Kirche Strahlkraft entfalten - sogar in einem religiös vielfältigen und gleichzeitig säkulareren Umfeld. Ich nenne das „Kirche und Diakonie mit anderen“.

III. Sorgende Gemeinschaften

Das Stichwort ist „sorgende Gemeinschaft“ oder „Caring Community“. Caring Communities sind Teil der Quartiersentwicklung aus der Sicht des Hilfesystems. In der Caring Community mit Blick auf die alten Menschen geht es darum, gemeinsam mit den Partnern in Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft zu erreichen, dass die Alten und sehr Alten so selbstbestimmt und selbstständig wie möglich alt und dann auch irgendwann vielleicht auch pflegebedürftig werden können. Damit wir alle uns weniger davor fürchten müssen, alt oder hilflos zu werden.

Das Programm der Caring Community ist keine Charity-Veranstaltung zwischen einzelnen Menschen. Sie birgt eine für viele immer noch neue Art zu denken und zu handeln, die Auswirkungen auf die Stadt- oder Quartiersplanung genauso wie den Wohnungsbau hat, auf die Neuorganisation von Gesundheitsversorgung und Pflege bis hin zum Kleinklein der Koordination von ehrenamtlichen Besuchs-, Einkaufs- und Fahrdiensten. Caring Communities bestehen aus vielen Mitwirkenden – nicht nur aus dem Bereich Medizin und Pflege. Sie gelingen dort, wo ein neues kooperatives netzwerkartiges Denken und Handeln Raum greift und Lebensräume gestaltet. Ein Denken, das den Bedarfen und Bedürfnissen der Einzelnen flexibel begegnet und individuelle Wege mitgeht. Auch hier gilt eben, wir brauchen keine Einzelkämpfer, sondern Netzwerkerinnen.

Das bedeutet auch: Mitarbeitende in Einrichtungen müssen verstärkt für sozialräumliches Arbeiten geschult werden. Es bedarf u.a. der methodischen Kenntnisse für das Beleben von Netzwerken, für den Umgang auf Augenhöhe und die Koordination von oft hochqualifizierten Freiwilligen. „Community organizing“ kann man genauso wenig wie Bürgerbeteiligung verordnen, aber ihre Ermöglichung muss in den Blick genommen und Netzwerkdenken entwickelt werden. Vernetzung und Kooperation sind – fachlich und leistungsrechtlich miteinander verwoben – von entscheidender Bedeutung: Hand in Hand sollten Kassen, Haus-Ärztinnen, Krankenhäuser, Palliativmedizinerinnen, Apotheken, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Hospizdienste, Einkaufs- und Lieferdienste, Selbsthilfe, Besuchsdienste, diakonische Träger und Kirchengemeinden daran arbeiten.

Das Kernstück aktueller Lösungsansätze im Quartier liegt in der Einbindung der Bürgerschaft. Hier sind Träger z. B. der freien Wohlfahrtspflege, aber auch andere Knotenpunkte im Netzwerk gefragt, sich gemeinsam mit den Kommunen einzusetzen, um Menschen zu befähigen, ihre eigenen Belange umzusetzen und sich im Rahmen der Quartiersentwicklung für Ältere einzusetzen. Auch hier denke ich an das Potenzial von Kirchengemeinden und diakonischen Einrichtungen.

Denn um gesund zu bleiben, auch um nicht zu vereinsamen, brauchen alte Menschen nicht nur Zugang zu komplexer gesundheitlicher Versorgung, sondern genauso zu gesellschaftlicher Teilhabe – und zwar an dem Ort, an dem sie zuhause sind. Denn auch Einsamkeit, das Nicht-mehr-Eingebundensein machen krank und Aktivierung und gute Beziehungen sind das beste Pharmakon gegen Gebrechlichkeit (Frailty).

Bereits jetzt werden an manchen Orten Elemente einer solchen „sektorenübergreifenden Versorgung“¹ in einer guten Praxis gelebt. Allerdings nur in Ansätzen und nur in einzelnen Regionen. Das muss sich ändern. Nicht nur im Interesse unserer Alten. Denn ungewolltes Alleinsein und das Herausfallen aus allen sozialen Bezügen ist keinesfalls eine dem Alter vorbehaltende Erfahrung.

IV. Hospizkultur verbessert da Leben

Wichtige Akteure im Netzwerk der Sorgenden Nachbarschaft bleiben die Senioren- und Pflegeheime. Denn auch wenn sich, wie oben skizziert, das Altern insgesamt ändert, wird die unmittelbare Zeit vor dem Tod für die meisten von uns eben doch mit umfassender Pflegebedürftigkeit verbunden sein. Auf diese

¹ Vgl.: Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen. Diakonie-Text Januar 2017.

wirklich letzte Phase des Lebens zu blicken, wird gerne vermieden. Aber auch hier besteht dringend Handlungsbedarf.

Denn immer noch verbringen sehr viele Menschen ihre letzte Lebensphase in einer stationären Pflegeeinrichtung, einem Altenheim und sterben dort auch. Und es werden mehr werden. Hochaltrige Menschen kommen heutzutage immer später, also noch älter und kränker, in die stationäre Pflege. Ihre „Verweildauern“ werden immer kürzer. Zugespitzt formuliert: Stationäre Pflegeeinrichtungen werden immer mehr zu Hospizen für Hochaltrige.

Das ist auch eine große Herausforderung für die Menschen, die in diesen Häusern arbeiten. Schätzungsweise 25 Prozent der Menschen beenden ihr Leben in einem Heim, viele von ihnen nicht begleitet von Angehörigen und Freunden. Ein noch größerer Anteil verstirbt im Krankenhaus. Oft auch allein und unbegleitet. Und das hat strukturelle Gründe.

Gestorben wird also nach wie vor oft allein – daran hat auch das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 noch zu wenig geändert. Wie das Forschungs- und Praxisprojekt „Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“² der Universität Augsburg zeigt, „hat zwar eine Bewegung hin zu einer hospizlich-palliativen Versorgung am Lebensende der Bewohner eingesetzt: also hin zu mehr Bewohnerorientierung, mehr konzeptioneller Arbeit zum Umgang mit Sterben, mehr Kooperation und Vernetzung.“³ Aber in die Fläche gebracht ist das noch keineswegs.

Es wurden zwar Konzepte erarbeitet, wie den körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen älterer Menschen in der letzten Lebensphase besser gerecht zu werden ist. Es wurden Mitarbeitende qualifiziert und Netzwerke mit ambulanten Hospizdiensten und interdisziplinären Palliativteams begründet. Allerdings eben nur punktuell und nicht flächendeckend.

Zur Umsetzung all der guten Konzepte fehlen immer noch die notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Zu oft hängt die palliative Kompetenz einer Einrichtung am Engagement einzelner Mitarbeitenden oder der Initiative einzelner Träger. Das Recht auf palliative Versorgung überall dort, wo Menschen sterben, eben nicht nur im Hospiz, sondern eben auch im Pflegeheim oder zuhause, steht immer noch auf tönernen Füßen.

Vor allem in der praktischen Umsetzung gibt es noch viel Verbesserungspotenzial. Es fehle, so die Augsburger, vor allem an der Gestaltung eines flächendeckenden Herangehensweise, die die notwendigen Ressourcen bereitstelle, Gestaltungsräume eröffne, organisatorische Unterstützung biete und Visionen für eine nachhaltige Entwicklung der Einrichtungen mit einer festen Verankerung von Hospizkultur und Palliativkompetenz präsentiere, so das Forscherteam weiter.

Außerdem, sei davon auszugehen, dass sich bei ihrer Befragung ohnehin nur die Einrichtungen beteiligt hätten, die bei der Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz initiativ geworden und weiter vorangekommen seien: Das Gros der anderen – so müssen wir unterstellen – hat sich noch nicht bewegt.

Solange das so ist, verehrte Damen und Herren, ist es trotz Rechtsanspruch, im Grunde „Glückssache“ unter welchen Umständen wir alt werden und sterben. Viel zu viele alte, sehr kranke und oft auch desorientierte Menschen werden immer noch nachts oder am Wochenende ins Krankenhaus überwiesen, weil es für die Einrichtungen der Altenpflege unmöglich ist, die medizinische und pflegerische Versorgung ihrer hochaltrigen oft multimorbiden Klientinnen und Klienten zu sichern. Stichwort: dünne Personaldecke, Stichwort: fehlendes Fachpersonal mit palliativer Kompetenz. Und viel zu oft hat der niedergelassene behandelnde Hausarzt in desillusionierter Voraussicht den entsprechen Überweisungsschein für die

² Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege. Vgl.: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

³ AaO.: Seite 9.

Bewohnerakte schon ausgefüllt. Für viel zu viele hochaltrige und desorientierte Menschen ist diese überflüssige und inhumane „Drehtürmedizin“ eine unzumutbare Belastung in ihrem letzten Lebensabschnitt. Für viele Pflegekräfte im Krankenhaus und in der stationären Pflege, die mit dieser Situation alleingelassen werden, auch.

Nur eine flächendeckende, verlässliche palliative Versorgungsstruktur, die in allen Bereichen des Gesundheitssystems integral verankert ist, schützt das Leben, seine Würde und sein Recht bis zu seinem Ende. Sie vermag die Angst vor einem schweren Sterben lindern. Das zeigen ermutigende Beispiele, etwa in Norwegen. Die palliativmedizinische Versorgung in den stationären Altenpflegeeinrichtungen muss nachhaltig verbessert und eine Hospizkultur verlässlich etabliert werden.

V. Gemeinsam handeln

Ich wünsche mir mutige Teamplayer in den Trägern und Einrichtungen, in den Wohlfahrtsverbänden, in den Quartieren und Kommunen und in der Politik, die sich dafür einsetzen, dass die palliative Sorge am Lebensende eine Selbstverständlichkeit wird – wie die Geburtshilfe am Lebensbeginn. Der Einsatz dafür, um Mae West noch einmal zu zitieren, ist auch nichts für Feiglinge.

Ich danke Ihnen.