

Gemeinsame Verantwortung für Teilhabe

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Referat im Rahmen der Interdisziplinären Konferenz der BUKO QS zur Qualitätsentwicklung in der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft am 30./31.3.2006 in Potsdam

Neben der Menschenwürde als übergeordnet bindende Norm entfalten die Grundrechte, insbesondere der Gleichheitssatz, das System der Freiheitsrechte sowie der Schutz von Leben und Gesundheit ethisch-moralische und rechtliche Maßstäbe für die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen.

Die Gleichheitssätze, insbesondere das Benachteiligungsverbot, sichern pflegebedürftigen Menschen rechtliche und soziale Gleichheit. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe sowie die Beseitigung von Benachteiligungen. Auf dem System der Freiheitsrechte basiert u.a. die Zielsetzung – und zugleich Verpflichtung – der Pflegeversicherung, Pflegebedürftigen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Selbstbestimmung und selbstbestimmte Lebensführung sind jedoch nicht nur eine Frage rechtlicher Freiheit, d.h., der Anerkennung als Rechtsperson und der Tragweite der Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten. Selbstbestimmung ist vielmehr gerade für pflegebedürftige Menschen davon abhängig, ob sie die tatsächlichen Voraussetzungen zur Freiheitsausübung haben und ob diese in ihrer Lebenssituation verwirklicht werden können¹. Selbstbestimmung ist insbesondere die reale Möglichkeit, mit eigener Stimme zu sprechen, Freiheiten auszuüben und Entscheidungen zu treffen, mit denen das Leben kurzfristig und langfristig gestaltet wird.

Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ zitiert in ihrem Schlussbericht Ruth Schröck², wonach „Pflege eine helfende und unterstützende Tat (ist), die primär darin besteht, dem Pflegebedürftigen bei seinen alltäglichen Aufgaben, die ein Erwachsener innerhalb seiner Kulturgeellschaft normalerweise selbständig und unabhängig und in kompetenter Weise erfüllen kann, beizustehen.“ Neben der Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sei es „Aufgabe der Pflege, ihm in entsprechender Weise beizustehen, z. B. ihm u.a. bei der Aufrechterhaltung seiner menschlichen Beziehungen oder deren Wiederherstellung, dem Erhalten von Eindrücken um aktiv zu bleiben, arbeiten zu können, sich zu entspannen und zu erholen, auch bei der Ausübung seiner religiösen Neigungen, beim Lernen und Entdecken, bei der Wahrung seiner sozialen Rolle und seiner Verpflichtung gegenüber seiner Familie, Freunden und der Gemeinschaft zu helfen“. Damit wird der Pflege die Aufgabe zugewiesen, die umfassende Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft sicher zu stellen.

Die Sicherung der gleichberechtigten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft kann von der Pflege allein nicht bewältigt werden. Sie erfordert die Beteiligung von Akteuren ganz unterschiedlicher Profession und Kompetenz sowie Hilfen zu ganz unterschiedlichen Lebensbereichen und Leistungen mit unterschiedlicher Zielsetzung und Finanzierung aus dem gesamten Sozialrecht. Es handelt sich deshalb um eine multi- und interdisziplinäre Aufgabenstellung, die von den beteiligten Akteuren in gemeinsamer Verantwortung wahrzunehmen ist.

Gleichberechtigte Teilhabe ist als besondere Kategorie und Ziel der Gesetzgebung bereits durch den Behindertenbegriff im Recht (SGB IX) vorgegeben. Teilhabe ist ein unmittelbarer Aspekt der Freiheit selbst. Teilhabe wird im System der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Einbezogenheit in eine Lebenssituation definiert. Die ICF benennt neun Bereiche

¹ Felix Welti (2005), Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 496 ff, Mohr Siebeck, Tübingen

² Landtag Nordrhein-Westfalen (2005), Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, S. 25,26; Schröck 1998: 84ff

der Teilhabe: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktion und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Die ICF klassifiziert die Beeinträchtigung der Teilhabe durch den beeinträchtigten pflegebedürftigen Menschen, die Art der Beeinträchtigung und die beeinträchtigte Lebenssituation.

Pflegebedürftigkeit ist danach das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung: Zwischen der Person mit ihrem Gesundheits-/Pflegeproblem auf der einen Seite und den Kontextfaktoren (Umfeld, gesellschaftliche Barrieren u.a.) auf der anderen Seite. Beide Aspekte wirken sich auf ihre Funktionsfähigkeit, d.h., auf die Integrität der Funktionen oder Strukturen des Organismus, die danach noch möglichen Aktivitäten der pflegebedürftigen Person und/oder deren Partizipation an Lebensbereichen aus.

Pflegebedürftigkeit wird – indiziert durch gesundheitliche Beeinträchtigungen - bisher immer noch vorwiegend als Hilfesituation mit großer Nähe zur medizinischen Versorgung verstanden. Dieses Synonym hat durch das Pflegeversicherungsgesetz mit seiner medizinisch-pflegerischen Gewichtung eher noch an Bedeutung gewonnen. Dies ist auch eine der Ursachen dafür, den Hilfebedarf pflegebedürftiger Menschen und die Hilfen/Leistungen/Angebote dazu weitgehend auf den Leistungskontext des Pflegeversicherungsgesetzes zu reduzieren. Pflegebedürftigkeit ist jedoch immer auch eine besonders schwere Form der Behinderung³. Pflegebedürftige Menschen sind deshalb immer auch behindert, da sie stets wegen einer gesundheitlichen Störung in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind. Sozialrechtlich gesehen reduziert sich der Anspruch auf soziale Hilfen und Leistungen pflegebedürftiger Menschen nicht auf das Pflegeversicherungsgesetz, sondern kann inter- und multidisziplinär durch eine Vielzahl von Gesetzen des Sozialrechts (SGB V, VII; VIII, IX, XI und XII; BVG u.a.) begründet sein, je nachdem, welche Art der Teilhabebeeinträchtigung den Hilfebedarf verursacht (z.B. Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Integrität – SGB V u. XI; Beeinträchtigung der sozialen Integrität – SGB IX; Beeinträchtigung der Aktivitäten und Leistungen – SGB IX, XI und XII usw.).

Die Vermeidung, Minderung oder Aufhebung von Pflegebedürftigkeit ist im SGB IX als eigenständiger Auftrag der Rehabilitationsträger genannt, dem ein verbindlicher Vorrang zukommt. Dazu dienen nicht nur die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschl. der auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auszurichtenden Hilfsmittel, sondern auch die spezifischen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wie z.B. die Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen.

Die Beschäftigung mit Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung darf sich deshalb nicht auf die Aspekte medizinisch-pflegerischer Versorgung beschränken, sondern muss aus ethischen, verfassungs- und sozialrechtlichen Gründen ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als umfassende, inter- und multidisziplinäre Aufgabe wahrnehmen. Dies erfordert, künftig in das pflegepolitische und pflegerische Handeln die sich aus der Selbstbestimmung und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen ergebenden Anforderungen gleichgewichtig einzubeziehen.

Die Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständiger Lebensführung liegen auf einer kategorial anderen Ebene als medizinische oder pflegefachliche Aufgabenstellungen, wie z.B. Dekubitusprophylaxe, Hautpflege oder Schmerzbewältigung. Während es dort vor allem um instrumentelle und verfahrenstechnische Handlungen auf wissenschaftlich begründeter Grundlage geht, spielen bei Selbstbestimmung und Teilhabe ethisch-normative und politische, lebensweltliche und biografische Gesichtspunkte eine entscheidende Rolle. Selbstbestimmung und Teilhabe sind Momente einer ganzheitlich zu erschließenden Lebenspraxis, in der sich Lebensentwürfe und individuelle Identität ausdrücken.

³ Klie, ZSR 2004, S. 502, 507; Welti aaO S. 53

Selbstbestimmung sowie Art und Umfang von Teilhabe können nicht von außen normiert werden. Selbstbestimmung und Teilhabe sind u.a. dadurch gekennzeichnet, dass spontane Lebensäußerungen und persönliche Lebensführung als elementares Recht auch gegen Konventionen und Organisationsroutinen, ggf. auch gegen fachlichen Rat zur Geltung gebracht werden können. Daraus folgt, dass Selbstbestimmung und Teilhabe ebenso wenig wie Mitverantwortung verordnet werden können, auch wenn sie gesellschaftlich erwünschte Verhaltensweisen darstellen. Pflege oder Assistenz bei Erwachsenen darf auch nicht als Erziehungsaufgabe wirken, zumal gerade stationäre Einrichtungen ohnehin weitreichende und eher problematische Sozialisierungseffekte erzeugen.

Anstelle des Sollens, tritt das Können als selbstgewählte Möglichkeit. D.h., der Betroffene entscheidet selbst, dass und wie er seine vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen einsetzen will. Aufgabe der Fachkräfte ist es, den Betroffenen bei diesem Entscheidungsprozess zu unterstützen. Weil mit dem Angewiesensein auf Fremdhilfe unvermeidliche Abhängigkeit und besonders im organisatorischen und professionellen Umfeld Machtungleichgewichte folgen, müssen institutionelle und im Pflegealltag selbstverständlich verankerte Beteiligungsformen sowie reale Einflussmöglichkeiten eingelöst werden. Auf eine kurze Formel gebracht: *selbst bestimmt ist der, der sich selbst bestimmt!*⁴

Bei Selbstbestimmung und Teilhabe geht es um die Erschließung von subjektiven Wünschen und Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen im kommunikativen Austausch und in konkreten, auch konfliktbesetzten Aushandlungsprozessen. Zentral geht es um einen *Blickwechsel* aller Akteure und Beteiligten, der

- die Situation des pflegebedürftigen Anderen aus seiner subjektiven und nur interpretativ begrenzt erschließbaren Lebensperspektive wahrnimmt,
- seine Expertise in eigener Sache anerkennt und seine Bedürfnisse ernst nimmt,
- auch pflegetechnische Interventionen nur als Teil einer mit Behinderung, chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen eigenen Lebenspraxis versteht: Sie können nicht „am“ Patienten/Pflegebedürftigen erbracht werden, sondern sind auf *Ko-Produktion* angewiesen.

Das Selbstverständnis praktizierter Selbstbestimmung und gelebter Teilhabe erfordert die Entwicklung präziser Assessmentverfahren zur Ermittlung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen bzw. deren Fehlen als Voraussetzung für Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung. Methodisch verbesserte Assessmentinstrumente bilden die Voraussetzung zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung.

Mit Blick auf den angestrebten *Blickwechsel* liegt der Fokus für die Formulierung von Qualitätsniveaus zur Teilhabe pflegebedürftiger Menschen bei den *Schlüsselakteuren*, d.s. Träger der Einrichtungen und verantwortliche Mitarbeiter. Für die Verbesserung von Teilhabe und Selbstbestimmung in Pflegeeinrichtungen sind *die Einbeziehung aller Akteure, vor allem der Betroffenen*, die Veränderung eingeschliffrer Haltungen, Routinen und Interaktionsformen der Fachkräfte von entscheidender Bedeutung. Es geht um die Schaffung veränderter Blickwinkel, Rahmenbedingungen und Selbstverständnisse, d.h., der *Ermöglichung* und das situationsgerechte *Aushandeln* individuell passender Arrangements für Selbstbestimmung und Teilhabe. Auf eine kurze Formel gebracht: nicht *für*, nicht *am*, nicht *ohne*, sondern *mit* den Betroffenen - und das in gemeinsamer Verantwortung aller Akteure.

⁴ Ernst von Kardorff (2006), Gewährleistung von Aspekten persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf (Projekt Q 3), Schwerpunkt: Soziale Teilhabe, Selbstbestimmung und persönliche Lebensführung bei Assistenz, Betreuung, Begleitung und Pflege von Menschen mit Behinderungen.