

Lebensqualität in Europa – Gesundheit, Glück und Leid

Was Glück sei, treibt die Gedanken der Menschen schon lange um, manche Philosophen wie Max Horkheimer hielten es für eine Tatsache, die keiner eigenen Begründung oder gar Rechtfertigung bedarf. Dem Alltagsverständnis ergeht es ebenso. Lucius A. Seneca (genannt Seneca der Jüngere) war der Meinung, dass Glück die Fähigkeit zur Freundschaft mit sich und anderen spende, allerdings war er auch dafür, seine Freunde auf Distanz zu halten. Darauf kommen wir weiter unten beim Konzept des Sozialkapitals in einer anderen Begrifflichkeit zu sprechen. Aus einer Sicht, die mehr mit der Frage zu tun hat, wie Glück überhaupt erforscht werden könnte, ist es eine »unmögliche Frage«, weil sie an Kompliziertheit kaum zu übertreffen ist. Ist Glück eigentlich eine rein persönliche Angelegenheit und dadurch »nicht fassbar«, oder gibt es allgemeine Möglichkeiten der Bestimmung? Ein wenig erinnert die Frage an jene des Augustinus, was die Zeit sei, auf die er antwortete, solange man ihn nicht danach frage, wisse er es. Nachdem die Beschäftigung mit dem Glück seit jeher eine Angelegenheit der Philosophie und der Theologie war, mutet es fast ein wenig »abwegig« an, wie Robert Hettlage es nennt, aus soziologischer Denkweise die Argumentationslage noch zu erweitern (Hettlage 2002: 130). Doch versuchen wir es.

7.1 Mittendrin beginnen – im Pflegeheim

Ernst Bloch, der Philosoph, der »Das Prinzip Hoffnung« geschrieben hat, meinte einmal sinngemäß: Bei jedem schwierigen Problem, das es zu lösen gelte, sei es am besten, mitten drin zu beginnen und sich ihm nicht künstlich von außen zu nähern. Wir versuchen es hier mit einer sehr speziellen Frage. Wie lassen sich Glück und Zufriedenheit, wie lassen sich die tiefen Gefühle und Erfahrungen von Geborgenheit, Selbstwert, Vertrauen und Sinn bei Menschen bestimmen, die in einem Geriatriezentrum leben, die geistig verändert, mehr oder weniger dement sind? Woran kann Glück festgemacht werden, wenn die Gesundheit beschädigt ist, der Kreis der Familie und der Verwandtschaft außerhalb des Heimes lebt, wenn der persönliche Bewegungsraum eingeschränkt ist und die Vergangen-

heit im Leben wichtiger wird als die Zukunft, das Essen vielleicht wichtiger als das Gespräch? Macht es Sinn, von Glück zu sprechen angesichts der Erfahrung, dass in den Medien immer wieder sogenannte Pflegeskandale auftauchen, dass Heime oft ein schlechtes Bild in der Öffentlichkeit haben, Menschen, wenn sie älter werden, nur mit Widerstreben daran denken »in ein Heim zu müssen«?

In den Sozialwissenschaften hat sich in den letzten Jahren, unterstützt durch eine Initiative der Weltbank und der OECD, die das »Messen« von Sozialkapital im Auge hat, ein Instrumentarium entwickelt, das hier einschlägig ist.¹⁸ Es lassen sich die Wirkungen von sozialen Kontakten und von Emotionen, von Maßnahmen, welche die Gemeinschaft stärken, von menschlicher Zuwendung und sinnvollem Tun ganz gut bestimmen, wenn zwischen den Ebenen der einzelnen Person, jener der sozialen Netzwerke und zuletzt jener der größeren (Glaubens- aber auch Gesinnungs-)Gemeinschaft klug unterschieden wird. Alle drei zusammen bilden in ihren Wechselwirkungen die Vorstellung von »Sozialkapital«, wobei der Begriff mit der älteren Idee des Humankapitals aus der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die sich auf die in der Arbeit verwertbare Kraft und Fähigkeit richtete, nichts mehr zu tun hat. Die zentrale These lautet, dass das Ergebnis aus menschlichen Nahebeziehungen, freundlichen Kontakten und Gemeinschaftserleben, und zwar abhängig von der Intensität oder »Wärme«, der Häufigkeit und der Dauer, den Wert des Sozialkapitals stiftet und Glück und Lebenstüchtigkeit steigert – selbst unter eingeschränkten Lebensbedingungen. Seit Langem ist bekannt, dass für die Älteren ganz allgemein funktionierende soziale Netzwerke zur wichtigsten Daseinsausstattung gehören. Doch ist das in Pflegeheimen auch der Fall?

Wird solche Forschung nun in einem Geriatriezentrum oder in einem Pflegeheim betrieben, so hat sie nur noch wenig mit den Lebensumständen in der privaten Wohnung zu tun, es ist auf viele Besonderheiten Bedacht zu nehmen, eben die »Lebenswelt Heim«. Nicht alle Menschen können dort die Fragen eines Interviews beantworten, manche sind desorientiert und nicht ansprechbar, andere ermüden sehr schnell und brechen Interviews ab. Wieder andere laufen anscheinend ziellos umher, schlafen während des Gesprächs ein oder finden den Weg zur Toilette nicht. Es müssen also auch spezifische Situationen beobachtet werden, und es muss das Personal befragt werden, manchmal auch die Angehörigen. Nur das ganze Bild gibt einen guten Überblick. Dann aber stellt sich klare Übersicht ein. Auch im Geriatriezentrum sind soziale Beziehungen das Um und Auf. Die persönliche soziale Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wird durch die Kontakte zu anderen aus dieser Gruppe dominiert; die Beziehungen zum Personal spielen in diesem Fall die zweite Geige. Das Wohlbefinden im ganzen

Haus, sozusagen das Milieu des gesamten Zentrums, wird eindeutig durch die Beziehungen zum Personal bestimmt, nun rücken die Kontakte zu den anderen betreuten Personen an die zweite Stelle. Freundliches Begegnen, Grüßen, Geduld haben und sich Zeit nehmen spielen hier eine wichtige Rolle. Besuche von außen haben insgesamt eine geringere Wirkung, wenn es nicht um regelmäßige »Betreuung« durch Nahestehende geht – auch muss daran gedacht werden, dass nur ein Teil der Menschen im Heim »fleißig« besucht wird (Gehmacher 2009).

Solche Forschung hat einen eminent praktischen Bezug, mit den Ergebnissen sollen ja Begründungen für Veränderungen gefunden werden. Also wenden wir uns den »Problemen« zu. Nahebeziehungen der gewohnten Art mit Menschen aus der Familie, mit Freunden oder Nachbarn durch häufige und lange Besuche aufrechtzuerhalten, stößt schnell an Grenzen. In dieser Hinsicht ist das Sozialkapital in den meisten Fällen mangelhaft und kann fast nie durch enge Beziehungen im Haus vertreten werden. Deshalb ist die Klage über den mangelnden Besuch der Kinder oder der Enkel Dauerthema und zeugt von erlebter Benachteiligung und Verstörung. Da helfen auch Besuchsdienste wenig. Gutes und entsprechend geschultes Personal vermag viel, vor allem, wenn es persönliche Zuwendung und Aufmerksamkeit, Sympathie und emotional warmen Kontakt zu vermitteln imstande ist. In manchen Untersuchungen wird dafür das Konzept der »Empathie« eingesetzt. Dass diese Zuwendung eine Selbstverständlichkeit sein sollte, gilt gerade bei Einschränkungen durch Behinderung und Demenz besonders, wird aber nicht immer erfüllt. Arbeitsbedingungen hinderlicher Art, veraltete Pflegemodelle, aber auch mangelnde Qualifikation und Arbeit nach Routine sind hier oft die Gründe. Aus der Sicht des Konzepts Sozialkapital ist diese Frage geradezu eine Drehscheibe von Einsichten. Solche Zuwendungen, von beiden Seiten, sind über den Beziehungsaspekt als Identifikationsmöglichkeit eingebettet in die größere soziale Gemeinschaft, also die dritte Ebene des Sozialkapitals. Auch schwer beeinträchtigte Menschen können in diesem Zusammenhang ein erstaunliches Maß an emotionalem Sinngefühl und Selbstwert-Freude bewahren (Gehmacher 2009: 14).

Diese Ergebnisse haben mit Lebensqualität zu tun, Lebensqualität im Pflegeheim. Hier gibt es auch andere Überlegungen, die nicht allein in Begriffen des Sozialkapitals ausgedrückt, sondern anders konzipiert werden. Da geht es z. B. um Fragen, wie es um die Autonomie und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner bestellt ist, ob sie erleben, dass ihnen Empathie entgegengebracht wird, ob ihre Privatheit gewährleistet wird und wie sicher sie sich fühlen, und schließlich, ob sie Akzeptanz erleben (Lang, Löger, Amann 2007: 115). Empirischen Ergebnissen zufolge ist Autonomie der zentrale Faktor für die erlebte

Lebensqualität. Akzeptanz durch die anderen Bewohnerinnen und Bewohner stellt einen zweiten Faktor dar, der sich interessanterweise in jenen Situationen im Heim besonders bemerkbar macht, in denen es um Essen und die nähere soziale Umgebung geht. Der dritte in der Reihenfolge ist die erlebte Empathie der pflegenden Personen, und diese kommt wieder besonders in Situationen zum Tragen, in denen Pflege- und Hilftarbeit geleistet wird. Werden die einzelnen Faktoren zueinander in Beziehung gebracht, so stellen Autonomie und Empathie die beiden Leitlichter dar. Das deckt sich z. T. wieder mit den Resultaten aus der Perspektive des Sozialkapitals. Die erlebte Lebensqualität ist also äußerst vielschichtig bedingt, einen oder auch zwei kausale Gründe gibt es nicht, es ist immer ein ganzes Geflecht an Bedingungen, die eine Rolle spielen.

Das Wohlbefinden, sowohl ganz allgemein als auch in den Bereichen der Empathie und der Akzeptanz, nimmt mit steigenden Schwierigkeiten, sich zu bewegen und mobil zu sein, rapide ab. In anderen Worten: Die Lebensqualität, gemessen am subjektiven Erleben der Zuneigung und Wärme durch andere und am subjektiv erlebten Akzeptiertwerden, wird geringer, wenn gesundheitliche Veränderungen es schwerer machen, sich im sozialen Raum zu bewegen. Hier könnte eine Vorstellung, die sowohl in der Alltagserfahrung wie in der Forschung gilt, herangezogen werden: Wenn die Gesundheit sich verändert, dann verändert sich fast alles andere auch. Nie kommt es aber vor, wenn in solchen Untersuchungen Pflegeheime verglichen werden, dass die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in einem Heim zur Gänze schlechter wäre als in anderen Heimen. Einmal sind die Werte für Autonomie, Empathie und Akzeptanz hoch, jene für Privatheit und Sicherheit niedrig, im anderen Fall kann sich das Bild wieder völlig umkehren. Dies trifft sogar auf einzelne Stationen oder Abteilungen innerhalb eines Pflegeheimes zu, wenn sie einem Vergleich unterzogen werden (Lang, Löger, Amann 2007: 112).

Es gibt wohl kaum einen anderen sozialen Ort als das Pflegeheim, bei dem es den meisten unter uns schwerfällt, sich Vorstellungen über Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück zu machen. Mit diesen Wörtern verbinden sich ja auch tiefe Gefühle von Geborgenheit, Selbstwert, Vertrauen und Sinn. Mit dem Pflegeheim aber assoziieren wir Menschen, die geistig verändert, mehr oder weniger dement und inkontinent sind. Ihre Gesundheit ist beschädigt, Familie und Verwandtschaft sind fern, sie wohnen möglicherweise eine Autowegstrecke von einer Stunde entfernt, der persönliche Bewegungsraum ist eingeschränkt und die Vergangenheit ist im Leben wichtiger geworden, als es die Zukunft ist. Das Denken konzentriert sich auf das Essen, nicht auf Gespräche. Auch wenn