



MMS Bulletin #131

Globale Gesundheit - globale Krankenpflege

Die Pflege alter Menschen in Zeiten der Austerität
Gegenseitiges Lernen statt Sozialromantik

Von Samuel Vögeli

Weltweit steigt die Lebenserwartung. Wer wird sich in Zukunft um die zunehmende Zahl von alten pflegebedürftigen Menschen kümmern? Immer lauter werden die Stimmen, welche fordern, dass die entwickelten Länder Modelle der Altenpflege von Ländern mit tiefem und mittlerem Einkommen übernehmen sollten. Also weg von der professionellen Pflege, hin zu einer Betreuung durch das informelle Umfeld?



Flashmob Pflege am Boden (Photo: Matthias Schaeffgen/flickr)

In der Diskussion, wie in Zukunft die zunehmende Zahl von pflegebedürftigen alten Menschen betreut und gepflegt werden könnte und sollte, wird immer häufiger und lautstarker die Forderung vorgebracht, sich in der westlichen, sogenannten entwickelten Welt ein Vorbild an ärmeren Ländern zu nehmen, welche effizientere, menschlichere und nachhaltigere Modelle der Altenpflege leben würden. So hat kürzlich der mit einer Chinesin verheiratete britische Gesundheitsminister, Jeremy Hunt, an seine Landsleute appelliert, die asiatische Kultur der Altenpflege zu übernehmen. In diesen Ländern sei der Generationenvertrag noch viel stärker wirksam und das Pflegeheim, wenn überhaupt, die allerletzte Option (Butler, 2013).

„For the still-nascent field of global health to advance, we must embrace two-way learning; after all, we live in one world, not three.“ (Binagwaho, et al., 2013)

Auch am Geneva Health Forum 2014 war das Lernen von Entwicklungsländern ein Thema anlässlich einer Debatte über das Konzept *Reverse Innovation*. Neben der Kontroverse über die Brauchbarkeit und politische Korrektheit des Begriffs schienen sich die Debattierenden grundsätzlich einig zu sein, dass Innovationen in Gesundheitssystemen nicht nur von reichen zu armen Ländern, sondern ebenso auch umgekehrt bewegen können und dass der Beitrag von Entwicklungsländern an den medizinischen Fortschritt stärker gewürdigt werden sollte.

Im Folgenden möchte ich versuchen, die Chancen und Risiken der Übernahme von Versorgungsmodellen in der Altenpflege aus anderen Gesundheitssystemen mit unterschiedlichen kulturellen, ökonomischen und politischen Hintergründen aufzeigen und begründen, weshalb Pflegende dabei eine zentrale Rolle spielen.

Dieser Essay beruht auf der Debatte um das Konzept *Reverse Innovation* am Geneva Health Forum 2014, welcher der Autor beigewohnt hat, auf einer Literaturrecherche zum Thema „Lernen von Modellen der Altenpflege aus Entwicklungs- und Schwellenländern“, sowie auf persönlichen Erfahrungen des Autors in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.

Ausgangslage

„Von 1990 bis 2020 wird sich der Anteil der ältesten Bevölkerung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen um 200%, verglichen mit 68% in Ländern mit hohem Einkommen, vergrößert haben.“ (Weltzheimerbericht 2009, pdf) Dies wird sich auch dahingehend auswirken, dass chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel aufgrund Demenz, immer häufiger werden. So geht der Weltzheimerbericht 2009 davon aus, dass in den nächsten zwanzig Jahren die Prävalenz von Demenz in Europa um 40% zunehmen wird. Noch wesentlich stärker wird die Zahl demenzkranker Menschen in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens steigen.

Gleichzeitig verschiebt sich das zahlenmässige Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Menschen immer mehr hin zu den Letzteren (Becker, 2012). Dies wirft die Frage auf, wer in Zukunft die Pflege und Betreuung alter Menschen leisten und finanzieren wird. Schon jetzt besteht in vielen Ländern ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal (ICN, 2014). Dazu kommt, dass die langfristige Finanzierbarkeit der professionellen Altenpflege auch in reichen Ländern immer mehr in Frage gestellt wird (Dörner, 2010). Daraus folgern Manche, dass nun dringend neue Modelle der Pflege alter Menschen gefunden werden müssten, welche weniger auf monetär vergüteten Leistungen basierten als heute. Da der überwiegende Teil der direkten Kosten für die Altenpflege im stationären Bereich anfällt (Ecoplan, 2010, pdf), werden eine Deinstitutionalisierung und – kompensatorisch dazu – eine erhebliche Verstärkung des zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Engagements gefordert (Dörner, 2010; Gronemeyer, 2013; Klie, 2014).

Es ist wohl nicht ganz zufällig, dass gleichzeitig zu dieser Forderung auch vermehrt die Vorzüge und Schönheiten von Nachbarschaftshilfe und informeller Unterstützung gegenüber der unpersönlichen professionellen Dienstleistung und der kalten Grossinstitution hervorgehoben

werden. Der deutsche Psychiater Klaus Dörner etwa ist überzeugt, dass die Integration alter, pflegebedürftiger Menschen in die Gemeinschaften nicht nur für die Betroffenen ein Gewinn ist, sondern für die ganze Gemeinschaft: „Wenn ihr uns Demente und anders Pflegebedürftige wieder zu eurem Gemeinwesen zählt, das Altern und Sterben wieder resozialisiert, schenken wir euch dafür ein Menschenbild, das vollständiger ist als das der Moderne.“ (Dörner, 2010, S. 17) Der Theologe und Soziologe Reimer Gronemeyer spricht im Zusammenhang mit Pflegeheimen und Demenzdörfern gar von „sozialer Euthanasie“ und konstatiert: „Die radikal Unbrauchbaren werden räumlich zusammengefasst, um sie, die Ausgegrenzten, so gut wie möglich zu versorgen.“ (Gronemeyer, 2013, S. 187)

Um die Erwünschtheit von Deinstitutionalisierung und stärkeren informellen Hilfs- und Unterstützungsnetzwerken zu bekräftigen, wird häufig auf das Vorbild von Entwicklungs- und Schwellenländer verwiesen, wo die Fürsorge und der Respekt gegenüber älteren Menschen noch viel ausgeprägter sei, als in den westlichen, industrialisierten Ländern (Gronemeyer, 2013; Scherf, 2013). Vor allem der familiäre Zusammenhalt sei dort noch viel stärker als hier und einen älteren Menschen in ein Pflegeheim abzuschicken, gelte als grausam und würdelos. Im Jahr 2006 zeigte das Schweizer Fernsehen den Dokumentarfilm „Der Lauf des Lebens“ über den NGO-Mitarbeiter Martin Woodtli, welcher seine demenzkranke Mutter nach Thailand holte, wo er lebte und arbeitete, und sie von einheimischen Frauen betreuen liess. Die Reaktionen darauf waren gemischt, doch man schien sich weitherum einig zu sein, dass diese thailändischen Betreuerinnen doch sehr viel liebevoller und wertschätzender mit der alten, dementen Dame umgingen, als dies in Schweizer Pflegeheimen die Regel sei (Woodtli, 2013, S. 107).

Die Debatte

Appelle, sich Entwicklungsländer zum Vorbild zu nehmen und von ihnen zu lernen, sind aber weit über den Bereich der Altenpflege hinaus im Trend. Die Brisanz des Themas zeigte sich auch in einer Debatte über das Konzept Reverse Innovation am Geneva Health Forum 2014 (GHF). Der Begriff wurde ursprünglich von Topökonomen und Managern der multinationalen Konzerne General Electric und PepsiCo eingeführt und bezeichnet ein Geschäftsmodell, bei welchem aus Innovationen, die in Entwicklungs- und Schwellenländer kreiert wurden, auf dem Weltmarkt, also auch in Industrieländern, Profit geschlagen wird (Govindarajan & Trimble, 2012).

An der GHF-Debatte wichen die Befürworter des Konzeptes von der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes insofern ab, als sie das Element des Profitmachens verwarfen und dafür betonten, dass die Industrieländer viel von den Entwicklungs- und Schwellenländern lernen könnten und in der Vergangenheit auch schon viel gelernt hätten. Mit dem Begriff Reverse Innovation werde diese Tatsache endlich gewürdigt und der eurozentrischen und paternalistischen Vorstellung, weltweite Innovation geschehe nur im globalen Norden, entgegengehalten. Dies bewirke auch eine zumindest ideelle Stärkung der Position des globalen Südens innerhalb des internationalen Austausches von Ideen und Technologien.

Die Gegner kritisierten den Begriff hauptsächlich deshalb, weil er suggeriere, dass Innovationen, welche in Entwicklungs- und Schwellenländern generiert worden waren und dann von Industrieländern übernommen wurden, etwas Neuartiges und Ungewöhnliches seien. Zudem bezweifelten sie, dass ein Begriff, welcher in parasitärer Absicht im Big Business eingeführt wurde und der Strategie Vorschub leisten sollte, Ideen von Entwicklungs- und Schwellenländern zu klauen und sich damit zu bereichern, für den Global-Health-Diskurs von Nutzen sein könnte.

Einigen konnten sich die Parteien der Debatte aber darauf, dass der Wert und die Bedeutung von Innovationen aus den Entwicklungs- und Schwellenländern für die Industrieländer stärker gewürdigt werden müssten. Es wurde auch vorgeschlagen, statt von Reverse Innovation, von Mutual Innovation zu sprechen, also zu betonen, dass alle Länder und Erdteile mit- und voneinander lernen können und sollten.

Und wen kümmern die Alten?

Wie steht es aber nun mit Reverse Innovation bei der Pflege und Betreuung von alten Menschen? Ausser den Apellen von neoliberalen Politikern und kommunitaristischen Ethikern: gibt es konkrete Beispiele, in denen Modelle von Altenpflege in Entwicklungsländern im globalen Norden adaptiert wurden? Und mit welchem Erfolg? Eine Literaturrecherche ergab keine überzeugenden Ergebnisse. Zwar gibt es Beispiele von Übernahme von Grundversorgungsmodellen, wie etwa der Einsatz von Community Health Workers in Brasilien, welcher nun auch in Nord Wales, einer von Grossbritanniens kaputt gesparten Regionen (Drakeford, 2012), getestet wird (Johnson, et al., 2013). In diesen Projekten werden aber einige der besonders belastenden, tabuisierten und stigmatisierenden Phänomene des hohen Alters, namentlich Demenz oder Depression, nicht explizit erwähnt. Es wird folglich nicht deutlich, wie mit diesen enormen Herausforderungen umgegangen wird.

Dagegen gibt es Berichte zur tatsächlichen Situation von alten, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in Entwicklungsländern, welche das schöne Bild eines wertschätzenden, würde- und respektvollen Umgangs mit älteren Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern sehr in Frage stellen. So antwortete The Lancet im Editorial der März-Ausgabe 2014 auf den schon eingangs erwähnten Apell des britischen Gesundheitsministers Hunt und stellte einige Dinge klar. In China zeigten 40% der älteren Menschen Depressionssymptome und 23% lebten unter der Armutsgrenze. Die Tradition, dass Kinder und Enkel die älteren Menschen betreuen, sei am verschwinden, weil durch die Ein-Kind-Politik und die massive Verstärkung diese sozialen Netze aufgelöst würden ("Global elderly care in crisis," 2014). Hans Schattle, Professor für Politologie an der Yonsei Universität in Seoul, Süd-Korea, wurde in The Guardian vom 18. Oktober 2013 noch deutlicher: „I've been struck by frightening poverty among older people whose living conditions are miserable. It's a sad irony that for all the supposed emphasis on respecting elders in Confucian societies, so many of them across Asia live in a state barely better than completely neglected.”(Schattle, 2013)

Können und sollen die Industrieländer bezüglich der Altenpflege also gar nichts lernen von

Entwicklungs- und Schwellenländer? Die Antwort liegt wohl irgendwo zwischen den Extremen der Romantisierung und der Skandalisierung. Vor allem ist es abwägig und ein Ding der Unmöglichkeit, irgendein historisch gewachsenes „Modell“ eines Landes oder Erdteils als Ganzes in einem anderen Land oder Erdteil einfach so zu übernehmen. Vielmehr sollten wir noch viel stärker im Sinne eines lernenden Globus – analog zur lernenden Institution – in einen intensiveren weltweiten Dialog treten, in welchem alle Stimmen gehört werden, wie es auch Binagwaho et al. (2013) fordern. Um wirklich und ohne falsche Romantizismen oder Überheblichkeiten voneinander zu lernen, ist es besonders dringlich, den PraktikerInnen und ForscherInnen in den Entwicklungs- und Schwellenländer mehr Stimme zu geben, so dass wir hören und sehen können, wer was auf welche Weise wirklich tut und welche Optionen dies für andere Teile unserer Welt, reich oder arm, aufstrebend oder im Niedergang befindlich, eröffnen könnte. Ein Beispiel sind die Projekte der I0/66 Dementia Research Group, welche weltweit zur Betreuung von Menschen mit Demenz in Entwicklungs- und Schwellenländern forscht, und in ihrem Namen Bezug auf die Tatsache nimmt, dass 66% aller Menschen mit Demenz in Ländern mit tiefem und mittlerem Einkommen leben, aber nur 10% aller Demenzforschung in diesen Ländern betrieben wird (Dias, et al., 2008).

Die zentrale Rolle der Pflege

Wir sollten dabei aber im Auge behalten, dass die in den westlichen Ländern über Jahrzehnte entwickelte Qualität der Pflege und Betreuung von alten Menschen im Klima der Austerität in Bedrängnis kommen könnte. Die wissenschaftlich gut belegte Tatsache, dass die Sicherheit und Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen wesentlich auch davon abhängt, dass genügend qualifiziertes Personal vorhanden ist (Ausserhofer, 2014; ICN, 2014; McKenzie, Teri, Pike, LaFazia, & van Leynseele, 2012; Teri, et al., 2012), geht dabei schnell (und gerne) vergessen. Die Attraktivität kostengünstiger Versorgungsmodelle mit vorwiegend schlecht oder gar nicht bezahlten Laien scheint die Wahrnehmung vieler Akteure und Autoren zu benebeln. Pflegefachpersonen sind aber unentbehrlich bei der Beurteilung von Innovationen in der Betreuung von alten Menschen, weil sie sich in ihrer Praxis an einer entscheidenden Schnittstelle bewegen. Durch ihre zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung und der Nähe zu den Menschen besitzen sie umfassende Kompetenzen in der Registrierung von gesundheitlichen Risiken und potentiellen Komplikationen.

Bei Menschen mit Demenz wird nachgewiesenermassen Multimorbidität wesentlich seltener erkannt als bei anderen chronisch kranken Personen (Marengoni, Rizzuto, Wang, Winblad, & Fratiglioni, 2009). Um Symptome von Nebenerkrankungen bei Menschen mit Demenz, wie etwa einem Delir oder einer Depression, zu erkennen, braucht es qualifizierte Pflegefachpersonen, welche in hochfrequentem face-to-face Kontakt mit den Betroffenen stehen. Die radikalen Institutionalisierungs-Kritiker ignorieren dies, indem sie suggerieren, dass die Pflege alter Menschen von Laien mit gleicher Qualität erbracht werden kann, wie von „Profis“ (Dörner, 2010; Gronemeyer, 2013).

Die „Profis“ müssen sich allerdings auch selbstkritisch hinterfragen, ob sie nicht vielleicht doch teilweise mitverantwortlich sind für ihr schlechtes Image. So hat die Pflege zum Beispiel sehr

wohl ihren Anteil daran, dass in den Alters- und Pflegeheimen immer mehr Zeit für Kontrolle, Dokumentation und Administration aufgewendet wird, was dann bei der menschlichen Zuwendung abgezwickelt wird. Die ständige Neuentwicklung von Messinstrumenten scheint mir ein Ausdruck von Unsicherheit von Pflegenden zu sein, die ihre Professionalität nicht in exzellenter Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Resonanzkompetenz (Benner & Wrubel, 1997; Johns, 2004) sehen, sondern sich an den Massstäben der technischen, naturwissenschaftlichen und ökonomischen Paradigmen orientieren (Friesacher, 2008).

Die Kritik an der professionellen Pflege schiesst aber eben immer wieder weit über ihr legitimes Ziel hinaus und verkommt zu einer Romantisierung der Intuition und einer Verklärung des genuinen Altruismus. Auch wenn Deinstitutionalisierung grundsätzlich wünschenswert ist, darf sie nicht auf Kosten der Sicherheit und Gesundheit der alten, pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen erfolgen. Dass man nur mit Liebe und gesundem Menschenverstand bei der Pflege eines Menschen mit Demenz schnell einmal an seine Grenzen stösst, davon können viele pflegende Angehörige ein (trauriges) Lied singen (Brodaty & Donkin, 2009). Und das ist auch in Entwicklungs- und Schwellenländer nicht anders (Prince & Jackson, 2009). Kaum jemand wird wohl ernsthaft und grundsätzlich etwas gegen intergenerationelle, familiäre und nachbarschaftliche Hilfe und Unterstützung einwenden. Aber wenn ich mit meinem demenzbedingten herausforderndem Verhalten die Nachbarin so nerve, dass sie es nicht mehr schafft, mich wertschätzend und einfühlsam zu betreuen, wäre ich vielleicht lieber in einem ganz altmodischen Pflegeheim.

Wir Pflegefachpersonen können uns von den Sozialromantikern in unserer professionellen Ehre verletzt und von den neoliberalen Sparideologen unter Druck fühlen. Wir können uns als Reaktion darauf und unter Klagen über die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens in unseren institutionellen und berufspolitischen Wagenburgen verschanzen. Oder aber wir können diese Trends als Herausforderung betrachten und erkennen, dass wir als Pflegenden eine entscheidende Rolle spielen bei der Frage, wie sich diese fundamentale Krise, in welcher unsere Wirtschaft und Gesellschaft sich befindet, für die Schwächsten unter uns auswirken wird. Und mit unserer angestammten Rolle als VermittlerInnen sind wir prädestiniert, das globale gemeinsame Lernen zu fördern.

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembe I
CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX