

Menschenrechte in der (Alten-)Pflege

Karl-Heinz Henze & Gudrun Piechotta-Henze

Zusammenfassung

Die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* von 1948 hat die Grundlage für weitere Deklarationen, Chartas und Kodizes gebildet. Sie alle verpflichten dazu, kranke und pflegebedürftige Menschen zu unterstützen und dabei ihre Würde zu bewahren. Die Menschenrechte sollten als verbindliche Handlungsdimension in den Pflegeberufen stärker etabliert werden.

Schlüsselbegriffe

Menschenrechte, Menschenrechtsverletzungen, Menschenwürde, Pflegeberufe, Pflege

Abstract

The Universal Declaration of Human Rights of 1948 is the foundation of numerous other human rights charters, conventions, declarations and bills. All of them constitute a commitment to protect and support all human beings who are sick and need care and to respect the dignity of the human person. In the following it is explained why the commitment to human rights should be increasingly established as a binding instrument of action in the nursing professions.

Keywords

human rights, violation of human rights, dignity of human beings, nursing professions, nursing

1 Die Pflicht zur Einhaltung der Menschenrechte

Zwei Weltkriege mit Millionen von Toten und Ermordeten, unzählbaren Menschen, die körperliche und seelische Grausamkeiten erlitten, sowie Zerstörungen, Flucht und Vertreibungen prägten das 20. Jahrhundert. Unfassbar der Holocaust: „Nie wieder darf so etwas geschehen!“ Dieser Vorsatz führte zur Ausarbeitung der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* durch die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen. Die Erklärung wurde erstmals am 10. Dezember 1948 von Eleanor Roosevelt verlesen und anschließend von den Vereinten Nationen verabschiedet. Von den 56 UNO-Mitgliedern unterstützten 48 die Resolution, 8 Mitglieder enthielten sich.

Die Deklaration enthält in 30 Artikeln politische und soziale Rechte, die für jeden Menschen gelten sollen. Das Recht auf Gesundheit und Wohlergehen wird in Artikel 25 Absatz 1 formuliert: „Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen ge-

währleistet sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (www.amnesty.de)

Einige Monate später, im Mai 1949, wurde in der Bundesrepublik Deutschland das Grundgesetz verabschiedet. In Artikel 1 ist festgeschrieben: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (www.gesetze-im-internet.de) Die Bundesrepublik Deutschland zählt zu den Ländern, die auch die Europäische Sozialcharta (ESC, 18.10.1961, revidiert am 03.05.1996) ratifiziert haben. In der Präambel ist festgehalten, dass die unterzeichnenden Regierungen, die Mitglieder des Europarates sind, das Ziel haben „... eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern herzustellen, um die Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe sind, zu wahren und zu verwirklichen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern, insbesondere durch die Erhaltung und Weiterentwicklung der Menschenrechte und Grundfreiheiten.“ (www.sadaba.de/GSET_ESC.html) In der Europäischen Sozialcharta sind einzelne Gruppen in besonderer Weise berücksichtigt, so unter anderem Jugendliche, Schwangere und ältere Menschen. Warum ist zum Beispiel für ältere Menschen ein besonderer politischer und rechtlicher Schutz notwendig? Vor allem ältere Menschen tragen ein hohes Pflegerisiko, weil mit den Lebensjahren zum Beispiel Multimorbidität oder Demenz auftreten können. Dann drohen Autonomieverluste, etwa wegen der Angewiesenheit auf pflegende Personen bzw. wegen der Erfordernis, in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzuziehen. Damit kann der Verlust der bis dahin existierenden sozialen Bezüge einhergehen. So entsteht eine vulnerable Lebenssituation, wo die/der Betroffene besonderer Fürsorge und eines gesetzlich festgeschriebenen Rechts auf Wahrung der sozialen Integration und Würde bedarf. In der Europäischen Sozialcharta ist in Artikel 23 festgehalten:

„Das Recht älterer Menschen auf sozialen Schutz

Um die wirksame Ausübung des Rechts älterer Menschen auf sozialen Schutz zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien, unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die insbesondere:

- *älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, so lange wie möglich vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu bleiben, und zwar durch:*
 - a. *ausreichende Mittel, die es ihnen ermöglichen, ein menschenwürdiges Leben zu führen und aktiv am öffentlichen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen,*
 - b. *die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen und über ihre Möglichkeiten, diese in Anspruch zu nehmen;*
- *älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, ihre Lebensweise frei zu wählen und in ihrer gewohnten Umgebung, solange sie dies wollen und können, ein eigenständiges Leben zu führen, und zwar durch:*
 - a. *die Bereitstellung von ihren Bedürfnissen und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Wohnungen oder von angemessenen Hilfen zur Anpassung der Wohnungen,*
 - b. *die gesundheitliche Versorgung und die Dienste, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind;*
- *älteren Menschen, die in Heimen leben, angemessene Unterstützung unter Achtung ihres Privatlebens sowie die Beteiligung an der Festlegung der Lebensbedingungen im Heim gewährleisten sollen.“*
(www.sadaba.de/GSET_ESC.html)

Menschenrechte sollen Menschen schützen *und* verpflichten. Insbesondere im Gesundheitswesen ist das Personal gehalten, sich dessen bewusst zu sein und sowohl die Rechte der ihm anvertrauten Menschen zu wahren als auch die Achtung der Menschenwürde dem eigenen beruflichen Verhalten und Handeln zu Grunde zu legen. Die entsetzlichen Verbrechen im „Dritten Reich“ in Form von sogenannten „medizinischen Versuchen an Menschen“ in Konzentrationslagern und Krankenhäusern, die vielen Zwangssterilisationen und die sogenannten „Euthanasieprogramme“ für behinderte Menschen, denen Zehntausende zum Opfer fielen, sind ein wichtiger Grund gewesen, dass Berufsverbände die Wahrung von Menschenrechten und Menschenwürde bzw. ethischer Grundsätze mittels internationaler Kodizes vereinbart haben. So verabschiedete der Weltärztebund vier Jahre nach Kriegsende erstmals einen *internationalen Kodex medizinischer Ethik*, der alle Professionsmitglieder verpflichtet, stets zum Wohle der Patienten/innen tätig zu sein und ihnen niemals Leid zuzufügen.

Wiederum vier Jahre später (1953) verabschiedete der *International Council for Nurses (ICN)* seinen Ethik-Kodex (letzte Überarbeitung: 2005). Die Bundesrepublik Deutschland ist eines der 128 Länder, die dem ICN angehören und damit auch dem Ethik-Kodex verpflichtet. In der Präambel ist festgehalten: *„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“* Damit verbunden sind die grundlegenden Ziele: Gesundheit zu fördern; Krankheiten zu verhüten; Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern. (www.dbfk.de)

Elemente des Ethik-Kodex:

„1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Missachtung und Zerstörung.

2. Pflegende und die Berufsausübung

Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegende beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert. Die Pflegende achtet in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, das Ansehen des Berufes hochzuhalten und das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege zu stärken.

Die Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

3. Pflegende und die Profession

Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende beteiligt sich an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, die auf Forschungsergebnissen basieren.

Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass sichere, sozial gerechte und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kolleginnen

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Mitkolleginnen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche.

Die Pflegende greift zum Schutz des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ein, wenn deren Wohl durch eine Kollegin oder eine andere Person gefährdet ist.“

(www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf)

2 Menschenrechte als orientierende Werte- und Handlungsdimension

Die Verankerung von Menschenrechten erfordert die Einbeziehung verschiedener gesellschaftlicher Bereiche, etwa den kulturellen, berufspolitischen und rechtlichen Bereich. Eine solche Etablierung hat den Charakter einer normativen und strukturellen Veränderung. Gleichzeitig können die Menschenrechte als individuell verbindliche Werte eine zentrale Grundlage für die Einstellung und Handlungsorientierung bzw. -pragmatik des Individuums sein. Die Menschenrechte sind gewiss kein Wundermittel für ein Leben ohne Probleme und Krisen, aber sich den Menschenrechten verpflichtet zu fühlen, als Individuum, Berufsgruppe, Institution, politische Partei oder Gruppierung, heißt unter anderem darauf zu achten, dass Güter gerecht verteilt, soziale Teilhabe aller ermöglicht und individuelle psychosoziale Bedürfnisse respektiert werden und dass Gewaltursachen und -potentiale nicht nur erkannt, sondern präventiv zu vermeiden versucht werden (vgl. Lob-Hüdepohl 2009, S. 37).

Allerdings sind ein solches Bewusstsein und eine aktive Umsetzung der oben genannten Aspekte bis heute unzureichend realisiert. Bielefeldt & Seidensticker (2006, S. 5) weisen auf ein mögliches Hindernis hin: „*Innenpolitische oder sozialpolitische Problemlagen unter dem Begriff der Menschenrechte anzusprechen, hat in Deutschland wenig Tradition und löst vielfach Abwehr aus, in der öffentlichen Wahrnehmung hat der Menschenrechtsdiskurs eine skandalisierende Komponente, die sich etwa in ‚Menschenrechtsverletzungen‘ manifestiert.*“ Aichele (2006, S. 28; vgl. auch Benedek 2009) mahnt die Einhaltung der Menschenrechte bzw. das Grundrecht auf Würde eines jeden Menschen nachdrücklich an – unabhängig von der wirtschaftlichen Lage: „*Die Menschenrechte, auch die sozialen*

Menschenrechte, sind kein Luxusprodukt. Sie können nicht lediglich als eine erfreuliche Nebenerscheinung einer wirtschaftlichen Hochkonjunkturphase gesehen werden. Im Gegenteil, ihr Geltungsanspruch darf in Zeiten der Rezession nicht herabgestuft werden. Der Inhalt des ihnen zugrunde liegenden Anspruchs ist, dass ihre Verwirklichung in einer staatlich verfassten Gesellschaft zu jeder Zeit oberste Priorität genießt.“

Bezogen auf den Pflegebereich hat immerhin der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einberufene „Runde Tisch Pflege“ nach zähem Ringen die „*Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*“ herausgegeben (BMFSFJ/BMG 2009). Auch wenn hiermit keine rechtsverbindlichen, sondern lediglich symbolische Schritte verbunden sind, ist die Charta ein wichtiger Meilenstein, um Hilfe und Pflege im Alter zu gestalten und pflegebedürftigen Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Diese Charta ist ein Rechkatalog und Leitfaden, der Kriterien menschenwürdiger Unterstützung und Pflege definiert. Er fasst Grund- und Sozialrechte zusammen und gibt wichtige Impulse dafür, wie diese Rechte bezogen auf die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen angewendet werden können. Die Charta hat mittlerweile Einzug gehalten in viele Pflegeeinrichtungen sowie in Pflegeausbildungen und -fortbildungen. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat, gefördert vom Bundesfamilienministerium, eine Leitstelle Altenpflege eingerichtet, die die Verankerung der Charta unterstützt (www.pflege-charta.de, www.dza.de).¹

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

„Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu le-

¹ Im letzten Jahr, 2010, ist eine weitere Charta in Deutschland verabschiedet worden, die *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen*. (<http://charta-zur-betreuung-sterbender.de>; s. auch Anhang)

ben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“ (www.pflege-charta.de)

3 Anmerkungen zur Umsetzung der Menschenrechte im Altenpflegebereich

Für die konkrete Umsetzung einer Charta oder für eine der anderen oben genannten Deklarationen in Pflege- und Therapieberufen – bei einer durchaus allgemeinen Akzeptanz der Menschenrechte in der Gesellschaft – ist ein vielschichtiger Prozess notwendig. Vor allem Personen, die keine oder kaum eine Lobby haben, die ihre Rechte, Bedürfnisse und Wünsche nicht selber in der Öffentlichkeit, in den Medien und gegenüber den sie betreuenden Menschen äußern können, bedürfen besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge durch den Staat, die verschiedenen Berufsverbände und Akteure/innen, die für kranke, behinderte, sterbende Menschen – und ihre Angehörigen – tätig sind. In besonderer Weise schutzbedürftig sind zudem die Personen, die sich verbal nicht (mehr) äußern können, wie etwa Menschen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz.²

Im Rahmen eines Festaktes der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Dezember 2008) anlässlich des 60. Jahrestages der Deklaration der Menschenrechte machte Frank-Ulrich Montgomery (Vizepräsident und Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer) darauf aufmerksam, dass im Gesundheitswesen viele Menschen mittlerweile nur noch mangelhaft versorgt werden und somit die Orientierung an Menschenrechten auch in Deutschland immer dringlicher wird.³ So gewinne „die Menschenrechtsfrage (...) auch in der deutschen Gesundheitspolitik an Bedeutung. (...) Schon heute gebe es neben den klassischen sozialen Randgruppen große Gruppen der Gesellschaft, die unter der Rationierung besonders litten. Unter anderem müssen alte Menschen – in Pflegeeinrichtungen, Heimen, zu Hause – oft ‚in deprimierenden Umständen leben‘. Eine flächendeckende menschenwürdige Grundversorgung von Pflegebedürftigen sei offensichtlich nicht mehr gewährleistet.“ (Korzilius 2009, S. 66)

2 Die menschenunwürdige Lebens- und Pflegesituation von kranken, unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen und die mindestens unbefriedigende Arbeitssituation von Akteuren/innen im Pflegeberuf ist ebenso in anderen Ländern, beispielsweise in England, ein Thema. So lautet das Fazit einer einjährigen Untersuchung der britischen Kommission für Gleichheit und Menschenrechte: „... Die schlechte Pflegequalität der kommunal organisierten häuslichen Pflege in England verstößt gegen die Menschenrechte. Viel zu oft sei die häusliche Pflege geprägt von einem sturen Abarbeiten festgesetzter Leistungen, die Wünsche der Betroffenen fänden meist kein Gehör ...“ (ProAlter 2012, S. 6; vgl. auch www.zeit.de)

3 Menschenrechtsverletzungen sind nicht auf einzelne Bereiche im Gesundheitswesen beschränkt und nicht auf Vertreter/innen einzelner Berufe bzw. Professionen. Rehbock (2009) hat darauf aufmerksam gemacht, dass sich „in der Alltagsrealität aller Gesundheitsberufe ... vielfältigste, zum Teil sehr subtile Formen der Verletzung der Menschenwürde beobachten (lassen). Als Beispiele wären zu nennen:

- Missachtung individueller Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patienten
- mangelnde Aufklärung über Sinn, Art und mögliche Folgen medizinischer und pflegerischer Maßnahmen
- künstliche Ernährung anstelle persönlicher Betreuung und Unterstützung beim Essen
- Fixieren, Psychopharmaka und psychischer Druck bis hin zu psychischer Gewalt, um „schwierige Patienten“ ruhig zu stellen
- unpersönliche, primär durch medizinische Fachterminologie geprägtes Sprechen über Patienten als Nummer oder Krankheitsfall usw.“ (Rehbock 2009, S. 60; vgl. auch Elsbernd/Glane 1996; Henze/Piechotta 2004; Lanius 2010)

Allein aufgrund des demographischen Wandels, durch den die Anzahl der älteren Menschen in der Gesellschaft absolut und relativ im Vergleich zu der Anzahl der jüngeren Menschen zunimmt, muss die Versorgung älterer Menschen unter verschiedenen Gesichtspunkten intensiv(er) beachtet sowie Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine hinreichende Lebens- und Versorgungsqualität ermöglichen. Da ein hohes Lebensalter mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit korreliert, nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen weiterhin zu, gleichzeitig nimmt die Zahl der jüngeren (potentiell) Pflegenden im Kranken- und Altenpflegebereich ab.

Die Pflicht zur Einhaltung von Menschenrechten wird in der Regel an drei Eckpunkten festgemacht: *Achtung, Schutz und Gewährleistung* (Aichele/Schneider 2006). Bezogen auf die Altenpflege besteht nach Aichele (2006, S. 27f) die *Achtungspflicht* (in diesem Fall des Staates) darin, dass „von einem unmittelbaren oder mittelbaren Eingriff in die Rechte auf Pflege und auf angemessene Unterbringung“ abgesehen wird. Was heißt das konkret für pflegebedürftige Menschen? Für jeden Menschen, der in seinem häuslichen Umfeld, in teilstationären oder stationären Versorgungs- und Wohneinrichtungen zeitlich begrenzt oder dauerhaft Pflege benötigt, muss die Nutzung von Versorgungsangeboten ebenso gewährleistet sein wie eine – an der Würde des Menschen orientierte – private oder institutionalisierte Wohnsituation (also Heim).

Dem Staat obliegen zudem *Schutzpflichten*. Menschen mit Hilfe-, Therapie- und Pflegebedarf befinden sich immer in einer vulnerablen Lebenssituation, insbesondere wenn die Hilfebedürftigen kaum Ressourcen nutzen können, wie es etwa auf viele Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft. Der Staat kann hierfür unter anderem das *Diskriminierungsverbot*, „ein menschenrechtliches Strukturprinzip“, anwenden (Aichele 2006, S. 42). Dieses Verbot verpflichtet den Staat auch „zu positiven Maßnahmen mit zwei Zielrichtungen: Zum einen gilt es, Einzelne oder Gruppen vor Diskriminierung von Seiten privater Dritter zu schützen. Zum anderen gibt das Diskriminierungsverbot dem Staat auf, strukturelle Benachteiligungen einzelner Gruppen aktiv abzubauen. Strukturelle Benachteiligungen bestehen zum Beispiel in Deutschland für Personen mit Migrationshintergrund oder für Homosexuelle, für die im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung weniger und in bestimmten geographischen Räumen überhaupt keine angemessenen Pflegeangebote zur Verfügung stehen.“ (ebd.; vgl. auch Deutsches Institut für Menschenrechte 2008; Tolsdorf 2008)

Die *Gewährleistungspflicht* fordert „vom Staat angemessene legislative, administrative, finanzielle, gerichtliche und sonstige Maßnahmen, um die Rechte auf Pflege und auf angemessene Unterbringung zu garantieren. Angesprochen sind hiermit insbesondere die institutionellen Voraussetzungen wie Verfahren, Institutionen und Strukturen, mit denen die Einhaltung der Rechte durch den Staat und andere erreicht werden soll, aber auch die Schaffung der notwendigen politischen Rahmenbedingungen.“ (Aichele 2006, S. 28)

Die operative Umsetzung dieser Pflicht geschieht zum Beispiel in der Altenpflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK). Er kontrolliert die Heime dahingehend, ob eine gute, im Sinne der Menschenrechte angemessene Pflege und Versorgung durchgeführt wird. Werden gesundheitliche Gefährdungen der Bewohner/innen befürchtet oder festgestellt, können Auflagen erteilt oder gegebenenfalls das Heim geschlossen werden. Dabei, so Aichele (2006, S. 46f), ist es sachlich „nicht mehr gerechtfertigt, wenn in Bezug auf eine bestimmte Einrichtung der konkrete Verdacht andauernder menschenrechtlicher Gefährdungslagen oder sogar Hinweise auf konkrete Menschenrechtsverletzungen gegeben sind“ und dann lediglich ange-

meldete – statt unangemeldete – Prüfungen durchgeführt werden. Diese berechtigte Kritik von Aichele hat seit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu einem entsprechend veränderten Kontrollmodus geführt. Seit 2008 erfolgen die Qualitätsprüfungen des MDK in Pflegeeinrichtungen einmal jährlich unangemeldet. Die Prüfungen beziehen sich auf vier Bereiche: 1. Pflege und medizinische Versorgung, 2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern, 3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, 4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

4 Konklusion

Die vollständige Umsetzung der Menschenrechte im Allgemeinen sowie im Besonderen ist bis heute nicht gelungen, wovon die vielen Menschenrechtsverletzungen weltweit und auch in Deutschland zeugen, ferner die vielen Missstände im Pflegebereich. Die Arbeit von Menschenrechtsorganisationen wie *Amnesty International* sind bis heute dringend notwendig. Gleichwohl sind die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*, der *Ethik-Kodex des ICN*, die *Pflege-Charta etc.* Meilensteine zur Wahrung von Menschenrechten und Menschenwürde:

- Sie geben Orientierung für den sozialen Umgang in der Gesellschaft, im Gesundheitswesen, in der Berufspolitik und Pflegepraxis.
- Sie sind ein Strukturprinzip für Normen, Werte und Regeln in der Gesellschaft und im Gesundheits- und Pflegebereich.
- Sie sind teilweise eine gesetzliche Grundlage, auf die sich Einzelne oder Gruppen berufen und ihre Rechte einklagen können.

Die Menschenrechtsperspektive im Pflegebereich erfordert von Pflegenden, Ausbildungsbereichen und Pflegeorganisationen explizit:

- Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftig sind, haben das Recht auf Wahrung ihrer Würde. Das umfasst insbesondere die Beachtung und Berücksichtigung universeller und persönlicher Bedürfnisse wie einen gewaltfreien Umgang, Respekt, Wertschätzung und Gewährleistung des Zugangs zu Unterstützungs- und Pflegeleistungen.
- Auch die oft hochbelasteten Angehörigen von zu pflegenden Menschen bedürfen vielfach psychosozialer Unterstützung und Beratung in Bezug auf Versorgungsfragen.
- Die Pflegenden sind gehalten, Menschenrechtsfragen, -pflichten und -rechte in ihren Einstellungen und Handlungen gegenüber den zu Pflegenden und ihren Angehörigen zu berücksichtigen.
- Es verwundert, dass bis heute das Thema „Menschenrechte“ in den Curricula der verschiedenen Pflegeausbildungen nicht festgeschrieben ist; dies gilt es umgehend zu verändern.
- Eine gute Pflege benötigt allerdings auch hinreichend Personal. Ohne entsprechende strukturelle Veränderungen wie etwa bessere Bezahlung, höherer Personalschlüssel (also mehr Mitarbeiter/innen), können Pflegenden weder eine angemessene patientenzentrierte Pflege noch sie selber befriedigende Arbeit leisten.
- In den Pflege- und Gesundheitswissenschaften sind (mehr) repräsentative, empirische Studien durchzuführen, die Aufschluss über die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf geben. Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse können perspektivisch Angebote geplant werden, um Standards für eine menschenwürdige Versorgung zu entwickeln und zu etablieren.

Literatur

Aichele, V. (2006): Altenpflege in Deutschland: Rechtsanspruch und Pflegewirklichkeit. In: Aichele, V./Schneider, J. (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Berlin, 2. überarb. Auflage, S. 26-61 (Deutsches Institut für Menschenrechte).

Aichele, V./Schneider, J. (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Berlin, 2. überarb. Auflage (Deutsches Institut für Menschenrechte).

amnesty international (2000): Für eine Welt frei von Folter. Bonn.

amnesty international (2011): Dossier Heilberufe.

Benedek, W. (Hrsg.): Menschenrechte verstehen: Handbuch zur Menschenrechtsbildung. Graz, S. 8-9 (Europäisches Trainings- und Forschungszentrum für Menschenrechte und Demokratie).

Bielefeldt, H./Seidensticker, F. (2006): Vorwort. In: Aichele, V./ Schneider, J. (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Berlin, 2. überarb. Auflage; S. 5-6 (Deutsches Institut für Menschenrechte).

BMFSFJ/BMG (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) (2009): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, Berlin, 2. Auflage.

Elsbernd, A./Glane, A. (1996): Ich bin doch nicht aus Holz: Wie Patienten verletzend und schädigend Pflege erleben. Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Henze, K.-H./Piechotta, G. (2004) (Hrsg.): Brennpunkt Pflege: Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt/M.: Mabuse.

Hirsch, R. D. (2000): Gewalt in der Pflege: Ein drängendes gesellschaftliches Problem. Bonn (Handeln statt Mißhandeln/HSM, Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. www.hsm-bonn.de/download/03_heim.pdf. Zugriff: 03.11.11.

Korzilius, H. (2009). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63333/60-Jahre-Deklaration-der-Menschenrechte-Gesundheit-ein-Menschenrecht>. (PP 8, Ausgabe Februar, S. 66). Zugriff: 20.01.12.

Lanius, F. (2010): Menschenwürde und pflegerische Verantwortung: Zum ethischen Eigengewicht pflegebedürftiger Menschen im Spannungsfeld von moralischem Standpunkt und moralischem Status. Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück.

Lob-Hüdepohl, A. (2009): Autonomie und Soziale Menschenrechte in der Pflege: Ethische Grundsatzbemerkungen. In: Fix, E./Kurzke-Maasmeier, S. (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege: Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen. S. 33-46. Freiburg i. Br: Lambertus.

ProAlter (2012): 01, 44. Jg., S.6.

Rehbock, T. (2009): Menschenwürde auf der Intensivstation – ist das überhaupt möglich? In: Salomon, F. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 57-64.

Schneider, J. (2006): Die völkerrechtliche Gewährleistung der Rechte älterer Menschen auf Pflege und auf angemessene Unterbringung. In: Aichele, V./Schneider, J. (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen

in der Pflege. Berlin, 2. überarb. Auflage; S. 8-25 (Deutsches Institut für Menschenrechte).

Tolsdorf, M. (2008): Verborgene: Gesundheitssituation und -versorgung versteckter lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz, Bern: Huber

www.aerzteblatt.de/nachrichten/34723 (10.12.2008). Zugriff: 20.01.12.

www.amnesty.de/die-allgemeine-erklaerung-der-menschenrechte. Zugriff: 19.01.12.

http://charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf
Zugriff: 20.01.12.

www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf. Zugriff: 20.01.12.

www.dza.de. Zugriff: 16.01.12.

www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html. Zugriff: 19.01.12.

www.pflege-charta.de. Zugriff: 16.01.12.

www.sadaba.de/GSET_ESC.html. Zugriff: 19.01.12.

www.zeit.de/wissen/gesundheit/2011-11/alte-pflege-england. Zugriff: 22.01.12.

Anhang

Die 5 Leitsätze der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen*

1. Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation

Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Familiäre und professionelle Hilfe sowie die ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen dieses Anliegen. Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben. Einen entscheidenden Einfluss haben gesellschaftliche Wertvorstellungen und soziale Gegebenheiten, die sich auch in juristischen Regelungen widerspiegeln.

Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und insbesondere den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzuwirken. Dem Sterben als Teil des Lebens ist gebührende Aufmerksamkeit zu schenken.

2. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen

Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Die Angehörigen und die ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen. Die Betreuung erfolgt durch haupt- und ehrenamtlich Tätige soweit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld. Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass Versorgungsstrukturen vernetzt und bedarfsgerecht für Menschen jeden Alters und mit den verschiedensten Erkrankungen mit hoher Qualität so weiterentwickelt werden, dass alle Betroffenen Zugang dazu erhalten. Die Angebote, in denen schwerstkranker und sterbende Menschen versorgt werden, sind untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist.

3. Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung

Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung. Um diesem gerecht zu werden, müssen die in der Palliativversorgung Tätigen die Möglichkeit haben, sich weiter zu qualifizieren, um so über das erforderliche Fachwissen, notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine reflektierte Haltung zu verfügen. Für diese Haltung bedarf es der Bereitschaft, sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie mit spirituellen und ethischen Fragen auseinanderzusetzen. Der jeweils aktuelle Erkenntnisstand muss in die Curricula der Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen. Dies erfordert in regelmäßigen Zeitabständen eine Anpassung der Inhalte.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen thematisch differenziert und spezifiziert in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Beteiligten in den verschiedensten Bereichen integriert wird.

4. Entwicklungsperspektiven und Forschung

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, nachdem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse behandelt und betreut zu werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden kontinuierlich neue Erkenntnisse zur Palliativversorgung aus Forschung und Praxis gewonnen, transparent gemacht und im Versorgungsalltag umgesetzt. Dabei sind die bestehenden ethischen und rechtlichen Regularien zu berücksichtigen. Zum einen bedarf es der Verbesserung der Rahmenbedingungen der Forschung, insbesondere der Weiterentwicklung von Forschungsstrukturen sowie der Förderung von Forschungsvorhaben und innovativen Praxisprojekten. Zum anderen sind Forschungsfelder und -strategien mit Relevanz für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu identifizieren.

Wir werden uns dafür einsetzen, auf dieser Basis interdisziplinäre Forschung weiterzuentwickeln und den Wissenstransfer in die Praxis zu gewährleisten, um die Versorgungssituation schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen und Nahestehenden kontinuierlich zu verbessern.

5. Die europäische und internationale Dimension

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, dass etablierte und anerkannte internationale Empfehlungen und Standards zur Palliativversorgung zu seinem Wohl angemessen berücksichtigt werden. In diesem Kontext ist eine nationale Rahmenpolitik anzustreben, die von allen Verantwortlichen gemeinsam formuliert und umgesetzt wird.

Wir werden uns für die internationale Vernetzung von Organisationen, Forschungsinstitutionen und anderen im Bereich der Palliativversorgung Tätigen einsetzen und uns um einen kontinuierlichen und systematischen Austausch mit anderen Ländern bemühen. Wir lernen aus deren Erfahrungen und geben gleichzeitig eigene Anregungen und Impulse. (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de)