

„Machen wir's gemeinsam.“ Studie zum Pflegeproblem

1 Definition des Pflegeproblems

Alte Menschen und auch junge Menschen werden pflegebedürftig und sind auf die Unterstützung und Pflege durch andere angewiesen. Gepflegt werden sie in der Regel von Angehörigen und professionellen Pflegekräften. Zu unterscheiden sind dabei häusliche Pflege, die Pflege in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen.¹

Seit über einem halben Jahrhundert wird in Deutschland über *Pflegenotstand* geklagt: Viele Tausend Pflegekräfte fehlen. Pflegebedürftige beklagen ihre Einsamkeit und eine menschenunwürdige Pflege. Pflegenden Angehörige sehen sich in der häuslichen Pflege allein gelassen und überfordert. Professionelle Pflegekräfte beklagen permanente Überforderung, schlechte Arbeitsbedingungen, zu geringe Vergütung und fehlende Wertschätzung. In der Gesellschaft und in Medien wird „die Pflege“ mit generellen und plakativen Behauptungen wie „*Die Pflege ist die Hölle*“ angegriffen und diskreditiert. Die *Verantwortung* für den Pflegenotstand wird *hin- und hergeschoben*. Letztlich übernimmt sie niemand.

Begründet wird der Pflegenotstand pauschal mit *Mängeln im Pflegesystem: Geld und Pflegekräfte fehlen und die Organisation ist schlecht*. Gelöst werden soll das Problem folglich mit mehr Geld, mehr Pflegekräfte, bessere Vergütung und Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte und effektivere Organisation. In letzter Konsequenz wird auch eine angemessene Vergütung bzw. Entschädigung für pflegende Angehörige gefordert.

In der Öffentlichkeit und in den Medien wird ständig über den Pflegenotstand in einer Weise geklagt, dass man annehmen könnte, ein Wandel der Pflege sei das Anliegen vieler oder sogar aller Menschen. Doch das stimmt leider nicht, wie Studien und der Pflegealltag zeigen. Wirklich interessiert daran sind nur die Pflegebedürftigen und die Menschen, die sich um sie kümmern. Das sind geschätzt zusammen etwa 20 Prozent der Bevölkerung (4,1 Millionen Pflegebedürftige, 4 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen mit Patientenkontakt, ca. 8 Millionen betroffene Angehörige). *80 Prozent der Bevölkerung haben ein distanzierendes Verhältnis zur Pflege*. Das ändert sich erst, wenn die Menschen persönlich betroffen sind.²

Unbestreitbar ist in den vergangenen Jahren viel für eine bessere Pflege und die Beendigung des Pflegenotstands getan worden, einige Beispiele:

- Aus Verwahranstalten mit Insassen wurden Seniorenheime bzw. Seniorenresidenzen mit Bewohnerinnen und Gästen.

¹ Ich fokussiere meine Studie auf die ambulante Pflege und die Pflege in Pflegeeinrichtungen (Heime, Hospize). Mutatis mutandis gelten die Ausführungen auch für die Krankenpflege.

² Elias, Norbert 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt a.M.

- Statt Vier- bis Sechsbettzimmer mit einer Toilette und Dusche auf der Etage sind heute Ein- oder Zweibettzimmer mit Nasszelle die Regel.
- Multifunktionale Pflegebetten (z.B. Niederflurbetten) haben Einheitsbetten mit harten Matratzen auf Metallrahmen abgelöst.
- Technische Hilfsmittel wie Gehhilfen, Gehwagen, Rollator (1995) und elektrische Rollstühle ermöglichen Mobilität und erlauben eine aktivere Beteiligung am Leben.
- „Inkontinenz-Windeln“ in einer Riesenauswahl haben die rauen Textilwindeln abgelöst.
- Wirksame Medikamente (Psychopharmaka und Opiate); z.B. gegen Schmerzen.
- Anspruchsvolle Ausbildung der Pflegefachkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Altenpflegeschulen (Berufsfachschulen). Seit 25 Jahren Pflegestudiengänge an Hochschulen.
- Befreiung der Pflegefachkräfte von „berufsfremden“ Tätigkeiten wie Kochen, Reinigen der Räume, Aufbereiten der Betten oder Verwaltungsaufgaben.
- Aufricht-, Hebe- und Transferhilfen erleichtern den Wechsel vom Bett in den Rollstuhl oder in die Badewanne und umgekehrt.
- Die Zahl der ausgebildeten Pflegekräfte ist heute so groß wie nie zuvor; allerdings verlässt die Hälfte davon innerhalb der ersten 7 Berufsjahre den Beruf.
- Viele Zehntausend Laienkräfte und Pflegekräfte sind aus dem Ausland sowohl für die häusliche als auch für die stationäre Pflege angeworben worden und sind tätig.
- Das Netz der Sozialstationen, Pflegedienste und speziellen Dienste wie die SAPV ist flächendeckend ausgebaut worden.
- Dank der in den 70er Jahren gegründeten Hospizbewegung engagieren sich mehr als Hunderttausend Ehrenamtliche und begleiten Pflegebedürftige und ihre Familien.
- Qualitätszirkel und Qualitätsprüfungen durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
- Umfangreiche Dokumentation der Leistungen werden gefordert.
- Im BGB und in den Sozialgesetzbüchern sind Rechtsansprüche und Pflichten zur Pflege geregelt.
- Die Pflegeversicherung (1995) sichert das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab und übernimmt Geld- oder Sachleistungen, um die erforderliche Pflege ganz oder teilweise zu gewährleisten.
- Pflegebedürftigkeit ist neu definiert worden, jetzt nicht mehr defizit- sondern ressourcenorientiert.
- Die Organisation der Pflege ist mit Ministerien, Ämtern und Beratungsstellen bundesweit ausgebaut worden.
- Der Deutsche Pflegerat ist 1998 gegründet worden. Durch ihn vertreten die führenden Berufsorganisationen der Pflege in Deutschland die Interessen ihrer Profession.
- Internationale Konzerne und Finanzinvestoren sind in die Altenpflege eingestiegen und betreiben Pflegeeinrichtungen.
- Mit der Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ (2010) plädieren viele Tausend Organisationen, Verbände und Einzelpersonen für bessere Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Diese Maßnahmen haben insgesamt dazu geführt, dass *die Lebensbedingungen für Pflegebedürftige und die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte heute eigentlich so gut sind wie nie zuvor*. Aber trotz dieser Maßnahmen wird heute – vor allen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie – nicht nur von einem Pflegenotstand gesprochen, sondern von einer Pflegekatastrophe. Mehr als 100.000 Pflegekräfte fehlen. Zunehmend wird die Frage diskutiert: *Was passiert mit den Pflegebedürftigen, wenn sich nichts ändert und alles auf einen Pflegekollaps hinausläuft?*

2 Die Frage nach den Ursachen des Pflegeproblems

Nach den Prämissen und der Theorie von Kommunikationswissenschaftlern der Stanford Universität in Kalifornien (Watzlawick et al.) können *die praktizierten Lösungen den Pflegenotstand nicht beenden*. Denn sie sind Elemente des Pflegesystems, also systemimmanent und folgen dem Prinzip „mehr desselben“ (mehr Geld, mehr Pflegekräfte, mehr Gesetze, mehr Kontrolle). Dadurch bleibt das Pflegesystem mit seinen Mängeln nicht nur erhalten, sondern *die Probleme werden sogar noch verstärkt*. Denn die praktizierten Lösungen sind Lösungen 1. Ordnung und als Teil des Pflegeproblems bewirken sie weder Reformen noch einen Wandel oder gar eine Revolution der Pflege, vielmehr festigen sie die bestehenden Probleme. Reformen und Wandel von geschlossenen Systemen sind nur mit *Lösungen 2. Ordnung* möglich, diese sind außerhalb des zu wandelnden (Pflege)Systems zu suchen, also auf der Metaebene.³

Wenn es den Menschen bislang nicht gelungen ist, das Jahrzehnte bestehende Pflegeproblem nachhaltig zu lösen, muss angenommen werden, dass es vermutlich nicht wie gewünscht gelöst werden kann. Heute sind aber viele Menschen davon überzeugt, dass das Pflegeproblem gelöst werden kann. Diese Überzeugung – und nicht die Pflege an sich – ist für eine Vielzahl von Problemen verantwortlich. Denn bei der Pflegeproblematik sind *zwei elementare Sachverhalte* zu unterscheiden, die zwar miteinander verbunden sind, aber getrennt betrachtet werden müssen: *Alt und pflegebedürftig zu sein und pflegebedürftige Menschen zu versorgen und zu pflegen*.

Die Not zu altern und pflegebedürftig zu werden, ist die eine Not und die Not, alte und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, ist die andere Not. Die eine Not wird oftmals mit der anderen Not gleichgesetzt. Diese Gleichsetzung kann dazu führen, dass *Klagen über schlechte Pflege im Grunde Klagen über die Gebrechen und das Leiden der Pflegebedürftigen* sind.

- Die Annahme, dass durch die Pflege Altern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit verhindert, beseitigt oder ihnen der Schrecken genommen werden könnte, ist falsch. Alt und pflegebedürftig zu werden gehört zum Leben. Pflegebedürftig zu werden ist gemein, hässlich und schmerzhaft; das ist ja auch eigentlich offenkundig. Der Pflegebedürftigkeit kann man nichts von ihrem Elend nehmen.
- Alte, pflegebedürftige Menschen sind schwierige Menschen; sie sind egozentrisch und auf ihren in hohem Maße unerwünschten körperlichen Abbau und sozialen Rückzug konzentriert. Sie leiden, trauern und wehren sich dagegen, die Rolle eines alten, kranken

³ Watzlawick, Paul; Weakland, John H; Fisch, Richard: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Verhaltens. Verlag Hans Huber, Bern. 1975

und/oder sterbenden Menschen einzunehmen und ihre Autonomie zu verlieren.

- Generell wird von alten, pflegebedürftigen Menschen erwartet: „Sterben gehört aber zum Leben, es ist ein untrennbarer Teil des Lebens. Krank werden, älter werden und Abschied nehmen sowie damit verbundenes Leiden sind als Teil des Lebens zu akzeptieren. Sterben ist ein Prozess, der auch wesentlich von Zulassen und Loslassen geprägt ist.“⁴
- Alte, pflegebedürftige Menschen sind allerdings nicht bereit, ihr Leiden und ihre Pflegebedürftigkeit anzunehmen, ohne Widerstand ihre Autonomie aufzugeben und sich in ihr Schicksal klaglos einzufügen; daraus resultieren *viele heftige Konflikte im Pflegealltag*, mit erheblichen psychischen und körperlichen Verletzungen der Beteiligten, für Pflegebedürftige und für Pflegekräfte. Das erleben auch pflegende Angehörigen. Pflegekräfte, die ihren Beruf aufgegeben haben, geben als einen Grund für ihren Ausstieg an, nicht länger mehr bereit zu sein, sich von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen verletzen zu lassen.
- Pflegebedürftige befinden sich in einem *Dilemma*: Auf Grund ihrer Pflegebedürftigkeit sind sie *auf die Hilfe von Pflegekräften und anderen Menschen angewiesen* und wünschen die Unterstützung. *Zugleich lehnen sie aber die Unterstützung ab*, weil sie durch sie immer neu mit ihrer Bedürftigkeit und Abhängigkeit konfrontiert werden. Letztlich sind die Pflegebedürftigen die Schwächsten und ihrem sozialen Umfeld ausgeliefert.
- Wie und wie offen dürfen alte, pflegebedürftige Menschen ihren Protest gegen das Leiden, Altwerden, Abschied nehmen und Sterben klagen? Wie gehen die Begleiter (Ärzte, Pflegenden, Angehörige) mit der *geäußerten oder verdeckten Aggression gegen die Krankheit, das Alter, das Leiden, die Einschränkungen und Kränkungen um*?
- Der Umgang mit Wut, Zorn, Klage, Protest und Widerstand und Suizidabsichten fällt (fast) allen Menschen schwer, auch bei der Begleitung zorniger, klagender, protestierender und lebensmüder Pflegebedürftiger. Alte, pflegebedürftige Menschen haben jedoch ein Recht, gegen ihr Leiden und Sterben zu protestieren, und darauf, dass ihr Widerstand gegen das Zu- und Loslassen anerkannt wird. *Pflegekräfte und auch Ärzte sind nicht trainiert, mit diesen Widerständen angemessen umzugehen*. So kommt es zu Eskalationen und zu verschiedenen Formen der Gewalt in der Pflege, sowohl in der häuslichen Pflege als auch in Heimen und Kliniken.

In der Geschichte der Menschheit gibt es im *Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen* große Unterschiede; die Spanne reicht *von Versorgen bis nicht Versorgen und sogar Töten*.⁵ Viele Faktoren sind daran beteiligt, wie eine Gesellschaft, ein Staat mit seinen pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern umgeht. Der gegenwärtige Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen ist auch ein *Ergebnis der Industrialisierung*. Ein mehrere Jahrhunderte dauernder Prozess hat zu den modernen Industriestaaten wie Deutschland geführt. Dieser von England und Frankreich ausgehende und sich über Europa, Nordamerika und Asien weltweit ausbreitende Prozess ist gekennzeichnet durch *Zivilisation, Arbeitsteilung, Spezialisierung, Professionalisierung, Kommerzialisierung, Bürokratisierung und Mobilität* sowie durch *Individualisierung* und heute *natürlich durch Digitalisierung*, um nur die wichtigsten Elemente dieses Prozesses zu nennen. Soziales

⁴ DGP/DHPV/BÄ „Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender“ 2010

⁵ Beauvoir, Simone de: 1977: Das Alter. Reinbek bei Hamburg

und Pflege werden zugunsten der Wirtschaft vernachlässigt und Frauen überlassen. Geld ist die Währung auch für das Soziale geworden. Man pflegt zum Beispiel möglichst nicht mehr selbst, sondern überlässt es Spezialisten und ihren Einrichtungen und *bezahlt mit Geld*.

Ein Beispiel für die Kommerzialisierung der Pflege: Ziel der *Hospizbewegung* war es, dass Ehrenamtliche ergänzend zur professionellen Pflege Pflegebedürftige begleiten. Dann bekamen einzelne Hospizvereine einen finanziellen Zuschuss für die Organisation ihrer Tätigkeit. Daraufhin wollten andere auch einen Zuschuss aus der öffentlichen Hand bekommen. Der Staat setzte für die Gewährung der Zuschüsse Kriterien fest: Die Organisatorin der Begleitungen (Kordinatorin) muss einen Abschluss als Pflegefachkraft oder Sozialpädagogin haben, an einem dreiwöchigen Weiterbildungsseminar und einem Palliative Care Kurs erfolgreich teilnehmen. Die Hospizbegleiterinnen müssen durch Fortbildungen für die Begleitungen qualifiziert werden. Die Begleitungen müssen dokumentiert werden. Die Zuschüsse müssen beantragt werden und die Voraussetzungen erfüllt sein. Zur Absicherung hat der Gesetzgeber 1998 den § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V in Kraft gesetzt. Die Folge: Die Finanzen haben bei den Hospizvereinen eine große Bedeutung.

- Mit der Industrialisierung der Gesellschaft ist auch die *Pflege professionalisiert und kommerzialisiert* worden. Aus der kostenfreien Liebestätigkeit und der Angehörigenpflicht wurde eine *zu vergütende Dienstleistung mit einem Monopolanspruch für Pflege*. Die in den vorigen Jahrhunderten die Kranken- und Altenpflege weitgehend dominierenden Ordensleute sind mittlerweile fast ganz durch „weltliche“ Pflegekräfte abgelöst worden. Wurden die Ordensleute von ihren Orden alimentiert, so ist jetzt ein Vergütungssystem für die professionellen Pflegekräfte und die Pflegeunternehmen erforderlich. In letzter Konsequenz wird gegenwärtig gefordert, auch die Tätigkeit von pflegenden Angehörigen zu vergüten.
- Die gesellschaftlichen Veränderungen haben sich auch auf die Pflegeorganisation ausgewirkt. Das heutige Pflegesystem basiert vor allem auf der *Delegation der Pflege an professionelle Pflegekräfte und Institutionen*. Zu unterscheiden sind die Kranken- und die Altenpflege. Krankenpflege in Kliniken als Mitarbeiter der Ärzte. Altenpflege selbständig ambulant und stationär, in Kooperation mit Hausärzten (niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin). In der häuslichen Pflege unterstützen professionelle Pflegekräfte die pflegenden Angehörigen.
- Das Pflegeproblem ist ein *Folgeproblem*; es folgt aus der *mangelnden Wertschätzung* alter und pflegebedürftiger Mitmenschen und ihrer Exklusion aus der Gesellschaft. Alte und pflegebedürftige Menschen sind nicht nur ökonomisch wertlos, sondern sogar eine (zu) teure Belastung der Gesellschaft bzw. der Kinder. Das Märchen vom steinalten Großvater und seinem Enkel (1812) zeigt, dass es dieses Problem auch schon früher gab: Pflegebedürftige in die Gesellschaft zu integrieren, an den Tisch zu holen.
- Aus der Geringschätzung alter und pflegebedürftiger Menschen folgt auch die *geringe Achtung, die Pflegekräfte in der Altenpflege erhalten*. „Das sind die, die im Akkord Ärsche abputzen.“ Daraus resultiert auch die schlechte Vergütung und die mangelnde Bereitschaft, das angemessen und nachhaltig zu verbessern. Die gesellschaftliche Abwertung ist keine Einladung für junge Menschen, diesen Beruf zu wählen.

- Die Delegation der Altenpflege an professionelle Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen führte zur Überforderung der Pflegekräfte, zur Kostenexplosion und zur generellen *Dispension von der Fürsorge* für alte und pflegebedürftige Menschen (die Eltern).
- *Utopische Erwartungen* der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an Pflegekräfte und utopische Versprechen der Träger und Pflegekräfte führen nicht zu konstruktiver Komplementarität und erfolgreicher Zusammenarbeit, sondern zu chronischen und hartnäckigen Konflikten.
- Die *Auflösung tragender sozialer Strukturen* (Groß- und Mehrgenerationenfamilien), die große Zahl an Ein-Personen-Haushalten (50 Prozent) sowie die Mobilisierung und Nomadisierung der Gesellschaft erschweren zunehmend eine angemessene häusliche Pflege.
- Die geschaffenen enormen *Verwaltungsstrukturen* und Hierarchien rund um die Pflege und in der Pflege tragen zur wachsenden Inkompetenz immer zahlreicher Individuen in der Pflege bei. Mit dem absurden Resultat, dass diese Organisationen, Behörden und Fachleute zur Erhaltung ihrer Existenz immer größere Mengen inkompetenter Laien benötigen.
- Bürgernahe Pflegestationen (kurze Entfernungen, Tages- und Kurzzeitpflege), die Angehörige in der häuslichen Pflege entlasten und unterstützen könnten, fehlen.
- Private, *Gewinn orientierte Unternehmen* drängen auf den Pflegemarkt; in Deutschland ist es fast die Hälfte der Träger. Die alternde Gesellschaft und eine stabile öffentliche Finanzierung durch die Kranken- und Pflegeversicherung sind die Grundlagen für das lukrative Geschäft; der Profit wird zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte gemacht.
- Pflegeberufe (Frauen) sind im Vergleich zu Metallberufen (Männer) bezüglich Arbeitsbedingungen und Vergütung eklatant benachteiligt. Die pflegenden Berufe sind physisch wie psychisch anstrengend und kräftezehrend, auch wegen der Schichtarbeit an 365 Tagen pro Jahr. Hohe Krankheitsquoten und Aufgabe des Berufs sind die Folge und mittlerweile leider die Regel.
- Mit dem Pflegeberufegesetz wird eine neue generalistische Pflegeausbildung mit dem Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ eingeführt. Die Anzahl der Pflegekräfte für alte Menschen wird dadurch nicht vermehrt, sondern das Gegenteil wird der Fall sein. Die Anforderungen an Altenpflege und Krankenpflege unterscheiden sich wesentlich. Viele, die die Altenpflegeausbildung gut geschafft haben/schaffen, werden die generalistische Pflegeausbildung nicht schaffen und für die Pflege verloren gehen.
- Eine Überhand nehmende Kommerzialisierung, Bürokratisierung und Qualitätskontrolle sowie die Nachweispflicht für Leistungen durch *immer umfangreichere Dokumentation* verschieben die Gewichtungen in der Pflege: Dokumentieren statt pflegen.
- Professionelle Pflege erfordert Kontinuität und Beziehungsaufbau zu Patienten sowie die gute Abstimmung von Prozessen und Qualitätssicherung in einem festen Team. Die starke Zunahme von *Zeitarbeit in der Pflege* wirkt sich hier sehr negativ aus. Zudem werden festangestellte Mitarbeiter durch den hohen Aufwand an Einarbeitung für Zeitarbeitskräfte zusätzlich stark belastet und müssen unattraktive Dienste und Schichten übernehmen, für die die Zeitarbeitskräfte nicht zur Verfügung stehen.

- Pflegehelferinnen und Hilfskräfte werden in großer Zahl eingesetzt („Pflegen kann jeder“), weil Pflegefachkräfte fehlen und um Personalkosten zu sparen. Die *fehlende Fachkompetenz* der Mitarbeiter hat natürlich Mängel in der Pflege zur Folge.
- Die Spezialisierungen in der Pflege haben dazu geführt, dass Pflegekräfte auf Pflege- und Palliativstationen sowie in Hospizen *ständig mit Extremsituationen menschlichen Lebens konfrontiert* sind, viele Sterbende in wenigen Tagen. Diese Konzentration von Leiden und Sterben überfordert auf Dauer jeden und ist zugunsten einer Verteilung auf mehrere Menschen aufzulösen.
- Nicht zuletzt tragen falsche Abrechnungen von Pflegediensten und Ärzten dazu bei, dass notwendiges Geld für die Pflege fehlt.

Das Pflegeproblem ist ein *multikausales* Problem.

3 Worauf bei einem Wandel der Pflege zu achten ist

Die Maßnahmen für einen Wandel der Pflege werden nicht länger allein im vorhandenen Pflegesystem angesetzt, das aus den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, den professionellen Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und Trägern der Pflegeeinrichtungen besteht. Die *Pflege* ist nicht länger allein den professionellen Pflegekräften zu überantworten, sondern sie *ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe*. Verantwortlich für die Pflege Pflegebedürftiger sind jeder Einzelne und der Staat zusammen. Es geht nicht darum, was man für die alten und pflegebedürftigen Menschen tun muss, sondern darum: Soll ich für die Lebensqualität alter und pflegebedürftiger Menschen dieses oder jenes tun? *Verantwortlich für die Qualität der Pflege ist jeder, geht es doch letztlich um die eigene Zukunft*. Denn der nächste Pflegebedürftige könnte ich sein.

- Grundsätzlich werden *zwei Aspekte* unterschieden: *Alt und pflegebedürftig zu sein und der Umgang mit Menschen, die alt und pflegebedürftig sind*.
- Die Zukunft fast aller Menschen ist es, alt und pflegebedürftig zu werden. Die damit verbundene Not und das zu ertragende Leiden können nicht genommen werden. Sie gehören zum menschlichen Leben und müssen ertragen werden.
- *Die Not zu altern und pflegebedürftig zu werden* und das damit verbundene Leiden *werden nicht der Pflege angelastet*. Klagen über die Pflegebedürftigkeit sind das eine, Klagen über die Pflege und das Pflegesystem sind das andere. Es wird anerkannt, dass durch die Pflege Altern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht verhindert, beseitigt oder der Schrecken genommen werden kann, im besten Fall können sie gelindert werden. Es wird berücksichtigt: Klagen über schlechte Pflege können im Grunde Klagen über den Zustand und das Leiden der Pflegebedürftigen sein.
- Es ist selbstverständlich, dass alte, pflegebedürftige Menschen sich gegen den Verlust ihrer Autonomie und gegen ihr Leiden, Altwerden, Abschied nehmen und Sterben müssen protestieren und sich dagegen wehren dürfen. *Pflegende Angehörige und Pflegekräfte respektieren diesen Widerstand* und sind darin trainiert, damit angemessen umzugehen und sich vor Angriffen zu schützen. Es gibt aber für niemand einen rechtsfreien Raum.

- *Alte und pflegebedürftige Mitmenschen sind wertvoll* und sind in die Gesellschaft (Familie, Nachbarschaft, Wohnort) zu integrieren. Aus der Wertschätzung alter und pflegebedürftiger Menschen folgt auch die Wertschätzung der Pflegekräfte. Daraus resultiert dann auch eine angemessene Vergütung und die Bereitschaft, die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern.
- Geld ist auch die Währung für das Soziale. Aber Geld pflegt nicht, auch die Versicherungen und Pflegekassen pflegen nicht. Die Fixierung bei den Lösungen auf mehr Geld ist deshalb nur zu rechtfertigen, wenn dadurch die Zahl der Pflegekräfte und die Arbeitsbedingungen erhöht wird.
- Die vorhandenen und gut funktionierenden *ehrenamtlichen Bewegungen* und Organisationen zur Begleitung Pflegebedürftiger (wie Hospizbewegung, Nachbarschaftshilfe) werden unterstützt und ausgebaut.
- *Realitätsgerechte Erwartungen an die Pflegebedürftige, Pflegekräfte, an die Träger und die Organisation der Pflege.* Utopische Erwartungen und Versprechen werden als solche erkannt und zurückgewiesen. Verzicht auf utopische Versprechungen zur Autonomie („Bei uns bestimmen Sie selbst“) und zur ständigen Zuwendung („Bei uns stehen Sie im Mittelpunkt“). Unerreichbare Ansprüche an Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie unerreichbare Anforderungen an Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen werden als solche entlarvt.
- Politiker, Versicherungen, Träger der Pflege und Pflegekräfte *versprechen nichts, was sie nicht halten können.* Zum Beispiel 13 000 neue Pflegekräfte und glauben, dass damit das Pflegeproblem schon gelöst sei. Versicherungen sollten nicht länger behaupten: „Mit uns an Ihrer Seite können Sie die Pflege nach ihren Bedürfnissen gestalten.“ Träger sollten nicht länger mit der Metapher Familie für ihre Pflegeeinrichtung für 150 Bewohnerinnen werben und versprechen, dass jede Bewohnerin im Mittelpunkt steht und autonom über ihren Alltag entscheiden kann. Pflegekräfte sollten aufhören zu versprechen: „Wir sind immer für Sie da.“
- *Die häusliche Pflege ist eingebunden in das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen* (Angehörige, Nachbarn, Freunde, Bekannte, Pflegedienste, Pflegestationen mit Tages- und Kurzzeitpflege). Casemanager organisieren die Kooperation und Koordination der Pflege.
- Die geschaffenen Verwaltungsstrukturen und Hierarchien in der und für die Pflege fördern die *Bereitschaft und Kompetenz von Einzelnen, Gruppen und Nachbarschaftshilfen für die Pflege.* Frei nach dem Leitspruch: „Pflegen kann jeder.“
- Die alternde Gesellschaft und die stabile öffentliche Finanzierung durch die Kranken- und Pflegeversicherung darf nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte ausgenutzt werden. Die Pflege alter und pflegebedürftiger Menschen ist kein Spekulationsobjekt für Investoren. *Träger der Pflegeeinrichtungen sind der Gemeinnützigkeit verpflichtet.*
- Die Pflegeberufe (Frauen) werden bezüglich Arbeitsbedingungen und Vergütung Metallberufen (Männer) gleichgestellt.
- Bürokratisierung, Qualitätskontrolle sowie die Nachweispflicht für Leistungen führen kein Eigenleben, sondern sind der Pflege untergeordnet: *Pflegen statt Dokumentieren.*

- Pflegeeinrichtungen sind nicht länger Pflegesilos. Ihre *Größe und die Anzahl der BewohnerInnen* sind so ausgelegt, dass das soziale Umfeld in die Betreuung und Pflege einbezogen werden kann.
- Die Schräglagen und Fehlentwicklungen von Institutionen werden korrigiert. Die *Ungechtigkeit bei der Finanzierung* der Aufenthalte im Hospiz und im Pflegeheim werden zugunsten der Pflegeheime korrigiert.
- Die *Zeitarbeit wird eingedämmt*. Damit wird Kontinuität und Beziehungsaufbau zu Patienten erhalten sowie die gute Abstimmung von Prozessen und Qualitätssicherung in einem festen Team gepflegt. Die Zeit für die immer neu einzuarbeitenden Zeitpflegekräfte kommt den Pflegebedürftigen zugute.
- *Für die Altenpflege* wird neben der generalistischen Pflegeausbildung *eine eigene qualifizierende Ausbildung* angeboten.

4 Festlegung eines Plans, um einen Wandel der Pflege herbeizuführen

Ein Wandel der Altenpflege (*nicht in der Altenpflege*) beginnt mit der Wertschätzung alter und pflegebedürftiger Mitbürgerinnen und Mitbürger und dem Bewusstsein, dass Pflegebedürftige die bitten, die noch pflegebedürftig werden. Daraus leiten sich diverse und differenzierte Maßnahmen für den Wandel der Pflege ab. Genutzt werden vorhandene Ressourcen und erfolgreiche Ansätze und Modelle.

- *Wertschätzung und Inklusion* alter und pflegebedürftiger Mitbürgerinnen und Mitbürger und ihrer Pflegekräfte in der Gesellschaft, d.h. in Familie, Nachbarschaft, Wohnviertel, Vereinen, sind Grundlage für einen Wandel der Altenpflege. Die Wertschätzung alter und pflegebedürftiger Menschen führt zur Wertschätzung der Altenpflege.
- *Werbung für die Wertschätzung* alter und pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in dem Bewusstsein, dass Pflegebedürftige die um Pflege bitten, die noch pflegebedürftig werden.
- Werbung in den Verbänden und Organisationen, in den Medien (Design, Metaphern, Slogans) für den Wandel; keine Idealisierung oder Beschönigung des Alters und der Pflegebedürftigkeit. Niemand möchte pflegebedürftig werden, aber wir werden pflegebedürftig und nicht pflegeleicht sein. *Verständnis für das Dilemma der Pflegebedürftigen*: ihr Widerstand und ihre Abhängigkeit.
- *Menschen finden*, die bereit sind, sich mit Hirn, Herz und Hand um Alte und Pflegebedürftige zu kümmern und sie zu pflegen: Welche Menschen in meiner Umgebung wären bereit, mich zu pflegen? Wie viel Menschen kann ich nennen, die mich liebevoll begleiten würden? Sieben Menschen, drei Menschen, einen Menschen oder niemanden? Und umgekehrt: Wie viel Menschen bin ich bereit zu pflegen, liebevoll zu begleiten?
- Anerkennung, dass durch die Pflege Altern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht verhindert, beseitigt und der Schrecken genommen werden kann, *im besten Fall gelindert*. Es wird berücksichtigt: Klagen über schlechte Pflege kann im Grunde klagen über den Zustand und das Leiden der Pflegebedürftigen sein. In den Medien wird diese Differenzierung bei Berichten über die Pflege beachtet.

- Die vollständige Delegation der Altenpflege an professionelle Pflegekräfte ist abgelöst durch eine *Kooperation von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Ehrenamtlichen und professionellen Pflegekräften* sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Pflege.
- Aktionen: Alte Menschen („Alterszeugen“) besuchen Kindertagesstätten und Schulen. Besuch von Schulklassen in Pflegeheimen.
- Pflegepraktika für junge Menschen. (Verpflichtendes) *Soziales Jahr für jüngere* (nach Berufsausbildung oder Abitur) und *ältere Menschen* („Rüstige“ Rentner/Pensionäre).
- Pflegebedürftigen wird zugestanden, dass sie ihrer Pflegebedürftigkeit nicht zustimmen, aber auch *keinen rechtsfreien Raum* haben. Charta und Lehrbücher korrigieren: Respekt vor dem Widerstand und Begleitung beim Protest; Identifikation mit den Pflegebedürftigen – Engagement gegen ihre Einsamkeit. Ende der Akzeptanzideologie.
- *Finanzielle und strukturelle Unterstützung der pflegenden Angehörigen*. Modelle analog zur Versorgung von Kindern wie Pflegejahr.
- Die Idee der Hospizbewegung war und ist, einer zunehmend technisierten Medizin und Pflege entgegenzuwirken und für eine menschliche und menschennahe Medizin und Pflege zu sorgen. Corona hat gezeigt, was fehlt, wenn Bürgerinnen und Bürger (aus hygienischen Gründen) daran gehindert werden, pflegebedürftige Menschen zu Haus und im Heim zu besuchen und zu begleiten. Die *Hospizbewegung ist ein überzeugendes Modell*, wie nicht nur für Sterbende, sondern auch generell für Pflegebedürftige gesorgt werden kann, zumal dort viele ehemalige Pflegekräfte mitarbeiten; sie wird weiter ausgebaut.
- Organisationen und Verwaltungsstrukturen dienen der Pflege und folgen dem *Subsidiaritätsprinzip*. Öffentliche Aufgaben werden möglichst bürgernah geregelt. Probleme sollen auf der niedrigsten politischen Ebene gelöst werden.
- *Formen gemeindenaher Versorgung Pflegebedürftiger* werden entwickelt und erprobt: Vernetzung und gegenseitige Unterstützung von örtlichen und regionalen Initiativen. In vielen Gemeinden gibt es Kleinheime für Pflegebedürftige, verknüpft mit Sozialstationen, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten. Casemanager führen die Versorger zusammen und koordinieren ihre Dienste.
- *Bürgernahe Pflegestationen* (kurze Wege) sind *mit Sozialstationen, SAPV und Nachbarschaftshilfen verknüpft* und bieten die Möglichkeit, dass Angehörige in der häuslichen Pflege entlastet und unterstützt werden (Kurzeitpflege, Tagespflege). Die Pflegekräfte arbeiten sowohl auf der Station als auch in der ambulanten Pflege (Sozialstation) und wechseln zwischen ambulant und stationär.
- Pflegeheime verfügen über weniger als 40 Betten; Angehörige, Freunde und Nachbarn der Bewohnerinnen sind aktiv in die Pflege eingebunden.
- Pflegeeinrichtungen werden *gemeinnützig betrieben*, sind keine Spekulationsobjekte für Investoren. Erwirtschaftete Überschüsse bleiben innerhalb der helfenden Systeme und dienen dazu, Innovationen und Investitionen zu ermöglichen. Die Ökonomisierung, das Diktat des Geldes beherrscht die Pflege nicht länger und saugt ihre Kräfte aus. Private, Gewinn orientierte Unternehmen werden nicht mehr an der Altenpflege beteiligt.
- Immer neu wird überprüft, ob utopische Erwartungen an Pflegebedürftige, Pflegekräfte und die Heime gestellt werden. Gegebenenfalls werden sie zurückgewiesen.
- Die *Grenzen der Spezialisierung und Arbeitsteilung* in den Gesundheitsberufen werden

erkannt und respektiert. Pflege und Behandlung Schwerstkranker und Sterbender werden nicht mehr nur wenigen Menschen aufgeladen.

- Die zur *Altenpflege qualifizierende Ausbildung* wird neben der generalistischen Ausbildung weitergeführt. Für die Altenpflege sind andere Begabungen und Kenntnisse erforderlich als für die Krankenpflege: weniger cognitiv, mehr sozial empathisch.
- In der Ausbildung für Pflegeberufe wird auf die Vermittlung von Phasenmodellen á la Kübler Ross mit dem Ziel, Leiden und Sterben zu akzeptieren, verzichtet. *Vermittlung und Training von Gesprächsführung und Deeskalationsmaßnahmen*. Konstruktiver Umgang mit dem Dilemma der Pflegebedürftigen wird trainiert.
- *35-Stunden-Woche für Pflegekräfte bei vollem Lohnausgleich*. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, niedrigere Krankheitsstände und weniger Kündigungen zu erreichen, also den Beruf attraktiver zu gestalten und somit dem Pflegenotstand entgegenzuwirken, wird die 35-Stunden-Woche, wie sie in der Metallindustrie schon seit 1995 üblich ist, verbindlich eingeführt.
- *Höhere Zuschläge bei Sonn-, Feiertags- und Nacharbeit sowie für Einspringerdienste*. Pflege, Betreuung und Versorgung muss rund um die Uhr erfolgen. Durch den Schichtdienst entstehen für die Beschäftigten zusätzliche Belastungen. Diese können sozialer Art sein, aber darüber hinaus löst Schichtdienst auch immer wieder Gesundheitsprobleme aus. Verlässliche und längere Erholungsphasen sind notwendig. Durch entsprechende höhere und steuerfreie Zuschläge wird dies finanziell unterstützt und Beschäftigte erhalten darüber hinaus einen finanziellen Anreiz „unbeliebte“ Schichten zu übernehmen. Bessere Personalschlüssel verhindern häufiges, auch kurzfristiges „Einspringen“ und senken damit Krankheitsquoten.
- *Zeitarbeit* in der Pflege ist nur unter den gleichen Arbeitsbedingungen erlaubt, *wie sie für fest angestellte Pflegekräfte gelten*.
- *Weniger Bürokratie!* Zeitaufwand für Dokumentation wird verringert. Halbierung des Aufwandes für die Dokumentation, zum Beispiel durch einen weiteren Ausbau der Digitalisierung. Dokumentation zum Selbstschutz und zur Absicherung bei Klagen und Anklagen gegen die Pflegequalität sind weiterhin erforderlich.
- *Reduktion des Prüfungsturnus in den Pflegeheimen zur zeitlichen Entlastung*. Die doppelte Überprüfung der Pflegeheime wird beendet. Es gibt nur noch eine turnusgemäße Prüfung pro Jahr, im jährlichen Wechsel zwischen Heimaufsicht und MDK. Anlassbezogene Prüfungen sind unverändert jederzeit möglich. Überprüft wird auch, ob Utopisches versprochen wird.
- Krankenhäuser und Pflegeheime sind so für Palliative Care ausgestaltet, *dass ausreichend Menschen Zeit und Räume für die Betreuung* Schwerkranker und Sterbenskranker zur Verfügung stehen. Eine nach ökonomischen Kriterien getaktete Pflege lässt keine Palliative Care zu.
- Um zu verhindern, dass durch falsche Abrechnungen bei Kranken- und Pflegekassen viel Geld für die Pflege verlorengeht, *kontrollieren die Patienten* bzw. deren gesetzliche Vertreter *die Abrechnungen der Ärzte, Kliniken und Pflegeeinrichtungen* und bestätigen, dass sie berechtigt sind und die Angaben stimmen.
- Politiker, Versicherungen, Träger der Pflege und Pflegekräfte versprechen nichts, was sie nicht halten können.

5 Was passiert mit den Pflegebedürftigen, wenn das Pflegesystem kollabiert?– Eine schreckliche Vorstellung

Der „vorgezogene Tod“ und das „Leben bis zuletzt“ sind in Zukunft vermutlich gleichwertig. Menschen können sich bewusst und autonom entscheiden, ob sie sich selbst töten oder sich dem Leben überlassen wollen.⁶ Pflege und Sterben werden mit Hilfe von Daten und technischem Fortschritt optimiert. Digitalisierung und Robotertechnik lassen Roboter genauer, ausdauernder und kostengünstiger als Menschen arbeiten und ersetzen Pflegekräfte. Roboter werden nicht nur für standardisierte Abläufe in der Pflege eingesetzt: Mit ihnen kann man reden und sie antworten. Roboter, die Menschen zum Verwechseln ähnlich aussehen, simulieren Gefühle und erkennen menschliche Stimmungen. Mittels Computer (per touch) werden Roboter durch Programme oder individuell in Echtzeit gesteuert. Der Algorithmus entscheidet und der Automat führt aus.

Mit einer Kampagne „Advance Death Planning“ (ADP) wird geworben: „smart sterben – beizeiten vorbereiten“. Alte und Pflegebedürftige werden subtil, jedoch suggestiv auf ihre vorzeitige Sterbesplanung hingewiesen: „Ist dein rechtzeitiger Suizid nicht deine edle Pflicht? Müsstest du nicht schon von allein darauf kommen, dass deine Zeit vorbei ist? Durch deinen Tod kannst du die Gesellschaft entlasten. Schönes Sterben ist in „Ruhe und Frieden“ möglich. Niemand muss sich erhängen oder erschießen.“

Menschenwürdig zu sterben heißt dank Hightech selbstbestimmt und glücklich zu sterben. Rationale Kriterien werden verbreitet, um die Einstellung zu lenken und die Vorbereitung zu erleichtern. Emotionale Impulse werden unterdrückt. Die Sterbeberater sind auf beruhigende Interaktionen spezialisiert. Maß geschneiderte Programme für das Sterben können in Computersimulationen ausprobiert werden. Die Kosten für den Suizid sind nach volkswirtschaftlichen Kriterien gestaffelt: Junge, gesunde und arbeitsfähige Menschen müssen hohe Gebühren, „belastende Menschen“ müssen nichts zahlen; der Staat übernimmt die Kosten.

Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung stehen auf der E-Health-Card. Der Ablauf des Sterbens ist detailliert festgelegt und dokumentiert. Die Daten sind im Netz (Cloud) archiviert. Es gibt klare Zugriffsrechte. Der Inhaber kann auch Daten löschen oder aktualisieren. Der Datenzugriff der Ärzte, die für Notfälle über ein Passwort verfügen, wird protokolliert. Es drohen strafrechtliche Konsequenzen für unberechtigte Zu- und Eingriffe. Jeder muss seine E-Health-Card mit sich führen, als Medaillon oder als Chip im Körper implantiert. So können auch im Notfall jederzeit alle Daten und Entscheidungen schnell und zuverlässig abgerufen werden.

Zum Verbund von Kliniken, Heimen und Bestattungsinstituten gehören „End-of-Life-Center“. Ihr Service „Entspannen – sterben – bestattet werden“ kann nicht nur von Sterbenskranken, sondern überhaupt von Sterbewilligen gewählt werden. Sensoren, Software und Hardware sorgen für individuelle Sterbeoptimierungen. Roboter übernehmen die Dienstleistungen. Sie sind mit Internet und Telefon vernetzt. Gehobene Raumausstattung und -gestaltung nach Wunsch. Mit Bildern, Gerüchen und Melodien wird virtuell ein Zuhausegefühl erzeugt. Psychopharmaka oder Drogen

⁶ Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020

(Cannabis, LSD) werden zur Entspannung angeboten. Je nach Wahl können Begleitpersonen dabei sein. Das Geschehen kann online übertragen werden. Falls erwünscht, begleitet eine Sterbepflegerin, ein Deaththerapeut oder ein Spiritual den Sterbewilligen. Biometrische Sensoren ermitteln am Handgelenk und am Kopf die medizinischen Daten. Aus den Daten werden praktische Schlüsse für den Sterbeprozess gezogen, zum Beispiel für die Dosis des tödlichen Medikaments.

Der Sterbeprozess läuft gemäß der Entscheidung des Sterbewilligen, ausgelöst durch das Programm auf seiner E-Health-Card. Dem Roboter wird über bluetooth mitgeteilt, was er tun muss. Er appliziert das den Tod bringende Medikament: oral, subkutan, intravenös oder über die Atmung, je nach Wunsch. Die Selbsttötung ist keine Tötung auf Verlangen. Die Tatherrschaft liegt immer beim Sterbewilligen. Ein Arzt muss nicht anwesend sein. Versandapotheken aus dem europäischen Ausland liefern problemlos das Medikament. Der Tod wird per Sensoren festgestellt. Der Totenschein wird automatisch ausgestellt, auf der E-Health-Card archiviert und über das Netz an die Behörden weitergeleitet. Auf der E-Health-Card ist auch die Art der Bestattung festgelegt. Gewählt werden kann zwischen Erd- oder Feuerbestattung, Einbalsamieren und Einfrieren. Bestattungsinstitute setzen die Entscheidungen um. Erdbestattungen sind die kostspielige Ausnahme. Favoriten sind Bestattungen auf einem virtuellen Friedhof und Kristalle aus der Asche des Verstorbenen.

Was muss passieren, damit eine postmoderne Euthanasie nicht zum gesundheitsökonomischen Instrument gegen den Pflegenotstand wird? Knapp eine Million Sterbefälle pro Jahr in Deutschland sind ein lukrativer Markt und die Bereitschaft, alte, pflegebedürftige und sterbenskranke Menschen zu pflegen, ist in Deutschland nicht besonders groß. Die menschenwürdige Pflege – ein Opfer von Digitalisierung, Automatisierung, Kommerzialisierung, Autonomiestreben, Mobilisierung, Individualisierung und Selbstoptimierung unseres Lebens?

Resümee:

Jeder von uns und der Staat verantworten gemeinsam menschenwürdige Pflege bis zum Lebensende. Schließlich bitten die Pflegebedürftigen die um Hilfe, die noch pflegebedürftig werden. Die Not, alt und pflegebedürftig zu werden und letztendlich zu sein, bleibt. Davon kann uns niemand befreien. Gestalten können wir allerdings den Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen. Pflegebedürftige zu begleiten, bedeutet, mit ihnen ihre Situation auszuhalten, ihnen treu zu bleiben, was auch passieren mag. Das galt früher, das gilt heute und auch in Zukunft.

Prof. Dr. Ernst Engelke
Peter-Haupt-Str. 59
97080 Würzburg
Tel/Fax 0931 9709920
ernst.engelke@t-online.de