

## „50 Jahre Pflegenotstand und kein Ende – Was können wir daraus lernen?“

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

ich begrüße Sie herzlich und danke Ihnen, dass Sie gekommen und bereit sind, mir eine gute Stunde Ihres Lebens zu schenken und mir zuzuhören. Seit 50 Jahren befasse ich mich mit der Pflegenot. Schon 1974 habe ich an der Medizinischen Hochschule in Hannover 80 Krankenschwestern von den Philippinen betreut.

Zunächst: Ich danke den vielen Frauen und Männern, die durch ihren persönlichen Einsatz dafür sorgen, dass pflegebedürftige Menschen auch heute noch gepflegt und versorgt werden.

### 1 Hinführung

Ich führe Sie in ein Zimmer auf einer chirurgischen Normalstation eines großen Krankenhauses in Deutschland. In dem Zimmer liegt eine 72-jährige Patientin. Sie war in ihrer Wohnung gestürzt, hatte sich Oberschenkel und Hüftgelenk gebrochen. Seit der OP sind drei Tage vergangen. Die Patientin liegt allein in ihrem Zimmer. Nachdem wieder den ganzen Tag über weder eine Pflegekraft noch ein Arzt zu ihr gekommen ist, nimmt sie ihr Handy und wählt die 112. Der Notarzt kommt zusammen mit zwei Rettungssanitäterinnen unverzüglich auf die Station und geht gleich zur Patientin ins Zimmer. Die Ärzte und Pflegekräfte der Station sind darüber höchst irritiert und auch verärgert. Sie rechtfertigen sich mit Pflegenotstand.

### 2 Sterben und pflegen waren auch früher ein Problem

Wenn ich es genau nehme, dann ist Pflegenotstand kein neues Phänomen; insbesondere für Würzburg lässt er sich mindestens bis ins frühe 14. Jahrhundert nachweisen.

Das **Bürgerspital zum Heiligen Geist** wurde zu Beginn des 14. Jahrhunderts von Johann von Steren (etwa 1270–1329), einem Würzburger Patrizier, zur Aufnahme pflegebedürftiger, armer und kranker Menschen gestiftet. Das damit begründete „Neue Spital“ wurde erstmals am 19. August **1317** urkundlich erwähnt.<sup>1</sup>

Nachdem Julius Echter **1573** zum Bischof von Würzburg gewählt worden war, erkannte er bald, dass ausreichende Armen- und Krankenhäuser und medizinische Ausbildungsmöglichkeiten in seiner Residenzstadt Würzburg fehlten. Laut dem Stiftungsbrief sollte das **Juliuspital** „allerhandt Sorten Arme, Krancke, unvermöglige, auch schadhafft Leuth, die Wundt- und anderer Arzney nottdürfftig sein, dessgleichen verlassene Waysen und dann für überziehende Pilgram und dürfftige Personen“ aufnehmen.<sup>2</sup>

Beide Stiftungen sorgen auch heute noch dafür, dass die Pflegenot in Würzburg nicht zu groß wird. Manche Autoren, zum Beispiel der Franzose Philippe Ariès, glorifizieren den Umgang unserer Vorfahren mit Sterben und Pflege<sup>3</sup>. Sterben und Tod seien akzeptiert worden und die Menschen seien umgeben von ihren Angehörigen im eigenen Bett verstorben. Das stimmt nun wirklich nicht mit

---

<sup>1</sup> <https://www.buergerspital.de>

<sup>2</sup> <https://www.juliuspital.de>

<sup>3</sup> Ariès, Philippe 1982: Geschichte des Todes. München.

den historischen Fakten überein. Zieht man historische Quellen heran und verzichtet dabei auf eine einseitige Auswahl, dann zeigt sich:

In dem im Jahr **1404** erschienenen **Büchlein „Der Ackermann“** von Johannes von Tepl, das zu den bedeutendsten Prosadichtungen des späten Mittelalters gehört, findet man beispielsweise folgende Anklage: „Grimmiger Zerstörer aller Länder, schädlicher Verfolger aller Welt, grausamer Mörder aller Leute, Ihr Tod, Euch sei geflucht! [...] Angst, Not und Jammer verlassen Euch nicht, wo Ihr umgeht; Leid, Trübsal und Kummer, die geleiten Euch allenthalben. [...] Angst und Schrecken trennen sich von Euch nicht, Ihr seid, wo Ihr seid! Von mir und der Allgemeinheit sei über Euch wahrhaft Zeter geschrien mit gewundenen Händen.“<sup>4</sup>

Christoph **Schlingensief** hat sich **heute** in seinem „Tagebuch einer Krebserkrankung. So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein“ in gleicher Weise geäußert.<sup>5</sup>

„Da die Menschen unfähig waren, Tod, Elend, Unwissenheit zu überwinden“, erklärte der französische Mathematiker, Naturwissenschaftler und Philosoph **Blaise Pascal (1623-1662)** „sind sie, um glücklich zu sein, übereingekommen, nicht daran zu denken. [...] Der Tod, an den man nicht denkt, ist leichter zu ertragen als der Gedanke an den Tod überhaupt. [...] Als man das erkannte, wählte man die **Zerstreuung**.“<sup>6</sup>

Die Menschen haben sich im Mittelalter wie auch heute vornehmlich durch das Sterben anderer vom eigenen Tod ablenken lassen. Worin unterscheiden sich die Morde im „**Tatort**“ und die Ermordung von „**Hexen**“ auf dem **Marktplatz**?

Ein Beispiel, dass reiche Menschen auch früher nicht selbst gepflegt haben: Krankheit und Sterben verletzen das „ästhetische Empfinden“ von **Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)** und störten ihn bei seiner Arbeit. Er zog sich jedes Mal zurück, wenn es um den Besuch oder die Begleitung kranker oder sterbender Angehöriger und Freunde ging. Als seine Ehefrau, Christiane Vulpius, schwer erkrankte, schickte er sie zu bekannten Ärzten und auf Kur. Er selbst aber verreiste und begann eine neue Verbindung mit einer anderen, jüngeren Frau. Am 6. Juni 1816 starb Christiane Vulpius, und ihr Ehemann schrieb in sein Tagebuch: „Gut geschlafen und viel besser. Nahes Ende meiner Frau. Letzter fürchterlicher Kampf ihrer Natur. Sie verschied gegen Mittag. Leere und Totenstille in und außer mir. [...] Meine Frau um 12 nachts ins Leichenhaus. Ich den ganzen Tag im Bett.“ Johanna Schopenhauer (1766-1838) beschrieb das **Sterben von Goethes Frau** so: „Die entsetzlichen Krämpfe, in denen sie acht Tage lag, waren so furchtbar anzusehen, dass ihre weibliche Bedienung, die zu Anfang um sie war, auch davon ergriffen ward, und fortgeschafft werden musste. [...] Allein, unter den Händen fühlloser Krankenschwestern, ist sie fast ohne Pflege gestorben. Keine freundliche Hand hat ihr die Augen zgedrückt. Ihr eigener Sohn ist nicht zu bewegen gewesen, zu ihr zu gehen, und Goethe selbst wagte es nicht.“<sup>7</sup>

Verhalten sich reiche Menschen und Staaten heute anders? Reiche Menschen pflegen nicht, lassen pflegen.

Und das Sterben in Krankenhäusern? **Rainer Maria Rilke** beschreibt in seinen „Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge“ (**1910**), wie in einem **Pariser Krankenhaus**, dem bekannten Hotel Dieu, um die Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert gestorben wurde: „Dieses ausgezeichnete Hotel ist sehr alt,

<sup>4</sup> Tepl, Johannes von (2009): Der Ackermann. Stuttgart (1404)

<sup>5</sup> Schlingensief, Christoph 2010: So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein. Tagebuch einer Krebserkrankung. München

<sup>6</sup> Pascal, Blaise 1994: Pensées. Über die Religion und einige andere Gegenstände. Gerlingen (1670)

<sup>7</sup> Damm, Sigrid 2001: Christiane und Goethe. Eine Recherche. Frankfurt a.M., Leipzig

schon zu König Chlodwigs Zeiten starb man darin in einigen Betten. Jetzt wird in 599 Betten gestorben. Natürlich fabrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch gar nicht an. Die Masse macht es. Wer giebt heute noch etwas für einen gut ausgearbeiteten Tod? Niemand.“<sup>8</sup>

### 3 Der heutige Pflegenotstand und die gängigen Lösungsversuche

Seit vielen Jahren wird in Deutschland über einen *Pflegenotstand* geklagt: „Die Pflege“ wird mit Behauptungen wie „*Pflegeheime sind die Hölle*“ diskreditiert. Pflegebedürftige **beklagen** ihre Einsamkeit. Pflegenden Angehörige fühlen sich allein gelassen. Professionelle Pflegekräfte beklagen permanente Überforderung, schlechte Arbeitsbedingungen, zu geringe Vergütung und fehlende Wertschätzung. Die *Verantwortung* für den Pflegenotstand wird *hin- und hergeschoben*, niemand übernimmt sie.

**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 angemessene Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte, Pflegekräfte aus dem Ausland und effektivere Organisation der Pflege. In letzter Konsequenz sollen auch pflegende Angehörige wie angestellte Pflegekräfte versichert und bezahlt werden.

Es fehlen Menschen, die pflegebedürftige Menschen pflegen. Und das in einem reichen Land mit fast 90 Millionen Einwohner. Dabei haben wir heute in Deutschland so viele Ärzte und Pflegekräfte wie nie zuvor. Allerdings arbeiten zwei Drittel der Pflegekräfte und ein Viertel der Ärzte nur in Teilzeit.

Ärzte und Pflegekräfte aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund sind die Notärzte und Rettungssanitäter für die Pflege der Deutschen. Jeder achte Arzt hat einen ausländischen Pass und jeder siebente Beschäftigte in der Altenpflege hat eine ausländische Staatsangehörigkeit. Jede dritte Pflegekraft hat einen Migrationshintergrund; dazu kommen die vielen Zehntausend Pflegehelferinnen aus Polen, Bulgarien usw., die bei der häuslichen Pflege einspringen. Sie werden mit Geld angeworben, verlassen ihr heimatliches Umfeld, erhoffen sich bessere Lebensbedingungen, fehlen in der eigenen Familie und treffen dann auf Ausländerfeindlichkeit. Ein makabres Spiel. Ist das die **Revolution der Pflege**, von der nicht nur Pflegepolitiker reden?<sup>9</sup>

Und nicht unerwähnt lassen möchte ich, dass acht von zehn Pflegekräften und vier von zehn Ärzten Frauen sind. Mehr als 60 Prozent der versterbenden Männer sind verheiratet und mehr als 60 Prozent der versterbenden Frauen sind verwitwet. Vier von fünf Bewohnern der Pflegeheime sind Frauen. Das heißt doch: Der Pflegenotstand trifft vor allem Frauen.

Unbestreitbar ist in den vergangenen Jahrzehnten viel dafür getan worden, die Pflegenot abzuwenden, einige Beispiele:

- Aus Verwahranstalten wurden Seniorenheime.
- Ein- oder Zweibettzimmer statt Sechsbettzimmer.

---

<sup>8</sup> Rilke, Rainer Maria (1997): Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge. Stuttgart (1910)

<sup>9</sup> <https://bayerischer-landespflegerat.de/aktuelles/> (12.Mai 2023)

- 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 Seit 25 Jahren auch 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.
- Das Netz aus Sozialstationen, Pflegedienste und spezielle Dienste wie die SAPV ist flächendeckend ausgebaut worden.
- In der 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.
- Die Pflegeversicherung (1995) sichert das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab und übernimmt Geld- oder Sachleistungen, um die erforderliche Pflege ganz oder teilweise zu gewährleisten.
- Der Deutsche Pflegerat ist 1998 gegründet worden. Durch ihn vertreten die führenden Berufsorganisationen der Pflege in Deutschland die Interessen ihrer Profession.

Diese und weitere Maßnahmen haben zwar insgesamt dazu geführt, dass die Lebensbedingungen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte heute eigentlich so gut sind wie nie zuvor, aber trotz dieser Maßnahmen, manche Wissenschaftler sagen sogar gerade wegen dieser Maßnahmen gibt es den Pflegenotstand.<sup>10</sup>

*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.

Und nun träumt man davon, dass **Digitalisierung, Robotik, KI und noch mehr Pflegekräfte aus dem Ausland die Pflegenot** der Deutschen beseitigen. – Was für ein Zeichen für soziale Armut in Deutschland!

#### 4 Was können wir daraus lernen?

Wenn es den Menschen bislang nicht gelungen ist, das Jahrhunderte 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: *Selbst alt und pflegebedürftig zu werden oder zu sein und pflegebedürftige Menschen zu versorgen und zu pflegen.*

---

<sup>10</sup> Watzlawick, Paul et al. (2019): Lösungen: Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern (1975)

Nicht **abgewendet** werden kann die Not der Menschen, die selbst pflegebedürftig sind, also die Not der alten, kranken und sterbenden Menschen selbst. Wir werden älter, auch krank und müssen sterben. Damit sind vielfältige Beeinträchtigungen und Leiden verbunden, dem man nichts von seinem Schrecken nehmen kann. Dank Medizin und Pflege können sie oftmals zwar gelindert werden, letztlich sind sie aber auszuhalten. Alle Bemühungen, sie zu verhindern, sind bislang gescheitert.

Auch nicht **abgewendet** werden kann die Not der Menschen, deren Angehörige alt, krank, pflegebedürftig sind und sterben. Angehörige müssen miterleben, wie ihre Mutter, ihr Vater oder ein anderer naher Mensch den mit dem Altern und Kranksein verbundenen Veränderungen ausgeliefert ist und sich verändert. Nichts kann ihnen abgenommen werden. Das Verfallen des geliebten Menschen und die erlebte Hilflosigkeit der Ärzte und Pflegekräfte sind kaum zu ertragen.

**Abgewendet** werden können dagegen weitgehend die Defizite in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen und damit die Einsamkeit und Überforderung ihrer pflegenden Angehörigen sowie die Not der professionell Pflegenden und der Organisatoren der Pflege.

*Die Defizite der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen ergeben sich vor allem aus der fehlenden Identifizierung der gesunden mit den alten und sterbenden Menschen und aus der Industrialisierung der Gesellschaft und damit auch der Industrialisierung von Medizin und Pflege.*

## 5 Die fehlende Identifizierung mit alten und sterbenden Menschen

Das Pflegeproblem ist auch 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. Aus der Geringschätzung alter und pflegebedürftiger Menschen folgt auch die *geringe Achtung für die Menschen, die alte und pflegebedürftige Menschen pflegen*.

Mit der Pflege haben etwa 5 Millionen Pflegebedürftige, 8 Millionen betroffene Angehörige und 4 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen mit Patientenkontakt persönlich zu tun. Das sind etwa 20 Prozent der Bevölkerung. 80 Prozent der Bevölkerung haben dagegen ein distanziertes Verhältnis zu pflegebedürftigen Menschen und zur Pflege, meiden ihre Nähe. Das ändert sich erst, wenn diese Menschen persönlich getroffen sind, dann wechseln sie zu den 20 Prozent.

„Dass, ohne besondere Absicht, die frühzeitige Vereinsamung der Sterbenden in den entwickelteren Gesellschaften besonders häufig vorkommt, ist eine Schwäche dieser Gesellschaften. Sie zeugt von einer noch allzu begrenzten Identifizierung der Menschen miteinander.“<sup>11</sup> So der Soziologe Norbert Elias: „Das gesellschaftliche Problem des Todes ist deswegen besonders schwer zu bewältigen, weil die Lebenden es schwer finden, sich mit den Sterbenden zu identifizieren.“<sup>12</sup> „Der Traum vom Lebenselixier und vom Jungbrunnen ist gewiß recht alt. Aber erst in unseren Tagen nimmt er

---

<sup>11</sup> Elias, Norbert 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Frankfurt a.M. S. 9

<sup>12</sup> Elias, Norbert 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Frankfurt a.M. S. 11

wissenschaftliche, oder je nachdem pseudo- wissenschaftliche Gestalt an.“<sup>13</sup>

Das Zusammenleben von gesunden und sterbenskranken Menschen erscheint mir wie das Spiel eines Schachspielers und eines Damespielers an ein und demselben B(r)ett. Beide spielen nach ihren eigenen Regeln – und aneinander vorbei. Die Gesunden, in der Metapher die Schachspieler, verfügen über 16 Figuren: einen König, eine Dame, zwei Türme, zwei Läufer, zwei Springer und acht Bauern. Die Figuren können vorwärts und rückwärts bewegt werden, sie können laufen und springen. Alle Felder des Brettes können genutzt werden. Die Damespieler, in der Metapher die Pflegebedürftigen, haben dagegen nur 12 flache, runde Steine. Nutzen dürfen sie nur die dunklen Felder des Brettes. Die Steine dürfen sie nur ein Feld in diagonaler Richtung und auch nur vorwärtsbewegen. – Wie kann da ein Zusammenspiel entstehen?

Schachspieler sind oft stolz auf ihr königliches Spiel. Dame zu spielen ist unter ihrer Würde. Sie lassen sich ungern dazu hinab. Das Damespiel ist kaum noch bekannt. Im Leben ist es leider so, dass gesunde Menschen irgendwann krank und pflegebedürftig werden. In der Metapher ausgedrückt: Das königliche Spiel ist dann vorbei und der Schachspieler muss „Dame spielen“. Er hat nur noch die wenigen Spielmöglichkeiten des Damespiels. Sehnsüchtig blicken wir, wenn es uns trifft, zurück und erleben, dass Schachspieler nichts mit uns zu tun haben wollen.

## 6 Die Industrialisierung der Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die Pflege

Seit dem 18. Jahrhundert haben sich England, Frankreich und Deutschland zu Industriestaaten entwickelt. Der schottische Nationalökonom **Adam Smith (1723 – 1790)** hat die Idee dieser Entwicklung alltagsnah beschrieben: Wenn ein Schuhmacher allein einen Schuh anfertigt, dauert das und sein Gewinn ist sehr begrenzt. Anders ist es, wenn sich mehrere Schuhmacher zusammentun, die Arbeit aufteilen und gemeinsam Schuhe herstellen. Dann können sie in derselben Zeit sehr viel mehr Schuhe produzieren und mehr Profit machen.<sup>14</sup> Fünf Prinzipien prägen moderne industrialisierte Gesellschaften und damit auch die Pflege als Teil dieser Gesellschaft: *die Arbeitsteilung, Mobilität, Individualisierung, Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung.*

Was heißt das für die Pflege?

- *Das Prinzip der Arbeitsteilung führt zur Spezialisierung der Berufe und Institutionen.* Das führte zur Professionalisierung für die Pflege von pflegebedürftigen Menschen und dann folgerichtig zur Delegation der Pflege an diese professionellen Pflegekräfte und Institutionen. 75 Prozent versterben heute bei Profis in Kliniken und Heimen. Die weiteren Spezialisierungen in der Medizin und Pflege haben dazu geführt, dass Ärzte und Pflegekräfte auf Pflege- und Palliativstationen sowie in Hospizen *ständig mit Extremsituationen menschlichen Lebens konfrontiert* sind, viele Sterbende in wenigen Tagen.

---

<sup>13</sup> Elias, Norbert 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Frankfurt a.M. S. 74

<sup>14</sup> Smith, Adam 1993: Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen. Horst C. Recktenwald Hg. (1. Aufl. 1776)

- *Das Prinzip der Mobilität bewirkt die Auflösung fester Familienstrukturen.*  
Die Menschen folgen den Arbeitsplätzen. Dafür werden Einbindungen in soziale Gruppen und in die Familie aufgegeben. Angehörige fehlen, die pflegen könnten.
- *Das Prinzip der Individualisierung führt zur Einsamkeit der Menschen.*  
Selbstopтимierung und Selbstverwirklichung statt Sozialoptimierung und Sozialverantwortung zur Fixierung auf sich selbst.
- *Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit führt zur Rationalisierung aller Arbeitsvorgänge.*  
Dazu gehören enge zeitliche Vorgaben, Dokumentation und Kontrolle.
- *Das Prinzip der Ökonomisierung führt zur Dominanz des Geldes und Profitmaximierung.*  
Geld ist die Währung auch für das Soziale. Man pflegt zum Beispiel möglichst nicht mehr selbst, sondern überlässt es Spezialisten und ihren Einrichtungen und bezahlt mit Geld und möglichst kostengünstig. Mehr als 40 Prozent der Pflegeheime in Deutschland werden von börsennotierten Unternehmen betrieben.

Kliniken, Altenheime, Hospize und Pflegedienste unterliegen heute denselben betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und Regeln wie Unternehmen, die Automobile herstellen oder reparieren. Für die Montage eines Autos wird genau festgelegt, wie viele Handgriffe in welcher Zeit durchzuführen sind. Durchführung und Zeitaufwand werden dokumentiert, um kontrollieren zu können, ob die Tätigkeit ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Und ob das Ganze nicht noch schneller und kostengünstiger mit weniger Handgriffen und Personal durchgeführt werden kann, um den Profit zu maximieren.

Mit pflegebedürftigen und kranken Menschen wird bisweilen umgegangen wie mit einem „kranken“ Auto. Der Mensch wird in der Aufnahme der Klinik oder des Heimes abgegeben, dann den Profis überlassen und gefragt, wann man ihn wieder abholen kann. Für ein Auto muss man nachts nicht sorgen, für Patienten eines Krankenhauses und Bewohner eines Altenheimes schon. Allein diese Erkenntnis sollte doch erzwingen, die betriebswirtschaftliche Dominanz zu hinterfragen, und ermutigen, nach anderen, den Menschen gerecht werdenden Lösungen zu suchen und zu praktizieren.

Dagegen werden für ärztliche und pflegerische Tätigkeiten in Gesundheitsfabriken in gleicher Weise die Abläufe und die dafür zugestandenen Zeitspannen festgelegt und überprüft. Betriebswirte leiten jetzt Kliniken und Heime. Die Mehrzahl der Ärzte und Pflegenden ist erschöpft und kann nicht mehr. Viele geben ihren Beruf auf oder arbeiten nur noch in Teilzeit. Und die Kranken fühlen sich so behandelt wie ein Auto am Fließband. *„Der Todkranke, der sich der medizinischen Apparatur übergeben hat, ist wirklich hilflos, weil die Hilfe, die er bekommt, kalt ist.“<sup>15</sup> Resümiert Peter Noll in seinen Diktaten über Sterben und Tod.*

Die Delegation der Pflege an Profis und Organisationen führt zur Überforderung der Pflegekräfte, zur Kostenexplosion und zur generellen *Dispension von der Fürsorge* für alte und pflegebedürftige Menschen (den Eltern).

---

<sup>15</sup> Noll, Peter 2005: Diktate über Sterben und Tod. Mit der Totenrede von Max Frisch. München (1984) S. 54

## 7 Wohin kann diese Entwicklung führen?

Schaut man auf die gegenwärtigen Entwicklungen, zeichnen sich vier Lösungen ab:

- Pflegebedürftige Menschen haben in gesunden Tagen ein soziales Netz um sich herum geschaffen, das sie im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit selbstverständlich pflegt und versorgt.
- Pflegebedürftige Menschen verfügen über viel Geld und kaufen sich professionelle Pflege ein.
- Pflegebedürftige Menschen ohne soziales Umfeld und ohne Geld werden in Sälen mit mehreren Betten schematisch, minimalistisch und kostengünstig gepflegt. Digitalisierte Pflege, Roboter statt Menschen, KI gesteuert.
- Pflegebedürftige Menschen entscheiden sich für ihren Suizid in dafür vorgesehenen Einrichtungen und beenden so ihre Einsamkeit und Pflegenot.<sup>16</sup>

## 8 Umdenken und Umkehren – wenn man den Kollaps mit erschreckenden Folgen verhindern will

Wenn eine Pflegekatastrophe verhindert und ein Wandel der Pflege zum Guten in Deutschland erreicht werden soll, dann ist ein sofortiges Umdenken notwendig. Das heißt: Jeder Einzelne und der Staat sind zusammen für die Pflege verantwortlich.

Für den Wandel dafür gibt es ein historisches Modell: **St Christopher's Hospice, London, Vereinigtes Königreich**. Dame **Cicely Saunders, (1918 – 2005)** war eine englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin hat mit anderen das Modell entwickelt und praktiziert. Sie ist die Begründerin sowohl der modernen Hospizbewegung als auch von Palliative Care und gilt als Pionierin der Palliativmedizin. Saunders formulierte mit *Hospice care* Prinzipien zur Begleitung in der letzten Lebenszeit, seit 1977 **Palliative Care**. Zentrale Leitideen sind dabei Lebensqualität und Selbstbestimmung bis zum Schluss. Der neue Begriff Palliative Care sollte verdeutlichen, dass das Hospiz-Konzept auch außerhalb eines speziell dafür konzipierten Gebäudes umgesetzt werden kann und soll; mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams, unterstützt durch ehrenamtliche Helfer, um belastende Symptome so gut es geht zu kontrollieren, und unter Einbeziehung der Familie. Angehörige haben die Möglichkeit, sich einerseits gemeinsam mit dem Team an der Versorgung des Kranken zu beteiligen; andererseits steht das Team ihnen zur Seite, wenn sie selbst Hilfe vor oder nach dem Tod des Patienten benötigen.

Saunders Religiosität bzw. Spiritualität prägte ihre Arbeit, dennoch verneinte sie die Frage, ob Hospizeinrichtungen immer christlich begründet sein müssten. Ihr war jedoch wichtig, dass Hospizmitarbeiter sich auf eine Art philosophisch-spirituelle Basis stützen können, um diese Arbeit bewältigen zu können. Medizinisches Fachwissen müsse mit einer Haltung religiöser und spiritueller Offenheit verbunden werden. Euthanasie im Sinne einer Tötung auf Verlangen lehnte Saunders nicht nur wegen ihrer christlichen Überzeugung ab: Sie ging davon aus, dass eine gute Symptomkontrolle den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gar nicht aufkommen ließe.<sup>17</sup>

<sup>16</sup>[https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html); Engelke, Ernst 2018: Kritische Impulse – smart sterben. Sind End-of-life-Center unsere Zukunft? In Hospizzeitschrift 4/2018 Nr. 79 S. 25 -27

<sup>17</sup> Stoddard, Sandol 1987: Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden. Freiburg i.Br. / [https://de.wikipedia.org/wiki/St\\_Christopher's\\_Hospice](https://de.wikipedia.org/wiki/St_Christopher's_Hospice) / [https://en.wikipedia.org/wiki/Cicely\\_Saunders](https://en.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders)



Eine weiterführende Darstellung der Hospizbewegung und der verschiedenen Hospiz-Konzepte ist hier nicht angezeigt.

Folgende **Grundgedanken aus der Hospizbewegung** sind für das Umdenken und Umkehren bedeutsam:

- Verknüpfung von ambulanter Hauspflege und stationärer Versorgung im Hospiz/Kleinheim
- Regionalisierung der stationären Einrichtungen im Sinne einer gemeindenahen Versorgung der Schwerst- und Sterbenskranken
- Verzicht auf aufwendige und kostenintensive apparative Medizin
- Verteilung der Belastung durch das Leiden und Sterben auf viele Schultern
- Einbeziehen von Menschen aller Alters- und Herkunftsschichten in die Aufgaben des Hospizes/ Kleinheims (Laienhelfer aus dem sozialen Umfeld der Patienten und der Region)
- Die hauptberuflichen Pflegekräfte haben primär Motivations- und Anleitungsaufgaben“

„Auf diese Weise könnte Folgendes erreicht werden:

- Bei vielen Menschen würde die Realität von Sterben und Tod wieder zur Realität im täglichen Leben.
- Die Schwerst- und Sterbenskranken würden aus ihrer Isolation befreit.
- Ärzte und Pflegepersonal würden von einer strukturell bedingten permanenten inhumanen Überforderung entlastet.
- Angehörige und Kranke wären auch weiterhin nahe beieinander, aber auch nicht zu nahe.
- Finanzielle Ersparnisse durch den Wegfall aufwendiger Institutionen und weiter Besuchswege in die Kliniken.“<sup>18</sup>

**Aktualisiert** könnte das heißen:

- Kranke, alte und pflegebedürftige Mitmenschen sind wertvoll und in die Gesellschaft (Familie, Nachbarschaft, Wohnort) zu integrieren. Aus der Wertschätzung kranker, alter und pflegebedürftiger Menschen folgt auch die Wertschätzung ihrer Pflegenden. Daraus resultiert dann auch eine angemessene Vergütung und die Bereitschaft, deren Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. (Siehe dazu Forderungen der „Dienst-Tag für Menschen“-Initiative<sup>19</sup>)
- Die vollständige Delegation der Pflege, insbesondere der Altenpflege, an professionelle Pflegekräfte ist abzulösen durch eine Kooperation von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Ehrenamtlichen und professionellen Pflegekräften sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege.
- Bürgernahe Pflegestationen (Kleinheime mit Kurzzeit- und Tagespflege) sind eingebettet in eine gemeindenahen Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit der Vernetzung und gegenseitigen Unterstützung von örtlichen und regionalen Initiativen, verknüpft mit Sozialstationen, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten. Angehörige in der häuslichen Pflege werden durch eingebundene Nachbarschaftshilfen entlastet und unterstützt.

---

<sup>18</sup> Engelke, Ernst 1987: Eine halbe Milliarde DM Kostenersparnis pro Jahr für die Gesetzlichen Krankenkassen. Ein Reformvorschlag zur medizinisch-pflegerischen Versorgung von Schwerst- und Sterbenskranken. Beitrag zum Wettbewerb um den Gesundheitsökonomiepreis 1987 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Nicht berücksichtigt worden.

<sup>19</sup> <https://dienst-tag.de>

- Die betriebswirtschaftliche Dominanz und ökonomisches Denken werden bei der Pflege zu Gunsten einer lediglich unterstützenden Funktion aufgegeben, denn Geld ist keine Währung, die das Soziale in der Gesellschaft ersetzen kann.<sup>20</sup>

**Zum Schluss:**

Pflegenot besteht darin, dass Menschen fehlen, die pflegebedürftige Menschen pflegen. Folglich muss der Slogan für den Wandel für die Pflege in Deutschland heißen:

**Pflegebedürftige bitten die um Pflege, die noch pflegebedürftig werden.**

Wen würden Sie pflegen? Wer würde Sie pflegen?

**Verfasser**

Prof. Dr. Ernst Engelke

Peter-Haupt-Str. 59

97080 Würzburg

Tel/Fax 0931 9709920

ernst.engelke@t-online.de

---

<sup>20</sup> Siehe dazu auch: Engelke, Ernst 2012: Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker. Wie Kommunikation gelingen kann. Freiburg i.Br. Engelke, Ernst 2022: Die Wahrheit über das Sterben. Wie wir besser damit umgehen. Reinbek bei Hamburg (2015)