

# Gesundheit – das höchste Gut?

Anfragen aus Theologie, Philosophie  
und Pflegewissenschaft

Herausgegeben von  
Ingo Proft und Holger Zaborowski

HERDER 

FREIBURG · BASEL · WIEN



MIX  
Papier aus verantwortungsvollen Quellen  
FSC® C083411

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2019

Alle Rechte vorbehalten

[www.herder.de](http://www.herder.de)

Umschlaggestaltung: Verlag Herder

Satz: Barbara Herrmann, Freiburg

Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN Print 978-3-451-38311-3

ISBN E-Book (PDF) 978-3-451-83311-3

# Inhalt

Vorwort der Herausgeber . . . . .	7
-----------------------------------	---

## Kapitel 1

*Frank Weidner*

Heilen und (Un)Heil in der Pflege. Ansprüche und Wirklichkeiten im Heilberuf Pflege . . . . .	11
---	----

*Sabine Nover*

Heilsame Wege finden im Umgang mit fremder und eigener Krankheit . . . . .	26
--	----

*Erika Sirsch*

Die Rolle der Pflege in der Akutversorgung gestern und heute	49
--	----

*Hermann Brandenburg*

Personenzentrierung. Bausteine für einen heilsamen Umgang bei Menschen mit Demenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit . . . . .	65
--	----

*Heike Baranzke*

Von der Suche nach dem Heil in und jenseits der Heilung. Biblisch-theologische Impulse für eine personenzentrierte Gesundheitsfürsorge . . . . .	82
--	----

*Helen Kohlen*

„Selbstverständlich habe ich Zeit ... (für sie)!“ Palliative Praxis und Care-Ethik: Eine Insel der Entschleunigung? . . . . .	104
--	-----

## Kapitel 2

*Sonja Sailer-Pfister*

Gesundheit – die neue Religion? Zu den Heil(ung)s-  
versprechen der Gesundheitsgesellschaft . . . . . 117

*Ingo Proft*

„Wer ist schon normal?“ Eine kritisch-ethische Anfrage an  
Gesundheit und Krankheit . . . . . 140

*Holger Zaborowski*

Die Würde des Menschen, die Fragilität des Glücks und die  
Sorge für den Anderen. Zur Kritik von Transhumanismus und  
Antihumanismus . . . . . 156

## Kapitel 3

*Franziskus von Heereman*

Unheile Heilsfixierung. Philosophische Erwägungen zur einzig  
heilsamen Zweitrangigkeit des Heils . . . . . 175

*Doris Nauer*

Heilende Seelsorge? . . . . . 188

*Paul Rheinbay*

Das heilsame Sterben. Reflektionen über christliche  
Glaubenserfahrungen auf dem Zen-Weg . . . . . 203

*Joachim Schmiedl*

Das Zweite Vatikanische Konzil und die Sorge um das  
menschliche Heil . . . . . 220

*Klaus Vellguth*

Heilungswahn und Euthanasie. Von einer Gesundheits-  
ideologie zum Massenmord im Nationalsozialismus . . . . . 232

*Alban Rüttenauer*

Heilung durch stellvertretendes Leiden – die Botschaft der  
Gottesknechtslieder bei Deuterocesaja . . . . . 271

Autorenverzeichnis . . . . . 282

## Vorwort der Herausgeber

Die Ringvorlesung der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) stand im Akademischen Jahr 2017/18 unter dem Titel „Heil und Heilung“. Vorträge aus den Bereichen Theologie, Philosophie und Pflegewissenschaft näherten sich den Phänomenen des religiösen „Heils“ und der gesundheitlichen „Heilung“ wie auch ihrem Verhältnis zueinander an. Die Referentinnen und Referenten – allesamt Mitglieder des Kollegiums der PTHV – griffen damit Themen von großer wissenschaftlicher, aber auch gesellschaftlicher, politischer, ethischer und religiöser Brisanz auf. Der vorliegende thematische Band dokumentiert diese Ringvorlesung.

Die pflegewissenschaftlich ausgerichteten Vorträge setzen sich zunächst in einer grundsätzlichen Perspektive kritisch mit den Ansprüchen und der Wirklichkeiten im Pflegeberuf (*Frank Weidner*), mit einem heilsamen Zugang zur eigenen und fremden Krankheit (*Sabine Nover*) sowie mit der Rolle der Pflege in der Akutversorgung (*Erika Sirsch*) auseinander. Die folgenden Beiträge nehmen insbesondere den alten und kranken Menschen in den Blick. *Hermann Brandenburg* zeigt die Notwendigkeit der Personenzentrierung bei Menschen mit Demenz, *Heike Baranzke* erörtert Heil und Heilung mit besonderem Blick auf das Altern des Menschen, und *Helen Kohlen* stellt die Möglichkeiten einer gelassenen Sorge-Ethik am Lebensende vor.

Aus sozialetischer Perspektive fragt *Sonja Sailer-Pfister* danach, ob Gesundheit zu einer neuen Religion mit einem eigenen Heilsversprechen geworden sei. Daran schließen sich die Überlegungen von *Ingo Proft* an, der aus einer ethischen Perspektive Fragen an das gegenwärtige Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Normgrößen stellt. Eine philosophische Kritik des Post- bzw. Transhumanismus und des Antihumanismus entwickelt mit Blick auf die Frage nach der Würde des Menschen *Holger Zaborowski*.

In theologischer Perspektive rückt die Frage nach dem Heil des Menschen und dem Verhältnis von Heil und Heilung in den Blick. *Franziskus von Heereman* kritisiert eine oft vorhandene „unheile Heilsfixierung“ und verteidigt demgegenüber die „einzig heilsame Zweitrangigkeit des Heils“. *Doris Nauer* fragt nach den Aufgaben von Seelsorge und Pastoral und zeigt, ob und in welcher Weise Seelsorge eine heilende Dimension hat. Über das heilsame Sterben denkt *Paul Rheinbay* in Auseinandersetzung mit der Christuserfahrung auf dem Zen-Weg nach. Aus kirchenhistorischer Perspektive stellt *Joachim Schmiedl* vor, welche Rolle die Frage nach der Sorge um das menschliche Heil auf dem Zweiten Vatikanischen Konzil gespielt hat. *Klaus Vellguth* thematisiert unter dem Titel „Heilungswahn und Euthanasie“ den Weg „Von einer Gesundheitsideologie zum Massenmord im Nationalsozialismus“. Der Alttestamentler *Alban Rüttenauer* untersucht abschließend die Botschaft der Gottesknechtlieder im Buch Jesaja und zeigt dabei, inwiefern „Heilung durch stellvertretendes Leiden“ möglich ist.

Für die freundliche Unterstützung der Ringvorlesung und dieser Publikation danken wir neben den Referentinnen und Referenten sehr herzlich dem Domradio, Köln, dem *Eulensch. Limburger Magazin für Religion und Bildung*, der Zeitschrift *UNIVERSITAS*, Heidelberg, der Katholischen Erwachsenenbildung Koblenz, dem Ethik-Institut an der PTHV, den Pallottinern, der Marienhaus Unternehmensgruppe, Dr. Stephan Weber vom Verlag Herder und der Sparkasse Koblenz.

Vallendar, im Februar 2019

*Ingo Proft*  
*Holger Zaborowski*

# Kapitel 1



# Heilen und (Un)Heil in der Pflege

## Ansprüche und Wirklichkeiten im Heilberuf Pflege

*Frank Weidner*

### 1. Wer pflegt, heilt auch

Der Altenpflegeberuf ist nach höchstrichterlichem Beschluss ein Heilberuf! Das Bundesverfassungsgericht hat dies ausdrücklich in seinem Urteil vom 24. Oktober 2002 festgestellt und damit die Regelungskompetenz für die berufliche Ausbildung in der Altenpflege der Bundesebene zugeschrieben. Eine Grundlage für dieses Urteil ist Art. 74 des Grundgesetzes, in dem die Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung geregelt sind und dort der Abs. 1 Nr. 19, in dem es um die Abwehr gemeingefährlicher und übertragbarer Erkrankungen geht. Hintergrund war der Streit zwischen dem Bundesland Bayern und dem Bund zur Frage der Zuständigkeit für die Altenpflegeausbildung. Zuvor waren die Bundesländer zuständig und es gab in jedem Bundesland andere Landesverordnungen für die Altenpflegeausbildung. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes konnte das einheitliche Altenpflegegesetz auf Bundesebene im Jahr 2003 in Kraft treten. Damit gilt das, was zuvor schon für die Kranken- und die Kinderkrankenpflegeausbildung galt, auch für die Altenpflege. Die drei Pflegeberufe sind seit dieser Zeit in zwei Ausbildungsgesetzen – eines für die Kinderkranken- und die Krankenpflege und eines für die Altenpflege – bundeseinheitlich geregelt, weil sie – verfassungskonform – Heilberufe sind, die eigenständig Heilkunde ausüben: Wer pflegt, heilt also auch! (vgl. BVerfG 2002).

Diese Rechtsauffassung hat inzwischen auch dazu geführt, dass in den Bundesländern nach und nach Pflegekammern aufgebaut und im jeweiligen Heilberuferecht der Länder verankert werden. Denn es ist üblich, dass die Selbstverwaltung von Heilberufen in

berufsständischen Kammern erfolgt. Rheinland-Pfalz hat 2016 mit der Gründung der ersten Landespflegekammer den Anfang gemacht, gefolgt sind Schleswig-Holstein und Niedersachsen und nun machen sich auch Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und weitere Bundesländer auf diesen Weg. Die Errichtung einer Bundespflegekammer ist nur noch eine Frage der Zeit. Zentrale Aufgaben der Pflegekammern sind u. a. die Regelungen der Berufsausübung, der Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Beratung von Mitgliedern und öffentlicher Stellen und damit das kollegiale Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsberufen unter Wahrung und Stärkung des Ansehens der Pflegeberufe (§ 3 HeilBG Rheinland-Pfalz).

Als ein weiterer ordnungspolitischer Schritt zur Professionalisierung der Pflegeberufe ist das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) anzusehen, das die Ausbildungen in den Pflegeberufen ab dem Jahr 2020 neu regelt (vgl. BGBl 2017). Mit der Regelung in § 4 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) zu vorbehaltenen Tätigkeiten sind erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten denjenigen Personen, die nach diesem Gesetz ausgebildet und anerkannt werden, rechtswirksam vorbehalten. Zugleich wird damit die ärztliche Berufsausübungsfreiheit eingeschränkt. Das ist eine Errungenschaft des neuen PflBG, die dem Gedanken folgt, dass demjenigen Heilberuf bestimmte Aufgaben vorbehalten bleiben sollen, der gemäß der jeweiligen Ausbildung eine angemessene und qualitätsvolle Behandlung und Pflege des kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen am besten sicherstellen kann. Bei den jetzt erstmals geregelten vorbehaltenen Tätigkeiten in der Pflege handelt es sich um die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, um die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie um die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (vgl. Weidner 2019).

Mit diesen Schritten entwickeln sich langsam aber eindeutig und offenkundig nun auch in Deutschland die gesetzlichen Grundlagen zur Ausbildung und Ausübung der professionellen Pflege in die Richtung eines anerkannten, eigenständigen und organisierten Heil-

berufs. Die Übernahme der Verantwortung zur heilkundlichen Tätigkeit, sprich zum eigenverantwortlichen Heilen in der Pflege, kommt damit zum Ausdruck. Weitere Aufgaben in Diagnostik, Therapie und Begleitung in der Versorgung von Menschen mit Demenz, Diabetes, Wunden oder Bluthochdruck können im Zuge der gesetzlichen Regelungen des § 14 PflBG i.V.m. § 63 Abs. 3c SGB V (Heilkundeübertragungsrichtlinie) hinzukommen.

So weit so gut. Die Frage, die sich nun aber (wieder) stellt, hat Ruth Schröck, die erste Pflegeprofessorin Deutschlands, schon vor mehr als 30 Jahren gestellt: „Wie kann Gesundheitsförderung unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen stattfinden?“ (ebd. 1988, S. 56), sprich wie kann Heilen unter unheilen Bedingungen gelingen? Es interessiert also, wie die Ansprüche an eine professionelle (heilsame) Pflege angesichts des seit langem bekannten Unheils in den Arbeitsbedingungen, des Fachkräftemangels und der Versorgungsprobleme in der Pflege eingelöst werden können bzw. wie diesem Unheil begegnet werden kann?

## 2. Ansprüche an eine professionelle (heilsame) Pflege

Politiker und Vertreter der Zivilgesellschaft werden nicht müde, die Bedeutung der beruflichen und familiären Pflege für eine Gesellschaft im demografischen Wandel zu wiederholen. In Koalitionsverträgen auf Bundes- und Länderebene wird die angestrebte gleichwertige und qualitativ hochwertige gesundheitsbezogene und pflegerische Versorgung der Bevölkerung unabhängig vom Wohnort, den Lebensbedingungen oder weltanschaulicher Orientierungen beschworen. Jenseits harter ökonomischer Realitäten wird ganz besonders die Menschlichkeit im Gesundheitswesen betont und die zentrale Aufgabe der Pflege hervorgehoben, dem zu pflegenden Menschen Zuwendung und Zeit zu schenken (vgl. Brandenburg et al. 2015). Und dies sind ja gerade auch zentrale Berufswahlmotive junger Menschen, wenn sie sich für einen Pflegeberuf

entscheiden und sich auf die Pflegewelt einlassen. Dann geht es nicht selten um die Arbeit in einem sozialen Beruf, um die helfende und sinnvolle Tätigkeit.

Mit den gesetzlich verankerten Fortschritten zum Heilberufsstatus, zur Verkammerung, den vorbehaltenen Aufgaben und der primärqualifizierenden Akademisierung treten zugleich die wachsenden gesellschaftlichen Ansprüche an die professionelle Pflege zu Tage. Im § 5, Abs. 2 PflBG ist dies im Ausbildungsziel eindrucksvoll festgelegt:

„Pflege (...) umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“

Hier wird das gesamte, anspruchsvolle Spektrum heilkundlicher Aufgabenstellungen der professionellen Pflege und deren wissenschaftsfundierter Grundlagen beschrieben, die zum Ziel haben, dem zu pflegenden Menschen fachgerecht und state of the art zur Seite zu stehen und gerecht werden zu können. In den weiteren Ausführungen im PflBG werden noch zusätzliche Spezifikationen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen formuliert. Damit greift das zukünftige Ausbildungsrecht die bereits in den geltenden Berufsgesetzen angelegten fachlichen und fachwissenschaftlichen Linien auf und setzt diese konsequent fort. Denn auch im geltenden Altenpflege- und Krankenpflegegesetz sind bereits komplexe Ziele einer „eigenverantwortlichen und selbständigen“ Pflege formuliert (vgl. BJV 2003).

Dies korrespondiert mit der inzwischen weitgehend in der Fachöffentlichkeit der Pflege konsentierten Vorstellungen darüber, was professionelles Handeln in der Pflege sein soll. Nach dem Verständnis moderner Professionstheorien (im Unterschied zu den klassischen Theorien) geht es um das nicht immer einfache Zusammenbringen von wissenschaftsfundiertem Regelwissen auf der einen Seite und einem hermeneutischen Fallverstehen auf der anderen Seite. Dies bedarf besonderer Begründungs- und Handlungskompetenzen, da es fast immer um die Bearbeitung von Fragen existenzieller Betroffenheit von Menschen geht. Und weil dies so anspruchsvoll ist, bedarf es einer profunden und möglichst wissenschaftsorientierten und zugleich praktisch zu befähigenden Qualifikation der Pflegefachpersonen (vgl. Weidner 2011).

Ohne Zweifel haben diese gesetzlich verankerten und disziplinären Fortschritte in der Pflege damit zu tun, dass in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen aufgrund der Zunahme von Pflegebedürftigkeit eigene Erfahrungen mit Pflege machen müssen. Wenn sie nicht selbst von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, dann sind sie vielleicht pflegender Angehöriger oder kennen Pflegegeschichten aus der Nachbarschaft. Dies war nicht zuletzt auch Ursache für die Einführung einer neuen Säule im Sozialversicherungsrecht, dem Pflegeversicherungsgesetz Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts. Neben der zunehmenden Betroffenheit wächst damit zugleich die Chance der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit und Sensibilisierung. Genau dies spiegelt sich in aktuellen Umfragen wider, in denen die Pflege inzwischen nicht selten unter den wichtigsten Themen landet (ZQP 2017).

Aber auch das sich wandelnde Krankheitsspektrum verbunden mit zunehmender ambulanter und stationärer Behandlung trägt seinen Teil an diesem Wandel der Pflegeberufe bei. Noch niemals zuvor hatten so viele Menschen medizinische und pflegerische Behandlungsbedarfe wie heute. Nahezu 20 Mio. Menschen werden jährlich in den bundesdeutschen Krankenhäusern versorgt. Die aktuelle Pflegestatistik weist zudem 3,4 Mio. Pflegebedürftige aus,

beides mit weiter steigenden Tendenzen. Auf der anderen Seite wachsen medizinische, pflegerische und technische Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie und erweitern damit ihrerseits das Angebot an Behandlungsformen. Die zunehmenden Bedarfe und die wachsenden Möglichkeiten setzen die Gesundheitssysteme sowohl strukturell, finanziell, personell und organisatorisch unter einen gehörigen Druck. Parallel dazu haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die Sicht- und Handlungsweisen der Menschen nicht nur im Hinblick auf das Gesundheitssystem, sondern auch ganz allgemein und mithin fundamental verändert. Das betrifft die Arbeitswelt, den Bildungssektor das soziale Miteinander, die Kommunikation u.a.m. (vgl. Brandenburg u. Kohlen 2012).

### 3. Das Unheil in der Pflege nimmt seinen Lauf

Das folgende Zitat von Agnes Karll (1906), der Berufsreformerin und Gründerin der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BOKD heute Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., DBfK) zeigt, dass bereits seit Beginn des letzten Jahrhunderts die Diskurse zu einer technisierten und reduktionistischen Gesundheitsversorgung und ihre Folgen für die Versorgung und die Pflegearbeit geführt wurden und werden: „Unsere Krankenversorgung ist im Krankenhaus zu oft nur auf die Pflege und Heilung der Krankheit gerichtet, zur Pflege des Menschen bleibt meistens weder Zeit noch Kraft für die Schwester.“

Diese historische Hypothek und die oben beschriebenen Dynamiken können einen Teil der hiesigen Entwicklungen der professionellen Pflege in den vergangenen zwanzig Jahren und ihre Situation von heute erklären. Eine große Rolle spielen dabei aktuell die Einführung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung seit Mitte der 90er Jahre sowie die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung seit Beginn der 2000er Jahre. Ohne Zweifel haben diese Regelungen das Sozial- und Gesundheitssystem der Republik

grundlegend reformiert, zugleich jedoch haben sie ganz erhebliche Spuren insbesondere in den Pflegeberufen und der pflegerischen Versorgung hinterlassen. Die Ausstattung mit Pflegefachpersonal ist heute weder in den Krankenhäusern, noch in den Altenheimen oder ambulanten Diensten zufriedenstellend. Zigtausende Stellen sind in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bei zugleich leer gefegtem Arbeitsmarkt inzwischen dauerhaft unbesetzt, Teilzeitquoten der Beschäftigten steigen immer weiter an, ebenso Krankheits- und Frühberentungsraten und nahezu überall werden hohe Arbeitsverdichtungen in der Pflege beklagt. Es handelt sich um einen dramatischen Teufelskreislauf. Es ist damit so, dass Angehörige der Pflegeberufe gerade so umfangreich und lange in der Pflege beschäftigt bleiben, wie es ihnen möglich und nötig erscheint, was die Situation für alle Berufstätigen immer weiter verschlechtert. Es gibt inzwischen auch immer mehr Anzeichen dafür, dass unter diesen fragilen Zuständen die Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen zu kurz kommt (Isfort u. Weidner 2014).

Ein wesentlicher Grund für diese jahrelange Auszehrung der beruflichen Pflege zeigt sich in den vorherrschenden und vor allen Dingen wirksamen Leitbildern darüber, was unter dem Pflegeberuf verstanden, welche Rolle ihm zugewiesen wird und welche Voraussetzungen festgelegt werden, ihn zu erlernen und umzusetzen. Und dies steht zum Teil in krassem Widerspruch zu den weiter oben formulierten Entwicklungen der gesetzlichen Grundlagen zu den Heilberufen. In vielen Ländern Europas und der Welt wurde in den vergangenen Dekaden angesichts steigender Anforderungen in der gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung auf eine Höherqualifizierung, Akademisierung und mehr Verantwortung der professionellen Pflege im Gesundheitssystem gesetzt. Dies ging nicht selten einher mit neuen Berufschancen und einem wachsenden Ansehensgewinn der Pflegeberufe (vgl. Lehmann et al. 2019).

In Deutschland hat die Politik in den konkreten Fragen der Sicherung des Arbeitsmarktes hingegen eher an einem überkom-

menen Bild einer ehemals einfach erlernbaren Dienstleistung Pflege festgehalten und an entscheidenden Weichenstellungen Standards und Qualitätsniveaus herabgestuft. Insbesondere war immer wieder die Altenpflege davon betroffen. Als Begründung wurden der bereits spürbare Fachkräftemangel und die Sorge vor einem Zusammenbruch des Versorgungssystems in der Folge herangezogen. So öffnete 2009 die damalige Bundesregierung die Altenpflegeausbildung für Hauptschulabsolventen ohne mittlere Reife und regulierte entgegen dem europäischen Weg die Anforderungen nach unten. Dies war verbunden mit der Hoffnung, dadurch wenn auch schlechter, dann doch mehr vorqualifizierte Bewerber für die Altenpflegeausbildung zu gewinnen zu können, was zwischenzeitlich auch tatsächlich gelungen ist.

2013 verhinderte Deutschland dann mit vereinten Kräften vieler politischer und gesellschaftlicher Organisationen einen Vorschlag der EU-Kommission, die Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung zu harmonisieren und sich dabei auf zwölf Jahre Allgemeinbildung zu verständigen. Dies hatten bis dato bereits 25 der 27 EU-Staaten national vollzogen, es fehlten nur noch Luxemburg und Deutschland. Hierzulande wurde dieser Verordnungsentwurf mit dem Abitur als Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung übersetzt und rundweg abgelehnt. Der damalige Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) wies darauf hin, dass gute Pflege nicht ein mehr an Schulbildung, sondern vor allem eines großen Herzens bedürfe. Im Ergebnis haben sich die EU-Kommission und das EU-Parlament auf die Festschreibung des Status Quo in der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie bringen lassen (vgl. Amtsblatt der Europäischen Union 2013).

In der langwierigen Debatte schließlich um das Pflegeberufegesetz, in dem es im Kern um eine vollständige Zusammenführung der drei bisherigen Pflegeberufe ging, ist es 2017 in einem ersten Schritt zu einer erneuten Fragmentierung der Berufe gekommen, indem im dritten Ausbildungsjahr zwischen drei verschiedenen Pflegeberufen gewählt werden kann. In einem zweiten Schritt

folgte 2018 dann mit der Verabschiedung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine neuerliche Degradierung des Altenpflegezweigs, indem – im Unterschied zu den anderen beiden Berufszweigen – etliche Simplifizierungen aufgenommen worden sind (vgl. BGBL 2018 und Weidner 2018).

Dazu fügt es sich, dass man hierzulande weiterhin einer Akademisierung der Pflegepraxis auch in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen selbst eher skeptisch gegenübersteht, während sie international inzwischen zu einem unverzichtbaren Teil der Versorgungssicherheit und -qualität geworden ist. Und während in anderen Ländern die Pflegeberufe längst einen wesentlichen Anteil an der Sicherung der primären Gesundheitsversorgung tragen, zögert man hierzulande eine notwendige Neuordnung der Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe immer wieder hinaus. Bis heute ist offensichtlich von weiten Teilen der Politik nicht verstanden worden, dass durch diese überholten Leitbilder und falschen Weichenstellungen die professionelle Pflege sukzessive entwertet wurde und sich die Pflegemisere dramatisch verschärft hat. Man legt mit dem verzweifelten Versuch, die klaffende Fachkräftelücke mittels Abstrichen in Qualitätsfragen zu schließen die Grundlage für noch größere Mängel in der Zukunft. Daher muss diese Gesundheitspolitik auch grundlegend geändert werden (Schaeffer 2017).

Schließlich geht es darum, die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest weiterzuentwickeln. Die Vorschläge der Politik liegen hier weit auseinander und konzentrieren sich einerseits auf eine Bürgerversicherung und andererseits auf eine Weiterentwicklung der bestehenden Systeme aus gesetzlichen und privaten Versicherungen. Wie kann es also gelingen, die Rahmenbedingungen zu heilen und die steigenden Kosten für eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Pflegeversorgung von morgen zu decken? Welche Impulse können gesetzt werden, dass die Pflege nicht nur bei der Versorgung, sondern auch in den Selbstverwaltungsorganen eine größere Rolle spielen kann?

#### 4. Wie ist Heilung unter unheilen Bedingungen möglich?

Die bestehenden Probleme und die kommenden Herausforderungen sind hochkomplex. Wie also ist Heilung unter den unheilen Bedingungen möglich? Angemessene Antworten und Lösungsansätze, die dieser Komplexität gerecht werden sollen, dürfen nicht nur auf kurzfristige Wirkung abzielen und nur reparierenden Charakter haben, sondern müssen grundsätzlicher, langfristiger und nachhaltiger Natur sein. Eine unabdingbare Voraussetzung dazu ist eine ehrliche und offene Debatte darüber, welche Leitbilder die Debatten bestimmen und welche Positionen und Aufgaben die professionelle Pflege zukünftig in unserem Gesundheitswesen einnehmen bzw. übernehmen soll. Mit einer merklichen Modernisierung, Aufwertung und Attraktivitätssteigerung der Pflege in Deutschland müsste langfristig auch erheblich mehr Geld in Ausbildung, Beschäftigung und Forschung in der Pflege fließen und mehr Einfluss und Verantwortung für die Pflege im Gesundheitssystem gesichert werden.

Gesellschaft und Politik sind aufmerksam auf die Probleme der Pflege geworden. Die Große Koalition in Berlin steuert mit einem „Sofortprogramm“ und einer „Konzertierten Aktion Pflege“ sowie einer neuen generalistischen Pflegeausbildung dagegen. Bereits kurzfristig soll es spürbare Verbesserungen geben. Die Frage ist aber, ob die gut gemeinten Einzelmaßnahmen wie Stellenförderprogramme, Regelungen zu Personaluntergrenzen im Krankenhaus, Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland oder auch eine verstärkte betriebliche Gesundheitsförderung der Komplexität der über Jahrzehnte gewachsenen Probleme in der Pflege wirklich gerecht werden und nachhaltig dazu beitragen können, das Ruder herumzuwerfen. Noch zumal die meisten Aktivitäten ohne feste Datengrundlage erfolgen, denn bis heute fehlt eine umfassende und detaillierte Bundespflegeberichterstattung! Aber auch in den Bundesländern gibt es Initiativen zur Fachkräftesicherung. So hat Rheinland-Pfalz gute Erfahrungen mit einer Kombination aus einem analytischen Bran-

chenmonitoring und einer darauf aufbauenden aktiven Pflegearbeitsmarktpolitik gemacht (vgl. MSAGD 2018).

Neben den Sofortmaßnahmen sind aber grundlegend ansetzende und langfristig wirksame Programme vonnöten. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) hat bereits frühzeitig angeregt, eine solche Politik mit einem Masterplan zu hinterlegen (vgl. 2017). Neben kurzfristigen ausbildungs- und arbeitsmarktrelevanten Schlüsselinterventionen wird dabei insbesondere auf mittel- und längerfristige Effekte abgezielt, die auf innovative Qualifikations- und Versorgungsansätze setzen. Das Ziel besteht in einer höheren Effektivität durch dezentrale und vernetzte Angebote im häuslichen Umfeld sowie durch optimierte Qualifikationsmixe in der stationären Versorgung. Damit einherginge eine Aufwertung der professionellen Pflege durch mehr Verantwortung und Einfluss sowie aufgrund höherer Vergütung in spezialisierten Aufgabefeldern.

So würde es ein spürbarer Ausbau der Pflegeforschung ermöglichen, auch unabhängig vom Tagesgeschäft der Politik, Pflege- daten zu systematisieren, Fakten zu bewerten und innovative Konzepte zu erproben und die Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen. Erst die konsequente Innovation pflegerischer Versorgungskonzepte mittels Wissen und neuer Technologien ermöglicht höhere Wirkungsgrade im System. Konkret heißt dies beispielsweise über Innovationen funktionierende Netzwerke zwischen Professionellen, Angehörigen und Ehrenamtlichen im häuslichen Bereich möglichst flächendeckend zu implementieren und dabei die besonderen Bedarfe des Einzelfalls und der Region berücksichtigen zu können (Bertelsmann-Stiftung 2013). Auch der gezielte Einsatz von Qualifikationsmixen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bestehend aus beruflich und akademisch qualifizierten Fachkräften sowie Assistenzkräften und Helfern in der Pflege kommt in Frage (Robert Bosch Stiftung o.J.).

Letztlich aber kommen wir gesellschaftlich und gesundheitspolitisch in der Frage einer fachlich angemessenen und nachhalti-

gen Pflege nur voran, wenn die professionell Pflegenden ihr Schicksal entschieden selbst in die Hand nehmen, sozusagen Selbstheilungskräfte mobilisieren. Solange der Organisationsgrad von Pflegenden in Berufsverbänden und Gewerkschaften so eklatant gering ist, wie jetzt, ist der Kampf um die Ressourcen im Gesundheitswesen nicht zu Gunsten der Pflege zu wenden. Kellner empfiehlt, dass sich die Pflege von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge weiterentwickeln solle (vgl. 2011). Denn Selbstsorge ist die Voraussetzung für Fürsorge und nicht etwa die Selbstlosigkeit. Die Tatsache, dass nun nach und nach in den Bundesländern Pflegekammern entstehen, kann als Schritt in die richtige Richtung gesehen werden. Für die schlecht organisierte Berufsgruppe der Pflegenden besteht damit erstmals die Möglichkeit, in großem Stil Selbstverwaltung und politische Einflussnahme zu gestalten.

Vergleichende Studien zeigen, dass Pflegefachkräfte im Ausland oftmals besser qualifiziert und in größerer Zahl in Organisationen, Verbänden und Kammern organisiert sind, als diejenigen hierzulande. Flaiz (2018) zeigt mit ihrer Studie, dass australische Pflegefachpersonen ganz andere Formen professioneller Identität haben entwickeln können als ihre deutschen Berufskollegen. Dies offenbart sich sowohl in den Grundvorstellungen und Überzeugungen von guter Pflege, als auch in ihrer Selbstbestimmtheit, ihrer wissenschaftsfundierten Reflexions- und Begründungsfähigkeit, ihrer Orientierung an und in Teams und vor allem an der entschiedenen Zugehörigkeit zur Profession Pflege. Ganz besonders imponiert aber die ausgereifte und durchgängige Ausrichtung am Dienstleistungsauftrag und dem Wohlergehen der anvertrauten Patienten und Pflegebedürftigen in Australien.

Die deutschen Pflegefachpersonen hingegen orientieren sich vor allem an einem funktionierenden Ablaufgeschehen in den Organisationen, lassen sich leichter fremdbestimmen, argumentieren überwiegend subjektiv und erfahrungsorientiert und sind wenn auch in gewisser Weise an Teams ausgerichtet, doch weitgehend organisationslos, was die Berufsgruppe bzw. die eigene Profession

anbelangt. In der Auseinandersetzung und Selbstbehauptung gegenüber anderen Professionen, wie insbesondere der Ärzteschaft, aber auch im Hinblick auf die sowohl in Australien wie auch in Deutschland bestimmenden Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen sind die australischen Pflegefachpersonen erheblich besser gewappnet als ihr Gegenüber in Deutschland.

Die professionsförderlichen Rahmenbedingungen der Pflege in Australien ermöglichen wiederum die Entwicklung von derartigen professionellen Identitäten und Habiti bei den Pflegenden, die nicht nur den Patienten und Pflegebedürftigen in der Versorgung zugutekommen, sondern wiederum förderliche Rahmenbedingungen für die Pflege in der Zukunft einfordern, durchsetzen und erfolgreich transformieren können. In Deutschland sind wir noch ein ganzes Stück entfernt von heilen Rahmenbedingungen für den Heilberuf Pflege, aber wir kennen die Richtung, in die es gehen muss.

### *Literatur*

- Amtsblatt der Europäischen Union (2013): Richtlinie 2013/EU/55 des Europäischen Parlamentes und des Europäischen Rates vom 20. November 2013. URL: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien\\_der\\_EU/Aenderung\\_RL\\_2005\\_36EG\\_2013\\_11\\_20\\_RL\\_2013\\_55EU.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf) (abgerufen am 25. Januar 2019).
- Bertelsmann-Stiftung (Hg.) (2013) Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? URL: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf) (abgerufen am 24. Januar 2019).
- Bundesgesundheitsministerium BMG (Hg.) (2017) ePflege – Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. URL: [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG\\_ePflege\\_Abschlussbericht\\_final.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePflege_Abschlussbericht_final.pdf) (abgerufen am 24. Januar 2019).
- BGBI. (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. In: BGBI, Jg. 2017, Teil I, Nr. 49, ausgegeben am 24. Juli 2017 in Bonn, S. 2581–2614.
- BGBI. (2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Okto-

- ber 2018. In BGBl, Jg. 2018, Teil I, Nr. 34, ausgegeben am 10. Oktober 2018, S. 1572–1621.
- Brandenburg H., Kohlen H. (Hg.) (2012): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BJV) (2003): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – ApfG). URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/BJNR151310000.html> und Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KpflG). URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg\\_2004/BJNR144210003.html](https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html) (abgerufen am 25.1.2019).
- Brandenburg, H.; Güther, H.; Proft, I. (Hg.) (2015): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Matthias Grünewald Verlag, Ostfildern.
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2002): Urteil des Zweiten Senats vom 24. Oktober 2002. 2 BvF 1/01 Rn. (1–392).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2017): Neue Regierung soll Dauerkrise in der Pflege beenden. URL: [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/PM-DIP-Masterplan\\_Pflege-171113-final2.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/PM-DIP-Masterplan_Pflege-171113-final2.pdf) (abgerufen am 25. Januar 2019).
- Flaiz, B. (2018): Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Mabuse-Verlag, Frankfurt.
- HeilBG (2014): Heilberufsgesetz vom 19.12.2014. URL: <http://landesrecht.rlp.de/jportal/?quelle=jlink&query=HeilBerG+RP&psml=bsrlpprod.psml> (abgerufen am 25. Januar 2019).
- Isfort, M.; Weidner, F. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. URL: [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (abgerufen am 24. Januar 2019).
- Karll, A. (1906): Rückblick und Ausblick. In: Unterm Lazaruskreuz, 1. Jg., H. 1, S. 1f.
- Kellner, A. (2011): Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. LIT Verlag Berlin.
- Lehmann, Y.; Schaepe, C.; Wulff, I.; Ewers, M. (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? Medhochzweiverlag.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes